

## Seuils pour un nouveau baromètre

RAG 15 décembre 2021

### Contexte

Depuis juillet 2021, le RAG utilise 5 niveaux d'alerte pour l'évaluation hebdomadaire de la situation épidémiologique. Cependant, ce système n'a jamais été validé politiquement. Le 3 décembre, le Comité de consultation a mandaté le Commissariat COVID-19 pour "élaborer une stratégie de gestion simplifiée qui indique de manière anticipative comment, sur la base de mesures progressives, équilibrées et conditionnées, une situation épidémiologique par défaut peut être atteinte".

Dans ce contexte, il est examiné si les niveaux d'alerte actuels sont utiles pour la mise en place d'un tel « baromètre ». C'est aussi l'occasion d'évaluer les indicateurs et les seuils (après une période de 5 mois), et de les ajuster au besoin.

Il est important de noter que les seuils proposés dans le présent avis sont susceptibles de changer encore, en fonction de l'évolution de facteurs tels qu'un nouveau variant ou un changement dans la stratégie de testing.

### Eléments de discussion

- Le système utilisé, basé sur l'analyse de différents indicateurs, a prouvé son utilité dans le suivi de la situation épidémiologique au cours des derniers mois. Cependant, malgré une augmentation progressive du niveau, peu de mesures ont été prises au niveau provincial (principalement l'introduction du CST à partir du niveau d'alerte 4) et national (renforcement des mesures à partir du niveau d'alerte 5).
- Les indicateurs utilisés permettent une évaluation qualitative de la situation, avec comme principaux paramètres le nombre de nouvelles hospitalisations et le nombre de lits occupés dans les unités de soins intensifs. Cependant, l'incidence et le Rt des infections ainsi que le taux de positivité restent des indicateurs importants du degré de circulation du virus et de la tendance prévue pour les hospitalisations (qui suit la tendance des infections avec un intervalle de 1 à 2 semaines). Comme l'a indiqué à plusieurs reprises le RAG, la circulation du virus doit être maîtrisée 1) afin de ne pas exercer une pression trop forte sur les soins de santé de première ligne et 2) parce qu'un nombre trop élevé d'infections en chiffres absolus entraînera également un nombre élevé d'infections graves, avec une surcharge des soins de second ligne (et report de soins non-COVID). La pression sur les soins de première ligne (indicateur du nombre de consultations/contacts pour suspicion de COVID-19 chez les médecins généralistes) est un signal précoce et sera davantage pris en compte à l'avenir.
- Au cours des derniers mois, l'indicateur "temps de doublement/division des nouvelles hospitalisations" s'est révélé instable (fortes fluctuations d'une semaine à l'autre). Il n'est donc plus inclus dans l'évaluation. Afin de garder un indicateur sur la vitesse et le degré de changement, l'indicateur "croissance" sera inclus dans l'analyse qualitative, exprimé comme la différence entre le

nombre moyen de nouvelles infections et d'hospitalisations aujourd'hui et la semaine précédente (en %). Comme cet indicateur peut fortement fluctuer, surtout avec de petits nombres, aucun seuil n'est fixé.

