

Evaluation de la situation épidémiologique

RAG 26/01/2022

Le 21 janvier 2022, le Comité de consultation a approuvé le Baromètre Corona comme outil de communication et de préparation proactive des politiques en matière de mesures sanitaires, en utilisant 3 niveaux de gestion. Les indicateurs et les seuils utilisés par le RAG pour évaluer la situation épidémiologique et déterminer le niveau de gestion 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

La semaine dernière, le nombre de nouvelles infections détectées a de nouveau augmenté plus rapidement que la semaine précédente. Les personnes testées sont principalement des personnes présentant des symptômes, et dans la plupart des groupes d'âge, 60 % et plus ont un résultat positif. La forte augmentation du nombre de tests effectués n'est donc pas due au dépistage de personnes asymptomatiques (tels que les contacts à haut risque, qui ne sont plus testés), mais au nombre très élevé de personnes présentant des symptômes possibles de COVID-19.

Le nombre d'infections détectées est également toujours fortement sous-estimé, car les contacts à haut risque asymptomatiques ne sont plus testés. Des travaux de modélisation estiment qu'entre le 10 et le 22 janvier, 15,7 % d'infections supplémentaires auraient été détectées si ces personnes avaient encore été testées. Et en plus des tests PCR et antigéniques (RAT) administrés par les prestataires de soins, un très grand nombre d'autotests sont vendus, avec près d'un demi-million de tests vendus par semaine dans les pharmacies (ce qui est encore une sous-estimation), sans compter les tests également vendus dans les supermarchés. Parmi les autotests vendus, moins de 10 % signalent un résultat positif au centre d'appel ou à un médecin généraliste. On peut donc supposer qu'une partie importante des autotests positifs n'est pas signalée et n'est donc pas incluse dans les chiffres des nouvelles infections ni dans le système de recherche des contacts. A noter aussi que la capacité maximale du nombre de tests est atteinte, ce qui aura également un impact sur le nombre d'infections détectées.

Comme attendu, suite à la rentrée des classes après les vacances de Noël, la plus forte augmentation est maintenant observée pour les groupes d'âge 0-9 ans et 10-19 ans. Ce groupe est encore peu vacciné (5-11 ans), ou n'a pas reçu de rappel (12-17 ans).

Le nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 (et avec COVID-19) a également augmenté beaucoup plus rapidement au cours de la semaine écoulée qu'au cours des semaines précédentes, et est à présent plus élevé que lors du pic de la troisième et de la quatrième vague. Le nombre de lits occupés dans les unités de soins intensifs continue de diminuer en moyenne, mais il semble y avoir un changement récent, avec une nouvelle augmentation visible certains jours. La tendance devrait se préciser au cours de la semaine à

venir. Pour la deuxième semaine consécutive, on constate également une augmentation du nombre de décès, même si ce nombre reste faible.

Dans les maisons de repos et de soins, les différents indicateurs continuent d'évoluer défavorablement, avec plus d'infections, plus de clusters et aussi plus d'hospitalisations.

En plus de l'impact sur le nombre d'hospitalisations, le nombre très élevé d'infections a également des conséquences sur le fonctionnement normal de différents secteurs de la société. Des classes et des écoles doivent être fermées en raison de l'absence d'enseignants et la continuité des soins est particulièrement menacée par la maladie du personnel dans le secteur des soins et des maisons de repos et de soins.

Bien que le variant Omicron cause globalement une infection moins sévère que le variant Delta, le nombre extrêmement élevé d'infections cause une lourde charge sur le système de soins de santé et la société. Il est donc trop tôt pour considérer les infections engendrées par Omicron comme inoffensives au niveau de la population. Des données provenant du Danemark montrent une nouvelle augmentation des infections, en grande partie liée au sous-variant Omicron BA.2. La vigilance restera donc de mise dans les semaines à venir.

Classification de la décision au niveau national : niveau de gestion 3 (code rouge), avec une forte augmentation des infections et des hospitalisations.

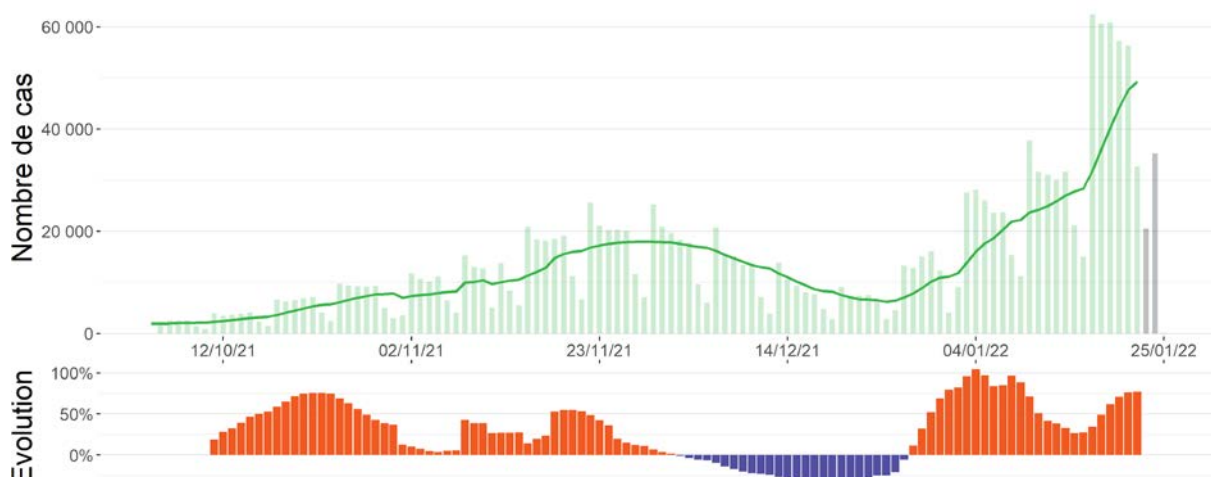
NIVEAU NATIONAL

Indicateurs d'intensité

Le nombre de nouvelles infections rapportées a de nouveau augmenté plus rapidement au cours de la semaine du 16 au 22 janvier 2022, avec une moyenne de 49 289 nouvelles infections par jour, contre 27 796 la semaine précédente (+ 77 %) (Figure 1).

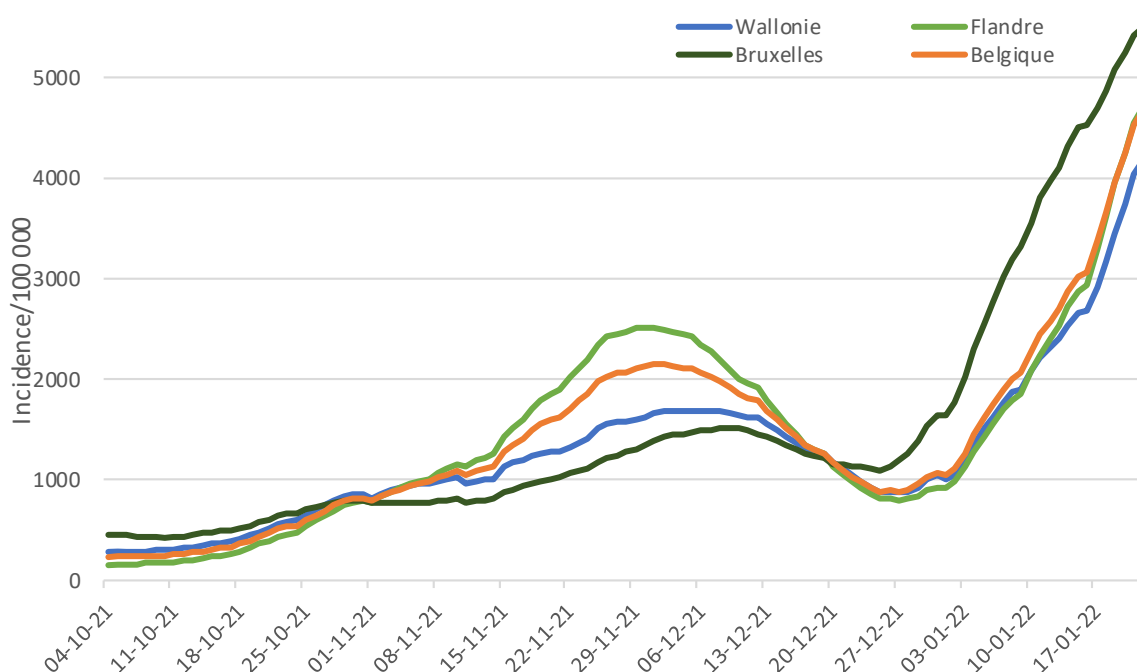
Le taux de reproduction (R_t) basé sur le nombre de nouvelles infections a fortement augmenté par rapport à la semaine précédente, passant de 1,183 à 1,381.

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



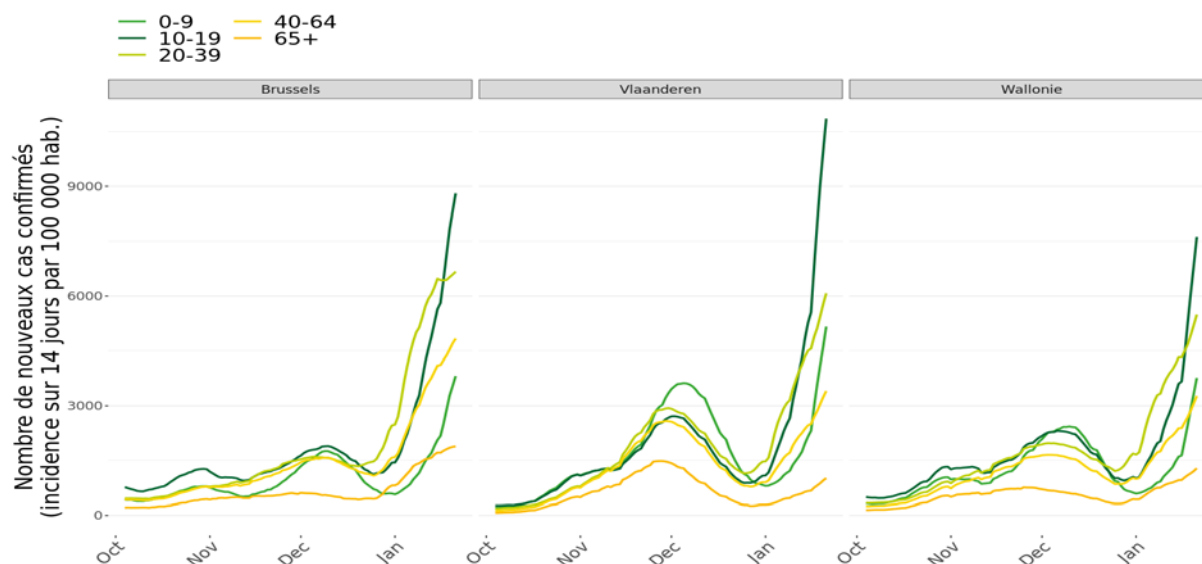
L'incidence cumulée sur 14 jours au niveau national est passée de 3 018/100 000 la semaine précédente à 4 683 cette semaine (Figure 2). L'augmentation est similaire en Flandre et en Wallonie, et il semble y avoir un ralentissement de l'augmentation à Bruxelles.

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



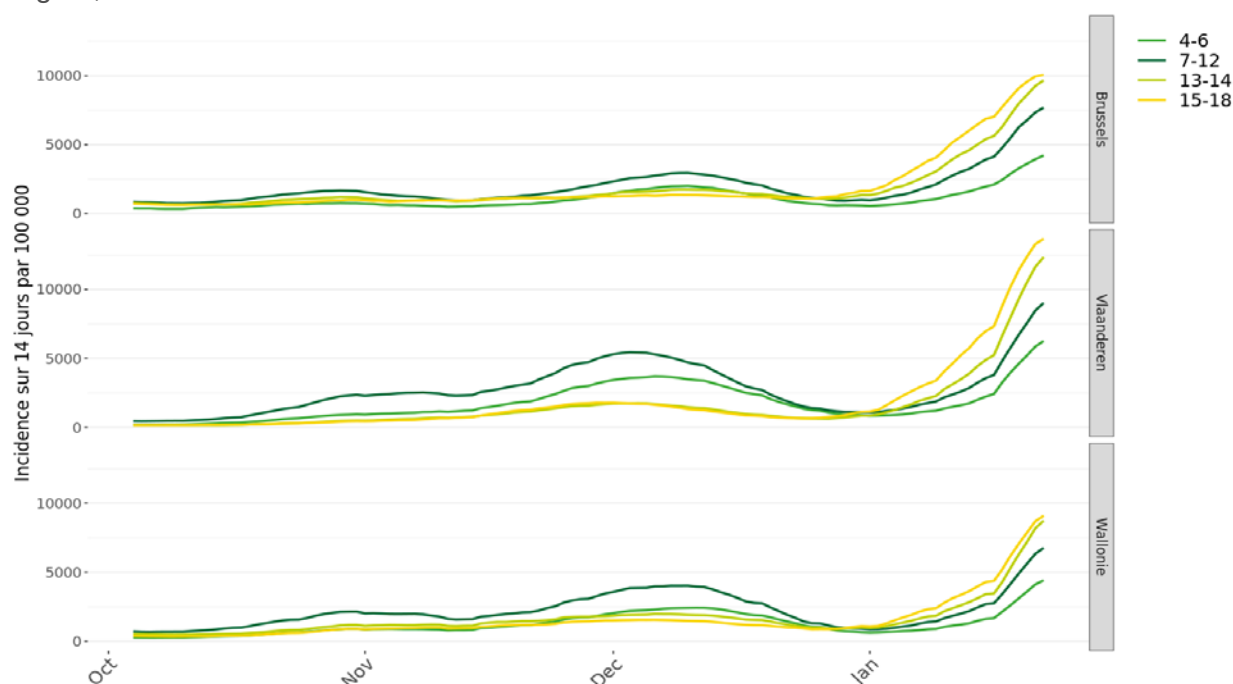
Dans toutes les régions, l'incidence continue d'augmenter dans tous les groupes d'âge. La plus forte augmentation est maintenant observée pour la tranche d'âge 10-19 ans et également pour la tranche d'âge 0-9 ans (Figure 3). L'augmentation est plus prononcée en Flandre. A Bruxelles, il semble y avoir un ralentissement pour les autres groupes d'âge, surtout pour les 20-39 ans.

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



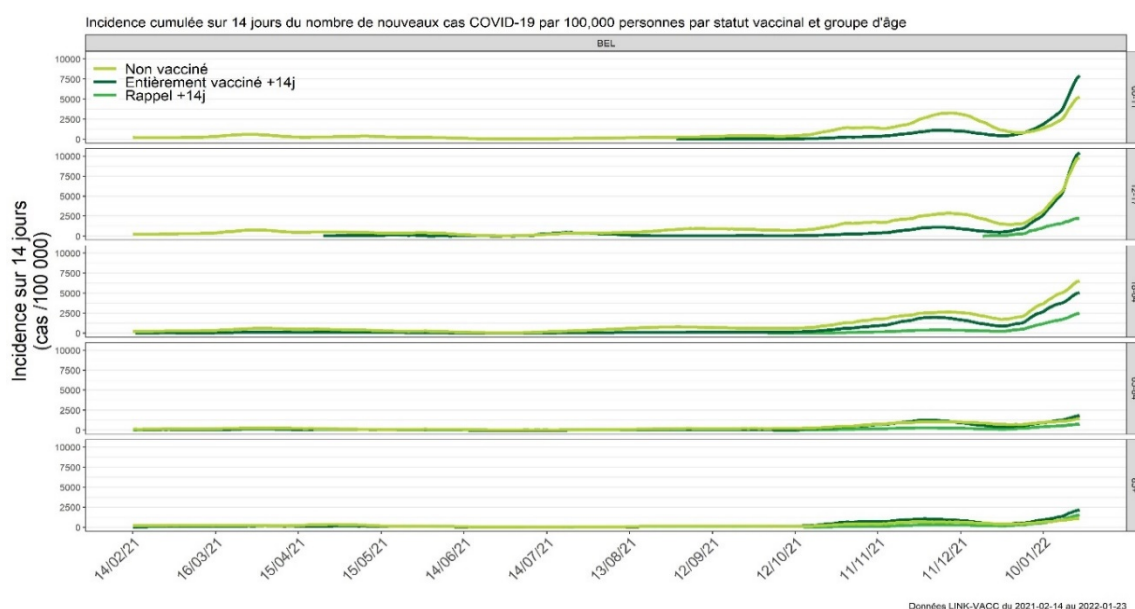
Pour les enfants et jeunes en âge scolaire, on observe la même tendance que les semaines dernières, avec une augmentation de l'incidence pour tous les âges, et la plus forte augmentation pour les 15-18 ans, suivis des 13-14 ans (Figure 4).

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 est toujours plus faible pour les personnes ayant reçu une dose de rappel.

