

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 sur le portail de données ouvertes COVID-19 ?.....	5
1.7. A quelles fins les données de surveillance sont-elles utilisées ?	5
2. Concepts épidémiologiques	6
2.1. Quelle est la différence entre incidence, prévalence et autres concepts épidémiologiques de base ?.....	6
2.2. Quelle population est utilisée pour les calculs d'incidence ?.....	6
2.3. Qu'est-ce qu'une moyenne mobile et comment la calcule-t-on ?.....	6
2.4. Quelles sont les dates marquant les vagues de l'épidémie COVID-19 en Belgique ?.....	8
2.5. Quelle échelle est utilisée pour les cartes géographiques de couleurs dans le rapport épidémiologique ?.....	10
3. Données sur les cas de COVID-19	11
3.1. Comment collectons-nous les cas de COVID-19?.....	11
3.2. Quelles données utilisons-nous pour rapporter les cas et les tests effectués ?.....	12
3.3. Comment nous assurons nous que seuls les nouveaux cas sont pris en compte ?	16
3.4. Pourquoi est-il difficile de comparer le nombre de cas de différents pays ?	17
3.5. Pourquoi le nombre signalé de cas confirmés est-il toujours bas pour la dernière journée signalée ?	17
3.6. Pourquoi y a-t-il toujours moins de cas signalés pendant les week-ends ?	19
3.7. Les résultats sérologiques sont-ils également inclus dans le nombre de patients atteints de COVID-19 confirmés ?	19
4. Données sur les tests effectués et le taux de positivité	20
4.1. Qu'est-ce que est le taux de positivité et comment est-il calculé?	20
4.2. Pourquoi le taux de positivité dans le bulletin épidémiologique n'est-il pas égal au nombre de nouveaux cas divisé par le nombre total de tests pour cette même période ?.....	20
4.3. Pour quelles raisons les personnes peuvent-elles être testées plusieurs fois ?	21
4.4. Pourquoi le nombre de tests positifs dans la table « tests » de l' <i>open data</i> n'est pas la même que le nombre de cas dans « cases_agesex » ?	21
5. Patients hospitalisés pour une infection COVID-19 confirmée.....	22
5.1. Comment collectons-nous les données sur les patients hospitalisés pour une infection COVID-19 confirmée ?.....	22
5.2. 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 ?	23
5.3. Quels patients sont comptés dans le nombre d'admissions à l'hôpital ?	23
5.4. comment les hôpitaux sont-ils répartis par province?	25
6. Données sur les décès dus au COVID-19	26
6.1. Comment collectons-nous les données sur les décès COVID-19 ?.....	26
6.2. Comment les décès covid-19 sont-ils déclarés en Belgique par rapport à d'autres pays ? et comment pouvons-nous comparer ces chiffres ?	26

6.3. Les décès dans les maisons de repos sont-ils aussi inclus dans les statistiques sur la mortalité COVID-19 ?	27
6.4. Comment le nombre de décès des résidents de Maison de repos est-il obtenu ?	27
6.5. Les décès survenus hors des hôpitaux et des maisons de repos sont-ils également inclus dans les statistiques sur la mortalité COVID-19 ?	27
6.6. Les données sur les décès COVID-19 comprennent-elles les cas confirmés et les cas possibles ?	28
6.7. Pourquoi le nombre de décès pour une date spécifique peut-il changer?	28
6.8. Quels changements à la collecte des données ont été apportés ?	28
7. Données du système de surveillance de la grippe	30
7.1. Comment collectons-nous des données sur des maladies de type influenza ?	30
8. Surveillance moléculaire	31
8.1. Qu'est-ce qu'une surveillance moléculaire ?	31
8.2. Comment la surveillance moléculaire est-elle organisée en Belgique ?	31
8.3. Comment les informations relatives aux différents variants sont-elles collectées, enregistrées et rapportées par Sciensano?	32
8.4. Comment la surveillance moléculaire effectuée en Belgique est-elle communiquée au niveau international ?	33
9. Données issues de la surveillance des vaccinations	34
9.1. Comment collectons-nous les données sur la surveillance des vaccinations?	34
9.2. Quelles sont les données collectées dans Vaccinnet+ et transmises à Sciensano ?	34
9.3. Quels sont les différents schémas vaccinaux COVID-19 en Belgique?	35
9.4. Comment les couvertures vaccinales sont-elles déterminées ?	38
9.5. Quelle est la signification des termes «au moins une dose», «primo-vaccination complete » et «+ rappel» utilisés dans la surveillance des vaccinations COVID-19 ?	40
9.6. Pourquoi les chiffres de surveillance de la vaccination rapportés par Sciensano peuvent-ils fluctuer?	41
9.7. Comment les infections de percée sont-elles définies et surveillées par sciensano ?	42
9.8. Comment est évalué l'impact de la vaccination ?	43
9.9. Les chiffres utilisés par Sciensano pour la surveillance des vaccinations sont-ils disponibles au grand public?	43
9.10. Comment puis-je trouver des chiffres sur la distribution des vaccins en Belgique?	43
9.11. Ou puis-je trouver des informations sur les potentiels effets secondaires des vaccins ?	44

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. C'est le Risk Management Group qui valide le contenu des procédures, puis celles-ci deviennent opérationnelles. 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 rapporter les données collectées.

1.2. QUELLES SONT LES DONNEES COLLECTEES PAR SCIENSANO POUR LA SURVEILLANCE DU COVID-19?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 24/09/2020

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 5](#)) et sur les décès dus au COVID-19 ([voir section 6](#)).

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 24/09/2020

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](#) du [Centre de crise](#), les porte-paroles 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 24/09/2020

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 actualisées.

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

Le [rapport épidémiologique](#) quotidien est également accessible au public sur notre [site Web](#).

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 SUR LE PORTAIL DE DONNÉES OUVERTES COVID-19 ?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 24/09/2020

Vous pouvez consulter [l'ensemble des données spécifiques via notre site Web](#) (gratuitement). Celles-ci sont mises à jour quotidiennement pendant la nuit.

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. A 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'évaluation 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. Concepts épidémiologiques

2.1. QUELLE EST LA DIFFÉRENCE ENTRE INCIDENCE, PRÉVALENCE ET 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 du 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 depuis 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 depuis 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.

2.2. QUELLE POPULATION EST UTILISÉE POUR LES CALCULS D'INCIDENCE ?

Question ajoutée 23/06/2022 | Dernière mise à jour 23/06/2022

Les chiffres officiels les plus récents relatifs à la population légalement enregistrée en Belgique sont utilisés comme dénominateurs. Les chiffres de population au 1^{er} janvier 2020 ont été utilisés jusqu'à juillet 2021, moment à partir duquel les chiffres de la population au 1^{er} janvier 2021 publiés par STATBEL ont été utilisés. Les chiffres de population au 1^{er} janvier 2022 ont été publiés par STATBEL le 16 juin 2022 et sont utilisés depuis le 23 juin 2022 (STATBEL; [population au 1er Janvier 2022](#)).

2.3. QU'EST CE QU'UNE MOYENNE MOBILE ET COMMENT LA CALCULE-T-ON ?

Question ajoutée 30/03/2021 | Dernière mise à jour 30/03/2021

Afin d'obtenir une meilleure visualisation des courbes en évitant les fluctuations journalières, un lissage des données par moyenne mobile sur 7 jours est appliqué sur les différents indicateurs. Cette moyenne mobile est calculée au jour J comme la moyenne arithmétique d'un indicateur sur l'intervalle de temps J-6 à J.

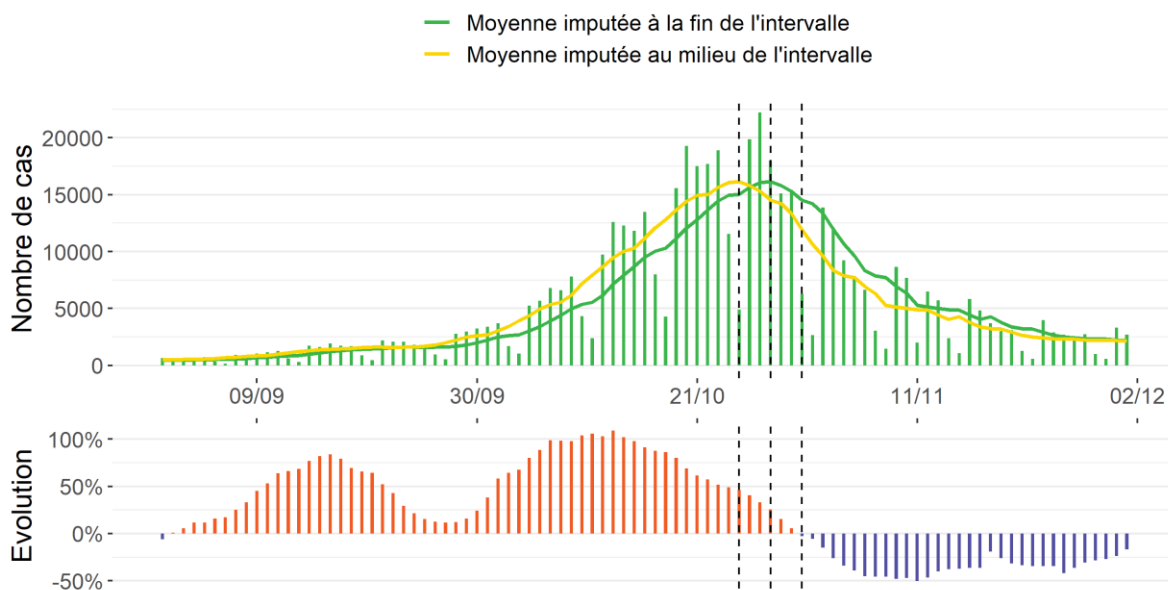
Pour connaître le sens de l'évolution d'un indicateur, le pourcentage d'évolution par rapport à sa valeur de la semaine précédente est calculé. Ce dernier est calculé au jour J comme la différence entre les moyennes mobiles au jour J et au jour J-7 divisé par la moyenne mobile au jour J-7.

Cependant, les moyennes mobiles et les évolutions communiquées le jour J dans le rapport se basent sur des données consolidées donc relatives au jour J-4 (voir question [1.3](#) et [3.5](#)). La moyenne mobile présentée dans nos graphiques est donc calculée sur l'intervalle J-10 à J-4. L'évolution de la moyenne pour la période sus-mentionnée se calcule par rapport à l'intervalle de temps J-17 à J-11 (par exemple, la moyenne rapportée le 28/10 est en fait calculée sur base des valeurs du 18/10 au 24/10. L'évolution rapportée le 28/10 est calculée en comparant la moyenne du 24/10 (données pour la période du 18/10 au 24/10) à la moyenne du 17/10 (données pour la période du 11/10 au 17/10)).

Le graphe ci-dessous reprend le nombre de cas quotidiens et les moyennes mobiles. Le graphe montrant l'évolution correspondante est placé juste en dessous. On observe un décalage de 3 jours pour la moyenne mobile (ligne verte) par rapport aux données brutes. Ceci est dû au fait que la valeur moyenne de l'intervalle n'a pas été imputée au centre de l'intervalle mais à la fin de celui-ci. La ligne jaune présente la moyenne mobile si elle était imputée au centre de l'intervalle.

L'évolution étant également calculée à la fin d'un intervalle de 7 jours, un second décalage de trois jours s'observe sur le graphe des évolutions (voir figure ci-dessous).

Les courbes lissées par moyenne sur 7 jours et les évolutions sont donc calculées pour illustrer des tendances. Les points critiques des courbes (points d'inflexion, maximum, minimum) ne peuvent pas être associés à une date spécifique.



2.4. QUELLES SONT LES DATES MARQUANT LES VAGUES DE L'ÉPIDÉMIE COVID-19 EN BELGIQUE ?

Question ajoutée 30/03/2021 | Dernière mise à jour 06/03/2024

La **première vague** de l'épidémie s'est déroulée en Belgique du 1er mars au 21 juin 2020. La **deuxième vague** de l'épidémie a débuté le 31 août 2020, la période entre le 22 juin et le 31 août a été définie comme une période « inter vague ». La **troisième vague** s'est déroulée du 15 février au 27 juin 2021. Il n'y a pas eu de période « inter-vague » clairement observée entre la deuxième et la troisième vague. La **quatrième vague** a débuté le 4 octobre 2021, la période entre le 27 juin et le 4 octobre a été définie comme une période « inter vague ». La **cinquième vague** a débuté le 27 décembre 2021, la **sixième vague** le 28 février 2022 et la **septième vague** le 30 mai 2022. La **huitième vague** a débuté le 12 septembre 2022 et la **neuvième vague** a débuté le 21 novembre 2022. La **dixième vague** s'est déroulée du 23 janvier 2023 au 9 juillet 2023. Aucune période « inter-vague » n'a été clairement observée depuis la cinquième vague. Lorsqu'il n'y a pas eu de période « inter-vague » ou lorsque la date de fin d'une vague n'est pas explicitement mentionnée, celle-ci correspond à la date de début de la vague suivante.

2.3.1 Pourquoi est-il important de définir une date précise pour marquer le début et la fin d'une vague de l'épidémie ?

La détermination d'une date qui marque le début et la fin d'une vague de l'épidémie est essentielle pour les analyses épidémiologiques et pour une description harmonisée des données issues de différents systèmes de surveillance. 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.

2.3.2 Comment ces dates ont-elles été définies ?

Les connaissances liées à l'épidémie de COVID-19 et ses caractéristiques ont considérablement évolué au fil du temps (groupes atteints, caractéristiques des patients hospitalisés, circulation de différents variantes, ...). Cela a eu un impact sur les indicateurs utilisés pour analyser l'évolution de cette épidémie. Chaque vague a ses spécificités, et il n'y a donc pas de combinaison standardisée d'indicateurs pour déterminer le début d'une nouvelle vague.

Le début de l'épidémie COVID-19 et par conséquent le début de la première vague, a été défini à la date du premier cas diagnostiqué en Belgique, c'est-à-dire le 1er mars 2020. La fin de la première vague de l'épidémie a été définie sur base du nombre de cas confirmés qui était à son niveau le plus bas le 21 juin 2020.

