

Pandémie de Covid-19 en Belgique : état des lieux et perspectives

GILBERT M.

Spatial Epidemiology Lab (SpELL), Université libre de Bruxelles (ULB)
Fonds national de la Recherche Scientifique

RÉSUMÉ

Les évolutions présente et future de la pandémie de Covid-19 en Belgique sont décrites en présentant et discutant les différentes phases qui se sont succédé jusqu'à aujourd'hui.

Rev Med Brux 2022 ; 43 : 363-365

ABSTRACT

The present and future of the the Covid-19 pandemic in Belgium are described through a discussion of the different phases that have been observed until today.

Rev Med Brux 2022 ; 43 : 363-365

Dans une première phase, que l'on peut situer entre mars et août 2020, la Belgique, comme d'autres pays européens, a été complètement prise de court par l'arrivée de la pandémie. En l'absence de moyens de protection individuelle et de capacité de testing qui puissent s'appliquer à la population générale, notre pays n'a eu d'autres choix que de mettre en œuvre un confinement strict pour limiter la transmission et éviter que l'accumulation de patients ne débord la capacité de notre système de soin. Cette phase s'est caractérisée par une mortalité importante à la fois en milieu hospitalier et en maisons de repos et de soins, avec un certain décalage temporel entre ces deux effets¹. Les premiers mois de cette phase sont aussi ceux durant lesquels le nombre de décès rapporté au nombre de cas positif a été le plus élevé (figure), à la fois en raison du faible développement de la politique de testing et des niveaux de mortalité élevés observés. Le bilan des décès sera particulièrement alourdi par la mortalité intervenue dans les maisons de repos et de soins, dans lesquelles le risque de décès était nettement supérieur à celui observé dans la population générale, par l'effet combiné de l'âge, de la vulnérabilité des personnes placées en maison de repos et de soins et d'un accroissement du risque d'infection qui y a été observé durant la première vague¹.

Dans une deuxième phase qui s'étend de septembre 2020 à juin 2021, la disponibilité d'équipement de protection individuelle, la plus grande disponibilité des tests PCR et le déploiement graduel du système de « *testing and tracing* » ont permis d'améliorer la prévention des transmissions². Cependant, différents facteurs qui combinent à la fois les conditions hivernales - durant lequel les lieux de vie sont moins facilement ventilés³ - et l'émergence du variant

alpha ont conduit à ce que l'usage généralisé du masque et du « *testing & tracing* » soit insuffisant pour contenir la transmission. Il a fallu à nouveau recourir à des mesures d'intervention non pharmaceutiques (NPIs) qui ont été graduellement renforcées au cours de l'automne et de l'hiver 2020-2021 pour parvenir à maintenir l'épidémie et les admissions hospitalières à un niveau qui soit inférieur à la capacité de prise en charge de notre système hospitalier. Ces NPIs furent néanmoins moins sévères que le confinement strict du printemps 2020, permettant notamment aux écoles primaires et secondaires de rester ouvertes pendant la plus grande partie de l'hiver. En outre, un dispositif de dépistage systématique auprès du personnel des maisons de repos et de soin a permis d'y réduire de manière importante l'impact de la pandémie en comparaison avec la première vague.

Dans une troisième phase, que l'on peut situer entre juillet et décembre 2021, le déploiement de la vaccination est venu graduellement remplacer les NPIs en termes de prévention de la transmission, par une bonne efficacité de la vaccination à réduire le risque d'infection⁴. Parallèlement à cet effet, la vaccination a également permis de réduire le risque d'hospitalisation ou de décès parmi les personnes vaccinées et néanmoins infectées. Cependant, au cours de l'automne 2021 deux facteurs vont venir compromettre notre capacité à contrôler l'épidémie : la diminution de l'efficacité vaccinale vis-à-vis du risque d'infection d'une part et l'émergence du variant delta d'autre part. Il a donc été nécessaire de procéder à une troisième dose de boost, d'abord auprès des populations les plus à risque puis dans la population générale, pour restaurer une bonne efficacité vaccinale. Parallèlement à cela, il s'avérera à nouveau nécessaire de recourir à des NPIs pour limiter la

transmission du virus dans la communauté, mais on notera que celles-ci seront encore moins importantes que celles qui avaient prévalu aux printemps 2020 et 2021.

