

COVID-19

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

(12 MAI 2023)

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 21/11/22	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.....	30
3.6. Évolution de la mortalité COVID-19.....	34
3.7. Surveillance de la mortalité (toutes causes confondues).....	36
3.8. Surveillance en maison de repos et de soins.....	40
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.....	46
3.12. Absences au travail pour cause de maladie.....	48
3.13. Ligne de temps: cas confirmés de COVID-19 et réponse à l'épidémie en Belgique.....	50
4. Modélisation	52
4.1. Taux de reproduction (R_t).....	52
4.2. Modèle de prédiction à court terme pour les nouvelles hospitalisations.....	54
4.3. Modèle de prédiction du taux d'occupation des lits en soins intensifs.....	55
5. Annexes	56
5.1. Résumé des indicateurs clés.....	56
5.2. Nombre de personnes diagnostiquées (PCR et antigène) entre le 3 avril 2023 et le 10 mai 2023, présenté par jour et moyenne par semaine.....	57
5.3. Nombre de tests réalisés entre le 3 avril 2023 et le 10 mai 2023, présenté par jour et moyenne par semaine.....	58
5.4. Nombre de personnes hospitalisées entre le 6 avril 2023 et le 10 mai 2023, présenté par jour et moyenne par semaine.....	59
5.5. Nombre de personnes décédées entre le 3 avril 2023 et le 10 mai 2023, présenté par jour et moyenne par semaine.....	60
5.6. Nombre et pourcentage de personnes non vaccinées pour COVID-19, par région et tranche d'âge.....	61

1. Points clés

- **Situation générale** : L'incidence sur 14 jours pour le nombre de cas pour la Belgique est de 35/100 000 habitants, l'incidence sur 7 jours pour le nombre d'hospitalisations est de 2,7/100 000 habitants.
- **Nombre de nouveaux cas** : Au niveau national, le nombre de nouveaux cas rapportés a encore diminué (- 33 %), au cours de la période du 1^{er} au 7 mai comparé à la période précédente de 7 jours. Le Rt, basé sur le nombre de cas diagnostiqués pour cette même période a légèrement augmenté (0,843).
- **Tests et taux de positivité** : Le nombre de tests effectués a encore diminué, avec une moyenne de 2 213 tests par jour au cours de la période du 1^{er} au 7 mai 2023. Le taux de positivité pour la Belgique pour cette même période a également diminué (13,1 %).
- **Hospitalisations** : Le nombre de nouvelles hospitalisations est resté globalement stable au cours de la période du 4 au 10 mai, comparé à la période précédente de 7 jours (+ 4%). Le nombre de lits occupés aux soins intensifs a diminué (-24 %).
- **Mortalité** : La mortalité liée au COVID-19 a diminué en semaine 18. Les décès rapportés ont principalement eu lieu à l'hôpital. La semaine 16 n' a pas présenté de surmortalité statistiquement significative.
- **Vaccination** : L'efficacité vaccinale de la 1^{ère} dose de rappel, chez les 65 ans et plus, est estimée à 78,8 % contre les hospitalisations et 85,4 % contre les admissions en USI pour les 50 premiers jours après son administration. La proportion de personnes ayant reçu une dernière dose de vaccin au cours des 6 derniers mois était de 2,8 % pour les personnes âgées de 65 à 84 ans et de 3,2 % pour les personnes âgées de 85 ans et plus.
- **Surveillance par les médecins généralistes** : Le nombre moyen de contacts établis avec un médecin généraliste pour suspicion de COVID-19 a diminué au niveau national au cours de la semaine 18 (2 contacts pour 100 000 habitants par jour). L'incidence des consultations auprès d'un généraliste pour des symptômes grippaux a diminué, avec 45 consultations pour 100 000 habitants au cours de cette semaine. - voir [section 3.11](#).
- **Surveillance basée sur les eaux usées** : Les résultats du 3 mai montrent que la circulation virale reste faible. - voir [section 3.10](#).

2. Indicateurs clés - tendances

Note : En raison de problèmes techniques, les résultats des tests de dépistage du SARS-CoV-2 ne sont pas complets pour tous les laboratoires situés dans la Région de Bruxelles-Capitale. Cela a un impact sur les surveillances épidémiologiques basées sur les cas et les tests, présentées dans ce rapport. En particulier, les données sur les cas et les tests pour la région de Bruxelles-Capitale ne sont pas directement comparables à celles rapportées avant le 14 mars, ni à celles rapportées pour d'autres régions. Sciensano suit de près la situation épidémiologique en utilisant à la fois les données disponibles sur les tests et les autres indicateurs de surveillance.

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 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 5](#) 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	4 797 108	346,1	232,0*	-33%
Admis à l'hôpital	157 058***	44,1	45,9**	+4%
Décédés****	34 298	4,3	4,0*	-7%
<i>En hôpital</i>	<i>23 558</i>	<i>4,1</i>	<i>4,0</i>	<i>-3%</i>
<i>En maison de repos</i>	<i>10 547</i>	<i>0,1</i>	<i>0,0</i>	<i>-100%</i>

*Du 1 mai 2023 au 7 mai 2023 (données des 3 derniers jours non consolidées).

**Du 4 mai 2023 au 10 mai 2023.

***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.

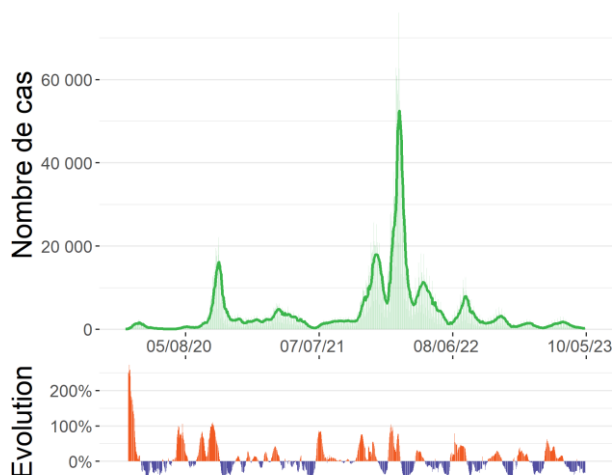
Occupation des lits d'hôpital	Mercredi 3 mai 2023	Mercredi 10 mai 2023	Évolution
Nombre de lits d'hôpital occupés	768	674	-12%
Nombre de lits USI occupés	50	38	-24%

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

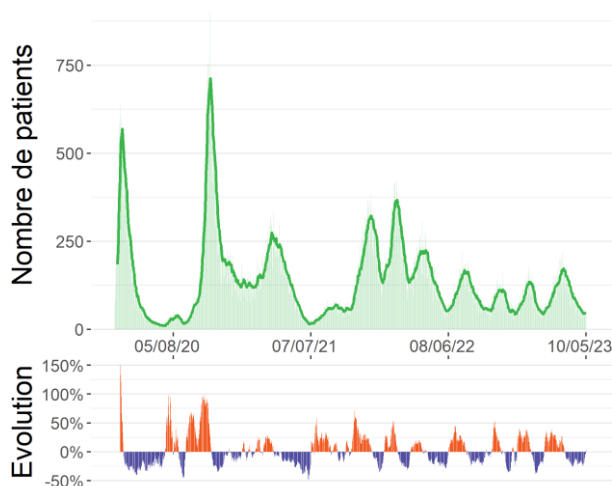
Les quatre indicateurs clés sont présentés ci-dessous avec la moyenne mobile sur 7 jours (ligne verte). Cette moyenne mobile est utilisée pour illustrer une tendance. Cela a entre autre pour conséquence de lisser la courbe et atténuer les variations journalières.

Evolution des nouveaux cas confirmés



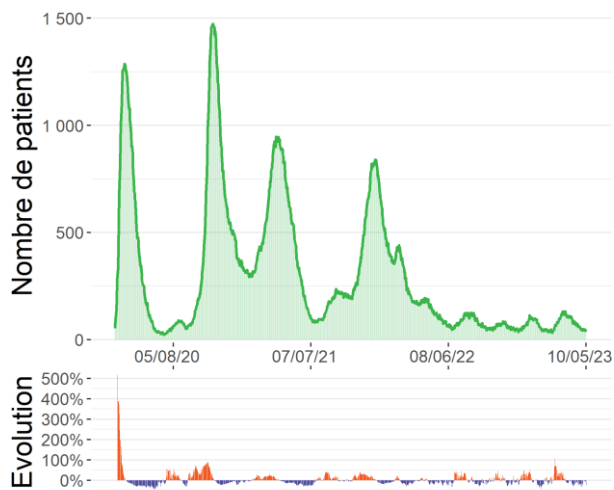
Source : Réseau des laboratoires cliniques et plateforme nationale

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



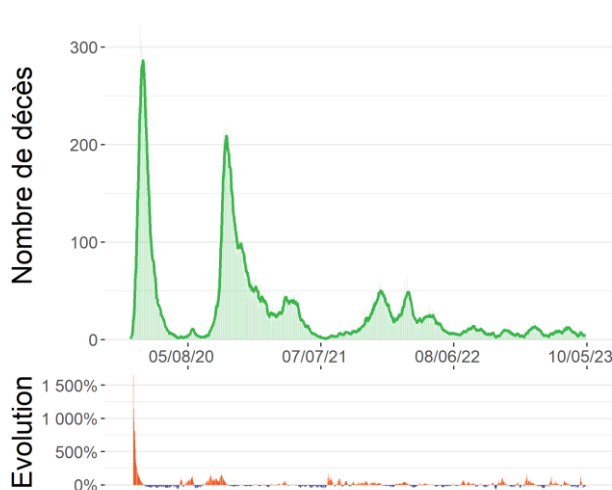
Source : Surveillance des hôpitaux (Sciensano)

Evolution du nombre de patients en USI



Source : Surveillance des hôpitaux (Sciensano)

Evolution du nombre de décès

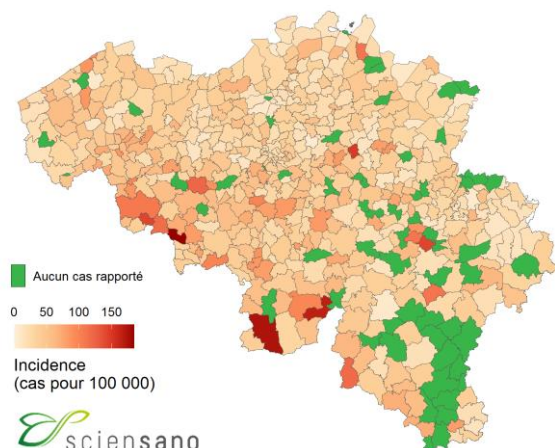


Source : Surveillance mortalité COVID-19 (Sciensano)

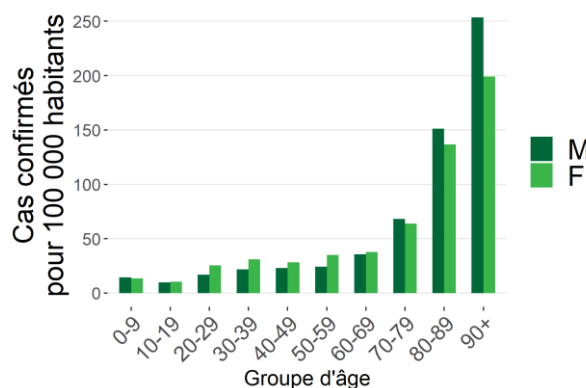
2.2. SITUATION RÉCENTE

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

Distribution des cas confirmés par 100 000 habitants entre le 24/04/23 et le 07/05/23



Nombre de cas confirmés par groupe d'âge et sexe par 100 000 habitants entre le 24/04/23 et le 07/05/23



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 27 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.

	24/04/23-30/04/23	01/05/23-07/05/23	Changement (valeur absolue)	Changement (pourcent)	Temps de doublement/ réduction de moitié (jours)*	Incidence par 100 000 (14 jours)**
Belgique	2 423	1 624	-799	-33%	12	35
Antwerpen	302	220	-82	-27%	15	28
Brabant wallon	119	67	-52	-44%	8	45
Hainaut	443	272	-171	-39%	10	53
Liège***	174	125	-49	-28%	15	27
Limburg	133	92	-41	-31%	13	25
Luxembourg	47	20	-27	-57%	6	23
Namur	127	73	-54	-43%	9	40
Oost-Vlaanderen	308	242	-66	-21%	20	36
Vlaams-Brabant	242	153	-89	-37%	11	34
West-Vlaanderen	296	197	-99	-33%	12	41
Région bruxelloise	188	133	-55	-29%	14	26
Deutschsprachige Gemeinschaft	6	11	5	+83%	8	22

*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 1**, avec une diminution de la circulation du SARS-CoV-2, des indicateurs hospitaliers et du nombre de consultations pour symptômes grippaux.

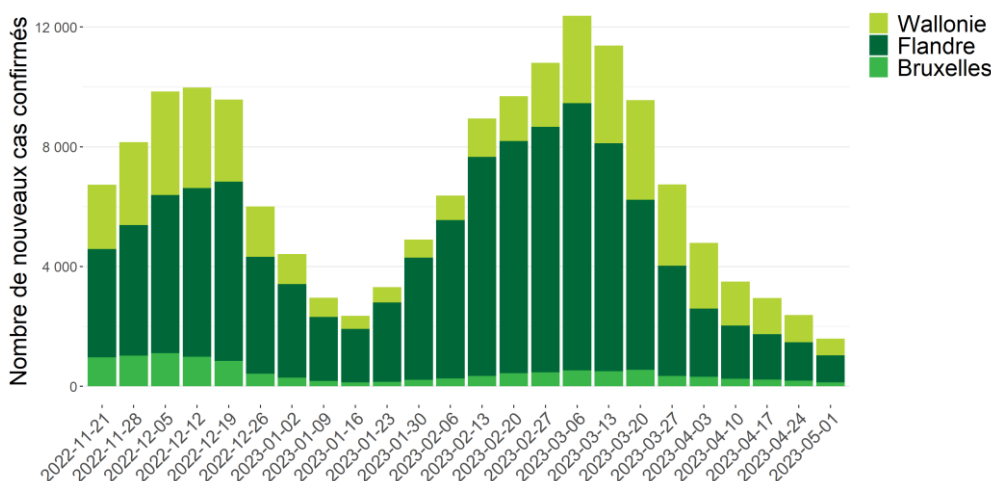
3. Description de l'épidémie à partir du 21/11/22

Nous présentons les données à partir de la semaine du 21 novembre 2022, semaine qui marque le début de la neuvième 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 1 mai 2023 au 7 mai 2023, 1 624 nouveaux cas ont été diagnostiqués. Parmi ces 1 624 nouveaux cas, 904 (56%) étaient rapportés en Flandre, 557 (34%) en Wallonie, dont 11 cas pour la communauté germanophone, et 133 (8%) à Bruxelles. Données non disponibles ou résidence à l'étranger pour 30 cas (2%).

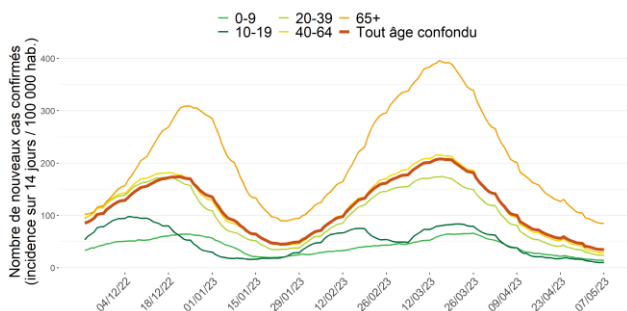
Evolution du nombre de cas confirmés par région et par période de sept jours (date de diagnostic*) à partir de 21 novembre 2022



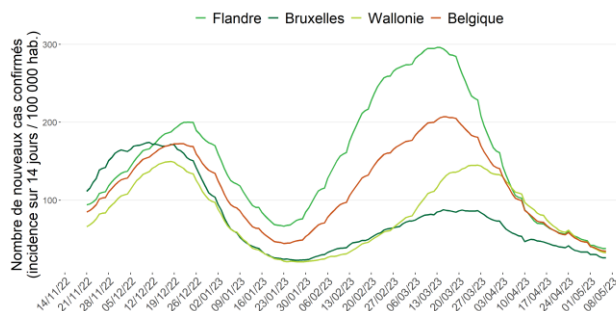
Les dates affichées sur l'axe horizontal indiquent le premier jour de chaque période de sept jours. Source : CNR, laboratoires clinique et plateforme nationale. Cas rapportés à Sciensano au 10 mai 2023, à 6 heures.

*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 21/11/22



Incidence cumulée sur 14 jours par 100 000 habitants par région à partir du 21/11/22



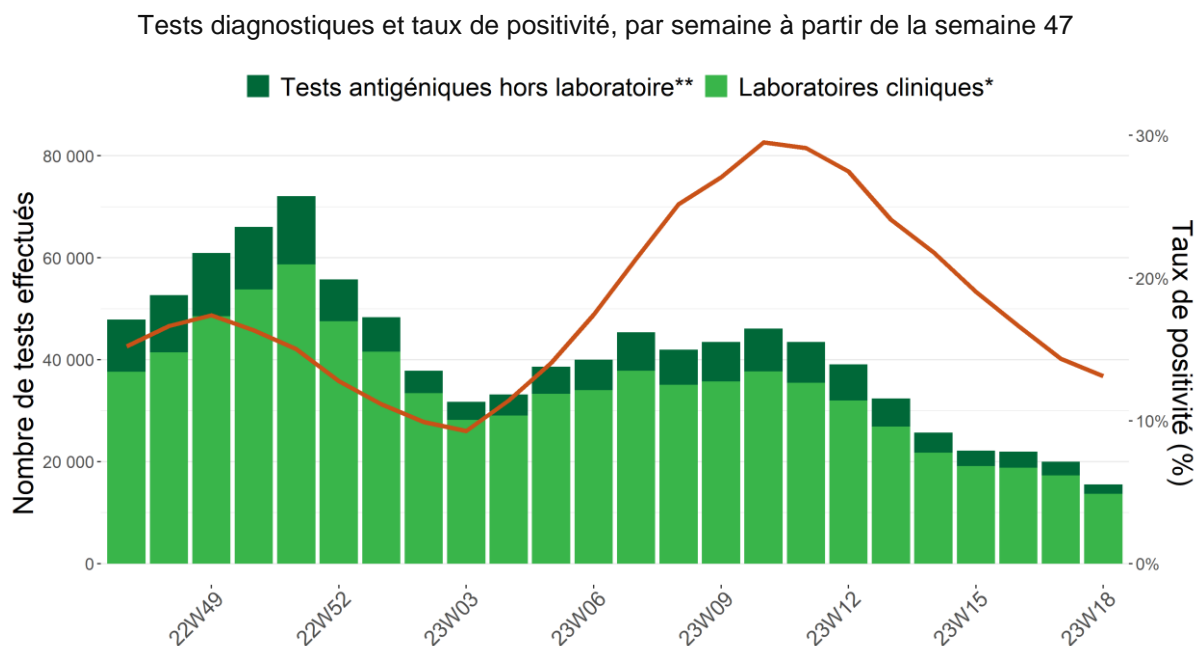
Les dénominateurs utilisés pour calculer l'incidence sont les chiffres de la population belge au 01/01/2022 publiés par STATBEL.

