

SURVEILLANCE DE COVID-19

QUESTIONS FRÉQUEMMENT POSÉES

LIEN VERS LA VERSION NL - ENG

TABLE DES MATIÈRES

1. Contexte général	3
1.1. Quel est le rôle de sciensano pendant l'épidémie de covid-19 ?	3
1.2. Quelles sont les données collectées par sciensano pour la surveillance du covid-19 ?	3
1.3. Comment sciensano assure-t-il la qualité des données en cas de crise sanitaire ?	4
1.4. Y a-t-il une règle générale lors de l'interprétation des données covid-19 ?	4
1.5. Où puis-je trouver les données collectées par sciensano ?	4
1.6. Quel type de données est disponible dans le portail de données ouvertes covid-19 ?	5
1.7. À quelles fins les données de surveillance sont-elles utilisées ?	5
2. Terminologie épidémiologique	5
2.1. Quelle est la différence entre l'incidence, la prévalence et d'autres concepts épidémiologiques de base ?	5
3. Données sur les cas de covid-19 confirmés en laboratoire	6
3.1. Comment collectons-nous les cas de covid-19 confirmés en laboratoire ?	6
3.2. Pourquoi est-il difficile de comparer le nombre de cas de différents pays ?	7
3.3. Pourquoi le nombre signalé de cas confirmés est-il toujours bas pour la dernière journée signalée (c'est-à-dire aujourd'hui) ?	7
3.4. Pourquoi les cartes avec nombre de cas par rapport à celles avec incidence / 1000 populations sont-elles différentes ?	7
3.5. Pourquoi y a-t-il toujours moins de cas signalés pendant les week-ends ?	8
3.6. Pourquoi le nombre de cas signalés « au cours des 24 dernières heures » n'est-il pas le même que celui indiqué dans le graphique de la section 2.1 du rapport quotidien ?	9
4. Données sur les patients hospitalisés pour une infection covid-19 confirmée	9
4.1. Comment collectons-nous les données sur les patients hospitalisés pour une infection covid-19 confirmée?	9
4.2. Pourquoi le nombre d'admissions hospitalières entre le 15 mars et le jour x n'est-il pas identique au nombre de patients hospitalisés ?	10
4.3. Pourquoi la différence entre le nombre de patients hospitalisés hier et le nombre de patients hospitalisés aujourd'hui, n'est pas la même que la différence entre le nombre de patients admis et le nombre de patients sortis aujourd'hui?	10
4.4. Quelles sont les comorbidités des patients hospitalisés ?	12
5. Données sur les décès dus au covid-19	12
5.1. Comment collectons-nous les données sur les décès covid-19 ?	12
5.2. Comment les décès sont-ils déclarés en Belgique par rapport à d'autres pays ?	12
5.3. Les décès dans les maisons de repos sont-ils aussi inclus dans les statistiques sur la mortalité covid-19?	13
5.4. Les décès à l'extérieur des hôpitaux et des maisons de repos sont-ils également inclus dans les statistiques sur la mortalité covid-19?	13
5.5. Les données sur les décès covid-19 comprennent-elles les cas confirmés et les cas possibles?	13
5.6. Pourquoi le nombre de décès signalés au cours des 24 dernières heures ne correspond-il pas au nombre de décès de la journée précédente?	14
5.7. Pourquoi le nombre de décès pour une date spécifique peut-il diminuer d'un jour à l'autre?	14
6. Données du système de surveillance de la grippe	15
6.1. Comment collectons-nous des données sur des maladies de type influenza ?	15

1. Contexte général

1.1. QUEL EST LE RÔLE DE SCIENSANO PENDANT L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 ?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 01/05/2020

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Union européenne (UE) exigent que chaque État membre dispose d'une structure capable de faire face à toute crise sanitaire. À cet effet, la Belgique a mis en place une structure solide à 3 volets :

1. Groupe d'évaluation des risques (Risk Assessment Group, RAG)
2. Groupe de gestion des risques (Risk Management Group, RMG)
3. Point focal national (National Focal Point (NFP))

Sciensano (l'institut belge de santé) coordonne le RAG qui est chargé d'évaluer les risques pour la santé publique dans un contexte national et international. Le RAG analyse tout signal susceptible d'avoir un impact sur la santé publique. Le RAG est composé de membres permanents qui sont des experts de la santé publique, soutenu par des experts spécifiques qui sont invités en fonction du type de signal comme une recrudescence d'une maladie infectieuse, un problème environnemental, etc. Le RAG propose des mesures de prévention et de contrôle au RMG, qui est composé des autorités sanitaires et décide des mesures à appliquer. Le NFP, assuré par le service public fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, organise la mise en œuvre des mesures en consultation avec les différentes entités fédérées. Le NFP sert de relais pour la communication avec les institutions européennes et internationales. Des informations sur le rôle de Sciensano dans le contexte de l'urgence et de la réponse sont disponibles sur [notre site Web](#).

À la demande des autorités sanitaires, Sciensano coordonne également l'élaboration des procédures à mettre en œuvre par les médecins généralistes, les hôpitaux, les patients et les laboratoires dans le cadre de l'épidémie de COVID-19. Ces procédures se trouvent sur [notre site Web](#).