Le début de la deuxième vague a été défini sur base de l'évolution du nombre de nouveaux cas et du nombre d'hospitalisations. La semaine du 31 août a été la première semaine, après la fin de la première vague, durant laquelle tant l'évolution du nombre de nouveaux cas que celle des hospitalisations sont restées positives toute la semaine. Par la suite ces deux indicateurs ont demeuré positifs sur une période de temps significative. Pour plus d'informations sur la détermination de la date marquant le début de la deuxième vague de l'épidémie veuillez consulter la [note explicative](#) correspondante.

Le début de la troisième vague a été déterminé sur base du nombre de nouvelles hospitalisations et du nombre de lits occupés à l'hôpital et aux soins intensifs, les deux indicateurs les plus marquant de cette vague. Ceux-ci ont augmenté de façon marquée à partir de la semaine 7 2021, c'est-à-dire à partir du 15 février 2021, précédé d'une semaine par l'augmentation du nombre de cas et suivi par l'augmentation du nombre de décès COVID-19 deux semaines après.

Le début de la quatrième vague a été principalement défini sur base du nombre de nouvelles hospitalisations. En effet, la semaine 40 2021, et plus précisément à partir du 4 octobre 2021, a marqué le début de l'augmentation du nombre d'admissions à l'hôpital. De plus, une augmentation du nombre de cas a également été observée pendant cette semaine, avec une accélération plus rapide de cette augmentation.

Le début de la cinquième vague a été principalement établis sur base du nombre de nouveaux cas ainsi que sur la vitesse à laquelle ce nombre de nouveaux cas a augmenté. A partir de la semaine 52 2021, débutant le 27 décembre 2021, ces deux indicateurs ont fortement augmenté, marquant le début de cette nouvelle vague. En outre, le nombre de nouvelles admissions à l'hôpital a également augmenté à partir de cette semaine.

Le début de la sixième vague a été principalement défini sur base d'une augmentation du nombre de nouvelles hospitalisations, celles-ci ont en effet augmenté à partir de la semaine 9 (28 février 2022) après plusieurs semaines de diminution.

Le début de la septième vague a été défini sur base de l'augmentation du nombre de cas observé à partir de la semaine 22 (30 mai 2022). Le nombre de nouvelles hospitalisations a augmenté la semaine suivante.

Le début de la huitième et de la neuvième vague a été défini sur base de l'augmentation du nombre d'hospitalisations et de la concentration virale détectée dans les eaux usées à partir de la semaine 37 (12 septembre 2022) et de la semaine 47 (21 novembre 2022), respectivement.

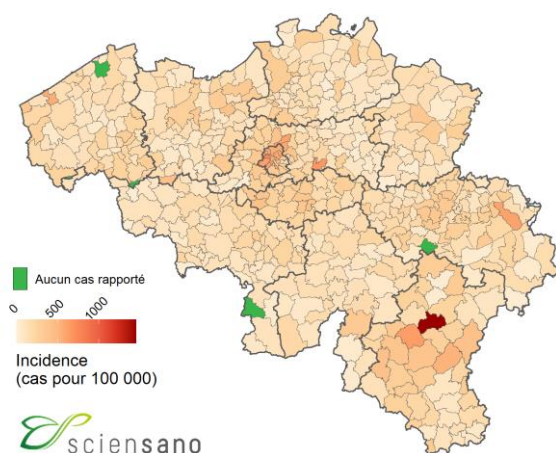
Le début de la dixième vague a été défini sur base de l'augmentation du nombre d'hospitalisations et de la concentration virale détectée dans les eaux usées à partir de la semaine 4 (23 janvier 2023).

2.5. QUELLE ÉCHELLE EST UTILISÉE POUR LES CARTES GÉOGRAPHIQUES DE COULEURS DANS LE RAPPORT ÉPIDÉMIOLOGIQUE ?

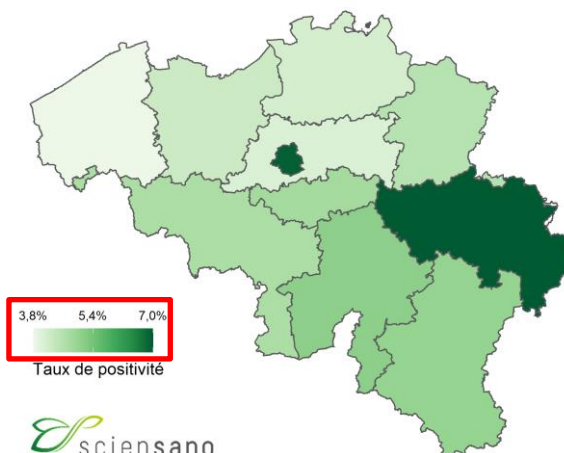
Question ajoutée 31/08/2021 | Dernière mise à jour 31/08/2021

Les cartes géographiques présentées dans le rapport utilisent des échelles de type continue illustrées en gradient de couleur pour s'adapter au mieux aux valeurs de la variables présentées sur la carte. Les échelles de mesures dans le rapport concernent uniquement des variables quantitatives continues comme par exemple le nombre de cas, l'incidence, le nombre de tests effectués ou encore le taux de positivité.

Distribution des cas confirmés par 100 000 habitants
entre le 08/08/21 et le 21/08/21



Taux de positivité par province entre le 15/08/21 et le 21/08/21



2.4.1 Qu'est-ce-qu'une échelle continue ?

L'échelle continue utilisée dans le rapport est une échelle de données numériques pouvant s'étendre à une infinité de valeurs. C'est une échelle à caractère progressif illustrée en couleur (des tonalités plus claires aux tonalités plus foncées).

Les marqueurs d'intervalles annotés juste au-dessus de l'échelle de couleurs, sont calculés automatiquement en fonction des deux valeurs extrêmes (minimum et maximum) de la variable présentée à un moment donné (par exemple, dans le rapport du 25 août 2021, carte ci-dessus, on observe dans la carte présentant le taux de positivité par province que la valeur inférieure à cette date était de 3,8 % et la valeur supérieure de 7 %. L'échelle de couleurs est donc adaptée à cet intervalle de valeurs). Ceci a été implémenté pour permettre une meilleure visualisation des différences géographiques observées à un moment donné.

Cette adaptation automatique des intervalles est plus adéquate qu'une échelle à seuils fixes pour les graphes géographiques qui présentent des variables pouvant potentiellement fluctuer énormément selon l'évolution de la situation épidémiologique.

3. Données sur les cas de COVID-19

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

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 24/03/2023

Conformément à la [définition de cas du COVID-19](#) et aux indications de demande de tests, les personnes sont diagnostiquées par un test, effectué soit par le laboratoire du centre national de référence (KU Leuven), soit par un laboratoire périphérique, soit par une pharmacie. Ces diagnostics de laboratoires incluent à la fois les tests PCR, les tests d'antigènes et les tests rapides d'antigènes. Les cas sont définis sur la base des résultats de test positifs, après un processus de déduplication pour s'assurer que seuls les nouveaux cas sont pris en compte (voir également la [question 3.3](#)).

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 envoyées à Sciensano par les différents laboratoires qui effectuent le diagnostic COVID-19 en Belgique.

La plateforme nationale de tests a été opérationnelle du 9 avril 2020 jusqu'au 23 novembre 2022. Cette plateforme effectuait des tests pour les maisons de repos, d'autres collectivités résidentielles et les centres de triage.

Depuis le 1^{er} novembre 2021, les tests rapides antigéniques peuvent être effectués en pharmacie, sous la supervision d'un pharmacien. Les résultats sont rapportés via la plateforme Healthdata.be (voir aussi [question 3.2](#)).

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

3.2. QUELLES DONNÉES UTILISONS-NOUS POUR RAPPORTER LES CAS ET LES TESTS EFFECTUÉS ?

Question ajoutée 30/09/2020 | Dernière mise à jour 13/11/2023

Comme c'est le cas en épidémiologie interventionnelle, Sciensano adapte la collecte des données en fonction de l'évolution de l'épidémie et des besoins en matière de gestion de crise. Par conséquent, les données sur COVID-19 utilisées pour la surveillance ont évolué au fil du temps.

Le tableau suivant résume les changements intervenus dans la notification des cas de COVID-19.

Date	Changement
février 2020	Les autorités sanitaires régionales signalent les nouveaux cas de COVID-19 au moyen de formulaires structurés dans le cadre du système de déclaration obligatoire des maladies infectieuses. Le Centre national de référence pour les agents pathogènes respiratoires (CNR) est initialement le seul laboratoire en Belgique à effectuer des tests PCR pour le SARS-CoV-2. À partir de la fin du mois de février, d'autres laboratoires commenceront à effectuer des tests PCR, mais à ce stade initial, les échantillons positifs provenant de ces laboratoires seront transmis au CNR pour confirmation.
15 mars 2020	Un nombre croissant de laboratoires cliniques belges effectuent des analyses pour le SARS-CoV-2. Les cas sont principalement signalés sur la base d'une notification directe du laboratoire à Sciensano, sans que les échantillons soient transmis au CNR pour confirmation. Les autorités sanitaires régionales cessent d'utiliser les formulaires structurés pour signaler les cas dans le cadre du système de déclaration obligatoire.
26 septembre 2020	Les cas sont signalés via la plateforme healthdata.be (voir section 3.2.1), au lieu du flux de données décrit ci-dessus.
16 décembre 2020	Les résultats positifs aux tests antigéniques rapides (effectués sous la supervision d'un professionnel de la santé) sont inclus dans le nombre de cas de COVID-19 déclarés.
6 avril 2021	Le délai requis entre deux tests positifs pour établir une nouvelle infection passe de 60 à 90 jours.
1 avril 2022	Le délai requis entre deux tests positifs pour établir une nouvelle infection est ramené de 90 à 60 jours.

Le tableau suivant résume les changements apportés à la stratégie de testing.

Date	Changement
Début de l'épidémie	Le dépistage du SARS-CoV-2 est effectué chez les voyageurs qui sont revenus de zones à haut risque au cours des 14 derniers jours et qui présentent des symptômes respiratoires graves, ainsi que chez les personnes symptomatiques qui ont eu un contact physique avec un cas confirmé en laboratoire.
11 mars 2020	Le dépistage du SARS-CoV-2 n'est effectué que pour les personnes hospitalisées, les travailleurs de la santé présentant des symptômes respiratoires aigus et les résidents symptomatiques des maisons de soins de repos .
28 mars 2020	Conseils pour tester jusqu'au cinq premiers cas possibles dans des collectivités résidentielles telles que les maisons de repos et de soins, les centres de détention des mineurs, les prisons, ...
30 mars 2020	Plus de 40 laboratoires effectuent des tests PCR et des tests antigéniques et transmettent les résultats à Sciensano.
Début avril 2020	Mise en place de la plateforme nationale de testing (PNT) dans le but d'augmenter la capacité de testing grâce à la participation de laboratoires pharmaceutiques et universitaires, entre autres. La PNT traite principalement des échantillons collectés dans les centres de soins résidentiels et les centres de triage. Les autres échantillons sont principalement traités par le CNR et d'autres laboratoires cliniques.
10 avril 2020	Les résidents et le personnel des maisons de repos et de soins sont systématiquement testés.
22 avril 2020	Le dépistage du SARS-CoV-2 est effectué chez les personnes hospitalisées ainsi que les résidents et visiteurs symptomatiques dans les collectivités résidentielles telles que les centres de soins, les centres de détention des mineurs, les prisons, ...
4 mai 2020	Le dépistage du SARS-CoV-2 est effectué pour tous les cas suspects de COVID-19, tels que définis dans la définition de cas.
15 mai 2020	Le dépistage du SARS-CoV-2 est effectué chez les cas suspects de COVID-19 (selon la définition de cas), pour les contacts à haut risque d'un cas confirmé en laboratoire et pour les personnes dont l'état de santé est vulnérable.
12 juin 2020	Le test de dépistage du SRAS-CoV-2 est effectué pour tous les contacts à haut risque. Pour les travailleurs de la santé, deux tests sont effectués, l'un au début et l'autre à la fin de la période de quarantaine.
22 juin 2020	Fin de la première vague
13 juillet 2020	Test obligatoire pour les voyageurs retournant d'une zone rouge.
14 août 2020	Test obligatoire pour les voyageurs retournant d'une zone orange.
31 août 2020	Début de la deuxième vague
1 septembre 2020	Les données relatives aux prescriptions de tests effectuées par les médecins généralistes et les médecins hospitaliers sont communiquées à Sciensano.

1 octobre 2020	Dépistage obligatoire du SARS-CoV-2 pour les voyageurs retournant d'une zone rouge s'ils sont classés à haut risque sur la base du formulaire d'auto-évaluation.
21 octobre 2020	Le dépistage des contacts à haut risque asymptomatiques et des voyageurs retournant de zones à haut risque est temporairement suspendu.
23 novembre 2020	Reprise du dépistage des contacts à haut risque asymptomatiques et des voyageurs retournant de zones à haut risque.
25 décembre 2020 à 26 janvier 2021	Transition de la plateforme nationale de dépistage vers la plateforme fédérale de testing (bis).
10 décembre 2020	En plus des prescriptions de tests délivrées par les médecins généralistes et les médecins hospitaliers, les prescriptions de tests délivrées par les médecins des collectivités et les prescriptions de tests délivrées sans consultation sont désormais également communiquées à Sciensano. Sciensano dispose ainsi d'informations sur les prescriptions de tests pour une plus grande proportion de tests prescrits, mais la couverture reste incomplète. Par exemple, tous les hôpitaux ne remplissent pas systématiquement le formulaire de prescription de tests.
31 décembre 2020	Quarantaine obligatoire et prélèvement de tests le premier et le septième jour pour les voyageurs retournant d'une zone rouge.
25 janvier 2021	Deux tests pour les contacts à haut risque au jour 1 et au jour 7 + période d'isolement de 10 jours pour les cas confirmés.
15 février 2021	Début de la troisième vague
6 avril 2021	Les autotests sont disponibles en pharmacie.
24 juin 2021	Un seul test et pas de quarantaine pour les contacts à haut risque complètement vaccinés.
28 juin 2021	Jusqu'à deux tests remboursés avant le voyage pour les résidents belges de plus de 5 ans qui n'ont pas encore reçu d'invitation à la vaccination, ou qui ont reçu leur première invitation à la vaccination dans les 35 derniers jours, ou qui ont été vaccinés dans les 35 jours suivant la première invitation à la vaccination mais qui ne sont pas encore considérés comme complètement vaccinés.
1 juillet 2021	Introduction du certificat EU-DCC ('European Digital COVID certificate') pour les voyageurs.
15 juillet 2021	Les pharmaciens peuvent effectuer des tests antigéniques rapides pour les personnes âgées de plus de 6 ans ne présentant pas de symptômes de COVID-19 afin de délivrer un certificat pour les voyages ou les événements.
31 août 2021	Deux tests pour les contacts à haut risque complètement vaccinés, mais pas de quarantaine.
30 septembre 2021	Fin du remboursement de tests préalables au voyage (voir 28 juin 2021).
4 octobre 2021	Début de la quatrième vague
1 novembre 2021	Les pharmaciens peuvent effectuer des tests antigéniques rapides pour les voyageurs revenant d'une zone rouge ou pour les personnes symptomatiques. Un outil d'auto-évaluation sera disponible en ligne, permettant aux personnes dont les symptômes (autodéclarés) correspondent à la définition de cas de recevoir un code de prescription de test ("Corona Test Prescription Code").

