

# COVID-19

## BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

### (26 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

<b>1. Points clés</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Indicateurs clés - tendances</b> .....	<b>3</b>
2.1. Tendances.....	4
2.2. Situation récente.....	6
2.3. Stratégie de gestion de l'épidémie.....	7
<b>3. Description de l'épidémie à partir du 21/11/22</b> .....	<b>8</b>
3.1. Distribution et évolution des cas de COVID-19 .....	8
3.2. Tests COVID-19 .....	9
3.3. Surveillance moléculaire du SARS-CoV-2.....	15
3.4. Vaccination .....	19
3.5. Hospitalisations pour COVID-19.....	31
3.6. Évolution de la mortalité COVID-19.....	33
3.7. Surveillance de la mortalité (toutes causes confondues).....	35
3.8. Situation COVID-19 pour les enfants.....	39
3.9. Surveillance basée sur les eaux usées .....	40
3.10. Surveillance par des médecins généralistes .....	44
3.11. Absences au travail pour cause de maladie .....	47
3.12. Ligne de temps: cas confirmés de COVID-19 et réponse à l'épidémie en Belgique.....	49
<b>4. Modélisation</b> .....	<b>51</b>
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
<b>5. Annexes</b> .....	<b>55</b>
5.1. Résumé des indicateurs clés.....	55
5.2. Nombre de personnes diagnostiquées (PCR et antigène) entre le 17 avril 2023 et le 24 mai 2023, présenté par jour et moyenne par semaine .....	56
5.3. Nombre de tests réalisés entre le 17 avril 2023 et le 24 mai 2023, présenté par jour et moyenne par semaine .....	57
5.4. Nombre de personnes hospitalisées entre le 19 avril 2023 et le 23 mai 2023, présenté par jour et moyenne par semaine.....	58
5.5. Nombre de personnes décédées entre le 17 avril 2023 et le 24 mai 2023, présenté par jour et moyenne par semaine.....	59
5.6. Nombre et pourcentage de personnes non vaccinées pour COVID-19, par région et tranche d'âge .....	60

# 1. Points clés

- **Situation générale** : L'incidence sur 14 jours pour le nombre de cas pour la Belgique est de 19/100 000 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 encore diminué (- 25 %), au cours de la période du 15 au 21 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 (0,852).
- **Tests et taux de positivité** : Le nombre de tests effectués a encore diminué, avec une moyenne de 1 878 tests par jour au cours de la période du 15 au 21 mai 2023. Le taux de positivité pour la Belgique pour cette même période a également diminué (8,9 %).
- **Hospitalisations** : Le nombre de nouvelles hospitalisations a augmenté au cours de la période du 18 au 24 mai, comparé à la période précédente de 7 jours (+ 26 %). Le nombre de lits occupés aux soins intensifs a diminué (- 37 %).
- **Mortalité** : La mortalité liée au COVID-19 a augmenté en semaine 20. Les décès rapportés ont principalement eu lieu à l'hôpital. La semaine 18 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 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 1,9 % pour les personnes âgées de 65 à 84 ans et de 2,1 % 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 est resté stable au niveau national au cours de la semaine 20 (2 contacts pour 100 000 habitants par jour). L'incidence des consultations auprès d'un généraliste pour des symptômes grippaux a diminué, avec 27 consultations pour 100 000 habitants au cours de cette semaine. - voir [section 3.11](#).
- **Surveillance basée sur les eaux usées** : Les résultats du 15 mai montrent que la circulation virale reste très 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	4 799 107	176,9	131,9*	-25%
Admis à l'hôpital	157 609***	37,3	46,9**	+26%
Décédés****	34 336	2,1	3,4*	+60%

\*Du 15 mai 2023 au 21 mai 2023 (données des 3 derniers jours non consolidées).

\*\*Du 18 mai 2023 au 24 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.

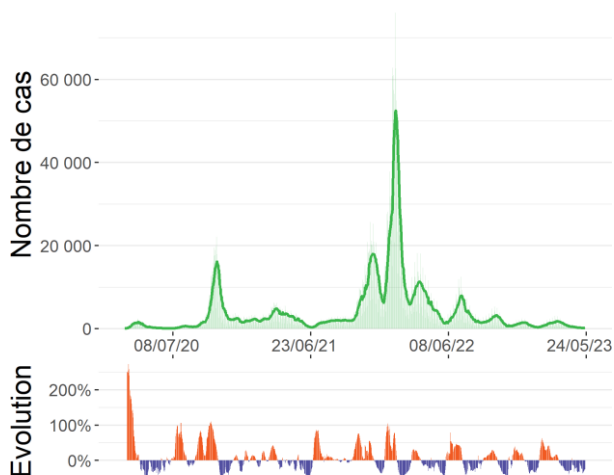
Occupation des lits d'hôpital	Mercredi 17 mai 2023	Mercredi 24 mai 2023	Évolution
Nombre de lits d'hôpital occupés	563	450	-20%
Nombre de lits USI occupés	43	27	-37%

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

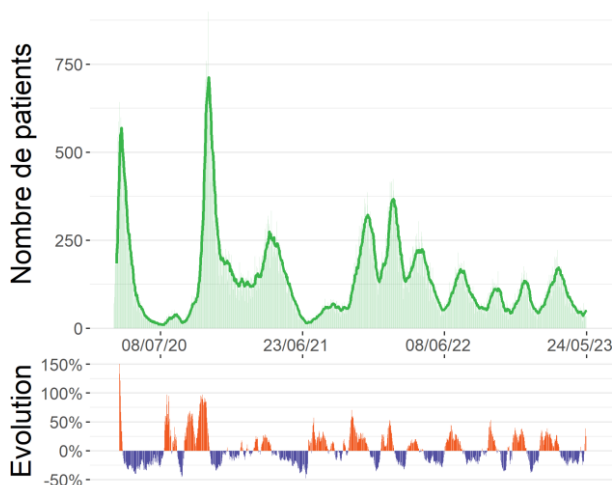
Les quatre indicateurs clés sont présentés ci-dessous avec la moyenne mobile sur 7 jours (ligne verte). Cette moyenne mobile est utilisée pour illustrer une tendance. Cela a entre autre pour conséquence de lisser la courbe et atténuer les variations journalières.

Evolution des nouveaux cas confirmés



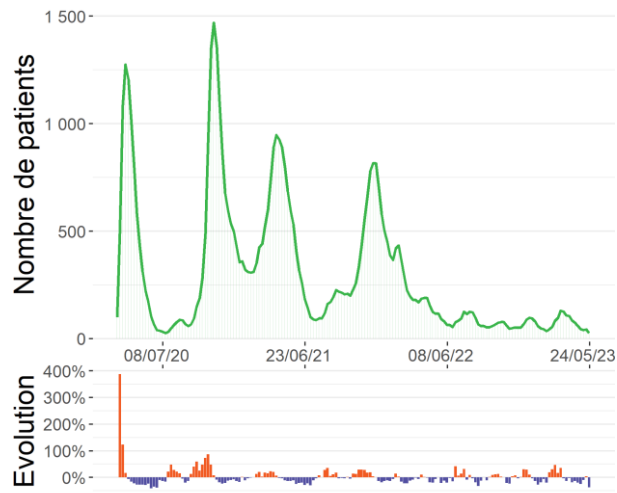
Source : Healthdata.be

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



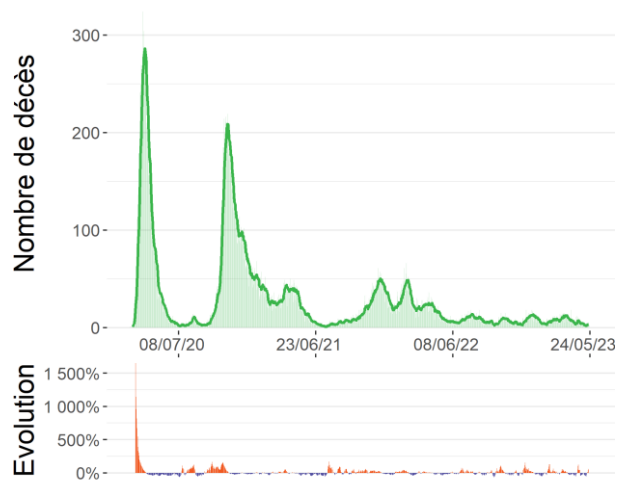
Source : Surveillance des hôpitaux (Sciensano)

### Evolution du nombre de patients en USI



Note : Sur base des données rapportées une fois par semaine.  
Source : Surveillance des hôpitaux (Sciensano)

### Evolution du nombre de décès

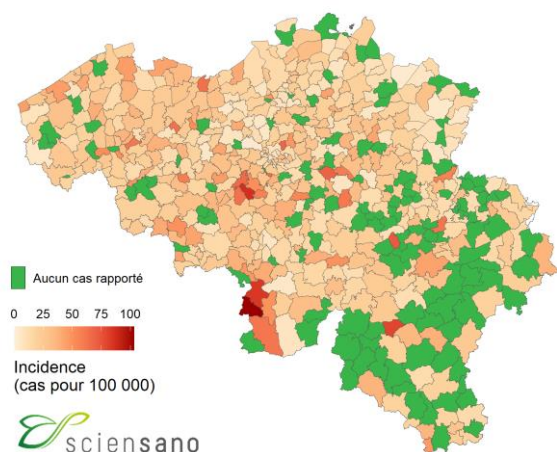


Source : Surveillance mortalité COVID-19 (Sciensano)

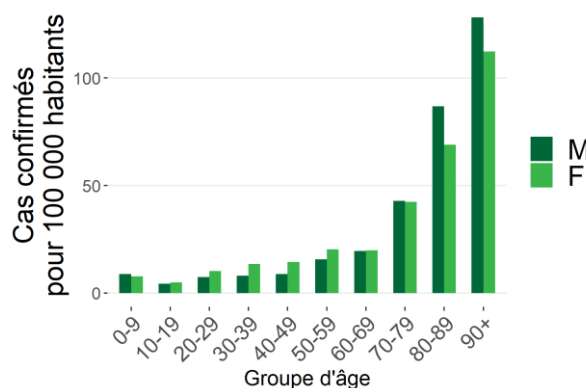
## 2.2. SITUATION RÉCENTE

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 08/05/23 et le 21/05/23



Nombre de cas confirmés par groupe d'âge et sexe par 100 000 habitants entre le 08/05/23 et le 21/05/23



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 18 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.

	08/05/23- 14/05/23	15/05/23- 21/05/23	Changement (valeur absolue)	Changement (pourcent)	Temps de doublement/ réduction de moitié (jours)*	Incidence par 100 000 (14 jours)**
<b>Belgique</b>	<b>1 238</b>	<b>923</b>	<b>-315</b>	<b>-25%</b>	<b>17</b>	<b>19</b>
Antwerpen	163	134	-29	-18%	25	16
Brabant wallon	89	39	-50	-56%	6	31
Hainaut	157	122	-35	-22%	19	21
Liège***	83	58	-25	-30%	14	13
Limburg	62	49	-13	-21%	21	13
Luxembourg	17	20	3	+18%	30	13
Namur	41	43	2	+5%	102	17
Oost-Vlaanderen	204	125	-79	-39%	10	21
Vlaams-Brabant	140	109	-31	-22%	19	21
West-Vlaanderen	157	132	-25	-16%	28	24
Région bruxelloise	103	84	-19	-18%	24	15
Deutschsprachige Gemeinschaft	5	6	1	+20%	27	14

\*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.

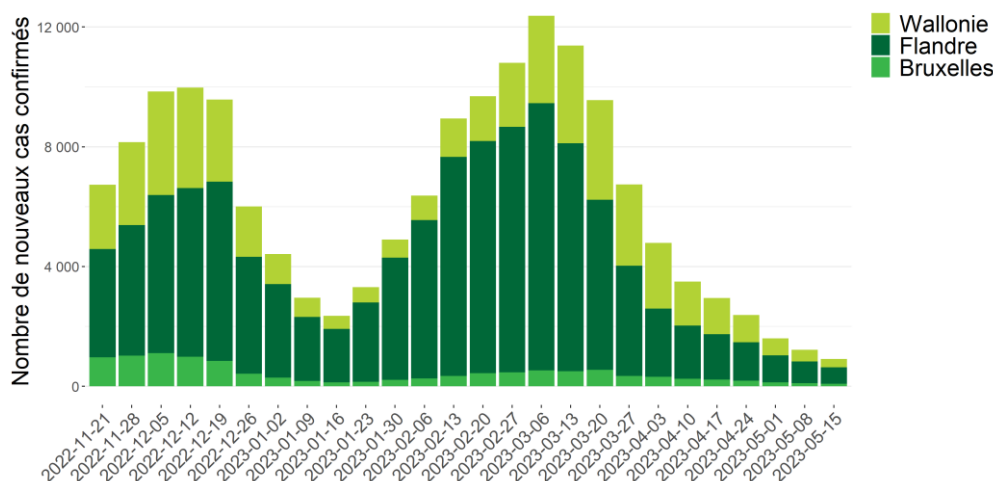
### 3. Description de l'épidémie à partir du 21/11/22

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 15 mai 2023 au 21 mai 2023, 923 nouveaux cas ont été diagnostiqués. Parmi ces 923 nouveaux cas, 549 (59%) étaient rapportés en Flandre, 282 (31%) en Wallonie, dont 6 cas pour la communauté germanophone, et 84 (9%) à Bruxelles. Données non disponibles ou résidence à l'étranger pour 8 cas (1%).

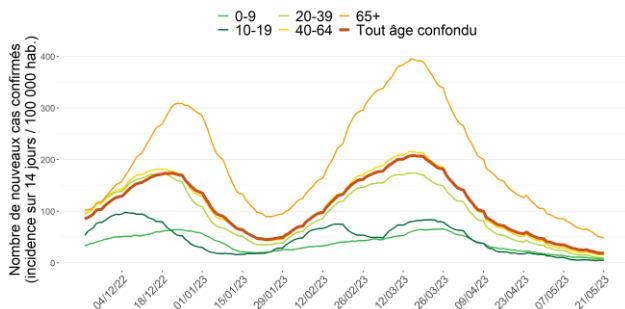
Evolution du nombre de cas confirmés par région et par période de sept jours (date de diagnostic\*) à partir de 21 novembre 2022



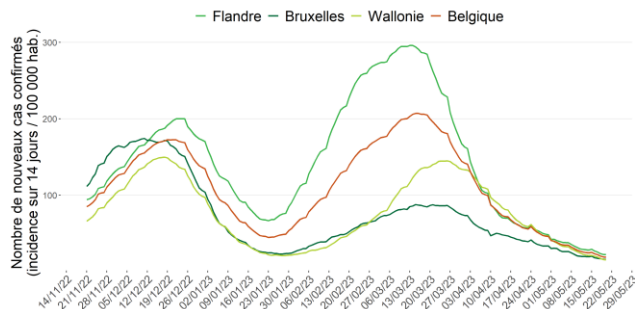
Les dates affichées sur l'axe horizontal indiquent le premier jour de chaque période de sept jours. Source : CNR, laboratoires clinique et plateforme nationale. Cas rapportés à Sciensano au 24 mai 2023, à 6 heures.

\*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.

