

COVID-19

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

(25 NOVEMBRE 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 30/05/22	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.....	31
3.7. Surveillance de la mortalité (toutes causes confondues).....	34
3.8. Surveillance en maison de repos et de soins.....	37
3.9. Situation COVID-19 pour les enfants.....	41
3.10. Surveillance basée sur les eaux usées.....	42
3.11. Surveillance par des médecins généralistes.....	45
3.12. Absences au travail pour cause de maladie.....	47
3.13. Ligne de temps: cas confirmés de COVID-19 et réponse à l'épidémie en Belgique.....	49
4. Modélisation	51
4.1. Taux de reproduction (R_t).....	51
4.2. Modèle de prédiction à court terme pour les nouvelles hospitalisations.....	53
4.3. Modèle de prédiction du taux d'occupation des lits en soins intensifs.....	54
5. Annexes	55
5.1. Résumé des indicateurs clés.....	55
5.2. Nombre de personnes diagnostiquées (PCR et antigène) entre le 18 octobre 2022 et le 24 novembre 2022, présenté par jour et moyenne par semaine.....	56
5.3. Nombre de tests réalisés entre le 18 octobre 2022 et le 24 novembre 2022, présenté par jour et moyenne par semaine.....	57
5.4. Nombre de personnes hospitalisées entre le 21 octobre 2022 et le 24 novembre 2022, présenté par jour et moyenne par semaine.....	58
5.5. Nombre de personnes décédées entre le 18 octobre 2022 et le 24 novembre 2022, présenté par jour et moyenne par semaine.....	59
5.6. Cas, hospitalisations, admissions en soins intensifs et taux de mortalité de patients Covid-19 par région, tranche d'âge et status vaccinal.....	60

1. Points clés

- **Situation générale** : L'incidence sur 14 jours pour le nombre de cas pour la Belgique est de 85/100 000 habitants, l'incidence sur 7 jours pour le nombre d'hospitalisations est de 2,8/100 000 habitants.
- **Nombre de nouveaux cas** : Au niveau national, le nombre de nouveaux cas rapportés a désormais augmenté (+ 28 %), au cours de la période du 15 au 21 novembre 2022 comparé à la période précédente de 7 jours. Le Rt, basé sur le nombre de cas diagnostiqués, pour cette même période a également augmenté et est désormais supérieur à 1 (1,145).
- **Tests et taux de positivité** : Le nombre de tests effectués a également légèrement augmenté, avec une moyenne de 6 120 tests par jour au cours de la période du 15 au 21 novembre 2022. Le taux de positivité pour la Belgique pour cette même période a légèrement augmenté (14,1 %).
- **Hospitalisations** : Le nombre de nouvelles hospitalisations a augmenté au cours de la période du 18 au 24 novembre, comparé à la période précédente de 7 jours (+ 27 %). Le nombre de lits occupés en soins intensif a également augmenté au cours de cette même période (+ 10 %).
- **Mortalité** : La mortalité liée au COVID-19 a diminué en semaine 46. Les décès rapportés ont principalement eu lieu à l'hôpital. La semaine 44 n'a pas présenté de surmortalité statistiquement significative.
- **Vaccination** : L'efficacité vaccinale de la 1ère dose de rappel, chez les 65 ans et plus, est estimée à 73,8 % contre les hospitalisations et 84,2 % contre les admissions en USI pour les 50 premiers jours après son administration. La couverture vaccinale pour la deuxième dose de rappel était de 71,4 % pour les personnes âgées de 65 à 84 ans et de 70,7 % pour les personnes âgées de 85 ans et plus.
- **Surveillance moléculaire** : Parmi les échantillons séquencés au cours des deux dernières semaines (7 au 20 novembre 2022) dans le cadre de la surveillance de base, le variant Omicron BA.2 représentait 5,56 % des échantillons séquencés, le variant Omicron BA.4 0,0 % et le variant Omicron BA.5 88,89 %.
- **Surveillance par les médecins généralistes** : Le nombre moyen de contacts établis avec un médecin généraliste pour suspicion de COVID-19 s'est stabilisé au niveau national au cours de la semaine 46 (9 contacts cette semaine pour 100 000 habitants par jour, comparé à 10 contacts au cours de la semaine précédente). L'incidence des consultations auprès d'un généraliste pour des symptômes grippaux a augmenté, avec 104 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 stabilisation du nombre de nouveaux cas et du nombre d'hospitalisations parmi les résidents de MR/MRS ainsi qu'une légère augmentation 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 restent faibles mais semblent augmenter, avec une désormais une augmentation du nombre de zones en alerte pour l'indicateur « tendance à la hausse ». – 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	4 633 112	616,7	788,4*	+28%
Admis à l'hôpital	141 278***	42,7	54,4**	+27%
Décédés****	33 042	5,9	2,9*	-51%
<i>En hôpital</i>	<i>22 425</i>	<i>5,4</i>	<i>2,7</i>	<i>-50%</i>
<i>En maison de repos</i>	<i>10 427</i>	<i>0,4</i>	<i>0,1</i>	<i>-67%</i>

*Du 15 novembre 2022 au 21 novembre 2022 (données des 3 derniers jours non consolidées).

**Du 18 novembre 2022 au 24 novembre 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.

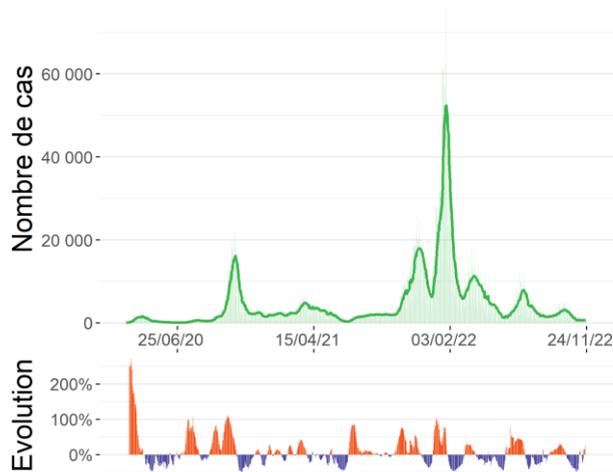
Occupation des lits d'hôpital	Jeudi 17 novembre 2022	Jeudi 24 novembre 2022	Évolution
Nombre de lits d'hôpital occupés	653	762	+17%
Nombre de lits USI occupés	40	44	+10%

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

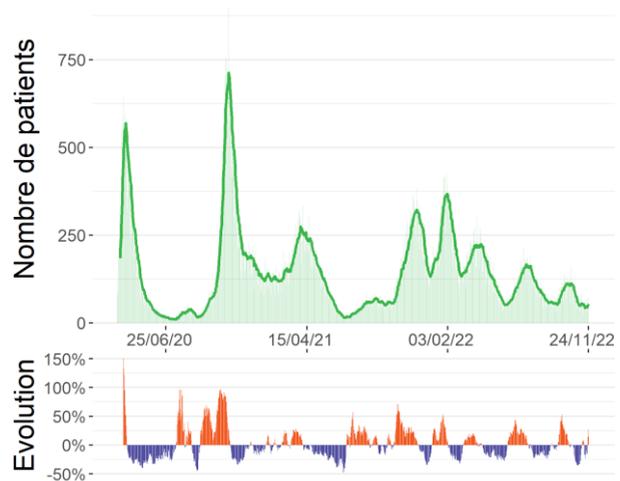
Les quatre indicateurs clés sont présentés ci-dessous avec la moyenne mobile sur 7 jours (ligne verte). Cette moyenne mobile est utilisée pour illustrer une tendance. Cela a entre autre pour conséquence de lisser la courbe et atténuer les variations journalières.

Evolution des nouveaux cas confirmés



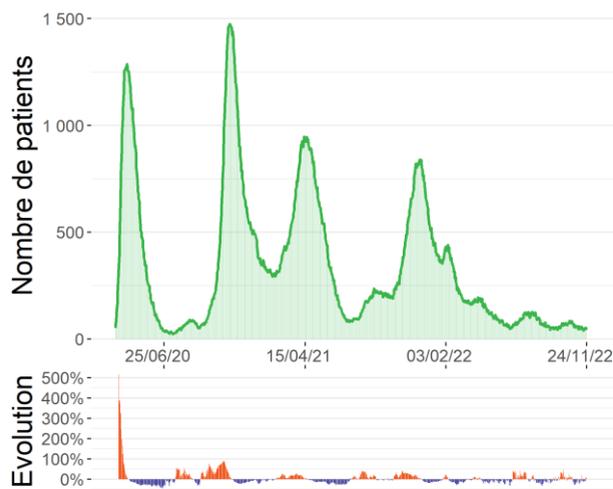
Source : Réseau des laboratoires cliniques et plateforme nationale

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



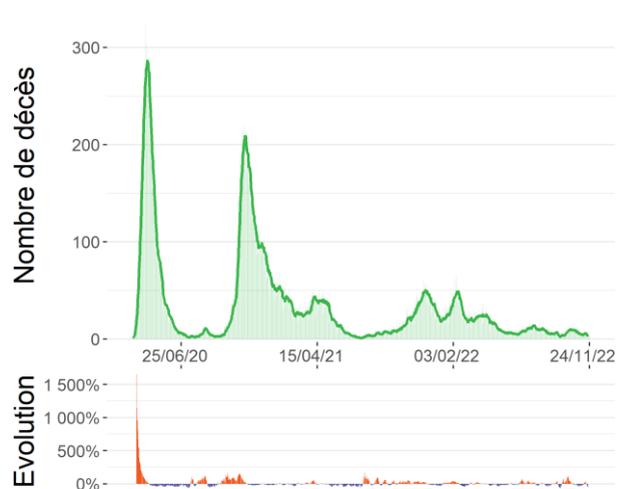
Source : Surveillance des hôpitaux (Sciensano)

Evolution du nombre de patients en USI



Source : Surveillance des hôpitaux (Sciensano)

Evolution du nombre de décès

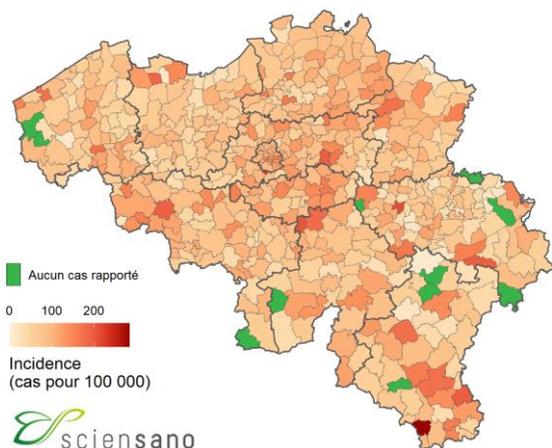


Source : Surveillance mortalité COVID-19 (Sciensano)

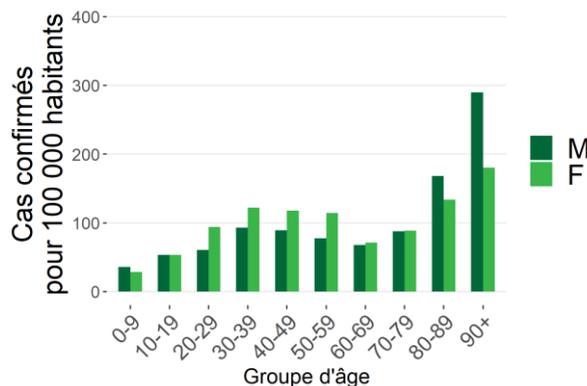
2.2. SITUATION RÉCENTE

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 08/11/22 et le 21/11/22



Nombre de cas confirmés par groupe d'âge et sexe par 100 000 habitants entre le 08/11/22 et le 21/11/22



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 91 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.

	08/11/22- 14/11/22	15/11/22- 21/11/22	Changement (valeur absolue)	Changement (pourcent)	Temps de doublement/ réduction de moitié (jours)*	Incidence par 100 000 (14 jours)**
Belgique	4 317	5 519	1 202	+28%	20	85
Antwerpen	689	820	131	+19%	28	80
Brabant wallon	183	235	52	+28%	19	102
Hainaut	432	658	226	+52%	12	81
Liège***	337	399	62	+18%	29	66
Limburg	343	421	78	+23%	24	86
Luxembourg	105	139	34	+32%	17	84
Namur	163	262	99	+61%	10	85
Oost-Vlaanderen	542	597	55	+10%	50	74
Vlaams-Brabant	462	618	156	+34%	17	92
West-Vlaanderen	435	508	73	+17%	31	78
Région bruxelloise	564	795	231	+41%	14	111
Deutschsprachige Gemeinschaft	35	23	-12	-34%	12	74

*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 légère augmentation de la circulation virale et une stabilisation des indicateurs hospitaliers.

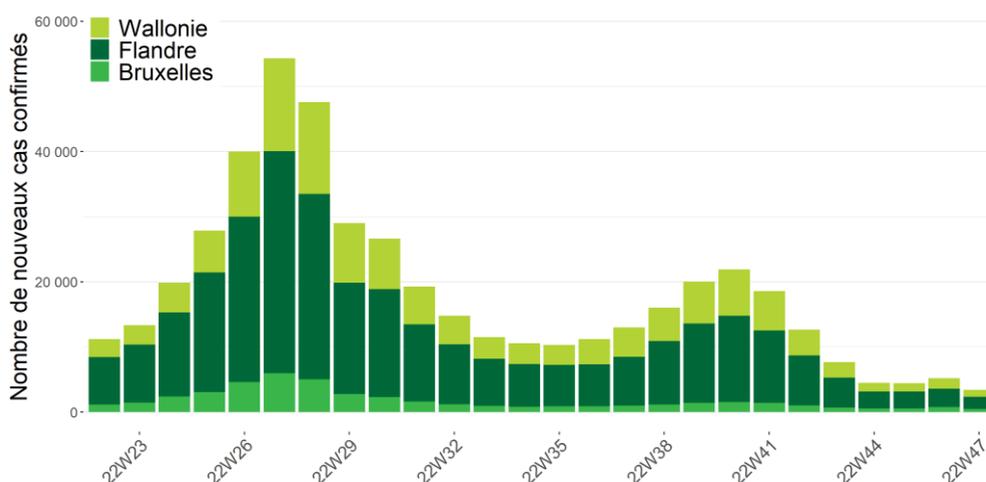
3. Description de l'épidémie à partir du 30/05/22

Nous présentons les données à partir de la semaine du 30 mai 2022, semaine qui marque le début de la septième 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 15 novembre 2022 au 21 novembre 2022, 5 519 nouveaux cas ont été diagnostiqués. Parmi ces 5 519 nouveaux cas, 2 964 (54%) étaient rapportés en Flandre, 1 693 (31%) en Wallonie, dont 23 cas pour la communauté germanophone, et 795 (14%) à Bruxelles. Données non disponibles ou résidence à l'étranger pour 67 cas (1%).

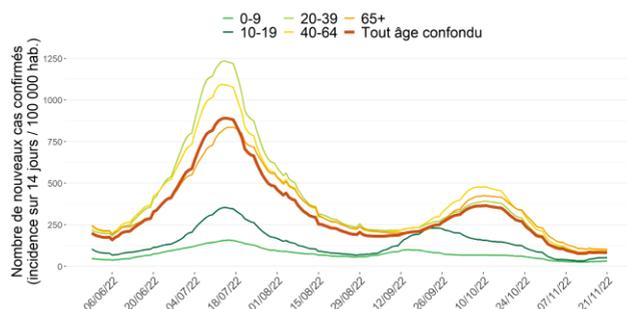
Evolution du nombre de cas confirmés par région et par semaine (date de diagnostic*) à partir de la semaine 22



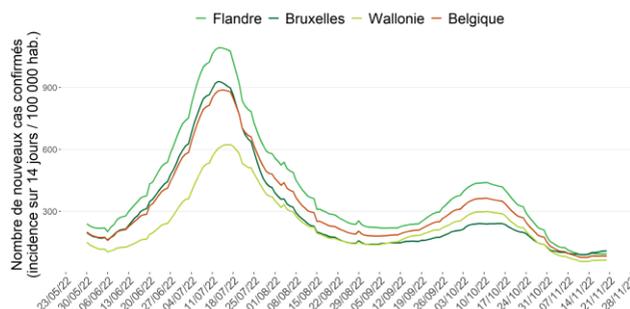
Source : CNR, laboratoires clinique et plateforme nationale. Cas rapportés à Sciensano au 24 novembre 2022, à 6 heures.

*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 30/05/22



Incidence cumulée sur 14 jours par 100 000 habitants par région à partir du 30/05/22



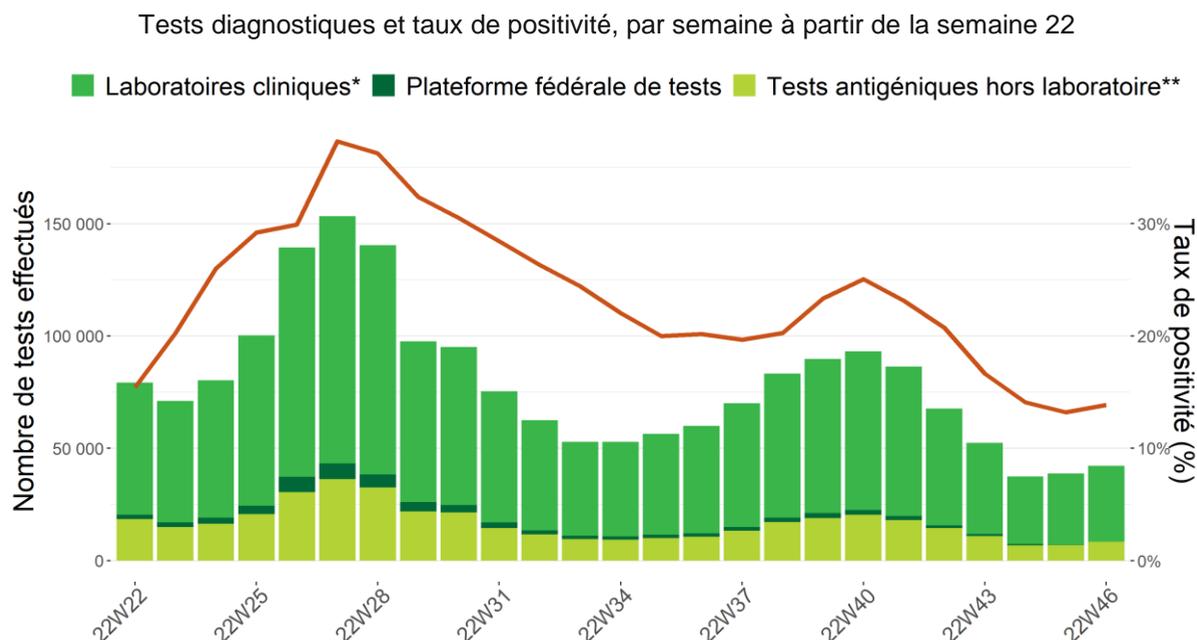
Les dénominateurs utilisés pour calculer l'incidence sont les chiffres de la population belge au 01/01/2022 publiés par STATBEL.