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 1 mai 2023 au 7 mai 2023, 15 493 tests ont été effectués, soit une moyenne journalière de 2 213 tests. Le taux moyen de positivité pour la Belgique pour la même période est de 13,1%.



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

Note : La plateforme fédérale de test n'est plus en activité depuis le 23 novembre 2022.

*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.

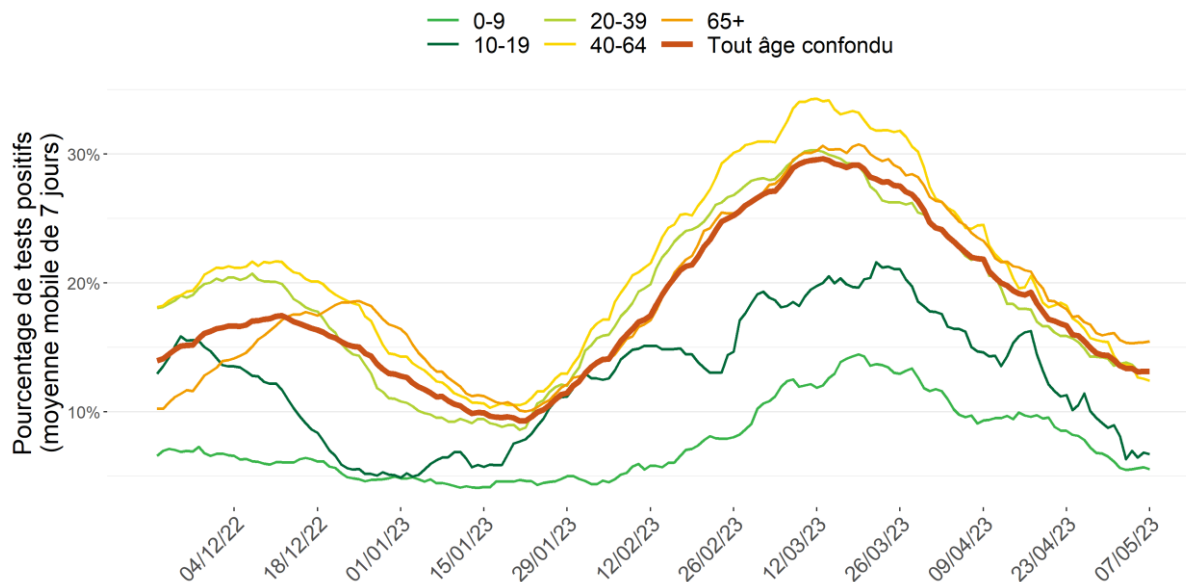
Le tableau ci-dessous présente la répartition du nombre de tests réalisés, du nombre de tests réalisés pour 100 000 habitants, du nombre de tests positifs et du taux de positivité par groupe d'âge, pour la période du 1 mai 2023 au 7 mai 2023 (dernière période de données consolidées).

Groupe d'âge	Nombre de tests	Nombre de tests/ 100 000 hab	Nombre de tests positifs	% de tests positifs*
0-9	1 479	119	82	5,5%
10-19	565	42	38	6,7%
20-39	2 102	72	278	13,2%
40-64	3 778	99	469	12,4%
65+	7 489	330	1 158	15,5%

*L'âge n'était pas disponible pour 80 tests.

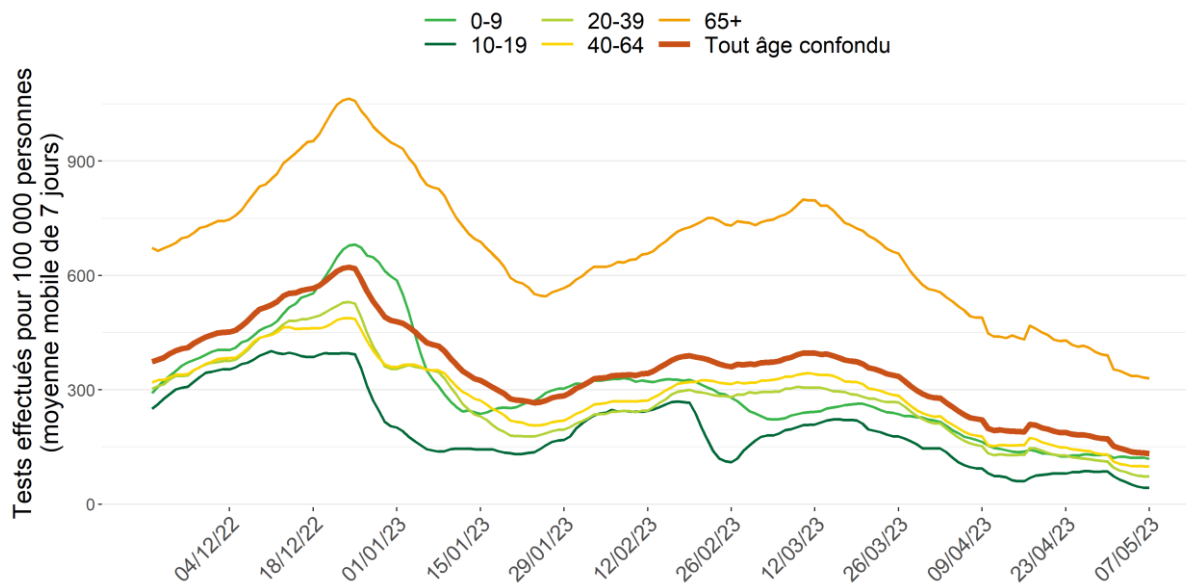
Le premier graphe ci-dessous présente le taux de positivité (moyenne mobile sur 7 jours) par groupe d'âge depuis le 21 novembre 2022, le deuxième présente le nombre de tests réalisés (moyenne mobile sur 7 jours) par groupe d'âge pour la même période.

Taux de positivité par groupe d'âge à partir du 21/11/22



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

Tests effectués par groupe d'âge à partir du 21/11/22



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

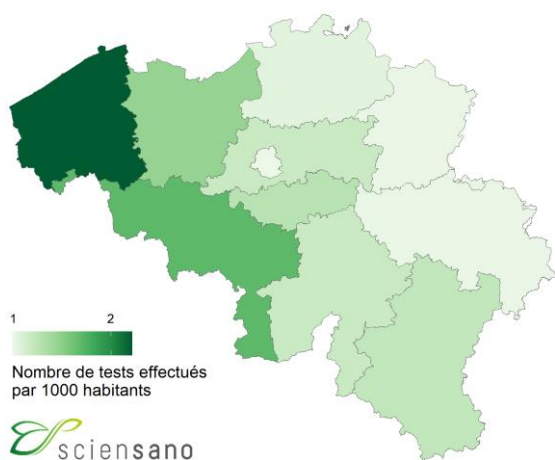
Le tableau ci-dessous présente la répartition pour la Belgique, par province, pour la Région bruxelloise et pour la Communauté germanophone, du **nombre de tests réalisés**, nombre de tests positifs et le taux de positivité pour la période du 1 mai 2023 au 7 mai 2023 (dernière période de données consolidées).

	Nombre de tests	Nombre de tests/ 100 000 hab	Nombre de tests positifs	% de tests positifs*
Belgique	15 493	134	2 036	13,1%
Antwerpen	1 966	104	265	13,5%
Brabant wallon	519	127	83	16,0%
Hainaut	2 289	169	367	16,0%
Liège**	1 113	100	150	13,5%
Limburg	887	100	112	12,6%
Luxembourg	353	121	27	7,6%
Namur	591	118	76	12,9%
Oost-Vlaanderen	2 227	144	293	13,2%
Vlaams-Brabant	1 379	118	198	14,4%
West-Vlaanderen	2 680	222	262	9,8%
Région bruxelloise	1 206	99	169	14,0%
Deutschsprachige Gemeinschaft	54	69	13	24,1%

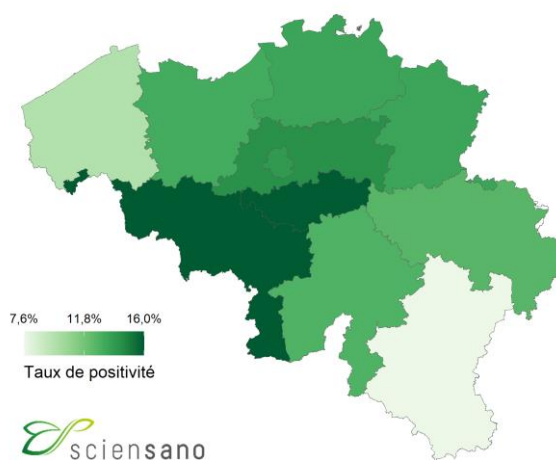
*Afin de refléter le nombre total de tests réellement effectués en Belgique, nous avons fait le choix de calculer le taux de positivité (% de tests positifs) en utilisant le nombre total de tests positifs sur le nombre total de tests effectués. Vous trouverez des informations plus détaillées sur le taux 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 01/05/23 et le 07/05/23



Taux de positivité par province entre le 01/05/23 et le 07/05/23

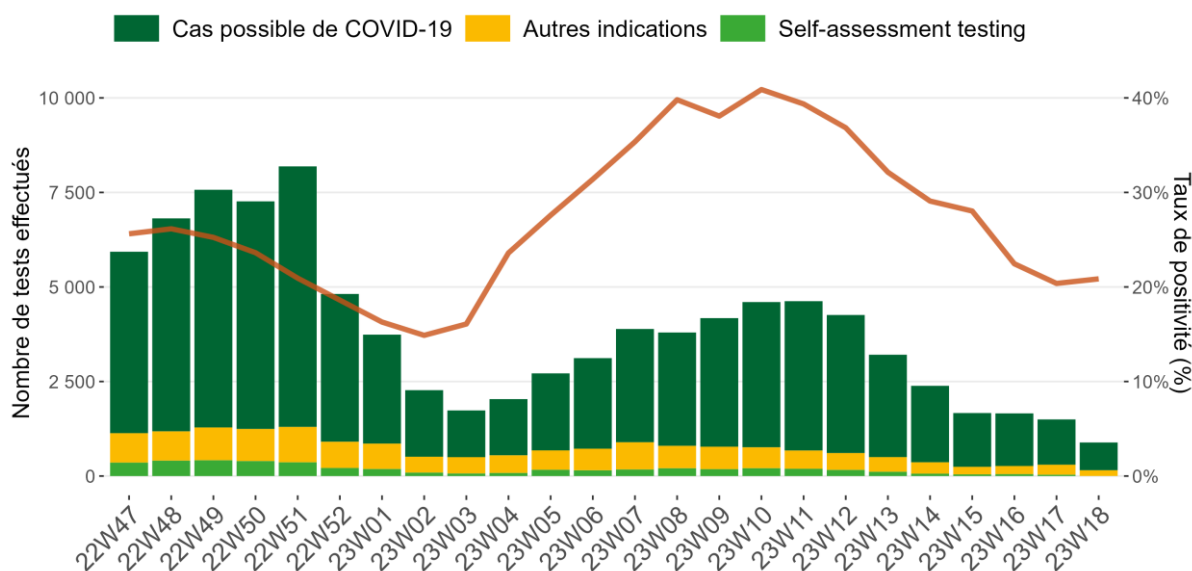


3.2.2. Tests rapides antigéniques COVID-19 effectués et rapportés par les pharmaciens

Depuis mi-juillet 2021, les pharmaciens ont la possibilité d'effectuer des tests antigéniques rapides. Les pharmaciens participent de façon volontaire et rapportent les résultats des tests effectués à Sciensano. Ceci permet, quand nécessaire, 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. La catégorie « Autres indications » comprend les tests effectués pour les voyageurs au retour et les tests payants aux frais de l'initiateur.

Au cours de la période du 01/05/23 au 07/05/23 (semaine 18), 887 tests ont été effectués par les pharmaciens. Le taux de positivité pour la même période est de 20,9%.

Tests effectués et rapportés par les pharmacies et taux de positivité, par indication et par semaine à partir de la semaine 47



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

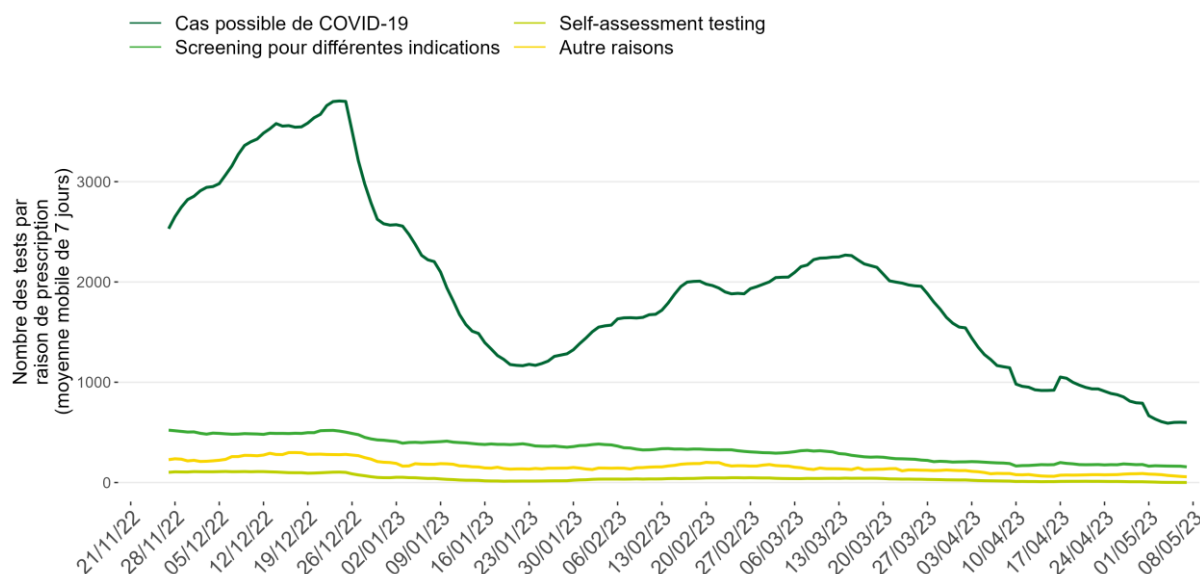
Les indications des prescriptions de test COVID-19 proviennent, d'une part, des formulaires électroniques utilisés par les médecins généralistes, les médecins en collectivité et à l'hôpital pour une demande de test (consultation avec prescription), et d'autre part, des codes de prescription de test (code CTPC) qui permettent à certaines catégories de personnes de réaliser un test sans consultation préalable. 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 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 1 mai 2023 au 7 mai 2023 (dernière période de données consolidées pour les indications des prescriptions), 15 493 tests ont été réalisés, dont 43,3% 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 21 novembre 2022 (moyenne mobile sur 7 jours). La catégorie « Autres raisons » comprend, entre autres, les tests effectués pour les contacts à risque élevé ou des voyageurs au retour, les tests effectués dans le cadre de la recherche des clusters ou les tests payants aux frais de l'initiateur.

Distribution des indications de test pour les prescriptions avec une raison disponible, pour la période du 21/11/22 au 07/05/23

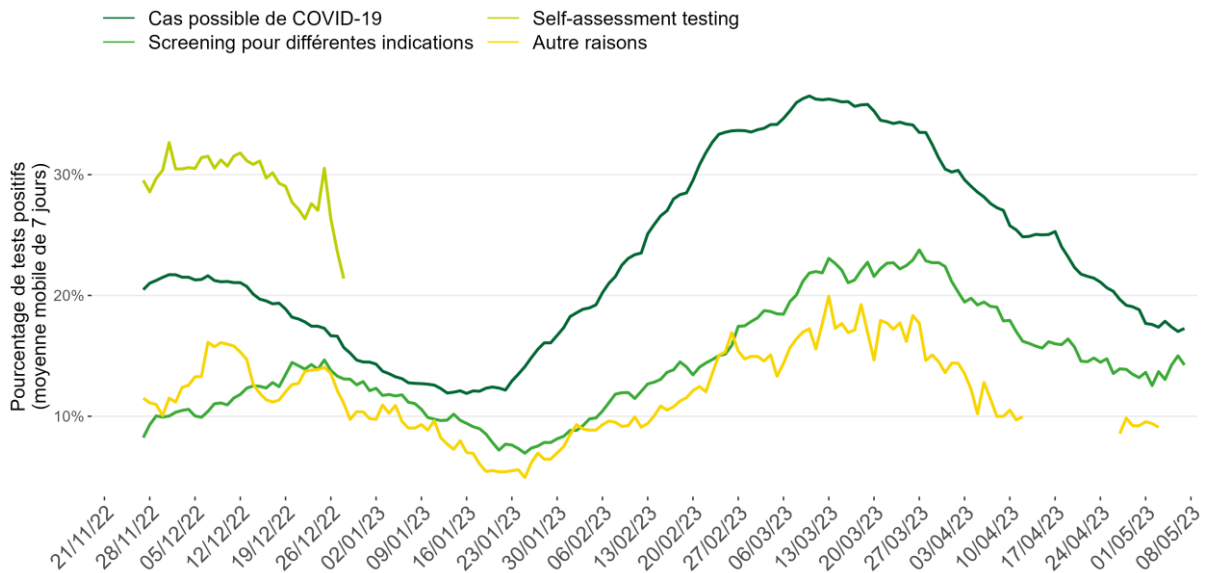


Attention, la stratégie de test peut varier (tests nécessaires ou non pour certaines catégories, nécessité d'un formulaire électronique ou non). Ces changements de stratégie se reflètent dans les graphes montrés.

