

# COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE DU 26 JUIN 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. Indicateurs clés - Tendances</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Évolution et situation récente</b> .....	<b>3</b>
<b>3. Description de l'épidémie</b> .....	<b>5</b>
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. POURCENTAGE DE TESTS POSITIFS.....	6
3.4. Hospitalisations pour COVID-19 en Belgique .....	7
3.5. Surveillance des patients hospitalisés pour une infection COVID-19 confirmée.....	9
3.6. Surveillance en maisons de repos et maisons de repos et de soins .....	13
3.7. Surveillance des syndromes grippaux par le réseau des médecins vigies .....	18
3.8. Evolution de la mortalité .....	20
3.9. Surveillance de la mortalité (toutes causes confondues) .....	23
3.10. Absences au travail pour cause de maladie.....	28
3.11. Séroprévalence du SARS-CoV-2 Chez les donneurs de sang.....	30
3.12. seroPRÉVALENCE du SARS-CoV-2 CHEZ LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DANS LES HÔPITAUX .....	32
3.13. Ligne de temps : CAS CONFIRMÉS DE COVID-19 ET RÉPONSE À L'ÉPIDÉMIE EN Belgique .....	35
3.14. Représentation géographique des cas confirmés par province et commune depuis le début de l'épidémie .....	37
<b>4. Situation internationale</b> .....	<b>39</b>
4.1. Nombre de nouveaux cas de COVID-19, par continent .....	39
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 .....	39
4.3. Evolution de la létalité chez les cas de COVID-19 confirmés en laboratoire, par région .....	40
4.4. Nombre de cas par pays au 25 juin 2020.....	40
<b>5. Prévention et information</b> .....	<b>41</b>

La diminution de la circulation du virus ces dernières semaines nous amène à faire évoluer notre rapportage et à modifier les indicateurs clés présentés dans ce Bulletin épidémiologique hebdomadaire :

Ces indicateurs clés se focalisent sur les dates de diagnostic, de décès ou d'admission à l'hôpital, comme c'était déjà le cas pour les graphiques présentés dans le rapport ; le calcul de ces indicateurs utilise des données de périodes de 7 jours, ainsi que leur comparaison, permettant ainsi de mieux objectiver l'évolution dans le temps.

Les données des périodes de 7 jours sont exprimées en moyennes journalières ; l'évolution indique en % le changement observé entre les deux périodes successives de 7 jours.

## 1. Indicateurs clés - Tendances

Nombre de patients	Au total	Moyenne journalière durant l'avant-dernière période de 7 jours	Moyenne journalière durant la dernière période de 7 jours	Évolution
Cas confirmés de COVID-19	61 106	94	89*	-6%
Décédés***	9 731	8	7*	-18%
<i>En hôpital</i>	4 748	5	5	-5%
<i>En maison de repos</i>	4 861	3	2	-32%
Admis à l'hôpital	17 707****	18	15**	-15%

\*Du 16 juin au 22 juin (données des 3 derniers jours non consolidées).

\*\*Du 19 juin au 25 juin.

\*\*\*Décès toutes localisations incluses.

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

Occupation des lits d'hôpital	Jeudi 18 juin	Jeudi 25 juin	Évolution
Nombre de lits d'hôpital occupés	340	255	-25%
Nombre de lits USI occupés	52	38	-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.

### Taux de reproduction

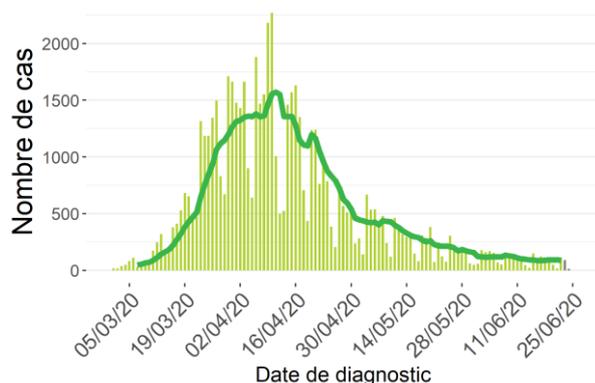
Rt\* (19/06 au 25/06) 0.87

\* Le Rt est une estimation de la contagiosité qui est fonction du comportement humain à un moment et des caractéristiques biologiques des agents pathogènes. Une épidémie devrait se poursuivre si Rt a une valeur >1 et diminuer si Rt est <1. Les valeurs de Rt sont estimées à partir d'un modèle mathématique (dans ce cas le modèle est basé sur le nombre d'hospitalisations), et les valeurs estimées dépendent de nombreuses décisions prises dans le cadre du processus de modélisation ; elles doivent être interprétées avec prudence.

## 2. Évolution et situation récente

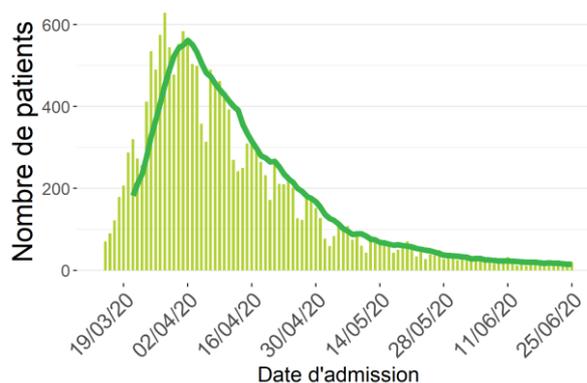
Quatre indicateurs sont utilisés pour suivre l'évolution de l'épidémie : cas confirmés, nouvelles hospitalisations de cas COVID-19 confirmés en laboratoire, occupation des unités de soins intensifs (USI) et décès. **Ces indicateurs sont présentés ci-dessous avec la moyenne mobile sur 7 jours (ligne verte). Cette moyenne mobile est utilisée pour illustrer une tendance.** Cela a entre autre pour conséquence de lisser la courbe et atténuer les variations journalières.

Evolution des nouveaux cas confirmés



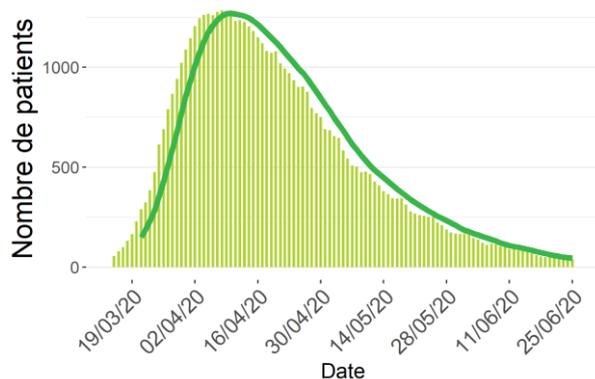
Source : Réseau des laboratoires cliniques et plateforme nationale

Evolution des nouvelles admissions de cas COVID-19 confirmés en laboratoire à l'hôpital



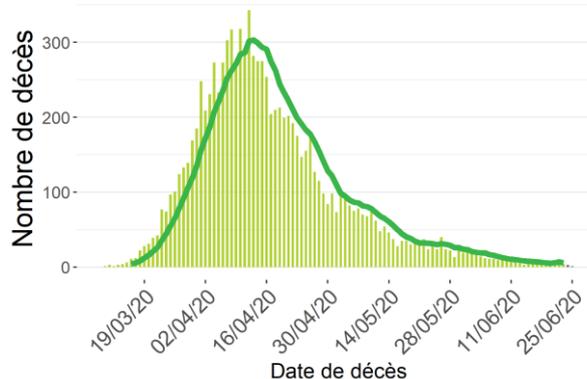
Source : Surveillance des hôpitaux (Sciensano)

Evolution du nombre de patients en USI



Source : Surveillance des hôpitaux (Sciensano)

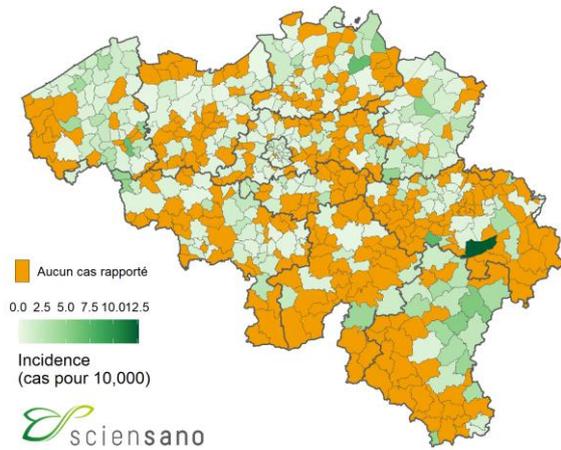
Evolution du nombre de décès



Source : Surveillance mortalité COVID-19 (Sciensano)

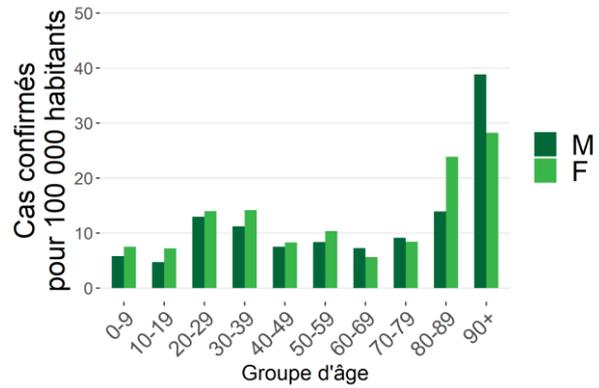
Outre les indicateurs ci-dessus, une description de la période récente est également importante. Les chiffres ci-dessous montrent la répartition géographique et la distribution par âge et par sexe pour les **14 derniers jours**.

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



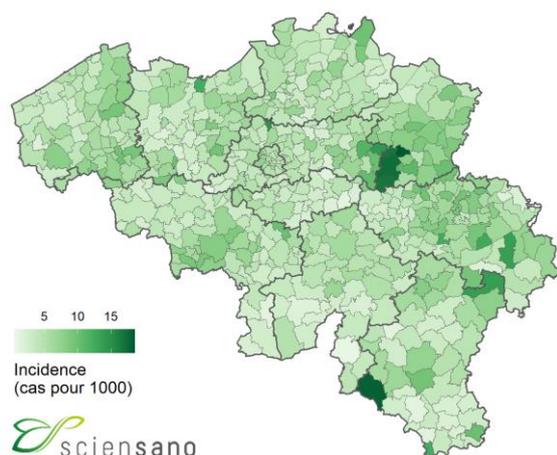
Note : L'information sur l'âge et/ou le sexe n'était pas disponible pour -85 cas

## 3. Description de l'épidémie

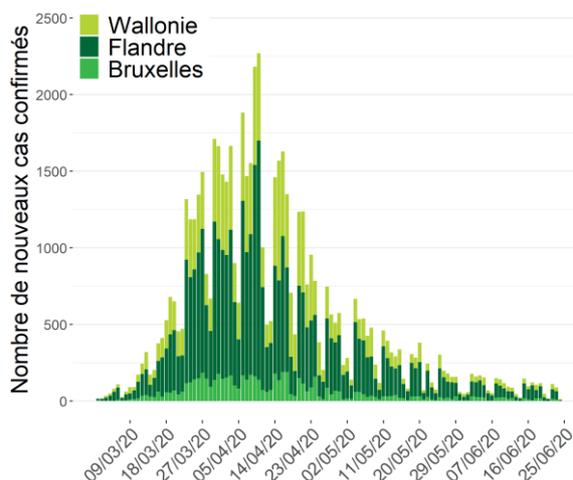
### 3.1. DISTRIBUTION ET ÉVOLUTION DES CAS DE COVID-19

A ce jour, un total de 61 106 cas confirmés ont été rapportés ; 34 372 cas (56%) en Flandre, 19 351 (32%) cas en Wallonie, et 6 324 (10%) cas à Bruxelles. Les données sur le lieu de résidence n'étaient pas disponibles pour 1 059 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 25 juin 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.

620 nouveaux cas confirmés ont été rapportés au cours de la période du 16 juin au 22 juin. Parmi ces 620 nouveaux cas, 387 (62%) étaient rapportés en Flandre, 158 (25%) en Wallonie, et 74 (12%) à Bruxelles. Données non disponibles ou résidence à l'étranger pour 1 cas (0%).

Distribution par âge et sexe des cas confirmés\*



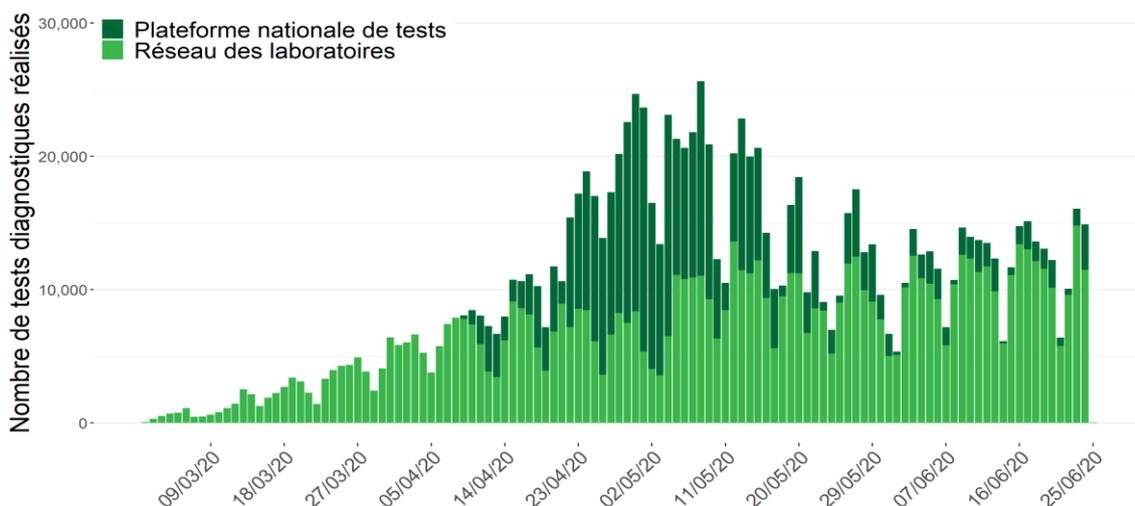
\*Cette figure représente la répartition par âge de tous les cas confirmés. Elle ne reflète pas la gravité de la maladie pour un groupe d'âge particulier. L'information sur l'âge et/ou le sexe n'était pas disponible pour 318 cas.

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

Entre début mars et le 25 juin, 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 797 487.