Vous trouverez un résumé de la situation épidémiologique en Europe sur [le site web de l'ECDC](#).

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 15 novembre 2022 au 21 novembre 2022, 42 841 tests ont été effectués, soit une moyenne journalière de 6 120 tests. Le taux moyen de positivité pour la Belgique pour la même période est de 14,1%.



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

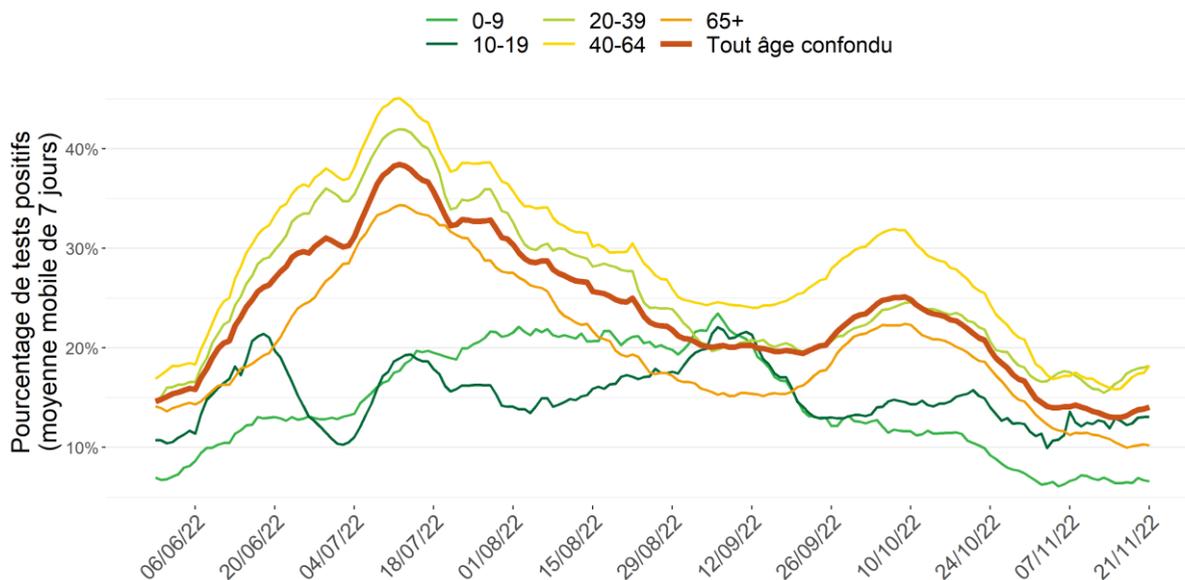
Le tableau ci-dessous présente la répartition du nombre de tests réalisés, du nombre de tests réalisés pour 100 000 habitants, du nombre de tests positifs et du taux de positivité par groupe d'âge, pour la période du 15 novembre 2022 au 21 novembre 2022 (dernière période de données consolidées).

Groupe d'âge	Nombre de tests	Nombre de tests/ 100 000 hab	Nombre de tests positifs	% de tests positifs*
0-9	3 523	283	233	6,6%
10-19	3 302	248	431	13,1%
20-39	8 699	299	1 583	18,2%
40-64	12 100	316	2 204	18,2%
65+	14 911	657	1 524	10,2%

*L'âge n'était pas disponible pour 306 tests.

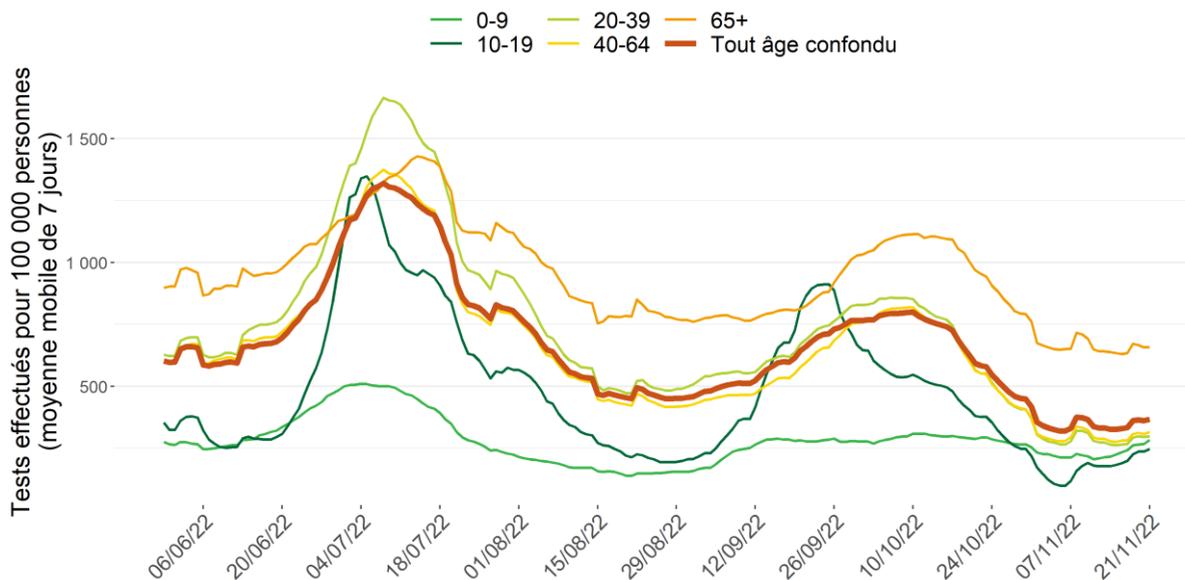
Le premier graphe ci-dessous présente le taux de positivité (moyenne mobile sur 7 jours) par groupe d'âge depuis le 30 mai 2022, le deuxième présente le nombre de tests réalisés (moyenne mobile sur 7 jours) par groupe d'âge pour la même période.

Taux de positivité par groupe d'âge à partir du 30/05/22



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

Tests effectués par groupe d'âge à partir du 30/05/22



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

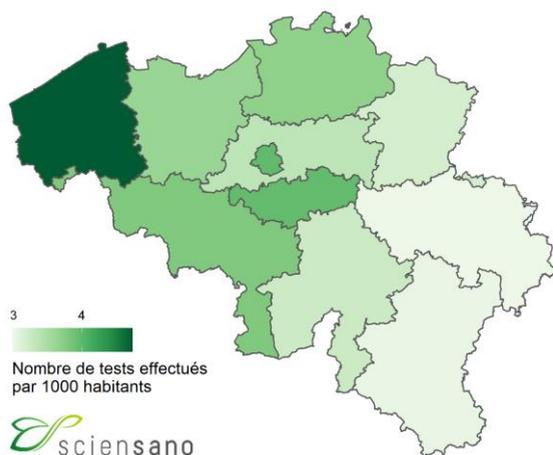
Le tableau ci-dessous présente la répartition pour la Belgique, par province, pour la Région bruxelloise et pour la Communauté germanophone, du **nombre de tests réalisés**, nombre de tests positifs et le taux de positivité pour la période du 15 novembre 2022 au 21 novembre 2022 (dernière période de données consolidées).

	Nombre de tests	Nombre de tests/ 100 000 hab	Nombre de tests positifs	% de tests positifs*
Belgique	42 841	370	6 030	14,1%
Antwerpen	6 945	368	875	12,6%
Brabant wallon	1 620	395	249	15,4%
Hainaut	5 115	379	704	13,8%
Liège**	3 313	298	439	13,3%
Limburg	2 812	317	456	16,2%
Luxembourg	877	301	153	17,4%
Namur	1 618	324	267	16,5%
Oost-Vlaanderen	5 589	362	677	12,1%
Vlaams-Brabant	3 927	335	673	17,1%
West-Vlaanderen	5 725	474	565	9,9%
Région bruxelloise	4 852	397	903	18,6%
Deutschsprachige Gemeinschaft	272	346	25	9,2%

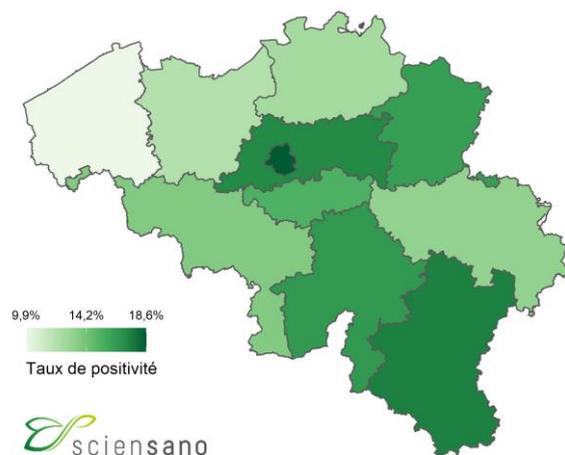
*Afin de refléter le nombre total de tests réellement effectués en Belgique, nous avons fait le choix de calculer le taux de positivité (% de tests positifs) en utilisant le nombre total de tests positifs sur le nombre total de tests effectués. Vous trouverez des informations plus détaillées sur le taux 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 15/11/22 et le 21/11/22



Taux de positivité par province entre le 15/11/22 et le 21/11/22

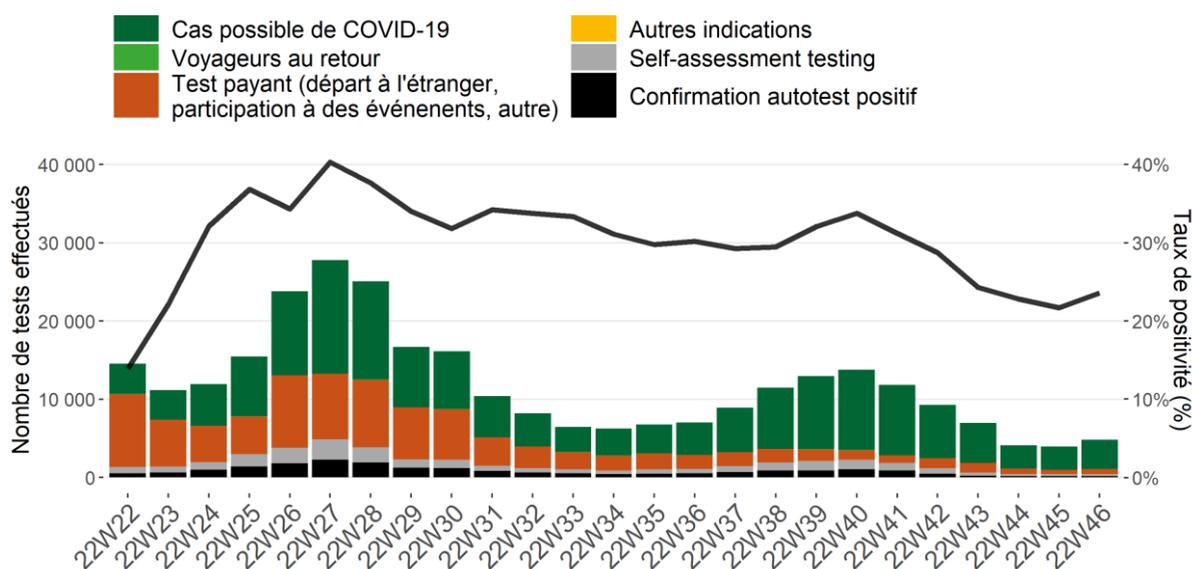


3.2.2. Tests rapides antigéniques COVID-19 effectués et rapportés par les pharmaciens

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 14/11/22 au 20/11/22 (semaine 46), 4 806 tests ont été effectués par les pharmaciens. Le taux de positivité pour la même période est de 23,6%.

Tests effectués et rapportés par les pharmacies et taux de positivité, par indication et par semaine à partir de la semaine 22



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.

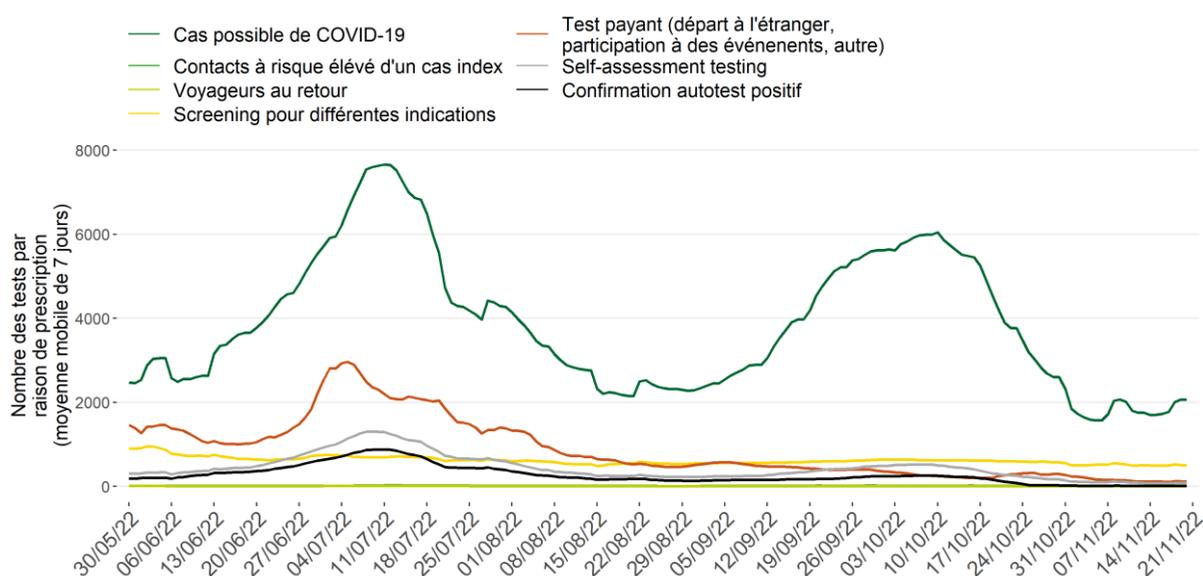
Les données des prescriptions des médecins généralistes et des médecins à l'hôpital sont disponibles depuis le 1er septembre 2020. Les données des prescriptions des médecins en collectivité et des prescriptions sans consultation sont disponibles depuis le 10 décembre 2020. Les données liées à l'outil 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 14 novembre 2022 au 20 novembre 2022 (dernière période de données consolidées pour les indications des prescriptions), 42 127 tests ont été réalisés, dont 55,2% 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 30 mai 2022 (moyenne mobile sur 7 jours).

Distribution des indications de test pour les prescriptions disponibles, pour la période du 30/05/22 au 20/11/22

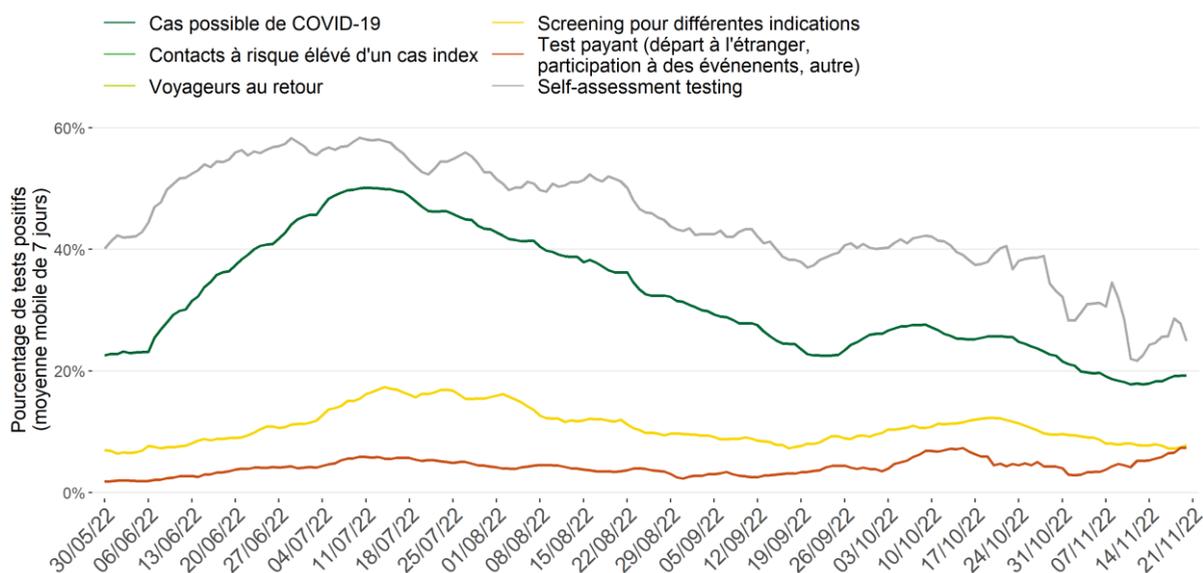


Attention, la stratégie de test peut varier (tests nécessaires ou non pour certaines catégories, nécessité d'un formulaire électronique ou non). Ces changements de stratégie se reflètent dans les graphes montrés.

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.

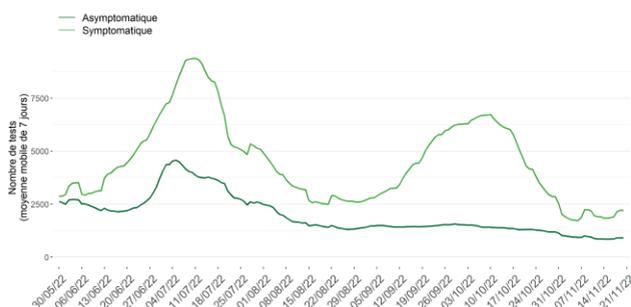
Le taux de positivité n'est présenté ci-dessous que si le nombre de tests quotidiens effectués et de cas confirmés pour une catégorie donnée est supérieur au seuil de 100 tests ou de 5 cas respectivement. Avec un faible nombre de tests, le taux de positivité devient moins fiable.