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.

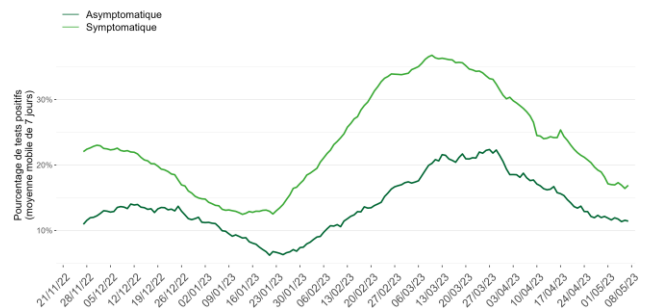
Évolution du taux de positivité par indication de test pour les prescriptions avec une raison disponible, pour la période du 21/11/22 au 06/05/23



Nombre de tests en fonction de la présence ou non de symptômes pour les prescriptions disponibles, pour la période du 21/11/22 au 06/05/23



Taux de positivité en fonction de la présence ou non de symptômes pour les prescriptions disponibles, en pourcentage, pour la période du 21/11/22 au 06/05/23



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 400 et 500 échantillons positifs par semaine 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 (dont les échantillons positifs provenant de personnes ayant récemment séjourné en Chine, une sélection de foyers épidémiques). 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. Toutefois, le nombre d'échantillons analysés dans le cadre de la surveillance active est actuellement très faible. Par conséquent, les données pour la surveillance active ne sont actuellement pas affichés dans les sections suivantes.

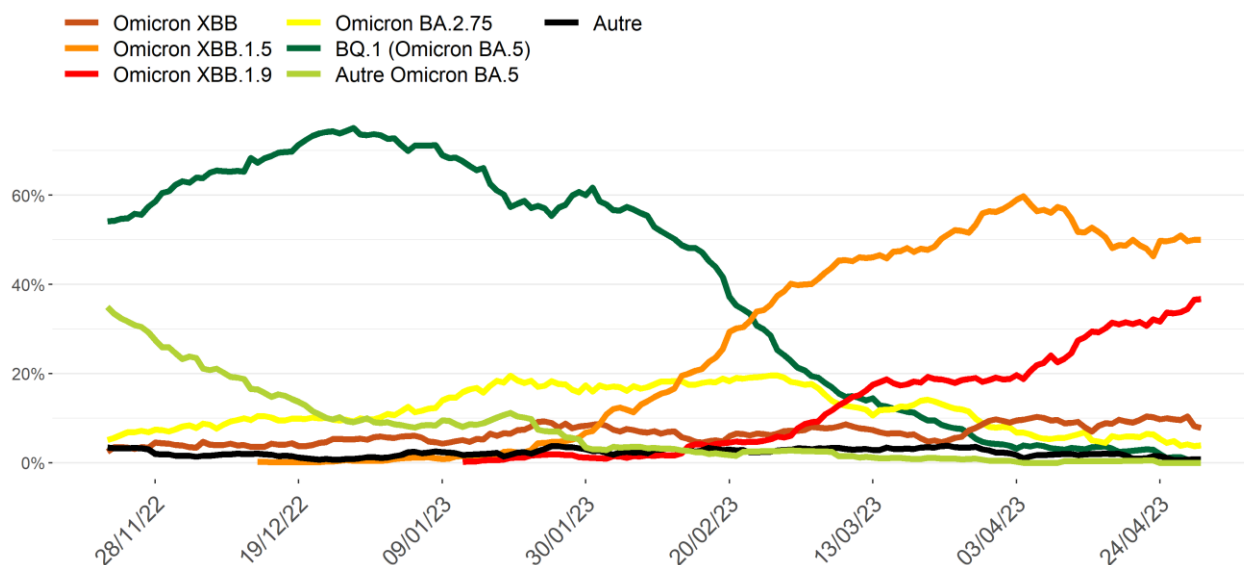
Le variant BQ.1 (BA.5.3.1.1.1.1.1) est une lignée descendante de BA.5 qui a été détecté pour la première fois en Belgique le 7 septembre 2022. Le variant BQ.1 représentait la majorité des échantillons dans la surveillance de base de novembre 2022 à janvier 2023. Le variant BA.2.75 est une lignée descendante de BA.2 qui a été détectée pour la première fois en Belgique le 22 juillet 2022. Le variant XBB est un recombinant de BA.2.75 et BA.2.10.1 ; et a été détectée pour la première fois en Belgique le 21 septembre 2022. Les variants XBB.1.5 et XBB.1.9 sont des lignées descendantes de XBB. Ils ont été détectés pour la première fois en Belgique le 13 décembre 2022, le 12 janvier 2023, et le 1 avril 2023, respectivement. Depuis mi-février 2023, la variante XBB, y compris ses sous-variantes, constitue la majorité des échantillons en surveillance de base en Belgique.

L'OMS et l'ECDC ne considèrent actuellement aucune variante du SARS-CoV-2 comme 'variant de préoccupation' (variant of concern - VOC).

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. 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.

Evolution de la proportion des variants identifiés par la surveillance de base en Belgique depuis le 21 novembre 2022, moyenne mobile sur 14 jours



Le variant BA.2.75 est un sous-variant d'Omicron BA.2. Le variant XBB est un recombinant de BA.2.75 avec BA.2.10.1. Les variants XBB.1.5, XBB.1.9 et XBB.1.16 sont des sous-variants de XBB. La catégorie "Omicron XBB" comprend le variant XBB et toutes les lignées descendentes du variant XBB, à l'exception des variants XBB.1.5, XBB.1.9 et XBB.1.16 et leurs lignées descendentes. Le variant BQ.1 est un sous-variant de Omicron BA.5. La catégorie "Autre Omicron BA.5" comprend le variant BA.5 et toutes les lignées descendentes du variant BA.5, à l'exception du variant BQ.1 et ses lignées descendentes.

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

Le tableau ci-dessous présente les nombres des variants identifiés en Belgique pendant les huit semaines du 6 mars 2023 jusqu'au 30 avril 2023 et pendant les deux semaines du 17 avril 2023 jusqu'au 30 avril 2023 dans la **surveillance de base**. 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.

Variants	Date 1 ^e identification*	Nombre séquencés depuis leur identification		Nombre séquencés 8 semaines (surv. de base)		Nombre séquencés 2 semaines (surv. de base)	
		N	%	N	%	N	%
Omicron XBB**	sept. 2022	415		109	7,71	10	7,81
Omicron XBB.1.5**	déc. 2022	1 281		724	51,24	64	50,00
Omicron XBB.1.9**	janv. 2023	457		313	22,15	47	36,72
Omicron BA.2.75**	juil. 2022	966		129	9,13	5	3,91
BQ.1 (Omicron BA.5)***	janv. 2022	3 477		95	6,72	1	0,78
Autre Omicron BA.5***	avr. 2022	18 298		8	0,57	0	0,00
Autre		111 999		34	2,41	1	0,78
Total		136 894		1 413	100	128	100

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

**Le variant BA.2.75 est un sous-variant d'Omicron BA.2. Le variant XBB est un recombinant de BA.2.75 avec BA2.10.1. Les variants XBB.1.5, XBB.1.9 et XBB.1.16 sont des sous-variants de XBB. La catégorie "Omicron XBB" comprend le variant XBB et toutes les lignées descendentes du variant XBB, à l'exception des variants XBB.1.5, XBB.1.9 et XBB.1.16 et leurs lignées descendentes.

***Le variant BQ.1 est un sous-variant de Omicron BA.5. La catégorie "Autre Omicron BA.5" comprend le variant BA.5 et toutes les lignées descendentes du variant BA.5, à l'exception du variant BQ.1 et ses lignées descendentes.

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 personnes hospitalisées, ainsi que dans le cadre de la surveillance de base sur **les huit semaines du 6 mars 2023 jusqu'au 30 avril 2023**. 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](#)). Les données de la surveillance clinique hospitalière (CHS) sont mises à jour toutes les deux semaines. Le tableau ci-dessous est basé sur la mise à jour du 3 mai 2023.

	Surveillance de base	Hospitalisations
Omicron XBB**	109 (7,7 %)	19 (13,7 %)
Omicron XBB.1.5**	724 (51,2 %)	84 (60,4 %)
Omicron XBB.1.9**	313 (22,1 %)	16 (11,5 %)
Omicron BA.2.75**	129 (9,1 %)	10 (7,2 %)
BQ.1 (Omicron BA.5)***	95 (6,7 %)	9 (6,5 %)
Autre Omicron BA.5***	8 (0,6 %)	0 (0,0 %)
Autre	34 (2,4 %)	1 (0,7 %)
Nombre total de diagnostics COVID-19 parmi le groupe cible****	54 108	2 363
Nombre total d'échantillons positifs séquencés	1 413 (2,6 %)	139 (5,9 %)

*Le CHS couvre en estimation environ deux-tiers de tous les patients belges hospitalisés dans le cadre du COVID-19. Les informations démographiques sur les patients hospitalisés sont enregistrées dans les 1 à 2 semaines après l'admission du patient.

**Le variant BA.2.75 est un sous-variant d'Omicron BA.2. Le variant XBB est un recombinant de BA.2.75 avec BA2.10.1. Les variants XBB.1.5, XBB.1.9 et XBB.1.16 sont des sous-variants de XBB. La catégorie "Omicron XBB" comprend le variant XBB et toutes les lignées descendentes du variant XBB, à l'exception des variants XBB.1.5, XBB.1.9 et XBB.1.16 et leurs lignées descendentes.

***Le variant BQ.1 est un sous-variant de Omicron BA.5. La catégorie "Autre Omicron BA.5" comprend le variant BA.5 et toutes les lignées descendentes du variant BA.5, à l'exception du variant BQ.1 et ses lignées descendentes.

****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 vaccinale

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. 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 rappel¹ sont administrées aux personnes ayant complété un schéma de primo-vaccination et qui y sont éligibles. Au 8 mai 2023, un total de 29 632 940 doses de vaccin COVID-19 avaient été administrées et enregistrées dans Vaccinnet+. Cela correspond à une augmentation de 304 doses par rapport au nombre enregistré au 1 mai 2023. Sept vaccins différents sont actuellement utilisés : Comirnaty® (Pfizer/BioNtech), Spikevax® (Moderna), COVID-19 Vaccine Janssen® (Johnson & Johnson), Comirnaty® Original/Omicron BA.1 (Pfizer/BioNtech), Comirnaty® Original/Omicron BA.4-5 (Pfizer/BioNtech) et Spikevax® Original/Omicron BA.1 (Moderna) et prochainement le vaccin VidPrevtyn Beta® (Sanofi Pasteur). Le vaccin Vaxzevria® (AstraZeneca) n'est plus administré en Belgique et le vaccin Nuvaxovid (Novavax) est actuellement indisponible. Le tableau ci-dessous présente **la contribution de chaque marque de vaccin à la couverture vaccinale globale en Belgique.**

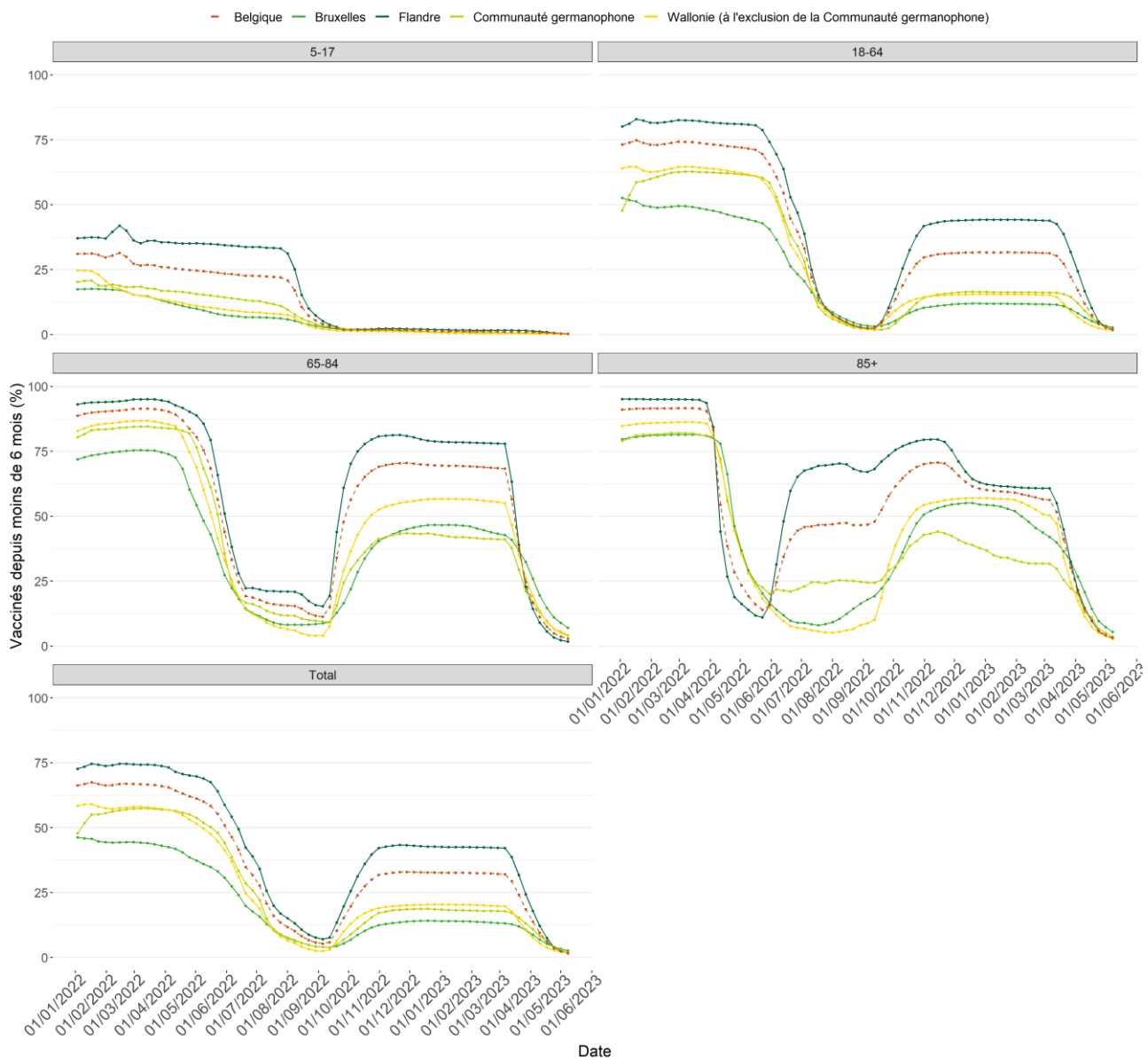
¹ Le terme « dose de rappel » utilisé dans ce rapport inclut à la fois les doses additionnelles administrées aux personnes immunodéprimées pour compléter leur schéma de vaccination initial ainsi que les doses de rappel administrées à la population générale.

	Primo-vaccination complète ⁽¹⁾	Dose(s) de rappel ⁽²⁾
Comirnaty® (Pfizer/BioNtech)	6 692 304 (72,3%)	5 060 164 (43,5%)
Spikevax® (Moderna)	701 848 (7,6%)	2 927 599 (25,2%)
COVID-19 Janssen® (Johnson & Johnson)	430 698 (4,7%)	695 (0,0%)
Vaxzevria® (AstraZeneca-Oxford)	1 432 760 (15,5%)	0 (0%)
Nuvaxovid (Novavax)	1 099 (0,0%)	406 (0,0%)
Comirnaty® Original/Omicron BA.1 (Pfizer/BioNtech)	70 (0,0%)	3 054 182 (26,3%)
Spikevax® Original/Omicron BA.1 (Moderna)	6 (0,0%)	67 474 (0,6%)
Comirnaty® Original/Omicron BA.4-5 (Pfizer/BioNtech)	1 437 (0,0%)	517 827 (4,5%)

⁽¹⁾ Les schémas de primo-vaccination se basent sur la 1ère dose de vaccin COVID-19 reçue.

⁽²⁾ Les chiffres du tableau ci-dessus peuvent être sujets à des modifications.

Le graphique ci-dessous montre l'évolution du pourcentage de la population en Belgique ayant reçu une dernière dose de vaccin COVID-19, quelle qu'elle soit, au cours des 6 derniers mois par groupe d'âge, pour la Belgique, ses 3 régions et la Communauté germanophone.



Le tableau ci-dessous présente le **pourcentage de la population qui, au 8 mai 2023, a reçu une dernière dose de vaccin COVID-19 au cours des 3 derniers mois, des 6 derniers mois ou il y a plus de 6 mois** avant cette date. Les informations sont présentées par groupes d'âge, pour la Belgique, ses 3 régions et la Communauté germanophone.