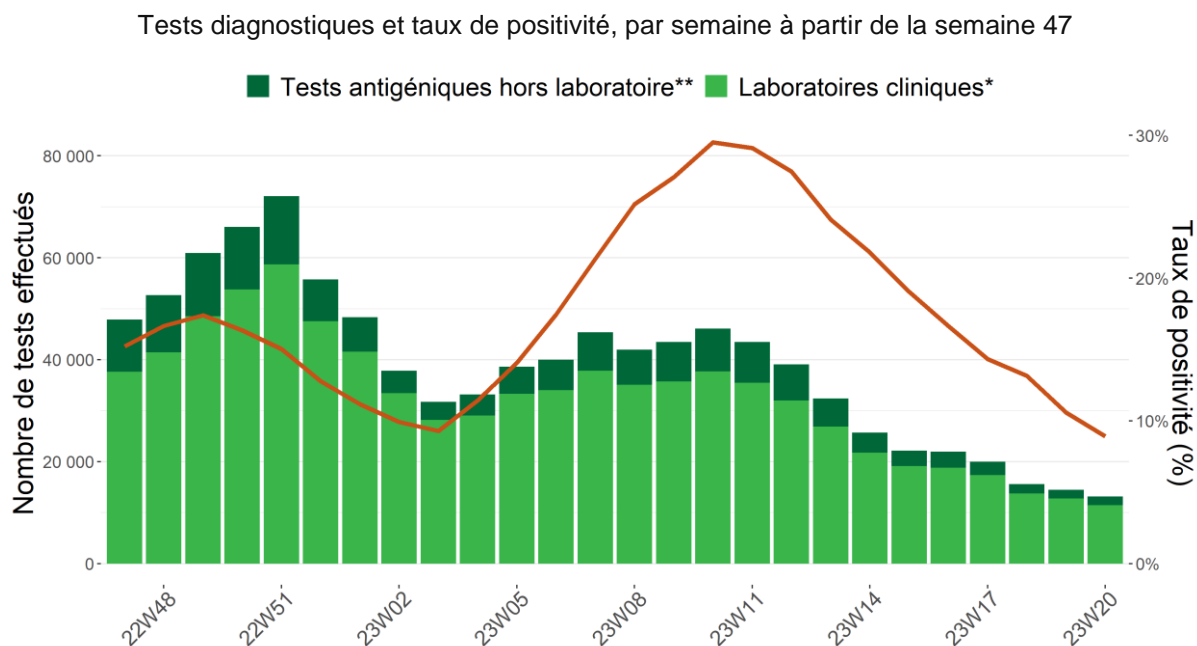
Vous trouverez un résumé de la situation épidémiologique en Europe sur [le site web de l'ECDC](#).



## 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 15 mai 2023 au 21 mai 2023, 13 147 tests ont été effectués, soit une moyenne journalière de 1 878 tests. Le taux moyen de positivité pour la Belgique pour la même période est de 8,9%.



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.

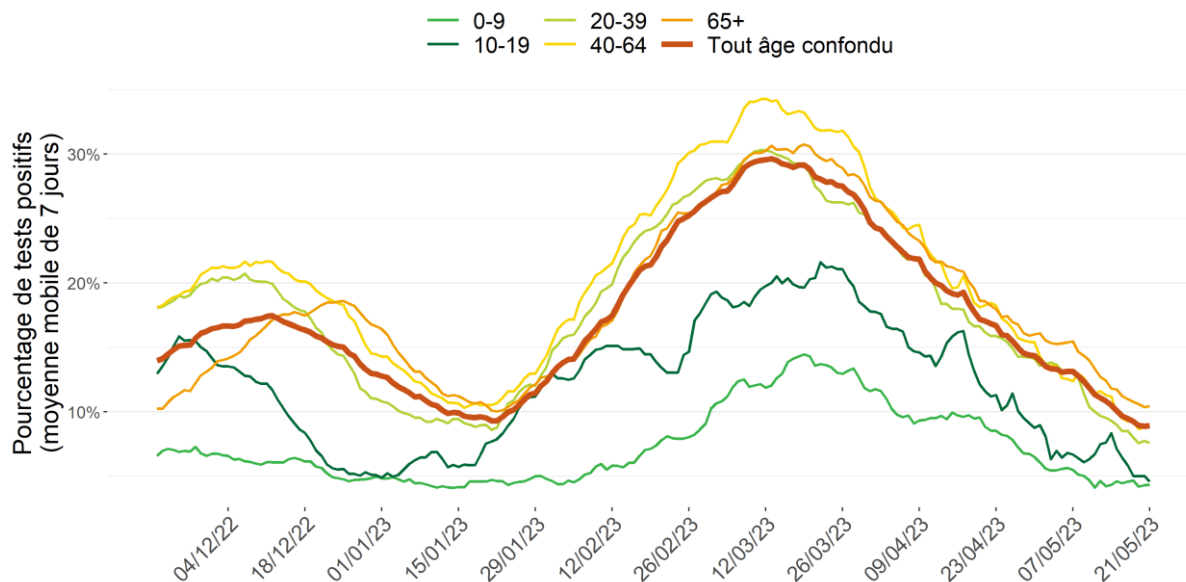
Le tableau ci-dessous présente la répartition du nombre de tests réalisés, du nombre de tests réalisés pour 100 000 habitants, du nombre de tests positifs et du taux de positivité par groupe d'âge, pour la période du 15 mai 2023 au 21 mai 2023 (dernière période de données consolidées).

Groupe d'âge	Nombre de tests	Nombre de tests/ 100 000 hab	Nombre de tests positifs	% de tests positifs*
0-9	1 238	100	54	4,4%
10-19	521	39	24	4,6%
20-39	1 642	56	125	7,6%
40-64	3 157	82	284	9,0%
65+	6 502	287	679	10,4%

\*L'âge n'était pas disponible pour 87 tests.

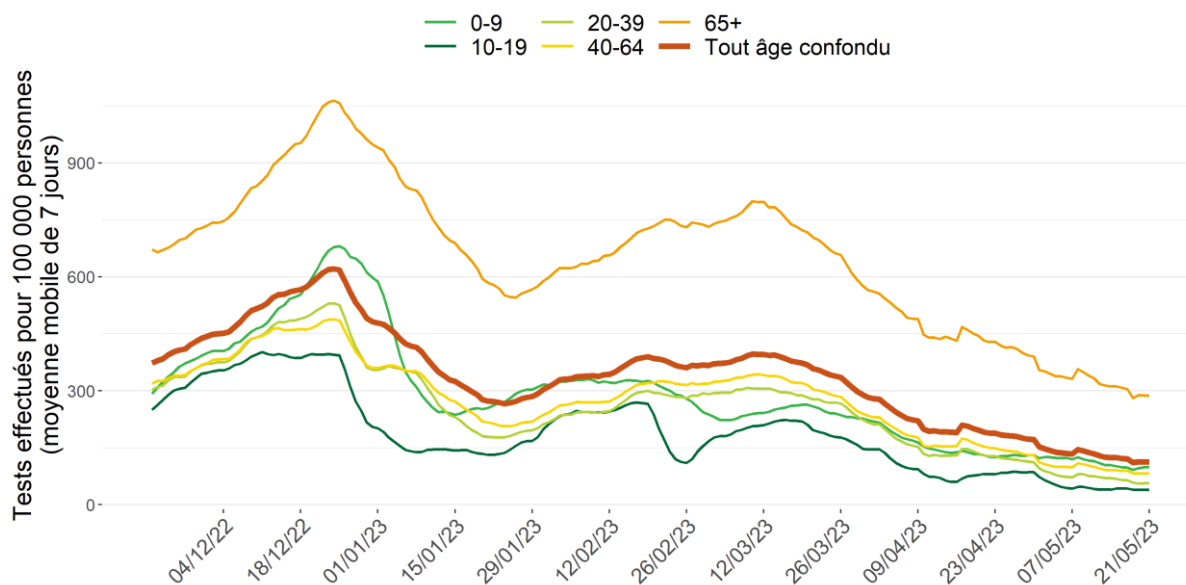
Le premier graphe ci-dessous présente le taux de positivité (moyenne mobile sur 7 jours) par groupe d'âge depuis le 21 novembre 2022, le deuxième présente le nombre de tests réalisés (moyenne mobile sur 7 jours) par groupe d'âge pour la même période.

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

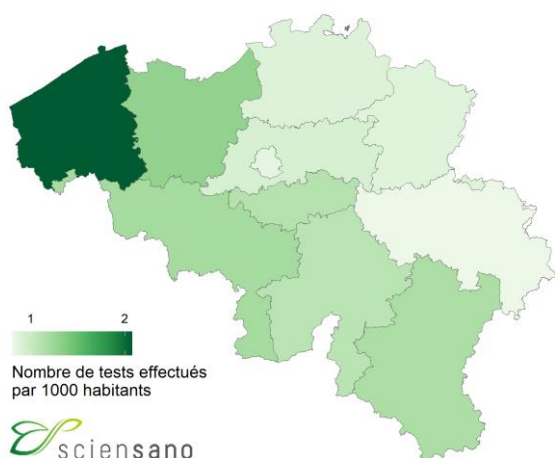
Le tableau ci-dessous présente la répartition pour la Belgique, par province, pour la Région bruxelloise et pour la Communauté germanophone, du **nombre de tests réalisés**, nombre de tests positifs et le taux de positivité pour la période du 15 mai 2023 au 21 mai 2023 (dernière période de données consolidées).

	Nombre de tests	Nombre de tests/ 100 000 hab	Nombre de tests positifs	% de tests positifs*
<b>Belgique</b>	13 147	113	1 174	8,9%
<b>Antwerpen</b>	1 671	89	153	9,2%
<b>Brabant wallon</b>	457	112	51	11,2%
<b>Hainaut</b>	1 611	119	154	9,6%
<b>Liège**</b>	971	87	76	7,8%
<b>Limburg</b>	712	80	71	10,0%
<b>Luxembourg</b>	339	116	22	6,5%
<b>Namur</b>	543	109	54	9,9%
<b>Oost-Vlaanderen</b>	1 999	129	166	8,3%
<b>Vlaams-Brabant</b>	1 083	92	135	12,5%
<b>West-Vlaanderen</b>	2 508	207	169	6,7%
<b>Région bruxelloise</b>	1 021	84	114	11,2%
<b>Deutschsprachige Gemeinschaft</b>	71	90	9	12,7%

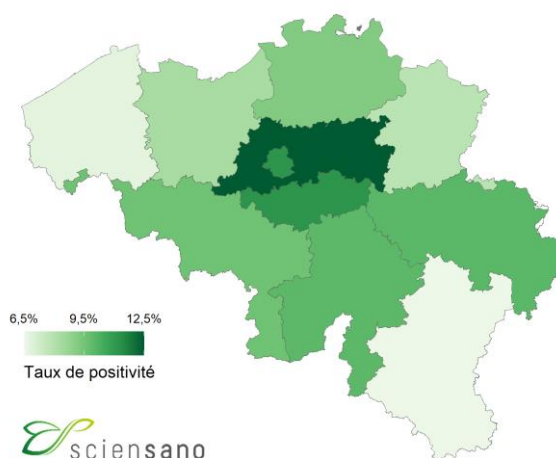
\*Afin de refléter le nombre total de tests réellement effectués en Belgique, nous avons fait le choix de calculer le taux de positivité (% de tests positifs) en utilisant le nombre total de tests positifs sur le nombre total de tests effectués. Vous trouverez des informations plus détaillées sur le 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 15/05/23 et le 21/05/23



Taux de positivité par province entre le 15/05/23 et le 21/05/23

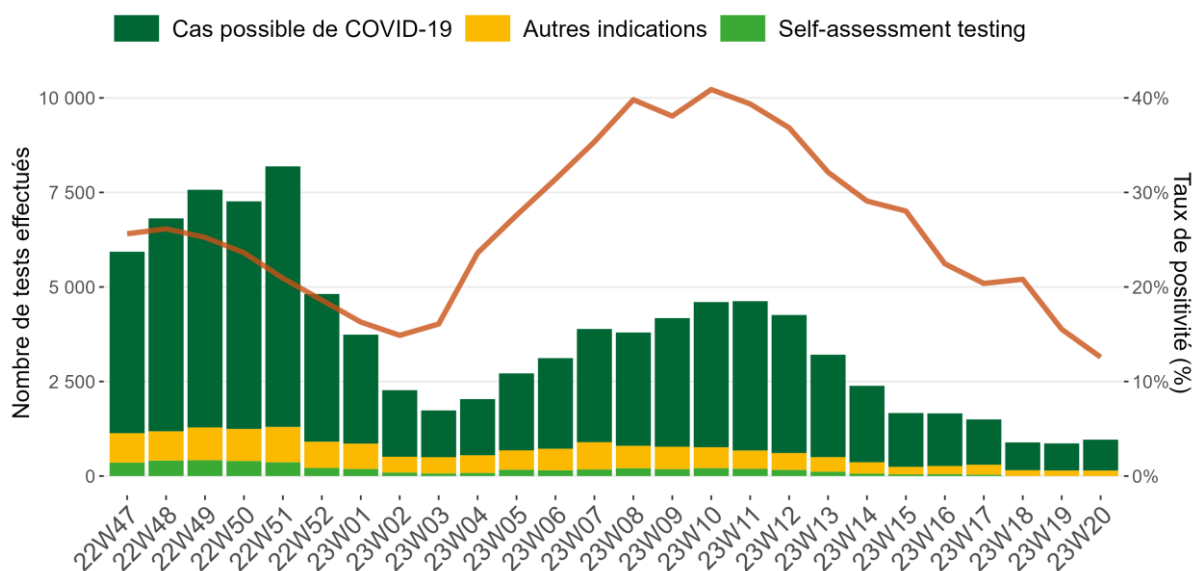


### 3.2.2. Tests rapides antigéniques COVID-19 effectués et rapportés par les pharmaciens

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 15/05/23 au 21/05/23 (semaine 20), 962 tests ont été effectués par les pharmaciens. Le taux de positivité pour la même période est de 12,6%.