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



Le nombre de tests effectués a fortement augmenté au cours de la période du 16 au 22 janvier, malgré l'arrêt des tests pour les contacts à haut risque. En moyenne, il y a eu 114 385 tests par jours, comparé à environ 87 000 tests par jour la semaine précédente. Certains jours, entre 135 000 et 140 000 tests ont été effectués, ce qui correspond à la capacité maximale de test. L'augmentation concerne surtout les groupes d'âge les plus jeunes (0 à 9 ans et 10 à 19 ans) (Figure 6). On observe une forte augmentation du nombre de tests pour les personnes présentant des symptômes (cas possibles et outil d'auto-évaluation) et pour la confirmation d'un autotest positif (Figure 7).

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

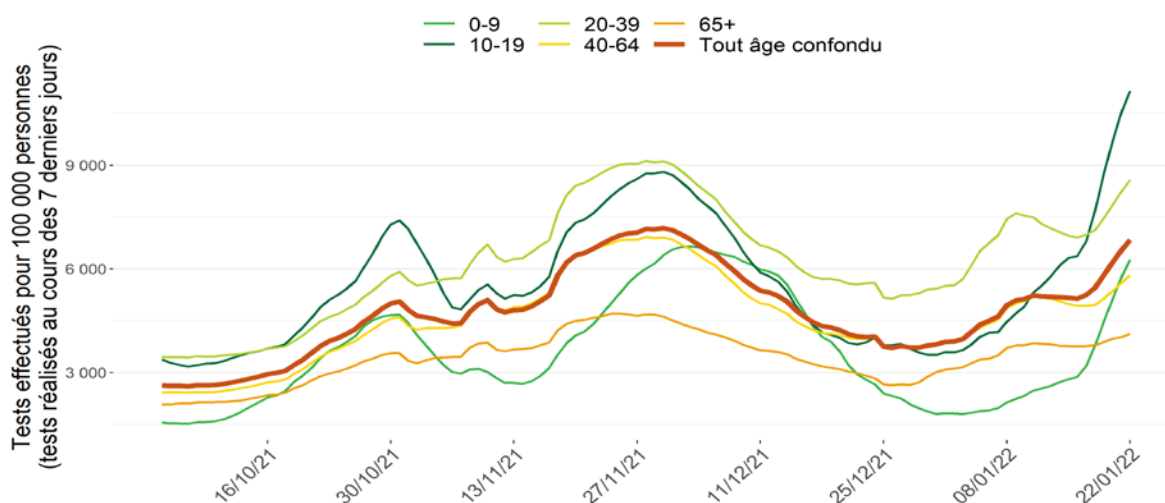
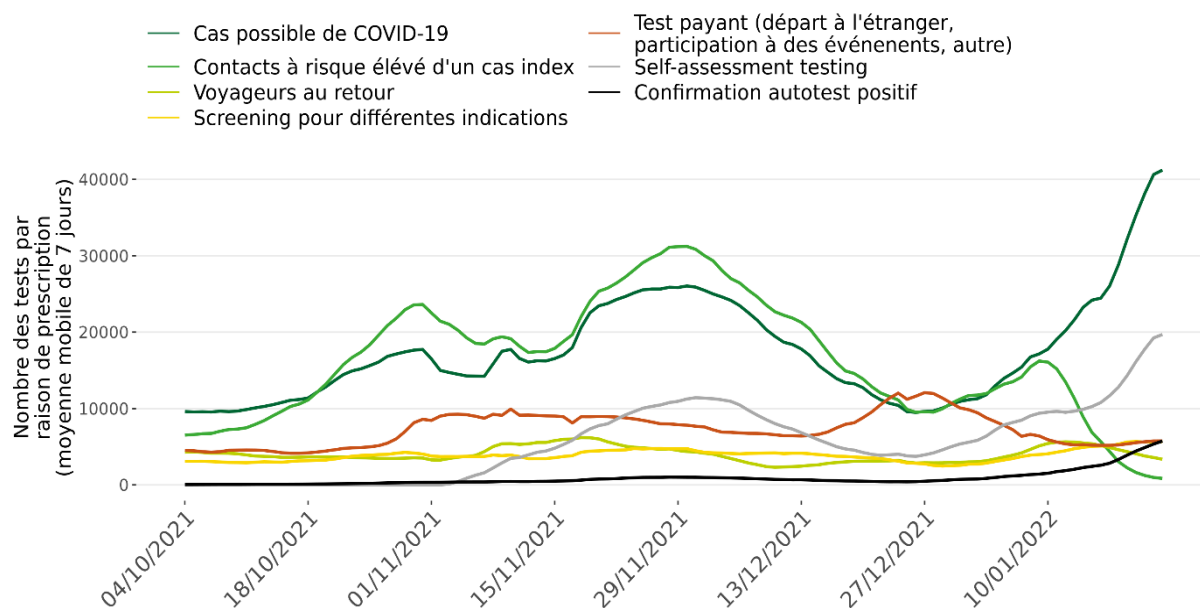


Figure 7 : Nombre de tests effectués par indication et par jour, depuis le 04/10/2021
Sur base des eforms / CTPC, disponibles pour environ 70 % des tests



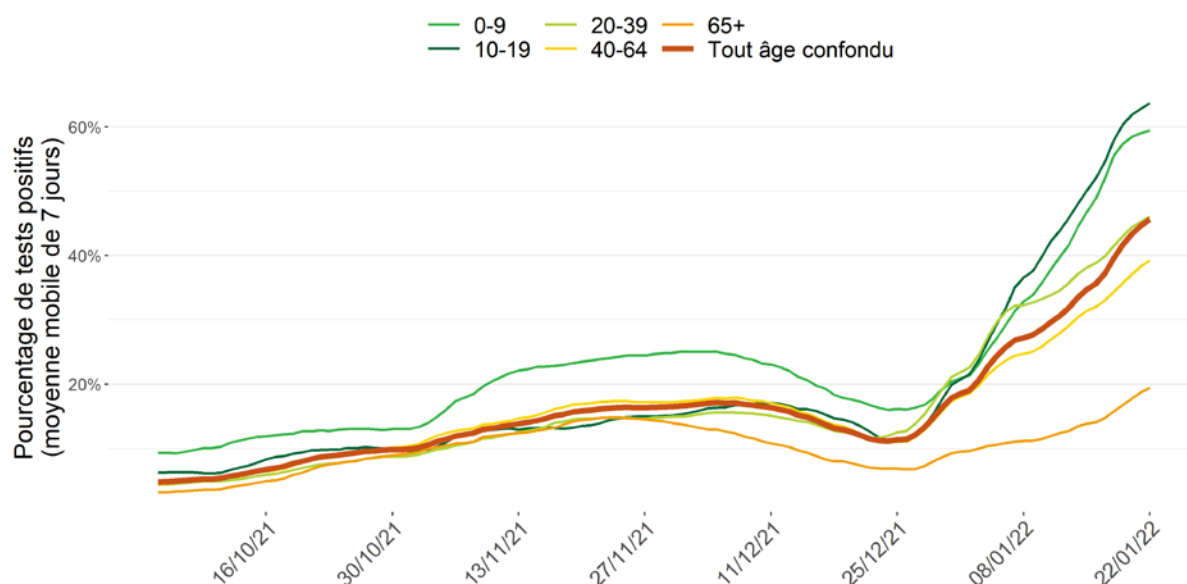
Les travaux de modélisation menés à l'UHasselt estiment que pour la période du 10 janvier (arrêt du dépistage des contacts à haut risque) au 22 janvier, 15,7 % infections supplémentaires auraient été détectées en plus des chiffres rapportés actuellement, si la stratégie de testing n'avait pas été modifiée (Annexe 1).

Le nombre d'autotests vendus en pharmacie a légèrement augmenté au cours de la semaine du 16 au 22 janvier comparé à la semaine précédente. Au total, 475 049 tests ont été vendus¹, contre environ 465 000 la semaine précédente (Source : APB & OPHACO). Le nombre d'autotests positifs signalés a augmenté de manière très significative au cours de la semaine dernière, avec un total de 41 829 autotests positifs signalés. L'augmentation est en partie due à un changement de la période pour laquelle les données sont analysées (désormais correspondant aux résultats des ventes d'autotests, et incluant des données plus consolidées). Cependant, par rapport à la même période la semaine précédente, les chiffres ont plus que doublé (n=19 623 pour la période du 9 au 15 janvier). Le nombre de tests PCR effectués pour confirmation a également doublé (39 660 comparé à 18 645 la période précédente), dont 93 % ont eu un test PCR positif (stable). De plus, 426 résultats positifs d'un autotest ont été enregistrés directement comme RAT positif, comparé à 177 lors de la période précédente.

Le taux de positivité (PR) a également continué à augmenter fortement, passant de 34,3 % à 45,2 %. On constate particulièrement une forte augmentation du PR pour les 10-19 ans (de 50,1 % à 63,7 %) et les 0-9 ans (de 46,8 % à 59,5 %) (Figure 8). Un ralentissement semble cependant s'observer les derniers jours.

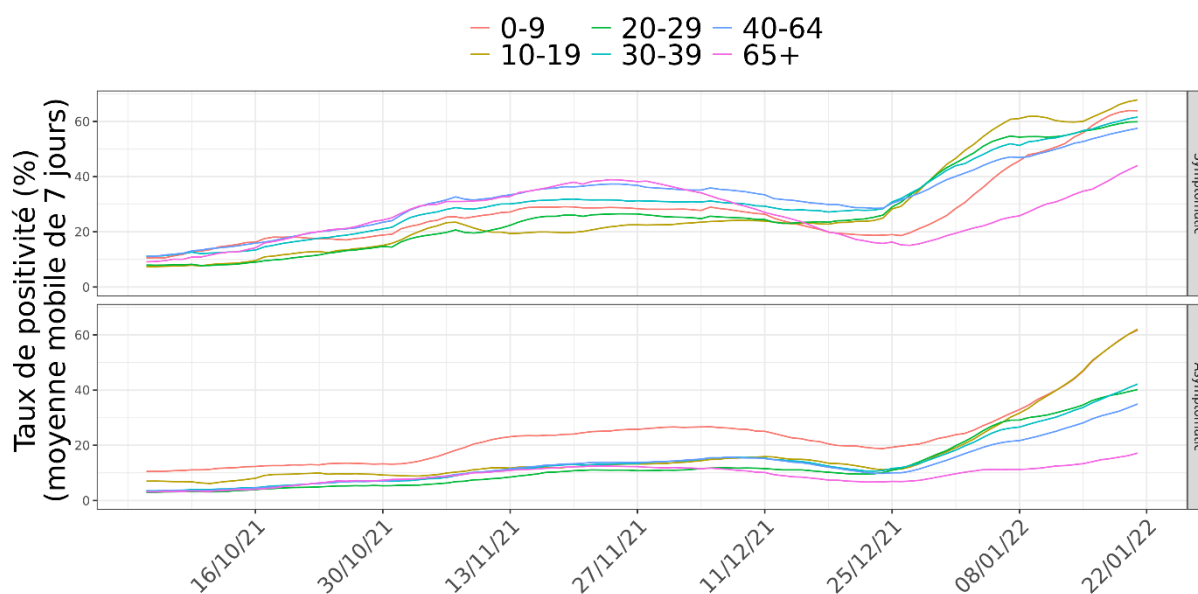
¹ Sous-estimation possible car l'enregistrement nominatif des citoyens sans remboursement majoré n'est pas une obligation mais une recommandation. Données préliminaires, retard possible dans la déclaration pour les jours les plus récents.

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



Pour les personnes symptomatiques, le PR est maintenant de 60 % ou plus pour presque tous les groupes d'âge, sauf pour les 65 ans et plus (Figure 9).

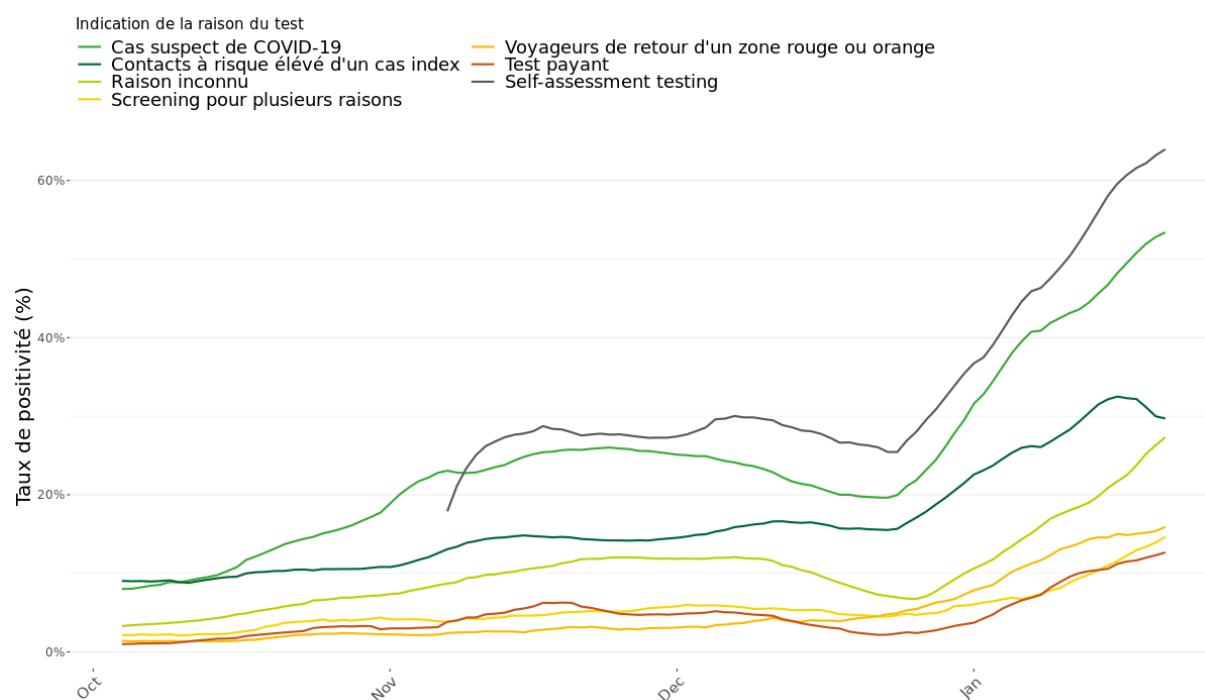
Figure 9 : Taux de positivité par groupe d'âge et en fonction de la présence ou non de symptômes, à partir du 04/10/2021²



Le PR augmente pour toutes les indications de test, à l'exception des contacts à haut risque (Figure 10). Cependant, ces derniers ne sont plus testés, et leur nombre est donc très faible, ce qui rend les chiffres peu fiables. Le PR pour les personnes asymptomatiques qui font l'objet d'un screening (par exemple pour une admission à l'hôpital) est maintenant de 15 %.

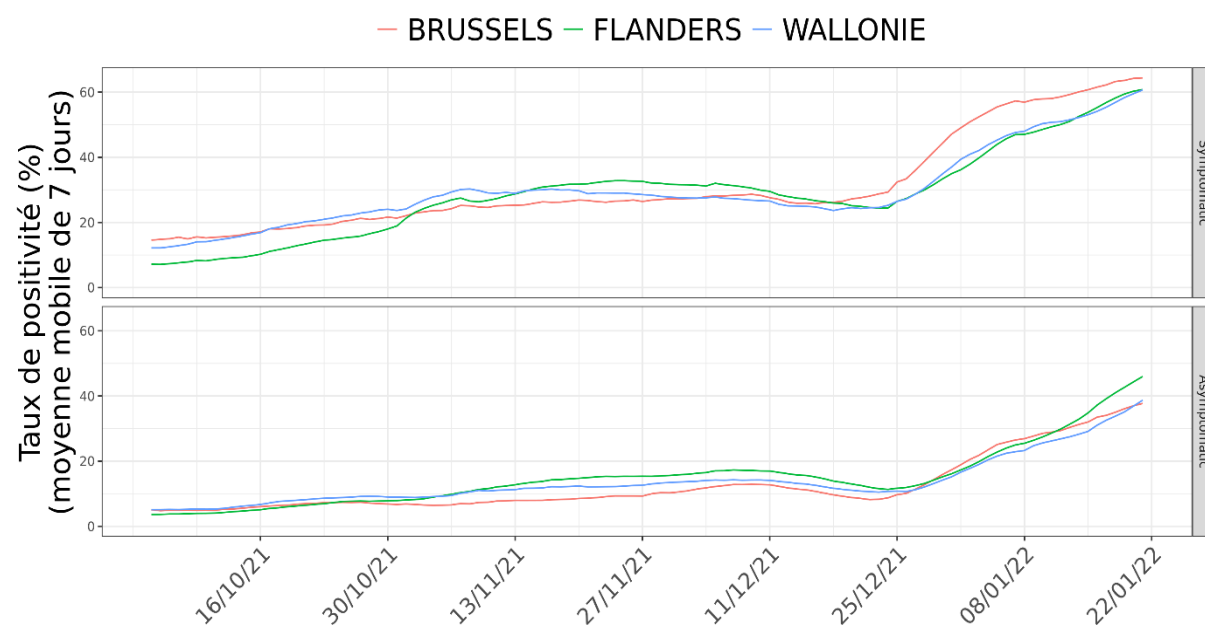
² Une surestimation du PR chez les personnes asymptomatiques est possible, en raison d'une classification erronée des personnes dont les données sont manquantes. Des analyses sont en cours pour corriger cela.