		Population totale ⁽¹⁾	Population âgée de 5-17 ans ^(1,2)	Population âgée de 18-64 ans ^(1,2)	Population âgée de 65-84 ans ^(1,2)	Population âgée de 85 ans et plus ^(1,2)
Dernière dose < de 3 mois⁽³⁾	Belgique	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	0,2%
	Bruxelles	0,2%	0,1%	0,2%	0,4%	0,4%
	Flandre	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%
	Wallonie ⁽⁴⁾	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	0,1%
	Communauté germanophone	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%
Dernière dose < de 6 mois	Belgique	1,7%	0,3%	1,9%	2,8%	3,2%
	Bruxelles	2,7%	0,3%	2,8%	7,0%	5,4%
	Flandre	1,6%	0,4%	1,9%	1,7%	3,0%
	Wallonie ⁽⁴⁾	1,7%	0,2%	1,5%	3,9%	2,8%
	Communauté germanophone	2,0%	0,3%	1,9%	4,1%	3,6%
Dernière dose > de 6 mois	Belgique	75,9%	45,6%	84,5%	92,2%	92,1%
	Bruxelles	56,2%	22,6%	65,6%	77,5%	82,2%
	Flandre	81,3%	57,8%	88,7%	95,4%	94,5%
	Wallonie ⁽⁴⁾	68,9%	31,6%	78,2%	87,5%	88,3%
	Communauté germanophone	65,1%	30,7%	72,2%	85,1%	84,9%

Source de données: Registre Vaccinnet+.

⁽¹⁾ 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](#).

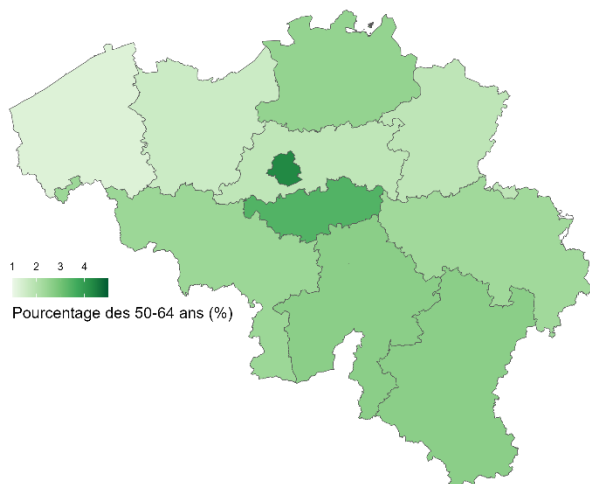
⁽²⁾ Les personnes dont l'âge n'était pas connu ne sont pas incluses dans ces calculs.

⁽³⁾ Les personnes ayant reçu un vaccin au cours des 3 derniers mois sont également comprises dans le groupe des personnes ayant reçu leur dernière dose de vaccin au cours des 6 derniers mois.

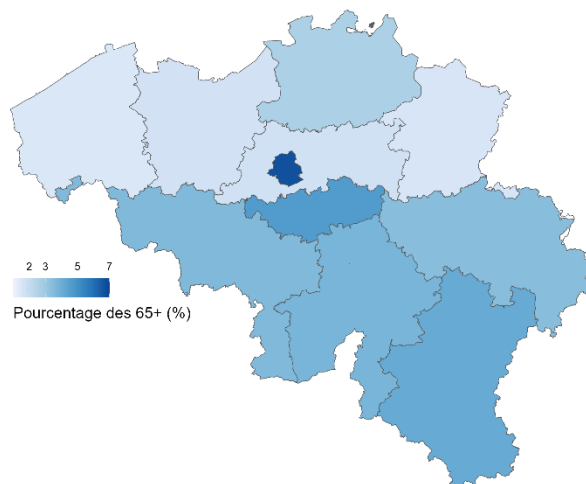
⁽⁴⁾ A l'exclusion de la Communauté germanophone.

Les cartes ci-dessous montrent la couverture vaccinale pour **la population âgée de 50 à 64 ans (à gauche) et dans la population de plus de 65 ans (à droite) ayant reçu une dose de vaccin COVID-19 au cours des 6 derniers mois** par province.

Pourcentage des 50-64 ans vaccinés depuis moins de 6 mois, par province



Pourcentage des plus de 65 ans vaccinés depuis moins de 6 mois, 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 personnes dont l'immunité est réduite en raison, entre autres, de l'utilisation d'immunosuppresseurs, 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 8 mai 2023, **66,4% des personnes sous immunosuppresseurs ont reçu 2 doses de vaccin** et **46,1% ont reçu 3 doses de vaccin, après avoir complété un schéma de primo-vaccination²**.

² 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.

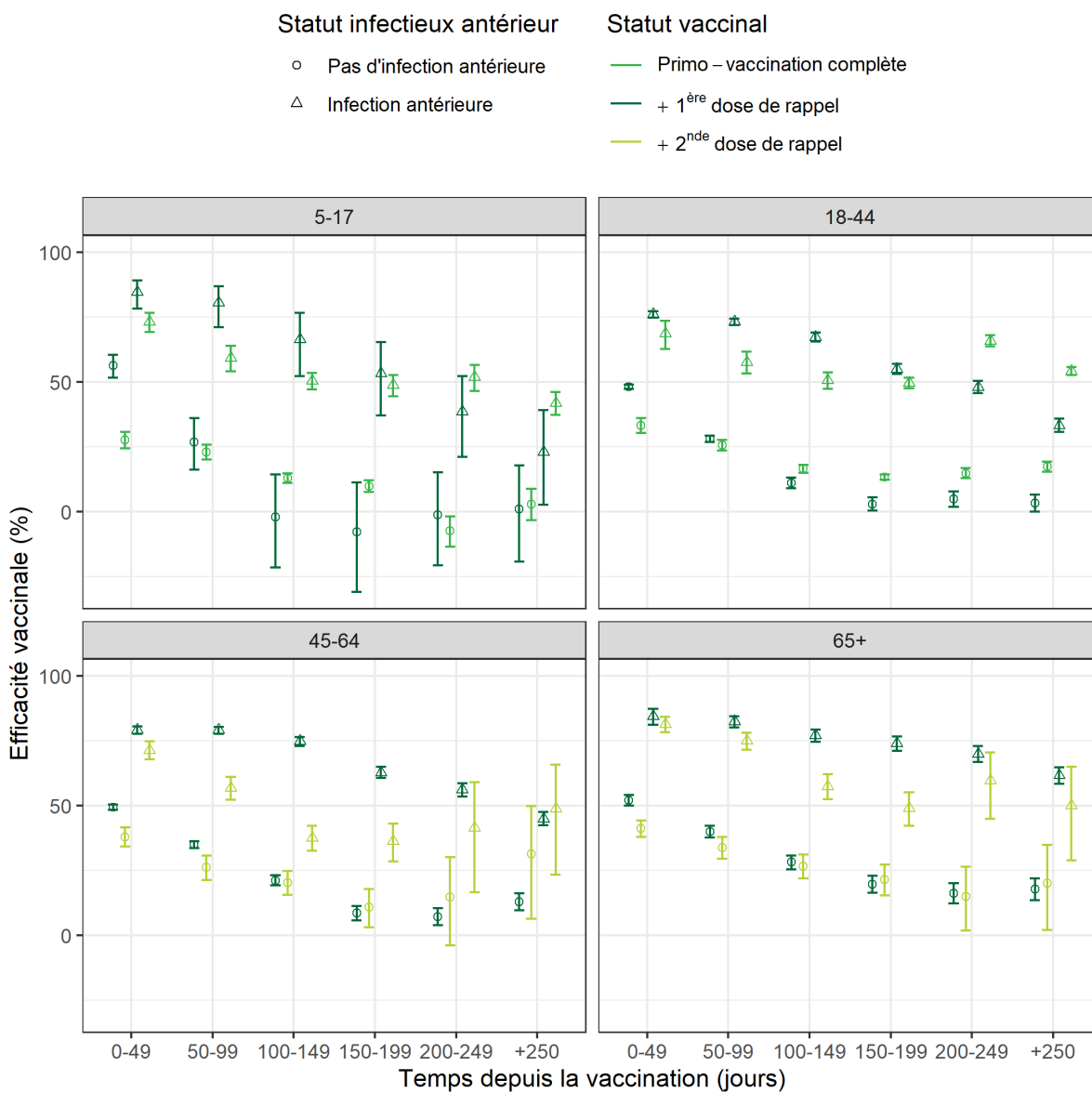
Jusqu'en août 2022 ce rapport présentait une estimation préliminaire de l'impact de la vaccination en montrant les incidences cumulées sur 14 jours, par groupes d'âge et statut vaccinal, et en calculant la réduction relative du risque (RRR) pour plusieurs événements. Ces calculs ne tiennent pas compte 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 avril 2023 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 complet 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. Une première ou seconde dose de rappel peut être administrée au moins 3 mois (90 jours) après la dose précédente, lorsque la protection contre une infection symptomatique a diminué comparativement à la protection initiale offerte. Par exemple : pour les personnes âgées de 65 ans et plus et n'ayant jamais été infectées par le COVID-19, la protection par le premier rappel contre les infections symptomatiques est estimée à 28,1% après 100-150 jours, et est rétablie à 41,2% de 0-49 jours après avoir reçu une seconde dose de rappel.

En outre, la protection offerte par la combinaison de la vaccination et d'une infection antérieure (toute infection survenue depuis 2020) est également représentée dans les graphiques. L'axe des abscisses indique le nombre de jours suivant le début de la protection vaccinale (après la dernière dose + 14 jours), ce qui permet de suivre la durée de la protection. Pour tous les cas étudiés, le groupe de comparaison est constitué d'individus du même groupe d'âge qui n'ont pas été vaccinés et n'ont pas connu d'infection antérieure au COVID-19.



Les lignes 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	27,8% (26,1% - 29,6%)
18 à 44 ans	35,5% (34,0% - 36,9%)
45 à 64 ans	37,8% (35,3% - 40,2%)
65 ans et plus	46,9% (40,9% - 52,3%)

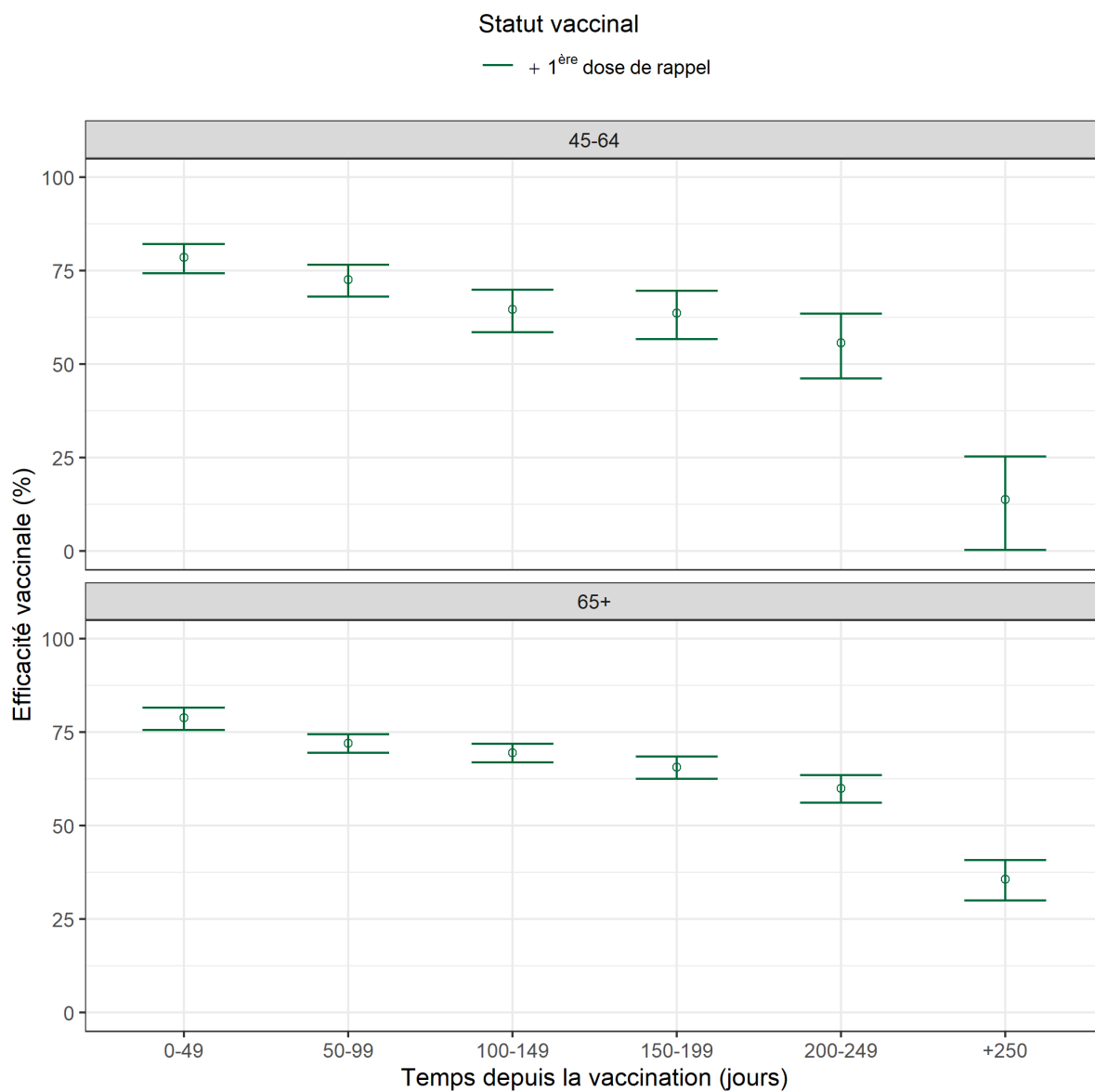
Les valeurs du tableau ci-dessus peuvent être interprétées comme suit : chez les personnes non vaccinées de 65 ans et plus, qui ont connu au moins une infection depuis 2020, la réduction du développement d'une infection symptomatique est de 46,9%, par rapport aux personnes non vaccinées sans infection antérieure (intervalle de confiance à 95%: 40,9% à 52,3%).

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

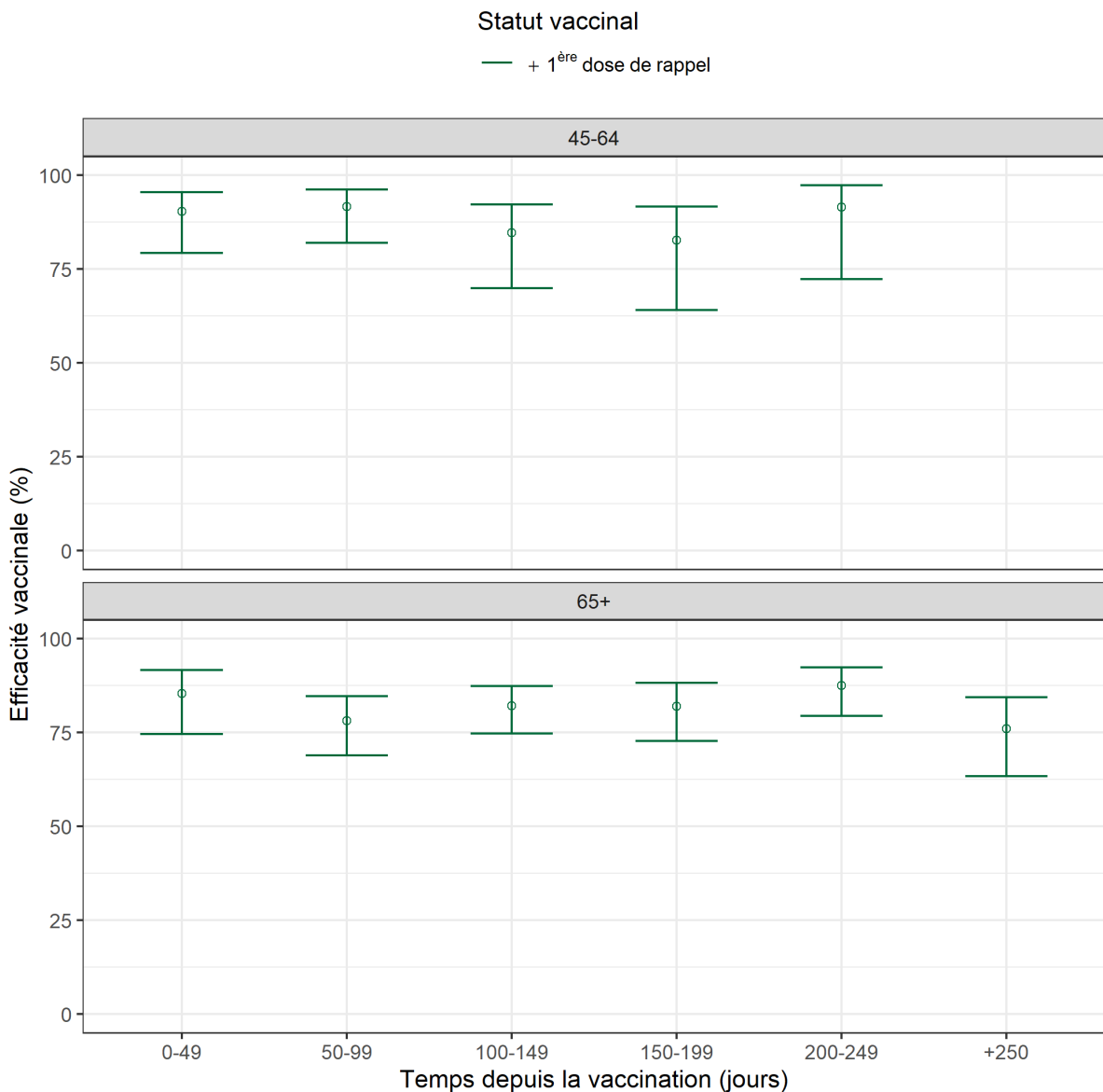
Les graphiques ci-dessous montrent **une estimation de l'efficacité de la vaccination contre une hospitalisation, suite à une infection COVID-19**, pour les groupes d'âge de 45-64 ans et 65 ans et plus, à partir du 3 janvier 2022 (>80% des cas infectés avec le variant Omicron) et jusqu'au 16 avril 2023 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 avril 2023 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

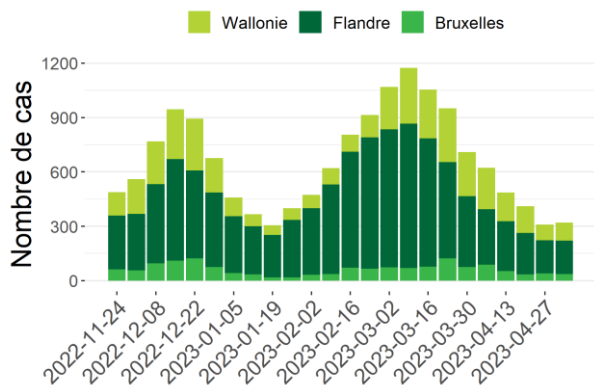
Note : A partir du 2 mars 2023, les hôpitaux n'envoient plus leurs données directement à Sciensano, mais au SPF Santé publique. Le SPF Santé publique transmet ensuite ces données afin que Sciensano puisse les traiter et en faire rapport comme auparavant.

