

COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE DU 29 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

1. Chiffres clés pour la Belgique	2
2. Évolution et situation récente	3
3. Description de l'épidémie	5
3.1. Distribution et évolution des cas de COVID-19	5
3.2. Tests COVID-19 effectués par le réseau des laboratoires et en maisons de repos et autres collectivités résidentielles	6
3.3. Hospitalisations pour COVID-19 en Belgique	7
3.4. Surveillance des patients hospitalisés pour une infection COVID-19 confirmée..	9
3.5. Surveillance des syndromes grippaux par le réseau des médecins vigies	14
3.6. Evolution de la mortalité	16
3.7. Surveillance de la mortalité (toutes causes confondues).....	20
3.8. Absences au travail pour cause de maladie	28
3.9. Séroprévalence du sars-cov-2 chez les donneurs de sang	29
3.10. Séroprévalence du sars-cov-2 chez les professionnels de la santé dans les hôpitaux	30
3.11. Ligne de temps : cas confirmés de covid-19 et réponse à l'épidémie en belgique	32
3.12. Représentation géographique des cas confirmés par province et commune depuis le début de l'épidémie	34
4. Situation internationale	36
4.1. Nombre de nouveaux cas de COVID-19, par continent.....	36
4.2. Répartition des cas de COVID-19 confirmés en laboratoire dans l'UE/EEE, au Royaume-Uni, en Suisse et dans d'autres pays	36
4.3. Evolution de la létalité chez les cas de COVID-19 confirmés en laboratoire, par région	37
4.4. Nombre de cas par pays au 28 mai 2020.....	37
5. Prévention et information	38

1. Chiffres clés pour la Belgique

Nombre rapporté de patients	Au cours des dernières 24h	Au total
Cas confirmés de COVID-19*	212	58 061
Décédés**	42	9 430
<i>En hôpital</i>	17	4 539
<i>Cas confirmés</i>	17 (100%)	4 335 (96%)
<i>Cas possibles</i>	0 (0%)	204 (4%)
<i>En maison de repos</i>	20	4 782
<i>Cas confirmés</i>	7 (35%)	1 202 (25%)
<i>Cas possibles</i>	13 (65%)	3 580 (75%)
Admis à l'hôpital	27	17 203***
Sortis de l'hôpital	109	15 682***

*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	937	-111
Nombre de lits USI occupés	187	-22

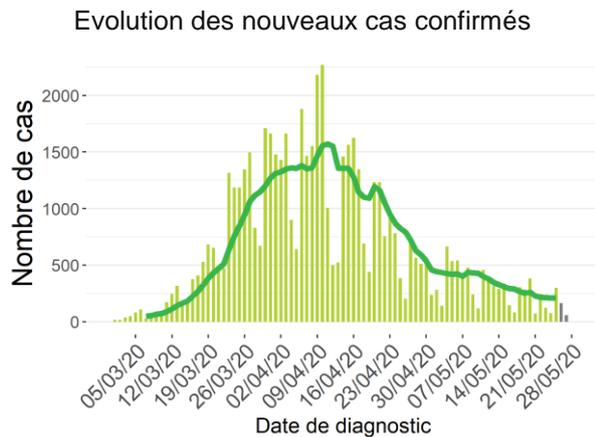
*Les données de ce tableau ne peuvent pas être comparées avec celles du tableau de la veille en raison d'un éventuel retard dans la déclaration des données et de petites corrections qui peuvent être apportées en permanence.

Taux de reproduction

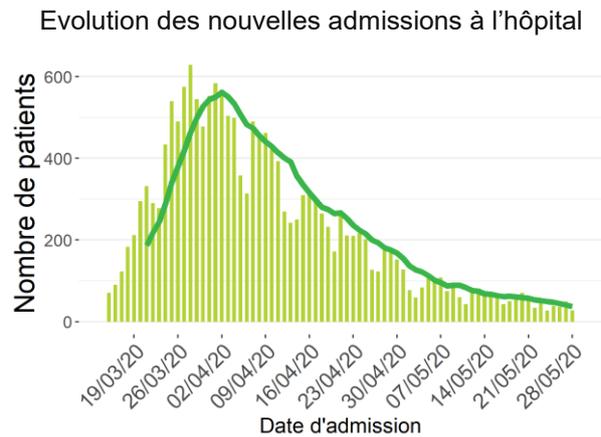
Rt (22/05 tot 28/05) 0.73

2. Évolution et situation récente

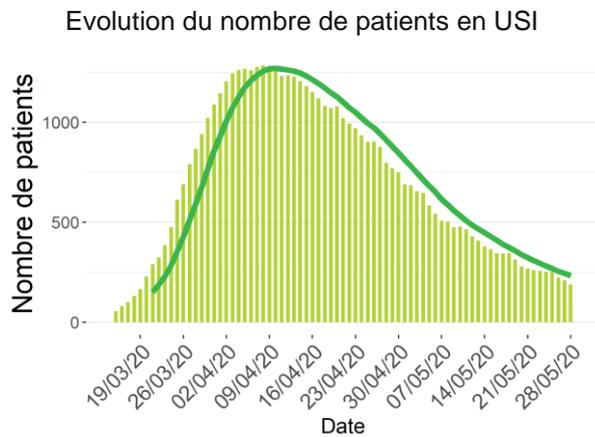
Quatre indicateurs sont utilisés pour suivre l'évolution de l'épidémie : cas confirmés, nouvelles hospitalisations, occupation des unités de soins intensifs (USI) et décès. **Ces indicateurs sont présentés ci-dessous avec la moyenne mobile sur 7 jours (ligne verte).** Cette moyenne mobile est utilisée pour illustrer une tendance. Cela a entre autre pour conséquence de lisser la courbe et atténuer les variations journalières.



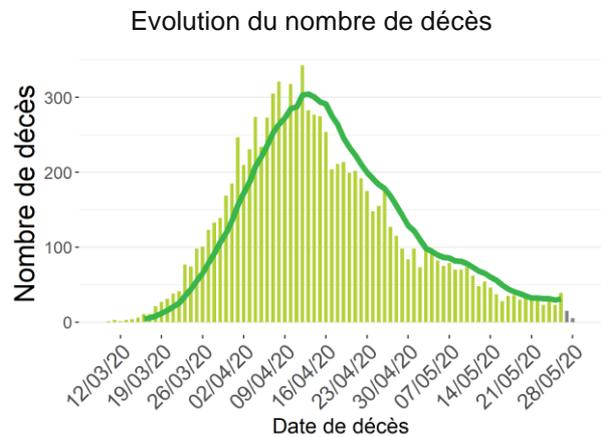
Source : Réseau des laboratoires cliniques et plateforme nationale



Source : Surveillance des hôpitaux (Sciensano)



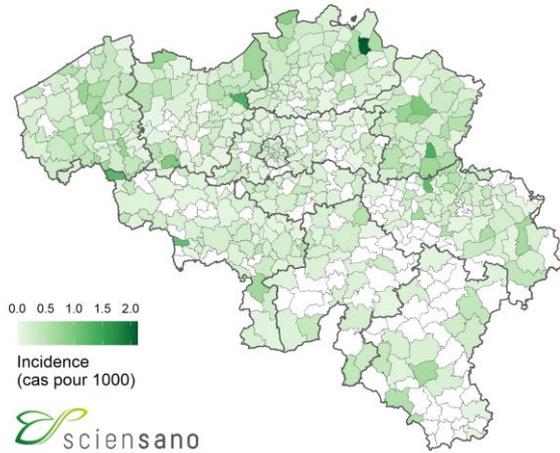
Source : Surveillance des hôpitaux (Sciensano)



Source : Surveillance mortalité COVID-19 (Sciensano)

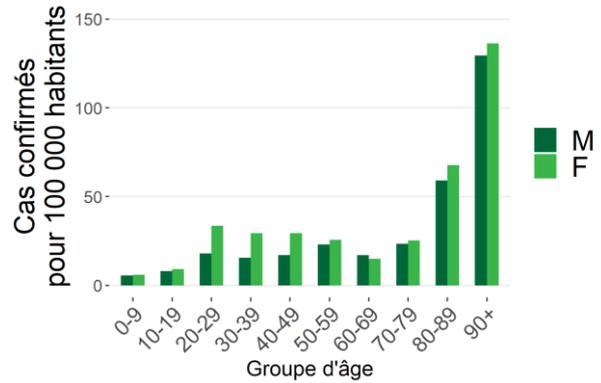
Outre les indicateurs ci-dessus, une description de la période la plus récente est également importante. Les chiffres ci-dessous montrent la répartition géographique et la distribution par âge et par sexe pour les **14 derniers jours**.

Distribution des cas confirmés pour les 14 derniers jours



Source : Réseau des laboratoires cliniques et plateforme nationale

Nombre de cas confirmés par groupe d'âge et sexe par 100 000 habitants pour les 14 derniers jours



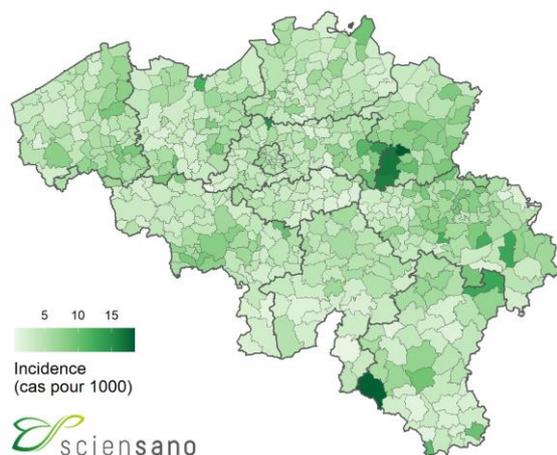
Note : L'information sur l'âge et/ou le sexe n'était pas disponible pour 21 cas

3. Description de l'épidémie

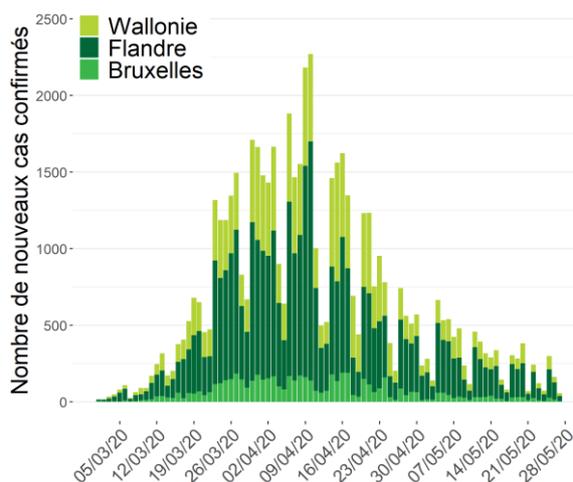
3.1. DISTRIBUTION ET ÉVOLUTION DES CAS DE COVID-19

A ce jour, un total de 58 061 cas confirmés ont été rapportés ; 32 612 cas (56%) en Flandre, 18 510 (32%) cas en Wallonie, et 5 887 (10%) cas à Bruxelles. Les données sur le lieu de résidence n'étaient pas disponibles pour 1 052 cas (2%).

Distribution des cas confirmés



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



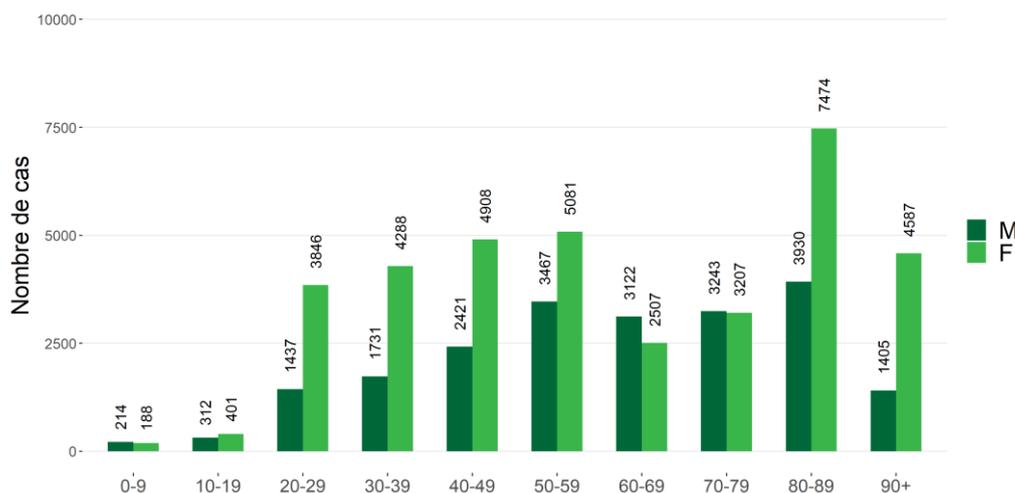
Source : CNR, laboratoires, notifications obligatoires. Cas rapportés à Sciensano au 28 mai 2020, à 16 heures.

*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 rapportage est utilisée.

212 nouveaux cas confirmés ont été rapportés au cours des dernières 24h ; 123 (58%) en Flandre, 72 (34%) en Wallonie, et 17 (8%) à Bruxelles.