Enfin, Sciensano a une mission de surveillance juridiquement déterminée dans le cadre de la santé publique telle que définie par la [loi fédérale du 25 février 2018](#). Dans le cadre de cette mission, Sciensano a mis en place un système de surveillance pour suivre l'épidémie de COVID-19 en Belgique et rendre compte des données collectées.

1.2. QUELLES SONT LES DONNÉES COLLECTÉES PAR SCIENSANO POUR LA SURVEILLANCE DU COVID-19 ?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 01/05/2020

Afin d'obtenir des informations complètes pour surveiller l'épidémie de COVID-19, Sciensano rassemble des flux de données provenant de différentes sources. Sciensano recueille ainsi des données sur les cas de COVID-19 confirmés en laboratoire ([voir section 3](#)), sur les patients COVID-19 hospitalisés ([voir section 4](#)) et sur les décès dus au COVID-19 ([voir section 5](#)).

1.3. COMMENT SCIENSANO ASSURE-T-IL LA QUALITÉ DES DONNÉES EN CAS DE CRISE SANITAIRE ?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 01/05/2020

En période de crise sanitaire, Sciensano suit en permanence la situation sur le terrain et met en place des procédures de collecte de données pertinentes. Les données collectées doivent être vérifiées et consolidées afin de les rendre fiables. En outre, l'importation de données par les fournisseurs de données ne peut pas toujours être effectuée immédiatement, il peut donc s'écouler un certain temps avant qu'une base de données ne soit complète et « stable ».

1.4. Y A-T-IL UNE RÈGLE GÉNÉRALE LORS DE L'INTERPRÉTATION DES DONNÉES COVID-19 ?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 01/05/2020

Nous prenons chaque jour une sorte « d'instantané » de données. Dans un tel contexte, il est important d'être prudent lors de l'interprétation des nombres absolus (voir aussi le retard dans la déclaration mentionné à la [question 1.3](#)). Souvent, on a tendance à se concentrer sur ces chiffres pour mesurer le « risque », alors que pour surveiller l'évolution de l'épidémie de COVID-19 il est nécessaire de suivre les tendances plutôt que les chiffres absolus.

Au cours de la [conférence de presse quotidienne](#) du [Centre de crise](#), les porte-parole interfédéraux responsables de la communication sur le COVID-19 communiquent un certain nombre de chiffres clés clairs sur l'épidémie de COVID-19 et présentent les tendances importantes du moment.

1.5. OÙ PUIS-JE TROUVER LES DONNÉES COLLECTÉES PAR SCIENSANO ?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 01/05/2020

Les autorités en charge de la gestion des risques (RMG) reçoivent quotidiennement un rapport épidémiologique. De cette façon, ils peuvent baser leurs actions et décisions sur des informations précises et à jour.

Sur la base de ces rapports, les porte-parole interfédéraux responsables de la communication sur le COVID-19 présentent la situation épidémiologique lors de la [conférence de presse quotidienne](#) du Centre de crise à 11h.

Le [rapport épidémiologique](#) quotidien est également accessible au public sur notre [site Web](#). Chaque jeudi, vous pouvez consulter sur la même page Web un rapport « hebdomadaire » plus complet, avec des graphiques, des tendances et des interprétations supplémentaires.

Vous pouvez également consulter les derniers chiffres via :

- les [données brutes](#) et [le livre de codes correspondant](#)
- les [graphiques dynamiques](#)

1.6. QUEL TYPE DE DONNÉES EST DISPONIBLE DANS LE PORTAIL DE DONNÉES OUVERTES COVID-19 ?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 01/05/2020

Vous pouvez consulter [des ensembles de données spécifiques via notre site Web](#) (gratuitement). Celles-ci sont mises à jour quotidiennement à midi.

Les données suivantes sont publiées en tant que données ouvertes :

- cas confirmés par date, âge, sexe et province
- cas confirmés par date et par commune
- nombre cumulé de cas confirmés par commune
- hospitalisations par date et par province
- mortalité par date, âge, sexe et province
- nombre total de tests effectués par date

1.7. À QUELLES FINS LES DONNÉES DE SURVEILLANCE SONT-ELLES UTILISÉES ?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 01/05/2020

Les autorités et le Groupe d'évaluations des risques (RMG) utilisent ces données pour gérer cette crise sanitaire. De plus, les modélisateurs mathématiques utilisent ces données pour prédire l'évolution de l'épidémie en tenant compte des mesures prises. Nous transmettons également nos données au Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) afin qu'ils puissent se faire une idée précise de la situation internationale.