Il est important de mentionner qu'une partie des données qui, en raison d'un problème informatique, ne pouvaient pas être envoyées par le réseau hospitalier Vivalia au Luxembourg, sont maintenant incluses rétrospectivement. Ces données couvrent le second semestre de 2022.

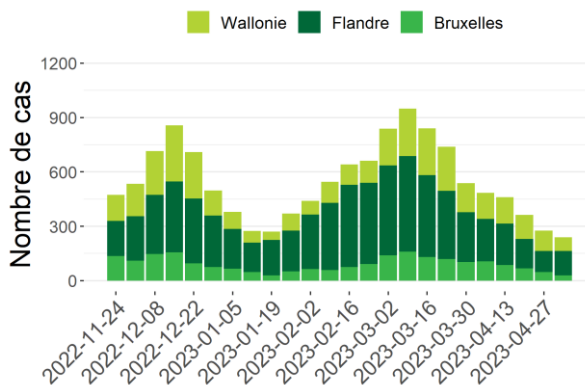
3.5.1. Situation dans les hôpitaux

Au cours de la période du 4 mai 2023 au 10 mai 2023, 321 patients ont été hospitalisés en raison de COVID-19 ("hospitalisation pour COVID-19") et 240 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, par période de sept jours. Sur cette même période, 596 personnes ont quitté l'hôpital (incluant les patients hospitalisés avec COVID-19).

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



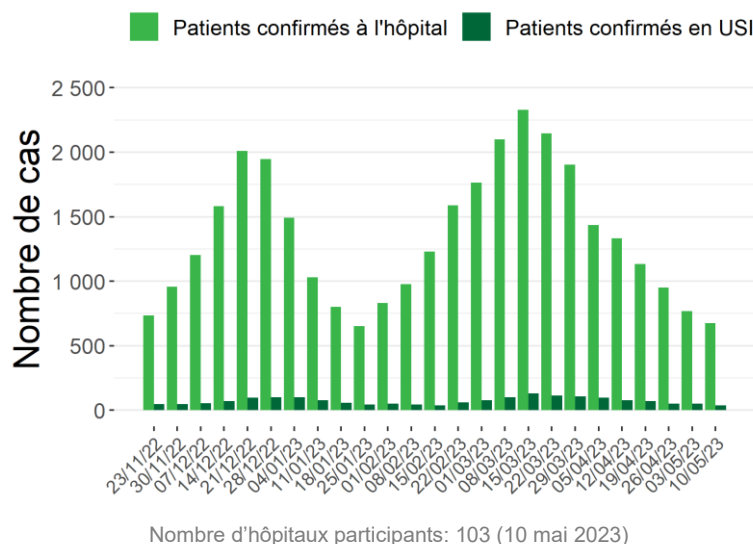
Evolution du nombre d'entrées avec COVID-19 à l'hôpital



Les dates affichées sur l'axe horizontal indiquent le premier jour de chaque période de sept jours. Note : Il est possible que des corrections soient apportées rétrospectivement aux chiffres des jours précédents.

Le 10 mai 2023, 674 lits d'hôpital dont 38 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 diminué de 94, dont 12 lits occupés en soins intensifs de moins.

Evolution du nombre de patients confirmés dans les hôpitaux et les unités de soins intensifs (données rapportées une fois par semaine)



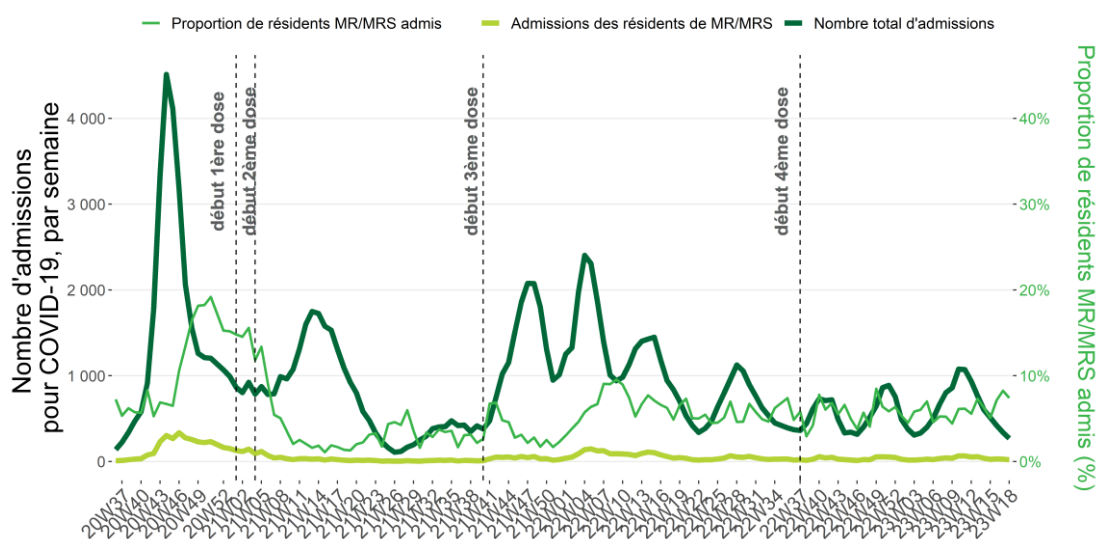
3.5.2. Provenance des patients hospitalisés pour COVID-19

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 321 admissions rapportées pour la période du 4 mai 2023 au 10 mai 2023, 305 nouvelles admissions ont été rapportées avec une distinction selon la provenance du patient. Pour cette période, 17 (sur les 305) 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.

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 10 mai 2023. 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	2000	38	2%
Antwerpen	297	2	1%
Brabant wallon	23	1	4%
Hainaut	259	3	1%
Limburg	151	3	2%
Liège	225	6	3%
Luxembourg	43	1	2%
Namur	97	1	1%
Oost-Vlaanderen	265	4	2%
Vlaams-Brabant	141	4	3%
West-Vlaanderen	224	2	1%
Région bruxelloise	275	11	4%

*Nombre total de lits USI accrédités en septembre 2022. 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

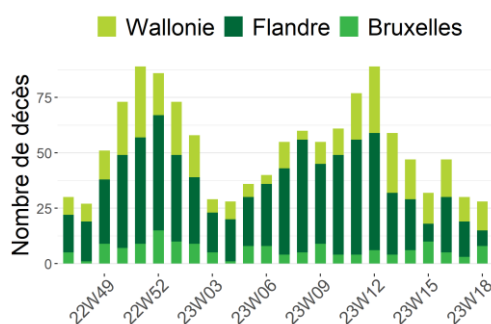
Note : A partir du 2 mars 2023, les hôpitaux n'envoient plus leurs données directement à Sciensano, mais au SPF Santé publique. Le SPF Santé publique transmet ensuite ces données afin que Sciensano puisse les traiter et en faire rapport comme auparavant.

A partir du 1er mai 2023, la surveillance nationale de COVID-19 dans les maisons de repos est passée à une surveillance régionale. Les données de mortalité COVID-19 de la Wallonie en maison de repos sont incluses dans les données nationales de mortalité COVID-19.

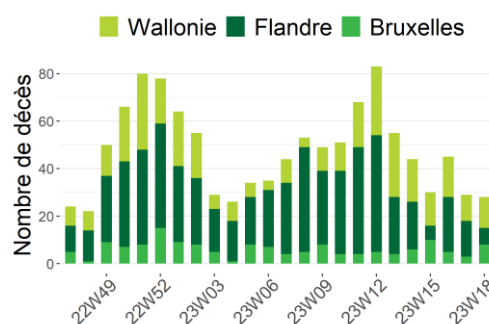
3.6.1. Mortalité par région

Pour la période du 1 mai 2023 au 7 mai 2023, 28 décès ont été rapportés, 29% étaient des hommes, 25% des femmes et 46% étaient inconnus ; 7 en Flandre, 13 en Wallonie et 8 à Bruxelles. Les décès sont présentés par semaine, et classés par région en fonction du lieu de décès.

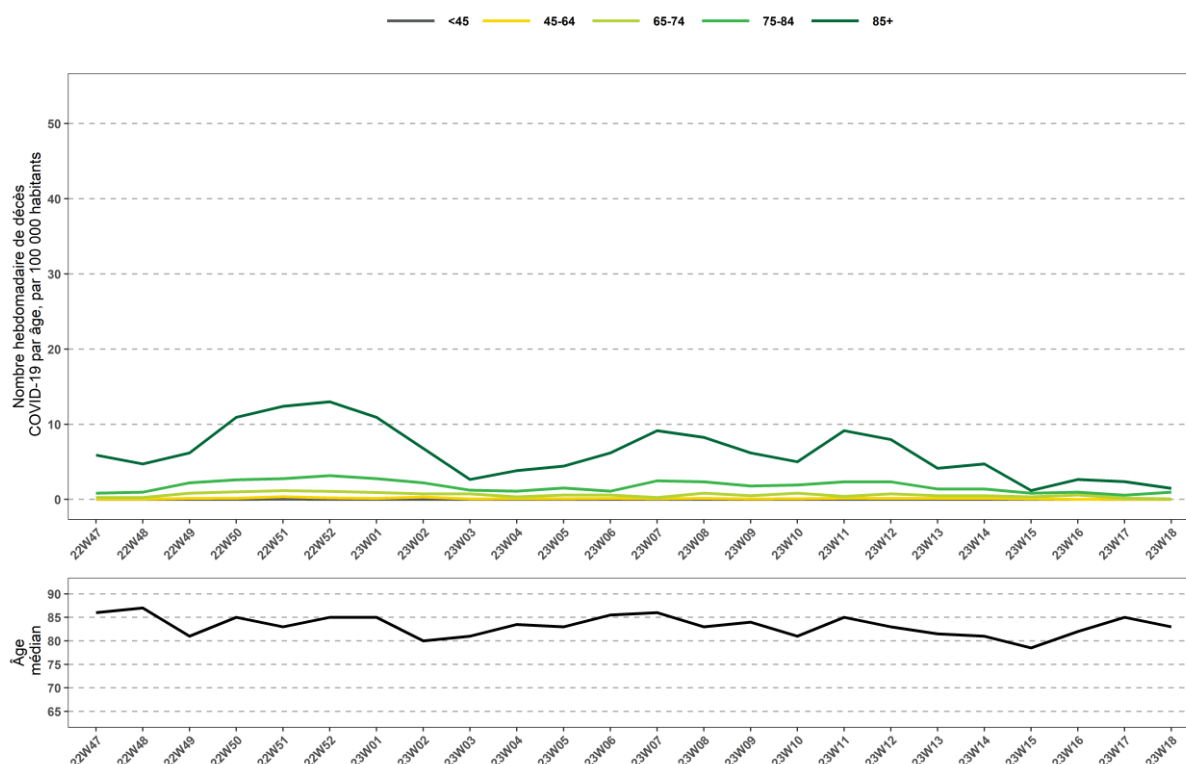
Evolution du nombre de décès COVID-19 par région et par semaine



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



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 1 mai 2023 au 7 mai 2023

Lieu de décès	Flandre		Bruxelles		Wallonie		Belgique	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hôpital	7	100%	8	100%	13	100%	28	100%
<i>Cas confirmés</i>	7	100%	8	100%	13	100%	28	100%
<i>Cas possibles</i>	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Maison de repos	-	-	-	-	0	0%	-	-
<i>Cas confirmés</i>	-	-	-	-	0	0%	-	-
<i>Cas possibles</i>	-	-	-	-	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%	8	100%	13	100%	28	100%

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 1 mai 2023 au 7 mai 2023 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	3	0,16
Brabant wallon	0	0,00
Hainaut	9	0,67
Liège	4	0,36
Limburg	0	0,00
Luxembourg	0	0,00
Namur	0	0,00
Oost-Vlaanderen	1	0,06
Vlaams-Brabant	1	0,09
West-Vlaanderen	2	0,17
Région bruxelloise	8	0,65

*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/>.

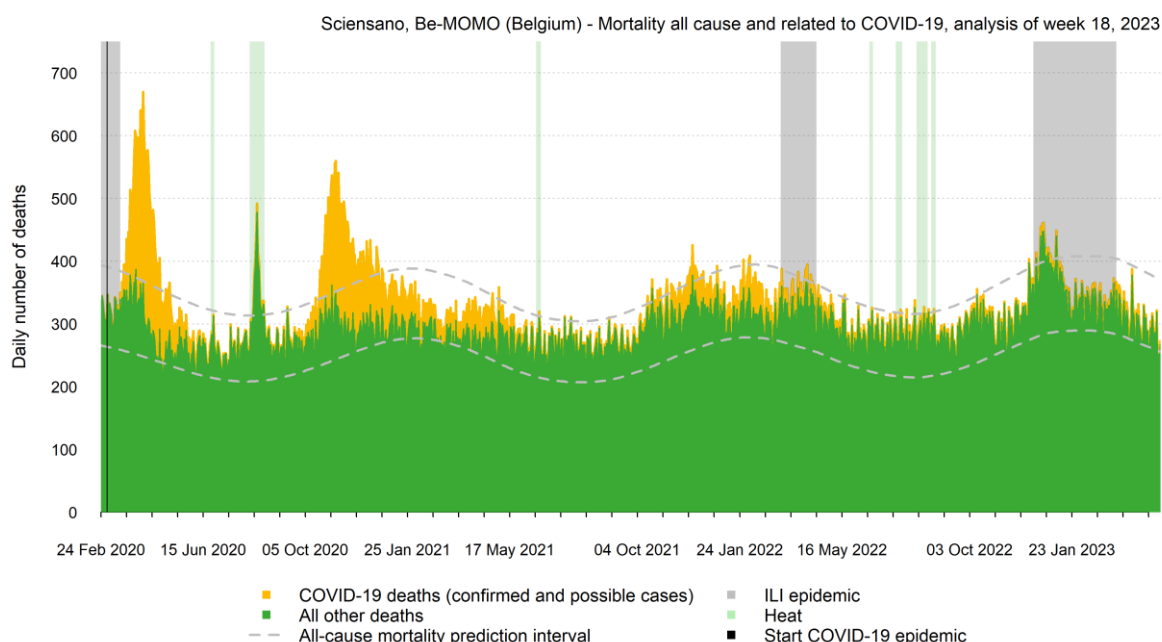
Plus d'information sur la surmortalité durant 2022 dans le [communiqué de presse du 26 janvier 2023](#).

Plus d'information sur la surmortalité durant l'été 2020 dans le [rapport Be-MOMO été 2020 publié en mars 2023](#).

La semaine 16 (17 avril 2023) n'a pas présenté de surmortalité statistiquement significative sur l'ensemble de la semaine à l'échelle de la Belgique. En Flandre, il y a eu un jour de surmortalité chez les moins de 65 ans et essentiellement parmi les femmes. Le nombre hebdomadaire de décès, toutes causes confondues, a légèrement diminué par rapport à la semaine précédente.

Au cours de la semaine 16, 2 % de tous les décès observés étaient associés à la COVID-19 (2 % en Flandre, 3 % en Wallonie et 3 % à Bruxelles).

Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 30/04/23 (sur base des données collectées jusqu'au 06/05/23), Belgique

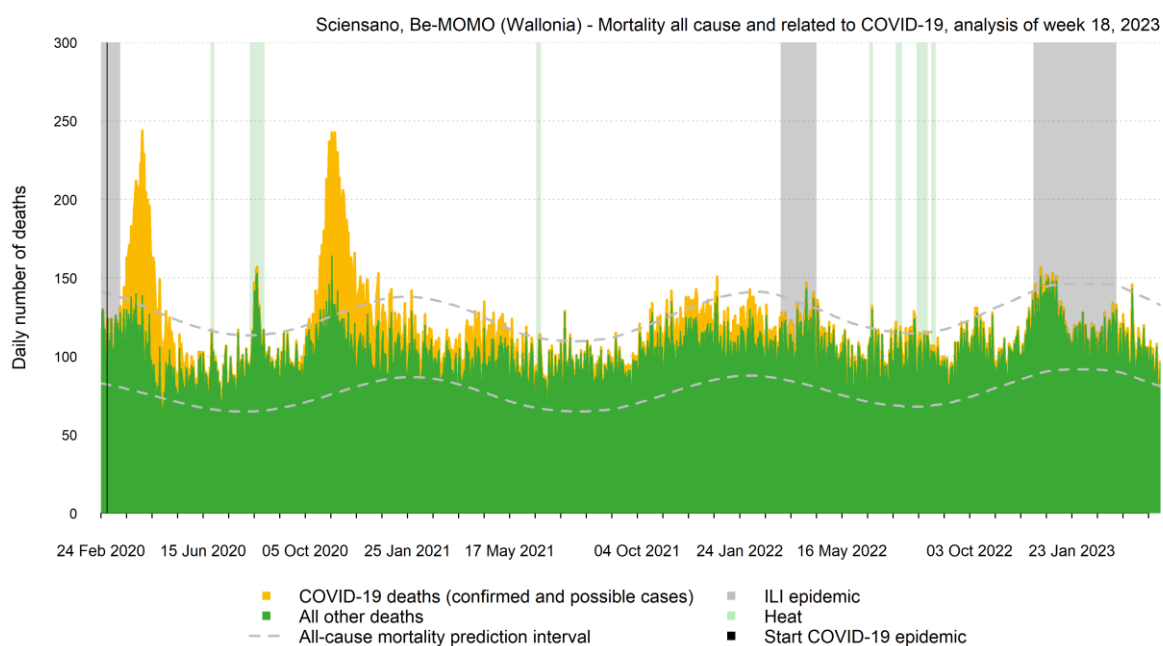


Comment lire ce graphique ? Quand le nombre de décès par jour dépasse les limites supérieures ou inférieures des décès prévus par la modélisation (lignes pointillées grises), il y a une surmortalité ou une sous-mortalité statistiquement significative. La zone orange représente le nombre de décès lié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

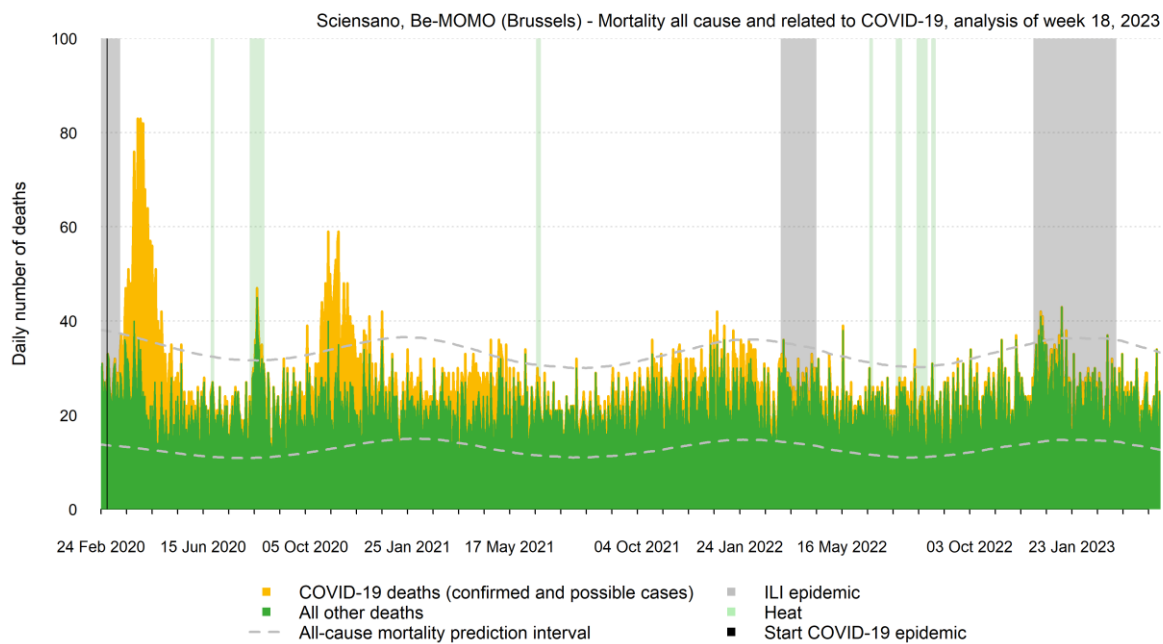
Nombre de décès toutes causes confondues par semaine (Belgique)

Semaine	Date du lundi	Nombre de décès observés	Nombre de décès attendus (Be-MOMO)	Nombre de décès supplémentaires	Nombre de jours avec surmortalité	Excès de mortalité (%)	Taux brut de mortalité (100 000 habitants)
2023-W13	27/03/2023	2 215	2 324	-	0	-	19,0
2023-W14	03/04/2023	2 075	2 292	-	0	-	17,8
2023-W15	10/04/2023	2 069	2 258	-	0	-	17,8
2023-W16	17/04/2023	2 008	2 226	-	0	-	17,2

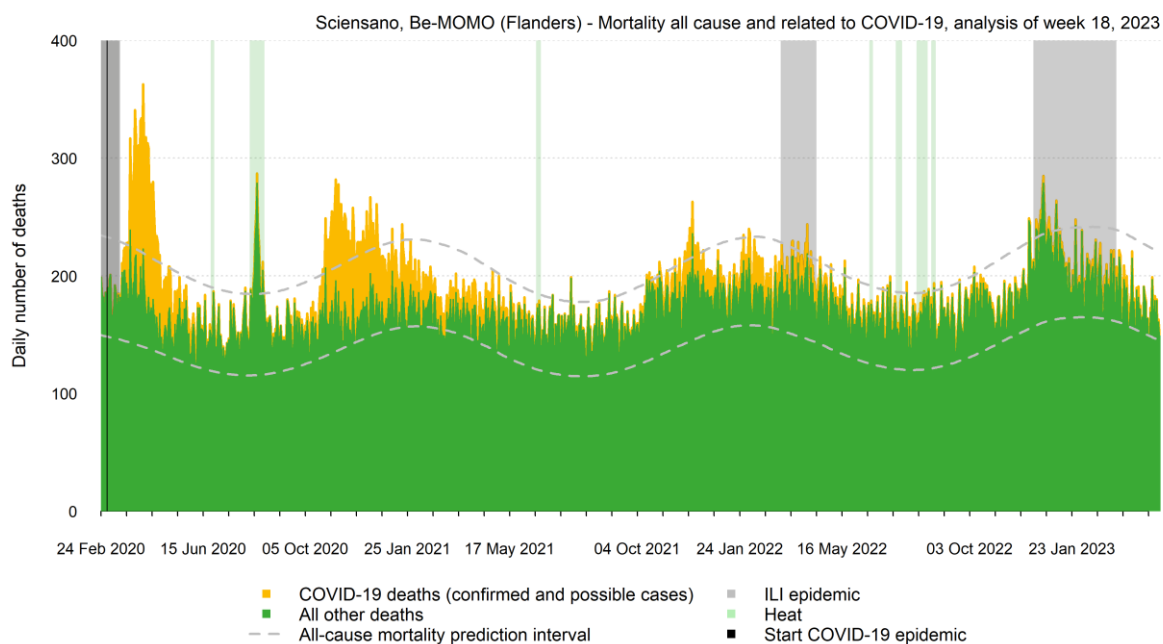
Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 30/04/23 (sur base des données collectées jusqu'au 06/05/23), Wallonie



Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 30/04/23 (sur base des données collectées jusqu'au 06/05/23), Bruxelles



Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 30/04/23 (sur base des données collectées jusqu'au 06/05/23), 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 les pays et régions participant au réseau de collaboration EuroMOMO. 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

La surveillance nationale de COVID-19 dans les maisons de repos (et de soins) est passée à une surveillance régionale depuis le 1er mai 2023. Les résultats nationaux ont été publiés une dernière fois le 5 mai 2023.

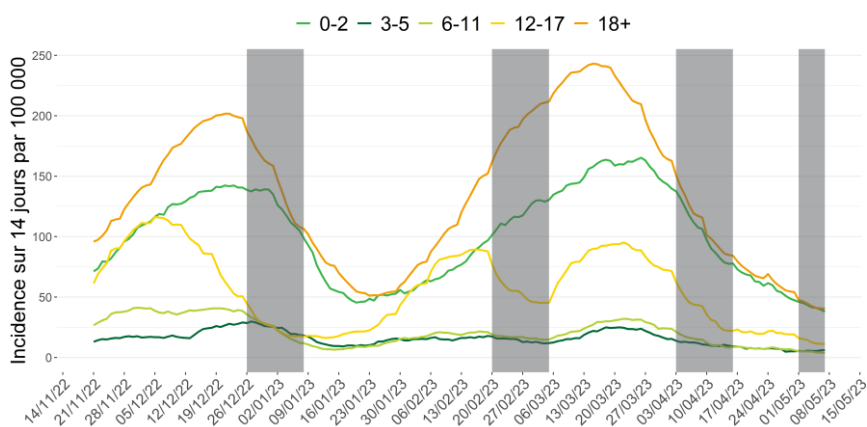
3.9. SITUATION COVID-19 POUR LES ENFANTS

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.

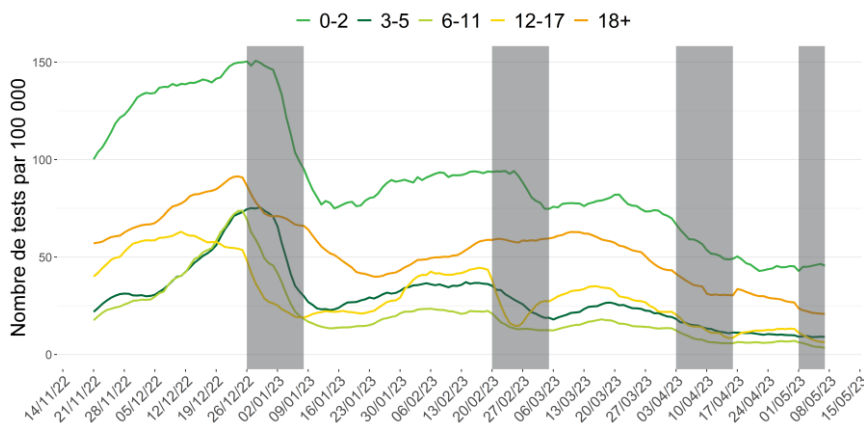
L'évolution du nombre de cas confirmés est calculée à partir des résultats de tests rapportés par les laboratoires. Le nombre de tests effectués (positifs et négatifs) permet d'interpréter l'évolution de l'incidence par tranche d'âge dans le contexte des changements de stratégie de testing. Les groupes 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, 21/11/22 (semaine 47) au 07/05/23 (semaine 18), 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, 21/11/22 (semaine 47) au 07/05/23 (semaine 18), 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 dépasse la moitié de la valeur la plus haute enregistrée durant la 9^{ème} vague, qui a débuté le 21 novembre 2022. Plus d'information sur les dates des vagues peut être consulté en ligne dans la [FAQ](#).
- L'indicateur « Augmentation rapide » indique les zones dans lesquelles la circulation virale a augmenté rapidement par rapport à la semaine précédente, avec une pente de plus de 70 %.
- Enfin, l'indicateur « Tendence à la hausse » indique les zones où les charges virales sont en hausse depuis plus de six jours.

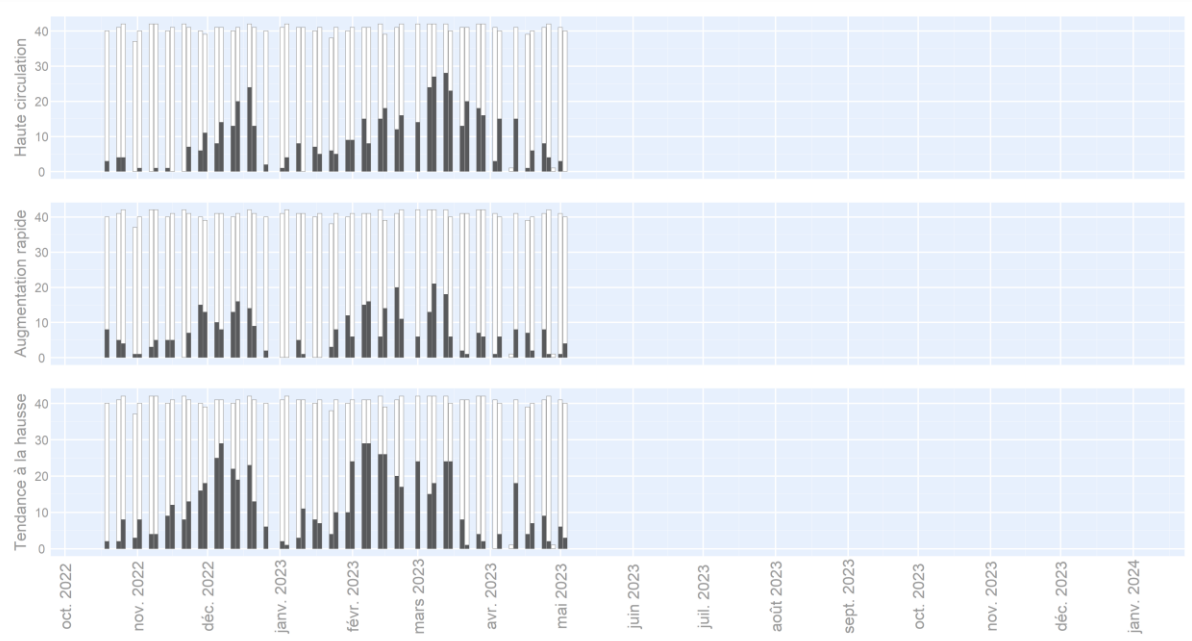
Généralement, lorsque les charges virales dans les eaux usées commencent à augmenter dans une région, l'indicateur « Tendence à la hausse » sera le premier à devenir positif. Si les charges virales augmentent rapidement, l'indicateur « Augmentation rapide » sera alors positif. Enfin, l'indicateur « Haute circulation » deviendra positif si les charges virales atteignent des niveaux équivalents à la moitié de ceux enregistrés lors de la 9^{ème} vague.

Les derniers résultats mesurés le 03/05/2023 durant la semaine 19 indiquent que:

- Au niveau national: Le nombre de zones en Haute Circulation et en Tendence à la Hausse est faible, avec moins de 5 zones positives. Dans l'ensemble, les charges virales sont faibles par rapport à la 9^e vague.
- 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.

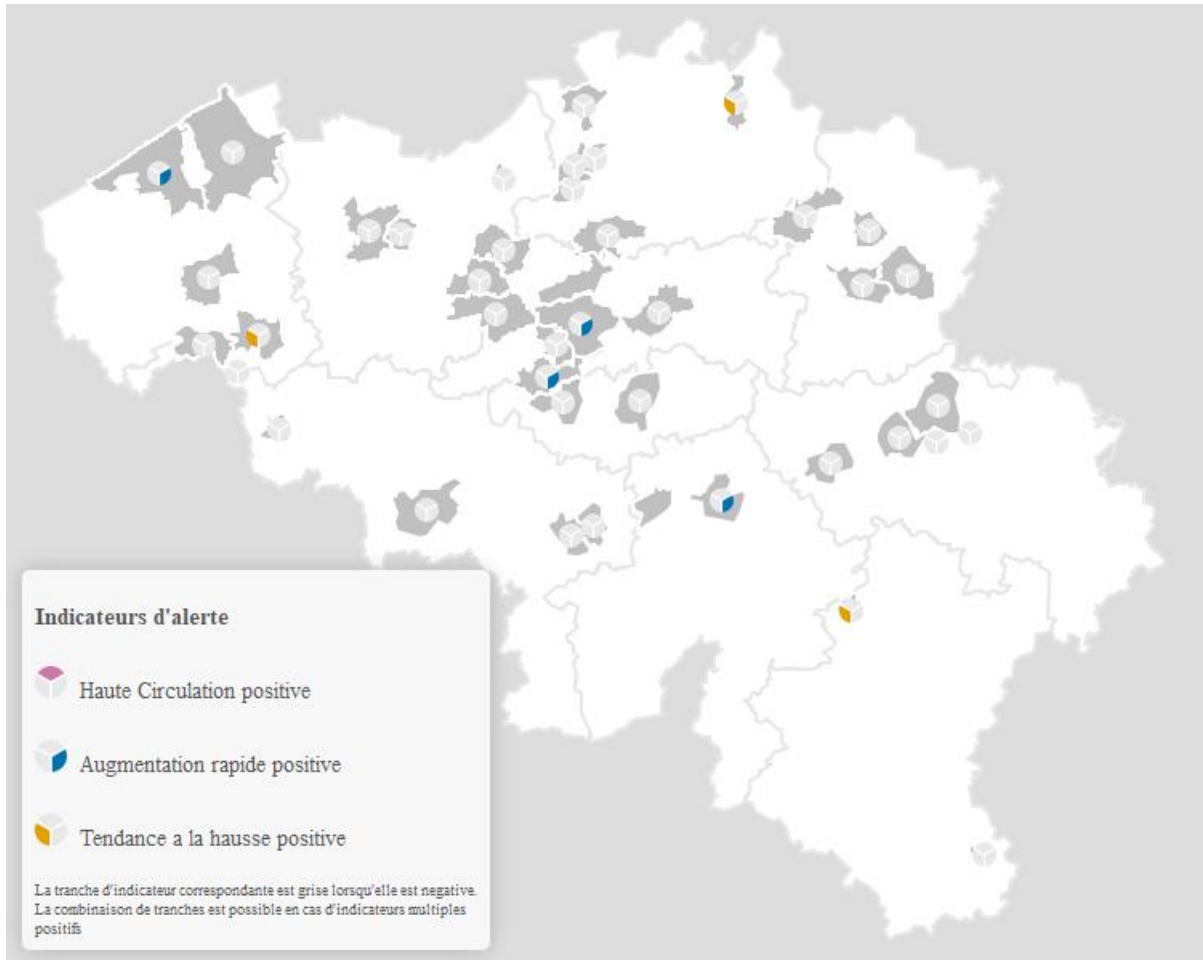
Nombre de zones couvertes par les stations d'épuration des eaux usées présentant des indicateurs d'alerte positifs.



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.

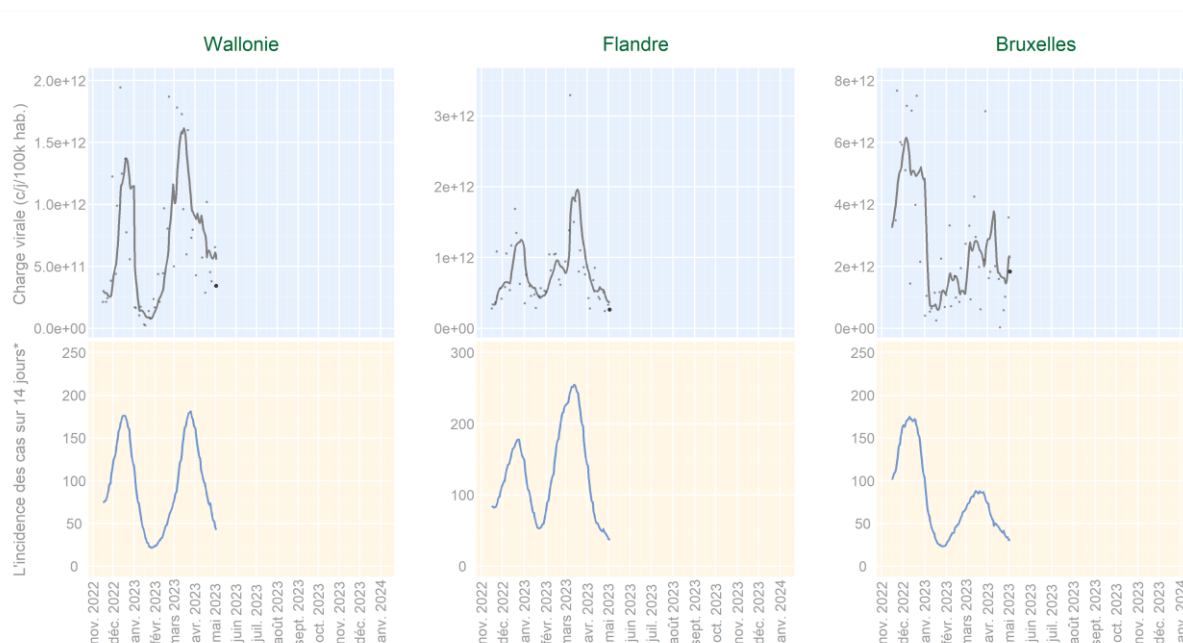
La figure ci-dessous, présente une représentation géographique des trois indicateurs pour chaque zone couverte par la surveillance. La positivité des indicateurs « Haute circulation », « Augmentation rapide » et « Tendance à la hausse » est indiquée par un quartier rose, bleu et orange, respectivement.