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

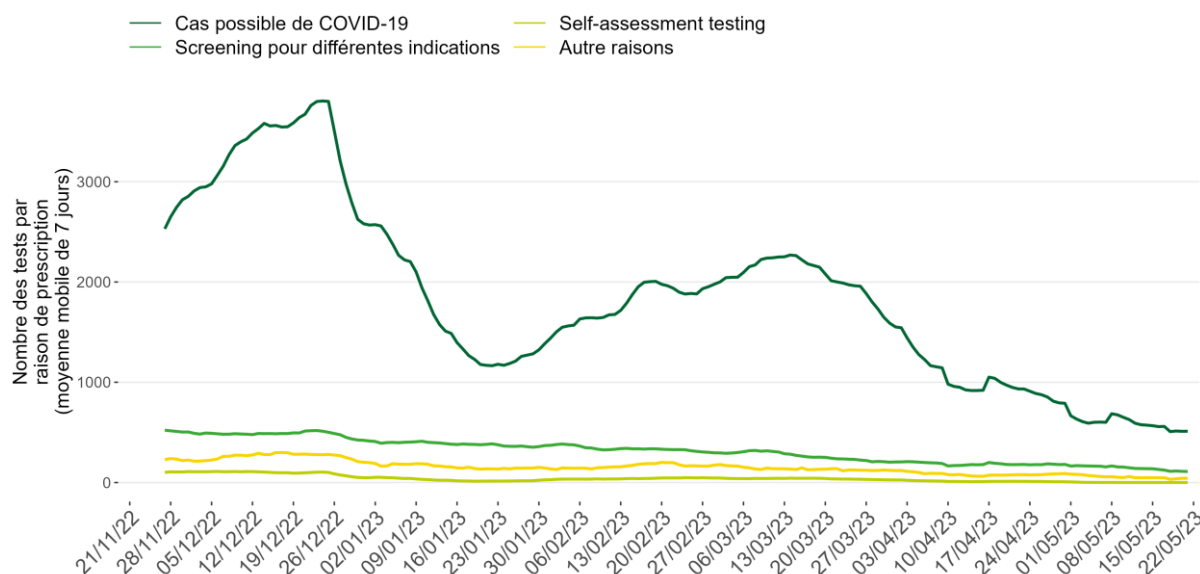
Les indications des prescriptions de test COVID-19 proviennent, d'une part, des formulaires électroniques utilisés par les médecins généralistes, les médecins en collectivité et à l'hôpital pour une demande de test (consultation avec prescription), et d'autre part, des codes de prescription de test (code 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 14 mai 2023 au 20 mai 2023 (dernière période de données consolidées pour les indications des prescriptions), 13 176 tests ont été réalisés, dont 42,9% 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 20/05/23

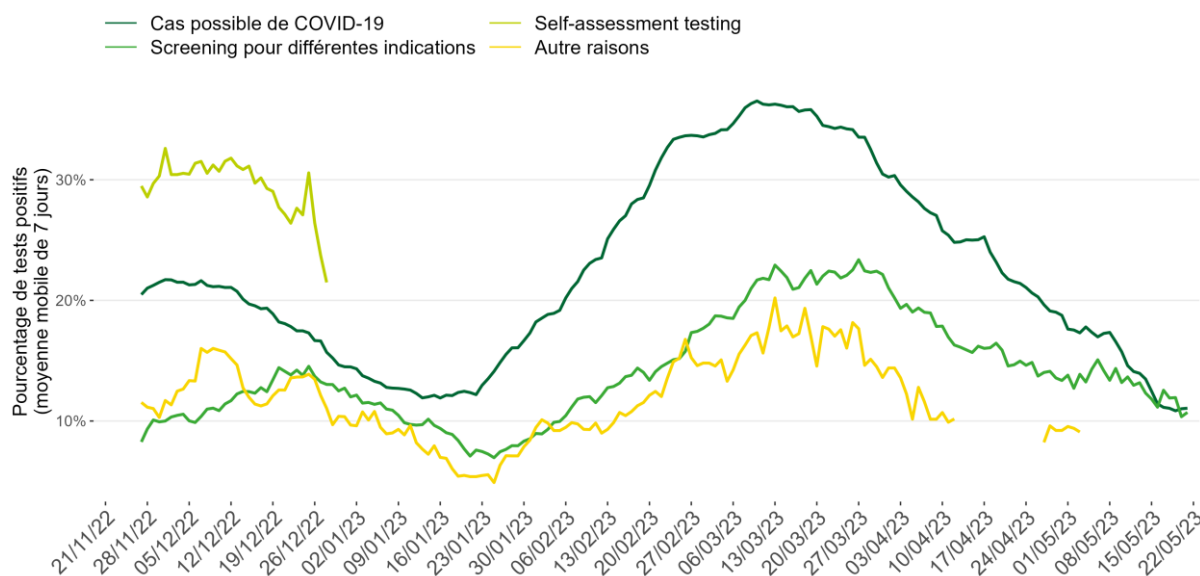


Attention, la stratégie de test peut varier (tests nécessaires ou non pour certaines catégories, nécessité d'un formulaire électronique ou non). Ces changements de stratégie se reflètent dans les graphes montrés.

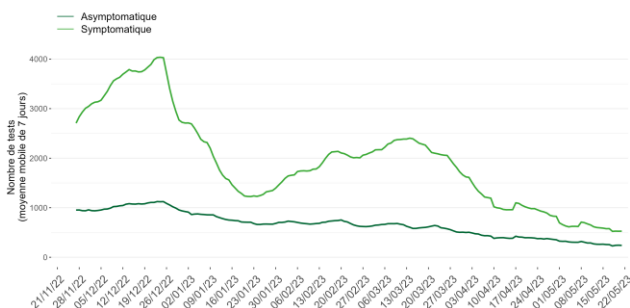
Les figures ci-dessous montrent le taux de positivité pour chaque indication de test, et le taux de positivité pour les patients symptomatiques ou asymptomatiques.

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 20/05/23



Nombre de tests en fonction de la présence ou non de symptômes pour les prescriptions disponibles, pour la période du 21/11/22 au 20/05/23



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 20/05/23



### 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.

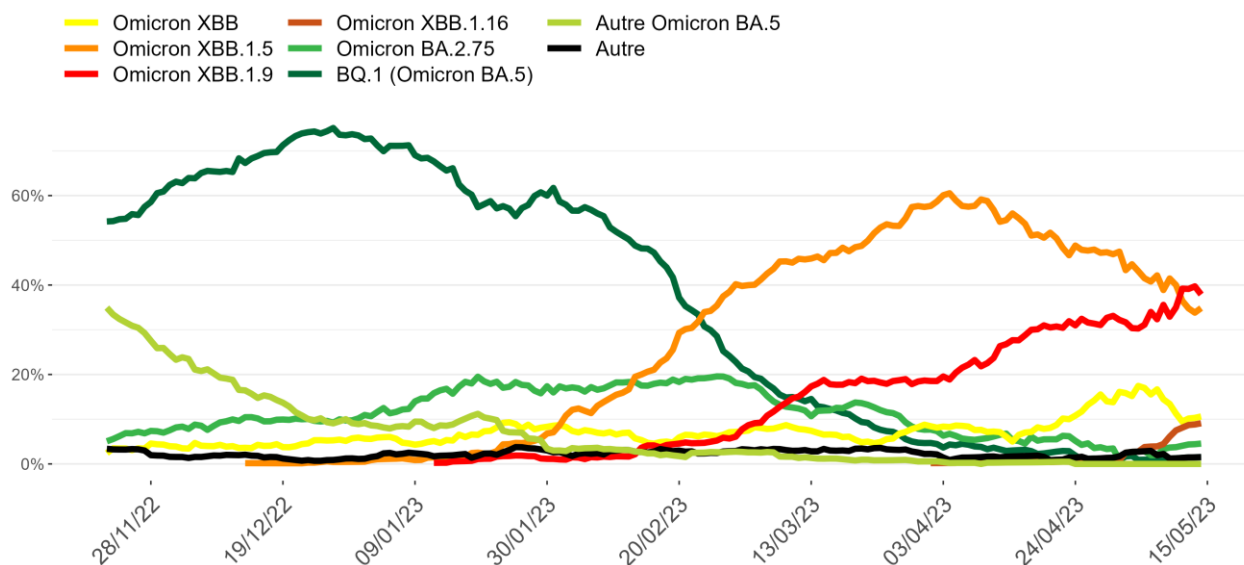
L'OMS et l'ECDC ne considèrent actuellement aucune variante du SARS-CoV-2 comme 'variant de préoccupation' (variant of concern - VOC).



### 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 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 descendantes du variant XBB, à l'exception des variants XBB.1.5, XBB.1.9 et XBB.1.16 et leurs lignées descendantes. 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 descendantes du variant BA.5, à l'exception du variant BQ.1 et ses lignées descendantes.



### 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 20 mars 2023 jusqu'au 14 mai 2023 et pendant les deux semaines du 1 mai 2023 jusqu'au 14 mai 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 1e identification*	Nombre séquencés depuis leur identification		Nombre séquencés 8 semaines (surv. de base)		Nombre séquencés 2 semaines (surv. de base)	
		N	%	N	%	N	%
<b>Omicron XBB**</b>	sept. 2022	437		89	8,78	7	10,61
<b>Omicron XBB.1.5**</b>	déc. 2022	1 422		548	54,04	23	34,85
<b>Omicron XBB.1.9**</b>	mars 2022	522		251	24,75	25	37,88
<b>Omicron XBB.1.16**</b>	avr. 2023	10		10	0,99	6	9,09
<b>Omicron BA.2.75**</b>	juil. 2022	982		59	5,82	3	4,55
<b>BQ.1 (Omicron BA.5)***</b>	janv. 2022	3 490		34	3,35	1	1,52
<b>Autre Omicron BA.5***</b>	avr. 2022	18 300		4	0,39	0	0,00
<b>Autre</b>		112 003		19	1,87	1	1,52
<b>Total</b>		137 166		1 014	100	66	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 20 mars 2023 jusqu'au 14 mai 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 17 mai 2023.

	Surveillance de base	Hospitalisations
<b>Omicron XBB**</b>	89 (8,8 %)	12 (10,8 %)
<b>Omicron XBB.1.5**</b>	548 (54,0 %)	73 (65,8 %)
<b>Omicron XBB.1.9**</b>	251 (24,8 %)	18 (16,2 %)
<b>Omicron XBB.1.16**</b>	10 (1,0 %)	1 (0,9 %)
<b>Omicron BA.2.75**</b>	59 (5,8 %)	3 (2,7 %)
<b>BQ.1 (Omicron BA.5)***</b>	34 (3,4 %)	3 (2,7 %)
<b>Autre Omicron BA.5***</b>	4 (0,4 %)	0 (0,0 %)
<b>Autre</b>	19 (1,9 %)	1 (0,9 %)
<b>Nombre total de diagnostics COVID-19 parmi le groupe cible****</b>	33 093	1 630
<b>Nombre total d'échantillons positifs séquencés</b>	1 014 (3,1 %)	111 (6,8 %)

\*Le CHS couvre en estimation environ 30-35% 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.

## 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 rappel<sup>1</sup> sont administrées aux personnes ayant complété un schéma de primo-vaccination et qui y sont éligibles. Au 22 mai 2023, un total de 29 633 626 doses de vaccin COVID-19 avaient été administrées et enregistrées dans Vaccinnet+. Cela correspond à une augmentation de 185 doses par rapport au nombre enregistré au 15 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.**

---

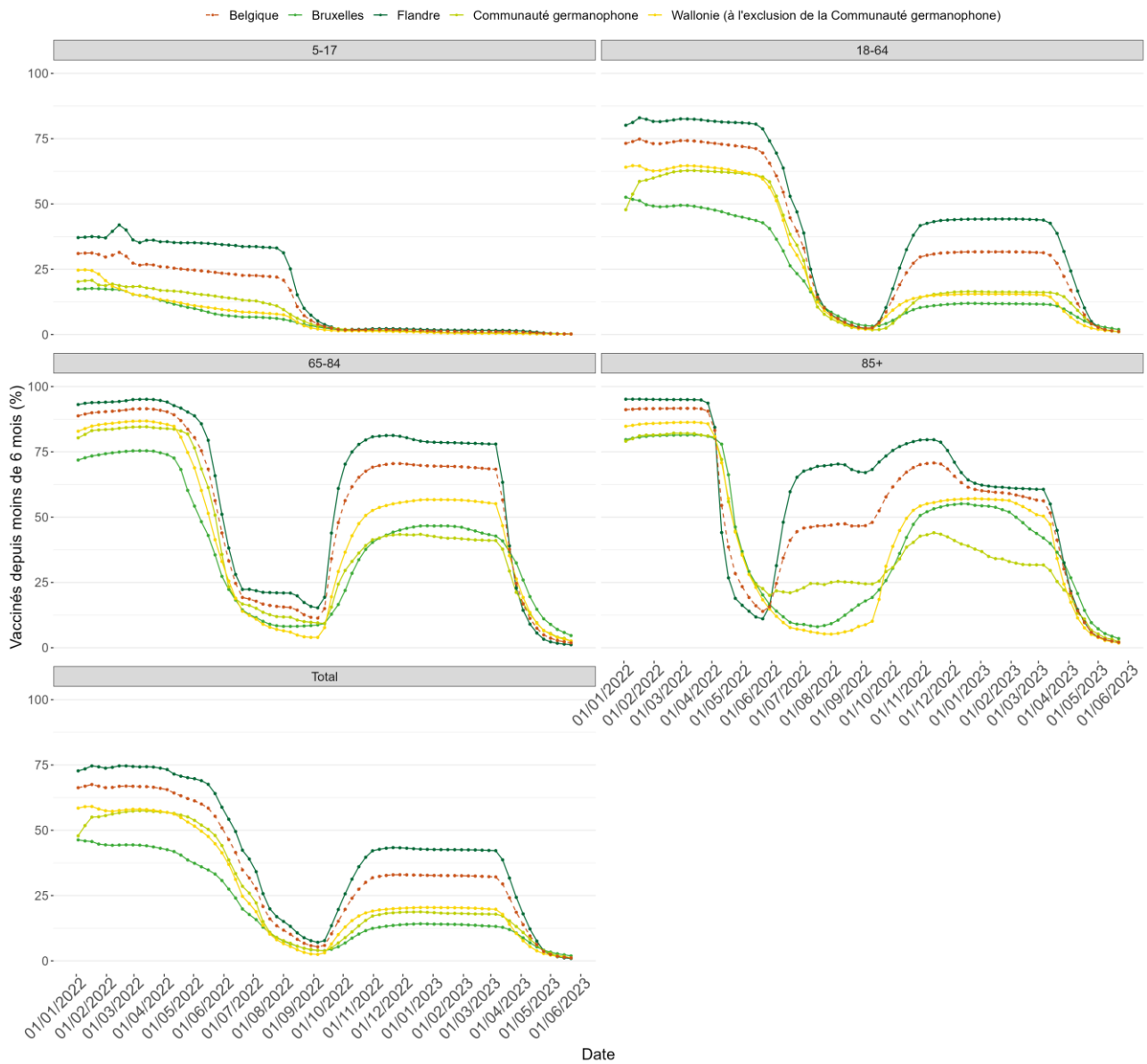
<sup>1</sup> Le terme « dose de rappel » utilisé dans ce rapport inclut à la fois les doses additionnelles administrées aux personnes immunodéprimées pour compléter leur schéma de vaccination initial ainsi que les doses de rappel administrées à la population générale.

	Primo-vaccination complète <sup>(1)</sup>	Dose(s) de rappel <sup>(2)</sup>
<b>Comirnaty®</b> (Pfizer/BioNtech)	6 692 327 (72,3%)	5 060 248 (43,5%)
<b>Spikevax®</b> (Moderna)	701 850 (7,6%)	2 927 606 (25,2%)
<b>COVID-19 Janssen®</b> (Johnson & Johnson)	430 702 (4,7%)	697 (0,0%)
<b>Vaxzevria®</b> (AstraZeneca-Oxford)	1 432 761 (15,5%)	0 (0%)
<b>Nuvaxovid</b> (Novavax)	1 099 (0,0%)	407 (0,0%)
<b>Comirnaty® Original/Omicron BA.1</b> (Pfizer/BioNtech)	73 (0,0%)	3 054 227 (26,3%)
<b>Spikevax® Original/Omicron BA.1</b> (Moderna)	6 (0,0%)	67 474 (0,6%)
<b>Comirnaty® Original/Omicron BA.4-5</b> (Pfizer/BioNtech)	1 493 (0,0%)	518 211 (4,5%)

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

<sup>(2)</sup> 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 22 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 <sup>(1)</sup>	Population âgée de 5-17 ans <sup>(1,2)</sup>	Population âgée de 18-64 ans <sup>(1,2)</sup>	Population âgée de 65-84 ans <sup>(1,2)</sup>	Population âgée de 85 ans et plus <sup>(1,2)</sup>
<b>Dernière dose &lt; de 3 mois<sup>(3)</sup></b>	Belgique	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
	Bruxelles	0,2%	0,1%	0,2%	0,3%	0,3%
	Flandre	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
	Wallonie <sup>(4)</sup>	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
	Communauté germanophone	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
<b>Dernière dose &lt; de 6 mois</b>	Belgique	1,1%	0,2%	1,2%	1,9%	2,1%
	Bruxelles	1,9%	0,2%	2,0%	4,6%	3,5%
	Flandre	0,9%	0,2%	1,0%	1,1%	2,0%
	Wallonie <sup>(4)</sup>	1,2%	0,1%	1,1%	2,6%	1,8%
	Communauté germanophone	1,2%	0,3%	1,0%	2,5%	2,3%
<b>Dernière dose &gt; de 6 mois</b>	Belgique	76,5%	45,7%	85,2%	93,1%	93,2%
	Bruxelles	57,0%	22,6%	66,3%	79,9%	84,1%
	Flandre	81,9%	57,9%	89,6%	96,0%	95,6%
	Wallonie <sup>(4)</sup>	69,4%	31,6%	78,7%	88,8%	89,3%
	Communauté germanophone	65,9%	30,7%	73,1%	86,7%	86,1%

Source de données: Registre Vaccinnet+.