Distribution par âge et sexe des cas confirmés*



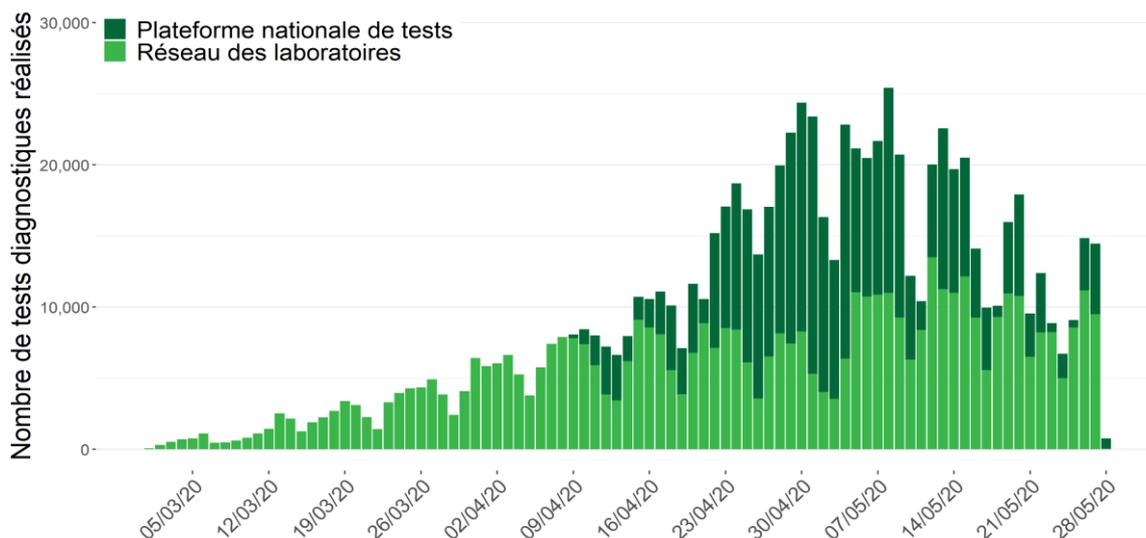
*Cette figure représente la répartition par âge de tous les cas confirmés. Elle ne reflète pas la gravité de la maladie pour un groupe d'âge particulier. L'information sur l'âge et/ou le sexe n'était pas disponible pour 292 cas.

3.2. TESTS COVID-19 EFFECTUÉS PAR LE RÉSEAU DES LABORATOIRES ET EN MAISONS DE REPOS ET AUTRES COLLECTIVITÉS RÉSIDENNELLES

Entre début mars et le 28 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 505 760.

Depuis le 10/04, 331 119 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.

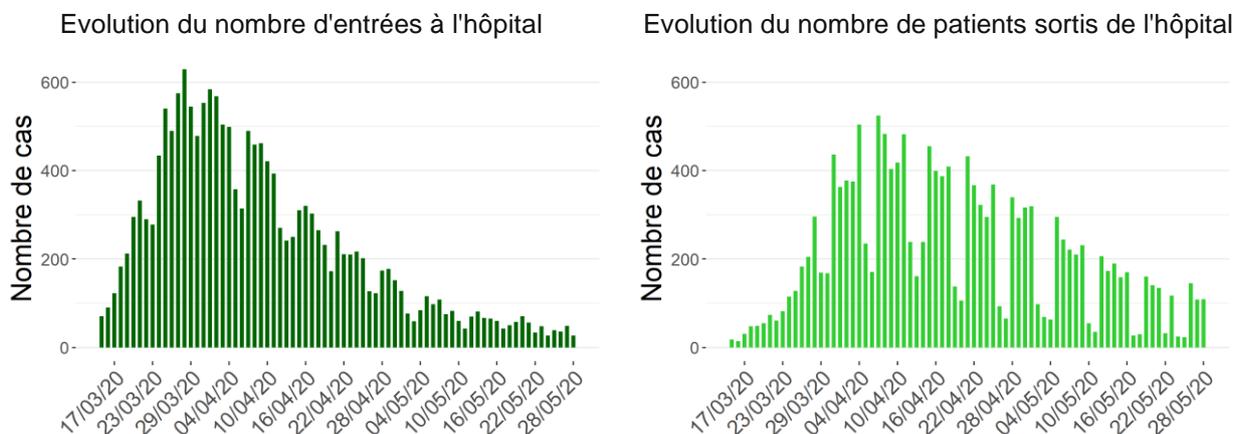
Le pourcentage de tests positifs a montré une tendance à la baisse ces dernières semaines. Cette tendance s'explique par un élargissement de la stratégie de testing et une réduction de la circulation du virus.

Pourcentage de tests positifs du réseau de laboratoires (laboratoires cliniques) et de la plateforme nationale de tests (en maisons de repos, autres collectivités résidentielles et une partie des centres de triage)



3.3. 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.

Entre le 15 mars et le 28 mai, 17 203 patients avec COVID-19 sont entrés à l'hôpital et 15 682 personnes ont quitté l'hôpital.

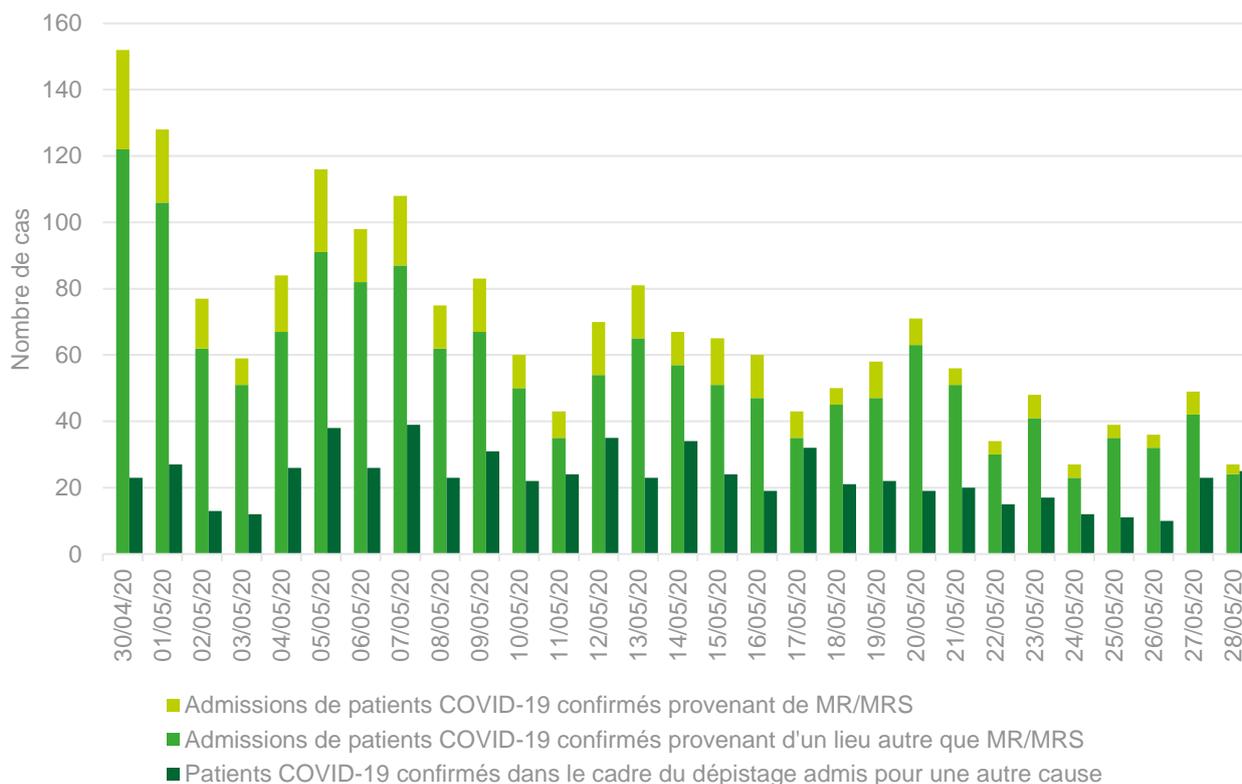
Au cours des dernières 24 heures, 27 patients avec COVID-19 ont été hospitalisés et 109 personnes ont quitté l'hôpital. 12% des nouvelles admissions à l'hôpital au cours des dernières 24 heures provenaient d'une maison de repos/et de soins ou d'un autre établissement de soins de longue durée (pourcentage calculé sur la base du nombre de nouvelles admissions dans les hôpitaux qui ont fait cette distinction selon le rapport).

Etant donné l'élargissement des indications de demande d'un test depuis le 22 avril et compte tenu de la reprise progressive des activités habituelles à l'hôpital, il est important de pouvoir suivre séparément les admissions de patients en raison d'une pathologie COVID 19 et les admissions de patients en raison d'une autre pathologie ayant un test COVID 19 positif.

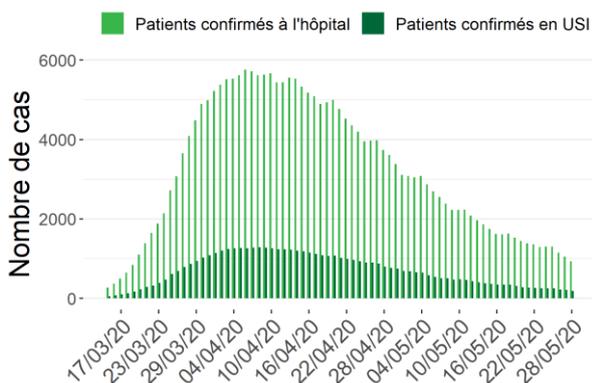
Depuis le 30 avril, les admissions hospitalières de patients avec une infection COVID-19 confirmée sont donc classées en fonction de la cause d'admission ainsi que de la provenance des patients. Cela nous permet d'avoir une vue sur le nombre de patients admis en raison d'une autre pathologie mais testés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

Le graphique ci-dessous présente les admissions hospitalières par jour, en fonction de la provenance des patients et de la cause d'admission.

Évolution du nombre d'admissions hospitalières de patients avec une infection COVID-19 confirmée, par provenance et par cause d'admission, Belgique

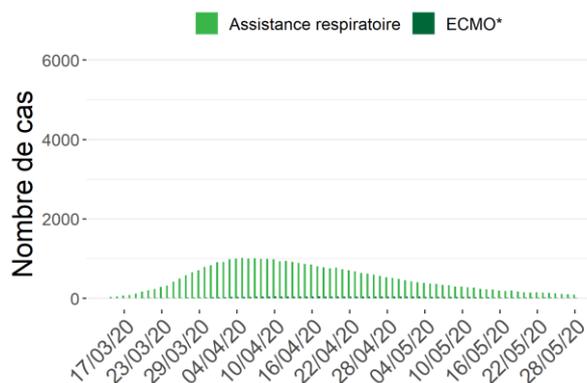


Evolution du nombre d'hospitalisés



*Nombre d'hôpitaux participants : 104 (28 mai 2020)

Sévérité des cas hospitalisés



*ECMO: Oxygénation par membrane extra-corporelle

Le 28 mai, 937 lits d'hôpital dont 187 lits en unité de soins intensifs étaient occupés par des patients confirmés COVID-19; 90 patients nécessitaient une assistance respiratoire et 12 une ECMO. Au cours des dernières 24 heures, le nombre total de lits d'hôpital occupés a diminué de 111, dont 22 lits occupés en soins intensifs de moins.

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

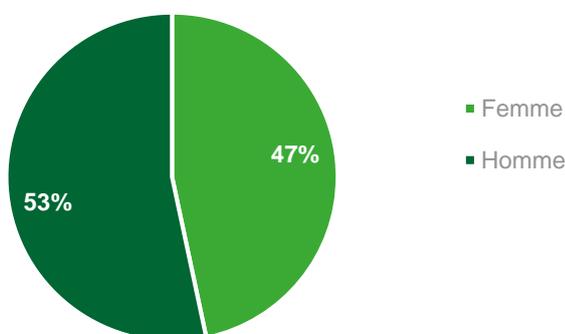
Dans cette section, nous décrivons les caractéristiques des patients hospitalisés pour une infection COVID-19 confirmée. Des informations cliniques détaillées ont été rapportées par les hôpitaux belges pour 14 065 patients hospitalisés entre le 29 février et le 24 mai 2020.

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

3.4.1.1. 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.

