

# COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE DU 15 MAI 2020

L'institut belge de santé Sciensano, dans le cadre de ses missions de surveillance, analyse les données de COVID-19 collectées par son réseau de partenaires. Ces données sont disponibles sur <https://epistat.wiv-isp.be/covid>. Les indicateurs issus des différentes sources de données sont présentés dans ce rapport journalier mis en ligne sur le site de Sciensano. Ce bulletin hebdomadaire contient un supplément d'information destiné à compléter la compréhension de l'épidémie. Des graphiques supplémentaires par région et par province sont disponibles par [ce lien](#). Suivre l'évolution d'une telle épidémie se fait sur base de tendances.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>1. Chiffres clés pour la Belgique</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Situation en Belgique</b> .....	<b>3</b>
2.1. Distribution et évolution des cas de COVID-19 .....	3
2.2. Tests COVID-19 effectués par le réseau des laboratoires et en maisons de repos et autres collectivités résidentielles .....	4
2.3. Hospitalisations pour COVID-19 en Belgique .....	6
2.4. Surveillance des patients hospitalisés pour une infection COVID-19 confirmée..	7
2.5. Surveillance des syndromes grippaux par le réseau des médecins vigies .....	12
2.6. Evolution de la mortalité .....	14
2.7. Surveillance de la mortalité (toutes causes confondues).....	18
2.8. Absences au travail pour cause de maladie .....	28
2.9. Représentation géographique des cas confirmés par province et commune depuis le début de l'épidémie .....	29
<b>3. Situation internationale</b> .....	<b>31</b>
3.1. Nombre de nouveaux cas de COVID-19, par continent.....	31
3.2. Répartition des cas de COVID-19 confirmés en laboratoire dans l'UE/EEE, au Royaume-Uni, en Suisse et dans d'autres pays.....	31
3.3. Evolution de la létalité chez les cas de COVID-19 confirmés en laboratoire, par région .....	32
3.4. Nombre de cas par pays au 14 mai 2020.....	32
<b>4. Prévention et information</b> .....	<b>33</b>

# 1. Chiffres clés pour la Belgique

Nombre rapporté de patients	Au cours des dernières 24h	Au total
Cas confirmés de COVID-19*	356	54 644
<i>Dont en maison de repos</i>	78	9 002
Décédés**	56	8 959
<i>En hôpital</i>	35	4 277
<i>Cas confirmés</i>	34 (97%)	4 089 (96%)
<i>Cas possibles</i>	1 (3%)	188 (4%)
<i>En maison de repos</i>	21	4 588
<i>Cas confirmés</i>	12 (57%)	1 045 (23%)
<i>Cas possibles</i>	9 (43%)	3 543 (77%)
Admis à l'hôpital	67	16 540***
Sortis de l'hôpital	190	14 301***

\*Dépistage en maisons de repos inclus (depuis 10/04).

\*\*Décès toutes localisations incluses.

\*\*\*Depuis le 15 mars, date à partir de laquelle >99% des hôpitaux notifient.

Occupation des lits d'hôpital	Actuellement	Différence depuis 1 jour*
Nombre de lits d'hôpital occupés	1 862	-104
Nombre de lits USI occupés	380	-27

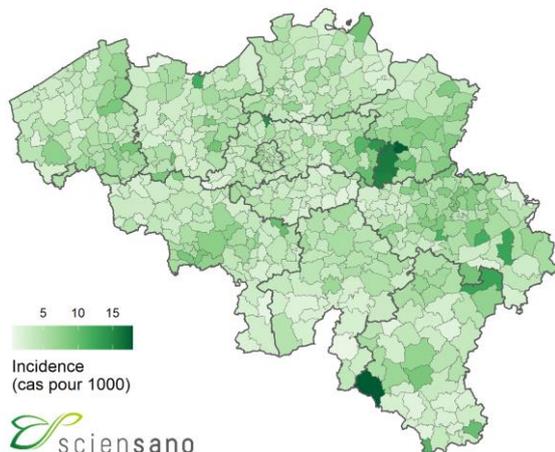
\*Les données de ce tableau ne peuvent pas être comparées avec celles du tableau de la veille en raison d'un éventuel retard dans la déclaration des données et de petites corrections qui peuvent être apportées en permanence.

## 2. Situation en Belgique

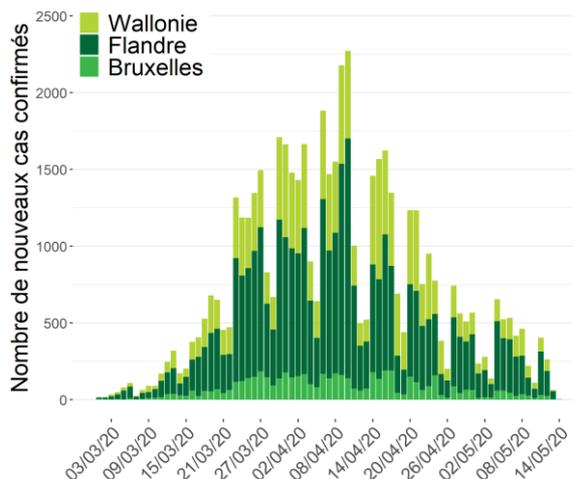
### 2.1. DISTRIBUTION ET ÉVOLUTION DES CAS DE COVID-19

356 nouveaux cas confirmés ont été rapportés au cours des dernières 24h ; 248 (70%) en Flandre, 80 (22%) en Wallonie, et 28 (8%) à Bruxelles.

Distribution des cas confirmés



Evolution du nombre de cas confirmés par région et par date de diagnostic\*

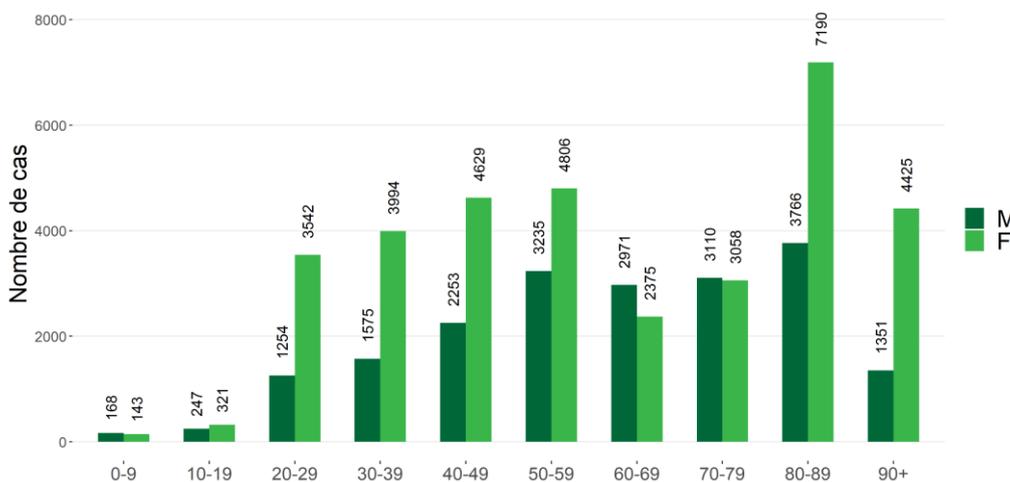


Source : CNR, laboratoires, notifications obligatoires. Cas rapportés à Sciensano au 14 mai 2020, à 16 heures.

\*En raison de l'utilisation de la date de diagnostic, les données des deux derniers jours doivent encore être consolidées. Lorsque la date de diagnostic est manquante, la date de reportage est utilisée.

A ce jour, un total de 54 644 cas confirmés ont été rapportés ; 30 499 cas (56%) en Flandre, 17 538 (32%) cas en Wallonie, et 5 563 (10%) cas à Bruxelles. Les données sur le lieu de résidence n'étaient pas disponibles pour 1 044 cas (2%).

Distribution par âge et sexe des cas confirmés\*



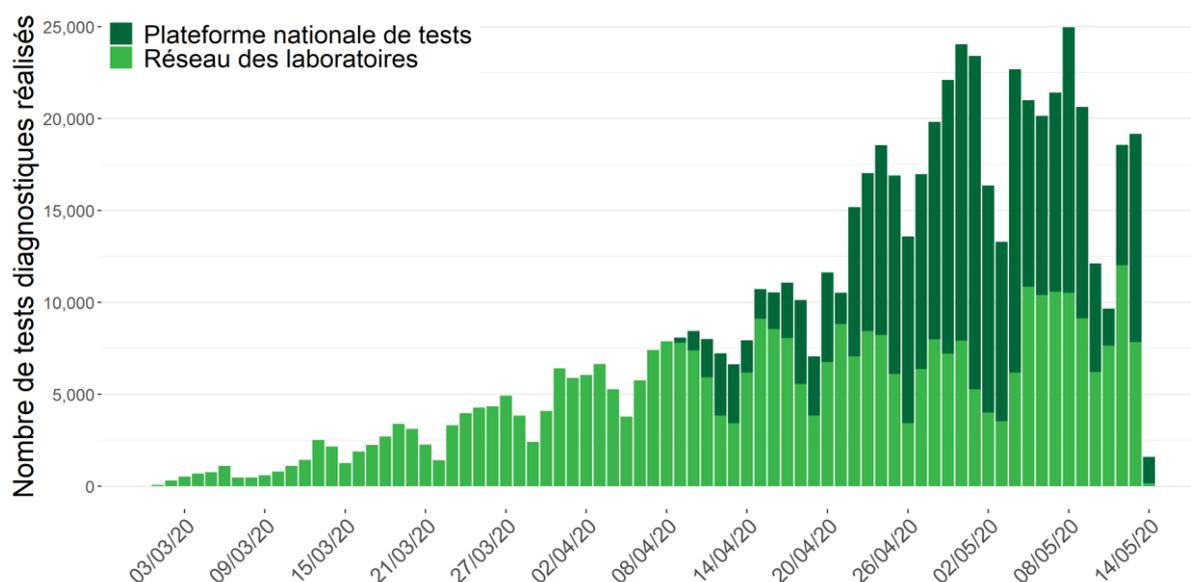
\*Cette figure représente la répartition par âge de tous les cas confirmés. Elle ne reflète pas la gravité de la maladie pour un groupe d'âge particulier. L'information sur l'âge et/ou le sexe n'était pas disponible pour 231 cas.

## 2.2. TESTS COVID-19 EFFECTUÉS PAR LE RÉSEAU DES LABORATOIRES ET EN MAISONS DE REPOS ET AUTRES COLLECTIVITÉS RÉSIDENIELLES

Entre début mars et le 14 mai, le nombre total de tests effectués par les laboratoires (le centre national de référence et les autres laboratoires cliniques qui effectuent le test) s'élève à 370 545.

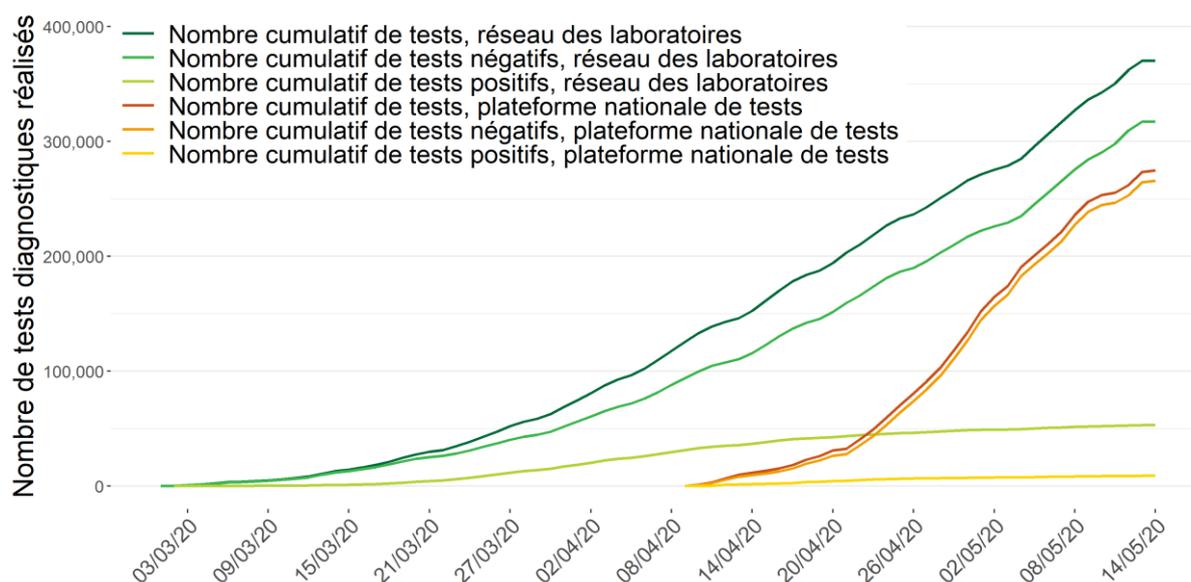
Depuis le 10/04, 274 769 tests ont été réalisés par la plateforme nationale de tests en maisons de repos, autres collectivités résidentielles et centres de triage.

Tests diagnostiques effectués, par jour



Note: Les données des 48 dernières heures doivent encore être consolidées. Quant aux données des autres jours, elles peuvent encore être complétées par des données de laboratoires qui déclareraient rétroactivement. Les tests antigène et PCR sont tous deux représentés : si un échantillon a été soumis à la fois à un test PCR et à un test antigène, on considère qu'il s'agit de deux tests distincts.

Nombre cumulé de tests (positifs et négatifs) effectués par le réseau des laboratoires (laboratoires cliniques) et par la plateforme nationale de tests (en maisons de repos et autres collectivités résidentielles)



Parmi le nombre de tests réalisés en maisons de repos et autres collectivités résidentielles, 129 644 ont été réalisés chez des travailleurs et 134 954 chez des résidents de ces collectivités. En outre, 10 171 tests ont été réalisés par la plateforme nationale provenant de personnes extérieures aux collectivités résidentielles. Les résultats des tests réalisés chez le personnel et chez les résidents sont présentés séparément ici.