- Depuis septembre 2021, la concentration du virus dans les eaux usées est surveillée à l'aide de trois indicateurs (forte circulation, évolution rapide et tendance à la hausse). Cette surveillance sera particulièrement importante dans un contexte où beaucoup moins de tests seront effectués, afin de pouvoir garder une vue d'ensemble des zones où la circulation du virus est la plus élevée. Cependant, à l'heure actuelle, il y a encore beaucoup de tests réalisés (toujours recommandé pour toutes les personnes symptomatiques et les contacts à haut risque) et certains aspects techniques doivent encore être améliorés (comme la correction pour la dilution des eaux usées après de fortes pluies). Pour ces raisons, cet indicateur n'est pas encore inclus. Dès qu'il y aura un changement significatif dans la stratégie de test, cela sera reconsidéré.
- En ce qui concerne les seuils utilisés, il existe une divergence entre ceux relatifs au pourcentage d'occupation des lits de soins intensifs et ceux pour les infections et nouvelles hospitalisations (niveau d'alerte inférieur). L'expérience montre aussi que la capacité réelle de lits est inférieure à la capacité théorique, principalement en raison d'absence de personnel (maladie, quarantaine, congé, changement de carrière, etc.) et du rattrapage de soins non COVID postposés. Les seuils doivent donc être abaissés. Il y a également une différence pour l'incidence des infections (niveau d'alerte plus élevé que les hospitalisations) et les seuils devraient être relevés ici.
- Une analyse de l'évolution des niveaux d'alertes pour la période allant de juillet 2021 à aujourd'hui montre, qu'à quelques exceptions près, il y a eu une évolution rapide vers un niveau supérieur une fois le niveau 3 atteint (Annexe 1). Toutefois, ceci s'est inscrit dans un contexte où il y a eu des mesures d'assouplissement (fin septembre), avec peu de mesures restantes.

## Recommandations

- Le terme "niveau d'alarme" ayant une certaine connotation négative, il sera dès lors appelé "niveau de gestion", avec une couleur correspondante.
- Le nombre de niveaux est réduit à trois, en plus de la situation "normale" (ligne de base/blanche), où il existe une circulation endémique du virus SRAS-CoV-2, avec de possibles poussées saisonnières (comme pour le virus de la grippe).
  - Niveau de gestion 1/jaune : situation épidémiologique sous contrôle. Il y a une circulation du virus mais à un niveau faible et sans impact sur le système de soins de santé (première et deuxième ligne). Un ensemble de mesures de base est nécessaire pour garder la situation sous contrôle ;
  - Niveau de gestion 2/orange : circulation croissante avec début de pression sur le système de soins de santé ; des mesures sont nécessaires pour inverser la tendance ;
  - Niveau de gestion 3/rouge : circulation très importante du virus avec un risque élevé de surcharge du système de santé.

Pour éviter d'atteindre encore le niveau d'alarme (rouge) à l'avenir, des mesures supplémentaires devront être prises dès que le niveau 2 sera atteint.

- Le niveau continue d'être évalué chaque semaine par le RAG. Comme les mois précédents, cette évaluation se fait sur la base des différents indicateurs avec une évaluation qualitative, d'autres éléments pouvant également être pris en compte, tels que le rapport entre les infections

symptomatiques et asymptomatiques, la répartition par groupe d'âge, la stratégie de testing, la circulation des VOCs, la circulation d'autres virus respiratoires, etc. Une prédiction du niveau national pour la semaine suivante sera également faite chaque semaine. Pour ceci, le système "cliquets" pour les hospitalisations ([de l'UHasselt](#)) peut être utilisé comme outil de prédiction. Ce système est déjà intégré dans l'évaluation hebdomadaire de la situation épidémiologique par le RAG.