Figure 10 : Taux de positivité par indication de test



L'augmentation du PR est toujours similaire dans toutes les régions, à l'exception d'une augmentation plus forte du PR chez les personnes asymptomatiques en Flandre (Figure 11).

Figure 11 : Taux de positivité par région, individus symptomatiques et asymptomatiques, à partir du 04/10/2021³



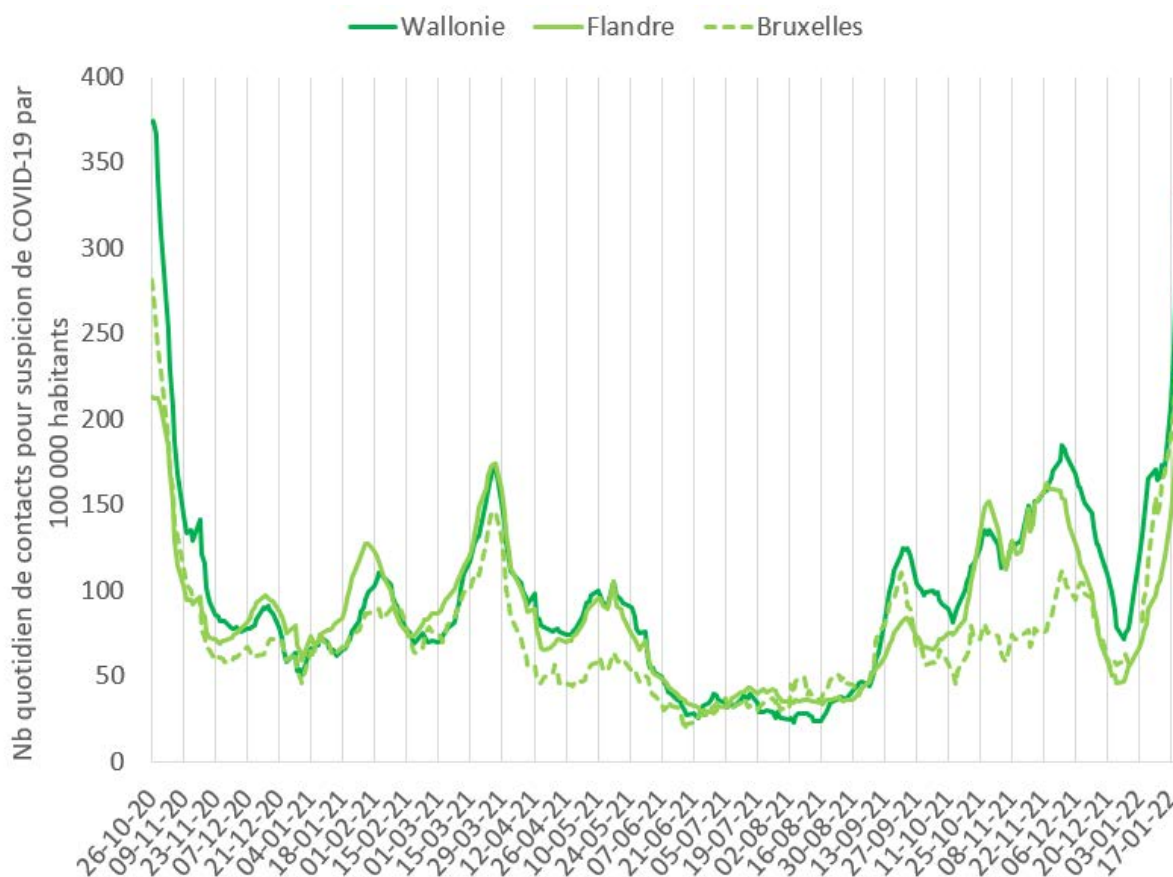
³ Une surestimation du PR chez les personnes asymptomatiques est possible, en raison d'une classification erronée des personnes dont les données sont manquantes. Des analyses sont en cours pour corriger cela.

Le nombre de consultations pour suspicion de COVID-19 chez les médecins généralistes a continué d'augmenter très fortement en semaine 3, avec au niveau national une moyenne de 237 contacts pour 100 000 habitants par jour, comparé à 129/100 000 la semaine dernière (Source : Baromètre des médecins généralistes) (Figure 12). La hausse a de nouveau été enregistrée dans toutes les régions.

L'incidence des consultations pour symptômes grippaux rapportée par le réseau des médecins vigies a également fortement augmenté, passant de 352 à 531 consultations pour 100 000 habitants par semaine. Quatre échantillons ont été analysés au cours de la semaine dernière, tous négatifs pour la grippe. Cependant, un deuxième échantillon positif pour la grippe (H1N1) a été signalé dans le cadre de la surveillance des hôpitaux vigies. Le nombre de tests positifs pour le VRS et le virus parainfluenza signalés par les laboratoires vigies continue d'augmenter. La charge de travail perçue pour suspicion de COVID-19 a augmenté la semaine dernière (statistiquement non-significatif), 39 % des médecins la considérant comme élevée et 25 % très élevée (contre 37 % et 15 % 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 - 21/01/2022⁴

(Source: Baromètre des médecins généralistes)



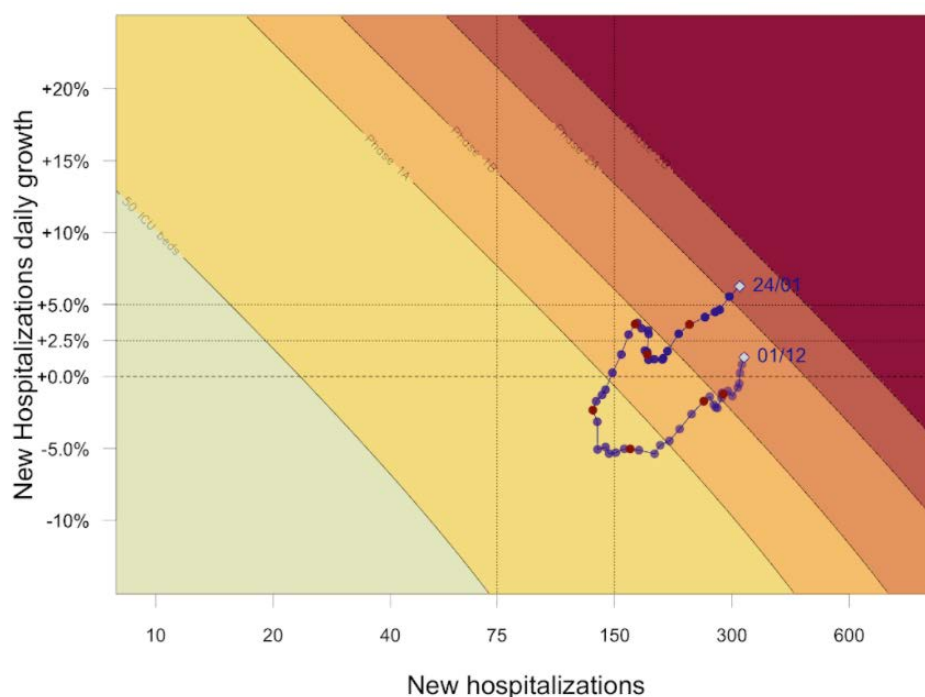
⁴ Weekends et fériés non inclus; chaque jour représente une moyenne mobile sur 5 jours.

Indicateurs de sévérité

Le nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a augmenté plus rapidement au cours de la semaine du 19 au 25 janvier par rapport aux semaines précédentes, avec une moyenne de 330 admissions par jour, comparé à 219 la semaine dernière (+ 51 %). Cette croissance rapide est illustrée à la Figure 13.

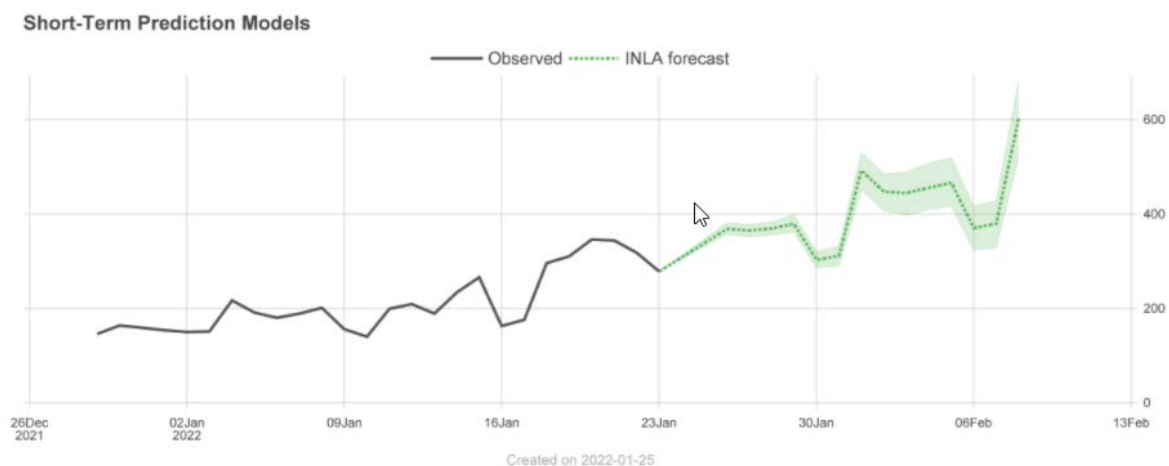
Figure 13 : Evolution du nombre de nouvelles hospitalisations et du rapport qui indique la croissance ou décroissance, 01/12/2021 - 24/01/2022

Travail de Christel Faes, UHasselt



Le taux de reproduction (R_t) basé sur le nombre de nouvelles hospitalisations a encore également augmenté comparé à la semaine précédente (1,272 comparé à 1,147). Le modèle de prédiction INLA pour le nombre de nouvelles hospitalisations montre une nouvelle (forte) tendance à la hausse (Figure 14).

Figure 14 : Evolution et prédiction du nombre de nouvelles admissions à l'hôpital, sur la base d'un modèle de Sciensano⁵

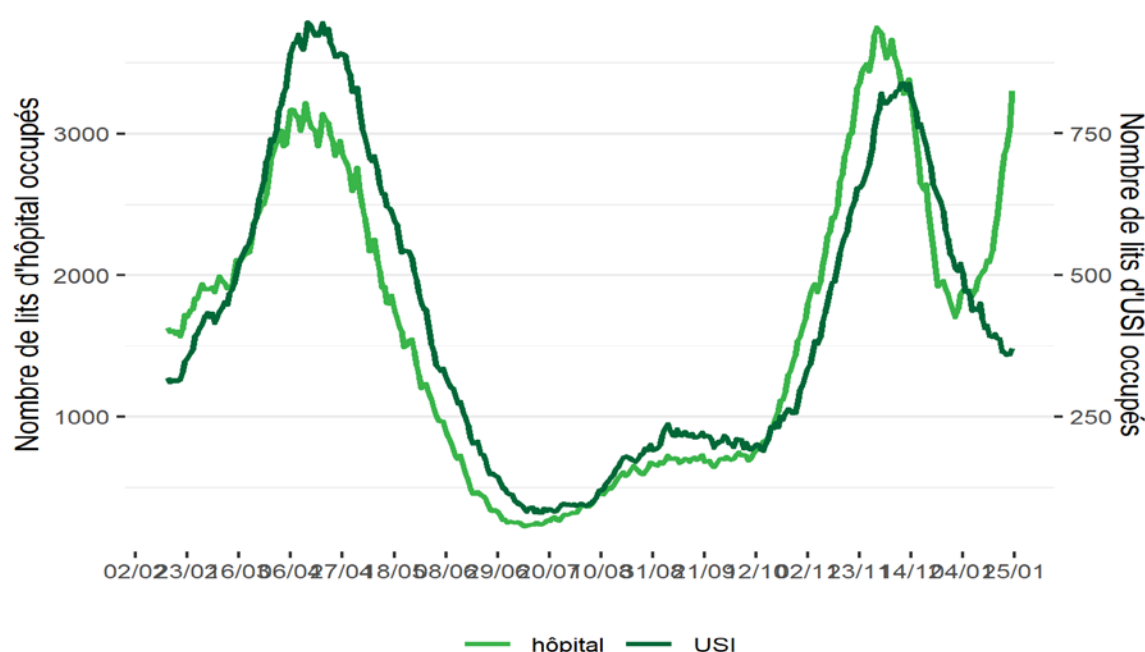


⁵ Il n'y a pas de mise à jour du modèle de l'Université de Hasselt cette semaine en raison de données manquantes.

Le nombre de lits d'hôpital occupés par des patients COVID-19 a également augmenté plus rapidement que la semaine précédente ($n = 3\,438$, + 42 %) (Figure 15). L'augmentation est aussi forte que lors de la quatrième vague. Le nombre de lits de soins intensifs occupés a encore légèrement diminué sur une base hebdomadaire ($n = 367$, - 6 %), mais depuis le 22 janvier, on observe une nouvelle augmentation. Il y a également eu plus de transferts de patients (42 contre 28 la semaine précédente).

La proportion de résidents de MRS dans le nombre total de nouvelles hospitalisations a également augmenté passant de 3,9 % pour la semaine du 12 au 18 janvier à 4,8 % la semaine dernière.

Figure 15 : Nombre de lits occupés à l'hôpital et aux soins intensifs, 15/02/21 – 25/01/22



La Figure 16 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 également 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 17).

Figure 16: Incidence cumulative sur 14 jours pour 100 000, par statut vaccinal et groupe d'âge, Belgique, à partir du 19/10/2021

