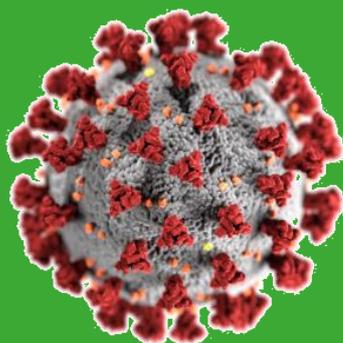


RAPPORT THÉMATIQUE :

POINTS CLÉS DE LA SURVEILLANCE DES PATIENTS HOSPITALISÉS ATTEINTS D'UNE INFECTION COVID-19 CONFIRMÉE



RÉSULTATS DU 15 MARS AU 14 JUIN
2020 INCLUS

Sciensano

Juin 2020 • Bruxelles • Belgique
Numéro de dépôt légal: D/2020/14.440/65



**VAN BECKHOVEN D.¹, DUYSBURGH E.², MONTOURCY M.¹, DE ROUCK M.¹, VILAIN A.³,
CATTEAU L.², DEBLONDE J.¹, WYNDHAM-THOMAS C.¹, VAN GOETHEM N.¹**

En collaboration avec

le Groupe collaboratif belge sur la surveillance hospitalière COVID-19

Amir Sami Aouachria, Kristof Bafort, Leïla Belkhir, Nathalie Bossuyt, Vincent Colombie, Nicolas Dauby, Paul De Munter, Didier Delmarcelle, Mélanie Delvallee, Rémy Demeester, Thierry Dugernier, Xavier Holemans, Benjamin Kerzmann, Pierre Yves Machurot, Philippe Minette, Jean-Marc Minon, Saphia Mokrane, Catherine Nachtergal, Séverine Noirhomme, Denis Piérard, Camelia Rossi, Carole Schirvel, Erica Sermijn, Frank Staelens, Filip Triest, Jens Van Praet, Anke Vanhoenacker, Roeland Verstraete, Elise Willems

1. Sciensano, Épidémiologie des maladies infectieuses, Bruxelles
2. Sciensano, Infections liées aux soins et antibiorésistance, Bruxelles
3. Sciensano, Épidémiologie vétérinaire, Bruxelles

Pour référence : Van Beckhoven D., Duysburgh E., Montourcy M., De Rouck M., Vilain A. Catteau L. Deblonde J., Wyndham-Thomas C., Van Goethem N. Points clés de la surveillance des patients hospitalisés atteints d'une infection COVID-19 confirmée: Résultats jusqu'au 14 juin 2020. Bruxelles, Belgique: Sciensano; 2020. Numéro de dépôt légal : D/2020/14.440/65.

TABLE DES MATIÈRES

●	RÉSUMÉ	1
●	INTRODUCTION	3
●	TENDANCES GÉNÉRALES LIÉES AU COVID-19 DANS LES HÔPITAUX BELGES	4
●	INFORMATIONS PLUS DÉTAILLÉES ET ÉVOLUTION DES PATIENTS COVID-19 HOSPITALISÉS	6
	1. Caractéristiques des patients hospitalisés	6
	1.1. Distribution des patients hospitalisés par âge et sexe	6
	1.2. Exposition des patients	8
	1.3. Signes cliniques et symptômes à l'admission	9
	1.4. Comorbidités préexistantes	11
	2. Évolution clinique des patients durant l'hospitalisation	12
	2.1. Admission en unité de soins intensifs	12
	2.2. Décès	12
	2.3. Facteurs de risque de décès parmi les patients hospitalisés	14
	2.4. Durées de séjour hospitalier	16
●	REMERCIEMENTS	17

Résumé

SURVEILLANCE HOSPITALIÈRE COVID-19

La surveillance des patients hospitalisés avec une infection confirmée au COVID-19 en Belgique repose sur deux aspects : (1) une surveillance de la capacité hospitalière, obligatoire pour tous les hôpitaux généraux belges, récoltant quotidiennement les données agrégées du nombre de patients COVID-19 hospitalisés, admis en unité de soins intensifs (USI), placés sous oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO) et décédés ; (2) une surveillance clinique, récoltant des données individuelles codées sur les patients COVID-19 hospitalisés à l'admission et à la sortie de l'hôpital. Cette dernière couvre à-peu-près 70 % des patients hospitalisés, elle inclut les cas confirmés en laboratoire et ceux confirmés radiologiquement par un CT-scanner thoracique.

TENDANCES GÉNÉRALES DANS LES HÔPITAUX BELGES

Entre le 15 mars et le 14 juin, 17 628 patients avec une infection COVID-19 par un test de laboratoire au moment de la notification, ont été admis à l'hôpital et 16 612 en sont sortis. Le pic d'admission journalière a été atteint en semaine 14, aux alentours du 29 mars, puis a diminué, d'abord assez rapidement jusqu'à la semaine 20 puis plus progressivement. Le pic des sorties a été atteint en semaine 16. Les nombres de patients en USI et sous ECMO ont suivi une évolution similaire à celle des admissions. Au pic de la crise, un peu plus de 20 % des patients COVID-19 hospitalisés se trouvaient en USI.

INFORMATIONS PLUS DÉTAILLÉES, BASÉES SUR LA SURVEILLANCE CLINIQUE

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS COVID-19 ADMIS EN HOSPITALISATION

Des informations individuelles ont été collectées à l'admission à l'hôpital pour 15 160 patients et à la sortie pour 13 362 patients jusqu'au 14 juin. Sur l'ensemble des patients COVID-19 hospitalisés, il y avait légèrement plus d'hommes que de femmes (53 % contre 47 %), bien que la proportion de femme ait augmenté au cours de l'épidémie. La médiane d'âge était de 71 ans (femmes : 74 ans et hommes : 68 ans) et 76 % des patients ont entre 50 et 89 ans. La classe d'âge de 80-89 ans était la plus représentée et celle pour laquelle la diminution du nombre d'admissions a été la plus tardive. Lorsque l'on compare à la structure par âge et sexe de la population belge, on observe parmi les personnes hospitalisées pour COVID-19, une surreprésentation des personnes âgées, ainsi qu'une survenue plus fréquente de formes sévères requérant une hospitalisation chez les hommes.

Les patients provenant de maison de repos représentaient 16 % des patients hospitalisés et 25 % des patients âgés de plus de 65 ans. Sept pour cent des patients âgés de 18 à 70 ans ont été identifiés comme professionnel de la santé. Lorsque l'information était connue (67 %), les autres sources d'exposition les plus signalées étaient un contact avec un cas confirmé ou avec un cas suspect (respectivement 18 % et 10 %) et la suspicion d'infection nosocomiale (13 %).

À l'admission, les plaintes les plus signalées par les patients étaient la fièvre, la toux, l'essoufflement et la faiblesse généralisée, ainsi que des troubles digestifs pour certains patients. Les signes cliniques observés à l'admission étaient essentiellement respiratoires. Presque trois quarts des patients présentaient au moins une comorbidité à l'admission, les plus fréquentes étant les problèmes cardiovasculaires, l'hypertension, le diabète et les maladies pulmonaires chroniques.

EVOLUTION CLINIQUE DURANT L'HOSPITALISATION

Douze pour cent des patients sortis de l'hôpital ont séjournés en USI. Ils étaient en moyenne plus jeunes que l'ensemble des patients hospitalisés (médiane de 66 ans).