#### Résultats chez les membres du personnel

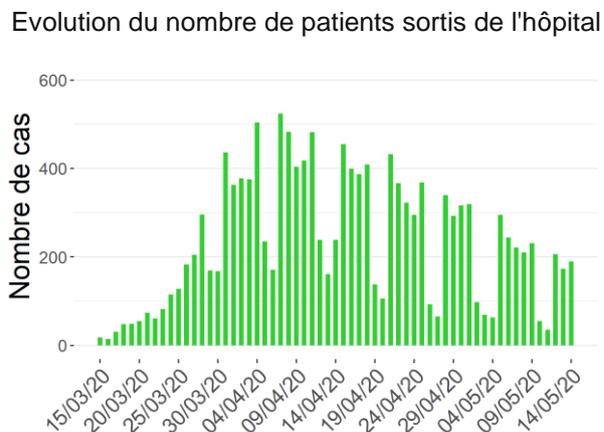
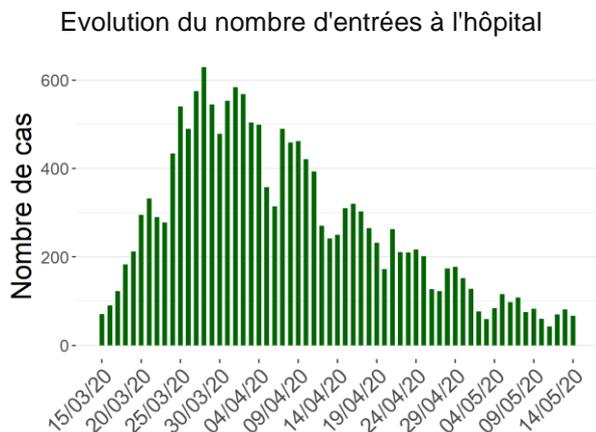
	Membres du personnel								
	Total			Symptomatiques			Asymptomatiques		
	Nombre de tests	Nombre de tests positifs	% de tests positifs	Nombre de tests	Nombre de tests positifs	% de tests positifs	Nombre de tests	Nombre de tests positifs	% de tests positifs
Belgique	129 644	3 082	2%	7 715	829	11%	121 929	2 253	2%
Flandre	81 676	1 548	2%	5 159	444	9%	76 517	1 104	1%
Wallonie	37 716	1 254	3%	1 727	317	18%	35 989	937	3%
Bruxelles	10 252	280	3%	829	68	8%	9 423	212	2%

#### Résultats chez les résidents

	Résidents								
	Total			Symptomatiques			Asymptomatiques		
	Nombre de tests	Nombre de tests positifs	% de tests positifs	Nombre de tests	Nombre de tests positifs	% de tests positifs	Nombre de tests	Nombre de tests positifs	% de tests positifs
Belgique	134 954	5 607	4%	5 443	1 369	25%	129 511	4 238	3%
Flandre	77 300	2 635	3%	2 626	648	25%	74 674	1 987	3%
Wallonie	44 569	2 267	5%	1 825	538	29%	42 744	1 729	4%
Bruxelles	13 085	705	5%	992	183	18%	12 093	522	4%

## 2.3. HOSPITALISATIONS POUR COVID-19 EN BELGIQUE

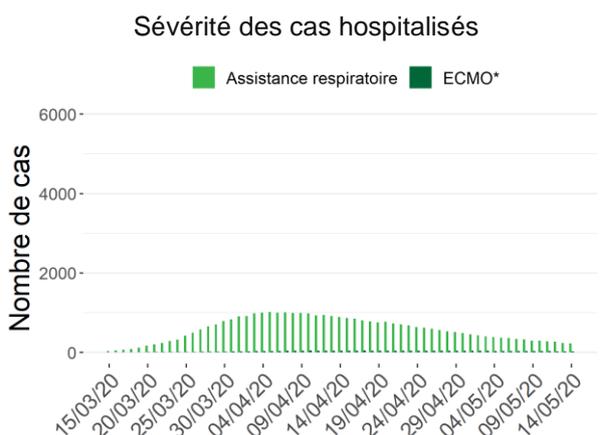
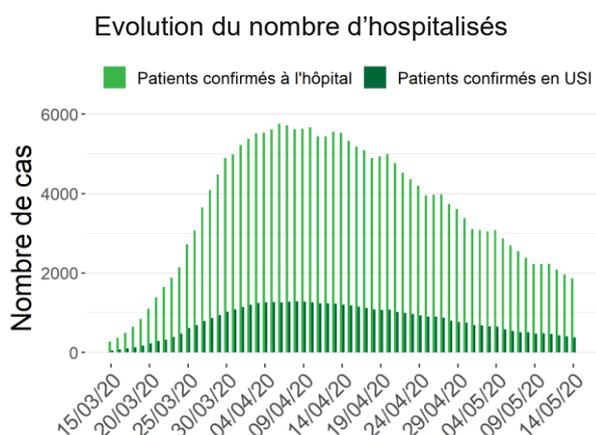
La grande majorité des hôpitaux (> 99%) participent activement à la notification depuis le 15 mars. Les données à partir de cette date sont présentées ici.



Il est possible que des corrections soient apportées rétrospectivement aux chiffres des jours précédents.

Au cours des dernières 24 heures, 67 patients avec COVID-19 ont été hospitalisés et 190 personnes ont quitté l'hôpital. 16% des nouvelles admissions à l'hôpital au cours des dernières 24 heures provenaient d'une maison de repos/et de soins ou d'un autre établissement de soins de longue durée (pourcentage calculé sur la base du nombre de nouvelles admissions dans les hôpitaux qui ont fait cette distinction selon le rapport).

Entre le 15 mars et le 14 mai, 16 540 patients avec COVID-19 sont entrés à l'hôpital et 14 301 personnes ont quitté l'hôpital.



\*Nombre d'hôpitaux participants : 104 (14 mai 2020)

\*ECMO: Oxygénation par membrane extra-corporelle

Le 14 mai, 1 862 lits d'hôpital dont 380 lits en unité de soins intensifs étaient occupés par des patients confirmés COVID-19; 231 patients nécessitaient une assistance respiratoire et 24 une ECMO. Au cours des dernières 24 heures, le nombre total de lits d'hôpital occupés a diminué de 104, dont 27 lits occupés en soins intensifs de moins.

## 2.4. SURVEILLANCE DES PATIENTS HOSPITALISÉS POUR UNE INFECTION COVID-19 CONFIRMÉE

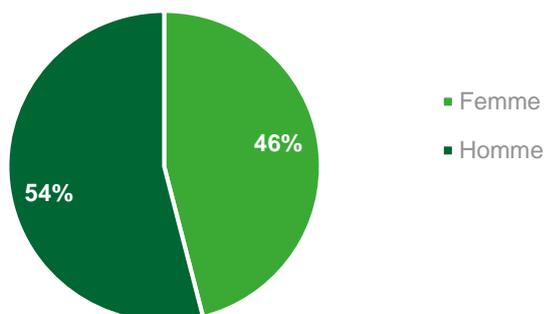
Dans cette section, nous décrivons les caractéristiques des patients hospitalisés pour une infection COVID-19 confirmée. Des informations cliniques détaillées ont été rapportées par les hôpitaux belges pour 13 167 patients hospitalisés entre le 29 février et le 10 mai 2020, soit 80 % de l'ensemble des patients hospitalisés.

### 2.4.1. Distribution des hospitalisations pour COVID-19 par âge et par sexe

#### 2.4.1.1. Sexe

Parmi les patients hospitalisés, on observe une proportion plus grande d'hommes que de femmes. La proportion de femmes parmi les personnes hospitalisées avec une infection COVID-19 a augmenté depuis le début de l'épidémie. Depuis la semaine 16 (12 au 18 avril), plus de la moitié des patients admis sont des femmes.

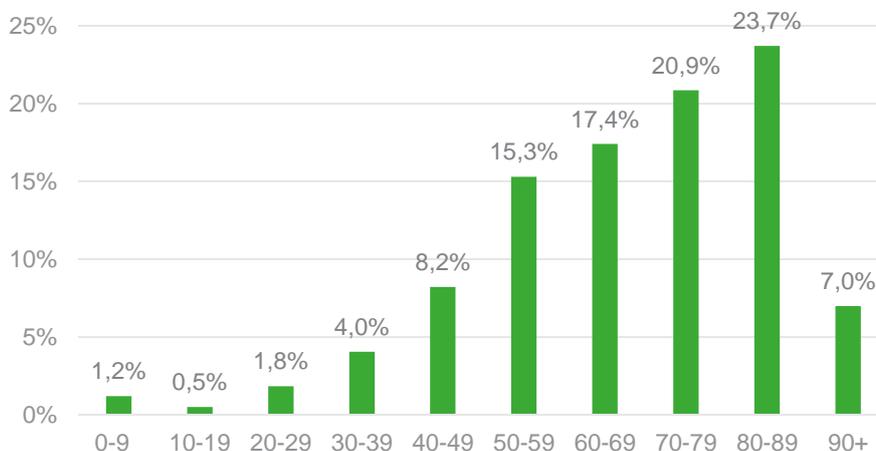
Distribution par sexe de l'ensemble des patients hospitalisés



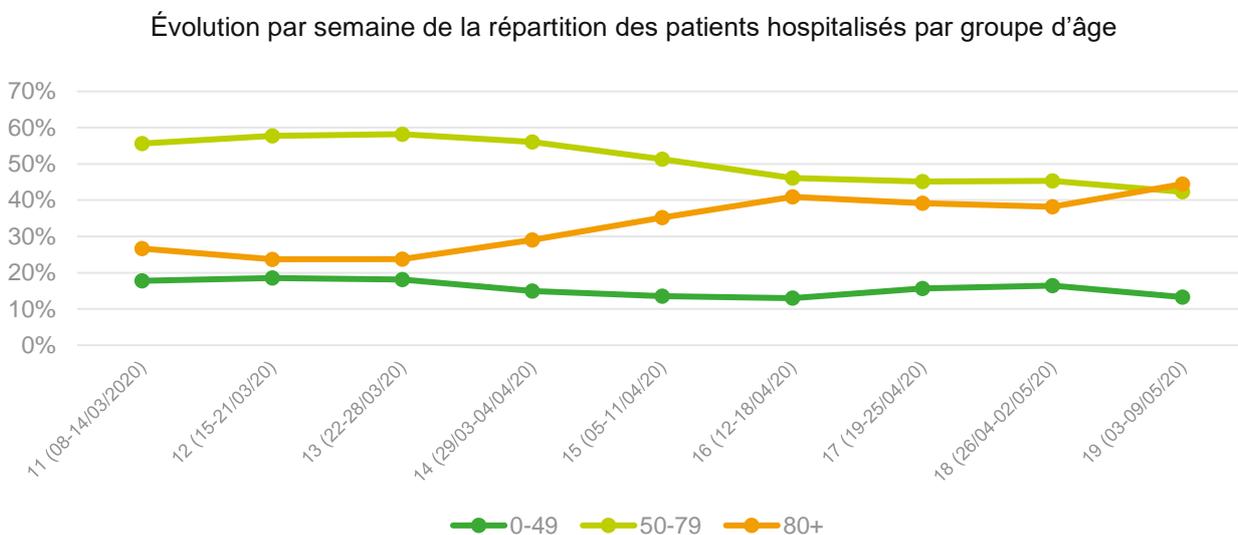
#### 2.4.1.2. Âge

La moitié des patients hospitalisés avaient plus de 70 ans (fourchette d'âge entre 0 et 104 ans).

Distribution par âge des patients hospitalisés

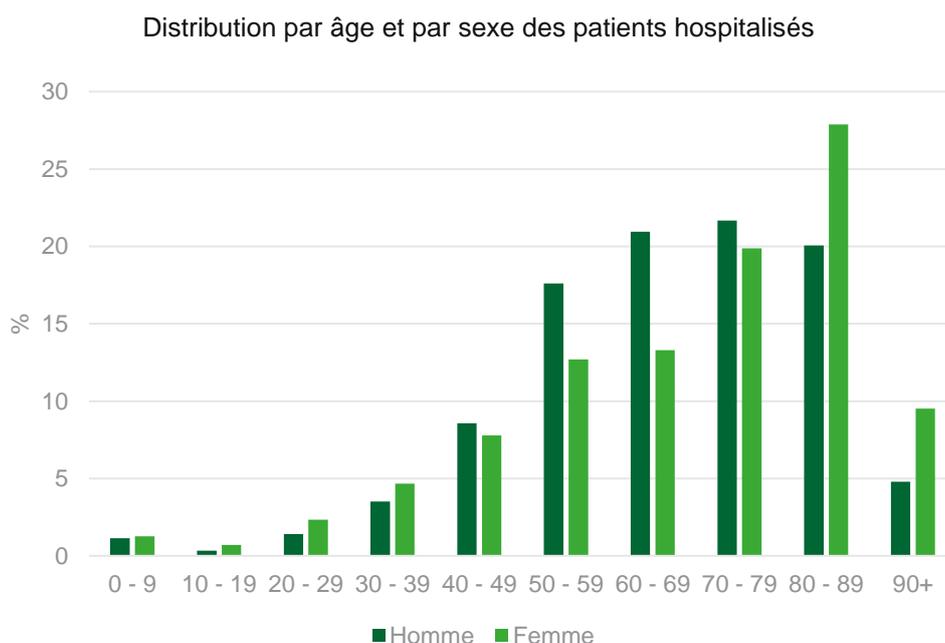


Les patients hospitalisés sont un peu plus âgés actuellement qu'en début d'épidémie. Depuis la semaine du 12 au 18 avril la proportion de patients âgés de 80 ans ou plus est d'environ 40 %.