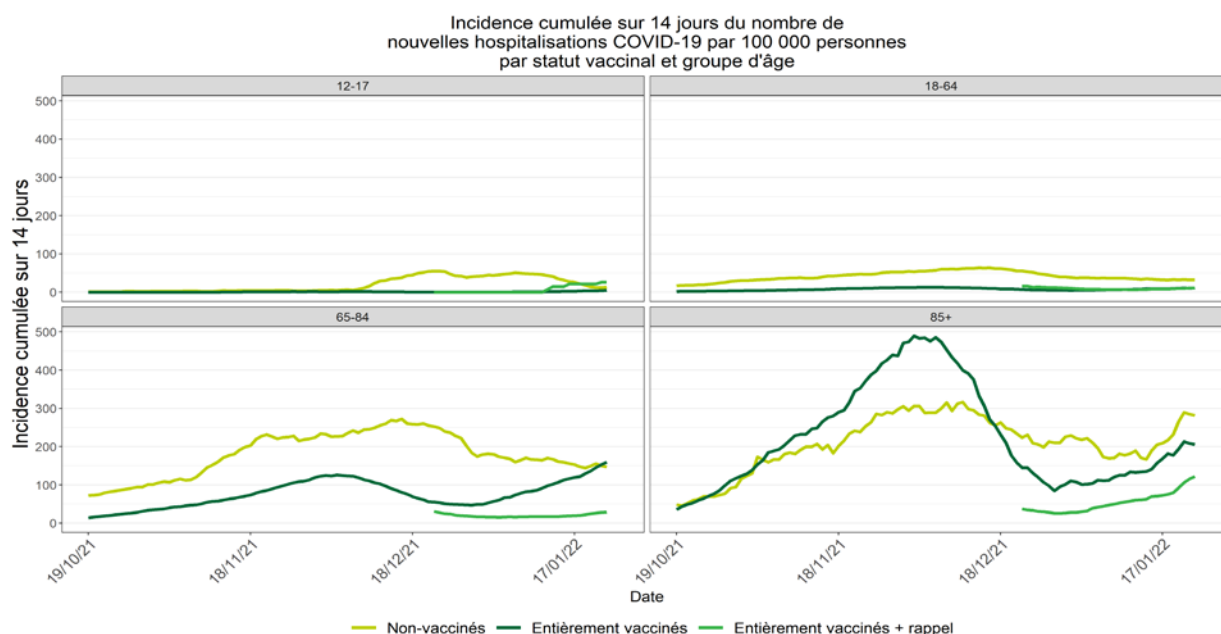
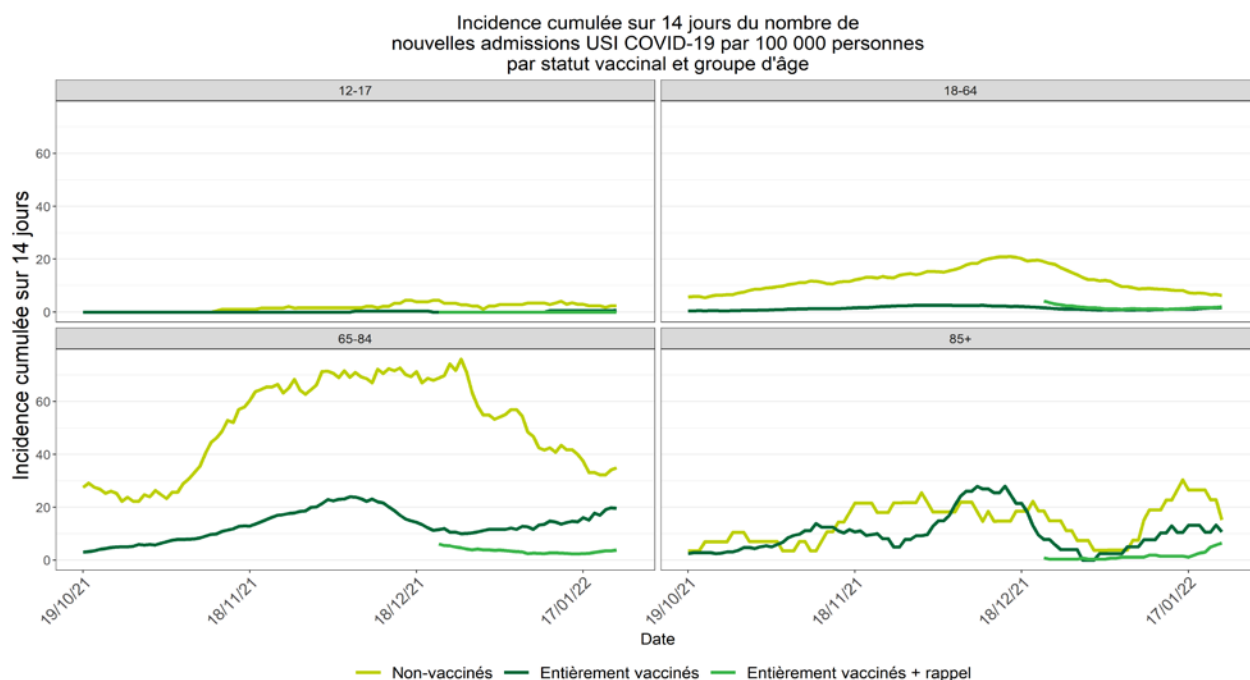
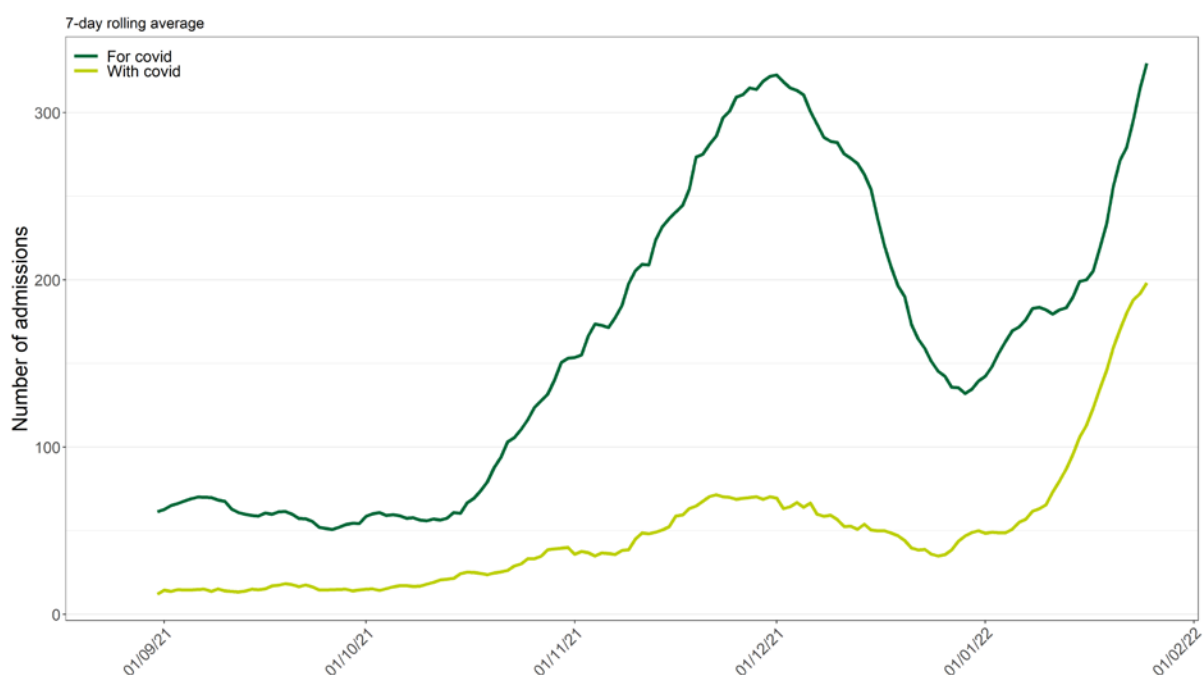


Figure 17 : Incidence cumulative à 14 jours des admissions en USI pour 100 000, par groupe d'âge et par statut vaccinal, Belgique, à partir du 19/10/2021



En plus des hospitalisations pour COVID-19, on constate encore une forte augmentation du nombre de patients hospitalisés pour une autre raison mais avec un test COVID-19 positif (avec COVID-19) (Figure 18).

Figure 18 : Nombre de nouvelles hospitalisations pour et avec COVID-19, depuis le 01/09/2021



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

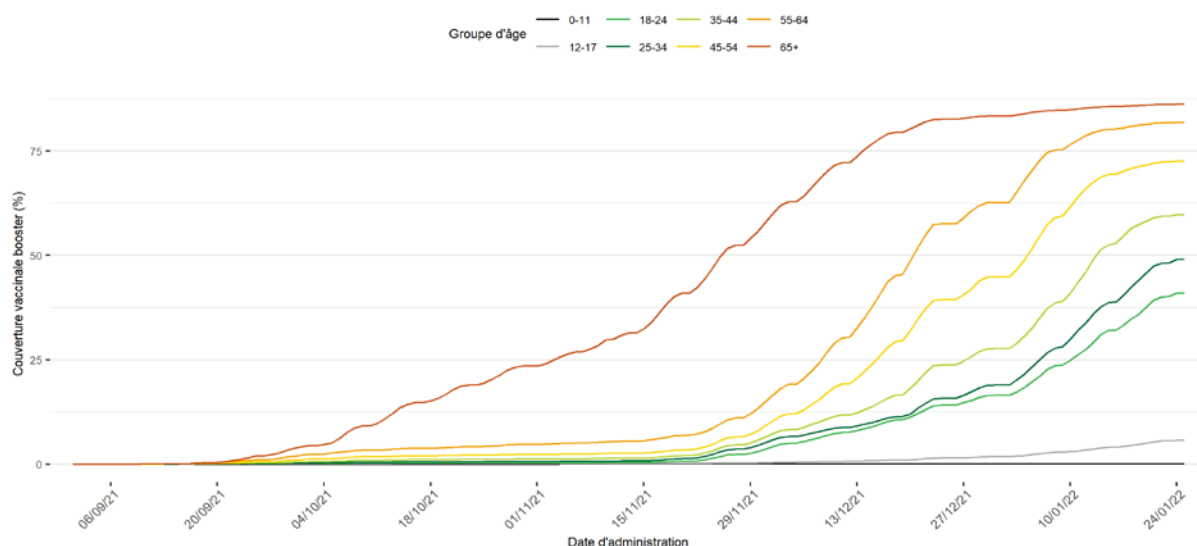
Le nombre de décès a encore légèrement augmenté au cours de la semaine du 17 au 23 janvier 2022, avec un total de 171 décès enregistrés (comparé à 144 la semaine précédente), allant de 14 à 37 décès par jour. La proportion de résidents de MRS par rapport au nombre total de décès a encore augmenté (22,2 % comparé à 16,4 %). Le taux de mortalité en semaine 3 était de 1,49/100 000 habitants en Belgique (augmentation), 2,08/100 000 en Wallonie (augmentation), 1,06/100 000 en Flandre (augmentation) et 2,05/100 000 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 68 % de la population de 18 ans et plus (pas de rappel recommandé pour les moins de 18 ans), comparé à 64 % la semaine précédente. Une augmentation particulière a été observée pour le groupe d'âge entre 18 et 34 ans (Figure 19).

Au total, 23,6 % des enfants âgés de 5 à 11 ans ont reçu une première dose et 8,8 % ont été complètement vaccinés.

Figure 19 : Couverture vaccinale pour la dose supplémentaire par groupes d'âge, Belgique



Les indicateurs de suivi dans les maisons de repos et de soins (MRS) montrent toujours 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 a encore augmenté, passant de 19,9 à 34,0 (+ 71 %) (voir le dashboard pour plus de détails). La hausse est toujours plus prononcée en Flandre. L'évolution est désormais plus rapide que dans la population générale (Figure 20a). Le nombre de nouvelles hospitalisations pour 1 000 résidents de MRS a également continué d'augmenter au niveau national, passant de 0,6 à 0,8 (+ 38 %). L'augmentation est également plus rapide qu'au sein de la population générale, ce qui n'est pas inattendu étant donné la nature fragile de cette population (Figure 20b).

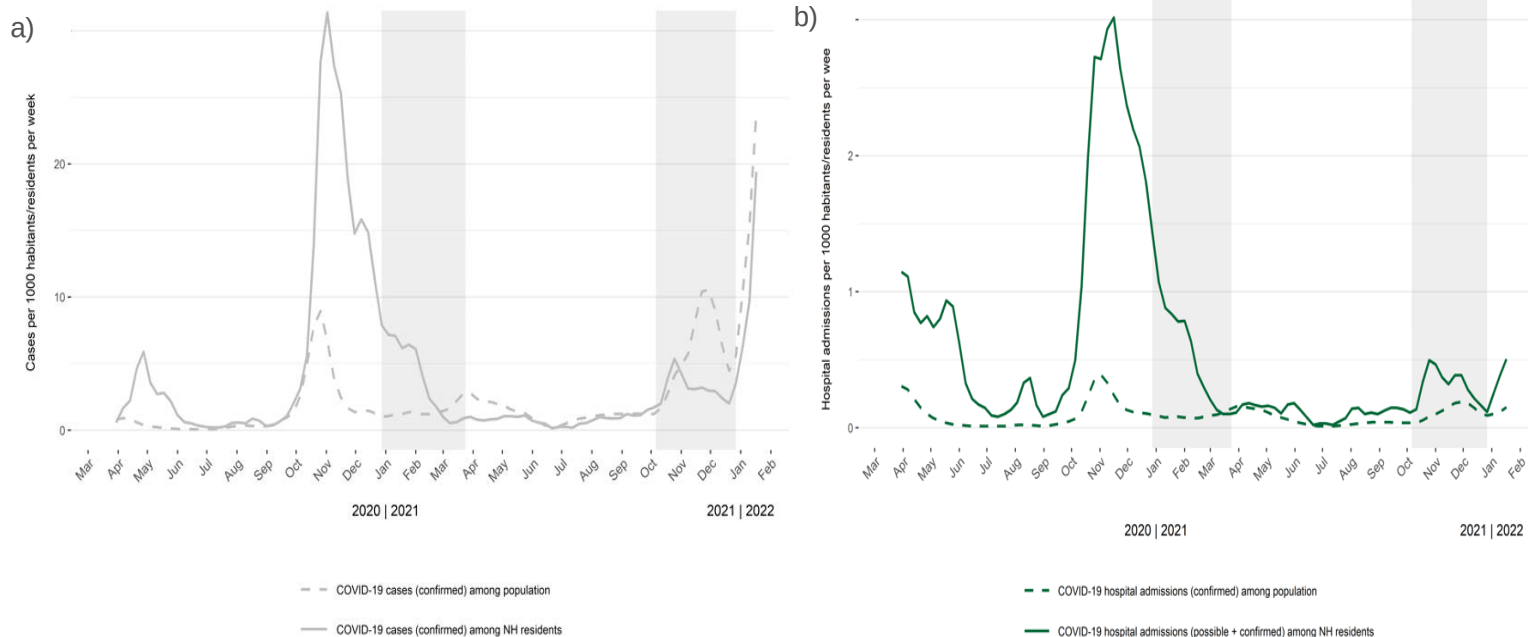
Le nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 pour 1 000 membres du personnel a également continué d'augmenter, avec une forte augmentation au niveau national de 30,9 à 49,1 (+ 59 %). Le taux de participation est resté stable en Flandre et en Wallonie mais a diminué à Bruxelles (81 % en Flandre, 58 % en Wallonie, 59 % à Bruxelles et 56 % en Communauté germanophone).

Le nombre de clusters dans les MRS continue d'augmenter de manière significative. Au cours de la deuxième semaine de 2022, 159 nouveaux clusters possibles⁶ ont été détectés. Cette semaine (semaine 3), il y avait déjà 182 nouveaux clusters possibles. La proportion de MRS ayant signalé un foyer important (prévalence d'au moins 10 cas confirmés parmi les résidents) continue également d'augmenter, passant de 9 % des MRS la semaine dernière à 15 % (n = 127).

⁶ 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 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 - 23/01/2022

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



Au cours de la semaine 3 (17 au 23 janvier 2022), le nombre de nouveaux clusters a très fortement augmenté en Flandre et en Wallonie, mais pas à Bruxelles (Figure 21). Au total, 2 198 nouveaux clusters ont été signalés, comparé à 810 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 observés dans le secteur de l'éducation/crèches (1 570 nouveaux clusters, augmentation). Le nombre de nouveaux clusters sur le lieu de travail a diminué (n = 194 comparé à 384 la semaine précédente) (Figure 22).

Figure 21 : Evolution du nombre de nouveaux clusters, semaine 7/2021 à 3/2022

Sources : AZG, AViQ, COCOM

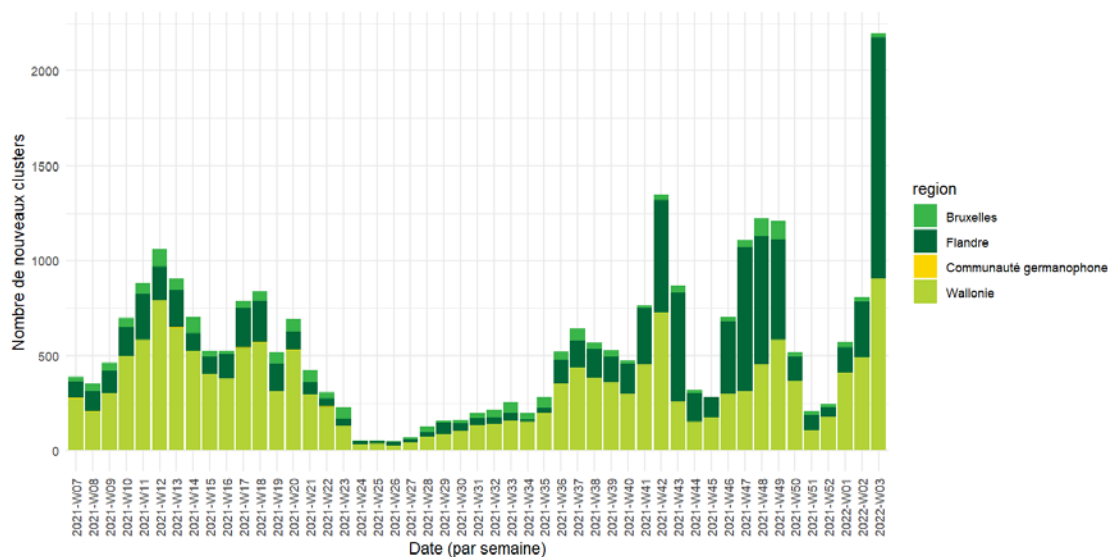
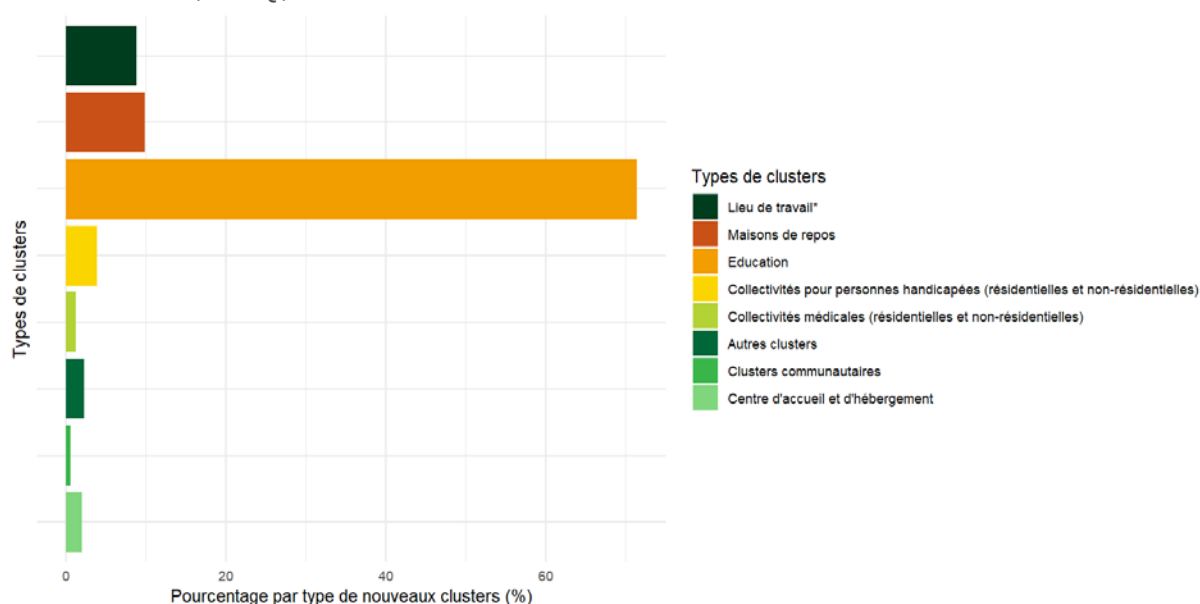
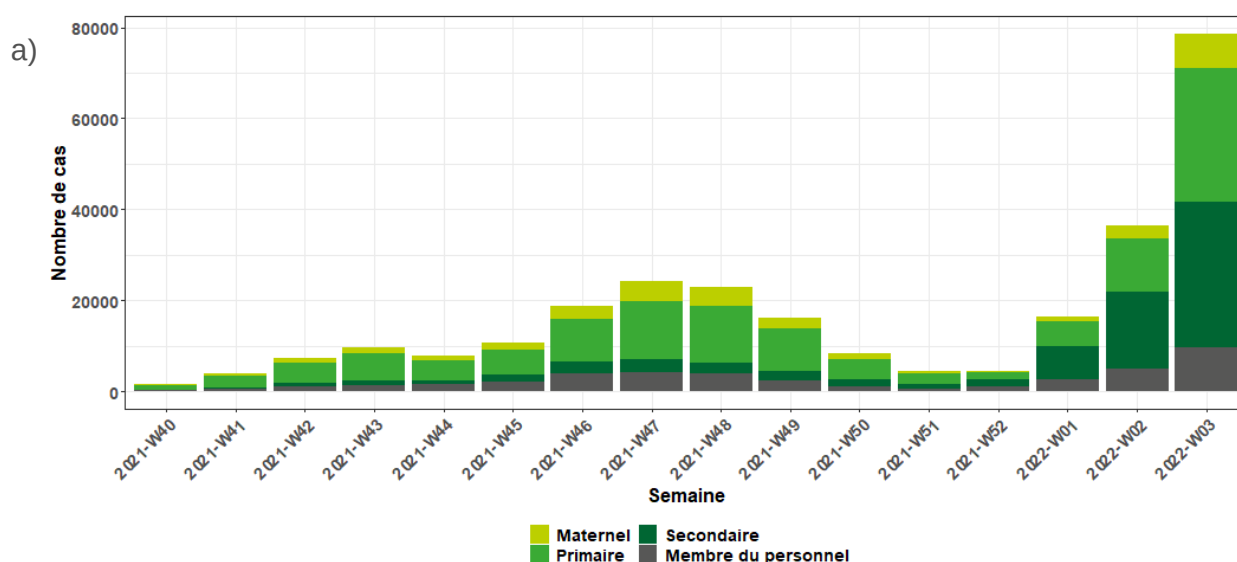