Vingt-et-un pour cent des patients hospitalisés avec COVID-19 sont décédés durant leur séjour hospitalier. La proportion de décès était plus élevée parmi les patients atteints d'une surinfection bactérienne ou d'une infection fongique (34 %) et parmi les patients présentant un syndrome de détresse respiratoire aigu (53 %) durant leur hospitalisation. Parmi les patients ayant séjourné en USI, 40 % sont décédés.

La proportion de décès était légèrement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (23 % contre 19 %). La majorité des décès (89,7 %) est survenue chez les patients âgés de plus de 65 ans. Outre l'âge qui est le facteur de risque le plus important pour la survenue d'un décès hospitalier, les facteurs de risque suivants ont été identifiés dans les données de surveillance clinique : le fait d'être un homme, d'avoir une maladie cardiovasculaire, un diabète, une maladie chronique des reins, du foie ou des poumons, des troubles neurologiques ou cognitifs ou d'être atteint d'un cancer.

Introduction

Afin de collecter des données sur les patients hospitalisés avec une infection COVID-19 confirmée, Sciensano a mis en place deux enquêtes distinctes :

- Une **surveillance de la capacité hospitalière** pour laquelle tous les hôpitaux généraux belges doivent obligatoirement fournir, par une enquête quotidienne en ligne, des données agrégées sur le nombre de patients COVID-19 hospitalisés, admis en unité de soins intensifs (USI), sous oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO) et décédés. Depuis le 24 mars 2020, cette base de données est la référence officielle pour le suivi des décès COVID-19 dans les hôpitaux. Les données de cette surveillance présentées dans ce rapport concernent uniquement les cas confirmés en laboratoire.
- Une **surveillance clinique des patients hospitalisés** pour laquelle les hôpitaux belges fournissent des données individuelles codées relatives à leurs patients hospitalisés ayant une infection confirmée au COVID-19. Les données sont collectées via une enquête en ligne comprenant deux questionnaires : un sur les informations d'admission et un sur les informations de sortie. Cette surveillance couvre environ 70 % de l'ensemble des patients COVID-19 hospitalisés et a permis la récolte de certaines informations médicales plus détaillées sur les caractéristiques générales des patients, leur évolution clinique et leur durée de séjour hospitalier. Cette surveillance concerne les cas confirmés en laboratoire et, depuis le 3 avril 2020, inclut également les cas radiologiquement confirmés par un CT-scanner thoracique.

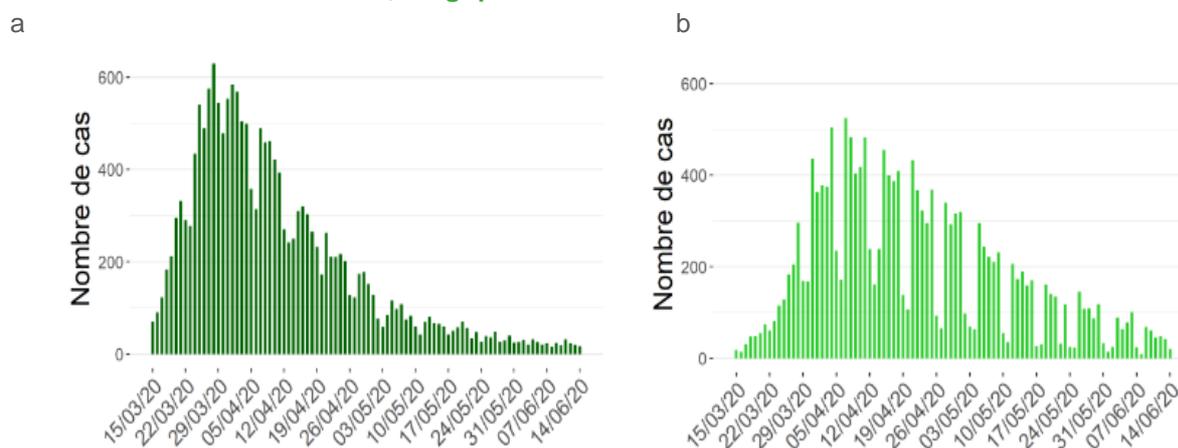
Ce rapport présente les points clés de la surveillance hospitalière sur la base des données collectées à partir du 15 mars jusqu'au 14 juin 2020 inclus.

Tendances générales liées au COVID-19 dans les hôpitaux belges

Depuis le 15 mars, la grande majorité des hôpitaux (> 99 %) participe activement à la surveillance de la capacité hospitalière. Les données à partir de cette date sont présentées ici.

Le suivi de la tendance épidémiologique du nombre de cas COVID-19 admis à l'hôpital et sortis de l'hôpital est basé sur les cas confirmés par un test de laboratoire. Ce sont donc ces données qui sont présentées dans cette section sur les tendances générales dans les hôpitaux¹.

Figure 1. Évolution du nombre (a) de patients admis à l'hôpital et (b) sortis de l'hôpital pour une infection COVID-19 confirmée, Belgique



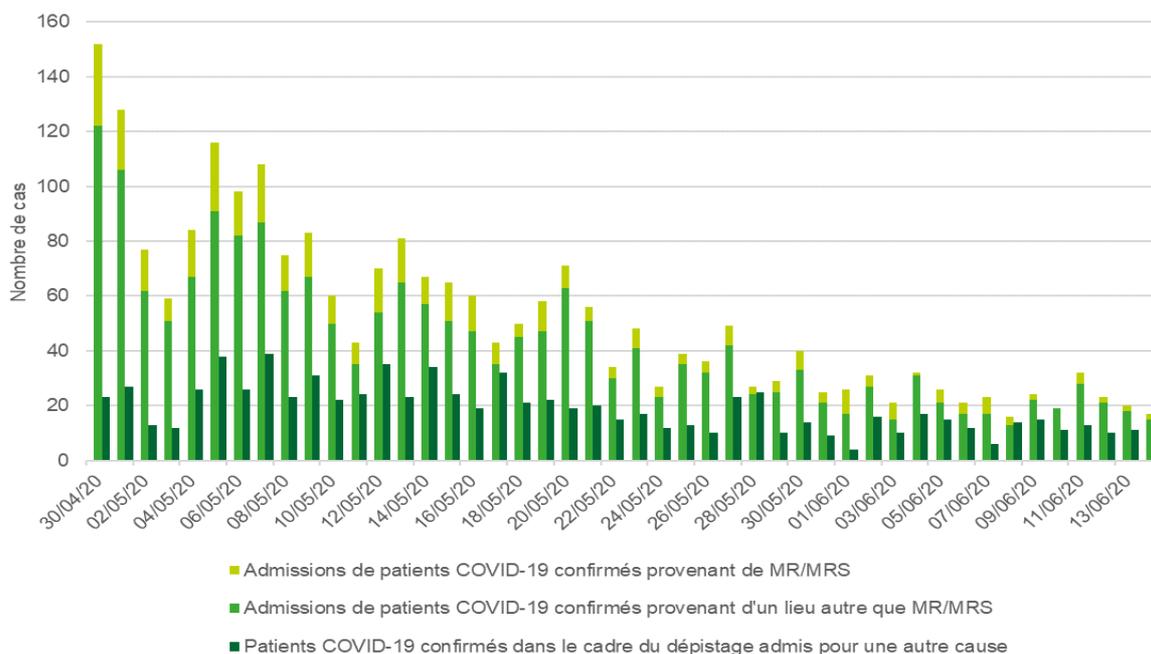
Entre le 15 mars et le 14 juin, 17 628 patients avec une infection COVID-19 confirmée en laboratoire sont entrés à l'hôpital et 16 612 personnes ont quitté l'hôpital.

