

COVID-19

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

(7 OCTOBRE 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 28/02/22	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.....	43
3.10. Surveillance basée sur les eaux usées	44
3.11. Surveillance par des médecins généralistes	47
3.12. Mobilité en Belgique	49
3.13. Absences au travail pour cause de maladie	50
3.14. Ligne de temps: cas confirmés de COVID-19 et réponse à l'épidémie en Belgique.....	52
4. Modélisation	54
4.1. Taux de reproduction (R_t).....	54
4.2. Modèle de prédiction à court terme pour les nouvelles hospitalisations	56
4.3. Modèle de prédiction du taux d'occupation des lits en soins intensifs.....	57
5. Situation épidémiologique en Europe	58
6. Annexes	60
6.1. Résumé des indicateurs clés.....	60
6.2. Nombre de personnes diagnostiquées (PCR et antigène) entre le 30 août 2022 et le 6 octobre 2022, présenté par jour et moyenne par semaine.....	61
6.3. Nombre de tests réalisés entre le 30 août 2022 et le 6 octobre 2022, présenté par jour et moyenne par semaine.....	62
6.4. Nombre de personnes hospitalisées entre le 2 septembre 2022 et le 6 octobre 2022, présenté par jour et moyenne par semaine.....	63
6.5. Nombre de personnes décédées entre le 30 août 2022 et le 6 octobre 2022, présenté par jour et moyenne par semaine.....	64
6.6. Cas, hospitalisations, admissions en soins intensifs et taux de mortalité de patients Covid-19 par région, tranche d'âge et status vaccinal.	65

1. Points clés

- **Situation générale** : L'incidence sur 14 jours pour le nombre de cas pour la Belgique est de 327/100 000 habitants, l'incidence sur 7 jours pour le nombre d'hospitalisations est de 5,7/100 000 habitants.
- **Nombre de nouveaux cas** : Au niveau national, le nombre de nouveaux cas rapportés a encore augmenté (+ 19 %) au cours de la période du 27 septembre au 3 octobre 2022 comparé à la période précédente de 7 jours. Le Rt, basé sur le nombre de cas diagnostiqués, pour cette même période a légèrement diminué (1,100).
- **Tests et taux de positivité** : Le nombre de tests effectués a continué d'augmenter, avec une moyenne de 12 778 tests par jour au cours de la période du 27 septembre au 3 octobre 2022. Le taux de positivité pour la Belgique pour cette même période a encore légèrement augmenté (23,8 %).
- **Hospitalisations** : Le nombre de nouvelles hospitalisations a encore augmenté au cours de la période du 30 septembre au 6 octobre, comparé à la période précédente de 7 jours (+ 24 %). De même, le nombre de lits occupés en soins intensif a désormais également augmenté (+ 45 %).
- **Mortalité** : La mortalité liée au COVID-19 a légèrement augmenté en semaine 39. Les décès rapportés ont principalement eu lieu à l'hôpital. La semaine 37 n'a pas présenté de surmortalité sur l'ensemble de la population à l'échelle de la Belgique.
- **Vaccination** : L'efficacité vaccinale de la 1ère dose de rappel, chez les 65 ans et plus, est estimée à 76,3 % contre les hospitalisations et 83,8 % contre les admissions en USI pour les 50 premiers jours après son administration. La couverture vaccinale pour la deuxième dose de rappel était de 58,2 % pour les personnes âgées de 65 à 84 ans et de 61,6 % pour les personnes âgées de 85 ans et plus.
- **Surveillance moléculaire** : Parmi les échantillons séquencés au cours des deux dernières semaines (19 septembre au 2 octobre 2022) dans le cadre de la surveillance de base, le variant Omicron BA.2 représentait 1,77 % des échantillons séquencés, le variant Omicron BA.4 6,00 % et le variant Omicron BA.5 89,50 %.
- **Surveillance par les médecins généralistes** : Le nombre moyen de contacts établis avec un médecin généraliste pour suspicion de COVID-19 a encore légèrement augmenté au niveau national au cours de la semaine 39 (39 contacts cette semaine pour 100 000 habitants par jour, comparé à 36 contacts au cours de la semaine précédente). L'incidence des consultations auprès d'un généraliste pour des symptômes grippaux est restée stable, avec 159 consultations pour 100 000 habitants 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 montre une augmentation des différents indicateurs ; du nombre de nouveaux cas et du nombre d'hospitalisations parmi les résidents de MR/MRS, du nombre de nouveaux cas parmi les membres du personnel et du nombre de clusters. - voir [section 3.8](#).
- **Surveillance basée sur les eaux usées** : Les charges virales détectées dans les eaux usées augmentent encore légèrement dans les trois régions, mais restent actuellement relativement faibles. – voir [section 3.10](#).

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	4 566 207	2 473	2 945*	+19%
Admis à l'hôpital	137 682***	83,7	104,0**	+24%
Décédés****	32 716	4,1	4,6*	+10%
<i>En hôpital</i>	22 134	3,6	4,6	+28%
<i>En maison de repos</i>	10 392	0,6	0,0	-100%

*Du 27 septembre 2022 au 3 octobre 2022 (données des 3 derniers jours non consolidées).

**Du 30 septembre 2022 au 6 octobre 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.

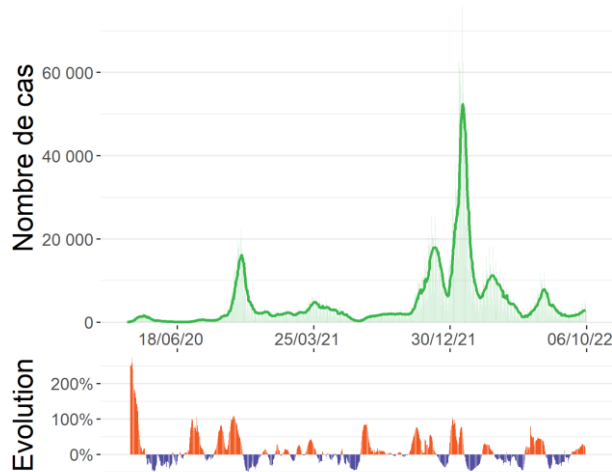
Occupation des lits d'hôpital	Jeudi 29 septembre 2022	Jeudi 6 octobre 2022	Évolution
Nombre de lits d'hôpital occupés	1 083	1 427	+32%
Nombre de lits USI occupés	51	74	+45%

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

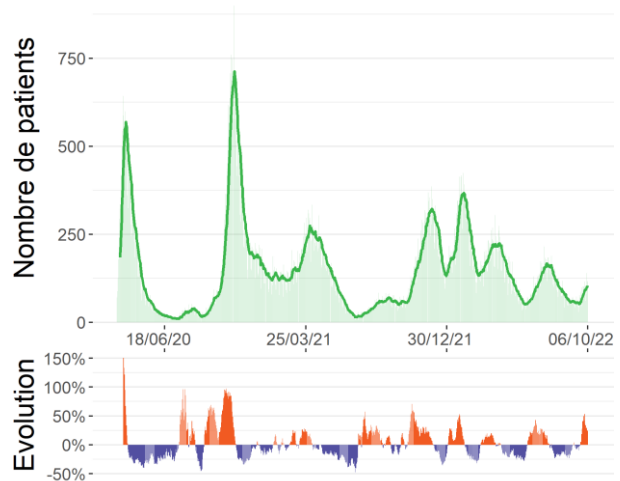
Les quatre indicateurs clés sont présentés ci-dessous avec la moyenne mobile sur 7 jours (ligne verte). Cette moyenne mobile est utilisée pour illustrer une tendance. Cela a entre autre pour conséquence de lisser la courbe et atténuer les variations journalières.

Evolution des nouveaux cas confirmés



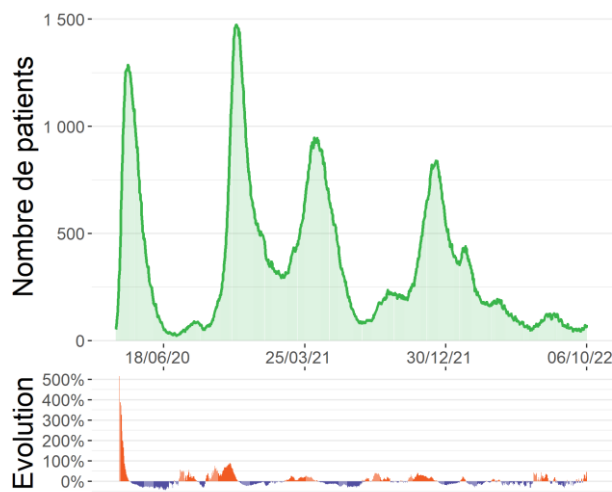
Source : Réseau des laboratoires cliniques et plateforme nationale

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



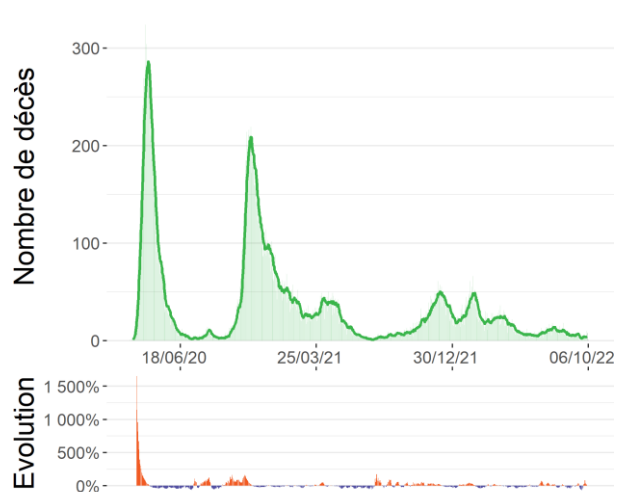
Source : Surveillance des hôpitaux (Sciensano)

Evolution du nombre de patients en USI



Source : Surveillance des hôpitaux (Sciensano)

Evolution du nombre de décès

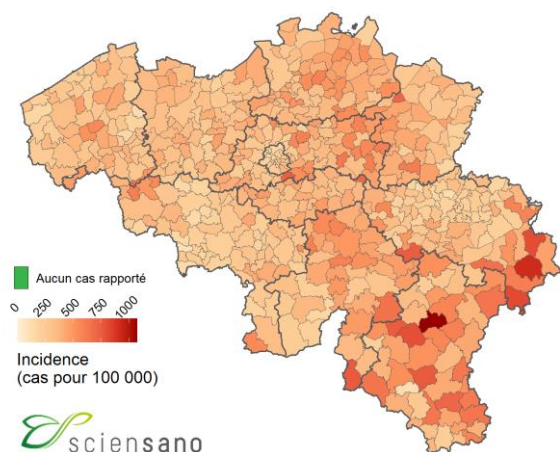


Source : Surveillance mortalité COVID-19 (Sciensano)

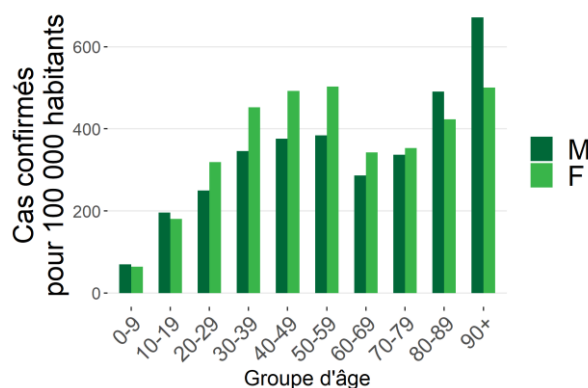
2.2. SITUATION RÉCENTE

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 20/09/22 et le 03/10/22



Nombre de cas confirmés par groupe d'âge et sexe par 100 000 habitants entre le 20/09/22 et le 03/10/22



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](#).

Note : L'information sur l'âge et/ou le sexe n'était pas disponible pour 258 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.

	20/09/22- 26/09/22	27/09/22- 03/10/22	Changement (valeur absolue)	Changement (pourcent)	Temps de doublement/ réduction de moitié (jours)*	Incidence par 100 000 (14 jours)**
Belgique	17 313	20 613	3 300	+19%	28	327
Antwerpen	3 133	3 580	447	+14%	36	356
Brabant wallon	709	842	133	+19%	28	378
Hainaut	1 730	2 061	331	+19%	28	281
Liège***	1 394	1 643	249	+18%	30	273
Limburg	1 394	1 808	414	+30%	19	361
Luxembourg	681	763	82	+12%	43	496
Namur	992	1 215	223	+22%	24	442
Oost-Vlaanderen	2 171	2 819	648	+30%	19	323
Vlaams-Brabant	1 929	2 353	424	+22%	24	365
West-Vlaanderen	1 841	1 928	87	+5%	105	312
Région bruxelloise	1 192	1 404	212	+18%	30	212
Deutschsprachige Gemeinschaft	172	244	72	+42%	14	529

*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 01/01/2022 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 hausse du nombre d'infections et des indicateurs hospitaliers.

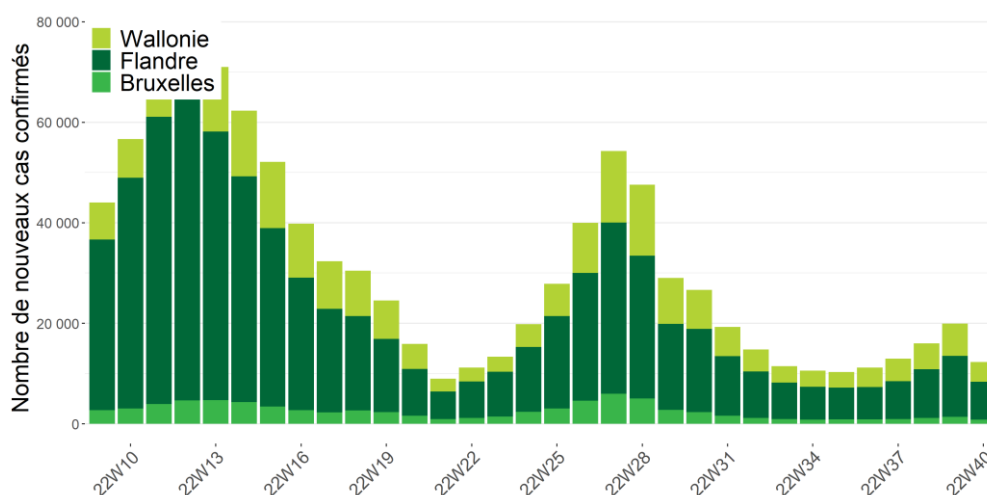
3. Description de l'épidémie à partir du 28/02/22

Nous présentons les données à partir de la semaine du 28 février 2022, semaine qui marque le début de la sixième 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 27 septembre 2022 au 3 octobre 2022, 20 613 nouveaux cas ont été diagnostiqués. Parmi ces 20 613 nouveaux cas, 12 488 (61%) étaient rapportés en Flandre, 6 524 (32%) en Wallonie, dont 244 cas pour la communauté germanophone, et 1 404 (7%) à Bruxelles. Données non disponibles ou résidence à l'étranger pour 197 cas (1%).

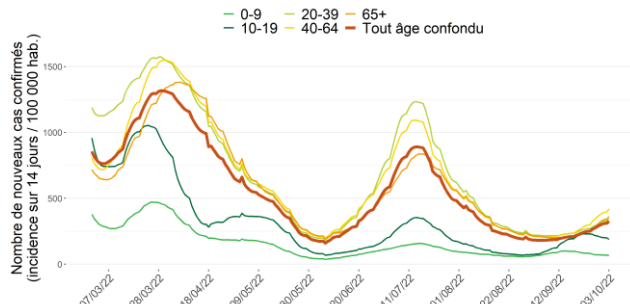
Evolution du nombre de cas confirmés par région et par semaine (date de diagnostic*) à partir de la semaine 09



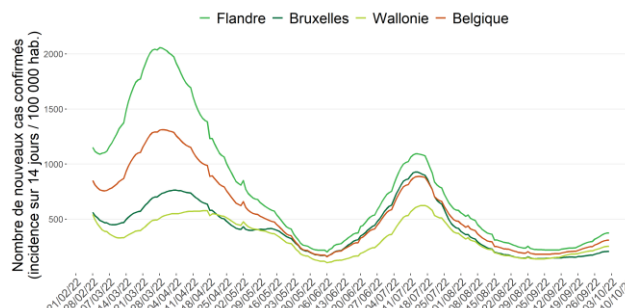
Source : CNR, laboratoires clinique et plateforme nationale. Cas rapportés à Sciensano au 6 octobre 2022, à 6 heures.

*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 28/02/22



Incidence cumulée sur 14 jours par 100 000 habitants par région à partir du 28/02/22

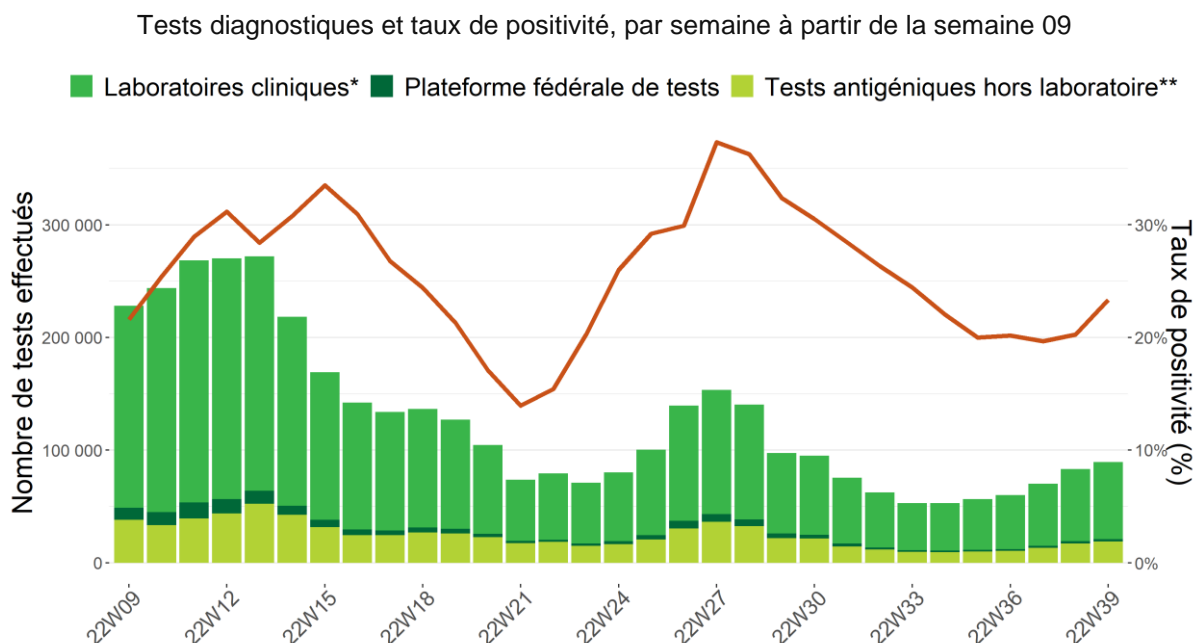


Les dénominateurs utilisés pour calculer l'incidence sont les chiffres de la population belge au 01/01/2022 publiés par STATBEL.

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 27 septembre 2022 au 3 octobre 2022, 89 444 tests ont été effectués, soit une moyenne journalière de 12 778 tests. Le taux moyen de positivité pour la Belgique pour la même période est de 23,8%.



Note : Les données présentées n'incluent pas les données de la semaine en cours car celles-ci ne sont pas encore consolidées.
 *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.

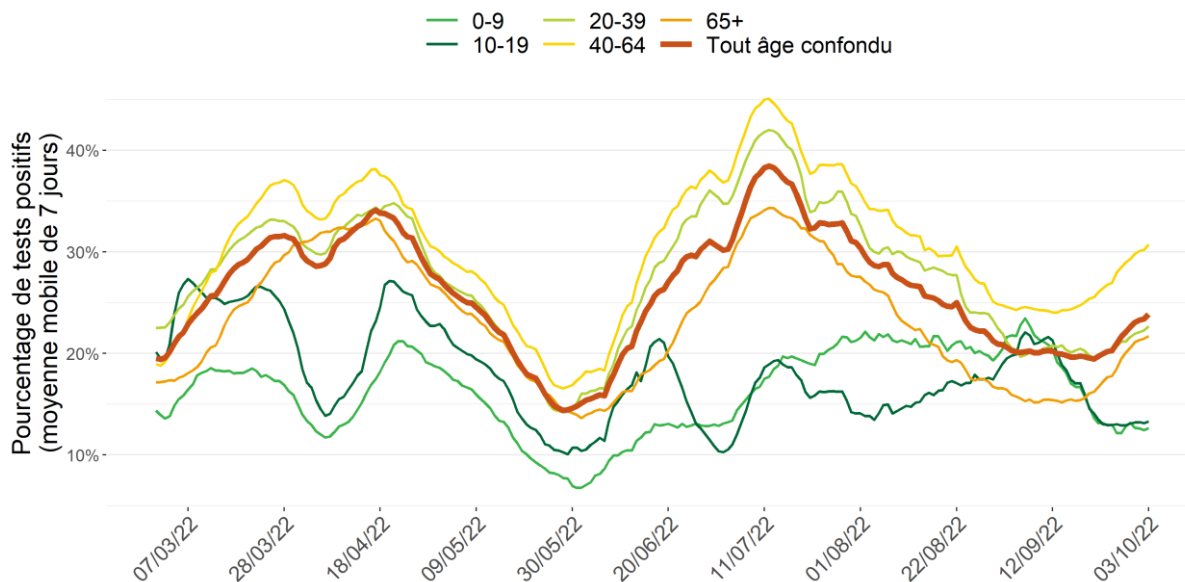
Le tableau ci-dessous présente la répartition du nombre de tests réalisés, du nombre de tests réalisés pour 100 000 habitants, du nombre de tests positifs et du taux de positivité par groupe d'âge, pour la période du 27 septembre 2022 au 3 octobre 2022 (dernière période de données consolidées).

Groupe d'âge	Nombre de tests	Nombre de tests/ 100 000 hab	Nombre de tests positifs	% de tests positifs*
0-9	3 336	268	422	12,6%
10-19	8 003	601	1 064	13,3%
20-39	24 219	833	5 491	22,7%
40-64	29 459	769	9 047	30,7%
65+	23 775	1 048	5 161	21,7%

*L'âge n'était pas disponible pour 652 tests.