2. Terminologie épidémiologique

2.1. QUELLE EST LA DIFFÉRENCE ENTRE L'INCIDENCE, LA PRÉVALENCE ET D'AUTRES CONCEPTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES DE BASE ?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 01/05/2020

Dans nos rapports, nous utilisons différentes mesures épidémiologiques pour caractériser la pandémie actuelle de COVID-19 et son évolution. Nous utilisons ces termes de manière vulgarisée pour être compréhensible par le grand public. Par conséquent, nos définitions peuvent différer des définitions classiques des manuels de ces mesures. Dans l'ensemble, nous rapportons cinq mesures distinctes:

- nombre de nouveaux cas : le nombre de nouveaux cas confirmés, d'hospitalisations ou de décès signalés (mise à jour quotidienne) ;
- incidence : nombre de nouveaux cas, d'hospitalisations ou de décès signalés au cours d'une certaine période (par exemple : dernières 24 heures), par rapport à la taille de la population ;

- nombre cumulé de cas : le nombre total de cas confirmés, d'hospitalisations ou de décès signalés depuis le début de l'épidémie ou un point de départ spécifique ;
- incidence cumulée : le nombre total de cas confirmés, d'hospitalisations ou de décès signalés depuis le début de l'épidémie ou un point de départ spécifique, par rapport à la taille de la population ;
- prévalence : le nombre de cas présents à un moment donné. Cela correspond à prendre un « instantané » de la situation à un moment précis. Par exemple, nous enregistrons la prévalence des lits d'hôpitaux occupés, c'est-à-dire le nombre total de lits d'hôpitaux occupés par des patients COVID-19 à un moment donné.

3. Données sur les cas de COVID-19 confirmés en laboratoire

3.1. COMMENT COLLECTONS-NOUS LES CAS DE COVID-19 CONFIRMÉS EN LABORATOIRE ?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 01/05/2020

Conformément à [la définition de cas du COVID-19 et aux recommandations de tests](#), les personnes sont diagnostiquées par un test de laboratoire, effectués soit par le laboratoire du centre national de référence (KU Leuven), soit par un laboratoire périphérique. Ces diagnostics de laboratoires couvrent à la fois la technique moléculaire et les tests rapides d'antigènes. Les patients avec un résultat de laboratoire positif sont des cas confirmés.

La collecte des données couvre le nombre de tests effectués, les résultats positifs et négatifs, ainsi que les données démographiques de base (âge, sexe, code postal du patient) collectées via les formulaires de demande de test laboratoire et envoyés à Sciensano par les différents laboratoires qui effectuent le diagnostic COVID-19 en Belgique.

La collecte des données couvre également les données des cas confirmés qui sont collectées par les équipes régionales de gestion des maladies infectieuses. Dans certaines situations, ces informations arrivent plus rapidement que les informations provenant des laboratoires et rendent l'ensemble des données plus complet.

Depuis le 10/04, le personnel et les résidents des maisons de repos sont systématiquement testés par la plateforme nationale de tests dans le cadre d'une stratégie de dépistage spécifique ciblant les maisons de repos uniquement.

Le 22 avril 2020 la stratégie de testing a été élargie et depuis cette date, toute personne nécessitant une hospitalisation, y compris hospitalisation de jour (première fois) peut être testée. De plus, toute personne qui entre pour la première fois dans une collectivité résidentielle (ex. : maisons de repos, maison de vie pour personnes handicapées, centre d'accueil pour jeunes, prisons, ...) ou tout résident de cette collectivité résidentielle présentant des symptômes compatibles peut également être testée.

Les données sur les cas de COVID-19 confirmés en laboratoire sont résumées dans les [rapports quotidiens, hebdomadaires et les graphiques dynamiques](#) et sont disponibles via le [portail de données ouvertes](#).

3.2. POURQUOI EST-IL DIFFICILE DE COMPARER LE NOMBRE DE CAS DE DIFFÉRENTS PAYS ?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 01/05/2020

Chaque pays suit sa propre stratégie de testing pour déterminer quelles personnes doivent être testées pour le COVID-19. Cette stratégie évolue et peut-être modifiée en fonction de la situation épidémiologique et de la capacité de testing.

Par exemple en Belgique, à partir du 11 mars 2020, uniquement les personnes hospitalisées présentant des symptômes respiratoires aiguës, même légers, le personnel de santé et les personnes symptomatiques (jusqu'à 5 personnes) en collectivité résidentielle comme les maisons de repos étaient testés.

Par ailleurs, depuis le 10 avril 2020, le personnel et les résidents des maisons de repos sont systématiquement testés dans le cadre d'une stratégie de dépistage spécifique ciblant les maisons de repos uniquement.

Le 22 avril 2020 la stratégie de testing a été élargie et depuis cette date, toute personne nécessitant une hospitalisation, y compris hospitalisation de jour (première fois) peut être testée. De plus, toute personne qui entre pour la première fois dans une collectivité résidentielle (ex. : maisons de repos, maison de vie pour personnes handicapées, centre d'accueil pour jeunes, prisons, ...) ou tout résident de cette collectivité résidentielle présentant des symptômes compatibles peut également être testée.

La mise en œuvre des stratégies de dépistage et les délais épidémiologiques globaux diffèrent d'un pays à l'autre. Par conséquent, une comparaison directe du nombre de cas entre deux pays reste difficile.