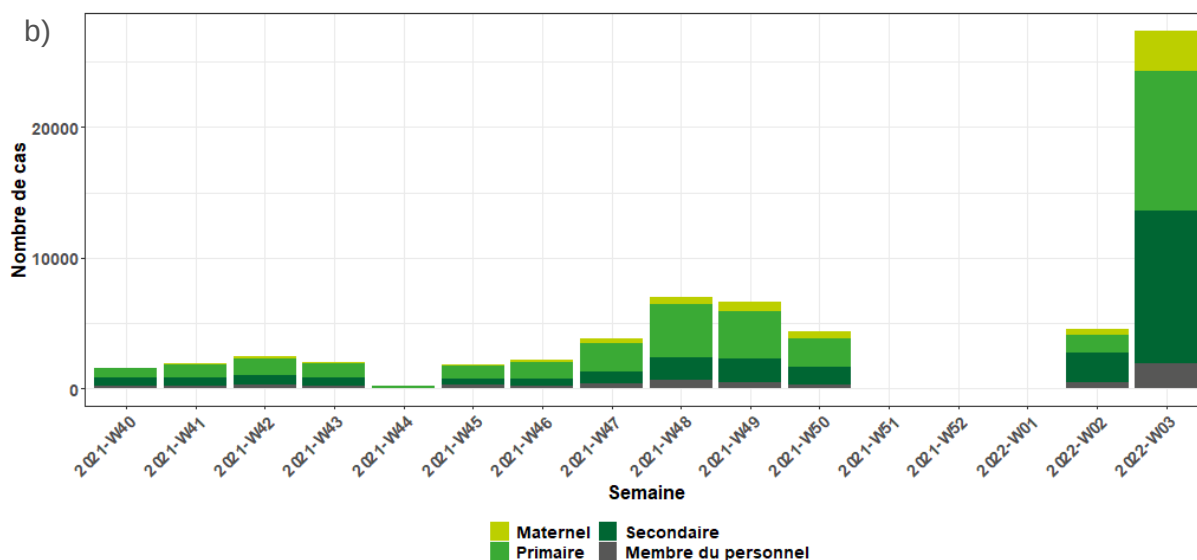
Figure 22 : Nouveaux clusters par catégorie, semaine 03/2022
Sources : AZG, AViQ, COCOM



Le nombre d'infections dans les écoles a continué de fortement augmenter au cours de la semaine du 17 au 23 janvier. Dans l'enseignement néerlandophone, il y a eu 68 860 infections parmi les élèves (comparé à 25 818 la semaine précédente) et 9 712 parmi les membres du personnel (comparé à 4 935) (Figure 23a). Il y a une forte augmentation pour tous les niveaux d'éducation. Dans les écoles francophones, 25 400 infections ont été déclarées chez les élèves et 1 959 chez les membres du personnel, contre respectivement 4 061 et 487 la semaine précédente (Figure 23b). On constate surtout une forte augmentation dans les écoles primaires et secondaires. Il s'agit toujours d'une sous-estimation, due à des données incomplètes et à des retards dans les rapportage.

Figure 23 : Nombre de cas parmi les élèves et de membres du personnel, semaines 40/2021 – 03/2022, a) enseignement néerlandophone et b) enseignement francophone. Source : surveillance LARS et PSE/PMS surveillance

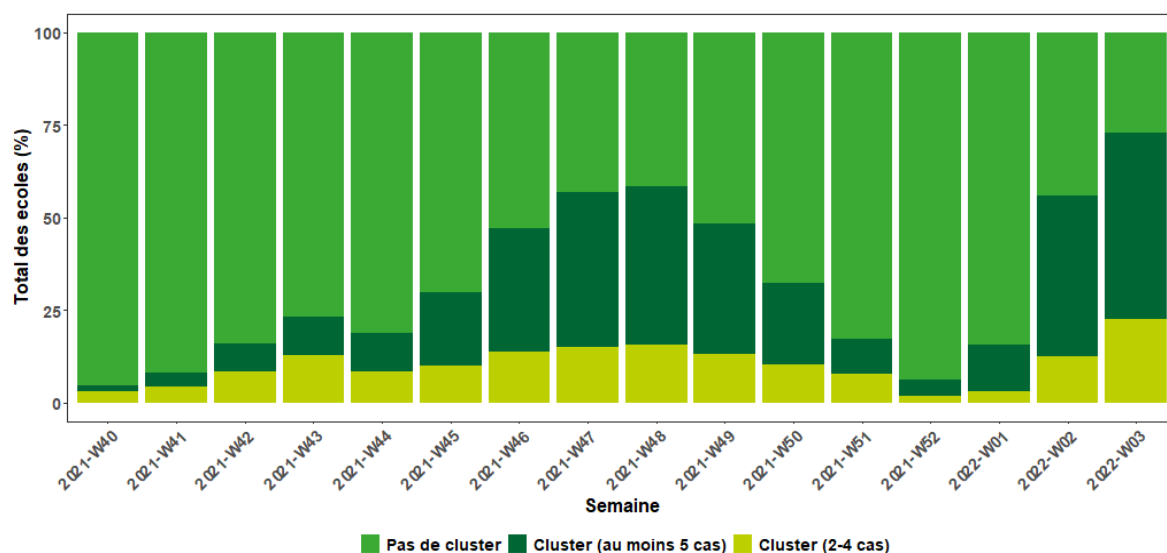




Le nombre d'écoles ayant un cluster actif dans l'enseignement néerlandophone a également encore fortement augmenté au cours de la semaine dernière, surtout pour les plus grands clusters (Figure 24). Dans l'enseignement francophone, il y a eu 24 écoles fermées en semaine 3 et 1 827 classes avec frein d'urgence (« emergency brake »), comparé à respectivement 1 et 110 la semaine précédente.

Figure 24 : Nombre d'écoles sans et avec un cluster actif, par semaine, enseignement néerlandophone, semaines 40/2021 - 03/2022⁷

Source: surveillance LARS

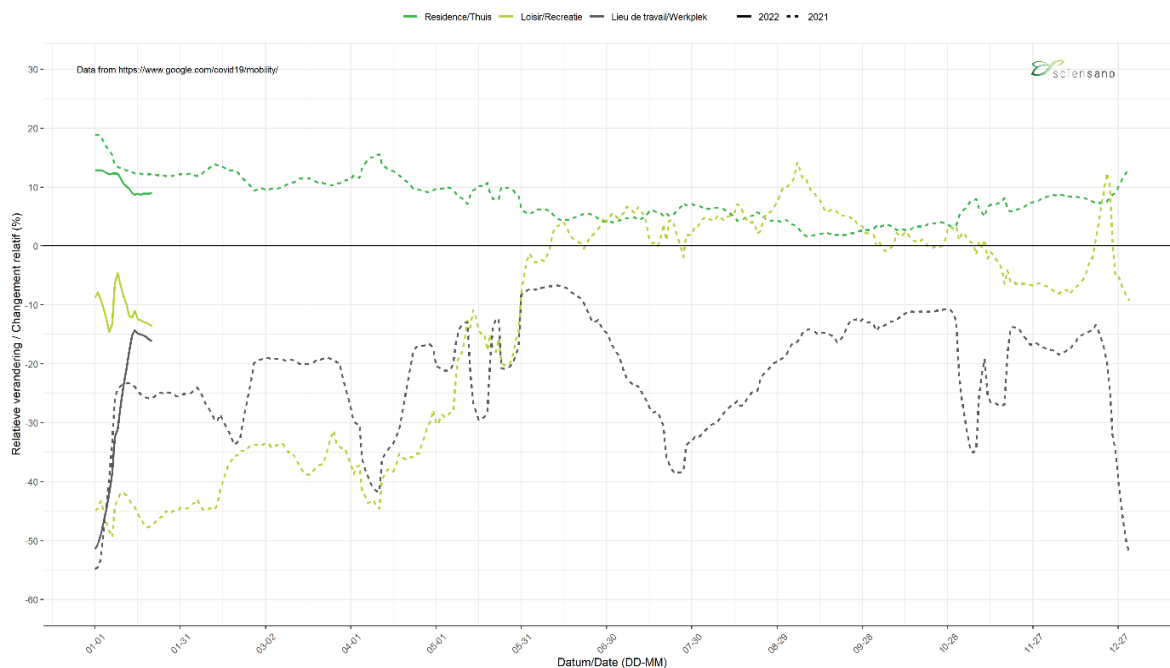


Les données relatives à la mobilité basées sur les données de Google montrent une stabilisation des déplacements pour la semaine 3 (Figure 25).

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

⁷ Un ajustement concernant le calcul des écoles présentant un cluster a été effectué. Désormais, lorsqu'une même école présente des clusters à différents niveaux d'enseignement (ex: maternelle et primaire), chacun de ces niveaux est considéré comme une école différente. Dès lors, tant le numérateur que le dénominateur ont été modifiés par rapport aux semaines précédentes. Les changements ont été faits de façon rétroactive pour toutes les semaines.

Source : Données Google



Au cours de la semaine du 16 au 22 janvier, 136 801 voyageurs sont arrivés en Belgique, soit une nouvelle diminution par rapport à environ 188 000 voyageurs la semaine précédente et 300 000 la semaine d'avant. La proportion de voyageurs en provenance d'une zone rouge reste stable (n = 108 655 ; 79 %). Un premier résultat de test est disponible pour 65 % des voyageurs à tester⁸ ce qui représente une légère diminution par rapport aux semaines précédentes (75 % pour ceux arrivés le 16/01 et 51 % le 22/01). Le PR parmi les personnes testées est très élevé et a encore légèrement augmenté à 17,8 %, contre 17,2 % la semaine précédente.

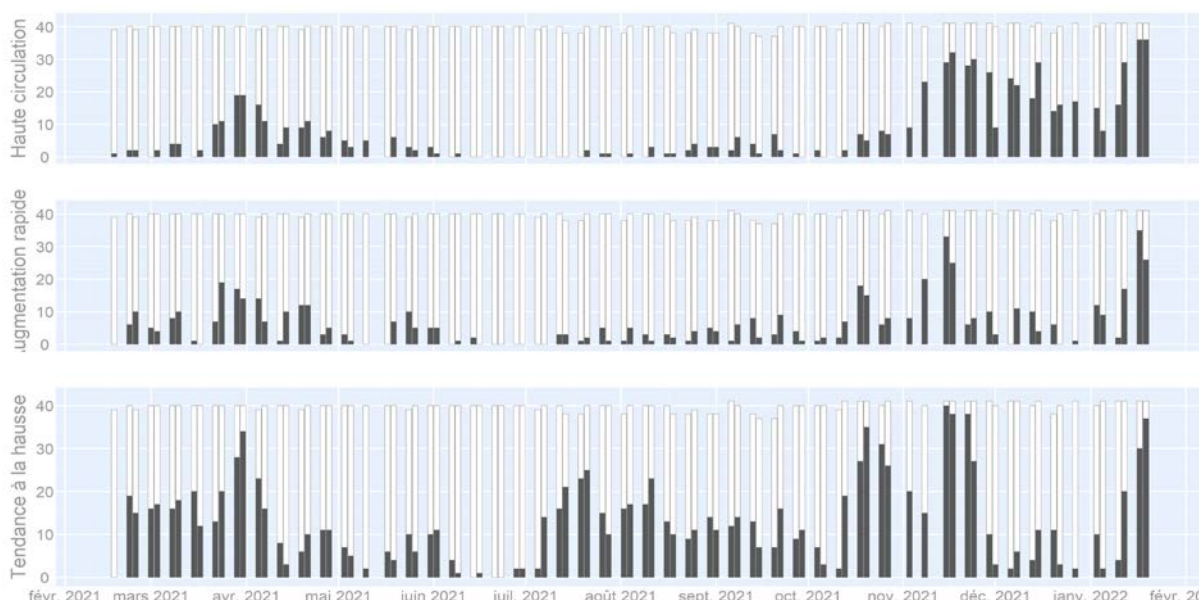
La surveillance des eaux usées basée sur trois indicateurs⁹ montre une augmentation des concentrations du virus dans les trois régions. Les résultats du 19 janvier 2022 montrent que les 41 zones couvertes par la surveillance¹⁰, présentent au moins un des indicateurs en alerte. Ceci est observé pour la première fois depuis le début de la surveillance. Au total, 36 zones présentent une alerte pour l'indicateur "haute circulation", 26 zones pour l'indicateur "augmentation rapide" et 37 zones pour l'indicateur "tendance à la hausse" (Figure 26). Toutes les provinces ont au moins un des trois indicateurs d'alerte positif. Les provinces d'Anvers, du Hainaut, du Limbourg, de Namur, de Flandre orientale et du Brabant flamand sont particulièrement préoccupantes car les trois indicateurs sont en alerte.

⁸ 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.

⁹ 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.

¹⁰ 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.

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](#).

Variants du virus

Au cours de la période du 10 au 23 janvier 2022, un total de 1 919 échantillons a été analysé dans le cadre de la surveillance de base (Source NRC). Le variant Omicron représentait 96,5 % de ces échantillons (94,4 % Omicron BA.1 et 2,1 % Omicron BA.2), comparé à 89,7 % la semaine précédente ; le variant Delta en représentait 3,3 %. De plus amples informations sont disponibles sur le [site web du CNR](#).

L'Annexe 2 présente une mise à jour des données concernant les infections et les hospitalisations dans certains pays européens, des informations sur le variant Omicron BA.2 et une mise à jour sur la gravité des infections chez les enfants.

PROVINCES

La situation épidémiologique au niveau des provinces/régions reflète toujours la situation au niveau national (voir également les Annexes 3 et 4).