### 2.4.1.3. Âge et sexe

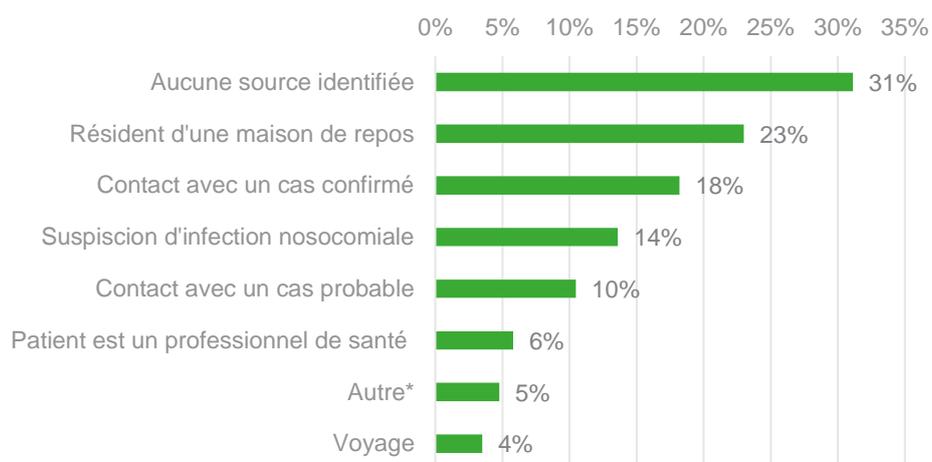
Ce graphe illustre la distribution par âge et par sexe des patients hospitalisés. Par rapport au total des cas COVID-19 confirmés, on observe une plus grande proportion de personnes plus âgées parmi les cas COVID-19 hospitalisés. Les femmes hospitalisées sont en moyenne plus âgées que les hommes : la moitié des femmes a plus de 73 ans, tandis que chez les hommes, la moitié a plus de 68 ans.



## 2.4.2. Sources d'exposition au COVID-19

Les sources d'exposition au virus du COVID-19 rapportées sont présentées dans le tableau ci-dessous. Plusieurs sources d'exposition potentielles peuvent être rapportées par patient. L'information sur la source d'exposition a été rapportée pour 63 % des patients. Pour un peu moins d'un tiers (31 %) de ces patients, la source d'infection n'était pas identifiée. La proportion de personnes résidant en maison de repos a augmenté jusqu'en semaine 16 puis légèrement diminué à environ 35 % des patients pour lesquels l'information est disponible durant les dernières semaines.

Distribution par source d'exposition des patients hospitalisés



\* Comprend entre autres, les personnes vivant en institution (santé mentale et autres) et autres collectivités.

## 2.4.3. Symptômes à l'admission

Les symptômes les plus présents à l'admission étaient la fièvre (61 %), la toux (53 %), l'essoufflement (50 %), et la faiblesse généralisée (39 %), mais des symptômes digestifs étaient également rapportés par certains patients.

#### 2.4.4. Comorbidités préexistantes

Le tableau ci-dessous présente les problèmes de santé préexistants (comorbidités) des patients lors de leur admission à l'hôpital en fonction de l'âge. Un patient peut présenter plusieurs comorbidités.

Distribution par classe d'âge et par comorbidité des patients hospitalisés

	< 15 (N=189)	16-44 (N=1259)	45-64 (N=3759)	≥ 65 (N=7914)	Total (N=13167)
Maladies cardio-vasculaires	1.1%	3.7%	16.0%	47.4%	33.6%
Hypertension artérielle	1.1%	7.6%	27.5%	50.7%	39.2%
Diabète	1.6%	6.8%	16.7%	26.9%	21.7%
Maladie pulmonaire chronique	1.1%	6.0%	12.3%	17.4%	14.6%
Maladie rénale chronique	0.5%	2.5%	4.8%	18.0%	12.5%
Trouble cognitif	1.3%	1.9%	3.3%	17.1%	11.6%
Maladie neurologique chronique	2.0%	2.9%	5.7%	11.3%	8.8%
Cancer solide	1.1%	1.4%	5.4%	11.1%	8.4%
Obésité	3.6%	10.5%	13.4%	8.5%	10.0%
Immunodépression, y compris le VIH	2.1%	3.5%	3.5%	2.1%	2.6%
Maladie chronique du foie	0.5%	1.4%	3.2%	2.5%	2.6%
Cancer hématologique	1.1%	0.4%	1.5%	2.2%	1.8%
Aucune des comorbidités ci-dessus rapportée	88.4%	72.6%	43.0%	11.4%	27.4%

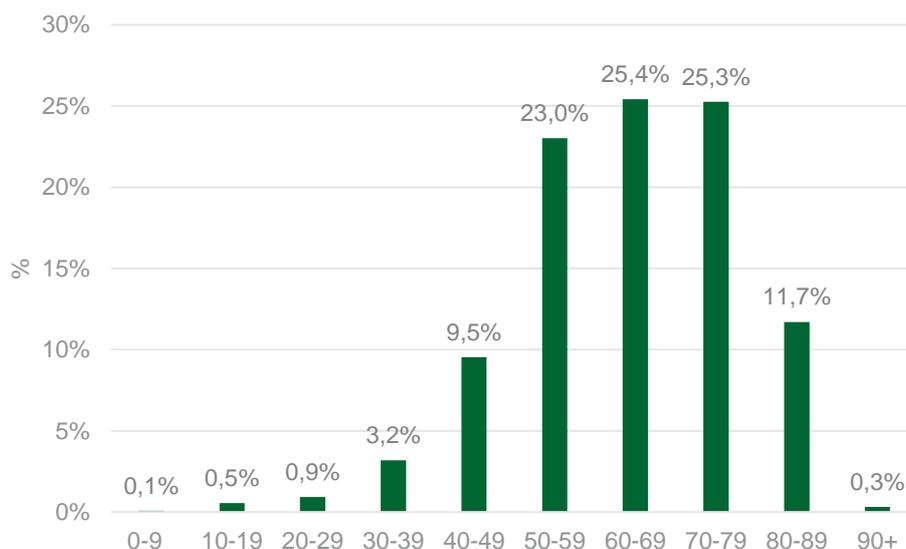
Données relatives à l'âge manquantes pour 46 patients

#### 2.4.5. Patients séjournant en unité de soins intensifs

Pour 59 % des patients sortis de l'hôpital jusqu'au 10 mai, des informations cliniques ont été rapportées. Ceci nous permet de décrire de manière plus détaillée certaines données liées à l'admission des patients aux soins intensifs, ainsi que les facteurs liés au décès chez les patients hospitalisés avec une infection COVID-19.

Parmi les patients atteints du COVID-19 sortis de l'hôpital (excluant les patients transférés vers un autre hôpital), 12 % ont séjourné en unité de soins intensifs. La moitié des patients admis aux soins intensifs avaient plus de 65 ans (fourchette d'âge entre 0 et 93 ans), ces patients sont donc en moyenne plus jeunes par rapport à l'ensemble des patients hospitalisés.

Distribution par classe d'âge des patients admis en unité de soins intensifs



#### 2.4.6. Décès parmi les patients hospitalisés

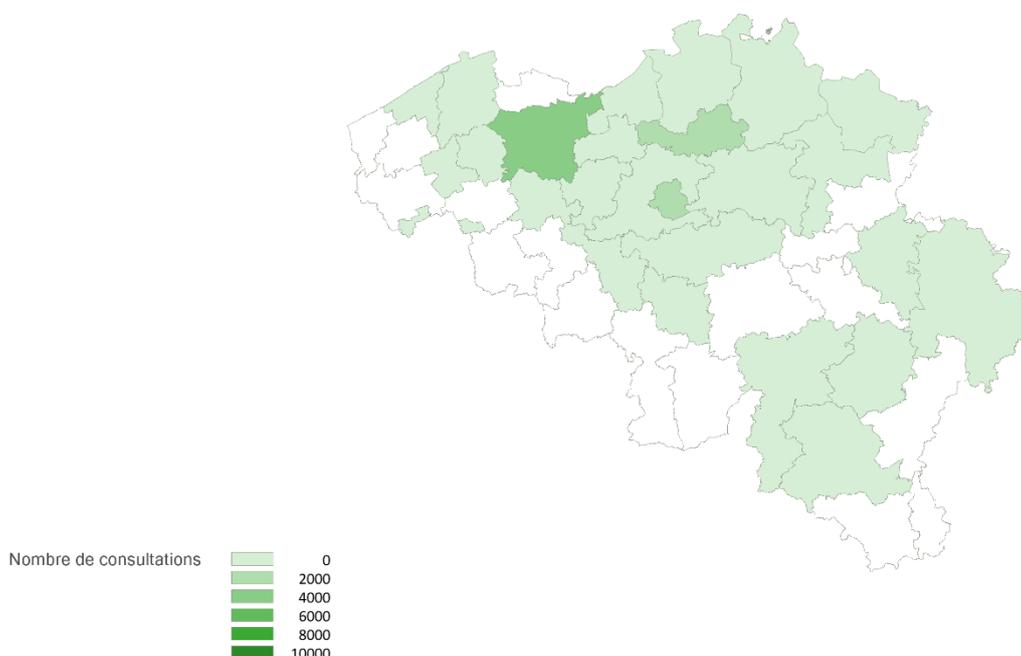
Le risque de décès des patients hospitalisés augmente avec l'âge. Selon les données actuellement disponibles, 90 % des patients hospitalisés décédés ont plus de 64 ans. Le risque est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Le risque de décès est plus élevé chez les patients présentant une ou plusieurs comorbidités. Chez les patients de moins de 65 ans, la grande majorité (81 %) des patients décédés avaient au moins une comorbidité rapportée. La présence des comorbidités suivantes est associée à un risque plus élevé de décès : maladie cardiovasculaire, diabète, maladie pulmonaire chronique, maladie neurologique chronique, maladie rénale chronique, maladie hépatique chronique, immunodépression et cancer. La présence d'hypertension chez le patient et l'obésité ne sont pas indépendamment liées au risque de décès dans les données actuellement disponibles.

## 2.5. SURVEILLANCE DES SYNDROMES GRIPPAUX PAR LE RÉSEAU DES MÉDECINS VIGIES

Le réseau sentinelle des médecins généralistes enregistre en continu les consultations en médecine générale pour les syndromes grippaux et les infections aiguës des voies respiratoires. Cette surveillance se réalise en étroite collaboration avec le Centre National de référence pour influenza, qui effectue une recherche microbiologique du virus influenza et depuis mars 2020, du SARS-CoV-2. Cette recherche s'effectue au départ d'un échantillon clinique chez un sous-groupe (aléatoire) de cas enregistrés. Le réseau compte environ 120 cabinets de médecins généralistes répartis dans toute la Belgique qui enregistrent volontairement des données.

Durant la semaine du 4 au 10 mai, le nombre total de consultations chez les médecins généralistes en raison de symptômes grippaux est resté stable par rapport à la semaine précédente. Néanmoins, l'incidence (nombre de consultations chez le généraliste pour symptômes grippaux par 100 000 habitants) a légèrement augmenté chez les personnes âgées de 65 ans et plus en Wallonie et à Bruxelles ainsi que chez les personnes âgées de 15 à 64 ans à Bruxelles. L'incidence est restée stable ou a diminué dans tous les autres groupes d'âge. En termes absolus, le plus grand nombre de consultations a été observé dans l'arrondissement de Gand. L'incidence la plus haute a été observée dans l'arrondissement de Malines.

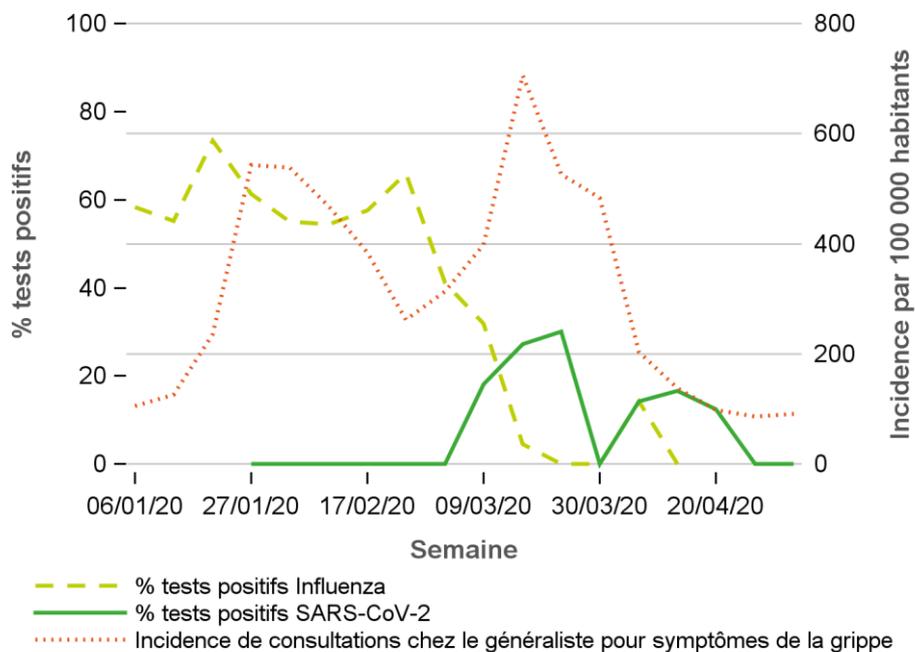
Symptômes grippaux : estimation du nombre de consultations chez le médecin généraliste durant la semaine du 4 au 10 mai 2020



Source : Réseau sentinelle des médecins vigies

Durant la semaine du 4 au 10 mai 2020, seul un échantillon respiratoire était disponible pour l'analyse virologique. Cet échantillon était négatif pour le SARS-CoV-2.

Nombre relatif de tests positifs pour le virus influenza et le SARS-CoV-2 chez les patients qui consultent leur médecin généraliste en raison de symptômes grippaux



Source : Réseau sentinelle des médecins vigies

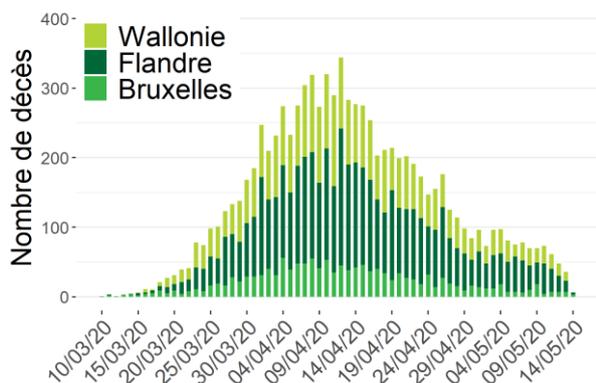
L'intégralité du bulletin hebdomadaire infections respiratoires est accessible via [ce lien](#).

