COVID-19
BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE
(29 AVRIL 2022)

L'institut belge de santé Sciensano, dans le cadre de ses missions de surveillance, analyse les données de COVID-19 collectées par son réseau de partenaires. Les données journalières peuvent également être consultées sur la plateforme interactive Epistat et l'open data.

TABLE DES MATIÈRES

1. Points clés **2**
2. Indicateurs clés - tendances **3**
2.1. Tendances 4
2.2. Situation récente 5
2.3. Stratégie de gestion de l'épidémie 6
3. Description de l'épidémie à partir du 27/12/21 ..... **7**
3.1. Distribution et évolution des cas de COVID-19 7
3.2. Tests COVID-19 8
3.3. Surveillance moléculaire du SARS-CoV-2 14
3.4. Vaccination 18
3.5. Hospitalisations pour COVID-19 28
3.6. Évolution de la mortalité COVID-19 33
3.7. Surveillance de la mortalité (toutes causes confondues) 36
3.8. Surveillance en maison de repos et de soins 39
3.9. Situation COVID-19 pour les enfants et en milieu scolaire 43
3.10. Investigation des clusters: rapport du 18/04/22 - 24/04/22 45
3.11. Surveillance par des médecins généralistes 48
3.12. Mobilité en Belgique 50
3.13. Données issues des Passenger Locator Forms (PLF) 51
3.14. Absences au travail pour cause de maladie 54
3.15. Ligne de temps: cas confirmés de COVID-19 et reponse à l'épidémie en Belgique 56
4. Modélisation **58**
4.1. Taux de reproduction (R_t) 58
4.2. Modèle de prédiction à court terme pour les nouvelles hospitalisations 60
4.3. Modèle de prédiction du taux d'occupation des lits en soins intensifs 61
5. Situation épidémiologique en Europe **62**
6. Annexes **64**
6.1. Résumé des indicateurs clés 64
6.2. Nombre de personnes diagnostiquées (PCR et antigène) entre le 22 mars 2022 et le 28 avril 2022, présenté par jour et moyenne par semaine 65
6.3. Nombre de tests réalisés entre le 22 mars 2022 et le 28 avril 2022, présenté par jour et moyenne par semaine 66
6.4. Nombre de personnes hospitalisées entre le 25 mars 2022 et le 28 avril 2022, présenté par jour et moyenne par semaine 67
6.5. Nombre de personnes décédées entre le 22 mars 2022 et le 28 avril 2022, présenté par jour et moyenne par semaine 68
6.6. Cas, hospitalisations et admissions en soins intensifs de patients Covid-19 par région, tranche d'âge et status vaccinal. 69

1. Points clés

- **Situation générale**: L'incidence sur 14 jours pour le nombre de cas pour la Belgique est de 766/100 000 habitants, l'incidence sur 7 jours pour le nombre d'hospitalisations est de 10,9/100 000 habitants.
- **Nombre de nouveaux cas**: Au niveau national, le nombre de nouveaux cas rapportés a légèrement augmenté (+ 7 %) au cours de la période du 19 au 25 avril 2022 comparé à la période précédente de 7 jours. Le Rt, basé sur le nombre de cas diagnostiqués, pour cette même période est de 1,031. Cette augmentation pourrait, en partie, être liée à un sous-rapportage du nombre de cas lors du long weekend de Pâques.
- **Tests et taux de positivité** : Le nombre de tests effectués se stabilise, avec une moyenne de 22 183 tests par jour au cours de la période du 19 au 27 avril 2022. Le taux de positivité pour la Belgique pour cette même période a désormais diminué (30,9 %).
- **Hospitalisations** : Tant le nombre de nouvelles hospitalisations (- 15 %) que le nombre de lits occupés en soins intensif (- 5 %) ont diminué au cours de la période du 22 au 28 avril, comparé à la période précédente de 7 jours.
- **Mortalité** : La mortalité liée au COVID-19 a diminué en semaine 16. Les décès rapportés ont principalement eu lieu à l'hôpital. En semaine 14, il y a eu trois jours de surmortalité statistiquement significative, touchant principalement les personnes de plus de 84 ans.
- **Vaccination** : D'après les données enregistrées dans Vaccinnet+ en date du 26 avril 31,6 % des enfants de 5 à 11 ans sont entièrement vaccinés. La couverture vaccinale pour la dose de rappel est de 75,1 % pour les personnes âgées de 18 ans et plus. Le risque d'hospitalisations et d'admissions en soins intensifs a été réduit de 67 % et 53 % (valeurs non ajustées) respectivement chez les personnes âgées de 65 ans et plus ayant reçu une dose de rappel par rapport aux personnes du même groupe d'âge qui ont été entièrement vaccinées sans dose de rappel.
- **Surveillance moléculaire** : Au cours des deux dernières semaines (11 au 24 avril 2022), 875 échantillons ont été séquencés dans le cadre de la surveillance de base. Le variant Omicron BA.1/BA.1.1 représentait 3,3 % de ces échantillons et le variant Omicron BA.2 96,7 %.
- **Surveillance par les médecins généralistes** : Le nombre moyen de contacts établis avec un médecin généraliste pour suspicion de COVID-19 a encore diminué au cours de la semaine 16 (37 contacts cette semaine pour 100 000 habitants par jour, comparé à 42 contacts au cours de la semaine précédente). De même, l'incidence des consultations auprès d'un généraliste pour des symptômes grippaux a continué de diminuer, passant de 296 consultations pour 100 000 habitants par semaine la semaine précédente à 230 consultations au cours de cette semaine. - voir section 3.11.
- **Surveillance en maison de repos (MR) et de soins (MRS) :** Au niveau national, la situation épidémiologique évolue favorablement avec une diminution de tous les indicateurs (le nombre de nouveaux cas et d'hospitalisations parmi les résidents, le nombre de cas parmi les membres du personnel et le nombre de nouveaux clusters). La proportion de résidents de MR/MRS parmi l'ensemble des hospitalisations et des décès a continué de diminuer. - voir section 3.8.

2. Indicateurs clés - tendances

Quatre indicateurs sont utilisés pour suivre l'évolution de l'épidémie: cas confirmés, nouvelles hospitalisations de cas COVID-19 confirmés en laboratoire, occupation des unités de soins intensifs (USI) et décès. Les indicateurs clés se focalisent sur les dates de diagnostic, de décès ou d'admission à l'hôpital. Le calcul de ces indicateurs utilise des données de périodes de 7 jours, ainsi que leur comparaison. Les données des périodes de 7 jours sont exprimées en moyennes journalières; l'évolution indique en % le changement observé entre les deux périodes successives de 7 jours.

Les tableaux reprenant le nombre par jour de cas, de tests effectués, d'hospitalisations et de décès se trouvent en annexe au point 6 de ce bulletin.

Nombre de patients	Au total	Moyenne journalière durant l'avant-dernière période de 7 jours	Moyenne journalière durant la dernière période de 7 jours	Évolution
Cas confirmés de COVID-19	4 056 448†	6 106	6 507*	+7%
Admis à l'hôpital	122 383***	188,0	160,0**	-15%
Décédés****	31 439	23,0	17,9*	-22%
En hôpital	*20 991*	*19,7*	*16,0*	*-19%*
En maison de repos	*10 259*	*3,1*	*1,9*	*-41%*

*Du 19 avril 2022 au 25 avril 2022 (**données des 3 derniers jours non consolidées**).
**Du 22 avril 2022 au 28 avril 2022.
***Nombre d'hospitalisations depuis le 15 mars 2020. Vous trouverez des informations plus détaillées sur le nombre d'hospitalisations au point 5 du document questions fréquemment posées.
****Décès toutes localisations incluses.
†Depuis le 1er avril 2022 la période de temps nécessaire entre un premier et un deuxième test positif pour considérer une réinfection est passée de 90 jours à 60 jours. Le 28 avril 2022 une correction retrospective des données des cas COVID-19 a été effectuée ce qui a entraîné une augmentation du nombre total de cas confirmés.

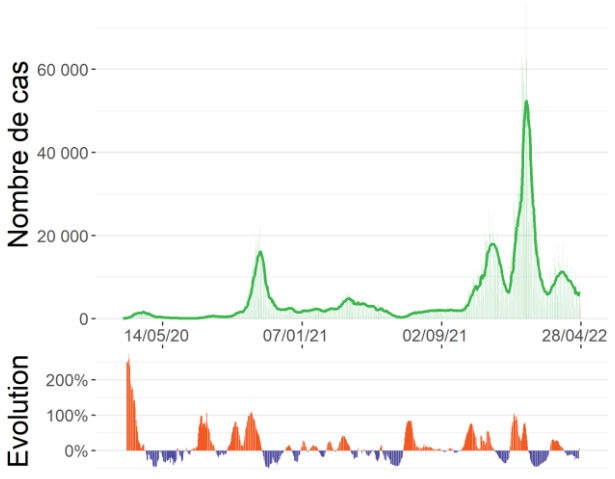
Occupation des lits d'hôpital	Jeudi 21 avril 2022	Jeudi 28 avril 2022	Évolution
Nombre de lits d'hôpital occupés	2 951	2 427	-18%
Nombre de lits USI occupés	154	146	-5%

Les données de ce tableau ne peuvent pas être comparées avec celles du tableau de la veille en raison d'un éventuel retard dans la déclaration des données et de petites corrections qui peuvent être apportées en permanence.

2.1. TENDANCES

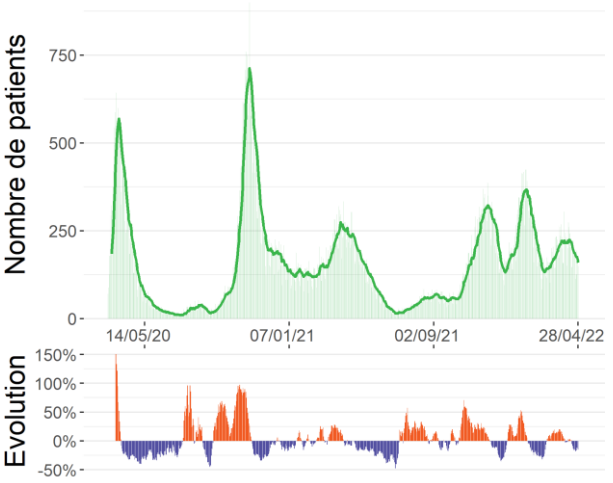
Les quatre indicateurs clés sont présentés ci-dessous avec la moyenne mobile sur 7 jours (ligne verte). Cette moyenne mobile est utilisée pour illustrer une tendance. Cela a entre autre pour conséquence de lisser la courbe et atténuer les variations journalières.

Evolution des nouveaux cas confirmés



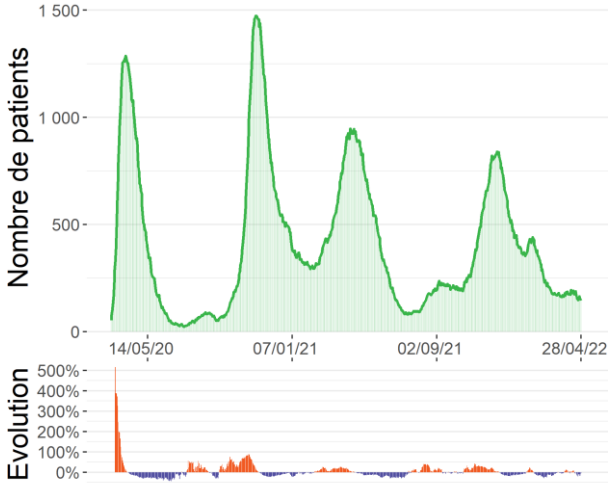
Source : Réseau des laboratoires cliniques et plateforme nationale

Evolution des nouvelles admissions de cas COVID-19 confirmés en laboratoire à l'hôpital



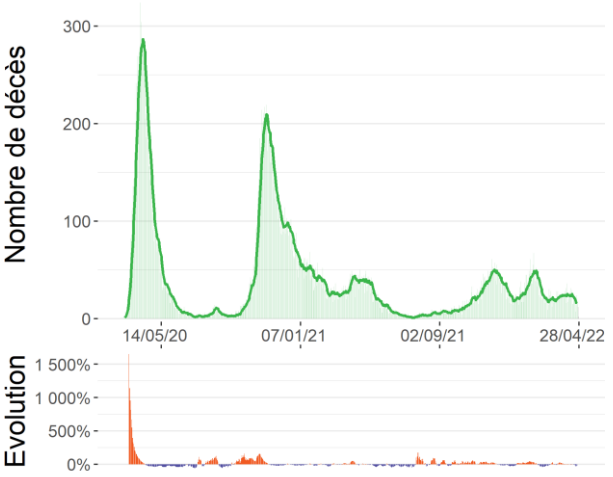
Source : Surveillance des hôpitaux (Sciensano)

Evolution du nombre de patients en USI



Source : Surveillance des hôpitaux (Sciensano)

Evolution du nombre de décès

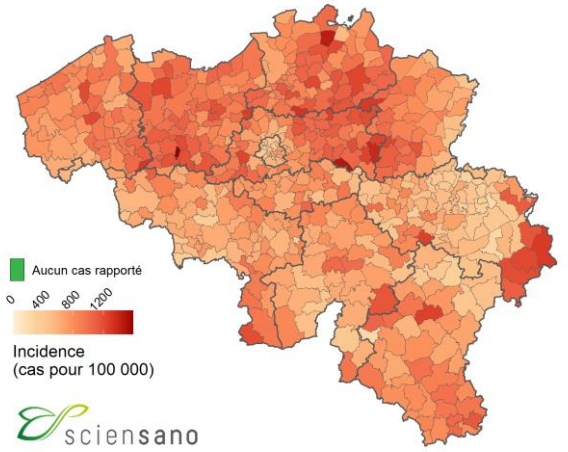


Source : Surveillance mortalité COVID-19 (Sciensano)

2.2. SITUATION RÉCENTE

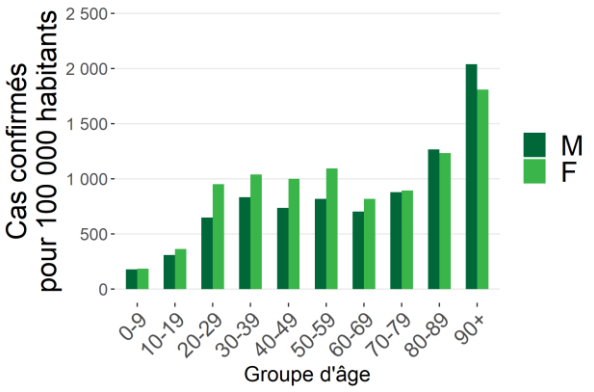
Les figures ci-dessous montrent la répartition géographique et la distribution par âge et par sexe pour les 14 derniers jours (données consolidées).

Distribution des cas confirmés par 100 000 habitants entre le 12/04/22 et le 25/04/22



Source : Réseau des laboratoires cliniques et plateforme nationale. L'échelle de couleur utilisée pour cette carte est une échelle continue qui varie automatiquement en fonction de l'incidence la plus faible et l'incidence la plus élevée rapportées dans chacune des communes belges, voir point 2.4 du document questions fréquemment posées.

Nombre de cas confirmés par groupe d'âge et sexe par 100 000 habitants entre le 12/04/22 et le 25/04/22



Note : L'information sur l'âge et/ou le sexe n'était pas disponible pour 590 cas

La répartition du nombre de nouveaux cas diagnostiqués, ainsi que le temps de doublement des cas (ou réduction de moitié), pour la Belgique, par province, pour la Région bruxelloise, et pour la Communauté germanophone, sont présentés dans le tableau ci-dessous.

	12/04/22-18/04/22	19/04/22-25/04/22	Changement (valeur absolue)	Changement (pourcent)	Temps de doublement/ réduction de moitié (jours)*	Incidence par 100 000 (14 jours)**
Belgique	**42 745**	**45 550**	**2 805**	**+7%**	**76**	**766**
Antwerpen	8 273	7 991	-282	-3%	140	867
Brabant wallon	1 444	1 524	80	+6%	90	729
Hainaut	4 058	4 714	656	+16%	32	652
Liège***	2 593	3 250	657	+25%	21	527
Limburg	3 448	3 629	181	+5%	95	804
Luxembourg	1 119	1 113	-6	-1%	902	773
Namur	1 629	1 859	230	+14%	37	702
Oost-Vlaanderen	6 835	7 632	797	+12%	44	944
Vlaams-Brabant	4 908	5 352	444	+9%	56	883
West-Vlaanderen	5 144	5 096	-48	-1%	518	851
Région bruxelloise	2 888	2 975	87	+3%	163	481
Deutschsprachige Gemeinschaft	317	433	116	+37%	16	960

*Le temps de doublement (en orange) est une mesure de la croissance exponentielle. Il représente le temps nécessaire pour que le nombre de cas diagnostiqués voit sa valeur doubler. Le temps de réduction de moitié (en vert), au contraire, indique le temps nécessaire pour que le nombre de cas diagnostiqués voit sa valeur diminuer de moitié.

**Les dénominateurs utilisés pour ces calculs sont les chiffres de la population belge au 01/01/2021 publiés par STATBEL.

***Les données pour la province de Liège comprennent celles de la Communauté germanophone

2.3. STRATÉGIE DE GESTION DE L'ÉPIDÉMIE

Il a été demandé au Risk Assessment Group (RAG) de proposer des niveaux de gestion qui visent à soutenir une prise de décision politique, au niveau local ou national, quant aux mesures à appliquer ou à assouplir lorsque les seuils sont atteints et que l'évaluation hebdomadaire de la situation épidémiologique en souligne le besoin. La décision concernant les mesures à prendre reste toujours une décision politique, qui prend en compte l'analyse et l'avis du RAG, mais également d'autres éléments considérés utiles. Les niveaux de gestion ne sont donc pas à considérer comme un outil mécanistique ou déterministe, mais comme un outil d'aide à la prise de décision politique.

Trois niveaux de gestion ont été déterminés pour permettre aux différents intervenants de coordonner leurs actions. Les indicateurs et les seuils utilisés pour la gestion du risque ont été déterminés par le RAG et sont publiés dans l'avis du RAG du 15 décembre 2021.

Chaque semaine, le mercredi, le RAG détermine le niveau de gestion, au niveau national et provincial, sur base d'une évaluation de la situation épidémiologique qui tient compte, entre autre, des indicateurs suivants: le nombre de nouvelles hospitalisations, la proportion de lits en soins intensifs (USI) occupés par des patients confirmés COVID-19, le nombre de consultations pour suspicion de COVID-19 chez les médecins généralistes, l'incidence des infections sur 14 jours, la valeur R_t basée sur le nombre de cas et le taux de positivité. D'autres indicateurs plus spécifiques comme la charge de travail des médecins généralistes ou encore la couverture vaccinale peuvent également être analysés si nécessaire.

Selon la dernière évaluation épidémiologique du RAG, la Belgique est au **niveau de gestion 2**, avec une tendance à la baisse du nombre d'infections détectées et des indicateurs hospitaliers, mais une circulation toujours importante du virus.

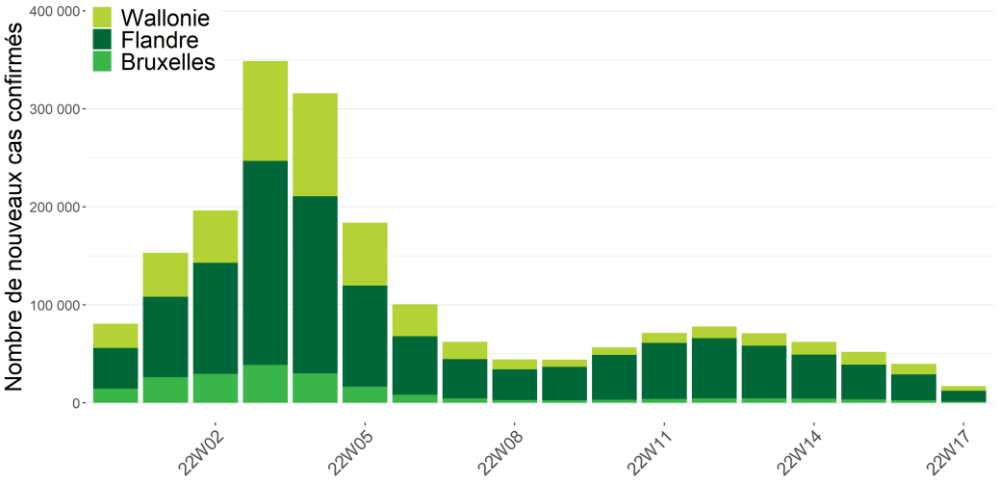
3. Description de l'épidémie à partir du 27/12/21

Nous présentons les données à partir de la semaine du 27 décembre 2021, semaine qui marque le début de la cinquième vague de l'épidémie. Vous trouverez plus d'informations concernant les vagues et leur détermination à la question 2.3 du document Questions Fréquemment Posées.

3.1. DISTRIBUTION ET ÉVOLUTION DES CAS DE COVID-19

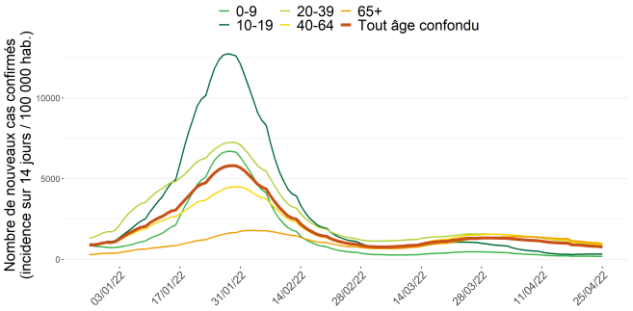
Au cours de la période du 19 avril 2022 au 25 avril 2022, 45 550 nouveaux cas ont été diagnostiqués. Parmi ces 45 550 nouveaux cas, 29 700 (65%) étaient rapportés en Flandre, 12 460 (27%) en Wallonie, dont 433 cas pour la communauté germanophone, et 2 975 (7%) à Bruxelles. Données non disponibles ou résidence à l'étranger pour 415 cas (1%).

Evolution du nombre de cas confirmés par région et par semaine (date de diagnostic*) à partir de la semaine 52

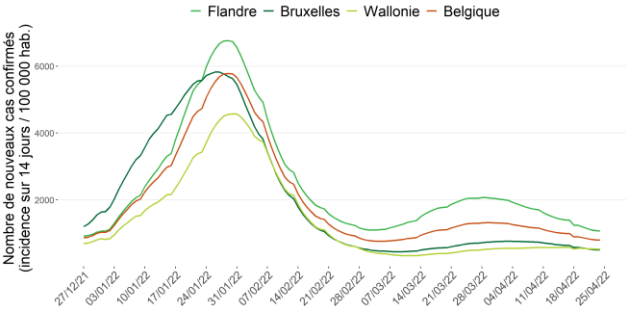


Source : CNR, laboratoires clinique et plateforme nationale. Cas rapportés à Sciensano au 28 avril 2022, à 6 heures.
*En raison de l'utilisation de la date de diagnostic, les données des trois derniers jours doivent encore être consolidées. Lorsque la date de diagnostic est manquante, la date de rapportage est utilisée.

Incidence cumulée sur 14 jours par 100 000 habitants par groupe d'âge à partir du 27/12/21



Incidence cumulée sur 14 jours par 100 000 habitants par région à partir du 27/12/21

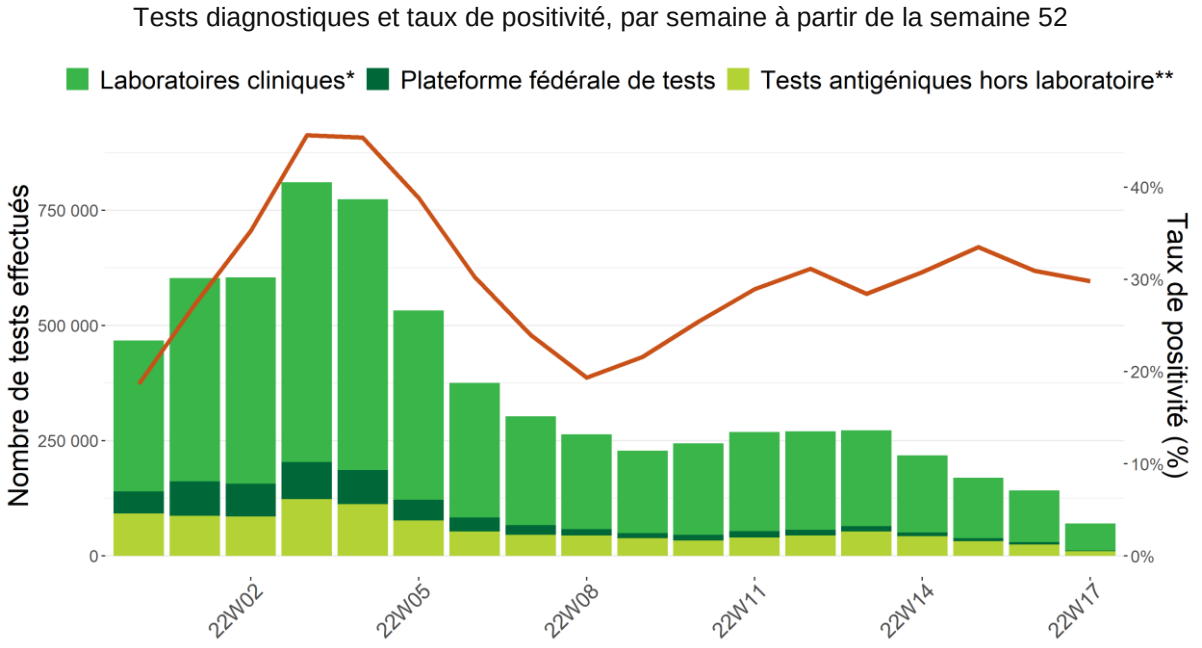


Les dénominateurs utilisés pour calculer l'incidence sont les chiffres de la population belge au 01/01/2021 publiés par STATBEL.

3.2. TESTS COVID-19

3.2.1. Tests COVID-19 effectués et taux de positivité par province et par tranche d'âge

Au cours de la période du 19 avril 2022 au 25 avril 2022, 155 281 tests ont été effectués, soit une moyenne journalière de 22 183 tests. Le taux moyen de positivité pour la Belgique pour la même période est de 30,9%.



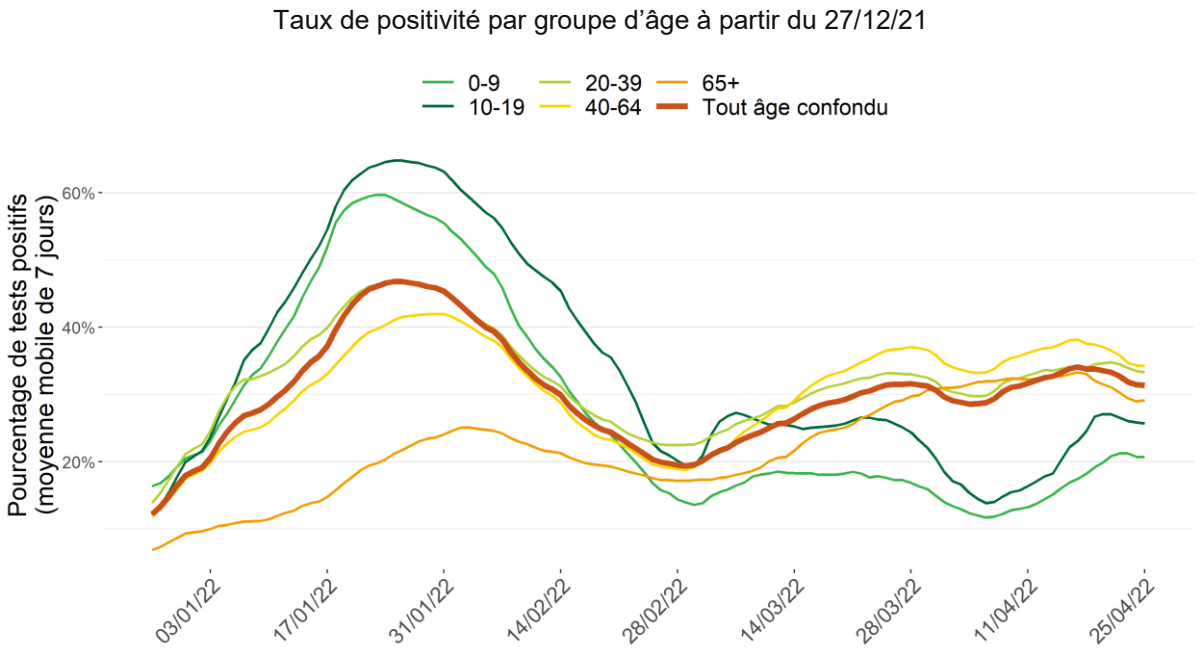
Note : Les données des 72 dernières heures doivent encore être consolidées. Quant aux données des autres jours, elles peuvent encore être complétées par des données de laboratoires qui déclareraient rétroactivement.
*Ces chiffres comprennent les tests PCR et antigéniques effectués par les laboratoires cliniques.
**Ces chiffres comprennent les tests antigéniques effectués par les pharmacies, les médecins généralistes, lors d'évènements,…. Les autotests ne sont pas inclus.

Le tableau ci-dessous présente la répartition du nombre de tests réalisés, du nombre de tests réalisés pour 100 000 habitants, du nombre de tests positifs et du taux de positivité par groupe d'âge, pour la période du 19 avril 2022 au 25 avril 2022 (dernière semaine de données consolidées).