Étant donné l'élargissement des indications de demande d'un test depuis le 22 avril (tous les patients admis à l'hôpital peuvent être testés, quelle que soit la raison de leur admission) et compte tenu de la reprise progressive des activités habituelles à l'hôpital, il est intéressant de suivre séparément les patients admis en raison d'une pathologie COVID-19 et les patients admis en raison d'une autre pathologie ayant un test COVID-19 positif.

Depuis le 30 avril, les admissions hospitalières de patients avec une infection COVID-19 confirmée sont donc classées en fonction de la cause d'admission ainsi que de la provenance des patients. Cela nous permet d'avoir une vue sur le nombre de patients admis en raison d'une autre pathologie, mais testés positifs dans le contexte du dépistage à l'admission, ainsi que sur le nombre de nouveaux patients COVID-19 venant d'une maison de repos ou d'une autre institution de soins de longue durée. Le graphique ci-dessous présente les admissions hospitalières par jour, en fonction de la provenance des patients et de la cause d'admission.

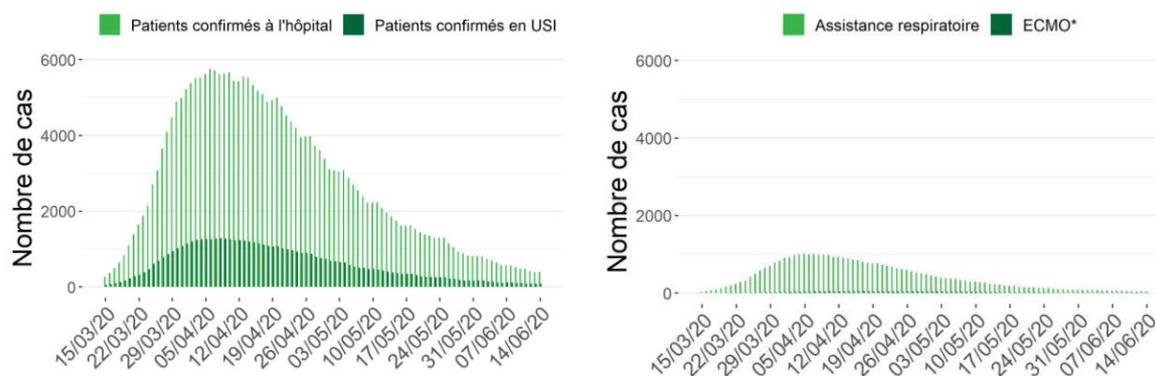
¹ Par ailleurs, les données des cas confirmés radiologiquement (par un CT-scanner thoracique) ainsi que celles des cas possibles sont également collectées et utilisées pour obtenir une image globale dans les évaluations de l'impact du COVID-19 sur notre système de santé hospitalier (capacité hospitalière).

Figure 2. Évolution du nombre d'admissions hospitalières de patients avec une infection COVID-19 confirmée, par provenance et par cause d'admission, Belgique, 30 avril – 14 juin



Le nombre de patients hospitalisés est suivi chaque jour dans le cadre de la surveillance de la capacité hospitalière. Celle-ci permet de renseigner sur le nombre de personnes hospitalisées pour COVID-19 dans les hôpitaux (toutes unités confondues), et dans les unités de soins intensifs, ainsi que sur le nombre de patients recevant une assistance respiratoire (invasive) et le nombre de patients sous ECMO.

Figure 3. Évolution journalière du nombre de patients COVID-19 confirmés hospitalisés dans les hôpitaux[§], les USI, sous assistance respiratoire (invasive) et sous ECMO*



* ECMO : oxygénation par membrane extracorporelle, USI : Unité de soins intensifs

§ Nombre d'hôpitaux participants : 104 (au 14 juin 2020)

Le 14 juin, 400 lits d'hôpital, dont 85 lits en unité de soins intensifs étaient occupés par des patients confirmés COVID-19 ; 43 patients nécessitaient une assistance respiratoire et 7 une ECMO.

Sur les 104 hôpitaux (regroupés par numéro d'agrément) qui déclarent quotidiennement, 7 hôpitaux n'avaient aucun cas COVID-19 confirmé ou possible le 14 juin.

Informations plus détaillées et évolution des patients COVID-19 hospitalisés

1. CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS HOSPITALISÉS

Les informations suivantes proviennent de la **surveillance clinique des patients hospitalisés**. Ces résultats concernent les patients ayant une infection COVID-19 confirmée par un test de laboratoire (PCR ou antigène) et/ou par scanner thoracique. Les patients qui auraient été hospitalisés pour une autre raison et diagnostiqués COVID-19 en cours d'hospitalisation ou lors d'un dépistage systématique à l'admission sont également enregistrés. Au 14 juin 2020, 16 628 patients hospitalisés avaient été déclarés dont 15 160 avec des données d'admission et 13 362 avec des données de sortie. Les résultats présentés incluent les patients confirmés par examen de laboratoire (91 %) ou par scanner thoracique sans confirmation de laboratoire (9 %).

1.1. DISTRIBUTION DES PATIENTS HOSPITALISÉS PAR ÂGE ET SEXE

1.1.1. SEXE

Parmi les 15 160 patients hospitalisés pour lesquels nous disposons des données à l'admission, on observe une proportion plus grande d'hommes (53 %) que de femmes (47 %). En début d'épidémie la proportion d'hommes hospitalisés avec une infection COVID-19 était plus élevée, cette distribution par sexe a évolué et la proportion de femmes a atteint un peu plus de la moitié des patients admis depuis la semaine 16 (12 au 18 avril 2020).

1.1.2. ÂGE

La moitié des patients hospitalisés étaient âgés de plus de 71 ans (fourchette d'âge entre 0 et 104 ans) (figure 4). Plus de la moitié des patients admis avaient entre 50 et 79 ans. La figure 5 montre que la diminution du nombre d'admission concernait toutes les tranches d'âge dès fin mars, excepté pour les patients âgés de plus de 80 ans pour lesquels les admissions sont restées proportionnellement élevées plus tardivement. Étant donné le faible nombre de patients signalés au cours de la semaine du 7 au 13 juin, ceux-ci n'ont pas été inclus dans le graphique représentant l'évolution des admissions par groupe d'âge.