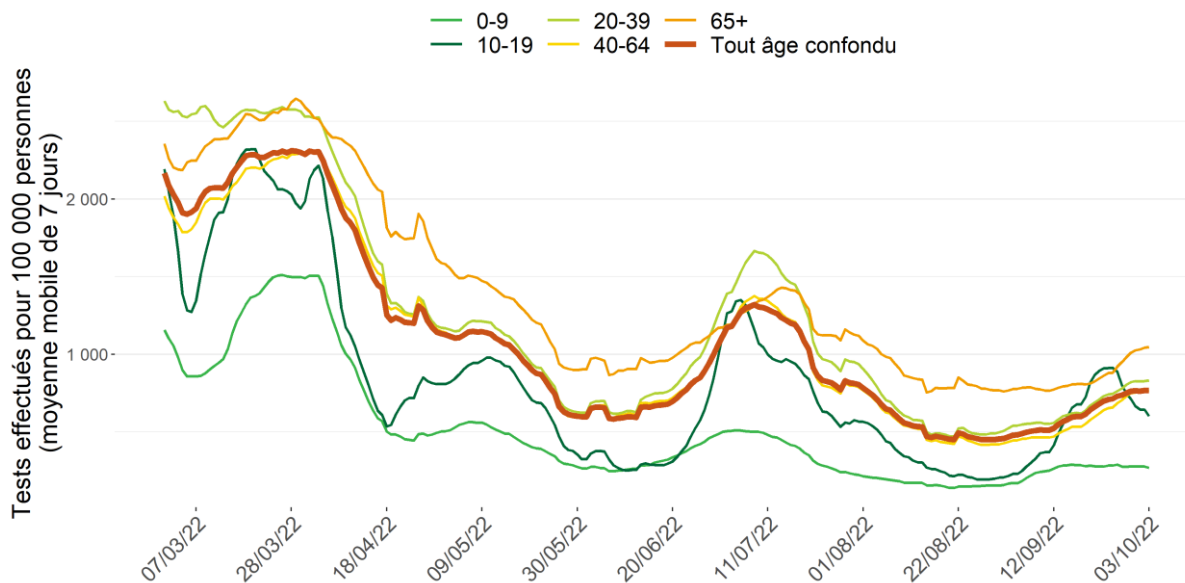
Le premier graphe ci-dessous présente le taux de positivité (moyenne mobile sur 7 jours) par groupe d'âge depuis le 28 février 2022, le deuxième présente le nombre de tests réalisés (moyenne mobile sur 7 jours) par groupe d'âge pour la même période.

Taux de positivité par groupe d'âge à partir du 28/02/22



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

Tests effectués par groupe d'âge à partir du 28/02/22



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

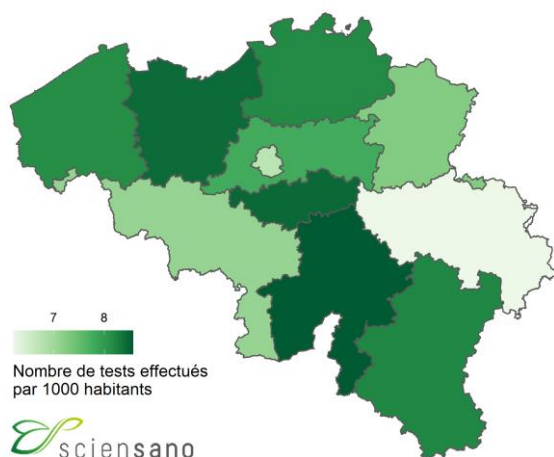
Le tableau ci-dessous présente la répartition pour la Belgique, par province, pour la Région bruxelloise et pour la Communauté germanophone, du **nombre de tests réalisés**, nombre de tests positifs et le taux de positivité pour la période du 27 septembre 2022 au 3 octobre 2022 (dernière période de données consolidées).

	Nombre de tests	Nombre de tests/ 100 000 hab	Nombre de tests positifs	% de tests positifs*
Belgique	89 444	772	21 290	23,8%
Antwerpen	15 434	818	3 654	23,7%
Brabant wallon	3 467	846	860	24,8%
Hainaut	9 553	707	2 169	22,7%
Liège**	6 872	619	1 716	25,0%
Limburg	6 416	724	1 862	29,0%
Luxembourg	2 389	821	795	33,3%
Namur	4 283	858	1 248	29,1%
Oost-Vlaanderen	13 023	844	2 923	22,4%
Vlaams-Brabant	9 121	777	2 386	26,2%
West-Vlaanderen	9 834	813	2 056	20,9%
Région bruxelloise	8 187	670	1 438	17,6%
Deutschsprachige Gemeinschaft	698	888	254	36,4%

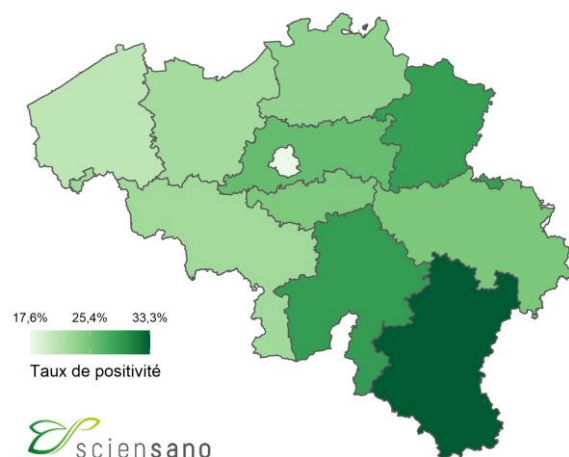
*Afin de refléter le nombre total de tests réellement effectués en Belgique, nous avons fait le choix de calculer le taux de positivité (% de tests positifs) en utilisant le nombre total de tests positifs sur le nombre total de tests effectués. Vous trouverez des informations plus détaillées sur le taux 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 27/09/22 et le 03/10/22



Taux de positivité par province entre le 27/09/22 et le 03/10/22

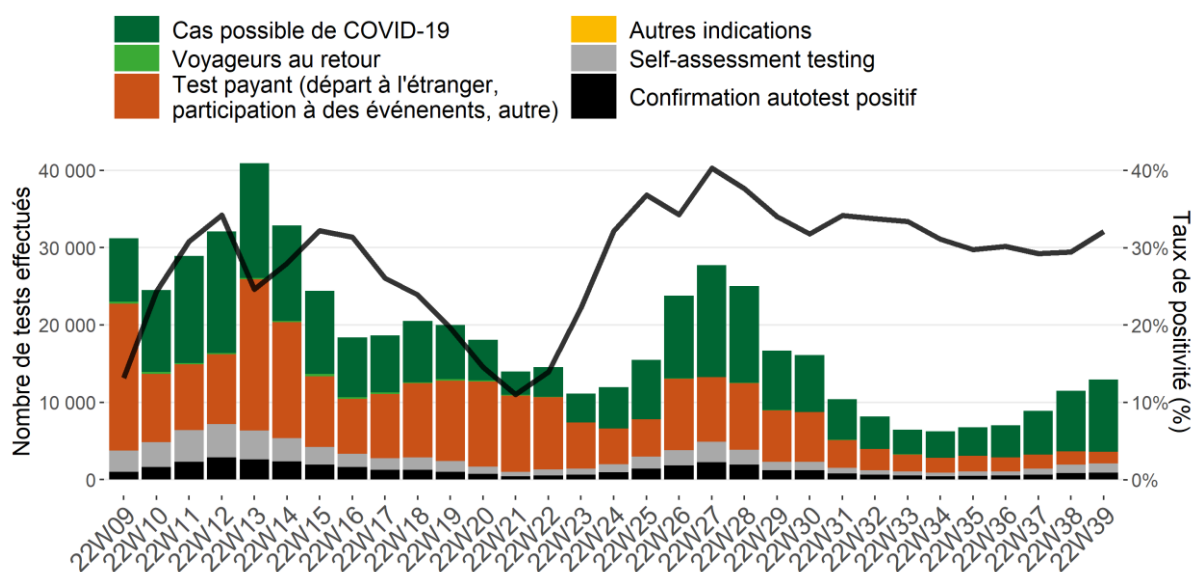


3.2.2. Tests rapides antigéniques COVID-19 effectués et rapportés par les pharmaciens

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 26/09/22 au 02/10/22 (semaine 39), 12 913 tests ont été effectués par les pharmaciens. Le taux de positivité pour la même période est de 32,1%.

Tests effectués et rapportés par les pharmacies et taux de positivité, par indication et par semaine à partir de la semaine 09



Note : Les données présentées n'incluent pas les données de la semaine en cours car celles-ci ne sont pas encore toutes consolidées.

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.

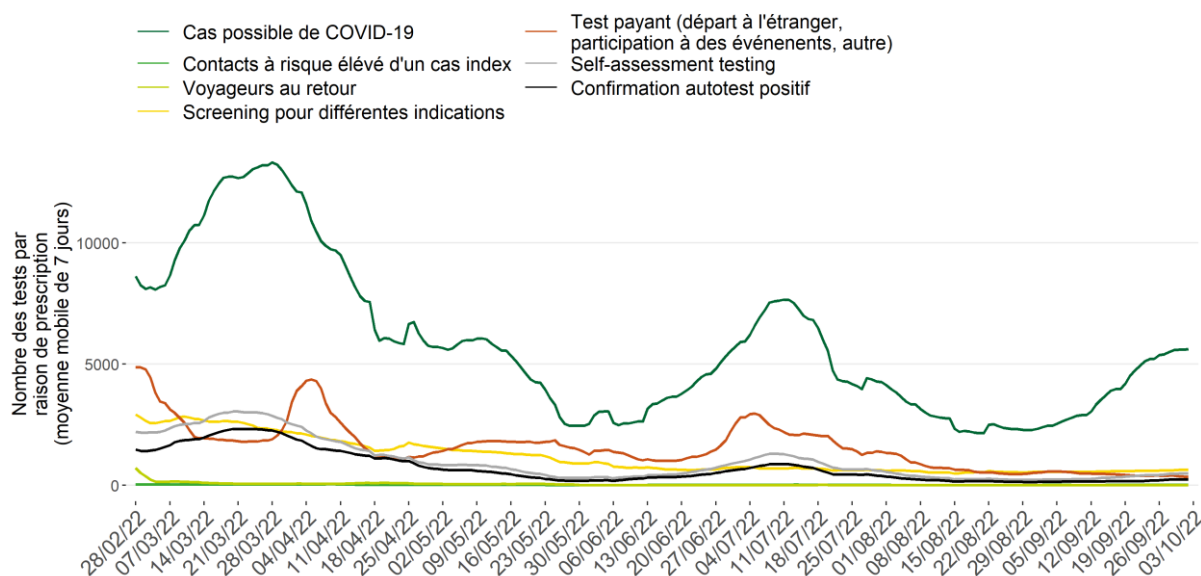
Les données des prescriptions des médecins généralistes et des médecins à l'hôpital sont disponibles depuis le 1er septembre 2020. Les données des prescriptions des médecins en collectivité et des prescriptions sans consultation sont disponibles depuis le 10 décembre 2020. Les données liées à l'outil 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 période du 26 septembre 2022 au 2 octobre 2022 (dernière période de données consolidées pour les indications des prescriptions), 89 503 tests ont été réalisés, dont 64,6% 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 28 février 2022 (moyenne mobile sur 7 jours).

Distribution des indications de test pour les prescriptions disponibles, pour la période du 28/02/22 au 02/10/22

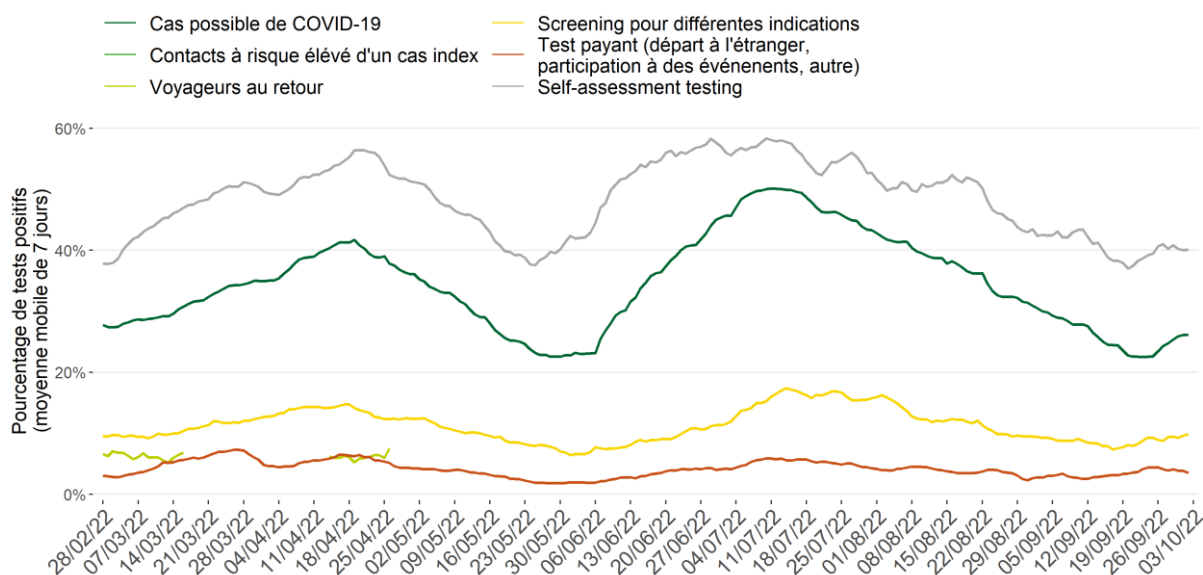


Attention, la stratégie de test peut varier (tests nécessaires ou non pour certaines catégories, nécessité d'un formulaire électronique ou non). Ces changements de stratégie se reflètent dans les graphes montrés.

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.

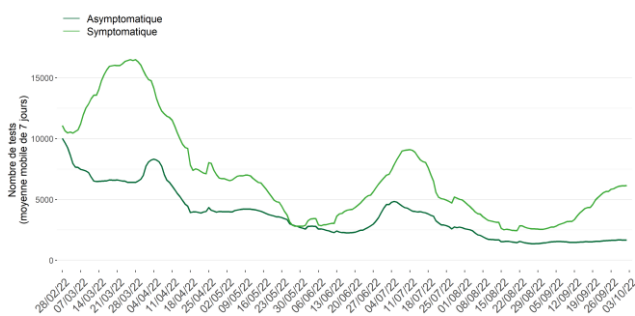
Le taux de positivité n'est présenté ci-dessous que si le nombre de tests quotidiens effectués et de cas confirmés pour une catégorie donnée est supérieur au seuil de 100 tests ou de 5 cas respectivement. Avec un faible nombre de tests, le taux de positivité devient moins fiable.

Évolution du taux de positivité par indication de test pour les prescriptions disponibles, pour la période du 28/02/22 au 02/10/22

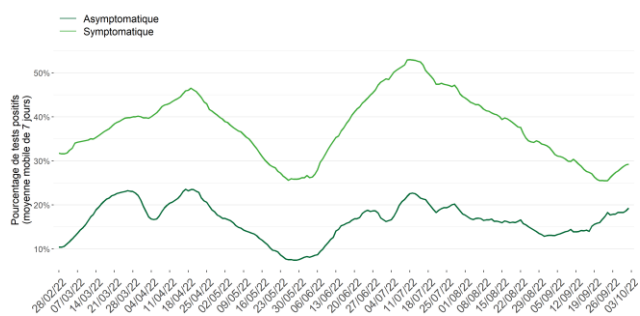


Parmi les tests effectués pour confirmer un autotest positif, 87,0% étaient positifs pour la période du 26/09/22 au 02/10/22`.

Nombre de tests en fonction de la présence ou non de symptômes pour les prescriptions disponibles, pour la période du 28/02/22 au 02/10/22



Taux de positivité en fonction de la présence ou non de symptômes pour les prescriptions disponibles, en pourcentage, pour la période du 28/02/22 au 02/10/22



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 séquent 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 y compris les lignées descendantes), identifié pour la première fois en Angleterre et classé VOC entre le 18 décembre 2020 et le 9 mars 2022 ; le variant Beta (B.1.351 y compris les lignées descendantes), identifié en Afrique du Sud et classé VOC entre le 18 décembre 2020 et le 09 mars 2022 ; le variant Gamma (P.1 y compris les lignées descendantes) identifié au Brésil et classé VOC entre le 11 janvier 2021 et le 09 mars 2022 ; 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.

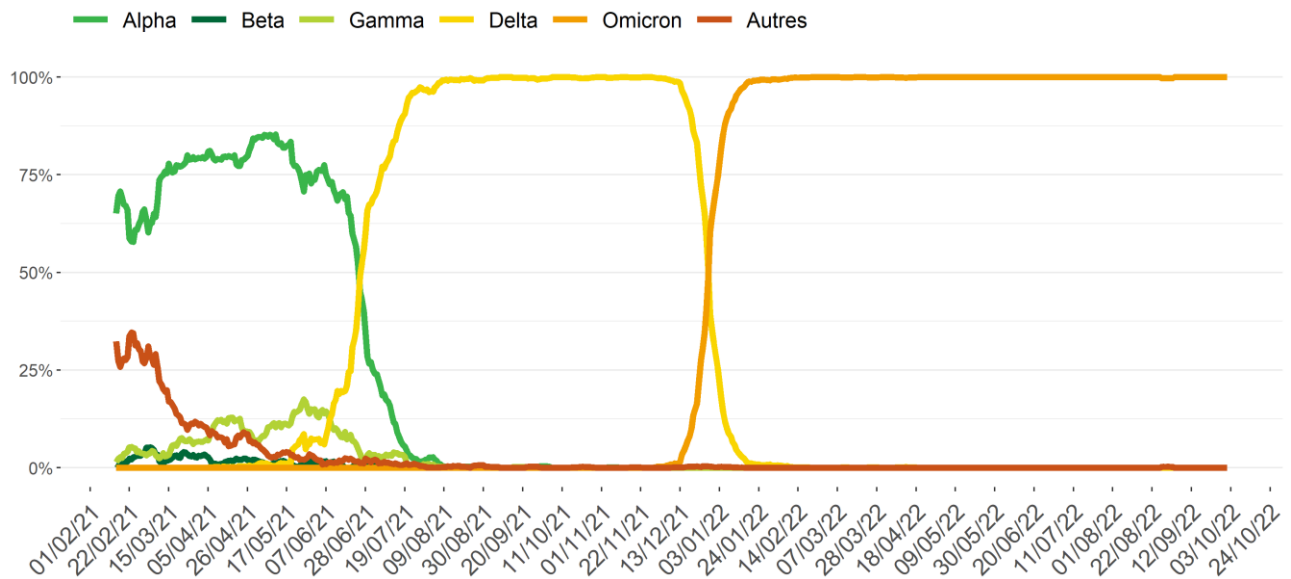
Omicron comprend les lignées descendantes BA.1, BA.2, BA.3, BA.4 et BA.5. Depuis la fin de janvier 2022, la lignée descendante BA.2 est en augmentation dans de nombreux pays. La première identification des variants BA.2.12.1, BA.4 et BA.5 en Belgique date respectivement du 23 avril, 29 mars et 26 avril 2022. Ces lignées descendantes diffèrent par certaines mutations, notamment dans la protéine spike¹. Pour ces raisons, nous en faisons désormais la distinction. Cela permet de suivre l'évolution des sous-lignées du variant Omicron.

¹ La protéine spike est responsable de l'adhésion du virus aux récepteurs de la surface cellulaire de l'hôte ainsi que de la fusion entre le virus et les membranes cellulaires. C'est également la principale cible des anticorps neutralisants induits après une infection par le SARS-CoV-2. La protéine spike est également le composant du SARS-CoV-2 dans les vaccins à ARN messagers et à adénovirus. Par conséquent, les mutations affectant l'antigénicité de la protéine spike présentent un intérêt particulier.

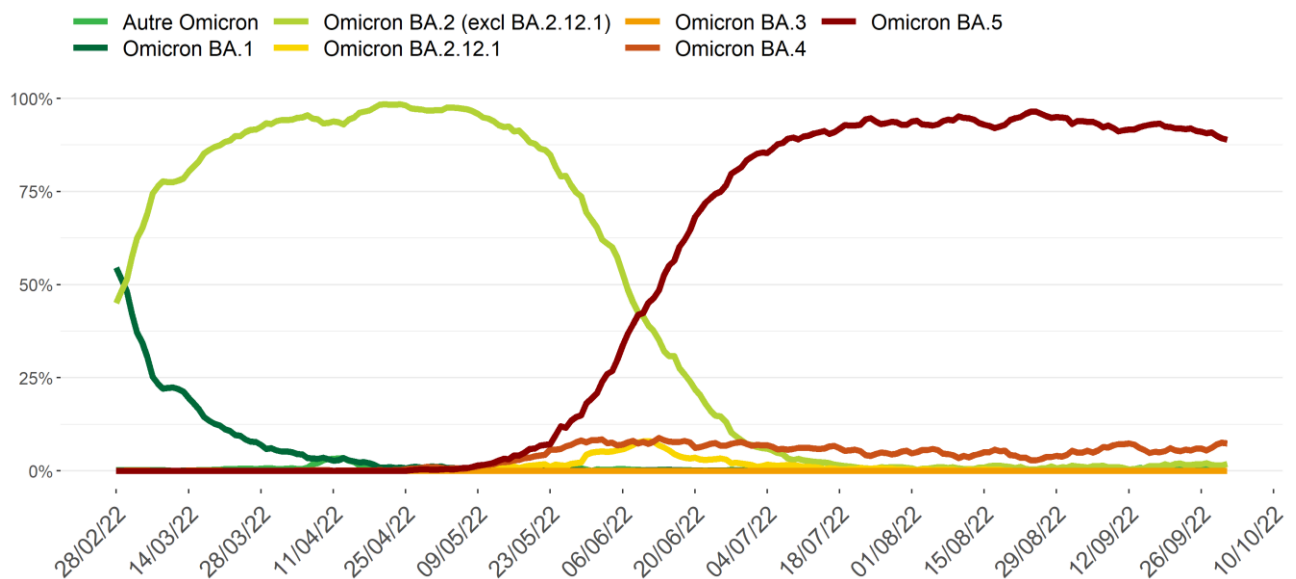
3.3.1. Evolution de la proportion des variants principaux circulant en Belgique (surveillance de base)

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



Evolution de la proportion des lignées descendantes d'Omicron identifiées par la surveillance de base en Belgique depuis le 28 février 2022, moyenne mobile sur 7 jours



« Autre Omicron » comprend les lignées descendantes autres que BA.1, BA.2, BA.3, BA.4 et BA.5

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.

Variants	Date 1e identification*	Nombre séquencés depuis le 15/02/21 (surv. de base)		Nombre séquencés depuis le 15/02/21 (surv. active)	
		N	%	N	%
Alpha	déc. 2020	12 088	13,89	7 058	19,88
Beta	déc. 2020	287	0,33	298	0,84
Gamma	janv. 2021	1 512	1,74	589	1,66
Delta	avr. 2021	25 279	29,04	12 589	35,46
Epsilon	janv. 2021	0	0,00	2	0,01
Iota	févr. 2021	2	0,00	0	0,00
Eta	janv. 2021	55	0,06	31	0,09
Omicron	nov. 2021	44 832	51,50	13 810	38,90
Autre		1 258	1,45	556	1,57
Total		85 313	100	34 933	100

*Sur base de la première date rapportée parmi différentes sources de données : GISAID, déclaration via HealthData.be (surveillance de base).

Le tableau ci-dessous présente les nombres des variants identifiés en Belgique pendant les huit dernières semaines (du 8 août 2022 jusqu'au 2 octobre 2022) et pendant les deux dernières semaines (du 19 septembre 2022 jusqu'au 2 octobre 2022) dans la **surveillance de base et active**.

Variants	Date 1e identification*	Nombre séquencés depuis leur identification			Nombre séquencés 8 semaines (surv. de base)		Nombre séquencés 2 semaines (surv. de base)		Nombre séquencés 8 semaines (surv. active)		Nombre séquencés 2 semaines (surv. active)	
		N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Delta	avr. 2021	37 868	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Omicron BA.1	nov. 2021	20 052	4	0,10	0	0,00	2	0,43	0	0,00	0	0,00
Omicron BA.2	janv. 2022	22 809	43	1,12	13	1,77	19	4,07	2	14,29	2	14,29
Omicron BA.2.12.1	avr. 2022	336	2	0,05	0	0,00	1	0,21	0	0,00	0	0,00
Omicron BA.3	févr. 2022	12	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Omicron BA.4	avr. 2022	1 148	196	5,12	44	6,00	11	2,36	0	0,00	0	0,00
Omicron BA.5	avr. 2022	13 172	3 513	91,72	656	89,50	399	85,44	11	78,57	11	78,57
Autre Omicron**	nov. 2021	1 113	17	0,44	9	1,23	34	7,28	0	0,00	0	0,00
Autre		23 736	1	0,03	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total		120 246	3 776	100	722	100	466	100	13	100	13	100

*Sur base de la première date rapportée parmi différentes sources de données : GISAID, déclaration via HealthData.be (surveillance active).