Depuis le 10/04, 381 234 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

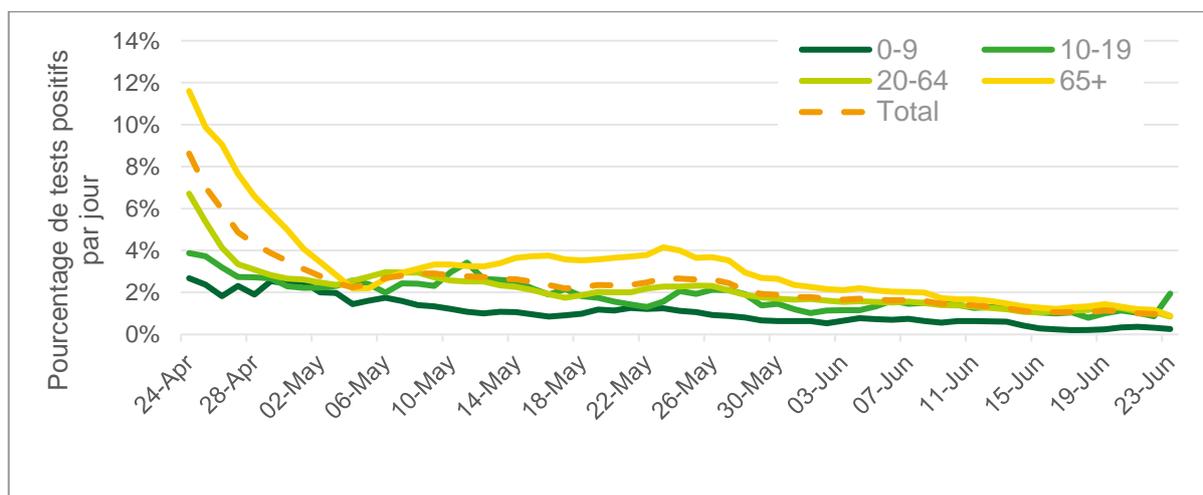


Note: Les données des 48 dernières heures doivent encore être consolidées. Quant aux données des autres jours, elles peuvent encore être complétées par des données de laboratoires qui déclareraient rétroactivement. Les tests antigène et PCR sont tous deux représentés : si un échantillon a été soumis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

### 3.3. POURCENTAGE DE TESTS POSITIFS

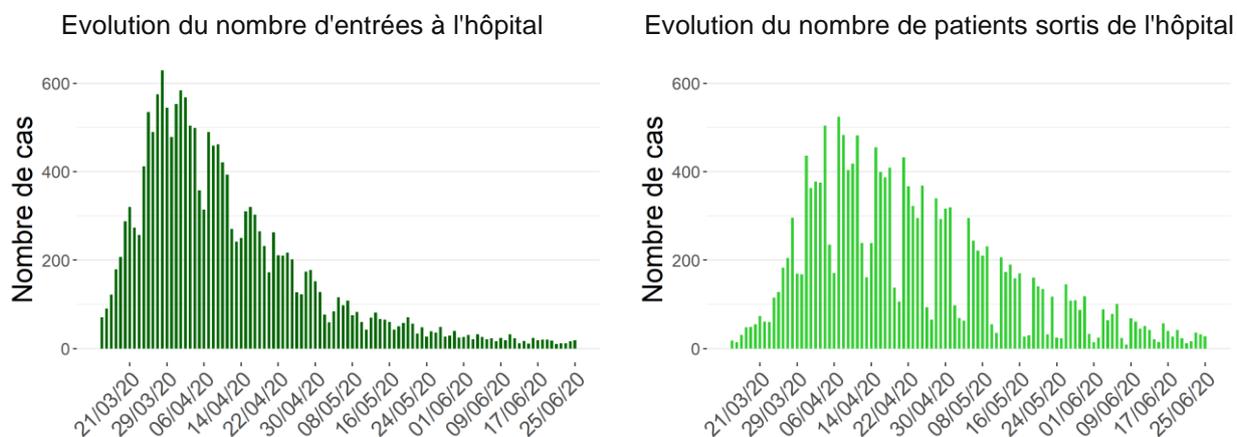
Le pourcentage de tests positifs dans les différents groupe d'âge est resté globalement stable ces dernières semaines. Le pourcentage de tests positifs est cependant plus élevé chez les plus âgés.

Pourcentage de tests positifs dans l'ensemble des laboratoires cliniques et de la plateforme nationale de tests, par groupe d'âge (la moyenne au cours des 5 jours précédents est affichée)



### 3.4. 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. Elles concernent uniquement les cas confirmés en laboratoire.



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

Entre le 15 mars et le 25 juin, 17 707 patients avec COVID-19 sont entrés à l'hôpital et 16 918 personnes ont quitté l'hôpital.

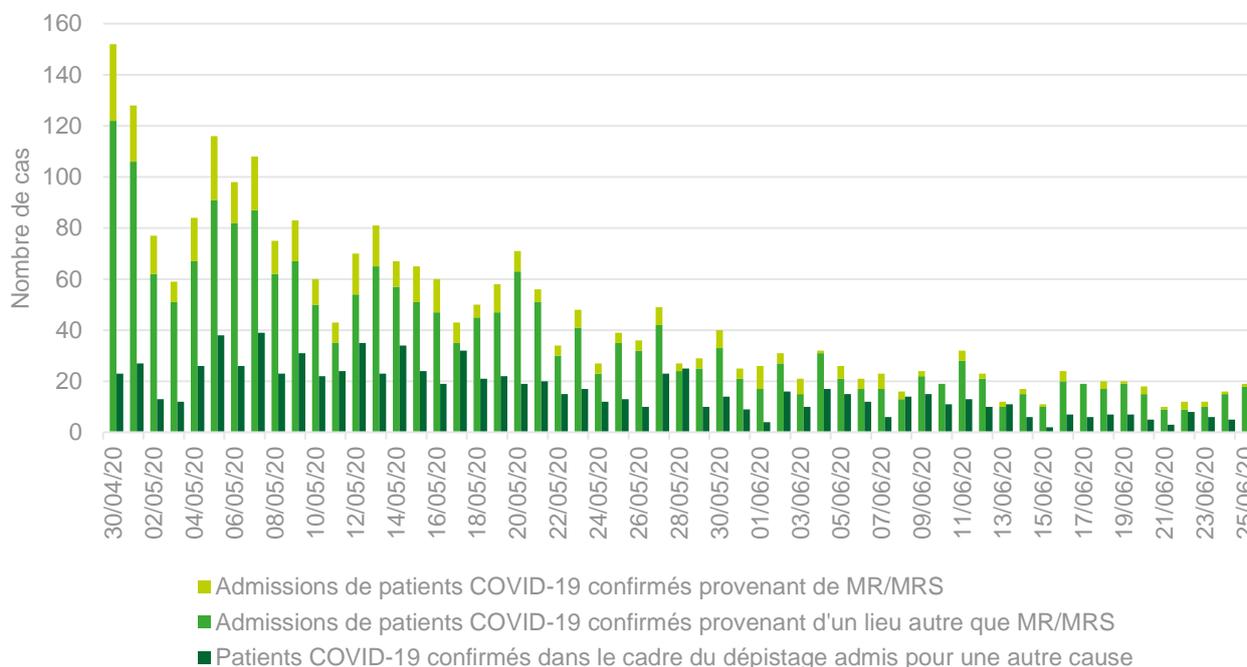
Au cours de la période du 19 juin au 25 juin, 107 patients avec COVID-19 confirmés en laboratoire ont été hospitalisés et 189 personnes ont quitté l'hôpital. 12 nouvelles admissions à l'hôpital au cours de cette période provenaient d'une maison de repos/et de soins ou d'un autre établissement de soins de longue durée (au total, 99 nouvelles admissions ont été rapportées par les hôpitaux qui ont fait cette distinction lors du rapportage).

Etant donné l'élargissement des indications de demande d'un test depuis le 22 avril (tous les patients admis à l'hôpital peuvent être testés, quelle que soit la raison de leur admission) et compte tenu de la reprise progressive des activités habituelles à l'hôpital, il est maintenant possible de 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.

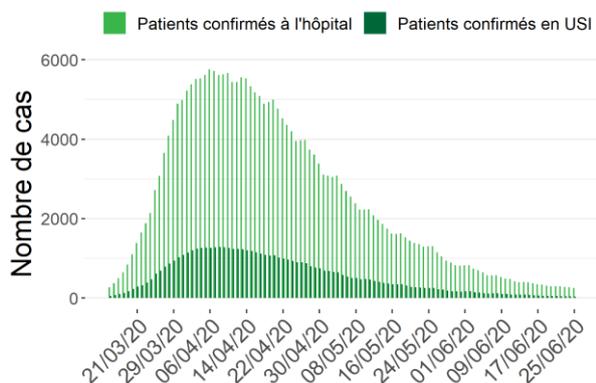
Depuis le 30 avril, les admissions hospitalières de patients avec une infection COVID-19 confirmée sont donc classées en fonction de la cause d'admission ainsi que de la provenance des patients. Cela nous permet d'avoir une vue sur le nombre de patients admis en raison d'une autre pathologie mais testés 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

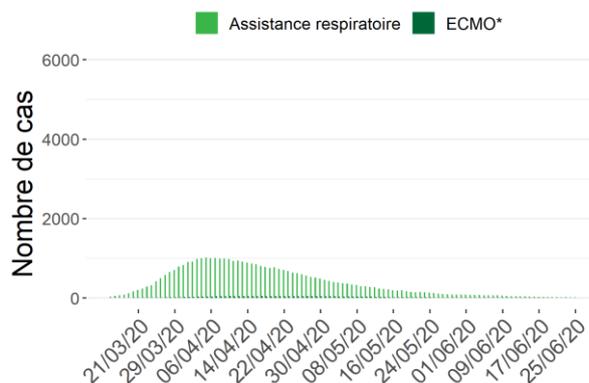


Evolution du nombre d'hospitalisés



\*Nombre d'hôpitaux participants : 104 (25 juin 2020)

Sévérité des cas hospitalisés



\*ECMO: Oxygénation par membrane extra-corporelle

Le 25 juin, 255 lits d'hôpital dont 38 lits en unité de soins intensifs étaient occupés par des patients confirmés COVID-19 confirmés en laboratoire; 20 patients nécessitaient une assistance respiratoire et 3 une ECMO. Au cours des 7 derniers jours, le nombre total de lits d'hôpital occupés a diminué de 85, dont 14 lits occupés en soins intensifs de moins.

Sur les 104 hôpitaux (regroupés par numéro d'agrément) qui déclarent quotidiennement, 16 hôpitaux n'avaient aucun cas COVID-19 confirmé ou possible le 25 juin.

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

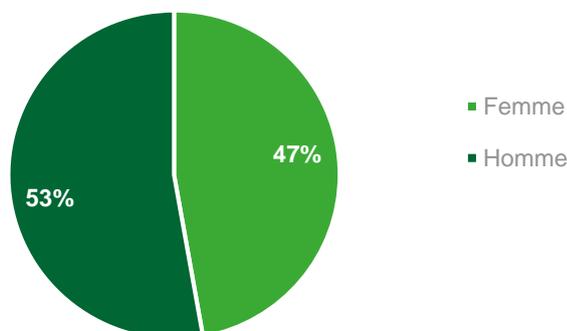
Dans cette section, nous décrivons les caractéristiques des patients hospitalisés pour une infection COVID-19 confirmée. Des informations cliniques détaillées ont été rapportées par les hôpitaux belges pour 15 301 patients hospitalisés entre le 29 février et le 21 juin 2020. Les résultats présentés incluent les patients confirmés par examen de laboratoire (91 %) ou par scanner thoracique sans confirmation de laboratoire (9 %).

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

##### 3.5.1.1. 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.

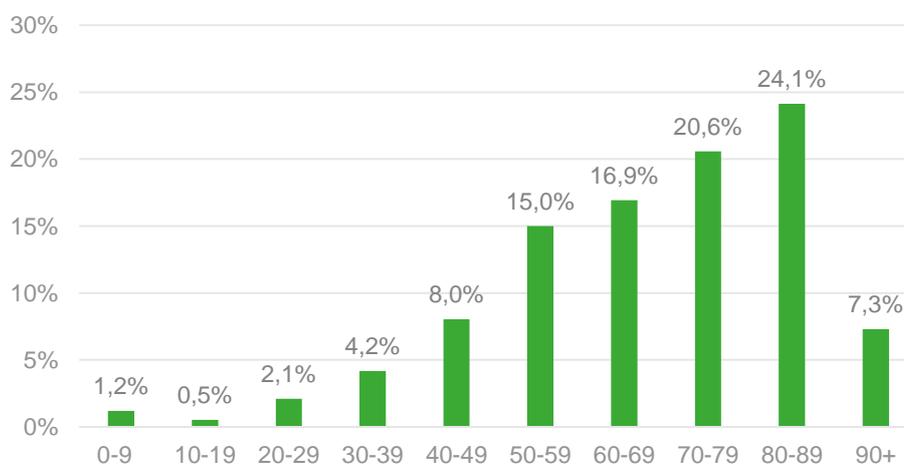
Distribution par sexe de l'ensemble des patients hospitalisés



##### 3.5.1.2. Âge

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

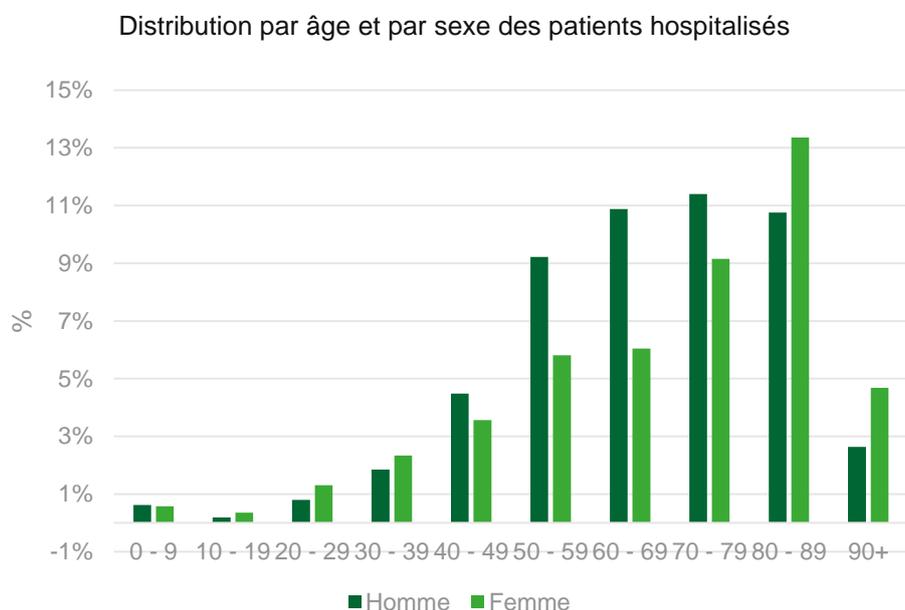
Distribution par âge des patients hospitalisés



Les patients hospitalisés sont un peu plus âgés actuellement qu'en début d'épidémie.