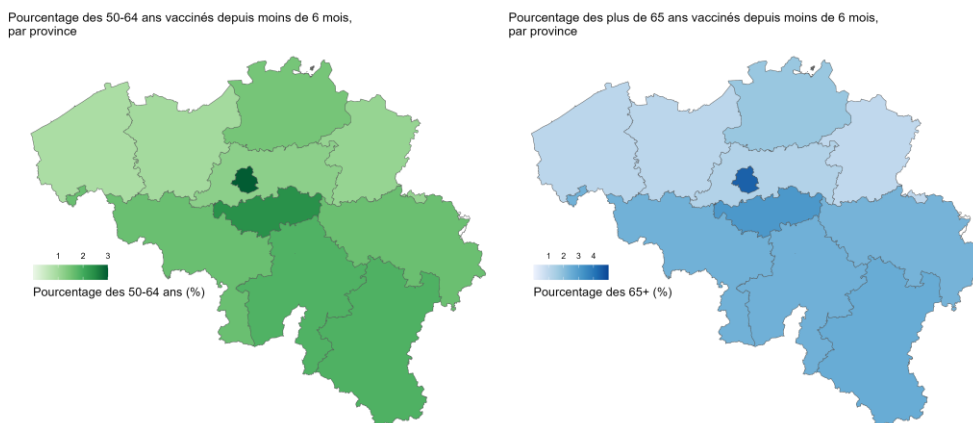
<sup>(1)</sup> Les dénominateurs utilisés pour ces calculs sont les chiffres de la population belge au 01/01/2022 publiés par STATBEL. Une correction a été appliquée pour les personnes vaccinées et également décédées avant cette date afin de calculer la couverture vaccinale dans les différents groupes. La méthode utilisée est décrite dans la question 10.4 des [questions fréquemment posées](#).

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

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> 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.



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 22 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-vaccination<sup>2</sup>**.

<sup>2</sup> 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.



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%)
<b>5 à 17 ans</b>	27,8% (26,1% - 29,6%)
<b>18 à 44 ans</b>	35,5% (34,0% - 36,9%)
<b>45 à 64 ans</b>	37,8% (35,3% - 40,2%)
<b>65 ans et plus</b>	46,9% (40,9% - 52,3%)

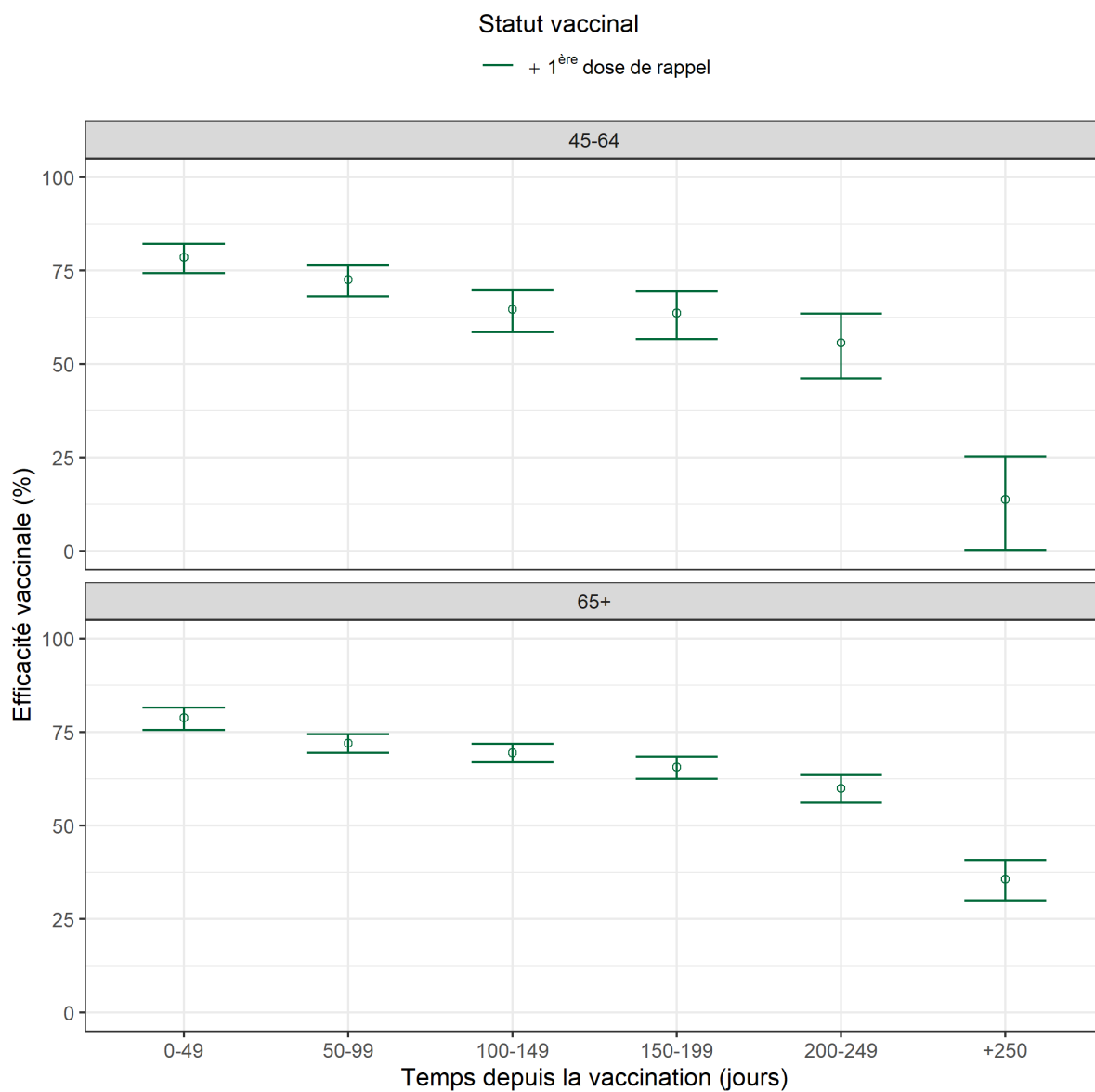
Les valeurs du tableau ci-dessus peuvent être interprétées comme suit : chez les personnes non vaccinées de 65 ans et plus, qui ont connu au moins une infection depuis 2020, la réduction du développement d'une infection symptomatique est de 46,9%, par rapport aux personnes non vaccinées sans infection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

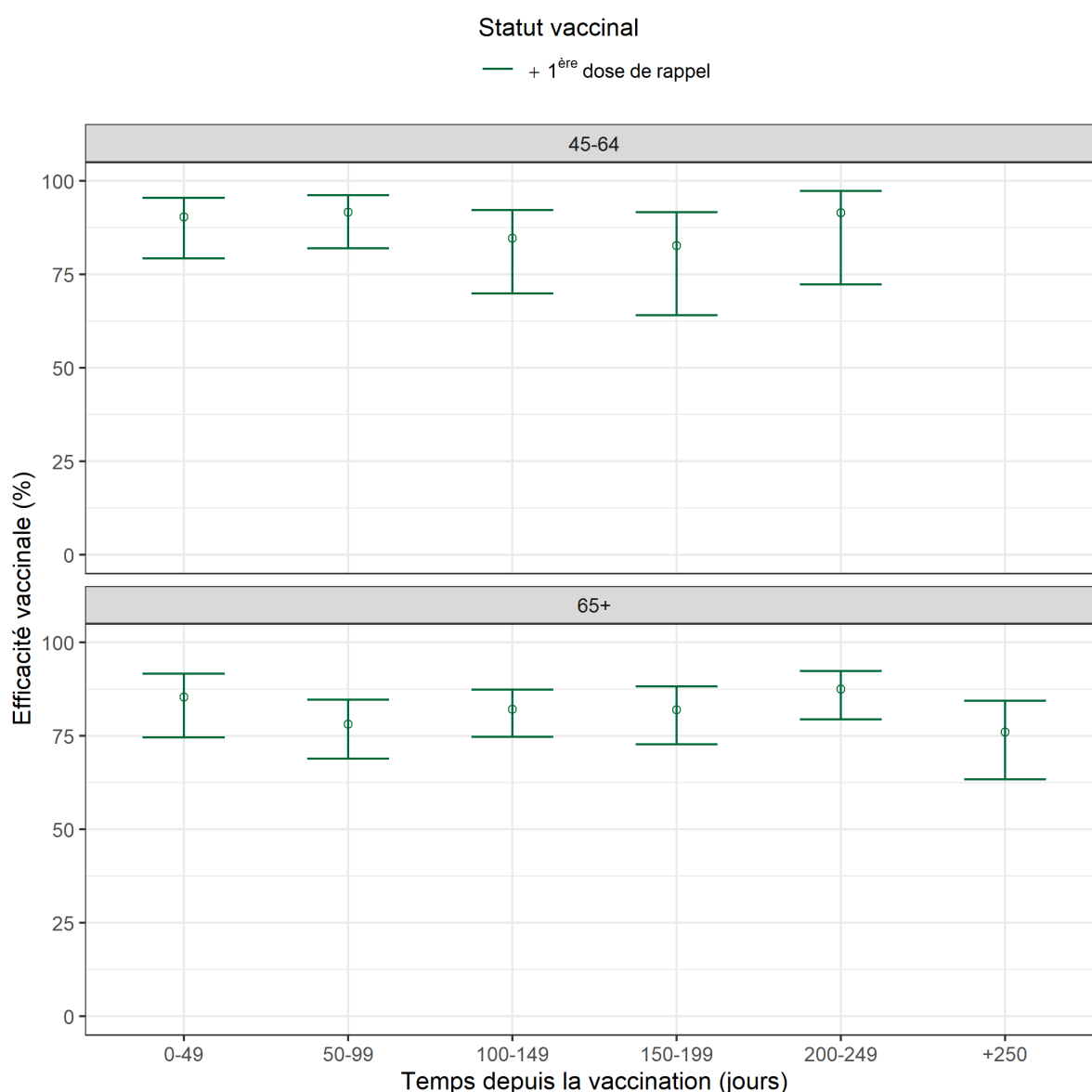
Les graphiques ci-dessous montrent **une estimation de l'efficacité de la vaccination contre une hospitalisation, suite à une infection COVID-19**, pour les groupes d'âge de 45-64 ans et 65 ans et plus, à partir du 3 janvier 2022 (>80% des cas infectés avec le variant Omicron) et jusqu'au 16 avril 2023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

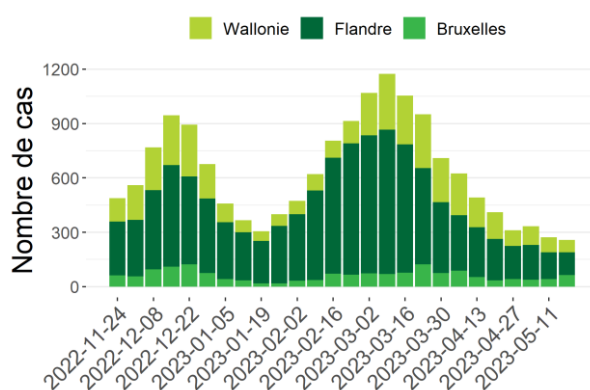
### 3.5. HOSPITALISATIONS POUR COVID-19

Note : A partir du 16 mai, la collecte de données effectuée par le SPF Santé publique depuis le 2 mars, est simplifiée en raison du passage au niveau de gestion 1. Les hôpitaux enregistrent la prévalence pour un jour de la semaine et certaines variables sont supprimées du questionnaire, par exemple celles concernant l'origine et la sortie des patients. Il est important de mentionner qu'une partie des données qui, en raison d'un problème informatique, n'ont pas pu 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 17 mai 2023 au 23 mai 2023, 328 patients ont été hospitalisés en raison de COVID-19 ("hospitalisation pour COVID-19"). La figure ci-dessous présente l'évolution des entrées à l'hôpital pour COVID-19, par période de sept jours.

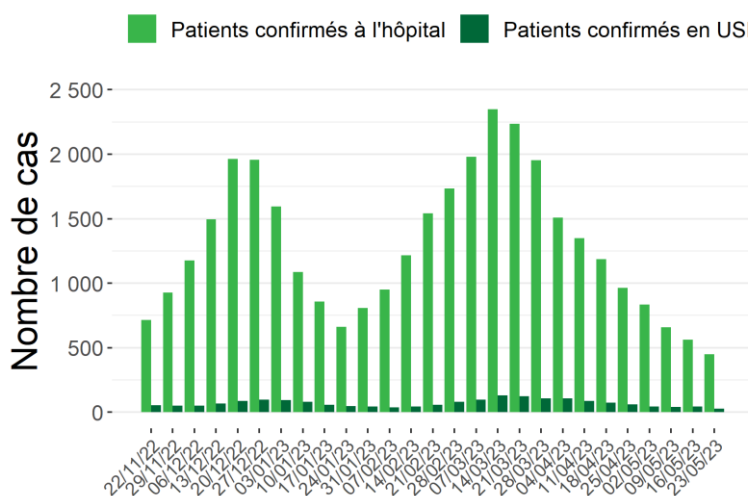
Evolution du nombre d'entrées pour COVID-19 à l'hôpital



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 23 mai 2023, 450 lits d'hôpital dont 27 lits en unité de soins intensifs étaient occupés par des patients COVID-19 confirmés en laboratoire. Au cours des 7 derniers jours, le nombre total de lits d'hôpital occupés a diminué de 113, dont 16 lits occupés en soins intensifs de moins.

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



Nombre d'hôpitaux participants: 104 (23 mai 2023)

### 3.5.2. Provenance des patients hospitalisés pour COVID-19

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 23 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
<b>Belgique</b>	<b>2000</b>	<b>27</b>	<b>1%</b>
Antwerpen	297	1	0%
Brabant wallon	23	1	4%
Hainaut	259	6	2%
Limburg	151	1	1%
Liège	225	4	2%
Luxembourg	43	1	2%
Namur	97	1	1%
Oost-Vlaanderen	265	3	1%
Vlaams-Brabant	141	3	2%
West-Vlaanderen	224	4	2%
Région bruxelloise	275	2	1%

\*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

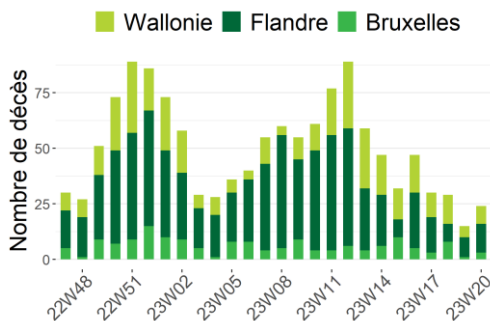
Note : A partir du 2 mars 2023, les hôpitaux n'envoient plus leurs données directement à Sciensano, mais au SPF Santé publique. Le SPF Santé publique transmet ensuite ces données afin que Sciensano puisse les traiter et en faire rapport comme auparavant.