** comprend les lignées descendantes autres que BA.1, BA.2, BA.3, BA.4 et BA.5.

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**. 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	Hospitalisations	Réinfections**	Cas de percée*
BA.1	4 (0,1 %)	0 (0,0 %)	1 (0,1 %)	1 (0,0 %)
BA.2 + BA.2.12.1	45 (1,2 %)	3 (2,5 %)	18 (1,9 %)	58 (1,5 %)
BA.3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
BA.4	196 (5,2 %)	4 (3,3 %)	58 (6,2 %)	193 (5,0 %)
BA.5	3 513 (93,0 %)	115 (94,3 %)	861 (91,6 %)	3 637 (93,4 %)
Delta	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Autre	1 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (0,0 %)
Autre Omicron****	17 (0,5 %)	0 (0,0 %)	2 (0,2 %)	0 (0,0 %)
Nombre total de diagnostics COVID-19 parmi le groupe cible*****	107 663	1 794	30 145	64 801
Nombre total d'échantillons positifs séquencés	3 776 (3,5 %)	122 (6,8 %)	940 (3,1 %)	3 892 (6,0 %)

*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 60 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.

****Autre Omicron comprend les lignées descendantes autres que BA.1, BA.2, BA.3, BA.4 et BA.5.

*****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 60 jours. Pour la colonne des réinfections, il s'agit des nouveaux diagnostics de réinfection (un deuxième test positif au moins 60 jours après le premier test positif).

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. [La campagne de vaccination](#) officielle a démarré le 5 janvier 2021.

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 de Sciensano. Toutefois, un délai entre le moment de la vaccination et celui de l'enregistrement dans la base de données est possible². 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 (les personnes dont le code postal est inconnu ne sont pas incluses dans les résultats présentant une distribution géographique).

Depuis septembre 2021, une ou plusieurs doses de rappel³ sont administrées aux personnes ayant complété un schéma de primo-vaccination et qui y sont éligibles. Au 4 octobre 2022, un total de 27 535 906 doses de vaccin COVID-19 avaient été administrées et enregistrées dans Vaccinnet+. Cela correspond à une augmentation de 490 210 doses par rapport au nombre enregistré au 27 septembre 2022. Six vaccins différents sont actuellement utilisés : Comirnaty® (Pfizer/BioNtech), Spikevax® (Moderna), COVID-19 Vaccine Janssen® (Johnson & Johnson), Nuvaxovid (Novavax), Comirnaty® Original/Omicron Ba.1 (Pfizer/BioNtech) et Spikevax® Original/Omicron Ba.1 (Moderna). Le vaccin Vaxzevria® (AstraZeneca) n'est plus administré en Belgique. Le tableau ci-dessous présente **la contribution de chaque marque de vaccin à la couverture vaccinale globale en Belgique, pour chaque schéma de vaccination (nombre de doses)**.

² Sur l'ensemble des vaccinations enregistrées jusqu'au 4 octobre 2022, 94,8% ont été enregistrées dans les 3 jours suivant la date d'administration du vaccin.

³ 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.

	Primo-vaccination complète ⁽¹⁾	1 ^{ère} dose de rappel	2 ^{nde} dose de rappel ⁽²⁾
Comirnaty® (Pfizer/BioNtech)	6 686 683 (72.27%)	4 318 690 (59.87%)	671 374 (28.76%)
Spikevax® (Moderna)	701 466 (7.58%)	2 883 325 (39.97%)	40 795 (1.75%)
COVID-19 Janssen® (Johnson & Johnson)	430 183 (4.65%)	487 (0.01%)	81 (0.00%)
Vaxzevria® (AstraZeneca-Oxford)	1 432 379 (15.48%)	0	0
Nuvaxovid (Novavax)	1 089 (0.01%)	276 (0.00%)	82 (0.00%)
Comirnaty® Original/Omicron BA.1 (Pfizer/BioNtech)	0	10 449 (0.14%)	1 578 181 (67.60%)
Spikevax® Original/Omicron BA.1 (Moderna)	0	258 (0.00%)	44 045 (1.89%)

(1) Les schémas de primo-vaccination se basent sur la 1^{ère} dose de vaccin COVID-19 reçue. (2) Les chiffres du tableau ci-dessus peuvent être sujets à des modifications.

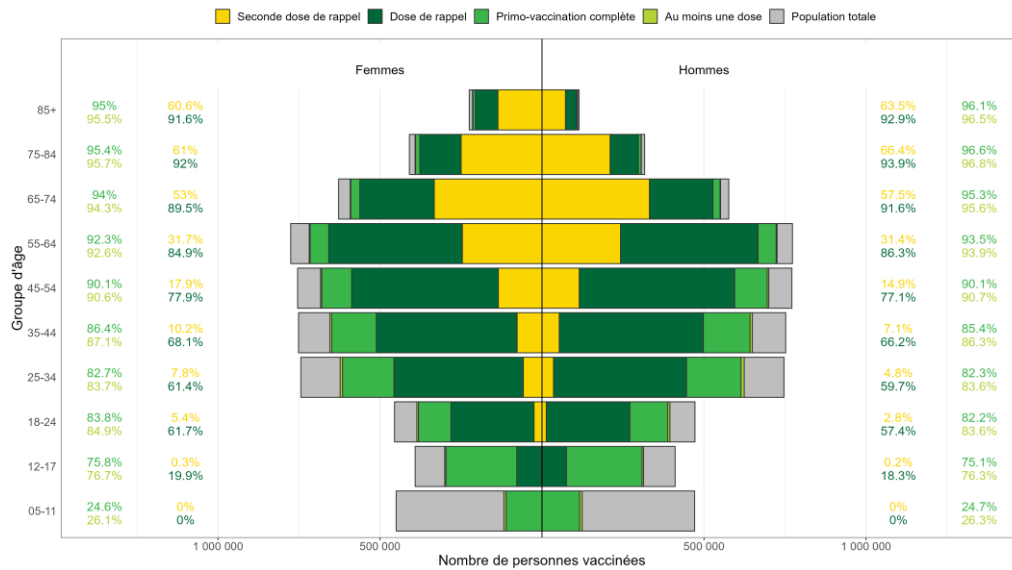
Le tableau ci-dessous présente la couverture vaccinale pour les personnes (population totale) **ayant complété un schéma de primo-vaccination, celles ayant reçu une dose de rappel ou deux doses de rappel**. En outre, le tableau indique le nombre total de personnes ayant complété un schéma de primo-vaccination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

	Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie ⁽¹⁾	Communauté germanophone	
Primo-vaccination complète	Nombre de personnes vaccinées	9 100 187	754 130	5 605 555	2 617 943	55 281
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	209	36	95	60	1
	Couverture vaccinale (% de la population totale) ⁽²⁾	78,6%	61,7%	83,7%	73%	70,3%
Primo-vaccination complète + 1 dose de rappel	Nombre de personnes vaccinées	7 201 408	473 325	4 715 363	1 942 750	41 974
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	3 157	497	1 431	1 165	13
	Couverture vaccinale (% de la population totale) ⁽²⁾	62,2%	38,7%	70,4%	54,2%	53,4%
Primo-vaccination complète + 2 doses de rappel	Nombre de personnes vaccinées	2 334 558	67 165	1 804 521	452 078	7 013
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	352 865	16 048	265 139	69 499	1 275
	Couverture vaccinale (% de la population totale) ⁽²⁾	20,2%	5,5%	26,9%	12,6%	8,9%

⁽¹⁾ A l'exclusion de la Communauté germanophone.

⁽²⁾ Les dénominateurs utilisés pour ces calculs sont les chiffres de la population belge au 01/01/2022 publiés par STATBEL. Une correction a été appliquée pour les personnes vaccinées et également décédées avant cette date afin de calculer la couverture vaccinale dans les différents groupes. La méthode utilisée est décrite dans la question 10.4 des [questions fréquemment posées](#)

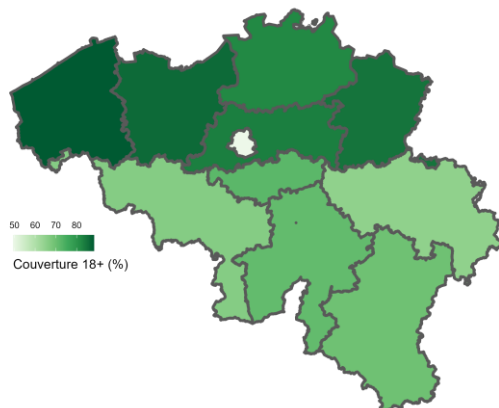
La figure ci-dessous représente **les couvertures vaccinales par genre et groupe d'âge** dans l'ensemble de la population. Le 4 octobre 2022, la couverture vaccinale de primo-vaccination complète pour les femmes âgées de 18 ans et plus était de 90%, et de 89,7% pour les hommes. La couverture vaccinale pour la dose de rappel était de 76,9% pour les femmes de 18 ans et plus et de 75,5% pour les hommes de ce groupe d'âge. La couverture vaccinale pour 2 doses de rappel était de 26,5% pour les femmes de 18 ans et plus et de 23,8% pour les hommes de ce groupe d'âge.



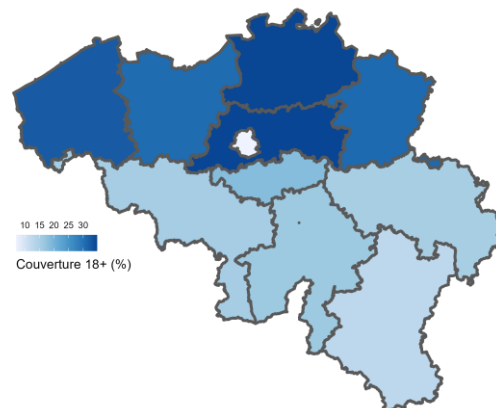
Les dénominateurs utilisés pour ces calculs sont les chiffres de la population belge au 01/01/2022 publiés par STATBEL. Une correction a été appliquée pour les personnes vaccinées et également décédées avant cette date afin de calculer la couverture vaccinale dans les différents groupes. La méthode utilisée est décrite dans la question 10.4 des [questions fréquemment posées](#)

Les cartes ci-dessous montrent **la couverture vaccinale pour les personnes ayant reçu une dose de rappel (à gauche) et une seconde dose de rappel (à droite)**, pour la population belge âgée de 18 ans et plus, par province.

Couverture vaccinale (primo-vaccination complète + rappel) par province pour les 18 ans et plus

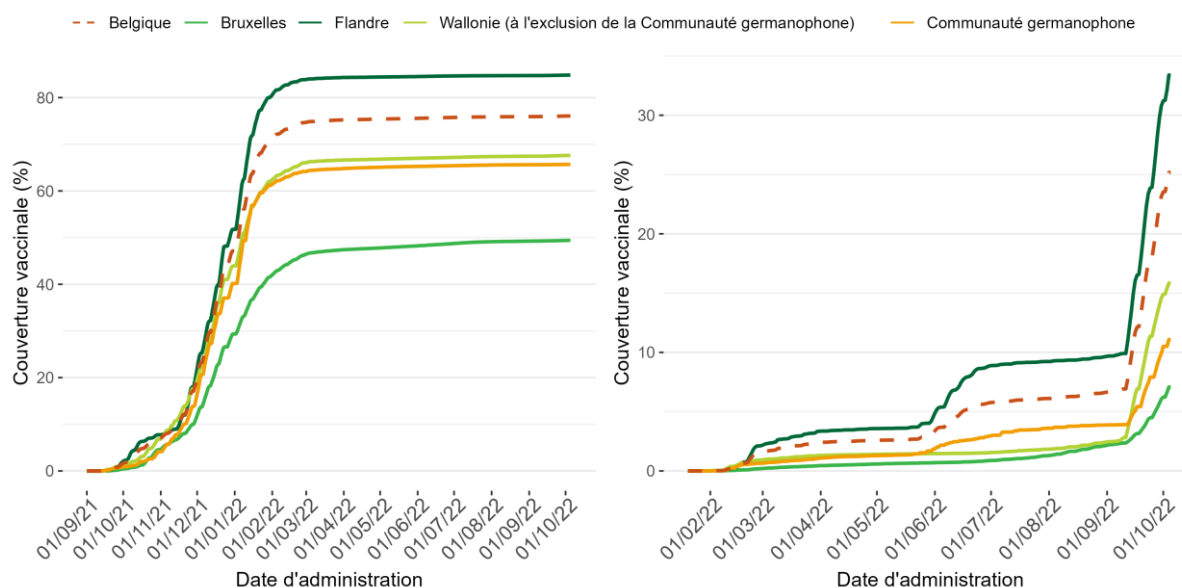


Couverture vaccinale (primo-vaccination complète + 2 rappels) par province pour les 18 ans et plus



Les dénominateurs utilisés pour ces calculs sont les chiffres de la population belge au 01/01/2022 publiés par STATBEL. Une correction a été appliquée pour les personnes vaccinées et également décédées avant cette date afin de calculer la couverture vaccinale dans les différents groupes. La méthode utilisée est décrite dans la question 10.4 des [questions fréquemment posées](#)

Les graphiques ci-dessous montrent l'évolution de la couverture vaccinale des personnes âgées de 18 ans et plus ayant reçu une dose de rappel (à gauche) et une seconde dose de rappel (à droite), pour la Belgique, par région/communauté et par date d'administration du vaccin.



Les dénominateurs utilisés pour ces calculs sont les chiffres de la population belge au 01/01/2022 publiés par STATBEL. Une correction a été appliquée pour les personnes vaccinées et également décédées avant cette date afin de calculer la couverture vaccinale dans les différents groupes. La méthode utilisée est décrite dans la question 10.4 des [questions fréquemment posées](#)

Le tableau ci-dessous présente la couverture vaccinale pour une et deux doses de rappel, au 4 octobre 2022, pour la Belgique, par région/communauté et par groupe d'âge.

Groupe d'âge		Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie ⁽¹⁾	Communauté germanophone
18 ans et plus	Couverture vaccinale pour une dose de rappel ⁽²⁾ (%)	76,1%	49,4%	84,8%	67,6%	65,7%
	Couverture vaccinale pour deux doses de rappel ⁽²⁾ (%)	25,2%	7,1%	33,4%	15,8%	11,1%
12 à 17 ans	Couverture vaccinale pour une dose de rappel ⁽²⁾ (%)	19,1%	5,0%	29,9%	5,1%	7,6%
	Couverture vaccinale pour deux doses de rappel ^(2,3) (%)	-	-	-	-	-
18 à 64 ans	Couverture vaccinale pour une dose de rappel ⁽²⁾ (%)	71,1%	44,0%	81,1%	61,6%	59,4%
	Couverture vaccinale pour deux doses de rappel ⁽²⁾ (%)	14,3%	3,5%	19,5%	8,7%	4,2%
65 à 84 ans	Couverture vaccinale pour une dose de rappel ⁽²⁾ (%)	91,4%	75,2%	95,4%	86,5%	84,8%
	Couverture vaccinale pour deux doses de rappel ⁽²⁾ (%)	58,2%	23,3%	72,5%	38,2%	31,8%
85 ans et plus	Couverture vaccinale pour une dose de rappel ⁽²⁾ (%)	92,0%	81,3%	95,9%	86,1%	82,2%
	Couverture vaccinale pour deux doses de rappel ⁽²⁾ (%)	61,6%	30,5%	76,2%	37,2%	31,2%

⁽¹⁾ A l'exclusion de la Communauté germanophone.

⁽²⁾ Les dénominateurs utilisés pour ces calculs sont les chiffres de la population belge au 01/01/2022 publiés par STATBEL. Une correction a été appliquée pour les personnes vaccinées et également décédées avant cette date afin de calculer la couverture vaccinale dans les différents groupes. La méthode utilisée est décrite dans la question 10.4 des [questions fréquemment posées](#)

⁽³⁾ Une seconde dose de rappel n'est pas actuellement recommandée pour tous les jeunes de 12 à 17 ans.

Le tableau ci-dessous présente la couverture vaccinale atteinte au 4 octobre 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	Flandre	Wallonie ⁽¹⁾	Communauté germanophone
5 à 11 ans	Nombre de personnes avec un schéma de primo-vaccination complet	227 351	7 740	190 024	28 305	814
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	28	7	10	11	0
	Couverture vaccinale entièrement vacciné ⁽²⁾ (%)	24,7%	7,1%	36,7%	9,8%	13,7%
12 à 17 ans	Nombre de personnes avec un schéma de primo-vaccination complet	605 319	38 594	385 647	175 659	3 312
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	19	6	10	3	0
	Couverture vaccinale entièrement vacciné ⁽²⁾ (%)	75,4%	44,7%	85,6%	67,4%	64,8%

⁽¹⁾ A l'exclusion de la Communauté germanophone.

⁽²⁾ Les dénominateurs utilisés pour ces calculs sont les chiffres de la population belge au 01/01/2022 publiés par STATBEL. Une correction a été appliquée pour les personnes vaccinées et également décédées avant cette date afin de calculer la couverture vaccinale dans les différents groupes. La méthode utilisée est décrite dans la question 10.4 des [questions fréquemment posées](#)

Les personnes immunodéprimées représentent une population particulièrement vulnérable aux infections causées par le SARS-CoV-2, avec un risque élevé de développer une forme sévère de la maladie COVID-19. Depuis le début de la campagne de vaccination, ces personnes ont fait l'objet de plusieurs recommandations et ont été invitées à plusieurs reprises à recevoir des doses supplémentaires de vaccin COVID-19. En Belgique jusqu'au 4 octobre 2022, 61,0% des personnes immunodéprimées ont reçu **2 doses de vaccin** et 35,3% ont reçu **3 doses de vaccin, après avoir complété un schéma de primo-vaccination**⁴.

⁴ Pour plus d'informations sur la méthode de calcul de la couverture vaccinale chez les personnes immunodéprimées, veuillez-vous référer à la section 10.4 du document des [questions fréquemment posées](#). Les informations présentées relatives aux personnes immunodéprimées proviennent de l'association entre le registre Vaccinnet+ et les données transmises par l'Agence Inter-Mutualiste.

3.4.2. Efficacité vaccinale

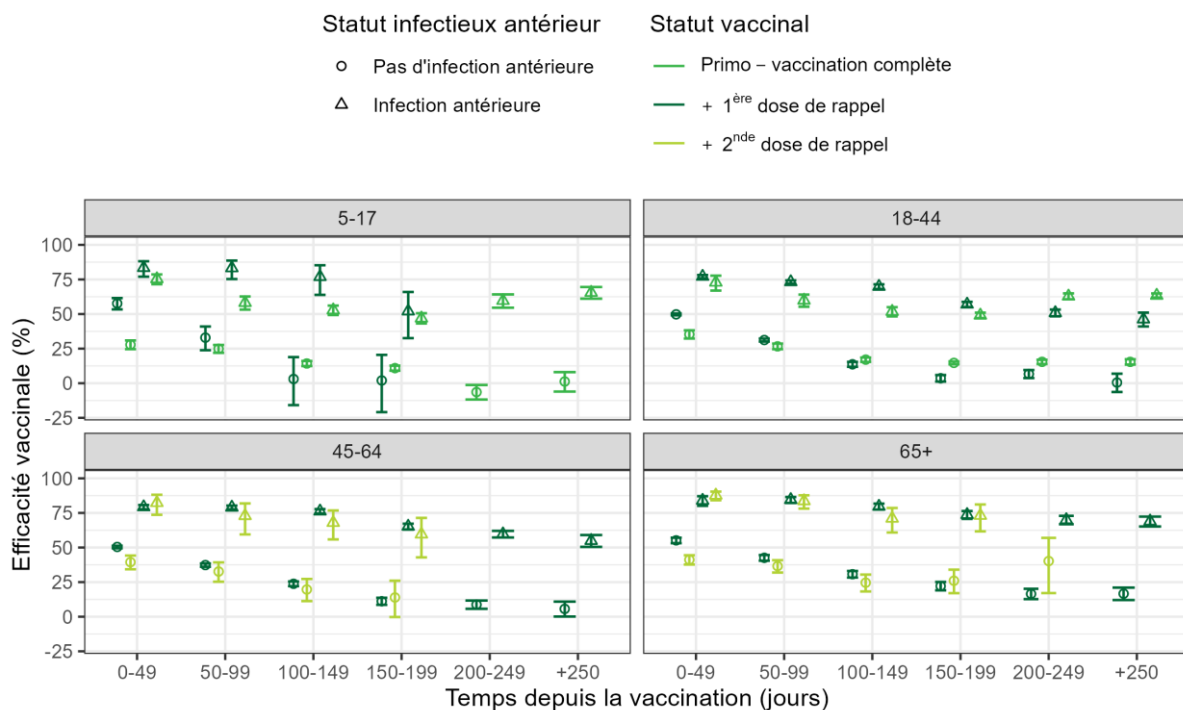
Sciensano dispose du statut vaccinal des personnes qui développent une infection COVID-19 et celui d'une partie des personnes qui nécessitent une hospitalisation ou une admission en unité de soins intensifs (USI). Ces données permettent la surveillance de l'impact de la vaccination sur le développement des infections COVID-19.

Jusqu'en août 2022 ce rapport présentait une estimation préliminaire de l'impact de la vaccination en montrant les incidences cumulées sur 14 jours, par groupes d'âge et statut vaccinal, et en calculant la réduction relative du risque (RRR) pour plusieurs évènements. Ces calculs ne tiennent pas compte de différences inhérentes entre les groupes ayant un statut vaccinal différent, telles que la fragilité (par exemple les pathologies ou troubles sous-jacents), le comportement ou la fréquence de dépistage entre les populations vaccinées et non vaccinées.

Afin d'intégrer certaines des distinctions susmentionnées, une nouvelle approche de l'impact de la vaccination, estimée au travers de l'efficacité vaccinale, est dorénavant présentée dans ce rapport. Ces estimations étant relativement stables, les graphiques présentés ci-dessous seront mis à jour de manière moins régulière. Pour plus de détails sur la méthodologie 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

Les graphiques ci-dessous présentent **une estimation de l'efficacité de la vaccination contre une infection symptomatique** pour les groupes d'âge de 5-17 ans, 18-44 ans, 45-64 ans et 65 ans et plus, à partir du 3 janvier 2022 (>80% des cas infectés avec le variant Omicron) et 18 septembre 2022 inclus. Pour chaque groupe d'âge, les statuts vaccinaux (les plus) pertinents sont présentés : pour les personnes de moins de 45 ans, l'impact d'un schéma de primo-vaccination complète et de la 1^{ère} dose de rappel est présenté ; pour les personnes de plus de 45 ans, l'impact de la 1^{ère} et de la 2nde dose de rappel est présenté. En outre, la protection offerte par la combinaison de la vaccination et d'une infection antérieure (toute infection survenue depuis 2020) est également représentée dans les graphiques. L'axe des abscisses indique le nombre de jours suivant le début de la protection vaccinale (après la dernière dose + 14 jours), ce qui permet de suivre la durée de la protection. Pour tous les cas étudiés, le groupe de comparaison est constitué d'individus du même groupe d'âge qui n'ont pas été vaccinés et n'ont pas connu d'infection antérieure au COVID-19.