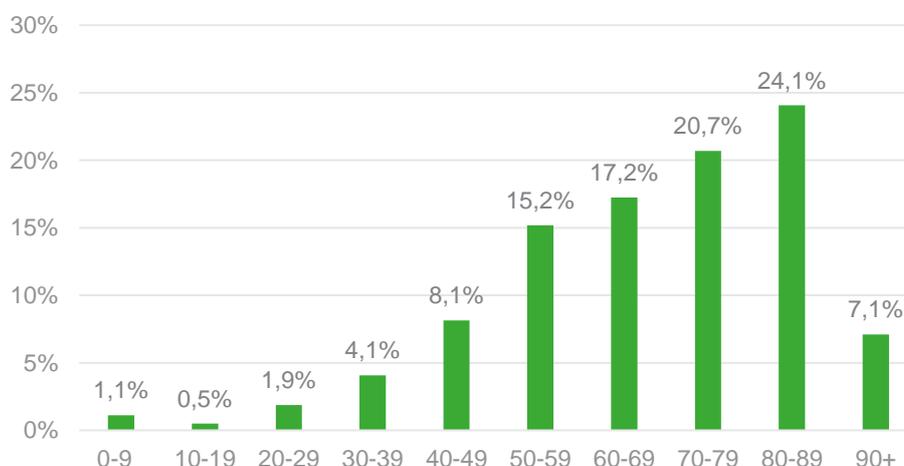
Distribution par sexe de l'ensemble des patients hospitalisés



3.4.1.2. Âge

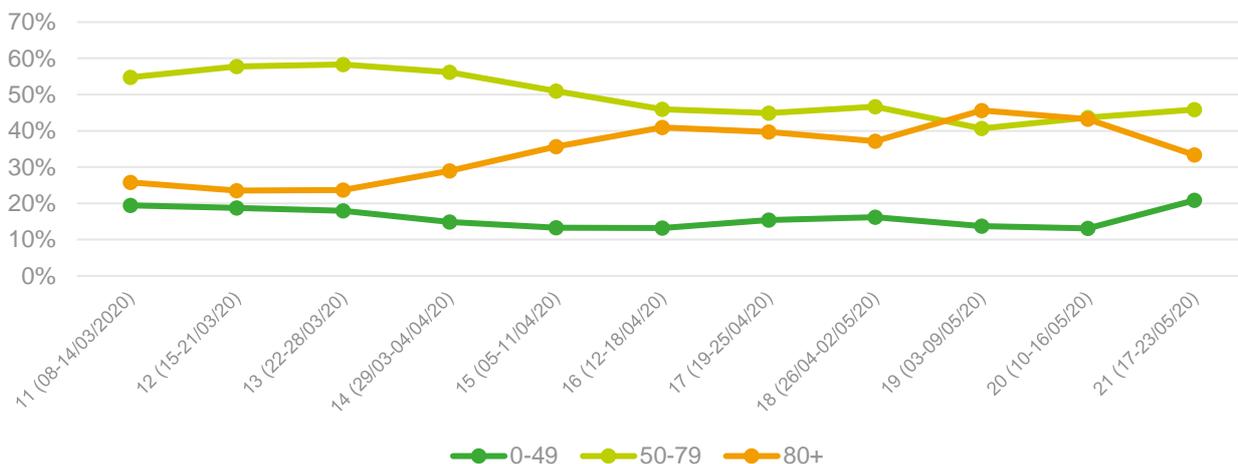
La moitié des patients hospitalisés avaient plus de 71 ans (fourchette d'âge entre 0 et 104 ans).

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 a atteint et dépassé 40 %. Les résultats de la dernière semaine doivent être interprétés avec précaution : vu le délai de rapportage, ces données sont moins complètes que celles des semaines précédentes.

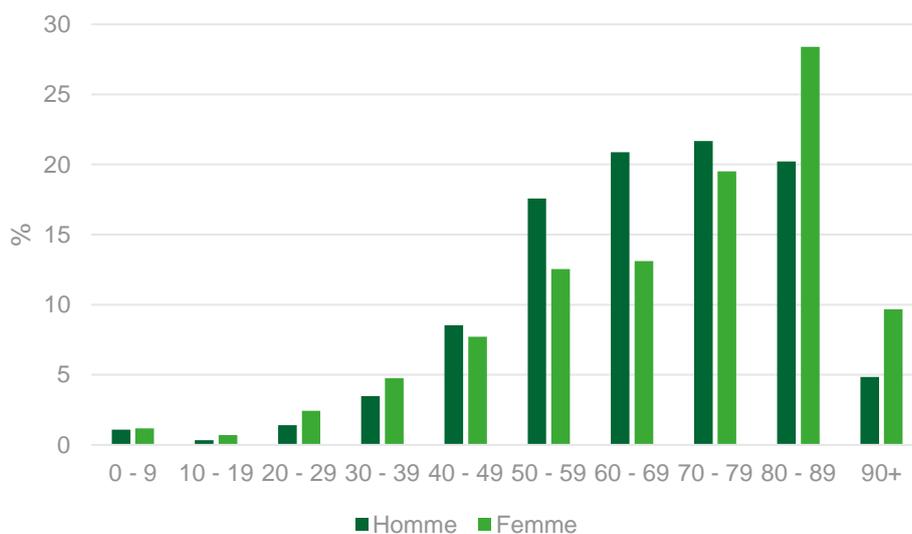
Évolution par semaine de la répartition des patients hospitalisés par groupe d'âge



3.4.1.3. 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 74 ans, tandis que chez les hommes, la moitié a plus de 68 ans.

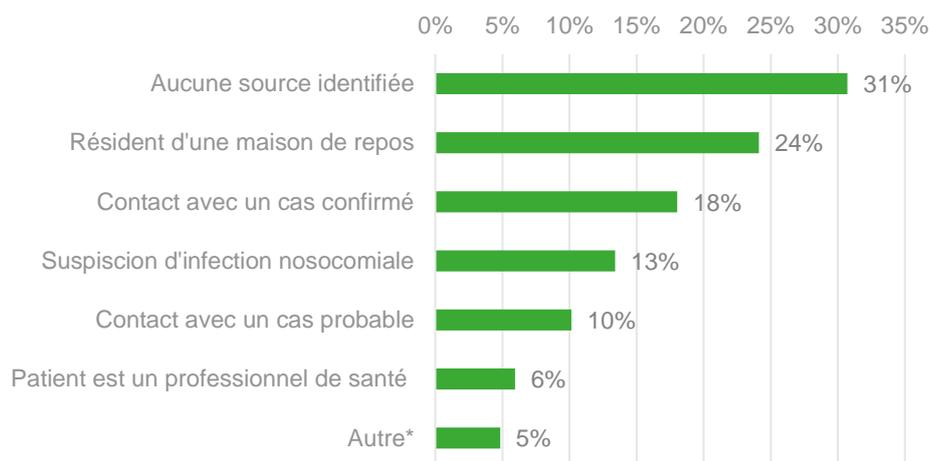
Distribution par âge et par sexe des patients hospitalisés



3.4.2. 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 depuis le début de l'épidémie jusqu'à un maximum en semaines 16 et 17.

Distribution par source d'exposition des patients hospitalisés



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

3.4.3. Symptômes à l'admission

Les symptômes les plus présents à l'admission étaient la fièvre (61 %), la toux (52 %), l'essoufflement (49 %), et la faiblesse généralisée (39 %), mais des symptômes digestifs étaient également rapportés par certains patients. Une proportion grandissante de patients ne présentait pas de symptômes liés au COVID-19 à l'admission, très probablement en conséquence de changements dans les pratiques de dépistage en hôpital, qui sont élargies à tout patient admis à l'hôpital, quelle qu'en soit la raison.

3.4.4. 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=192)	16-44 (N=1348)	45-64 (N=3997)	≥ 65 (N=8496)	Total (N=14065)
Maladies cardio-vasculaires	1.0%	3.7%	16.3%	47.8%	33.9%
Hypertension artérielle	1.0%	7.7%	27.7%	65.1%	39.4%
Diabète	1.0%	6.8%	16.7%	26.7%	21.6%
Maladie pulmonaire chronique	1.0%	6.1%	12.4%	17.5%	14.8%
Maladie rénale chronique	0.5%	2.4%	5.1%	18.2%	12.7%
Trouble cognitif	1.1%	2.4%	3.5%	17.6%	12.0%
Maladie neurologique chronique	1.1%	2.9%	5.7%	11.3%	8.8%
Cancer solide	1.0%	1.3%	5.5%	11.2%	8.5%
Obésité	3.3%	10.2%	13.5%	8.5%	9.9%
Immunodépression, y compris le VIH	2.1%	3.3%	3.5%	2.0%	2.6%
Maladie chronique du foie	0.5%	1.3%	3.2%	2.6%	2.6%
Cancer hématologique	1.6%	0.4%	1.6%	2.3%	1.9%
Aucune des comorbidités ci-dessus rapportée	89.1%	72.4%	42.4%	11.1%	27.0%

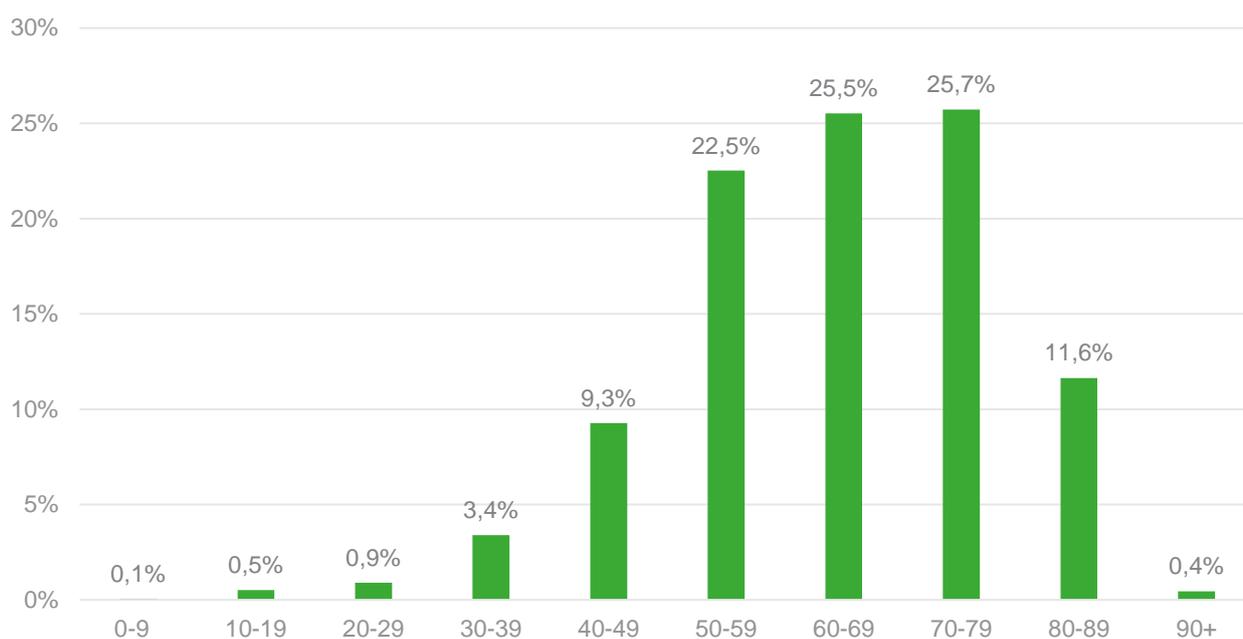
Données relatives à l'âge manquantes pour 36 patients

3.4.5. Patients séjournant en unité de soins intensifs

Pour 11 998 patients sortis de l'hôpital jusqu'au 24 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), 13 % 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 97 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



3.4.6. 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 parmi les patients hospitalisés: 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.

3.5. SURVEILLANCE DES SYNDROMES GRIPPAUX PAR LE RÉSEAU DES MÉDECINS VIGIES

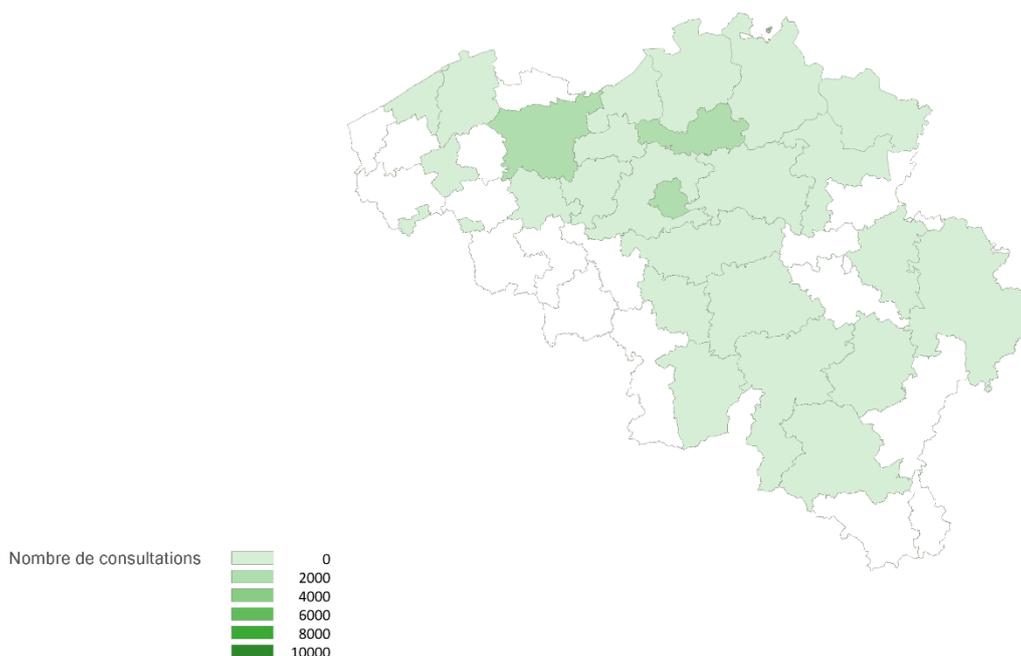
Le réseau sentinelle des médecins généralistes enregistre en continu les consultations en médecine générale pour les syndromes grippaux et les infections aiguës des voies respiratoires. Cette surveillance se réalise en étroite collaboration avec le Centre National de référence pour influenza, qui effectue 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 18 au 24 mai, l'incidence totale de consultations chez les médecins généralistes en raison de symptômes grippaux est restée stable par rapport à la semaine précédente avec 78 consultations par 100 000 habitants (consultations téléphoniques incluses).