## 2.6. EVOLUTION DE LA MORTALITÉ

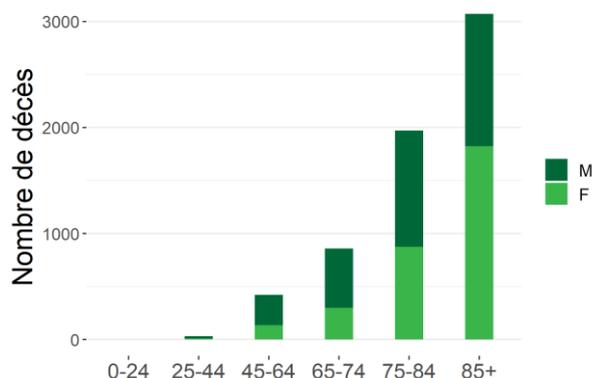
Il s'agit des décès rapportés par les autorités, complétés à partir du 24 mars par les données transmises par les hôpitaux. Les décès sont présentés par date de décès, et classés par région en fonction du lieu de décès.

**56 nouveaux décès** ont été rapportés au cours des dernières 24h\* ; 30 (54%) en Flandre, 15 (27%) en Wallonie, et 11 (20%) à Bruxelles. Les notifications des décès peuvent avoir un délai de quelques jours.

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



Distribution du nombre de décès COVID-19 par âge et sexe\*



\*L'information sur l'âge et/ou le sexe n'était pas disponible pour 2602 décès

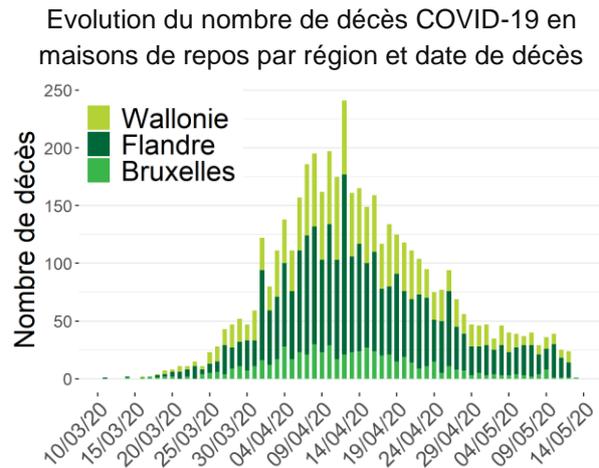
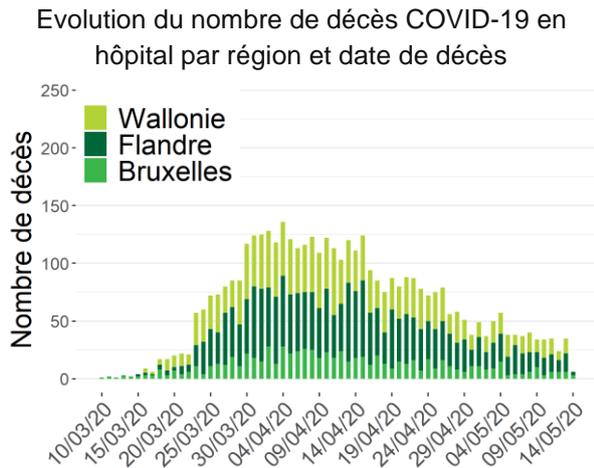
Note : Les données des dernières 48 heures doivent encore être consolidées.

\*Ce nombre de décès ne correspond pas au nombre de nouveaux décès survenus la veille uniquement car la collecte de données est clôturée en milieu de journée. De plus, il peut y avoir un délai de quelques jours entre le décès et le moment où le médecin notifie le décès aux autorités régionales. Pour cette raison, il peut y avoir des décès notifiés dans les dernières 24 heures dont la date de décès remonte à plus d'une semaine.

Le pic des décès COVID-19 a eu lieu en semaine 15, soit quatre semaines après les premières mesures de confinement en Belgique. Le maximum de décès COVID-19 journalier est de 344 décès, observé le dimanche 12 avril 2020 (semaine 15).

A la clôture de ce rapport, un total de 8 959 décès ont été rapportés; 4 455 (50%) en Flandre, 3 119 (35%) en Wallonie, et 1 385 (15%) à Bruxelles.

Au 14 mai, 32 personnes de moins de 45 ans (<1 %) et 423 personnes âgées de 45 à 64 ans (5 %) sont décédées du COVID-19. Les informations d'âge et de sexe manquent pour 2 602 personnes; ces décès concernent majoritairement des personnes de plus de 65 ans décédées en maison de repos en Flandre (96 %) pour lesquelles seules des informations agrégées nous parviennent.



Note : Les données des dernières 48 heures doivent encore être consolidées.

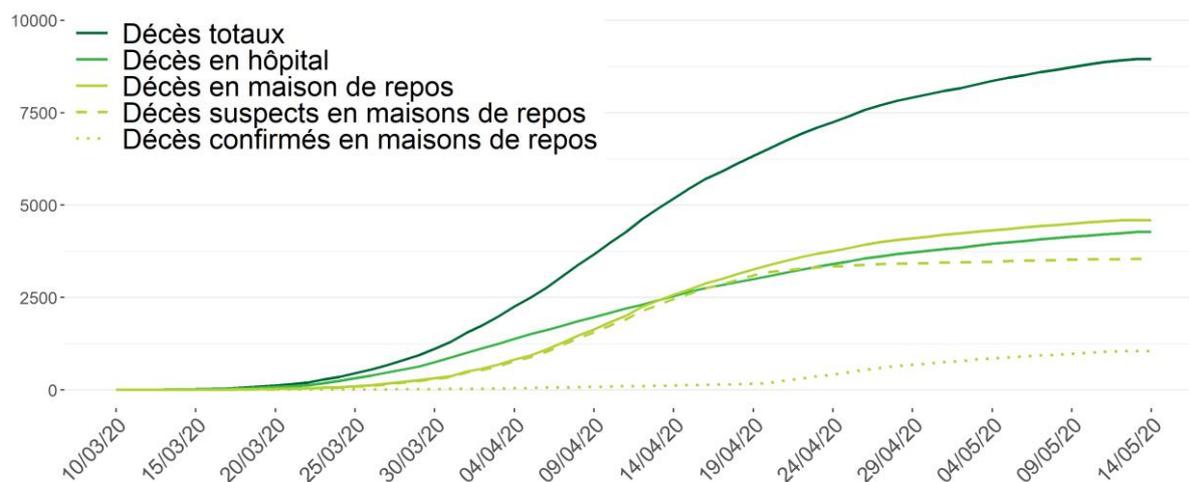
Les tests de laboratoire n’ayant pas une sensibilité de 100 %, le diagnostic peut également être confirmé par un scanner thoracique. Depuis le 11 avril, les hôpitaux ont la possibilité de notifier si le diagnostic COVID-19 a été réalisé sur base d’un scanner thoracique compatible avec la présentation clinique évocatrice de la maladie. Entre le 23 mars et le 14 mai, **312 décès COVID-19 ont été confirmés par scanner thoracique** sans confirmation par un test de laboratoire, soit 7,3 % des décès hospitaliers.

Les **décès hospitaliers** sont notifiés via le «hospital surge capacity survey» par les hôpitaux et concernent uniquement les décès confirmés avec un test de laboratoire ou sur base d’un scanner thoracique\* compatible avec la présentation clinique évocatrice du COVID-19. À partir du 5 mai, les décès des cas possibles en hôpital sont rapportés quotidiennement, conformément à la recommandation de l’OMS.

\***Définition d’un cas radiologiquement confirmé** : depuis le 1er avril, un cas radiologiquement confirmé est une personne dont le test laboratoire de COVID-19 est revenu négatif mais pour lequel le diagnostic de COVID-19 est néanmoins retenu sur la base d’une présentation clinique évocatrice ET d’un scanner thoracique compatible.

Les **décès extrahospitaliers** (maisons de repos, domicile, autres lieux) sont notifiés par les autorités régionales et représentent les décès confirmés et possibles. Les décès confirmés concernent des patients qui ont bénéficié d’un test diagnostique. Les décès possibles concernent des patients qui n’ont pas bénéficié d’un test diagnostique pour le COVID-19, mais qui répondaient aux critères cliniques de la maladie selon le médecin.

Nombre cumulé de décès en hôpital et en maisons de repos. Décès possibles et confirmés.



Note : Les données des dernières 48 heures doivent encore être consolidées.

Total cumulé des décès rapportés à ce jour :

Lieu de décès	Flandre		Bruxelles		Wallonie		Belgique	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hôpital	1 913	43%	759	55%	1 605	51%	4 277	48%
<i>Cas confirmés</i>	1 837	96%	734	97%	1 518	95%	4 089	96%
<i>Cas possibles</i>	76	4%	25	3%	87	5%	188	4%
Maison de repos	2 485	56%	621	45%	1 482	48%	4 588	51%
<i>Cas confirmés</i>	504	20%	199	32%	342	23%	1 045	23%
<i>Cas possibles</i>	1 981	80%	422	68%	1 140	77%	3 543	77%
Domicile	15	0%	4	0%	3	0%	22	0%
Autres*	22	0%	0	0%	17	1%	39	0%
Inconnu	20	0%	1	0%	12	0%	33	0%
<b>TOTAL</b>	<b>4 455</b>	<b>100%</b>	<b>1 385</b>	<b>100%</b>	<b>3 119</b>	<b>100%</b>	<b>8 959</b>	<b>100%</b>

\*Autres institutions et collectivités résidentielles | Note : À partir du 24/04/2020, les informations sur le statut diagnostique des décès en maison de repos en Flandre (cas COVID-19 confirmés et possibles), sont disponibles.

Décès rapportés au cours des dernières 24h :

Lieu de décès	Flandre		Bruxelles		Wallonie		Belgique	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hôpital	17	57%	9	82%	9	60%	35	62%
<i>Cas confirmés</i>	17	100%	9	100%	8	89%	34	97%
<i>Cas possibles</i>	0	0%	0	0%	1	11%	1	3%
Maison de repos	13	43%	2	18%	6	40%	21	38%
<i>Cas confirmés</i>	7	54%	0	0%	5	83%	12	57%
<i>Cas possibles</i>	6	46%	2	100%	1	17%	9	43%
Domicile	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Autres*	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Inconnu	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>	<b>56</b>	<b>100%</b>

\*Autres institutions et collectivités résidentielles | Note : À partir du 24/04/2020, les informations sur le statut diagnostique des décès en maison de repos en Flandre (cas COVID-19 confirmés et possibles), sont disponibles.

## 2.7. SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ (TOUTES CAUSES CONFONDUES)

### 2.7.1. Be-MOMO (Belgium Mortality Monitoring) : surveillance de la mortalité (toutes causes confondues) basée sur les données du Registre National

Le nombre total de décès toutes causes confondues a commencé à augmenter à partir du 16 mars avec 2 544 décès observés pour la semaine 12, ce qui représente une surmortalité significative de **269 décès supplémentaires et 11,8 % d'excès de mortalité** sur base des cinq dernières années (voir tableau ci-dessous). Il y a 2 à 3 semaines d'attente nécessaire pour obtenir une exhaustivité de plus de 95 %, les chiffres des dernières semaines sont donc préliminaires. Pour plus d'informations sur Be-MOMO : <https://epistat.wiv-isp.be/momo/>.

Le **nombre total de décès** toutes causes confondues a considérablement augmenté chaque semaine entre le 16 mars et le 12 avril avec 4 015 et 4 273 décès observés en semaines 14 et 15. Bien que le nombre de décès par semaine reste très élevé, **nous constatons une diminution à partir du 13 avril** (semaine 16). La semaine 15 correspond au pic de la surmortalité toutes causes confondues (**668 décès le 10 avril**), comme cela s'est déjà observé pour la mortalité pour COVID-19 (**344 décès le 12 avril**). **Le pic de surmortalité est survenu quatre semaines après l'application des premières mesures de confinement.**

Entre le 16 mars et le 26 avril 2020 (semaines 12 à 17), nous observons **7 507 décès supplémentaires (56,8 % d'excès de mortalité)** par rapport à ce qui était attendu sur base des cinq dernières années (dont **338 décès supplémentaires** chez les 15-64 ans, **3 193 décès supplémentaires** chez les 65-84 ans et **3 986 décès supplémentaires** chez les plus de 85 ans). Les **excès de mortalité** pour les semaines 14, 15 et 16 atteignent respectivement **81 %, 95,2 % et 71 %**. Il est possible que la semaine 18 marque la fin de la surmortalité significative liée à l'épidémie, car pour le moment nous n'observons que deux jours de surmortalité. Cette hypothèse devra se vérifier la semaine prochaine.