Figure 4. Distribution des patients admis à l'hôpital par catégories d'âge (N=15 139)

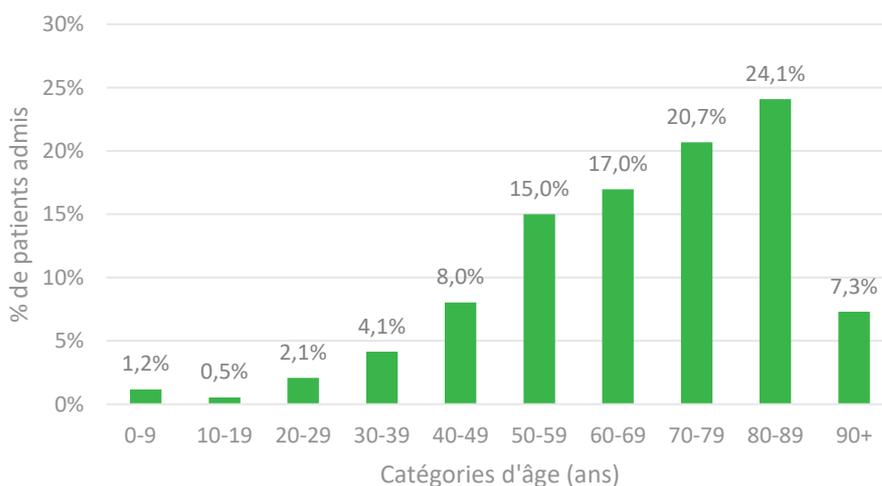
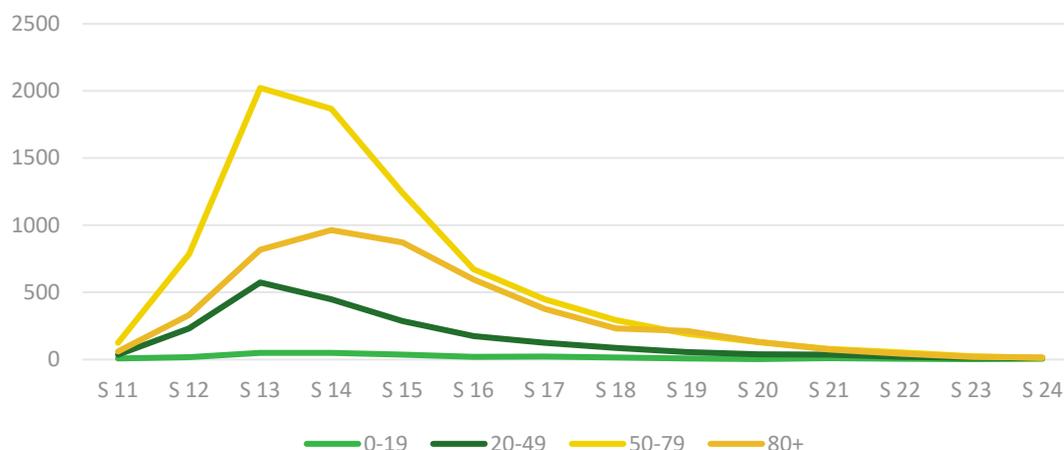


Figure 5. Nombre de patients admis par groupe d'âge et semaine de diagnostic, enregistrés jusqu'au 14 juin (N=15 139)



S 11 (08-14/03), S 12 (15-21/03), S 13 (22-28/03), S 14 (29/03-04/04), S 15 (05-11/04), S 16 (12-18/04), S 17 (19-25/04), S 18 (26/04-02/05), S 19 (03-09/05), S 20 (10-16/05), S 21 (17-23/05), S 22 (24-30/05), S 23 (31/05-06/06), S 24 (07/06-13/06)

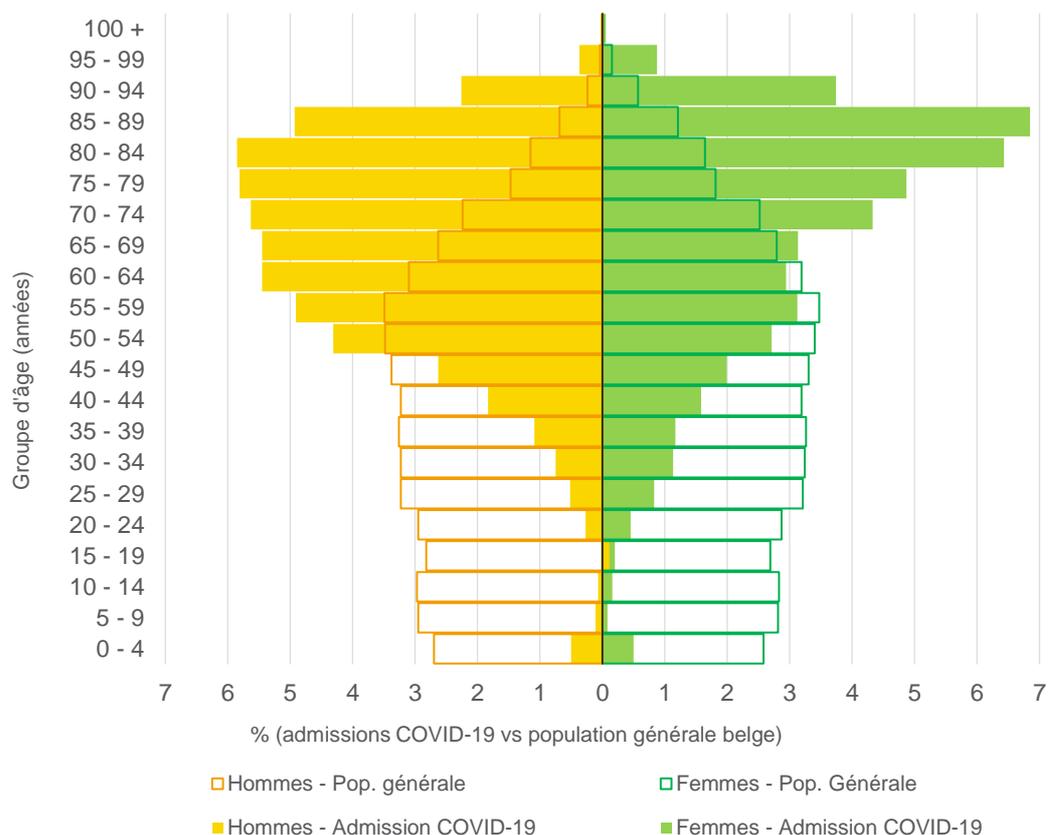
1.1.3. ÂGE ET SEXE

Les femmes hospitalisées sont en moyenne plus âgées que les hommes : la moitié des femmes a plus de 74 ans (fourchette d'âge entre 0 et 104 ans), tandis que chez les hommes, la moitié a plus de 68 ans (fourchette d'âge entre 0 et 101 ans).

La figure 6 illustre la proportion par groupe d'âge et de sexe de l'ensemble des patients COVID-19 admis à l'hôpital par rapport à la population générale belge générale au 1^{er} janvier 2020 (Statbel²). On observe une surreprésentation des personnes âgées par rapport à la population générale, ainsi qu'une survenue plus fréquente de formes sévères requérant une hospitalisation chez les hommes. Chez les patients de moins de 80 ans : 57 % des patients admis sont des hommes alors que dans la population générale belge de moins de 80 ans, les hommes représentent la moitié (50 %) de la population. Pour les patients âgés d'au moins 80 ans, 57% des patients admis sont des femmes. Ce chiffre est fortement influencée par la plus grande proportion de femmes (63 %) dans la population générale dans cette classe d'âge.