À Bruxelles, il y a eu une légère augmentation de cette incidence chez les enfants âgés de 5-14 ans et chez les adultes âgés de moins de 65 ans. L'incidence est restée stable dans tous les autres groupes d'âge.

En termes absolus, le plus grand nombre de consultations a été observé dans les arrondissements de Gand, Malines et Bruxelles. L'incidence la plus haute a été observée dans l'arrondissement de Malines.

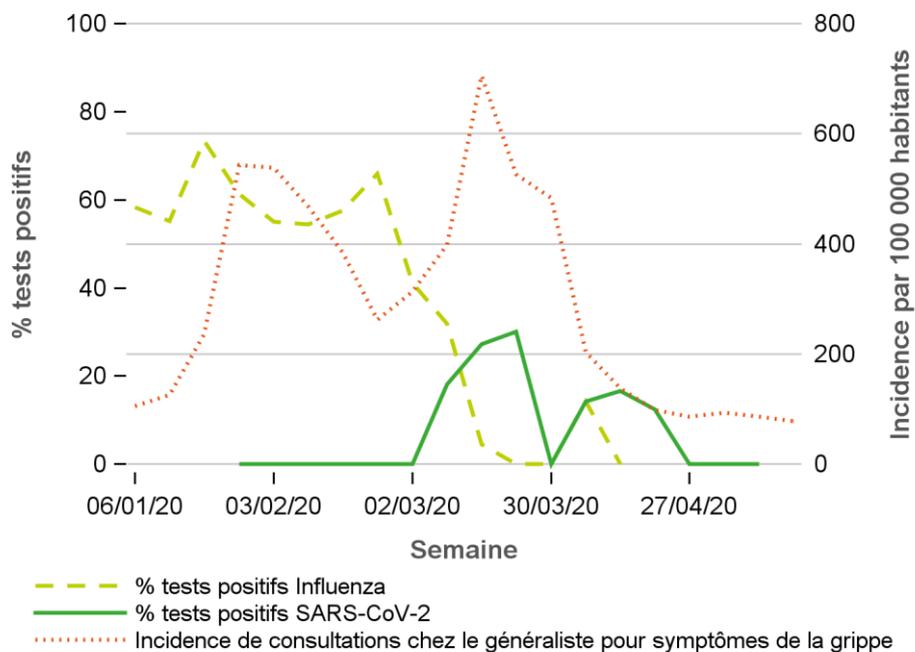
Symptômes grippaux : estimation du nombre de consultations chez le médecin généraliste durant la semaine du 18 au 24 mai 2020



Source : Réseau sentinelle des médecins vigies

Durant la semaine du 18 au 24 mai 2020, les médecins vigies n'ont prélevé aucun échantillon respiratoire.

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](#).

3.6. EVOLUTION DE LA MORTALITÉ

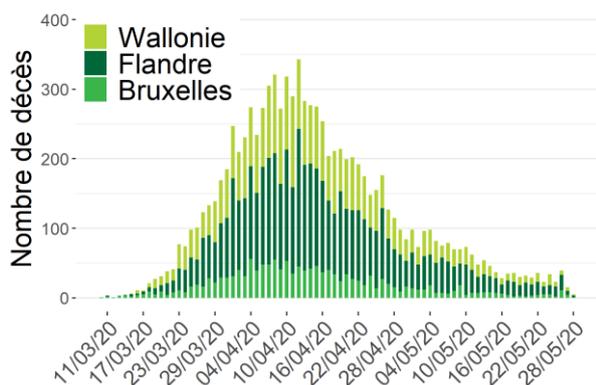
Il s'agit des décès rapportés par les autorités, complétés à partir du 24 mars par les données transmises par les hôpitaux. Les décès sont présentés par date de décès, et classés par région en fonction du lieu de décès.

A la clôture de ce rapport, un total de 9 430 décès ont été rapportés; 4 703 (50%) en Flandre, 3 275 (35%) en Wallonie, et 1 452 (15%) à Bruxelles.

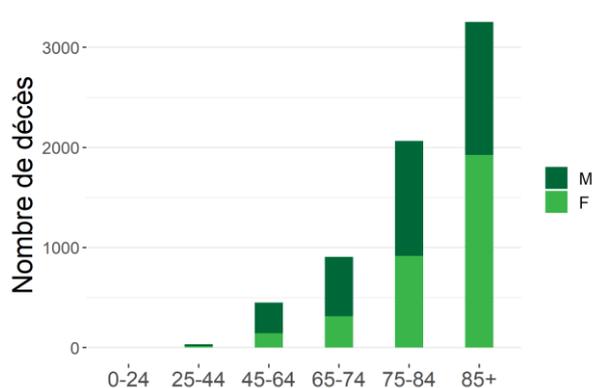
Le pic des décès COVID-19 a eu lieu en semaine 15, soit quatre semaines après les premières mesures de confinement en Belgique. Le maximum de décès COVID-19 journalier est de 343 décès, observé le dimanche 12 avril 2020 (semaine 15).

Au 28 mai, 36 personnes de moins de 45 ans (<1 %) et 451 personnes âgées de 45 à 64 ans (5 %) sont décédées du COVID-19. Les informations d'âge et de sexe manquent pour 2 718 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.

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



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

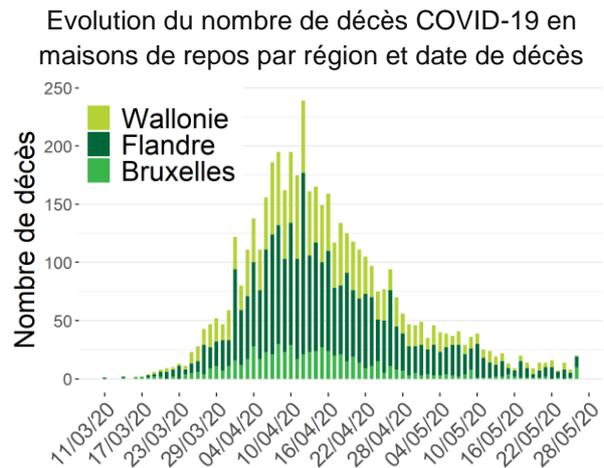
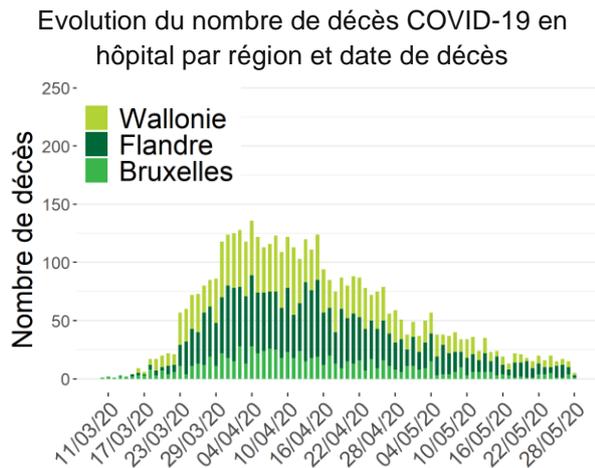


*L'information sur l'âge et/ou le sexe n'était pas disponible pour 2718 décès

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

42 nouveaux décès ont été rapportés au cours des dernières 24h* ; 19 (45%) en Flandre, 8 (19%) en Wallonie, et 15 (36%) à Bruxelles. Les notifications des décès peuvent avoir un délai de quelques jours.

*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.



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

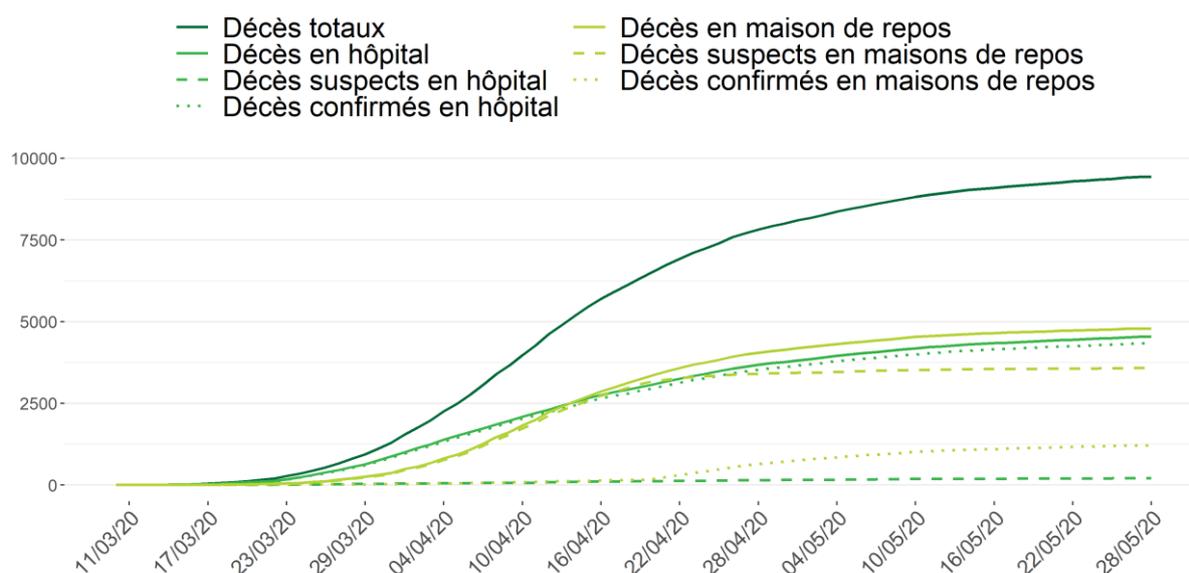
Les tests de laboratoire n'ayant pas une sensibilité de 100 %, le diagnostic peut également être confirmé par un scanner thoracique. Depuis le 11 avril, les hôpitaux ont la possibilité de notifier si le diagnostic COVID-19 a été réalisé sur base d'un scanner thoracique compatible avec la présentation clinique évocatrice de la maladie. Entre le 23 mars et le 28 mai, **350 décès COVID-19 ont été confirmés par scanner thoracique** sans confirmation par un test de laboratoire, soit 7,7 % 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	2 047	44%	797	55%	1 695	52%	4 539	48%
<i>Cas confirmés</i>	<i>1 967</i>	<i>96%</i>	<i>771</i>	<i>97%</i>	<i>1 597</i>	<i>94%</i>	<i>4 335</i>	<i>96%</i>
<i>Cas possibles</i>	<i>80</i>	<i>4%</i>	<i>26</i>	<i>3%</i>	<i>98</i>	<i>6%</i>	<i>204</i>	<i>4%</i>
Maison de repos	2 593	55%	648	45%	1 541	47%	4 782	51%
<i>Cas confirmés</i>	<i>594</i>	<i>23%</i>	<i>210</i>	<i>32%</i>	<i>398</i>	<i>26%</i>	<i>1 202</i>	<i>25%</i>
<i>Cas possibles</i>	<i>1 999</i>	<i>77%</i>	<i>438</i>	<i>68%</i>	<i>1 143</i>	<i>74%</i>	<i>3 580</i>	<i>75%</i>
Domicile	15	0%	6	0%	12	0%	33	0%
Autres*	28	1%	0	0%	22	1%	50	1%
Inconnu	20	0%	1	0%	5	0%	26	0%
TOTAL	4 703	100%	1 452	100%	3 275	100%	9 430	100%

*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	8	42%	5	33%	4	50%	17	40%
<i>Cas confirmés</i>	8	100%	5	100%	4	100%	17	100%
<i>Cas possibles</i>	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Maison de repos	9	47%	10	67%	1	12%	20	48%
<i>Cas confirmés</i>	6	67%	0	0%	1	100%	7	35%
<i>Cas possibles</i>	3	33%	10	100%	0	0%	13	65%
Domicile	0	0%	0	0%	3	38%	3	7%
Autres*	2	11%	0	0%	0	0%	2	5%
Inconnu	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	19	100%	15	100%	8	100%	42	100%

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

Vous trouverez les informations suivantes dans les précédents bulletins épidémiologiques hebdomadaires :

- Le taux de létalité (case-fatality rate, CFR) ([bulletin du 22/05/2020](#))

3.7. SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ (TOUTES CAUSES CONFONDUES)

3.7.1. 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 2 545 décès observés pour la semaine 12, ce qui représente une surmortalité significative de **270 décès supplémentaires** et **11,9 % 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 4 019 et 4 276 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 COVID-19 (**343 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 10 mai 2020 (semaines 12 à 19), nous observons **8 127 décès supplémentaires (47 % d'excès de mortalité)** par rapport à ce qui était attendu sur base des cinq dernières années (dont **332 décès supplémentaires** chez les 15-64 ans, **3 447 décès supplémentaires** chez les 65-84 ans et **4 360 décès supplémentaires*** chez les plus de 85 ans). Les **excès de mortalité** pour les semaines 14, 15 et 16 atteignent respectivement **81,2 %, 95,3 % et 71,4 %**. À partir du 27 avril, la surmortalité a fortement diminué, mais nous observons encore quelques jours de surmortalité significative en semaine 18 et 19 particulièrement pour les personnes de plus de 65 ans. À partir du 11 mai, il n'y a plus de surmortalité observée mais cela devra se confirmer la semaine prochaine.