### 3.5.1.3. 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.



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

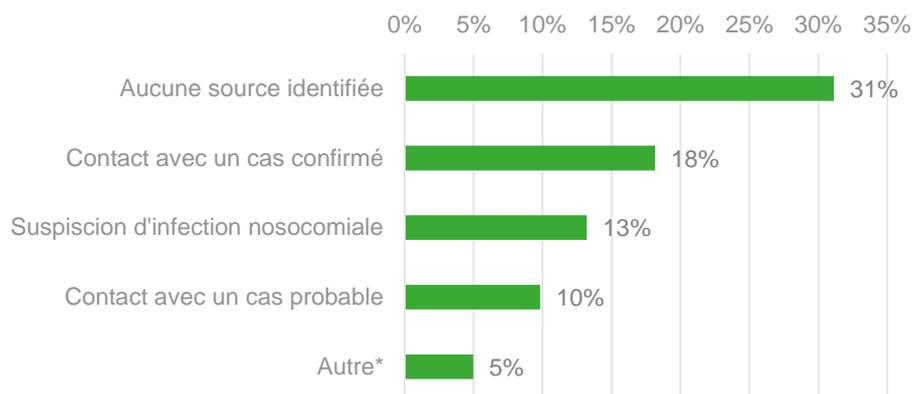
Seize pourcents de l'ensemble des patients admis étaient résidents en maison de repos<sup>1</sup>. Parmi les patients âgés de plus de 65 ans, 25 % étaient résidents en maison de repos.

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

Les autres 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, cette proportion a diminué ces dernières semaines.

<sup>1</sup> Suite à une modification dans la collecte de données, les proportions de patients résidant en maison de repos et de professionnels de la santé sont dorénavant rapportées sur l'ensemble des patients incluant ceux pour lesquels la source d'exposition est rapportée comme inconnue.

### Distribution par source d'exposition des patients hospitalisés



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

### 3.5.3. Symptômes à l'admission

Les symptômes les plus présents à l'admission étaient la fièvre (60 %), la toux (51 %), 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 l'évolution dans les pratiques de dépistage en hôpital. Ces patients ne présentant pas de symptômes suggestifs du COVID-19 représentent environ un cinquième des patients admis durant les toutes dernières semaines.

### 3.5.4. 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=222)	16-44 (N=1520)	45-64 (N=4280)	≥65 (N=9257)	Total (N=15301)
Maladies cardio-vasculaires	0,9%	3,6%	16,2%	48,0%	34,0%
Hypertension artérielle	0,9%	7,3%	28,0%	51,1%	39,6%
Diabète	1,4%	7,2%	16,5%	26,6%	21,4%
Maladie pulmonaire chronique	0,9%	5,9%	12,6%	17,4%	14,7%
Maladie rénale chronique	0,9%	2,4%	5,0%	18,4%	12,8%
Trouble cognitif	1,4%	1,9%	3,5%	17,8%	12,1%
Maladie neurologique chronique	1,9%	3,1%	5,7%	11,1%	8,6%
Cancer solide	0,9%	1,3%	5,6%	11,5%	8,7%
Obésité	2,6%	9,1%	13,9%	8,3%	9,8%
Immunodépression, y compris le VIH	1,8%	3,2%	3,3%	2,0%	2,5%
Maladie chronique du foie	1,4%	1,3%	3,3%	2,6%	2,7%
Cancer hématologique	1,4%	0,5%	1,5%	2,3%	1,9%
Aucune des comorbidités ci-dessus rapportée	89,6%	72,8%	42,4%	11,1%	27,1%

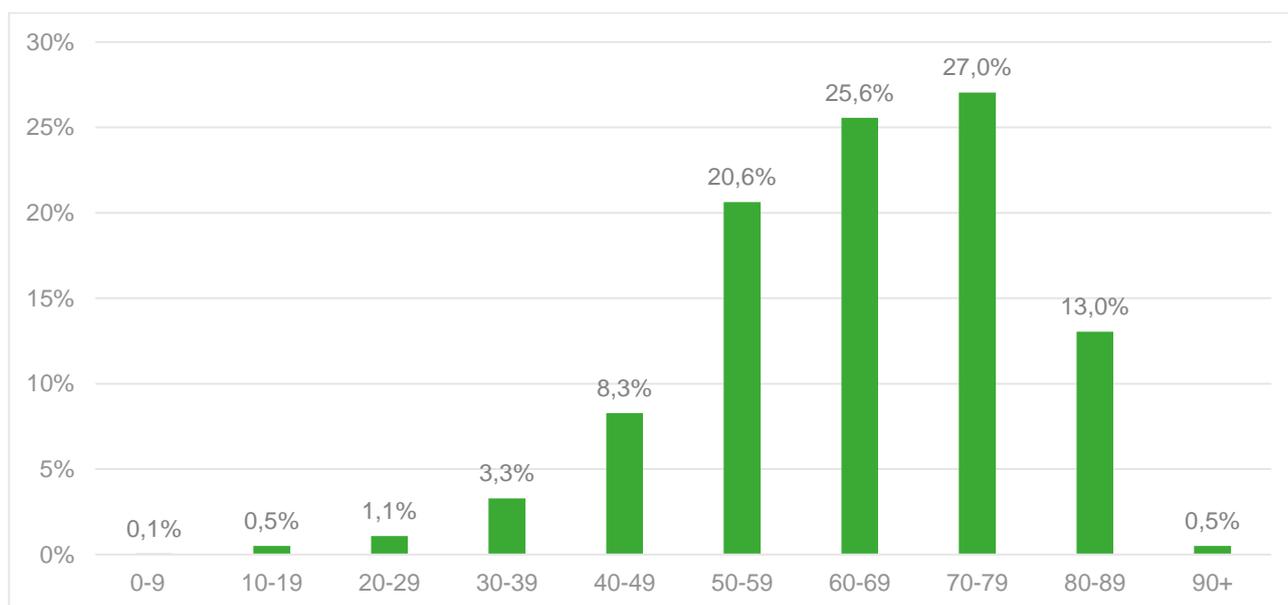
Données relatives à l'âge manquantes pour 22 patients.

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

Pour 14 082 patients sortis de l'hôpital jusqu'au 21 juin, 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 66 ans (fourchette d'âge entre 0 et 97 ans), ces patients sont donc en moyenne plus jeunes par rapport à l'ensemble des patients hospitalisés.

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



### 3.5.6. 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 l'ensemble des données actuellement disponibles. L'obésité est par contre associée à un risque plus élevé de décès quand elle est présente spécifiquement chez les patients de moins de 65 ans.

### 3.6. SURVEILLANCE EN MAISONS DE REPOS ET MAISONS DE REPOS ET DE SOINS

Il y a actuellement 815 maisons de repos (MR) ou maisons de repos et de soins (MRS) dans la région flamande, 581 dans la région wallonne (y compris les 8 MR/MRS germanophones) et 146 dans la région de Bruxelles-capitale<sup>2</sup>. La collecte de données COVID-19 dans les MR/MRS, à l'aide de différents outils électroniques a débuté le 18/03 dans les MR/MRS flamandes, le 20/03 dans les MR/MRS wallonnes et le 26/03 dans les MR/MRS bruxelloises et germanophones. La surveillance de la mortalité dans les MR et MRS a été initiée le 17/03.

Les stratégies mises en place pour la surveillance des patients infectés par le COVID-19 en MR/MRS se distinguent selon les régions. Après avoir collecté ces données par l'intermédiaire de leurs outils respectifs, les régions flamande et wallonne envoient leurs données à Sciensano. De leur côté, les MR/MRS bruxelloises et germanophones utilisent quotidiennement l'outil électronique développé par Sciensano.

À l'heure actuelle, certaines données sont encore manquantes, ce qui signifie que les résultats présentés ci-dessous doivent être considérés comme provisoires et pourront faire l'objet d'une correction rétroactive. Les données sont présentées par région. Comme la Communauté germanophone a sa propre approche et sa propre stratégie, les données des 8 MR/MRS germanophones sont présentées séparément. Les chiffres pour les MR/MRS flamandes peuvent également être consultés sur le site Internet suivant : <https://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers-covid-19>.

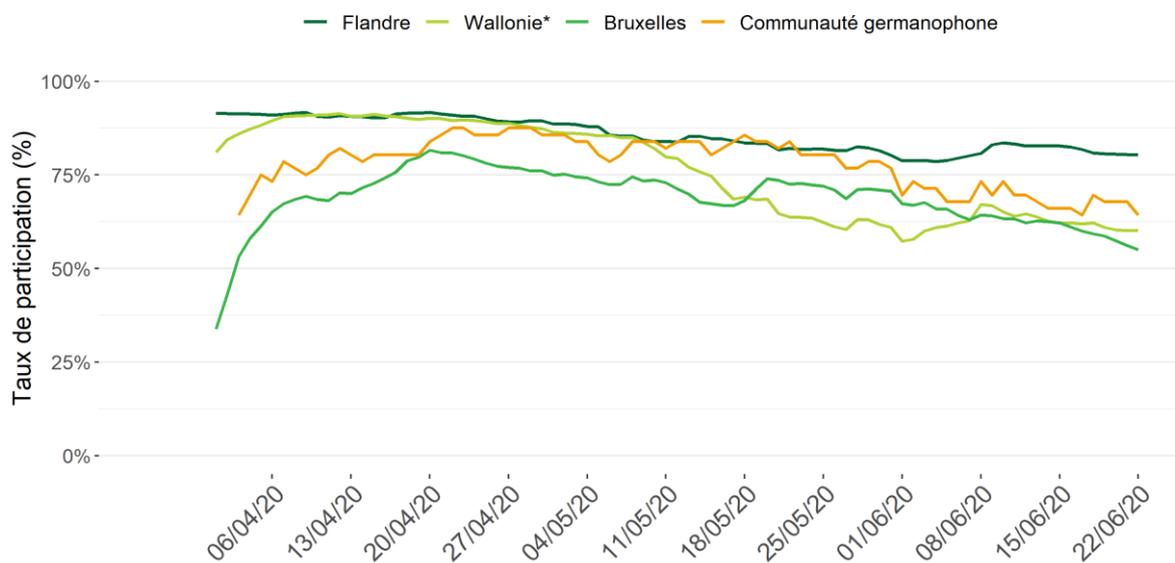
Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence étant donné les fluctuations dans les taux de participation ainsi que les différences dans le nombre total des MR/MRS en fonction des régions. À Bruxelles, le nombre de MR/MRS participantes est plus faible, ce qui peut avoir un effet de distorsion sur ces chiffres. Cet effet est également visible pour les MR/MRS de la Communauté germanophone.

---

<sup>2</sup> Ces chiffres ont été ajustés en fonction des informations les plus récentes. Un certain nombre de fusions ont été prises en compte. Il s'agit du nombre de MR et MRS à l'exclusion des résidence-services qui ne sont pas affiliées à une MR ou à une MRS.

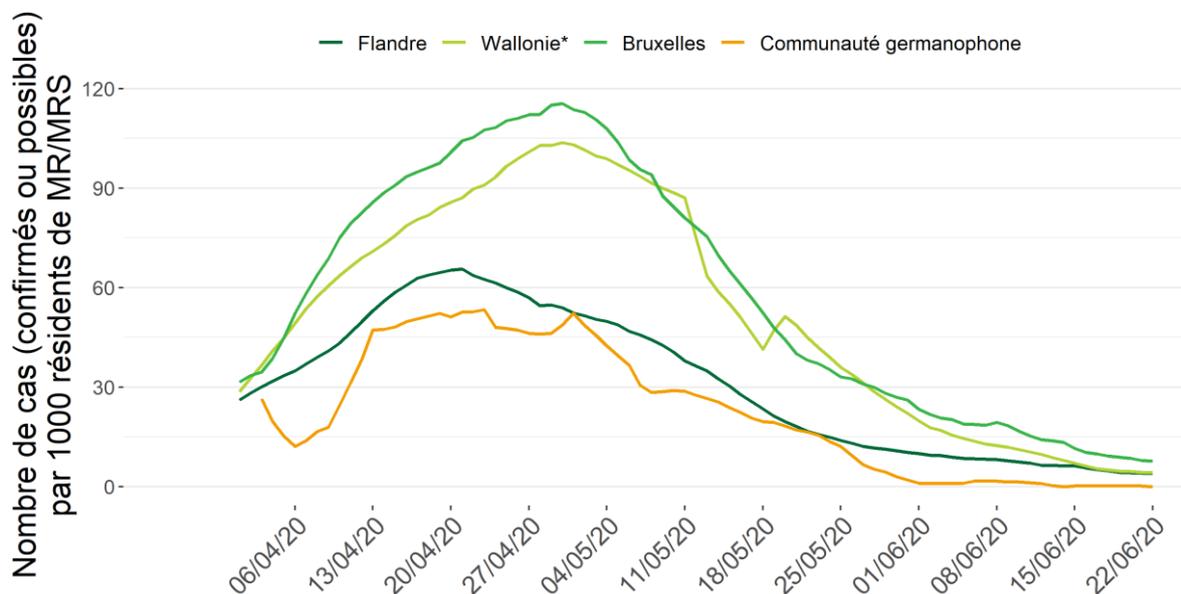
On observe dans le graphique ci-dessous que le taux de participation tend à baisser dans toutes régions.

Taux de participation (%) des MR/MRS belges à la surveillance COVID-19  
(moyenne sur 7 jours par région/communauté, avril-juin 2020)



\* À l'exclusion des MR(S) de la communauté germanophone

Prévalence des infections COVID-19 possibles et confirmées en MR/MRS belges,  
par 1000 résidents par jour (moyenne sur 7 jours par région/communauté, avril-juin 2020)



\* À l'exclusion des MR(S) germanophones

Note : Ce graphique présente les cas COVID-19 confirmés et les cas COVID-19 possibles (cf. [définition de cas](#)). Il n'est pas exclu que des infections respiratoires autres soient parfois rapportées comme des infections COVID-19 possibles.