² Statbel. Structure de la population belge au 1^{er} janvier 2020. <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population>

Figure 6. Distribution par âge et par sexe des patients admis à l'hôpital (N=15 001) par rapport à la population générale belge



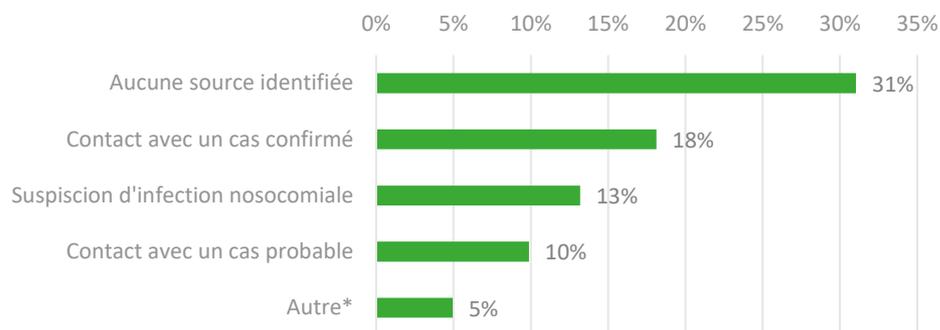
1.2. EXPOSITION DES PATIENTS

Seize pour cent de l'ensemble des patients admis étaient résidents en maison de repos. Parmi les patients âgés de plus de 65 ans, les résidents en maison de repos représentaient 25 % sur l'ensemble des patients de la période étudiée. Leur nombre et proportion a évolué au cours des semaines pour atteindre un nombre maximal durant la semaine du 29 mars au 4 avril, par la suite les admissions pour les résidents en maison de repos ont diminué un peu plus lentement que pour les autres patients. Ils représentaient de 32 à 38 % des patients de plus de 65 ans admis durant les semaines du 5 avril au 16 mai.

Parmi les patients âgés de 18 à 70 ans, 7 % ont été déclarés comme professionnels de la santé, sans spécification du milieu de travail, ni de la source d'exposition (liée au travail ou non).

Des informations sur les circonstances d'exposition (contact avec cas ou nosocomial) ont été communiquées pour 9 578 (63 %) patients et sont présentées à la figure 7. Pour un peu moins d'un tiers (31 %) de ces patients, la source d'infection n'était pas identifiée. Selon l'appréciation des cliniciens, 13 % des patients pour lesquels des données d'exposition étaient disponibles, étaient suspectés d'avoir contracté l'infection COVID-19 au cours d'un séjour dans un établissement de soins de santé (infection nosocomiale). À noter que pour un même patient, plusieurs sources d'exposition différentes pouvaient être signalées.

Figure 7. Distribution des expositions déclarées pour les patients hospitalisés (N=9 578)



* Inclut, par exemple, les personnes vivant en institution (santé mentale et autres) et les autres logements collectifs.

1.3. SIGNES CLINIQUES ET SYMPTÔMES À L'ADMISSION

Des informations sur les signes cliniques ou symptômes de l'infection COVID-19, constatés objectivement par les équipes hospitalières ou signalés par le patient ont été collectées.

Le délai entre le début des symptômes et l'admission à l'hôpital a été calculé pour les patients pour lesquels les deux dates étaient disponibles et qui ont été admis à l'hôpital après le début des symptômes (N=12 571), ce laps de temps était de 5 jours ou moins pour la moitié des patients (2 jours ou moins pour un quart des patients et 8 jours ou plus pour un quart des patients).

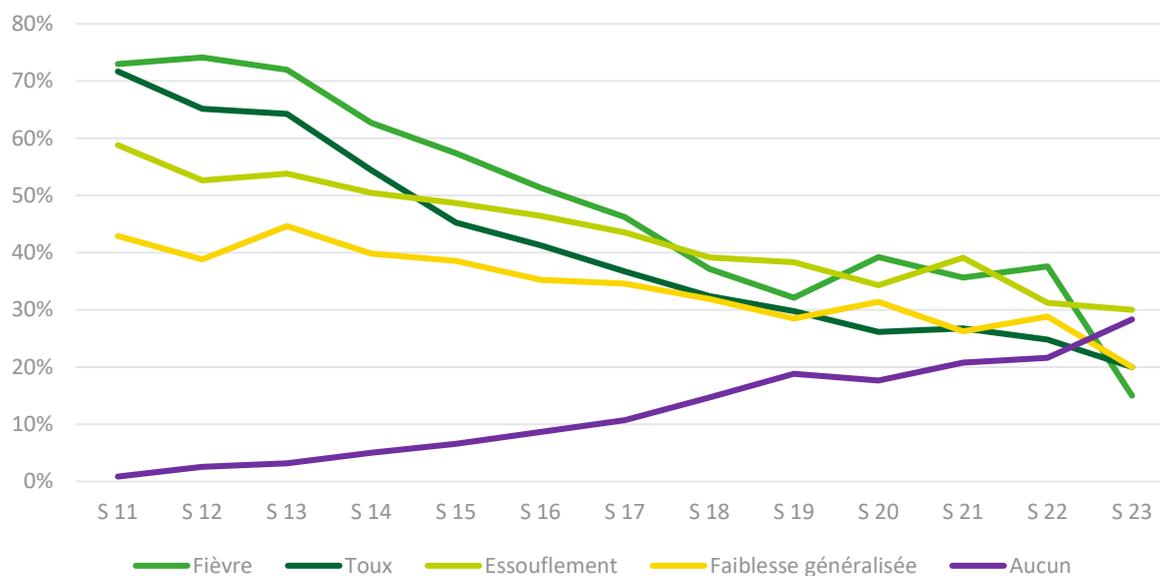
Les symptômes les plus fréquemment signalés par le patient à l'admission étaient la fièvre, la toux, l'essoufflement et la faiblesse généralisée, mais des symptômes digestifs étaient également signalés par certains patients (table 1). Comme l'illustre la figure 8, au fil de semaines, les symptômes des patients admis à l'hôpital pour une infection COVID-19 ont évolués. Notamment, une proportion croissante de patients ne présentant pas de symptômes liés au COVID-19 à l'admission a été observée, très probablement en conséquence de l'évolution dans les pratiques de dépistage en hôpital ainsi que la reprise par les hôpitaux de leurs activités habituelles. Ces patients ne présentant pas de symptômes suggestifs du COVID-19 représentent environ un cinquième des patients admis durant les toutes dernières semaines.

Tableau 1. Distribution des symptômes à l'admission (N=15 160)

Symptômes	Nombre de patients (N)	%
Fièvre	9 048	60
Toux	7 725	51
Essoufflement	7 396	49
Faiblesse généralisée	5 854	39
Douleur	3 220	21
Diarrhée	2 066	14
Nausées / vomissements	1 680	11
Maux de tête	1 494	10
Confusion mentale / irritabilité	1 083	7
Maux de gorge	866	6
Rhinite (irritation et inflammation nasale)	561	4
Anosmie (perte d'odorat)* (N=14 012)	509	4
Autre	2 663	18
Aucun	1 044	7

* Les informations sur l'anosmie n'étaient pas collectées avant le 21 mars 2020.