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.

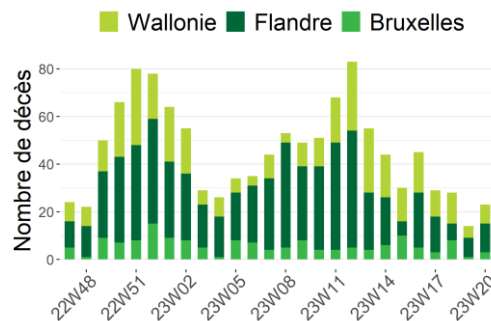
#### 3.6.1. Mortalité par région

Pour la période du 15 mai 2023 au 21 mai 2023, 24 décès ont été rapportés, 12% étaient des hommes, 25% des femmes et 62% étaient inconnus ; 13 en Flandre, 8 en Wallonie et 3 à Bruxelles. Les décès sont présentés par semaine, et classés par région en fonction du lieu de décès.

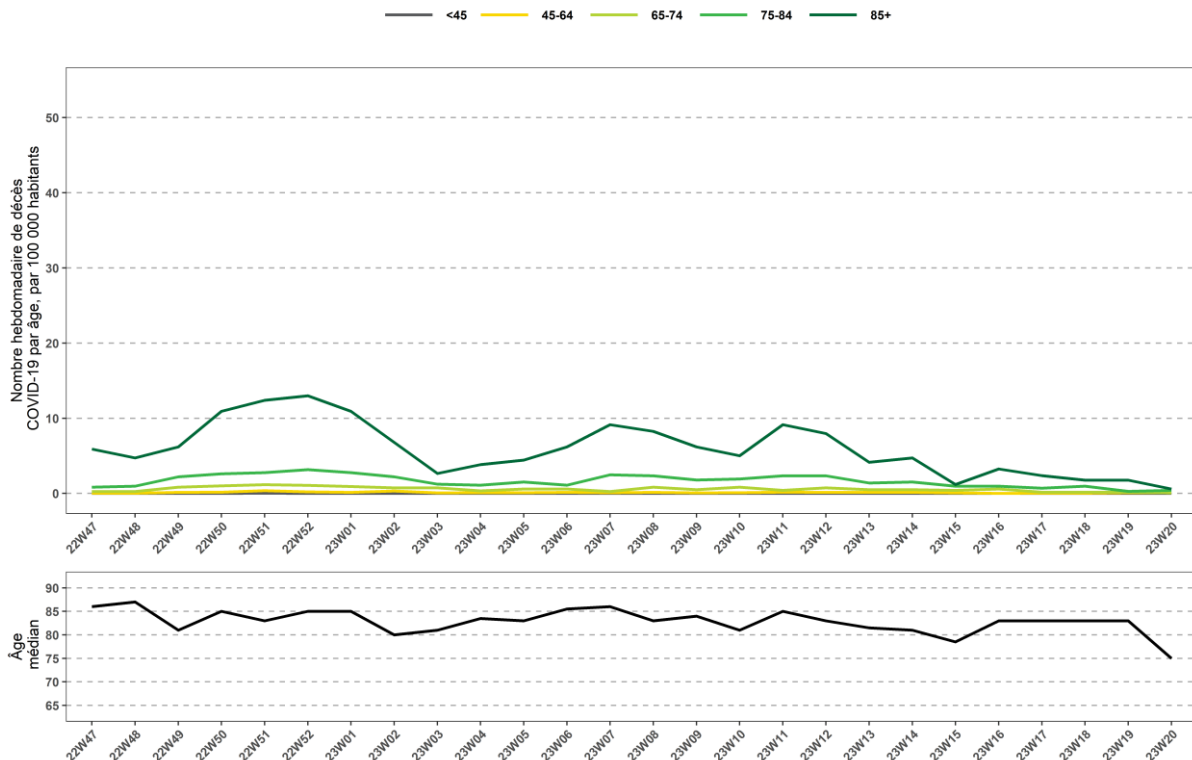
Evolution du nombre de décès COVID-19 par région et par semaine



Evolution du nombre de décès COVID-19 en maisons de repos 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 15 mai 2023 au 21 mai 2023

Lieu de décès	Flandre		Bruxelles		Wallonie		Belgique	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hôpital	12	92%	3	100%	8	100%	23	96%
<i>Cas confirmés</i>	6	50%	2	67%	8	100%	16	70%
<i>Cas possibles</i>	6	50%	1	33%	0	0%	7	30%
Maison de repos	1	8%	0	0%	0	0%	1	4%
<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	13	100%	3	100%	8	100%	24	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 15 mai 2023 au 21 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	2	0,11
Brabant wallon	1	0,24
Hainaut	6	0,44
Liège	2	0,18
Limburg	1	0,11
Luxembourg	0	0,00
Namur	0	0,00
Oost-Vlaanderen	4	0,26
Vlaams-Brabant	1	0,09
West-Vlaanderen	4	0,33
Région bruxelloise	3	0,25

\*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/>.

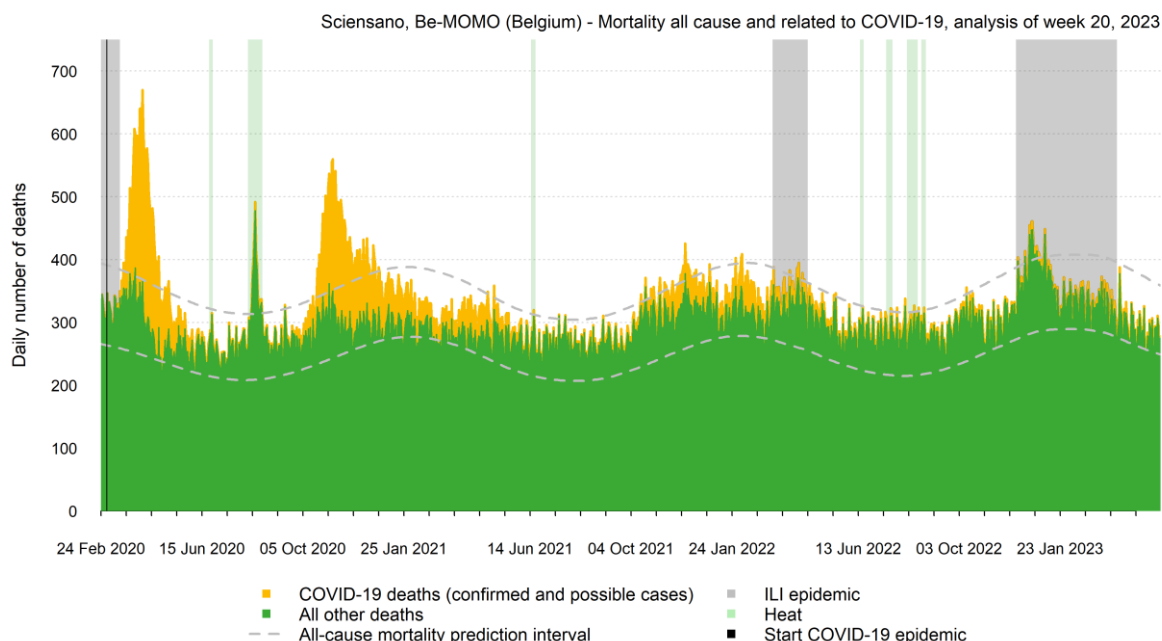
Plus d'information sur la surmortalité durant 2022 dans le [communiqué de presse du 26 janvier 2023](#).

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

La semaine 18 (1 mai 2023) n'a pas présenté de surmortalité statistiquement significative, que ce soit sur l'ensemble de la population belge ou au niveau régional. Le nombre hebdomadaire de décès, toutes causes confondues, est resté stable par rapport à la semaine précédente.

Au cours de la semaine 18, 1 % de tous les décès observés étaient associés à la COVID-19 (1 % en Flandre, 2 % en Wallonie et 6 % à Bruxelles).

Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 14/05/23 (sur base des données collectées jusqu'au 20/05/23), Belgique

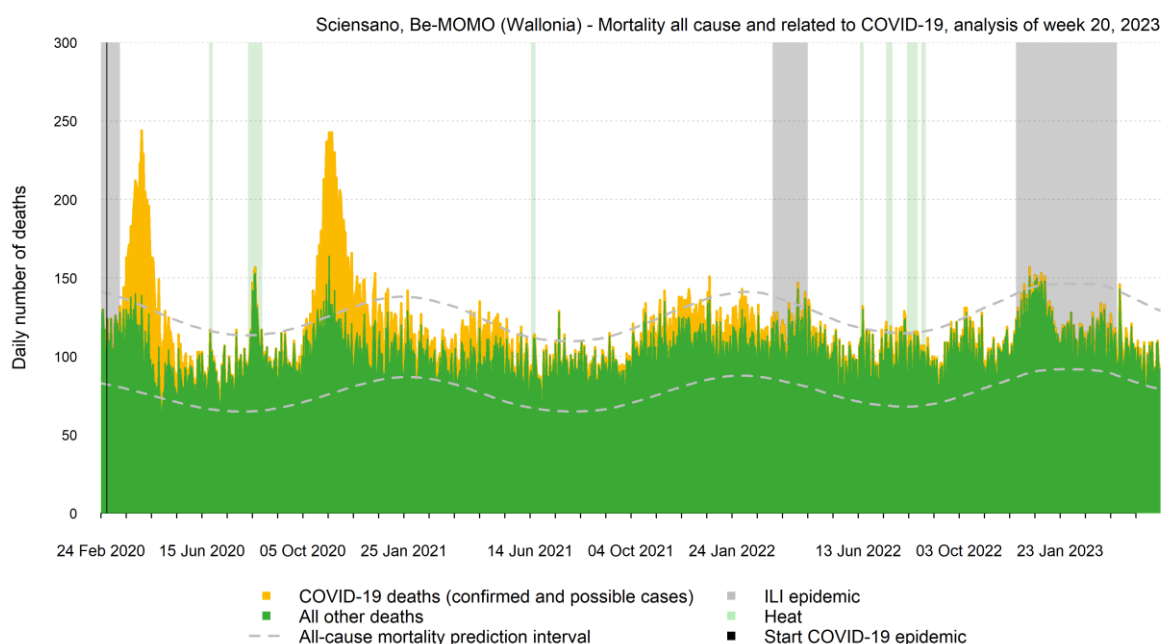


Comment lire ce graphique ? Quand le nombre de décès par jour dépasse les limites supérieures ou inférieures des décès prévus par la modélisation (lignes pointillées grises), il y a une surmortalité ou une sous-mortalité statistiquement significative. La zone orange représente le nombre de décès lié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

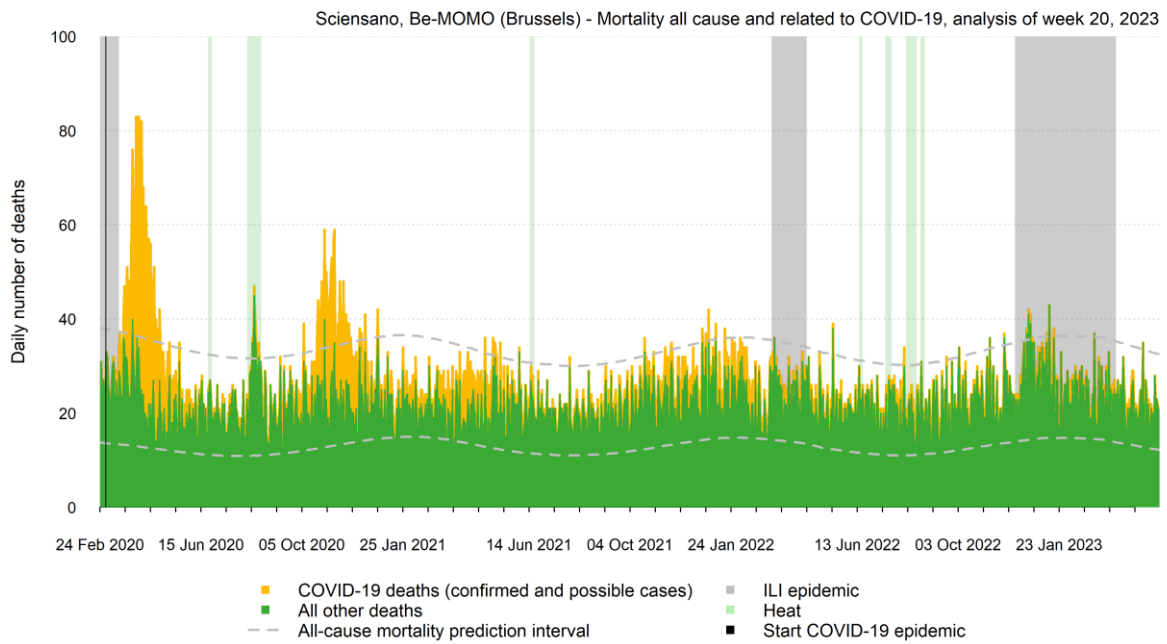
Nombre de décès toutes causes confondues par semaine (Belgique)

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-W15	10/04/2023	2 073	2 258	-	0	-	17,8
2023-W16	17/04/2023	2 011	2 226	-	0	-	17,3
2023-W17	24/04/2023	1 953	2 192	-	0	-	16,8
2023-W18	01/05/2023	1 934	2 158	-	0	-	16,6

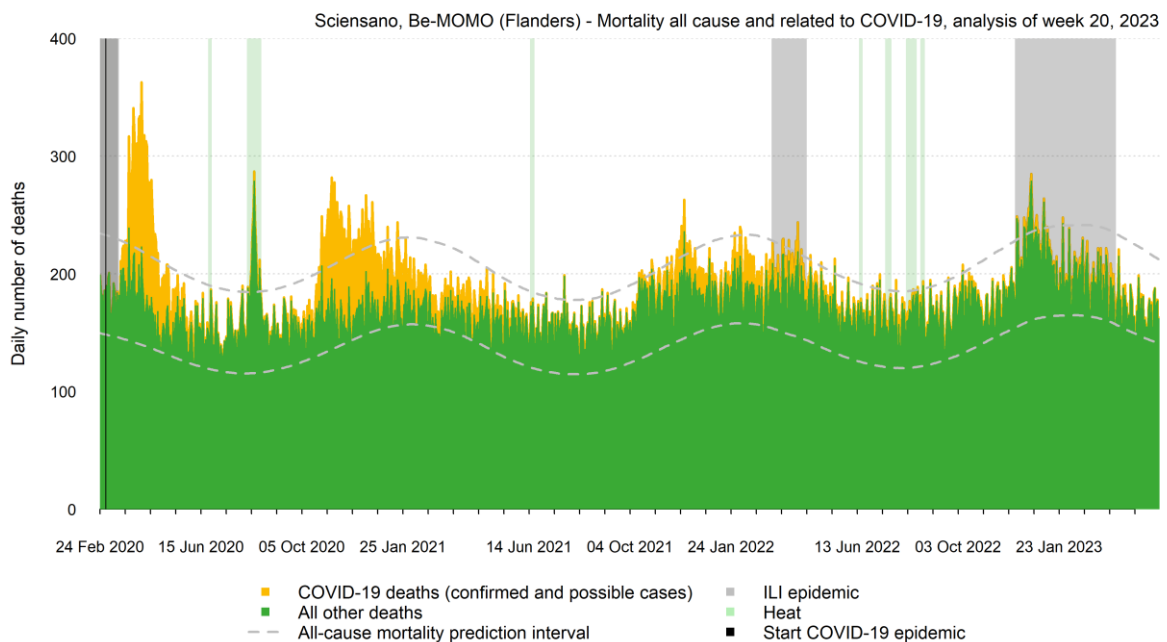
Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 14/05/23 (sur base des données collectées jusqu'au 20/05/23), Wallonie



Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 14/05/23 (sur base des données collectées jusqu'au 20/05/23), Bruxelles



Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 14/05/23 (sur base des données collectées jusqu'au 20/05/23), 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.