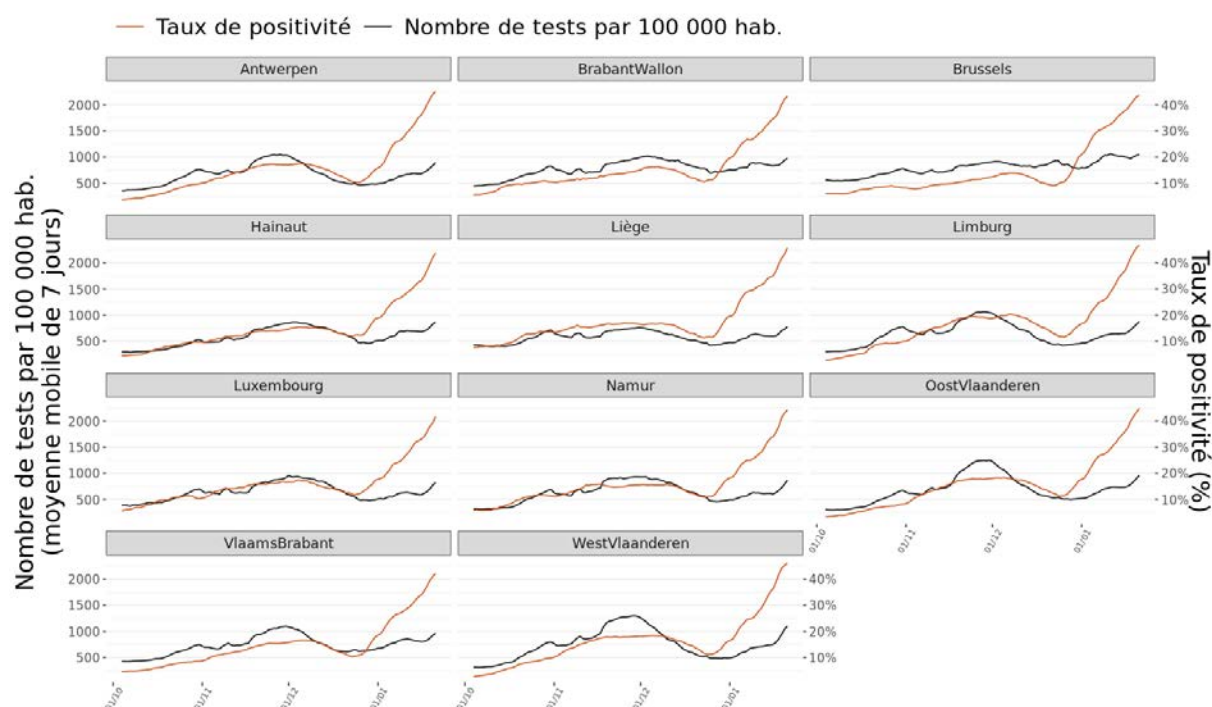
Indicateurs liés au nombre de cas :

Tous les indicateurs liés aux nombres de cas ont fortement augmenté dans toutes les provinces/régions (incidence cumulée sur 14 jours du nombre de cas, nombre de cas sur les 7 derniers jours, Rt, PR et nombre de tests effectués) (Figure 27). Le nombre de cas sur les 7 derniers jours varie de + 30 % (Région bruxelloise) à + 151 % (Communauté germanophone). Le Rt dépasse 1,4 dans la plupart des provinces. Le PR atteint des valeurs très élevées, variant de 42,9 % dans le Brabant flamand à 53,5 % en Communauté germanophone.

Indicateurs liés aux hospitalisations :

L'incidence sur 7 jours des admissions à l'hôpital augmente à présent dans la plupart des provinces/régions, à l'exception du Brabant flamand. Le nombre de lits de soins intensifs occupés par des patients COVID-19 diminue encore ou reste stable dans la plupart des provinces et en Région bruxelloise mais augmente à présent en Flandre orientale et en province du Luxembourg.

Figure 27 : Evolution du nombre de tests et du taux de positivité par province



La situation épidémiologique a été évaluée cette semaine sur base des indicateurs définis pour le Baromètre Corona. Etant donné l'incidence élevée pour nombre d'hospitalisations et l'augmentation observée pour les indicateurs liés au nombre de cas, toutes les provinces/régions se trouvent au niveau de gestion 3 ou « rouge », aucun changement n'est attendu la semaine prochaine.

Période 16/01-22/01/2022	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 ¹¹	Occupation USI	Temps doublement/ division	Niveau Baromètre
Belgique	4 683	+77 %	6 644	1,381	45,2 %	17,9	18 %	11	Rouge
Antwerpen	4 511	+83 %	6 242	1,386	46,1 %	16,6	13 %	10	Rouge
Brabant wallon	4 871	+62 %	6 807	1,337	45,1 %	6,9	22 %	11	Rouge
Hainaut	4 285	+91 %	6 094	1,466	44,8 %	23,0	19 %	12	Rouge
Liège	3 907	+88 %	5 487	1,440	46,8 %	22,2	20 %	12	Rouge
Limburg	4 476	+89 %	6 162	1,411	48,0 %	14,2	12 %	6	Rouge
Luxembourg	3 873	+101 %	5 747	1,524	43,3 %	7,6	21 %	9	Rouge
Namur	4 164	+110 %	6 061	1,541	45,0 %	10,3	16 %	7	Rouge
Oost-Vlaanderen	4 783	+83 %	6 680	1,390	45,7 %	17,6	17 %	8	Rouge
Vlaams-Brabant	4 574	+66 %	6 759	1,338	42,9 %	6,7	23 %	-35	Rouge
West-Vlaanderen	5 271	+110 %	7 682	1,453	46,7 %	23,3	14 %	11	Rouge
Région Bruxelles- Capitale	5 503	+30 %	7 340	1,179	44,7 %	28,6	29 %	16	Rouge
Deutschsprachige Gemeinschaft	3 033	+151 %	3 883	1,599	53,5 %	6,4	NA	NA	Rouge

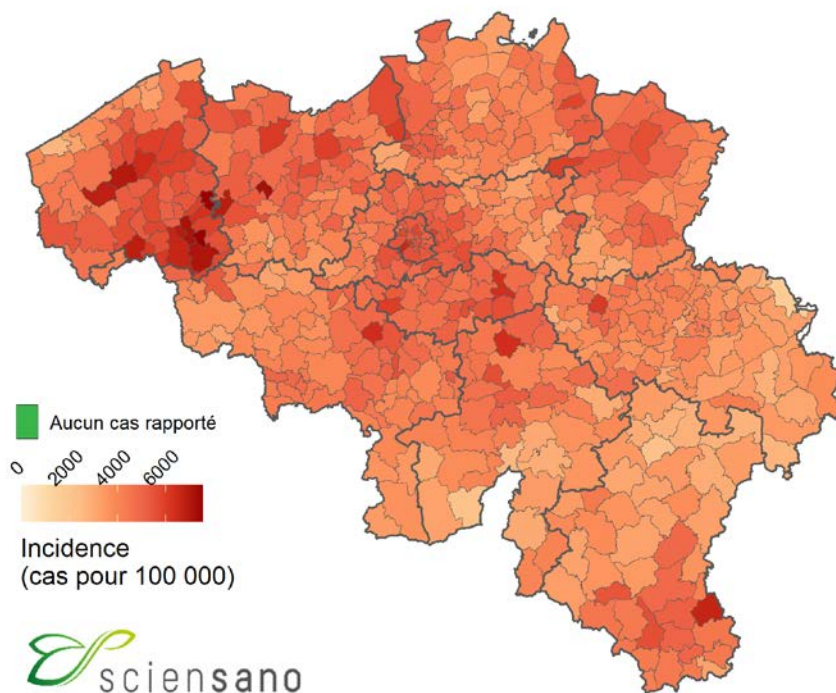
¹¹ Données de la semaine 3 (du 17 au 23 janvier 2022).

COMMUNES

L'Annexe 5 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 élevé, 403 communes étant actuellement en alerte (par rapport à 462 la semaine dernière).

La Figure 28 représente les incidences par commune. On observe à présent une incidence plus élevée en Flandre occidentale, mais les incidences sont élevées sur tout le territoire. Au niveau communal, celles-ci sont comprises entre 1 690 et 7 224/100 000 et pour 118 communes l'incidence est supérieure à 5 000/100 000.

Figure 28 : Incidence cumulée sur 14 jours par commune



Les personnes suivantes ont participé à cet avis :

Philippe Beutels (UAntwerpen), Emmanuel Bottieau (ITM), Caroline Boulouffe (AViQ), Steven Callens (UZ Gent), Géraldine De Muylder (Sciensano), Naima Hammami (Zorg en Gezondheid), Anne-Claire Henry (ONE), Niel Hens (UAntwerpen/UHasselt), Anthony Kets (Onderwijs Vlaanderen), Yves Lafort (Sciensano), Sanne Lenaerts (SPF Santé Publique), Tinne Lernout (Sciensano), Romain Mahieu (COCOM), Quentin Mary (SSMG), Geert Molenberghs (UHasselt-KULeuven), Dominique Roberfroid (KCE, UNamur), Giulietta Stefani (Sciensano), Stefan Teughels (Domus Medica), Steven Van Gucht (Sciensano), Greet Van Kersschaever (Domus Medica).

Annexe 1: Effect of modified testing policy on January 10, 2022, on total and positive tests

Geert Molenberghs (UHasselt and KU Leuven), Simon Couvreur (Sciensano)

We consider two pairs of four variables, i.e., total number of tests and number of positive tests:

1. Total and positive tests with prescription available, asymptomatic
2. Total and positive tests with prescription available, symptomatic
3. Total and positive tests with prescription available, symptoms unknown
4. Total and positive tests where no prescription is available

Based on the daily data as collected, managed and stored by Sciensano from October 10, 2021 until and including January 9, 2022, two predictive models are built:

- Model T: A linear model predicting total number of tests in the asymptomatic fraction, with as predictors all six variables in categories 2, 3 and 4
- Model P: A linear model predicting number of positive tests in the asymptomatic fraction, with as predictors all six variables in categories 2, 3 and 4

The R^2 value for Model T is 0.84; that for Model P is 0.82.

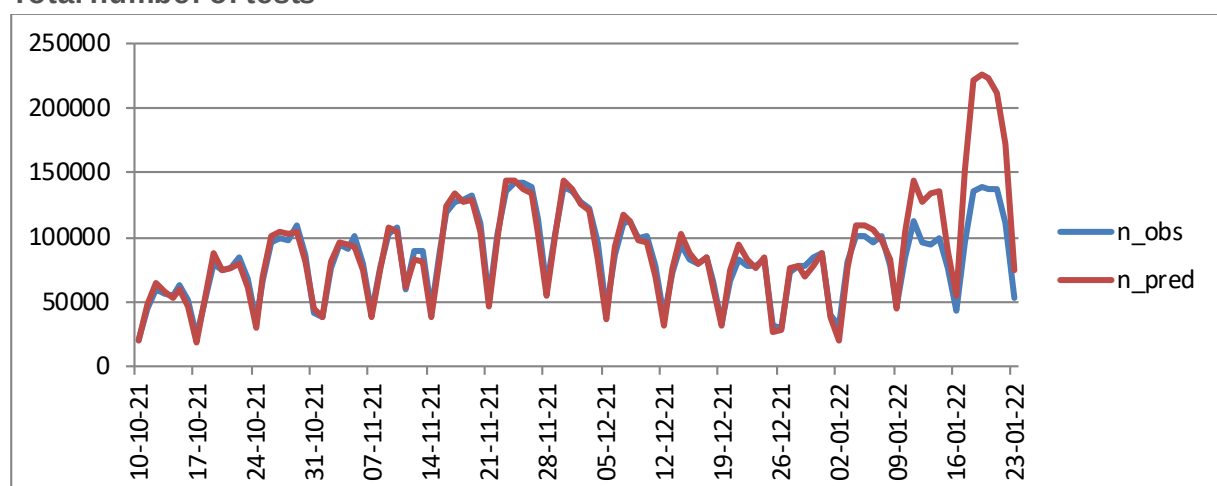
Based on this model the total and positive tests in the asymptomatic fraction is predicted for subsequent consolidated days until and including January 24, 2022. This also allows for an adjustment of the positivity ratio.

There is a good match until January 10, 2022 between observed and predicted numbers of tests, where a prediction is constructed as the observed sum over the observed symptomatic, unknown and no-prescription fraction and the model-based prediction of the asymptomatic fraction. As expected, a discrepancy is noticeable in subsequent days.

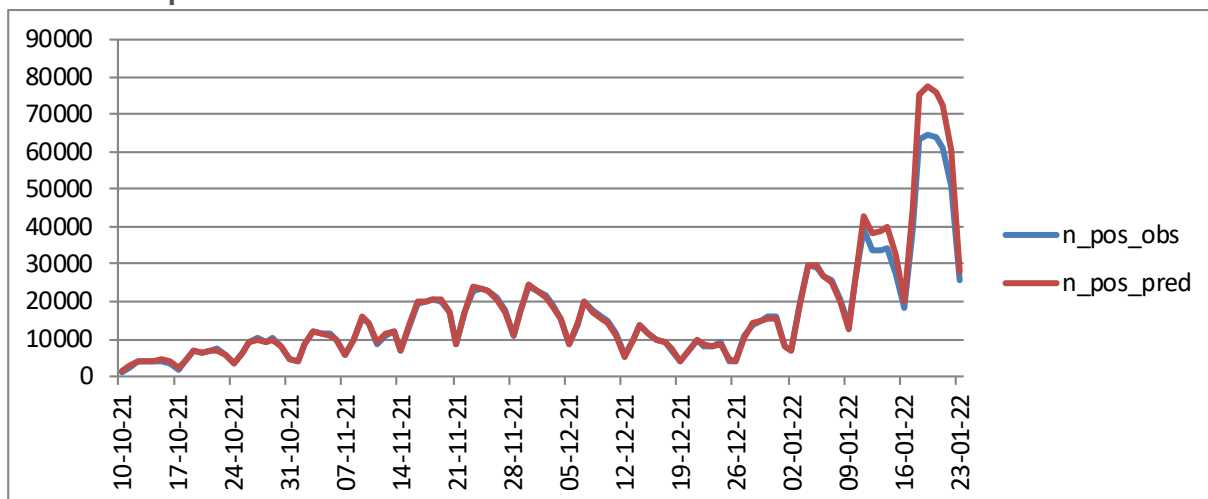
For example, on January 14, 2022, 98480 tests are observed, of which 34489 are positive. This would change to 135699 tests of which 40135 would be positive. The positivity ratio would be adjusted downward from 35% to 30%.

For example, on January 21, 2022, 137602 tests are observed, of which 61332 are positive. This would change to 211578 tests of which 72651 would be positive. The positivity rate would be adjusted from 45% to 34%.

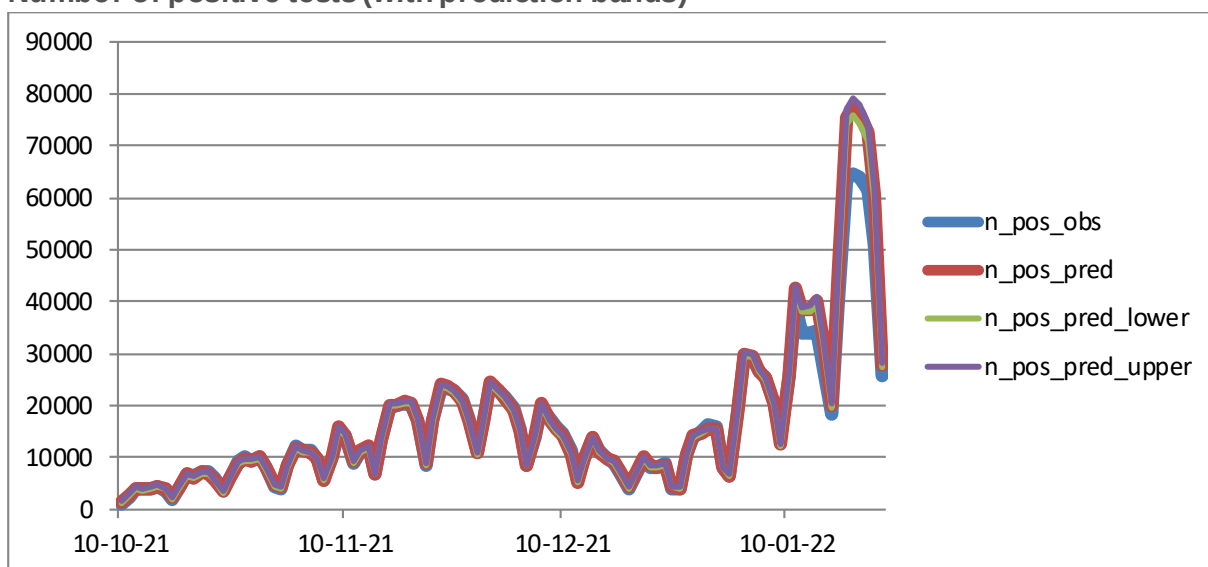
Total number of tests



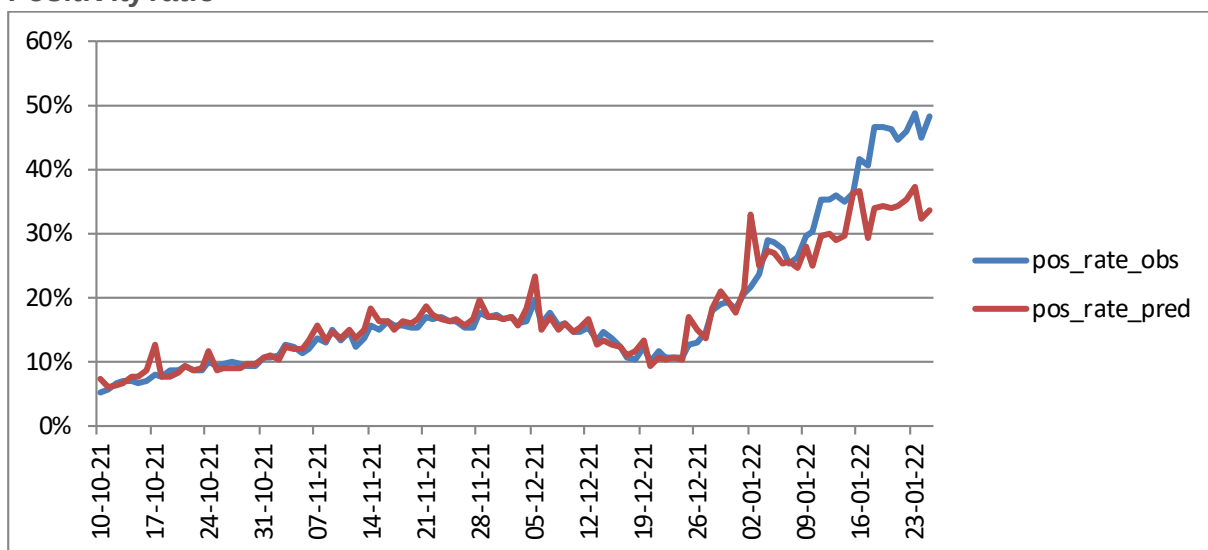
Number of positive tests



Number of positive tests (with prediction bands)



Positivity ratio



Annexe 2 : Etat des lieux variant Omicron - 12 janvier 2022

The number of hospitalizations in the context of very high numbers of Omicron infections varies from country to country. In the United Kingdom (UK) the impact has been limited and the number of hospitalizations is now decreasing, in a context of decreasing number of infections since three weeks. In Denmark, however, there is still an increase in both infections and hospitalizations. In both countries there is a decreasing trend in the number of admissions to an intensive care unit. Also in France there is still a strong increase in hospitalizations, whereas in Spain it seems to stabilise (at a high level). Other countries, such as the Netherlands, have not yet seen an increase. However, comparisons between countries are difficult because of different testing strategies and vaccination rates.