Figure 8. Distribution des symptômes les plus fréquents à l'admission par semaine de diagnostic (N=15 160)



S 11 (08-14/03), S 12 (15-21/03), S 13 (22-28/03), S 14 (29/03-04/04), S 15 (05-11/04), S 16 (12-18/04), S 17 (19-25/04), S 18 (26/04-02/05), S 19 (03-09/05), S 20 (10-16/05), S 21 (17-23/05), S 22 (24-30/05), S 23 (31/05-06/06)

Les observations les plus fréquemment constatées à l'examen clinique à l'admission étaient des signes respiratoires – difficulté respiratoire (dyspnée), augmentation de la fréquence respiratoire (tachypnée) et auscultation pulmonaire anormale – qui ont été constatés chez un peu moins de la moitié des patients. Les signes cliniques non respiratoires étaient beaucoup moins fréquents (tableau 2).

Tableau 2. Signes cliniques observés à l'admission (N=15 160)

Signes cliniques	Nombre de patients (N)	%
Auscultation pulmonaire anormale	6 548	43,2
Dyspnée / tachypnée	6 348	41,9
Exsudat pharyngé	301	2,0
Coma	107	0,7
Conjonctivite	78	0,5
Convulsions	26	0,2
Aucun	2 555	16,9

Une radiographie ou un CT-scanner thoracique montrant une pneumonie associée au COVID-19 a été enregistrée à l'admission chez 59,6 % des patients.

1.4. COMORBIDITÉS PRÉEXISTANTES

Près de trois quarts (73 %) des patients admis à l'hôpital pour l'infection COVID-19 souffraient d'au moins un problème de santé préexistant (comorbidité). Le tableau ci-dessous présente les comorbidités de ces patients en fonction de leur âge. Un patient peut présenter plusieurs comorbidités.

Tableau 3. Proportion et nombre de comorbidités préexistantes par catégories d'âge

	< 1 (N=114)	1-15 (N=105)	16-44 (N=1 497)	45-64 (N=4 243)	≥ 65 (N=9 180)	Total (N=15 160)
Maladies cardiovasculaires	1,8 %	0,0 %	3,6 %	16,0 %	47,9 %	33,9 %
Hypertension artérielle	0,0 %	1,9 %	7,3 %	27,9 %	51,0 %	39,5 %
Diabète	0,0 %	2,9 %	7,1 %	16,5 %	26,7 %	21,5 %
Maladie pulmonaire chronique	0,9 %	1,0 %	5,9 %	12,5 %	17,3 %	14,6 %
Maladie rénale chronique	0,0 %	1,9 %	2,5 %	4,9 %	18,3 %	12,8 %
Troubles cognitifs	0,9 %	2,0 %	2,0 %	3,5 %	17,7 %	12,0 %
Maladies neurologiques chroniques	0,0 %	4,1 %	3,0 %	5,8 %	11,0 %	8,6 %
Cancer solide	0,9 %	1,0 %	1,3 %	5,7 %	11,5 %	8,7 %
Obésité*	0,0 %	5,3 %	9,3 %	13,9 %	8,3 %	9,8 %
Immunodépression, y compris le VIH	0,0 %	3,8 %	3,2 %	3,3 %	2,0 %	2,5 %
Maladie chronique du foie	0,0 %	2,9 %	1,3 %	3,3 %	2,6 %	2,7 %
Cancer hématologique	0,9 %	1,9 %	0,5 %	1,5 %	2,3 %	1,9 %
Nombre de comorbidités déclarées						
0	94,7 %	83,8 %	72,9 %	42,5 %	11,1 %	27,1 %
1	5,3 %	12,4 %	19,8 %	30,4 %	25,5 %	26,1 %
2	0,0 %	2,9 %	5,0 %	16,0 %	28,2 %	22,2 %
3 ou plus	0,0 %	1,0 %	2,3 %	11,1 %	35,2 %	24,7 %

Note : Données manquantes sur l'âge pour 21 patients.

* L'obésité n'a été enregistrée comme comorbidité qu'à partir du 3 avril.

A titre de comparaison, sur la base des résultats de l'Enquête de santé 2018 dans la population générale belge³, on estime la prévalence de l'hypertension à 18 % dans la population âgée de 15 ans et plus et de 38 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Le diabète est déclaré par 6 % de la population générale de 15 ans et plus, et 14 % parmi les 65 ans et plus, et un cancer par 2% de la population de 15 ans et plus et 6 % des 65 ans et plus.

³ J. Van der Heyden, R. Charafeddine. Enquête de santé 2018 : Maladies et affections chroniques. Bruxelles, Belgique : Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.440/27. Disponible en ligne : www.enquetesante.be

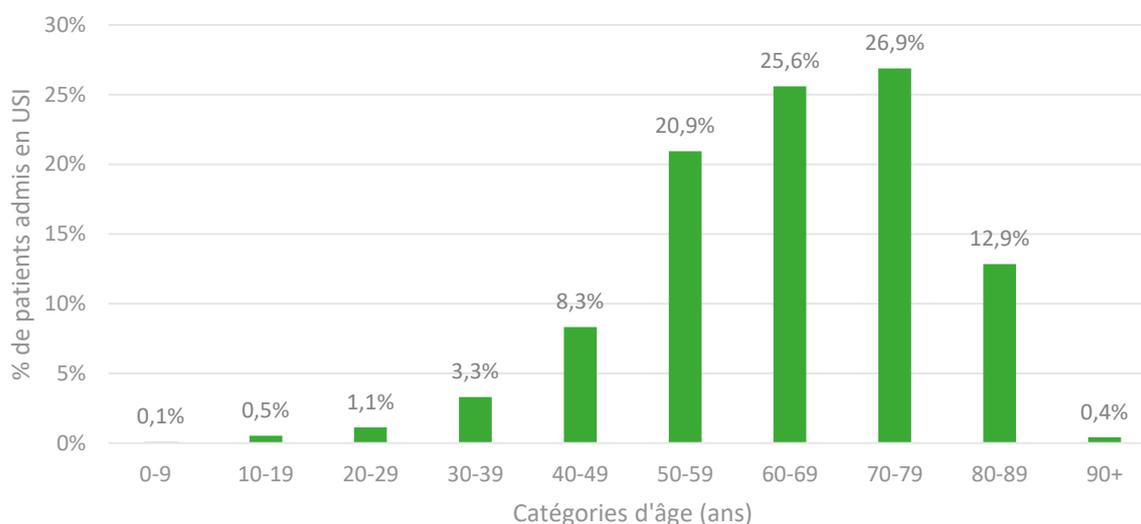
2. ÉVOLUTION CLINIQUE DES PATIENTS DURANT L'HOSPITALISATION

Grâce au questionnaire sur les informations de sortie de la **surveillance clinique des patients hospitalisés**, des informations cliniques ont été enregistrées pour 13 462 patients sortis de l'hôpital avant le 15 juin. Ceci nous permet de décrire les caractéristiques des patients admis en USI, ainsi que les facteurs liés au décès chez les patients hospitalisés avec une infection COVID-19.

2.1. ADMISSION EN UNITÉ DE SOINS INTENSIFS

Parmi les patients atteints du COVID-19 sortis de l'hôpital (excluant les patients transférés vers un autre hôpital), 12 % (1 696 patients) ont séjourné en USI. La moitié des patients admis en USI avaient plus de 66 ans (fourchette d'âge entre 0 et 97 ans), ces patients sont donc en moyenne plus jeunes par rapport à l'ensemble des patients hospitalisés.