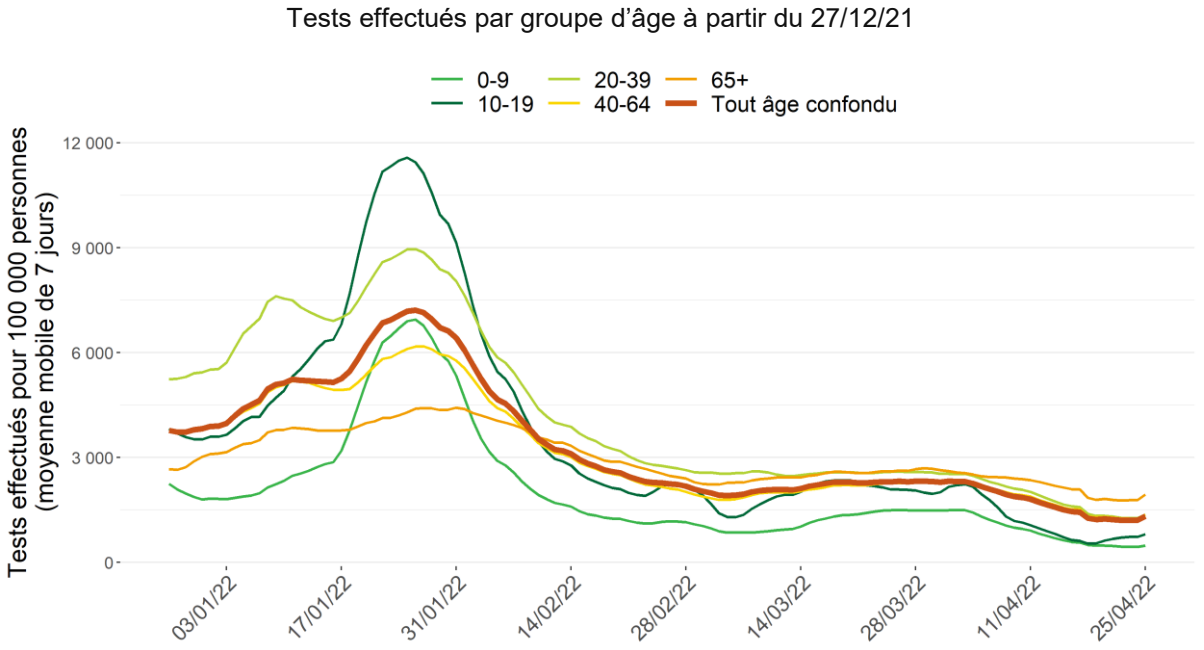
Groupe d'âge	Nombre de tests	Nombre de tests/ 100 000 hab	Nombre de tests positifs	% de tests positifs*
0-9	6 040	482	1 249	20,7%
10-19	10 598	807	2 726	25,7%
20-39	39 772	1 372	13 240	33,3%
40-64	52 248	1 365	17 870	34,2%
65+	43 194	1 938	12 575	29,1%

*L'âge n'était pas disponible pour 3429 tests.

Le premier graphe ci-dessous présente le taux de positivité (moyenne mobile sur 7 jours) par groupe d'âge depuis le 27 décembre 2021, le deuxième présente le nombre de tests réalisés (moyenne mobile sur 7 jours) par groupe d'âge pour la même période.



Note : les données des trois derniers jours doivent encore être consolidées



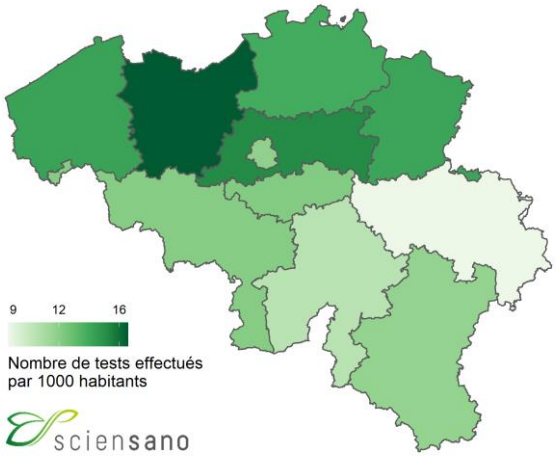
Note : les données des trois derniers jours doivent encore être consolidées

Le tableau ci-dessous présente la répartition pour la Belgique, par province, pour la Région bruxelloise et pour la Communauté germanophone, du **nombre de tests réalisés**, nombre de tests positifs et le taux de positivité pour la période du 19 avril 2022 au 25 avril 2022 (dernière semaine de données consolidées).

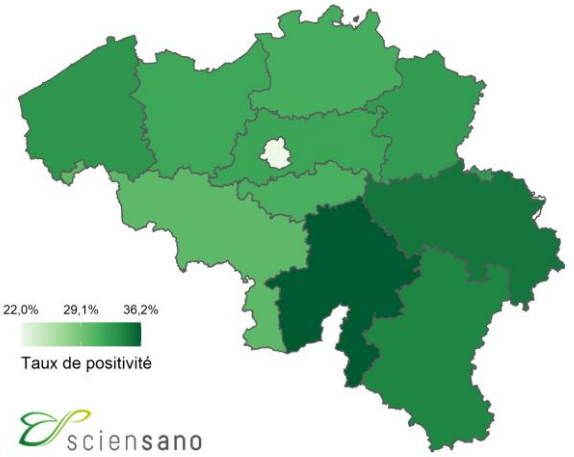
	Nombre de tests	Nombre de tests/ 100 000 hab	Nombre de tests positifs	% de tests positifs*
Belgique	155 281	1 348	47 930	30,9%
Antwerpen	26 002	1 386	8 125	31,2%
Brabant wallon	4 952	1 216	1 541	31,1%
Hainaut	16 212	1 205	4 894	30,2%
Liège**	9 589	865	3 345	34,9%
Limburg	12 472	1 417	4 065	32,6%
Luxembourg	3 361	1 164	1 145	34,1%
Namur	5 195	1 045	1 882	36,2%
Oost-Vlaanderen	25 373	1 656	8 053	31,7%
Vlaams-Brabant	17 663	1 520	5 638	31,9%
West-Vlaanderen	17 152	1 425	5 665	33,0%
Région bruxelloise	14 369	1 178	3 158	22,0%
Deutschsprachige Gemeinschaft	884	1 131	431	48,8%

*Afin de refléter le nombre total de tests réellement effectués en Belgique, nous avons fait le choix de calculer le taux de positivité (% de tests positifs) en utilisant le nombre total de tests positifs sur le nombre total de tests effectués. Vous trouverez des informations plus détaillées sur le taux de positivité au point 4 du document « questions fréquemment posées »
**Les données pour la province de Liège comprennent celles de la Communauté germanophone

Nombre de tests effectués par province, par 1000 habitants entre le 19/04/22 et le 25/04/22



Taux de positivité par province entre le 19/04/22 et le 25/04/22

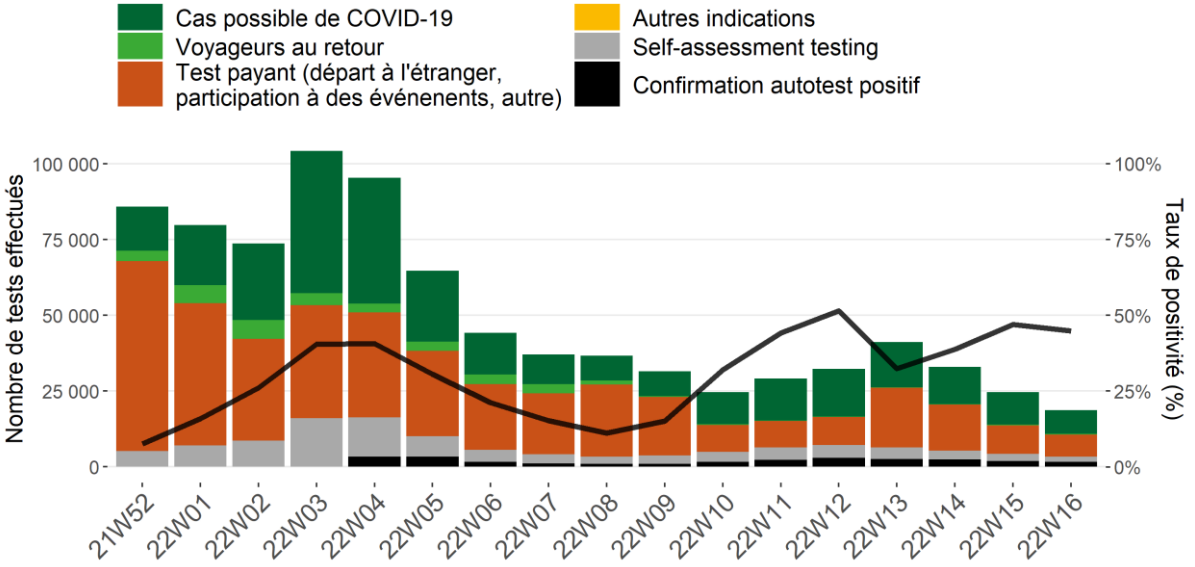


3.2.2. Tests rapides antigéniques COVID-19 effectués et rapportés par les pharmaciens

Depuis mi-juillet 2021, les pharmaciens ont la possibilité d'effectuer des tests antigéniques rapides pour les citoyens de plus de 6 ans ne présentant pas de symptômes de COVID-19 et ayant besoin d'un certificat COVID-19 pour un voyage ou un événement. Depuis le 1er novembre 2021 ils ont également la possibilité d'effectuer ces tests pour les voyageurs revenant d'une zone rouge et pour les personnes symptomatiques. Les pharmaciens participent de façon volontaire et rapportent les résultats des tests effectués à Sciensano. Ceci permet la création d'un certificat de test si le test s'avère négatif et le déclenchement du suivi des contacts et autres mesures si le test s'avère positif. Les données rapportées par les pharmaciens sont présentées ci-dessous.

Au cours de la période du 18/04/22 au 24/04/22 (semaine 16), 18 415 tests ont été effectués par les pharmaciens. Le taux de positivité pour la même période est de 31,4%.

Tests effectués et rapportés par les pharmacies et taux de positivité, par indication et par semaine à partir de la semaine 52



3.2.3. Indications des prescriptions de tests COVID-19

Les indications des prescriptions de test COVID-19 proviennent, d'une part, des formulaires électroniques utilisés par les médecins généralistes, les médecins en collectivité et à l'hôpital pour une demande de test (consultation avec prescription), et d'autre part, des codes de prescription de test (code CTPC) qui permettent à certaines catégories de personnes de réaliser un test sans consultation préalable (personnes avec des symptômes légers, contacts à haut risque avec un cas COVID-19 confirmé, voyageurs de retour de zone rouge). Depuis le 1er novembre 2021, un outil d'auto-évaluation est disponible en ligne pour les personnes présentant des symptômes légers (self-assessment testing). Cet outil permet de déterminer si un test COVID-19 est nécessaire et le cas échéant fournit un code CTPC sans intervention d'un médecin généraliste.

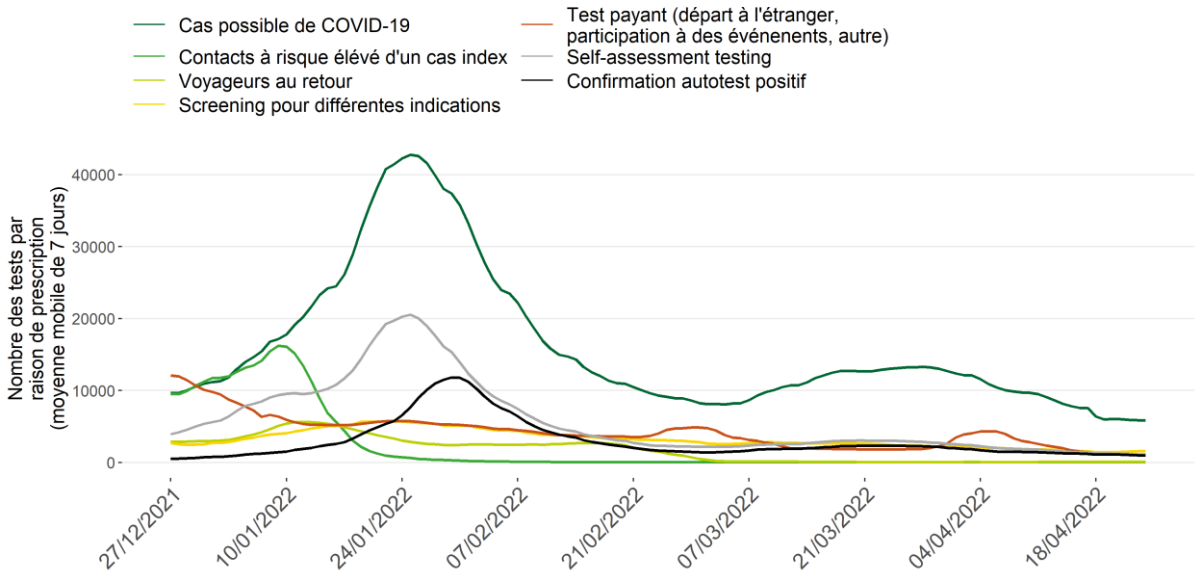
Les données des prescriptions des médecins généralistes et des médecins à l'hôpital sont disponibles depuis le 1er septembre 2020. Les données des prescriptions des médecins en collectivité et des prescriptions sans consultation sont disponibles depuis le 10 décembre 2020. Les données liées à l'outil d'auto-évaluation sont disponibles depuis le 1er novembre 2021.

Les informations sur les indications de prescriptions ne sont cependant pas disponibles pour toutes les demandes de test COVID-19 (par exemple, en milieu hospitalier, des formulaires supplémentaires ne sont pas systématiquement remplis pour toutes les analyses).

Sur la dernière semaine, du 18 avril 2022 au 24 avril 2022, 142 033 tests ont été réalisés, dont 61,8% ont pu être reliés à une prescription correspondante (combinaison des formulaires électroniques et des codes CTPC).

La figure ci-dessous montre la distribution des indications de tests depuis le 27 décembre 2021 (moyenne mobile sur 7 jours).

Distribution des indications de test pour les prescriptions disponibles, pour la période du 27/12/21 au 25/04/22

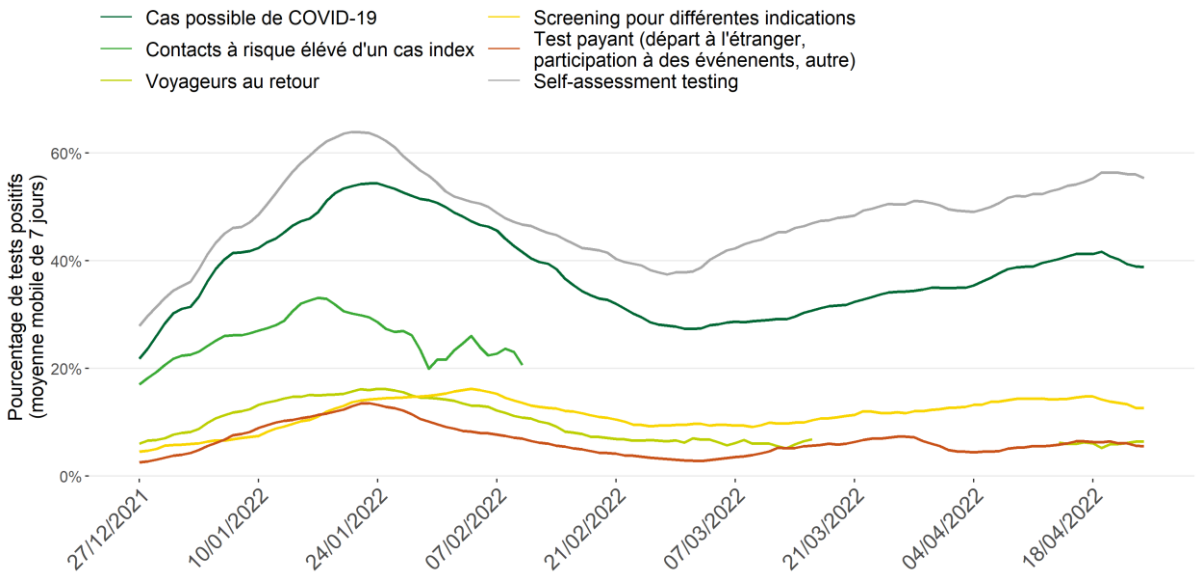


Attention, la stratégie de test peut varier (tests nécessaires ou non pour certaines catégories, nécessité d'un formulaire électronique ou non). Ces changements de stratégie se reflètent dans les graphes montrés.

Les figures ci-dessous montrent le taux de positivité pour chaque indication de test, et le taux de positivité pour les patients symptomatiques ou asymptomatiques.

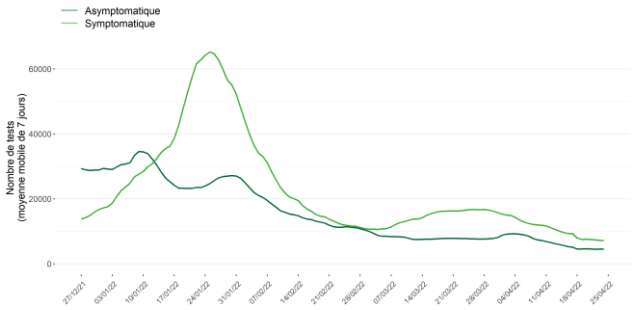
Le taux de positivité n'est présenté ci-dessous que si le nombre de tests quotidiens effectués et de cas confirmés pour une catégorie donnée est supérieur au seuil de 100 tests ou de 5 cas respectivement. Avec un faible nombre de tests, le taux de positivité devient moins fiable.

Évolution du taux de positivité par indication de test pour les prescriptions disponibles, pour la période du 27/12/21 au 25/04/22

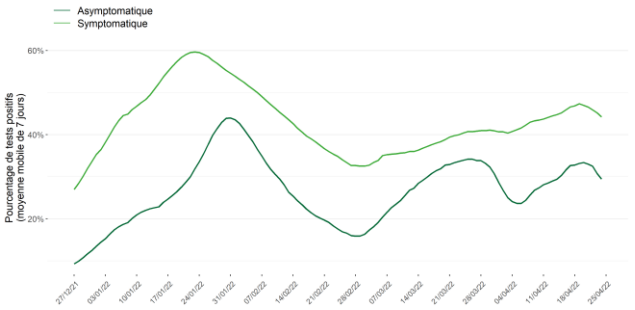


Parmi les tests effectués pour confirmer un autotest positif, 92,2% étaient positifs pour la semaine 18 avril au 24 avril.

Nombre de tests en fonction de la présence ou non de symptômes pour les prescriptions disponibles, pour la période du 27/12/21 au 25/04/22



Taux de positivité en fonction de la présence ou non de symptômes pour les prescriptions disponibles, en pourcentage, pour la période du 27/12/21 au 25/04/22



3.3. SURVEILLANCE MOLÉCULAIRE DU SARS-COV-2

Source: Plateforme de séquençage (données enregistré par healthdata.be)

La surveillance moléculaire permet d'établir la diversité génétique des virus SARS-CoV-2 circulant en Belgique et d'analyser l'évolution de cette diversité dans le temps. Cette surveillance se fait par séquençage de l'ensemble du génome du virus (Whole Genome Sequencing – WGS), une technique qui permet d'identifier avec précision le type de variant.

Les laboratoires qui séquencent les échantillons SARS-CoV-2 se sont regroupés au sein d'une plateforme de séquençage, comprenant actuellement une quinzaine de laboratoires repartis dans toute la Belgique.

D'une part, la surveillance dite « de base » est effectuée par des laboratoires sentinelles qui transmettent un certain nombre d'échantillons PCR positifs, représentatifs de l'ensemble de la population, à la plateforme de séquençage pour permettre leurs analyses. Actuellement, dans le cadre de la surveillance de base, l'objectif est d'analyser entre 5 et 10% des échantillons positifs afin de suivre la diversité génétique des virus circulants.

D'autre part, il existe une surveillance « active » qui effectue des analyses génétiques (WGS) sur des échantillons spécifiques (certains voyageurs de retours de zones rouges, une sélection de foyers épidémiques, certains cas de réinfection ou infection après vaccination). Cette surveillance « active » a pour but d'identifier rapidement l'émergence de nouveaux variants, ainsi que de surveiller les caractéristiques et la sévérité des différents variants.

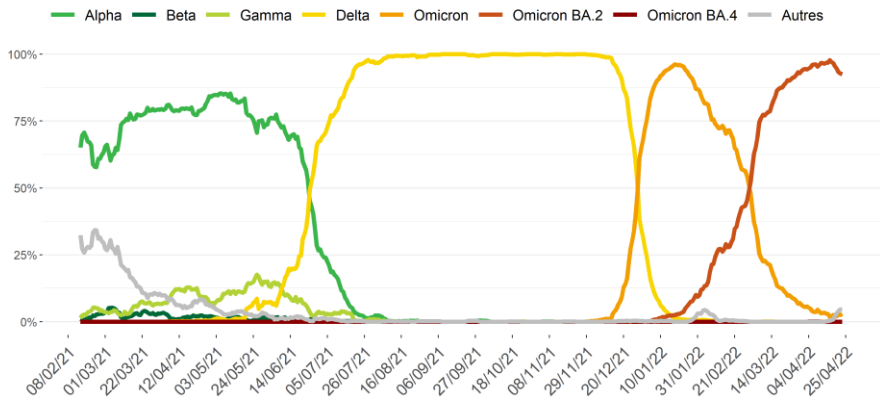
La surveillance moléculaire a ainsi permis d'identifier et de suivre les variants du virus SARS-CoV-2 sur notre territoire, dont ceux dits « de préoccupation » (variant of concern - VOC), notamment le variant Alpha (B.1.1.7/20/501Y.V1 y compris les lignées descendantes), identifié pour la première fois en Angleterre, le variant Beta (B.1.351/20H/501Y.V2 y compris les lignées descendantes), identifié en Afrique du Sud, le variant Gamma (P.1/20J/501Y.V3 y compris les lignées descendantes) identifié au Brésil et le variant Delta (B.1.617.2 y compris les lignées descendantes) identifié en Inde. Fin novembre 2021, le variant Omicron (B.1.1.529 y compris les lignées descendantes) a été confirmée pour la première fois en Belgique.

Omicron comprend les lignées descendantes BA.1, BA.1.1, BA.2, BA.3, BA.4 et BA.5. Depuis le 24 janvier 2022, la lignée descendante BA.2 est en augmentation dans de nombreux pays. La première identification du variant BA.4 date du 29 mars 2022. Les lignées descendante BA.2 et BA.4 diffèrent des autres lignées par certaines mutations, notamment dans la protéine spike. Pour cette raison, nous en faisons désormais la distinction. Cela permet de suivre l'évolution des sous-lignées du variant Omicron. Le nombre rapportés de cas de BA.4 et BA.5 reste limité en Belgique.

3.3.1. Evolution de la proportion des variants principaux circulant en Belgique (surveillance de base)

La figure ci-dessous montre l'évolution de la proportion des variants principaux circulant en Belgique dans le cadre de la surveillance de base.

Evolution de la proportion des variants identifiés par la surveillance de base en Belgique depuis le 15 février 2021, moyenne mobile sur 7 jours



*Le variant Omicron BA.2 apparait indépendamment pour le suivi comparatif avec l'ensemble des autres variants Omicron. Omicron BA.2 n'est donc pas compris dans les totaux du variant Omicron.

3.3.2. Variants identifiés en Belgique (surveillance de base et surveillance active)

Le tableau ci-dessous présente l'ensemble des variants identifiés en Belgique dans les échantillons prélevés depuis le 15 février 2021, pendant les huit dernières semaines (du 28 février 2022 jusqu'au 24 avril 2022) et pendant les deux dernières semaines (du 11 avril 2022 jusqu'au 24 avril 2022) dans la **surveillance de base**.

Variants	Date 1e identification*	Nombre sequencés depuis le 15/02/21 (surv. de base)		Nombre sequencés 8 semaines (surv. de base)		Nombre sequencés 2 semaines (surv. de base)	
		N	%	N	%	N	%
Alpha	Dec 2020	12 062	19,38	0	0,00	0	0,00
Beta	Dec 2020	286	0,46	0	0,00	0	0,00
Gamma	Jan 2021	1 505	2,42	0	0,00	0	0,00
Delta	Apr 2021	23 886	38,38	2	0,02	0	0,00
Epsilon	Jan 2021	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Iota	Feb 2021	2	0,00	0	0,00	0	0,00
Eta	Jan 2021	55	0,09	0	0,00	0	0,00
Omicron	Nov 2021	13 334	21,43	1 170	12,93	29	3,31
Omicron BA.2**	Jan 2022	9 768	15,70	7 876	87,04	846	96,69
Autre		1 304	2,10	0	0,00	0	0,00
Total		62 202	100,00	9 048	100,00	875	100,00

*Sur base de la première date rapportée parmi différentes sources de données : GISAID, déclaration via HealthData.be (surveillance de base).
**Le variant Omicron BA.2 apparait indépendamment pour le suivi comparatif avec l'ensemble des autres variants Omicron. Omicron BA.2 n'est donc pas compris dans les totaux du variant Omicron.

Le tableau ci-dessous présente l'ensemble des variants identifiés en Belgique dans les échantillons prélevés depuis le 15 février 2021, pendant les huit dernières semaines (du 28 février 2022 jusqu'au 24 avril 2022) et pendant les deux dernières semaines (du 11 avril 2022 jusqu'au 24 avril 2022) dans la **surveillance active**.

Variants	Date 1e identification*	Nombre sequencés depuis le 15/02/21 (surv. active)		Nombre sequencés 8 semaines (surv. active)		Nombre sequencés 2 semaines (surv. active)	
		N	%	N	%	N	%
Alpha	Dec 2020	7 056	24,85	0	0,00	0	0,00
Beta	Dec 2020	298	1,05	0	0,00	0	0,00
Gamma	Jan 2021	588	2,07	0	0,00	0	0,00
Delta	Apr 2021	11 576	40,78	4	0,26	1	0,58
Epsilon	Jan 2021	2	0,01	0	0,00	0	0,00
Iota	Feb 2021	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Eta	Jan 2021	31	0,11	0	0,00	0	0,00
Omicron	Nov 2021	5 914	20,83	283	18,29	8	4,65
Omicron BA.2**	Jan 2022	2 374	8,36	1 257	81,25	162	94,19
Autre		489	1,72	0	0,00	0	0,00
Total		28 328	100,00	1 544	100,00	171	100,00

*Sur base de la première date rapportée parmi différentes sources de données : GISAID, déclaration via HealthData.be (surveillance active).
**Le variant Omicron BA.2 apparait indépendamment pour le suivi comparatif avec l'ensemble des autres variants Omicron. Omicron BA.2 n'est donc pas compris dans les totaux du variant Omicron.

3.3.3. Distribution des variants parmi certaines sous-populations

Le tableau ci-dessous indique, pour les variants principaux circulant en Belgique, le nombre de chaque variant identifié parmi les voyageurs, les personnes hospitalisées, les cas de percée*, les cas de réinfections** ainsi que dans le cadre de la surveillance de base sur les **huit dernières semaines** et les **deux dernières semaines**. Il faut noter que ces données ne comprennent que les échantillons qui ont été séquencés (WGS), et dont le résultat a été rapporté à la base de données HealthData. Les données des hôpitaux proviennent de la surveillance clinique hospitalière (CHS)*** (voir point 5.1 du document questions fréquemment posées)

	Surveillance de base		Voyageurs		Hospitalisations		Réinfections**		Cas de percée*	
	8 sem.	2 sem.	8 sem.	2 sem.	8 sem.	2 sem.	8 sem.	2 sem.	8 sem.	2 sem.
Alpha	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Beta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Delta	2 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (0,1 %)	0 (0,0 %)	1 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gamma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Omicron	1 170 (12,9 %)	29 (3,3 %)	4 (25,0 %)	0 (0,0 %)	214 (41,6 %)	3 (18,8 %)	70 (9,0 %)	1 (1,1 %)	5 102 (66,9 %)	258 (59,6 %)
Omicron BA.2*****	7 876 (87,0 %)	846 (96,7 %)	12 (75,0 %)	1 (100,0 %)	298 (58,0 %)	13 (81,2 %)	704 (90,7 %)	91 (97,8 %)	2 471 (32,4 %)	175 (40,4 %)
Autre	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (0,4 %)	0 (0,0 %)	1 (0,1 %)	1 (1,1 %)	54 (0,7 %)	0 (0,0 %)
Nombre total de diagnostics COVID-19 parmi le groupe cible******	477 728	91 098	412	74	6 058	1 172	46 707	10 413	338 466	73 270
Nombre total d'échantillons positifs séquencés	9 048 (1,9 %)	875 (1,0 %)	16 (3,9 %)	1 (1,4 %)	514 (8,5 %)	16 (1,4 %)	776 (1,7 %)	93 (0,9 %)	7 628 (2,3 %)	433 (0,6 %)

*Les cas de percée sont des infections survenant chez des personnes qui ont complété un schéma de primo-vaccination depuis au moins 14 jours. Ces cas sont identifiés par le croisement entre les bases de données Vaccinnet+ et des tests de laboratoire COVID-19.
**Les cas de réinfection correspondent à des patients ayant présenté un 2ème test positif au moins 90 jours après un 1er test positif.
***Le CHS couvre en estimation environ deux-tiers de tous les patients belges hospitalisés dans le cadre du COVID-19. Les informations démographiques sur les patients hospitalisés sont enregistrées dans les 1 à 2 semaines après l'admission du patient.
****Le nombre total de nouveaux diagnostics COVID-19 au cours des 8 semaines en question pour la population cible ; pour la surveillance de base de la population entière. Il s'agit de nouveaux épisodes, tels que définis selon la règle des 90 jours. Pour la colonne des réinfections, il s'agit des nouveaux diagnostics de réinfection (un deuxième test positif au moins 90 jours après le premier test positif).
*****Le variant Omicron BA.2 apparait indépendamment pour le suivi comparatif avec l'ensemble des autres variants Omicron. Omicron BA.2 n'est donc pas compris dans les totaux du variant Omicron.