3.3. POURQUOI LE NOMBRE SIGNALÉ DE CAS CONFIRMÉS EST-IL TOUJOURS BAS POUR LA DERNIÈRE JOURNÉE SIGNALÉE (C'EST-À-DIRE AUJOURD'HUI) ?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 01/05/2020

Il y a deux raisons principales à cette sous-estimation apparente :

1. Premièrement, afin de pouvoir publier les rapports quotidiens et les 'données ouvertes', nous nous basons sur la situation à 16h. Les données du dernier jour de la série chronologique sont donc toujours incomplètes.
2. Deuxièmement, les données communiquées pour les deux derniers jours nécessitent toujours une consolidation progressive.

Ces deux points impliquent que les données déclarées pour les deux derniers jours sont mises à jour à chaque itération des rapports quotidiens et des données ouvertes. En d'autres termes, notre base de données est dynamique et soumise à une mise à jour et à une amélioration continues des données déjà signalées.

3.4. POURQUOI LES CARTES AVEC NOMBRE DE CAS PAR RAPPORT À CELLES AVEC INCIDENCE / 1000 POPULATIONS SONT-ELLES DIFFÉRENTES ?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 01/05/2020

Les cartes avec le nombre (absolu) de cas par commune permettent de voir facilement où se situent le plus grand nombre de cas. Cependant, ces résultats sont également fortement influencés par la densité de population des différentes communes. En effet, les communes

plus grandes, ont un nombre d'habitants plus important, et vont donc enregistrer un plus grand nombre de cas de COVID-19.

Pour comparer directement la charge de morbidité entre différentes communes en tenant compte de la densité de population différente, nous calculons et cartographions également le nombre de nouveaux cas en fonction du nombre d'habitants. Nous calculons actuellement les taux d'incidence pour 1000 habitants. Ces cartes peuvent donner une indication d'où le « risque » d'infection est le plus élevé.

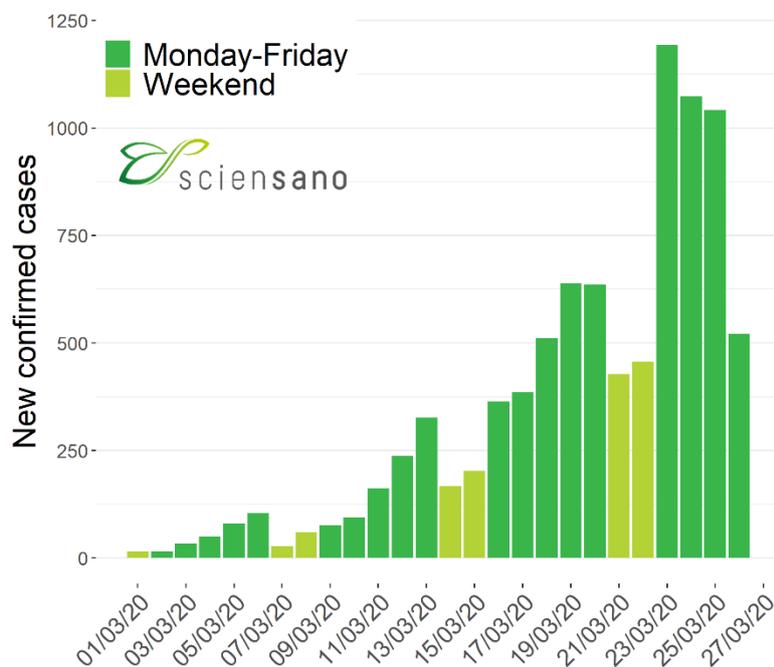
3.5. POURQUOI Y A-T-IL TOUJOURS MOINS DE CAS SIGNALÉS PENDANT LES WEEK-ENDS ?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 01/05/2020

Au cours des dernières semaines, nous avons observé une baisse des cas signalés au cours des week-ends (en vert clair dans la figure ci-dessous). Cela peut être dû à différents facteurs :

1. Tout d'abord, les patients peuvent être réticents à se rendre chez le médecin généraliste ou à l'hôpital pendant le week-end et plutôt attendre le lundi.
2. Deuxièmement, il se peut que moins de personnel travaille dans les hôpitaux et dans les laboratoires de diagnostic le week-end, ce qui peut retarder le traitement des échantillons et la transmission des résultats de laboratoires.

Nous observons principalement cet effet dans le nombre de cas signalés, moins dans le nombre d'hospitalisations et presque pas dans le nombre de décès.



3.6. POURQUOI LE NOMBRE DE CAS SIGNALÉS « AU COURS DES 24 DERNIÈRES HEURES » N'EST-IL PAS LE MÊME QUE CELUI INDICÉ DANS LE GRAPHIQUE DE LA SECTION 2.1 DU RAPPORT QUOTIDIEN ?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 01/05/2020

La raison de cette différence apparente est due au fait que le nombre de cas confirmés au cours des « dernières 24 heures » se réfère aux cas *signalés* au cours des dernières 24 h, mais pas nécessairement *diagnostiqués* au cours des dernières 24 h. Les cas *signalés* peuvent avoir une date de *diagnostic* ou une date de prélèvement antérieure, car cela nécessite un certain temps pour consolider le diagnostic et les données.