Évolution du taux de positivité par indication de test pour les prescriptions disponibles, pour la période du 30/05/22 au 20/11/22



Parmi les tests effectués pour confirmer un autotest positif, 89,2% étaient positifs pour la période du 14/11/22 au 20/11/22`.

Nombre de tests en fonction de la présence ou non de symptômes pour les prescriptions disponibles, pour la période du 30/05/22 au 20/11/22



Taux de positivité en fonction de la présence ou non de symptômes pour les prescriptions disponibles, en pourcentage, pour la période du 30/05/22 au 20/11/22



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.

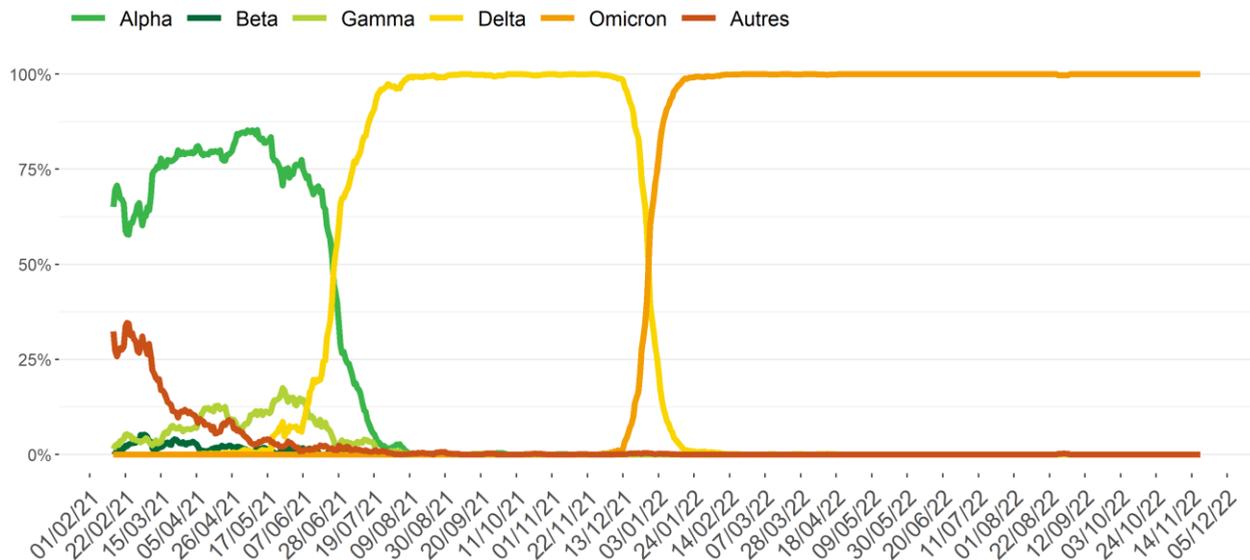
Omicron comprend les lignées descendantes BA.1, BA.2, BA.3, BA.4 et BA.5. Depuis la fin de janvier 2022, la lignée descendante BA.2 est en augmentation dans de nombreux pays. La première identification des variants BA.2.12.1, BA.4 et BA.5 en Belgique date respectivement du 23 avril, 29 mars et 26 avril 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.

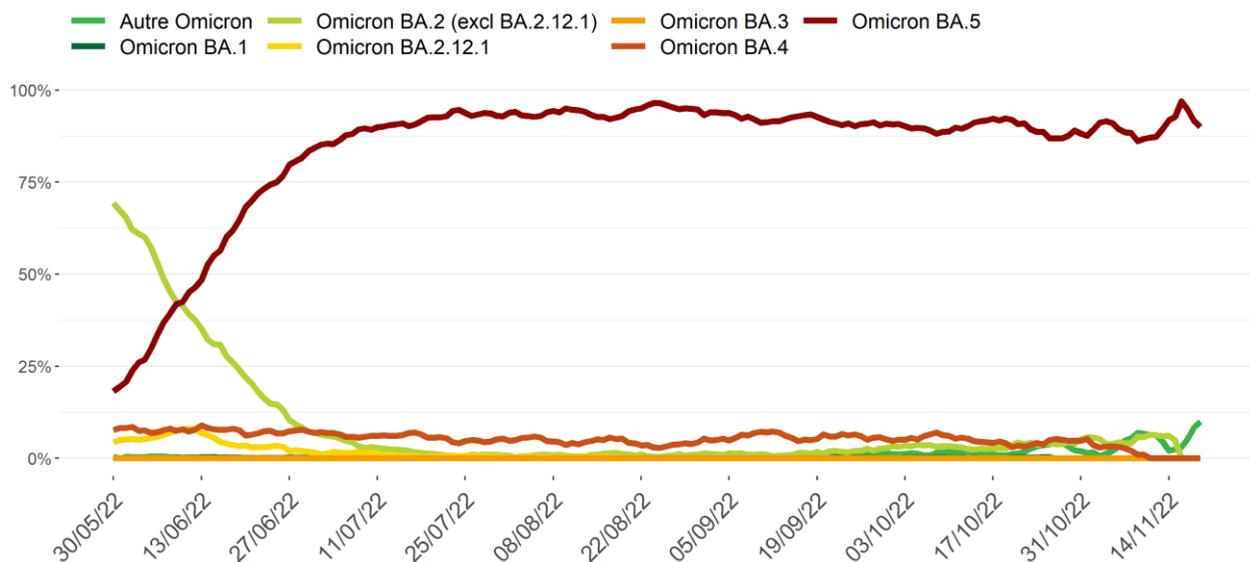
3.3.1. Evolution de la proportion des variants principaux circulant en Belgique (surveillance de base)

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 30 mai 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 1 ^e 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	13,64	7 058	20,04
Beta	déc. 2020	287	0,32	298	0,85
Gamma	janv. 2021	1 512	1,71	589	1,67
Delta	avr. 2021	25 280	28,52	12 591	35,75
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	48 156	54,33	14 101	40,04
Autre		1 258	1,42	549	1,56
Total		88 638	100	35 219	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 26 septembre 2022 jusqu'au 20 novembre 2022) et pendant les deux dernières semaines (du 7 novembre 2022 jusqu'au 20 novembre 2022) dans la surveillance de base et active.

Variants	Date 1 ^e identification n*	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	37 871	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0
Omicron BA.1	nov. 2021	20 062	3	0,09	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0
Omicron BA.2	janv. 2022	22 951	111	3,36	4	5,56	27	14,75	0	0	0	0
Omicron BA.2.12.1	avr. 2022	337	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0
Omicron BA.3	févr. 2022	12	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0
Omicron BA.4	avr. 2022	1 322	159	4,81	0	0,00	6	3,28	0	0	0	0
Omicron BA.5	avr. 2022	16 375	2 975	89,99	64	88,89	147	80,33	11	100	0	0
Autre Omicron**	nov. 2021	1 198	58	1,75	4	5,56	3	1,64	0	0	0	0
Autre		23 729	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0
Total		123 857	3 306	100	72	100	183	100	11	100	0	0

*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	3 (0,1 %)	0 (0,0 %)	1 (0,1 %)	2 (0,1 %)
BA.2 + BA.2.12.1	111 (3,4 %)	6 (4,7 %)	48 (5,7 %)	128 (3,8 %)
BA.3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
BA.4	159 (4,8 %)	5 (3,9 %)	33 (3,9 %)	164 (4,8 %)
BA.5	2 975 (90,0 %)	117 (91,4 %)	745 (88,0 %)	3 057 (90,3 %)
Delta	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Autre	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Autre Omicron****	58 (1,8 %)	0 (0,0 %)	20 (2,4 %)	35 (1,0 %)
Nombre total de diagnostics COVID-19 parmi le groupe cible*****	95 785	1 916	28 796	56 719
Nombre total d'échantillons positifs séquencés	3 306 (3,5 %)	128 (6,7 %)	847 (2,9 %)	3 386 (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 22 novembre 2022, un total de 29 016 841 doses de vaccin COVID-19 avaient été administrées et enregistrées dans Vaccinnet+. Cela correspond à une augmentation de 36 372 doses par rapport au nombre enregistré au 15 novembre 2022. Sept 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), Comirnaty® Original/Omicron BA.4-5 (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 22 novembre 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)	6 690 563 (72.28%)	4 321 606 (59.72%)	704 403 (18.62%)
Spikevax® (Moderna)	701 706 (7.58%)	2 883 865 (39.85%)	41 796 (1.10%)
COVID-19 Janssen® (Johnson & Johnson)	430 472 (4.65%)	515 (0.01%)	118 (0.00%)
Vaxzevria® (AstraZeneca-Oxford)	1 432 619 (15.48%)	0	0
Nuvaxovid (Novavax)	1 094 (0.01%)	280 (0.00%)	103 (0.00%)
Comirnaty® Original/Omicron BA.1 (Pfizer/BioNtech)	0	21 525 (0.30%)	2 616 744 (69.17%)
Spikevax® Original/Omicron BA.1 (Moderna)	0	476 (0.01%)	60 088 (1.59%)
Comirnaty® Original/Omicron BA.4-5 (Pfizer/BioNtech)	0	8 391 (0.12%)	359 937 (9.51%)

⁽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.

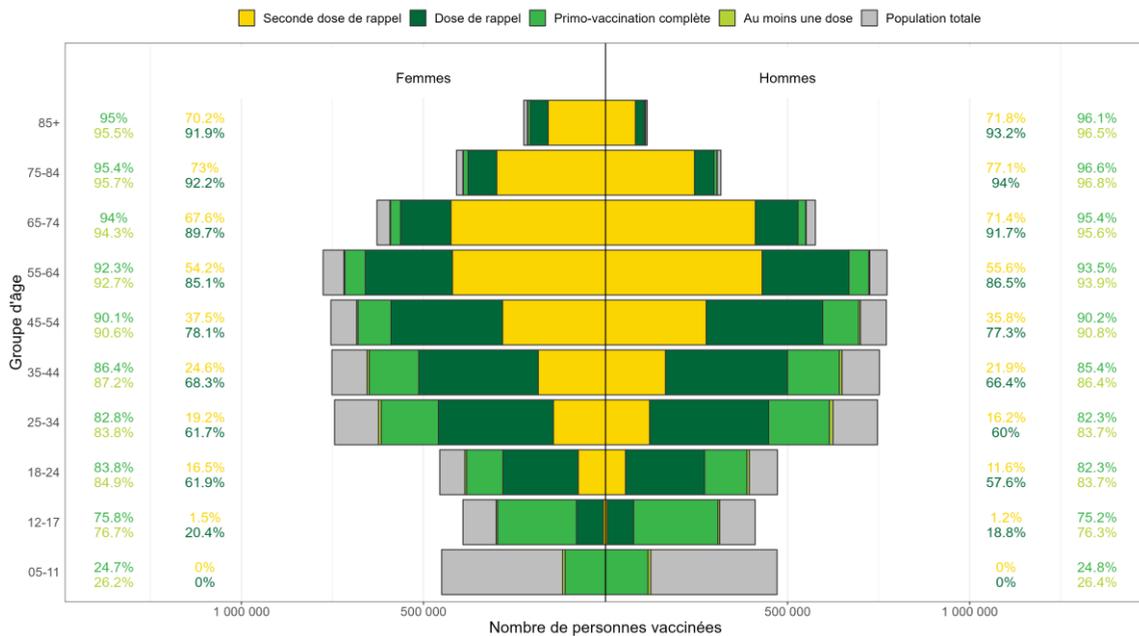
Le tableau ci-dessous présente la couverture vaccinale pour les personnes (population totale) **ayant complété un schéma de primo-vaccination, celles ayant reçu une dose de rappel ou deux doses de rappel**. En outre, le tableau indique le nombre total de personnes ayant complété un schéma de primo-vaccination 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	9 104 721	755 209	5 608 612	2 618 735	55 335
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	154	35	76	31	2
	Couverture vaccinale (% de la population totale) ⁽²⁾	78,6%	61,8%	83,7%	73,1%	70,4%
Primo-vaccination complète + 1 dose de rappel	Nombre de personnes vaccinées	7 224 581	477 648	4 727 192	1 949 186	42 308
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	762	234	251	243	10
	Couverture vaccinale (% de la population totale) ⁽²⁾	62,4%	39,1%	70,6%	54,4%	53,8%
Primo-vaccination complète + 2 doses de rappel	Nombre de personnes vaccinées	3 783 189	150 355	2 913 230	698 261	14 318
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	18 474	3 707	7 855	6 578	223
	Couverture vaccinale (% de la population totale) ⁽²⁾	32,7%	12,3%	43,5%	19,5%	18,2%

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

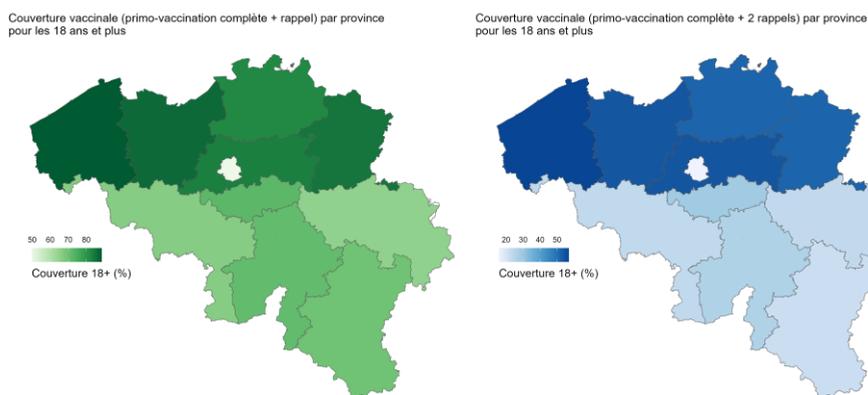
⁽²⁾ Les dénominateurs utilisés pour ces calculs sont les chiffres de la population belge au 01/01/2022 publiés par STATBEL. Une correction a été appliquée pour les personnes vaccinées et également décédées avant cette date afin de calculer la couverture vaccinale dans les différents groupes. La méthode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

La figure ci-dessous représente **les couvertures vaccinales par genre et groupe d'âge** dans l'ensemble de la population. Le 22 novembre 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 77,1% pour les femmes de 18 ans et plus et de 75,7% pour les hommes de ce groupe d'âge. La couverture vaccinale pour 2 doses de rappel était de 41,9% pour les femmes de 18 ans et plus et de 39,5% pour les hommes de ce groupe d'âge.



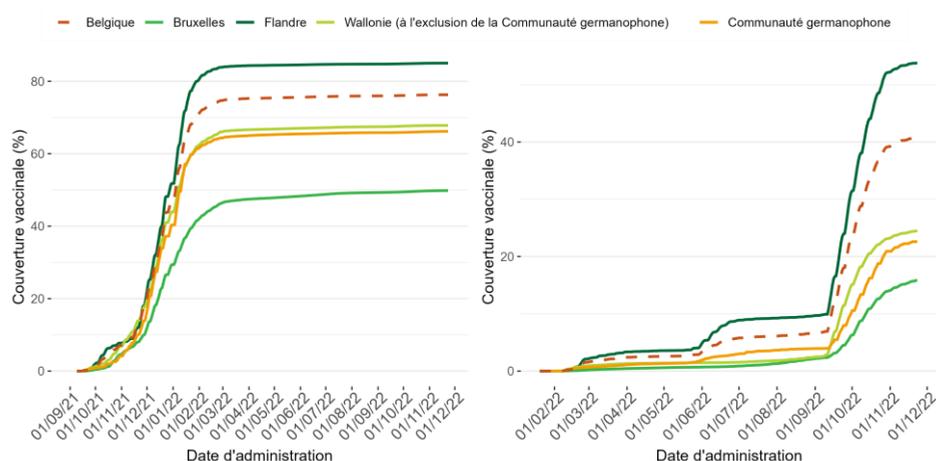
Les dénominateurs utilisés pour ces calculs sont les chiffres de la population belge au 01/01/2022 publiés par STATBEL. Une correction a été appliquée pour les personnes vaccinées et également décédées avant cette date afin de calculer la couverture vaccinale dans les différents groupes. La méthode utilisée 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.