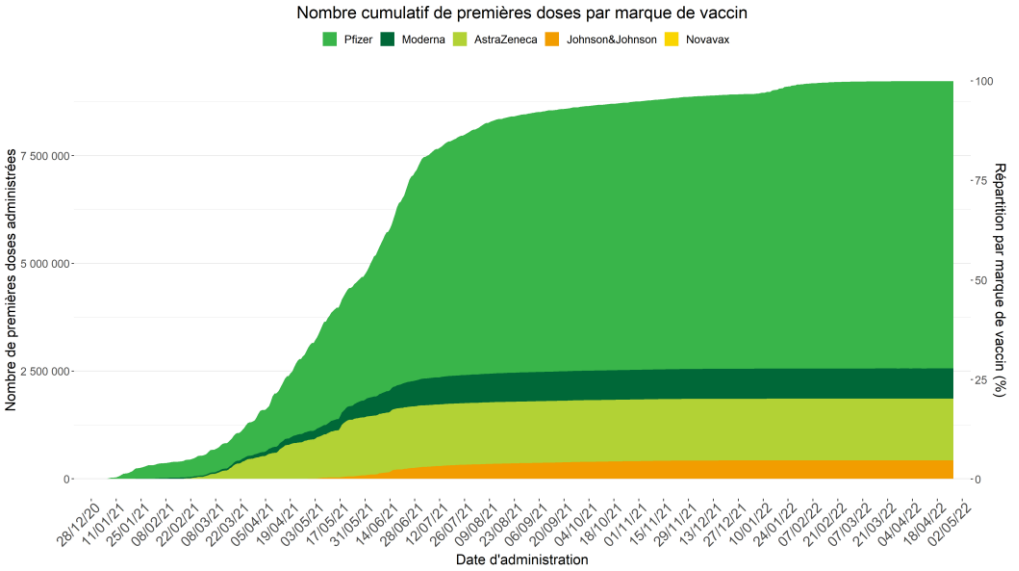
3.4. VACCINATION

3.4.1. Nombre de vaccinations et couverture

Le 28 décembre 2020, la phase pilote de la campagne de vaccination COVID-19, limitée à un nombre restreint de centres de soins résidentiels, a débuté en Belgique. Le 5 janvier 2021, la campagne de vaccination officielle a démarré. La campagne de vaccination a été déployée en phases séquentielles ciblant des groupes prioritaires, avant un élargissement à l'ensemble de la population de 18 ans et plus.

Toutes les doses de vaccins COVID-19 administrées en Belgique sont, tel que défini par la loi, enregistrées dans Vaccinnet+, le registre national des vaccins COVID-19. Seules les vaccinations enregistrées dans cette base de données sont incluses dans les chiffres et les analyses ci-dessous. Toutefois, un délai entre le moment de la vaccination et celui de l'enregistrement dans la base de données est possible[1]. La répartition géographique indiquée dans ce rapport est basée sur le code postal du lieu de résidence de la personne vaccinée et non sur le code postal du site de vaccination. A partir de septembre 2021, certains groupes ont été successivement invités à recevoir une dose de rappel[2]. En novembre 2021, il a été décidé que toute la population belge de 18 ans et plus qui a déjà complété un schéma de primo-vaccination sera progressivement invitée pour recevoir une dose de rappel.

Au 26 avril 2022, un total de 25 309 270 doses de vaccin COVID-19 avaient été administrées et enregistrées dans Vaccinnet+. Cela correspond à une augmentation de 13 707 doses par rapport au nombre enregistré au 19 avril 2022. Quatre vaccins différents sont actuellement utilisés : Comirnaty® (Pfizer/BioNtech), Spikevax® (Moderna), COVID-19 Vaccine Janssen® (Johnson & Johnson) et Nuvaxovid (Novavax). Le vaccin Vaxzevria® (AstraZeneca) n'est plus administré en Belgique. La figure ci-dessous représente l'évolution du **nombre cumulé de premières doses administrées, par marque de vaccin**.



[1] Sur l'ensemble des vaccinations enregistrées jusqu'au 26 avril 2022, 94,85 % ont été enregistrées dans les 3 jours suivant la date d'administration du vaccin.

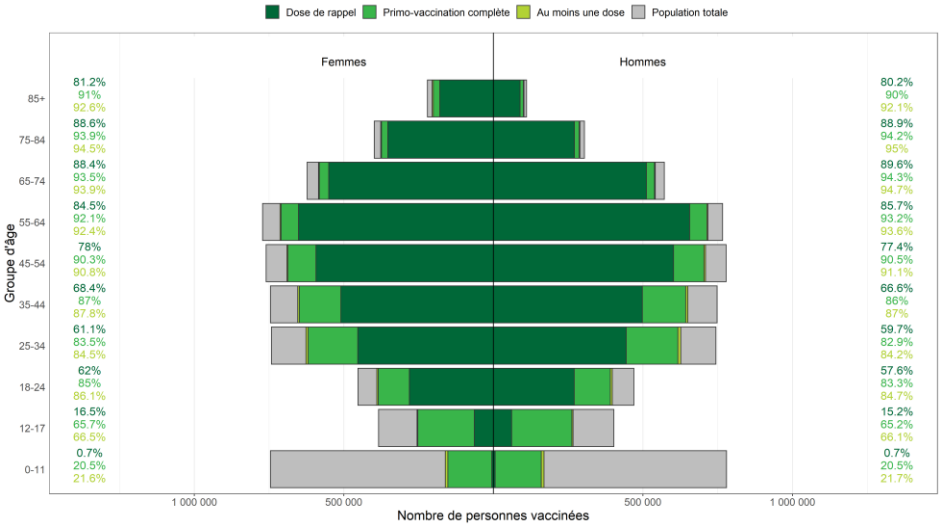
[2] Le terme « dose de rappel » utilisé dans ce rapport inclut à la fois les doses additionnelles administrées aux personnes immunodéprimées pour compléter leur schéma de vaccination initial ainsi que les doses de rappel administrées à la population générale.

Le tableau ci-dessous présente la couverture vaccinale pour les personnes (population totale) ayant reçu **au moins une dose d'un vaccin** et pour **celles ayant complété un schéma de primo-vaccination**. En outre, le tableau indique le nombre total de personnes ayant reçu au moins une dose ou ayant complété un schéma de primo-vaccination, depuis le début de la campagne de vaccination et au cours des sept derniers jours, pour la Belgique et par région/communauté.

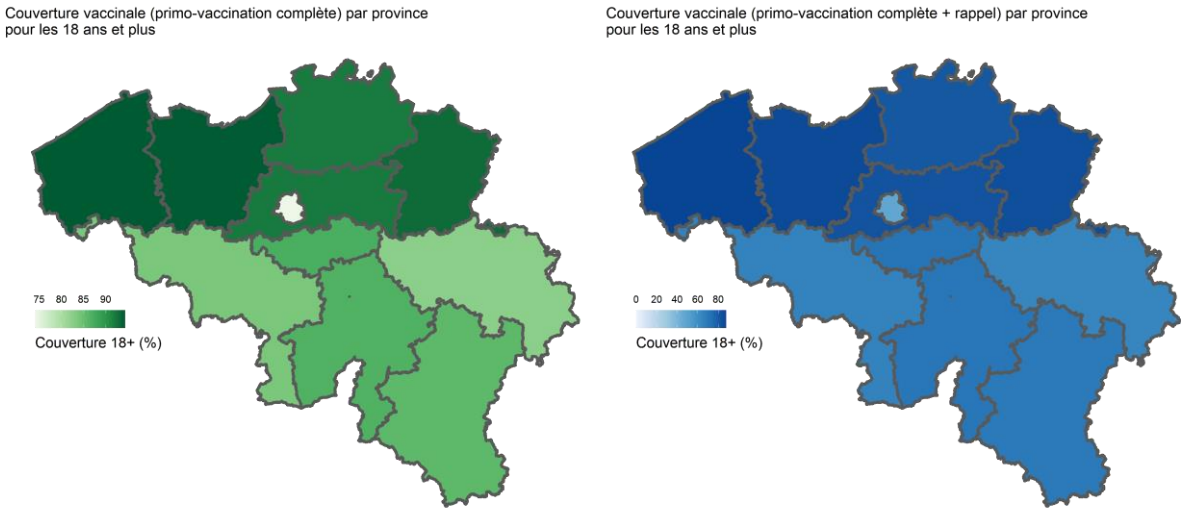
		Belgique	Bruxelles (1)	Flandre (1)	Wallonie (1,2)	Communauté germanophone (1)
Au moins une dose	Nombre de personnes vaccinées	9 236 770	767 644	5 676 801	2 660 108	56 188
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	742	136	333	245	8
	Couverture vaccinale (% de la population totale) (3)	80,17%	62,92%	85,33%	74,51%	71,90%
Primo-vaccination complète	Nombre de personnes vaccinées	9 138 378	752 665	5 629 917	2 630 648	55 468
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	1 049	196	517	308	8
	Couverture vaccinale (% de la population totale) (3)	79,32%	61,70%	84,62%	73,69%	70,98%
Primo-vaccination complète + dose de rappel	Nombre de personnes vaccinées	7 126 385	454 748	4 686 935	1 915 818	41 431
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	3 614	654	1 552	1 305	45
	Couverture vaccinale (% de la population totale) (3)	61,85%	37,28%	70,45%	53,66%	53,02%

(1) La répartition géographique est basée sur le code postal du lieu de résidence de la personne vaccinée. Les personnes dont le code postal était inconnu ne sont pas incluses dans la répartition géographique.
(2) A l'exclusion de la Communauté germanophone.
(3) Les dénominateurs utilisés pour ces calculs sont les chiffres de la population belge au 01/01/2021 publiés par STATBEL.

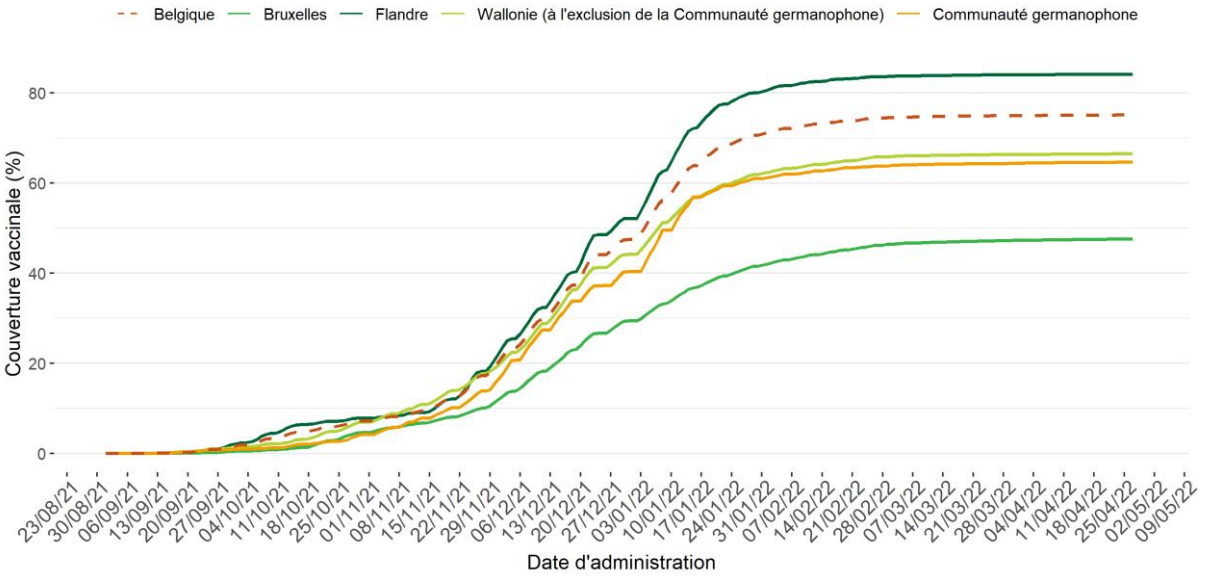
La figure ci-dessous représente **les couvertures vaccinales par genre et groupe d'âge** dans l'ensemble de la population. Le 26 avril 2022, la couverture vaccinale de primo-vaccination complète pour les femmes âgées de 18 ans et plus était de 89,25 %, et de 88,91 % pour les hommes. La couverture vaccinale pour la dose de rappel était de 75,78 % pour les femmes de 18 ans et plus et de 74,4 % pour les hommes de ce groupe d'âge.



Les cartes ci-dessous montrent la couverture vaccinale pour les personnes ayant complété un schéma de primo-vaccination (à gauche) ainsi que la couverture vaccinale pour les personnes ayant reçu une dose de rappel (à droite), pour la population belge âgée de 18 ans et plus, par province.



Le graphique ci-dessous montre l'évolution de la couverture vaccinale des personnes âgées de 18 ans et plus ayant reçu une dose de rappel, pour la Belgique, par région/communauté et par date d'administration du vaccin.



Le tableau ci-dessous présente le nombre et la couverture vaccinale pour une **dose de rappel**, au 26 avril 2022, pour la Belgique, par région/communauté et par groupe d'âge.

Groupe d'âge		Belgique	Bruxelles (1)	Flandre (1)	Wallonie (1,2)	Communauté germanophone (1)
18 ans et plus	Nombre de personnes vaccinées avec une dose de rappel	6 916 899	449 340	4 512 225	1 887 577	40 744
	Couverture vaccinale dose de rappel(3) (%)	75,11%	47,58%	84,14%	66,50%	64,64%
12 à 17 ans	Nombre de personnes vaccinées avec une dose de rappel	198 168	5 235	163 910	27 928	669
	Couverture vaccinale dose de rappel(3) (%)	25,18%	6,20%	37,26%	10,84%	13,19%
18 à 64 ans	Nombre de personnes vaccinées avec une dose de rappel	4 962 176	335 038	3 247 506	1 327 655	28 179
	Couverture vaccinale dose de rappel(3) (%)	71,09%	42,66%	81,46%	61,45%	59,36%
65 à 84 ans	Nombre de personnes vaccinées avec une dose de rappel	1 686 373	96 138	1 086 459	489 756	11 108
	Couverture vaccinale dose de rappel(3) (%)	88,89%	72,03%	93,13%	83,92%	82,40%
85 ans et plus	Nombre de personnes vaccinées avec une dose de rappel	268 350	18 164	178 260	70 166	1 457
	Couverture vaccinale dose de rappel(3) (%)	80,85%	71,08%	84,91%	74,37%	70,05%

(1) La répartition géographique est basée sur le code postal du lieu de résidence de la personne vaccinée. Les personnes dont le code postal était inconnu ne sont pas incluses dans la répartition géographique.
(2) A l'exclusion de la Communauté germanophone.
(3) Les dénominateurs utilisés pour ces calculs sont les chiffres de la population belge au 01/01/2021 publiés par STATBEL.

Le tableau ci-dessous présente la couverture vaccinale atteinte au 26 avril 2022 chez les enfants âgés de moins de 18 ans ayant complété un schéma de primo-vaccination. Le tableau indique également le nombre d'enfants âgés de 5 à 11 ans et de 12 à 17 ans ayant complété un schéma de primo-vaccination, depuis le début de la campagne de vaccination et au cours des sept derniers jours, pour la Belgique et par région/communauté.

		Belgique	Bruxelles (1)	Flandre (1)	Wallonie (1,2)	Communauté germanophone (1)
5 à 11 ans	Nombre de personnes avec un schéma de primo-vaccination complet	292 662	11 013	231 878	48 016	1 161
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	431	72	257	99	2
	Couverture vaccinale entièrement vacciné(3) (%)	31,56%	9,92%	44,69%	16,47%	19,74%
12 à 17 ans	Nombre de personnes avec un schéma de primo-vaccination complet	621 818	41 146	387 486	187 177	3 539
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	62	13	21	24	3
	Couverture vaccinale entièrement vacciné(3) (%)	79,01%	48,71%	88,08%	72,66%	69,78%

(1) La répartition géographique est basée sur le code postal du lieu de résidence de la personne vaccinée. Les personnes dont le code postal était inconnu ne sont pas incluses dans la répartition géographique. (2) A l'exclusion de la Communauté germanophone.
(3) Les dénominateurs utilisés pour ces calculs sont les chiffres de la population belge au 01/01/2021 publiés par STATBEL.

Les personnes immunodéprimées représentent une population particulièrement sensible aux infections causées par le SARS-CoV-2 avec un risque élevé de développer une forme sévère de COVID-19. Depuis le début de la campagne de vaccination, ces personnes ont fait l'objet de plusieurs recommandations. Le 24 janvier 2022 ce groupe a été invité à recevoir une dose de rappel, au moins 3 mois après l'administration de leur dose additionnelle qui avait pour but de compléter leur schéma de primo-vaccination. Au 27 avril 2022, 211 015[3] personnes immunodéprimées âgées de 12 ans et plus en Belgique ont reçu leur dose de rappel. Le nombre de doses de rappel administrées par entité fédérée sont les suivants : 170 478 en Flandre, 34 766 en Wallonie (à l'exclusion de la communauté germanophone), 4 973 à Bruxelles et 798 en communauté germanophone.

Pour plus d'informations sur la méthode de surveillance du nombre de vaccins administrés et de calcul des couvertures vaccinales, veuillez consulter le document questions fréquemment posées.

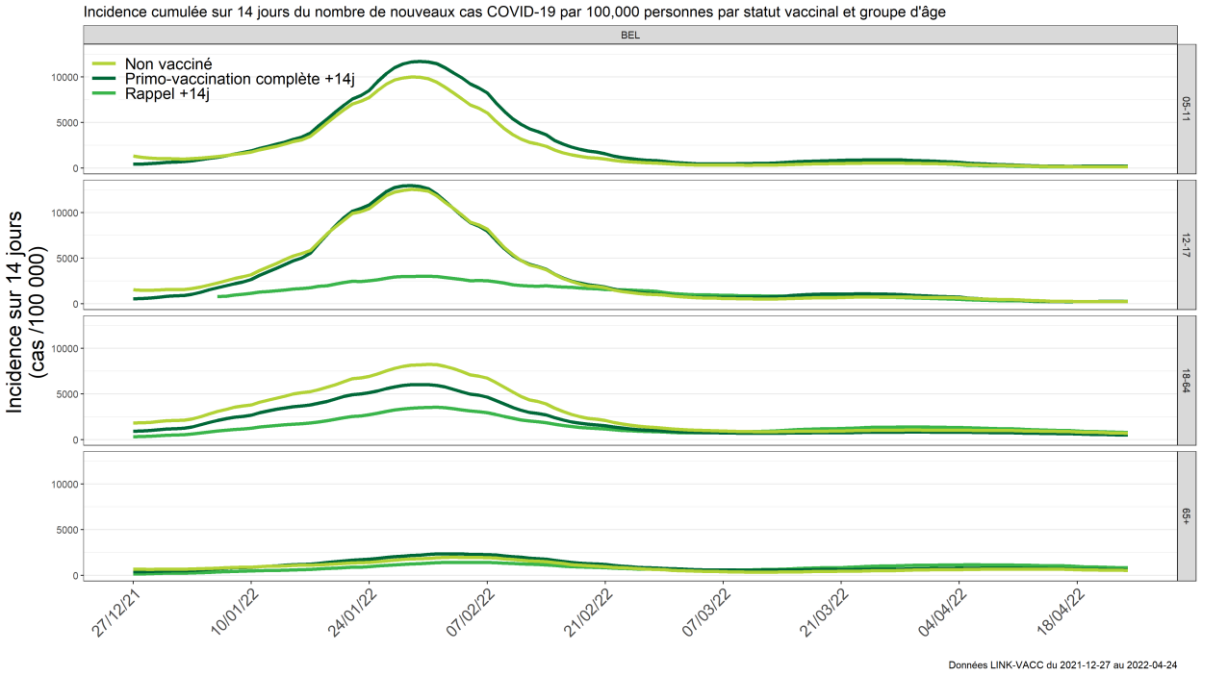
[3] Données agrégées de la base de données des codes de vaccination transmise par Smals/SPF Santé publique.

3.4.2. Impact de la vaccination

Sciensano dispose du statut vaccinal des personnes qui développent une infection COVID-19 ou qui nécessitent une hospitalisation ou une admission en unité de soins intensifs (USI). Cela permet la surveillance de l'incidence de l'infection COVID-19 chez les personnes qui n'ont pas été vaccinées, celles qui ont complété un schéma de primo-vaccination et celles qui ont reçu une dose de rappel. Si elles permettent une estimation préliminaire de l'impact de la vaccination (réduction relative du risque), ces données brutes ne peuvent pas être utilisées pour estimer l'efficacité des vaccins. En effet, elles ne tiennent pas compte des biais inhérents présents, tels que les différences de risque (par ex. comorbidités), de comportement ou de test dans les populations vaccinées et non vaccinées. Pour plus de détails sur la méthodologie[4] utilisée dans cette section, veuillez consulter les sections 10.7 et 10.8 du document "Questions fréquemment posées".

3.4.2.1. Surveillance des cas confirmés de COVID-19

La surveillance des cas confirmés de COVID-19 (symptomatiques et asymptomatiques) selon le statut vaccinal est réalisée grâce au croisement entre les bases de données Vaccinnet+ et des tests de laboratoire COVID-19. Les graphiques ci-dessous montrent l'évolution de l'incidence sur 14 jours des cas de COVID-19 par statut vaccinal et par groupe d'âge à partir du 27 décembre 2021.

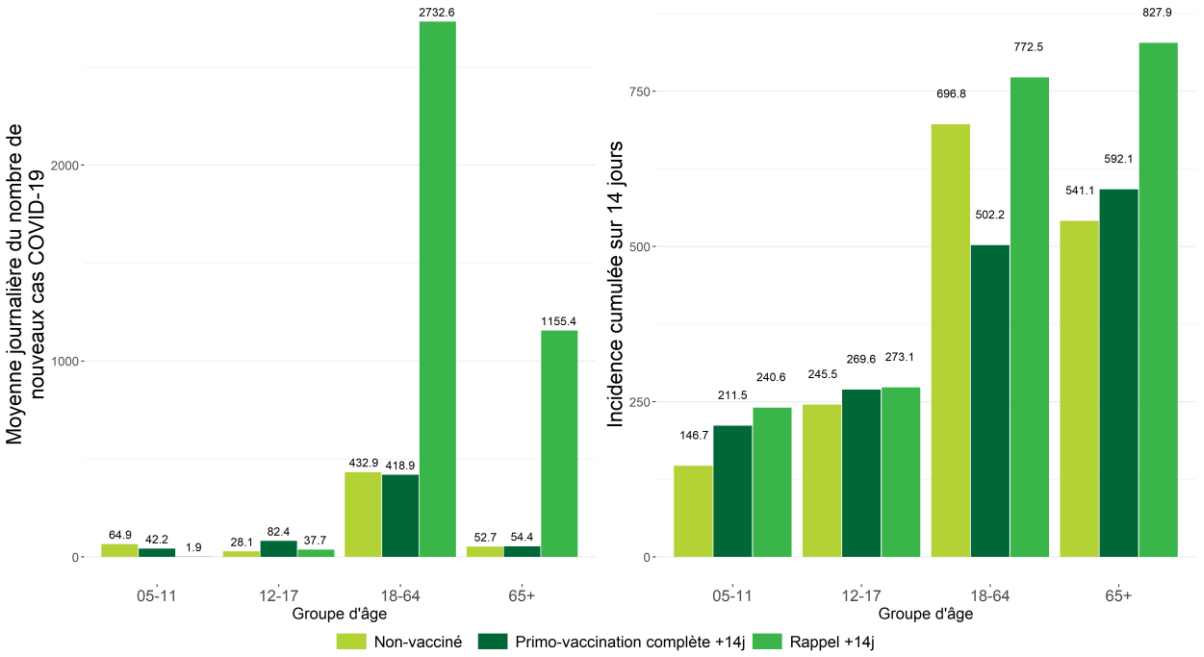


Source : croisement entre les données des tests de laboratoire COVID-19 et le registre national des vaccinations COVID-19 (Vaccinnet+).

On suppose que la vaccination contre la COVID-19 offre une protection complète aux personnes qui ont complété un schéma de primo-vaccination ou ayant reçu une dose de rappel depuis au moins 14 jours. Les personnes qui ont été partiellement vaccinées, celles qui ont complété leur schéma de primo-vaccination depuis moins de 14 jours et celles pour qui le statut vaccinal est inconnu ne sont pas incluses dans ce graphique. Les personnes ayant reçu une dose de rappel depuis moins de 14 jours sont incluses dans la catégorie « primo-vaccination complète + 14 jours ».

[4] En raison d'un changement dans l'analyse des données, les incidences par statut vaccinal (non vacciné, primo-vaccination complète et primo-vaccination complète + dose de rappel) ont été corrigées le 21 janvier 2022 par rapport aux semaines précédentes. Ce changement affecte principalement le nombre total de personnes dans chaque catégorie vaccinale (les dénominateurs dans les calculs d'incidence). La nouvelle méthodologie permet aussi d'harmoniser le calcul des dénominateurs entre les différentes surveillances (infections, hospitalisations et mortalité).

Les graphiques ci-dessous présentent la moyenne journalière et l'incidence cumulée sur 14 jours du nombre de cas, par statut vaccinal et par groupe d'âge, pour la période du 11 avril au 24 avril 2022.



Source : croisement entre les données des tests de laboratoire COVID-19 et le registre national des vaccinations COVID-19 (Vaccinnet+).
Les personnes qui ont été partiellement vaccinées, celles qui ont complété leur schéma de primo-vaccination depuis moins de 14 jours et celles pour qui le statut vaccinal est inconnu sont exclues. Les personnes ayant reçu une dose de rappel depuis moins de 14 jours sont incluses dans la catégorie « primo-vaccination complète + 14 jours ». Les dénominateurs utilisés pour le calcul des incidences correspondent au nombre total de personnes ayant obtenu le statut vaccinal mentionné 14 jours avant la date de calcul. Pour plus de details sur la méthodologie utilisée, veuillez consulter les sections 10.7 et 10.8 du document FAQ.

Le tableau ci-dessous montre l'estimation non-ajustée de la réduction du risque d'infection (symptomatique et asymptomatique) entre les personnes non vaccinées, celles ayant complété un schéma de primo-vaccination et celles ayant reçu une dose de rappel.

Catégorie d'âge	Réduction relative du risque d'infection (non ajustée)		
	Primo-vaccination complète vs. non vacciné	Dose de rappel vs. Non vacciné	Dose de rappel vs. primo-vaccination complète
05-11	Non détectable	Non détectable	Non détectable
12-17	Non détectable	Non détectable	Non détectable
18-64	27.93 %	Non détectable	Non détectable
65+	Non détectable	Non détectable	Non détectable

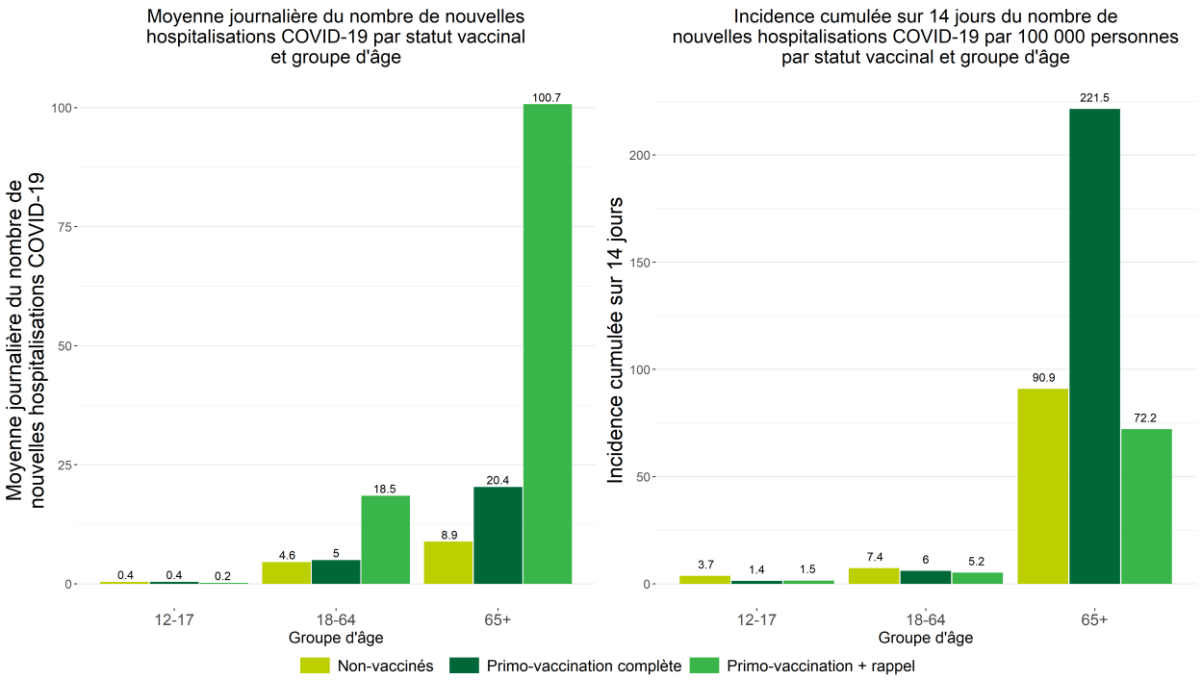
L'administration d'une dose de rappel n'étant pas recommandée chez les personnes âgées de 5 à 11 ans et de 12 à 17 ans, cette information n'est pas rapportée dans le tableau ci-dessus.

3.4.2.2. Surveillance hospitalière COVID-19

Les données sur les hospitalisations COVID-19 selon le statut vaccinal sont issues de la surveillance de la capacité hospitalière (Surge Capacity Survey ; SCS) et sont disponibles depuis le 6 octobre 2021. Le 8 décembre 2021, la dose de rappel et le statut vaccinal des personnes décédées des suites du COVID-19 à l'hôpital ont été ajoutés aux variables collectées. La participation à cette surveillance est obligatoire pour tous les hôpitaux généraux, et permet la collecte de données exhaustives agrégées et pour les décès COVID-19 de données individuelles. Les patients hospitalisés diagnostiqués positifs au COVID-19 lors d'un dépistage de routine (en l'absence de symptômes liés au COVID-19) ne sont pas inclus.

a) Admissions à l'hôpital

Les graphiques ci-dessous montrent la moyenne journalière et l'incidence cumulée sur 14 jours des hospitalisations, par statut vaccinal et par groupe d'âge, pour la période du 11 avril au 24 avril 2022.