Nombre de décès toutes causes confondues par semaine, Belgique

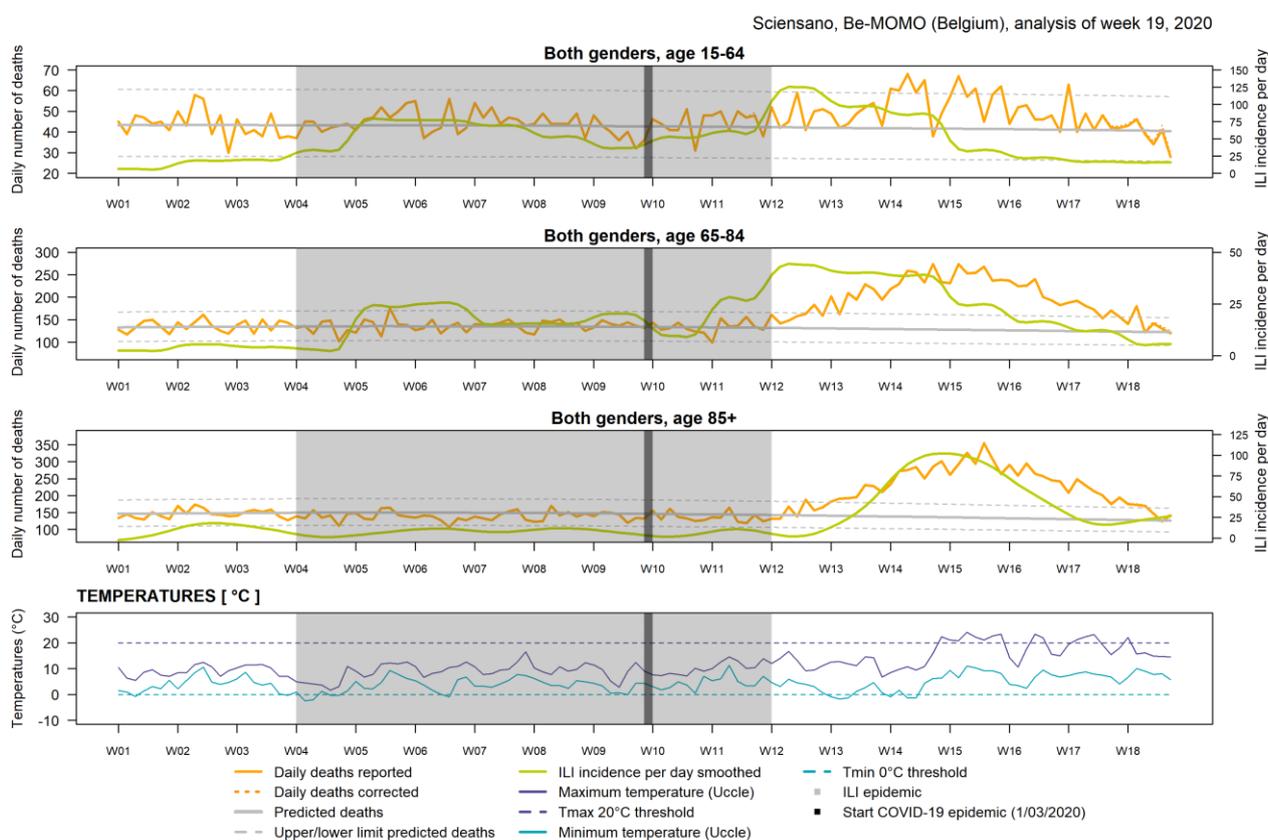
Semaine	Date du lundi	Nombre de décès observés	Nombre de décès attendus (Be-MOMO)	Nombre de décès supplémentaires	Nombre de jours avec surmortalité significative	Excès de mortalité (%)	Taux brut de mortalité (100 000 habitants)
2020-W09	24/02/2020	2 232	2 338	-106	0	-4,6	19,5
2020-W10	02/03/2020	2 201	2 324	-123	0	-5,3	19,3
2020-W11	09/03/2020	2 221	2 303	-82	0	-3,5	19,4
2020-W12	16/03/2020	2 544	2 275	269	2	11,8	22,3
2020-W13	23/03/2020	3 184	2 249	935	7	41,5	27,9
2020-W14	30/03/2020	4 015	2 218	1 797	7	81,0	35,1
2020-W15	06/04/2020	4 273	2 189	2 084	7	95,2	37,4
2020-W16	13/04/2020	3 692	2 159	1 533	7	71,0	32,3
2020-W17	20/04/2020	3 015	2 126	889	7	41,8	26,4
2020-W18	27/04/2020	2 334	2 092	242	2	11,6	20,4

Les chiffres de la semaine 18 sont préliminaires.

Depuis le 1<sup>er</sup> février 2020, la moyenne journalière des décès augmente avec 404 décès par jour en Belgique, et 221 décès, 138 décès et 45 décès respectivement en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles\*.

\* Comme ce sont des moyennes journalières calculées séparément par région, il est normal d'observer une petite différence entre la moyenne journalière de décès de la Belgique et la somme des moyennes journalières des trois régions.

La surmortalité concerne particulièrement les personnes de plus de 65 ans, mais elle a également touché les personnes âgées de 15 à 64 ans. L'incidence des syndromes grippaux et des infections aiguës des voies respiratoires (ILI, Influenza-like Illness) a atteint un pic dans les trois groupes d'âge (en semaine 12 chez les personnes de moins de 85 ans et en semaine 15 chez les personnes de plus de 85 ans, voir le chapitre sur la surveillance des syndromes grippaux par le réseau des médecins vigies).



Note : Les chiffres des deux dernières semaines (semaines 18 et 19) sont préliminaires

Comment lire ce graphique ? Quand le nombre de décès par jour (ligne orange) dépasse les limites supérieures ou inférieures des décès prévus par la modélisation (lignes pointillées grises), il y a une surmortalité ou une sous-mortalité significative dans ce groupe d'âge. La courbe verte correspond au nombre journalier de syndromes grippaux (réseau des médecins vigies).

Erratum : le début de l'épidémie de COVID-19 a été corrigée au 1er mars.

### 2.7.1.1. Nombre de décès par semaine par région

Les décès toutes causes confondues sont classés par région en fonction du **lieu de résidence** de la personne, contrairement aux décès COVID-19 qui sont classés en fonction du **lieu du décès** vu la difficulté d'obtenir l'information sur le lieu de résidence pour ces décès.

La surmortalité a commencé en semaine 12 à Bruxelles avec deux jours d'excès de mortalité. La surmortalité était plus progressive en Flandre. **La surmortalité diminue à partir de la semaine 17 en Wallonie et à Bruxelles.**

En Flandre, entre le 16 mars et le 26 avril 2020 (semaines 12 à 17), nous observons **3 485 décès supplémentaires** par rapport à ce qui était attendu sur base des cinq dernières années (**1 483 décès supplémentaires** chez les 65-84 ans et **1 894 décès supplémentaires** chez les plus de 85 ans).

#### Décès par semaine en Flandre

Semaine	Date du lundi	Nombre de décès observés	Nombre de décès attendus (Be-MOMO)	Nombre de décès supplémentaires	Nombre de jours avec surmortalité significative	Excès de mortalité (%)	Taux brut de mortalité (100 000 habitants)
2020-W09	24/02/2020	1 254	1 351	-97	0	-7,2	19,0
2020-W10	02/03/2020	1 262	1 343	-81	0	-6,0	19,2
2020-W11	09/03/2020	1 240	1 330	-90	0	-6,8	18,8
2020-W12	16/03/2020	1 419	1 314	105	0	8,0	21,5
2020-W13	23/03/2020	1 689	1 298	391	4	30,1	25,6
2020-W14	30/03/2020	2 111	1 279	832	7	65,0	32,0
2020-W15	06/04/2020	2 203	1 262	941	7	74,5	33,4
2020-W16	13/04/2020	2 004	1 244	760	7	61,2	30,4
2020-W17	20/04/2020	1 679	1 223	456	7	37,3	25,5
2020-W18	27/04/2020	1 326	1 202	124	1	10,3	20,1

Les chiffres de la semaine 18 sont préliminaires.

En Wallonie, entre le 16 mars et le 26 avril 2020 (semaines 12 à 17), nous observons **2 756 décès supplémentaires** par rapport à ce qui était attendu sur base des cinq dernières années (**1 152 décès supplémentaires** chez les 65-84 ans et **1 432 décès supplémentaires** chez les plus de 85 ans).

#### Décès par semaine en Wallonie

Semaine	Date du lundi	Nombre de décès observés	Nombre de décès attendus (Be-MOMO)	Nombre de décès supplémentaires	Nombre de jours avec surmortalité significative	Excès de mortalité (%)	Taux brut de mortalité (100 000 habitants)
2020-W09	24/02/2020	763	777	-14	0	-1,9	21,0
2020-W10	02/03/2020	733	772	-39	0	-5,0	20,2
2020-W11	09/03/2020	755	765	-10	0	-1,3	20,8
2020-W12	16/03/2020	847	756	91	1	12,0	23,3
2020-W13	23/03/2020	1 141	748	393	7	52,6	31,4
2020-W14	30/03/2020	1 385	737	648	7	88,0	38,1
2020-W15	06/04/2020	1 507	727	780	7	107,3	41,5
2020-W16	13/04/2020	1 269	717	552	7	76,9	34,9
2020-W17	20/04/2020	999	707	292	6	41,3	27,5
2020-W18	27/04/2020	763	696	67	1	9,6	21,0

Les chiffres de la semaine 18 sont préliminaires.

À Bruxelles, entre le 16 mars et le 26 avril 2020 (semaines 12 à 17), nous observons **1 262 décès supplémentaires** par rapport à ce qui était attendu sur base des cinq dernières années (dont **558 décès supplémentaires** chez les 65-84 ans et **655 décès supplémentaires** chez les plus de 85 ans).

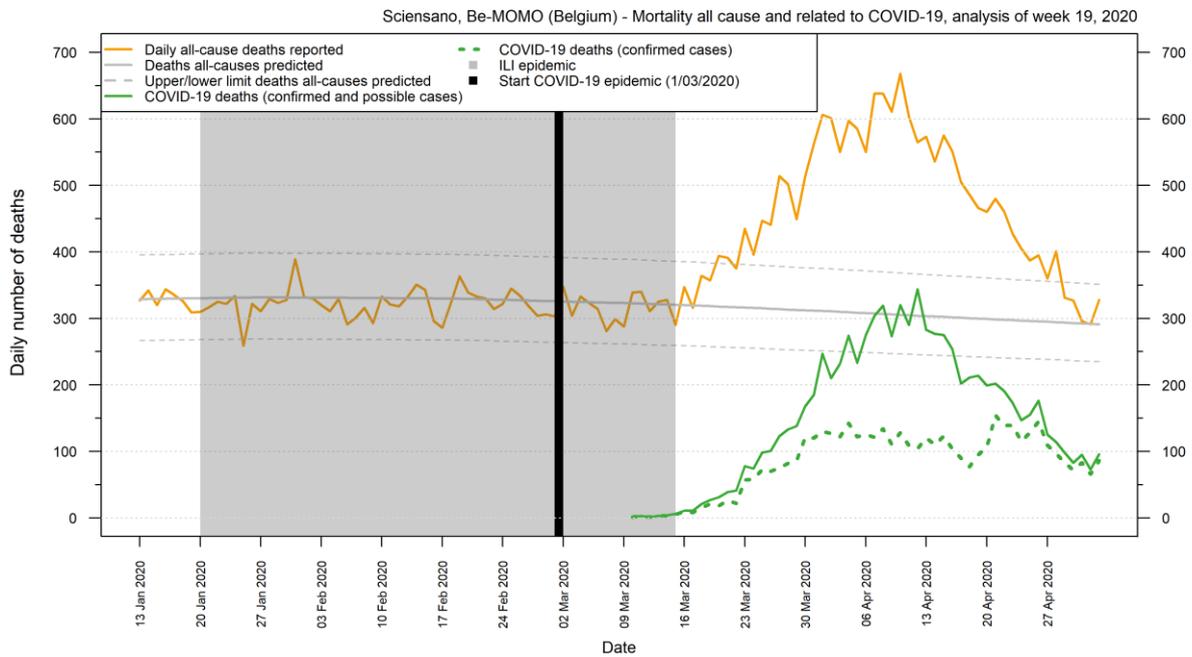
Décès par semaine à Bruxelles

Semaine	Date du lundi	Nombre de décès observés	Nombre de décès attendus (Be-MOMO)	Nombre de décès supplémentaires	Nombre de jours avec surmortalité significative	Excès de mortalité (%)	Taux brut de mortalité (100 000 habitants)
2020-W09	24/02/2020	215	211	4	0	1,9	17,8
2020-W10	02/03/2020	206	210	-4	0	-2,0	17,0
2020-W11	09/03/2020	226	208	18	0	8,6	18,7
2020-W12	16/03/2020	278	206	72	2	34,8	23,0
2020-W13	23/03/2020	354	205	149	7	73,0	29,3
2020-W14	30/03/2020	519	203	316	7	156,3	42,9
2020-W15	06/04/2020	563	200	363	7	180,9	46,6
2020-W16	13/04/2020	419	198	221	7	111,1	34,7
2020-W17	20/04/2020	337	196	141	5	71,7	27,9
2020-W18	27/04/2020	245	194	51	2	26,4	20,3

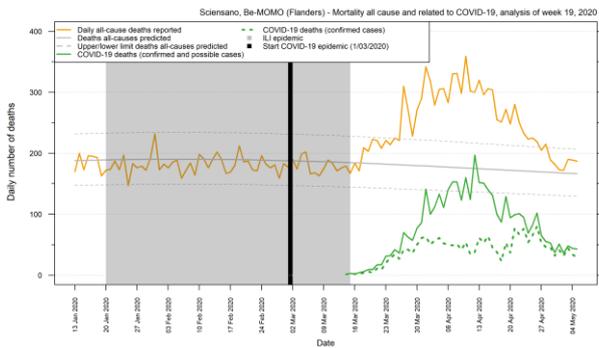
Les chiffres de la semaine 18 sont préliminaires.

### 2.7.1.2. Lien entre la mortalité toutes causes et la mortalité liée au COVID-19

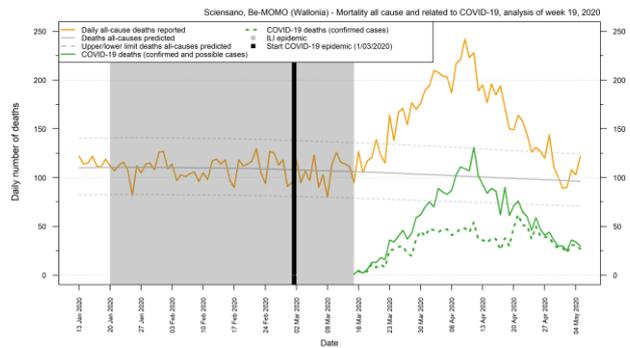
La mortalité liée au COVID-19 (cas confirmés et possibles) est toujours fortement corrélée à la mortalité toutes causes confondues (rho de Spearman,  $R=0,89$ ,  $p<0,01$ ), mais depuis que le pic de la surmortalité est dépassé, la corrélation tend à légèrement diminuer (voir figures ci-dessous). La surveillance de la mortalité basée uniquement sur le nombre de décès des cas confirmés COVID-19 ne pouvait que sous-estimer l'ampleur réelle de la mortalité liée au COVID-19 dans la population. Depuis la fin du mois d'avril, l'écart entre le nombre de décès « cas confirmés » et les décès « cas confirmés et possibles » diminue grâce au déploiement du dépistage en maisons de repos et cela s'observe dans les trois régions (voir les figures par région ci-dessous).