Les lignes horizontales autour de chaque point du graphique représentent l'intervalle de confiance à 95%. Plus l'intervalle est étroit, plus l'estimation de l'efficacité vaccinale est précise.

Le tableau ci-dessous présente une estimation du niveau de protection contre une infection symptomatique apportée par une infection contractée depuis 2020 chez des individus non-vaccinés. Ceux-ci sont comparés à des individus non vaccinés n'ayant pas connu d'infection depuis le début de la pandémie.

Groupe d'âge	Protection estimée contre une infection symptomatique (intervalle de confiance de 95%)
5 à 17 ans	28,7% (27,0% - 30,4%)
18 à 44 ans	34,0% (32,5% - 35,5%)
45 à 64 ans	37,2% (34,5% - 39,7%)
65 ans et plus	49,6% (42,9% - 55,5%)

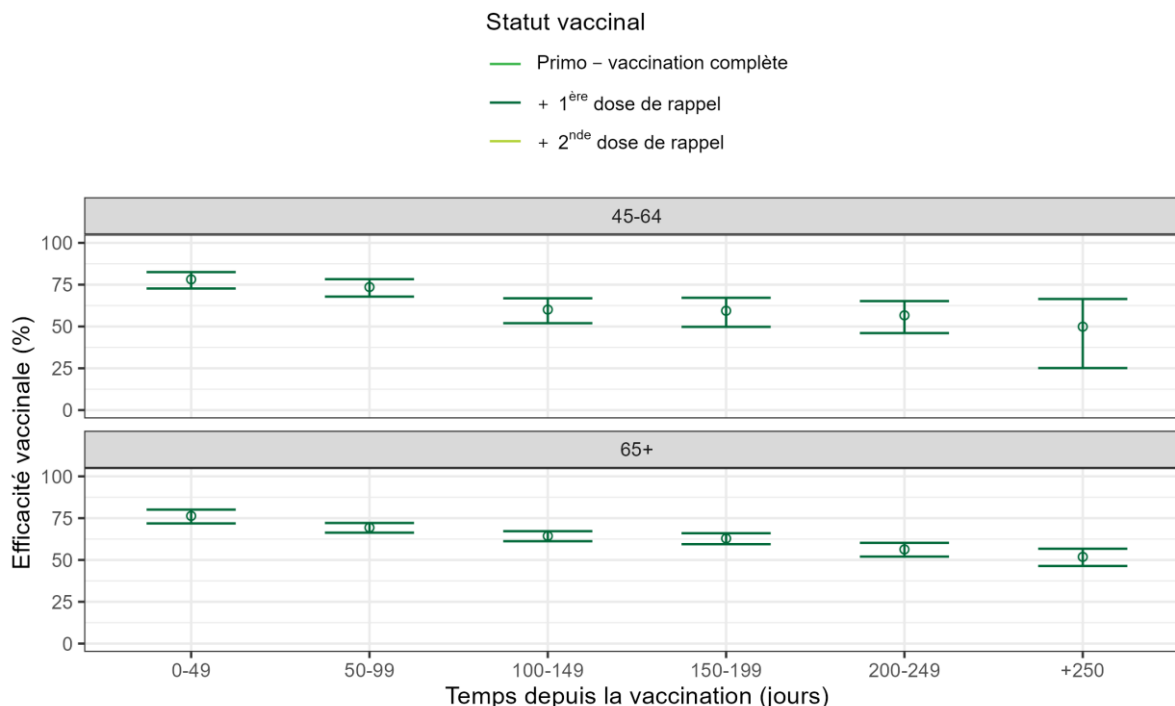
Les valeurs du tableau ci-dessus peuvent être interprétées comme suit : chez les personnes non vaccinées de 65 ans et plus, qui ont connu au moins une infection depuis 2020, la réduction du développement d'une infection symptomatique est de 49,6%, par rapport aux personnes non vaccinées sans infection antérieure (intervalle de confiance à 95%: 42,9% à 55,5%).

3.4.2.2. Surveillance hospitalière COVID-19

La [surveillance clinique](#) des patients hospitalisés suite à une infection COVID-19 permet de recueillir des données individuelles qui peuvent être reliées aux données de Vaccinnet+. Cela permet de déterminer le statut vaccinal des patients hospitalisés. Cependant ces données sont obtenues avec un certain délai (1 à 4 semaines) et seule une partie de toutes les hospitalisations liées au COVID-19 est rapportée, la participation à cette surveillance étant volontaire et non obligatoire pour les hôpitaux.

a) Admissions à l'hôpital

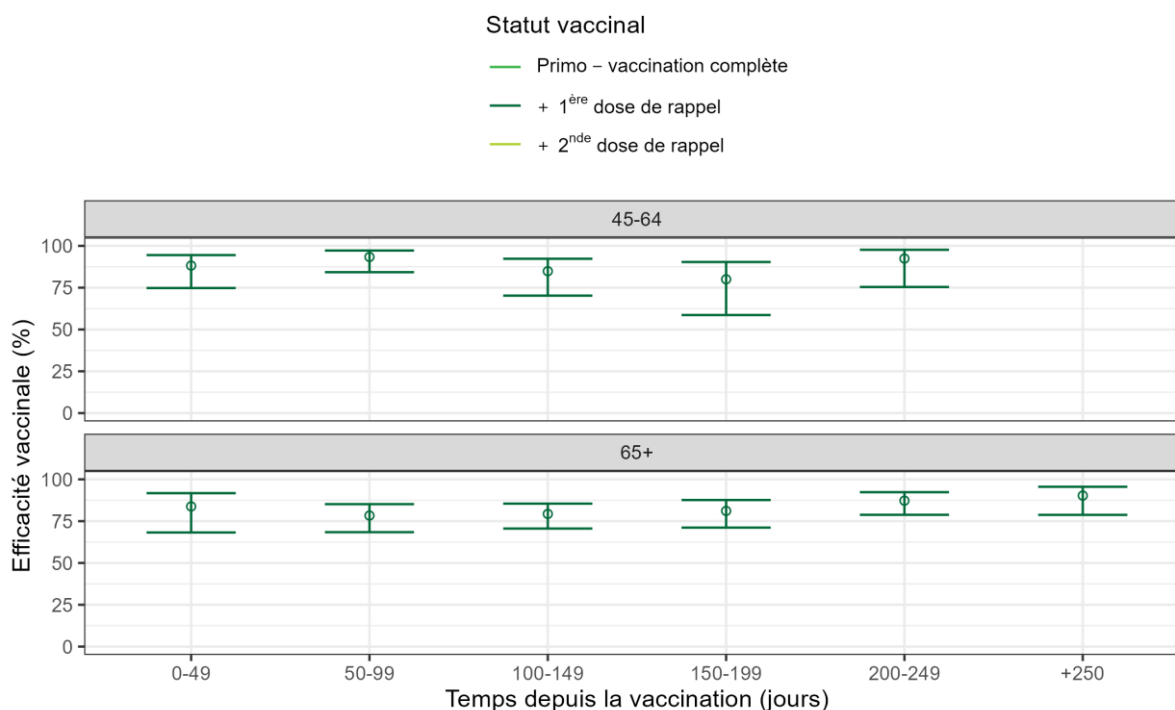
Les graphiques ci-dessous montrent une estimation de l'efficacité de la vaccination contre une hospitalisation, suite à une infection COVID-19, pour les groupes d'âge de 45-64 ans et 65 ans et plus, à partir du 3 janvier 2022 (>80% des cas infectés avec le variant Omicron) et jusqu'au 18 septembre 2022 inclus. Pour les plus jeunes (dont l'âge est inférieur à 45 ans), le nombre d'hospitalisations est très faible et par conséquent l'efficacité de la vaccination ne peut être calculée. Les personnes hospitalisées et ayant connu une infection antérieure (toute infection survenue depuis 2020) représentent un faible nombre d'individus, ainsi l'efficacité de la vaccination ne peut être également calculée. L'axe des abscisses indique le nombre de jours suivant le début de la protection vaccinale (après la dernière dose + 14 jours), ce qui permet de suivre la durée de la protection. Pour tous les cas étudiés, le groupe de comparaison est constitué d'individus du même groupe d'âge qui n'ont pas été vaccinés et n'ont pas connu d'infection antérieure au COVID-19.



Les lignes horizontales autour de chaque point du graphique représentent l'intervalle de confiance à 95%. Plus l'intervalle est étroit, plus l'estimation de l'efficacité vaccinale est précise.

b) Admissions en USI

Les graphiques ci-dessous montrent une estimation de l'efficacité de la vaccination contre une admission en USI, suite à une infection COVID-19, pour les groupes d'âge de 45-64 ans et 65 ans et plus à partir du 3 janvier 2022 (>80% des cas infectés avec le variant Omicron) et jusqu'au 18 septembre 2022 inclus. Pour les plus jeunes (dont l'âge est inférieur à 45 ans), le nombre d'admissions en USI est très faible et par conséquent l'efficacité de la vaccination ne peut être calculée. Les personnes admises en USI et ayant connu une infection antérieure (toute infection survenue depuis 2020) représentent un faible nombre d'individus, ainsi l'efficacité de la vaccination ne peut être également calculée. L'axe des abscisses indique le nombre de jours suivant le début de la protection vaccinale (après la dernière dose + 14 jours), permettant de suivre la durée de la protection. Pour tous les cas étudiés, le groupe de comparaison est constitué d'individus du même groupe d'âge qui n'ont pas été vaccinés et n'ont pas connu d'infection antérieure au COVID-19.

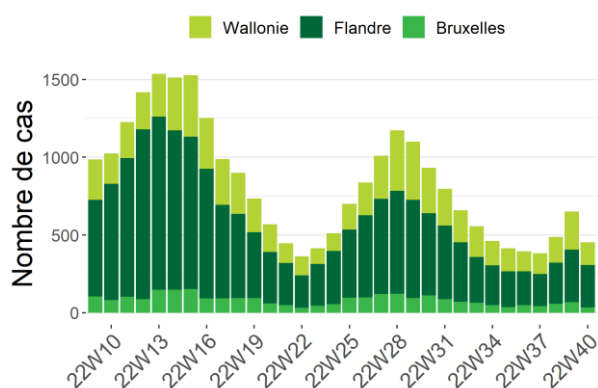


3.5. HOSPITALISATIONS POUR COVID-19

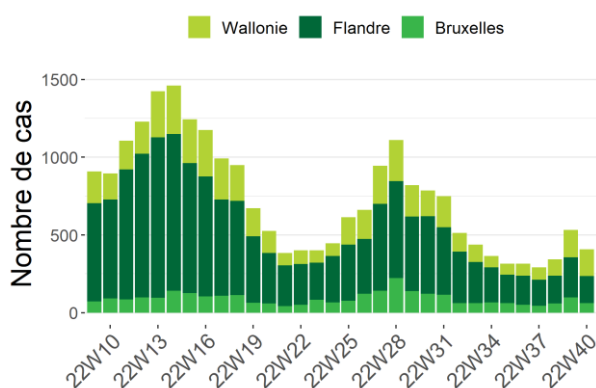
3.5.1. Situation dans les hôpitaux

Au cours de la période du 30 septembre 2022 au 6 octobre 2022, 728 patients ont été hospitalisés en raison de COVID-19 (“hospitalisation pour COVID-19”) et 606 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, 900 personnes ont quitté l’hôpital.

Evolution du nombre d'entrées pour COVID-19 à l'hôpital



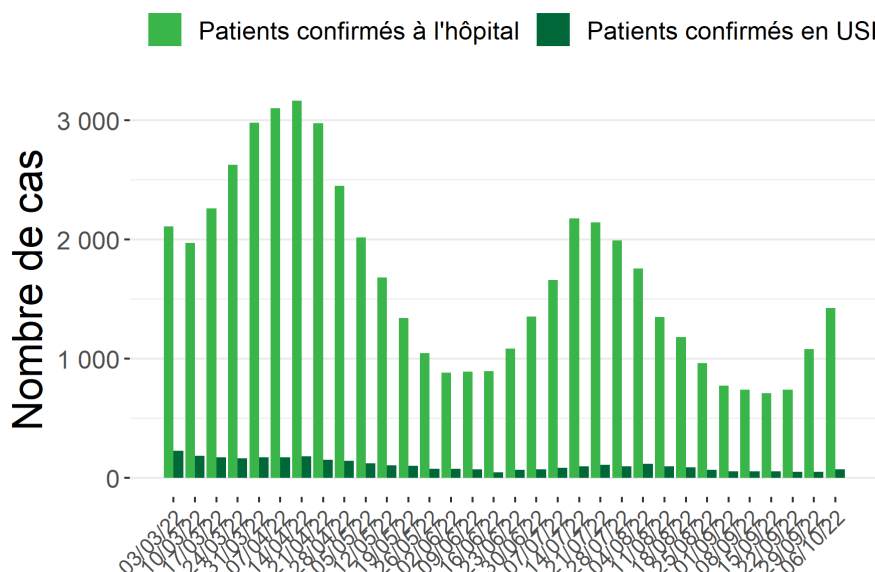
Evolution du nombre d'entrées avec COVID-19 à l'hôpital



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

Le 6 octobre 2022, 1 427 lits d’hôpital dont 74 lits en unité de soins intensifs étaient occupés par des patients COVID-19 confirmés en laboratoire ; 21 patients nécessitaient une assistance respiratoire et 0 une ECMO (Oxygénation par membrane extra-corporelle). Au cours des 7 derniers jours, le nombre total de lits d’hôpital occupés a augmenté de 344, dont 23 lits occupés supplémentaires en soins intensifs.

Evolution du nombre de cas hospitalisés (données rapportées une fois par semaine)



Nombre d’hôpitaux participants : 103 (6 octobre 2022)

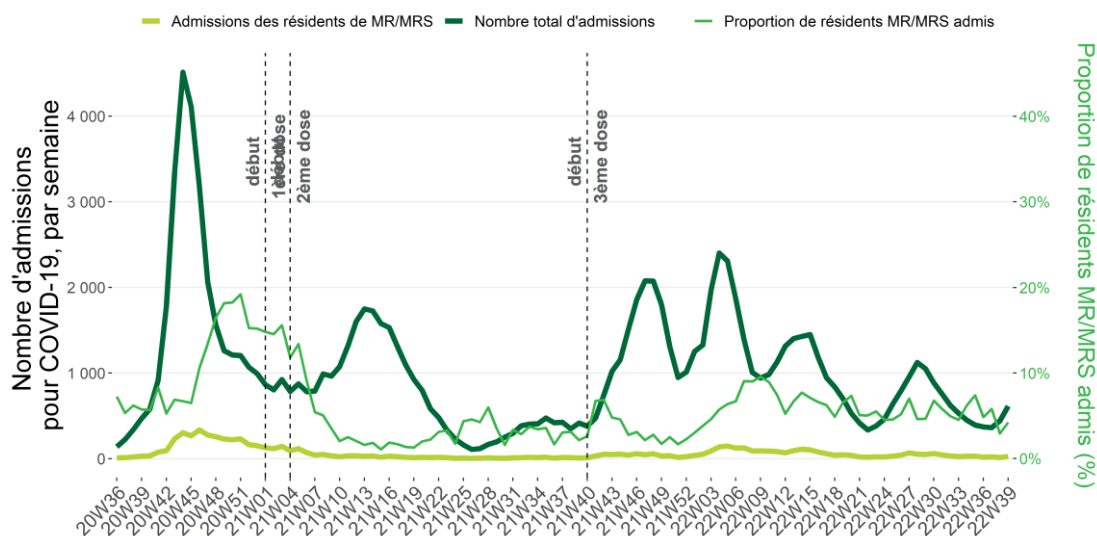
3.5.2. Provenance des patients hospitalisés pour COVID-19

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 patients 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 728 admissions rapportées pour la période du 30 septembre 2022 au 6 octobre 2022, 698 nouvelles admissions ont été rapportées avec une distinction selon la provenance du patient. Pour cette période, 39 (sur les 698) 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

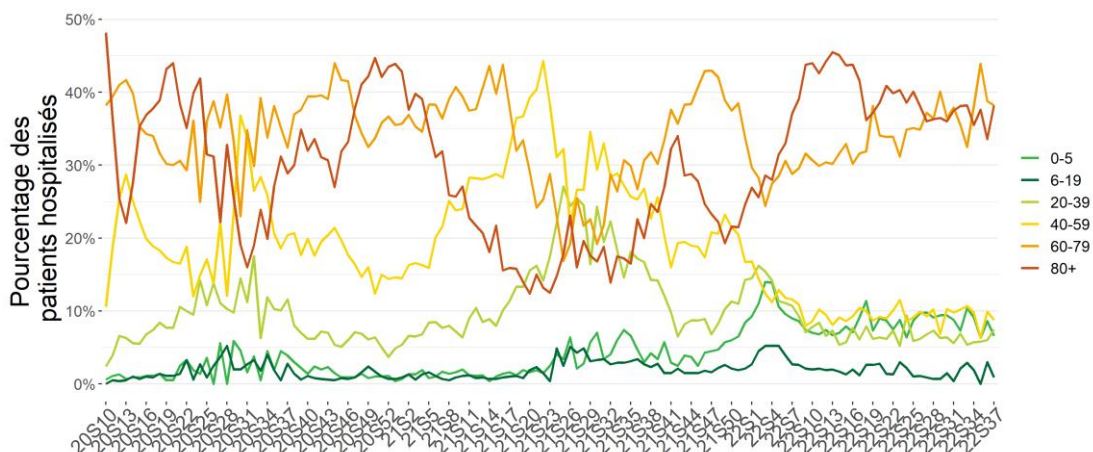
La surveillance clinique des patients COVID-19 hospitalisés permet de suivre l'évolution des caractéristiques des patients admis dans les hôpitaux. Ces données sont représentatives des patients au niveau national. Cependant la surveillance clinique n'est pas exhaustive, et concerne environ 60 % à 70 % 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, 47,9% des patients hospitalisés sont des femmes, 52,1% 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.

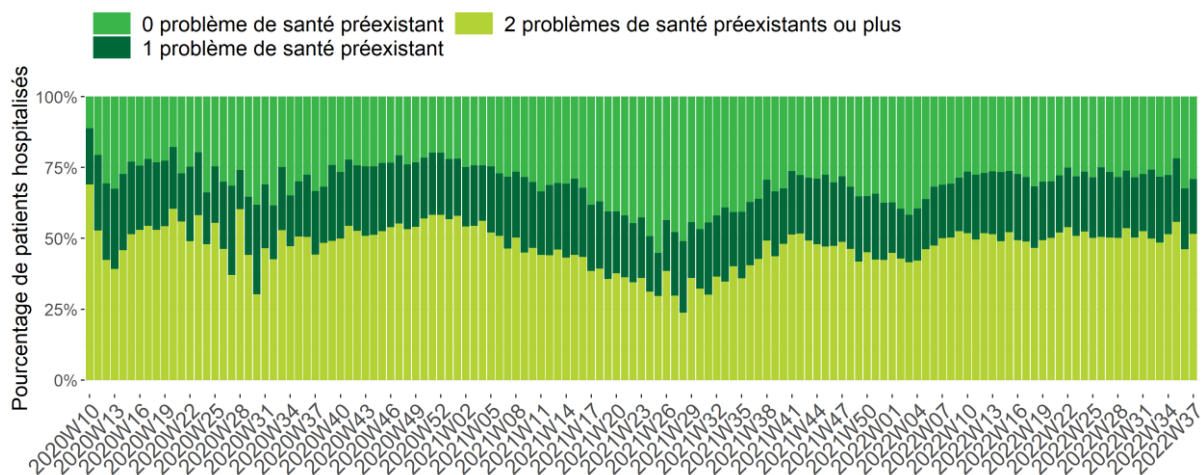
Évolution par semaine de la répartition par âge des patients admis à l'hôpital, jusqu'à la semaine 37
(12/09/22-18/09/22)



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

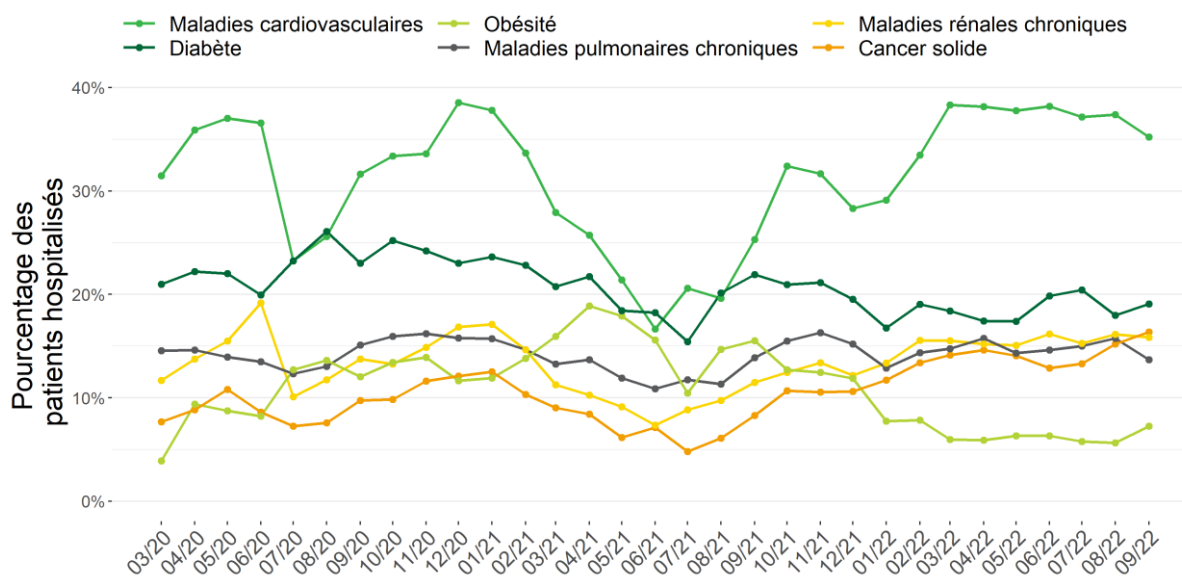
Problèmes de santé préexistants: La figure ci-dessous montre la proportion de patients COVID-19 admis à l'hôpital par semaine qui ne présentent aucun, un ou plusieurs problèmes de santé préexistants.

Evolution par semaine de la proportion de patients présentant ou non des problèmes de santé préexistants, jusqu'à la semaine 37 (12/09/22-18/09/22)



Parmi tous les patients hospitalisés pour COVID-19 depuis le début de l'épidémie, 32,5% avaient une maladie cardiovasculaire, 21,2% le diabète, 14,7% une maladie pulmonaire chronique, 11,0% de l'obésité, 13,6% une maladie rénale chronique et 10,7% 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 6 octobre 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	74	4%
Antwerpen	301	9	3%
Brabant wallon	23	0	0%
Hainaut	259	9	3%
Liège	230	13	6%
Limburg	145	6	4%
Luxembourg	43	1	2%
Namur	97	1	1%
Oost-Vlaanderen	265	7	3%
Vlaams-Brabant	139	8	6%
West-Vlaanderen	221	4	2%
Région bruxelloise	269	16	6%

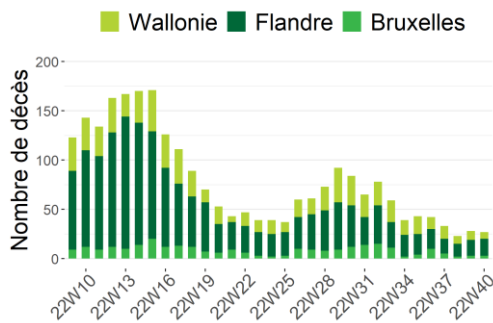
*Nombre total de lits USI accrédités en novembre 2020. Celui-ci comprend à la fois les lits USI mis à disposition des patients COVID-19 et les lits USI disponibles pour les autres patients.