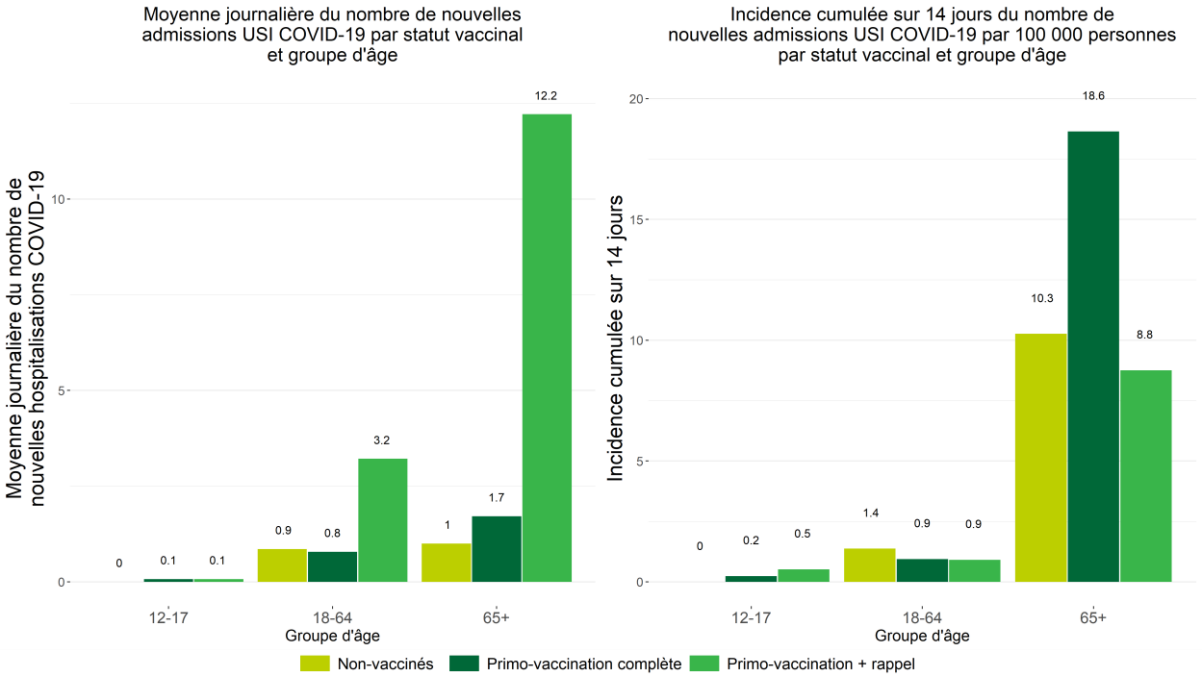
Source : Surveillance de la capacité hospitalière. Le délai entre la vaccination et l'hospitalisation n'étant pas connu dans cette surveillance, le délai de 14 jours à considérer après la vaccination n'est pas pris en compte dans la définition des catégories vaccinales. Les personnes partiellement vaccinées ou dont le statut vaccinal est inconnu sont exclues. Les dénominateurs utilisés pour le calcul des incidences correspondent au nombre total de personnes ayant obtenu le statut vaccinal mentionné 14 jours avant la date de calcul. Pour plus de détails sur la méthodologie utilisée, veuillez consulter les sections 10.7 et 10.8 du document FAQ.

Le tableau ci-dessous montre l'estimation non-ajustée de la réduction du risque d'hospitalisation COVID-19 entre les personnes non vaccinées, celles ayant complété un schéma de primo-vaccination et celles ayant reçu une dose de rappel.

Catégorie d'âge	Réduction relative du risque d'hospitalisation (non ajustée)		
	Primo-vaccination complète vs. non vacciné	Dose de rappel vs. Non vacciné	Dose de rappel vs. primo-vaccination complète
12-17	63 %	Non détectable	Non détectable
18-64	18 %	29 %	13 %
65+	Non détectable	21 %	67 %

b) Admissions en USI

Les graphiques ci-dessous présentent la moyenne journalière et l'incidence cumulée sur 14 jours du nombre d'admissions en USI, par statut vaccinal et par groupe d'âge, pour la période du 11 avril au 24 avril 2022.



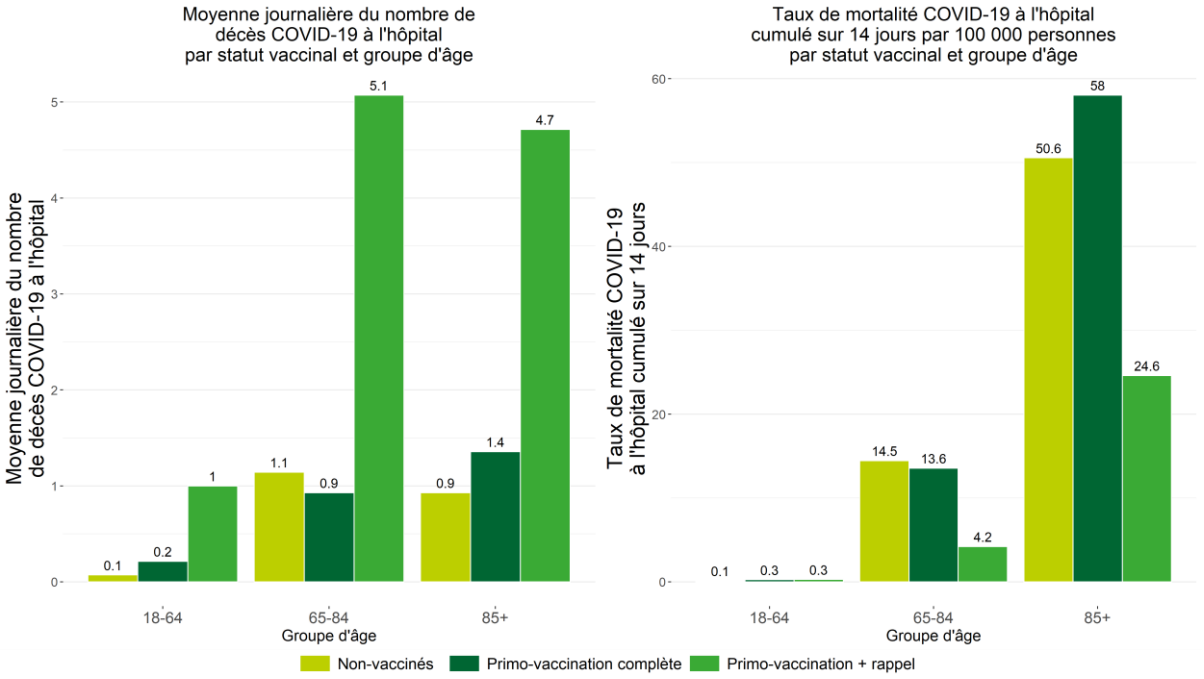
Source : Surveillance de la capacité hospitalière. Le délai entre la vaccination et l'hospitalisation n'étant pas connu dans cette surveillance, le délai de 14 jours à considérer après la vaccination n'est pas pris en compte dans la définition des catégories vaccinales. Les personnes partiellement vaccinées ou dont le statut vaccinal est inconnu sont exclues. Les dénominateurs utilisés pour le calcul des incidences correspondent au nombre total de personnes ayant obtenu le statut vaccinal mentionné 14 jours avant la date de calcul. Pour plus de détails sur la méthodologie utilisée, veuillez consulter les sections 10.7 et 10.8 du document FAQ.

Le tableau ci-dessous montre l'estimation non-ajustée de la réduction du risque d'admission en soins intensifs pour COVID-19 entre les personnes non vaccinées, celles ayant complété un schéma de primo-vaccination et celles ayant reçu une dose de rappel.

Catégorie d'âge	Réduction relative du risque d'admission en USI (non ajustée)		
	Primo-vaccination complète vs. non vacciné	Dose de rappel vs. Non vacciné	Dose de rappel vs. primo-vaccination complète
12-17	Non détectable	Non détectable	Non détectable
18-64	32 %	34 %	4 %
65+	Non détectable	15 %	53 %

c) Décès à l'hôpital

Les graphiques ci-dessous présentent la moyenne journalière et le taux de mortalité sur 14 jours pour les décès COVID-19 à l'hôpital, par statut vaccinal et par groupe d'âge, pour la période du 11 avril au 24 avril 2022.

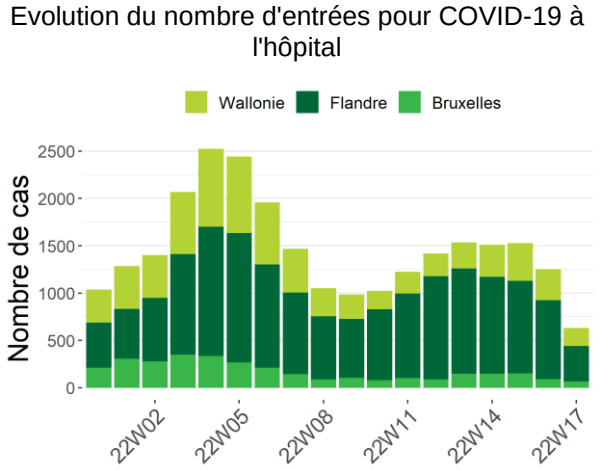


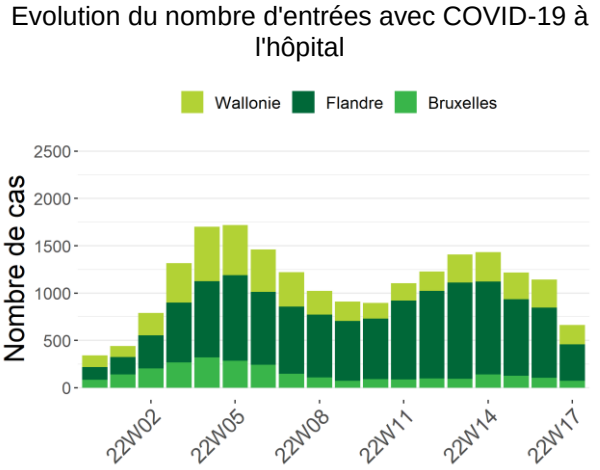
Source : Surveillance de la capacité hospitalière. Le délai entre la vaccination et le décès n'étant pas connu dans cette surveillance, le délai de 14 jours à considérer après la vaccination n'est pas pris en compte dans la définition des catégories vaccinales. Les personnes partiellement vaccinées ou dont le statut vaccinal est inconnu sont exclues. Les dénominateurs utilisés pour le calcul des incidences correspondent au nombre total de personnes ayant obtenu le statut vaccinal mentionné 14 jours avant la date de calcul. Pour plus de details sur la méthodologie utilisée, veuillez consulter les sections 10.7 et 10.8 du document FAQ.

3.5. HOSPITALISATIONS POUR COVID-19

3.5.1. Situation dans les hôpitaux

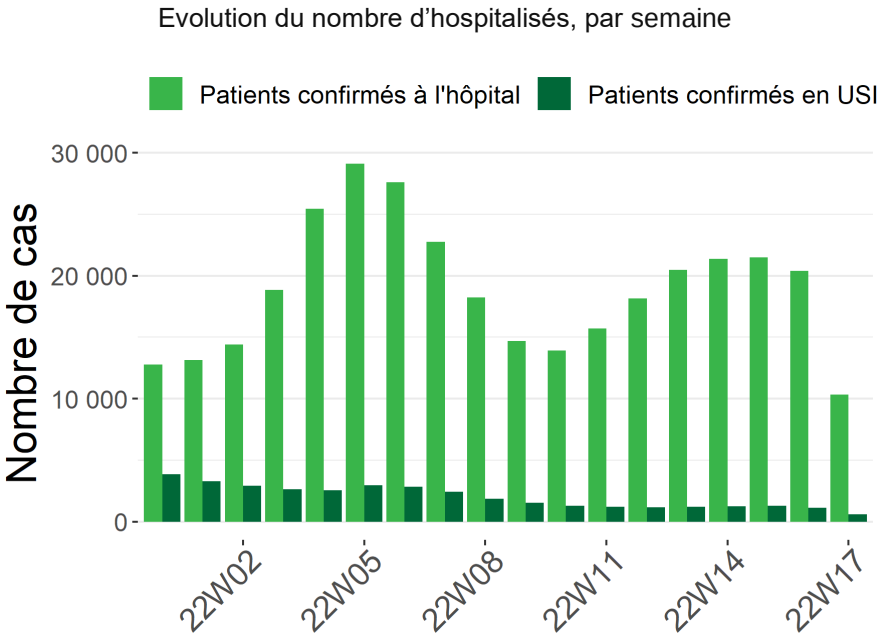
Au cours de la période du 22 avril 2022 au 28 avril 2022, 1 120 patients ont été hospitalisés en raison de COVID-19 (“hospitalisation pour COVID-19”) et 1 083 patients ont été hospitalisés pour une autre raison mais ont été testés positifs au COVID-19 dans le cadre d’un screening (“hospitalisation avec COVID-19”). Les figures ci-dessous présentent l’évolution des entrées à l’hôpital pour et avec COVID-19. Sur cette même période, 2 413 personnes ont quitté l’hôpital.





Note : Il est possible que des corrections soient apportées rétrospectivement aux chiffres des jours précédents.

Le 28 avril 2022, 2 427 lits d’hôpital dont 146 lits en unité de soins intensifs étaient occupés par des patients COVID-19 confirmés en laboratoire ; 48 patients nécessitaient une assistance respiratoire et 3 une ECMO (Oxygénation par membrane extra-corporelle). Au cours des 7 derniers jours, le nombre total de lits d’hôpital occupés a diminué de 524, dont 8 lits occupés en soins intensifs de moins.



Nombre d’hôpitaux participants : 104 (28 avril 2022)

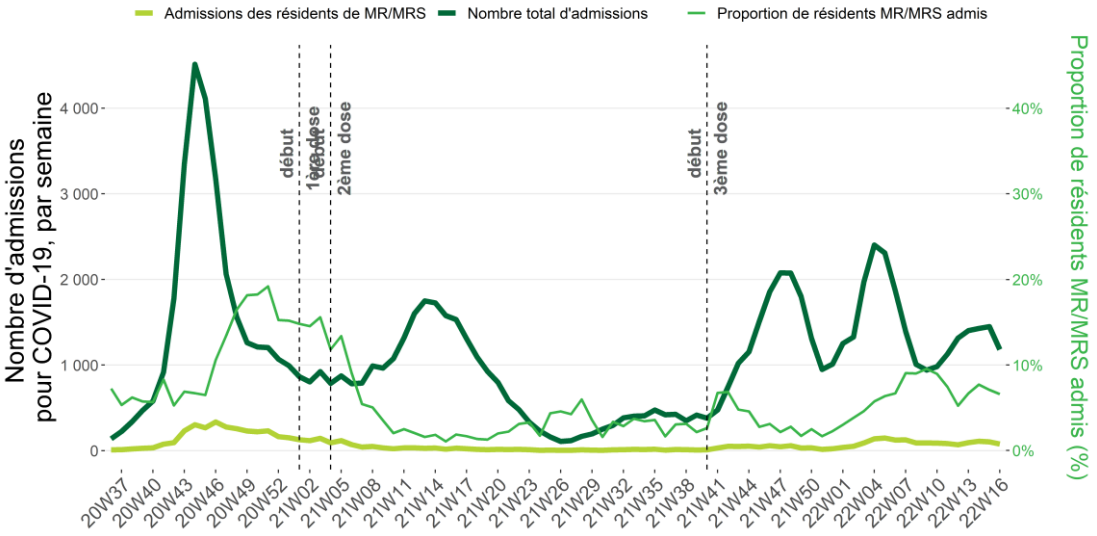
3.5.2. Provenance des patients hospitalisés pour COVID-19

Le nombre de nouvelles hospitalisations que nous rapportons comprend uniquement les patients présentant une infection COVID-19 confirmée et admis en raison de celle-ci. Les patient admis en raison d'une pathologie différente mais ayant un test positif au COVID-19 sont exclus. Les admissions hospitalières de patients avec une infection COVID-19 confirmée sont classées dans le graphe ci-dessous en fonction de la provenance des patients. Cela nous permet d'avoir une vue sur le nombre de nouveaux patients COVID-19 venant d'une maison de repos ou d'une autre institution de soins de longue durée.

Sur les 1 120 admission rapportés pour la période du 22 avril 2022 au 28 avril 2022, 1 057 nouvelles admissions ont été rapportées avec une distinction selon la provenance du patient. Pour cette période, 67 (sur les 1 057) admissions provenaient d'une maison de repos/et de soins ou d'un autre établissement de soins de longue durée.

La figure ci-dessous indique l'évolution du nombre de nouvelles hospitalisations COVID-19 pour l'ensemble des patients et pour les résidents de MR/MRS, ainsi que le pourcentage de résidents de MR/MRS parmi les patients hospitalisés. L'évolution de ce pourcentage, ainsi que la tendance à la baisse du nombre absolu d'admissions de résidents de MR/MRS, pourraient constituer un indicateur de l'impact positif de la vaccination. Néanmoins, d'autres facteurs (par exemple, une augmentation des hospitalisations dans la population générale) peuvent également expliquer une diminution de la proportion des résidents de MR/MRS parmi les personnes hospitalisées, comme cela a été observé précédemment.

Évolution des hospitalisations et de la proportion de résidents de MR/MRS admis, Belgique



3.5.3. Caractéristiques des patients hospitalisés

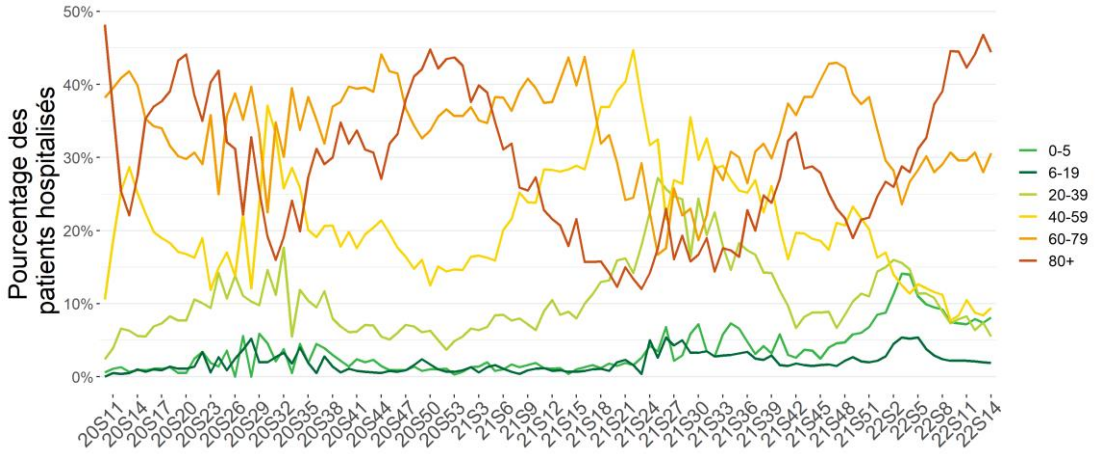
La surveillance clinique des patients COVID-19 hospitalisés permet de suivre l'évolution des caractéristiques des patients admis dans les hôpitaux. Ces données sont représentatives des patients au niveau national. Cependant la surveillance clinique n'est pas exhaustive, et concerne environ 60 % à 70 % des patients hospitalisés. Les résultats sont donc présentés en pourcentages et non en nombres (ceux-ci donneraient une sous-estimation du nombre total de patients).

Il est également important de noter qu'entre juin 2020 (semaine 24) et septembre 2020 (semaine 39), le nombre total d'admissions hospitalières par semaine en Belgique était très faible, à savoir 70 à 140 admissions par semaine. Par conséquent, les chiffres utilisés pour le calcul des pourcentages ci-dessous sont très petits, ce qui explique les importantes fluctuations observées.

Sexe: Depuis le début de l'épidémie, 47,5% des patients hospitalisés sont des femmes, 52,5% des hommes.

Age: Les figures ci-dessous montrent l'évolution de la répartition par âge des patients COVID-19 admis à l'hôpital par semaine.

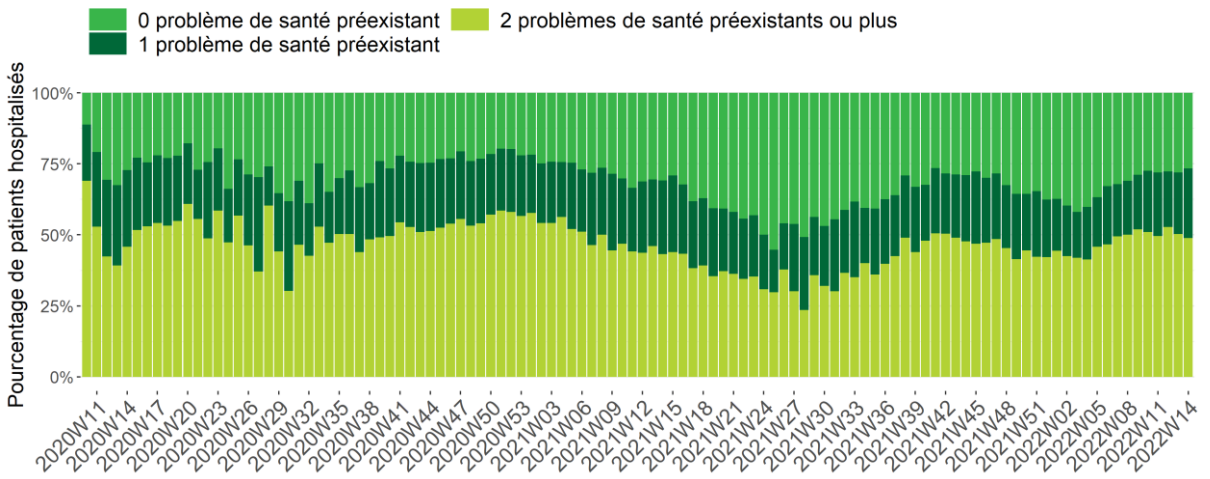
Évolution par semaine de la répartition par âge des patients admis à l'hôpital, jusqu'à la semaine 14 (04/04/22-10/04/22)



Note : les données des quatre dernières semaines sont susceptibles d'évoluer à cause de données disponibles de façon rétrospective.

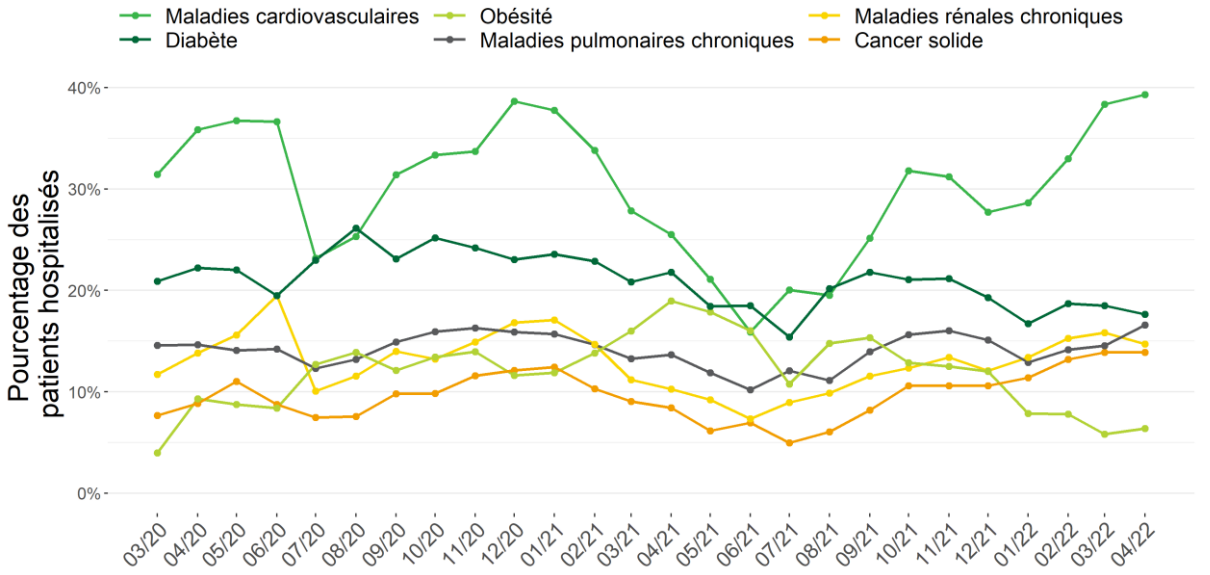
Problèmes de santé préexistants: La figure ci-dessous montre la proportion de patients COVID-19 admis à l'hôpital par semaine qui ne présentent aucun, un ou plusieurs problèmes de santé préexistants.

Evolution par semaine de la proportion de patients présentant ou non des problèmes de santé préexistants, jusqu'à la semaine 14 (04/04/22-10/04/22)



Parmi tous les patients hospitalisés pour COVID-19 depuis le début de l'épidémie, 31,8% avaient une maladie cardiovasculaire, 21,5% le diabète, 14,7% une maladie pulmonaire chronique, 11,6% de l'obésité, 13,4% une maladie rénale chronique et 10,3% un cancer solide. Il est important de garder à l'esprit qu'une même personne peut avoir plusieurs problèmes de santé préexistants.

Évolution par mois des problèmes de santé préexistants des patients hospitalisés COVID-19



3.5.4. Taux d'occupation des lits en USI

Le plan d'urgence des hôpitaux est coordonné par *le Comité Hospital & Transport Surge Capacity*, composé de représentants de différentes autorités, de la Défense, des coupoles hospitalières, du comité scientifique et d'autres experts. Le plan comprend plusieurs phases.

De base, les hôpitaux réservent en permanence 15% du nombre total de lits de soins intensifs accrédités pour des patients COVID-19 confirmés.

En fonction du taux d'occupation des lits en USI, il peut être décidé de passer vers la phase 1 et de mettre davantage de lits d'USI accrédités à disposition de patients COVID-19. S'il cela n'est pas suffisant, en phase 2, des lits d'USI supplémentaires peuvent être créés.

Le tableau ci-dessous rapporte le nombre de patients COVID-19 en USI pour la Belgique, par province et pour la Région bruxelloise en date du 28 avril 2022. Le taux d'occupation des lits USI est calculé sur base du nombre de lits USI accrédités.

	Nombre de lits USI accrédités*	Nombre de patients COVID-19 en USI	Estimation du taux d'occupation de lits USI accrédités par des patients COVID-19
Belgique	**1992**	**146**	**7%**
Antwerpen	301	17	6%
Brabant wallon	23	2	9%
Hainaut	259	17	7%
Liège	230	21	9%
Limburg	145	14	10%
Luxembourg	43	2	5%
Namur	97	4	4%
Oost-Vlaanderen	265	19	7%
Vlaams-Brabant	139	14	10%
West-Vlaanderen	221	17	8%
Région bruxelloise	269	19	7%

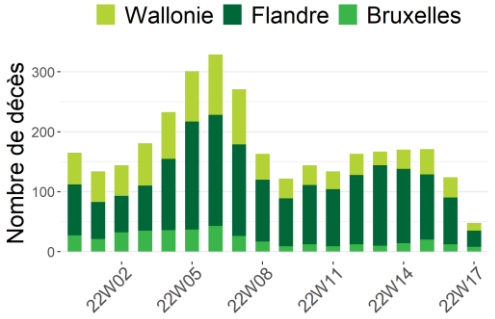
*Nombre total de lits USI accrédités en novembre 2020. Celui-ci comprend à la fois les lits USI mis à disposition des patients COVID-19 et les lits USI disponibles pour les autres patients.

3.6. ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ COVID-19

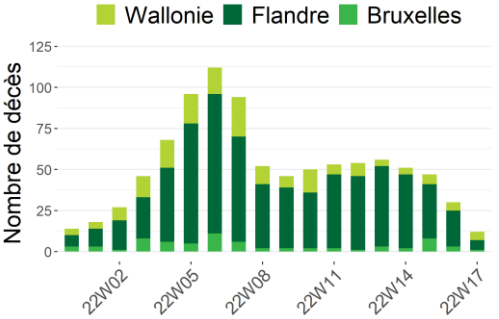
3.6.1. Mortalité par région

Pour la période du 19 avril 2022 au 25 avril 2022, 125 décès ont été rapportés, 56% étaient des hommes et 42% des femmes; 74 en Flandre, 36 en Wallonie et 15 à Bruxelles. Les décès sont présentés par semaine, et classés par région en fonction du lieu de décès.

Evolution du nombre de décès COVID-19 par région et par semaine

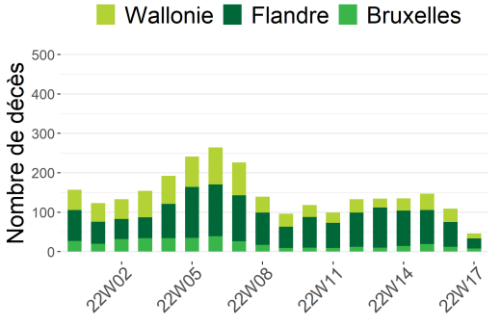


Evolution du nombre de décès COVID-19 parmi les résidents des maisons de repos (tous lieux de décès confondus) par région et par semaine, depuis la semaine 52

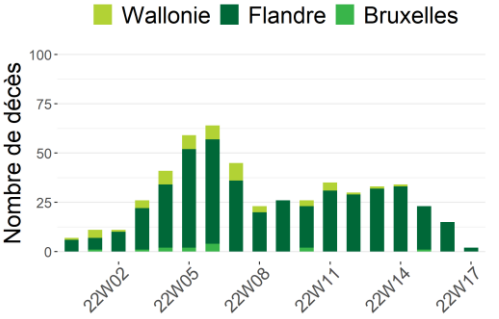


Note : Les données des dernières 72 heures doivent encore être consolidées.