27 décembre 2021	Début de la cinquième vague
10 janvier 2022	Les contacts asymptomatiques à haut risque ne sont plus testés (des règles spécifiques s'appliquent aux enfants de moins de 12 ans).
28 février 2022	Début de la sixième vague
30 mai 2022	Début de la septième vague
12 septembre 2022	Début de la huitième vague
17 octobre 2022	Il n'est plus recommandé aux professionnels de la santé d'effectuer des tests de routine sur les personnes symptomatiques au moyen de la PCR ou d'un test rapide antigénique.
21 novembre 2022	Début de la neuvième vague
23 novembre 2022	La plate-forme fédérale d'essai (bis) est supprimée.
30 janvier 2023	Début de la dixième vague
16 juillet 2023	Les tests PCR et les tests antigéniques rapides ne sont plus remboursés, sauf exception. L'autodiagnostic reste recommandé pour les personnes symptomatiques. Les autotests positifs ne doivent plus être confirmés par un test PCR ou un test rapide de détection d'antigènes.

3.2.1. Qu'est-ce que la plateforme Healthdata.be ?

La plateforme Healthdata.be est un système de standardisation des flux de données scientifiques liées à la santé, développé par Sciensano et financé par l'INAMI.

La plateforme Healthdata.be permet aux professionnels de la santé de collecter des données de manière standardisée et entièrement numérisée. Les bases de données qui en résultent peuvent ensuite être transférées aux scientifiques de Sciensano à des fins de surveillance et pour informer les responsables des politiques de santé.

Différentes sources de données liées au COVID-19 (données de laboratoire, recherche de contacts, sérologie, données hospitalières entre autres...) ont été progressivement intégrées dans la plateforme Healthdata.be.

Pour plus d'informations sur Healthdata.be, veuillez cliquer [ici](#).

3.2.2. Quels sont les avantages de l'utilisation de la plateforme Healthdata.be ?

Premièrement, elle permet de collecter des données via un flux de données unique. Cela réduit la charge de travail des laboratoires car ils peuvent transférer leurs données en une seule fois.

Deuxièmement, un flux de données unique implique que les données sont stockées dans une base de données unifiée, ce qui permet de relier toutes les données d'un patient grâce à un identifiant unique (numéro de registre national). Ceci améliore l'efficacité et la précision de la gestion des données. Afin de protéger l'identité et la vie privée des patients, les données sont (pseudo)anonymisées et des mécanismes de contrôle hautement sécurisés sont en place.

Enfin, la plateforme healthdata.be est également utilisée par d'autres services au sein de Sciensano. Par conséquent, des données provenant de différentes sources pourraient être combinées pour des analyses plus approfondies via l'identifiant unique et avec l'accord de la commission de la protection de la vie privée.

3.3. COMMENT NOUS ASSURONS NOUS QUE SEULS LES NOUVEAUX CAS SONT PRIS EN COMPTE ?

Question ajoutée 30/10/2020 | Dernière mise à jour 24/03/2023

Les personnes peuvent être testées plus d'une fois en peu de temps ([voir question 4.3](#)). Un système de déduplication a été mis en place pour s'assurer que seuls les nouveaux cas sont pris en compte.

Jusqu'au 22 octobre 2020, les doublons de résultats de tests positifs déclarés ont été supprimés sur la base de la date de naissance/du sexe/du code postal. Par conséquent, seul le premier test positif a été pris en compte en tant que nouveau cas confirmé ([voir aussi la question 4.2](#)).

Depuis le 23 octobre 2020, le processus de déduplication est plus précis, en utilisant le numéro de registre national qui est disponible via la plateforme Healthdata.be ([voir la question 3.2.2](#)). De plus, une période de temps entre un premier et un deuxième test positif est prise en compte avant de considérer le deuxième test positif comme une possible réinfection. Cette période de temps, initialement fixée à 8 semaines, est passée à 90 jours suite à [l'avis du RAG du 29 mars 2021](#) qui stipule qu'un intervalle d'au moins 90 jours est nécessaire pour considérer un second

test PCR positif comme une potentielle réinfection. Depuis le 1^{er} avril 2022, cette période est à nouveau passée à 60 jours (voir [l'avis de Sciensano du 30 mars 2022](#), uniquement en néerlandais).

Les doublons sont donc supprimés sur base du numéro de registre national si la personne a déjà eu un autre test positif au cours des 60 jours précédents. Dans ce cas, seul le premier résultat positif endéans cette période est conservé.

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

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 23/06/2020

Chaque pays suit sa propre stratégie de testing pour déterminer quelles personnes doivent être testées pour le COVID-19. Ces stratégies sont adaptées au fil du temps en fonction de l'évolution de l'épidémie et des ressources disponibles à ce moment-là.

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

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.

Le 15 mai 2020, dans le cadre de la stratégie de sortie de confinement, la stratégie de testing a été à nouveau élargie. À partir de cette date, toutes les personnes avec une possible infection COVID-19 seront testées, ainsi que les personnes ayant eu un contact à haut risque avec un cas COVID-19 confirmé et qui sont elles-mêmes en contact professionnel avec des personnes qui risquent de développer une forme grave de la maladie ([lien vers définition de cas/indications de prélèvements](#)).

La mise en place 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.

3.5. POURQUOI LE NOMBRE SIGNALÉ DE CAS CONFIRMÉS EST-IL TOUJOURS BAS POUR LA DERNIÈRE JOURNÉE SIGNALÉE ?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 24/03/2023

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

1. Premièrement, afin de pouvoir publier [les rapports hebdomadaires](#) et les '[données ouvertes](#)', nous nous basons sur la situation du mercredi matin. Les données du dernier jour de la série chronologique sont donc toujours incomplètes.

2. Deuxièmement, les données communiquées pour les trois derniers jours nécessitent toujours une consolidation progressive. Les données sont principalement rapportées par rapport à la date du prélèvement de l'échantillon. L'analyse en laboratoire prend évidemment du temps, tout comme la communication et le traitement ultérieurs des données. Par conséquent, le nombre d'échantillons positifs prélevés "aujourd'hui" n'est complété qu'au cours des jours suivants.

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

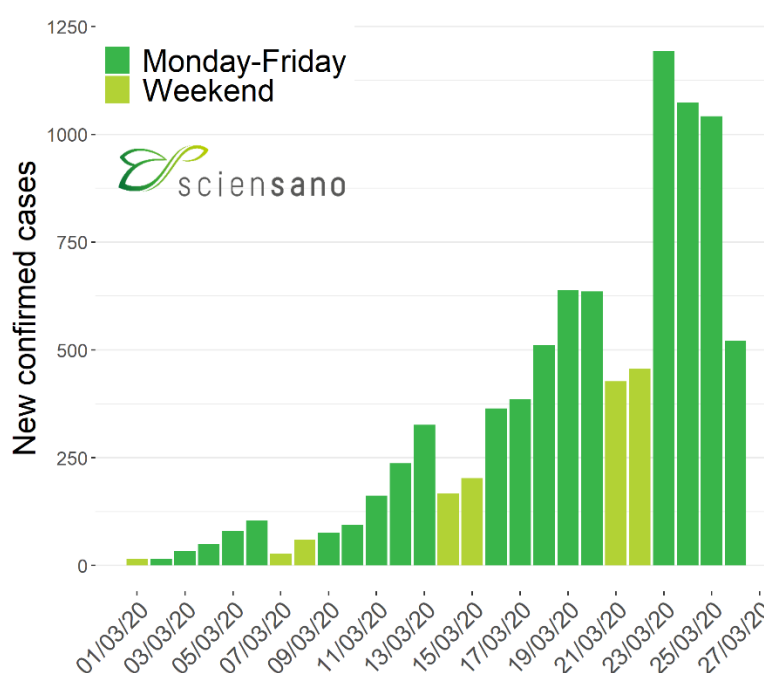
3.6. POURQUOI Y A-T-IL TOUJOURS MOINS DE CAS SIGNALÉS PENDANT LES WEEK-ENDS ?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 24/09/2020

Nous observons 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.



3.7. LES RÉSULTATS SÉROLOGIQUES SONT-ILS ÉGALEMENT INCLUS DANS LE NOMBRE DE PATIENTS ATTEINTS DE COVID-19 CONFIRMÉS ?

Question ajoutée 23/06/2020 | Dernière mise à jour 23/06/2020

Les patients avec uniquement un test sérologique positif ne sont pas inclus dans les chiffres des cas confirmés, car un test sérologique examine la présence d'anticorps et n'indique pas une infection aiguë.

Un test sérologique positif confirme une infection COVID-19. Dans la plupart des cas, il s'agit d'infections anciennes déjà guéries. Par conséquent, ces résultats de tests ne sont pas inclus dans la déclaration des nouveaux cas.

4. Données sur les tests effectués et le taux de positivité

4.1. QU'EST-CE QUE EST LE TAUX DE POSITIVITÉ ET COMMENT EST-IL CALCULÉ?

Question ajoutée 18/09/2020 | Dernière mise à jour 18/09/2020

Le taux de positivité indique la proportion de tests positifs parmi l'ensemble des tests effectués pendant une certaine période (par exemple par jour ou par semaine). Le taux de positivité est calculé en divisant le nombre total de tests positifs par le nombre total de tests effectués sur une certaine période.

Par exemple: Si pour une certaine période, il y a 5 tests positifs sur 100 personnes testées et si ces personnes ont toutes été testées une fois, le taux de positivité est de 5% et il y a 5 nouveaux cas.

Il est important de souligner le fait que la stratégie de testing a évolué depuis début mars (voir également la [question 3.4](#)). Par conséquent, la comparaison du taux de positivité au cours du temps doit être effectuée prudemment.

4.2. POURQUOI LE TAUX DE POSITIVITÉ DANS LE BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE N'EST-IL PAS ÉGAL AU NOMBRE DE NOUVEAUX CAS DIVISÉ PAR LE NOMBRE TOTAL DE TESTS POUR CETTE MÊME PÉRIODE ?

Question ajoutée 18/09/2020 | Dernière mise à jour 28/10/2020

1. Depuis le 15 mars, les laboratoires notifient les résultats des tests PCR. Il est à noter que le nombre total de tests positifs est supérieur au nombre de nouveaux cas. Cela s'explique car une même personne peut avoir plusieurs tests positifs, mais elle ne sera comptée parmi les cas confirmés qu'une seule fois (voir la [question 3.3](#)). Les doublons ont en effet été retirés et seul le premier test positif d'une personne est pris en compte. En fonction de la stratégie de dépistage, la proportion de personnes ayant plusieurs tests positifs varie. Avec une stratégie de dépistage plus stricte, moins de personnes sont testées, comme c'était le cas au début de l'épidémie. Ceci réduit la chance qu'une personne soit testée positive deux fois et donc réduit la part respective du nombre total de tests.

Par exemple: Si pendant une certaine période, parmi 100 personnes testées, il y a 5 tests positifs, mais qu'une de ces personnes a déjà été testée au moins une fois positive, le taux de positivité est de 5%. Mais il n'y a que 4 nouveaux cas par ce que plusieurs résultats positifs concernent la même personne.

2. Jusqu'au 15 mars, le nombre de nouveaux cas est supérieur au nombre de tests positifs. Cela s'explique par le fait qu'au début de l'épidémie, de nouveaux cas ont été notifiés à Sciensano par les autorités régionales de santé, via le système de déclaration obligatoire des maladies infectieuses en place depuis plusieurs années (voir aussi la [question 3.2](#)). Il n'a pas été possible de relier rétrospectivement toutes ces déclarations à un test PCR positif. Donc, ces cas possibles ont été comptabilisés comme cas confirmés. Etant donné que le résultat du test PCR n'était pas disponible pour ces cas, ils n'ont pas été inclus dans les calculs du taux de positivité.

4.3. POUR QUELLES RAISONS LES PERSONNES PEUVENT-ELLES ÊTRE TESTÉES PLUSIEURS FOIS ?

Question ajoutée 18/09/2020 | Dernière mise à jour 24/03/2023

Des réinfections peuvent survenir après la guérison du COVID-19. Evidemment, dans ces cas, le même individu peut être testé plusieurs fois. De plus, il est possible qu'une personne soit testée plusieurs fois par rapport au même épisode de COVID-19. En effet, un test est indiqué dans diverses situations, comme à l'apparition de symptômes compatibles avec la COVID-19, au retour de zones oranges ou rouges, après un contact à haut risque avec un cas confirmé de COVID-19 ou encore pour un screening au sein de collectivités résidentielles.

D'une part, une personne peut se trouver dans plusieurs de ces situations, d'autre part, elle peut aussi être testée plusieurs fois pour dans une même situation.

Les cas de COVID-19 sont déterminés sur la base des tests positifs, après un processus de déduplication. Lorsqu'une personne a plusieurs résultats de test positifs au cours de la même période de référence, seul le premier test positif sera compté comme un nouveau cas de COVID-19 (voir également la [question 3.3](#)).