3.6. ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ COVID-19

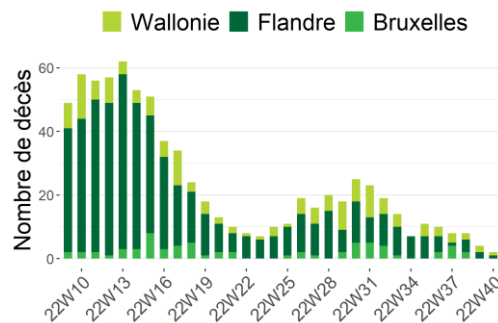
3.6.1. Mortalité par région

Pour la période du 27 septembre 2022 au 3 octobre 2022, 32 décès ont été rapportés, 50% étaient des hommes et 50% des femmes; 17 en Flandre, 11 en Wallonie et 4 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

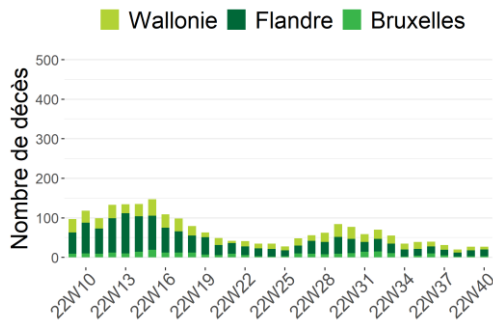


Evolution du nombre de décès COVID-19 parmi les résidents des maisons de repos (tous lieux de décès confondus) par région et par semaine, depuis la semaine 09

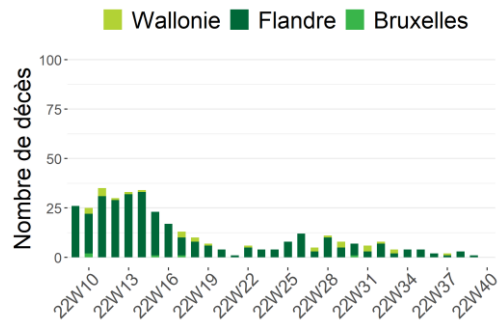


Note : Les données des dernières 72 heures doivent encore être consolidées.

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

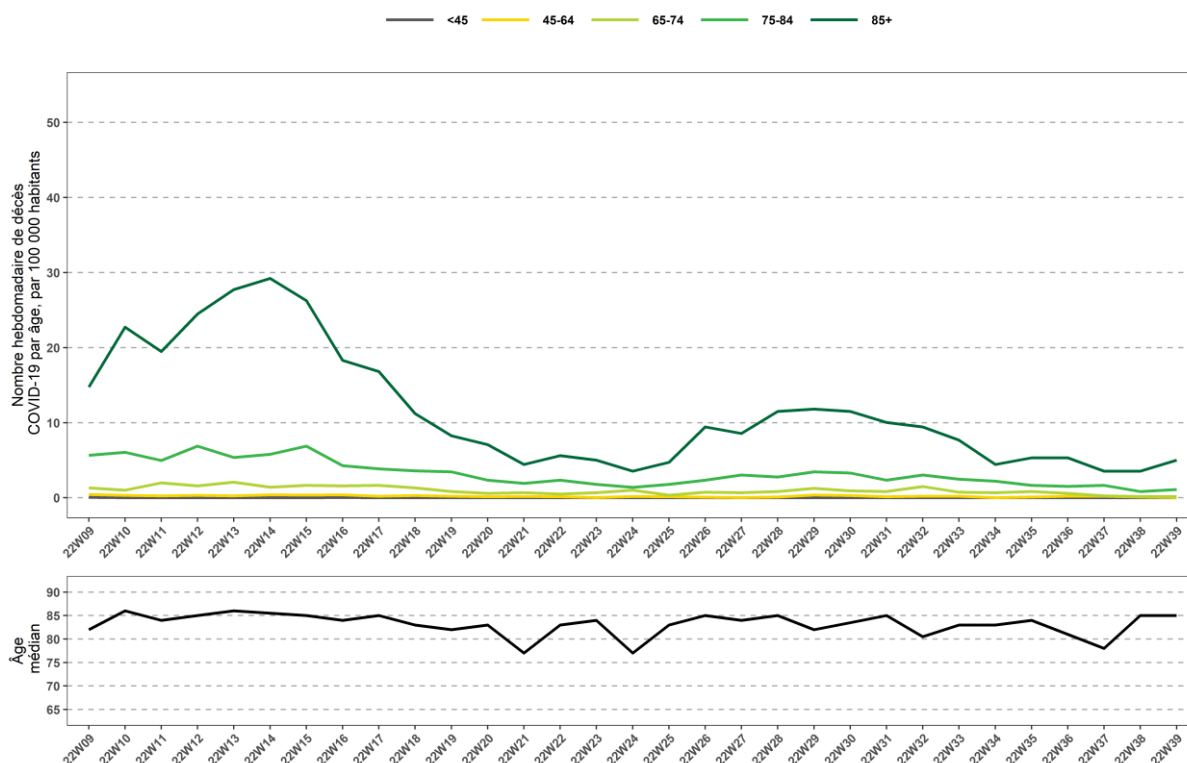


Evolution du nombre de décès COVID-19 en maisons de repos par région et par semaine



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 27 septembre 2022 au 3 octobre 2022

Lieu de décès	Flandre		Bruxelles		Wallonie		Belgique	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hôpital	17	100%	4	100%	11	100%	32	100%
<i>Cas confirmés</i>	17	100%	4	100%	11	100%	32	100%
<i>Cas possibles</i>	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Maison de repos	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<i>Cas confirmés</i>	0	N/A	0	N/A	0	N/A	0	N/A
<i>Cas possibles</i>	0	N/A	0	N/A	0	N/A	0	N/A
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	17	100%	4	100%	11	100%	32	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 27 septembre 2022 au 3 octobre 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 habitants
Antwerpen	1	0,05
Brabant wallon	1	0,24
Hainaut	5	0,37
Liège	6	0,54
Limburg	1	0,11
Luxembourg	0	0,00
Namur	0	0,00
Oost-Vlaanderen	3	0,19
Vlaams-Brabant	6	0,51
West-Vlaanderen	7	0,58
Région bruxelloise	2	0,16

*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)

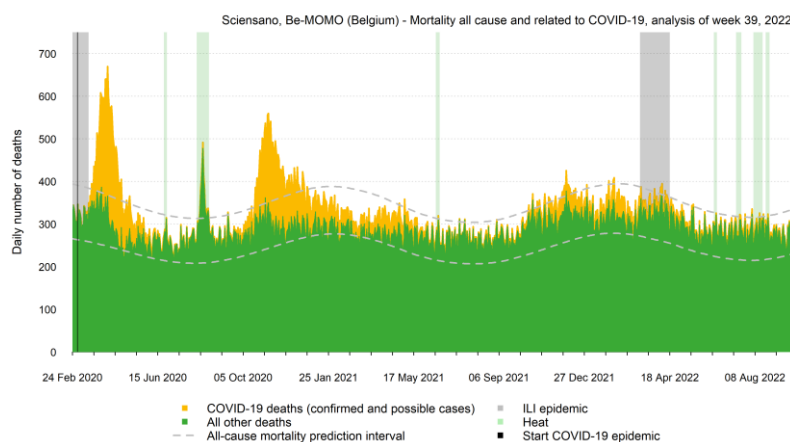
En Belgique, la surveillance de la mortalité (toutes causes confondues), Be-MOMO, est basée sur les données du Registre National. Il y a 2 semaines d'attente nécessaires pour obtenir une exhaustivité de plus de 95 %, les chiffres des dernières semaines sont donc préliminaires. Pour plus d'informations sur Be-MOMO : <https://epistat.sciensano.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 37 (12 septembre 2022) n'a pas présenté de surmortalité statistiquement significative, ni à l'échelle de la Belgique, ni en Flandre ou en Wallonie. Durant la semaine 37, 2% de l'ensemble des décès observés étaient associés à la COVID-19 (2% en Flandre, 2% en Wallonie et 1% à Bruxelles).

Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 25/09/22 (sur base des données collectées jusqu'au 01/10/22), Belgique

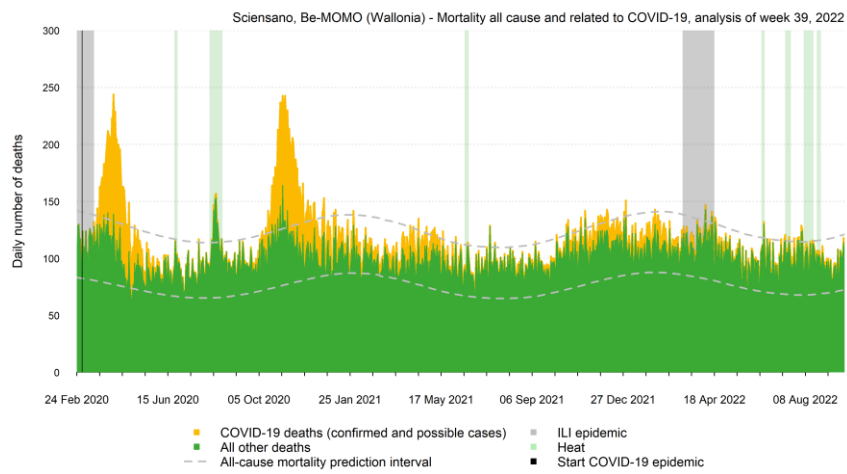


Comment lire ce graphique ? Quand le nombre de décès par jour dépasse les limites supérieures ou inférieures des décès prévus par la modélisation (lignes pointillées grises), il y a une surmortalité ou une sous-mortalité statistiquement significative. La zone orange représente le nombre de décès lié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

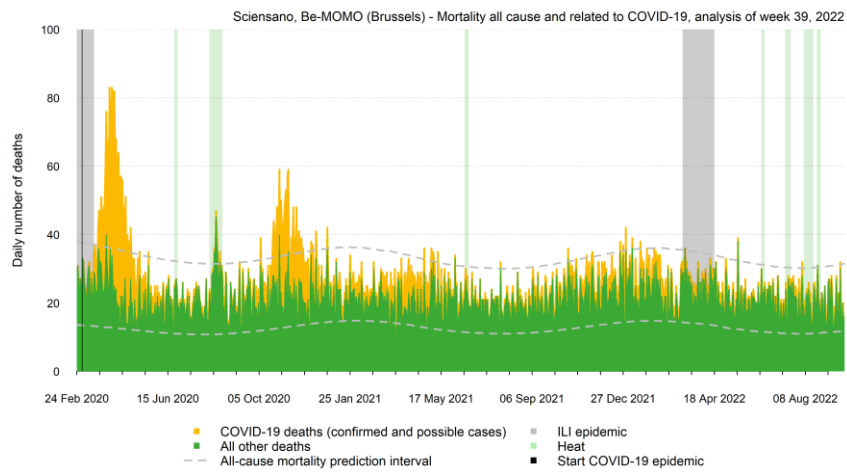
Nombre de décès toutes causes confondues par semaine (Belgique)

Semaine	Date du lundi	Nombre de décès observés	Nombre de décès attendus (Be-MOMO)	Nombre de décès supplémentaires	Nombre de jours avec surmortalité	Excès de mortalité (%)	Taux brut de mortalité (100 000 habitants)
2022-W34	22/08/2022	2 043	1 869	174	1	9,3	17,6
2022-W35	29/08/2022	1 958	1 883	75	0	4,0	16,9
2022-W36	5/9/2022	1 955	1 901	54	0	2,8	16,8
2022-W37	12/9/2022	1 876	1 923	-47	0	-2,5	16,1

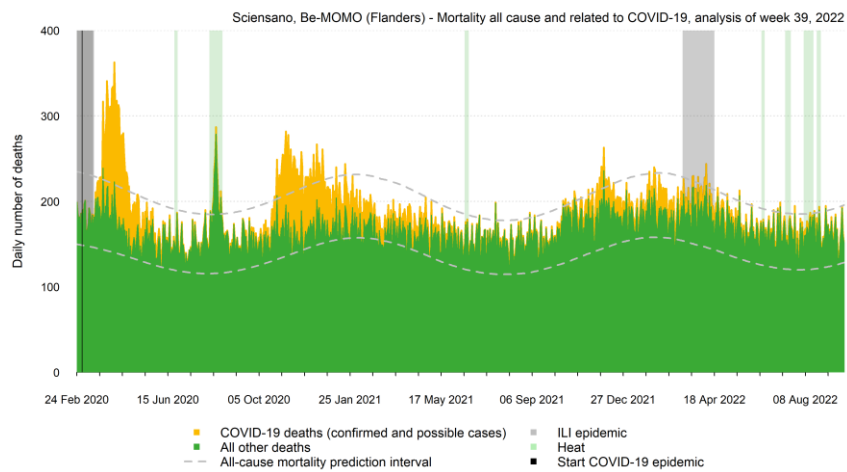
Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 25/09/22 (sur base des données collectées jusqu'au 01/10/22), Wallonie



Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 25/09/22 (sur base des données collectées jusqu'au 01/10/22), Bruxelles



Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 25/09/22 (sur base des données collectées jusqu'au 01/10/22), Flandre



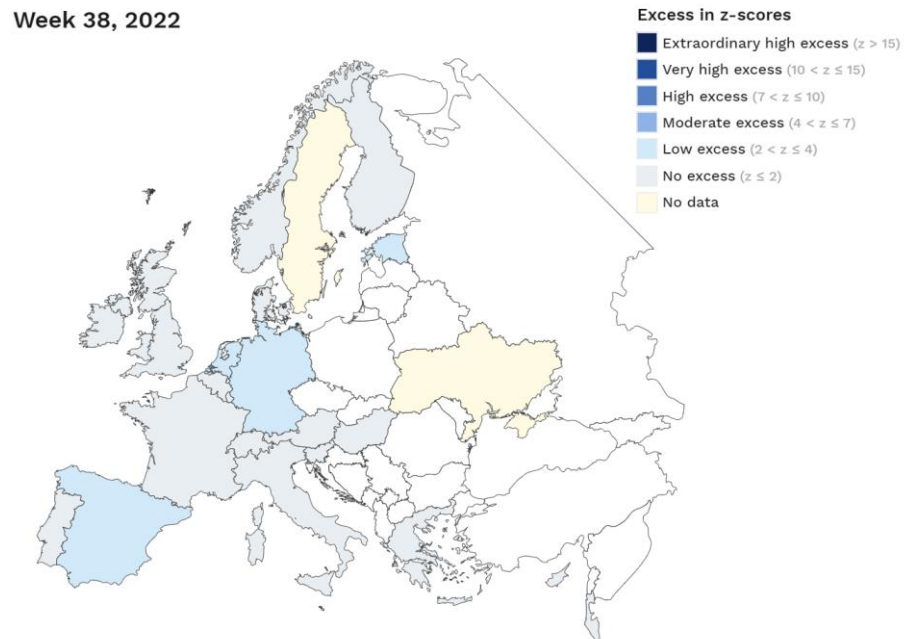
La surmortalité durant l'épidémie de COVID-19

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 38 (du 19/09/22 au 25/09/22)



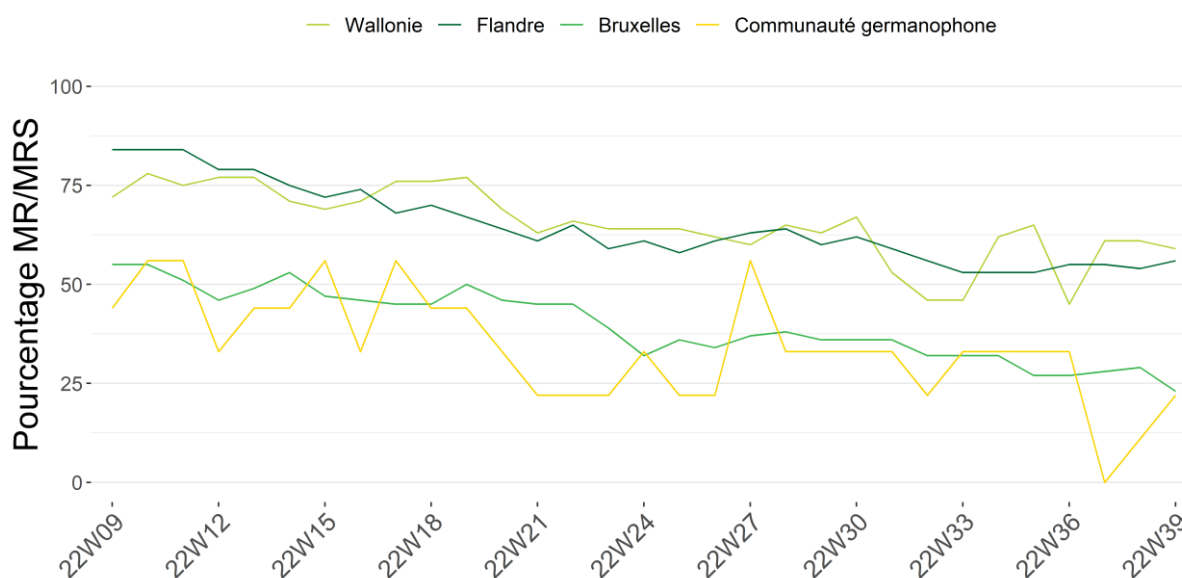
Week of study: 40, 2022. Must be interpreted with caution as adjustments for delayed registrations may be imprecise.

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 28/09/22 au 04/10/22 (inclus), est de 56 % en Flandre, 59 % en Wallonie, 23 % à Bruxelles et 22 % en Communauté germanophone.

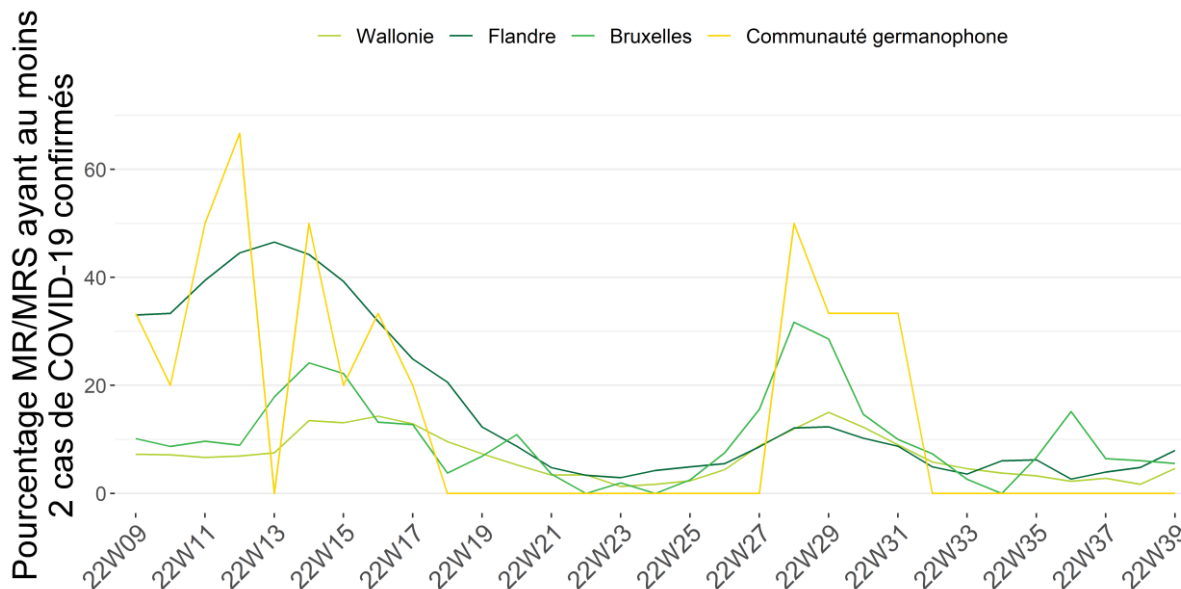
Pourcentage de MR/MRS ayant envoyé leurs données au moins une fois au cours de la semaine concernée (du mercredi au mardi), depuis la semaine 09*



*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 28 février 2022.

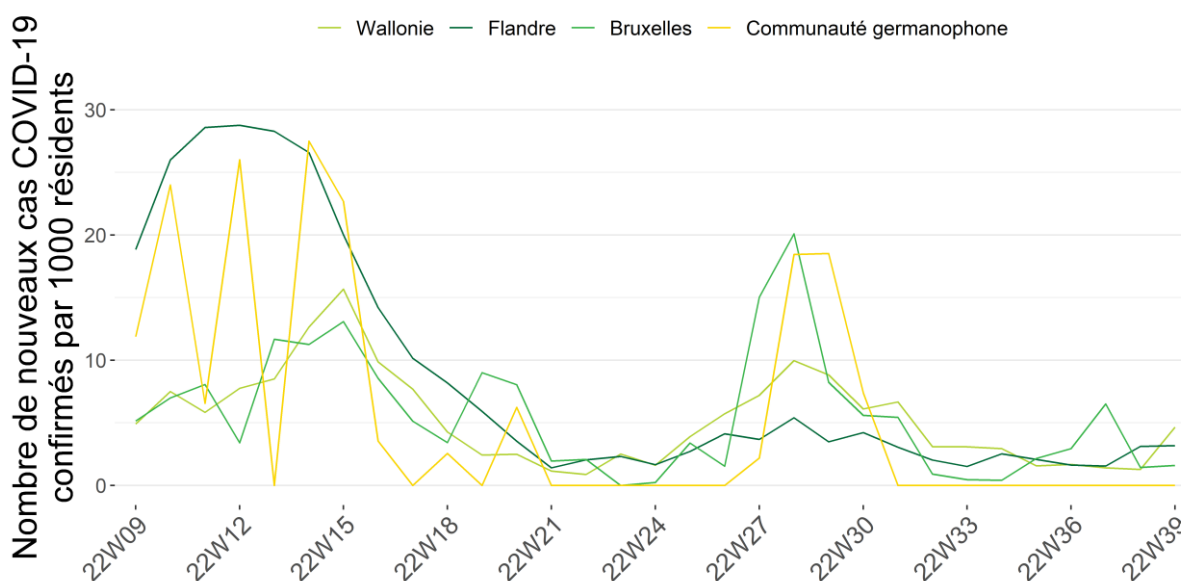
Pourcentage de MR/MRS ayant rapporté au moins 2 cas COVID-19 confirmés (le mardi), depuis la semaine 09*



*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.