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 22 novembre 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⁾ (%)	76,3%	49,8%	85,0%	67,8%	66,2%
	Couverture vaccinale pour deux doses de rappel ⁽²⁾ (%)	40,7%	15,8%	53,8%	24,5%	22,6%
50 ans et plus	Couverture vaccinale pour une dose de rappel ⁽²⁾ (%)	87,7%	67,6%	93,1%	81,6%	77,4%
	Couverture vaccinale pour deux doses de rappel ⁽²⁾ (%)	60,8%	32,7%	73,0%	44,3%	33,9%
12 à 17 ans	Couverture vaccinale pour une dose de rappel ⁽²⁾ (%)	19,6%	5,4%	30,5%	5,5%	8,3%
	Couverture vaccinale pour deux doses de rappel ^(2,3) (%)	-	-	-	-	-
18 à 64 ans	Couverture vaccinale pour une dose de rappel ⁽²⁾ (%)	71,3%	44,4%	81,3%	61,8%	60,0%
	Couverture vaccinale pour deux doses de rappel ⁽²⁾ (%)	30,8%	9,8%	43,8%	14,5%	15,2%
65 à 84 ans	Couverture vaccinale pour une dose de rappel ⁽²⁾ (%)	91,5%	75,8%	95,5%	86,8%	85,0%
	Couverture vaccinale pour deux doses de rappel ⁽²⁾ (%)	71,4%	44,3%	82,7%	55,6%	44,8%
85 ans et plus	Couverture vaccinale pour une dose de rappel ⁽²⁾ (%)	92,3%	82,2%	96,0%	86,5%	83,0%
	Couverture vaccinale pour deux doses de rappel ⁽²⁾ (%)	70,7%	52,5%	80,0%	54,9%	44,3%

⁽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 22 novembre 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	227 775	7 822	190 286	28 384	815
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	29	12	13	4	0
	Couverture vaccinale entièrement vacciné ⁽²⁾ (%)	24,7%	7,1%	36,8%	9,8%	13,7%
12 à 17 ans	Nombre de personnes avec un schéma de primo-vaccination complet	605 552	38 639	385 775	175 730	3 319
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	11	2	3	5	0
	Couverture vaccinale entièrement vacciné ⁽²⁾ (%)	75,5%	44,7%	85,6%	67,5%	65%

⁽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 22 novembre 2022, 65,7% des personnes immunodéprimées ont reçu **2 doses de vaccin** et 45,1% 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

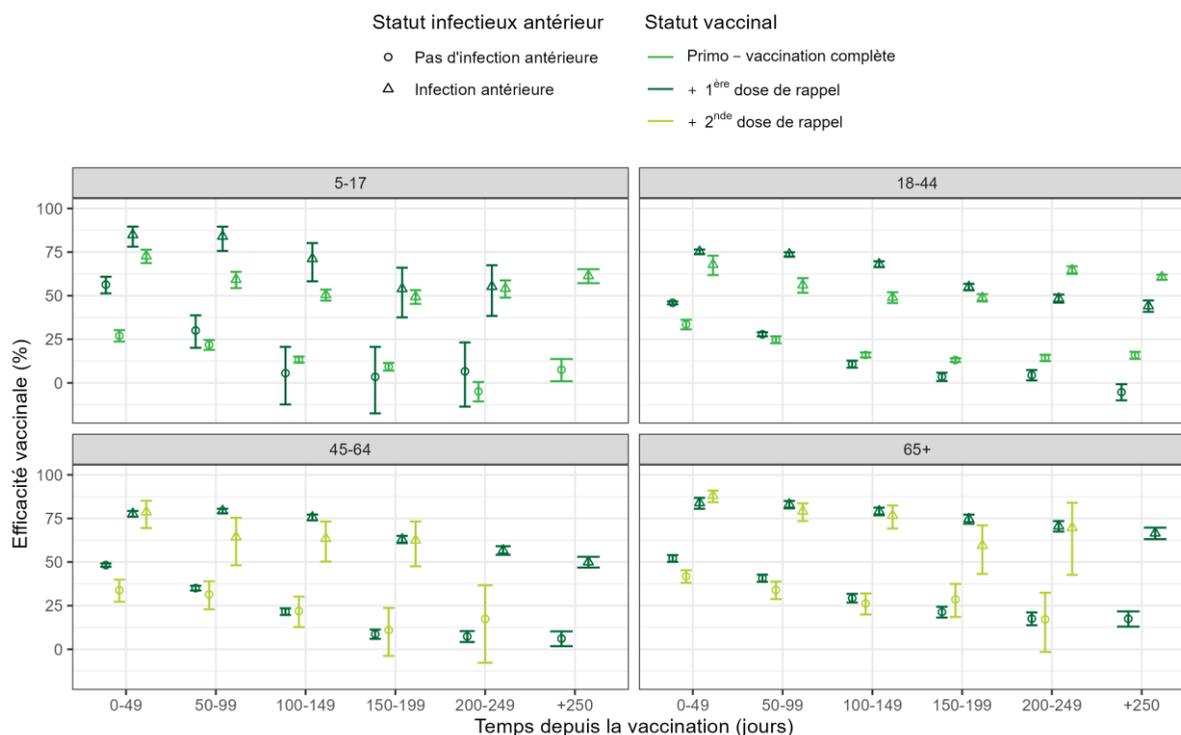
Sciensano dispose du statut vaccinal des personnes qui développent une infection COVID-19 et celui d'une partie des personnes qui nécessitent une hospitalisation ou une admission en unité de soins intensifs (USI). Ces données permettent la surveillance de l'impact de la vaccination sur le développement 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 événements. 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 16 octobre 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 1ère dose de rappel est présenté ; pour les personnes de plus de 45 ans, l'impact de la 1ère 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 (oute 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 verticales 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 au moins 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	28,2% (26,4% - 29,9%)
18 à 44 ans	34,1% (32,7% - 35,5%)
45 à 64 ans	36,4% (33,8% - 38,9%)
65 ans et plus	48,5% (42,1% - 54,3%)

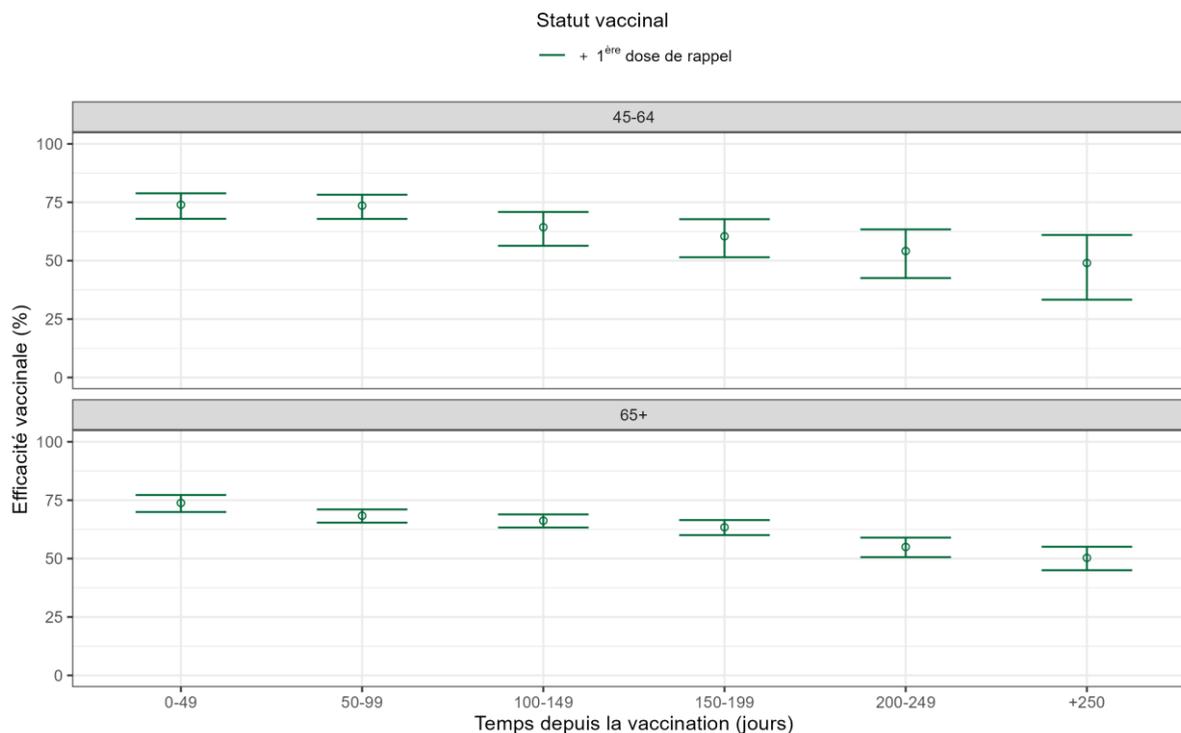
Les valeurs du tableau ci-dessus peuvent être interprétées comme suit : chez les personnes non vaccinées de 65 ans et plus, qui ont connu au moins une infection depuis 2020, la réduction du développement d'une infection symptomatique est de 48,5%, par rapport aux personnes non vaccinées sans infection antérieure (intervalle de confiance à 95%: 42,1% à 54,3%).

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

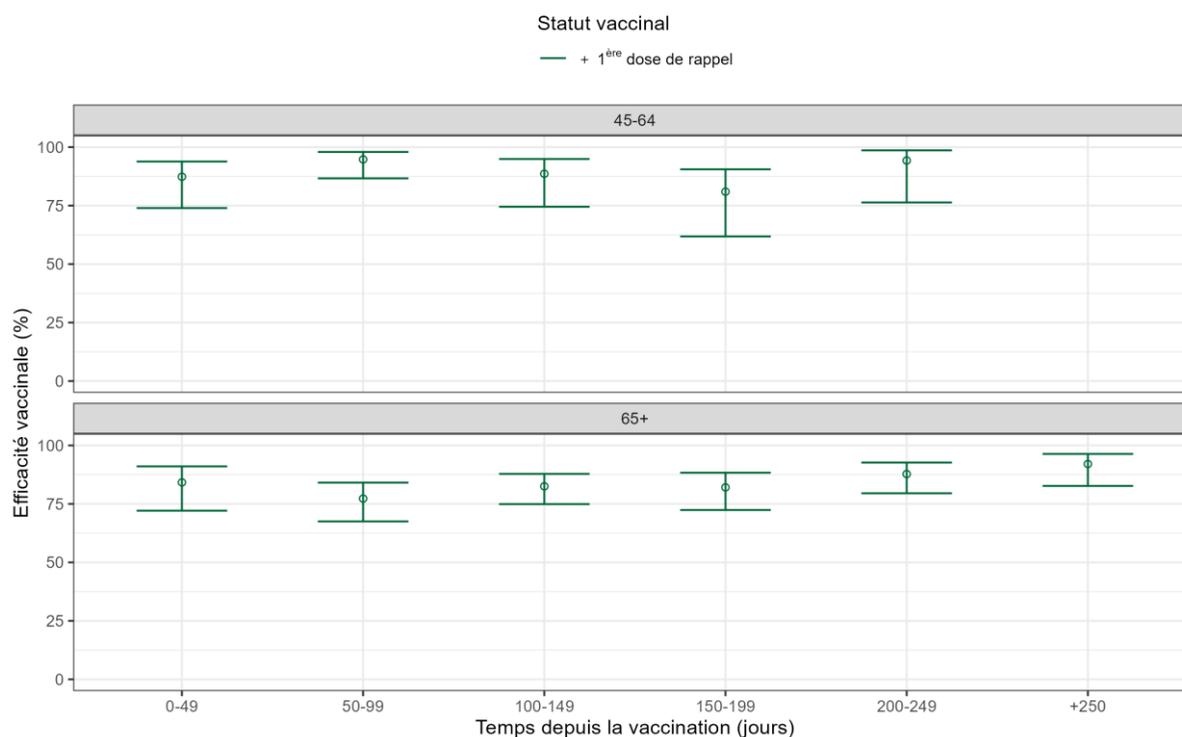
Les graphiques ci-dessous montrent **une estimation de l'efficacité de la vaccination contre une hospitalisation, suite à une infection COVID-19**, pour les groupes d'âge de 45-64 ans et 65 ans et plus, à partir du 3 janvier 2022 (>80% des cas infectés avec le variant Omicron) et jusqu'au 16 octobre 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 verticales 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 16 octobre 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.



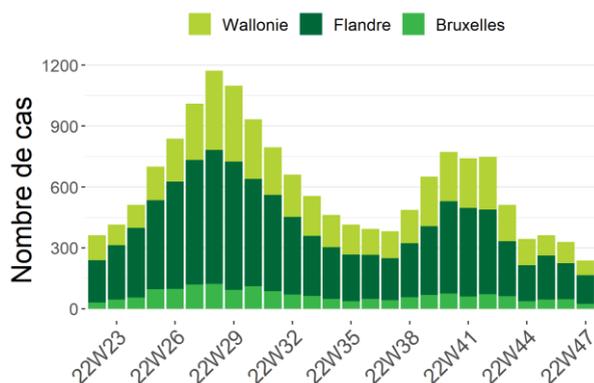
Les lignes verticales autour de chaque point du graphique représentent l'intervalle de confiance à 95%. Plus l'intervalle est étroit, plus l'estimation de l'efficacité vaccinale est précise.

3.5. HOSPITALISATIONS POUR COVID-19

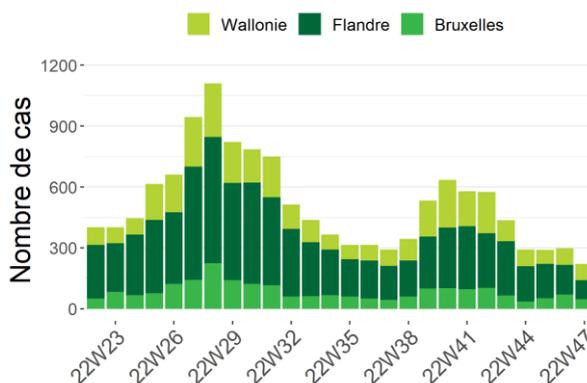
3.5.1. Situation dans les hôpitaux

Au cours de la période du 18 novembre 2022 au 24 novembre 2022, 381 patients ont été hospitalisés en raison de COVID-19 (“hospitalisation pour COVID-19”) et 335 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, 570 personnes ont quitté l’hôpital.

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



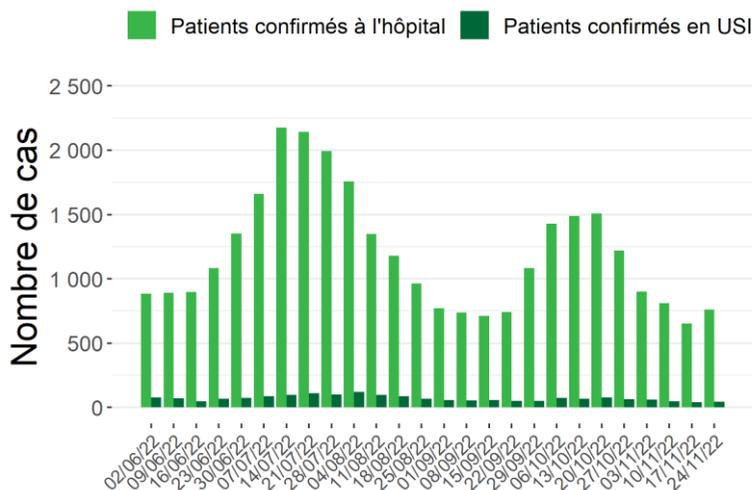
Evolution du nombre d'entrées avec COVID-19 à l'hôpital



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

Le 24 novembre 2022, 762 lits d’hôpital dont 44 lits en unité de soins intensifs étaient occupés par des patients COVID-19 confirmés en laboratoire ; 12 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 109, dont 4 lits occupés supplémentaires en soins intensifs.

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



Nombre d'hôpitaux participants : 103 (24 novembre 2022)

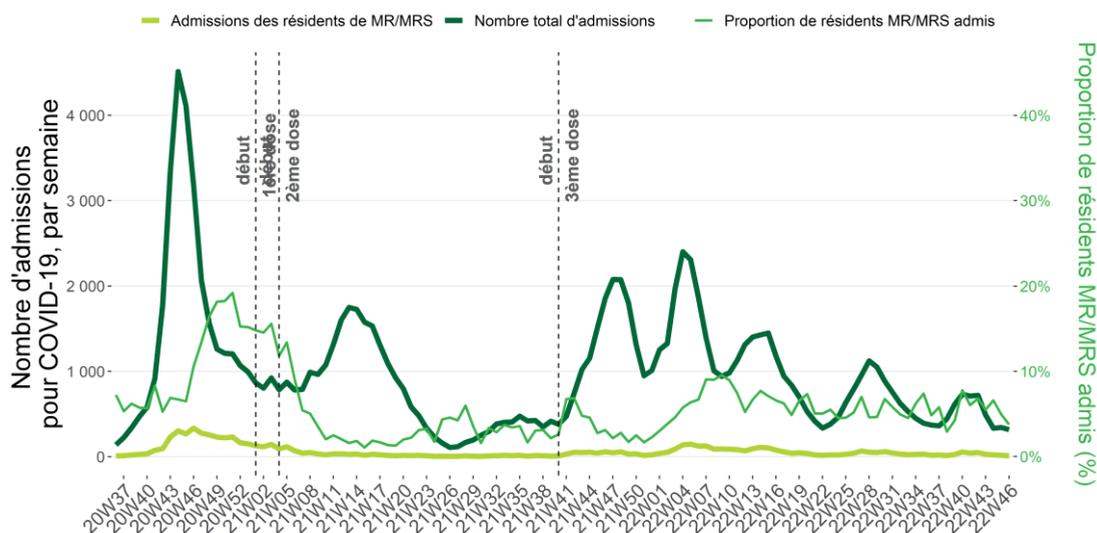
3.5.2. Provenance des patients hospitalisés pour COVID-19

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 381 admissions rapportées pour la période du 18 novembre 2022 au 24 novembre 2022, 366 nouvelles admissions ont été rapportées avec une distinction selon la provenance du patient. Pour cette période, 20 (sur les 366) 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



Les caractéristiques des patients hospitalisés sont décrites dans [un rapport](#) publiés toutes les deux semaines.

3.5.3. 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 24 novembre 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	44	2%
Antwerpen	301	3	1%
Brabant wallon	23	0	0%
Hainaut	259	5	2%
Liège	230	4	2%
Limburg	145	1	1%
Luxembourg	43	1	2%
Namur	97	2	2%
Oost-Vlaanderen	265	6	2%
Vlaams-Brabant	139	5	4%
West-Vlaanderen	221	7	3%
Région bruxelloise	269	10	4%

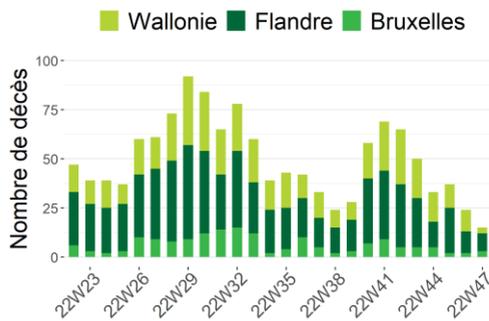
*Nombre total de lits USI accrédités en novembre 2020. Celui-ci comprend à la fois les lits USI mis à disposition des patients COVID-19 et les lits USI disponibles pour les autres patients.