4.4. POURQUOI LE NOMBRE DE TESTS POSITIFS DANS LA TABLE « TESTS » DE L'OPEN DATA N'EST PAS LA MÊME QUE LE NOMBRE DE CAS DANS « CASES_AGESEX » ?

Question ajoutée 30/09/2020 | Dernière mise à jour 24/03/2023

Le nombre de tests positifs (TESTS) fait référence au nombre total de tests qui ont donné un résultat positif. Une même personne peut avoir fait plusieurs tests et peut donc avoir plusieurs tests positifs (voir [question 4.3](#)). Pour déterminer le nombre de cas (CASES_AGESEX), un processus de déduplication est effectué et seul le premier test positif d'une personne au cours de la période de référence est considéré (voir aussi la [question 3.3](#)).

Une autre différence entre le nombre de tests positifs et le nombre de cas est due au fait que le nombre de tests positifs est agrégé par date de diagnostic au laboratoire (ou date de prélèvement si la date de diagnostic n'est pas disponible), tandis que le nombre de cas est agrégé par date d'apparition des symptômes (ou, si non disponible, date de diagnostic ou de notification). Une personne n'a pas toujours la possibilité de se faire tester le premier jour de l'apparition des symptômes. De plus le résultat, et donc le diagnostic, n'est pas toujours connu le jour du prélèvement. Par conséquent, le résultat du test d'une personne diagnostiquée avec le COVID-19 pourrait être inclus comme test positif (TESTS) à une date différente de l'inclusion comme cas (CASES_AGESEX).

Ceci reflète le fait que le nombre de tests effectués est un indicateur utilisé pour surveiller la capacité de testing en laboratoire, alors que le nombre de cas est un indicateur épidémiologique. Du fait de cette différence, le nombre de nouveaux cas peut, à une certaine date, être supérieur au nombre de tests positifs ou, à une autre date, être inférieur. Ces deux indicateurs ne devraient donc pas être comparés, car ils ne font pas forcément référence aux mêmes dates.

5. Patients hospitalisés pour une infection COVID-19 confirmée

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

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour le 20/03/2023

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

- Tous les hôpitaux généraux belges doivent fournir des données agrégées sur le nombre de patients COVID-19 hospitalisés et décédés via une enquête quotidienne en ligne (Surge Capacity survey). Les hôpitaux psychiatriques et de revalidation ne participent pas à cette enquête. La participation à cette enquête est obligatoire pour tous les hôpitaux généraux (décret royal du 30.04.2020). Cette collecte de données est donc considérée comme étant exhaustive et permet de suivre le nombre de patients COVID-19 dans les hôpitaux généraux en temps réel. Elle contient les taux de prévalence (nombre de patients COVID-19 à l'hôpital, nombre de patients COVID-19 aux soins intensifs, nombre de patients COVID-19 sous ventilation invasive et nombre de patients COVID-19 sous ECMO [Oxygénation par membrane extracorporelle] ainsi que les taux d'incidence (nombre de nouveaux patients COVID-19, nombre de patients COVID-19 ayant pu quitter l'hôpital et nombre de patients COVID-19 décédés).

Depuis le 24 mars 2020, cette base de données est la référence officielle pour le suivi des décès COVID-19 dans les hôpitaux. La collecte de ces données était auparavant assurée par Sciensano. Depuis le 1^{er} mars 2023, le SPF Santé Publique a repris la collecte des données mais celles-ci sont toujours transférées à et traitées par Sciensano.

Vous pouvez donc toujours trouver ces informations dans [les rapports hebdomadaires](#), [le dashboard Epistat](#) et [le portail Open Data](#).

- De plus, tous les hôpitaux en Belgique fournissent des données individuelles relatives à leurs patients hospitalisés pour une infection confirmée au COVID-19, via une enquête en ligne (surveillance clinique hospitalière) comprenant 3 questionnaires : un sur les informations d'admission, un sur les informations de sortie et un troisième si le patient a été admis en USI. Cette collecte de données n'est pas exhaustive mais toutefois représentative des patients COVID-19 hospitalisés en Belgique. Elle contient des informations sur, entre autres, les données démographiques et les comorbidités (problèmes de santé préexistants) des patients COVID-19. Ces données sont utilisées pour établir et surveiller les profils de patients tout au long de l'épidémie et pour étudier le rapport entre ce profil et le développement d'une forme grave de la maladie, une admission en USI et/ou un décès.

Les informations issues de cette surveillance clinique hospitalière sont disponibles dans [le rapport hebdomadaire](#) et dans les rapports thématiques publiés sur la [page Sciensano COVID-19](#).

Vous trouverez plus d'informations au sujet de la méthodologie des deux systèmes de surveillance hospitalière dans la publication suivante:

<https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-020-00505-z>

5.2. 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 30/03/2021

Nous utiliserons le rapport quotidien du 28/03/20 pour répondre à cette question. Vous trouvez le rapport ici : [Dernière mise à jour de la situation épidémiologique](#).

Cette divergence apparente est due à de nombreuses raisons, et l'importance relative de chaque raison spécifique varie d'un jour à l'autre. Il est important de noter que l'incidence (nouveaux cas admis, « NEW IN ») et la prévalence (lits occupés, « TOTAL IN ») 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 rapportent chaque jour, mais le sous-ensemble des hôpitaux déclarants peut varier d'un jour à l'autre ; même un seul (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 » parce que le résultat de son test n'était pas encore disponible au moment du rapportage. Ils sont cependant comptabilisés dans la prévalence dès le moment où le résultat du test s'avère positif. Nous travaillons avec les hôpitaux pour augmenter la cohérence du rapportage, afin que les patients qui étaient déjà hospitalisés mais ayant reçu un résultat de test positif à un moment ultérieur soient comptés également comme nouveaux patients COVID-19 confirmés. De même lorsque des foyers internes de contaminations COVID-19 sont identifiés en hôpital parmi les patients déjà hospitalisés.

d) Suite à l'avis publié le 22 avril 2020 au sujet de l'extension des indications de test (tous les patients admis à l'hôpital peuvent être testés, quelle que soit la raison de leur admission), les nouveaux patients COVID-19 confirmés par le laboratoire sont subdivisés en fonction de leur pathologie depuis le 30 avril. Les patients admis pour une autre raison mais qui ont un test positif dans un contexte de dépistage, sont enregistrés séparément et ne sont pas repris dans le nombre de nouveaux patients COVID-19 que nous suivons et rapportons quotidiennement (« NEW IN »). Il est toutefois possible que ces patients soient isolés dans une unité COVID-19 et qu'ils soient donc comptés dans les taux de prévalence (« TOTAL IN »).

5.3. QUELS PATIENTS SONT COMPTÉS DANS LE NOMBRE D'ADMISSIONS À L'HÔPITAL ?

Question ajoutée le 29/01/2021 | Dernière mise à jour le 30/03/2021

Le nombre de patients COVID-19 suivi et rapporté quotidiennement dans les rapports et dans les bases de données ouvertes (« NEW IN ») contient le nombre de nouveaux patients COVID-19 confirmés en laboratoire au cours des 24 dernières heures, admis en raison du COVID-19 et non envoyés par un autre hôpital. Les patients admis pour une autre pathologie et ayant eu un test positif dans un contexte de dépistage sont enregistrés séparément et ne sont pas repris dans ce chiffre. Par ailleurs, les hôpitaux doivent également enregistrer les patients déjà hospitalisés en raison du COVID-19 et ayant eu un test positif au cours des dernières 24 heures.

5.3.1. Que signifie exactement le nombre total d'admissions à l'hôpital ?

Question ajoutée 17/06/2020 | Dernière mise à jour 30/03/2021

Nous utiliserons le rapport quotidien du 9/03/2021 pour répondre à cette question.

1. Indicateurs clés - Tendances

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	789 008	2 418	2 336*	-3%
Admis à l'hôpital	58 246***	148,6	146,7**	-1%
Décédés****	22 292	23,6	26,3*	+12%
<i>En hôpital</i>	12 724	19,0	23,9	+26%
<i>En maison de repos</i>	9 396	4,6	2,3	-50%

*Du 27 février 2021 au 5 mars 2021 (données des 3 derniers jours non consolidées).

**Du 2 mars 2021 au 8 mars 2021.

***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.

Entre le 15/03/2020 (date à partir de laquelle plus de 99% des hôpitaux participent à la collecte de données) et le 08/03/2021, 58 246 patients symptomatiques COVID-19 confirmés par laboratoire ont été admis à l'hôpital. Pour interpréter ce chiffre, il est important de tenir compte des informations suivantes :

- Il ne concerne que les patients COVID-19 confirmés en laboratoire et admis en raison du COVID-19. Les patients qui ont été admis pour une autre raison mais qui ont été testés positifs dans un contexte de dépistage sont enregistrés séparément depuis le 30/04/2020 et ne sont pas inclus dans ce chiffre.
- Les patients admis précédemment pour COVID-19 mais ayant reçu un résultat de test positif au cours des dernières 24 heures (nouveaux patients hospitalisés «confirmés») doivent être comptabilisés. Cependant, en fonction des systèmes internes de gestion des données des hôpitaux, les patients pour lesquels aucune confirmation de laboratoire n'était (encore) disponible au moment de la notification ne sont pas systématiquement signalés au moment où le résultat du test s'avère positif, ce qui conduit à une sous-estimation du nombre de nouveaux patients COVID-19 confirmés. Cela ne concerne que les nouveaux patients pour lesquels une confirmation de laboratoire était disponible au moment du rapportage. Les patients pour lesquels aucune confirmation de laboratoire n'était (encore) disponible au moment de la notification ont été signalés comme de nouvelles hospitalisations dans la catégorie «CT confirmés ou cas possibles» dans l'enquête.

5.4. COMMENT LES HÔPITAUX SONT-ILS RÉPARTIS PAR PROVINCE?

Question ajoutée le 30/03/2021 | Dernière mise à jour 30/03/2021

Les hôpitaux enregistrent leurs données via le numéro d'agrément. Un numéro d'agrément peut concerner différents campus hospitaliers. Les données sont liées au code postal, et donc à la province du campus principal pour chaque numéro d'agrément. Dans un cas exceptionnel, tous les campus hospitaliers d'un même numéro d'agrément ne font pas partie de la même province. C'est le cas d'un numéro d'agrément faisant partie de Bruxelles mais ayant un campus dans la province du Brabant wallon. Etant donné que nous ne disposons pas de données par campus hospitalier, il est impossible dans ce cas de subdiviser correctement les données par province.

Au sein de la surveillance Surge Capacity (surge capacity survey), les chiffres sont récoltés de façon agrégée par hôpital. Etant donné que le domicile du patient n'est pas disponible dans cette surveillance, les nouvelles admissions sont réparties selon la province de l'hôpital où le patient a été hospitalisé. Nous savons grâce aux données individuelles des patients, qui sont récoltées via la surveillance clinique hospitalière non exhaustive, que 87% des patients sont hospitalisés dans un hôpital situé dans la province où ils habitent.

6. Données sur les décès dus au COVID-19

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

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 05/04/2022

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 5.1](#)) ;
- rapports quotidiens des maisons de repos aux autorités régionales ;
- déclaration obligatoire des médecins généralistes aux autorités régionales.

Pour plus de détails sur la méthodologie de la surveillance de la mortalité COVID-19 voir la section 3.3. du [rapport sur la surveillance de la mortalité COVID-19 en Belgique](#) ou la publication « [Establishing an ad hoc COVID-19 mortality surveillance during the first epidemic wave in Belgium, 1 March to 21 June 2020](#) » (Eurosurveillance, 2021).

6.2. COMMENT LES DÉCÈS COVID-19 SONT-ILS DÉCLARÉS EN BELGIQUE PAR RAPPORT À D'AUTRES PAYS ? ET COMMENT POUVONS-NOUS COMPARER CES CHIFFRES ?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 08/04/2022

Chaque pays a sa propre stratégie de déclaration des décès dus à la 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. Les décès dus à la COVID-19 confirmés par un test de laboratoire ou par un scanner thoracique sont rapportés comme « décès de cas confirmés ». Les décès parmi les patients qui n'ont pas été soumis à un test diagnostique pour la COVID-19, mais qui répondaient aux critères cliniques de la COVID-19 tels que jugés par le médecin sont rapportés comme « décès de cas possibles » (voir la [définition de cas/indications de prélèvements](#)).

Les décès survenant **en dehors des hôpitaux** (maison de repos et autres lieux) sont signalés par les autorités régionales et se réfèrent à des cas confirmés et possibles de COVID-19. Durant les six premières semaines de l'épidémie, la grande majorité des personnes qui décédaient en dehors des hôpitaux étaient des cas possibles.

La comparaison internationale des décès COVID-19 présente plusieurs limites. Cette comparaison doit tout d'abord prendre en compte le nombre total d'habitants de chaque pays. De plus, en Belgique, l'enregistrement des décès COVID-19 est précis (incluant les cas confirmés ainsi que les cas possibles ; les cas hospitaliers et les cas extra-hospitaliers) alors que d'autres pays peuvent avoir des critères d'enregistrement plus restrictifs (voir [la description de la surveillance des décès COVID-19 parmi les pays européens, ECDC](#)).

Etant donné les différentes méthodologies internationales pour la surveillance des décès COVID-19, l'excès de mortalité toutes causes est un meilleur indicateur pour évaluer la sévérité de l'épidémie, à condition qu'une autre cause de décès majeure n'intervienne pas (ex. vague de chaleur). En Belgique, la surveillance de la mortalité toutes causes confondues est réalisée à Sciensano via le projet Be-MOMO ([Belgian Mortality monitoring](#)). La surmortalité durant l'épidémie de COVID-19 est présentée dans les [rapports épidémiologiques hebdomadaires](#). Une analyse plus approfondie de la surmortalité durant les deux premières vagues a fait l'objet d'un [rapport spécifique](#). Des informations complémentaires sur le lien entre

la mortalité COVID-19 et la mortalité toutes causes confondues durant la première vague de l'épidémie peuvent être trouvées dans la publication « [All-cause mortality supports the COVID-19 mortality in Belgium and comparison with major fatal events of the last century](#) ».