Nombre de décès toutes causes confondues par semaine, Belgique

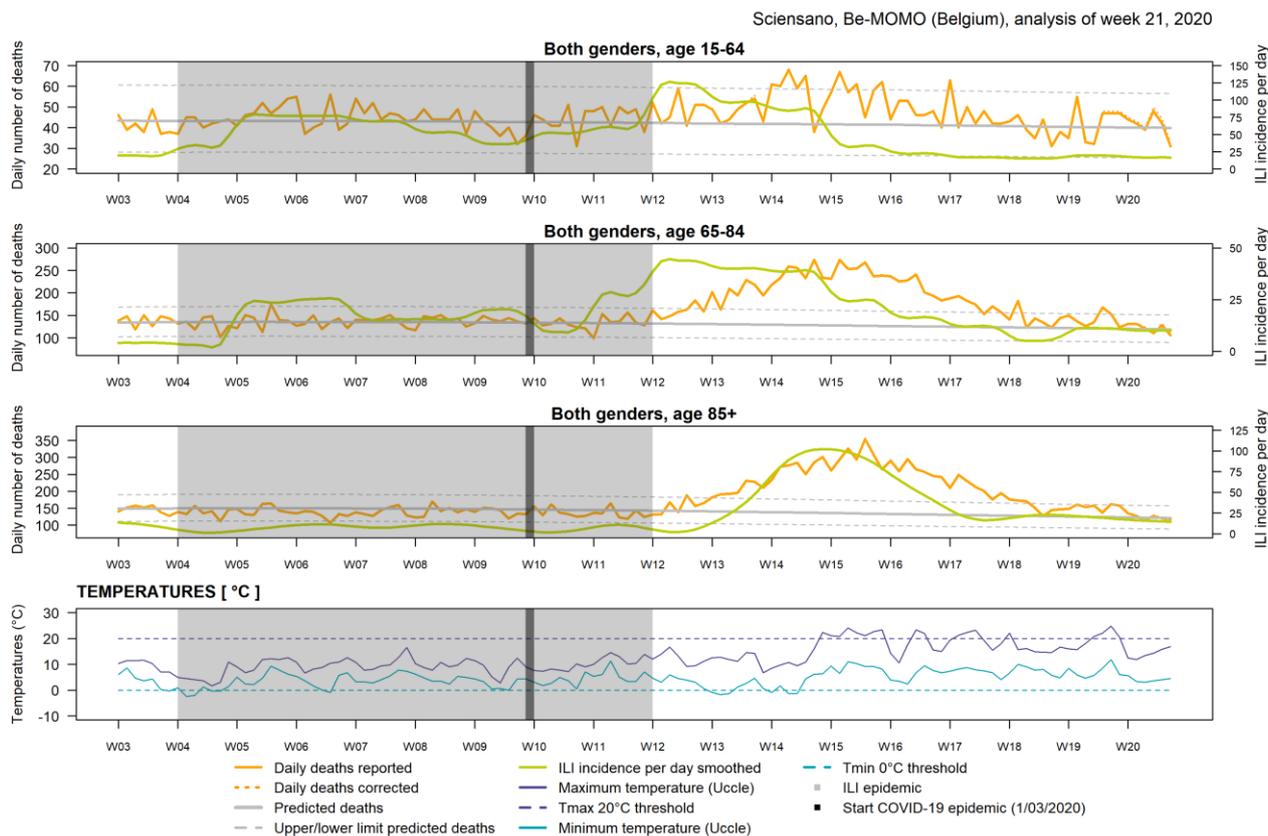
Semaine	Date du lundi	Nombre de décès observés	Nombre de décès attendus (Be-MOMO)	Nombre de décès supplémentaires	Nombre de jours avec surmortalité significative	Excès de mortalité (%)	Taux brut de mortalité (100 000 habitants)
2020-W09	24/02/2020	2 232	2 338	-106	0	-4,5	19,5
2020-W10	02/03/2020	2 201	2 323	-122	0	-5,3	19,3
2020-W11	09/03/2020	2 223	2 302	-79	0	-3,5	19,4
2020-W12	16/03/2020	2 545	2 275	270	2	11,9	22,3
2020-W13	23/03/2020	3 185	2 249	936	7	41,6	27,9
2020-W14	30/03/2020	4 019	2 218	1 801	7	81,2	35,2
2020-W15	06/04/2020	4 276	2 189	2 087	7	95,3	37,4
2020-W16	13/04/2020	3 700	2 159	1 541	7	71,4	32,4
2020-W17	20/04/2020	3 023	2 126	897	7	42,2	26,4
2020-W18	27/04/2020	2 369	2 092	277	2	13,2	20,7
2020-W19	04/05/2020	2 377	2 059	318	3	15,5	20,8
2020-W20	11/05/2020	1 993	2 034	-41	0	-2,0	17,4

Les chiffres de la semaine 20 sont préliminaires.

Depuis le 1^{er} février 2020, la moyenne journalière des décès avait atteint les 404 décès par jour en Belgique (221, 138 et 45 décès respectivement en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles). À partir des analyses de la semaine 20, la moyenne journalière des décès diminue chaque semaine avec 396 décès par jour en Belgique (218, 135 et 43 décès respectivement en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles)*.

* Le nombre de décès supplémentaires et les moyennes journalières sont calculés séparément par groupe d'âge et par région, il est normal d'observer une petite différence entre les nombres totaux pour la Belgique et la somme de ces nombres par groupes d'âge ou par 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) puis a diminué. À partir de la semaine 17, l'incidence des ILI dans les trois groupes d'âge reste relativement stable (voir le chapitre sur la surveillance des syndromes grippaux par le réseau des médecins vigies).



Note : Les chiffres des deux dernières semaines (semaines 20 et 21) 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).

3.7.1.1. 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, et en semaine 18 dans les trois régions.**

En Flandre, entre le 16 mars et le 10 mai 2020 (semaines 12 à 19), nous observons **3 826 décès supplémentaires** par rapport à ce qui était attendu sur base des cinq dernières années (**1 649 décès supplémentaires** chez les 65-84 ans et **2 087 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
2020-W10	02/03/2020	1 262	1 342	-80	0	-6	19,2
2020-W11	09/03/2020	1 241	1 330	-89	0	-6,7	18,8
2020-W12	16/03/2020	1 419	1 314	105	0	8	21,5
2020-W13	23/03/2020	1 689	1 298	391	4	30,1	25,6
2020-W14	30/03/2020	2 112	1 279	833	7	65,1	32,1
2020-W15	06/04/2020	2 203	1 262	941	7	74,6	33,4
2020-W16	13/04/2020	2 007	1 243	764	7	61,4	30,5
2020-W17	20/04/2020	1 681	1 223	458	7	37,5	25,5
2020-W18	27/04/2020	1 342	1 202	140	1	11,6	20,4
2020-W19	04/05/2020	1375	1 181	194	0	16,4	20,9
2020-W20	11/05/2020	1132	1 165	-33	0	-2,8	17,2

Les chiffres de la semaine 20 sont préliminaires.

En Wallonie, entre le 16 mars et le 10 mai 2020 (semaines 12 à 19), nous observons **2 947 décès supplémentaires** par rapport à ce qui était attendu sur base des cinq dernières années (**1 189 décès supplémentaires** chez les 65-84 ans et **1 585 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	778	-15	0	-1,9	21,0
2020-W10	02/03/2020	733	772	-39	0	-5,0	20,2
2020-W11	09/03/2020	756	765	-9	0	-1,2	20,8
2020-W12	16/03/2020	848	756	92	1	12,2	23,3
2020-W13	23/03/2020	1 142	748	394	7	52,7	31,4
2020-W14	30/03/2020	1 388	737	651	7	88,4	38,2
2020-W15	06/04/2020	1 510	727	783	7	107,7	41,6
2020-W16	13/04/2020	1 273	717	556	7	77,4	35,0
2020-W17	20/04/2020	1 004	707	297	6	42,0	27,6
2020-W18	27/04/2020	772	696	76	1	10,9	21,2
2020-W19	04/05/2020	784	686	98	1	14,3	21,6
2020-W20	11/05/2020	677	678	-1	0	-0,2	18,6

Les chiffres de la semaine 20 sont préliminaires.

À Bruxelles, entre le 16 mars et le 10 mai 2020 (semaines 12 à 19), nous observons **1 351 décès supplémentaires** par rapport à ce qui était attendu sur base des cinq dernières années (dont **608 décès supplémentaires** chez les 65-84 ans et **682 décès supplémentaires** chez les plus de 85 ans).

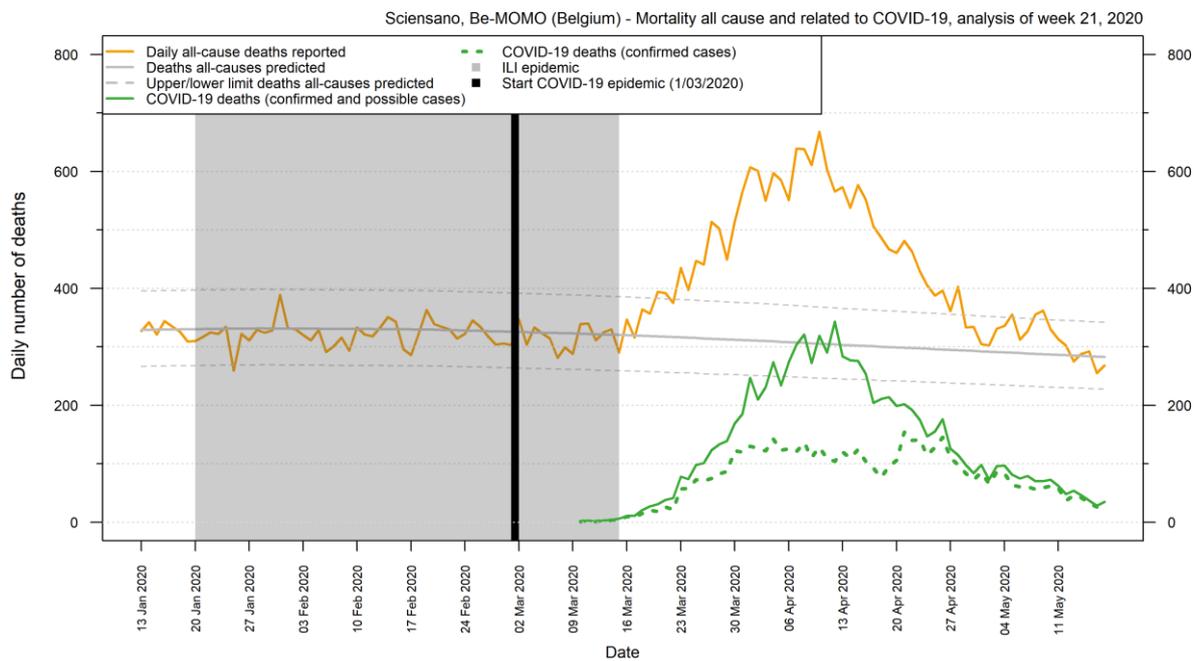
Décès par semaine à Bruxelles

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	156,2	42,9
2020-W15	06/04/2020	563	200	363	7	180,9	46,6
2020-W16	13/04/2020	420	198	222	7	111,6	34,8
2020-W17	20/04/2020	338	196	142	5	72,2	28,0
2020-W18	27/04/2020	255	194	61	2	31,5	21,1
2020-W19	04/05/2020	218	192	26	0	13,6	18,0
2020-W20	11/05/2020	184	191	-7	0	-3,6	15,2

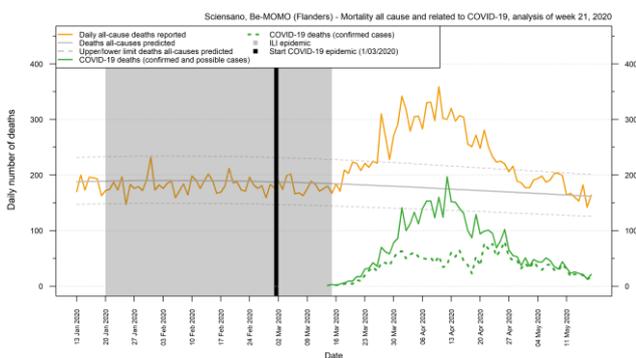
Les chiffres de la semaine 20 sont préliminaires.

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

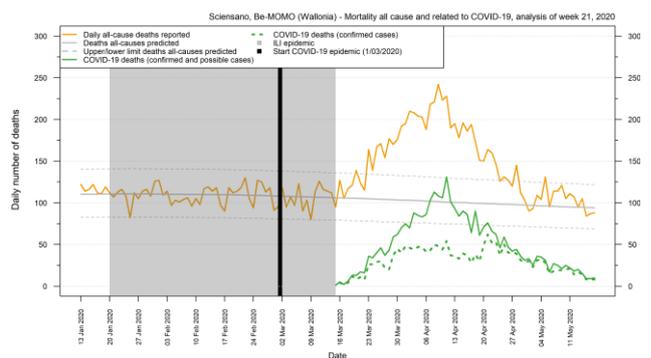
La mortalité liée au COVID-19 (cas confirmés et possibles) est toujours fortement corrélée à la mortalité toutes causes confondues (rho de Spearman, $R=0,90$, $p<0,01$), mais depuis que le pic de la surmortalité est dépassé, la corrélation tend à légèrement diminuer (voir figures ci-dessous). La surveillance 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).