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	22	1.82	146	0
Flandre	41%	0	0	0	12	0.26	19	1
Wallonie	31%	0	0	0	16	0.34	23	0

¹ : la charge virale, normalisée par rapport à la charge virale maximale mesurée dans la zone correspondante durant la neuvième vague (21 novembre 2022 - 01 janvier 2023).

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

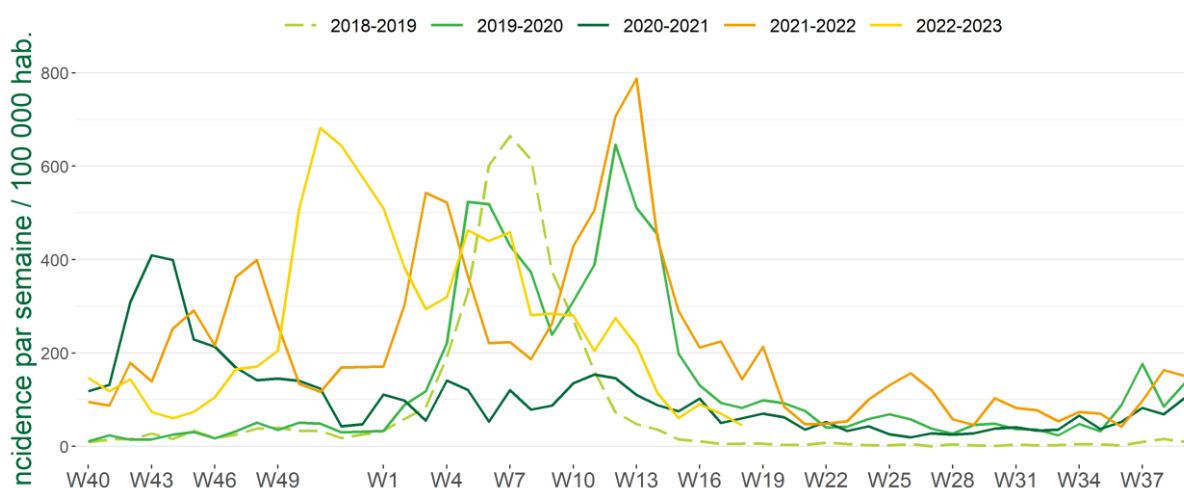
Le réseau sentinelle des médecins généralistes enregistre en continu les consultations en médecine générale pour les syndromes grippaux et les infections aiguës des voies respiratoires. Etant donné que ces symptômes peuvent être causés par des pathogènes différents du virus de la grippe, des échantillons 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. Les pics ultérieurs s'expliquent également par une vague de COVID-19 ou une épidémie de grippe.

Au cours de la semaine du 1 mai 2023 au 7 mai 2023, l'incidence des consultations en médecine générale pour symptômes grippaux a diminué à 45 consultations pour 100 000 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.

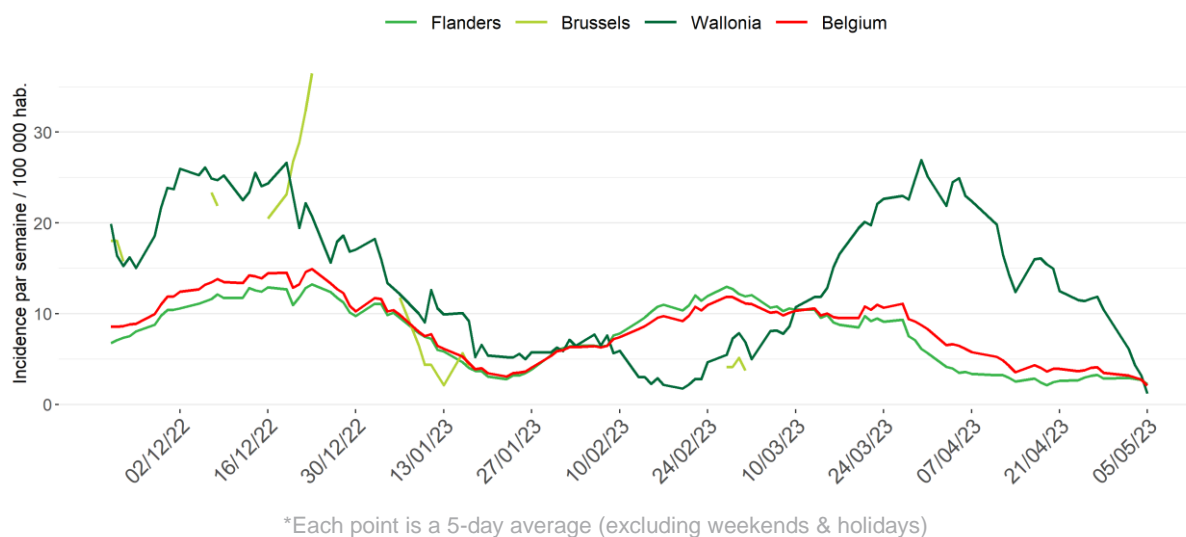
La semaine passée, le nombre moyen de contacts quotidiens avec un généraliste pour suspicion de COVID-19 pour 100 000 habitants a diminué en Belgique (en moyenne 2 contacts quotidiens pour 100 000 habitants).

En Wallonie nous avons observé une forte diminution à une moyenne de 1 contact quotidien pour 100 000 habitants et en Flandres une légère diminution à une moyenne de 2 contacts quotidiens pour 100 000 habitants.

NB. Les résultats pour la semaine 18 à Bruxelles ne sont pas présentés pour cause de données insuffisantes.

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



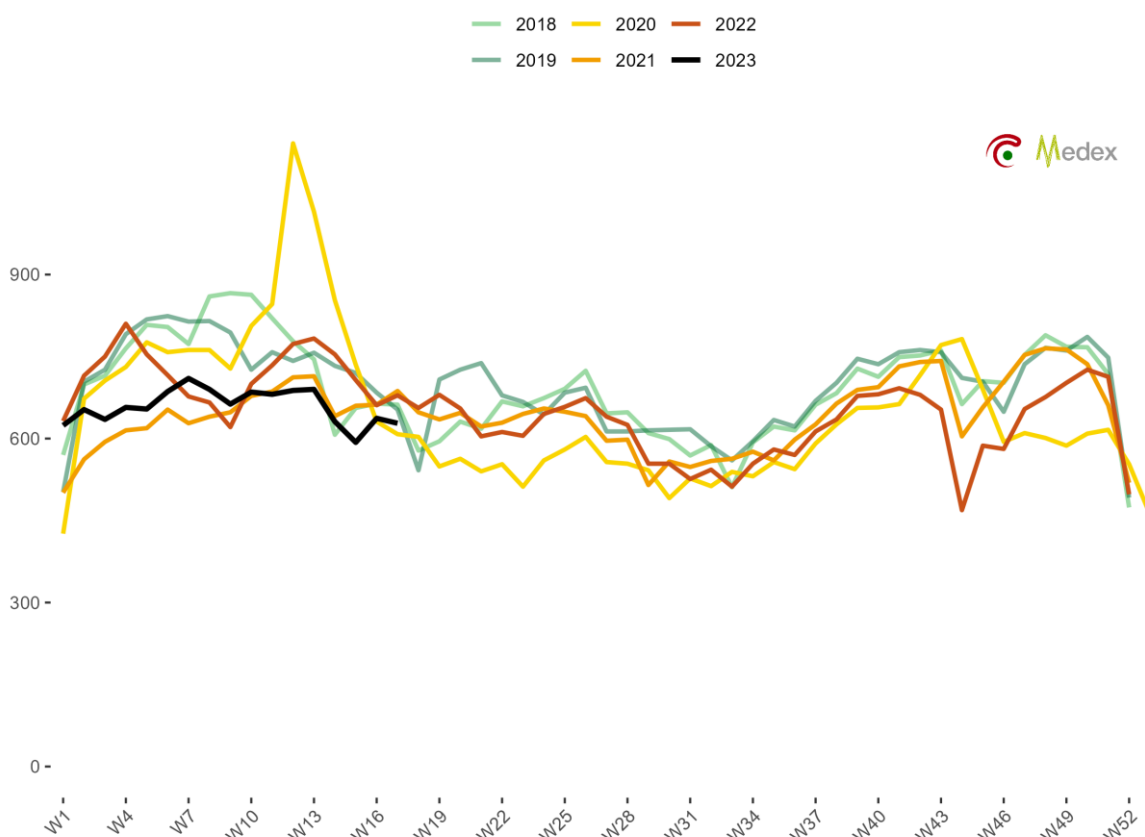
L'intégralité du bulletin hebdomadaire sur les différents virus respiratoires détectés par la surveillance hospitalière des syndromes respiratoires aigus sévères et par le réseau des laboratoires vigies, est disponible via [ce lien](#).

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.

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

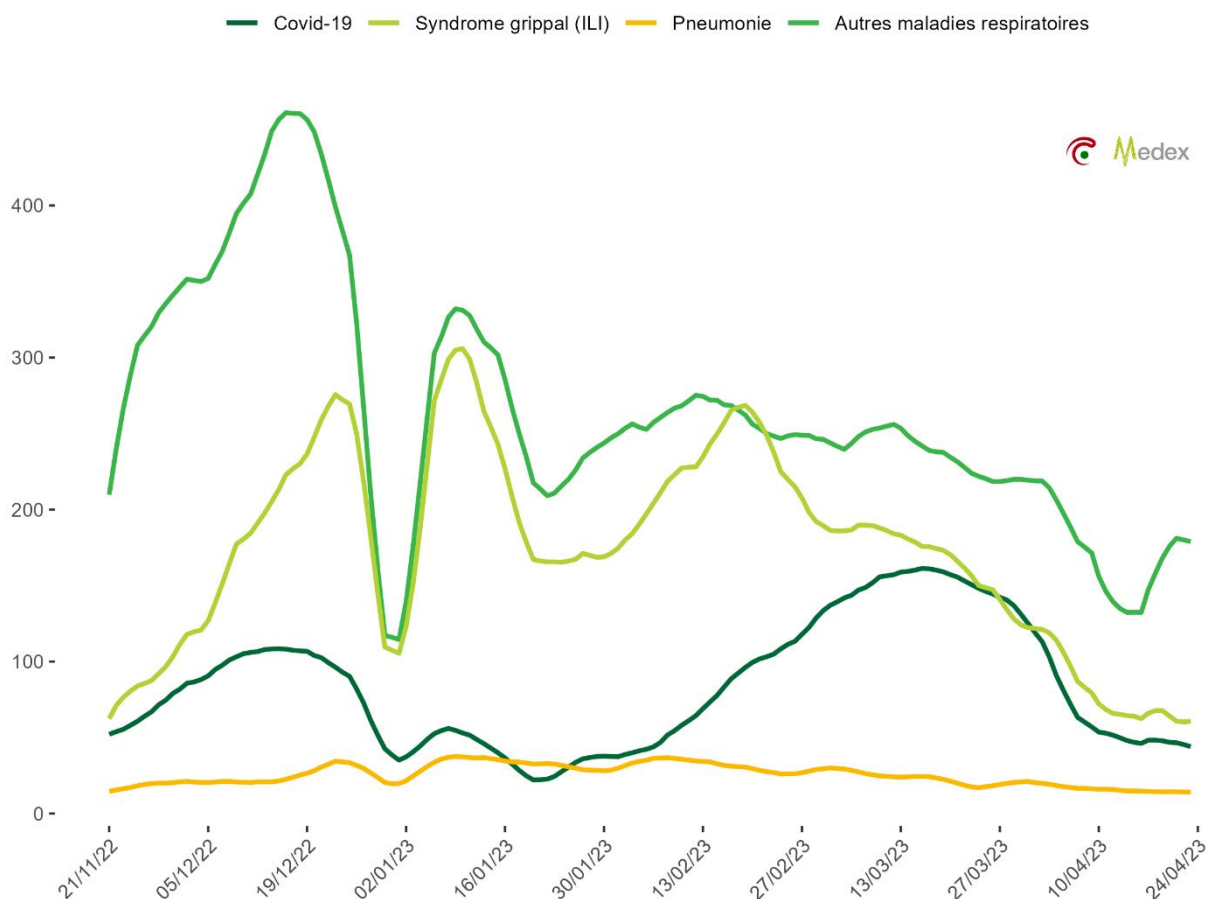


Les dénominateurs par an sont basés sur le nombre de fonctionnaires enregistrés auprès de Medex au 1er janvier de l'année concernée. Source: [MEDEX](https://medex.be)

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.

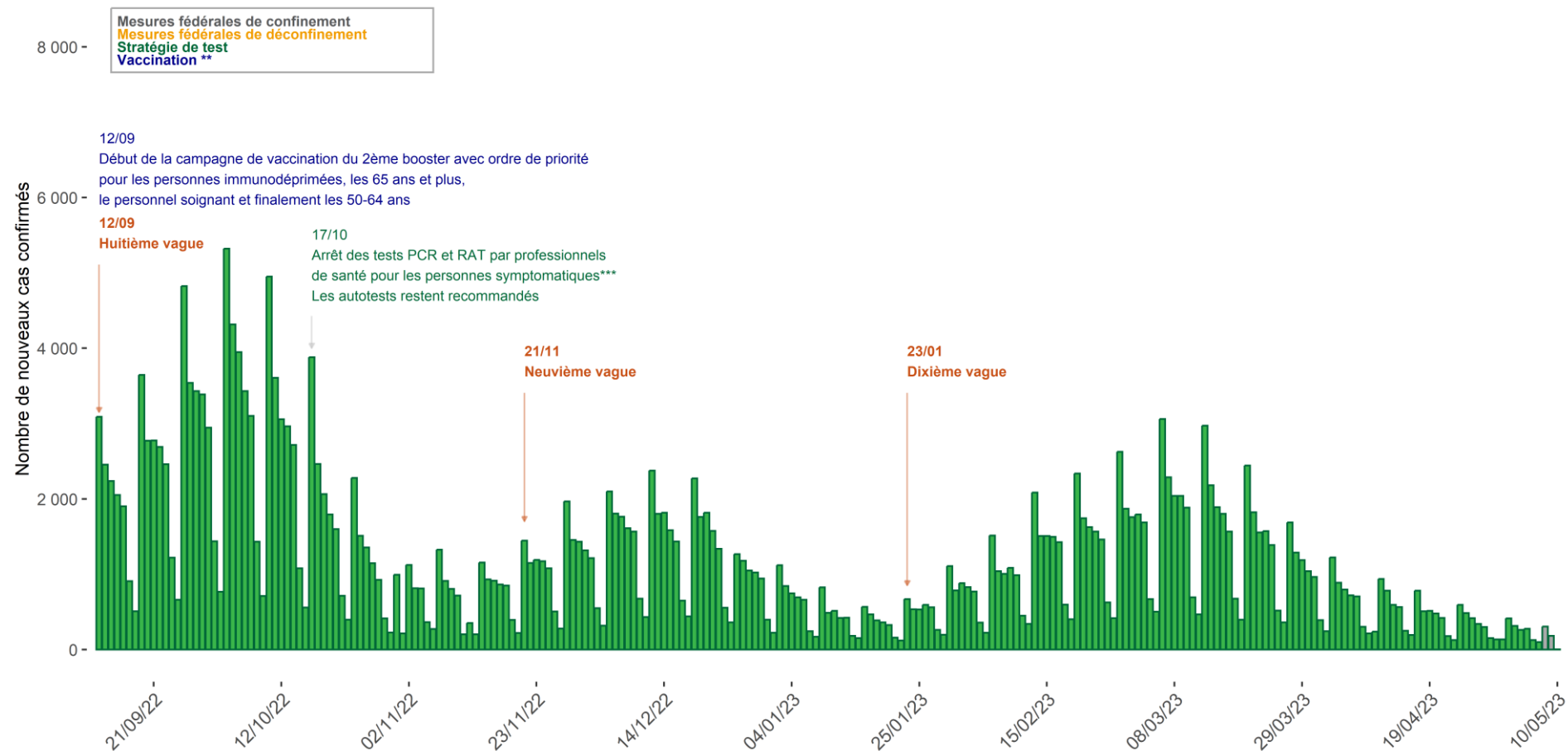
La figure ci-dessous n'a pas été mise à jour cette semaine.

Nombre de fonctionnaires malades (MEDEX), par diagnostic (maladies respiratoires uniquement) mentionné sur le certificat, évolution journalière depuis le 21/11/22



Source: [MEDEX](#)

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



**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

Il est important de noter que la détermination de ces dates n'implique pas nécessairement un jugement sur la gravité de la situation épidémiologique ou sur la charge pour la santé publique pendant ces périodes.

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 neuvième vague, c'est-à-dire à partir du 21 novembre 2022.

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.

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.