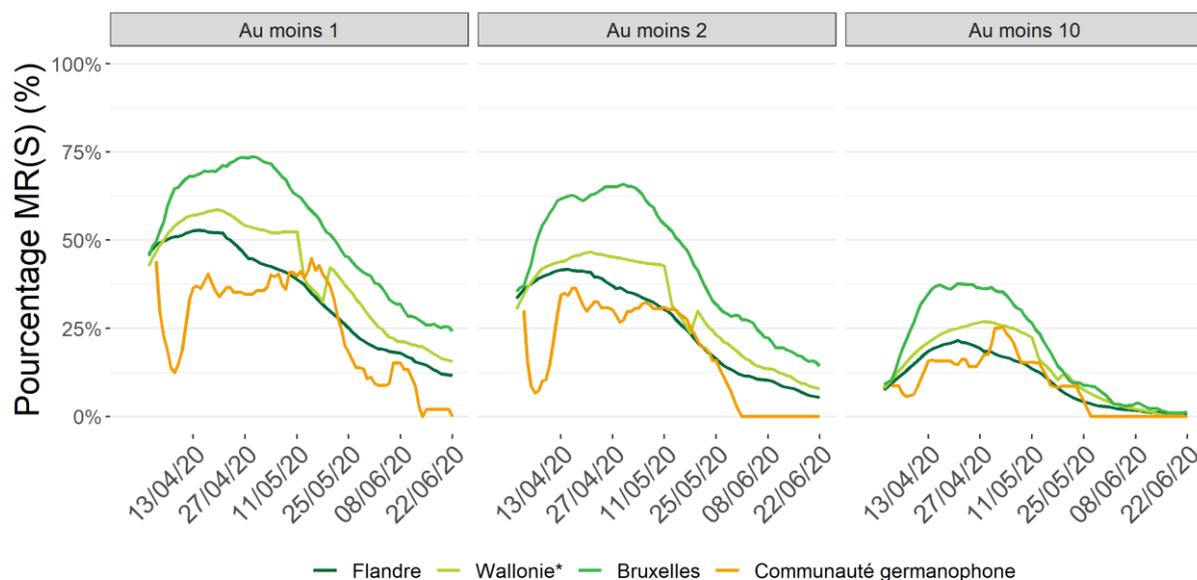
Ce graphique montre la prévalence des infections COVID-19 possibles et confirmées en MR/MRS, exprimée en nombre de cas par 1 000 résidents (taux), par jour, par région/communauté. Si un « foyer » se déclare dans une des régions/communautés cela se reflète également dans le graphique ci-dessus. Dans le graphique ci-dessus, ainsi que dans les graphiques suivants, nous constatons une baisse des cas déclarés par la Wallonie les 12 et 13 mai. Cela est probablement dû au fait que le 12 mai, la Région wallonne est passée à l'utilisation d'un nouvel outil d'enregistrement des données. Les données des 12 et 13 mai doivent donc être considérées comme incomplètes.

Le nombre de résidents ayant une infection COVID-19 possible ou confirmée dans les MR/MRS a atteint un pic le 21 avril en Flandre (67/1 000). En Wallonie et à Bruxelles, ce pic a été atteint plus tard, respectivement le 25 avril (109/1 000) et le 29 avril (122/1 000). Le nombre de résidents ayant une infection COVID-19 possible ou confirmée dans les MR/MRS a atteint un pic le 30 avril dans les MR(S) germanophones (69/1 000). Depuis lors, un déclin continu est observé dans toutes les régions/communautés.

Le nombre de résidents ayant une infection COVID-19 possible ou confirmée dans les MR/MRS le 22 juin est de 3/1 000 résidents en Flandre, 4/1 000 résidents en Wallonie, 7/1 000 résidents à Bruxelles et 0/1 000 résidents dans la Communauté germanophone.

Depuis début d'avril, les résidents des MR/MRS sont testés pour le COVID-19. Certains résidents testés positifs mais asymptomatiques sont depuis lors également inclus dans le décompte, ce qui peut avoir une influence sur les chiffres. De plus, les MR/MRS n'ont pas été testées simultanément et la stratégie de dépistage différait selon les régions. Cela peut expliquer le décalage temporel du pic de prévalence entre les régions.

Pourcentage de MR/MRS ayant au moins 1, au moins 2 ou au moins 10 cas de COVID-19 possible(s) ou confirmé(s) (moyenne sur 7 jours par région/communauté, avril-juin 2020)

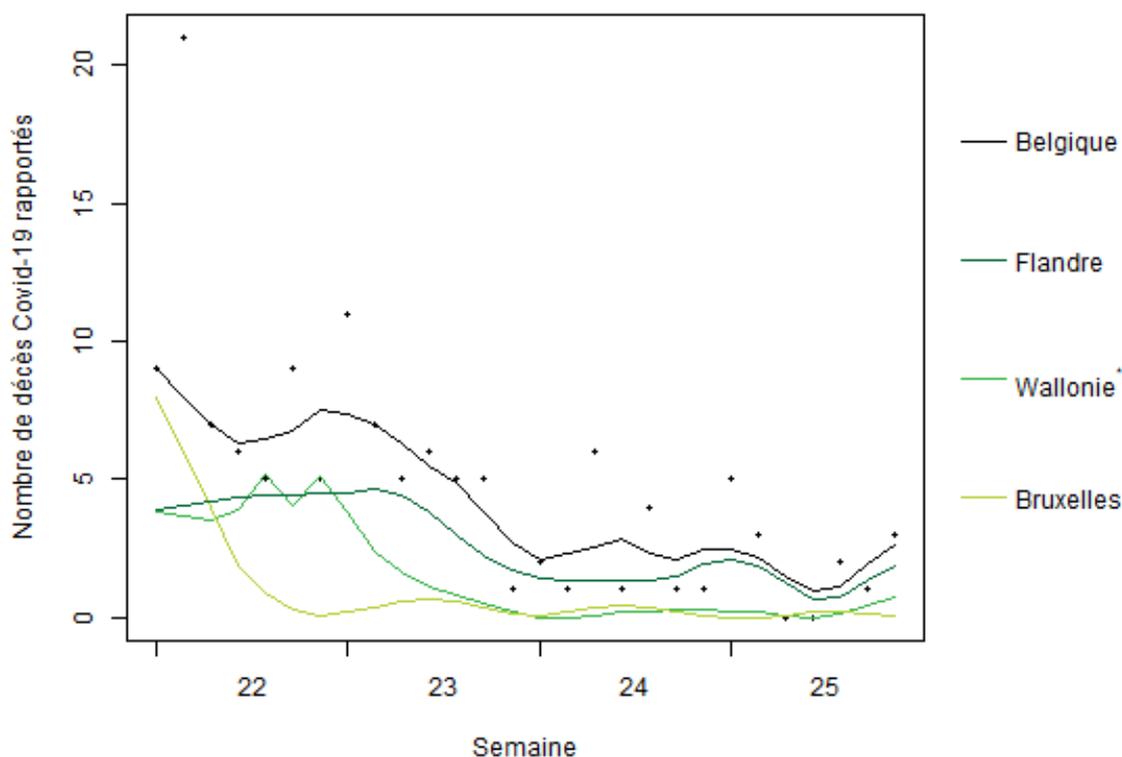


\* À l'exclusion des MR(S) germanophones

Note : Ce graphique présente les cas COVID-19 confirmés et les cas COVID-19 possibles (cf. [définition de cas](#)). Il n'est pas exclu que des infections respiratoires autres soient parfois rapportées comme des infections COVID-19 possibles.

À partir du début du mois d'avril, une augmentation importante a été notée dans le pourcentage des MR/MRS participantes ayant enregistré des cas (possibles ou confirmés) de COVID-19. Cette augmentation s'est poursuivie jusqu'à la fin avril, période après laquelle une tendance à la baisse est observée dans toutes les régions, y compris au cours de la dernière semaine. Seules 9 % des MR/MRS flamandes participantes, 8 % des MR/MRS bruxelloises, 11 % des MR/MRS wallonnes et 12 % des MR/MRS germanophones n'ont signalé aucun cas depuis le début de l'enregistrement.

Nombre de décès COVID-19 signalés en MR/MRS par jour, du 25 mai jusqu'au 21 juin



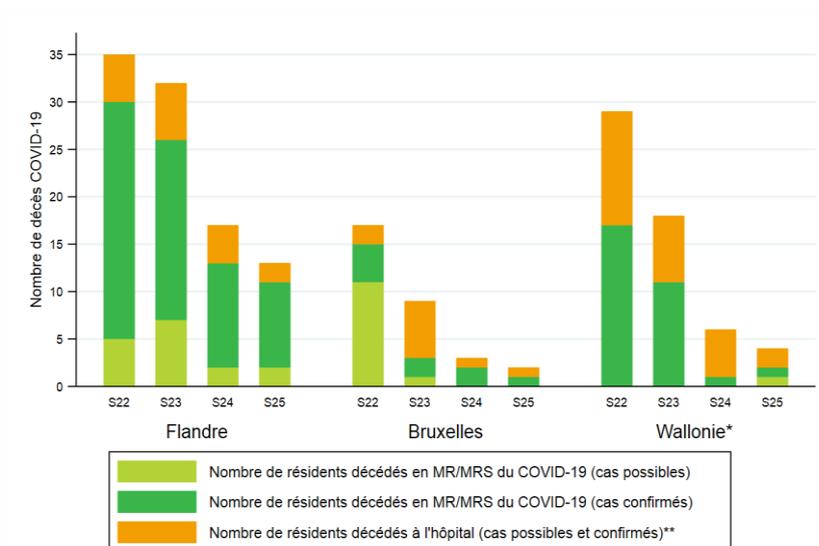
\* Y compris la Communauté germanophone

Le nombre de décès COVID-19 rapportés dans les MR/MRS belges (voir le graphique ci-dessus) a continué à diminuer durant les 4 dernières semaines. D'après les données les plus récentes il y'avait en Belgique le 21 juin 3 décès COVID-19.

Le graphique suivant montre pour la période allant du 25 mai au 21 juin le nombre de décès hebdomadaire dus au COVID-19 parmi les résidents de MR/MRS, en fonction de la région du lieu du décès (hôpital versus MR/MRS) et – pour les décès en MR/MRS – en fonction du statut du diagnostic (cas possibles versus cas confirmés).

Note : Le 22 avril, le gouvernement flamand a modifié la surveillance COVID-19 dans les MR/MRS. À partir de cette date, seuls les nombres totaux des décès à l'hôpital (COVID-19 et non-COVID-19) sont fournis, et il n'y a plus d'information spécifique sur le nombre de résidents décédés à l'hôpital des suites du COVID-19. Ceci est vrai pour toutes les MR/MRS de Flandre et pour 8 des 146 MR/MRS de Bruxelles. Dans le graphique, le nombre de décès à l'hôpital en Flandre parmi les résidents des MR/MRS est donc basé sur des estimations. Cela vaut également pour les décès dans les 8 MR/MRS de Bruxelles qui relèvent de la compétence du gouvernement flamand.

Nombre de décès COVID-19 rapportés parmi les résidents de MR/MRS, par région  
Semaines 22-25 (25 mai-21 juin)



\* Y compris la Communauté germanophone  
\*\* Les chiffres de la Flandre et de 8 des 146 maisons de repos à Bruxelles sont basés sur des estimations.

En Communauté germanophone, il y a encore eu un décès COVID-19 dans une MR/MRS au cours de la semaine 22, mais il n'y pas eu de décès COVID-19 parmi les résidents de MR/MRS au cours des 3 dernières semaines.

Le tableau ci-dessous montre qu'environ 22 % des décès des résidents de MR/MRS ont eu lieu à l'hôpital. Ce pourcentage est plus élevé à Bruxelles et en Wallonie qu'en Flandre et en Communauté germanophone.

Décès COVID-19 rapportés chez les résidents de MR/MRS, par lieu de décès (cas jusqu'au 21 juin)\*

Lieu de décès	Flandre	Bruxelles	Wallonie	Communauté germanophone	Belgique
MR/MRS	2 660	644	1 520	33	4 857
Hôpital	429	359	586	3	1 377
Autre	Pas d'information	1	13	1	15
TOTAL	3 089	1 004	2 119	37	6 249
% décès en hôpital	13,8 %	35,8 %	27,7 %	8,1 %	22,0 %

\* Chiffres incluant les dernières informations disponibles.

Sur base de nos estimations, nous constatons qu'en Belgique et jusqu'au 23 juin, 6 249 résidents de MR/MRS sont décédés du COVID-19, cela représente 64,3 % de l'ensemble des personnes décédées du COVID-19.

Sur base des données individuelles des patients enregistrées dans la surveillance hospitalière clinique COVID-19 (non-exhaustive), nous estimons que 86 % des résidents de MR/MRS décédés dans les hôpitaux bruxellois vivaient dans des MR/MRS bruxelloise alors que 14 % d'entre eux résidaient dans des MR/MRS en dehors de Bruxelles (8 % dans des MR/MRS en Flandre et 6 % dans des MR/MRS de Wallonie).

### 3.7. 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.

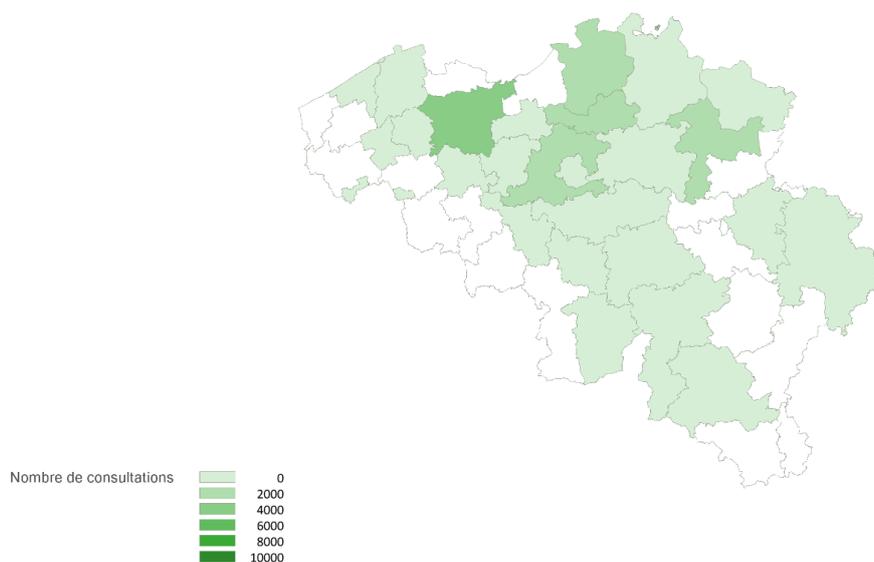
Durant la semaine du 15 au 21 juin, l'incidence totale de consultations chez les médecins généralistes en raison de symptômes grippaux a à nouveau très légèrement augmenté à 71 consultations par 100 000 habitants (consultations téléphoniques incluses) par rapport à la semaine précédente.

Cette augmentation est principalement due à une augmentation de l'incidence chez les jeunes enfants (0-4 ans) en Flandre. Dans les autres régions et tranches d'âges, l'incidence est restée stable.

De même, l'incidence de consultations chez le généraliste pour d'autres infections respiratoires aiguës a légèrement augmenté en raison d'une augmentation des consultations chez les jeunes enfants (0-4 ans) en Flandre, et d'une légère augmentation des consultations dans tous les groupes d'âge à Bruxelles.

La semaine dernière, le plus grand nombre de consultations pour symptômes grippaux, en termes absolus et en incidence, a été observé dans les arrondissements de Gand, Malines, Halle-Vilvoorde et Hasselt.