Evolution du nombre de décès COVID-19 en hôpital par région et par semaine

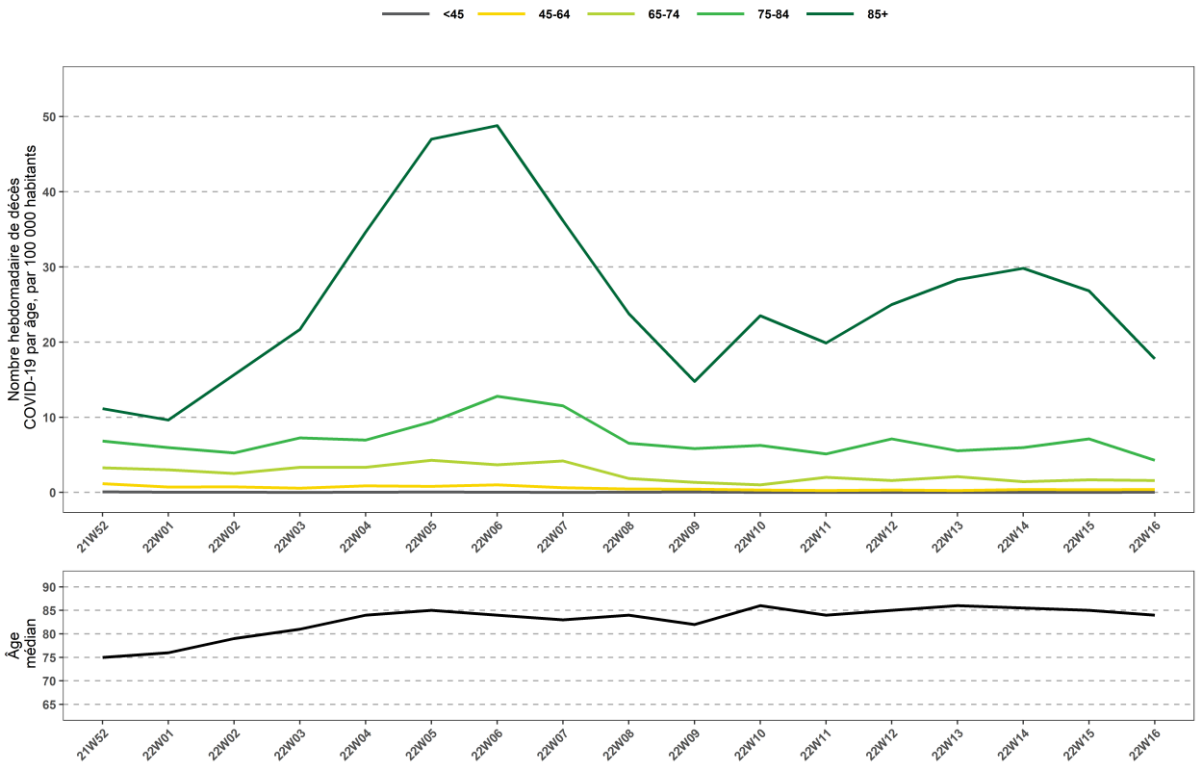


Evolution du nombre de décès COVID-19 en maisons de repos par région et par semaine



Note : Les données des dernières 72 heures doivent encore être consolidées.

Evolution du taux hebdomadaire de mortalité COVID-19 par groupe d'âge et évolution de l'âge médian des personnes décédées.



Total des décès rapportés **du 19 avril 2022 au 25 avril 2022**

Lieu de décès	Flandre		Bruxelles		Wallonie		Belgique	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hôpital	61	82%	15	100%	36	100%	112	90%
Cas confirmés	*61*	*100%*	*15*	*100%*	*35*	*97%*	*111*	*99%*
Cas possibles	*0*	*0%*	*0*	*0%*	*1*	*3%*	*1*	*1%*
Maison de repos	13	18%	0	0%	0	0%	13	10%
Cas confirmés	*9*	*69%*	*0*	*N/A*	*0*	*N/A*	*9*	*69%*
Cas possibles	*4*	*31%*	*0*	*N/A*	*0*	*N/A*	*4*	*31%*
Autres collectivités résidentielles	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Domicile et autre	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Inconnu	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	74	100%	15	100%	36	100%	125	100%

Les décès à l'hôpital incluent les résidents de maison de repos et maison de repos et de soin qui décèdent à l'hôpital. Des analyses complémentaires concernant les décès des résidents de maison de repos sont présentés dans le chapitre ci-dessous sur les maisons de repos.

Pour plus d'informations sur le lieu de décès, veuillez consulter le point 6 du document questions fréquemment posées.

3.6.2. Mortalité par province

Le tableau ci-dessous indique la répartition des décès survenus du 19 avril 2022 au 25 avril 2022 ainsi que le taux de décès par 100 000 habitants, par province et pour la Région bruxelloise.

Provinces*	Nombre de décès	Taux de décès par 100 000 inhabitants
Antwerpen	16	0,86
Brabant wallon	2	0,49
Hainaut	18	1,34
Liège	17	1,53
Limburg	14	1,60
Luxembourg	2	0,70
Namur	1	0,20
Oost-Vlaanderen	14	0,92
Vlaams-Brabant	15	1,30
West-Vlaanderen	18	1,50
Région bruxelloise	8	0,66

*Quand la province de résidence n'est pas connue, la province où le décès a eu lieu a été utilisé

3.7. SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ (TOUTES CAUSES CONFONDUES)

3.7.1. Be-MOMO (Belgium Mortality Monitoring)

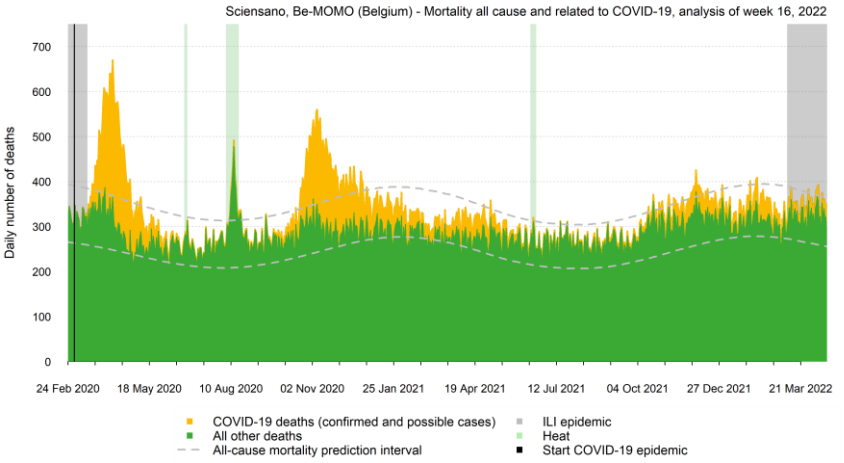
En Belgique, la surveillance de la mortalité (toutes causes confondues), Be-MOMO, est basée sur les données du Registre National. Il y a 2 semaines d'attente nécessaires pour obtenir une exhaustivité de plus de 95 %, les chiffres des dernières semaines sont donc préliminaires. Pour plus d'informations sur Be-MOMO : https://epistat.wiv-isp.be/momo/.

Plus d'information sur la surmortalité dans le rapport sur la surmortalité durant la 1re et 2e vague de l'épidémie de COVID-19 en Belgique.

Plus d'information sur la surmortalité en 2021 dans le communiqué de presse du 26 janvier 2022.

La semaine 14 (4 avril 2022) a présenté trois jours de surmortalité statistiquement significative, touchant principalement les personnes de plus de 84 ans. L'analyse par région montre que la surmortalité observée concerne essentiellement la Flandre et la Wallonie.

Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 17/04/22 (sur base des données collectées jusqu'au 23/04/22), Belgique

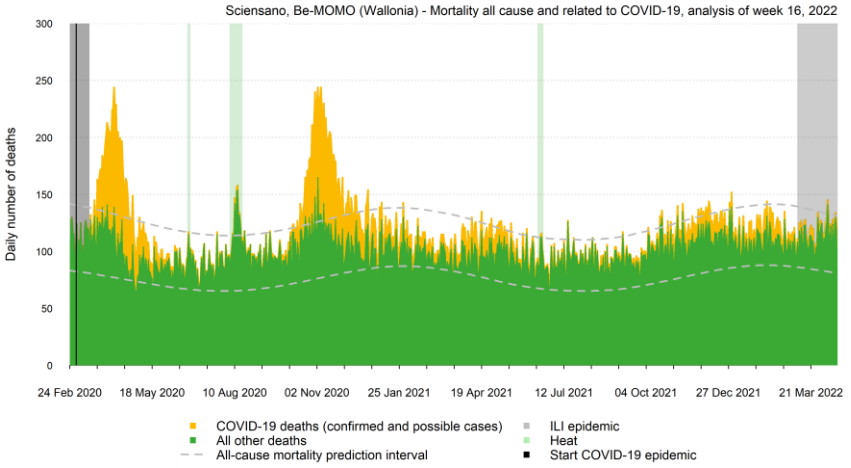


Comment lire ce graphique ? Quand le nombre de décès par jour dépasse les limites supérieures ou inférieures des décès prévus par la modélisation (lignes pointillées grises), il y a une surmortalité ou une sous-mortalité statistiquement significative. La zone orange représente le nombre de décès lié à la COVID-19 (cas confirmés et possibles, tous lieux de décès) qui a été soustrait au nombre de décès toutes causes confondues.

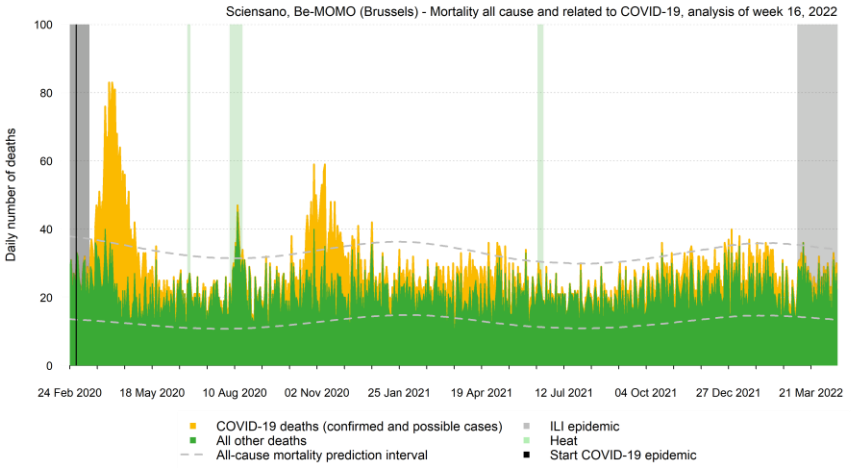
Nombre de décès toutes causes confondues par semaine (Belgique)

Semaine	Date du lundi	Nombre de décès observés	Nombre de décès attendus (Be-MOMO)	Nombre de décès supplé-mentaires	Nombre de jours avec surmort-alité	Excès de mortalité (%)	Taux brut de mortalité (100 000 habitants)
2022-W11	14/03/2022	2 369	2 270	99	0	4,4	20,5
2022-W12	21/03/2022	2 371	2 244	126	0	5,6	20,5
2022-W13	28/03/2022	2 471	2 220	251	1	11,3	21,4
2022-W14	4/4/2022	2 515	2 194	321	3	14,6	21,7

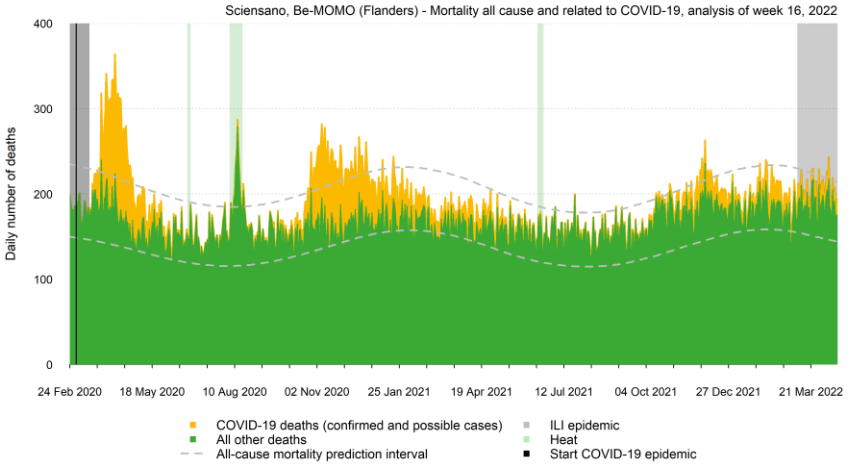
Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 17/04/22 (sur base des données collectées jusqu'au 23/04/22), Wallonie



Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 17/04/22 (sur base des données collectées jusqu'au 23/04/22), Bruxelles



Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 17/04/22 (sur base des données collectées jusqu'au 23/04/22), Flandre



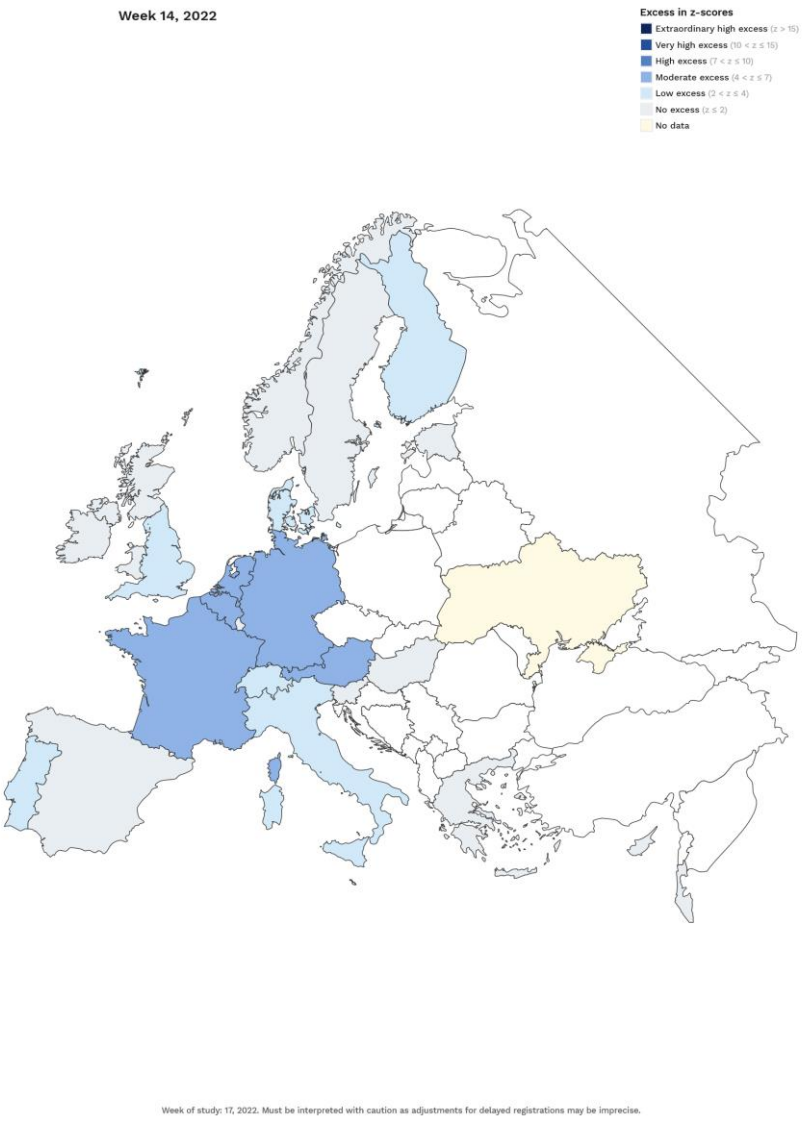
La surmortalité durant l'épidémie de COVID-19

Vous trouverez un résumé de la surmortalité durant le printemps 2020 dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire du 19/06/2020.

3.7.2. EuroMOMO: surveillance de la mortalité (toutes causes confondues) en Europe

EuroMOMO publie un bulletin hebdomadaire sur la mortalité toutes causes confondues dans un maximum de 26 pays ou régions de pays européens. Le nombre de décès au cours des dernières semaines doit être interprété avec prudence car il y a un délai d'environ trois semaines pour obtenir des données significatives de surmortalité. Pour plus d'informations: http://www.euromomo.eu/index.html.

Mortalité toutes causes confondues pour 26 pays ou régions d'Europe, semaine 14 (du 04/04/22 au 10/04/22)

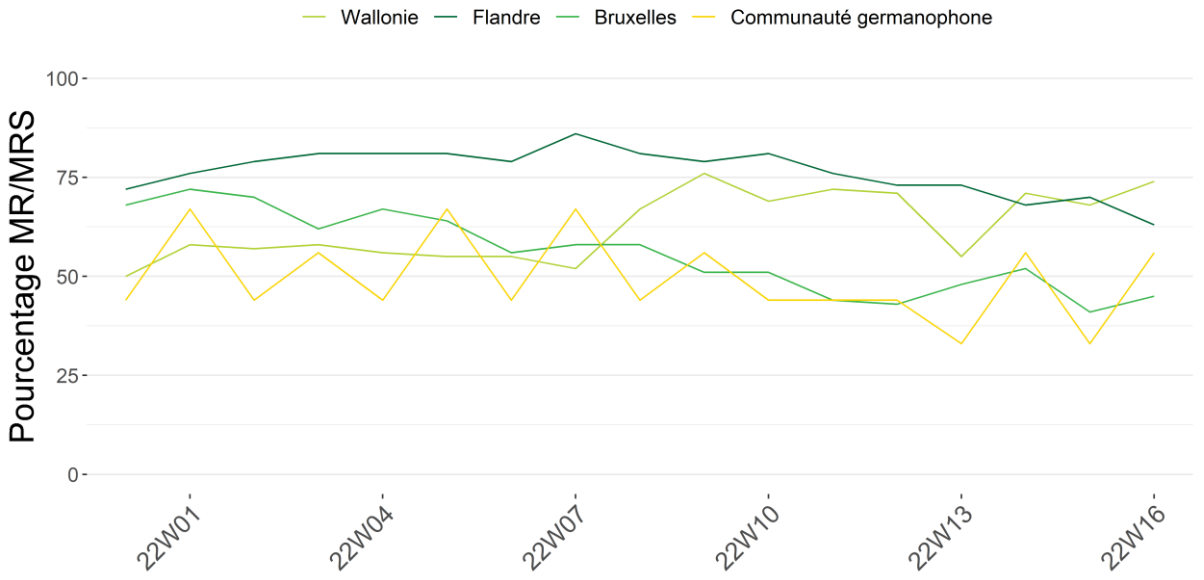


3.8. SURVEILLANCE EN MAISON DE REPOS ET DE SOINS

Afin de suivre la situation dans les maisons de repos et maisons de repos et de soins (MR/MRS), plusieurs indicateurs sont utilisés: le pourcentage de MR/MRS ayant rapporté au moins 2 cas confirmés de COVID-19, l'incidence (nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19) par semaine parmi les résidents, l'incidence par semaine parmi les membres du personnel et le nombre de résidents en MR/MRS décédés d'une infection possible ou confirmée de COVID-19. Ces indicateurs sont basés sur les données rapportées par les MR/MRS dans le cadre de la surveillance COVID-19 pour les collectivités résidentielles. De plus amples informations sur cette surveillance et l'explication des graphiques ci-dessous se trouvent dans le rapport sur la surveillance en MR/MRS.

Etant donné que le nombre de résidents parmi les MR/MRS participant à la surveillance est utilisé comme dénominateur, il est important de tenir compte du taux de participation. Le graphique ci-dessous montre le pourcentage de MR/MRS qui ont envoyé des données au moins une fois par semaine. Le taux de participation pour la semaine du 20/04/22 au 26/04/22 (inclus), est de 63 % en Flandre, 74 % en Wallonie, 45 % à Bruxelles et 56 % en Communauté germanophone.

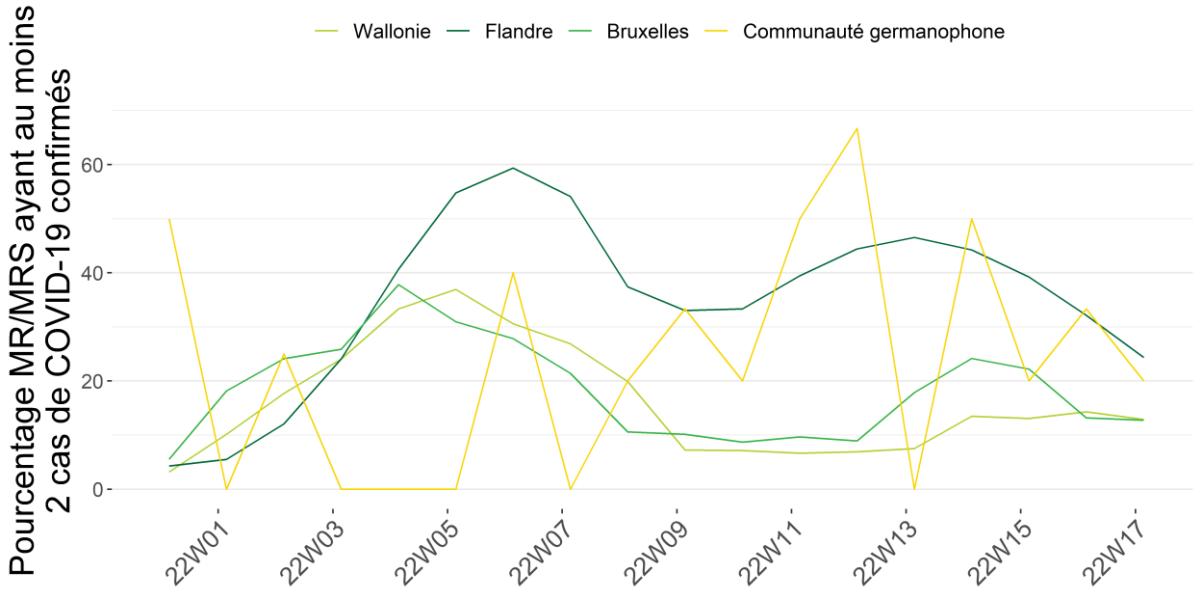
Pourcentage de MR/MRS ayant envoyé leurs données au moins une fois au cours de la semaine concernée (du mercredi au mardi), depuis la semaine 52*



*Les données pour la Wallonie ne comprennent pas celles de la communauté germanophone.

Le graphique ci-dessous montre le pourcentage de MR/MRS ayant rapporté au moins 2 cas COVID-19 confirmés par rapport au nombre de MR/MRS ayant participé ce jour-là, à partir du 27 décembre 2021.

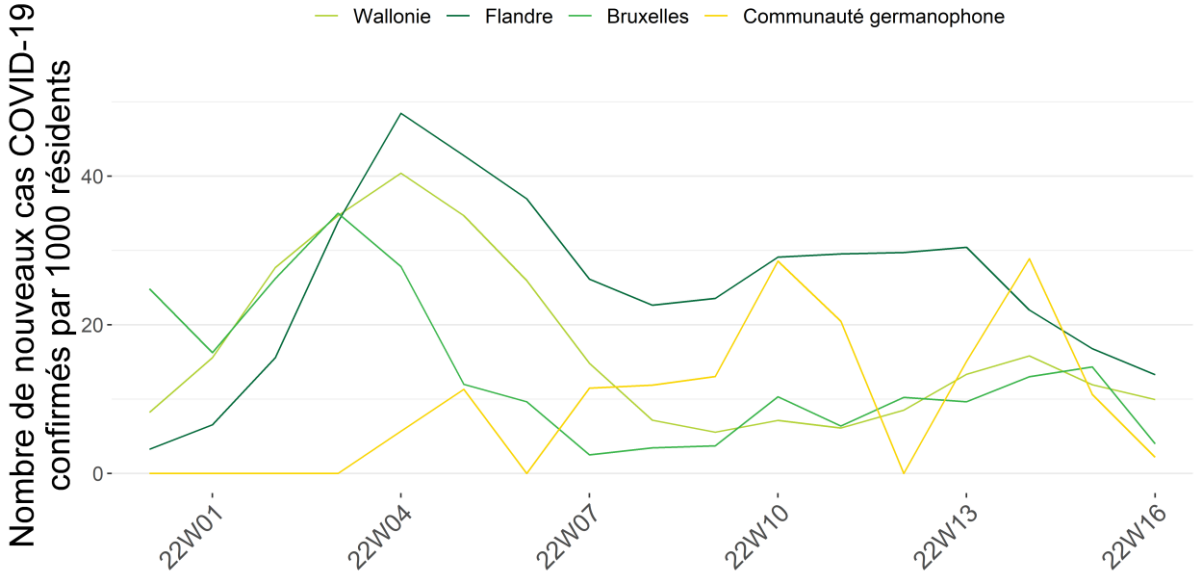
Pourcentage de MR/MRS ayant rapporté au moins 2 cas COVID-19 confirmés (le mardi), depuis la semaine 52*



*Les données pour la Wallonie ne comprennent pas celles de la communauté germanophone.

Le graphique ci-dessous montre l'incidence (nombre de nouveaux cas) par semaine (rapportés du mercredi au mardi) des cas COVID-19 confirmés en MR/MRS pour 1 000 résidents, par région/communauté. La somme des nouveaux cas, rapportés une fois par semaine, est représentée sur le graphique.

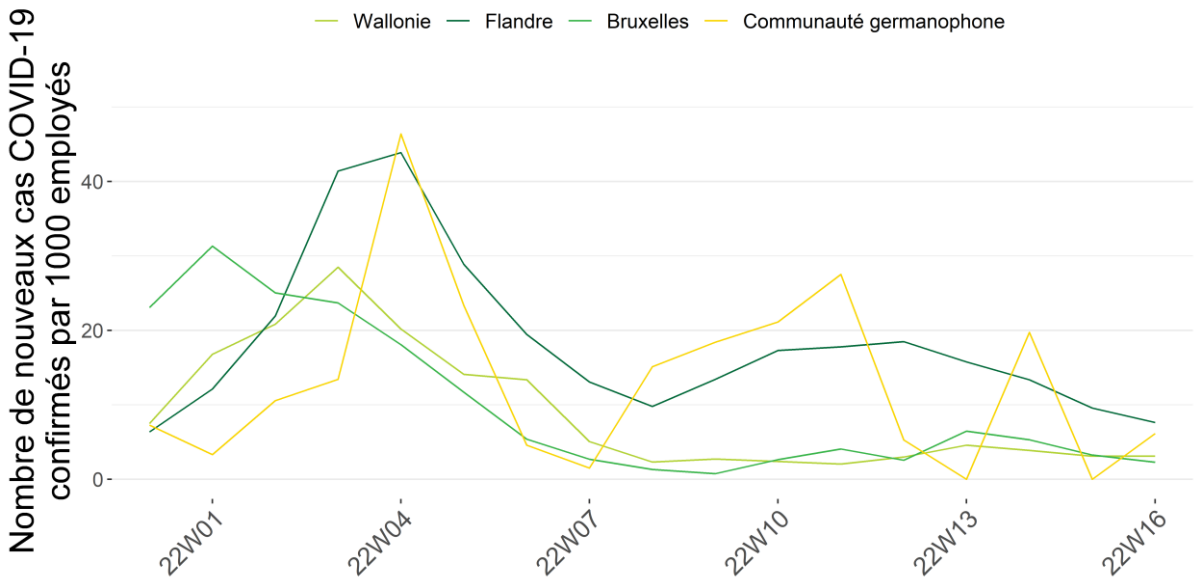
Incidence par semaine des cas COVID-19 confirmés en MR/MRS belges pour 1 000 résidents, par région/communauté, depuis la semaine 52.*



*Les données pour la Wallonie ne comprennent pas celles de la communauté germanophone.

Le graphique ci-dessous montre l'incidence des cas COVID-19 confirmés (nombre de nouveaux cas) parmi les membres du personnel, par semaine (du mercredi au mardi inclus), et par région/communauté. Cela signifie que le graphique reprend la somme du nombre de nouveaux cas confirmés une fois par semaine. Le dénominateur représente le nombre total des membres du personnel de l'ensemble des MR/MRS ayant enregistré des données au moins une fois au cours de la semaine en question.

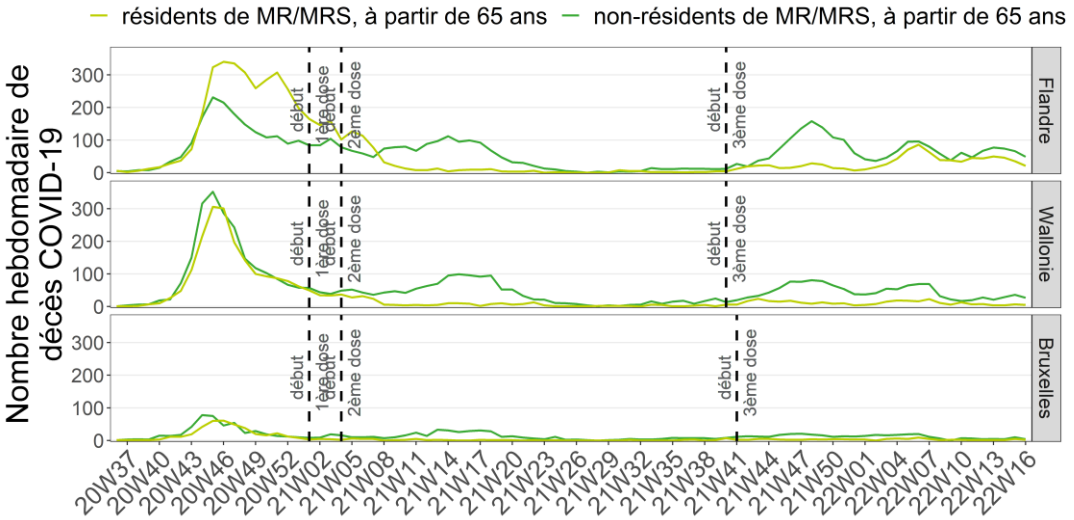
Incidence par semaine des cas COVID-19 confirmés parmi le personnel des MR/MRS belges pour 1 000 employés, par région/communauté, depuis la semaine 52*.