Comme le graphique montre le nombre de cas à la date à laquelle l'échantillon a été prélevé ou le *diagnostic* de laboratoire confirmé, les nouveaux cas *signalés* au cours des dernières 24 heures sont donc répartis sur plusieurs jours dans le graphique. Cela illustre à nouveau pourquoi notre base de données est dynamique et soumise à une mise à jour et à une amélioration continues des données déjà signalées.

4. Données sur les patients hospitalisés pour une infection COVID-19 confirmée

4.1. COMMENT COLLECTONS-NOUS LES DONNÉES SUR LES PATIENTS HOSPITALISÉS POUR UNE INFECTION COVID-19 CONFIRMÉE ?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 01/05/2020

Deux enquêtes distinctes nous fournissent des données sur l'hospitalisation :

- Tous les hôpitaux belges dotés d'une unité de soins intensifs doivent fournir des données agrégées sur le nombre de patients COVID-19 hospitalisés et décédés par une enquête quotidienne en ligne. Depuis le 24 mars 2020, cette base de données est la référence officielle pour le suivi des décès COVID-19 dans les hôpitaux.

Vous pouvez trouver ces informations dans les [rapports quotidiens](#) et [le portail de données ouvertes](#).

- De plus, tous les hôpitaux en Belgique fournissent des données par cas relatives à leurs patients hospitalisés pour une infection confirmée au COVID-19, via une enquête en ligne comprenant deux questionnaires : un sur les informations d'admission et un sur les informations de sortie.

Vous pouvez trouver un résumé de ces informations dans le rapport hebdomadaire.

4.2. POURQUOI LE NOMBRE D'ADMISSIONS HOSPITALIÈRES ENTRE LE 15 MARS ET LE JOUR X N'EST-IL PAS IDENTIQUE AU NOMBRE DE PATIENTS HOSPITALISÉS ?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 01/05/2020

Nous utiliserons le rapport quotidien du 28/03 pour répondre à cette question. Vous trouvez le rapport [ici](https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Daily%20report_20200328%20-%20FR.pdf) : https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Daily%20report_20200328%20-%20FR.pdf

Au cours des dernières 24 heures, 575 patients avec COVID-19 ont été hospitalisés et 205 personnes ont quitté l'hôpital. Entre le 15 et le 27 mars, 3913 patients avec COVID-19 sont entrés à l'hôpital et 1063 personnes ont quitté l'hôpital.

Plus d'informations : <https://www.info-coronavirus.be/fr/>

2



Le 27 mars, 3717 lits d'hôpital dont 789 lits en unité de soins intensifs étaient occupés par des patients confirmés COVID-19.

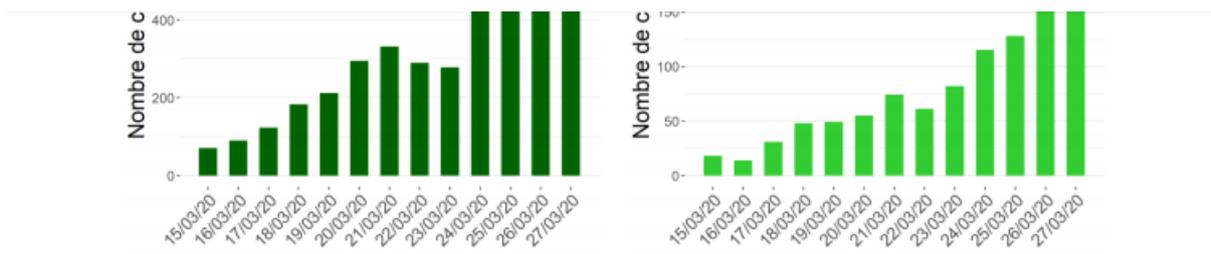
Le premier chiffre (3913) représente l'incidence cumulative des hospitalisations entre le 15 mars et le jour X (la somme de toutes les nouvelles admissions au cours de cette période). Nous utilisons le 15 mars comme point de départ car c'est la date à partir de laquelle la majorité des hôpitaux (avec USI) participent quotidiennement à la collecte de données.

Le deuxième chiffre (3717) représente le nombre total de lits d'hôpital actuellement occupés par des patients COVID-19. C'est ce qu'on appelle une prévalence (voir question 2.1). Il s'agit d'un « instantané » à un moment précis, d'où l'observation d'une situation statique : le nombre de lits occupés à ce moment précis. Cet indicateur ne contient donc aucune notion de mouvement, d'admissions, de sorties, etc.