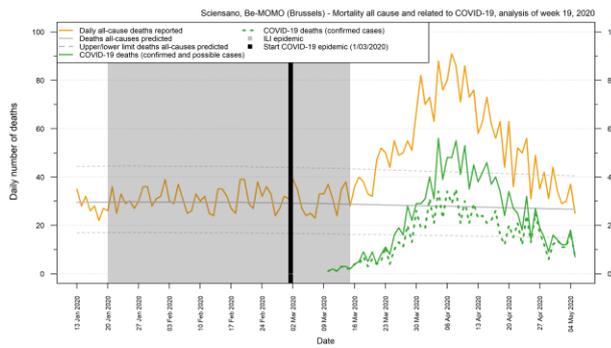
Note : Les chiffres de mortalité toutes causes confondues à partir du 27 avril sont préliminaires



Flandre



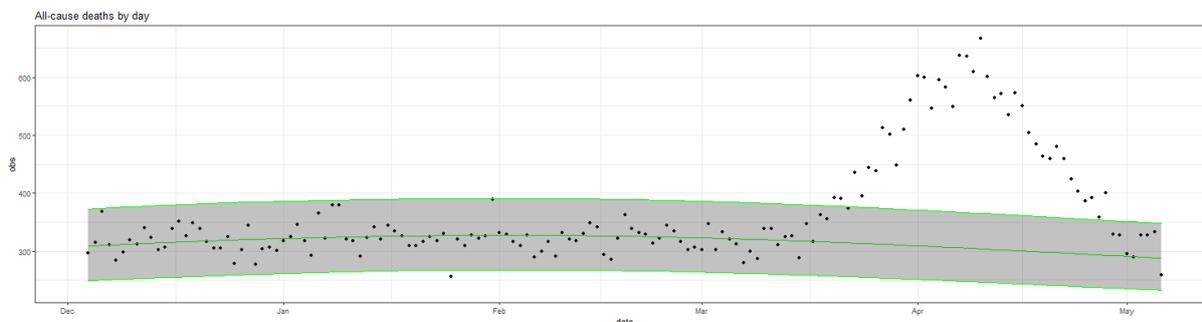
Wallonie



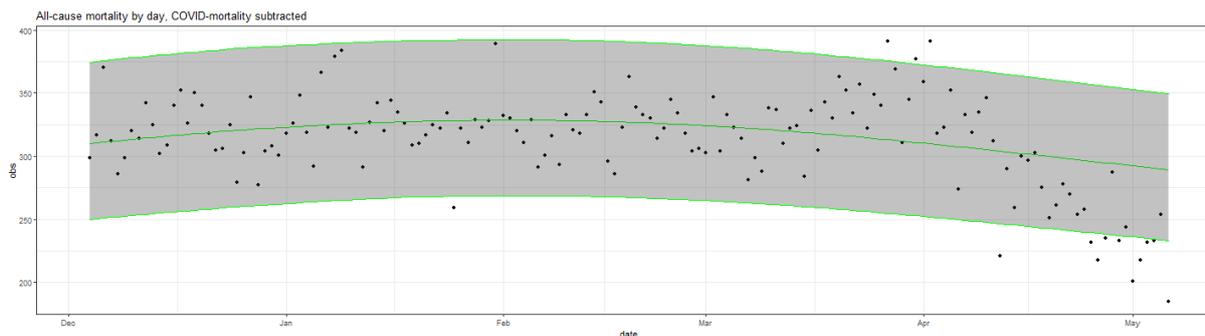
Bruxelles

Dans les figures ci-dessous, les points noirs représentent le nombre de décès toutes causes confondues par jour. Quand ces points dépassent la zone grise, il y a une surmortalité ou une sous-mortalité significative. Après avoir soustrait le nombre de décès lié au COVID-19 du nombre de décès toutes causes confondues, nous constatons que (1) **la surmortalité dans la population est très probablement liée au COVID-19** ; que (2) **le rapportage de la mortalité COVID-19 est bien effectué durant l'épidémie** ; (3) **qu'il reste une surmortalité significative fin mars et début avril** qui peut être expliquée soit, par une surmortalité qui est indirectement liée à l'épidémie de COVID-19, soit parce que la mortalité COVID-19 n'a pas été suffisamment rapportée pour cette période (*il y a trois jours avec un peu moins de 400 décès par jour où le nombre de décès n'est pas lié au COVID-19*) ; (4) **qu'il y a une sous-mortalité significative à partir de fin avril**, c'est-à-dire que la mortalité toutes causes confondues, hors COVID-19, est plus faible que ce qui était attendu sur base des cinq dernières années. Cette sous-mortalité peut, soit être expliquée par un surrapportage des décès COVID-19, soit témoigner d'un possible effet de moisson provoquée par le COVID-19 (*harvesting effect*). L'effet de moisson émet l'hypothèse que le COVID-19 a causé de nombreux décès et qu'il a engendré le décès prioritairement chez les personnes les plus fragilisées dont le décès aurait probablement eu lieu dans les prochaines semaines ou mois en raison d'une autre cause. Ce groupe de personnes est alors nettement moins nombreux que ce qui était prévu par les prédictions et une sous-mortalité est constatée après l'événement exceptionnel. Cette hypothèse est plus fréquemment posée et observée sur le court terme et est plus difficile à évaluer sur le long terme.

Nombre de décès toutes causes confondues jusqu'au 6 mai 2020 (sur base des données collectées jusqu'au 9 mai, sans correction des retards), Belgique



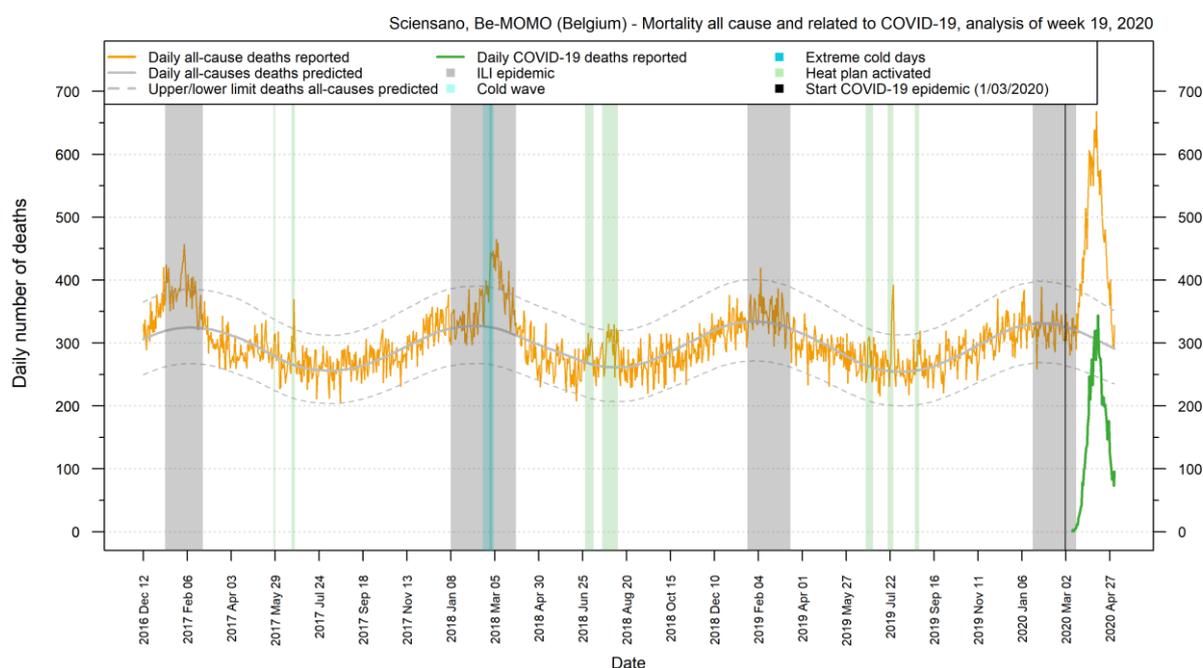
Nombre de décès toutes causes confondues, mortalité au COVID-19 soustraite, jusqu'au 6 mai 2020 (sur base des données collectées jusqu'au 9 mai, sans correction des retards), Belgique



Pour cette analyse, nous n'avons pas effectué de correction de retard sur le nombre de mortalité toutes causes confondues. La mortalité totale est incluse pour les deux ensembles de données : nous n'avons pas exclu les enregistrements incomplets de l'analyse (pour environ ¼ des décès COVID-19 aucune donnée d'âge ou de localisation n'est connue, ces décès sont néanmoins inclus dans l'analyse).

### 2.7.1.3. Comparaison

Le graphique ci-dessous met en perspective la surmortalité pendant l'épidémie de COVID-19 et la surmortalité pendant les hivers, les vagues de froid ou les périodes de forte chaleur au cours des quatre dernières années (historique disponible dans le rapport [Be-MOMO hiver 2017-18](#)).



Comment lire ce graphique ? Quand le nombre de décès par jour (ligne orange) dépasse les limites supérieures ou inférieures des décès prévus par la modélisation (lignes pointillées grises), il y a une surmortalité ou une sous-mortalité significative dans ce groupe d'âge. La courbe verte foncée correspond au nombre journalier de décès pour COVID-19 (confirmés et possibles).

Les zones verticales grises correspondent aux précédentes épidémies de grippe, les zones verticales vertes claires correspondent aux périodes où la phase d'avertissement du plan chaleur a été activée, les zones verticales bleues correspondent aux vagues de froid.

Il est préférable de comparer les chiffres de mortalité de 2020 avec ceux de 2018 qui était une année avec une épidémie de grippe plus intense et avec des conditions météorologiques et environnementales rudes (vague de froid et smog) ([Rapport Be-MOMO - hiver 2017-18](#)). L'hiver 2018-2019 et l'été 2019 n'ont pas présenté de surmortalité importante.

**Vous trouverez les comparaisons suivantes dans les précédents bulletins épidémiologiques hebdomadaires :**

- Les graphiques de la mortalité toutes causes et pour COVID-19 **par groupes d'âge** pour chaque région ([bulletin du 8/05/2020](#))
- La **moyenne journalière** des décès en hiver ([bulletin du 8/05/2020](#))

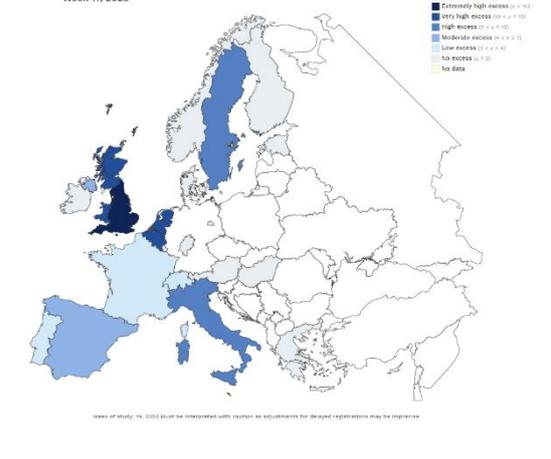
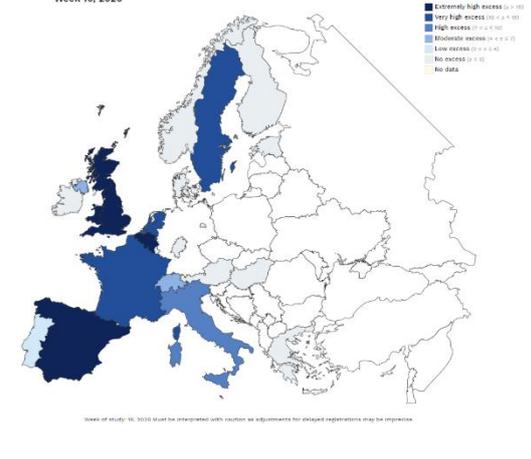
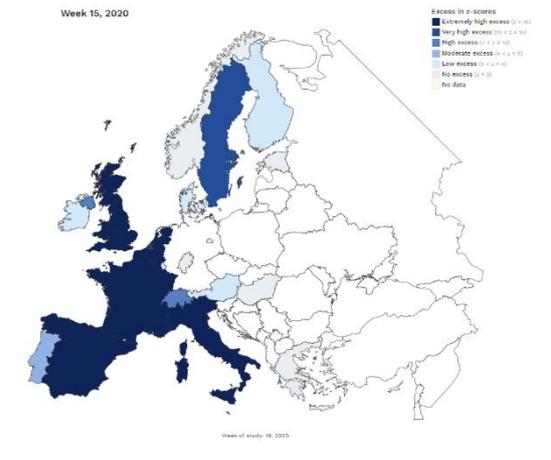
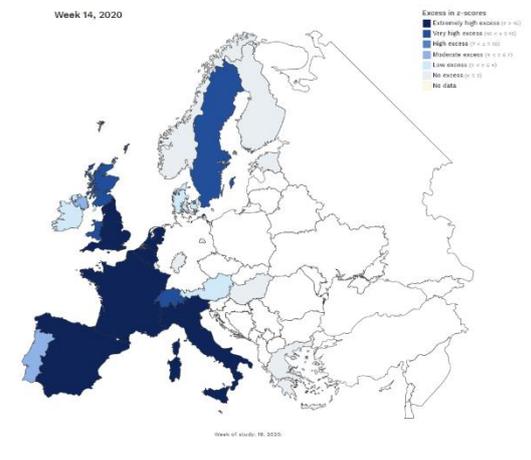
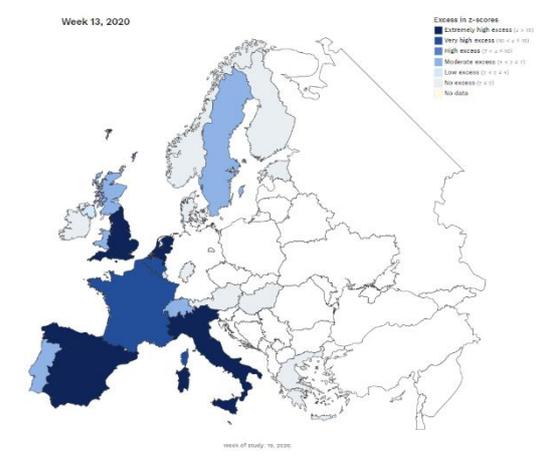
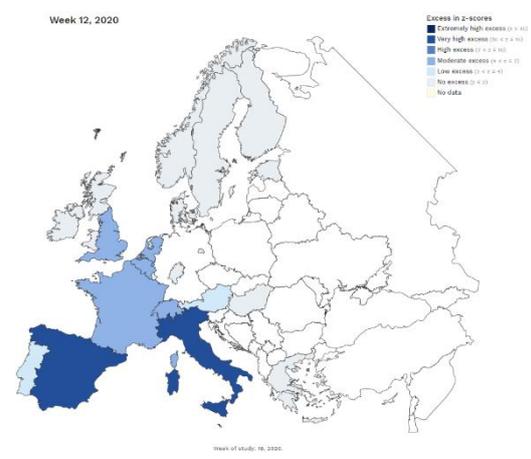
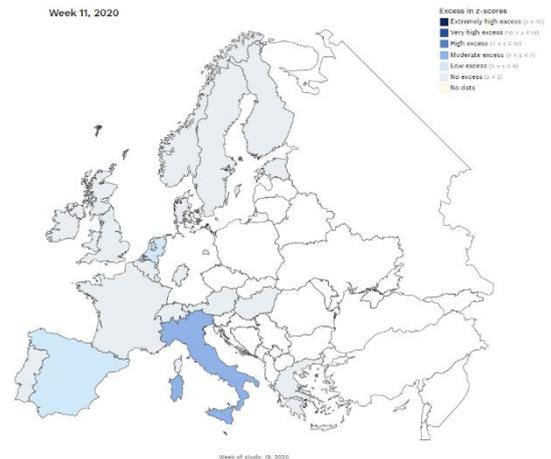
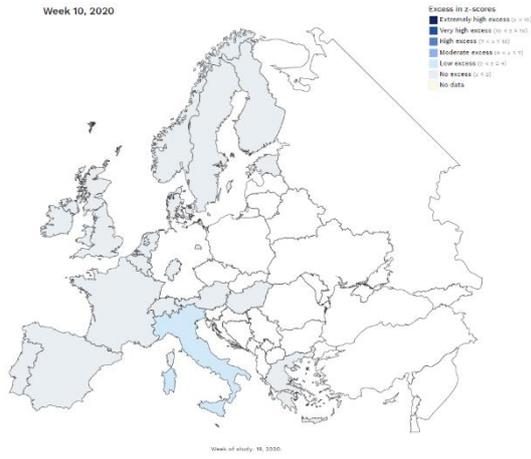
- Le **maximum de décès par jour** en hiver (par région et groupes d'âge) ([bulletin du 8/05/2020](#))
- Le **nombre de décès par semaine** en 2020, 2019 et 2018 ([bulletin du 8/05/2020](#))
- L'historique du nombre de décès par mois (**Seconde Guerre mondiale** et autres hivers) ([bulletin du 8/05/2020](#))
- Comparaison de la mortalité avec **l'été caniculaire de 2003** ([bulletin du 23/04/2020](#))
- La moyenne hebdomadaire du nombre de décès toutes causes confondues en **maisons de repos** de 2012 à 2016 ([bulletin du 16/04/2020](#))