Enfin, la dernière phase s'étend entre janvier 2022 et aujourd'hui (juin 2022). La vague épidémique liée au variant Omicron s'est propagée très largement dans la population générale avec des niveaux d'infection jamais observés auparavant, y compris parmi les personnes ayant bénéficié d'un schéma vaccinal complet à trois doses. Cette vague est très particulière par rapport à celles qui l'ont précédée. D'abord parce qu'elle s'est traduite par un ratio de décès rapporté au nombre de cas bien plus bas qu'auparavant (figure), ensuite parce que pour la première fois, le plafond de la vague épidémique a vraisemblablement été atteint en raison de facteurs intrinsèques à l'épidémie (un trop faible nombre de personnes encore susceptibles d'être infectées) et non par l'effet de NPIs visant à contrôler l'épidémie. Autrement dit, l'épidémie a atteint un plateau d'elle-même avec un impact en termes d'hospitalisations et de décès rapportés aux cas bien moindre que celui des vagues précédentes, ne présentant jamais une menace sérieuse pour le maintien de la prise en charge au sein de notre système de santé. Différents travaux ont montré que nous devons ce changement à la fois à de l'échappement vaccinal, qui a permis à la vague Omicron de se propager facilement dans une population largement vaccinée, mais également à une efficacité vaccinale qui s'est bien maintenue vis-à-vis de la protection contre les formes sévères et les décès. Les travaux récents suggèrent par ailleurs que le virus Omicron n'apparaît pas comme étant intrinsèquement moins virulent que la souche originelle de Wuhan. Il s'est simplement propagé dans une population beaucoup mieux protégée par l'immunité acquise au travers des vagues de vaccination et d'infection successives qui l'ont précédé.

L'évolution future va donc être influencée par deux facteurs principaux. Il y a d'une part la vitesse avec laquelle la protection conférée par la vaccination contre le risque d'infection, d'hospitalisation et de décès va diminuer dans les prochains mois. Il y a d'autre part les propriétés du ou des variants qui seront en circulation dans les prochains mois en termes de transmissibilité et de virulence. L'un comme l'autre est relativement

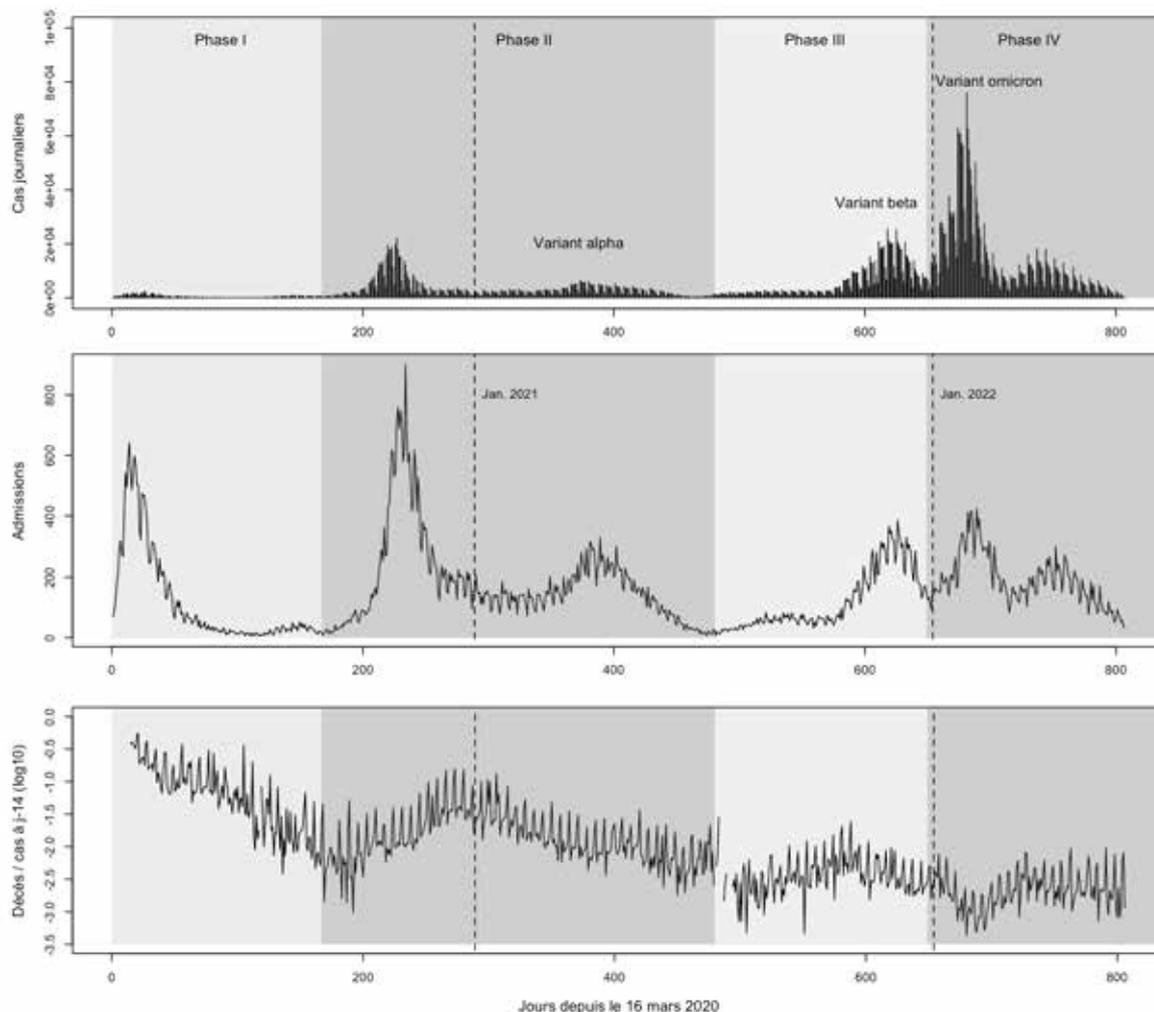
difficile à prévoir et appelle à la prudence. En outre, dans le contexte actuel et en l'absence de vaccins ayant une efficacité forte et durable contre le risque de transmission du virus, il est très vraisemblable que le virus va continuer à circuler de manière endémique dans notre pays et dans le monde. La persistance de la circulation virale, la diminution de l'efficacité de la protection conférée par la vaccination, la dynamique d'apparition de variants et l'effet saisonnier de l'automne et de l'hiver prochains pourraient ainsi nous amener à une reprise de l'épidémie susceptible de mettre à nouveau une pression significative sur notre système de soins. La prévention de celle-ci passera par un rétablissement de l'efficacité vaccinale qui peut être obtenu par un rappel de vaccin, en particulier dans les populations à risque et le recours à certaines mesures de protection individuelle dans les environnements les plus à risque.