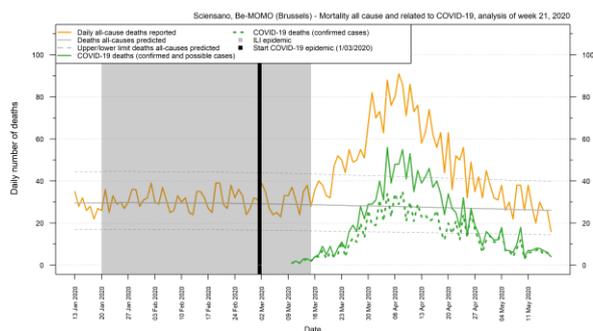
Note : Les chiffres de mortalité toutes causes confondues à partir du 11 mai sont préliminaires.



Flandre



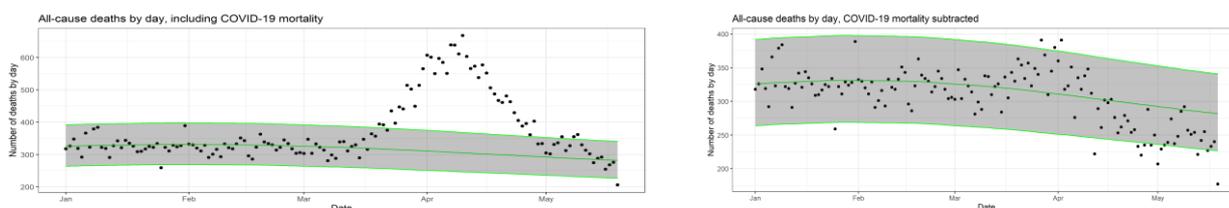
Wallonie



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 (1) **que la surmortalité dans la population est très probablement liée au COVID-19** ; (2) **que 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 quelques jours avec 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.

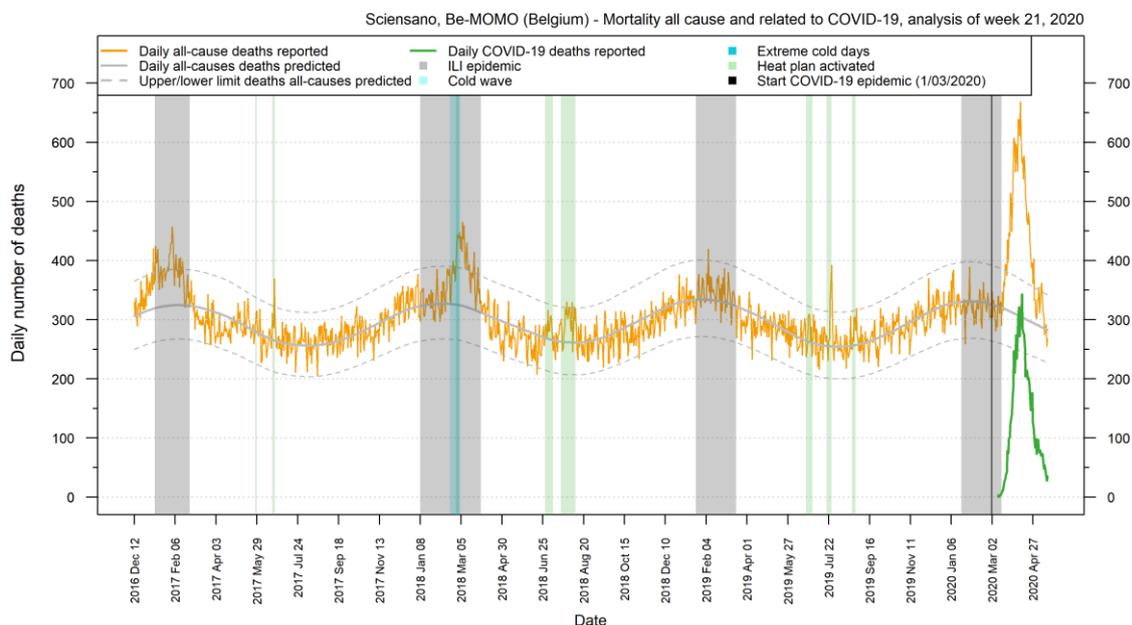
Nombre de décès toutes causes confondues (mortalité COVID-19 incluse et soustraite) jusqu'au 20 mai 2020 (sur base des données collectées jusqu'au 23 mai, sans correction des retards), Belgique



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).

3.7.1.3. 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](#))

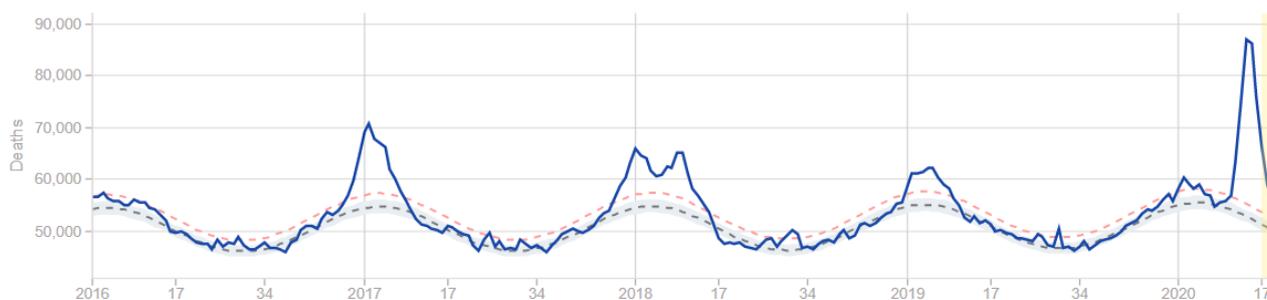
3.7.2. EuroMOMO : surveillance de la mortalité (toutes causes confondues) en Europe

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>.

Pour l'ensemble du réseau EuroMOMO, à partir de la semaine 10 (2020) jusqu'à la semaine 20, EuroMOMO estime à plus de 159 000 le nombre total de décès excédentaires, dont 143 000 dans le groupe d'âge de 65 ans et plus et 13 000 dans le groupe d'âge 15-64 ans. Cette période comprend une partie de l'épidémie de grippe saisonnière ainsi que le début de la pandémie de COVID-19. Les niveaux de mortalité semblent maintenant se rapprocher du niveau normal dans plusieurs des pays touchés.

— Pooled deaths ■ Normal range Baseline - - - - Substantial increase ■ Corrected for delay in registration

All ages

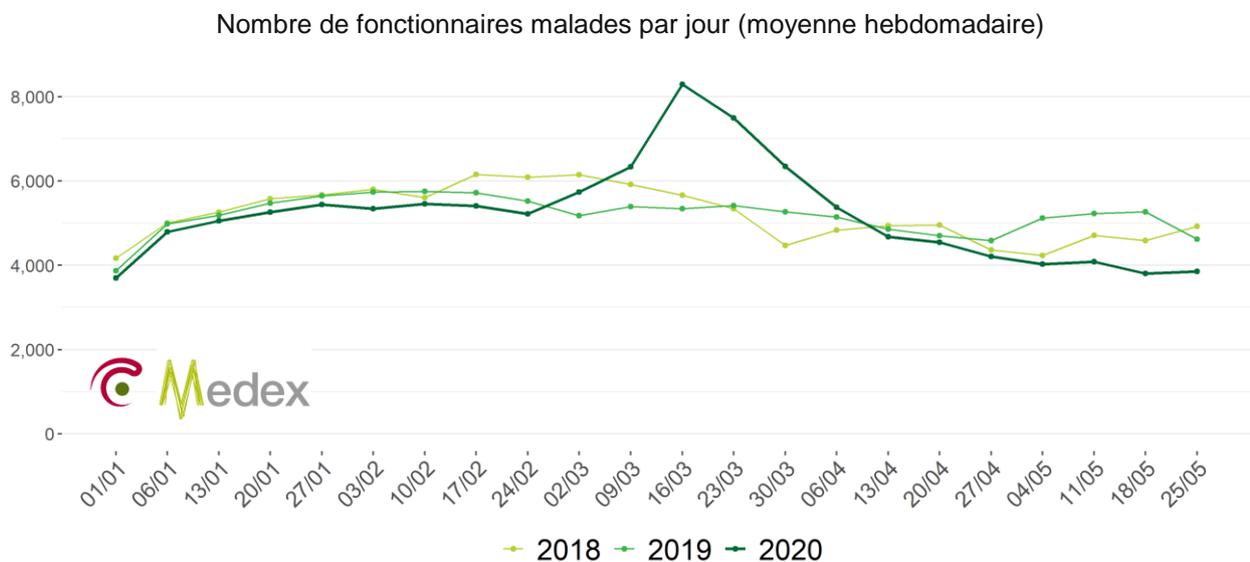


Les informations suivantes d'EuroMOMO ont été publiées dans les précédents bulletins épidémiologiques hebdomadaires :

- Les courbes par groupes d'âge 15-64 ans, 65-74 ans, 75-84 ans, 85+ ans ([bulletin du 8/05/2020](#)).
- L'évolution de la surmortalité en Europe entre les semaines 10 et 17 ([bulletin du 15/05/2020](#)).

3.8. 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, avec une baisse vers des valeurs similaires aux années de référence à partir d'avril.



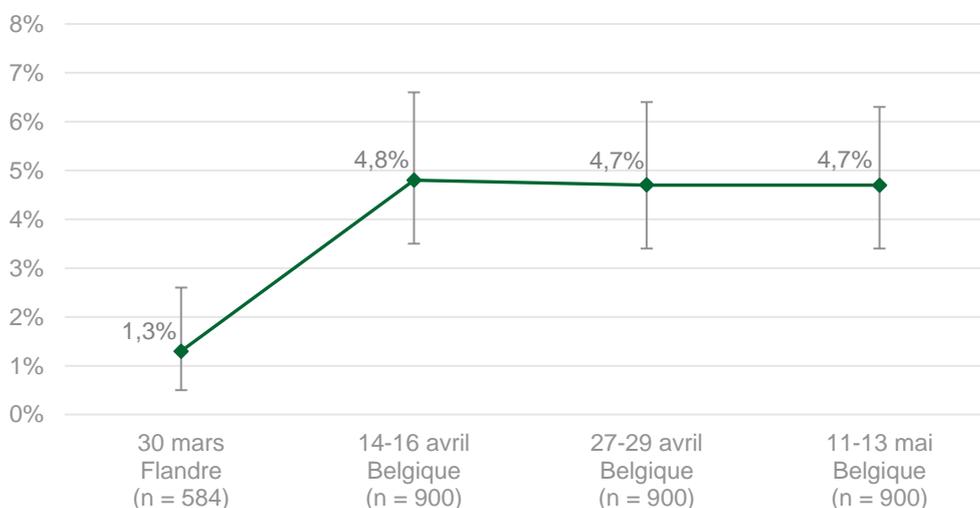
Source : [MEDEX](https://www.meDEX.be/)

3.9. SÉROPRÉVALENCE DU SARS-COV-2 CHEZ LES DONNEURS DE SANG

Depuis le 30 mars, Sciensano collecte, toutes les deux semaines, environ 1 500 échantillons résiduels de donneurs de sang via la **Croix-Rouge** section **Flandres** et depuis le 14 avril, le même nombre via le **Service du Sang de la Croix-Rouge de Belgique** pour la Wallonie et Bruxelles. Une sélection de ces échantillons, couvrant les différentes régions et groupes d'âge, est testée pour la présence d'anticorps contre le SARS-CoV-2. Les donneurs de sang représentent la population belge âgée de 18 à 75 ans et en bonne santé au moment de la collecte. Les personnes ayant une infection COVID-19 confirmée ou possible ou ayant été en contact étroit avec un cas confirmé ne sont pas autorisées à donner du sang pendant 28 jours après la disparition des symptômes ou après le contact. Elles sont donc exclues de l'étude pendant cette période. En cas de plaintes atypiques (par exemple, mal de gorge, sinusite, douleurs musculaires,...), cette période doit être d'au moins 14 jours après la disparition des derniers symptômes. Cette étude n'implique pas un suivi des mêmes donneurs de sang au fil du temps, à chaque point d'analyse ce sont en grande partie de nouveaux donneurs qui sont inclus.

Entre-temps, un total de 3 284 échantillons, collectés à 4 reprises, ont été testés. Les résultats montrent que la séroprévalence, c'est-à-dire la présence d'anticorps dans le sang, a initialement augmenté pendant le premier mois et demi de l'épidémie, mais n'a pas augmenté davantage par la suite et reste pour l'instant encore faible.

Prévalence des anticorps (Ig totaux) chez les donneurs de sang



Intervalle de confiance de 95% calculé avec la méthode binomiale Clopper-Pearson.