3.6. ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ COVID-19

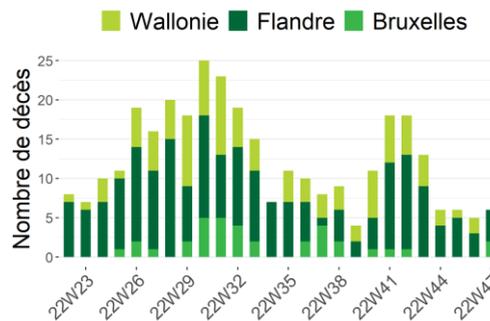
3.6.1. Mortalité par région

Pour la période du 15 novembre 2022 au 21 novembre 2022, 20 décès ont été rapportés, 45% étaient des hommes et 55% des femmes; 7 en Flandre, 10 en Wallonie et 3 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

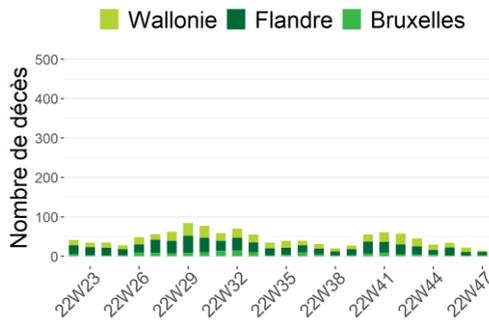


Evolution du nombre de décès COVID-19 parmi les résidents des maisons de repos (tous lieux de décès confondus) par région et par semaine, depuis la semaine 22

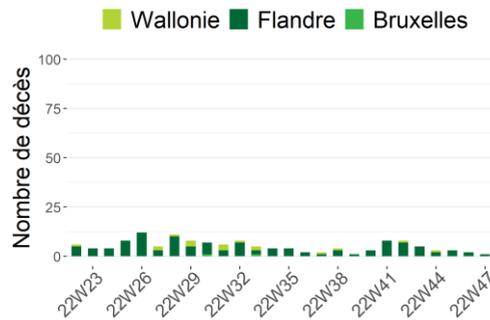


Note : Les données des dernières 72 heures doivent encore être consolidées.

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

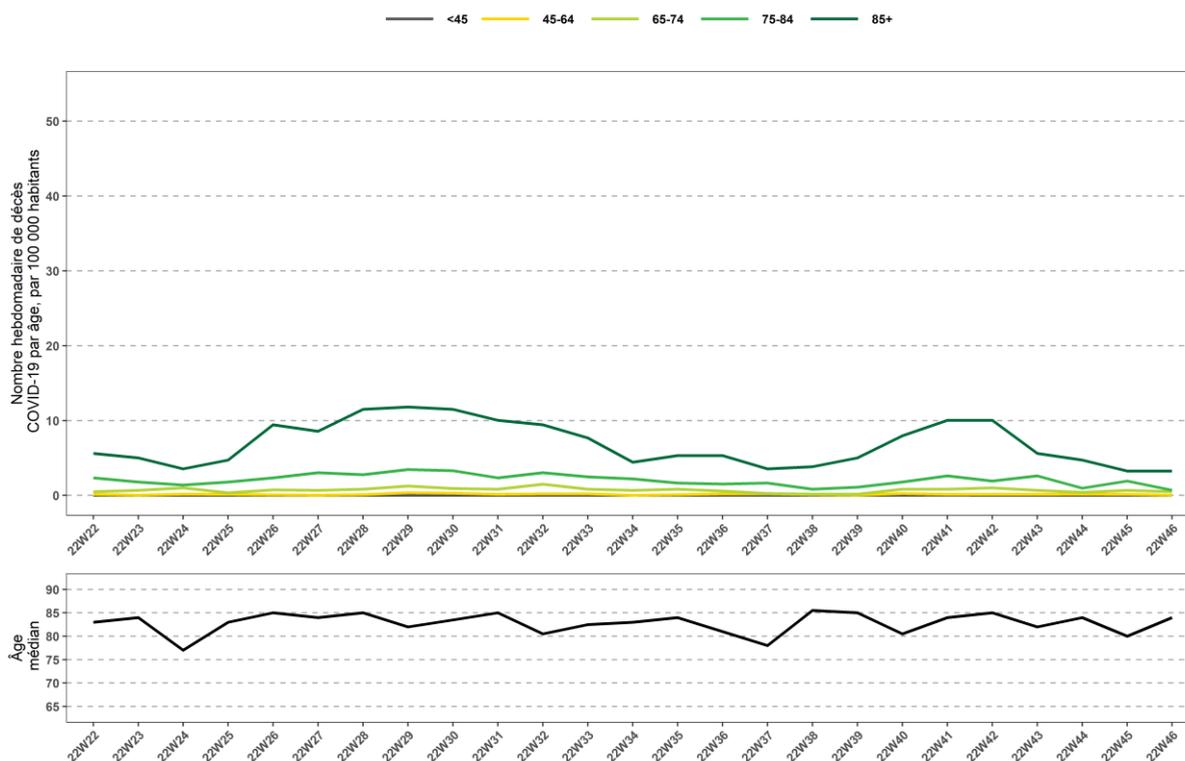


Evolution du nombre de décès COVID-19 en maisons de repos par région et par semaine



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 15 novembre 2022 au 21 novembre 2022

Lieu de décès	Flandre		Bruxelles		Wallonie		Belgique	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hôpital	6	86%	3	100%	10	100%	19	95%
<i>Cas confirmés</i>	6	100%	3	100%	10	100%	19	100%
<i>Cas possibles</i>	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Maison de repos	1	14%	0	0%	0	0%	1	5%
<i>Cas confirmés</i>	1	100%	0	N/A	0	N/A	1	100%
<i>Cas possibles</i>	0	0%	0	N/A	0	N/A	0	0%
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	7	100%	3	100%	10	100%	20	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 15 novembre 2022 au 21 novembre 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	0	0,00
Brabant wallon	1	0,24
Hainaut	3	0,22
Liège	4	0,36
Limburg	1	0,11
Luxembourg	0	0,00
Namur	2	0,40
Oost-Vlaanderen	4	0,26
Vlaams-Brabant	2	0,17
West-Vlaanderen	2	0,17
Région bruxelloise	1	0,08

*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](#).

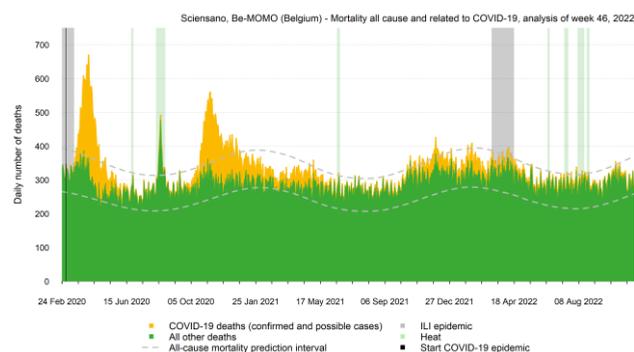
Plus d'information sur la surmortalité en 2021 dans le [communiqué de presse du 26 janvier 2022](#).

Plus d'information sur la surmortalité durant l'été 2022 dans le [communiqué de presse du 16 novembre 2022](#).

La semaine 44 (31 octobre 2022) n'a pas présenté de surmortalité statistiquement significative sur l'ensemble de la semaine à l'échelle de la Belgique. En Flandre, les femmes entre 15 et 64 ans présentaient un excès de mortalité statistiquement significatif sur l'ensemble de la semaine. Le nombre hebdomadaire de décès toutes causes confondues est en légère diminution.

Durant la semaine 44, 2% de l'ensemble des décès observés étaient associés à la COVID-19 (1% en Flandre, 2% en Wallonie et 3% à Bruxelles).

Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 13/11/22 (sur base des données collectées jusqu'au 19/11/22), Belgique

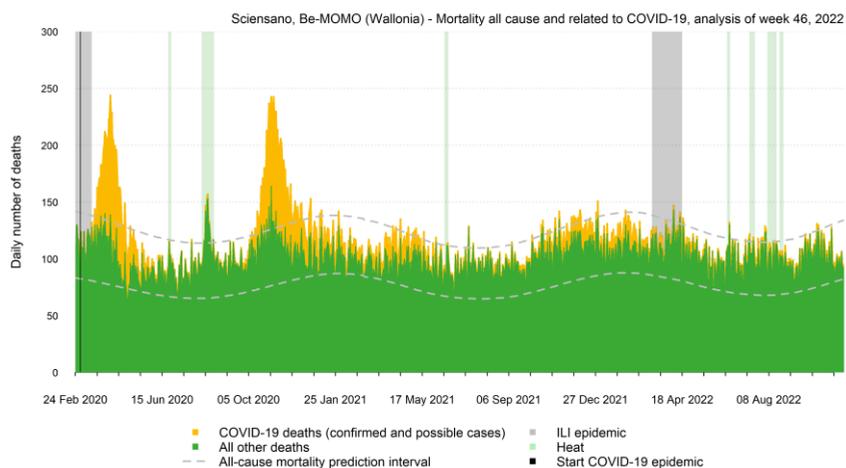


Comment lire ce graphique ? Quand le nombre de décès par jour dépasse les limites supérieures ou inférieures des décès prévus par la modélisation (lignes pointillées grises), il y a une surmortalité ou une sous-mortalité statistiquement significative. La zone orange représente le nombre de décès liés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

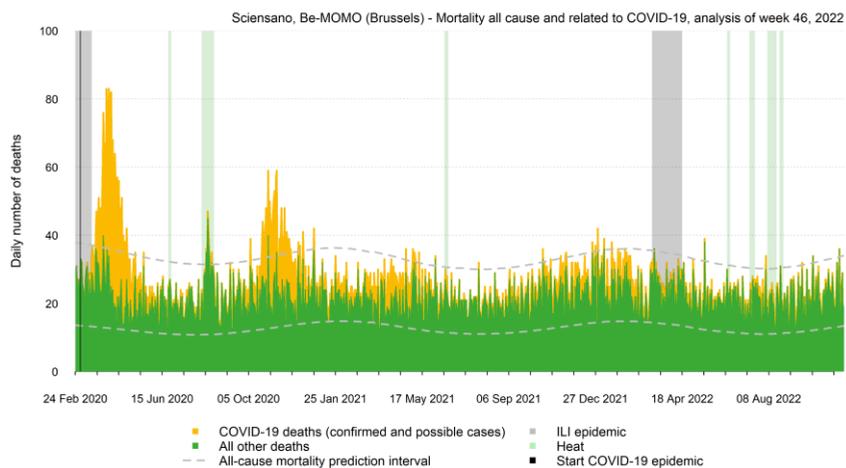
Nombre de décès toutes causes confondues par semaine (Belgique)

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-W41	10,10,2022	2 198	2 039	159	1	7.8	18,9
2022-W42	17,10,2022	2 183	2 073	110	0	5.3	18,8
2022-W43	24,10,2022	2 133	2 109	24	0	1.1	18,3
2022-W44	31,10,2022	1 975	2 144	-	0	-	17,0

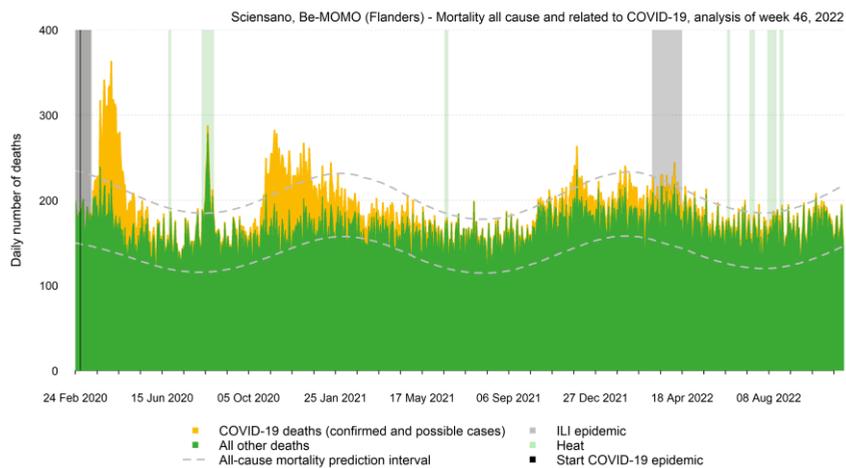
Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 13/11/22 (sur base des données collectées jusqu'au 19/11/22), Wallonie



Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 13/11/22 (sur base des données collectées jusqu'au 19/11/22), Bruxelles



Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 13/11/22 (sur base des données collectées jusqu'au 19/11/22), 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](#).

EuroMOMO

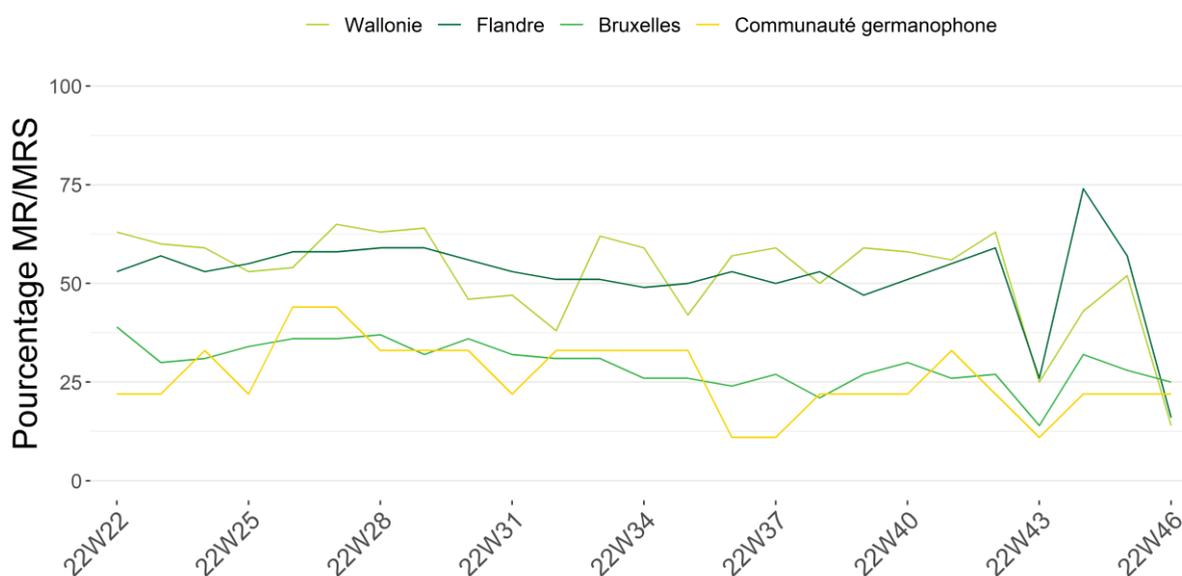
EuroMOMO publie [un bulletin hebdomadaire](#) sur la mortalité toutes causes confondues dans un maximum de 26 pays ou régions de pays européens. Le nombre de décès au cours des dernières semaines doit être interprété avec prudence car il y a un délai d'environ trois semaines pour obtenir des données significatives de surmortalité.

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 16/11/22 au 22/11/22 (inclus), est de 16 % en Flandre, 14 % en Wallonie, 25 % à Bruxelles et 22 % en Communauté germanophone.

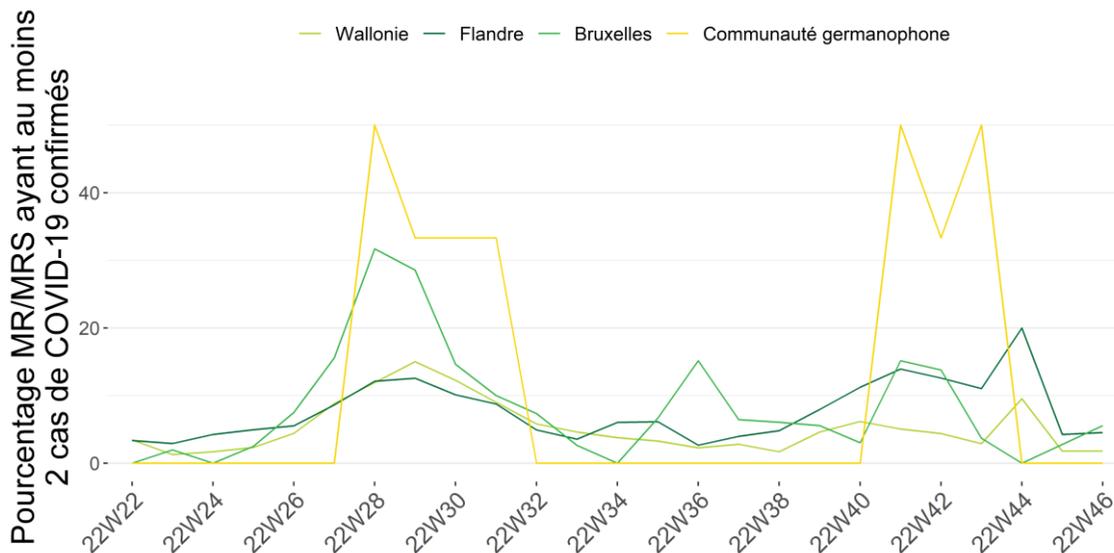
Pourcentage de MR/MRS ayant envoyé leurs données au moins une fois au cours de la semaine concernée (du mercredi au mardi), depuis la semaine 22*



*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 30 mai 2022.

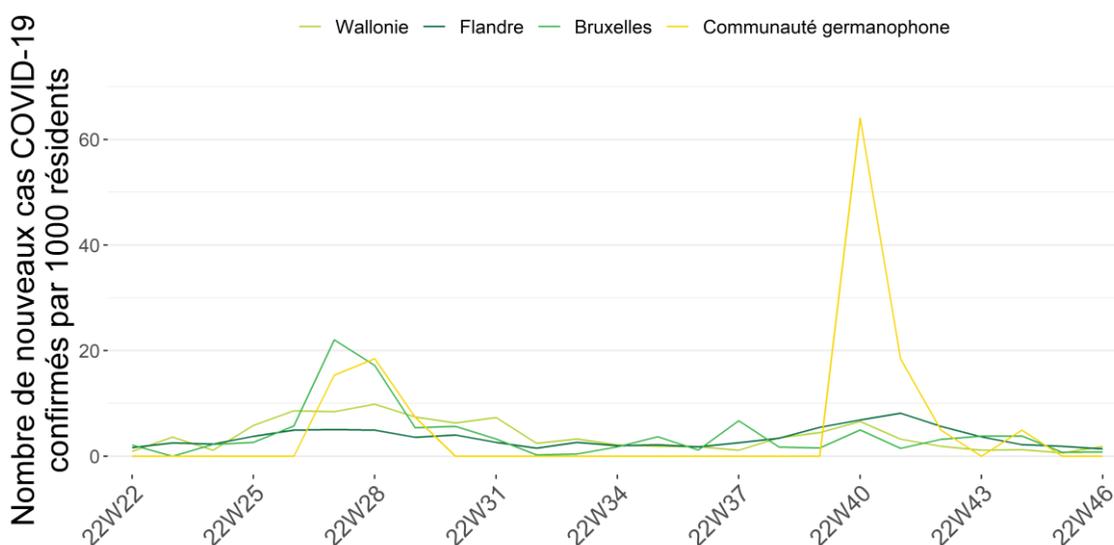
Pourcentage de MR/MRS ayant rapporté au moins 2 cas COVID-19 confirmés (le mardi), depuis la semaine 22*



*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.