Ces différents éléments doivent nous amener à maintenir un haut niveau de vigilance vis-à-vis de l'efficacité de la couverture vaccinale et d'une reprise de la transmission qui se marquerait dans les indicateurs d'admission hospitalière. On notera cependant qu'au cours des différentes phases décrites ci-dessus, on a pu observer un recours de plus en plus faible aux NPIs ayant un impact sur la vie sociale, celles-ci étant graduellement remplacées par la protection immunitaire conférée par la vaccination et les vagues d'infections successives, ainsi que par la démultiplication des options thérapeutiques permettant de limiter l'impact sanitaire des infections, à la fois sur les infections sévères et sur les Covid long (selon la définition adoptée par le centre fédéral d'expertise des soins de santé : personnes qui, après une phase aiguë de Covid-19, suspectée sur la base des symptômes ou confirmée par un test, continuent à présenter des symptômes ou en développent de nouveaux).

Il y a toutes les raisons de penser que cette tendance se poursuive et que l'impact sanitaire du Covid-19 continue à diminuer et rejoigne le cortège des autres maladies infectieuses qui sont rencontrées par notre système de soins, sans devoir recourir à des mesures aussi fortes que celles que nous avons connues dans le passé.

Conflits d'intérêt : néant.

Evolution temporelle des cas (haut), des admissions hospitalières (milieu) et du ratio entre les décès et les cas journaliers de Covid-19 rapportés 14 jours plus tôt depuis le 16 mars 2020 (données extraites de la plateforme Epistat). (Source : <https://epistat.wiv-isp.be/covid>)



BIBLIOGRAPHIE

- Hardy OJ, Dubourg D, Bourguignon M, Dellicour S, Eggerickx T, Gilbert M *et al.* A world apart: Levels and determinants of excess mortality due to COVID-19 in care homes: The case of the Belgian region of Wallonia during the spring 2020 wave. *Demographic Research*. 2021;45(33):1011-40.
- Proesmans K, Hancart S, Braeye T, Klamer S, Robesyn E, Djiena A *et al.* COVID-19 contact tracing in Belgium: main indicators and performance, January – September 2021. *Arch Public Health*. 2022;80(1):118.
- Fontal A, Bouma MJ, San-José A, López L, Pascual M, Rodó X. Climatic signatures in the different COVID-19 pandemic waves across both hemispheres. *Nat Comput Sci*. 2021;1(10):655-65.
- Braeye T, Cornelissen L, Catteau L, Haarhuis F, Proesmans K, De Ridder K *et al.* Vaccine effectiveness against infection and onwards transmission of COVID-19: Analysis of Belgian contact tracing data, January-June 2021. *Vaccine* [Internet]. 2021 Aug 19 [cited 2021 Sep 8]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X21011087>

CORRESPONDANCE :

M. GILBERT
 Spatial Epidemiology Lab (SpELL) – ULB
 Av. FD Roosevelt 50 – CP 274/03 - 1050 Bruxelles.
 E-mail : marius.gilbert@ulb.be