Note : En raison de la disponibilité d'un test pour lequel de meilleures propriétés (sensibilité et spécificité) ont été décrites, les échantillons de fin mars et mi-avril ont été testés à nouveau et les résultats diffèrent légèrement des premiers résultats publiés.

Entre mi-avril et mi-mai, la séroprévalence est restée stable autour de 4,7 %. Les prochains résultats des analyses montreront si cette tendance se poursuit. Les anticorps sont mesurables dans le sang environ deux semaines après l'infection. Les résultats de cette étude reflètent donc principalement des infections ayant eu lieu environ deux semaines ou plus avant la prise de sang. La durée et l'efficacité de la protection offerte par les anticorps doivent toutefois encore être étudiées. Les résultats de l'étude ont été standardisés pour la répartition de la population belge par groupe d'âge, sexe et province. Afin de continuer à suivre l'évolution de l'immunité collective possible, Sciensano continue de collecter des échantillons de sang tous les quinze jours auprès de la Croix-Rouge belge-Flandre et du Service du Sang **de la Croix-Rouge de Belgique**.

3.10. SÉROPRÉVALENCE DU SARS-COV-2 CHEZ LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DANS LES HÔPITAUX

Sciensano, en collaboration avec l'Institut de Médecine Tropicale (IMT), mène depuis fin avril une étude sur la prévalence et la séroprévalence du SARS-CoV-2 chez les professionnels de la santé dans les hôpitaux belges.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer et de suivre la présence de l'infection et des anticorps contre le SARS-CoV-2 (prévalence et séroprévalence respectivement) chez les professionnels de la santé du secteur hospitalier belge pendant cinq mois.

À cette fin, des échantillons de sang ainsi que des frottis nasopharyngés sont collectés et analysés toutes les deux semaines pendant un mois puis une fois par mois chez un échantillon représentatif des professionnels de la santé hospitalière. Les frottis sont analysés par PCR (*polymerase chain reaction*), qui permet la détection directe du virus, et les échantillons de sang par sérologie, qui permet la détection des anticorps induits par le virus.

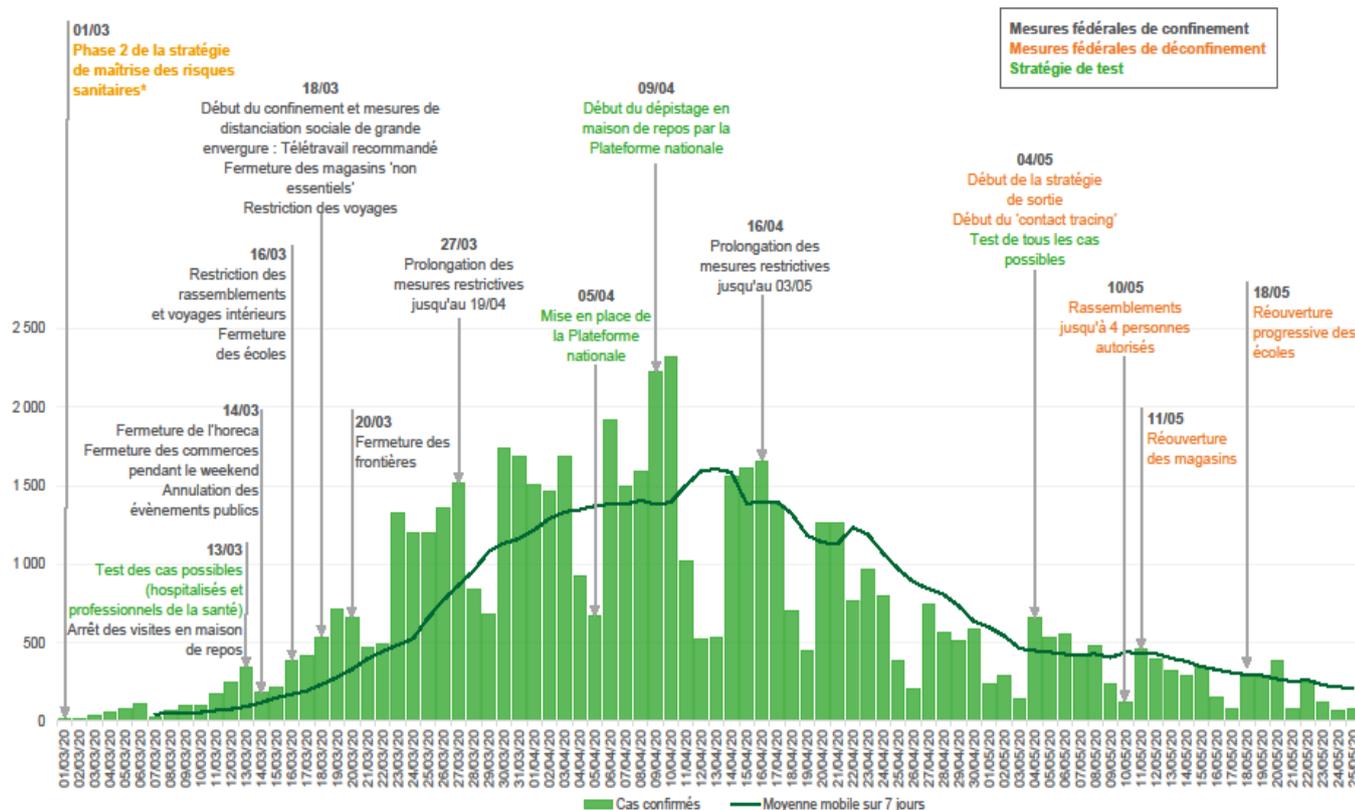
Entre le 6 et le 10 mai, 790 frottis nasopharyngés et 785 échantillons de sang ont été prélevés et analysés. Les participants étaient en majorité des femmes (80 %), étaient âgés de 20 à 67 ans (âge médian de 39 ans) et 80 % d'entre eux exerçaient une profession paramédicale contre 20 % de médecins. Tant le personnel des « unités COVID » que des « unités non-COVID » étaient inclus. Les professionnels de la santé ayant été diagnostiqués positifs pour le COVID-19 auparavant étaient également éligibles.

Seuls trois frottis nasopharyngés se sont avérés positifs à la PCR (0,4 %), témoignant d'une infection active (prévalence). Deux des trois participants infectés ont rapporté des symptômes datant de moins de 15 jours. Soixante-six échantillons de sang (8,4 %) ont révélé la présence d'anticorps contre le SARS-CoV-2 à la sérologie (séro-prévalence). Ces derniers résultats sont le reflet d'infections datant d'au moins deux semaines avant la réalisation des prélèvements. Plus de 90 % des participants ayant une sérologie positive ont mentionné avoir présenté au moins un symptôme compatible avec une infection à COVID-19 depuis le début de l'épidémie.

La séroprévalence chez les professionnels de la santé est plus élevée que celle de la population belge en bonne santé (4,7 %), qui avait été estimée par l'analyse d'échantillons provenant des donneurs de sang de la Croix-Rouge (*cf* chapitre xx). Elle est cependant moindre qu'attendue, étant donné que les professionnels de la santé représentent une population particulièrement exposée à l'infection. Notons que ces résultats sont préliminaires et pourront être réajustés dans un second temps.

La suite de cette étude permettra entre autres de suivre la persistance de ces anticorps, donc la durée de la protection présumée contre le virus. Elle permettra également de détecter d'éventuelles réinfections étant donné que dans l'état actuel des connaissances, nous ne savons pas si la présence de ces anticorps protège réellement d'une réinfection future.

3.11. LIGNE DE TEMPS : CAS CONFIRMÉS DE COVID-19 ET RÉPONSE À L'ÉPIDÉMIE EN BELGIQUE



* La description de la phase 2 se trouve dans le texte

Cette ligne de temps présente le nombre de cas COVID-19 confirmés en Belgique ainsi que les dates auxquelles les principales mesures ont été mises en œuvre au niveau national. À noter que cette ligne de temps a uniquement une visée descriptive et n'a pas pour objet d'estimer l'impact des différentes interventions.

La figure montre les mesures prises par le gouvernement fédéral dans le cadre de la phase 2 de gestion de crise. Au cours de cette phase, le Conseil national de sécurité (CNS) décide des mesures à prendre pour gérer la crise sanitaire. Le CNS est composé, entre autres, du Premier ministre, des ministres compétents et des ministres-présidents.

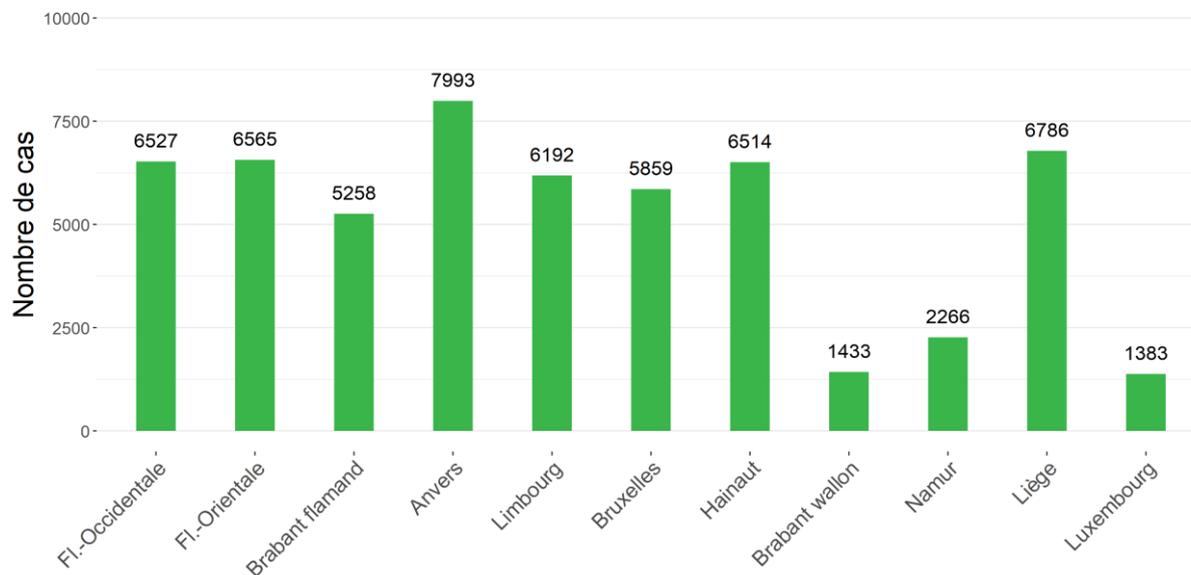
La figure montre également les stratégies de testing mises en œuvre à différents moments de la phase 2 de gestion de crise. Le choix d'une stratégie de test spécifique est déterminé par :

- l'organisation des soins de santé en Belgique ;
- la volonté d'éviter que les services d'urgence ne soient submergés par tous les cas possibles de COVID-19 et de permettre aux hôpitaux de se concentrer sur les cas sévères ;
- le temps nécessaire pour fournir une capacité de laboratoire suffisante.

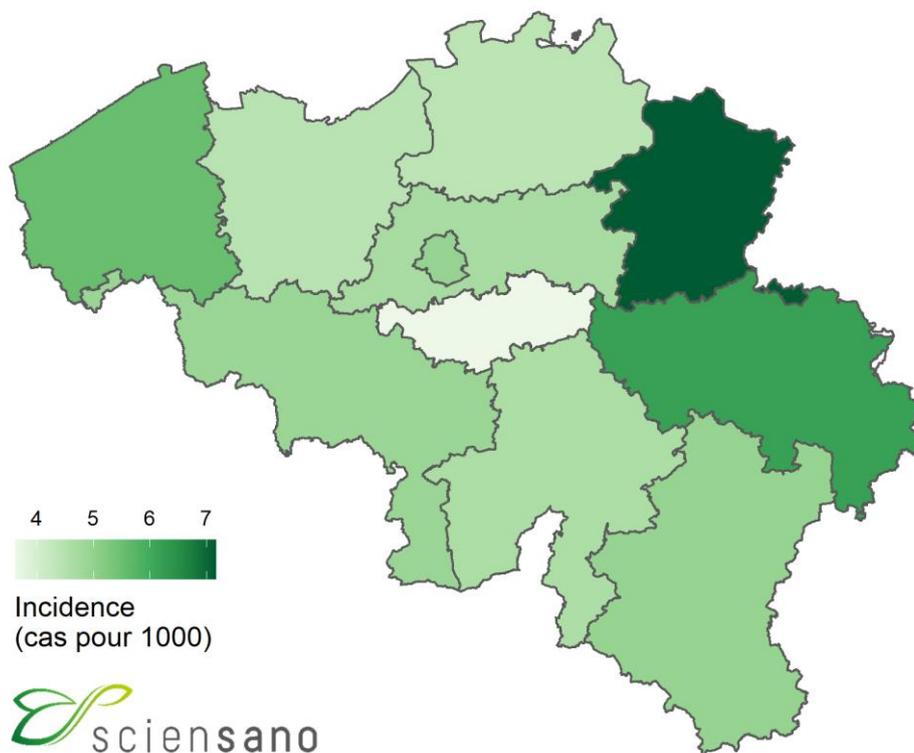
Les stratégies de testing sont élaborées sur la base d'avis d'experts et en étroite collaboration avec les autorités compétentes en matière de prévention, de soins de santé, de contrôle des maladies infectieuses et de gestion du risque (RAG/RMG). Ces stratégies sont adaptées au fil du temps en fonction de l'évolution de l'épidémie et des ressources disponibles à ce moment-là.