Au niveau européen, la surmortalité est évaluée de manière hebdomadaire par [EuroMOMO](#).

6.3. 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 19/01/2021

Oui, ils sont inclus dans le total des décès. Les décès des cas confirmés COVID-19 à l'hôpital ne reflètent pas l'ampleur réelle de la mortalité liée au COVID-19 dans notre population. Afin de rendre les statistiques sur les décès liés au COVID-19 aussi complètes que possible, les décès COVID-19 survenus en dehors de l'hôpital (par exemple dans des centres de soins résidentiels, d'autres collectivités résidentielles ou à domicile) sont également inclus. Cela concerne à la fois les décès de cas confirmés et possibles COVID-19.

6.4. COMMENT LE NOMBRE DE DÉCÈS DES RÉSIDENTS DE MAISON DE REPOS EST-IL OBTENU ?

Question ajoutée 17/12/2020 | Dernière mise à jour 08/04/2022

Comme décrit [ci-dessus](#), les informations concernant le nombre de décès COVID-19 à l'hôpital, dans les maisons de repos et dans la « communauté » (à domicile ou dans d'autres lieux) sont disponibles.

Actuellement, les décès dans les centres de soins résidentiels sont d'abord notifiés aux autorités régionales et rapportés avec un délai de plus ou moins 2 jours par Sciensano. Toutes les régions fournissent des données individuelles pour les décès des résidents de maison de repos, en précisant si le décès est survenu en maison de repos ou à l'hôpital. D'autre part, les hôpitaux indiquent depuis le 19 juin 2020 si la personne décédée de la COVID-19 à l'hôpital était un résident de maison de repos ou non.

Chaque semaine, les données hospitalières sont combinées aux données provenant des maisons de repos, afin de pouvoir déterminer le plus précisément possible le nombre de décès COVID-19 total parmi les résidents de maison de repos et également de préciser si ces décès sont survenus en maison de repos ou à l'hôpital. Le couplage de ces deux bases de données a lieu le mercredi et est publié dans le rapport épidémiologique hebdomadaire dans le chapitre de la surveillance en maisons de repos.

De nombreuses investigations ont déjà été réalisées par Sciensano pour améliorer le comptage des décès COVID-19 parmi les résidents de maisons de repos. La liste des modifications majeures à la base de données des décès COVID-19 est disponible dans le [codebook de l'Open data](#).

6.5. LES DÉCÈS SURVENUS HORS 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 ou dans d'autres institutions ou collectivités résidentielles, 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.

6.6. 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 08/04/2022

Oui, les données sur les décès COVID-19 incluent les cas confirmés par un test de laboratoire ainsi que les cas confirmés par scanner thoracique et les cas possibles. Les cas possibles concernent des patients qui n'ont pas été soumis à un test diagnostic COVID-19, mais qui répondaient aux critères cliniques de la COVID-19 tels que jugés par le médecin (cf. la [définition de cas en Belgique](#)).

Sciensano vise à rapporter des statistiques de mortalité aussi complètes que possible. Étant donné que la surveillance des décès de cas confirmés COVID-19 à l'hôpital ne reflète pas l'ampleur réelle de la mortalité liée à la COVID-19 dans notre population, les décès dus à la COVID-19 survenus hors hôpital sont également inclus (en particulier les décès survenus dans les maisons de repos).

Concernant les décès hors hôpital, seuls les décès de cas COVID-19 confirmés ont été signalés avant le 30 mars 2020. Avant le début de la stratégie de dépistage spécifique ciblant les maisons de repos, la grande majorité des personnes décédées en dehors de l'hôpital étaient signalées comme des cas COVID-19 possibles. Cet élargissement aux cas COVID-19 possibles a également été faite rétroactivement pour tous les décès hors hôpital déclarés avant cette date.

Depuis le 5 mai 2020, les décès de cas possibles et des cas radiologiquement confirmés à l'hôpital sont également inclus dans les statistiques. Cet élargissement a également porté rétrospectivement sur les décès de cas possibles et radiologiquement confirmés à l'hôpital signalés avant cette date.

6.7. POURQUOI LE NOMBRE DE DÉCÈS POUR UNE DATE SPÉCIFIQUE PEUT-IL CHANGER ?

Question ajoutée 07/04/2020 | Dernière mise à jour 08/04/2022

La base de données sur la mortalité est dynamique. Chaque jour, des améliorations sont apportées après vérification des données auprès des autorités régionales de santé ou des hôpitaux. Il arrive que des dates de décès ou de naissance soient parfois mal encodées dans les questionnaires ; après vérification auprès des hôpitaux et des maisons de repos, ces dates sont corrigées. Des informations plus spécifiques sur les décès dans les centres de soins résidentiels en Flandre ont été ajoutées à la base de données le 26 août ([voir question 6.4](#)). Par conséquent, il se peut qu'un cas soit déplacé à une autre date de décès ou soit supprimé s'il s'avère qu'il s'agit d'un doublon.

6.8. QUELS CHANGEMENTS À LA COLLECTE DES DONNÉES ONT ÉTÉ APPORTÉS ?

Question ajoutée 08/04/2022 | Dernière mise à jour 08/04/2022

Certaines données n'ont pas toujours été disponibles. Voici un aperçu des améliorations qui ont eu lieu dans la collecte des données des décès COVID-19 :

- Les données de surveillance hospitalière COVID-19 précisent le type de lieu de résidence des patients décédés (domicile, maison de repos,...) depuis le 19 juin 2020. La date de naissance complète des patients décédés, ainsi que leur code postal de résidence, sont disponibles à partir du 24 avril 2020.

- Pour la Région Wallonne, la date de naissance complète, des résidents de MR/MRS décédés de la COVID-19 était disponible à partir du 20 janvier 2021, avant cette date, seule l'âge était notifié¹.
- Jusqu'au 2 juin 2020, la Région Flamande ne fournissait que des données agrégées sur les décès COVID-19 survenus en MR/MRS. Aussi, pour les décès de résidents de MR/MRS survenus à l'hôpital, la cause du décès (COVID-19 ou non) n'est pas précisée par l'autorité régionale flamande.
Le nombre de décès des résidents de MR/MRS flamandes survenus à l'hôpital ne pouvait être qu'estimé durant la première vague. Grâce à une enquête rétrospective de l'agence flamande pour les soins et la santé (Agentschap Zorg en Gezondheid - VAZG), les données individuelles concernant l'âge, le sexe et la date exacte des décès ont pu être obtenues pour une grande partie des décès survenus avant le 2 juin 2020. Le 26 août 2020, ces informations supplémentaires ont été intégrées dans la base de données. Les résultats de cette mise à jour sont détaillés dans le rapport : [Mortalité COVID-19 – Mise à jour des données – 26 août 2020](#).
- Une enquête a été menée au cours de l'été 2021 auprès des 103 hôpitaux généraux belge et l'hôpital militaire pour récupérer les données non disponibles concernant les personnes décédées de la COVID-19 durant la première vague de l'épidémie. Ces données ont notamment permis d'améliorer les statistiques de mortalité. Des informations plus détaillées sont décrites dans le [rapport publié le 18 décembre 2021](#).
- Le statut vaccinal des personnes décédées de la COVID-19 a été demandé à partir du 8 décembre 2021 dans les données de surveillance hospitalière. Dans la surveillance en maisons de repos, le statut vaccinal a été demandé à partir du 21 juillet 2021, du 13 décembre 2021, du 23 décembre 2021 et du 10 janvier 2022 pour les personnes décédées respectivement en Région bruxelloise, en Région wallonne, dans la Communauté germanophone et en Région flamande.

Les investigations menées durant la première vague de l'épidémie sont décrites dans la publication « [Establishing an ad hoc COVID-19 mortality surveillance during the first epidemic wave in Belgium, 1 March to 21 June 2020](#) » (Eurosurveillance, 2021). La liste des modifications majeures à la base de données des décès COVID-19 depuis le début de l'épidémie est disponible dans le [codebook de l'Open data](#).

¹ Ceci empêche d'identifier univoquement les résidents de MR/MRS et ainsi de vérifier que les informations fournies par les hôpitaux sont cohérentes avec celles fournies par les MR/MRS. En effet, il arrive qu'un résident de MR/MRS soit erronément renseigné par l'hôpital comme vivant encore à son domicile.

7. Données du système de surveillance de la grippe

7.1. 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 syndromes 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, le groupe d'âge, le statut vaccinal, l'évolution clinique et l'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 ce sous-groupe, nous ajoutons 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 de grippe 2011-2012, ce réseau a enregistré tous les épisodes d'infections respiratoires aiguës sévères (SARI) qui surviennent pendant la période d'activité grippale et qui nécessitent une hospitalisation. 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](#)) redescende en dessous du 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 l'évolution clinique sont enregistrés pendant le séjour à l'hôpital. En plus de cet enregistrement des 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 parmi un sous-groupe de patient (de manière aléatoire) 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.

8. Surveillance moléculaire

8.1. QU'EST-CE QU'UNE SURVEILLANCE MOLÉCULAIRE ?

Question ajoutée 30/03/2021 | Dernière mise à jour 18/05/2021

Le terme “surveillance moléculaire” dans le cadre du COVID-19, désigne la caractérisation génétique des virus en circulation à partir d'échantillons PCR-positifs, et donc le monitoring des différents variants circulants. Cette caractérisation génétique se fait par séquençage du génome complet du virus (whole genome sequencing WGS), ou par analyse de régions spécifiques qui présentent un intérêt particulier.

L'analyse de la diversité génétique des virus circulants et de son évolution dans le temps est essentielle pour comprendre la dynamique de l'épidémie et pour adapter les mesures en conséquence.

8.2. COMMENT LA SURVEILLANCE MOLÉCULAIRE EST-ELLE ORGANISÉE EN BELGIQUE ?

Question ajoutée 30/03/2021 | Dernière mise à jour 30/03/2021

En Belgique, la surveillance moléculaire, particulièrement pour le séquençage du génome complet, est organisée par différents laboratoires cliniques qui collaborent au sein de la plateforme WGS. Une partie des échantillons positifs sont séquencés par le CNR depuis le début de l'épidémie COVID-19, mais la surveillance moléculaire a pris de l'ampleur à partir de décembre 2020.

Il est impossible de séquencer l'ensemble des échantillons positifs diagnostiqués en Belgique, c'est pourquoi la surveillance moléculaire se focalise d'une part sur une surveillance dite de base, et d'autre part sur une surveillance dite active.

La surveillance de base vise à séquencer 5 % des échantillons positifs diagnostiqués en Belgique, pris de manière aléatoire au sein des laboratoires sentinelles afin de représenter l'ensemble des échantillons positifs du territoire (c'est à dire des échantillons provenant des différentes régions du pays, de patients présentant l'ensemble du spectre clinique). Les résultats issus de la surveillance de base devraient refléter la diversité génétique des virus circulants dans le pays.

Au sein de la surveillance active, les échantillons séquencés sont choisis car ils présentent un intérêt particulier, tels qu'une sélection d'échantillons de voyageurs provenant de zones rouges, de foyers épidémiques au cours inattendu, ou certains échantillons présentant des résultats particuliers par analyses PCR, des possibles réinfections, etc... Les résultats de la surveillance active permettent de mieux suivre les variations génétiques dans ces contextes spécifiques.

8.3. COMMENT LES INFORMATIONS RELATIVES AUX DIFFÉRENTS VARIANTS SONT-ELLES COLLECTÉES, ENREGISTRÉES ET RAPPORTÉES PAR SCIENSANO?

Question ajoutée 18/05/2021 | Dernière mise à jour 29/04/2022

8.3.1. Collecte des données

Pour la **surveillance de base**, un certain nombre de laboratoires effectuant le test PCR COVID-19 ont été sélectionnés pour participer à la surveillance moléculaire de base en tant que laboratoires sentinelles. Il y a environ 30 laboratoires sentinelles répartis dans toute la Belgique, dont l'objectif est d'obtenir un ensemble d'échantillons représentatifs de la population (différentes localisations géographiques, patients ambulatoires et hospitalisés, toutes les tranches d'âge,...). Une fois par semaine, les laboratoires sentinelles envoient une sélection totalement aléatoire de leurs échantillons positifs en PCR (et ayant une charge virale suffisante pour permettre un séquençage de bonne qualité) à l'un des laboratoires de séquençage impliqués dans la surveillance de base.

Par ailleurs, la **surveillance active** se base sur des informations supplémentaires disponibles pour les tests PCR COVID-19 effectués dans les hôpitaux ou dans les laboratoires. Si des critères particuliers associés à un échantillon COVID-19 positif sont identifiés, cet échantillon sera analysé dans le cadre de la surveillance moléculaire active dans l'un des laboratoires de séquençage. Ces critères incluent par exemple une infection après vaccination, une possible réinfection, un foyer présentant une évolution inattendue, des voyageurs provenant de zones où circule un variant,...

Dans le cadre de ce processus, les laboratoires recevront une notification quand, par exemple, un résultat positif est obtenu pour un patient qui a déjà complété un schéma de primo-vaccination depuis plus de 7 jours. Grâce à cette notification, les laboratoires pourront identifier les échantillons susceptibles de faire l'objet d'une analyse supplémentaire dans le cadre de la surveillance active et pourront transmettre ces échantillons pour séquençage.

8.3.2. Enregistrement des données et rapportage

Toutes les données résultant des analyses de séquençage sont téléchargées de manière **agrégée** vers un système d'enregistrement national. Cela signifie que l'enregistrement est basé sur la semaine d'échantillonnage de l'échantillon d'origine, l'indication de séquençage (surveillance de base ou surveillance active), et l'identification d'un variant. Les laboratoires de séquençage effectuent cet enregistrement après chaque cycle de séquençage, mais le rapport de l'ensemble des résultats est effectué par le CNR une fois par semaine et envoyé à Sciensano. Ces données sont utilisées, entre autres, pour l'évaluation hebdomadaire de la situation épidémiologique et pour le rapport épidémiologique hebdomadaire, section "surveillance moléculaire".