### 2.7.2. EuroMOMO : surveillance de la mortalité (toutes causes confondues) en Europe

EuroMOMO publie un bulletin hebdomadaire sur la mortalité toutes causes confondues dans un maximum de 24 pays ou régions de pays européens. Le nombre de décès au cours des dernières semaines doit être interprété avec prudence car il y a un délai d'environ trois semaines pour obtenir des données significatives de surmortalité. Pour plus d'informations : <http://www.euromomo.eu/index.html>.

En semaine 10 (2 mars 2020), la surmortalité commence en **Italie**, suivie par l'**Espagne** et les **Pays-Bas**. En semaine 12, la surmortalité débute pour un grand nombre de pays limitrophes des trois précédents pays, en **Belgique**, en **France**, au Royaume-Uni (**Angleterre**), en **Suisse**, en **Autriche** et au **Portugal**. À partir de la semaine 13, la surmortalité s'observe au Royaume-Uni (**Pays de Galle, Écosse et Irlande du Nord**), ainsi qu'en **Suède**. En semaine 14, la surmortalité débute au **Danemark** et en **Irlande**.

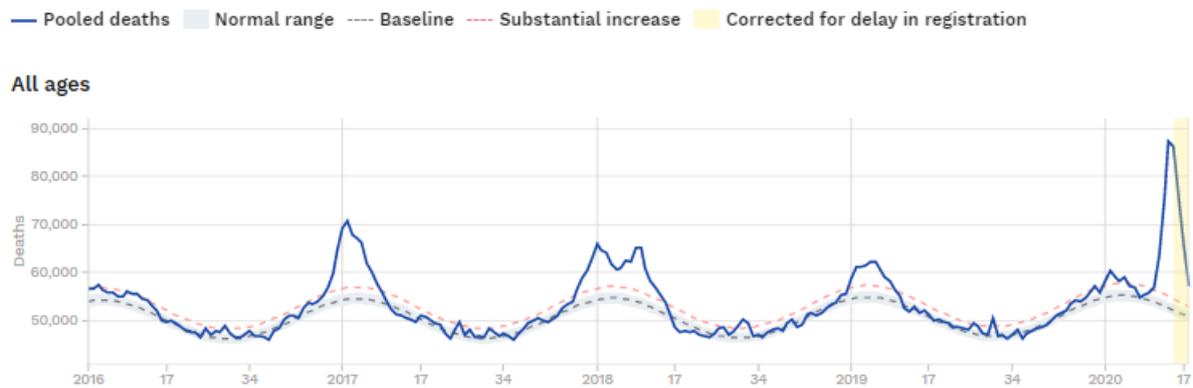
En semaine 15, la plupart des pays présentent une surmortalité extrêmement élevée et la surmortalité augmente en **Finlande**. La surmortalité diminue en semaine 16 pour la majorité des pays. Parmi les pays participant au réseau d'EuroMOMO, la Norvège, l'Estonie, l'Allemagne (il n'y a qu'un enregistrement pour les régions de Berlin et Hesse), la Hongrie et la Grèce ne présentent toujours pas de surmortalité.



Weeks of study: 16, 2020 must be interpreted with caution as adjustments for delayed registrations may be incomplete.

Weeks of study: 16, 2020 must be interpreted with caution as adjustments for delayed registrations may be incomplete.

La surmortalité durant l'épidémie de COVID-19 affecte la plupart des pays européens, elle est disproportionnellement élevée par rapport aux dernières années et elle touche les groupes d'âge de plus de 15 ans.

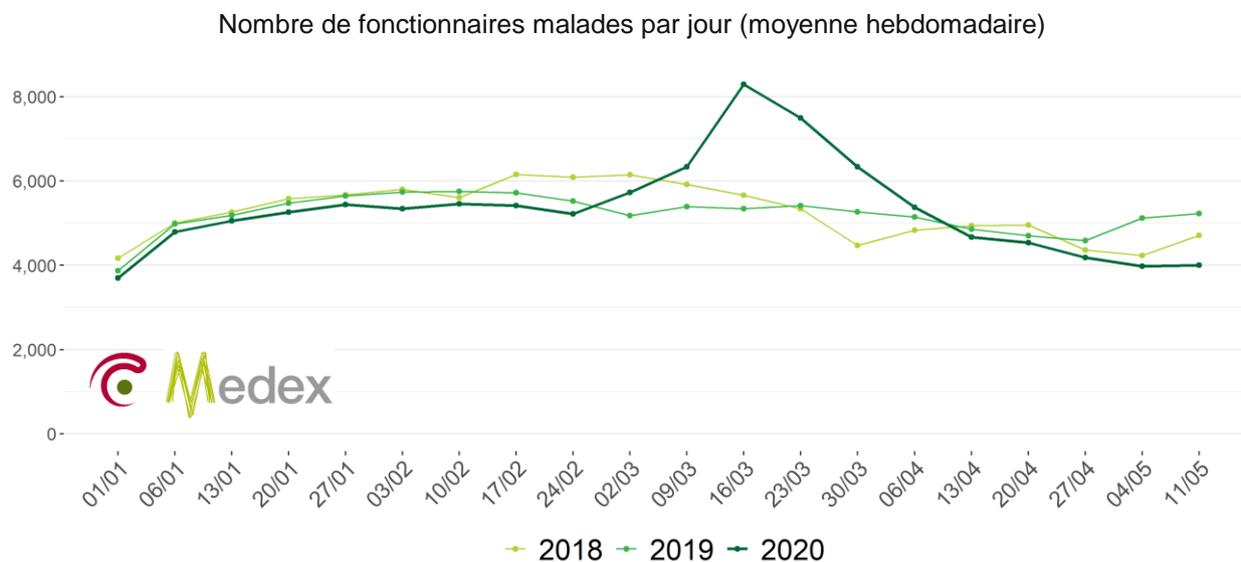


**Les informations suivantes d'EuroMOMO ont été publiées dans les précédents bulletins épidémiologiques hebdomadaires :**

- Les courbes par groupes d'âge 15-64 ans, 65-74 ans, 75-84 ans, 85+ ans ([bulletin du 8/05/2020](#)).

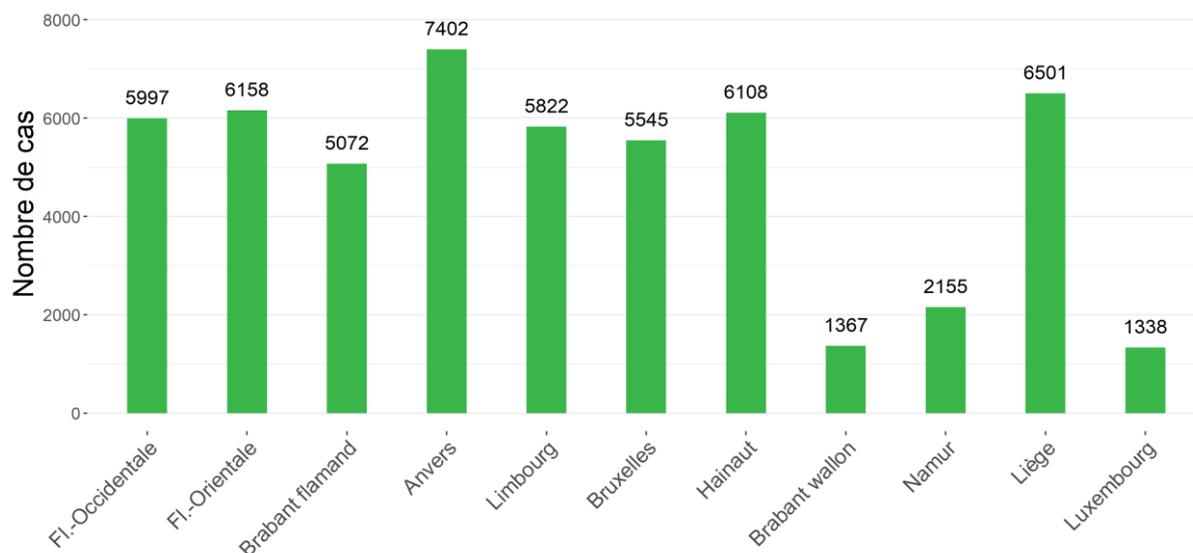
## 2.8. ABSENCES AU TRAVAIL POUR CAUSE DE MALADIE

Ce graphique montre les absences journalières pour maladie chez les fonctionnaires du gouvernement belge (base de données MEDEX, n = 83 002) par rapport aux années précédentes. Ces absences peuvent être considérées comme un indicateur de l'impact du coronavirus sur la population active. Il convient de souligner que, d'une part, toutes les absences ne sont pas forcément liées à une infection causée par le COVID-19. D'autre part, les mesures d'endiguement de grande envergure, en particulier la promotion du travail à domicile et la fermeture des écoles, peuvent influencer la déclaration de l'absentéisme. Néanmoins, les résultats indiquent une augmentation significative de l'absentéisme avec un nombre maximal autour de mi-mars.