4.3. POURQUOI LA DIFFÉRENCE ENTRE LE NOMBRE DE PATIENTS HOSPITALISÉS HIER ET LE NOMBRE DE PATIENTS HOSPITALISÉS AUJOURD'HUI, N'EST PAS LA MÊME QUE LA DIFFÉRENCE ENTRE LE NOMBRE DE PATIENTS ADMIS ET LE NOMBRE DE PATIENTS SORTIS AUJOURD'HUI ?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 01/05/2020

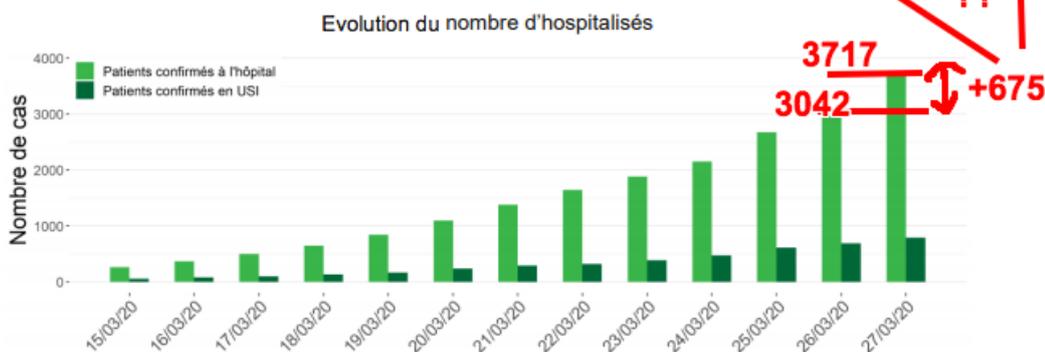
Nous utiliserons le rapport quotidien du 28/03 pour répondre à cette question. Vous trouvez le rapport [ici](https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Daily%20report_20200328%20-%20FR.pdf) : https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Daily%20report_20200328%20-%20FR.pdf



Au cours des dernières 24 heures, 575 patients avec COVID-19 ont été hospitalisés et 205 personnes ont quitté l'hôpital. Entre le 15 et le 27 mars, 3913 patients avec COVID-19 sont entrés à l'hôpital et 1063 personnes ont quitté l'hôpital.

Plus d'informations : <https://www.info-covid19.be/fr/>

2



*Nombre d'hôpitaux participants : 105 (27 mars 2020)

Le 27 mars, 3717 lits d'hôpital dont 789 lits en unité de soins intensifs étaient occupés par des patients confirmés COVID-19.

Cette divergence apparente a de nombreuses raisons, et l'importance relative de chaque raison spécifique variera d'un jour à l'autre. Il est important de noter que l'incidence (nouveaux cas admis) et la prévalence (lits occupés) sont deux indicateurs collectés séparément ; nous ne dérivons donc pas (et ne pouvons pas dériver) mathématiquement l'un de l'autre :

- a) une différence de prévalence n'est pas seulement le résultat de nouvelles entrées et sorties, mais aussi de nouveaux décès à l'hôpital ;
- b) environ 99 % des hôpitaux déclarent chaque jour, mais le sous-ensemble des hôpitaux déclarants peut varier d'un jour à l'autre ; même un (grand) hôpital déclarant ou non peut déjà produire des différences notables ;
- c) les nouveaux patients hospitalisés « confirmés » peuvent ne pas toujours être déclarés comme « nouvelles admissions » si le patient a déjà été hospitalisé en tant que patient suspect. Ils seraient cependant comptabilisés dans la prévalence. Nous travaillons avec les hôpitaux pour augmenter la cohérence du rapportage.

4.4. QUELLES SONT LES COMORBIDITÉS DES PATIENTS HOSPITALISÉS ?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 01/05/2020

Vous pouvez trouver un rapport détaillé sur les caractéristiques des patients hospitalisés pour une infection covid-19 confirmée, y compris les comorbidités dans nos [rapports hebdomadaires](#) sur notre site Web. Nous mettons à jour ces informations une fois par semaine, le jeudi.

5. Données sur les décès dus au COVID-19

5.1. COMMENT COLLECTONS-NOUS LES DONNÉES SUR LES DÉCÈS COVID-19 ?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 01/05/2020

Sciensano recueille et combine des données sur tous les décès COVID-19 possibles et confirmés via plusieurs sources:

- rapports quotidiens des hôpitaux à Sciensano ([voir question 4.1](#)) ;
- rapports quotidiens des maisons de repos aux autorités régionales ;
- déclaration obligatoire des médecins généralistes aux autorités régionales.

5.2. COMMENT LES DÉCÈS SONT-ILS DÉCLARÉS EN BELGIQUE PAR RAPPORT À D'AUTRES PAYS ?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 01/05/2020

Chaque pays a sa propre stratégie de déclaration des décès dus au COVID-19, liée à sa capacité à mettre en œuvre des flux de données extra-hospitaliers.

En Belgique, les décès **dans les hôpitaux** sont enregistrés grâce à l'enquête sur la capacité de pointe des hôpitaux. Jusqu'à présent, seuls les décès dus à un COVID-19 confirmé par un test de laboratoire ou par un scanner thoracique sont rapportés.

Les décès **à l'extérieur de l'hôpital** (maisons de repos et autres) sont signalés par les autorités régionales et se réfèrent à des cas confirmés et possibles de COVID-19. Les décès possibles concernent des patients qui n'ont pas été soumis à un test diagnostique pour COVID-19, mais qui répondaient aux critères cliniques du COVID-19 tels que jugés par le médecin. C'est le cas de la grande majorité des personnes qui décèdent en dehors de l'hôpital.