Le système de notification par données agrégées est un outil adéquat pour la surveillance dans le temps des variants dit de préoccupation actuels, ce système est cependant limité dans sa flexibilité et dans le niveau de détail associé aux résultats enregistrés. (par exemple, il n'y a pas d'informations sur la localisation géographique, ni sur le statut clinique (ambulatoire ou hospitalisé) des patients).

Depuis fin mars 2021, les laboratoires ont commencé à rapporter les résultats de séquençage **par cas** via HealthData. Il s'agit cependant d'un processus qui doit être automatisé et qui n'est pas encore en place dans tous les laboratoires.

L'enregistrement des données par cas est essentielle pour une surveillance efficace de la transmission et de la gravité des infections dues à des variants, de l'efficacité des vaccins contre les variants, ainsi que pour une analyse et une notification plus détaillées de la propagation des variants.

Jusqu'à ce que l'enregistrement des données par cas soit opérationnelle, les résultats de la surveillance moléculaire présentés dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire seront basés sur le système d'enregistrement des données agrégées.

8.4. COMMENT LA SURVEILLANCE MOLÉCULAIRE EFFECTUÉE EN BELGIQUE EST-ELLE COMMUNIQUÉE AU NIVEAU INTERNATIONAL ?

Question ajoutée 18/05/2021 | Dernière mise à jour 18/05/2021

Tous les résultats de la surveillance moléculaire sont également enregistrés dans la base de données internationale [GISAID²](#), au sein de laquelle des comparaisons peuvent être effectuées avec les données d'autres pays. Cette base de données internationale enregistre les résultats de séquençage de manière anonyme et est limitée dans la quantité d'informations (métadonnées) disponibles pour chaque échantillon.

La base de données GISAID permet de réaliser des analyses phylogénétiques à un niveau international. Les analyses techniques effectuées par le CNR et par le consortium WGS sur base des données présentes dans GISAID sont publiées chaque semaine dans un rapport technique. Le résultat de l'analyse phylogénétique pour la Belgique, basée sur les données présentes dans GISAID, est accessible via [un tableau de bord interactif](#).

² GISAID est une initiative scientifique mondiale créée en 2008 qui fournit un accès libre aux données génomiques des virus de la grippe et, depuis mars 2020, du coronavirus responsable de la pandémie COVID-19.

9. Données issues de la surveillance des vaccinations

9.1. COMMENT COLLECTONS-NOUS LES DONNÉES SUR LA SURVEILLANCE DES VACCINATIONS?

Question ajoutée 21/05/2021 | Dernière mise à jour 06/01/2023

Les informations utilisées par Sciensano pour la surveillance des vaccinations sont obtenues via la base de données Vaccinnet+, le registre national des vaccins COVID-19. Toutes les doses de vaccins COVID-19 administrées en Belgique sont, tel que défini par la loi, enregistrées dans cette base de données. Les vaccinations y sont enregistrées aussi précisément et complètement que possible, sous la responsabilité des médecins. Toutefois, un délai entre le moment de la vaccination et celui de l'enregistrement dans Vaccinnet+ est possible et doit être pris en compte lors de l'interprétation des résultats de la surveillance.

9.2. QUELLES SONT LES DONNÉES COLLECTÉES DANS VACCINNET+ ET TRANSMISES À SCIENSANO ?

Question ajoutée 30/04/2021 | Dernière mise à jour 28/02/2025

Sciensano reçoit les données démographiques (sexe, âge, code postal de résidence) de toutes les personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin COVID-19 en Belgique. Les données sur le vaccinateur (type (individuel ou organisation) et code postal) et sur le vaccin administré (marque du vaccin, numéro de lot, date d'administration, date d'enregistrement) sont également transmises.

L'indication de la vaccination COVID-19 (résident en maison de repos, professionnel de soins de santé, personne enceinte, etc.) n'est pas une information collectée dans Vaccinnet+. De la même manière, la séquence de doses (distinction entre une première, deuxième ou troisième dose) d'un vaccin COVID-19 n'est pas disponible directement dans Vaccinnet+. Une séquence est attribuée à la dose en fonction de la date d'administration du vaccin au niveau de healthdata.be ([voir question 3.2](#)). Initialement, une règle de calcul sur base d'un délai minimum entre la première et la deuxième dose était appliquée pour distinguer les secondes doses effectives des éventuelles erreurs d'encodage dans Vaccinnet+. La qualité et complétude des données de surveillance des vaccinations ayant évolué positivement, depuis le 15 juin 2021 cette règle de calcul n'est plus appliquée. Jusqu'au 15 septembre 2024, une distinction était faite entre la primo-vaccination et la revaccination. À partir de cette date, cette distinction n'apparaît plus dans nos rapports.

Depuis le 23 juin 2021, les vaccinations administrées aux résidents belges à l'étranger ou dans le cadre d'un essai clinique peuvent être encodées dans Vaccinnet+, sur demande spécifique de la personne vaccinée. Seules les vaccinations effectuées avec les vaccins approuvés par une autorité réglementaire nationale en Europe ou figurant sur [WHO Emergency list](#) sont incluses dans les chiffres que nous rapportons. Les vaccinations effectuées avec un vaccin qui ne répond pas à ces critères peuvent être enregistrées dans Vaccinnet+ sous une forme générique (sans précision de marque de vaccin COVID-19) mais sont exclues des chiffres de vaccination rapportés par Sciensano.

A noter que le traitement de données relatives aux vaccinations contre la COVID-19 est réglé par l'[accord de coopération](#) du 12 mars 2021 entre l'Etat fédéral, la Communauté flamande, la Communauté française, la Communauté germanophone, la Commission communautaire commune, la Région wallonne et la Commission communautaire française sur le traitement des données relatives aux vaccinations contre la COVID-19.

9.3. QUELS SONT LES DIFFÉRENTS SCHÉMAS VACCINAUX COVID-19 EN BELGIQUE?

Question ajoutée 21/05/2021 | Dernière mise à jour 28/02/2025

Les vaccins dont l'utilisation a été précédemment autorisée en Belgique, et pour lesquels des administrations ont été enregistrées dans Vaccinet+, sont répertoriés dans le tableau ci-dessous. Lors de la campagne automnale de 2024, seul le vaccin Comirnaty® JN.1 compte des enregistrements dans Vaccinet+.

Fournisseur de vaccin	Vaccin (et versions adaptées)
Pfizer/BioNtech	Comirnaty®
	Comirnaty® Original/Omicron BA.1
	Comirnaty® Original/Omicron BA.4-5
	Comirnaty® XBB 1.5 vaccine
	Comirnaty® JN.1
Moderna	Spikevax®
	Spikevax® Original/Omicron BA.1
Johnson & Johnson	Jcovden®
AstraZeneca-Oxford	Vaxzevria®
Novavax	Nuvaxovid® vaccine
Sanofi Pasteur	VidPrevtyn Beta®

Le vaccin Comirnaty® (Pfizer/BioNtech) a été utilisé en Belgique à partir du 28 décembre 2020. Il s'agit d'un vaccin à ARNm avec un schéma de primo-vaccination en deux doses. L'intervalle, entre les deux doses, appliqué dans la campagne de vaccination belge variait entre 19 et 42 jours en fonction de la région. L'indication d'âge pour le vaccin Comirnaty® a été étendue pendant la campagne de vaccination belge comme suit : (i) du 28 décembre au 4 juin : ≥18 ans ; (ii) à partir du 5 juin : ≥16 ans ; (iii) à partir du 26 juin : ≥16 ans et ouverture aux jeunes de 12-15 ans présentant des comorbidités; (iv) à partir du 7 juillet 2021 ≥16 ans et ouverture à tous les jeunes de 12-15 ans sur base volontaire et sous réserve de l'accord parental (ou du tuteur légal).

A partir du 20 décembre 2021, une formulation pédiatrique du vaccin Comirnaty® (Pfizer/BioNtech) a été utilisée en Belgique pour la vaccination des enfants âgés de 5 à 11 ans. Elle était constituée d'une dose réduite d'ARNm (10µg/dose contre 30µg/dose dans la formulation adulte). Le schéma de primovaccination consistait en deux doses, administrées avec un intervalle recommandé de 21 jours. Elle était proposée aux enfants âgés de 5 à 11 ans sur une base volontaire et sous réserve de l'accord parental (ou du tuteur légal).

Le vaccin Comirnaty® Original/Omicron BA.1 a été utilisé en Belgique à partir du 5 septembre 2022 et le vaccin Comirnaty® Original/Omicron BA.4-5 à partir du 3 octobre 2022. Ces 2 vaccins étaient éligibles aux individus âgés de 12 ans et plus et étaient initialement uniquement utilisés à titre de dose de rappel. Depuis décembre 2022, le vaccin Comirnaty® Original/Omicron BA.4-5 était également utilisé pour les schémas de primo-vaccination.

Le 20 octobre 2022, une formulation adaptée aux enfants de 6 mois à 4 ans a été disponible en Belgique dont le schéma de vaccination consistait en 3 doses (3µg/dose) avec un premier intervalle de 3 semaines suivi d'un second intervalle de 8 semaines.

Le vaccin Comirnaty® XBB 1.5 a été utilisé en Belgique à partir du 14 septembre 2023. Il était éligible à tous les groupes d'âge et utilisé tant pour un schéma de primo-vaccination qu'une

revaccination. Depuis le 14 septembre 2023, les adultes et enfants de plus de 5 ans devaient recevoir une dose unique de vaccin (10µg/dose pour les enfants de 5 à 11 ans, 30µg/dose pour les personnes de 12 ans et plus), quels que soient leurs antécédents vaccinaux. Les enfants de 6 mois à 4 ans n'ayant pas complété un schéma de primo-vaccination et sans antécédent d'infection par le SRAS-CoV-2 devaient recevoir 3 doses (3µg/dose) avec un premier intervalle de 3 semaines puis un second de 8 semaines. Les enfants de 6 mois à 4 ans ayant précédemment complété un schéma de primo-vaccination ou ayant connu une infection par le SRAS-CoV-2 devaient recevoir une dose unique (3µg/dose).

Le **vaccin Comirnaty® JN.1** est autorisé en Belgique depuis le 26 août 2024. Il est éligible à tous les groupes d'âges et utilisé tant pour un schéma de primo-vaccination qu'une revaccination. Depuis septembre 2024, les adultes et enfants de plus de 5 ans devraient recevoir une dose unique de vaccin (10µg/dose pour les enfants de 5 à 11 ans, 30µg/dose pour les personnes de 12 ans et plus), quels que soient leurs antécédents vaccinaux. Les enfants âgés de 6 mois à 4 ans qui n'ont pas complété une primo-vaccination contre la COVID-19 et qui n'ont pas d'antécédents d'infection par le SRAS-CoV-2 devraient recevoir 3 doses (3 µg/dose) avec un premier intervalle de 3 semaines, suivi d'un second intervalle de 8 semaines. Les enfants âgés de 6 mois à 4 ans qui ont déjà complété une primo-vaccination ou qui ont été infectés par le SRAS-CoV-2 devraient recevoir une seule dose (3 µg/dose).

Le vaccin Spikevax® (Moderna) a été utilisé à partir du 11 janvier 2021. Il s'agit également d'un vaccin à ARNm avec un schéma de primo-vaccination en deux doses, administrées avec un intervalle recommandé de 28 jours. Ce vaccin a été utilisé en Belgique initialement chez les adultes de 18 ans et plus. Le 23 juillet 2021, suite à l'approbation de l'EMA, son utilisation a été étendue aux jeunes de 12-17 ans, dans les mêmes conditions que le vaccin Comirnaty® (c.-à-d. sur base volontaire et sous réserve de l'accord parental ou du tuteur légal pour les 12-15 ans).

Le vaccin Spikevax® Original/Omicron BA.1 a été utilisé en Belgique à partir du 12 septembre 2022 et uniquement à titre de dose de rappel aux individus âgés de 12 ans et plus.

Le vaccin Vaxzevria® (AstraZeneca-Oxford) est un vaccin à vecteur viral non réplicatif (adénovirus de chimpanzé) qui a été utilisé en Belgique à partir du 12 février 2021. Le schéma de primo-vaccination consiste en deux doses, l'intervalle est passé de 12 semaines à 8 semaines le 3 mai 2021 en région bruxelloise et le 12 mai 2021 dans l'ensemble du pays. Les indications d'âge pour ce vaccin ont changé au cours de la campagne de vaccination belge comme suit : (i) 12 février au 2 mars 2021: 18 à 55 ans; (ii) 3 mars au 6 avril 2021: ≥ 18 ans ; (iii) 7 avril au 23 avril 2021: ≥ 56 ans; (iv) à partir du 24 avril 2021: ≥ 41 ans.

Le vaccin COVID-19 Janssen® (Johnson & Johnson), également connu sous l'appellation Jcovden® Vaccine, est un vaccin à vecteur viral non réplicatif (adénovirus 26 humain) utilisé à partir du 28 avril 2021. Son schéma de primo-vaccination consiste en une seule dose. Il était utilisé en Belgique chez l'adulte de 18 ans et plus. Cependant, à partir du 26 mai 2021, la Conférence Interministérielle (CIM) Santé Publique a décidé d'adopter un principe de précaution et de limiter temporairement l'utilisation du vaccin COVID-19 Janssen® aux personnes âgées de 41 ans et plus. Le 9 juin 2021, le SPF Santé publique a décidé que les personnes âgées de 18 à 40 ans pouvaient opter volontairement pour le vaccin Janssen COVID-19 après avoir reçu une complète information sur le rapport bénéfice/risque.

Le vaccin Nuvaxovid® (Novavax) est un vaccin protéique sous-unitaire dont l'utilisation a été approuvée en Belgique à partir du 19 janvier 2022. Le schéma de primo-vaccination consiste en 2 doses administrées avec un intervalle d'au moins 3 semaines. Le vaccin Nuvaxovid® était principalement proposé i) aux individus présentant un risque élevé de réaction allergique aux composants des vaccins utilisés dans la campagne de vaccination actuelle belge, et ii)

aux individus ayant déjà présenté un effet indésirable sévère suite à une vaccination avec l'un des vaccins administrés en Belgique.