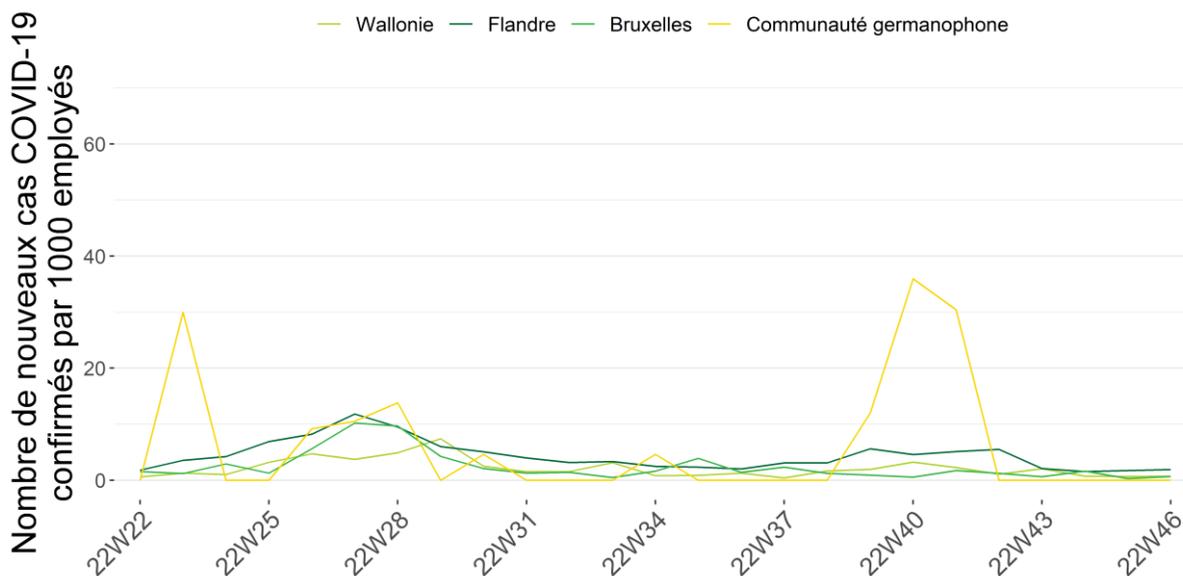
Incidence par semaine des cas COVID-19 confirmés en MR/MRS belges pour 1 000 résidents, par région/communauté, depuis la semaine 22.*



*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.

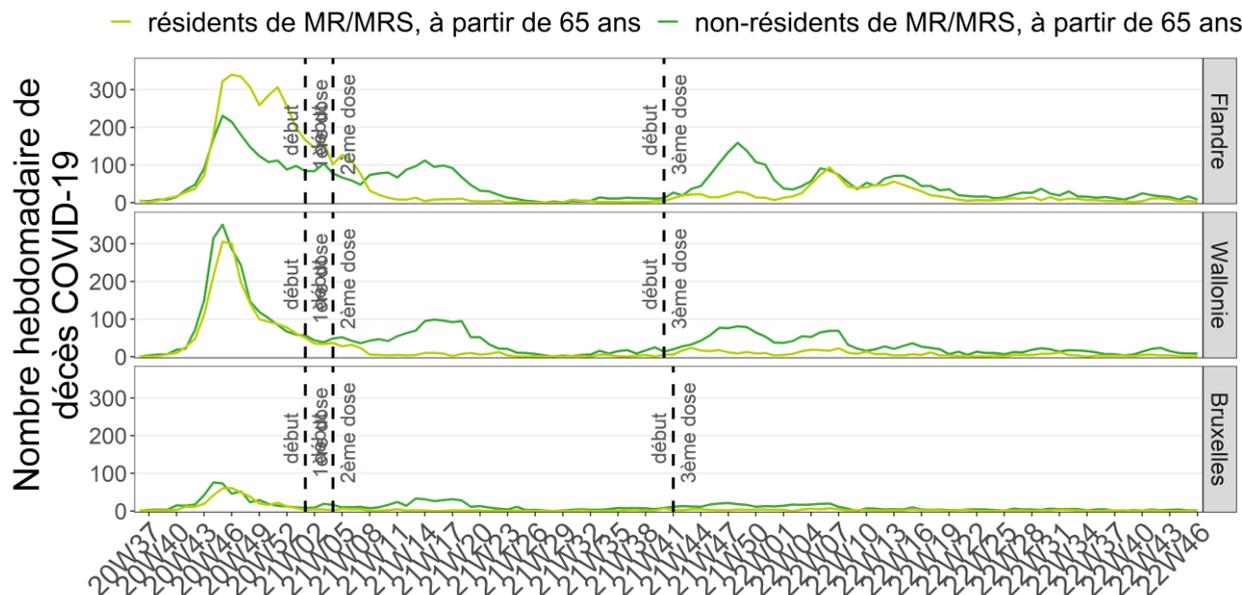
Incidence par semaine des cas COVID-19 confirmés parmi le personnel des MR/MRS belges pour 1 000 employés, par région/communauté, depuis la semaine 22*.



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

Entre 15 novembre 2022 et 21 novembre 2022, 4 résidents de MR/MRS sont décédés du COVID-19, dont 1 en MR/MRS (1 en Flandre, 0 à Bruxelles, 0 en Wallonie), 3 à l'hôpital (0 en Flandre, 1 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 20%.

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 30/05/22 au 20/11/22

Lieu de décès	Wallonia		Flandres		Bruxelles		Belgique	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hôpital	80	82	73	39	31	94	184	58
Maisons de repos	17	18	114	61	2	6	133	42
TOTAL	97	100	187	100	33	100	317	100

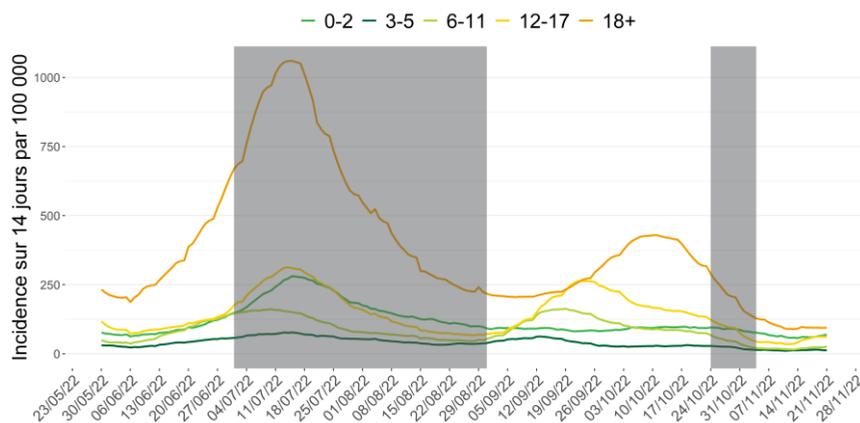
3.9. SITUATION COVID-19 POUR LES ENFANTS

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.

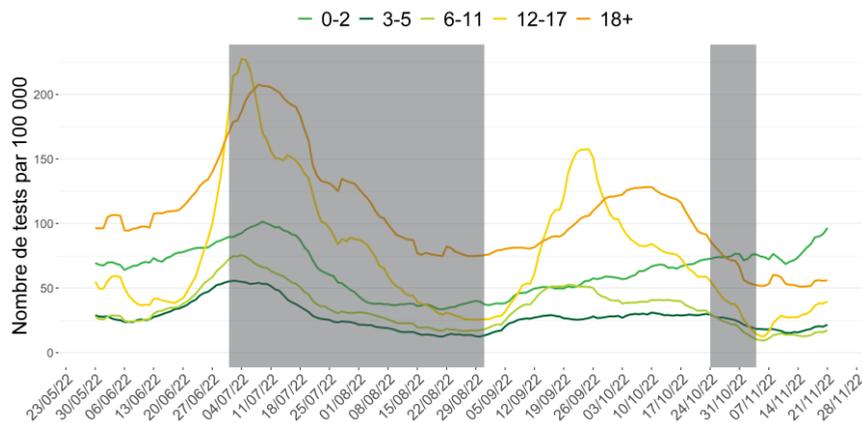
L'évolution du nombre de cas confirmés est calculée à partir des résultats de tests rapportés par les laboratoires. Le nombre de tests effectués (positifs et négatifs) permet d'interpréter l'évolution de l'incidence par tranche d'âge dans le contexte des changements de stratégie de testing. Les groupes 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, 30/05/22 (semaine 22) au 20/11/22 (semaine 46), Belgique.



Source : surveillance COVID-19 centralisée de Sciensano basée sur les laboratoires. Les zones grisées indiquent les périodes de vacances scolaires (les périodes de vacances diffèrent en Communauté française et flamande).

Nombre de tests effectués (moyenne glissante sur 7 jours) par tranche d'âge et pour 100 000 habitants de la tranche d'âge, 30/05/22 (semaine 22) au 20/11/22 (semaine 46), Belgique.



Source : surveillance COVID-19 centralisée de Sciensano basée sur les laboratoires. Les zones grisées indiquent les périodes de vacances scolaires (les périodes de vacances diffèrent en Communauté française et flamande).

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 « Tendance à la hausse » indique les zones où les charges virales sont en hausse depuis plus de six jours.

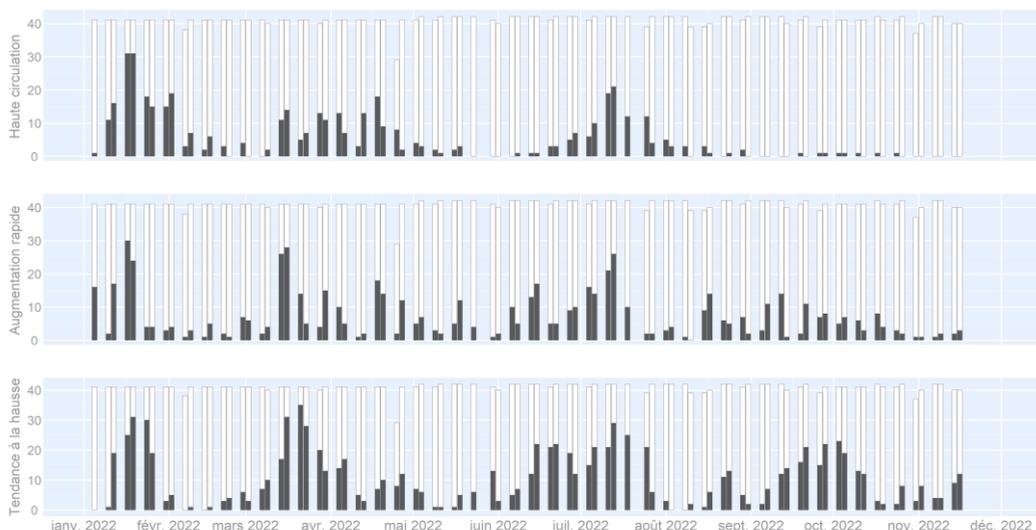
Généralement, lorsque les charges virales dans les eaux usées commencent à augmenter dans une région, l'indicateur « Tendance à la hausse » sera le premier à devenir positif. Si les charges virales augmentent rapidement, l'indicateur « Augmentation rapide » sera alors positif. Enfin, l'indicateur « Haute 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 16/11/2022 durant la semaine 46 indiquent que:

- Au niveau national: Pour la première fois depuis le 14 septembre 2022, le nombre de zones en Tendance à la Hausse a augmenté de manière importante avec plus d'un quart des zones positives. L'indicateur Haute Circulation reste à un niveau faible, avec moins de cinq zones positives. Dans l'ensemble, les charges virales sont à des niveaux faibles par rapport à la 5e vague et sont récemment en augmentation.
- Au niveau régional: Seul l'indicateur Augmentation Rapide est positif à Bruxelles.

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.

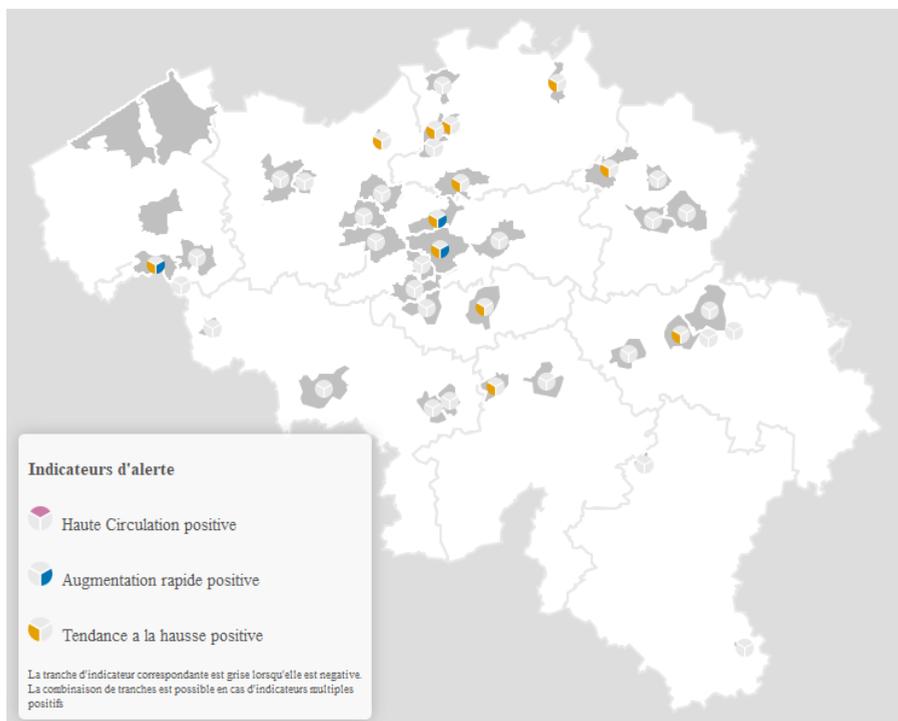
Nombre de zones couvertes par les stations d'épuration des eaux usées présentant des indicateurs d'alerte positifs.



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.

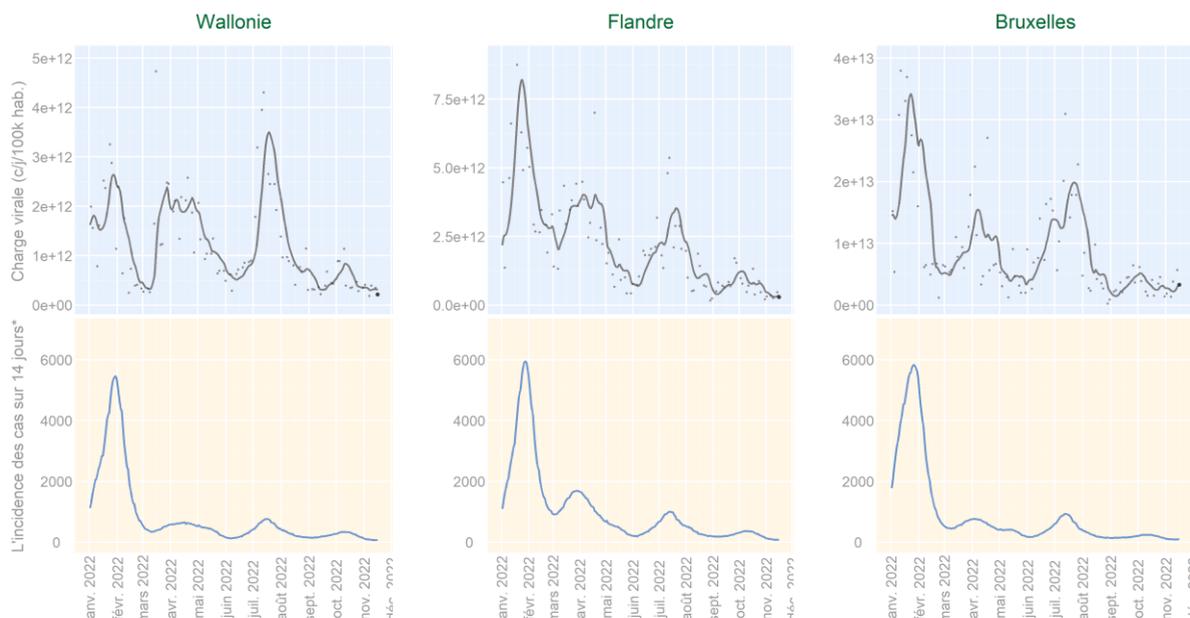
La figure ci-dessous, présente une représentation géographique des trois indicateurs pour chaque zone couverte par la surveillance. La positivité des indicateurs « Haute circulation », « Augmentation rapide » et « Tendance à la hausse » est indiquée par un quartier rose, bleu et orange, respectivement.