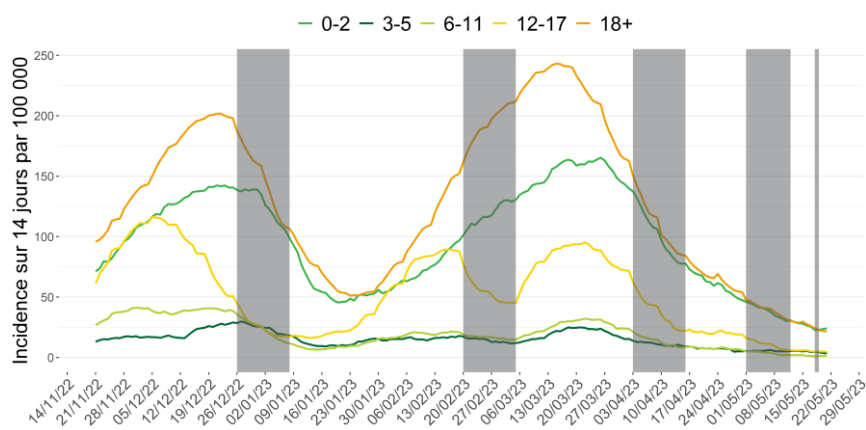
### 3.8. SITUATION COVID-19 POUR LES ENFANTS

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.

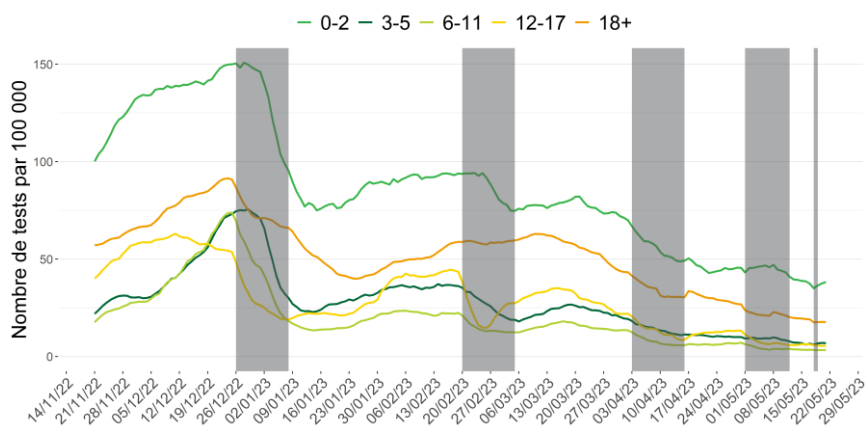
L'évolution du nombre de cas confirmés est calculée à partir des résultats de tests rapportés par les laboratoires. Le nombre de tests effectués (positifs et négatifs) permet d'interpréter l'évolution de l'incidence par tranche d'âge dans le contexte des changements de stratégie de testing. Les groupes 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 21/05/23 (semaine 20), 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 21/05/23 (semaine 20), 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).

### 3.9. 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<sup>ème</sup> 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 « 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 9<sup>ème</sup> vague.

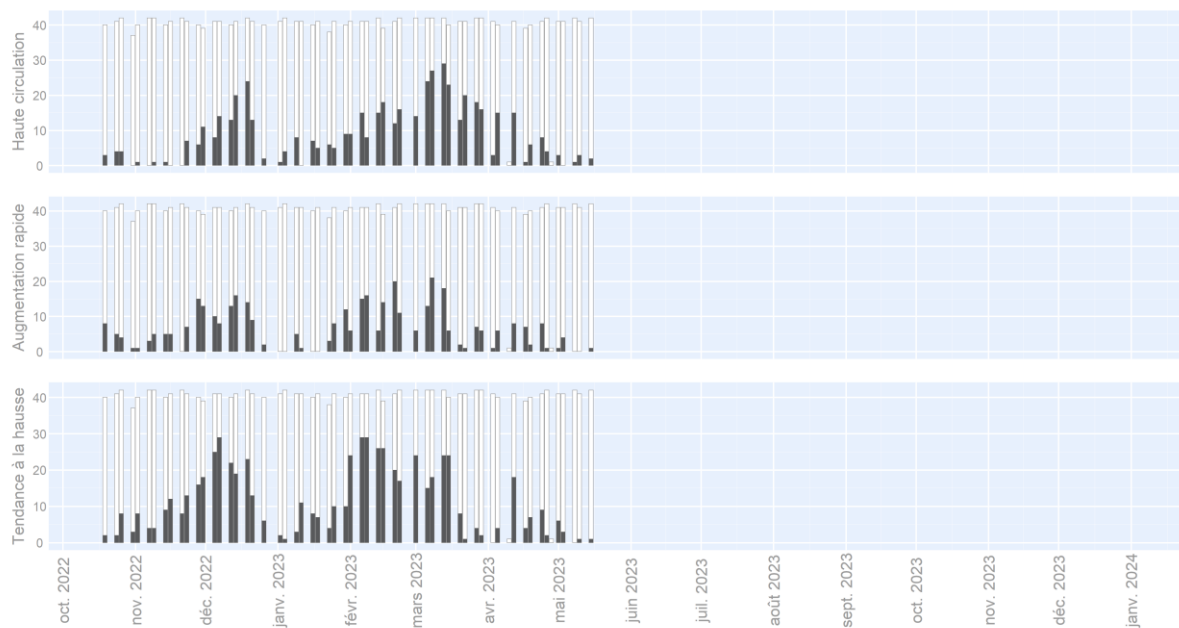
Les derniers résultats mesurés le 15/05/2023 durant la semaine 19 indiquent que:

- Au niveau national: Le nombre de zones en Haute Circulation et en Tendance à la Hausse est faible, avec moins de 5 zones positives. Dans l'ensemble, les charges virales sont très basses par rapport à la 9<sup>e</sup> vague.
- Au niveau régional: La situation est similaire dans les trois régions



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

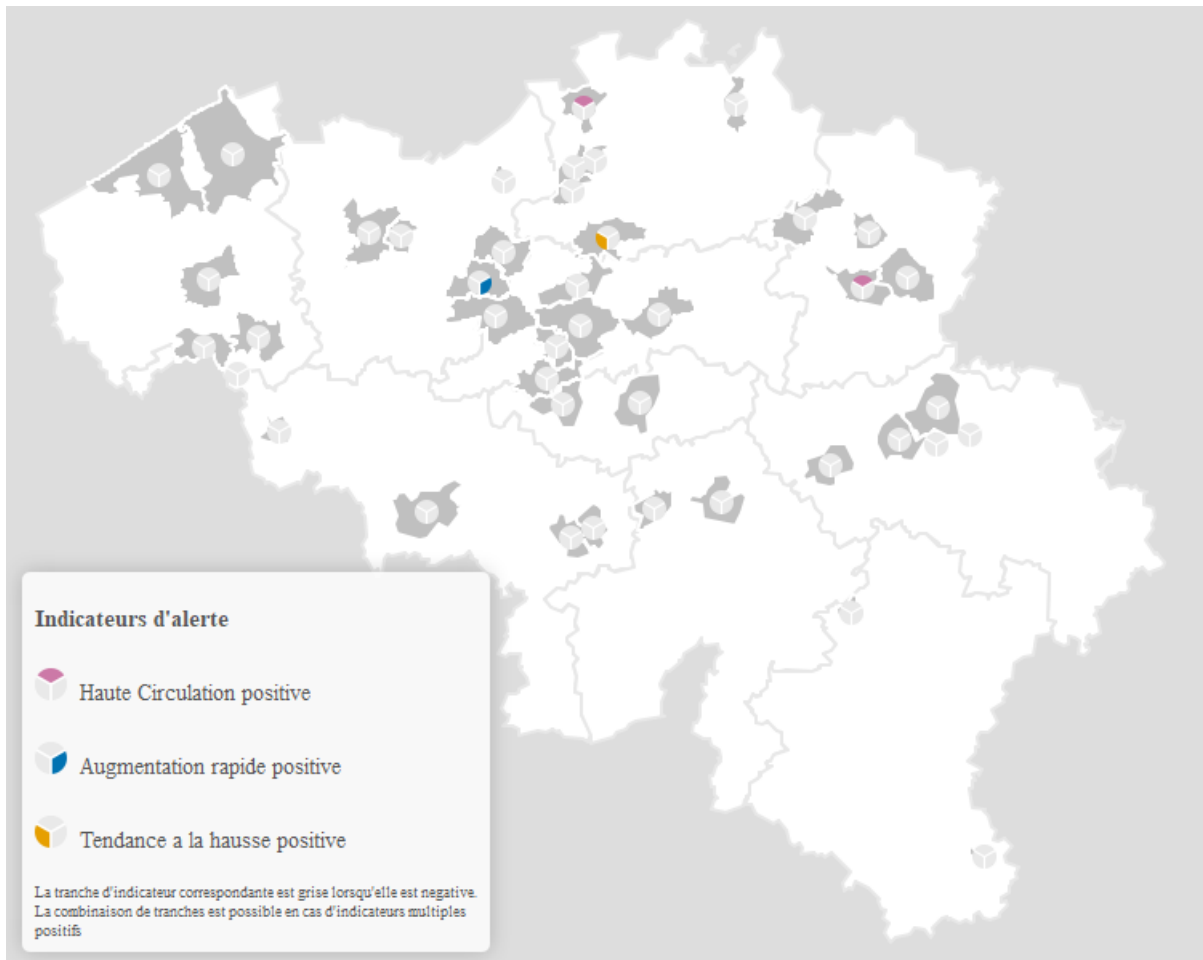
Nombre de zones couvertes par les stations d'épuration des eaux usées présentant des indicateurs d'alerte positifs.



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

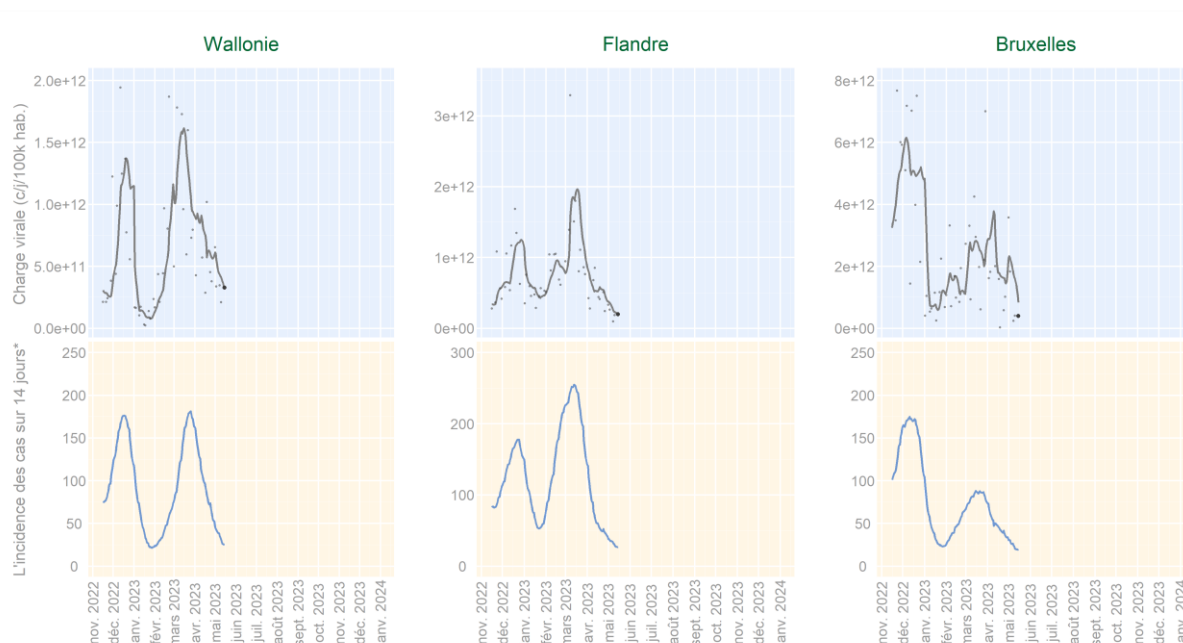
La figure ci-dessous, présente une représentation géographique des trois indicateurs pour chaque zone couverte par la surveillance. La positivité des indicateurs « Haute circulation », « Augmentation rapide » et « Tendance à la hausse » est indiquée par un quartier rose, bleu et orange, respectivement.

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



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

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



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

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

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

Régions	Couverture de la population	Haute Circulat.	Augment. Rapide	Tendance à la Hausse	Charge virale normalisée (%) <sup>1</sup>	Charge virale moyenne <sup>2</sup>	Évolution de la charge virale (%/semaine) <sup>3</sup>	Jours d'augment. <sup>4</sup>
Bruxelles	100%	0	0	0	5.3	0.39	-56	0
Flandre	41%	0	0	0	14.8	0.20	0	1
Wallonie	31%	0	0	0	15.6	0.33	-12	1

<sup>1</sup> : 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).

<sup>2</sup> : la charge virale calculée sur la réplique des trois fragments de gènes ciblés (N1, N2 et E). La charge virale est exprimée en 10<sup>12</sup> copies/jour/100 000 habitants.

<sup>3</sup> : 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).

<sup>4</sup> : 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.

### 3.10. SURVEILLANCE PAR DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

#### 3.10.1. Surveillance des syndromes grippaux par le réseau des médecins vigies

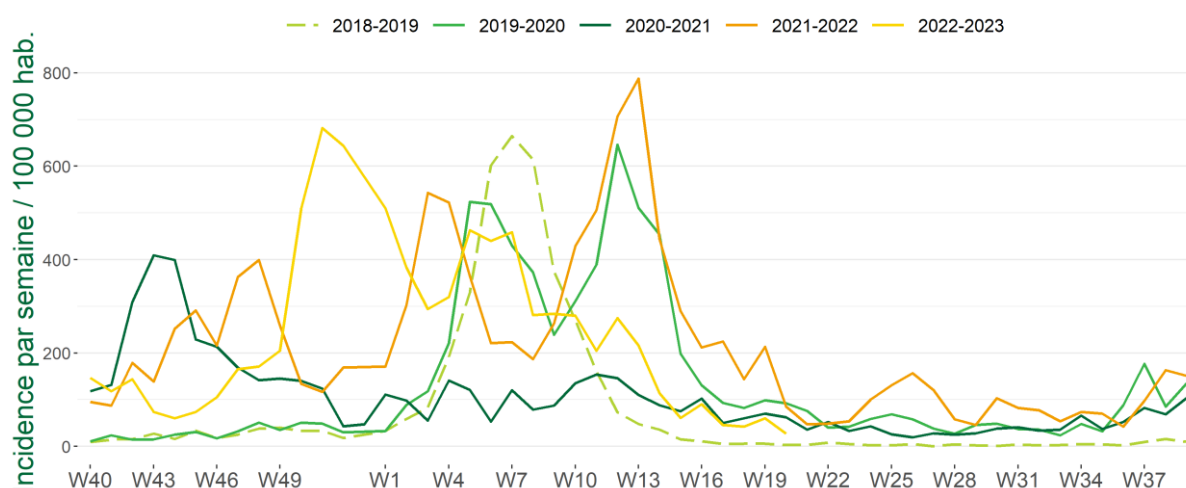
Le réseau sentinelle des médecins généralistes enregistre en continu les consultations en médecine générale pour les syndromes grippaux et les infections aiguës des voies respiratoires. Etant donné que ces symptômes peuvent être causés par des pathogènes différents du virus de la grippe, des échantillons 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 15 mai 2023 au 21 mai 2023, l'incidence des consultations en médecine générale pour symptômes grippaux a diminué à 27 consultations pour 100 000 habitants.