Le vaccin VidPrevtyl Beta® (Sanofi Pasteur) est un vaccin de sous-unité protéique recombinante disponible en Belgique depuis le 15 décembre 2022. Il était utilisé en tant que dose de rappel pour les personnes de plus de 18 ans ayant précédemment complété un schéma de primovaccination avec un vaccin ARNm ou à vecteur viral.

Le 9 septembre 2021, la CIM Santé publique, sur base de l'avis du Conseil supérieur de la Santé (CSS), a décidé d'inviter les personnes à immunité réduite (en raison de troubles immunitaires congénitaux, de dialyse chronique, de traitements immunosuppresseurs, de cancer, de SIDA ou de syndrome de Down) à recevoir une **dose additionnelle** de vaccin à ARNm (Comirnaty® ou Spikevax®) après un schéma de primo-vaccination complet. . Le 24 janvier 2022, la CIM a décidé de proposer **une dose de rappel** (booster) à ce même groupe, au moins 3 mois après la dose additionnelle. Le 6 juillet 2022, la CIM a décidé d'inviter ce groupe à recevoir **une seconde dose de rappel** à partir de début septembre 2022 (ce qui représente pour la plupart des personnes de ce groupe la cinquième dose de vaccin).

Le 22 septembre 2021, la CIM Santé publique a décidé de proposer une **dose de rappel** de vaccin ARNm (Comirnaty® ou une demi-dose de Spikevax®) aux résidents en maison de repos. D'autres populations cibles ont ensuite été identifiées consécutivement par la CIM, à savoir les personnes âgées de plus de 65 ans le 29 septembre 2021, les professionnels de soins de santé le 30 octobre 2021, et les personnes ayant reçu une dose du vaccin COVID-19 Janssen® le 10 novembre 2021. Le 27 novembre 2021, il a été décidé que toutes les personnes ayant reçu un schéma de primo-vaccination complet seront invitées par ordre d'âge décroissant à recevoir une dose de rappel. Le délai minimal à respecter après le schéma de primo-vaccination complet pour recevoir une dose de rappel diffère selon la marque du vaccin utilisé : deux mois après la dose unique du vaccin COVID-19 Janssen®, quatre mois après la seconde dose du vaccin Vaxzevria®, et six mois après la deuxième dose des vaccins Comirnaty® ou Spikevax®. Le 16 décembre, la CIM a décidé d'accélérer l'administration des doses de rappel pour contrer la propagation du variant Omicron et a annoncé que les personnes ayant reçu un vaccin à ARNm (Comirnaty® ou Spikevax®) pouvaient être invitées à recevoir le vaccin de rappel après 4 mois au lieu de 6. Le 4 février 2022 il a été décidé que les adolescents âgés de 12 à 17 ans en Flandre pouvaient recevoir une dose de rappel sur base volontaire et sous réserve de l'accord parental ou du tuteur légal. Le 16 février 2022, la CIM a pris la décision que les personnes ayant suivi un schéma vaccinal avec le vaccin COVID-19 Janssen® pouvaient recevoir une seconde dose de rappel, au moins 3 mois après la première dose de rappel. Le 4 mars 2022, la CIM a décidé d'offrir une dose de rappel à tous les jeunes de 12 à 17 ans présentant des facteurs de risque élevés et des conditions sous-jacentes entraînant un risque accru de développer un COVID-19 ; pour les autres jeunes de 12 à 17 ans une dose de rappel peut être administrée à l'initiative de ceux-ci ou sous l'accord de ses parents/représentants légaux. A partir de mai 2022, les résidents des maisons de repos et les personnes âgées de 80 ans et plus en Flandre se voient proposer une seconde dose de rappel. En date du 6 juillet 2022, la CIM a décidé qu' à partir de septembre 2022, **une dose de rappel additionnelle** sera offerte de manière proactive et systématique aux personnes âgées de plus de 65 ans, celles présentant une immunité réduite, au personnel de soins de santé et aux personnes âgées de 50 à 64 ans. Une dose de rappel supplémentaire pourra également être proposée aux personnes âgées de 18 à 50 ans sur base volontaire (pas d'invitation systématique). Le 16 novembre 2022, la CIM a donné son accord pour un schéma de primo-vaccination pour les enfants âgés de 6 mois à 4 ans et une dose de rappel pour les enfants et adolescents de 5 à 17 ans. Ces vaccinations sont recommandées pour les enfants

et adolescents présentant des conditions d'immunodépressions ou des pathologies sous-jacentes graves.

A la mi-septembre 2023, une nouvelle campagne de vaccination a débuté en Belgique avec une recommandation particulière du CSS à la revaccination vis-à-vis des personnes à hauts risques : toutes personnes de 65 ans et plus, les résidents de maisons de repos et de santé, les personnes identifiées par le passé avec des conditions médicales sous-jacentes, les personnes immunodéprimées ainsi que les membres de leur foyer, les personnes enceintes, et les personnes travaillant dans le secteur des soins de santé.

Comme en 2023, une campagne de vaccination contre la COVID-19 a débuté à la mi-septembre 2024. Les mêmes recommandations que la campagne précédente s'appliquent, à l'exception des personnes enceintes. Le CSS continue d'indiquer que les personnes enceintes et présentant des pathologies sous-jacentes ou celles susceptibles d'avoir une grossesse à haut risque, doivent être vaccinées en priorité contre la COVID-19. Cependant, les personnes enceintes en bonne santé, ne présentant pas de comorbidités ou dont la grossesse n'est pas anticipée comme à risque, peuvent opter pour une vaccination contre la COVID-19 sur une base individuelle. Cette décision devrait impliquer une discussion avec un professionnel de la santé, prenant en compte des priorités et des facteurs de risque pour toutes les vaccinations recommandées par le NITAG.

Dans Vaccinnet+, il n'est pas possible de distinguer les personnes ayant reçu une dose additionnelle des personnes ayant reçu une dose de rappel. Le terme « dose de rappel » utilisé dans les rapports épidémiologiques de Sciensano et sur le dashboard Epistat inclut donc ces deux groupes.

Plus d'informations sur les différents vaccins sont publiées sur la page web dédiée de l'AFMPS (seulement disponible en [néerlandais](#) et en [français](#)) et dans la [Factsheet de Sciensano](#).

9.4. COMMENT LES COUVERTURES VACCINALES SONT-ELLES DÉTERMINÉES ?

Question ajoutée 21/05/2021 | Dernière mise à jour 28/02/2025

La couverture vaccinale représente le pourcentage de personnes vaccinées dans une population cible. Le tableau de bord COVID-19 de Sciensano présente les couvertures vaccinales par groupe d'âge, par sexe, pour les municipalités, les régions/communautés et pour la Belgique. A cette fin, les chiffres officiels les plus récents relatifs à la population légalement enregistrée en Belgique sont utilisés comme dénominateurs. Les chiffres de la population au 1^{er} janvier 2020 ont été utilisés jusqu'au 18 mai 2021, date à laquelle les chiffres provisoires relatifs à la population au 1^{er} janvier 2021 publiés par STATBEL ont été utilisés ([STATBEL; population au 1^{er} janvier 2021](#)). Du 23 juin 2022 au 2 juillet 2023, ce sont les chiffres de la population au 1^{er} janvier 2022 qui étaient utilisés ([STATBEL; population au 1^{er} janvier 2022](#)). Depuis le 4 août 2023, les chiffres de la population au 1^{er} janvier 2023 sont utilisés ([STATBEL; population au 1^{er} janvier 2023](#)). Depuis le 4 juillet 2024, ce sont les chiffres de la population au 1^{er} janvier 2024 qui sont utilisés ([STATBEL; population au 1^{er} janvier 2024](#)).

Au début de la campagne de vaccination, l'âge de la personne vaccinée utilisé pour les calculs de couvertures vaccinales était l'âge à la date d'administration du vaccin. Cependant cette méthode n'est plus utilisée. Vaccinnet+ dispose de l'année de naissance de toutes les personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin COVID-19 en Belgique. Cette information est utilisée pour calculer l'âge de la population vaccinée au 1^{er} janvier de l'année de référence :

depuis le 4 juillet 2024 c'est l'âge au 1^{er} janvier 2024 qui est utilisé. Ce calcul permet d'aligner les âges des personnes vaccinées (numérateur) à ceux actualisés de la population (dénominateur).

Pour le calcul des couvertures vaccinales, Sciensano procède à une correction relative aux décès survenus depuis le début de la campagne de vaccination contre la COVID-19, parmi ceux qui ont déjà été vaccinés. Les personnes décédées avant le 1^{er} janvier 2024 ne sont pas incluses dans les dénominateurs à cette date et doivent donc être exclues du numérateur afin d'éviter une surestimation des couvertures vaccinales. Afin de réaliser cette correction, les personnes vaccinées et décédées avant le 1^{er} janvier 2024 ont été identifiées grâce à un extrait du Registre National.

Il convient de souligner que la correction pour les décès n'est pas toujours applicable. Si elle est particulièrement pertinente pour les couvertures vaccinales, elle ne doit en revanche pas être appliquée lorsque l'on considère le nombre total de doses administrées depuis le début de la campagne de vaccination. C'est pourquoi les données de vaccination sont toujours collectées et partagées, par exemple dans l'open data (<https://epistat.wiv-isp.be/covid/>), sans la correction pour les décès. Une base de données a été rendue disponible présentant le nombre de personnes vaccinées qui sont décédées avant 2024, par région, groupe d'âge, sexe et la dernière dose de vaccin reçue.

Nous montrons la progression de la campagne de vaccination ainsi que les couvertures vaccinales à travers le temps par l'intermédiaire de plusieurs résultats. Afin d'éviter les discontinuités lors de l'application de la correction relative aux décès, nous supposons que la proportion de décès est constante dans le temps au sein d'une catégorie donnée définie par le statut vaccinal, le groupe d'âge, le sexe et la région.

Les données sur la répartition géographique des personnes vaccinées sont basées sur le code postal du lieu de résidence de la personne vaccinée et non sur le code postal du site de vaccination. Cette répartition ne reflète pas le nombre de vaccinations effectuées par les entités fédérées, puisque certaines personnes sont vaccinées sur leur lieu de travail (ex. centres de soins résidentiels, hôpitaux).

Le temps écoulé après une vaccination influence la protection offerte par les vaccins contre la COVID-19, ainsi du 5 janvier 2023 et jusqu'au 21 juillet 2023, la couverture vaccinale a été également présentée telle que la proportion d'une population spécifique ayant reçu une dernière dose de vaccin COVID-19 au cours des 3 ou 6 derniers mois ou depuis plus de 6 mois. Depuis le 27 juillet 2023 seules les populations ayant reçu une dernière dose de vaccin COVID-19 au cours des 6 derniers mois et il y a plus de 6 mois sont présentées. Les résultats sont présentés par groupe d'âge et par région/communauté, en incluant uniquement ceux ayant complété une schéma de primo-vaccination. Est également présentée l'évolution dans le temps, par groupe d'âge et région/communauté, de ceux ayant reçu une dernière dose de vaccin au cours des 6 derniers mois.

Dans le cadre du projet LINK-VACC, des couplages avec des bases de données externes, notamment la base de données CoBRHA (Common Base Registry for Healthcare Actors), la base de données de l'Agence Intermutualiste (AIM) ou de STATBEL, nous permettrons d'analyser rétrospectivement les couvertures vaccinales atteintes dans certains groupes cibles. A ce propos, les couvertures vaccinales atteintes parmi les professionnels de soins de santé ont été publiées dans un [rapport thématique](#) et sont mises à jour chaque semaine sur notre page [Epistat](#). Un [rapport thématique](#) publié le 26 novembre 2021 décrit les couvertures vaccinales atteintes le 31 octobre 2021 dans la population belge et parmi les groupes

prioritaires de la campagne vaccinale belge (résidents de maisons de repos et de soins, professionnels de soins de santé, personnes atteintes de comorbidités et femmes enceintes). Un [rapport thématique](#) sur la couverture et l'impact de la vaccination chez les enfants et les adolescents a été publié le 21 décembre 2022. Le 13 juin 2023, un [rapport thématique](#) sur la couverture et l'impact épidémiologique des campagnes de vaccination contre la COVID-19 chez les personnes présentant des affections sous-jacentes a été publié.

Depuis le 16 septembre 2022, la couverture vaccinale des premières et secondes doses de rappel chez les personnes recevant des immunosuppresseurs était incluse dans le rapport hebdomadaire (la 2^{ème} et 3^{ème} dose après un schéma de primo-vaccination). Le numérateur de ce calcul est basé sur la réalisation d'un lien entre les personnes ayant reçu une invitation prioritaire à la vaccination selon la sélection effectuée par l'IMA (personnes remboursées pour avoir reçu des immunosuppresseurs avec le code-ACT (classification Anatomique Thérapeutique Chimique) L04 à un minimum de 1 dose journalière définie pendant la période du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2020) et Vaccinnet+. Le dénominateur est le nombre total de personnes ayant reçu une invitation prioritaire en raison de la réception de ce type de médicaments selon la sélection faite par l'IMA. Le numérateur et le dénominateur ont été corrigés pour les décès survenus avant 2023 parmi les personnes précédemment vaccinées. Il est important de noter que ce calcul ne reflète pas le nombre total de personnes immunodéprimées en Belgique. A partir de juillet 2023, ce rapportage a été interrompu. Dès la campagne de vaccination de l'automne 2023, la couverture vaccinale des personnes recevant des immunosuppresseurs sera remplacée par celle des individus présentant un état d'immunodépression au cours de l'année de référence 2020, ou une condition nécessitant la prise d'immunosuppresseurs. Cela correspond aux affections appartenant aux pseudo-pathologies suivantes, [classées par l'AIM](#) sur base des données de remboursement des soins de santé :

- Maladie de Crohn, colite ulcéreuse, arthrite psoriasique, arthrite rhumatoïde ;
- Insuffisance rénale ;
- Mucoviscidose ;
- Psoriasis ;
- Sclérose en plaques ;
- Transplantation d'organes ;
- Cancer traité par radio ou chimiothérapie, et ;
- Cancer traité par consultation oncologique multidisciplinaire.

Vous trouverez plus d'informations sur le projet LINK-VACC et ses objectifs sur [la page du projet](#).