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 remplis (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	1	0	6.4	3.27	74	5
Flandre	41%	0	0	0	2.2	0.29	26	4
Wallonie	31%	0	0	0	4.3	0.21	0	2

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

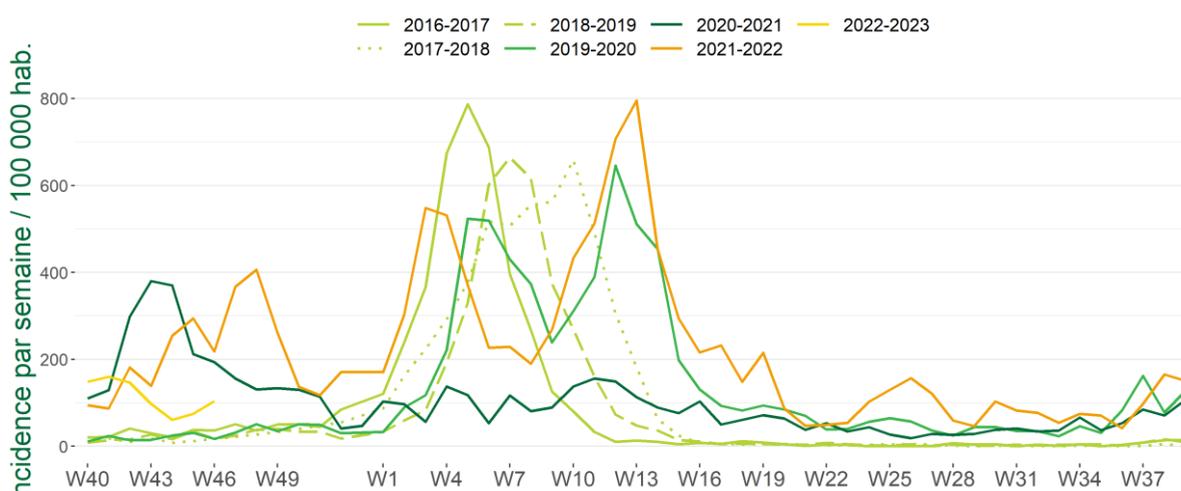
Le réseau sentinelle des médecins généralistes enregistre en continu les consultations en médecine générale pour les syndromes grippaux et les infections aiguës des voies respiratoires. Etant donné que ces symptômes peuvent être causés par des pathogènes différents du virus de la grippe, des échantillons 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 14 novembre 2022 au 20 novembre 2022, l'incidence des consultations en médecine générale pour symptômes grippaux a augmenté à 104 consultations pour 100000 habitants.

Symptômes de la grippe: Incidence des consultations chez le généraliste

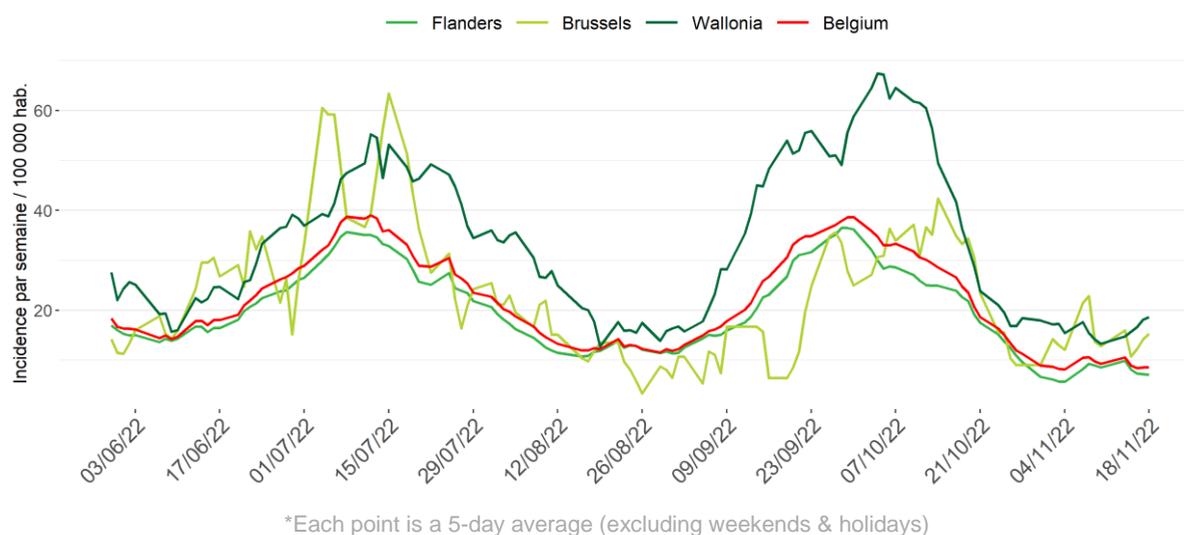


3.11.2. Enregistrement des patients avec suspicion de COVID-19 dans le baromètre des médecins généralistes

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 est resté stable en semaine 46, avec une moyenne nationale de 9 contacts pour 100 000 habitants par jour, comparé à 10/100 000 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

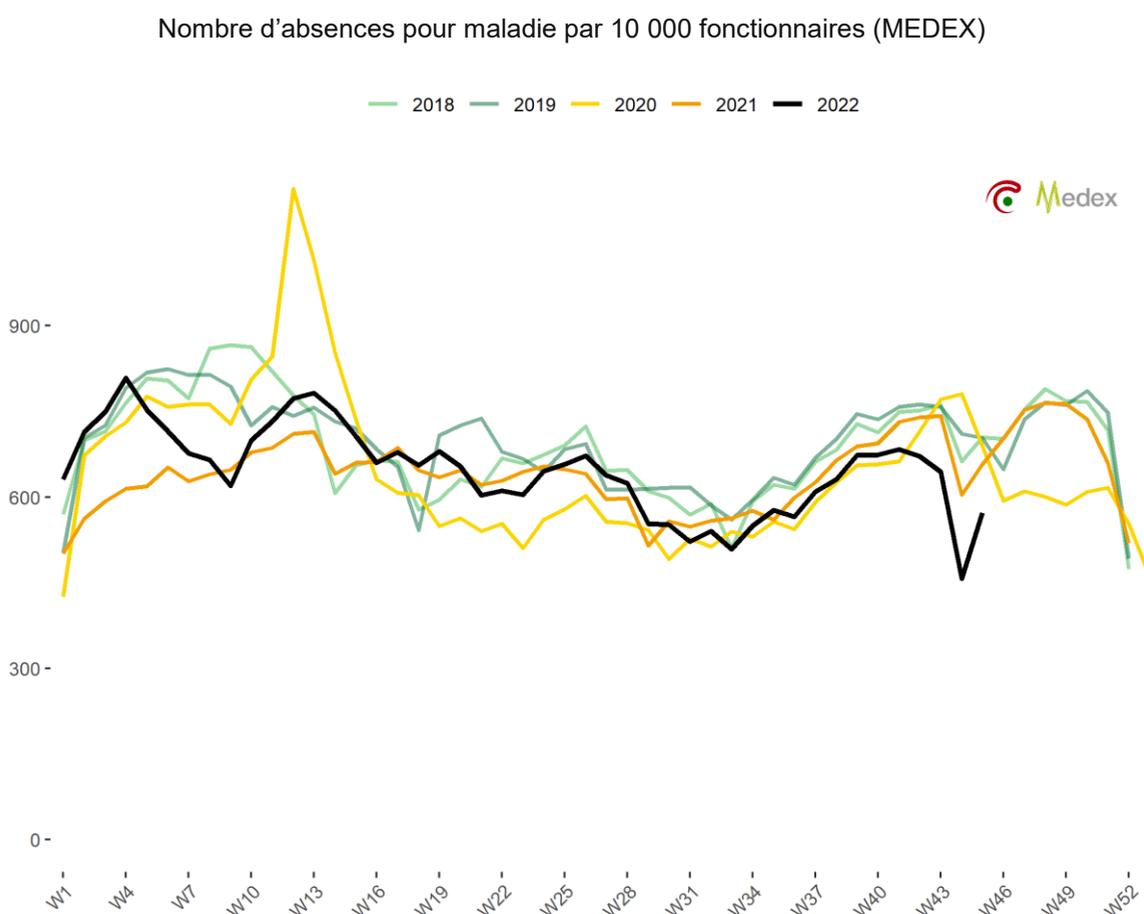


L'intégralité du bulletin hebdomadaire sur les différents virus respiratoires détectés par la surveillance hospitalière des syndromes respiratoires aigus sévères et par le réseau des laboratoires vigies, est disponible via [ce lien](#).

3.12. 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 public 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.

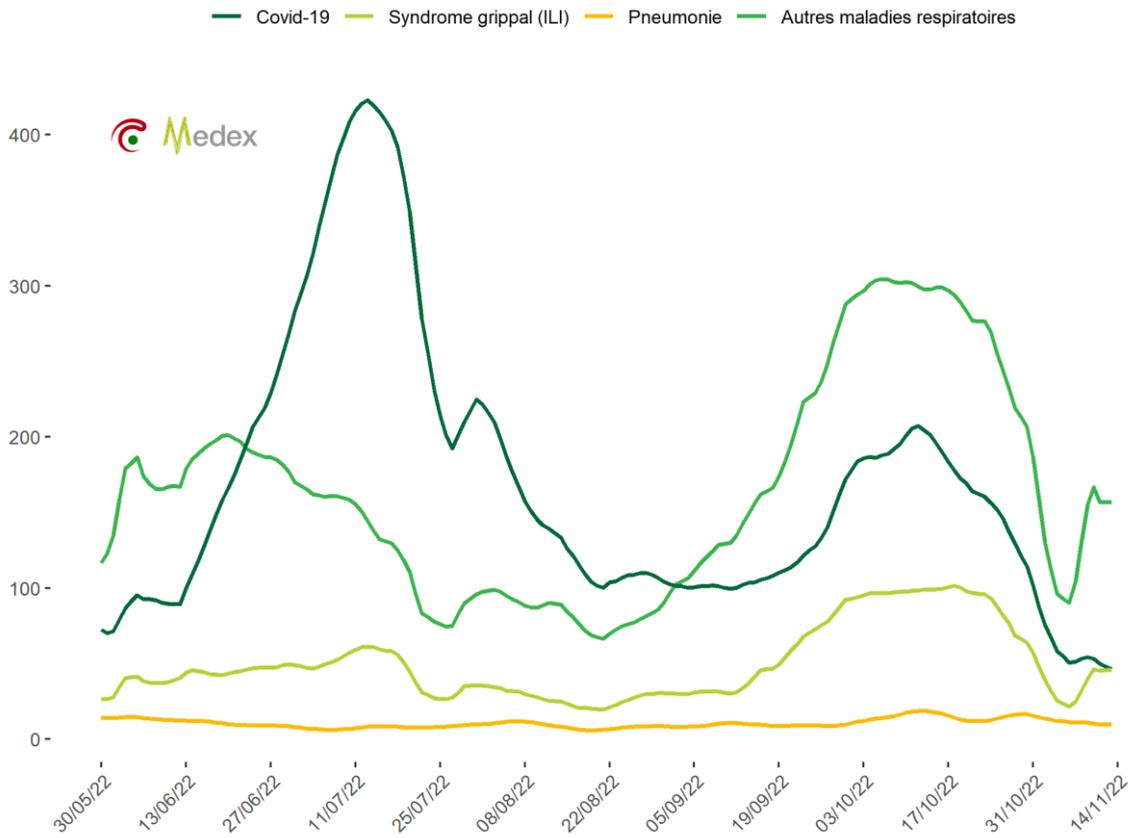
La figure ci-dessous montre les absences journalières pour maladie chez ces fonctionnaires par rapport aux années précédentes.



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)

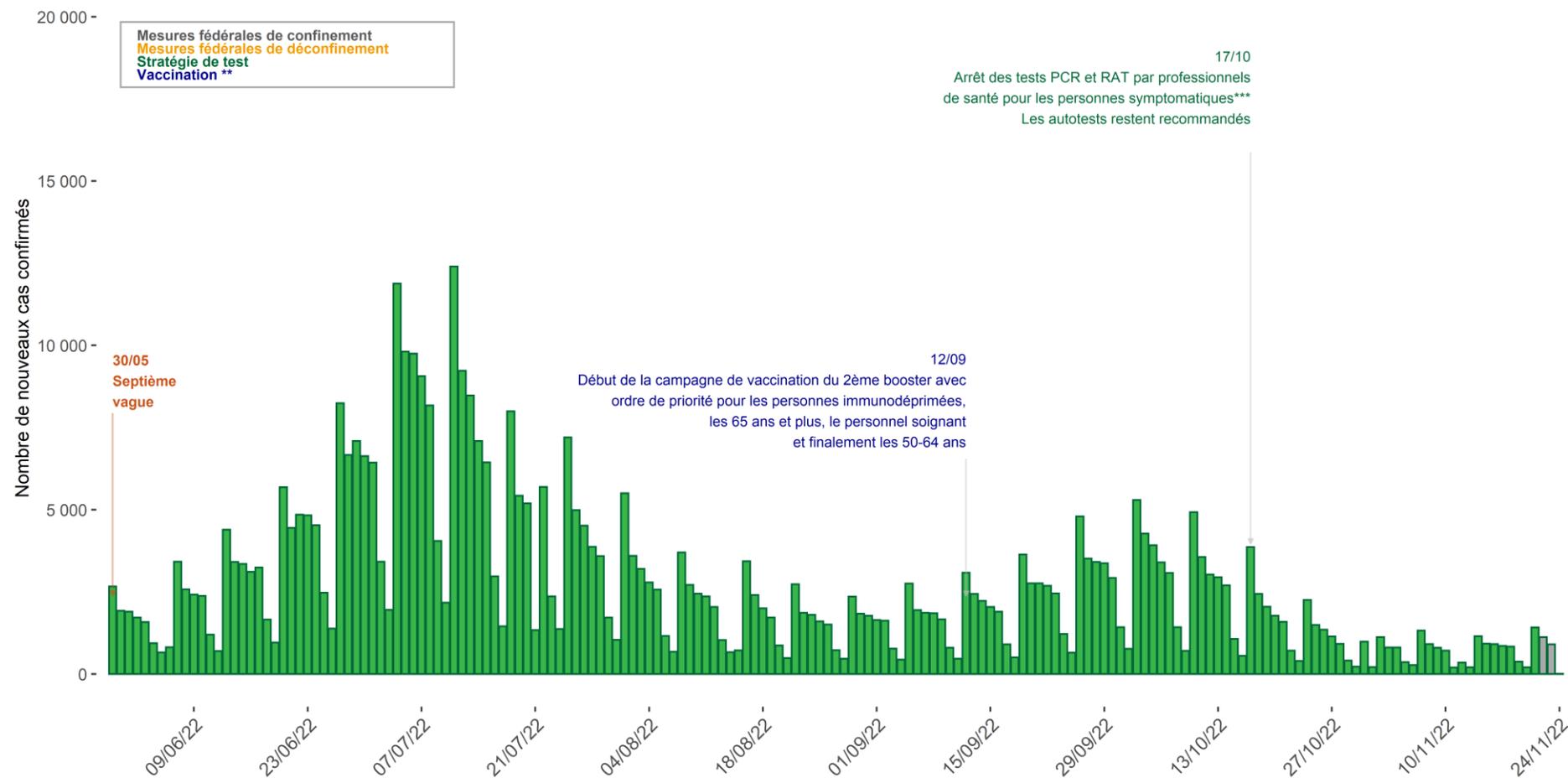
Le diagnostic apposé par le médecin est disponible sur le certificat MEDEX d'incapacité de travail. Ces données sont regroupées sur base des codes ICD 9 (Nomenclature OMS) et de texte libre. La figure ci-dessous indique le nombre de fonctionnaires atteint de maladie respiratoire, par diagnostic mentionné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

Nombre de fonctionnaires malades (MEDEX), par diagnostic (maladies respiratoires uniquement) mentionné sur le certificat, évolution journalière depuis le 30/05/22



Source: [MEDEX](#)

3.13. LIGNE DE TEMPS: CAS CONFIRMÉS DE COVID-19 ET REPOSE 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.

***Voir [les procédures](#) de sciensano pour des informations plus détaillées

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 septième vague, c'est-à-dire à partir du 30 mai 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.

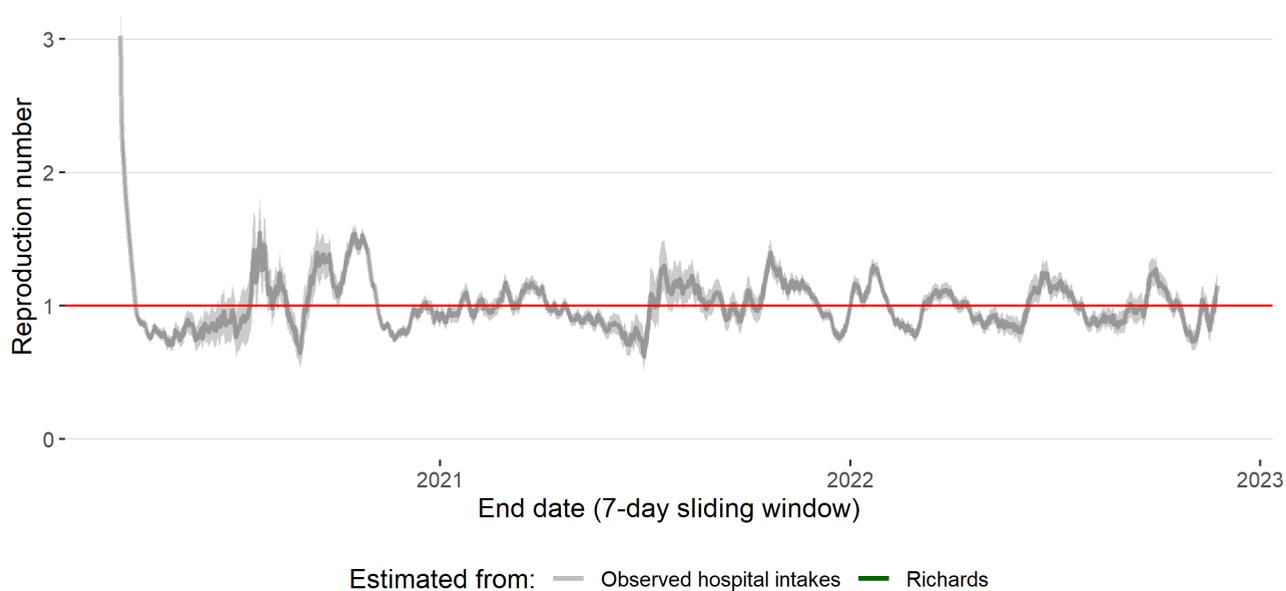
4. Modélisation

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 (18/11/22 au 24/11/22)	1,152	1,040-1,272

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	1,145	1,115	1,175
Antwerpen	1,113	1,038	1,191
Brabant wallon	1,151	1,009	1,302
Hainaut	1,245	1,152	1,342
Liège*	1,082	0,979	1,191
Limburg	1,148	1,041	1,260
Luxembourg	1,167	0,982	1,368
Namur	1,225	1,082	1,378
Oost-Vlaanderen	1,043	0,961	1,128
Vlaams-Brabant	1,212	1,118	1,309
West-Vlaanderen	1,083	0,991	1,179
Région bruxelloise	1,206	1,124	1,292
Deutschsprachige Gemeinschaft	0,768	0,492	1,104

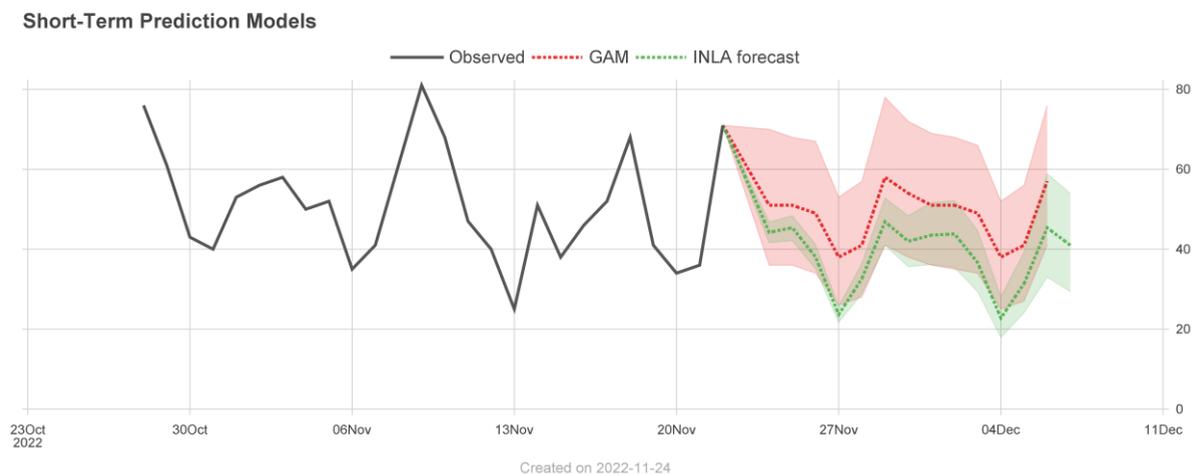
*Les estimations pour la province de Liège incluent les valeurs de la Communauté germanophone

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 jusqu'au 01 décembre. Un éventuel dépassement de la capacité de l'USI est présenté en rouge.