*Les données pour la Wallonie ne comprennent pas celles de la communauté germanophone.

Entre 19 avril 2022 et 25 avril 2022, 27 résidents de MR/MRS sont décédés du COVID-19, dont 13 en MR/MRS (13 en Flandre, 0 à Bruxelles, 0 en Wallonie), 14 à l'hôpital (6 en Flandre, 3 à Bruxelles, 5 en Wallonie) et 0 dans d'autres lieux. Pour cette période, la proportion de résidents de MR/MRS par rapport au nombre total de décès COVID-19 est de 22%.

Evolution du nombre de décès COVID-19 par semaine et par région des personnes de plus de 65 ans résidant ou non en maison de repos



Note : Les lignes verticales indiquent les dates auxquelles les différentes doses ont commencé à être administrées aux résidents de MR/MRS.

Nombre de décès COVID-19 (confirmés et probables) parmi les résidents des maisons de repos par lieux de décès et par région pour la période du 27/12/21 au 24/04/22

Lieu de décès	Wallonia		Flandres		Bruxelles		Belgique	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hôpital	116	69	234	35	55	81	405	44
Maisons de repos	53	31	441	65	13	19	507	56
TOTAL	169	100	675	100	68	100	912	100

3.9. SITUATION COVID-19 POUR LES ENFANTS ET EN MILIEU SCOLAIRE

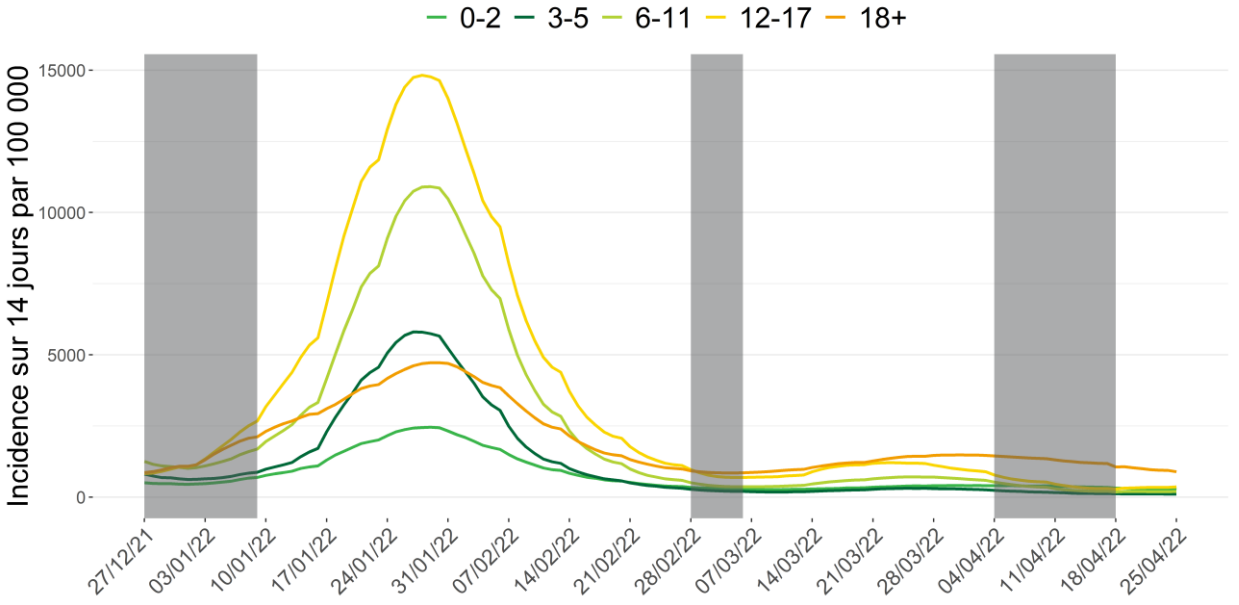
La situation épidémiologique des enfants entre 3 et 17 ans et la situation dans les écoles est suivie de près depuis le début de l'épidémie.

La mise en application de la stratégie de testing décrite dans les procédures est activement suivie par les services de santé scolaire (CLB en communauté flamande, PSE et PMS-WBE en communauté française).

Les graphiques utilisés dans cette section sont produits à partir de deux sources de données complémentaires. D'une part, la surveillance des laboratoires cliniques qui rapportent tous les tests analysés par âge. D'autre part, la surveillance des écoles, par le biais du suivi des contacts (contact center) et des services de médecine scolaire (CLB/PSE/PMS), qui fournissent des informations sur la source présumée de l'infection et les clusters dans les écoles.

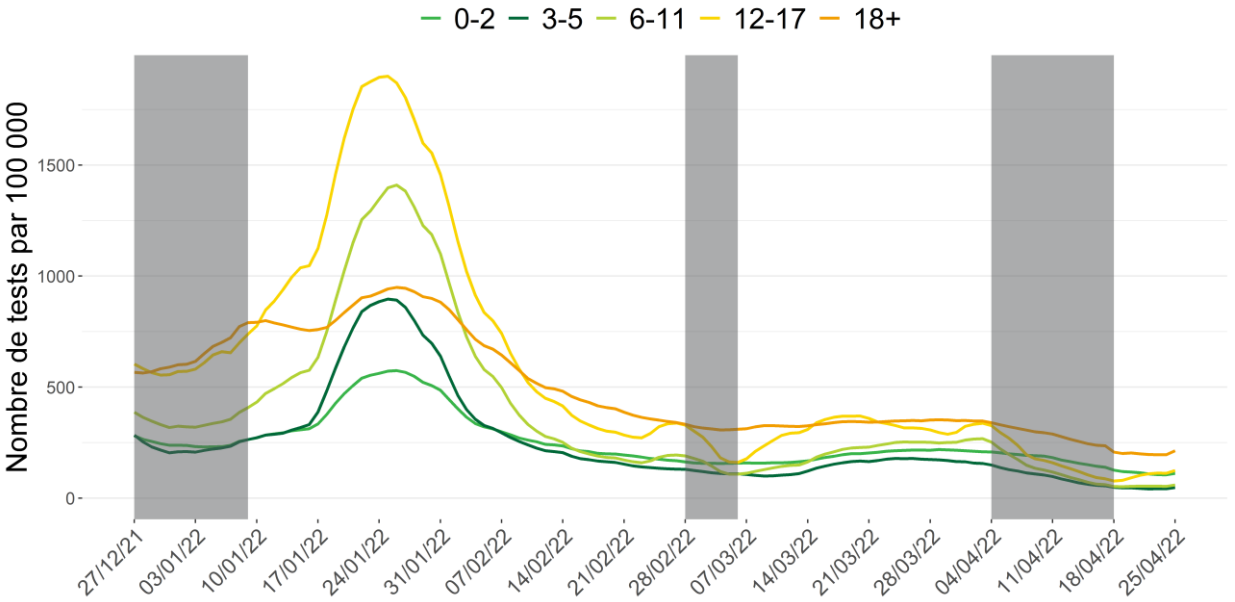
L'évolution du nombre de cas confirmés est calculée à partir des résultats de tests rapportés par les laboratoires. Le nombre de tests effectués (positifs et négatifs) permet d'interpréter l'évolution de l'incidence par tranche d'âge dans le contexte des changements de stratégie de testing. Les groupes d'âge utilisés pour l'analyse de l'incidence et du nombre de tests sont définis en fonction des niveaux scolaires (bien que les tranches d'âge ne correspondent pas parfaitement aux niveaux scolaires).

Incidence cumulée sur 14 jours, par tranche d'âge, par 100 000 habitants de la tranche d'âge, 27/12/21 (semaine 52) au 24/04/22 (semaine 16), Belgique.



Source : surveillance COVID-19 centralisée de Sciensano basée sur les laboratoires. Les zones grisées indiquent les périodes de vacances scolaires.

Nombre de tests effectués (moyenne glissante sur 7 jours) par tranche d'âge et pour 100 000 habitants de la tranche d'âge, 27/12/21 (semaine 52) au 24/04/22 (semaine 16), Belgique.



Source : surveillance COVID-19 centralisée de Sciensano basée sur les laboratoires. Les zones grisées indiquent les périodes de vacances scolaires.

A partir des données de la surveillance scolaire, il est possible de détecter les écoles dans lesquelles une transmission probable a lieu et donc dans lesquelles au moins un cluster a été identifié (au moins 2 cas confirmés ayant un lien épidémiologique à l'école au cours de la même semaine ou à une semaine d'intervalle). Un cas secondaire est identifié à partir de son indication de test (« Contact à haut risque à l'école ») ou s'il est identifié comme tel par les services de santé à l'école ou en leur nom. Il s'agit donc d'une détection spécifique aux milieux scolaires.

Depuis fin janvier 2022, la recherche de contacts dans les écoles n'est plus effectuée. Il n'est donc actuellement pas possible d'identifier les clusters en milieu scolaire, la proportion des écoles présentant des clusters n'est dès lors pas présentée.

3.10. INVESTIGATION DES CLUSTERS: RAPPORT DU 18/04/22 - 24/04/22

3.10.1. Clusters communautaires et en collectivité structurelle rapportés par les régions

Cet aperçu comprend des clusters rapportés par les régions pour la période du 18 avril 2022 au 24 avril 2022.

A noter que depuis le 17 mars 2022, les investigations de clusters ne sont menées que dans les collectivités avec des populations vulnérables (p.ex. maisons de repos et de soins, établissements de soins, communautés fermées telles que les refuges pour sans-abri et les prisons). Le nombre de clusters enregistrés sur le lieu de travail, dans la communauté et les écoles est donc fortement sous-estimé.

Un cluster est défini dès la confirmation de **minimum 2 cas COVID-19** ayant un lien épidémiologique, dans une période définie (généralement 7 ou 14 jours, selon les situations). Ce lien peut être, entre autres, un contact physique ou à faible distance (< 1,5m) et prolongé (>15 min) entre eux.

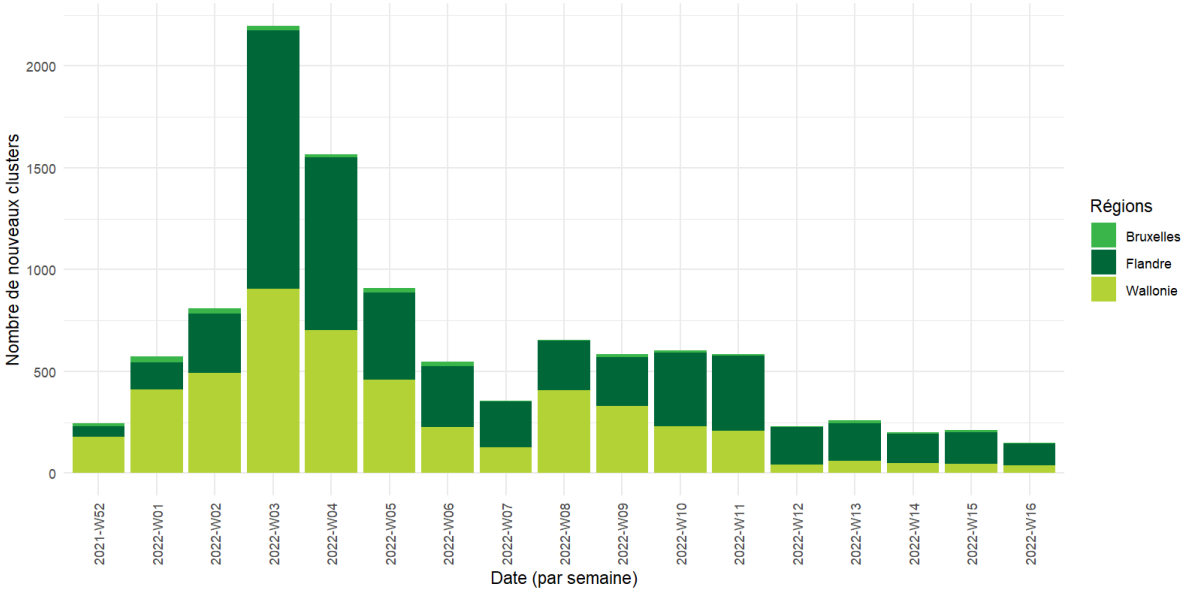
Un **nouveau cluster** est un cluster nouvellement confirmé au cours de la semaine de rapportage. Ce rapportage se fait sur base de différentes sources des données et dépend de différents facteurs qui peuvent varier selon les régions.

Le suivi de l'évolution des différentes catégories de clusters contribue à une meilleure compréhension de l'épidémie. L'objectif principal du suivi des clusters est d'identifier et de surveiller les types de clusters afin de mieux comprendre la propagation du virus et de limiter les épidémies. Par conséquent, cette surveillance se concentre sur les groupes où une intervention est possible.

Les données permettant l'investigation de clusters dans les trois régions[5] proviennent principalement de trois sources: la déclaration systématique obligatoire par les institutions (centres de soins résidentiels, maisons de repos, autres institutions résidentielles et institutions de soins); la base de données de l'Office national de sécurité sociale (ONSS) pour la détection et le suivi d'éventuels clusters dans les entreprises; et les données du suivi de contacts (call center). Les méthodes de confirmation des clusters peuvent différer en fonction des régions ce qui eut affecter les chiffres absolus.

[5] Les clusters dans la communauté germanophone ne sont plus suivis

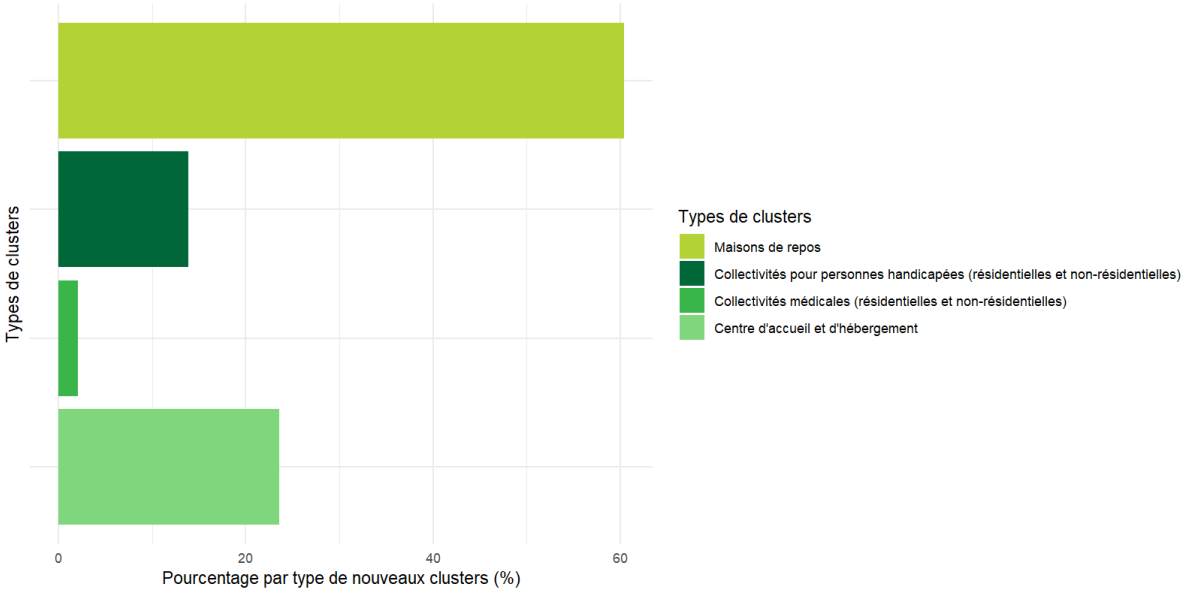
Nombre de nouveaux clusters rapportés par les régions au cours des semaines 52 (2021) à 16 (2022)



Au cours de la période du 18/04/22 au 24/04/22 2021, 149 nouveaux clusters (pour lesquels 327 cas ont été identifiés) ont été rapportés.

Les nouveaux clusters signalés pour la semaine 16 se trouvent principalement dans les maisons de repos (58,4%), les centres d'accueil et d'hébergement de type social (inclus également le milieu carcéral) (22,8%), les résidences pour personnes handicapées (13,4%) et les collectivités médicales sont prodigués (les centres résidentiels ou non dans lesquels des soins (hôpitaux généraux, centre de revalidation, psychiatriques, palliatifs, etc.)) (2%).

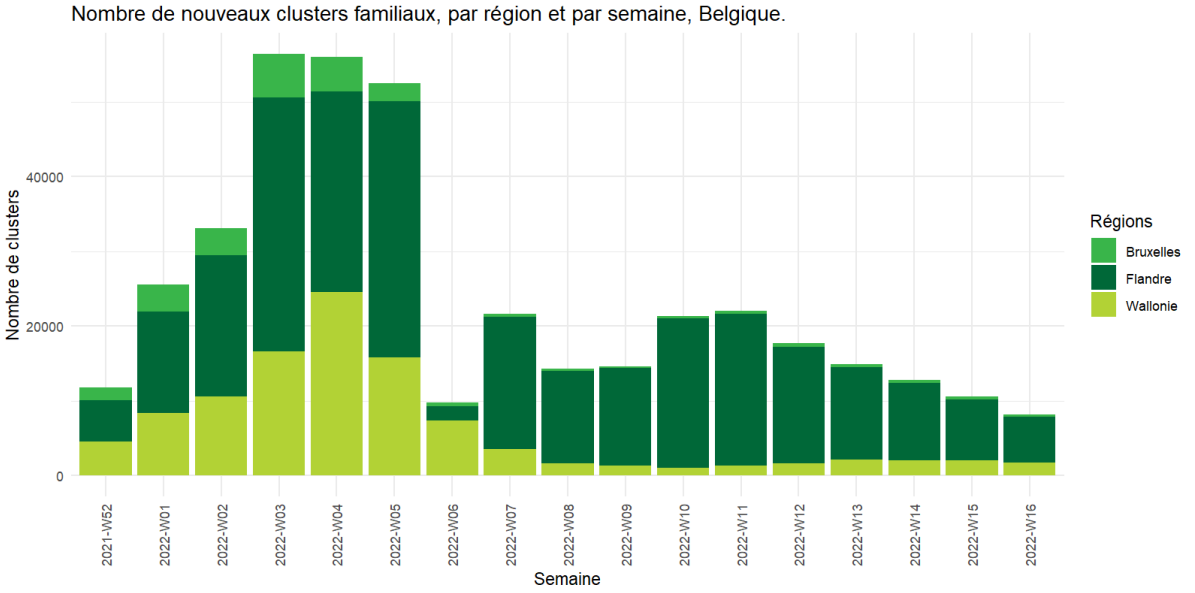
Répartition des nouveaux clusters rapportés par les régions par type de cluster, Belgique, semaine 16 (18/04/22 au 24/04/22)



3.10.2. Clusters familiaux pour la semaine du 18/04/22 au 24/04/22

La figure ci-dessous reprend les clusters familiaux détectés par la base de données du centre de contacts, rapportés soit par les régions, soit par Sciensano, sur base de critères semblables. Il s'agit d'une détection théorique de clusters basée, entre autres, sur la domiciliation de plusieurs cas à une même adresse (et qui ne correspond pas à l'adresse d'une collectivité).

Nombre de clusters familiaux détectés sur base des données du contact tracing, par région, semaine 52 (2021) à 16 (2022)



3.11. SURVEILLANCE PAR DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

3.11.1. Surveillance des syndromes grippaux par le réseau des médecins vigies

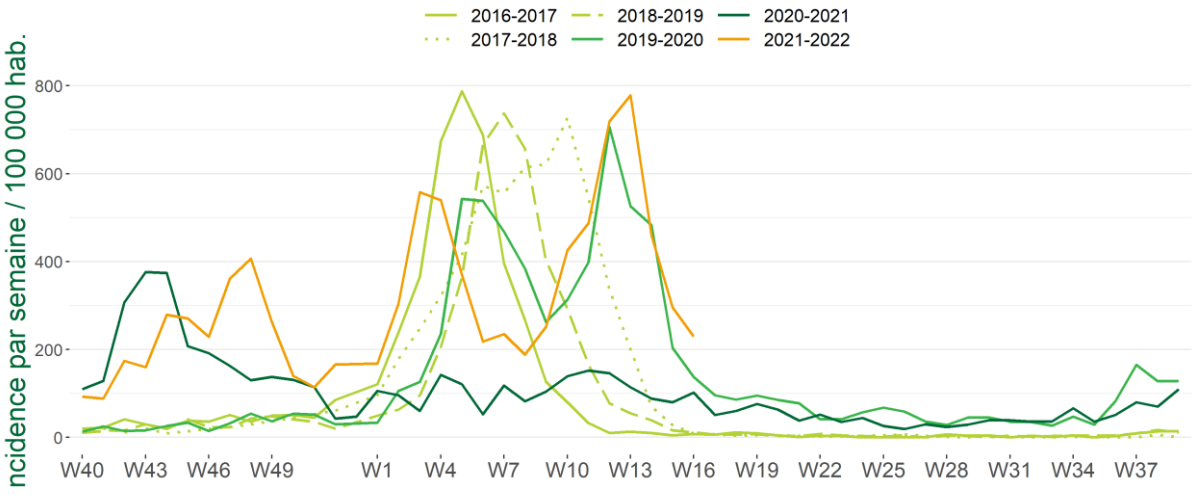
Le réseau sentinelle des médecins généralistes enregistre en continu les consultations en médecine générale pour les syndromes grippaux et les infections aiguës des voies respiratoires. Etant donné que ces symptômes peuvent être causés par des pathogènes différents du virus de la grippe, des échantillons sont prélevés de façon aléatoire et sont analysés par le Centre national de référence de la grippe. Ces échantillons sont prélevés via un écouvillon nasal et sont testés pour le virus de la grippe mais également pour un certain nombre d'autres virus respiratoires (y compris, depuis mars 2020, pour le SARS-CoV-2). Le réseau compte environ 100 cabinets de médecins généralistes répartis dans toute la Belgique qui enregistrent les données sur base volontaire.

La figure ci-dessous montre le nombre de consultations par semaine pour syndromes grippaux et infections respiratoires aiguës pour 100 000 habitants, pour les 5 dernières saisons de grippe.

Au cours de la saison de grippe de 2019-2020, une dichotomie claire a été observée, le premier pic étant expliqué par la grippe et le deuxième pic et ses ramifications par l'émergence du SARS-CoV-2.

Au cours de la semaine du 18 avril 2022 au 24 avril 2022, l'incidence des consultations auprès d'un généraliste pour des symptômes grippaux a diminué à 230 consultations pour 100 000 habitants par semaine.

Symptômes de la grippe: Incidence des consultations chez le généraliste



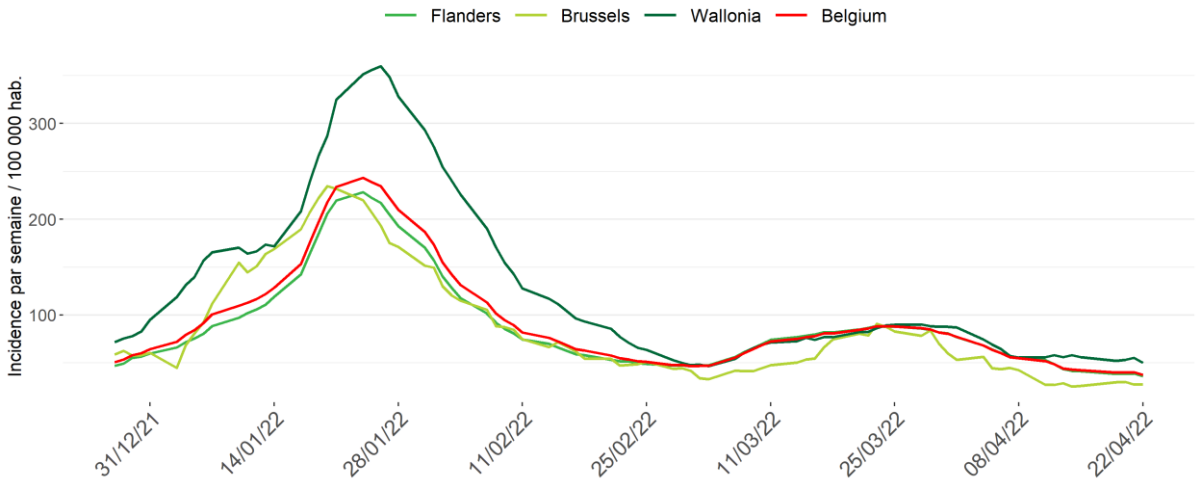
Entre le 18 mai 2020 et le 1er octobre 2021, due à la stratégie nationale de dépistage et l'organisation du COVID-19, il n'a temporairement pas été possible pour les médecins vigies d'utiliser un écouvillon pour la grippe. C'est pourquoi, depuis le 29 juin 2020, une surveillance des résultats des tests a été mise en place chez les médecins du réseau vigie, afin de pouvoir continuer à suivre le pourcentage de COVID-19 chez les patients présentant des symptômes grippaux. Depuis le 1er octobre 2021, les médecins vigies peuvent à nouveau prélever des échantillons nasopharyngés dans le cadre de la surveillance.

3.11.2. Enregistrement des patients avec suspicion de COVID-19 dans le baromètre des médecins généralistes

Le baromètre des médecins généralistes est actif depuis octobre 2020. Il a pour but de cartographier les diagnostics de symptômes similaires à ceux du COVID-19, à savoir un cas de COVID-19 possible ou confirmé, un syndrome viral, un syndrome grippal ou une autre infection respiratoire aiguë. Le total (par diagnostic) est calculé en fin de journée sur base des diagnostics codés dans les dossiers médicaux électroniques des médecins généralistes participants.

Le nombre de consultations pour suspicion de COVID-19 chez les médecins généralistes n'a que peu diminué au niveau national, avec une moyenne de 37 contacts pour 100 000 habitants par jour en semaine 16, comparé à 42/100 000 la semaine dernière Le graphique ci-dessous montre l'évolution du nombre moyen de ces contacts. L'évolution est montrée pour la Belgique ainsi que pour la Flandre, la Wallonie et la Région bruxelloise.

Nombre de contact par jour pour suspicion de COVID-19 par 100 000 habitants, extrapolé à population par district et médecin généraliste



*Each point is a 5-day average (excluding weekends & holidays)

L'intégralité du bulletin hebdomadaire sur les différents virus respiratoires détectés par la surveillance hospitalière des syndromes respiratoires aigus sévères et par le réseau des laboratoires vigies, est disponible via ce lien.

3.12. MOBILITÉ EN BELGIQUE

Données collectées jusqu'au 27 avril 2022

Disclaimer: Google partage ses données agrégées de mobilité via ce lien dans le but de contribuer à la lutte contre l'épidémie COVID-19.

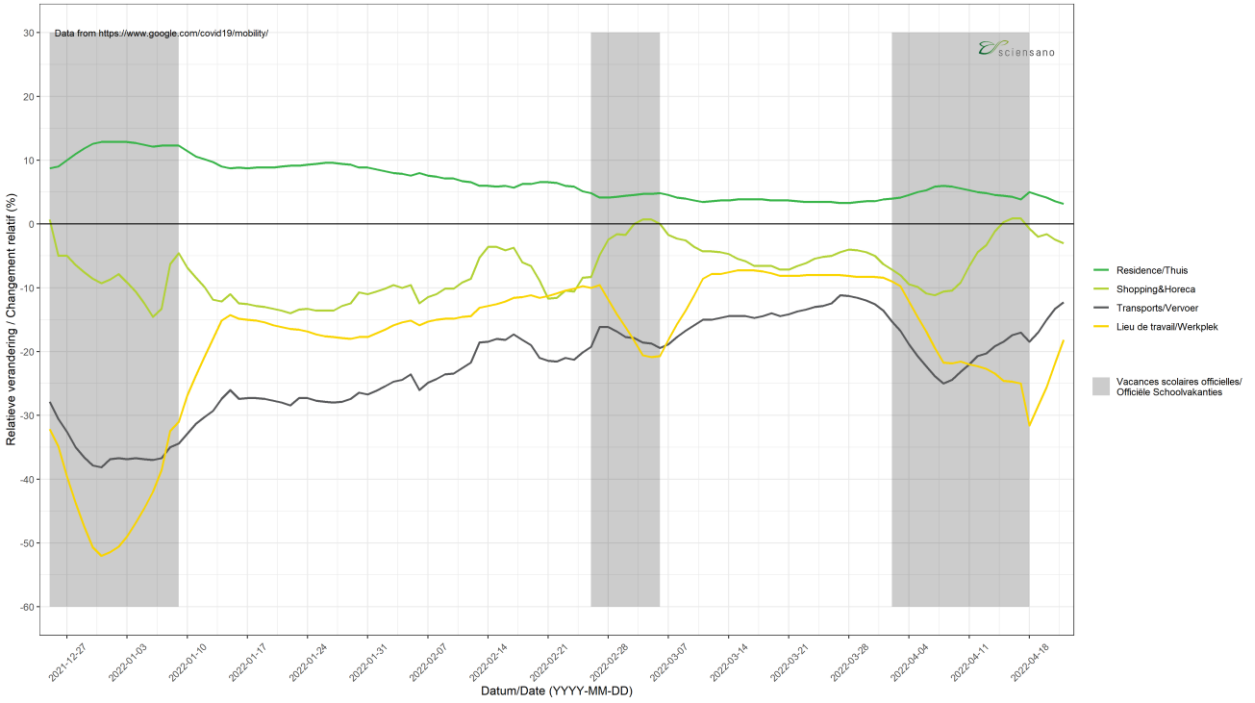
Les données sur la mobilité de la communauté donnent un aperçu de la mobilité dans une région ou un pays. Il s'agit de bases de données agrégées et anonymisées provenant des nombreux utilisateurs qui partagent leur localisation avec Google. Celles-ci n'incluent donc pas les données pour l'ensemble de la population.