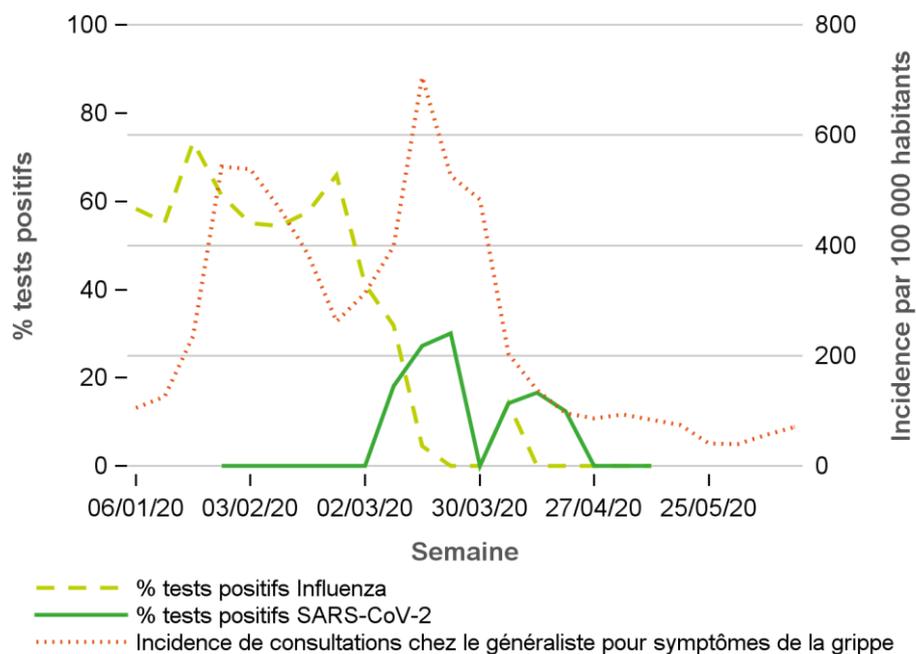
Symptômes grippaux : estimation du nombre de consultations chez le médecin généraliste durant la semaine du 15 au 21 juin 2020



Source : Réseau sentinelle des médecins vigies

Durant la semaine du 15 au 21 juin 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](#).

### 3.8. EVOLUTION DE LA MORTALITÉ

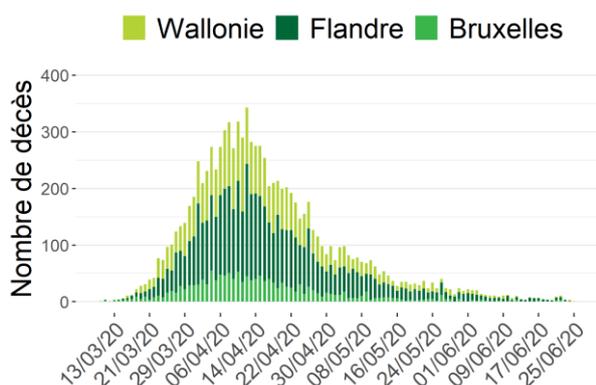
Il s'agit des décès rapportés par les autorités, complétés à partir du 24 mars par les données transmises par les hôpitaux. Les décès sont présentés par date de décès, et classés par région en fonction du lieu de décès.

A la clôture de ce rapport, un total de 9 731 décès ont été rapportés; 4 883 (50%) en Flandre, 3 365 (35%) en Wallonie, et 1 483 (15%) à Bruxelles.

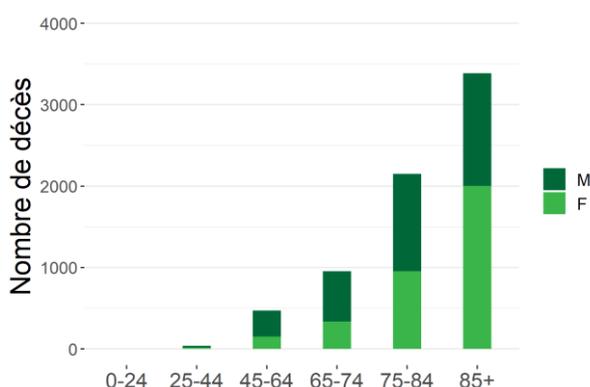
Le pic des décès COVID-19 a eu lieu en semaine 15, soit quatre semaines après les premières mesures de confinement en Belgique. Le **maximum de décès COVID-19 journalier** est de 343 décès, observé le dimanche 12 avril 2020 (semaine 15).

Au 25 juin, 38 personnes de moins de 45 ans (<1 %) et 473 personnes âgées de 45 à 64 ans (5 %) sont décédées du COVID-19. Les informations d'âge et de sexe manquent pour 2 724 personnes ; ces décès concernent majoritairement des personnes de plus de 65 ans décédées en maison de repos en Flandre (97 %) pour lesquelles seules des informations agrégées nous parviennent.

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



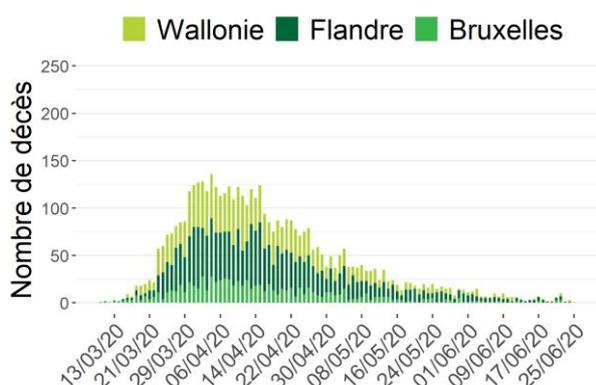
Distribution du nombre de décès COVID-19 par âge et sexe\*



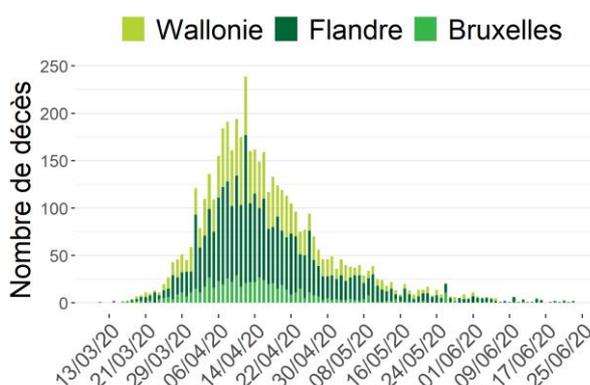
\*L'information sur l'âge et/ou le sexe n'était pas disponible pour 2724 décès

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

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



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



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

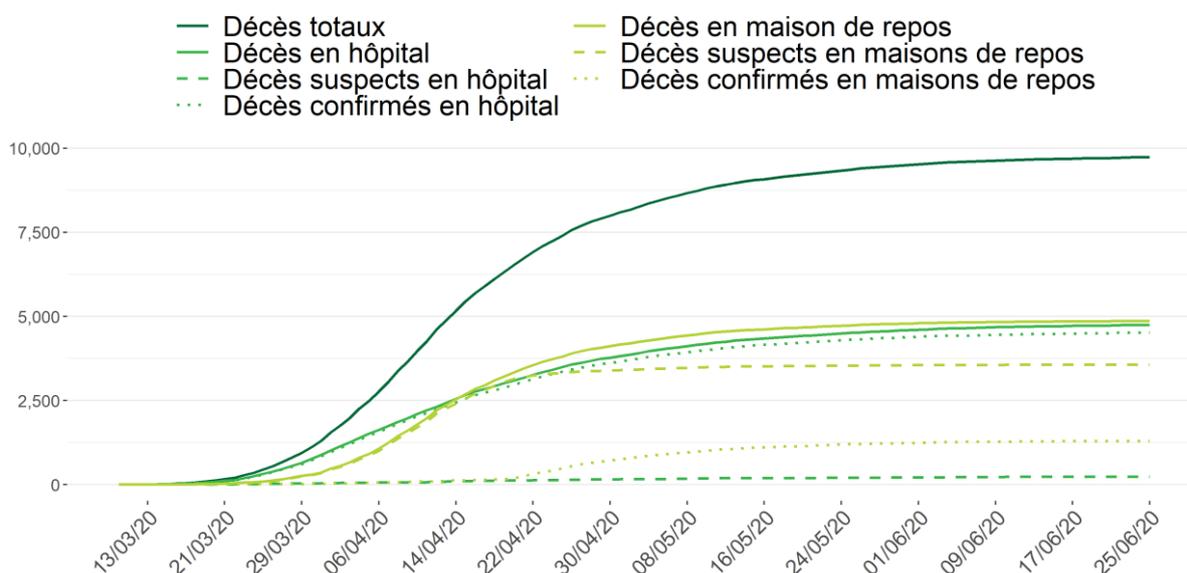
Les tests de laboratoire n'ayant pas une sensibilité de 100 %, le diagnostic peut également être confirmé par un scanner thoracique. Depuis le 11 avril, les hôpitaux ont la possibilité de notifier si le diagnostic COVID-19 a été réalisé sur base d'un scanner thoracique compatible avec la présentation clinique évocatrice de la maladie. Entre le 23 mars et le 25 juin, **388 décès COVID-19 ont été confirmés par scanner thoracique** sans confirmation par un test de laboratoire, soit 8,2 % 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 cumulatif 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	2 155	44%	831	56%	1 762	52%	4 748	49%
<i>Cas confirmés</i>	2 060	96%	800	96%	1 655	94%	4 515	95%
<i>Cas possibles</i>	95	4%	31	4%	107	6%	233	5%
Maison de repos	2 663	55%	645	43%	1 553	46%	4 861	50%
<i>Cas confirmés</i>	650	24%	220	34%	427	27%	1 297	27%
<i>Cas possibles</i>	2 013	76%	425	66%	1 126	73%	3 564	73%
Autres collectivités résidentielles	27	1%	1	0%	19	1%	47	0%
Domicile et autre	19	0%	6	0%	31	1%	56	1%
Inconnu	19	0%	0	0%	0	0%	19	0%
<b>TOTAL</b>	<b>4 883</b>	<b>100%</b>	<b>1 483</b>	<b>100%</b>	<b>3 365</b>	<b>100%</b>	<b>9 731</b>	<b>100%</b>

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.

Patients décédés pendant la période du 16 juin au 22 juin

Lieu de décès	Flandre		Bruxelles		Wallonie		Belgique	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hôpital	18	67%	8	89%	9	90%	35	76%
<i>Cas confirmés</i>	18	100%	7	88%	8	89%	33	94%
<i>Cas possibles</i>	0	0%	1	12%	1	11%	2	6%
Maison de repos	9	33%	1	11%	1	10%	11	24%
<i>Cas confirmés</i>	8	89%	1	100%	1	100%	10	91%
<i>Cas possibles</i>	1	11%	0	0%	0	0%	1	9%
Autres collectivités résidentielles	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Domicile et autre	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Inconnu	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>

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 (CFR) ([bulletin du 22/05/2020](#))

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

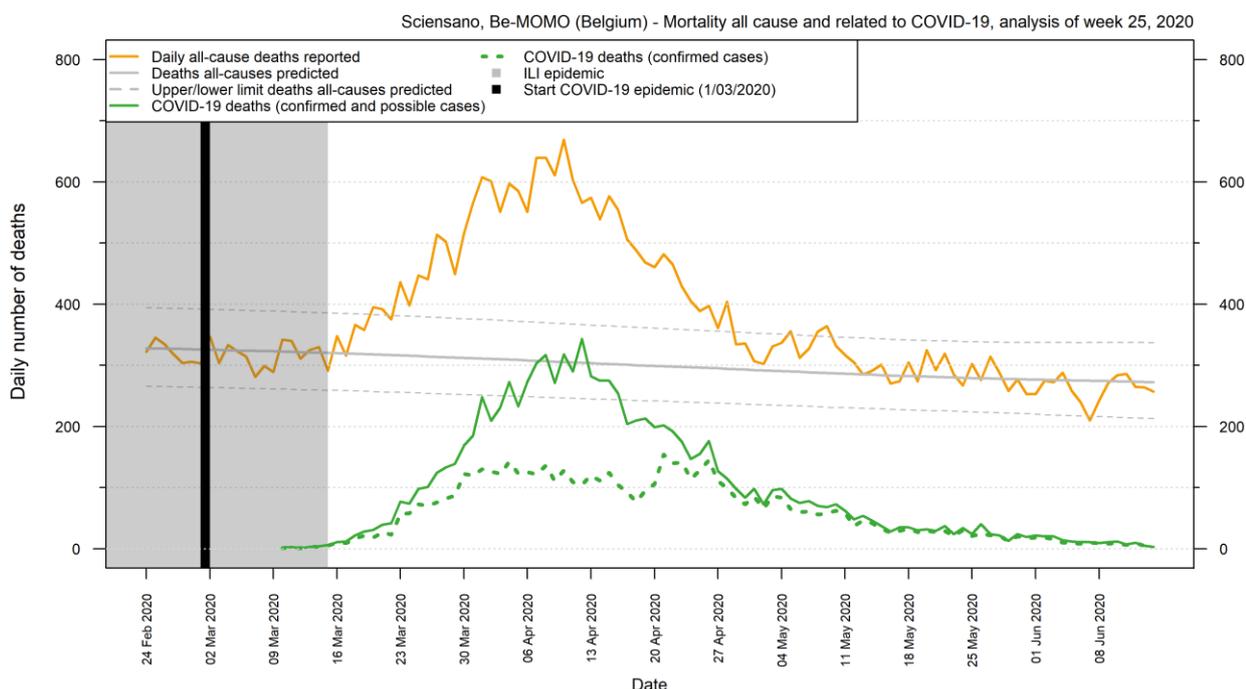
#### 3.9.1. Be-MOMO (Belgium Mortality Monitoring) : surveillance de la mortalité (toutes causes confondues) basée sur les données du Registre National

Il y a 2 à 3 semaines d'attente nécessaires 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/>.

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

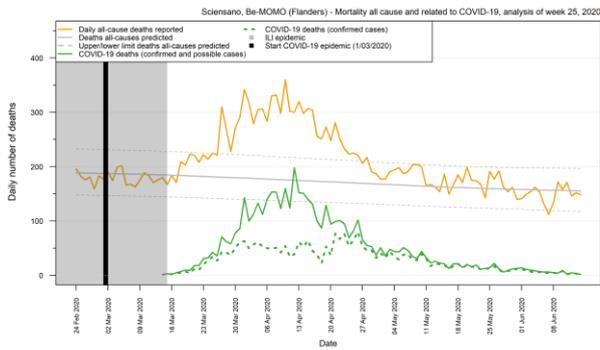
La mortalité liée au COVID-19 (cas confirmés et possibles) est toujours fortement corrélée à la mortalité toutes causes confondues (rho de Spearman,  $R=0,92$ ,  $p<0,01$ ), mais depuis que le pic de la surmortalité est dépassé, la corrélation tend à légèrement diminuer (voir figures ci-dessous). La 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).

À partir du 11 mai (semaine 20), il n'y a plus de surmortalité dans les trois régions. Le nombre de décès observé reste dans la fourchette prévue.