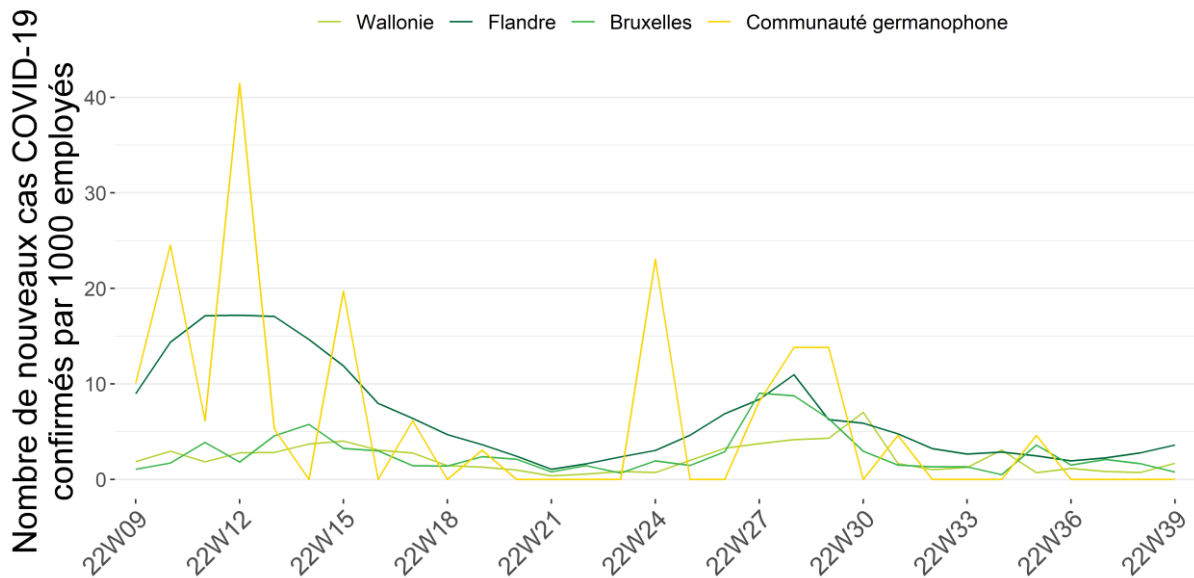
Incidence par semaine des cas COVID-19 confirmés en MR/MRS belges pour 1 000 résidents, par région/communauté, depuis la semaine 09.*



*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.

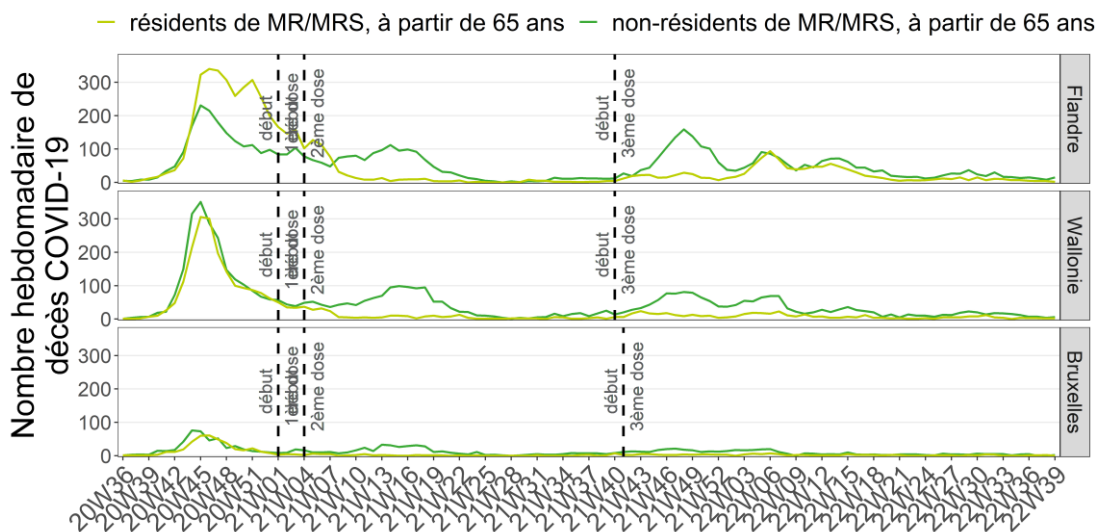
Incidence par semaine des cas COVID-19 confirmés parmi le personnel des MR/MRS belges pour 1 000 employés, par région/communauté, depuis la semaine 09*.



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

Entre 27 septembre 2022 et 3 octobre 2022, 2 résidents de MR/MRS sont décédés du COVID-19, dont 0 en MR/MRS (0 en Flandre, 0 à Bruxelles, 0 en Wallonie), 2 à l'hôpital (0 en Flandre, 0 à Bruxelles, 2 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 6%.

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 lieu de décès et par région pour la période du 28/02/22 au 02/10/22

Lieu de décès	Wallonia		Flandres		Bruxelles		Belgique	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hôpital	117	80	224	41	62	93	403	53
Maisons de repos	30	20	322	59	5	7	357	47
TOTAL	147	100	546	100	67	100	760	100

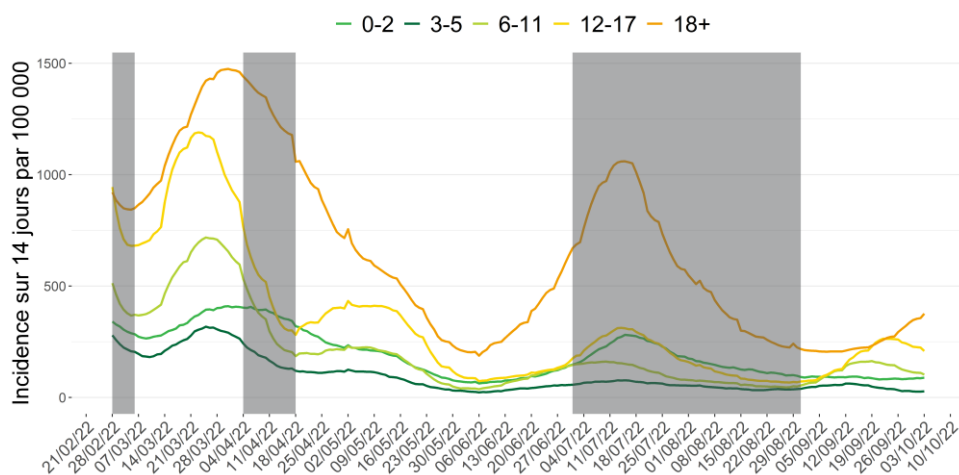
3.9. SITUATION COVID-19 POUR LES ENFANTS

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

Les graphiques utilisés dans cette section sont produits à partir de la surveillance des laboratoires cliniques qui rapportent tous les tests analysés par âge.

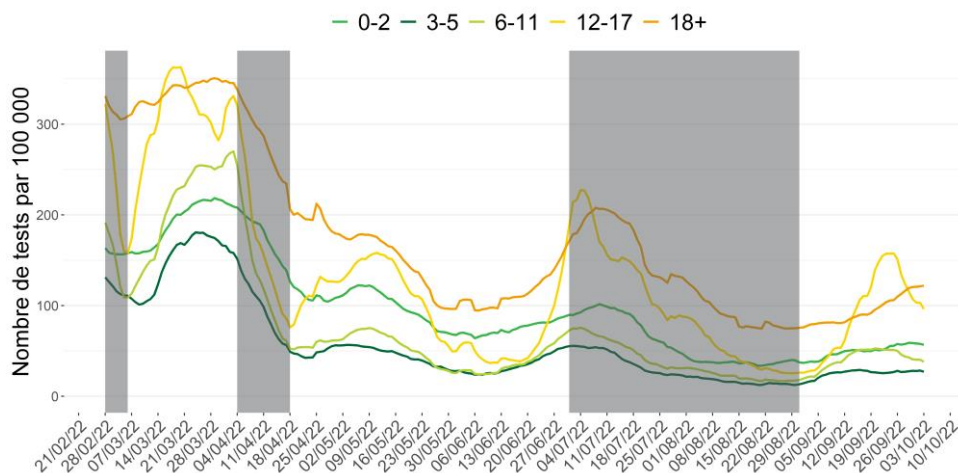
L'évolution du nombre de cas confirmés est calculée à partir des résultats de tests rapportés par les laboratoires. Le nombre de tests effectués (positifs et négatifs) permet d'interpréter l'évolution de l'incidence par tranche d'âge dans le contexte des changements de stratégie de testing. Les groupes 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, 28/02/22 (semaine 09) au 02/10/22 (semaine 39), 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, 28/02/22 (semaine 09) au 02/10/22 (semaine 39), Belgique.



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

3.10. SURVEILLANCE BASÉE SUR LES EAUX USÉES

La surveillance de la circulation du SARS-CoV-2 via les eaux usées a démarré en septembre 2020. Depuis cette date, la concentration de SARS-CoV-2 à l'entrée de 42 stations d'épuration est mesurée deux fois par semaine. Le suivi de l'évolution de la quantité de SARS-CoV-2 excrétée par les patients infectés permet de détecter une résurgence de circulation ainsi que l'atteinte de la circulation maximale lors d'une vague. Cette surveillance est considérée comme complémentaire à la surveillance basée sur les cas.

Les stations d'épuration suivies, ainsi que leur couverture géographique et de population, peuvent être consultées en ligne sur [le Dashboard COVID-19 de Sciensano](#). Au total, cette surveillance couvre 45 % de la population en Belgique, avec une couverture plus importante pour les zones citadines, telles que les régions autour de Bruxelles, Gand, Anvers, Liège et Charleroi.

La présente surveillance est basée sur trois indicateurs d'alertes :

- L'indicateur nommé « Haute circulation » indique les zones de circulation élevée du virus pour la semaine en cours. Cela correspond à une situation où la charge virale surpasse la moitié de la valeur la plus haute enregistrée durant la 5ème vague, qui a débuté le 27 décembre 2021. Plus d'information sur les dates des vagues peut être consulté en ligne dans la [FAQ](#) .
- L'indicateur « Augmentation rapide » indique les zones dans lesquelles la circulation virale a augmenté rapidement par rapport à la semaine précédente, avec une pente de plus de 70 %.
- Enfin, l'indicateur « Tendence à la hausse » indique les zones où les charges virales sont en hausse depuis plus de six jours.

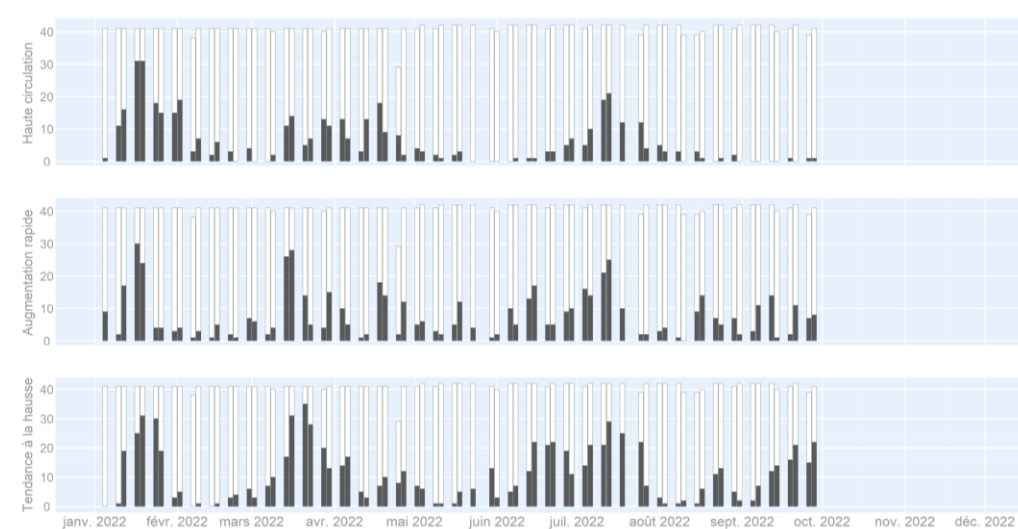
Généralement, lorsque les charges virales dans les eaux usées commencent à augmenter dans une région, l'indicateur « Tendence à la hausse » sera le premier à devenir positif. Si les charges virales augmentent rapidement, l'indicateur « Augmentation rapide » sera alors positif. Enfin, l'indicateur « Haute circulation » deviendra positif si les charges virales atteignent des niveaux équivalents à la moitié de ceux enregistrés lors de la 5ème vague.

Les derniers résultats mesurés le 28/09/2022 durant la semaine 38 indiquent que:

- Au niveau national: Depuis le 30 août 2022, le nombre de zones en Tendence à la Hausse est en hausse, avec plus de la moitié des zones positives. L'indicateur Haute Circulation reste à un niveau faible avec moins de 5 zones positives. Dans l'ensemble, les charges virales sont en augmentation constante depuis 5 semaines.
- Au niveau régional: L'indicateur Tendence à la Hausse est positif dans les trois régions.

La Figure ci-dessous présente l'évolution de la somme du nombre de stations positives pour chaque indicateur. Cela permet d'avoir une vue dynamique de l'évolution des indicateurs d'alerte au niveau national.

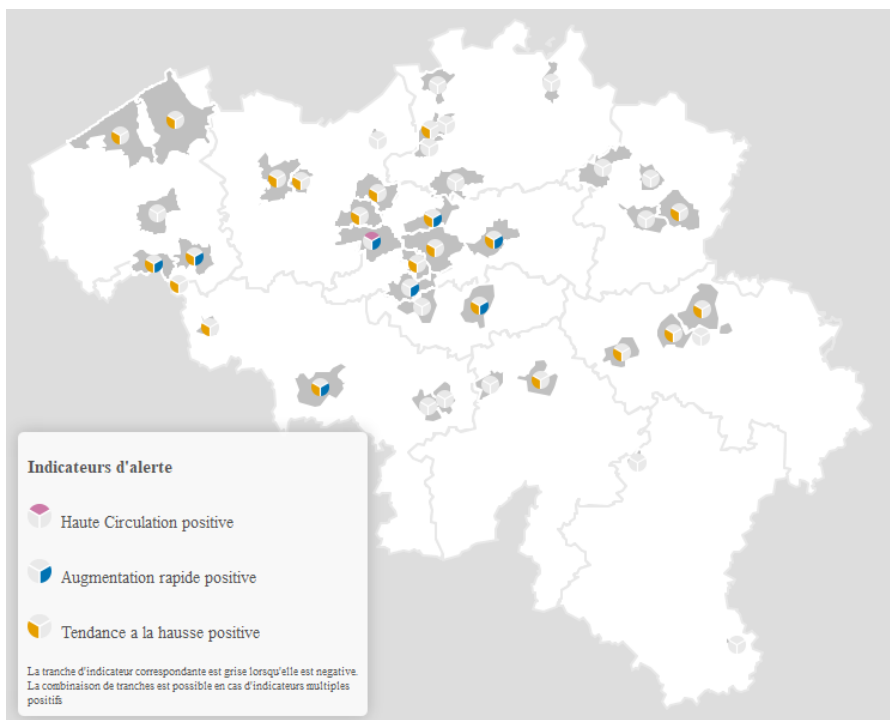
Nombre de zones couvertes par les stations d'épuration des eaux usées présentant des indicateurs d'alerte positifs.



Les barres noires représentent le nombre de stations positives pour chaque indicateur, les barres blanches représentent le nombre total de zones considérées chaque semaine dans la surveillance des eaux usées.

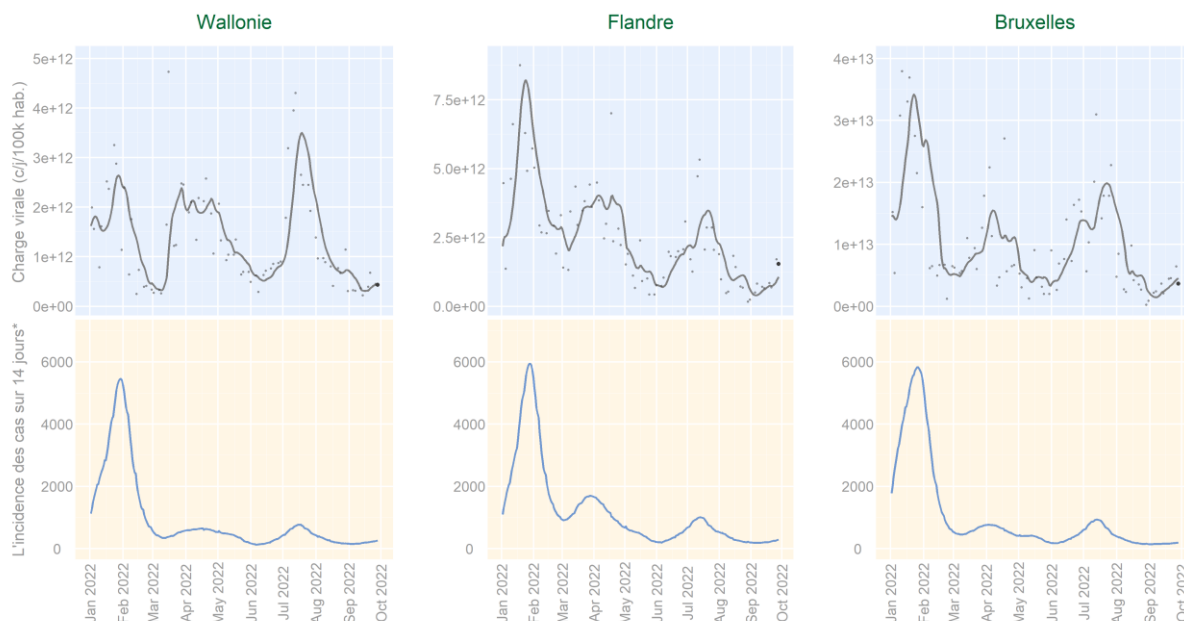
La figure ci-dessous, présente une représentation géographique des trois indicateurs pour chaque zone couverte par la surveillance. La positivité des indicateurs « Haute circulation », « Augmentation rapide » et « Tendance à la hausse » est indiquée par un quartier rose, bleu et orange, respectivement.

Représentation géographique des indicateurs pour les zones couvertes par la surveillance.



Les charges virales mesurées dans chaque région sont présentées sur les figures ci-dessous, avec en parallèle l'incidence sur 14 jours pour le nombre de cas.

Charge virale de SARS-CoV-2 et incidence des cas sur 14 jours dans la population couverte par la surveillance des eaux usées.



* moyenne mobile sur 14 jours du nombre de copies de SARS CoV-2 par jour et par 100 000 habitants. Les résultats des tests PCR sont exprimés en copies du virus par ml. En prenant en compte le débit à l'entrée des stations d'épuration et la population qu'elles représentent, les résultats peuvent être exprimés en copies du virus par jour et par 100 000 habitants.

Les indicateurs d'alerte pour chaque région sont repris dans le tableau ci-dessous.

Indicateurs d'alerte positifs (1) ou non (0) par région.

Régions	Couverture de la population	Haute Circulat.	Augment. Rapide	Tendance à la Hausse	Charge virale normalisée (%) ¹	Charge virale moyenne ²	Évolution de la charge virale (%/semaine) ³	Jours d'augment. ⁴
Bruxelles	100%	0	0	1	7	3.60	14	18
Flandre	41%	0	0	1	15	1.50	58	9
Wallonie	31%	0	0	1	11	0.43	35	8

¹ : la charge virale, normalisée par rapport à la charge virale maximale mesurée dans la zone correspondante durant la cinquième vague (27 décembre 2021 – 27 février 2022).

² : la charge virale calculée sur la réplique des trois fragments de gènes ciblés (N1, N2 et E). La charge virale est exprimée en 10¹² copies/jour/100 000 habitants.

³ : la pente (%/semaine) de la moyenne mobile des 7 derniers jours de la charge virale (si la concentration correspondante est supérieure à la limite de quantification estimée).

⁴ : le nombre cumulé de jours d'augmentation de la moyenne mobile des 14 derniers jours de la charge virale.

Plus d'informations sur la méthodologie et l'analyse des résultats peuvent être obtenus dans [le dernier rapport hebdomadaire](#) de la surveillance du SARS-CoV-2 dans les eaux usées ainsi que dans le document sur la [méthodologie](#), accessibles en ligne sur le site de Sciensano.

3.11. SURVEILLANCE PAR DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

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

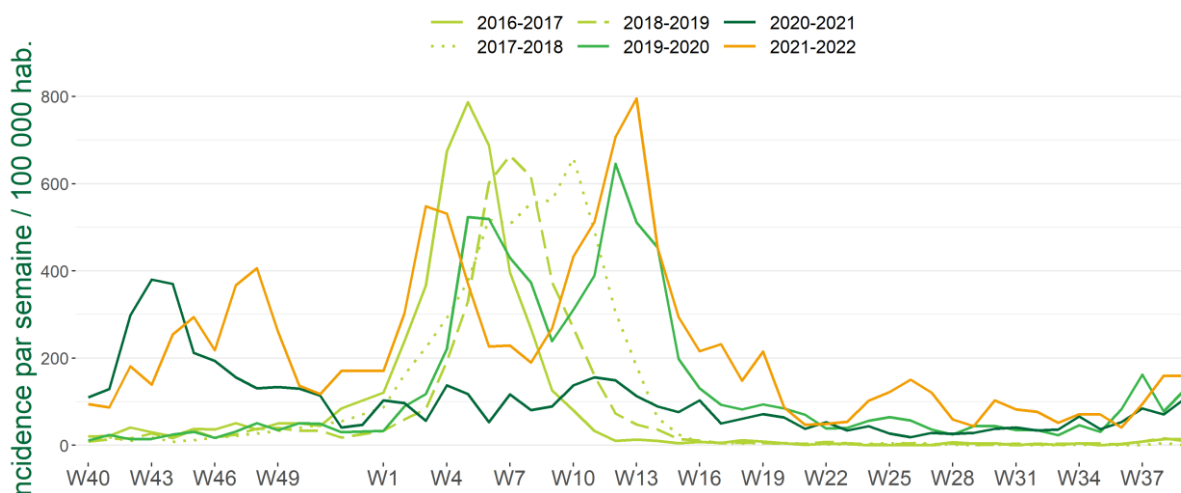
Le réseau sentinelle des médecins généralistes enregistre en continu les consultations en médecine générale pour les syndromes grippaux et les infections aiguës des voies respiratoires. Etant donné que ces symptômes peuvent être causés par des pathogènes différents du virus de la grippe, des échantillons 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 26 septembre 2022 au 2 octobre 2022, l'incidence des consultations d'un généraliste pour des symptômes grippaux est restée stable à 159 consultations pour 100000 habitants.

Symptômes de la grippe: Incidence des consultations chez le généraliste

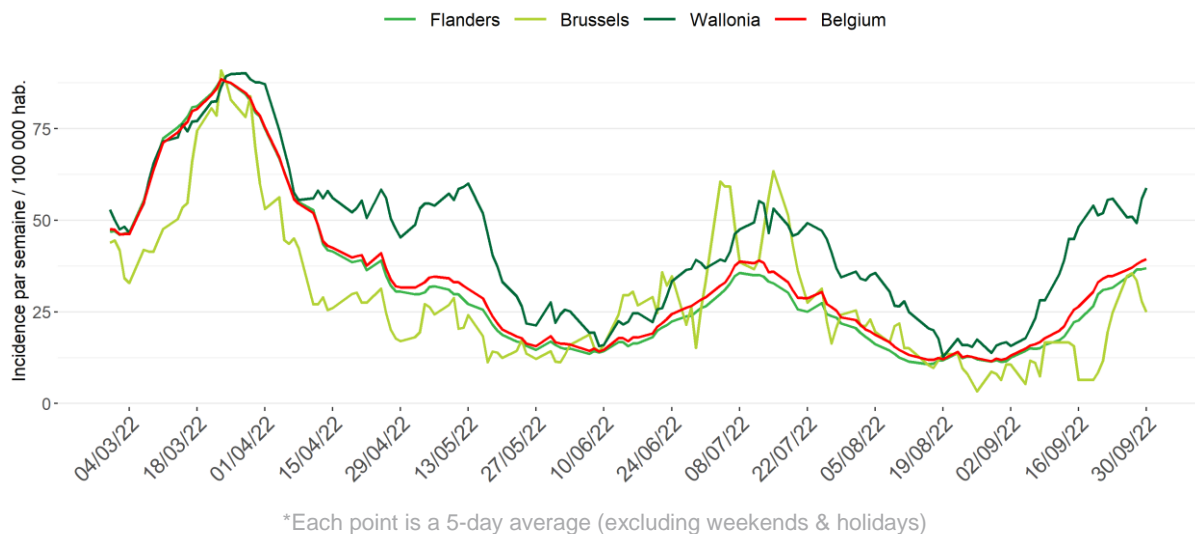


3.11.2. Enregistrement des patients avec suspicion de COVID-19 dans le baromètre des médecins généralistes

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 a encore légèrement augmenté en semaine 39, avec une moyenne nationale de 39 contacts pour 100 000 habitants par jour, comparé à 36/100 000 la semaine précédente. 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



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 5 octobre 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.