Dans les [rapports quotidiens](#) de Sciensano, vous pouvez trouver un tableau qui compare le nombre total de décès dans différents pays européens. Une limite de cette comparaison est que l'enregistrement des décès COVID-19 en Belgique est assez large (car il inclut les cas confirmés ainsi que les cas possibles, et les cas hospitaliers et extra-hospitaliers) mais d'autres pays peuvent avoir des critères d'enregistrement plus étroits. Un autre point de vue intéressant est la comparaison de l'excès de mortalité toutes causes confondues par semaine dans les différents pays européens réalisée par [EuroMOMO](#).

5.3. LES DÉCÈS DANS LES MAISONS DE REPOS SONT-ILS AUSSI INCLUS DANS LES STATISTIQUES SUR LA MORTALITÉ COVID-19?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 01/05/2020

Étant donné que la surveillance des décès des cas confirmés COVID-19 en hôpital ne reflète pas l'ampleur réelle de la mortalité liée au COVID-19 dans notre population, nous visons à disposer de statistiques sur la mortalité aussi complètes que possible et, par conséquent, à inclure les décès dus au COVID-19 survenant à l'hôpital et ailleurs (par exemple, dans les maisons de repos), ainsi que les décès COVID-19 confirmés et possibles. Les décès des résidents de maisons de repos décédés à l'hôpital sont inclus dans les décès à l'hôpital (actuellement, nous ne pouvons pas les isoler de tous les décès à l'hôpital). Les décès des résidents de maisons de repos survenus en maison de repos sont signalés par les autorités régionales.

Les décès des résidents de maisons de repos sont enregistrés comme des décès individuels en Wallonie et à Bruxelles, tandis que la Région flamande ne fournit à Sciensano que des informations agrégées sur les décès. Pour la Flandre, l'âge et le sexe sont inconnus et les décès sont classés en fonction de la date de notification du décès à l'autorité régionale. Les données sur ces décès seront ajoutées systématiquement avec un délai de 2 jours.

Cela explique pourquoi nous avons un si grand nombre de décès avec des valeurs manquantes pour l'âge et le sexe pour les résidents de maisons de repos. On estime que la plupart des personnes décédées dans les maisons de repos en Flandre sans information précise sur leur âge ont plus de 65 ans.

5.4. LES DÉCÈS À L'EXTÉRIEUR DES HÔPITAUX ET DES MAISONS DE REPOS SONT-ILS ÉGALEMENT INCLUS DANS LES STATISTIQUES SUR LA MORTALITÉ COVID-19?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 01/05/2020

Oui, les décès survenus à domicile et dans tous les autres contextes sont signalés par les médecins généralistes aux autorités régionales, puis transmis à Sciensano et inclus dans les statistiques COVID-19, pour autant que le rapport soit complet.

5.5. LES DONNÉES SUR LES DÉCÈS COVID-19 COMPRENNENT-ELLES LES CAS CONFIRMÉS ET LES CAS POSSIBLES?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 01/05/2020

Oui, les données sur les décès COVID-19 incluent les cas confirmés par un test de laboratoire ou un scanner thoracique, ainsi que les cas possibles. Avant le 30 mars 2020, seuls les cas confirmés étaient signalés. Depuis le 30 mars 2020, les données incluent non seulement les cas COVID-19 confirmés mais également les cas possibles décédés en dehors de l'hôpital. Cette inclusion a été effectuée rétrospectivement.

Étant donné que la surveillance des décès des cas confirmés COVID-19 en hôpital ne reflète pas l'ampleur réelle de la mortalité liée au COVID-19 dans notre population, nous visons à disposer de statistiques sur la mortalité aussi complètes que possible, et par conséquent, nous incluons les décès dus au COVID-19 survenant à l'hôpital et ailleurs (par exemple, dans les maisons de repos), ainsi que les décès COVID-19 confirmés et possibles. Les décès possibles concernent des patients qui n'ont pas été soumis à un test diagnostique pour COVID-19, mais qui répondaient aux critères cliniques du COVID-19 tels que jugés par le médecin. C'est le cas

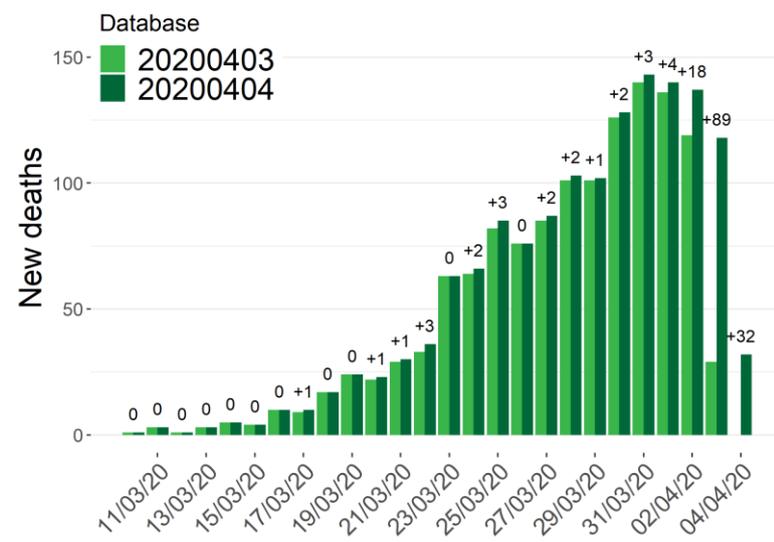
de la grande majorité des personnes qui décèdent en dehors de l'hôpital. Dans nos rapports, en ce qui concerne les décès dans les maisons de repos, une distinction est faite entre les décès confirmés et les décès possibles.