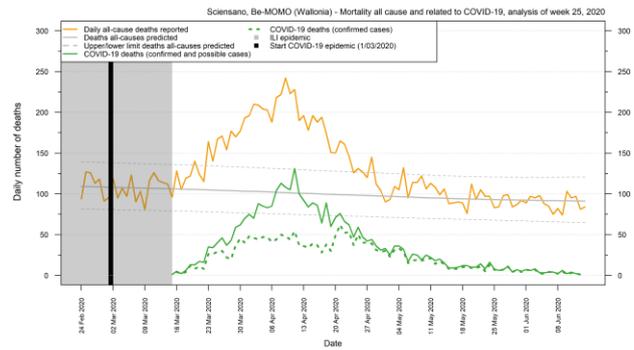


Note : Les chiffres de mortalité toutes causes confondues à partir du 8 juin sont préliminaires.

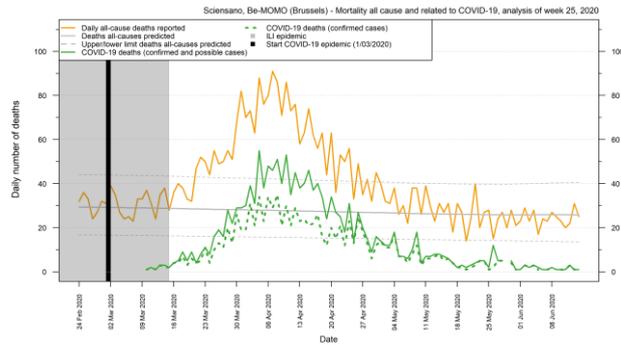
Comment lire ce graphique ? Quand le nombre de décès par jour (ligne orange) dépasse les limites supérieures ou inférieures des décès prévus par la modélisation (lignes pointillées grises), il y a une surmortalité ou une sous-mortalité significative. La courbe verte correspond au nombre de décès COVID-19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



Flandre



Wallonie



Bruxelles

Depuis la semaine 11 (premiers décès liés au COVID-19) et jusqu'à la fin de la semaine 17, parmi les 23 002 décès observés, Be-MOMO calcule 7 809 décès supplémentaires. Pour la même période, 7 571 décès COVID-19 (cas confirmés et possibles) sont notifiés. Be-MOMO ne permet pas d'attribuer de cause aux excès de mortalité, mais avance l'hypothèse que **97 % de la surmortalité pour cette période peut être attribuée au COVID-19.**

À partir de la semaine 18, cette tendance est inversée, le nombre cumulé de décès COVID-19 dépasse le nombre cumulé de décès supplémentaires. Cela peut être expliqué par une stabilisation du nombre cumulé de décès COVID-19 et d'une diminution du nombre de décès pour d'autres causes. Une analyse des causes de décès devra être effectuée pour valider l'hypothèse mais il y a minimum deux années de délai pour obtenir ces données.

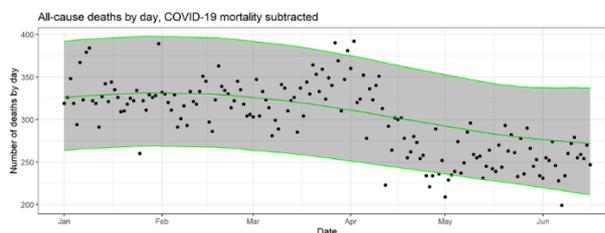
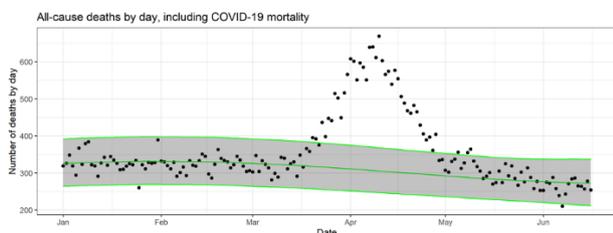
À partir de la semaine 23, le nombre cumulé de décès supplémentaires diminue par rapport à la semaine précédente car le nombre de décès observé, même s'il reste dans la fourchette prévue, a tendance à être sous la ligne de base des cinq dernières années.

Nombre de décès supplémentaires comparé au nombre de décès COVID-19 par semaine, Belgique

Semaine	Date du lundi	Nombre cumulé de décès observés	Nombre cumulé de décès supplémentaires (Be-MOMO)	Nombre cumulé de décès COVID-19	Différence (COVID - supplémentaires)	% (COVID / supplémentaires)
2020-W11	09/03/2020	2 228	-24	18	42	-74%
2020-W12	16/03/2020	4 778	297	203	-94	68%
2020-W13	23/03/2020	7 965	1 282	949	-333	74%
2020-W14	30/03/2020	11 989	3 132	2 497	-636	80%
2020-W15	06/04/2020	16 268	5 269	4 612	-657	88%
2020-W16	13/04/2020	19 974	6 863	6 325	-538	92%
2020-W17	20/04/2020	23 002	7 809	7 571	-238	97%
2020-W18	27/04/2020	25 377	8 132	8 262	130	102%
2020-W19	04/05/2020	27 760	8 494	8 806	312	104%
2020-W20	11/05/2020	29 803	8 545	9 116	571	107%
2020-W21	18/05/2020	31 870	8 644	9 337	693	108%
2020-W22	25/05/2020	33 838	8 666	9 503	837	110%
2020-W23	01/06/2020	35 633	8 531	9 613	1 082	113%

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 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 17 juin 2020 (sur base des données collectées jusqu'au 20 juin, sans correction des retards), Belgique



Note : Les chiffres de mortalité à partir du 8 juin sont préliminaires

*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).*

### 3.9.1.2. La surmortalité durant l'épidémie de COVID-19

Vous trouverez les informations sur la surmortalité durant l'épidémie de COVID-19 dans les précédents bulletins épidémiologiques hebdomadaires :

- La **mortalité par semaine** pour la Belgique et les régions ([bulletin du 19/06/2020](#))
- Le **résumé de la surmortalité du 23 mars au 3 mai** par groupe d'âge et genre (Belgique et régions) ([bulletin du 19/06/2020](#))
- Le lien entre la **mortalité et les syndromes grippaux** par groupe d'âge ([bulletin du 19/06/2020](#))

### 3.9.1.3. Comparaison

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](#))
- Le graphique de la mortalité toutes causes et pour COVID-19 **des quatre dernières années** ([bulletin du 5/06/2020](#))

### 3.9.2. 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>.

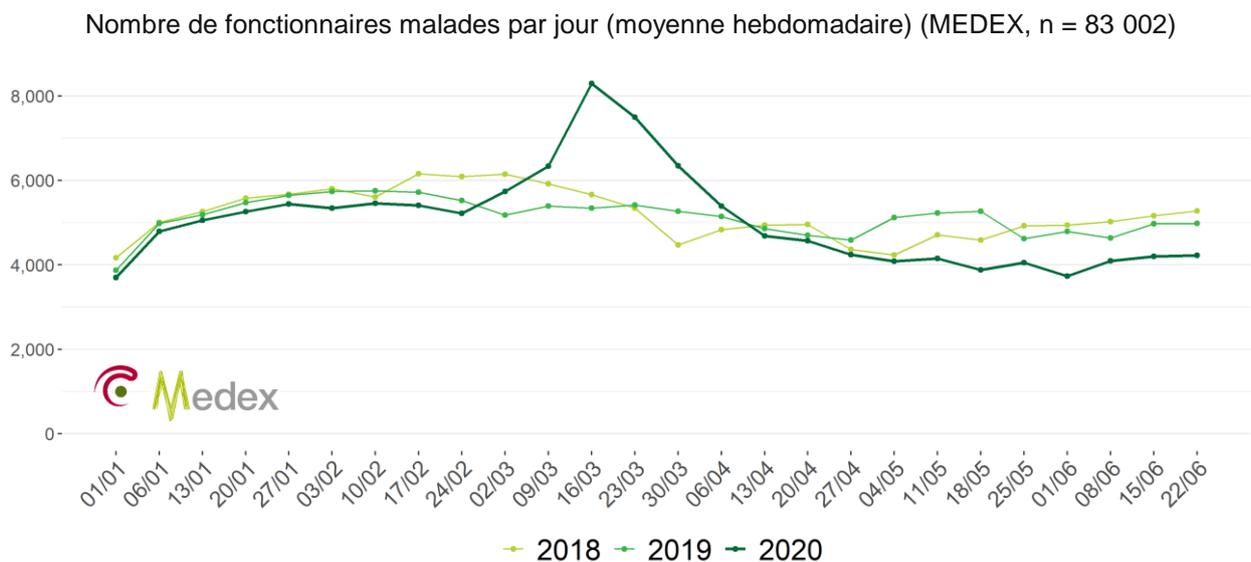
La surmortalité a été observée principalement chez les plus de 65 ans, mais aussi dans les groupes d'âge 15-44 ans et 45-64 ans. Les niveaux de mortalité semblent maintenant se rapprocher du niveau normal dans plusieurs des pays touchés.

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](#))
- Les courbes par groupes d'âge 15-44 ans et 45-64 ans ([bulletin du 5/06/2020](#))

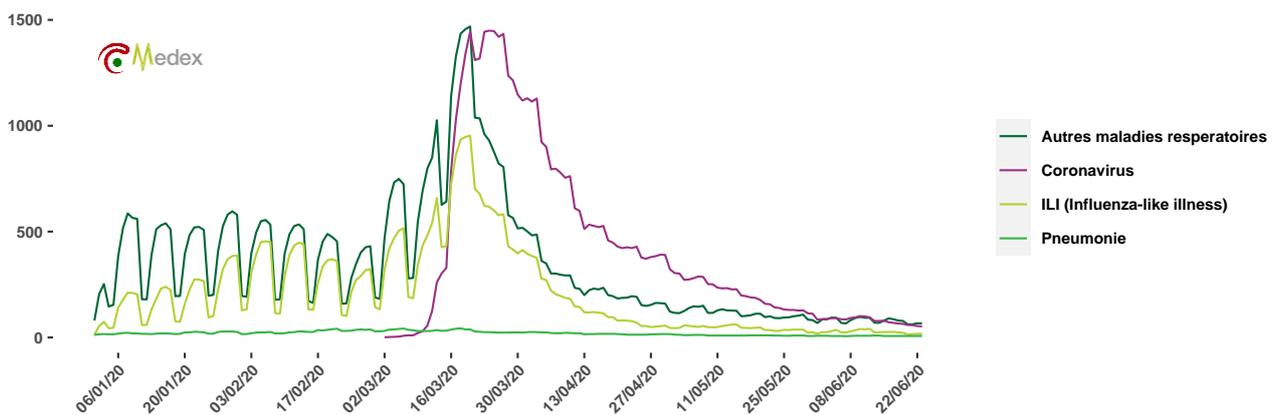
### 3.10. ABSENCES AU TRAVAIL POUR CAUSE DE MALADIE

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](#)

Nombre de fonctionnaires malades (MEDEX, n = 83 002), par diagnostic (maladies respiratoires uniquement) mentionné sur le certificat, évolution journalière - janvier-juin 2020



Source : [MEDEX](#)

Sur le certificat MEDEX d'incapacité de travail, le médecin remplit également un diagnostic. Ces données sont regroupées sur la base des codes ICD-9 (Nomenclature OMS) et de texte libre. Le nombre de diagnostics de « COVID-19 » et de « syndromes grippaux (ILI) » a atteint un maximum à la mi-mars. En outre un pic d'« autres maladies respiratoires » a été observé simultanément à la croissance exponentielle de COVID-19. Les autres sources de données, basées par exemple sur le nombre de cas confirmés et hospitalisés, n'indiquent ce pic que 2 à 4 semaines plus tard. À noter que dans la population générale les cas légers n'étaient pas encore testés à la mi-mars. Cette période était également celle des mesures d'endiguement de grande envergure, qui auraient pu conduire à une vigilance accrue et à un changement dans l'encodage des certificats de maladie.

Néanmoins, le pic observé à la mi-mars coïncide avec les données du réseau sentinelle des médecins généralistes qui montrent à la même période un pic de consultations pour symptômes grippaux ainsi que dans le pourcentage d'échantillons testés positifs pour le SARS-CoV-2 (voir chapitre 3.7).

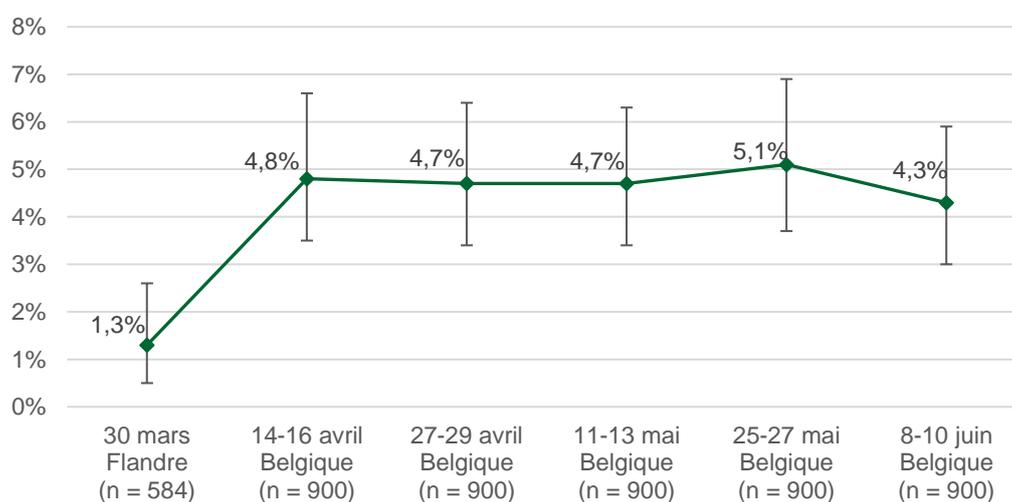
Depuis quelques semaines, le nombre de certificats mentionnant le COVID-19 et d'autres maladies respiratoires comme cause d'absence est très faible.

### 3.11. 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 **Rode Kruis Vlaanderen** 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 5 084 échantillons, collectés à 6 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. Entre mi-avril et le 10 juin, la séroprévalence est restée stable entre 4,3 % et 5,1 %. Pour l'instant, nous ne voyons pas encore un impact de l'assouplissement des mesures mises en place à partir du 4 mai. Toutefois, il est encore trop tôt pour évaluer l'impact du nombre plus important de contacts étroits entre les personnes (ouverture de l'horeca et réunions jusqu'à 10 personnes à partir du 8 juin). Les prochains résultats des analyses montreront si cette tendance se poursuit.