Symptômes de la grippe: Incidence des consultations chez le généraliste



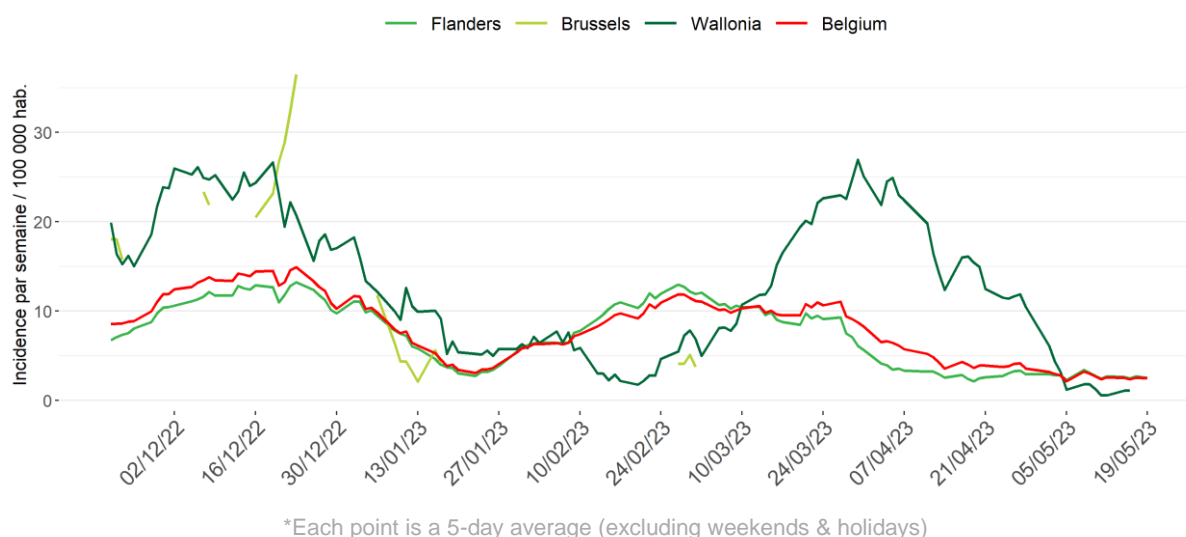
### 3.10.2. Enregistrement des patients avec suspicion de COVID-19 dans le baromètre des médecins généralistes

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 en Belgique, nous avons observé une stabilisation à une moyenne de 2 contacts quotidiens avec un généraliste pour suspicion de COVID-19 pour 100 000 habitants.

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](#).

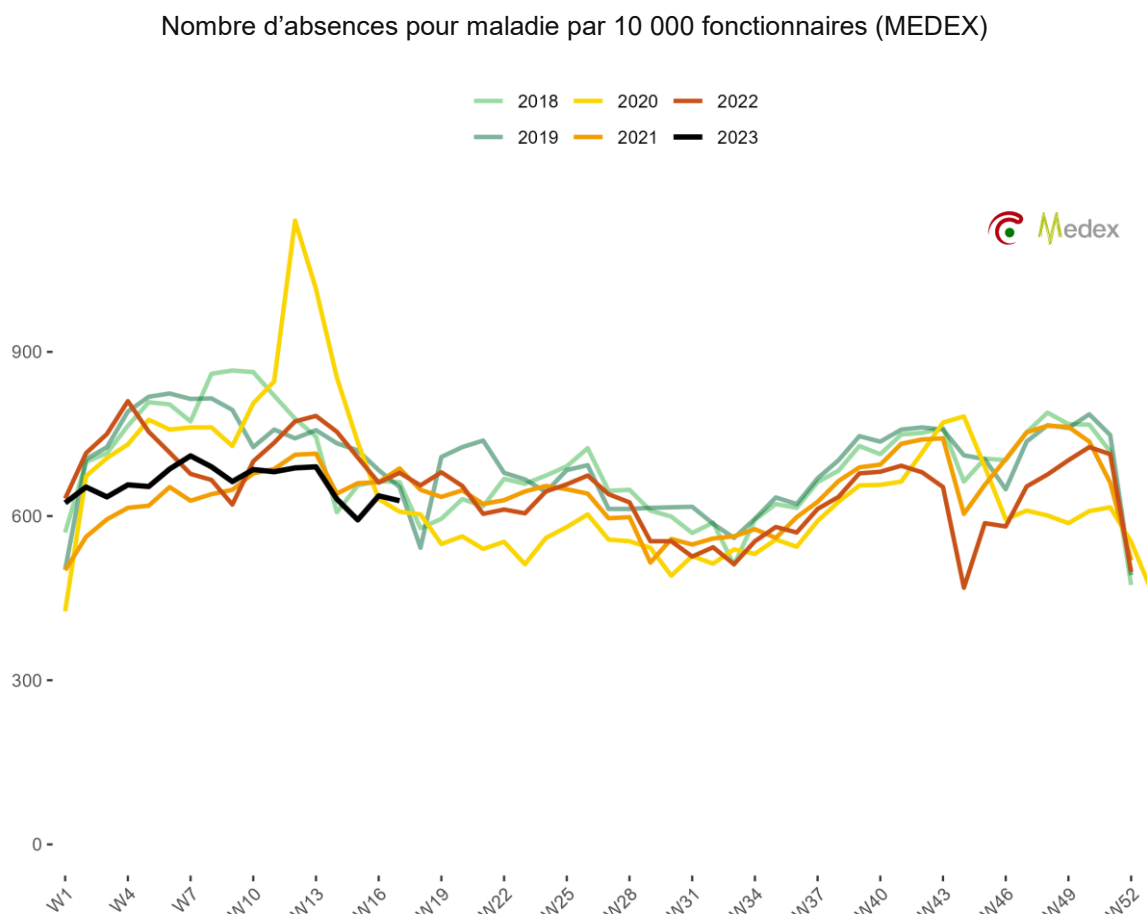


### 3.11. ABSENCES AU TRAVAIL POUR CAUSE DE MALADIE

*Les données relatives au suivi de l'absentéisme n'ont pas été mises à jour cette semaine. Pour la dernière mise à jour, voir le rapport du 12 mai 2023.*

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.

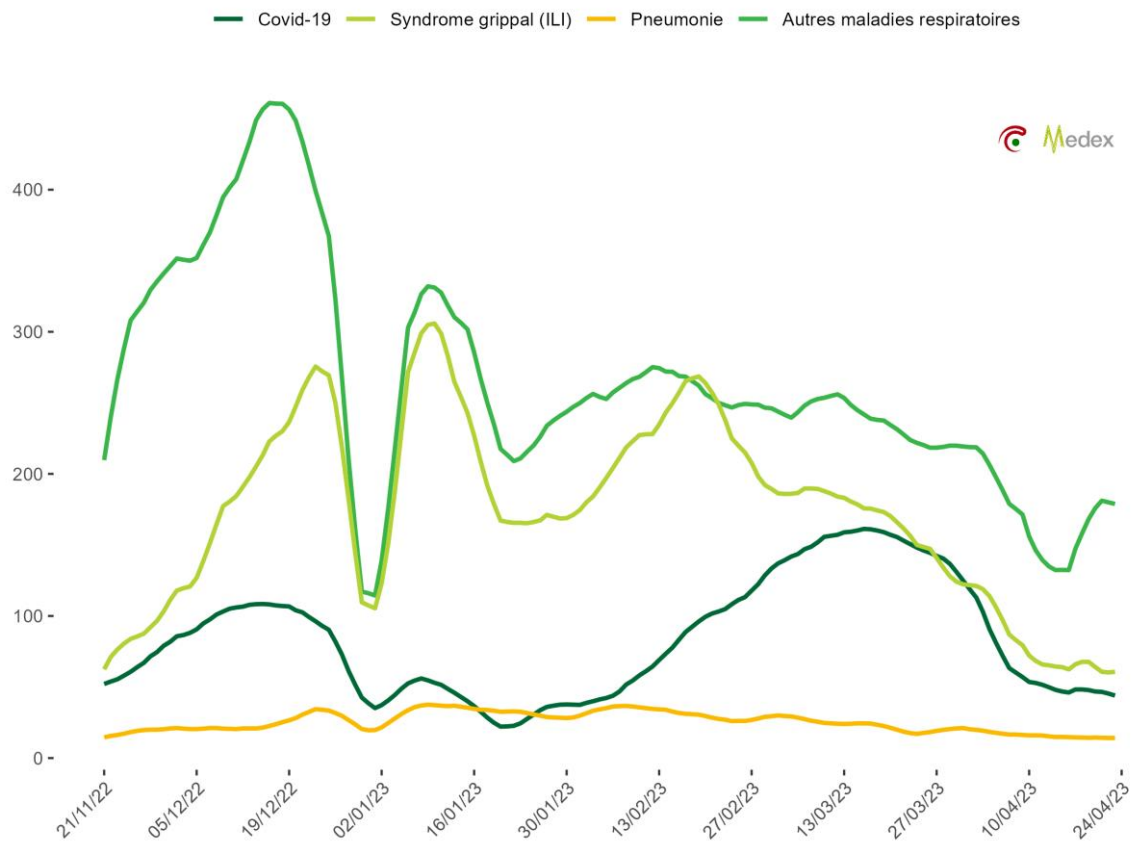
La figure ci-dessous montre les absences journalières pour maladie chez ces fonctionnaires par rapport aux années précédentes.



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.

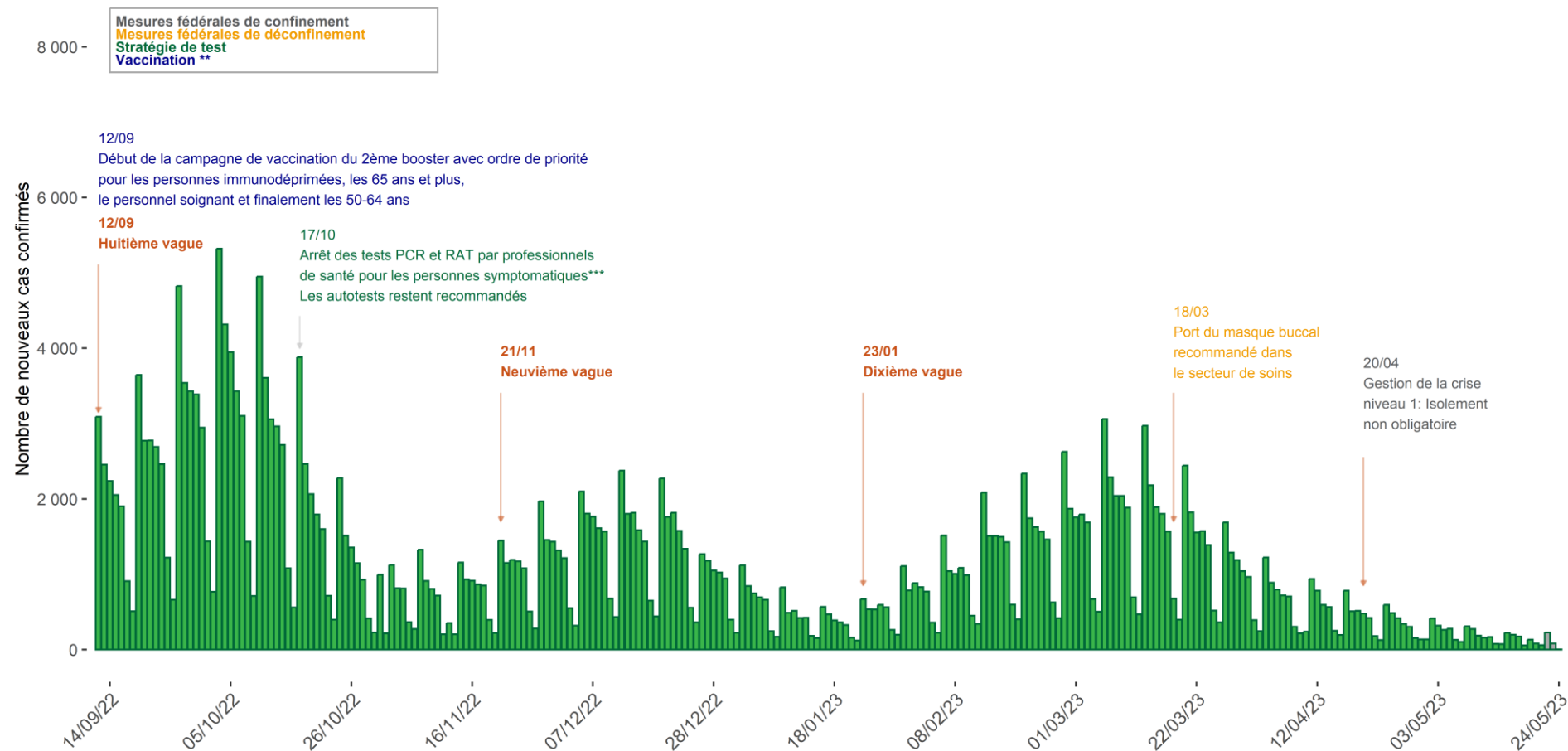
Nombre de fonctionnaires malades (MEDEX), par diagnostic (maladies respiratoires uniquement) mentionné sur le certificat, évolution journalière depuis le 21/11/22



Source: [MEDEX](#)



### 3.12. 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.

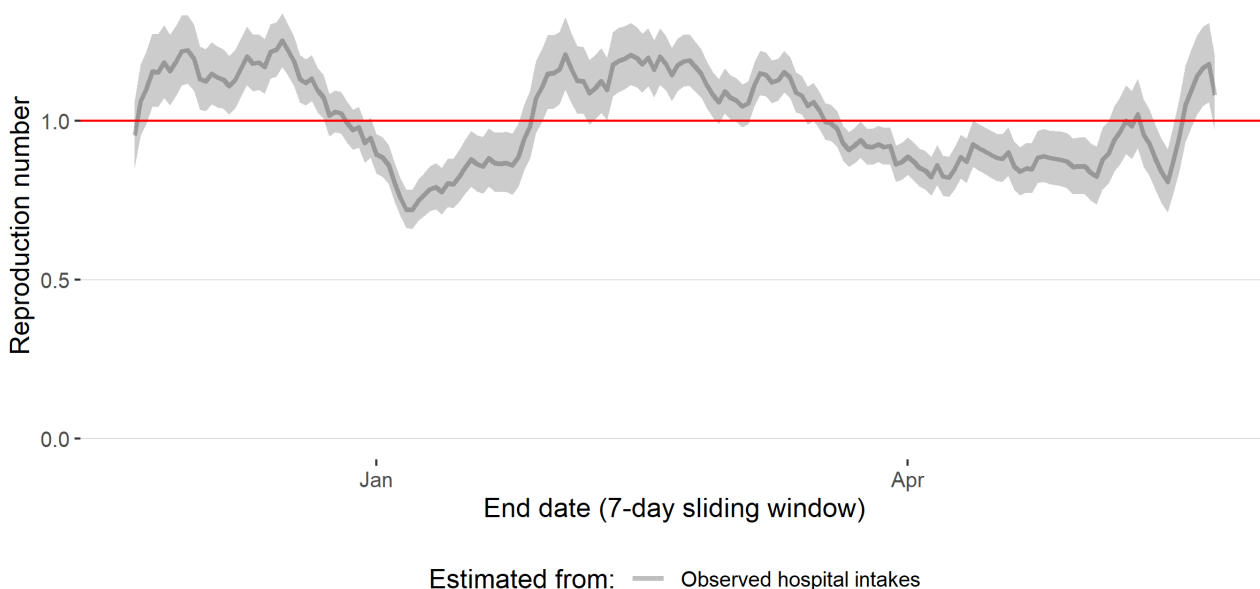
## 4. Modélisation

### 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 %
$R_t$ (17/05/23 au 23/05/23)	1,081	0,969-1,202

#### 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)
<b>Belgique</b>	<b>0,852</b>	<b>0,798</b>	<b>0,908</b>
Antwerpen	0,902	0,756	1,061
Brabant wallon	0,664	0,474	0,884
Hainaut	0,850	0,706	1,006
Liège*	0,824	0,627	1,047
Limburg	0,839	0,623	1,088
Luxembourg	1,155	0,715	1,699
Namur	1,005	0,730	1,323
Oost-Vlaanderen	0,791	0,659	0,935
Vlaams-Brabant	0,910	0,748	1,087
West-Vlaanderen	0,932	0,780	1,097
Région bruxelloise	0,826	0,660	1,010
Deutschsprachige Gemeinschaft	1,260	0,507	2,351