Le graphe ci-dessous présente quatre indicateurs de mobilité fournis par Google pour analyser les tendances de déplacements dans le temps: résidentiel, lieux de travail, commerce & loisirs[6] et stations de transport public.

Il est important de noter que pour la catégorie "Résidentiel" l'indicateur est mesuré par un changement dans la durée, c'est-à-dire le temps passé au domicile, tandis que pour les autres catégories, les indicateurs mesurent un changement du nombre de fréquentations des différents lieux.

Les pourcentages de mobilité sont comparés à une médiane de référence (valeur zéro). La valeur zéro pour chaque indicateur a été calculée sur base de la mobilité de cet indicateur pour la période du 3 janvier au 6 février 2020. Il s'agit de la période la plus récente où l'épidémie de COVID-19 n'avait pas encore commencé à se manifester dans la plupart des pays. La ligne horizontale de référence représente la valeur zéro pour chaque indicateur. Toutes les tendances de déplacements dans le temps et l'espace ont donc leur propre référence.

Evolution de la mobilité en Belgique, depuis le 27 décembre 2021, en fonction de la fréquentation de lieux définis et le temps passé au domicile par rapport à la période de référence définie (3 janvier au 6 février 2020)



[6] des lieux comme les restaurants, les cafés, les centres commerciaux, les parcs à thème, les musées, les bibliothèques et les cinémas

3.13. DONNÉES ISSUES DES PASSENGER LOCATOR FORMS (PLF)

Source: Dashboard Paloma (situation le 28 avril 2022)

Le PLF est un formulaire en ligne qui doit être rempli par toute personne (belge ou non) lorsqu'elle entre ou voyage en Belgique. Depuis le 18 février 2022, cela concerne seulement les voyageurs revenant d'un pays hors UE qui ne figure pas sur la liste blanche[7], pour tout type de voyages et tout type de transport.

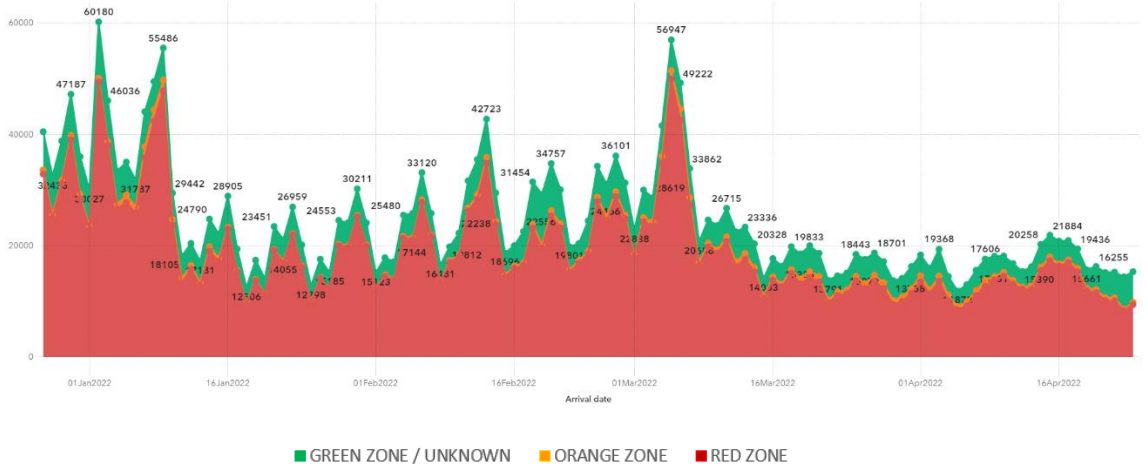
Depuis début février 2022, les pays/régions sont classés selon un indicateur basé sur l'incidence de nouveaux cas sur 14 jours du pays, pondéré par la couverture vaccinale du pays. Ceci permet de classer les pays en différentes zones (zone rouge foncée, zone rouge, zone orange, zone verte, zone grise et zone grise foncée). Ces zones sont déterminées sur base de la carte publiée par l'ECDC de manière hebdomadaire. Etant donné que le classement d'un pays/région est déterminé par sa situation épidémiologique et d'une stratégie de testing en constante évolution, celui-ci peut varier dans le temps.

Différentes recommandations en terme de quarantaine et testing sont appliquées aux voyageurs arrivant en Belgique en fonction de la zone de provenance. Uniquement certains voyageurs, en provenance de certaines zones, doivent être testés à leur arrivée (pour plus d'informations, voir les procédures Sciensano).

3.13.1. Nombre de passenger locator forms à partir du 27 décembre 2021

Du 27 décembre 2021 au 24 avril 2022, un total de 2 902 928 PLF ont été collectés. Parmi ces PLF, 78,6 % provenaient de voyageurs venant de zones rouges et 2,8 % de voyageurs venant de zones oranges.

Nombre de Passenger Locator forms (PLF) en fonction du risque COVID défini pour chaque zone géographique (27/12/21 - 24/04/22)



[7] La liste blanche, définie par le conseil de l'UE, inclut tous les pays pour lesquels la situation épidémiologique évolue favorablement et pour lesquels aucune restriction de voyage n'est imposée. Cette liste est mise à jour toutes les deux semaines.

3.13.2. Arrivées de zone rouge et taux de positivité (18/04/22-24/04/22)

Le nombre d'individus provenant d'une zone à risque rouge et le taux de positivité pour la semaine du 18 avril 2022 au 24 avril 2022 sont indiqués ci-dessous pour la Belgique, par province et pour la Région bruxelloise.

Ces données ne concernent que les voyageurs ayant rempli un PLF.

Belgique/ Region	Nombre total d'arrivées	Arrivées d'une zone rouge		Tests		
		Nombre	% (nombre total d'arrivées)	Nombre total de personnes à tester ayant un NISS	Nombre de tests effectués Test 1	Taux de positivité
BELGIQUE	111 546	76 806		1 138	441	4,8%
Flandres	40 868	36 256	32,5%	437	182	4,9%
Wallonie	15 950	12 834	11,5%	327	148	6,1%
Région bruxelloise	29 404	26 716	24,0%	368	109	2,8%
Données sur la province manquantes	*25 324*	*1 000*	*0,9%*	*6*	*2*	*0,0%*

3.13.3. Provenance des voyageurs et taux de positivité (18/04/22-24/04/22)

Le tableau ci-dessous présente les quinze pays desquels les voyageurs, arrivent majoritairement en Belgique, entre le 18 avril 2022 et le 24 avril 2022. Le taux de positivité associé est également montré.

Ces données ne concernent que les voyageurs ayant rempli un PLF.

Pays de provenance	Nombre d'arrivées	% (total du nombre d'arrivées)	Nombre de tests	Taux de positivité* test 1
Royaume-Uni	16 600	14,9%	49	ND**
Etats-Unis	6 883	6,2%	2	ND**
Turquie	6 113	5,5%	84	2,4%
Italie	5 746	5,2%	7	ND**
Maroc	5 272	4,7%	58	3,4%
Espagne	4 980	4,5%	38	ND**
Portugal	3 300	3,0%	10	ND**
France	2 116	1,9%	4	ND**
Egypt	2 083	1,9%	31	ND**
Israel	1 540	1,4%	15	ND**
Roumanie	1 306	1,2%	1	ND**
India	1 038	0,9%	0	ND**
Canada	925	0,8%	0	ND**
Albania	851	0,8%	2	ND**
République Démocratique du Congo	849	0,8%	2	ND**

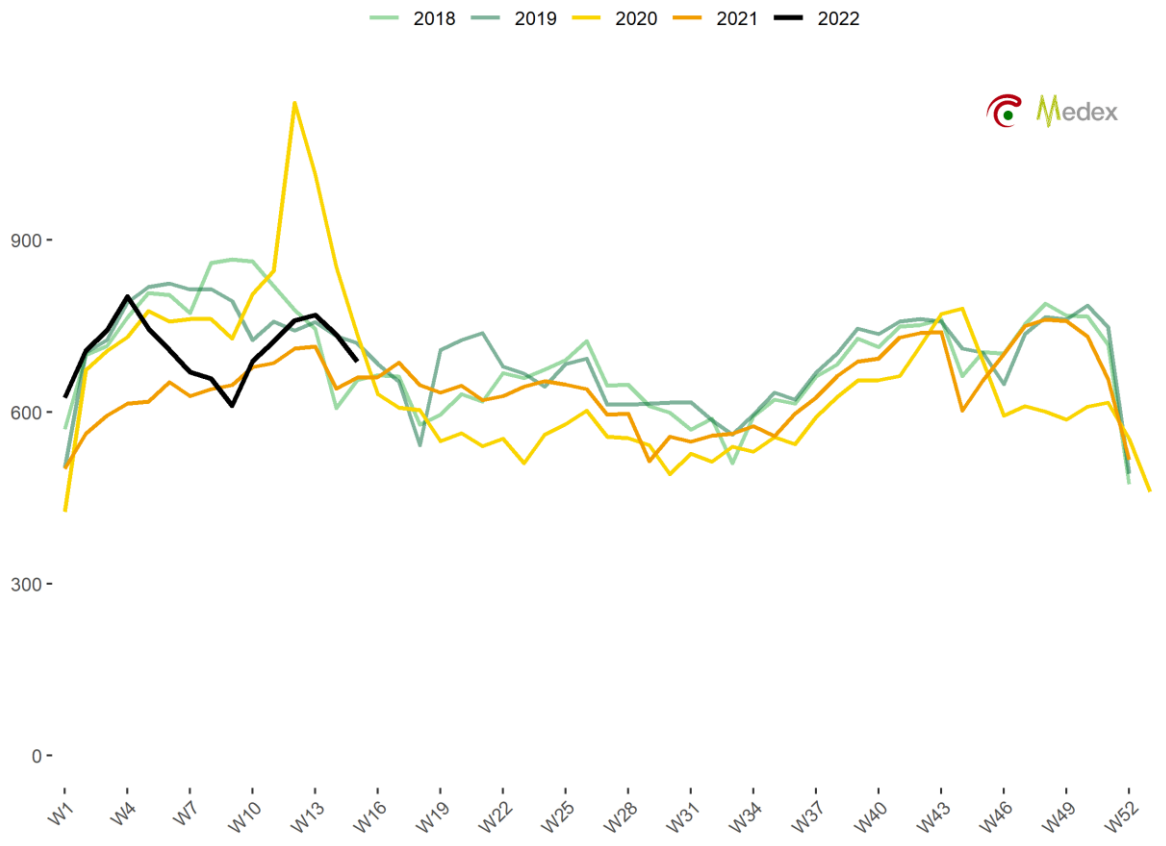
*Taux de positivité au niveau national, d'importantes variations peuvent cependant être observées au niveau régional. **ND: Not determined – Le nombre de tests effectué est trop faible pour que les estimations soient fiables

3.14. ABSENCES AU TRAVAIL POUR CAUSE DE MALADIE

L'administration de l'expertise médicale (MEDEX) est responsable du contrôle de la santé des travailleurs issus du service publique fédéral. Cela permet de mesurer les conséquences des maladies, des accidents du travail ou d'autres types d'absence chez les fonctionnaires du gouvernement belge (base de données MEDEX, n = 80 529 le 1er janvier 2022). Les données MEDEX des absences journalières des fonctionnaires par maladie sont utilisées pour la surveillance, car elles peuvent être considérées comme un indicateur de l'impact du COVID-19 sur la population active. Il convient de souligner cependant que toutes les absences ne sont pas forcément liées à une infection causée par le SARS-CoV-2. De plus, les certificats de quarantaine ne sont pas inclus dans cette surveillance et ne sont donc pas repris dans les données ci-dessous.

La figure ci-dessous montre les absences journalières pour maladie chez ces fonctionnaires par rapport aux années précédentes.

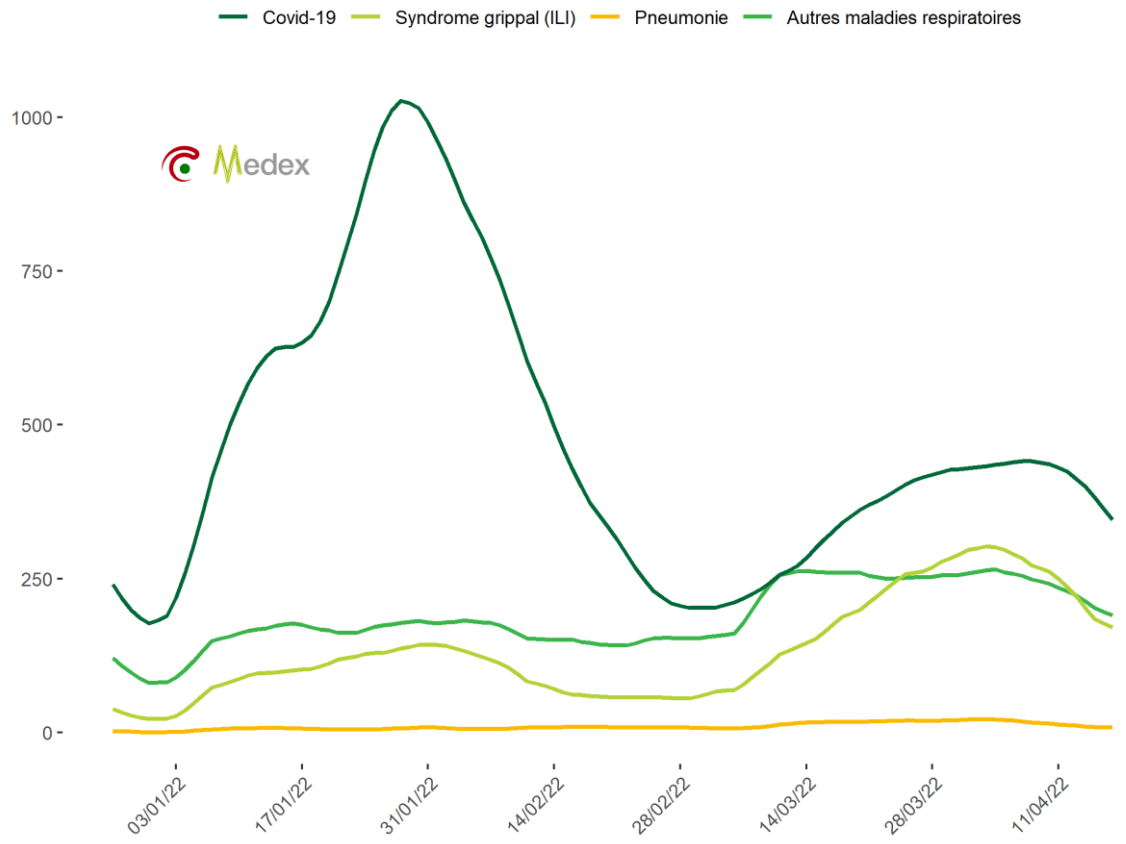
Nombre d'absences pour maladie par 10 000 fonctionnaires (MEDEX)



Les dénominateurs par an sont basés sur le nombre de fonctionnaires enregistrés auprès de Medex au 1er janvier de l'année concernée. Source: MEDEX

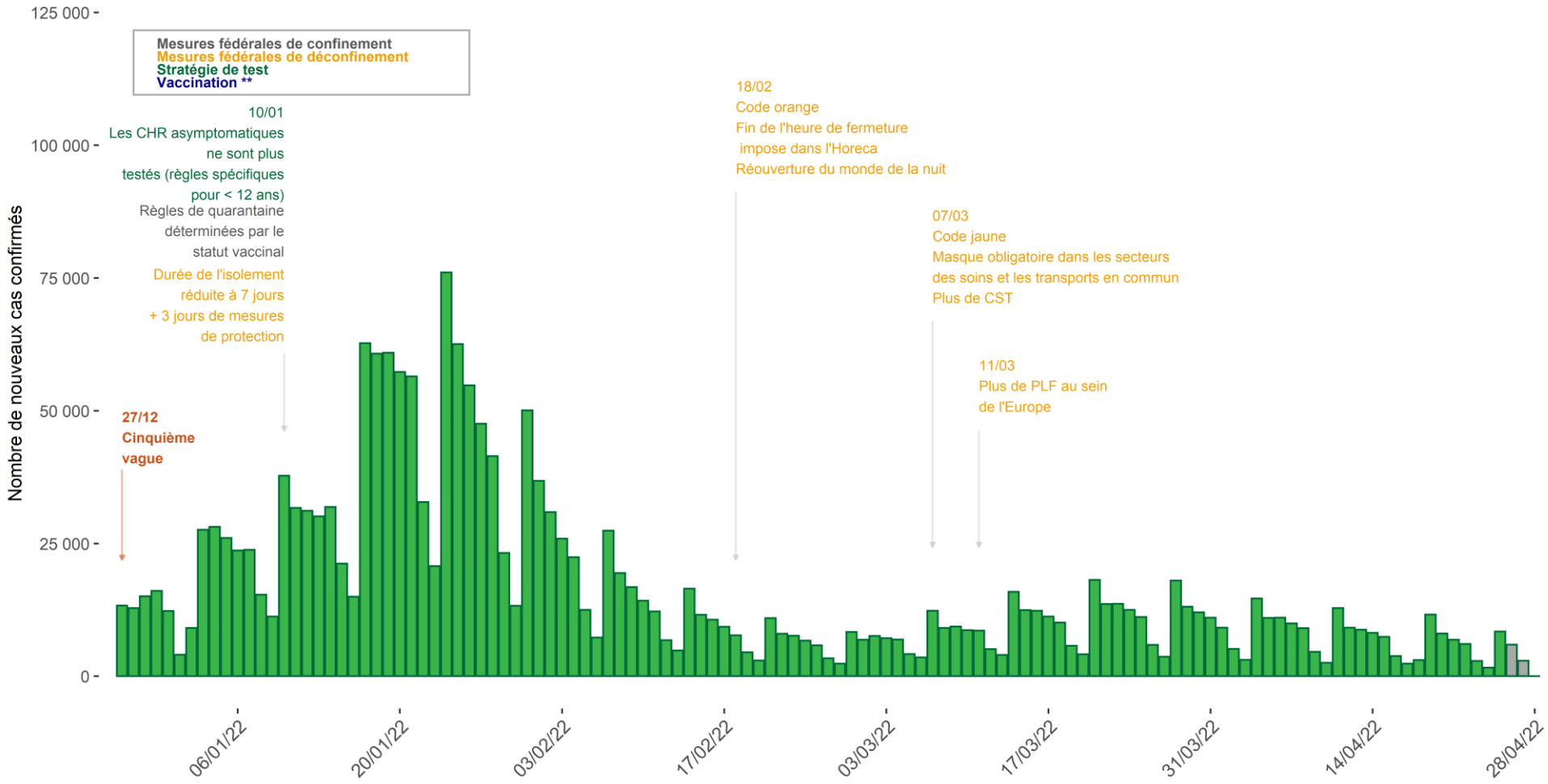
Le diagnostic apposé par le médecin est disponible sur le certificat MEDEX d'incapacité de travail. Ces données sont regroupées sur base des codes ICD 9 (Nomenclature OMS) et de texte libre. La figure ci-dessous indique le nombre de fonctionnaires atteint de maladie respiratoire, par diagnostic mentionné sur le certificat.

Nombre de fonctionnaires malades (MEDEX), par diagnostic (maladies respiratoires uniquement) mentionné sur le certificat, évolution journalière depuis le 27/12/21



Source: MEDEX

3.15. LIGNE DE TEMPS: CAS CONFIRMÉS DE COVID-19 ET REPONSE À L'ÉPIDÉMIE EN BELGIQUE



*CST = COVID-safe-ticket

**La date exacte de début des phases de vaccination peut varier selon les régions, les dates indiquées sont celles de la région qui a implémenté en premier la phase de vaccination.

Note : Les codes jaune et orange correspondent respectivement à la première et deuxième des trois phases définies par le Baromètre Corona. Plus d'informations sur le baromètre peuvent être trouvées sur https://www.info-coronavirus.be/fr/barometre-corona/

Cette ligne de temps présente en parallèle le nombre de nouveaux cas COVID-19 confirmés en Belgique et les principales mesures mises en œuvre au niveau national après la cinquième vague, c'est-à-dire à partir du 27 décembre 2021. Depuis cette date, la circulation du virus a connu des phases ascendantes et descendantes, nous décrivons par conséquent tant l'assouplissement que le resserrement des mesures ainsi que l'évolution de la stratégie de testing et de la campagne de vaccination.

La figure montre les **mesures** prises dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire par le Comité de concertation, composé de 12 représentants des différents gouvernements du pays et présidé par le premier ministre. Les mesures de confinement ont pour objectif de limiter la circulation du virus dans la population afin de réduire au maximum la mortalité liée à la maladie ainsi que d'éviter une surcharge hospitalière et un ralentissement des services de soins usuels. Notez que l'effet potentiel des mesures, et notamment du confinement, n'est pas immédiat. Les mesures de déconfinement sont prise lorsque la circulation du virus diminue et que situation épidémiologique le permet.

Il est important de souligner que des différences géographiques sont observées dans l'évolution de l'épidémie. Par conséquent, des mesures spécifiques ont été prises à différent moments au niveau régional, provincial ou communautaire, mais celles-ci ne sont pas présentées dans cette figure.

La figure montre également les **stratégies de test** mises en œuvre pendant la période décrite. Ces stratégies sont adaptées au cours du temps en fonction de l'évolution de l'épidémie, de l'organisation des soins de santé en Belgique et des ressources disponibles à un moment donné. Les stratégies de test sont élaborées sur base d'avis d'experts et en étroite collaboration avec les autorités compétentes en matière de prévention, de soins de santé, de contrôle des maladies infectieuses et de gestion du risque (RAG/RMG).

Il est important de souligner que le nombre de cas diagnostiqués dépend de la stratégie de test.

Finalement, cette figure permets également de visualiser les dates de début des différentes phases de la campagne de vaccination pour la population belge et de comprendre comment cette stratégie a été implémentée. Il est important de souligner que la stratégie de vaccination a officiellement débuté le 5 janvier 2021 mais uniquement pour certains groupes à risque ciblés, tels que les maisons de repos et les prestataires de soins de santé, pour ensuite s'étendre progressivement à l'ensemble de la population. En Belgique, quatre différents types de vaccins sont utilisés: Comirnaty® (Pfizer/BioNtech), Spikevax® (Moderna), Vaxzevria® (AstraZeneca) et COVID-19 Vaccine Janssen® (Johnson & Johnson). Une telle stratégie, en augmentant le nombre de personnes vaccinées, a pour but principal de diminuer le nombre de nouvelles hospitalisations et de cas sévères, mais également le nombre de nouveaux cas confirmés

Note: Cette ligne de temps a uniquement une visée descriptive et n'a pas pour objet d'estimer l'impact des différentes interventions.

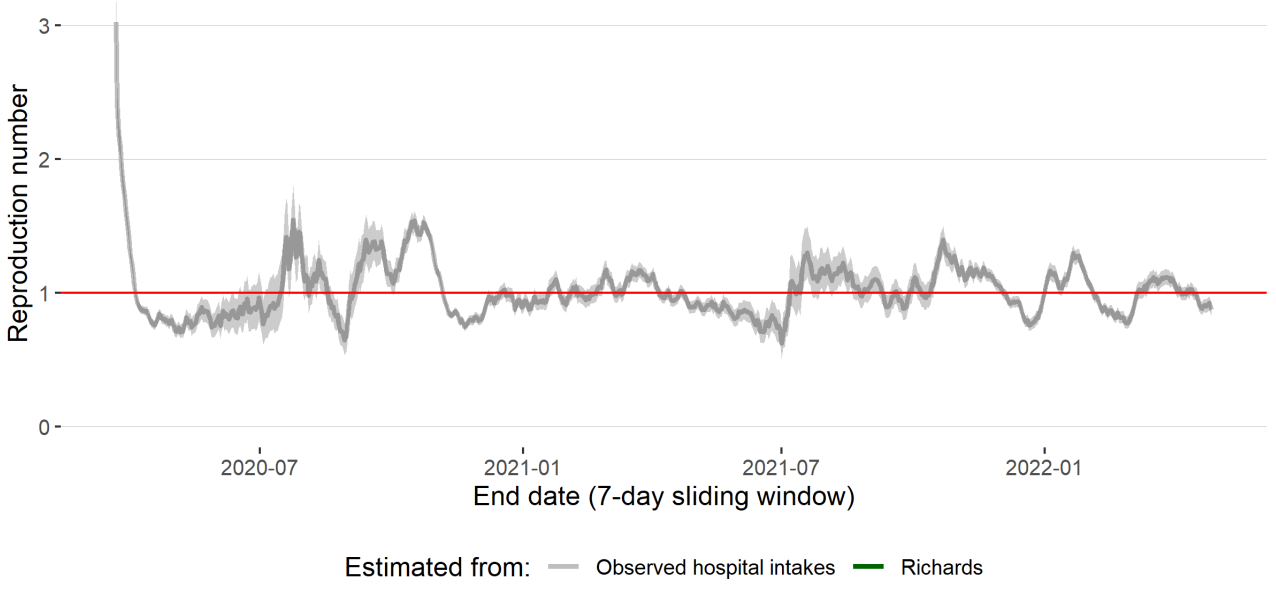
4. Modélisation

4.1. TAUX DE REPRODUCTION (R_T)

Le R_t est une estimation de la contagiosité qui est fonction du comportement humain à un moment précis et des caractéristiques biologiques des agents pathogènes (le virus). Une épidémie devrait se poursuivre si R_t a une valeur > 1 et diminuer si R_t est < 1. Les valeurs de R_t présentées dans ce rapport sont estimées au moyen d'un modèle mathématique, développé par Cori et al. (2013) et adopté par Sciensano en collaboration avec l'UHasselt.

4.1.1. Taux de reproduction basé sur le nombre d'hospitalisations pour la Belgique

Le R_t estimé à partir des nouvelles hospitalisations est présenté ci-dessous sous forme de graphique et en tableau.



Taux de reproduction	Estimation médiane	Intervalle de confiance à 95 %
Rt (22/04/22 au 28/04/22)	0,874	0,824-0,926

4.1.2. Taux de reproduction basé sur le nombre de cas pour la Belgique, par province, pour la Région bruxelloise et pour la communauté germanophone

Ces estimations sont **basées sur le nombre de nouveaux cas diagnostiqués par des tests de laboratoire**.

	Estimation médiane	Limite inférieure (quantile 2.5)	Limite supérieure (quantile 97.5)
Belgique	**1,031**	**1,021**	**1,040**
Antwerpen	**0,969**	0,948	0,990
Brabant wallon	**1,059**	1,006	1,112
Hainaut	**1,094**	1,063	1,126
Liège*	**1,141**	1,102	1,180
Limburg	**1,015**	0,982	1,048
Luxembourg	**1,018**	0,959	1,079
Namur	**1,097**	1,047	1,147
Oost-Vlaanderen	**1,044**	1,021	1,067
Vlaams-Brabant	**1,044**	1,016	1,072
West-Vlaanderen	**0,980**	0,953	1,007
Région bruxelloise	**1,020**	0,984	1,057
Deutschsprachige Gemeinschaft	**1,174**	1,066	1,287

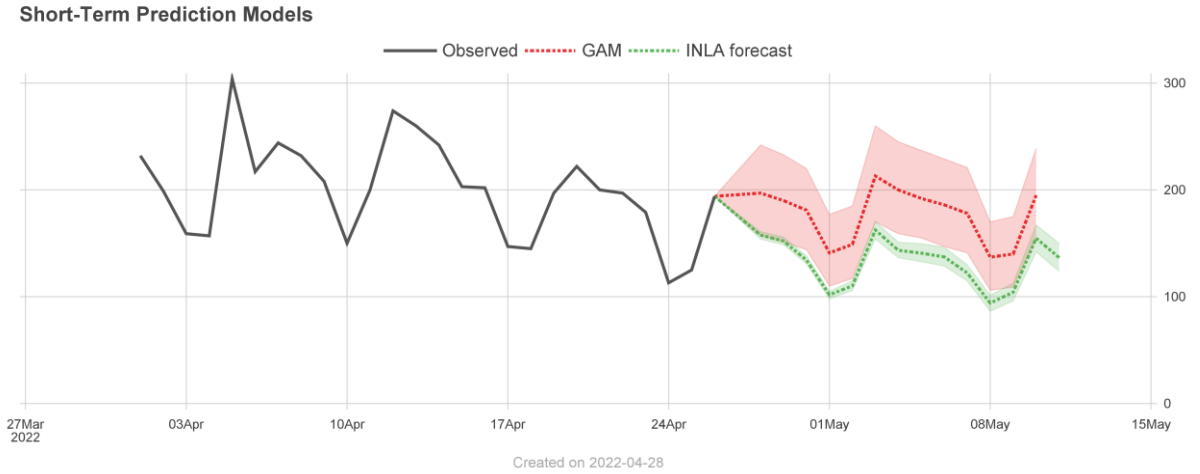
*Les estimations pour la province de Liège incluent les valeurs de la Communauté germanophone

Il est important de souligner que les valeurs estimées dépendent des choix méthodologiques utilisés dans le programme de modélisation et dépendent de l'objectif recherché ou des limites liées aux données. Un modèle n'est pas meilleur qu'un autre. Ils se complémentent mutuellement car ils permettent d'avoir une vision plus globale de l'évolution de l'épidémie en Belgique. Un avantage du R_t basé sur les hospitalisations est qu'il n'est pas affecté par les différences temporelles dans la (sous-)déclaration de cas, ce qui est le cas pour le R_t basé sur les nouveaux cas diagnostiqués. D'autre part, un avantage du R_t basé sur les nouveaux cas diagnostiqués est qu'il est plus sensible aux changements soudains du nombre de cas. Cependant, cette variabilité plus élevée entraîne également plus de difficultés concernant l'interprétation de cette estimation.