- De manière générale, les indicateurs actuels continueront à être utilisés, les indicateurs hospitaliers (nombre de nouvelles hospitalisations et capacité des unités de soins intensifs) restant les plus importants et les indicateurs relatifs à l'intensité de la circulation du virus (charge de travail des médecins généralistes, infections Rt, PR et nombre de nouvelles infections) étant toujours utilisés pour estimer la tendance de l'évolution et comme indicateurs précoces d'une éventuelle évolution défavorable. La charge de travail des médecins généralistes (via l'indicateur nombre de consultations/contacts pour suspicion de COVID-19) est un indicateur clé à cet égard, et restera davantage stable à l'avenir dans le contexte d'un éventuel changement de politique de testing, car les patients continueront à contacter leur médecin pour obtenir des informations/certificats de maladie. Seul l'indicateur "temps de doublement/division" est remplacé par "% de croissance" des nouvelles infections et hospitalisations, en tant qu'indicateur de la dynamique de circulation, mais sans utilisation de seuils spécifiques.
- Les seuils ont été ajustés pour différents indicateurs, sur la base d'une évaluation des 5 derniers mois, et dans le but de mieux aligner les seuils (voir tableau récapitulatif). Une nouvel ajustement peut être nécessaire à l'avenir, en fonction des changements dans la stratégie de test/recherche des contacts, de nouveaux variants, etc..
- Par souci de simplicité, les mêmes indicateurs et critères sont utilisés pour une situation décroissante et ascendante. Cependant, une période différente est utilisée avant de changer de niveau. Dans une phase ascendante, les indicateurs doivent de préférence respecter les critères proposés pendant deux semaines avant de changer de niveau, pour éviter des changements trop rapides. Toutefois, le RAG peut également recommander un passage immédiat à un niveau supérieur, sur la base de signaux d'alarme (comme un nouveau variant plus contagieux/sévère). Dans une phase décroissante, le passage à un niveau inférieur ne peut se faire que lorsque les indicateurs ont atteint les critères nécessaires avec une tendance toujours à la baisse pendant au moins 3 semaines. Il faut éviter d'assouplir trop rapidement les mesures lorsque les indicateurs s'améliorent, au risque de se retrouver sur un plateau élevé. S'il y a une nouvelle augmentation de la circulation du virus (par exemple en raison d'un nouveau variant plus infectieux), on démarre d'un niveau plus élevé avec un impact très rapide sur le système de soins.
- Lorsque le niveau 2 est atteint au niveau national, une analyse qualitative des [critères d'une urgence épidémique](#) devra être faite.

**Les personnes suivantes ont participé à cet avis :**

Emmanuel André (UZ Leuven), Steven Callens (UZ Gent), Isabelle Dagneaux (CASU/CMG), Géraldine De Muylder (Sciensano), Naima Hammami (Zorg en Gezondheid), Anne-Claire Henry (ONE), Tinne Lernout (Sciensano), Quentin Mary (SSMG), Geert Molenberghs (UHasselt-KULeuven), Alessandro Pellegrino (AVIQ), Ludovic Sablon (AViQ), Giulietta Stefani (Sciensano), Greet Van Kersschaever (Domus Medica), Cécile Van de Konijnenburg (FOD Volksgezondheid), Erika Vlieghe (UZA).

**Observateurs:**

Pedro Facon et Carole Schirvel (Commissariat).

## Résumé des indicateurs et des critères

Niveau	7j incidence hosp	Lits USI occupés	Nombre de contacts avec médecin généraliste pour COVID	PR	Rt infections	14d incidence infections
Niveau 1	< 4/100 000 (i.e. < 65 nh/j)	< 15 %	< 50/100 000	0-5 %	0-1	< 200/100 000
Niveau 2	4 - 9/100 000 (i.e. 65-149 nh/j)	15-24 %	50-99/100 000	5-9 %	1-1,2	200 - 499/100 000
Niveau 3	≥ 10 100 000 (i.e. ≥ 150 nh/j)	≥ 25 % (i.e. ~500 lits)	≥ 100/100 000	≥10 %	≥ 1,3	≥ 500/100 000

Les principaux indicateurs sont indiqués en gris

## Annexe 1 : Évolution des niveaux d'alerte au niveau national et par province, par semaine, depuis juillet 2021

	Juillet				Août				Septembre				Octobre				Novembre					
	W2	W2	W3	W3	W3	W3	W3	W3	W3	W3	W3	W3	W4	W4	W4	W4	W4	W4	W4	W4	W4	W4
	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Belgique	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	4	4	5	5	5	5
Antwerpen	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	4	4	5	5	5	5
Brabant wallon	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	4	4	5	5	5	5
Hainaut	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	4	4	5	5	5	5
Liège	1	1	1	1	1	2	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5
Limburg	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	3	4	4	5	5	5	5
Luxembourg	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	4	4	5	5	5	5
Namur	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	4	4	5	5	5	5
Oost-Vlaanderen	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	3	4	5	5	5	5
Vlaams-Brabant	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	4	5	5	5	5
West-Vlaanderen	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	4	5	5	5	5	5
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5
Deutschsprachige Gemeinschaft	1	1	1	1	1	1	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5