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

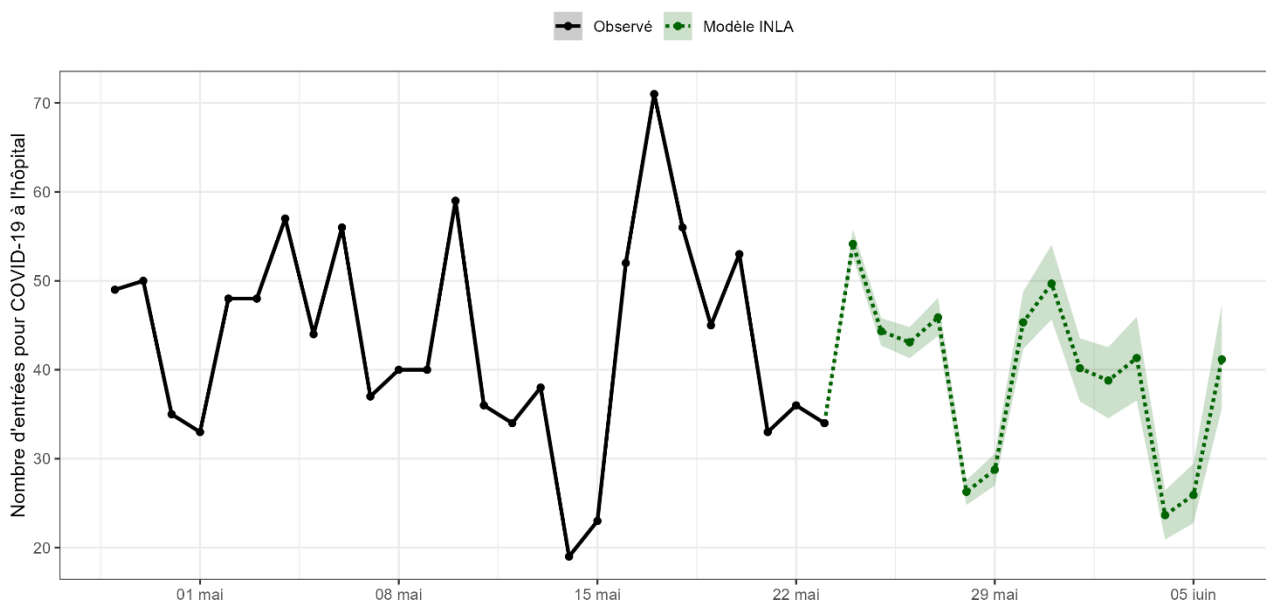
Il est important de souligner que les valeurs estimées dépendent des choix méthodologiques utilisés dans le programme de modélisation et dépendent de l'objectif recherché ou des limites liées aux données. Un modèle n'est pas meilleur qu'un autre. Ils se complètent mutuellement car ils permettent d'avoir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



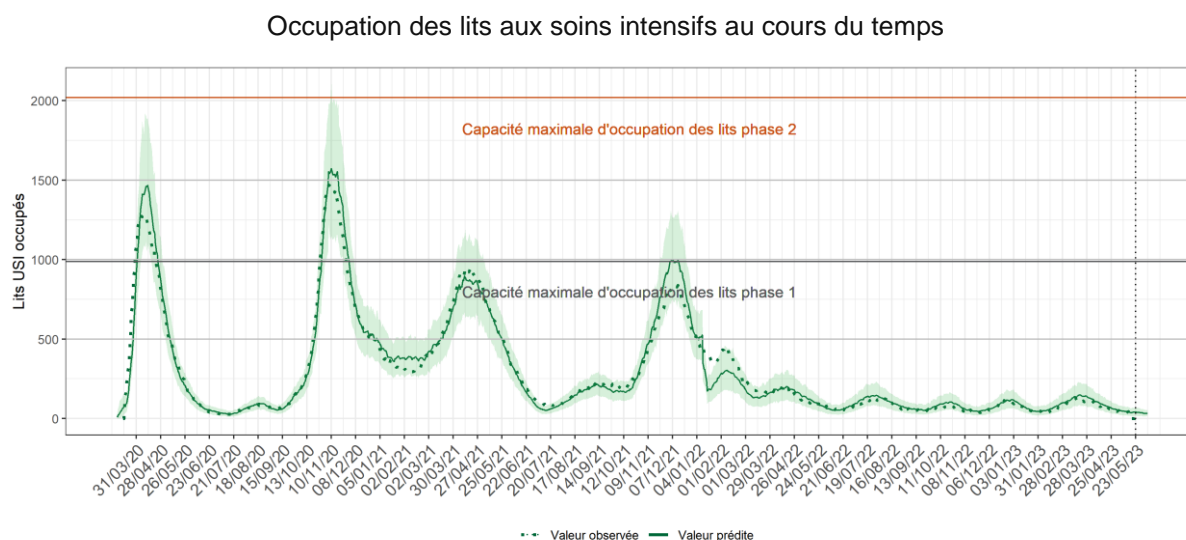
Une note explicative sur les modèles de prédiction utilisés ci-dessus est disponible via [ce lien](#).

### 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 30 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
2023-05-22	N/A	40	15	68
2023-05-23	27	41	19	67
2023-05-24		40	17	70
2023-05-25		39	18	67
2023-05-26		38	15	67
2023-05-30		37	17	60

## 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	24/4-30/4	1/5-7/5	8/5-14/5	15/5-21/5
<b>Indicateurs d'intensité</b>				
Moyenne journalière de nouveaux cas <sup>(a)</sup>	346	234	177	132
Temps de doublement <sup>(b)</sup>	22	12	17	17
Taux de reproduction <sup>(c)</sup>	0,886	0,849	0,804	0,852
Nombre de tests effectués pour 100 000 hab.	173	134	125	113
Taux de positivité <sup>(a)</sup>	14,3%	13,1%	10,6%	8,9%
Incidence sur 14 jours des cas confirmés pour 100 000 hab. <sup>(d)</sup>	47	35	25	19
<b>Indicateurs de sévérité</b>				
Moyenne journalière de nouvelles admissions à l'hôpital de patients COVID-19 <sup>(a)</sup>	49	47	36	49
Incidence sur 7 jours des hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 hab. <sup>(d)</sup>	2,99	2,85	2,15	2,99
Nombre de lits d'hôpital occupés par des patients COVID-19 <sup>(e)</sup>	965	836	660	563
Nombre de patients COVID-19 en USI <sup>(e)</sup>	60	45	41	43
Taux d'occupation de lits USI accrédités par des patients COVID-19 <sup>(f)</sup>	3%	2%	2%	2%
Moyenne journalière de décès COVID-19	4	4	2	3
Moyenne journalière de décès COVID-19 des résidents de maison de repos <sup>(a)</sup>	1	0	0	0
<b>Indicateurs de vaccination</b>				
<b>Pourcentage de la population ayant reçu une dose au cours des 6 derniers mois</b>	<b>30/01/2023</b>	<b>27/02/2023</b>	<b>27/03/2023</b>	<b>24/04/2023</b>
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	59,0%	56,5%	30,1%	5,9%
<b>Efficacité vaccinale (1ère dose de rappel, 65 ans et +)</b>	<b>0-49 jours</b>	<b>50-99 jours</b>	<b>100-149 jours</b>	<b>150-199 jours</b>
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%

<sup>(a)</sup> Moyenne sur 7 jours. Cette moyenne est calculée sur base des données totalement consolidées au le dernier jour de la semaine écoulée (dimanche).

<sup>(b)</sup> 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.

<sup>(c)</sup> 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).

<sup>(d)</sup> Cette incidence est calculée sur base des données totalement consolidées au dernier jour de la semaine écoulée (dimanche).

<sup>(e)</sup> Données concernant le mardi de la semaine écoulée.

<sup>(f)</sup> 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 17 AVRIL 2023 ET LE 24 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
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	2 424 cas au cours de cette période de 7 jours
27/04/23	341	Soit 346,3 cas en moyenne par jour
28/04/23	301	Soit une incidence sur une semaine de 20,9/100 000 habitants
29/04/23	152	
30/04/23	135	
01/05/23	135	
02/05/23	414	
03/05/23	317	1 636 cas au cours de cette période de 7 jours
04/05/23	262	Soit 233,7 cas en moyenne par jour
05/05/23	275	Soit une incidence sur une semaine de 14,1/100 000 habitants
06/05/23	130	
07/05/23	103	
08/05/23	308	
09/05/23	272	
10/05/23	184	1 238 cas au cours de cette période de 7 jours
11/05/23	159	Soit 176,9 cas en moyenne par jour
12/05/23	167	Soit une incidence sur une semaine de 10,7/100 000 habitants
13/05/23	76	
14/05/23	72	Soit -25,4% de diminution entre les deux périodes
15/05/23	223	Soit une incidence sur une période 14 jours de 18,7 nouveaux cas/100 000 habitants
16/05/23	197	
17/05/23	174	923 cas au cours de cette période de 7 jours
18/05/23	56	Soit 131,9 cas en moyenne par jour
19/05/23	133	Soit une incidence sur une semaine de 8,0/100 000 habitants
20/05/23	83	
21/05/23	57	
22/05/23	227	
23/05/23	82	Les données rapportées pour les derniers jours nécessitent invariablement une consolidation progressive, expliqué entre autres par le délai entre le prélèvement et le rapportage.
24/05/23	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 17 AVRIL 2023 ET LE 24 MAI 2023, PRÉSENTÉ PAR JOUR ET MOYENNE PAR SEMAINE

Date	Nombre de tests	
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	3 149	20 012 tests au cours de la semaine, soit 2 859/jour
28/04/23	2 875	
29/04/23	1 705	
30/04/23	1 361	
01/05/23	1 396	
02/05/23	3 143	
03/05/23	3 034	
04/05/23	2 577	15 568 tests au cours de la semaine, soit 2 224/jour
05/05/23	2 675	
06/05/23	1 547	
07/05/23	1 196	
08/05/23	2 751	
09/05/23	2 782	
10/05/23	2 473	
11/05/23	2 198	14 482 tests au cours de la semaine, soit 2 069/jour
12/05/23	2 014	
13/05/23	1 193	
14/05/23	1 071	
15/05/23	2 718	
16/05/23	2 535	
17/05/23	2 367	
18/05/23	1 060	13 147 tests au cours de la semaine, soit 1 878/jour
19/05/23	2 171	
20/05/23	1 257	
21/05/23	1 039	
22/05/23	2 311	Les données des derniers jours ne sont pas encore complètes. Il faut quelques jours pour que tous les tests soient signalés à Sciensano.
23/05/23	2 247	
24/05/23	58	

## 5.4. NOMBRE DE PERSONNES HOSPITALISÉES ENTRE LE 19 AVRIL 2023 ET LE 23 MAI 2023, PRÉSENTÉ PAR JOUR ET MOYENNE PAR SEMAINE

Date	Nombre de nouvelles admissions pour COVID-19 /jour*		Nombre de patients hospitalisés confirmés /week**	Nombre de patients confirmés en USI /week**
19/04/23	75			
20/04/23	61			
21/04/23	62	422 nouvelles hospitalisations Soit 60,3/jour en moyenne		
22/04/23	68			
23/04/23	45			
24/04/23	44			
25/04/23	67		965	60
26/04/23	63			
27/04/23	49			
28/04/23	49	327 nouvelles hospitalisations Soit 46,7/jour en moyenne		
29/04/23	50			
30/04/23	35			
01/05/23	33			
02/05/23	48		836	45
03/05/23	48			
04/05/23	57			
05/05/23	44	322 nouvelles hospitalisations Soit 46,0/jour en moyenne		
06/05/23	56			
07/05/23	37			
08/05/23	40			
09/05/23	40		660	41
10/05/23	59			
11/05/23	36			
12/05/23	34	261 nouvelles hospitalisations Soit 37,3/jour en moyenne		
13/05/23	38			
14/05/23	19			
15/05/23	23			
16/05/23	52		563	43
17/05/23	71			
18/05/23	56			
19/05/23	45	328 nouvelles hospitalisations Soit 46,9/jour en moyenne		
20/05/23	53			
21/05/23	33			
22/05/23	36			
23/05/23	34		450	27

\* Hospitalisations en raison de COVID-19.

\*\* Données concernant le mardi de la semaine écoulée.

## 5.5. NOMBRE DE PERSONNES DÉCÉDÉES ENTRE LE 17 AVRIL 2023 ET LE 24 MAI 2023, PRÉSENTÉ PAR JOUR ET MOYENNE PAR SEMAINE

Date	Décès total	
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	29 décès au cours de la semaine, soit 4,1/jour
05/05/23	3	
06/05/23	4	
07/05/23	4	
08/05/23	3	
09/05/23	1	
10/05/23	1	
11/05/23	4	15 décès au cours de la semaine, soit 2,1/jour
12/05/23	2	
13/05/23	1	
14/05/23	3	
15/05/23	2	
16/05/23	5	
17/05/23	3	
18/05/23	5	24 décès au cours de la semaine, soit 3,4/jour
19/05/23	3	
20/05/23	2	
21/05/23	4	
22/05/23	2	
23/05/23	0	
24/05/23	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 08 mai au 21 mai 2023.

Groupe d'âge		Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
<b>0-11</b>	% non vaccinés	83,7%	95,3%	75,7%	93,2%
	Nombre non vaccinés	1 268 816	178 410	642 614	447 792
<b>12-17</b>	% non vaccinés	23,7%	53,8%	13,5%	31,3%
	Nombre non vaccinés	190 573	46 447	60 909	83 217
<b>18-64</b>	% non vaccinés	12,7%	26,3%	7,7%	16,9%
	Nombre non vaccinés	891 265	207 323	309 517	374 396
<b>65-84</b>	% non vaccinés	4,9%	12,6%	2,5%	7,8%
	Nombre non vaccinés	93 818	16 905	29 185	47 687
<b>85+</b>	% non vaccinés	4,3%	10,3%	1,9%	8,0%
	Nombre non vaccinés	14 644	2 641	4 180	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](#)