4.2. MODÈLE DE PRÉDICTION À COURT TERME POUR LES NOUVELLES HOSPITALISATIONS

Les prédictions ci-dessous sont basées sur deux modèles différents réalisés par l'Université d'Hasselt (GAM) et Sciensano (INLA). Ces modèles utilisent différents indicateurs tels que, par exemple, le nombre de cas confirmés, l'absentéisme ou la mobilité, pour prédire le nombre de nouvelles hospitalisations de cas confirmés de COVID-19 pour les 14 prochains jours. Ces modèles utilisent des indicateurs multiples et différents, les prévisions qui en résultent peuvent donc varier. Plus de détails sur les modèles ainsi que des analyses supplémentaires sont disponibles sur le site epistat.

Dans la figure ci-dessous, la ligne noire montre le nombre de nouvelles hospitalisations observé et les lignes pointillées colorées indiquent les prévisions de chaque modèle. L'intervalle de confiance de chaque modèle est indiqué dans la couleur correspondante.



Une note explicative sur les modèles de prédiction utilisés ci-dessus est disponible via ce lien.

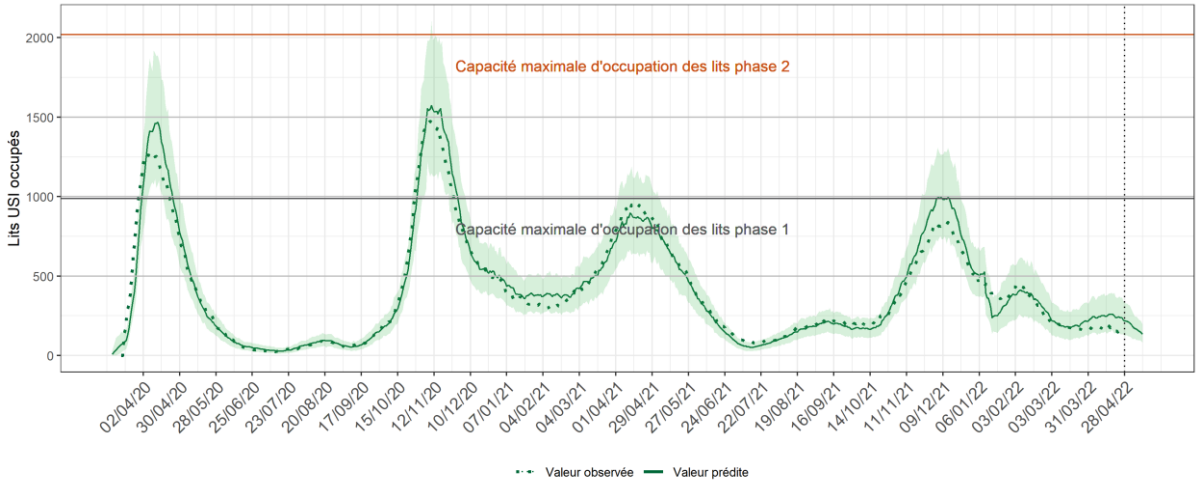
4.3. MODÈLE DE PRÉDICTION DU TAUX D'OCCUPATION DES LITS EN SOINS INTENSIFS

La figure ci-dessous montre l'occupation des lits en soins intensifs. L'occupation des lits observée est indiquée par la ligne pointillée. Les prévisions (ligne pleine) et leur intervalle de confiance (zone vert clair) sont présentés jusqu'aux 14 jours à venir.

Le modèle utilise toutes les données disponibles jusqu'au moment présent et fournit la meilleure approximation possible sur base de toutes les valeurs observées. En conséquence, les valeurs de prédiction pour une période passée peuvent toujours évoluer.

Le nombre de lits de soins intensifs disponibles en phases 1 et 2 (voir section 3.4) sont indiqués par les lignes horizontales correspondantes (Phase 1 ligne grise; phase 2 ligne rouge).

Occupation des lits aux soins intensifs au cours du temps



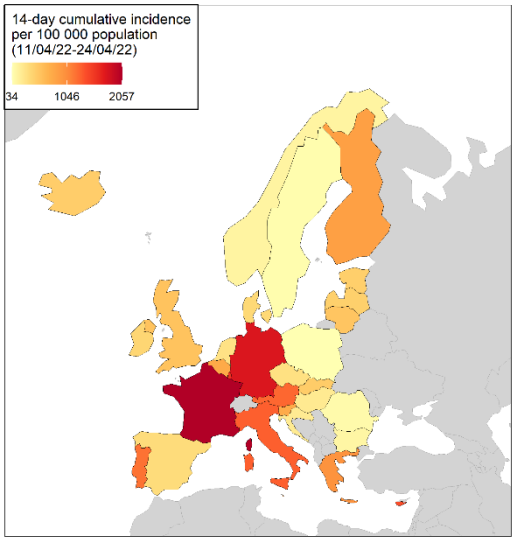
Les prévisions et leur intervalle de confiance à 95% pour le nombre de lits en soins intensifs occupés sont présentés ci-dessous pour les 14 jours à venir. Un éventuel dépassement de la capacité de l'USI est présenté en rouge.

Date	Valeur observée	Valeur prédite	2,5% IC	97,5% IC
2022-04-27	151	224	135	344
2022-04-28	145	217	123	334
2022-04-29		218	128	326
2022-04-30		216	126	326
2022-05-01		211	121	319
2022-05-05		175	104	261

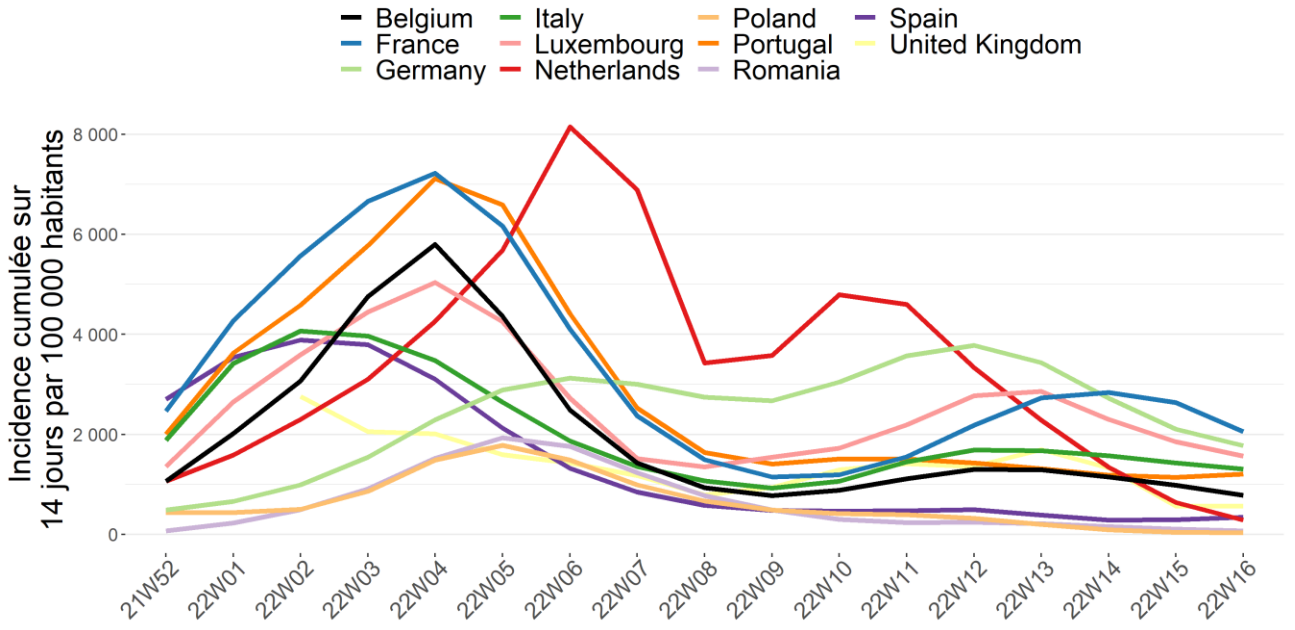
5. Situation épidémiologique en Europe

La carte ci-dessous présente la distribution géographique de l'incidence cumulée sur 14 jours par 100 000 habitants pour les différents pays d'Europe. Cette carte se base sur les données publiées par l'ECDC de manière hebdomadaire.

Distribution géographique de l'incidence cumulée sur 14 jours par 100 000 habitants, Europe (04/04/22 - 17/04/22)



Le graphique ci-dessous présente l'évolution de l'incidence cumulée sur 14 jours par 100 000 habitants pour certains pays d'Europe d'intérêt. Ce graphique a uniquement une visée descriptive de la situation épidémiologique basée sur cet indicateur, et n'a pas pour objet de faire une comparaison entre pays. Il doit être interprété avec prudence car l'incidence cumulée sur 14 jours peut être influencée par différents facteurs tels que la stratégie de testing et les mesures en place dans les différents pays.



Country	Number of cases since the beginning of the epidemic	Number of cases in the last 2 weeks (11/04/22-24/04/22)	Incidence/100 000 for the last 2 weeks (11/04/22-24/04/22)
France	28 289 232	1 391 808	2 057
Germany	24 251 569	1 477 757	1 777
Luxembourg	243 486	9 940	1 566
Cyprus	469 216	12 546	1 400
Italy	16 096 413	772 690	1 304
Austria	4 132 692	112 886	1 264
Portugal	3 810 441	123 884	1 203
Greece	3 286 381	105 882	992
Finland	1 002 600	48 500	876
Malta	90 710	4 428	858
Liechtenstein	16 206	321	822
Belgium	4 029 468	90 827	785
Slovenia	1 004 798	16 376	776
United Kingdom	21 979 732	383 561	564
Lithuania	1 392 403	15 188	543
Slovakia	2 273 339	26 548	486
Iceland	186 016	1 741	472
Estonia	555 358	6 093	458
Latvia	817 313	8 517	450
Ireland	1 513 748	19 831	396
Denmark	2 795 729	21 902	375
Spain	11 854 814	163 953	346
Czechia	3 892 759	32 292	302
Netherlands	8 039 186	50 342	288
Hungary	1 894 359	21 614	222
Croatia	1 117 728	8 669	215
Norway	1 366 783	7 104	132
Bulgaria	1 152 892	7 749	112
Romania	2 819 715	14 135	74
Sweden	2 499 281	5 601	54
Poland	5 999 626	12 880	34

Source : ECDC (https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea)

ECDC disclaimer: *National updates are published at different times and in different time zones. This, and the time ECDC needs to process these data, may lead to discrepancies between the national numbers and the numbers published by ECDC. Users are advised to use all data with caution and awareness of their limitations. Data are subject to retrospective corrections; corrected datasets are released as soon as processing of updated national data has been completed.*

6. Annexes

6.1. RÉSUMÉ DES INDICATEURS CLÉS

Le tableau ci-dessous reprend les indicateurs clés pour suivre l'évolution de l'épidémie. Ceux-ci sont présentés en trois catégories : les indicateurs d'intensité concernant les cas diagnostiqués et les tests effectués, les indicateurs de sévérité concernant les hospitalisations et les décès et les indicateurs de vaccination. Ces indicateurs sont présentés par semaine de calendrier pour les quatre dernières semaines écoulées.

Indicateur	28/3-3/4	4/4-10/4	11/4-17/4	18/4-24/4
Indicateurs d'intensité				
Moyenne journalière de nouveaux cas [a]	10 225	8 971	7 506	5 737
Temps de doublement [b]	52	37	27	18
Taux de reproduction [c]	0,942	0,942	0,909	0,883
Nombre de tests effectués pour 100 000 hab.	2 361	1 894	1 467	1 232
Taux de positivité [a]	28,4%	30,8%	33,5%	30,9%
Incidence sur 14 jours des cas confirmés pour 100 000 hab. [d]	1 303	1 166	1 001	805
Indicateurs de sévérité				
Moyenne journalière de nouvelles admissions à l'hôpital de patients COVID-19 [a]	219	216	218	179
Incidence sur 7 jours des hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 hab. [d]	13,32	13,12	13,26	10,88
Nombre de lits d'hôpital occupés par des patients COVID-19 [e]	2 960	3 045	2 930	2 692
Nombre de patients COVID-19 en USI [e]	182	173	174	156
Taux d'occupation de lits USI accrédités par des patients COVID-19 [f]	9%	9%	9%	8%
Moyenne journalière de décès COVID-19	24	24	24	18
Moyenne journalière de décès COVID-19 des résidents de maison de repos [a]	8	7	7	4
Indicateur de vaccination				
Couverture vaccinale (primo-vaccination complète, population totale)	79,2%	79,3%	79,3%	79,3%
Couverture vaccinale (dose de rappel, 18 – 64 ans)	70,9%	71,0%	71,0%	71,0%
Couverture vaccinale (dose de rappel, 65 ans et plus)	87,6%	87,6%	87,7%	87,7%
Relative risk reduction [g]				
Infection	NA	NA	NA	NA
Hospitalisation	NA	13%	20%	21%
USI	NA	NA	20%	15%

[a] Moyenne sur 7 jours. Cette moyenne est calculée sur base des données totalement consolidées au le dernier jour de la semaine écoulée (dimanche).
[b] Le temps de doublement (en orange) est une mesure de la croissance exponentielle. Il représente le temps nécessaire pour que le nombre de cas diagnostiqués voit sa valeur doubler. Le temps de réduction de moitié (en vert), au contraire, indique le temps nécessaire pour que le nombre de cas diagnostiqués voit sa valeur diminuer de moitié.
[c] Taux de reproduction calculé sur base du nombre de nouveaux cas diagnostiqués par des tests de laboratoire. Le taux de reproduction présenté est celui calculé le dernier jour de la semaine écoulée (dimanche).
[d] Cette incidence est calculée sur base des données totalement consolidées au dernier jour de la semaine écoulée (dimanche).
[e] Données concernant le dernier jour de la semaine écoulée (dimanche).
[f] Ce taux est calculée sur base des données totalement consolidées au dernier jour de la semaine écoulée (dimanche). Le nombre total de lits USI accrédités en Novembre 2020 était de 1992 lit pour la Belgique. Ceci comprend à la fois les lits USI mis à disposition des patients COVID-19 et les lits USI disponibles pour les autres patients.
[g] Estimation non-ajustée de la réduction du risque d'infection, d'hospitalisation et d'admission en USI (symptomatique et asymptomatique) chez les personnes de 65 ans et plus ayant reçu une dose de rappel par rapport aux personnes du même groupe d'âge n'ayant pas reçu de vaccination.

6.2. NOMBRE DE PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES (PCR ET ANTIGÈNE) ENTRE LE 22 MARS 2022 ET LE 28 AVRIL 2022, PRÉSENTÉ PAR JOUR ET MOYENNE PAR SEMAINE

Date	Cas confirmés*	Nombre de nouveaux cas par semaine et période de 7 jours pour les cinq dernières semaines	
22/03/22	13 593	78 504 cas au cours de cette période de 7 jours Soit 11 214,9 cas en moyenne par jour Soit une incidence sur une semaine de 683,1/100 000 habitants	
23/03/22	13 618		
24/03/22	12 513		
25/03/22	11 173		
26/03/22	5 896		
27/03/22	3 683		
28/03/22	18 028		
29/03/22	13 073	68 185 cas au cours de cette période de 7 jours Soit 9 740,7 cas en moyenne par jour Soit une incidence sur une semaine de 593,3/100 000 habitants	
30/03/22	12 051		
31/03/22	11 023		
01/04/22	9 146		
02/04/22	5 164		
03/04/22	3 093		
04/04/22	14 635		
05/04/22	11 004	61 011 cas au cours de cette période de 7 jours Soit 8 715,9 cas en moyenne par jour Soit une incidence sur une semaine de 530,9/100 000 habitants	
06/04/22	11 017		
07/04/22	9 951		
08/04/22	9 052		
09/04/22	4 586		
10/04/22	2 554		
11/04/22	12 847		
12/04/22	9 155	42 745 cas au cours de cette période de 7 jours Soit 6 106,4 cas en moyenne par jour Soit une incidence sur une semaine de 371,9/100 000 habitants	Soit 6,6% d'augmentation entre les deux périodes Soit une incidence sur une période 14 jours de 768,3 nouveaux cas/100 000 habitants
13/04/22	8 767		
14/04/22	8 184		
15/04/22	7 411		
16/04/22	3 809		
17/04/22	2 366		
18/04/22	3 053		
19/04/22	11 612	45 550 cas au cours de cette période de 7 jours Soit 6 507,1 cas en moyenne par jour Soit une incidence sur une semaine de 396,3/100 000 habitants	
20/04/22	8 065		
21/04/22	6 873		
22/04/22	6 060		
23/04/22	2 896		
24/04/22	1 601		
25/04/22	8 443		
26/04/22	5 955	Les données rapportées pour les derniers jours nécessitent invariablement une consolidation progressive, expliqué entre autres par le délai entre le prélèvement et le rapportage.	
27/04/22	2 912		
28/04/22	13		

Note: Ces données journalières peuvent également être consultées sur la plateforme interactive epistat. Elles sont mises à jour quotidiennement (7/7).

* Depuis le 1er avril 2022 la période de temps nécessaire entre un premier et un deuxième test positif pour considérer une réinfection est passée de 90 jours à 60 jours. Le 28 avril 2022 une correction retrospective des données des cas COVID-19 a été effectuée ce qui a entraîné une augmentation du nombre total de cas confirmés.

6.3. NOMBRE DE TESTS RÉALISÉS ENTRE LE 22 MARS 2022 ET LE 28 AVRIL 2022, PRÉSENTÉ PAR JOUR ET MOYENNE PAR SEMAINE

Date	Nombre de tests	
22/03/22	53 030	271 931 tests au cours de la semaine, soit 38 847/jour
23/03/22	47 658	
24/03/22	44 071	
25/03/22	39 446	
26/03/22	29 841	
27/03/22	14 718	
28/03/22	43 167	
29/03/22	52 989	265 529 tests au cours de la semaine, soit 37 933/jour
30/03/22	46 821	
31/03/22	42 744	
01/04/22	42 190	
02/04/22	29 121	
03/04/22	14 974	
04/04/22	36 690	
05/04/22	42 918	212 564 tests au cours de la semaine, soit 30 366/jour
06/04/22	38 066	
07/04/22	34 422	
08/04/22	32 609	
09/04/22	22 317	
10/04/22	11 203	
11/04/22	31 029	
12/04/22	33 278	148 569 tests au cours de la semaine, soit 21 224/jour
13/04/22	28 998	
14/04/22	26 109	
15/04/22	24 264	
16/04/22	16 384	
17/04/22	8 928	
18/04/22	10 608	
19/04/22	29 273	155 281 tests au cours de la semaine, soit 22 183/jour
20/04/22	30 900	
21/04/22	24 364	
22/04/22	22 169	
23/04/22	16 137	
24/04/22	8 492	
25/04/22	23 946	
26/04/22	26 147	Les données des derniers jours ne sont pas encore complètes. Il faut quelques jours pour que tous les tests soient signalés à Sciensano.
27/04/22	18 987	
28/04/22	625	

6.4. NOMBRE DE PERSONNES HOSPITALISÉES ENTRE LE 25 MARS 2022 ET LE 28 AVRIL 2022, PRÉSENTÉ PAR JOUR ET MOYENNE PAR SEMAINE

Date	Nombre de nouvelles admissions pour COVID-19 /jour*		Nombre de nouvelles admissions avec COVID-19 /jour**	Nombre sorties /jour	Nombre patients hospitalisés	Nombre patients COVID confirmés en USI
25/03/22	224	1544 nouvelles hospitalisations Soit 220,6/jour en moyenne	179	325	2 680	165
26/03/22	202		140	362	2 593	164
27/03/22	173		108	158	2 700	162
28/03/22	180		172	138	2 856	170
29/03/22	261		264	409	2 904	169
30/03/22	236		237	389	2 920	164
31/03/22	268		227	374	2 979	172
01/04/22	232	1512 nouvelles hospitalisations Soit 216,0/jour en moyenne	235	390	3 020	179
02/04/22	199		146	490	2 857	170
03/04/22	159		129	155	2 960	182
04/04/22	157		157	180	3 068	185
05/04/22	304		259	516	3 042	187
06/04/22	217		238	462	2 999	176
07/04/22	244		269	381	3 083	175
08/04/22	232	1566 nouvelles hospitalisations Soit 223,7/jour en moyenne	228	413	3 121	175
09/04/22	208		184	433	3 005	176
10/04/22	150		98	191	3 045	173
11/04/22	200		124	154	3 171	194
12/04/22	274		230	495	3 164	190
13/04/22	260		225	413	3 173	181
14/04/22	242		217	444	3 142	183
15/04/22	203	1316 nouvelles hospitalisations Soit 188,0/jour en moyenne	163	422	3 017	192
16/04/22	202		163	448	2 883	186
17/04/22	147		96	168	2 930	174
18/04/22	145		112	115	3 056	184
19/04/22	197		142	235	3 168	189
20/04/22	222		249	534	3 070	169
21/04/22	200		223	480	2 951	154
22/04/22	197	1120 nouvelles hospitalisations Soit 160,0/jour en moyenne	161	473	2 820	153
23/04/22	179		142	450	2 632	148
24/04/22	113		116	137	2 692	156
25/04/22	125		141	165	2 740	165
26/04/22	194		205	464	2 609	154
27/04/22	163		157	353	2 542	150
28/04/22	149		161	371	2 427	146

* Hospitalisations en raison de COVID-19.

** Hospitalisations pour une autre raison mais test COVID-19 positif dans le cadre d'un screening.

6.5. NOMBRE DE PERSONNES DÉCÉDÉES ENTRE LE 22 MARS 2022 ET LE 28 AVRIL 2022, PRÉSENTÉ PAR JOUR ET MOYENNE PAR SEMAINE

Date	Décès total	
22/03/22	20	
23/03/22	28	
24/03/22	21	
25/03/22	21	161 décès au cours de la semaine, soit 23,0/jour
26/03/22	25	
27/03/22	20	
28/03/22	26	
29/03/22	25	
30/03/22	26	
31/03/22	24	
01/04/22	23	169 décès au cours de la semaine, soit 24,1/jour
02/04/22	21	
03/04/22	22	
04/04/22	28	
05/04/22	22	
06/04/22	31	
07/04/22	16	
08/04/22	36	167 décès au cours de la semaine, soit 23,9/jour
09/04/22	17	
10/04/22	20	
11/04/22	25	
12/04/22	23	
13/04/22	27	
14/04/22	21	
15/04/22	31	161 décès au cours de la semaine, soit 23,0/jour
16/04/22	29	
17/04/22	15	
18/04/22	15	
19/04/22	19	
20/04/22	19	
21/04/22	19	
22/04/22	21	125 décès au cours de la semaine, soit 17,9/jour
23/04/22	7	
24/04/22	24	
25/04/22	16	
26/04/22	18	
27/04/22	12	
28/04/22	2	

6.6. CAS, HOSPITALISATIONS ET ADMISSIONS EN SOINS INTENSIFS DE PATIENTS COVID-19 PAR RÉGION, TRANCHE D'ÂGE ET STATUS VACCINAL.

Le tableau ci-dessous présente l'incidence cumulée sur 14 jours par 100 000 habitants et les valeurs absolues (entre parenthèses) de **cas de COVID-19**, par région, groupe d'âge et statut vaccinal, pour la période du 11 avril au 24 avril 2022.

Groupe d'âge		Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
5-11	Primo-vaccination complète + dose de rappel	-	-	-	-
	Primo-vaccination complète	212 (n = 591)	123 (n = 13)	231 (n = 507)	144 (n = 70)
	Non vacciné	147 (n = 909)	87 (n = 86)	180 (n = 496)	130 (n = 319)
12-17	Primo-vaccination complète + dose de rappel	-	-	-	-
	Primo-vaccination complète	270 (n = 1 154)	205 (n = 74)	332 (n = 753)	200 (n = 326)
	Non vacciné	245 (n = 393)	136 (n = 57)	299 (n = 147)	269 (n = 185)
18-64	Primo-vaccination complète + dose de rappel	772 (n = 38 256)	559 (n = 1 859)	859 (n = 27 874)	620 (n = 8 382)
	Primo-vaccination complète	502 (n = 5 864)	335 (n = 780)	564 (n = 2 417)	555 (n = 2 599)
	Non vacciné	697 (n = 6 060)	390 (n = 816)	744 (n = 2 165)	768 (n = 2 839)
65-84	Primo-vaccination complète + dose de rappel	733 (n = 12 347)	548 (n = 526)	785 (n = 8 528)	656 (n = 3 281)
	Primo-vaccination complète	558 (n = 535)	265 (n = 44)	600 (n = 226)	660 (n = 264)
	Non vacciné	536 (n = 593)	294 (n = 58)	470 (n = 179)	621 (n = 328)
85+	Primo-vaccination complète + dose de rappel	1 427 (n = 3 828)	893 (n = 162)	1 551 (n = 2 764)	1 253 (n = 897)
	Primo-vaccination complète	693 (n = 227)	NA (n = 19)	754 (n = 135)	637 (n = 72)
	Non vacciné	564 (n = 145)	NA (n = 13)	411 (n = 43)	698 (n = 81)

Le tableau ci-dessous présente l'incidence cumulée sur 14 jours par 100 000 habitants et les valeurs absolues (entre parenthèses) des **hospitalisations** pour COVID-19, par région, groupe d'âge et statut vaccinal, pour la période du 11 avril au 24 avril 2022.

Groupe d'âge		Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
0-11	Primo-vaccination complète + dose de rappel	9 (n = 1)	0 (n = 0)	10 (n = 1)	0 (n = 0)
	Primo-vaccination complète	1 (n = 2)	0 (n = 0)	1 (n = 2)	0 (n = 0)
	Non vacciné	17 (n = 203)	11 (n = 20)	21 (n = 122)	14 (n = 61)
12-17	Primo-vaccination complète + dose de rappel	2 (n = 3)	20 (n = 1)	1 (n = 2)	0 (n = 0)
	Primo-vaccination complète	1 (n = 6)	3 (n = 1)	2 (n = 4)	1 (n = 1)
	Non vacciné	4 (n = 6)	2 (n = 1)	4 (n = 2)	4 (n = 3)
18-64	Primo-vaccination complète + dose de rappel	5 (n = 259)	13 (n = 43)	6 (n = 187)	2 (n = 29)
	Primo-vaccination complète	6 (n = 70)	6 (n = 13)	8 (n = 34)	5 (n = 23)
	Non vacciné	7 (n = 64)	7 (n = 14)	9 (n = 26)	6 (n = 24)
65-84	Primo-vaccination complète + dose de rappel	49 (n = 818)	54 (n = 52)	60 (n = 649)	23 (n = 117)
	Primo-vaccination complète	190 (n = 182)	60 (n = 10)	186 (n = 70)	255 (n = 102)
	Non vacciné	65 (n = 72)	71 (n = 14)	73 (n = 28)	57 (n = 30)
85+	Primo-vaccination complète + dose de rappel	221 (n = 592)	182 (n = 33)	277 (n = 494)	91 (n = 65)
	Primo-vaccination complète	315 (n = 103)	268 (n = 9)	240 (n = 43)	451 (n = 51)
	Non vacciné	202 (n = 52)	55 (n = 2)	201 (n = 21)	250 (n = 29)

Le tableau ci-dessous présente l'incidence cumulée sur 14 jours par 100 000 habitants et les valeurs absolues (entre parenthèses) des **admissions en USI** pour COVID-19, par région, groupe d'âge et statut vaccinal, pour la période du 11 avril au 24 avril 2022.

Groupe d'âge		Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
0-11	Primo-vaccination complète + dose de rappel	-	-	-	-
	Primo-vaccination complète	0 (n = 0)	0 (n = 0)	0 (n = 0)	0 (n = 0)
	Non vacciné	0 (n = 1)	1 (n = 1)	0 (n = 0)	0 (n = 0)
12-17	Primo-vaccination complète + dose de rappel	-	-	-	-
	Primo-vaccination complète	0 (n = 1)	3 (n = 1)	0 (n = 0)	0 (n = 0)
	Non vacciné	0 (n = 0)	0 (n = 0)	0 (n = 0)	0 (n = 0)
18-64	Primo-vaccination complète + dose de rappel	1 (n = 45)	2 (n = 5)	1 (n = 33)	1 (n = 7)
	Primo-vaccination complète	1 (n = 11)	1 (n = 2)	1 (n = 6)	1 (n = 3)
	Non vacciné	1 (n = 12)	0 (n = 1)	1 (n = 4)	2 (n = 7)
65-84	Primo-vaccination complète + dose de rappel	8 (n = 127)	14 (n = 13)	8 (n = 92)	4 (n = 22)
	Primo-vaccination complète	21 (n = 20)	12 (n = 2)	21 (n = 8)	25 (n = 10)
	Non vacciné	12 (n = 13)	10 (n = 2)	8 (n = 3)	15 (n = 8)
85+	Primo-vaccination complète + dose de rappel	16 (n = 44)	11 (n = 2)	22 (n = 40)	3 (n = 2)
	Primo-vaccination complète	12 (n = 4)	0 (n = 0)	11 (n = 2)	18 (n = 2)
	Non vacciné	4 (n = 1)	0 (n = 0)	10 (n = 1)	0 (n = 0)

Le tableau ci-dessous présente le nombre et le pourcentage de personnes non vaccinées par région et par groupe d'âge, pour la période du 11 avril au 24 avril 2022.

Groupe d'âge		Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
0-11	% non vaccinés	78.4 %	93.2 %	69.2 %	88.7 %
	Nombre non vaccinés	1 195 259	178 084	588 090	429 085
12-17	% non vaccinés	20.3 %	49.7 %	11.2 %	26.2 %
	Nombre non vaccinés	159 997	41 989	49 168	68 840
18-64	% non vaccinés	12.4 %	26.6 %	7.3 %	16.7 %
	Nombre non vaccinés	868 934	208 927	290 452	369 555
65-84	% non vaccinés	5.8 %	14.8 %	3.3 %	8.8 %
	Nombre non vaccinés	110 608	19 695	38 081	52 832
85+	% non vaccinés	7.7 %	14.2 %	5.0 %	12.0 %
	Nombre non vaccinés	25 699	3 631	10 470	11 598