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

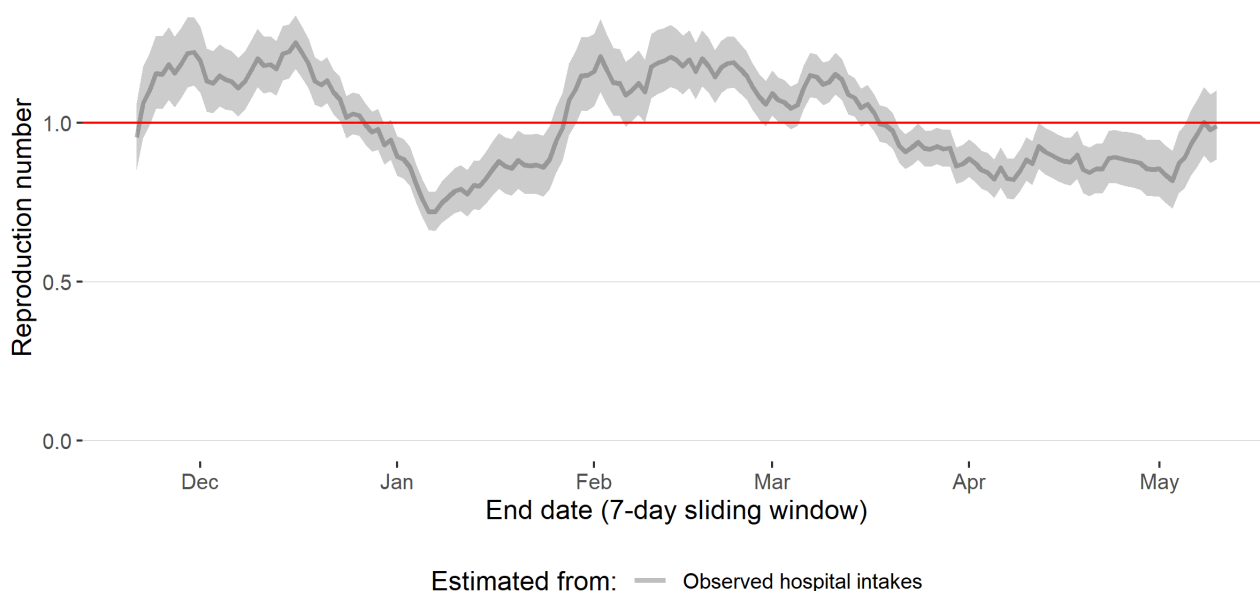
4. Modélisation

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 (04/05/23 au 10/05/23)	0,990	0,886-1,102

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	0,843	0,803	0,885
Antwerpen	0,922	0,804	1,047
Brabant wallon	0,765	0,594	0,957
Hainaut	0,784	0,694	0,880
Liège*	0,910	0,758	1,076
Limburg	0,906	0,731	1,099
Luxembourg	0,604	0,374	0,888
Namur	0,800	0,628	0,992
Oost-Vlaanderen	0,924	0,812	1,044
Vlaams-Brabant	0,834	0,708	0,971
West-Vlaanderen	0,811	0,702	0,928
Région bruxelloise	0,859	0,720	1,011
Deutschsprachige Gemeinschaft	2,064	1,067	3,386

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

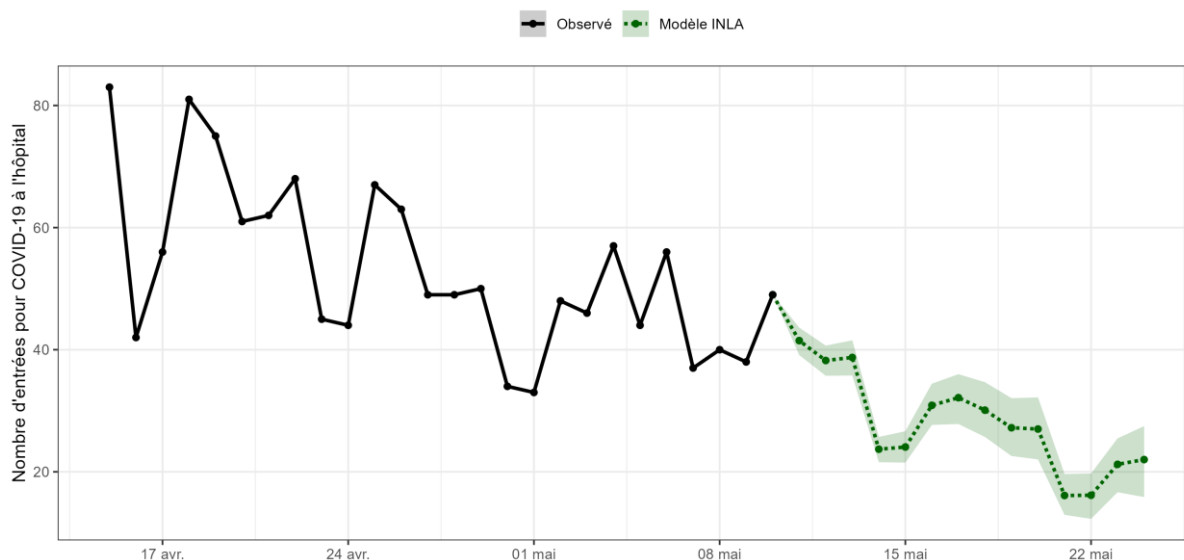
Il est important de souligner que les valeurs estimées dépendent des choix méthodologiques utilisés dans le programme de modélisation et dépendent de l'objectif recherché ou des limites liées aux données. Un modèle n'est pas meilleur qu'un autre. Ils se complètent mutuellement car ils permettent d'avoir 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, ou l'absentéisme, 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.

Les prévisions du modèle GAM ne sont pas disponibles cette semaine



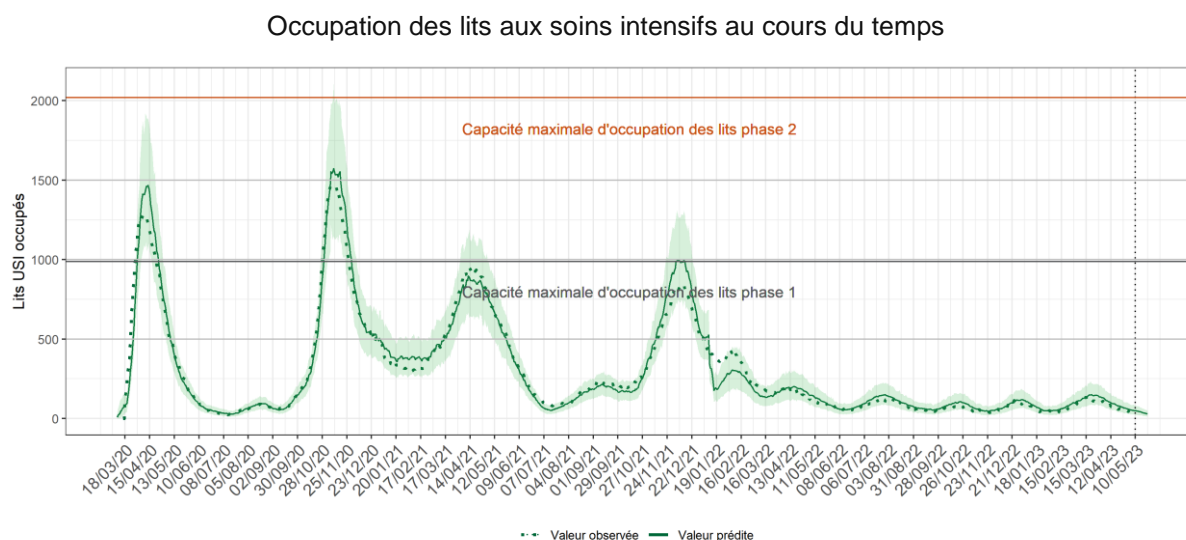
Une note explicative sur les modèles de prédiction utilisés ci-dessus est disponible via [ce lien](#).

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 17 mai. Un éventuel dépassement de la capacité de l'USI est présenté en rouge.

Date	Valeur observée	Valeur prédite	2,5% IC	97,5% IC
2023-05-09	41	49	25	82
2023-05-10	38	50	24	80
2023-05-11		48	23	80
2023-05-12		46	21	77
2023-05-13		46	24	76
2023-05-17		40	19	68

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	10/4-16/4	17/4-23/4	24/4-30/4	1/5-7/5
Indicateurs d'intensité				
Moyenne journalière de nouveaux cas ^(a)	508	430	346	232
Temps de doublement ^(b)	16	29	22	12
Taux de reproduction ^(c)	0,876	0,867	0,886	0,843
Nombre de tests effectués pour 100 000 hab.	191	189	172	134
Taux de positivité ^(a)	19,0%	16,6%	14,4%	13,1%
Incidence sur 14 jours des cas confirmés pour 100 000 hab. ^(d)	73	57	47	35
Indicateurs de sévérité				
Moyenne journalière de nouvelles admissions à l'hôpital de patients COVID-19 ^(a)	77	64	51	46
Incidence sur 7 jours des hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 hab. ^(d)	4,68	3,87	3,07	2,77
Nombre de lits d'hôpital occupés par des patients COVID-19 ^(e)	1 198	976	806	676
Nombre de patients COVID-19 en USI ^(e)	68	59	47	46
Taux d'occupation de lits USI accrédités par des patients COVID-19 ^(f)	3%	3%	2%	2%
Moyenne journalière de décès COVID-19	5	7	4	4
Moyenne journalière de décès COVID-19 des résidents de maison de repos ^(a)	1	1	1	0
Indicateurs de vaccination				
Pourcentage de la population ayant reçu une dose au cours des 6 derniers mois	30/01/2023	27/02/2023	27/03/2023	24/04/2023
Population générale	32,6%	32,2%	18,6%	3,6%
18-64 ans	31,7%	31,4%	22,2%	4,1%
65-84 ans	69,3%	68,5%	24,6%	4,9%
85 ans et plus	59,1%	56,6%	30,1%	5,9%
Efficacité vaccinale (1ère dose de rappel, 65 ans et +)	0-49 jours	50-99 jours	100-149 jours	150-199 jours
Infection symptomatique	52,0%	40,0%	28,1%	19,6%
Hospitalisation	78,8%	72,1%	69,5%	65,6%
USI	85,4%	78,2%	82,2%	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 3 AVRIL 2023 ET LE 10 MAI 2023, 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
03/04/23	1 222	
04/04/23	888	
05/04/23	796	4 846 cas au cours de cette période de 7 jours
06/04/23	719	Soit 692,3 cas en moyenne par jour
07/04/23	704	Soit une incidence sur une semaine de 41,8/100 000 habitants
08/04/23	302	
09/04/23	215	
10/04/23	237	
11/04/23	937	
12/04/23	781	3 555 cas au cours de cette période de 7 jours
13/04/23	593	Soit 507,9 cas en moyenne par jour
14/04/23	563	Soit une incidence sur une semaine de 30,7/100 000 habitants
15/04/23	250	
16/04/23	194	
17/04/23	783	
18/04/23	508	
19/04/23	513	3 009 cas au cours de cette période de 7 jours
20/04/23	480	Soit 429,9 cas en moyenne par jour
21/04/23	420	Soit une incidence sur une semaine de 26,0/100 000 habitants
22/04/23	179	
23/04/23	126	
24/04/23	593	
25/04/23	486	
26/04/23	416	2 423 cas au cours de cette période de 7 jours
27/04/23	341	Soit 346,1 cas en moyenne par jour
28/04/23	300	Soit une incidence sur une semaine de 20,9/100 000 habitants
29/04/23	152	
30/04/23	135	
01/05/23	135	Soit -33,0% de diminution entre les deux périodes
02/05/23	414	Soit une incidence sur une période 14 jours de 34,9 nouveaux cas/100 000 habitants
03/05/23	315	1 624 cas au cours de cette période de 7 jours
04/05/23	262	Soit 232,0 cas en moyenne par jour
05/05/23	275	Soit une incidence sur une semaine de 14,0/100 000 habitants
06/05/23	125	
07/05/23	98	
08/05/23	304	
09/05/23	181	Les données rapportées pour les derniers jours nécessitent invariablement une consolidation progressive, expliqué entre autres par le délai entre le prélèvement et le rapportage.
10/05/23	1	

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

5.3. NOMBRE DE TESTS RÉALISÉS ENTRE LE 3 AVRIL 2023 ET LE 10 MAI 2023, PRÉSENTÉ PAR JOUR ET MOYENNE PAR SEMAINE

Date	Nombre de tests	
03/04/23	4 500	
04/04/23	4 866	
05/04/23	4 103	
06/04/23	4 153	25 710 tests au cours de la semaine, soit 3 673/jour
07/04/23	4 034	
08/04/23	2 478	
09/04/23	1 576	
10/04/23	1 879	
11/04/23	4 286	
12/04/23	4 260	
13/04/23	3 885	22 155 tests au cours de la semaine, soit 3 165/jour
14/04/23	3 996	
15/04/23	2 344	
16/04/23	1 505	
17/04/23	4 142	
18/04/23	3 988	
19/04/23	3 533	
20/04/23	3 395	21 932 tests au cours de la semaine, soit 3 133/jour
21/04/23	3 417	
22/04/23	1 977	
23/04/23	1 480	
24/04/23	3 653	
25/04/23	3 757	
26/04/23	3 512	
27/04/23	3 145	19 981 tests au cours de la semaine, soit 2 854/jour
28/04/23	2 862	
29/04/23	1 695	
30/04/23	1 357	
01/05/23	1 389	
02/05/23	3 127	
03/05/23	3 020	
04/05/23	2 570	15 493 tests au cours de la semaine, soit 2 213/jour
05/05/23	2 669	
06/05/23	1 537	
07/05/23	1 181	
08/05/23	2 717	Les données des derniers jours ne sont pas encore complètes. Il faut quelques jours pour que tous les tests soient signalés à Sciensano.
09/05/23	2 752	
10/05/23	69	

5.4. NOMBRE DE PERSONNES HOSPITALISÉES ENTRE LE 6 AVRIL 2023 ET LE 10 MAI 2023, 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
06/04/23	105		84	194	1 394	93
07/04/23	89		59	208	1 301	79
08/04/23	102	623 nouvelles hospitalisations Soit 89,0/jour en moyenne	66	205	1 227	75
09/04/23	60		39	66	1 239	76
10/04/23	71		61	41	1 317	77
11/04/23	82		61	92	1 353	86
12/04/23	114		114	229	1 333	76
13/04/23	79		81	182	1 306	75
14/04/23	71	487 nouvelles hospitalisations Soit 69,6/jour en moyenne	76	167	1 262	79
15/04/23	83		65	182	1 198	67
16/04/23	42		45	78	1 198	68
17/04/23	56		55	81	1 222	73
18/04/23	81		70	176	1 184	74
19/04/23	75		68	167	1 132	72
20/04/23	61	410 nouvelles hospitalisations Soit 58,6/jour en moyenne	56	167	1 062	60
21/04/23	62		68	146	1 025	59
22/04/23	68		49	135	978	64
23/04/23	45		23	60	976	59
24/04/23	44		43	61	1 002	59
25/04/23	67		57	148	964	59
26/04/23	63		67	126	952	50
27/04/23	49	309 nouvelles hospitalisations Soit 44,1/jour en moyenne	57	128	913	50
28/04/23	49		54	134	866	49
29/04/23	50		36	130	808	43
30/04/23	34		18	49	806	47
01/05/23	33		20	41	815	49
02/05/23	48		47	69	832	44
03/05/23	46		45	133	768	50
04/05/23	57	321 nouvelles hospitalisations Soit 45,9/jour en moyenne	52	126	738	50
05/05/23	44		31	110	692	45
06/05/23	56		34	96	670	43
07/05/23	37		17	51	676	46
08/05/23	40		34	51	695	47
09/05/23	38		33	110	647	41
10/05/23	49		39	52	674	38

* 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 3 AVRIL 2023 ET LE 10 MAI 2023, PRÉSENTÉ PAR JOUR ET MOYENNE PAR SEMAINE

Date	Décès total	
03/04/23	7	
04/04/23	5	
05/04/23	3	
06/04/23	18	47 décès au cours de la semaine, soit 6,7/jour
07/04/23	5	
08/04/23	5	
09/04/23	4	
10/04/23	8	
11/04/23	5	
12/04/23	2	
13/04/23	6	32 décès au cours de la semaine, soit 4,6/jour
14/04/23	5	
15/04/23	5	
16/04/23	1	
17/04/23	1	
18/04/23	3	
19/04/23	11	
20/04/23	5	47 décès au cours de la semaine, soit 6,7/jour
21/04/23	4	
22/04/23	12	
23/04/23	11	
24/04/23	5	
25/04/23	4	
26/04/23	3	
27/04/23	6	30 décès au cours de la semaine, soit 4,3/jour
28/04/23	2	
29/04/23	5	
30/04/23	5	
01/05/23	4	
02/05/23	5	
03/05/23	5	
04/05/23	4	28 décès au cours de la semaine, soit 4,0/jour
05/05/23	3	
06/05/23	3	
07/05/23	4	
08/05/23	3	
09/05/23	1	
10/05/23	0	

5.6. NOMBRE ET POURCENTAGE DE PERSONNES NON VACCINÉES POUR COVID-19, PAR RÉGION ET TRANCHE D'ÂGE

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 24 avril au 07 mai 2023.

Groupe d'âge		Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
0-11	% non vaccinés	83,7%	95,3%	75,7%	93,2%
	Nombre non vaccinés	1 268 826	178 411	642 623	447 792
12-17	% non vaccinés	23,8%	53,8%	13,5%	31,3%
	Nombre non vaccinés	190 590	46 447	60 920	83 223
18-64	% non vaccinés	12,7%	26,3%	7,7%	16,9%
	Nombre non vaccinés	891 503	207 421	309 614	374 439
65-84	% non vaccinés	4,9%	12,6%	2,5%	7,8%
	Nombre non vaccinés	93 834	16 907	29 195	47 691
85+	% non vaccinés	4,3%	10,3%	1,9%	8,0%
	Nombre non vaccinés	14 645	2 641	4 181	7 810

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](#)