5.6. POURQUOI LE NOMBRE DE DÉCÈS SIGNALÉS AU COURS DES 24 DERNIÈRES HEURES NE CORRESPOND-IL PAS AU NOMBRE DE DÉCÈS DE LA JOURNÉE PRÉCÉDENTE?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 01/05/2020

Le nombre de décès supplémentaires signalés dans le rapport quotidien est le nombre de décès signalés à Sciensano au cours des dernières 24 heures. Il ne correspond donc pas au nombre de nouveaux décès survenus à la date de la veille, en ce sens que les décès signalés peuvent avoir une date de décès dans le passé. Il peut effectivement y avoir un délai de quelques jours entre la date de décès et la date à laquelle le décès est notifié. Chaque décès est classé selon sa date de décès. Enfin, les données sur le nombre de décès déclarés pour le dernier jour de la série chronologique sont toujours incomplètes, car notre collecte de données pour ce jour est fermée au milieu de la journée.

Par exemple, le 5 avril, 164 nouveaux décès ont été signalés. Cela correspond à la différence entre le nombre total de décès signalés au 5 avril (1447) et celui du 4 avril (1283). Le graphique ci-dessous montre comment ces décès supplémentaires ont été répartis par date de décès.



5.7. POURQUOI LE NOMBRE DE DÉCÈS POUR UNE DATE SPÉCIFIQUE PEUT-IL DIMINUER D'UN JOUR À L'AUTRE?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 01/05/2020

La base de données sur la mortalité est dynamique. Chaque jour, des améliorations sont apportées après vérification des données auprès des autorités régionales. Il arrive que des dates de décès ou de naissance soient parfois mal encodées dans les questionnaires et, après vérification auprès des hôpitaux et des maisons de repos, ces dates sont corrigées par la suite. Par conséquent, il peut y avoir un cas qui est déplacé à une autre date de décès ou un cas qui est supprimé s'il s'avère qu'il s'agit d'un doublon.

6. Données du système de surveillance de la grippe

6.1. COMMENT COLLECTONS-NOUS DES DONNÉES SUR DES MALADIES DE TYPE INFLUENZA ?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 01/05/2020

Le [réseau de médecins généralistes vigies](#) enregistre en permanence les consultations en médecine générale pour les syndrômes grippaux et les infections respiratoires aiguës. Le réseau compte environ 120 cabinets de médecins généralistes répartis dans toute la Belgique. Il enregistre pour chaque épisode, groupe d'âge, statut vaccinal, résultat et hospitalisation immédiate. Dans un sous-ensemble de ces patients, un échantillon clinique est prélevé et testé virologiquement par le [centre national de référence \(CNR\) pour la grippe](#). À partir de ce sous-groupe, nous enregistrons également des données cliniques supplémentaires (symptômes, facteurs de risque et comorbidités, vaccination, traitement et indicateurs de gravité).

De plus, six hôpitaux sentinelles participent à cette surveillance. Depuis la saison grippe 2011-2012, ce réseau a enregistré tous les épisodes d'infections respiratoires aiguës sévères hospitalisées (SARI) qui surviennent pendant la période d'activité grippale. La surveillance commence dès que les premiers signes de circulation du virus de la grippe sont détectés par le [centre national de référence \(CNR\) pour la grippe](#), et se termine au moins 3 semaines après que l'incidence des syndromes grippaux (collectés via le [réseau sentinelle des médecins généralistes](#)) redevienne inférieure au seuil épidémique. Pour chaque épisode, les caractéristiques démographiques, les symptômes, les facteurs de risque et les comorbidités du patient, le statut vaccinal, le traitement, la gravité et les résultats cliniques sont enregistrés pendant le séjour à l'hôpital. En plus de cet enregistrement de données cliniques, l'hôpital prélève un échantillon nasopharyngé de chaque patient, qui est testé virologiquement par le [CNR pour la grippe](#).

Nous effectuons les deux surveillances en étroite collaboration avec le [centre national de référence \(CNR\) pour la grippe](#), qui effectue des tests microbiologiques sur des échantillons nasopharyngés prélevés sur chaque patient pour le virus de la grippe et, depuis mars 2020, le SARS-CoV-2.

Les [résultats de la surveillance de la grippe](#) peuvent être consultés sur notre site Web.

Ils sont également inclus dans le [rapport hebdomadaire COVID-19](#) qui est également disponible sur notre site Web.