Date	Valeur observée	Valeur prédite	2,5% IC	97,5% IC
2022-11-23	46	49	23	83
2022-11-24	44	48	20	80
2022-11-25		51	23	85
2022-11-26		52	23	88
2022-11-27		53	25	88
2022-12-01		45	21	73

5. Annexes

5.1. 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	24/10-30/10	31/10-6/11	7/11-13/11	14/11-20/11
Indicateurs d'intensité				
Moyenne journalière de nouveaux cas ^(a)	1 113	654	641	751
Temps de doublement ^(b)	10	9	244	31
Taux de reproduction ^(c)	0,762	0,798	0,897	1,121
Nombre de tests effectués pour 100 000 hab.	453	323	335	364
Taux de positivité ^(a)	16,7%	14,1%	13,2%	13,9%
Incidence sur 14 jours des cas confirmés pour 100 000 hab. ^(d)	178	107	78	84
Indicateurs de sévérité				
Moyenne journalière de nouvelles admissions à l'hôpital de patients COVID-19 ^(a)	73	49	52	47
Incidence sur 7 jours des hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 hab. ^(d)	4,42	2,97	3,13	2,85
Nombre de lits d'hôpital occupés par des patients COVID-19 ^(e)	1 056	814	780	669
Nombre de patients COVID-19 en USI ^(e)	55	47	57	51
Taux d'occupation de lits USI accrédités par des patients COVID-19 ^(f)	3%	2%	3%	3%
Moyenne journalière de décès COVID-19	7	5	5	3
Moyenne journalière de décès COVID-19 des résidents de maison de repos ^(a)	2	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	71,2%	71,3%	71,3%	71,3%
Couverture vaccinale 1 ^{ère} dose de rappel, 65 ans et +	92,1%	92,1%	92,1%	92,2%
Couverture vaccinale 2 nd e dose de rappel, 65 ans et +	59,4%	60,1%	60,4%	60,8%
Efficacité vaccinale (1^{ère} dose de rappel, 65 ans et +)	0-49 jours	50-99 jours	100-149 jours	150-199 jours
Infection symptomatique	52,1%	40,8%	29,3%	21,3%
Hospitalisation	73,8%	68,3%	66,2%	63,4%
USI	84,2%	77,3%	82,5%	82,1%

^(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.

5.2. NOMBRE DE PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES (PCR ET ANTIGÈNE) ENTRE LE 18 OCTOBRE 2022 ET LE 24 NOVEMBRE 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
18/10/22	2 436	
19/10/22	2 048	
20/10/22	1 775	11 201 cas au cours de cette période de 7 jours
21/10/22	1 585	Soit 1 600,1 cas en moyenne par jour
22/10/22	709	Soit une incidence sur une semaine de 96,7/100 000 habitants
23/10/22	393	
24/10/22	2 255	
25/10/22	1 489	
26/10/22	1 345	
27/10/22	1 143	6 521 cas au cours de cette période de 7 jours
28/10/22	920	Soit 931,6 cas en moyenne par jour
29/10/22	413	Soit une incidence sur une semaine de 56,3/100 000 habitants
30/10/22	223	
31/10/22	988	
01/11/22	212	
02/11/22	1 120	
03/11/22	809	4 908 cas au cours de cette période de 7 jours
04/11/22	809	Soit 701,1 cas en moyenne par jour
05/11/22	364	Soit une incidence sur une semaine de 42,4/100 000 habitants
06/11/22	273	
07/11/22	1 321	
08/11/22	908	
09/11/22	801	
10/11/22	714	4 317 cas au cours de cette période de 7 jours
11/11/22	194	Soit 616,7 cas en moyenne par jour
12/11/22	346	Soit une incidence sur une semaine de 37,3/100 000 habitants
13/11/22	201	
14/11/22	1 153	
15/11/22	923	
16/11/22	907	
17/11/22	855	5 519 cas au cours de cette période de 7 jours
18/11/22	834	Soit 788,4 cas en moyenne par jour
19/11/22	375	Soit une incidence sur une semaine de 47,6/100 000 habitants
20/11/22	207	
21/11/22	1 418	
22/11/22	1 121	
23/11/22	901	Les données rapportées pour les derniers jours nécessitent invariablement une consolidation progressive, expliqué entre autres par le délai entre le prélèvement et le rapportage.
24/11/22	4	

Soit 27,8% d'augmentation entre les deux périodes
Soit une incidence sur une période 14 jours de 84,9 nouveaux cas/100 000 habitants

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).

5.3. NOMBRE DE TESTS RÉALISÉS ENTRE LE 18 OCTOBRE 2022 ET LE 24 NOVEMBRE 2022, PRÉSENTÉ PAR JOUR ET MOYENNE PAR SEMAINE

Date	Nombre de tests	
18/10/22	13 380	
19/10/22	11 317	
20/10/22	10 727	
21/10/22	9 299	63 951 tests au cours de la semaine, soit 9 136/jour
22/10/22	5 847	
23/10/22	2 902	
24/10/22	10 479	
25/10/22	10 473	
26/10/22	8 663	
27/10/22	8 046	
28/10/22	7 284	48 819 tests au cours de la semaine, soit 6 974/jour
29/10/22	4 873	
30/10/22	2 655	
31/10/22	6 825	
01/11/22	3 126	
02/11/22	7 120	
03/11/22	6 931	
04/11/22	6 489	38 725 tests au cours de la semaine, soit 5 532/jour
05/11/22	4 299	
06/11/22	2 679	
07/11/22	8 081	
08/11/22	8 254	
09/11/22	6 950	
10/11/22	5 989	
11/11/22	3 117	38 215 tests au cours de la semaine, soit 5 459/jour
12/11/22	3 756	
13/11/22	2 673	
14/11/22	7 476	
15/11/22	8 165	
16/11/22	7 310	
17/11/22	6 450	
18/11/22	6 315	42 841 tests au cours de la semaine, soit 6 120/jour
19/11/22	4 140	
20/11/22	2 296	
21/11/22	8 165	
22/11/22	8 658	Les données des derniers jours ne sont pas encore complètes. Il faut quelques jours pour que tous les tests soient signalés à Sciensano.
23/11/22	7 785	
24/11/22	395	

5.4. NOMBRE DE PERSONNES HOSPITALISÉES ENTRE LE 21 OCTOBRE 2022 ET LE 24 NOVEMBRE 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
21/10/22	110		84	176	1 489	74
22/10/22	85		76	188	1 441	75
23/10/22	55	582 nouvelles hospitalisations Soit 83,1/jour en moyenne	45	51	1 465	76
24/10/22	78		64	105	1 431	84
25/10/22	100		89	251	1 346	77
26/10/22	80		64	198	1 266	73
27/10/22	74		68	175	1 218	65
28/10/22	76		72	188	1 155	68
29/10/22	61		45	191	1 037	56
30/10/22	43	387 nouvelles hospitalisations Soit 55,3/jour en moyenne	34	46	1 056	55
31/10/22	40		49	57	1 078	60
01/11/22	53		54	173	984	61
02/11/22	56		24	89	965	60
03/11/22	58		48	161	902	60
04/11/22	50		40	135	834	57
05/11/22	52		56	112	813	55
06/11/22	35	388 nouvelles hospitalisations Soit 55,4/jour en moyenne	20	35	814	47
07/11/22	41		40	49	840	60
08/11/22	61		66	170	798	47
09/11/22	81		55	117	796	50
10/11/22	68		57	97	810	46
11/11/22	47		30	108	776	50
12/11/22	40		22	44	757	54
13/11/22	25	299 nouvelles hospitalisations Soit 42,7/jour en moyenne	20	38	780	57
14/11/22	51		51	66	791	55
15/11/22	38		52	147	724	49
16/11/22	46		40	103	696	45
17/11/22	52		42	111	653	40
18/11/22	68		48	93	672	44
19/11/22	41		43	96	654	49
20/11/22	34	381 nouvelles hospitalisations Soit 54,4/jour en moyenne	23	39	669	51
21/11/22	36		45	38	709	49
22/11/22	71		57	111	714	53
23/11/22	58		56	90	736	46
24/11/22	73		63	103	762	44

* Hospitalisations en raison de COVID-19.

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

5.5. NOMBRE DE PERSONNES DÉCÉDÉES ENTRE LE 18 OCTOBRE 2022 ET LE 24 NOVEMBRE 2022, PRÉSENTÉ PAR JOUR ET MOYENNE PAR SEMAINE

Date	Décès total	
18/10/22	8	
19/10/22	8	
20/10/22	15	
21/10/22	7	64 décès au cours de la semaine, soit 9,1/jour
22/10/22	6	
23/10/22	10	
24/10/22	10	
25/10/22	8	
26/10/22	5	
27/10/22	4	
28/10/22	7	45 décès au cours de la semaine, soit 6,4/jour
29/10/22	11	
30/10/22	5	
31/10/22	5	
01/11/22	3	
02/11/22	5	
03/11/22	8	
04/11/22	2	33 décès au cours de la semaine, soit 4,7/jour
05/11/22	7	
06/11/22	3	
07/11/22	5	
08/11/22	5	
09/11/22	4	
10/11/22	3	
11/11/22	6	41 décès au cours de la semaine, soit 5,9/jour
12/11/22	7	
13/11/22	7	
14/11/22	9	
15/11/22	5	
16/11/22	4	
17/11/22	2	
18/11/22	2	20 décès au cours de la semaine, soit 2,9/jour
19/11/22	1	
20/11/22	1	
21/11/22	5	
22/11/22	5	
23/11/22	4	
24/11/22	1	

5.6. 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 07 novembre au 20 novembre 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	10 (n = 23)	13 (n = 1)	11 (n = 20)	7 (n = 2)
	Non vacciné	12 (n = 82)	10 (n = 10)	11 (n = 36)	14 (n = 36)
12-17	Primo-vaccination complète + 2nde dose de rappel	-	-	-	-
	Primo-vaccination complète + 1ère dose de rappel	42 (n = 62)	NA (n = 2)	45 (n = 58)	14 (n = 2)
	Primo-vaccination complète	33 (n = 149)	47 (n = 16)	31 (n = 77)	33 (n = 55)
	Non vacciné	34 (n = 65)	41 (n = 19)	25 (n = 15)	35 (n = 29)
18-64	Primo-vaccination complète + 2nde dose de rappel	40 (n = 806)	69 (n = 45)	38 (n = 623)	46 (n = 138)
	Primo-vaccination complète + 1ère dose de rappel	61 (n = 1 800)	75 (n = 214)	55 (n = 880)	66 (n = 699)
	Primo-vaccination complète	59 (n = 657)	69 (n = 151)	55 (n = 229)	59 (n = 267)
	Non vacciné	61 (n = 546)	60 (n = 126)	52 (n = 162)	58 (n = 216)
65-84	Primo-vaccination complète + 2nde dose de rappel	61 (n = 824)	75 (n = 40)	61 (n = 596)	59 (n = 188)
	Primo-vaccination complète + 1ère dose de rappel	92 (n = 387)	130 (n = 62)	78 (n = 128)	94 (n = 196)
	Primo-vaccination complète	103 (n = 72)	148 (n = 22)	81 (n = 18)	96 (n = 30)

Groupe d'âge	Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
Non vacciné	80 (n = 75)	88 (n = 15)	65 (n = 19)	79 (n = 38)
Primo-vaccination complète + 2nde dose de rappel	158 (n = 373)	255 (n = 32)	152 (n = 261)	157 (n = 80)
Primo-vaccination complète + 1ère dose de rappel	127 (n = 98)	107 (n = 9)	119 (n = 42)	142 (n = 47)
Primo-vaccination complète	221 (n = 23)	NA (n = 8)	NA (n = 10)	NA (n = 4)
Non vacciné	225 (n = 33)	NA (n = 10)	NA (n = 4)	243 (n = 19)

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 07 novembre au 20 novembre 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	6 (n = 75)	9 (n = 16)	6 (n = 39)	4 (n = 20)
12-17	Primo-vaccination complète + dose(s) de rappel	1 (n = 1)	0 (n = 0)	1 (n = 1)	0 (n = 0)
	Primo-vaccination complète	0 (n = 1)	0 (n = 0)	0 (n = 1)	0 (n = 0)
	Non vacciné	1 (n = 1)	2 (n = 1)	0 (n = 0)	0 (n = 0)
18-64	Primo-vaccination complète + dose(s) de rappel	1 (n = 57)	4 (n = 15)	1 (n = 30)	1 (n = 12)
	Primo-vaccination complète	2 (n = 25)	2 (n = 4)	2 (n = 8)	3 (n = 13)
	Non vacciné	2 (n = 15)	2 (n = 4)	2 (n = 7)	1 (n = 4)
65-84	Primo-vaccination complète + dose(s) de rappel	9 (n = 163)	13 (n = 13)	11 (n = 121)	5 (n = 29)
	Primo-vaccination complète	63 (n = 44)	40 (n = 6)	90 (n = 20)	58 (n = 18)
	Non vacciné	14 (n = 13)	6 (n = 1)	10 (n = 3)	19 (n = 9)
85+	Primo-vaccination complète + dose(s) de rappel	37 (n = 116)	52 (n = 11)	42 (n = 88)	20 (n = 17)
	Primo-vaccination complète	202 (n = 21)	229 (n = 4)	259 (n = 10)	151 (n = 7)
	Non vacciné	27 (n = 4)	0 (n = 0)	24 (n = 1)	38 (n = 3)

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 07 novembre au 20 novembre 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 = 5)	1 (n = 2)	0 (n = 1)	0 (n = 2)
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	1 (n = 1)	2 (n = 1)	0 (n = 0)	0 (n = 0)
18-64	Primo-vaccination complète + dose(s) de rappel	0 (n = 9)	1 (n = 2)	0 (n = 6)	0 (n = 1)
	Primo-vaccination complète	1 (n = 8)	1 (n = 2)	1 (n = 4)	0 (n = 2)
	Non vacciné	0 (n = 3)	0 (n = 0)	1 (n = 2)	0 (n = 1)
65-84	Primo-vaccination complète + dose(s) de rappel	2 (n = 31)	5 (n = 5)	2 (n = 22)	1 (n = 4)
	Primo-vaccination complète	4 (n = 3)	7 (n = 1)	5 (n = 1)	3 (n = 1)
	Non vacciné	0 (n = 0)	0 (n = 0)	0 (n = 0)	0 (n = 0)
85+	Primo-vaccination complète + dose(s) de rappel	3 (n = 8)	0 (n = 0)	3 (n = 6)	2 (n = 2)
	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)

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 07 novembre au 20 novembre 2022.

	18-64	65-84	85+
Primo-vaccination complète + dose de rappel	0 (n = 2)	1 (n = 20)	5 (n = 15)
Primo-vaccination complète	0 (n = 0)	4 (n = 3)	19 (n = 2)
Non vacciné	0 (n = 1)	3 (n = 3)	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 07 novembre au 20 novembre 2022.

Groupe d'âge		Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
0-11	% non vaccinés	83.7 %	95.3 %	75.8 %	93.2 %
	Nombre non vaccinés	1 269 316	178 514	642 966	447 836
12-17	% non vaccinés	23.8 %	53.9 %	13.6 %	31.4 %
	Nombre non vaccinés	190 927	46 526	61 089	83 312
18-64	% non vaccinés	12.8 %	26.5 %	7.8 %	17.0 %
	Nombre non vaccinés	896 573	209 051	311 966	375 527
65-84	% non vaccinés	4.9 %	12.7 %	2.5 %	7.8 %
	Nombre non vaccinés	94 168	17 011	29 320	47 796
85+	% non vaccinés	4.3 %	10.3 %	1.9 %	8.0 %
	Nombre non vaccinés	14 687	2 652	4 194	7 828

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](#)