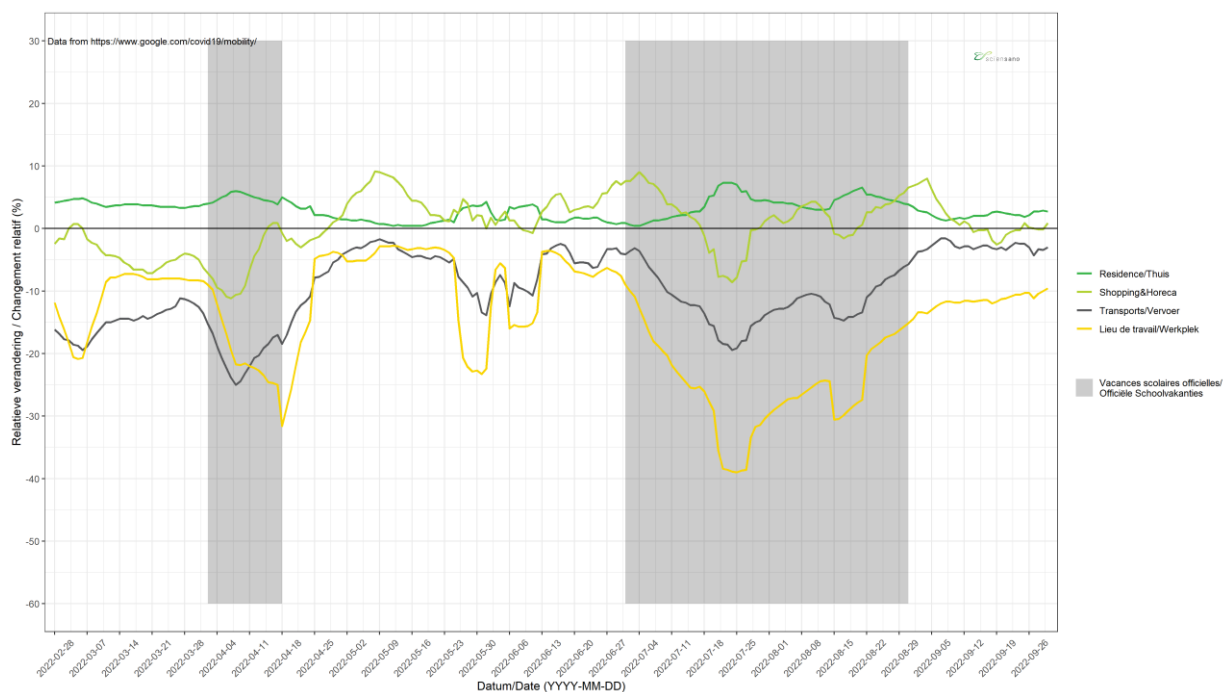
Les données sur la mobilité de la communauté donnent un aperçu de la mobilité dans une région ou un pays. Il s'agit de bases de données agrégées et anonymisées provenant des nombreux utilisateurs qui partagent leur localisation avec Google. Celles-ci n'incluent donc pas les données pour l'ensemble de 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 & loisirs⁵ 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 28 février 2022, 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)

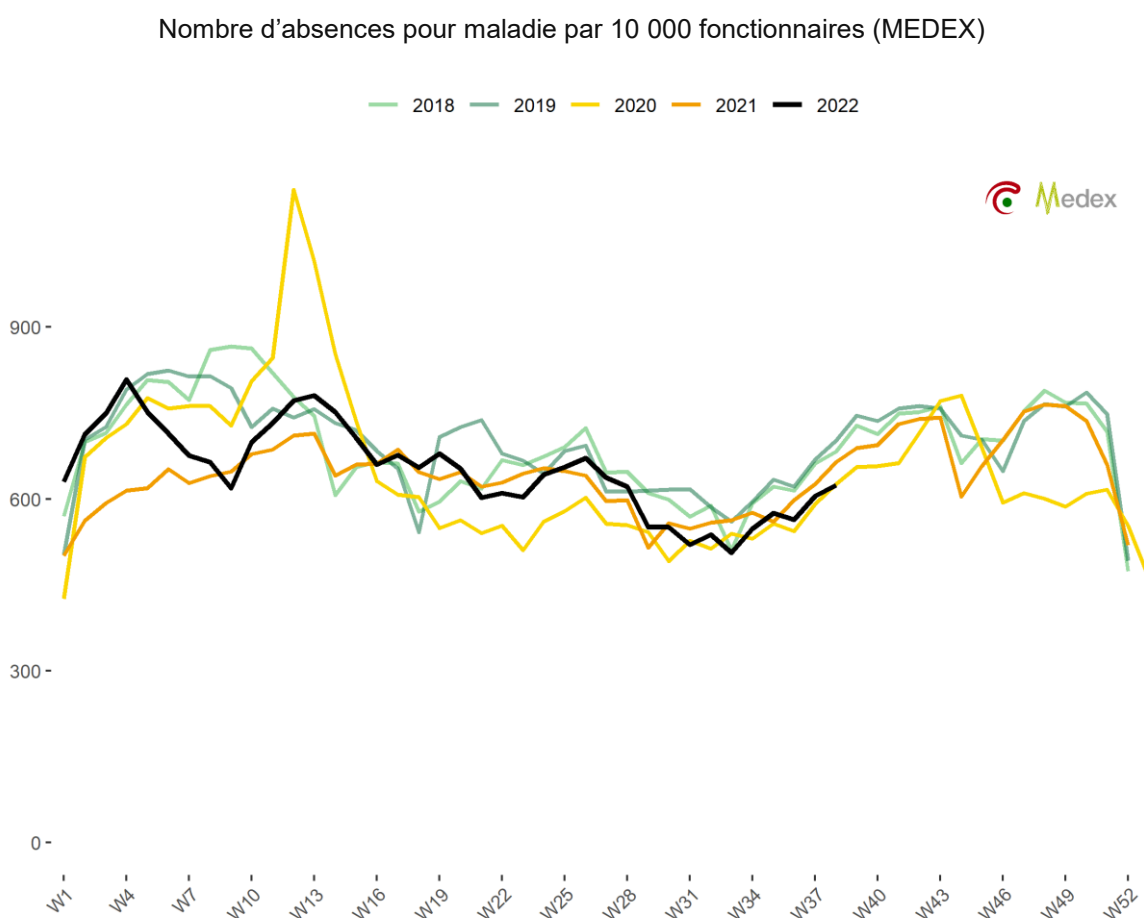


⁵ des lieux comme les restaurants, les cafés, les centres commerciaux, les parcs à thème, les musées, les bibliothèques et les cinémas

3.13. 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.

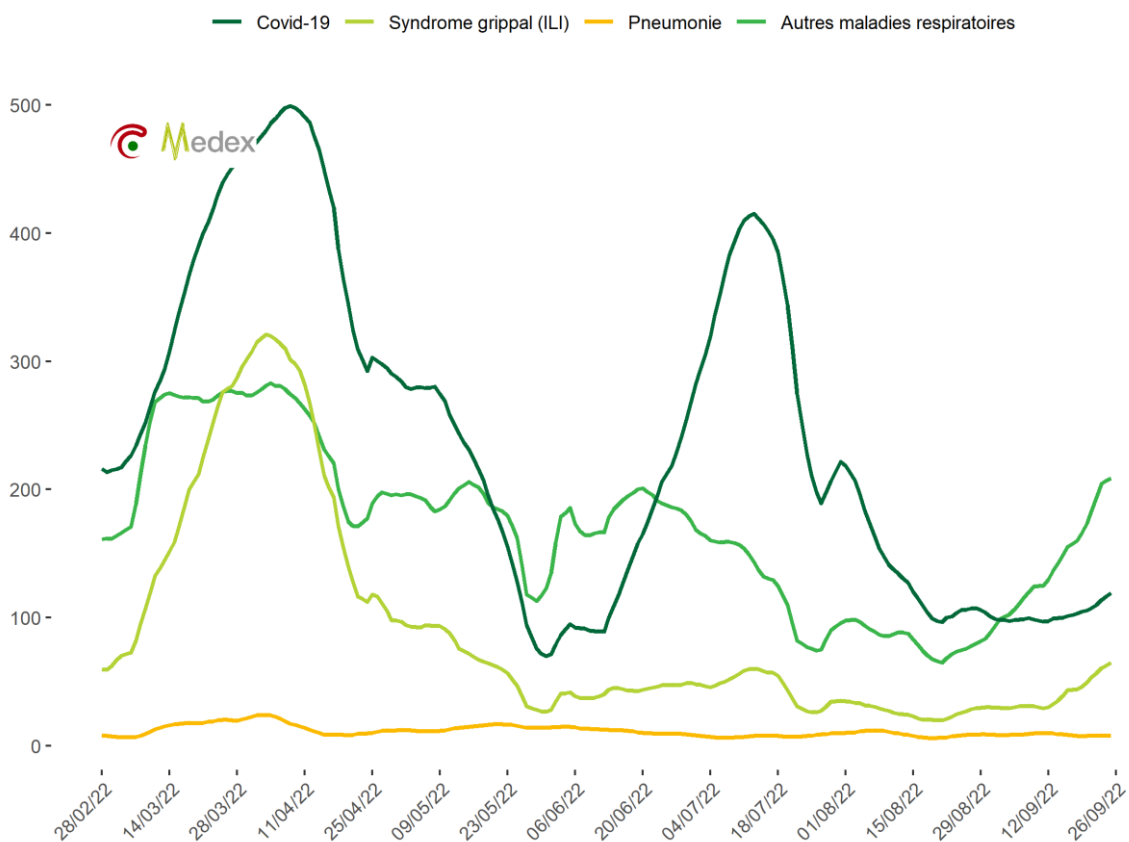
La figure ci-dessous montre les absences journalières pour maladie chez ces fonctionnaires par rapport aux années précédentes.



Les dénominateurs par an sont basés sur le nombre de fonctionnaires enregistrés auprès de Medex au 1er janvier de l'année concernée. Source: [MEDEX](https://www.meDEX.be)

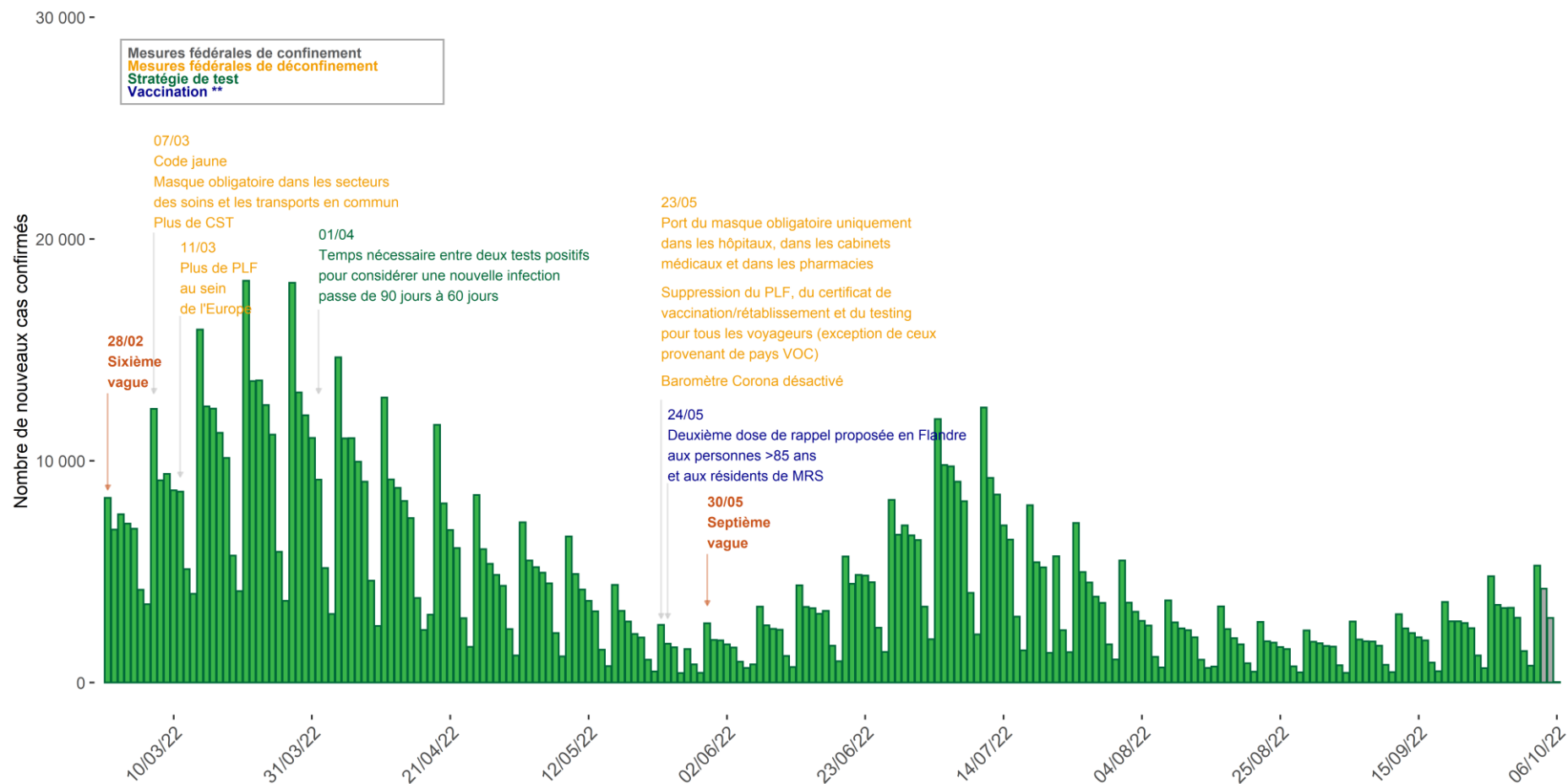
Le diagnostic apposé par le médecin est disponible sur le certificat MEDEX d'incapacité de travail. Ces données sont regroupées sur base des codes ICD 9 (Nomenclature OMS) et de texte libre. La figure ci-dessous indique le nombre de fonctionnaires atteint de maladie respiratoire, par diagnostic mentionné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

Nombre de fonctionnaires malades (MEDEX), par diagnostic (maladies respiratoires uniquement) mentionné sur le certificat, évolution journalière depuis le 28/02/22



Source: [MEDEX](#)

3.14. 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 sixième vague, c'est-à-dire à partir du 28 février 2022. 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 différents 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 permet 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.

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

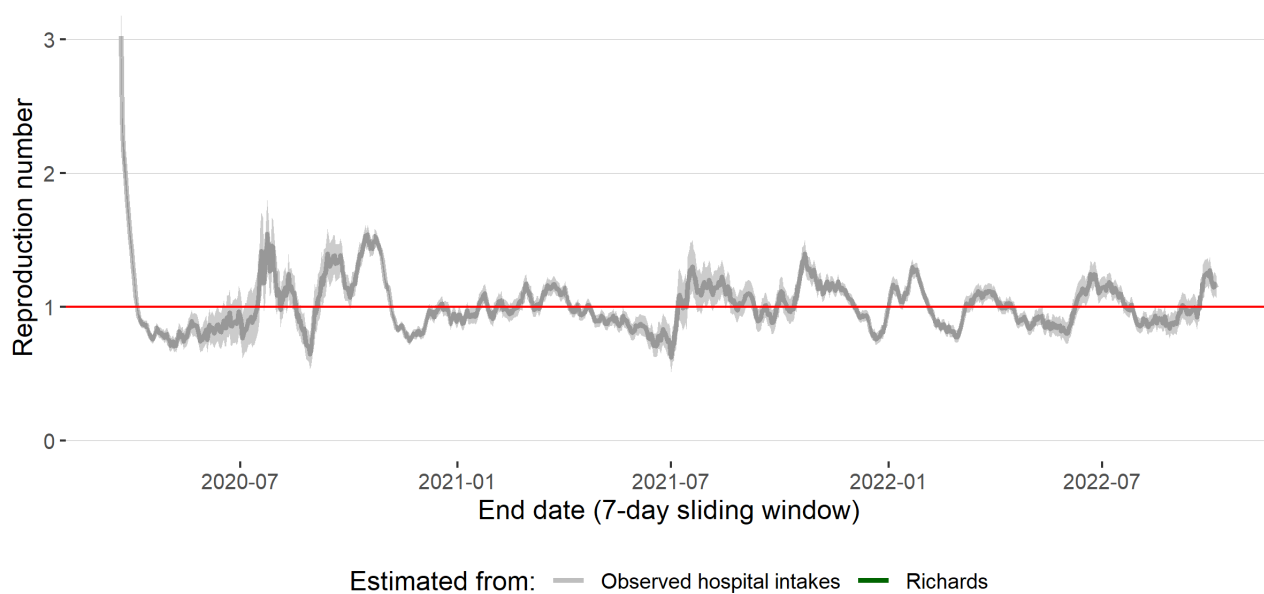
4. Modélisation

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 %
R_t (30/09/22 au 06/10/22)	1,143	1,062-1,228

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	1,100	1,085	1,115
Antwerpen	1,077	1,042	1,113
Brabant wallon	1,075	1,004	1,149
Hainaut	1,113	1,065	1,161
Liège*	1,064	1,013	1,116
Limburg	1,148	1,096	1,201
Luxembourg	1,059	0,985	1,136
Namur	1,133	1,070	1,197
Oost-Vlaanderen	1,179	1,136	1,223
Vlaams-Brabant	1,107	1,063	1,152
West-Vlaanderen	1,038	0,992	1,085
Région bruxelloise	1,059	1,005	1,115
Deutschsprachige Gemeinschaft	1,238	1,088	1,397

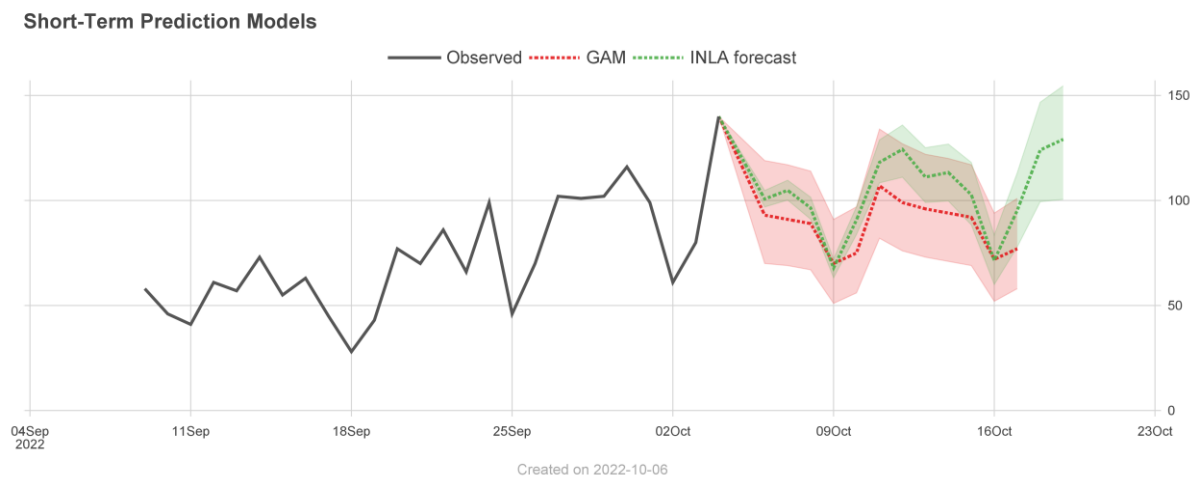
*Les estimations pour la province de Liège incluent les valeurs de la Communauté germanophone

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 complètent 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.



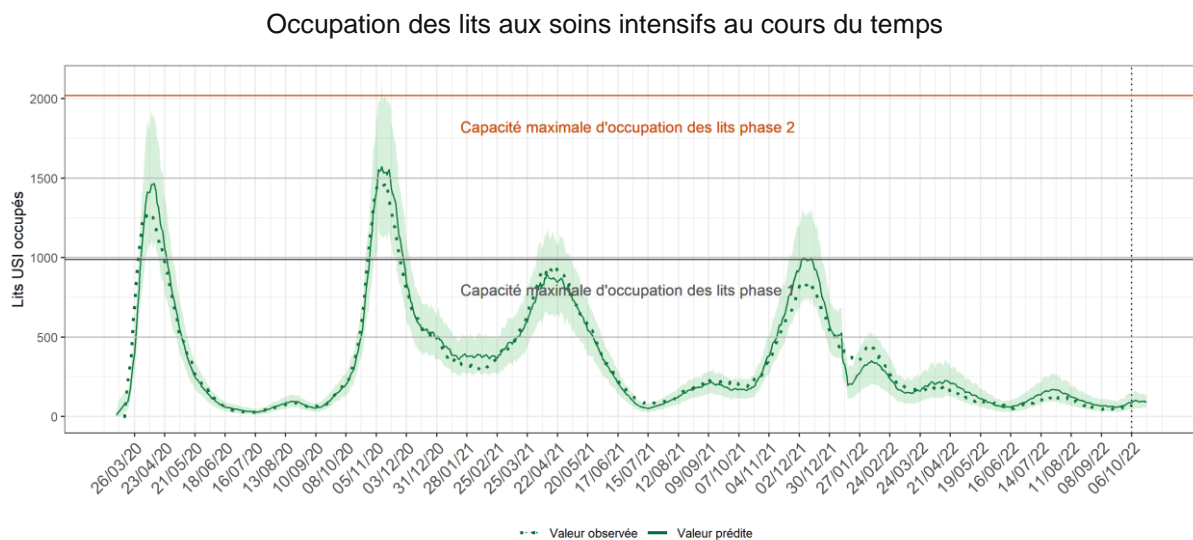
Une note explicative sur les modèles de prédiction utilisés ci-dessus est disponible via [ce lien](#).

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).



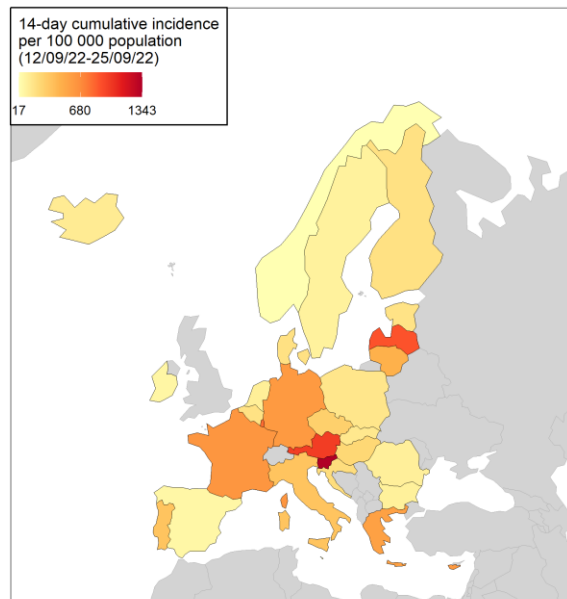
Les prévisions et leur intervalle de confiance à 95% pour le nombre de lits en soins intensifs occupés sont présentés ci-dessous pour les 14 jours à venir. Un éventuel dépassement de la capacité de l'USI est présenté en rouge.