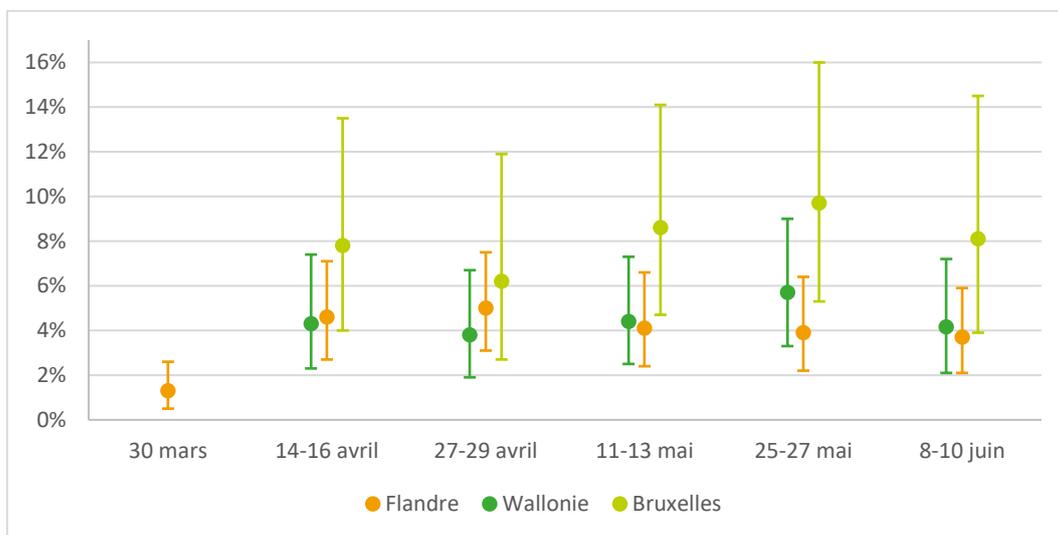
Prévalence des anticorps (Ig totaux) chez les donneurs de sang



Analyse des points de temps individuels : Intervalle de confiance de 95% calculé avec la méthode binomiale Clopper-Pearson.

Lorsque l'on examine la séroprévalence par région, on constate qu'elle était plus élevée à Bruxelles qu'en Flandre ou en Wallonie (différence significative pour la moyenne sur la période entre mi-avril et juin).

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



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 **Rode Kruis Vlaanderen** et du **Service du Sang de la Croix-Rouge de Belgique**.

### 3.12. SEROPRÉVALENCE DU SARS-COV-2 CHEZ LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DANS LES HÔPITAUX

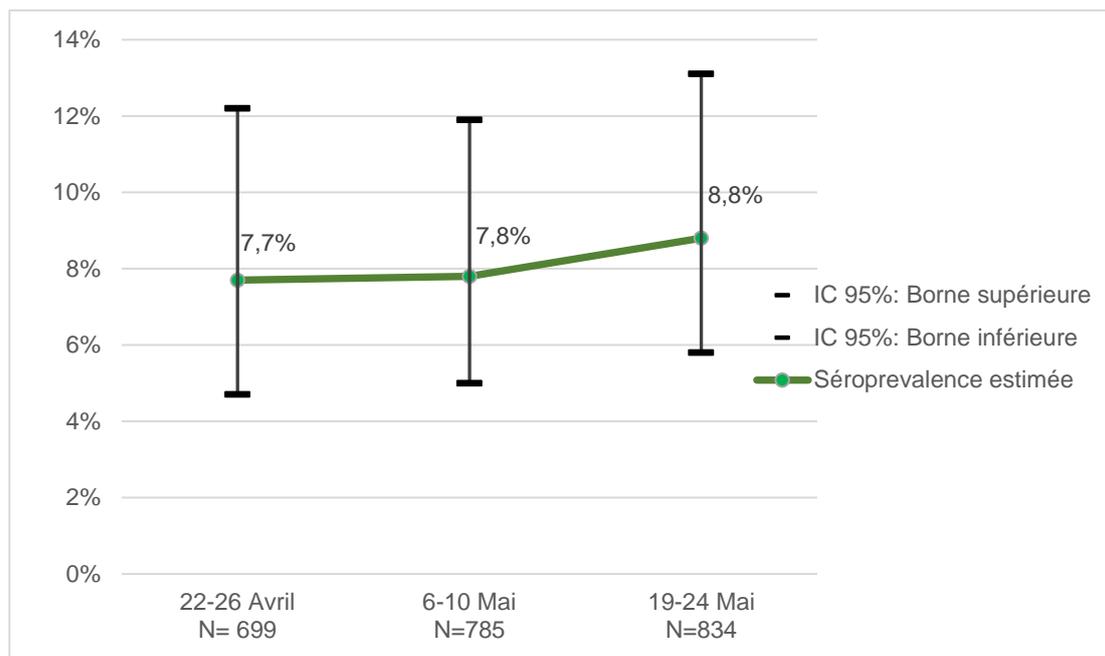
Sciensano, en collaboration avec l'Institut de Médecine Tropicale (IMT), mène depuis fin avril une étude sur la prévalence et la séroprévalence du SARS-CoV-2 chez les professionnels de la santé dans les hôpitaux belges. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer et de suivre la présence de l'infection 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 et des frottis nasopharyngés sont collectés et analysés chez un échantillon représentatif des professionnels de la santé hospitalière. Entre fin avril et fin mai, les prélèvements se sont déroulés toutes les deux semaines, et ils se poursuivent maintenant mensuellement jusqu'à fin septembre. Les frottis sont analysés par RT-qPCR (quantitative reverse transcription 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.

Au 19 mai (3<sup>ème</sup> point de prélèvement), un total de 17 hôpitaux et de 850 participants avaient été enrôlés, et avaient participé à au moins un point de prélèvement. Les participants étaient en majorité des femmes (80 %) et étaient âgés de 20 à 67 ans (âge médian de 40 ans). La majorité (60%) étaient des infirmiers-ères, contre 21% de médecins et 19% de paramédicaux « autres » (sages-femmes, aides-soignants, kinésithérapeutes, diététiciens, psychologues, techniciens etc.). Tant le personnel ayant travaillé en « unité COVID » qu'en « unité non-COVID » étaient inclus. Les professionnels de la santé ayant été diagnostiqués positifs pour le COVID-19 auparavant étaient également éligibles.

Les résultats de sérologie des trois premiers points de prélèvements sont représentés dans la figure ci-dessous. Entre fin avril et fin mai, la séroprévalence a légèrement augmenté, mais pas de manière significative. Ces derniers résultats sont le reflet d'infections datant d'au moins deux semaines avant la réalisation des prélèvements.

## Séroprévalence des IgG contre le SARS-CoV-2 chez les professionnels de la santé dans les hôpitaux belges, Avril-Mai 2020



IC 95% : intervalle de confiance à 95%.

Séroprévalence pondérée en fonction de la probabilité d'échantillonnage.

Entre le 19 mai et le 24 mai (3<sup>ème</sup> point de prélèvement), 831 frottis nasopharyngés et 834 échantillons de sang ont été prélevés et analysés. Seuls trois frottis nasopharyngés se sont avérés positifs à la PCR (0,4 %), témoignant d'une infection active (prévalence). Ces trois participants faisaient partie d'un même hôpital. Deux d'entre eux ont rapporté des symptômes datant de moins de 15 jours, le troisième avait déjà une PCR positive au premier point de prélèvement mais n'avait plus de symptôme. Septante-huit échantillons de sang ont révélé la présence d'anticorps contre le SARS-CoV-2 à la sérologie (séro-prévalence). Plus de 95 % de ces participants ont mentionné avoir présenté au moins un symptôme compatible avec une infection COVID-19 depuis le début de l'épidémie.

Parmi les potentiels facteurs de risque analysés, le fait d'avoir eu un contact avec un patient COVID-19 confirmé sans avoir pris les précautions recommandées doublait le risque de développer des anticorps. Avoir eu au moins un symptôme compatible avec le COVID-19 était également un facteur prédictif significatif, qui multipliait par cinq la probabilité de développer des anticorps<sup>3</sup>. Parmi ces symptômes, la perte de l'odorat ou du goût était le facteur avec le risque relatif le plus élevé (risque multiplié par 12), suivi par la présence de fièvre ou de frissons (risque multiplié par 7).

<sup>3</sup> Cela signifie qu'une personne qui présente au moins un symptôme compatible avec le COVID-19 a une probabilité cinq fois plus élevée d'avoir une sérologie positive par la suite (de développer des anticorps), par rapport à une personne qui ne présente pas de symptôme compatible avec le COVID-19.

La séroprévalence chez les professionnels de la santé semble un peu plus élevée que celle de la population belge en bonne santé. Celle-ci avait été estimée à 5.1 % fin mai par l'analyse d'échantillons provenant des donneurs de sang de la Croix-Rouge (cf chapitre 3.11) et à 6.9% par l'analyse d'échantillons de sang résiduels <sup>4</sup>. 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.

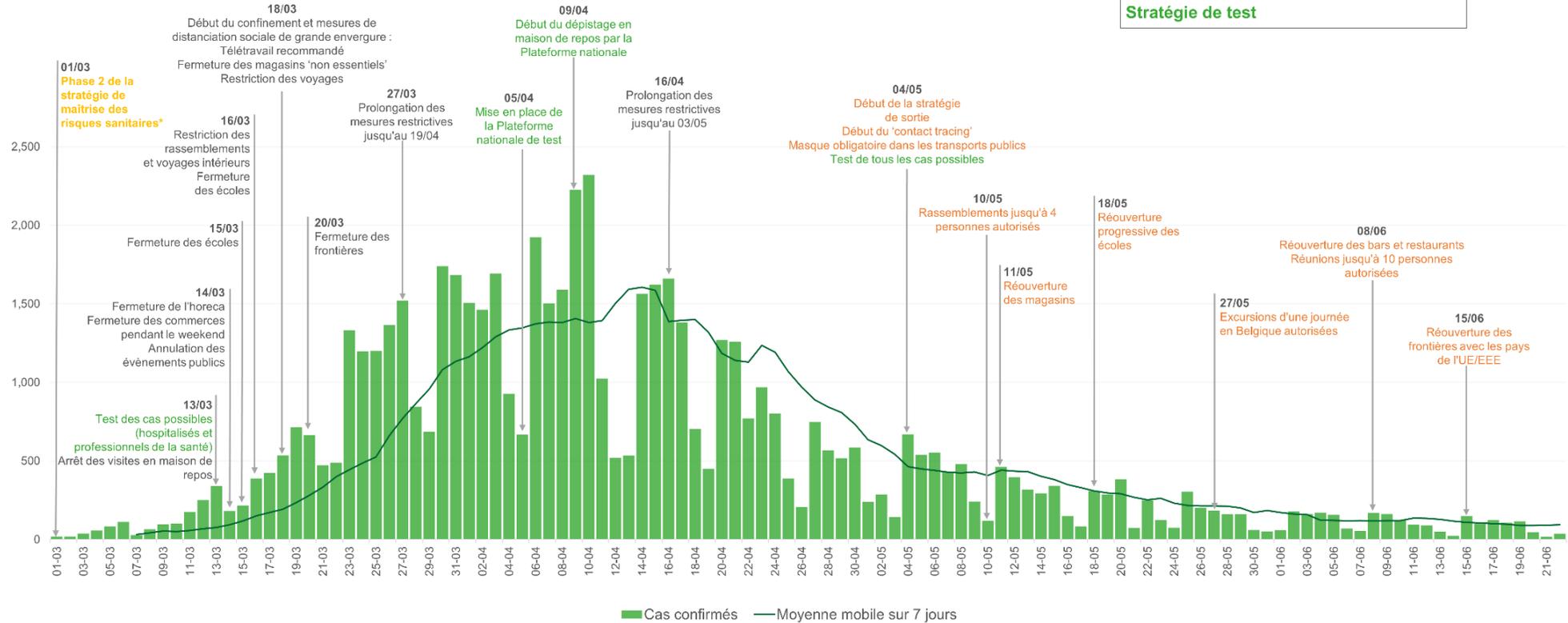
La suite de cette étude permettra entre autres de suivre la persistance de ces anticorps, donc la durée de la protection présumée contre le virus. Elle permettra également de détecter de nouvelles infections ainsi que d'éventuelles réinfections étant donné que dans l'état actuel des connaissances, nous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

---

<sup>4</sup> Herzog S, De Bie J, Abrams S, Wouters I, Ekinci E, Patteet L, et al. Seroprevalence of IgG antibodies against SARS coronavirus 2 in Belgium: a prospective cross-sectional study of residual samples [Internet]. *Epidemiology*; 2020 Jun [cited 2020 Jun 24]. Available from: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.06.08.20125179>

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

Mesures fédérales de confinement  
Mesures fédérales de déconfinement  
Stratégie de test



\* 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.

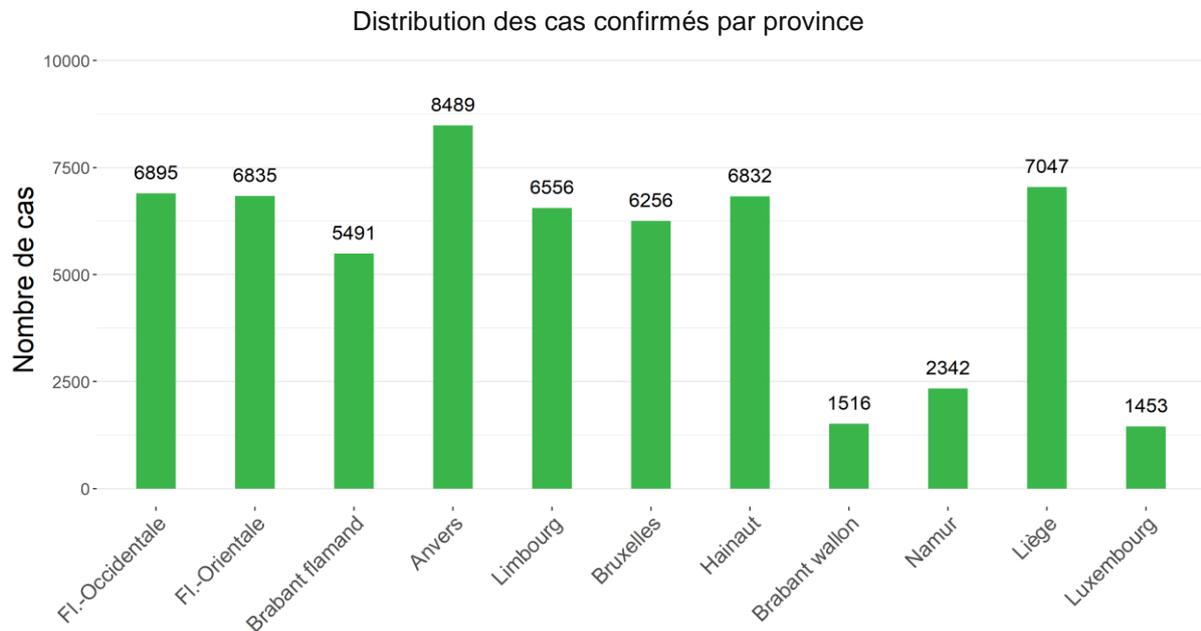
La stratégie de sortie lancée le 4 mai a permis une réouverture progressive des magasins et des écoles. Des rassemblements sociaux limités étaient également autorisés, ainsi que des excursions d'une journée en Belgique. La stratégie de sortie sera élargie dans les prochains mois en fonction de l'évolution épidémiologique.

La capacité de testing actuelle vise à identifier rapidement les nouveaux cas et à réduire le risque de transmission ultérieure.