9.5. QUELLE EST LA SIGNIFICATION DES TERMES «AU MOINS UNE DOSE», «PRIMO-VACCINATION COMPLETE »,«+ RAPPEL» , ET « REVACCINATION » UTILISÉS DANS LA SURVEILLANCE DES VACCINATIONS COVID-19 ?

Question ajoutée 21/05/2021 | Dernière mise à jour 29/09/2023

La catégorie « au moins une dose » (« *at least one dose* ») comprend toutes les personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin COVID-19, indépendamment du schéma vaccinal de celui-ci. Les personnes ayant par la suite reçu une deuxième dose d'un vaccin nécessitant deux doses, ou celles qui ont reçu une dose additionnelle ou de rappel, ne sont pas exclues de cette catégorie. Cette catégorie inclut donc les personnes partiellement vaccinées (1 des 2

doses), celles ayant complété leur schéma de primo-vaccination (1 de 1 dose / 2 de 2 doses), et celles ayant reçu une ou plusieurs doses additionnelles ou de rappel (par exemple : 1 de 1 dose +1 / 2 de 2 doses +1).

Une personne est définie comme ayant une « primo-vaccination complète » (« *primary course completed* ») lorsqu'elle a reçu toutes les doses prévues pour compléter son schéma de primo-vaccination. Cela dépend donc du type de vaccin qu'elle reçoit. Pour les vaccins *Comirnaty*®, *Spikevax*®, *Vaxzevria*® et *Nuvaxovid*®, une personne ayant reçu deux doses du vaccin est considérée comme ayant complété son schéma de primo-vaccination. Pour le vaccin *COVID-19 Janssen*® une personne a complété son schéma de primo-vaccination après une seule dose du vaccin. Les personnes qui ont ensuite reçu une ou plusieurs doses additionnelles ou de rappel ne sont pas exclues de cette catégorie. Cette catégorie inclut donc les personnes ayant complété un schéma de primo-vaccination (1 de 1 dose / 2 de 2 doses), et celles ayant reçu des doses additionnelles ou de rappel (1 de 1 dose +1 / 2 de 2 doses +1).

Une personne ayant reçu le vaccin COVID-19 Janssen®, sera directement considérée dans les deux groupes « au moins une dose » et « primo-vaccination complète ». Attention : « primo-vaccination complète » est un terme utilisé ici dans le contexte de la surveillance des couvertures vaccinales. Dans le contexte de la surveillance de la protection immunitaire individuelle, une autre définition peut être utilisée. Par exemple, pour le vaccin *COVID-19 Janssen*®, un délai de 14 jours après l'inoculation de la dose de vaccin doit être pris en compte avant que la personne soit considérée comme protégée. Pour les autres marques de vaccin, une personne est considérée comme protégée 14 jours après avoir reçu la seconde dose du vaccin. Le terme « entièrement vacciné » était précédemment utilisé pour décrire ceux ayant complété leur schéma de primo-vaccination. Pour éviter toutes confusions, nous avons remplacé ce terme dans nos rapports par celui de « primo-vaccination complète » à partir du 25 avril 2022. Le terme « entièrement immunisé » était utilisé précédemment pour désigner les personnes ayant complété un schéma de primo-vaccination depuis 14 jours ou plus. Dans un souci de clarté, le terme « entièrement immunisé » a été remplacé par celui de « primo-vaccination complète + 14 jours » après le déploiement des doses de rappel.

Une personne qui reçoit une dose additionnelle ou de rappel après un schéma complet de primo-vaccination appartient à la catégorie « + rappel » (« + *booster* »), une personne qui reçoit une seconde dose de rappel appartient à la catégorie « + 2nd rappel » (« +2nd *booster* »). Ces catégories comprennent à la fois les doses additionnelles administrées aux personnes immunodéprimées pour compléter leur schéma de primo-vaccination et les doses de rappel administrées à la population générale. On considère que les doses de rappel assurent une protection immunitaire 14 jours après son administration.

A partir de l'automne 2023, le terme « rappel » sera remplacé par celui de « revaccination » dans les rapports de Sciensano.

9.6. POURQUOI LES CHIFFRES DE SURVEILLANCE DE LA VACCINATION RAPPORTÉS PAR SCIENSANO PEUVENT-ILS FLUCTUER?

Question ajoutée 07/07/2021 | Dernière mise à jour 04/08/2023

Chaque jour, Sciensano reçoit les données relatives aux vaccinations encodées ou corrigées dans Vaccinnet+ le jour précédent. Ces données étaient publiées dans [les rapports épidémiologiques](#) chaque vendredi jusqu'au 21 juillet 2023. Elles sont actuellement disponibles sur le [tableau de bord Epistat](#) et publiées chaque mercredi dans [le bulletin hebdomadaire des infections respiratoires aiguës](#).

Ces encodages et corrections rétrospectives réalisées en permanence dans le registre Vaccinnet+ permettent d'améliorer constamment la qualité des données et expliquent les fluctuations visibles dans les données rapportées en temps quasi-réel par Sciensano.

A noter que les éventuelles erreurs d'enregistrements identifiées par le citoyen lors de la consultation de son MyHealthViewer ou lors du téléchargement du certificat CovidSafe peuvent être corrigées par le vaccinateur dans Vaccinnet+. Si vous avez besoin d'aide à cette fin, veuillez contacter les centres d'appels organisés par les autorités compétentes : <https://covidsafe.be/fr/questions-frequentes>.

9.7. COMMENT LES INFECTIONS DE PERCÉE SONT-ELLES DÉFINIES ET SURVEILLÉES PAR SCIENSANO ?

Question ajoutée 18/08/2021 | Dernière mise à jour 04/08/2023

9.7.1. Surveillance des cas de COVID-19 confirmés en laboratoire

Une infection de percée est définie comme une nouvelle infection COVID-19 confirmée en laboratoire (test RT-PCR ou test antigénique rapide positif; et absence de test positif au cours des 90 jours précédents) survenant chez une personne ayant complété son schéma de primo-vaccination depuis 14 jours ou plus, précédemment appelée « entièrement immunisée » ([voir question 9.5](#)). Dans la même optique, nous surveillons les infections qui sont survenues 14 jours ou plus après qu'une personne ait reçu une dose additionnelle ou de rappel.

Les infections de percée sont surveillées par Sciensano en reliant les données du registre Vaccinnet+ et celles de la base de données des résultats des tests de laboratoire COVID-19 ([projet LINK-VACC](#)). Les différentes bases de données sont couplées au niveau individuel sur base du numéro d'identification unique du système belge de sécurité sociale (numéro NISS) sous une forme pseudonymisée.

9.7.2. Surveillance hospitalière

Sciensano utilisait la surveillance de la capacité hospitalière (Surge Capacity Survey - SCS), une enquête quotidienne en ligne par le biais de laquelle, tous les hôpitaux généraux belges devaient fournir des données agrégées (non individuelles) sur le nombre d'admissions à l'hôpital et USI. Ils devaient également y fournir des données individuelles sur les patients COVID-19 décédés à l'hôpital. Cette collecte de données était obligatoire et pouvait donc être considérée comme une base de données exhaustive du nombre de patients COVID-19 dans les hôpitaux généraux belges. Du 6 octobre 2021 au 18 décembre 2022, des variables avaient été ajoutées à ce suivi pour permettre aux hôpitaux de rapporter le nombre de patients hospitalisés par statut vaccinal (non vacciné, partiellement vacciné, primo-vaccination complète, statut vaccinal inconnu) dans différentes catégories d'âge. Le 8 décembre 2021, le fait d'avoir reçu la dose de rappel avait été ajouté comme une catégorie supplémentaire au sein de la variable statut vaccinal. Depuis cette date, le statut vaccinal des personnes décédées du COVID-19 à l'hôpital était également ajouté dans la collecte de données.

Depuis le 19 décembre 2022 et en raison de modifications apportées dans la SCS, le statut vaccinal n'est plus enregistré en cas de nouvelles admissions à l'hôpital. Les tableaux montrant la moyenne quotidienne et l'incidence des nouveaux patients hospitalisés, admis en soins intensifs et décédés dans les hôpitaux pour cause d'une infection COVID-19 (par groupe

d'âge, région et statut vaccinal) ne sont plus présentés. Depuis le 1^{er} juillet 2023, la SCS a été interrompue.

9.8. COMMENT EST ÉVALUÉ L'IMPACT DE LA VACCINATION ?

Question ajoutée 20/01/2022 | Dernière mise à jour 28/02/2025

L'impact de la vaccination est estimé par le calcul de l'efficacité vaccinale. Ces résultats prenaient en compte la période commençant le 3 janvier 2022, lorsque plus de 80 % des cas en Belgique étaient causés par le variant Omicron. Ces analyses étaient mises à jour environ une fois par mois jusqu'au 21 juillet 2023, du fait que ces estimations étaient relativement stables dans le temps. L'impact du deuxième et troisième rappels, administrés au cours de la campagne d'automne 2022 a fait l'objet d'un rapport spécifique (disponible [ici](#)). Les mises à jour montrant les estimations de l'efficacité vaccinale contre l'hospitalisation étaient incluses dans le [bulletin hebdomadaire des infections respiratoires aiguës](#), pendant la campagne de vaccination 2023. Les nouvelles estimations seront publiées dans le même bulletin hebdomadaire, si le nombre d'hospitalisations rapportées atteint le seuil requis pour calculer ces estimations. Leur publication se fera lorsque la section 'Vaccination COVID-19' du bulletin sera mise à jour au début de la prochaine campagne de vaccination.

Pour calculer l'efficacité vaccinale contre une infection symptomatique, nous utilisons un modèle test-négatif (« *test-negative design study* ») d'étude cas-témoin. Dans ce modèle, le statut immunitaire est comparé entre les personnes symptomatiques qui ont été testées positives pour le SARS-CoV-2 (cas) et celles qui ont été testées négatives (témoins). En outre, nous évaluons l'impact d'une infection antérieure associée à la vaccination sur le potentiel développement d'une nouvelle infection symptomatique. Nous considérons toutes les infections antérieures depuis le début de la pandémie COVID-19 (2020). Les facteurs confondants incluant aux analyses sont l'âge, le sexe, la province de résidence et avoir une pathologie sous-jacente.

La [surveillance clinique hospitalière \(CHS\)](#) des cas COVID-19 collecte des données individuelles sur les patients, ce qui permet de les relier aux données de Vaccinnet+. Cependant la participation à cette surveillance n'étant pas obligatoire pour les hôpitaux, cette base de données n'est pas exhaustive. Pour estimer l'efficacité vaccinale contre une hospitalisation en cas d'infection symptomatique, nous avons combiné les données individuelles sur le statut immunitaire des individus ayant une infection symptomatique avec celles de la surveillance clinique hospitalière (CHS). Pour la campagne de rappel de l'automne 2023, l'efficacité vaccinale (Vaccine Effectiveness – VE) a été calculée à l'aide d'une version légèrement modifiée d'une méthodologie utilisée par un consortium européen auquel Sciensano contribue. Une description de cette méthodologie est disponible dans [le protocole suivant](#). Une adaptation apportée par Sciensano concernant le calcul de VE présenté dans le Respi Bulletin est le filtrage des personnes ayant reçu leur dernière dose dans les 180 jours précédant le début de la campagne de vaccination au lieu de 90 jours.

9.9. LES CHIFFRES UTILISÉS PAR SCIENSANO POUR LA SURVEILLANCE DES VACCINATIONS SONT-ILS DISPONIBLES AU GRAND PUBLIC ?

Question ajoutée 21/05/2021 | Dernière mise à jour 04/08/2023

Le Règlement Général de la Protection des Données (RGPD) s'applique à la surveillance des vaccinations. Sciensano a obtenu une [délibération](#) positive du Comité de sécurité sociale et

de sécurité de l'information sanitaire pour traiter les données personnelles pour cette surveillance. Une déclaration de confidentialité dans le cadre de cette surveillance est disponible [ici](#).

Dans le cadre de l'open data le partage de trois sets de données agrégées et anonymes a été approuvé par le Comité Interfédéral. Ces données mises à disposition du public sont :

1. Les vaccins administrés par date, région, âge, sexe, marque et dose
2. Les vaccins administrés par semaine, municipalité, groupe d'âge et dose
3. Le nombre de personnes vaccinées et décédées avant 2023 par région, groupe d'âge, sexe et la dernière dose de vaccin reçue

Un [codebook](#) détaillant chacune des variables utilisées est mis à disposition. Comme les ensembles de données 1 et 2 décrivent le nombre de vaccins administrés depuis le début de la pandémie, la correction pour les décès n'y est pas appliquée. Le 3^{ème} ensemble de données permet de corriger les décès dans les calculs du nombre de personnes vaccinées, et donc les couvertures vaccinales, et ceci au niveau régional.

Les données du registre Vaccinnet+ sont accessibles pour les chercheurs de Sciensano sous forme pseudonymisées (non agrégées et non anonymes). Cela signifie que les données individuelles ou données d'identification directe de la personne vaccinée, telles que le numéro de registre national, ont été remplacées par un code. Les données de vaccination n'étant pas la propriété exclusive de Sciensano mais la propriété partagée avec les régions / entités fédérées, une proposition d'accès aux données pseudonymisées doit être soumise au Comité Interfédéral. Le même comité jugera également d'éventuelles extensions de données anonymes dans l'open data.

9.10. COMMENT PUIS-JE TROUVER DES CHIFFRES SUR LA DISTRIBUTION DES VACCINS EN BELGIQUE?

Question ajoutée 21/05/2021 | Dernière mise à jour 06/01/2023

L'analyse des chiffres de distribution ne fait pas partie des responsabilités de Sciensano. Les informations concernant les livraisons de vaccins et le matériel de vaccination peuvent être trouvées sur [le site web du SPF santé publique](#).

9.11. OU PUIS-JE TROUVER DES INFORMATIONS SUR LES POTENTIELS EFFETS SECONDAIRES DES VACCINS ?

Question ajoutée 20/10/2022 | Dernière mise à jour 20/10/2022

Les informations et mises à jour vis-à-vis de la sécurité des vaccins COVID-19 sont disponibles sur la [page dédiée de l'AFMPS](#) et de [l'EMA](#).