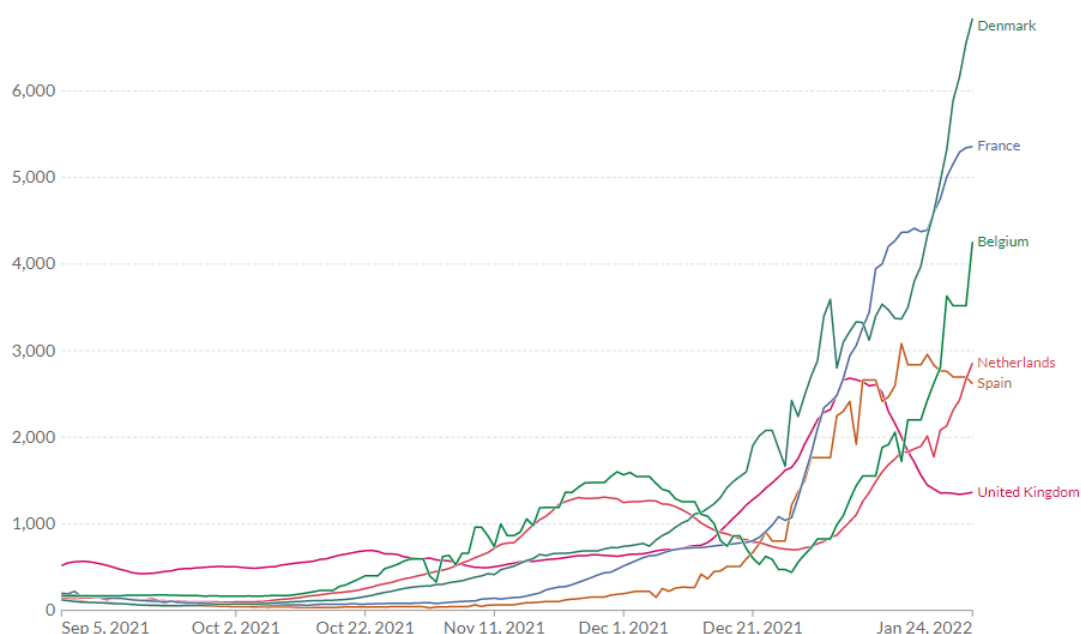
Weekly number of new confirmed infections per million, in different countries compared with Belgium

Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

7-day rolling average. Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.



LINEAR LOG



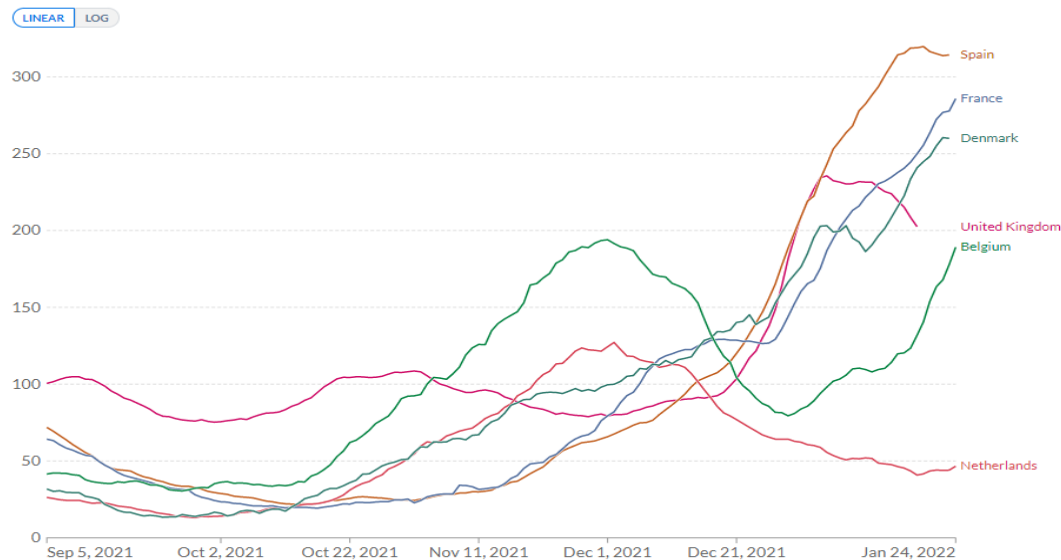
Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

Weekly number of new hospital admissions per million, in different countries compared with Belgium

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

CC BY

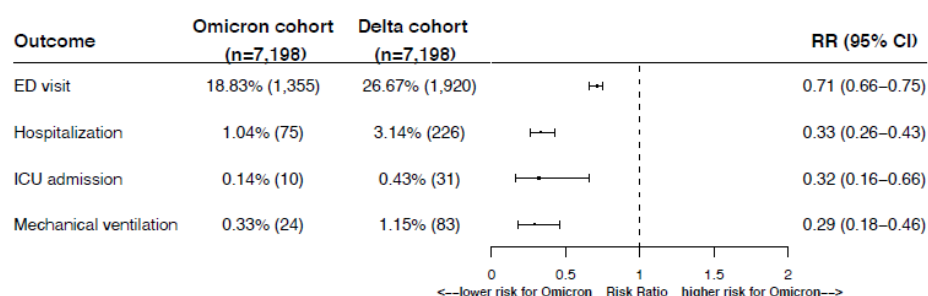
Sub-lineage BA.2

The Omicron variant has three sub-lineages, BA.1, BA.2 and BA.3. Initially only the BA.1 sub-lineage rapidly spread worldwide, but in the past weeks the BA.2 sub-lineage is quickly increasing and appearing to replace BA.1 in several countries. In Denmark it already overtook BA.1 as the most dominant sub-lineage, and it is also increasing in the UK and Germany, among others. The BA.2 sub-lineage has 16 specific mutations in the spike protein, compared to BA.1, and this raises concerns that it might behave different with regards to severity and susceptibility to immunity. The UKHSA has therefore recently classified it as a variant under investigation. There is, however, no evidence yet that supports these concerns. Early observations from countries where the sub-lineage has become common suggest there is no dramatic difference in severity. There is anecdotal evidence of people who became infected with BA.1 and re-infected with BA.2 shortly afterwards, possibly indicating no cross-immunity. This needs, however, to be confirmed by more data.

Severity in children

Several countries report relatively more hospitalizations in children than in adults, compared with previous variants, and especially in the youngest children (0-5 years) (cfr previous updates). However, studies assessing clinical severity across variants show that also in children the risk for serious illness is lower for Omicron infections than for Delta infections. Preliminary sub-analyses in the UK estimated a lower risk of hospitalization among Omicron cases in school-aged children (5 to 17 year olds) compared to Delta cases in the same age group (HR 0.42, 95% CI 0.28-0.63). Analysis of data in the US focusing on children under 5, compared a larger number of infections during the period 26 Dec 2021- 6 Jan 2022 with the Delta period. The relative risk for severe clinical outcomes was 0.71 [0.66-0.75]; for hospitalizations 0.33 [0.26-0.43]; for ICU admission 0.32 [0.16-0.66] and for mechanical ventilation 0.29 [0.18-0.46].

**Comparison of 3-day acute outcomes
in children under 5 with first time COVID infection
(matched Omicron vs. Delta cohorts)**



On the other hand, a preliminary assessment of the relative severity of cases by age group in New York, comparing two weeks in November, when the Delta variant was dominant, to the week of December 20 to 26, when the Omicron variant became the majority variant showed that, unlike in adults and children 12-17 years old, there was an increase of the admission rate in children 0-11 years (see table below). The results suggest that greater inherent severity of the Omicron variant may also play a role in increasing rates of hospitalizations for children ≤11 years, relative to adults and children 12-17 years. However, the study presents several limitations, including the fact that the number of infections in the different age groups was not known and thus the level of the virus circulation between the two periods was not taken into account. Further studies on hospitalisations in children are needed.

Table 12. Estimated severity of cases among unvaccinated persons, late November vs. late December, 2021

	Two-week period of: November 15 – 26 (predominantly Delta variant)			One-week period of: December 20 – 26 (predominantly Omicron variant)			Change in ratio
	Cases	New admissions	New admissions per 100 cases	Cases	New admissions	New admissions per 100 cases	
0 – 4 years (all unvaccinated)	3,776	47	1.24	8,130	150	1.85	+ 48.2%
5 – 11 years, unvaccinated	8,508	15	0.18	16,205	49	0.30	+71.5%
12 – 17 years, unvaccinated	5,013	35	0.70	11,736	45	0.38	- 45.1%
18+ years, unvaccinated	38,447	3,241	8.43	104,854	3,345	3.19	- 62.2%

Source: ECLRS, HERDS

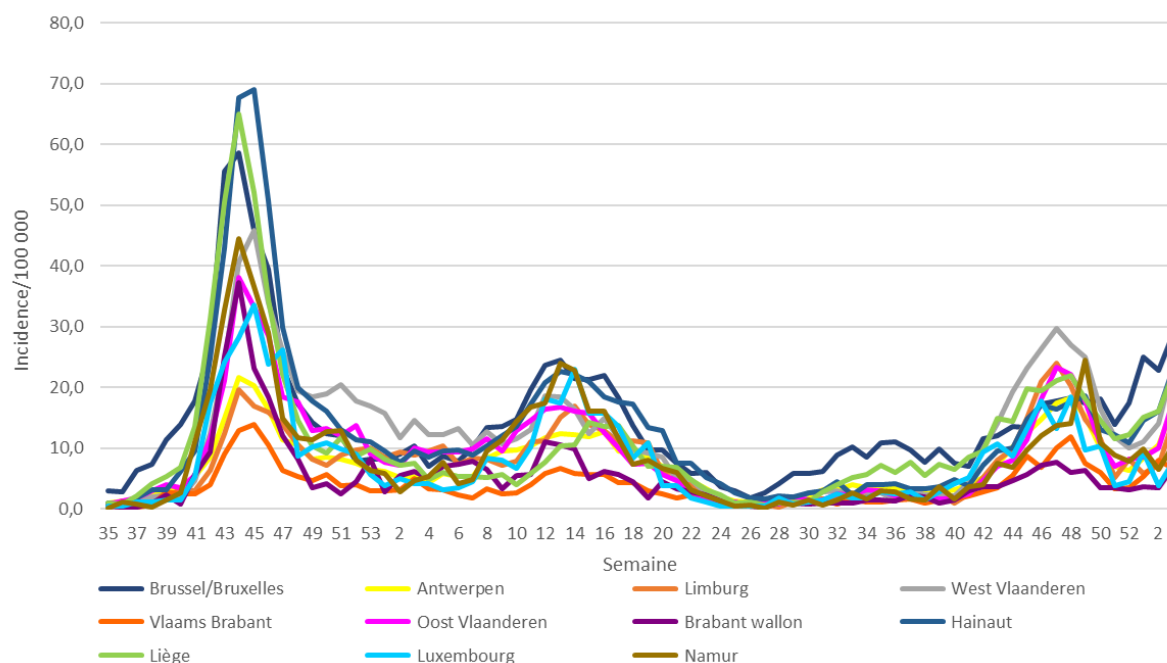
More than likely, the relatively stronger increase in hospitalization in children is mainly due to their lower immunity, as they are not vaccinated.

Sources:

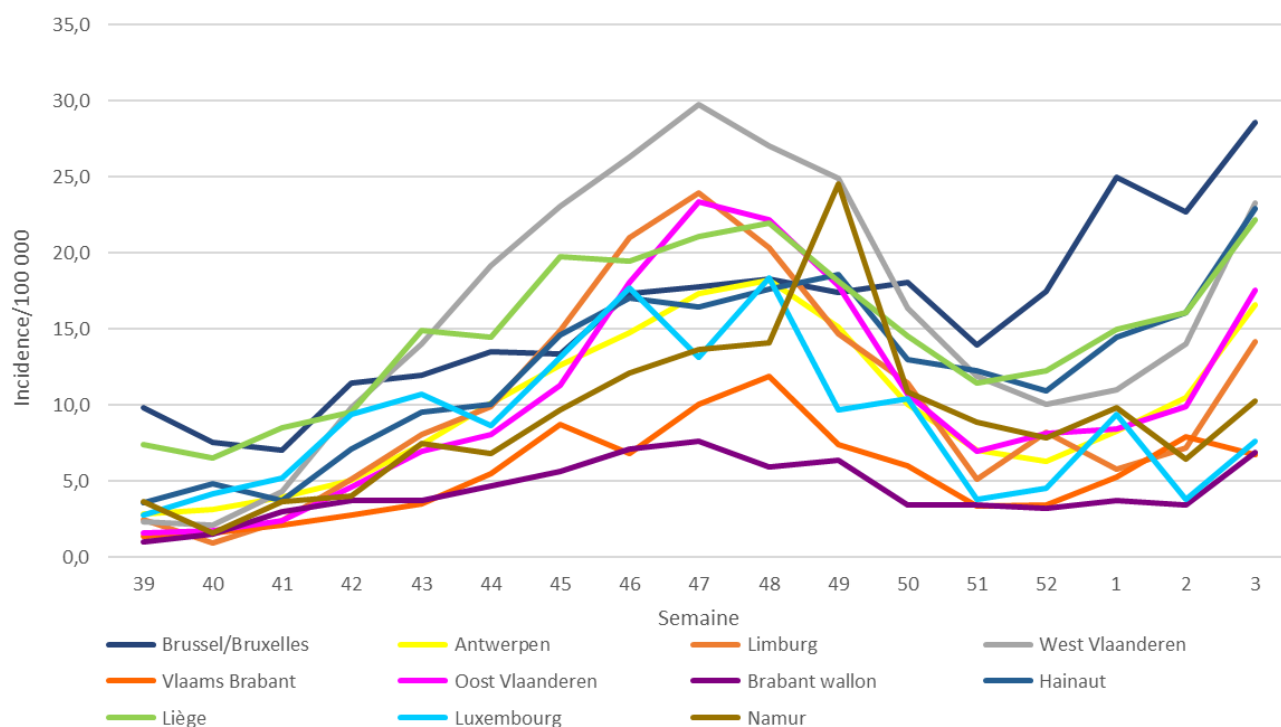
Coronavirus (COVID-19) - Our World in Data; SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation- Technical briefing 34 (publishing.service.gov.uk); COVID-19 variants identified in the UK - GOV.UK (www.gov.uk); Emergence of Omicron third lineage BA.3 and its importance - Desingu - Journal of Medical Virology - Wiley Online Library (fgov.be); Now, an Omicron variant, BA.2, accounts for almost half of all Danish Omicron-cases (ssi.dk); Tom Peacock on Twitter: "First off - what is BA.2? BA.2 is a sister lineage to BA.1. Currently both lineages are defined as the Omicron variant. As @shay_fleishon shows - BA.2 shares a lot of mutations with BA.1, but it also has many differences <https://t.co/MU5s54vVBZ>" / Twitter; New Omicron variant spreads - you may be infected twice, says SSI researcher - TV 2 SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation (publishing.service.gov.uk); COVID infection severity in children under 5 years old before and after Omicron emergence in the US | medRxiv; Full Report - Pediatric COVID-19 update: January 7, 2022 (ny.gov).