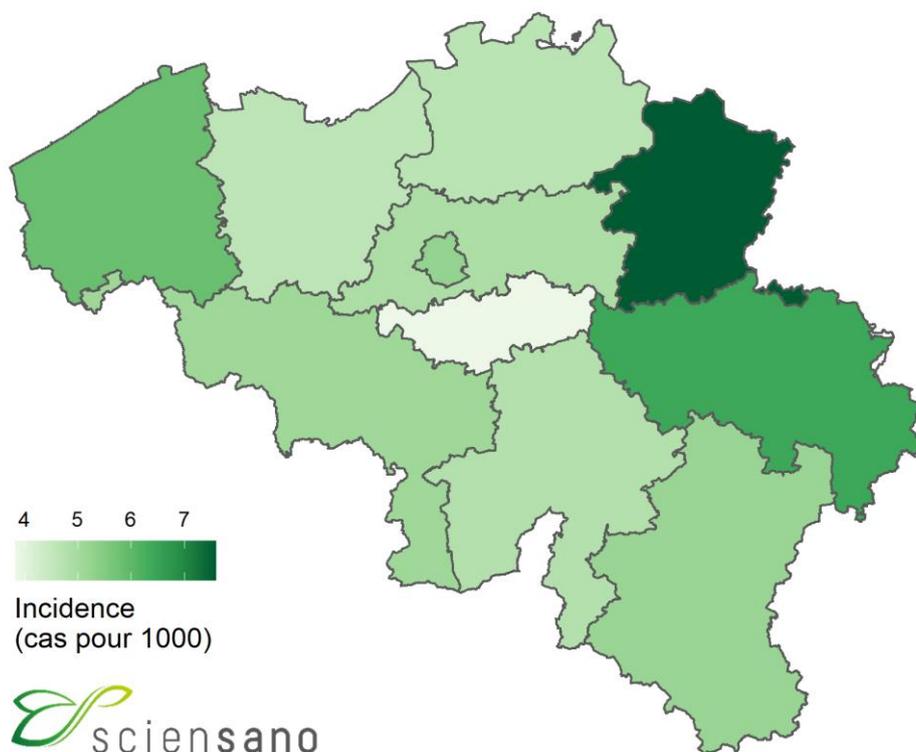
Une surveillance pour le suivi épidémiologique de l'épidémie existe, permettant l'identification de foyers. Ce monitoring a lieu quotidiennement et les autorités sont tenues informées lorsqu'un problème potentiel est identifié.

De plus amples informations sur les mesures de précaution sont disponibles sur le site <https://www.info-coronavirus.be/fr>

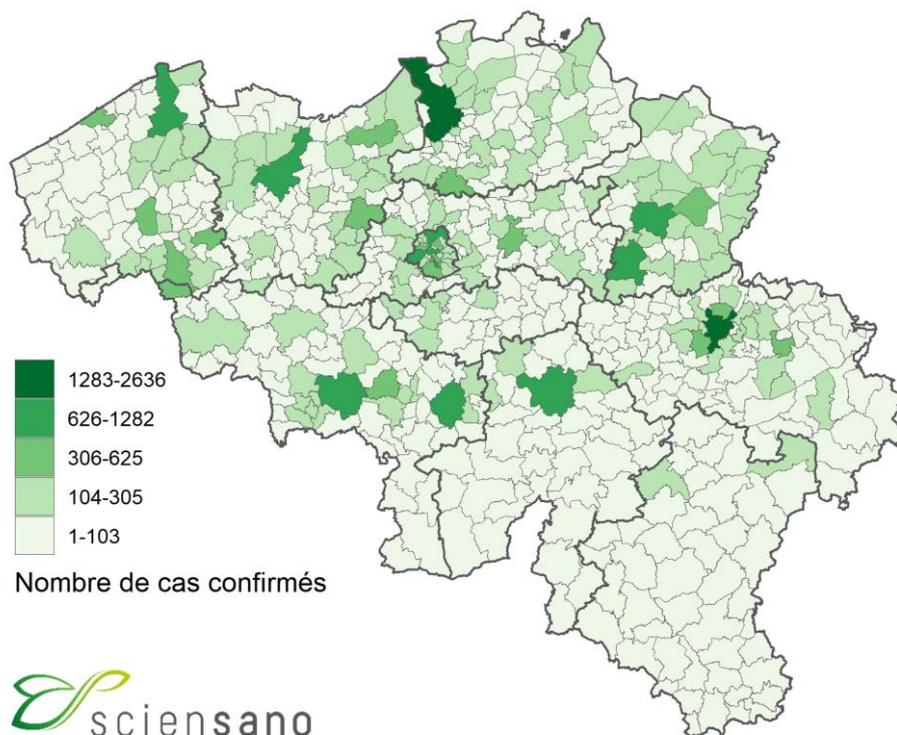
### 3.14. REPRÉSENTATION GÉOGRAPHIQUE DES CAS CONFIRMÉS PAR PROVINCE ET COMMUNE DEPUIS LE DÉBUT DE L'ÉPIDÉMIE



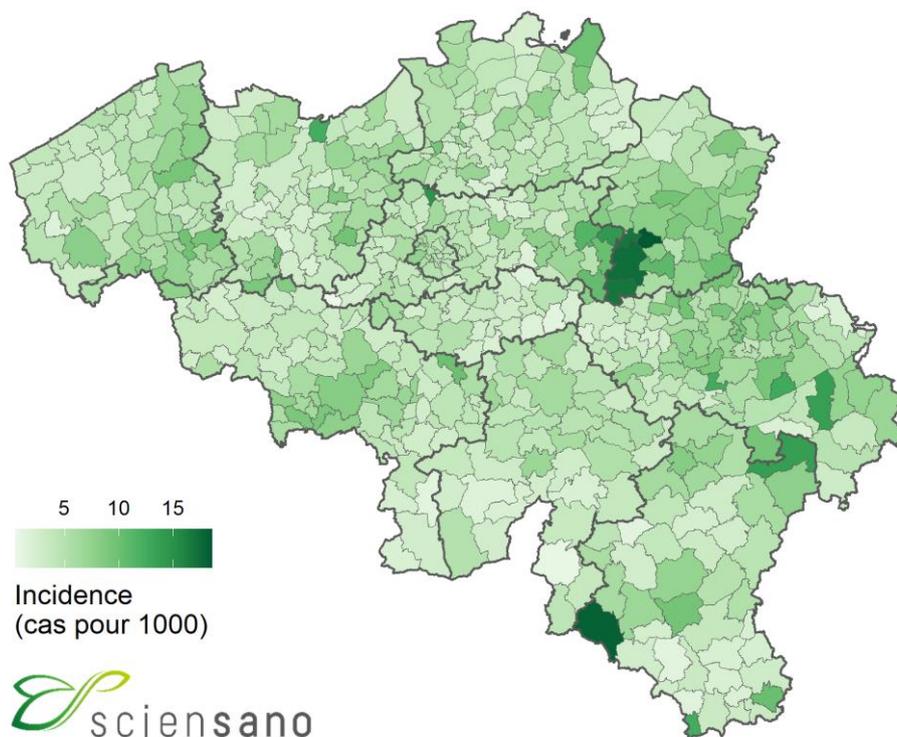
Nombre total de cas confirmés pour 1000 habitants par province



### Nombre total de cas confirmés par commune

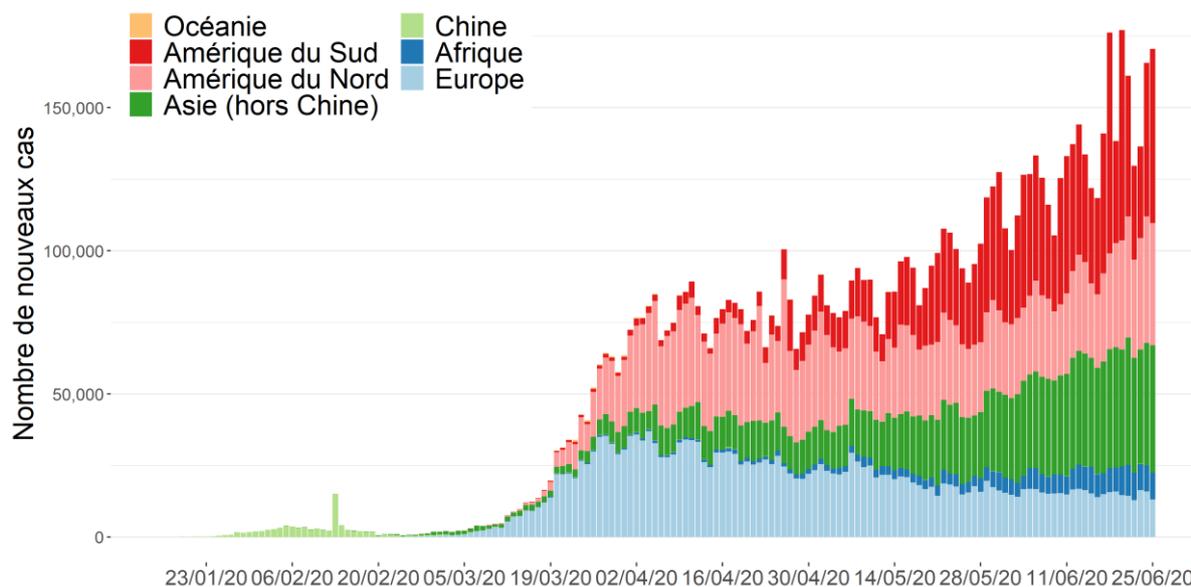


### Nombre total de cas confirmés pour 1000 habitants par commune



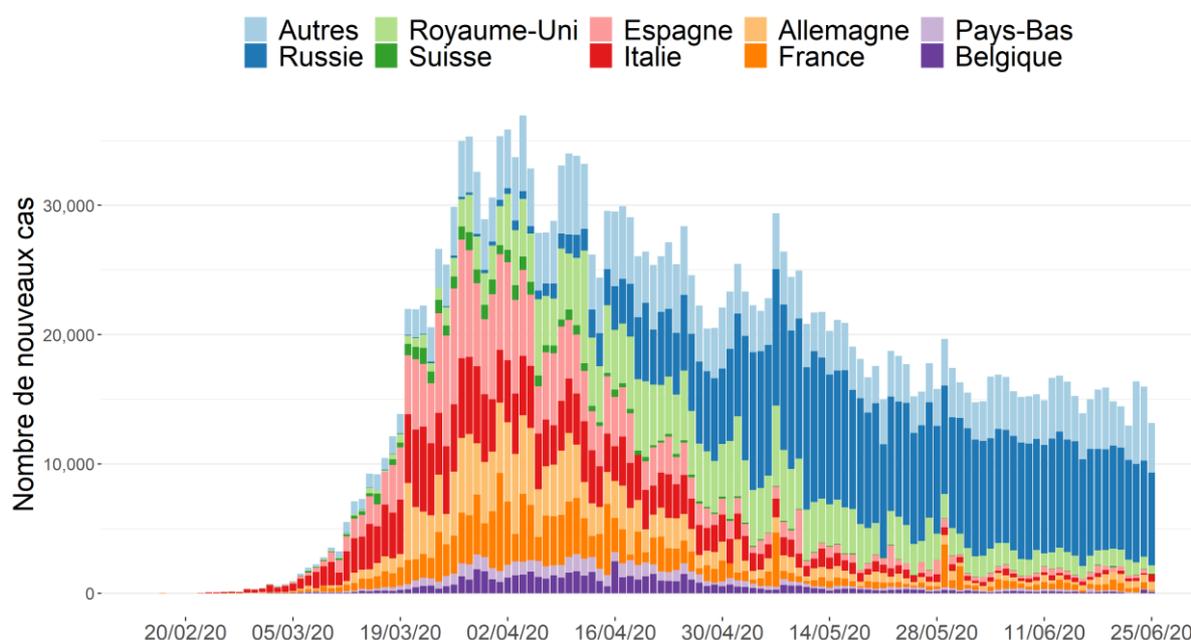
## 4. Situation internationale

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



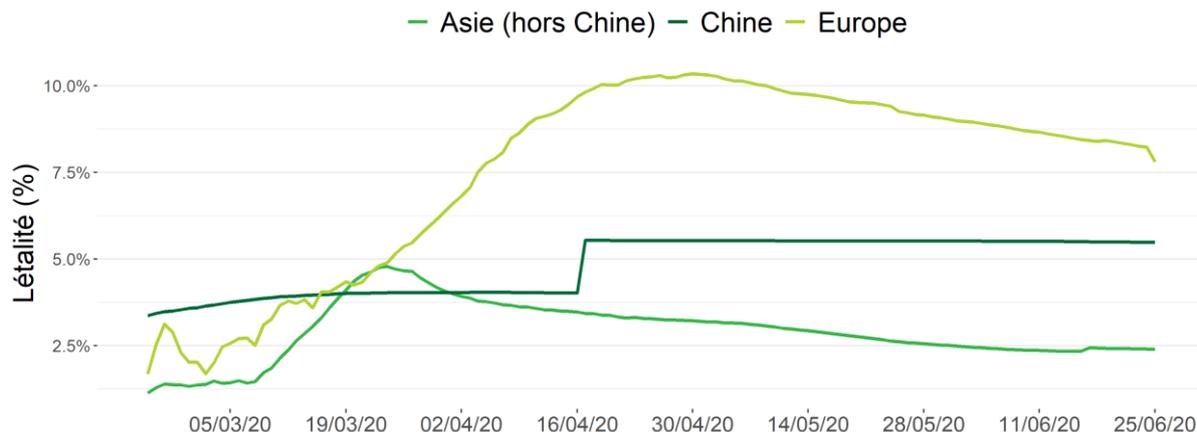
Source : ECDC. Depuis le 13/02/2020, une nouvelle définition de cas a été utilisée en Chine.

### 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



Source : ECDC.

### 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 7,8%. 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 25 JUIN 2020

Pays	Date du 1er cas	Nombre total de cas	Nombre total de décès
Russie	2020-02-01	606 881	8 513
Royaume-Uni	2020-01-31	306 862	43 081
Espagne	2020-02-01	247 086	28 327
Italie	2020-01-31	239 410	34 644
Allemagne	2020-01-28	192 079	8 927
France	2020-01-25	161 348	29 731
Suède	2020-02-01	62 324	5 209
Belgique	2020-02-04	61 106	9 731
Biélorussie	2020-02-28	59 945	362
Pays-Bas	2020-02-28	49 804	6 097
Continent	Date du 1er cas	Nombre total de cas	Nombre total de décès
Amérique du Nord	2020-01-21	2 780 199	157 367
Europe	2020-01-25	2 295 072	188 238
Asie (hors Chine)	2020-01-13	1 961 499	46 969
Amérique du Sud	2020-02-26	1 921 869	76 007
Afrique	2020-02-15	327 245	8 638
Océanie	2020-01-25	8 939	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](http://WWW.INFO-CORONAVIRUS.BE)

**.be**  
Une initiative des autorités belges