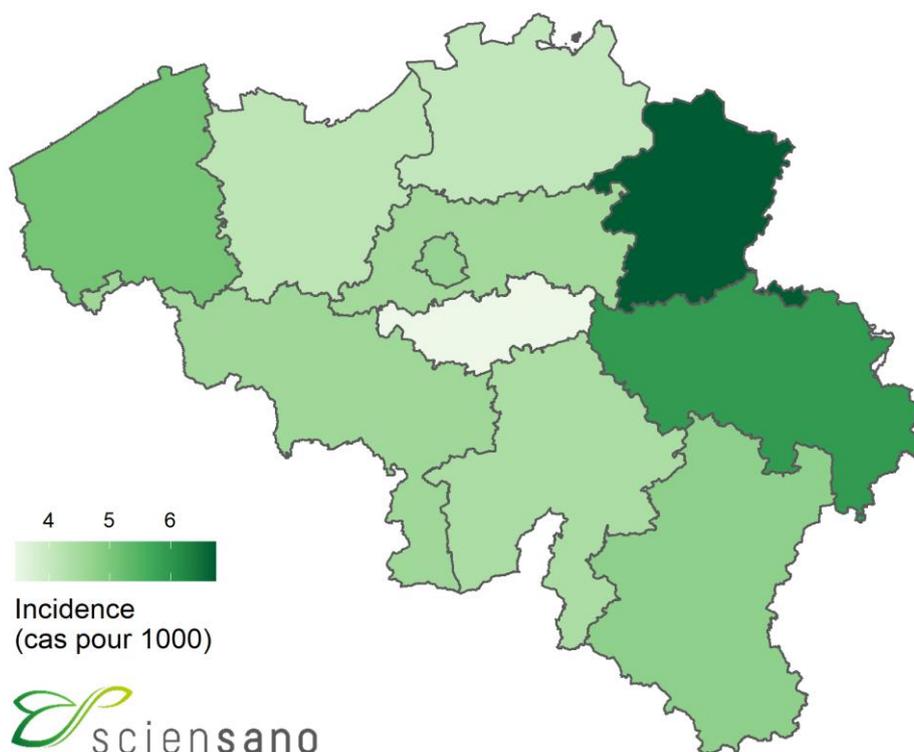


## 2.9. REPRÉSENTATION GÉOGRAPHIQUE DES CAS CONFIRMÉS PAR PROVINCE ET COMMUNE DEPUIS LE DÉBUT DE L'ÉPIDÉMIE

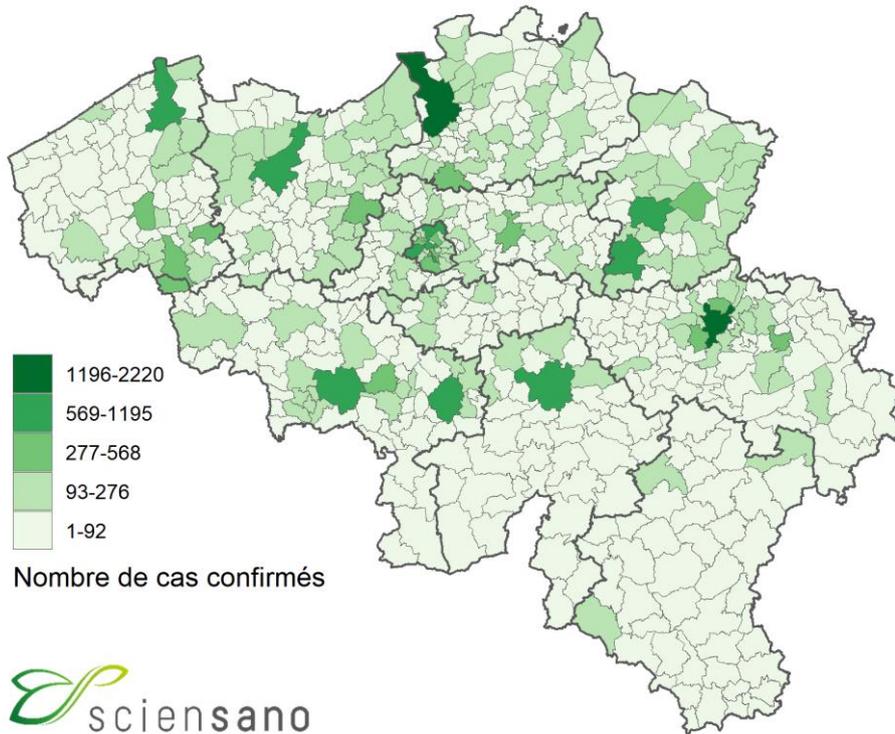
Distribution des cas confirmés par province



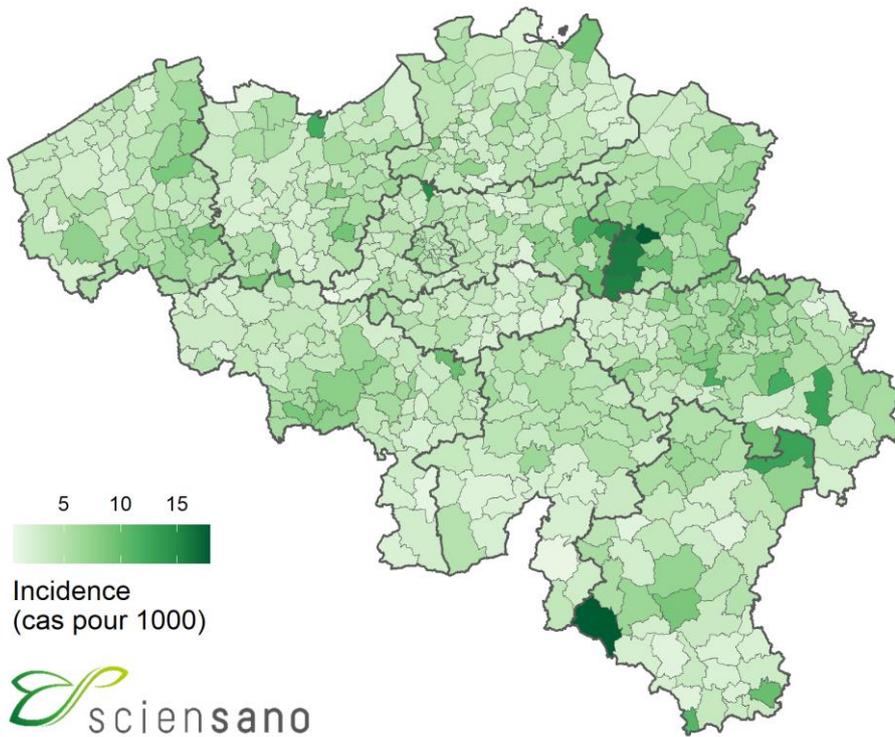
Nombre total de cas confirmés pour 1000 habitants par province



### Nombre total de cas confirmés par commune

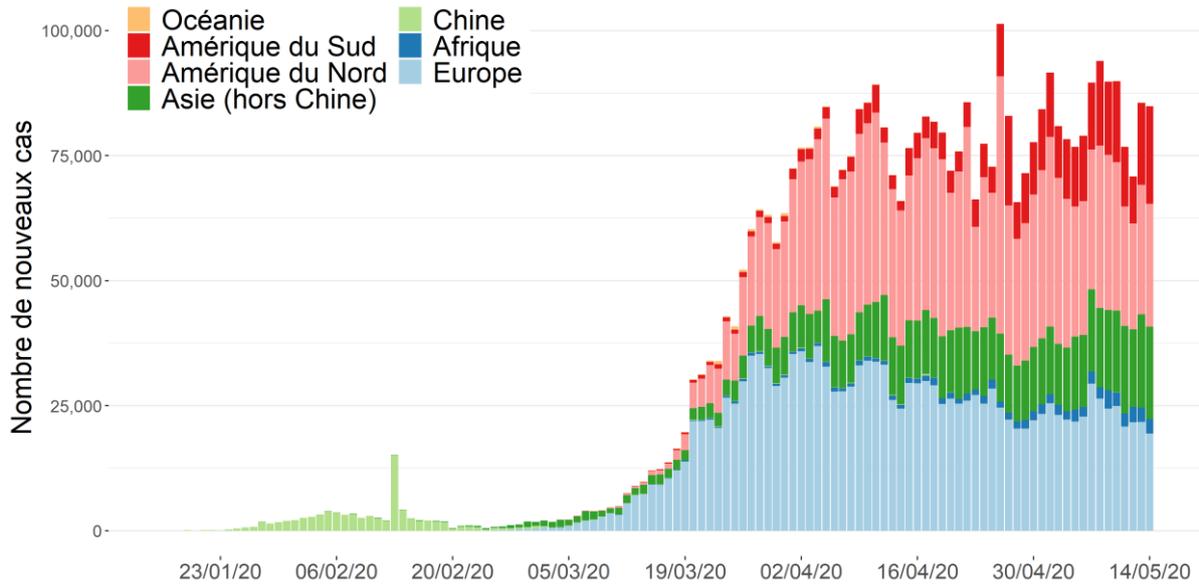


### Nombre total de cas confirmés pour 1000 habitants par commune

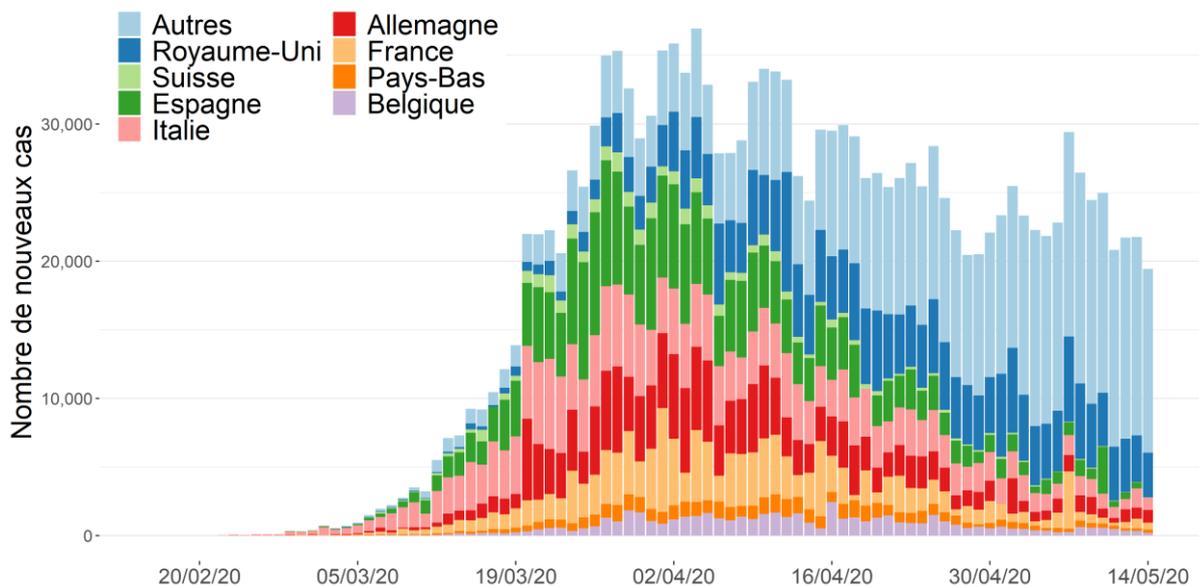


### 3. Situation internationale

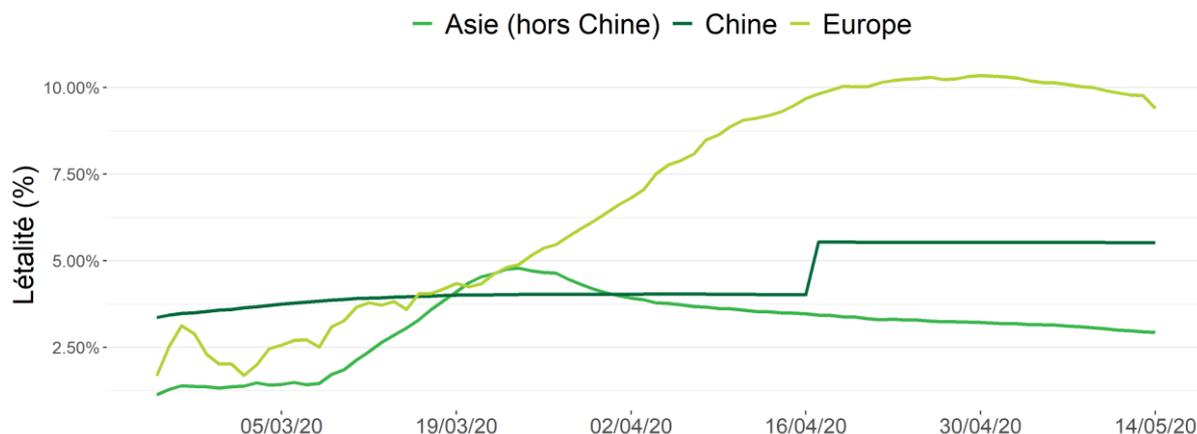
#### 3.1. NOMBRE DE NOUVEAUX CAS DE COVID-19, PAR CONTINENT



#### 3.2. RÉPARTITION DES CAS DE COVID-19 CONFIRMÉS EN LABORATOIRE DANS L'UE/EEE, AU ROYAUME-UNI, EN SUISSE ET DANS D'AUTRES PAYS



### 3.3. EVOLUTION DE LA LÉTALITÉ CHEZ LES CAS DE COVID-19 CONFIRMÉS EN LABORATOIRE, PAR RÉGION



Source : ECDC.

Le taux de létalité en Europe est de 9,4%. Les conclusions des comparaisons entre l'Europe et les autres régions doivent être tirées avec prudence en raison des facteurs qui influencent le taux de mortalité, tels que l'âge et l'état de santé de la population ainsi que la politique et la disponibilité du dépistage.

### 3.4. NOMBRE DE CAS PAR PAYS AU 14 MAI 2020

Pays	Date du 1er cas	Nombre total de cas	Nombre total de décès
Russie	2020-02-01	242 271	2 212
Royaume-Uni	2020-01-31	229 705	33 186
Espagne	2020-02-01	228 691	27 104
Italie	2020-01-31	222 104	31 106
Allemagne	2020-01-28	172 239	7 723
France	2020-01-25	140 734	27 074
Belgique	2020-02-04	54 644	8 959
Pays-Bas	2020-02-28	43 211	5 562
Suisse	2020-02-26	30 330	1 563
Portugal	2020-03-03	28 132	1 175
Continent	Date du 1er cas	Nombre total de cas	Nombre total de décès
Europe	2020-01-25	1 609 633	156 732
Amérique du Nord	2020-01-21	1 530 856	94 627
Asie (hors Chine)	2020-01-13	642 918	18 834
Amérique du Sud	2020-02-26	355 113	19 029
Chine	2019-11-17	84 024	4 637
Afrique	2020-02-15	70 715	2 465
Océanie	2020-01-25	8 292	124

## 4. Prévention et information

### COMMENT SE PROTÉGER CONTRE LES VIRUS COMME LE CORONAVIRUS COVID-19 OU LA GRIPPE SAISONNIÈRE ?

1

LAVEZ-VOUS RÉGULIÈREMENT LES MAINS.



2

UTILISEZ TOUJOURS DES MOUCHOIRS EN PAPIER. UN MOUCHOIR NE S'UTILISE QU'UNE FOIS. JETEZ-LE ENSUITE DANS UNE POUBELLE FERMÉE.



3

SI VOUS N'AVEZ PAS DE MOUCHOIR À PORTÉE DE MAIN, ÉTERNUEZ OU TOUSSEZ DANS LE PLI DU COUDE.



4

RESTEZ À LA MAISON SI VOUS ÊTES MALADE.



TOUTES LES INFORMATIONS SUR  
[www.info-coronavirus.be](http://www.info-coronavirus.be)



service public fédéral  
SANTÉ PUBLIQUE,  
SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT

E.R. TOM AUWERS, PLACE VICTOR HORTA 40/10, 1060 BRUXELLES