Date	Valeur observée	Valeur prédite	2,5% IC	97,5% IC
2022-10-05	64	87	44	138
2022-10-06	74	85	45	136
2022-10-07		94	50	149
2022-10-08		98	52	155
2022-10-09		101	52	161
2022-10-13		92	53	144

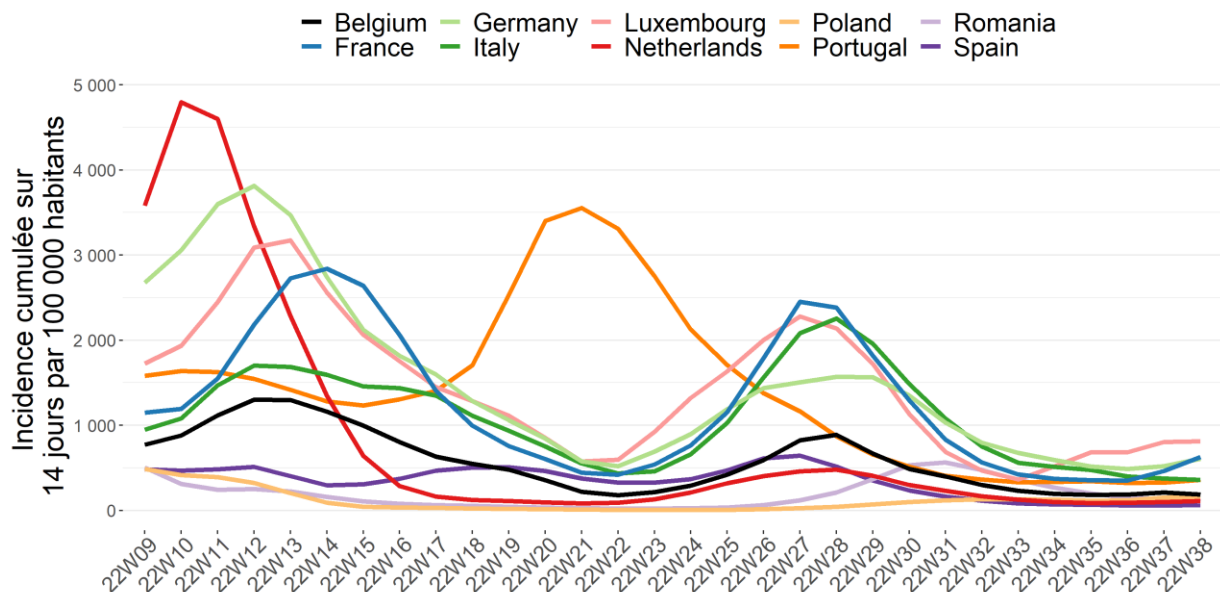
5. Situation épidémiologique en Europe

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 (12/09/22 - 25/09/22)



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 (12/09/22-25/09/22)	Incidence/100 000 for the last 2 weeks (12/09/22-25/09/22)
Slovenia	1 171 695	28 317	1 343
Austria	5 082 428	88 470	990
Latvia	921 950	16 838	889
Luxembourg	332 411	5 150	811
Liechtenstein	19 454	250	640
France	35 216 365	424 021	627
Germany	32 984 156	504 624	607
Cyprus	NA	5 414	604
Greece	4 527 171	60 334	565
Lithuania	1 473 633	13 066	467
Portugal	5 480 344	37 115	360
Italy	22 435 670	211 832	358
Czechia	4 088 996	30 930	289
Hungary	2 094 223	23 699	244
Croatia	1 229 014	8 558	212
Denmark	3 182 330	11 232	192
Finland	1 287 044	10 589	191
Belgium	4 519 276	21 560	186
Estonia	584 186	2 377	179
Poland	6 282 312	60 802	161
Slovakia	2 363 414	8 058	148
Iceland	211 942	489	133
Netherlands	8 418 533	19 507	112
Romania	3 261 788	20 570	107
Bulgaria	1 244 488	6 916	100
Sweden	2 585 073	9 647	93
Ireland	1 639 972	3 449	69
Spain	13 473 323	29 386	62
Malta	114 566	305	59
Norway	1 462 004	928	17

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	5/9-11/9	12/9-18/9	19/9-25/9	26/9-2/10
Indicateurs d'intensité				
Moyenne journalière de nouveaux cas ^(a)	1 619	1 871	2 308	2 876
Temps de doublement ^(b)	59	34	23	22
Taux de reproduction ^(c)	1,033	1,067	1,119	1,104
Nombre de tests effectués pour 100 000 hab.	517	604	718	773
Taux de positivité ^(a)	20,2%	19,7%	20,3%	23,3%
Incidence sur 14 jours des cas confirmés pour 100 000 hab. ^(d)	188	211	253	313
Indicateurs de sévérité				
Moyenne journalière de nouvelles admissions à l'hôpital de patients COVID-19 ^(a)	56	55	70	93
Incidence sur 7 jours des hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 hab. ^(d)	3,40	3,30	4,20	5,62
Nombre de lits d'hôpital occupés par des patients COVID-19 ^(e)	688	663	847	1 233
Nombre de patients COVID-19 en USI ^(e)	52	48	48	63
Taux d'occupation de lits USI accrédités par des patients COVID-19 ^(f)	3%	2%	2%	3%
Moyenne journalière de décès COVID-19	6	5	3	4
Moyenne journalière de décès COVID-19 des résidents de maison de repos ^(a)	1	1	1	1
Indicateurs de vaccination				
Couverture vaccinale (primo-vaccination complète, population totale)	79,1%	79,1%	79,1%	79,1%
Couverture vaccinale 1 ^{ère} dose de rappel, 18 – 64 ans	71,0%	71,0%	71,0%	71,0%
Couverture vaccinale 1 ^{ère} dose de rappel, 65 ans et +	91,8%	91,8%	91,9%	91,9%
Couverture vaccinale 2 nd e dose de rappel, 65 ans et +	13,4%	33,3%	43,6%	49,5%
Efficacité vaccinale (1^{ère} dose de rappel, 65 ans et +)	0-49 jours	50-99 jours	100-149 jours	150-199 jours
Infection symptomatique	55,2%	42,6%	30,7%	22,2%
Hospitalisation	76,3%	69,4%	64,3%	62,9%
USI	83,8%	78,4%	79,3%	81,1%

^(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.

6.2. NOMBRE DE PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES (PCR ET ANTIGÈNE) ENTRE LE 30 AOÛT 2022 ET LE 6 OCTOBRE 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
30/08/22	1 836	
31/08/22	1 772	
01/09/22	1 646	10 842 cas au cours de cette période de 7 jours
02/09/22	1 624	Soit 1 548,9 cas en moyenne par jour
03/09/22	774	Soit une incidence sur une semaine de 93,6/100 000 habitants
04/09/22	436	
05/09/22	2 754	
06/09/22	1 944	
07/09/22	1 858	
08/09/22	1 846	11 662 cas au cours de cette période de 7 jours
09/09/22	1 663	Soit 1 666,0 cas en moyenne par jour
10/09/22	802	Soit une incidence sur une semaine de 100,7/100 000 habitants
11/09/22	467	
12/09/22	3 082	
13/09/22	2 441	
14/09/22	2 226	
15/09/22	2 042	13 650 cas au cours de cette période de 7 jours
16/09/22	1 897	Soit 1 950,0 cas en moyenne par jour
17/09/22	901	Soit une incidence sur une semaine de 117,8/100 000 habitants
18/09/22	508	
19/09/22	3 635	
20/09/22	2 762	
21/09/22	2 761	
22/09/22	2 682	17 313 cas au cours de cette période de 7 jours
23/09/22	2 449	Soit 2 473,3 cas en moyenne par jour
24/09/22	1 216	Soit une incidence sur une semaine de 149,5/100 000 habitants
25/09/22	652	
26/09/22	4 791	
27/09/22	3 504	Soit 19,1% d'augmentation entre les deux périodes
28/09/22	3 366	Soit une incidence sur une période 14 jours de 327,4 nouveaux cas/100 000 habitants
29/09/22	3 367	20 613 cas au cours de cette période de 7 jours
30/09/22	2 920	Soit 2 944,7 cas en moyenne par jour
01/10/22	1 422	Soit une incidence sur une semaine de 177,9/100 000 habitants
02/10/22	761	
03/10/22	5 273	
04/10/22	4 232	Les données rapportées pour les derniers jours nécessitent invariablement une consolidation progressive, expliqué entre autres par le délai entre le prélèvement et le rapportage.
05/10/22	2 913	
06/10/22	16	

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

6.3. NOMBRE DE TESTS RÉALISÉS ENTRE LE 30 AOÛT 2022 ET LE 6 OCTOBRE 2022, PRÉSENTÉ PAR JOUR ET MOYENNE PAR SEMAINE

Date	Nombre de tests	
30/08/22	10 010	
31/08/22	9 186	
01/09/22	8 915	
02/09/22	9 309	57 453 tests au cours de la semaine, soit 8 208/jour
03/09/22	6 257	
04/09/22	3 199	
05/09/22	10 577	
06/09/22	10 932	
07/09/22	9 958	
08/09/22	9 397	
09/09/22	9 839	61 271 tests au cours de la semaine, soit 8 753/jour
10/09/22	5 997	
11/09/22	3 205	
12/09/22	11 943	
13/09/22	13 657	
14/09/22	12 223	
15/09/22	10 960	
16/09/22	11 661	71 734 tests au cours de la semaine, soit 10 248/jour
17/09/22	6 512	
18/09/22	3 042	
19/09/22	13 679	
20/09/22	17 071	
21/09/22	14 333	
22/09/22	13 182	
23/09/22	13 747	85 334 tests au cours de la semaine, soit 12 191/jour
24/09/22	7 789	
25/09/22	3 382	
26/09/22	15 830	
27/09/22	17 765	
28/09/22	15 937	
29/09/22	14 665	
30/09/22	13 894	89 444 tests au cours de la semaine, soit 12 778/jour
01/10/22	7 643	
02/10/22	3 790	
03/10/22	15 750	
04/10/22	19 508	Les données des derniers jours ne sont pas encore complètes. Il faut quelques jours pour que tous les tests soient signalés à Sciensano.
05/10/22	16 303	
06/10/22	178	

6.4. NOMBRE DE PERSONNES HOSPITALISÉES ENTRE LE 2 SEPTEMBRE 2022 ET LE 6 OCTOBRE 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
02/09/22	59	42	114	749	57
03/09/22	58	46	93	738	60
04/09/22	51	16	50	743	62
05/09/22	54	39	50	786	62
06/09/22	70	42	136	727	59
07/09/22	70	64	101	757	56
08/09/22	55	61	115	739	55
09/09/22	58	46	115	710	44
10/09/22	46	39	107	675	50
11/09/22	41	24	44	688	52
12/09/22	61	28	31	709	55
13/09/22	57	52	110	684	53
14/09/22	73	50	105	691	50
15/09/22	55	50	103	710	56
16/09/22	63	40	103	698	48
17/09/22	45	50	123	667	47
18/09/22	28	21	41	663	48
19/09/22	43	40	55	684	50
20/09/22	77	53	103	707	54
21/09/22	70	59	98	725	56
22/09/22	86	49	107	741	51
23/09/22	66	53	88	756	47
24/09/22	99	55	92	800	44
25/09/22	46	35	35	847	48
26/09/22	70	62	50	928	56
27/09/22	102	103	142	978	59
28/09/22	101	90	128	1 041	52
29/09/22	102	79	124	1 083	51
30/09/22	116	79	96	1 174	53
01/10/22	99	61	162	1 162	59
02/10/22	61	59	49	1 233	63
03/10/22	80	86	86	1 313	73
04/10/22	140	98	185	1 352	66
05/10/22	115	115	167	1 387	64
06/10/22	117	108	155	1 427	74

* 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 30 AOÛT 2022 ET LE 6 OCTOBRE 2022, PRÉSENTÉ PAR JOUR ET MOYENNE PAR SEMAINE

Date	Décès total	
30/08/22	5	
31/08/22	7	
01/09/22	6	
02/09/22	8	39 décès au cours de la semaine, soit 5,6/jour
03/09/22	4	
04/09/22	5	
05/09/22	4	
06/09/22	7	
07/09/22	4	
08/09/22	4	
09/09/22	7	
10/09/22	8	
11/09/22	8	
12/09/22	7	
13/09/22	8	
14/09/22	4	26 décès au cours de la semaine, soit 3,7/jour
15/09/22	9	
16/09/22	2	
17/09/22	1	
18/09/22	2	
19/09/22	0	
20/09/22	4	
21/09/22	4	
22/09/22	3	
23/09/22	5	
24/09/22	4	
25/09/22	3	
26/09/22	6	32 décès au cours de la semaine, soit 4,6/jour
27/09/22	3	
28/09/22	5	
29/09/22	3	
30/09/22	3	
01/10/22	4	
02/10/22	4	
03/10/22	10	
04/10/22	8	
05/10/22	8	
06/10/22	1	

6.6. CAS, HOSPITALISATIONS, ADMISSIONS EN SOINS INTENSIFS ET TAUX DE MORTALITÉ 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 19 septembre au 02 octobre 2022.

Groupe d'âge		Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
5-11	Primo-vaccination complète + 2nde dose de rappel	-	-	-	-
	Primo-vaccination complète + 1ère dose de rappel	-	-	-	-
	Primo-vaccination complète	109 (n = 247)	65 (n = 5)	109 (n = 207)	121 (n = 35)
	Non vacciné	67 (n = 454)	19 (n = 19)	74 (n = 233)	75 (n = 198)
12-17	Primo-vaccination complète + 2nde dose de rappel	-	-	-	-
	Primo-vaccination complète + 1ère dose de rappel	127 (n = 193)	NA (n = 4)	129 (n = 172)	127 (n = 17)
	Primo-vaccination complète	148 (n = 670)	102 (n = 35)	153 (n = 384)	151 (n = 250)
	Non vacciné	165 (n = 315)	107 (n = 50)	127 (n = 78)	221 (n = 184)
18-64	Primo-vaccination complète + 2nde dose de rappel	267 (n = 547)	373 (n = 24)	263 (n = 422)	275 (n = 100)
	Primo-vaccination complète + 1ère dose de rappel	263 (n = 12 510)	206 (n = 700)	257 (n = 7 923)	292 (n = 3 852)
	Primo-vaccination complète	180 (n = 2 048)	110 (n = 244)	169 (n = 713)	234 (n = 1 075)
	Non vacciné	209 (n = 1 877)	124 (n = 261)	176 (n = 553)	262 (n = 987)
65-84	Primo-vaccination complète + 2nde dose de rappel	241 (n = 1 008)	247 (n = 32)	236 (n = 798)	266 (n = 176)
	Primo-vaccination complète + 1ère dose de rappel	236 (n = 3 121)	236 (n = 207)	197 (n = 1 545)	302 (n = 1 366)
	Primo-vaccination complète	243 (n = 182)	154 (n = 24)	196 (n = 47)	328 (n = 110)

Groupe d'âge	Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
Non vacciné	214 (n = 202)	135 (n = 23)	166 (n = 49)	244 (n = 117)
Primo-vaccination complète + 2nde dose de rappel	308 (n = 525)	NA (n = 23)	295 (n = 452)	412 (n = 50)
85+ Primo-vaccination complète + 1ère dose de rappel	415 (n = 585)	442 (n = 70)	301 (n = 162)	493 (n = 351)
Primo-vaccination complète	590 (n = 71)	NA (n = 5)	NA (n = 23)	786 (n = 43)
Non vacciné	487 (n = 72)	NA (n = 5)	NA (n = 16)	608 (n = 48)

Les dénominateurs pour les analyses de ce tableau sont basés sur les chiffres de la population belge au 1er janvier 2022, une correction concernant les personnes vaccinées, et décédées en 2021, est faite dans les différents calculs. Les âges utilisés dans les numérateurs sont soit ceux au 1er janvier 2022 (pour les cas de maladie), soit l'âge au moment de l'hospitalisation, de l'admission en USI ou du décès causé par une infection COVID-19. De plus amples informations sont reprises dans la question 10.4 des [questions fréquemment posées](#).

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 19 septembre au 02 octobre 2022.

Groupe d'âge		Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
0-11	Primo-vaccination complète + dose(s) de rappel	-	-	-	-
	Primo-vaccination complète	0 (n = 1)	0 (n = 0)	1 (n = 1)	0 (n = 0)
	Non vacciné	6 (n = 73)	6 (n = 10)	6 (n = 38)	6 (n = 25)
12-17	Primo-vaccination complète + dose(s) de rappel	1 (n = 2)	0 (n = 0)	1 (n = 2)	0 (n = 0)
	Primo-vaccination complète	0 (n = 0)	0 (n = 0)	0 (n = 0)	0 (n = 0)
	Non vacciné	2 (n = 3)	0 (n = 0)	2 (n = 1)	2 (n = 2)
18-64	Primo-vaccination complète + dose(s) de rappel	2 (n = 90)	6 (n = 21)	2 (n = 56)	1 (n = 13)
	Primo-vaccination complète	3 (n = 37)	1 (n = 3)	4 (n = 16)	4 (n = 18)
	Non vacciné	3 (n = 25)	4 (n = 9)	2 (n = 7)	2 (n = 9)
65-84	Primo-vaccination complète + dose(s) de rappel	18 (n = 309)	31 (n = 31)	18 (n = 205)	14 (n = 73)
	Primo-vaccination complète	147 (n = 110)	6 (n = 1)	175 (n = 42)	200 (n = 67)
	Non vacciné	38 (n = 36)	6 (n = 1)	51 (n = 15)	42 (n = 20)
85+	Primo-vaccination complète + dose(s) de rappel	52 (n = 161)	135 (n = 28)	50 (n = 104)	35 (n = 29)
	Primo-vaccination complète	457 (n = 55)	99 (n = 2)	460 (n = 20)	603 (n = 33)
	Non vacciné	122 (n = 18)	37 (n = 1)	119 (n = 5)	152 (n = 12)

Les dénominateurs pour les analyses de ce tableau sont basés sur les chiffres de la population belge au 1er janvier 2022, une correction concernant les personnes vaccinées, et décédées en 2021, est faite dans les différents calculs. Les âges utilisés dans les numérateurs sont soit ceux au 1er janvier 2022 (pour les cas de maladie), soit l'âge au moment de l'hospitalisation, de l'admission en USI ou du décès causé par une infection COVID-19. De plus amples informations sont reprises dans la question 10.4 des [questions fréquemment posées](#).

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 19 septembre au 02 octobre 2022.

Groupe d'âge		Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
0-11	Primo-vaccination complète + dose(s) de rappel	-	-	-	-
	Primo-vaccination complète	0 (n = 0)	0 (n = 0)	0 (n = 0)	0 (n = 0)
	Non vacciné	0 (n = 0)	0 (n = 0)	0 (n = 0)	0 (n = 0)
12-17	Primo-vaccination complète + dose(s) de rappel	0 (n = 0)	0 (n = 0)	0 (n = 0)	0 (n = 0)
	Primo-vaccination complète	0 (n = 0)	0 (n = 0)	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(s) de rappel	1 (n = 25)	1 (n = 4)	1 (n = 17)	0 (n = 4)
	Primo-vaccination complète	1 (n = 7)	0 (n = 1)	1 (n = 4)	0 (n = 2)
	Non vacciné	1 (n = 6)	1 (n = 2)	1 (n = 3)	0 (n = 1)
65-84	Primo-vaccination complète + dose(s) de rappel	3 (n = 46)	4 (n = 4)	3 (n = 34)	2 (n = 8)
	Primo-vaccination complète	9 (n = 7)	0 (n = 0)	17 (n = 4)	9 (n = 3)
	Non vacciné	4 (n = 4)	0 (n = 0)	7 (n = 2)	4 (n = 2)
85+	Primo-vaccination complète + dose(s) de rappel	3 (n = 9)	0 (n = 0)	4 (n = 8)	1 (n = 1)
	Primo-vaccination complète	8 (n = 1)	0 (n = 0)	23 (n = 1)	0 (n = 0)
	Non vacciné	7 (n = 1)	0 (n = 0)	0 (n = 0)	13 (n = 1)

Les dénominateurs pour les analyses de ce tableau sont basés sur les chiffres de la population belge au 1er janvier 2022, une correction concernant les personnes vaccinées, et décédées en 2021, est faite dans les différents calculs. Les âges utilisés dans les numérateurs sont soit ceux au 1er janvier 2022 (pour les cas de maladie), soit l'âge au moment de l'hospitalisation, de l'admission en USI ou du décès causé par une infection COVID-19. De plus amples informations sont reprises dans la question 10.4 des [questions fréquemment posées](#).

Le tableau ci-dessous présente **le taux de mortalité** pour 100 000 habitants sur 14 jours et les valeurs absolues (entre parenthèses) pour les décès hospitaliers suite à une infection COVID-19, en Belgique, par groupe d'âge et statut vaccinal, pour la période du 19 septembre au 02 octobre 2022.

	18-64	65-84	85+
Primo-vaccination complète + dose de rappel	0 (n = 1)	1 (n = 13)	5 (n = 16)
Primo-vaccination complète	0 (n = 0)	1 (n = 1)	41 (n = 5)
Non vacciné	0 (n = 1)	1 (n = 1)	7 (n = 1)

Les dénominateurs pour les analyses de ce tableau sont basés sur les chiffres de la population belge au 1er janvier 2022, une correction concernant les personnes vaccinées, et décédées en 2021, est faite dans les différents calculs. Les âges utilisés dans les numérateurs sont soit ceux au 1er janvier 2022 (pour les cas de maladie), soit l'âge au moment de l'hospitalisation, de l'admission en USI ou du décès causé par une infection COVID-19. De plus amples informations sont reprises dans la question 10.4 des [questions fréquemment posées](#).

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 19 septembre au 02 octobre 2022.

Groupe d'âge		Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
0-11	% non vaccinés	83.8 %	95.4 %	75.9 %	93.3 %
	Nombre non vaccinés	1 270 819	178 627	644 192	448 000
12-17	% non vaccinés	23.8 %	53.9 %	13.6 %	31.4 %
	Nombre non vaccinés	191 246	46 573	61 264	83 409
18-64	% non vaccinés	12.9 %	26.6 %	7.8 %	17.0 %
	Nombre non vaccinés	899 702	209 886	313 725	376 062
65-84	% non vaccinés	4.9 %	12.7 %	2.5 %	7.9 %
	Nombre non vaccinés	94 495	17 077	29 458	47 919
85+	% non vaccinés	4.4 %	10.4 %	1.9 %	8.1 %
	Nombre non vaccinés	14 768	2 675	4 207	7 873

Les dénominateurs utilisés pour ces calculs sont les chiffres de la population belge au 01/01/2022 publiés par STATBEL. Une correction a été appliquée pour les personnes vaccinées et également décédées avant cette date afin de calculer la couverture vaccinale dans les différents groupes. La méthode utilisée est décrite dans la question 10.4 des [questions fréquemment posées](#)