Figure 9. Distribution par catégories d'âge des patients admis en unité de soins intensifs (N=1 696)

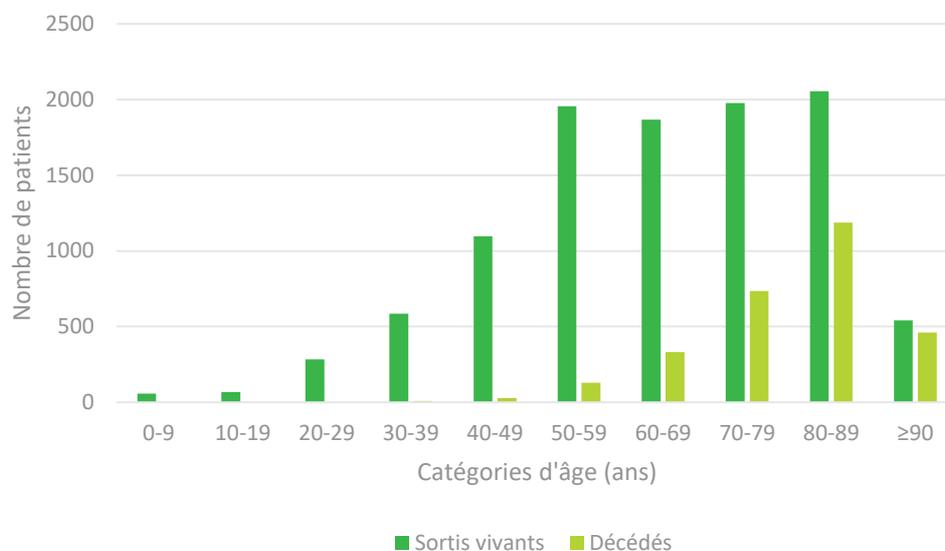


2.2. DÉCÈS

La proportion de décès calculée parmi les patients sortis (vivants ou décédés) de l'hôpital est de 21 % (2 880/13 462).

La proportion de décès était de 23 % chez les hommes et de 19 % chez les femmes. Comme illustré dans la figure 10, les patients décédés sont en moyenne plus âgés que les patients sortis vivants de l'hôpital. Plus de la moitié des patients décédés avait plus de 82 ans (fourchette d'âge de 30 à 104 ans) alors que plus de la moitié des patients sortis vivants de l'hôpital avait plus de 66 ans (fourchette d'âge de 1 à 103 ans).

Figure 10. Nombre de patients sortis de l'hôpital vivants ou décédés par catégorie d'âge (N=13 462)



La tableau 4 montre la distribution de plusieurs indicateurs de sévérité parmi l'ensemble des patients sortis de l'hôpital et le nombre et la proportion de décès en fonction de l'indicateur de sévérité. Pour 78 % des patients, une pneumonie a été diagnostiquée par imagerie médicale durant l'hospitalisation. Treize pour cent des patients ont présenté un syndrome de détresse respiratoire (ARDS) et parmi ceux-ci, 53 % sont décédés.

Tableau 4. Nombre et pourcentage de patients par indicateur de sévérité parmi l'ensemble des patients sortis de l'hôpital (N=13 462), et nombre et pourcentage de décès en fonction de l'indicateur de sévérité

Indicateur de sévérité	Patients sortis vivants ou décédés (N=13 462)*		Décès (N=2 880)	
	N	%	N	%**
Pneumonie	10 433	78	2 429/10 433	23
Syndrome de détresse respiratoire (ARDS)	1 673	13	882/1 673	53
Surinfection bactérienne et/ou fongique	2 671	20	910/2 671	34
Admission en USI	1 695	13	678/1 695	40
Ventilation artificielle invasive	990	7	539/990	54
Oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO)	74	1	50/74	68
Pas d'indicateur de sévérité	2 393	18	262/2 393	11
Au moins un indicateur de sévérité ci-dessus	10 483	77	2 513/10 483	24

* Le même patient peut présenter plus d'un indicateur de sévérité.

** Pourcentage de décès parmi ceux qui présentent l'indicateur de sévérité.

2.3. FACTEURS DE RISQUE DE DÉCÈS PARMIS LES PATIENTS HOSPITALISÉS

Des données sur les comorbidités sont disponibles pour 11 942 (88,6 %) des 13 362 patients pour lesquels on dispose de données de sortie. Il s'agit du sous-ensemble des patients pour lesquels on dispose de données sur l'admission et la sortie.

Le tableau 5 et la figure 11 montrent que les comorbidités sont plus fréquentes chez les patients décédés. Huit pour cent des patients décédés n'ont pas déclaré de comorbidité.

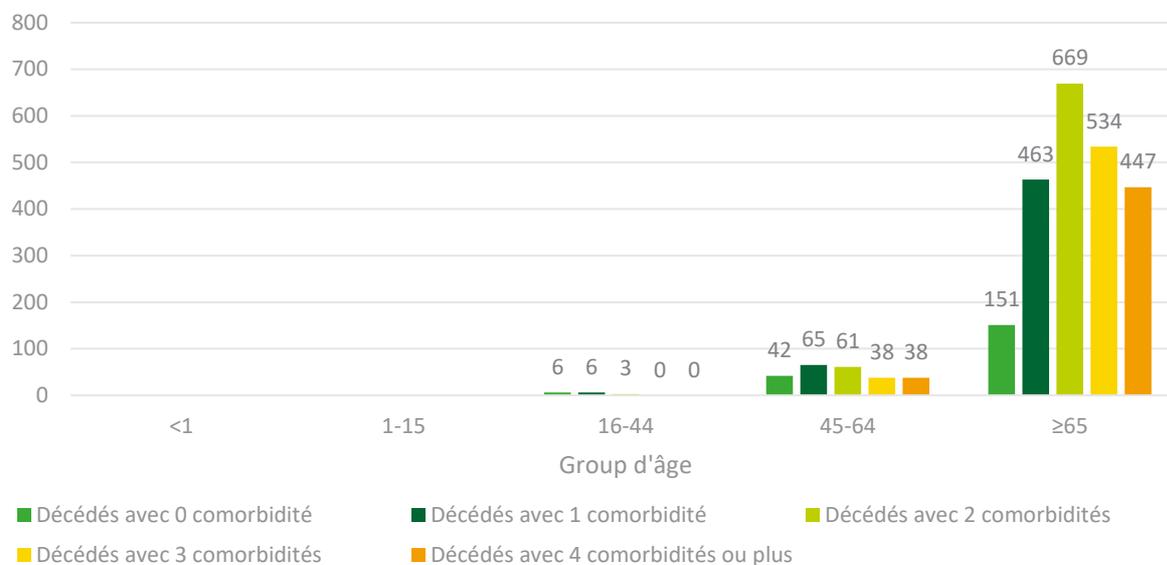
Tableau 5. Distribution des comorbidités des patients et du nombre de comorbidités par statut vivant ou décédé

Comorbidités	Patients sortis vivants (N=9 419)		Patients décédés (N=2 523)	
	N	%	N	%
Maladies cardiovasculaires	2 771	29	1 314	52
Hypertension artérielle	3 434	36	1 274	50
Diabète	1 873	20	700	28
Maladie rénale chronique	1 007	11	564	22
Maladie hépatique chronique	218	2	97	4
Maladie pulmonaire chronique	1 276	14	490	19
Maladies neurologiques chroniques	37	0	20	1
Troubles cognitifs	857	9	514	20
Immunodépression, y compris le VIH	238	3	67	3
Cancer solide	707	8	323	13
Cancer hématologique	150	2	73	3
Obésité*	649	7	139	6
Nombre de comorbidités	N	%	N	%
0	2 877	31	199	8
1	2 531	27	534	21
2	1 915	20	733	29
3	1 222	13	572	23
4 et plus	874	9	485	20

* L'obésité n'a été enregistrée comme comorbidité qu'à partir du 3 avril.