Annexe 3 : Nombre de nouvelles hospitalisations/100 000 habitants par semaine et par province, semaines 35/2020 à 3/2022

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".



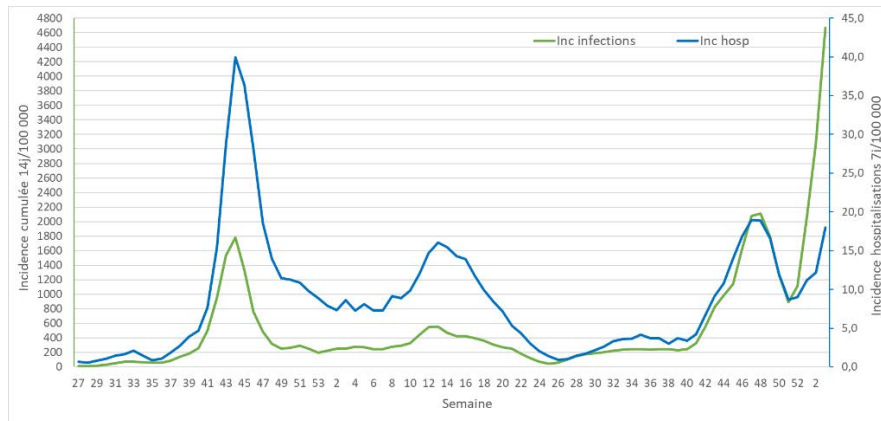
Une vue sur la période la plus récente (semaine 39/2021 à 3/2022) montre une augmentation dans la plupart des provinces, à l'exception du Brabant flamand.



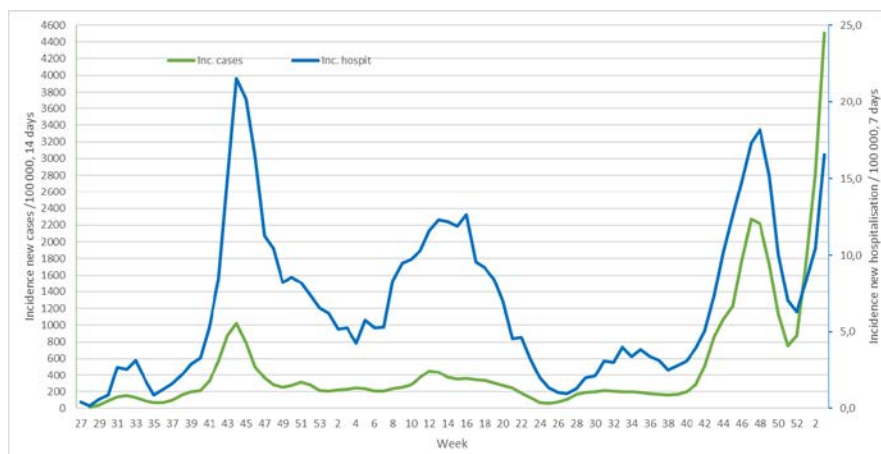
Annexe 4 : Evolution de l'épidémie par province pour les nouvelles infections et les nouvelles hospitalisations

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

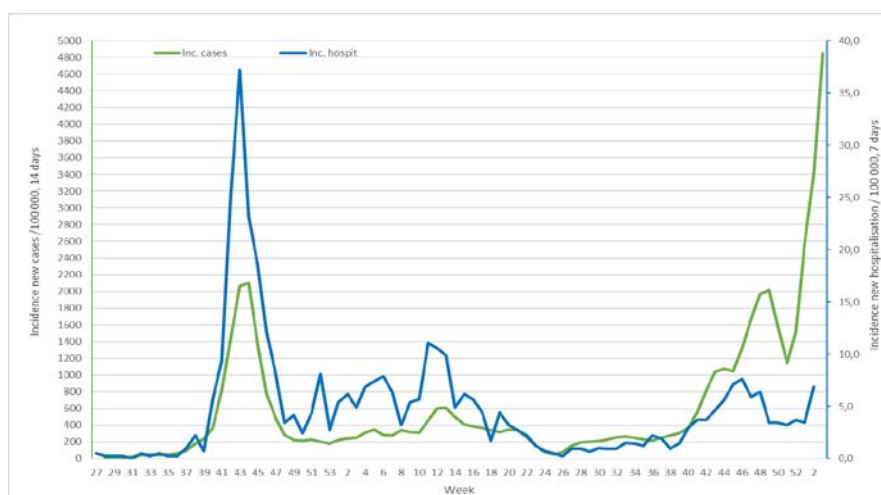
Belgique



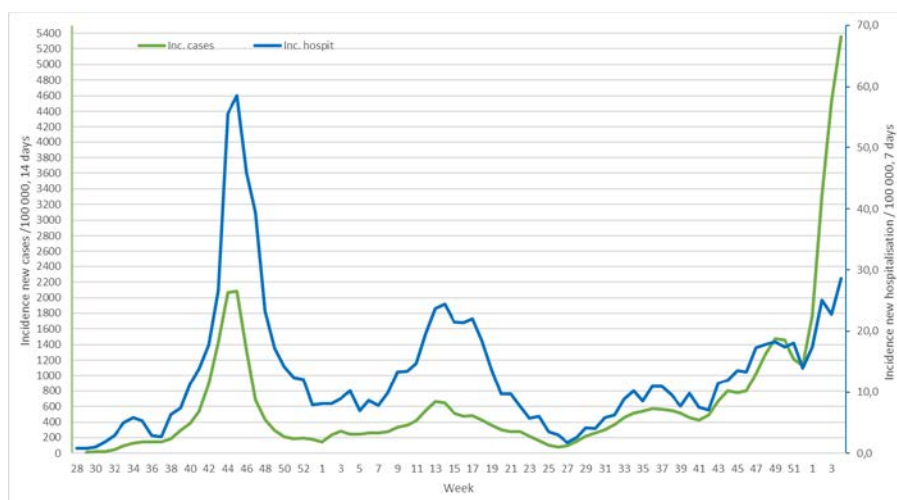
Antwerpen



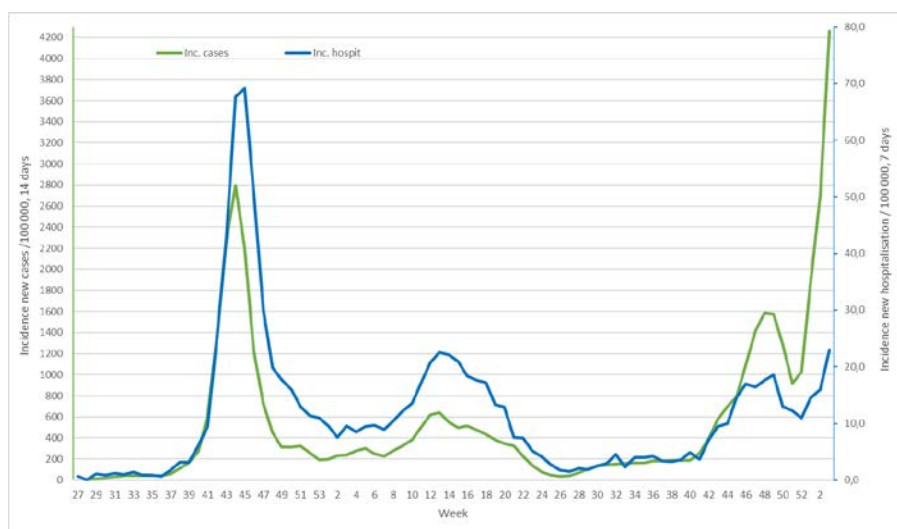
Brabant wallon



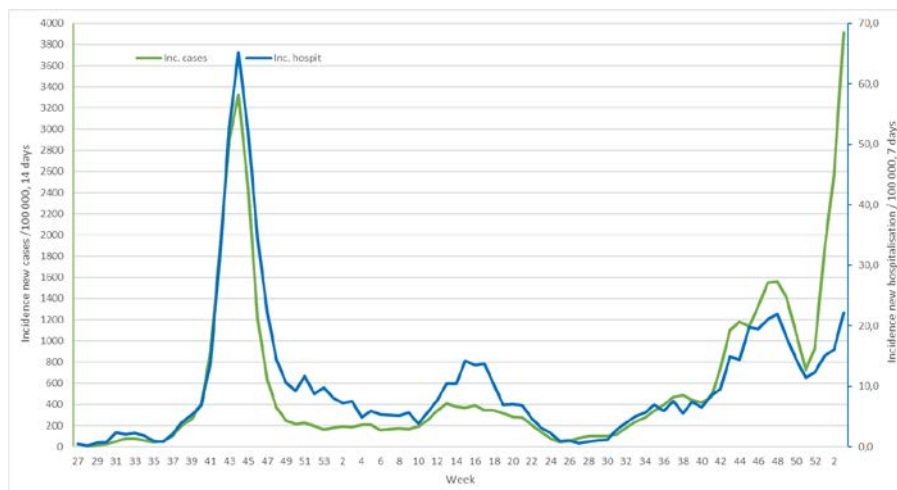
Brussels



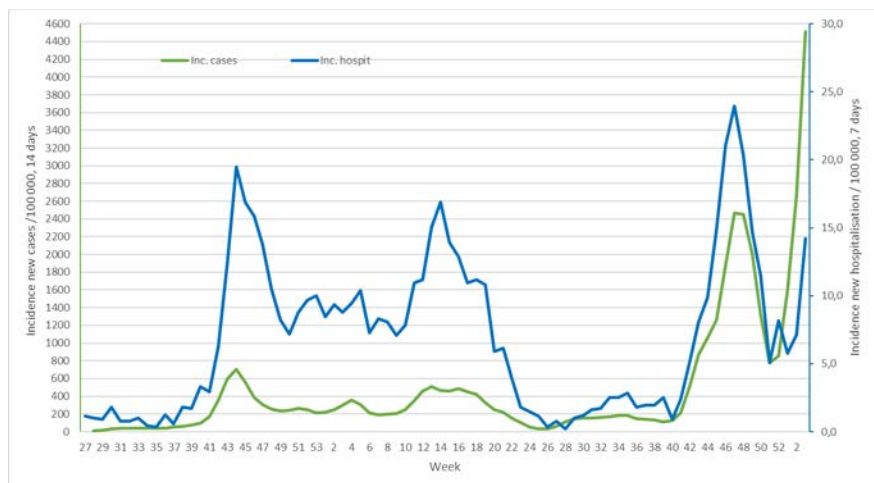
Hainaut



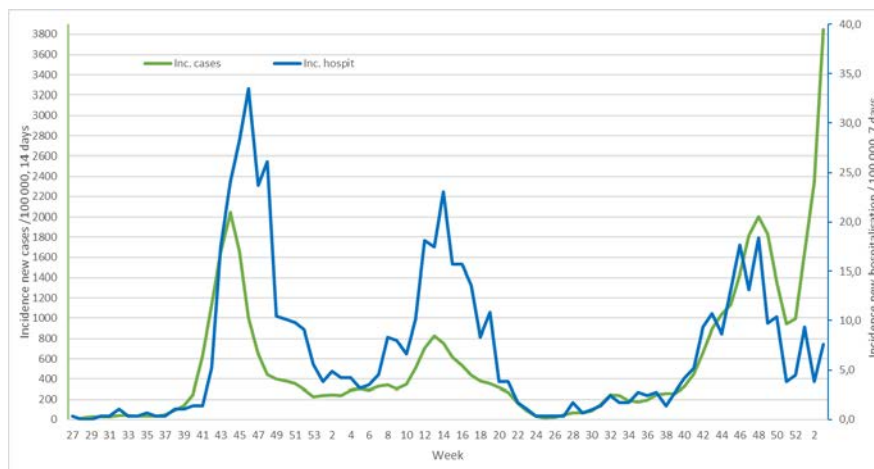
Liège



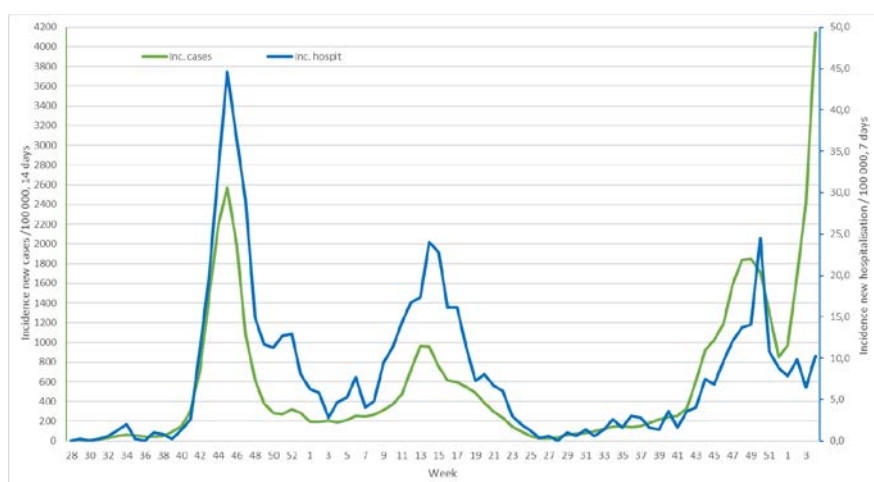
Limburg



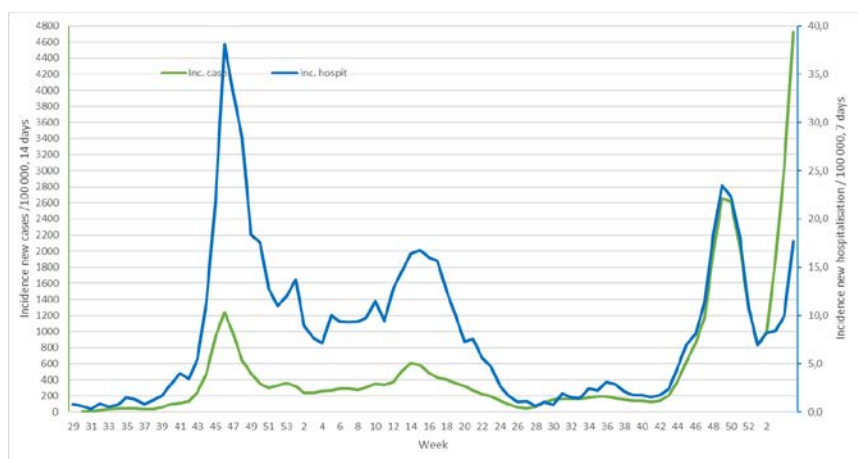
Luxembourg



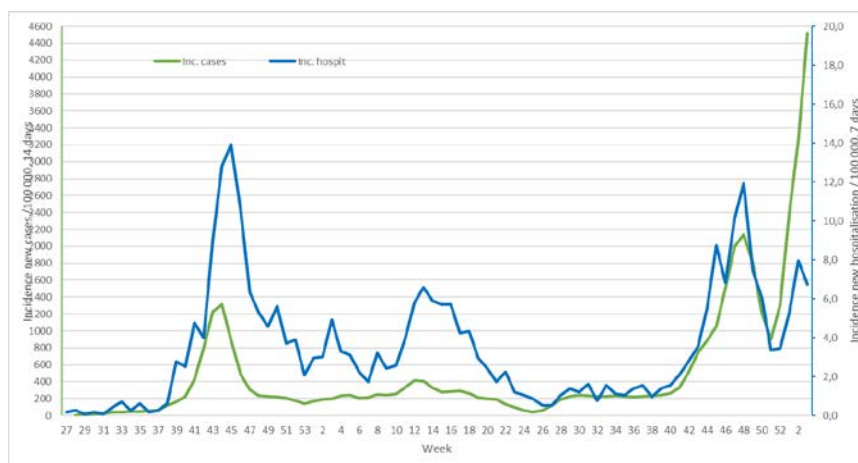
Namur



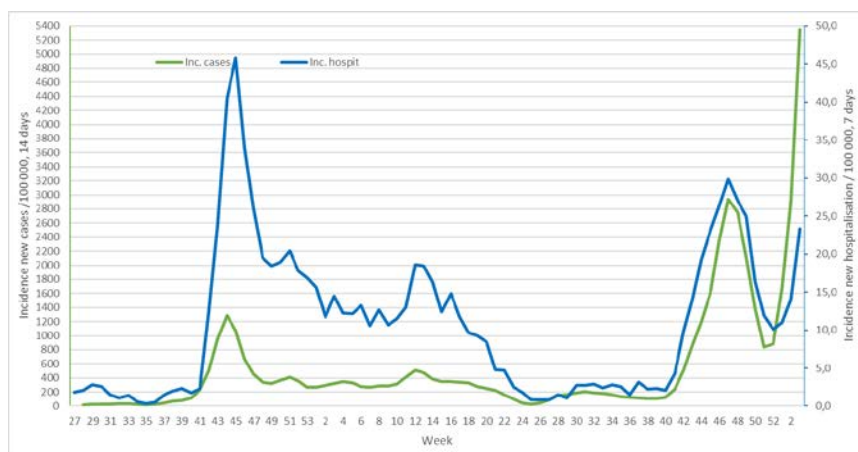
Oost-Vlaanderen



Vlaams-Brabant



West-Vlaanderen



Annexe 5 : 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.