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

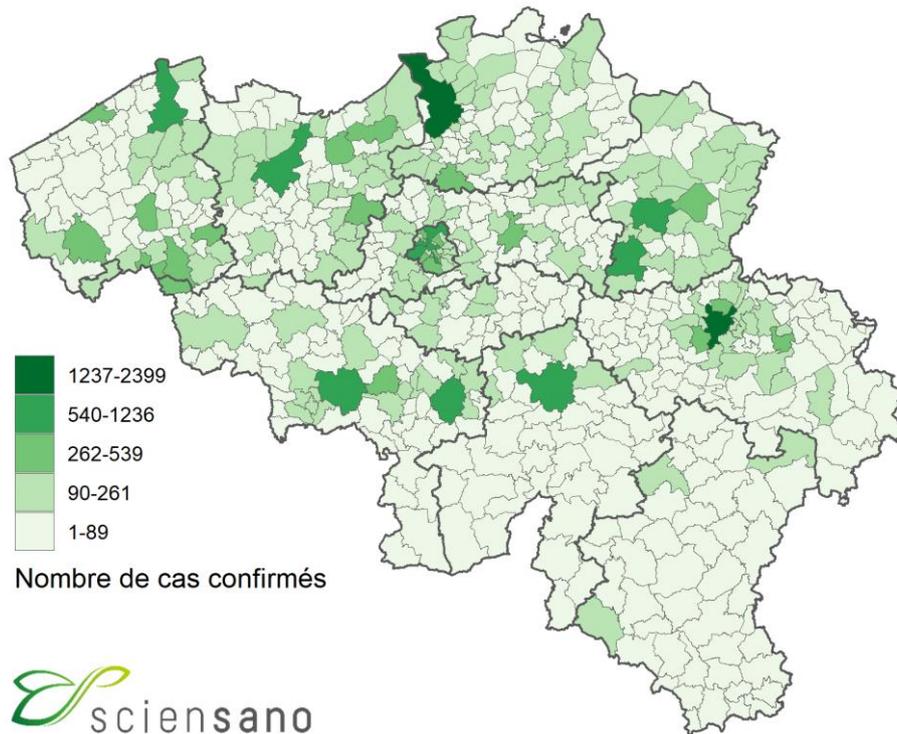
Distribution des cas confirmés par province



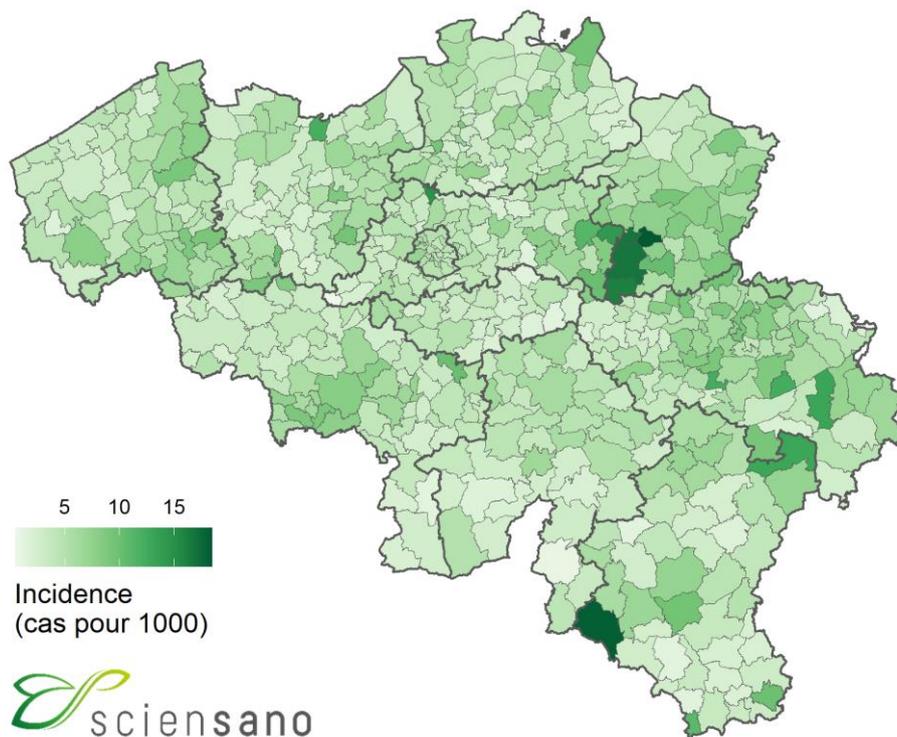
Nombre total de cas confirmés pour 1000 habitants par province



Nombre total de cas confirmés par commune

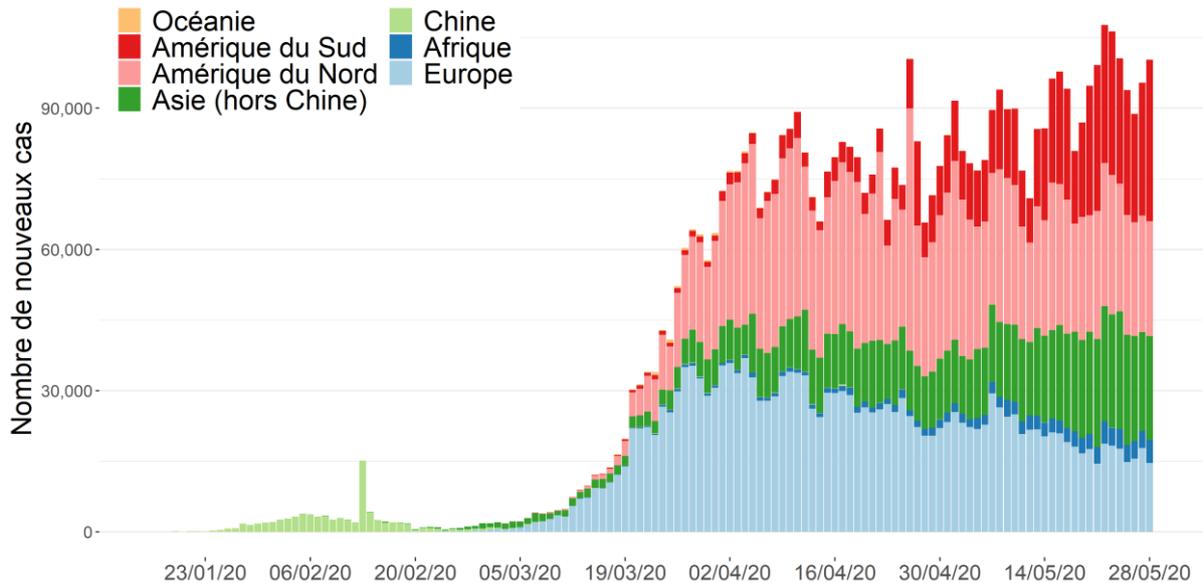


Nombre total de cas confirmés pour 1000 habitants par commune

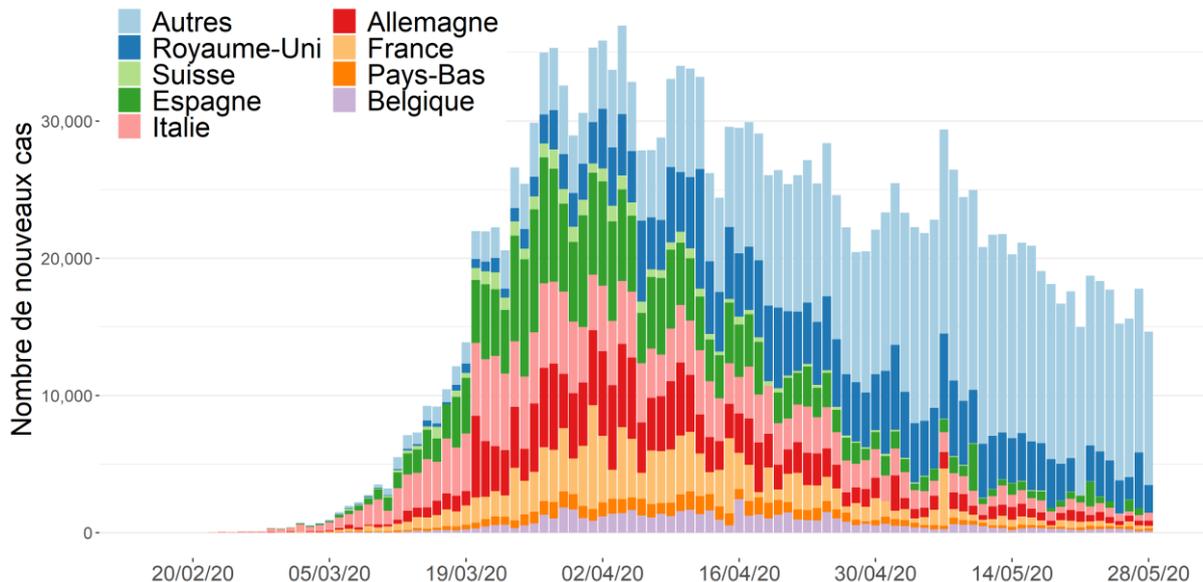


4. Situation internationale

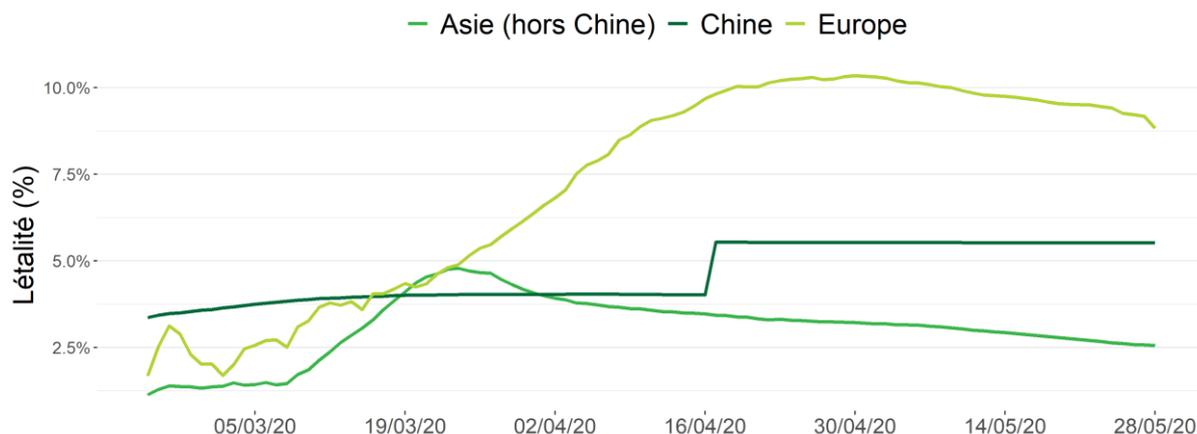
4.1. NOMBRE DE NOUVEAUX CAS DE COVID-19, PAR CONTINENT



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



4.3. 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 8,8%. 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.

4.4. NOMBRE DE CAS PAR PAYS AU 28 MAI 2020

Pays	Date du 1er cas	Nombre total de cas	Nombre total de décès
Russie	2020-02-01	370 680	3 968
Royaume-Uni	2020-01-31	267 240	37 460
Espagne	2020-02-01	236 769	27 118
Italie	2020-01-31	231 139	33 072
Allemagne	2020-01-28	179 717	8 411
France	2020-01-25	145 746	28 596
Belgique	2020-02-04	58 061	9 430
Pays-Bas	2020-02-28	45 768	5 871
Biélorussie	2020-02-28	38 956	214
Suède	2020-02-01	35 088	4 220
Continent	Date du 1er cas	Nombre total de cas	Nombre total de décès
Amérique du Nord	2020-01-21	1 907 857	117 058
Europe	2020-01-25	1 856 160	169 950
Asie (hors Chine)	2020-01-13	950 767	24 309
Amérique du Sud	2020-02-26	716 993	35 336
Afrique	2020-02-15	121 123	3 623
Océanie	2020-01-25	8 482	130

5. Prévention et information



COMMENT PORTER UN MASQUE EN TISSU ?

1 Mettre son masque :



Lavez-vous d'abord bien les mains.



Mettez le masque. Ne touchez que les rubans ou élastiques.



Mettez le masque d'abord sur votre nez et attachez les rubans du dessus.



Mettez le masque sur votre menton. Attachez les rubans du dessous.

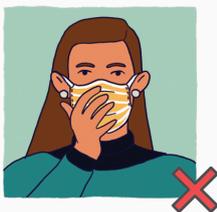
2 Votre nez, votre bouche et votre menton doivent être sous le masque. Il ne peut pas y avoir d'ouverture sur le côté.



3 Porter son masque :



Lorsque le masque est mis, ne le touchez plus.



Votre masque n'est pas bien mis ? Ne touchez que les côtés pour le remettre.



Ne mettez pas et n'enlevez pas votre masque trop souvent

**PARTAGEZ LES BONS RÉFLEXES,
PAS LE VIRUS.**

WWW.INFO-CORONAVIRUS.BE

.be
Une initiative des autorités belges