La majorité des décès signalés dans le cadre de cette surveillance et pour lesquels des informations sur l'âge étaient disponibles (89,7 %), sont survenus chez des patients âgés de plus de 64 ans. Parmi les patients plus jeunes (≤ 64 ans), 48 des 259 patients décédés n'avaient pas déclaré de comorbidité (18,5 %) (figure 11).

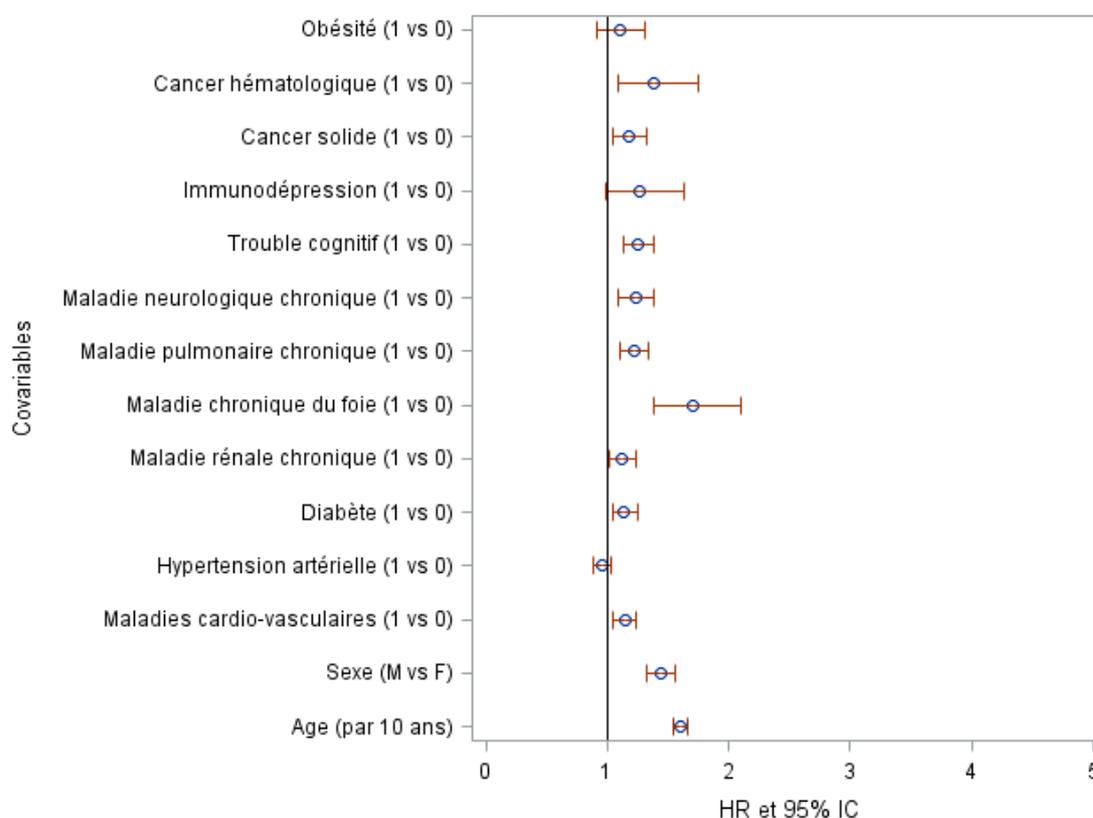
Figure 11. Nombre de décès par nombre de comorbidités et par catégorie d'âge



Une analyse statistique (appelée modèle de régression de Cox) a permis d'étudier simultanément les associations entre l'âge, le sexe, la présence d'une comorbidité et le risque de décès. Le graphique ci-dessous montre le résultat de cette analyse sous la forme des valeurs de hazard ratio (HR) et de son intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %). Le hazard ratio exprime le risque relatif de survenue de décès indépendamment pour chacun des facteurs étudiés. Un effet bénéfique se traduit par une valeur inférieure à 1, alors qu'une valeur supérieure à 1 indique un effet néfaste. Lorsque l'IC 95 % croise la valeur de 1, l'association n'est pas statistiquement significative.

Notre analyse statistique montre que le vieillissement, le fait d'être un homme, d'avoir une maladie cardiovasculaire (CVD), un diabète, une maladie chronique des reins, du foie ou des poumons, des troubles neurologiques ou cognitifs, d'être atteint d'un cancer augmentent de manière statistiquement significative le risque de décéder de l'infection COVID-19 en hôpital. Dans nos données, la présence d'hypertension artérielle ne semble pas être liée au risque de décès hospitalier. L'obésité, quant à elle, n'est associée à un risque plus élevé de décès que lorsqu'on analyse uniquement les patients âgés de moins de 65 ans.

Figure 12. Hazard ratio (HR) ajustés pour la mortalité et intervalles de confiance à 95 % (IC 95 %) (1 = présence du facteur de risque ; 0 = absence du facteur de risque)



2.4. DURÉES DE SÉJOUR HOSPITALIER

L'analyse des durées de séjour a été limitée aux cas hospitalisés diagnostiqués COVID-19 avant le 1^{er} mai afin de permettre un recul suffisant pour que les données des patients ayant séjourné longtemps à l'hôpital soient également enregistrées et incluses dans l'analyse. Ainsi, le biais de sélection résultant de la notification plus rapide des personnes sorties de l'hôpital après un court séjour est minimisé. En outre, les patients admis à l'hôpital pour d'autres pathologies, avant l'apparition des symptômes du COVID-19, ont été exclus de cette analyse étant donné qu'une partie de leur séjour hospitalier n'était pas liée à l'infection COVID-19.

Plus de la moitié des patients diagnostiqués avant le 1^{er} mai ont séjourné à l'hôpital (de l'admission à la sortie) pendant 8 jours (25 % des patients sont restés hospitalisés 4 jours ou moins et 25 % 14 jours ou plus).

Pour les patients ayant séjourné en USI, la durée médiane de séjour en USI était de 8 jours (25 % des patients sont restés en USI 4 jours ou moins et 25 % 17 jours ou plus).

REMERCIEMENTS

Nous remercions sincèrement tous les professionnels de la santé pour la transmission des données relatives aux patients, et nous espérons que ce rapport apportera une valeur ajoutée à leur travail.

Nous remercions également nos collègues qui collaborent à cette surveillance.

**POUR PLUS
D'INFORMATIONS**

Rendez-vous sur notre site web :
<https://covid-19.sciensano.be>

Sciensano • Rue Juliette Wytsmanstraat 14 • 1050 Brussels • Belgium • T + 32 2 642 51 11 • T press + 32 2 642 54 20 •
info@sciensano.be • www.sciensano.be

Prof. C. Léonard, Managing director • Rue Juliette Wytsmanstraat 14 • 1050 Brussels • Belgium • D/2020/14.440/65