

COVID-19

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

(8 JANVIER 2021)

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. Les données journalières peuvent également être consultées sur la [plateforme interactive Epistat](#) et l'[open data](#). Elles sont mises à jour quotidiennement (7/7).

TABLE DES MATIERES

1. Points clés	2
2. Indicateurs clés – Tendances	3
2.1. Tendances	4
2.2. Situation récente	5
2.3. Stratégie de gestion de l'épidémie et projections	6
3. Description de l'épidémie à partir du 31 août 2020	8
3.1. Distribution et évolution des cas de COVID-19	8
3.2. Tests COVID-19	9
3.3. Hospitalisations pour COVID-19	16
3.4. Taux d'occupation des lits en USI	19
3.5. Évolution de la mortalité COVID-19	20
3.6. Surveillance de la mortalité (toutes causes confondues)	23
3.7. Surveillance en maison de repos et de soins	26
3.8. Investigation des clusters: rapport du 28/12/2020 - 03/01/2021	29
3.9. Surveillance des syndromes grippaux par le réseau des médecins vigies	35
3.10. Absences au travail pour cause de maladie	37
3.11. Données issues des Passenger locator forms (PLF)	39
3.12. Ligne de temps: cas confirmés de COVID-19 et réponse à l'épidémie en Belgique	42
4. Modélisation	44
4.1. Taux de reproduction (R_t)	44
4.2. Modèle de prédiction à court terme pour les nouvelles hospitalisations	45
4.3. Modèle de prédiction du taux d'occupation des lits en soins intensifs	46
5. Situation épidémiologique internationale et Européenne	47
5.1. situation internationale	47
5.2. situation Européenne	48
6. Prévention et information	50

1. Points clés

- **Situation générale:** Phase de confinement. Tous les indicateurs sont au-delà des seuils déterminés par la stratégie de gestion: l'incidence sur 14 jours pour le nombre de cas pour la Belgique est de 205/100 000 habitants, l'incidence sur 7 jours pour le nombre d'hospitalisations est de 8,9/100 000 habitants.
- **Nombre de nouveaux cas:** Au niveau national, un ralentissement de la diminution du nombre de nouveaux cas est observé la dernière semaine par rapport à la semaine précédente. La diminution précédemment observée doit être interprétée dans le contexte d'une diminution du nombre de tests effectués.
- **Tests et taux de positivité :** Le nombre de tests effectués a diminué au cours de la période des vacances de Noël. Le taux de positivité global se stabilise autour de 7%, excepté pour le groupe d'âge 10-19 ans pour lequel il est plus élevé .
- **Hospitalisations :** Le nombre de nouvelles hospitalisations diminue au niveau national, mais cette diminution ralentit. Le nombre de lits occupés en soins intensifs est également en diminution.
- **Mortalité :** La mortalité liée au COVID-19 est en diminution sur la dernière semaine par rapport à la semaine précédente. Une surmortalité (toutes causes confondues) limitée est encore observée en Flandre mais plus en Wallonie ni à Bruxelles.
- **Situation dans les maisons de repos :** Au cours de la dernière semaine, le nombre de nouveaux cas en MR/MRS a diminué à Bruxelles et en Wallonie et légèrement en Flandre, par rapport à la semaine précédente. Le nombre de décès parmi les résidents de MR/MRS diminue également.
- **Voyageurs :** Pour la période des vacances de Noël (19 décembre au 3 janvier), 22% des personnes revenant d'une zone rouge et ayant rempli un Passenger Locator Form ont été testées. Il faut noter que la stratégie de dépistage des voyageurs a été adaptée le 01 janvier 2021. Le taux de positivité pour cette période est de 3%.
- **Situation en Europe :** L'incidence cumulée sur 14 jours publiée par l'ECDC¹ (semaine 51 et 52) reste élevée dans les pays limitrophes où elle est supérieure à celle de la Belgique.

¹ ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control): <https://www.ecdc.europa.eu/en>

2. Indicateurs clés – Tendances

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. Les indicateurs clés se focalisent sur les dates de diagnostic, de décès ou d'admission à l'hôpital. Le calcul de ces indicateurs utilise des données de périodes de 7 jours, ainsi que leur comparaison. 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.

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	658 655	1 703	1 664*	-2%
Admis à l'hôpital	48 894***	145,6	130,6**	-10%
Décédés****	19 936	74,9	64,0*	-15%
<i>En hôpital</i>	11 118	41,3	40,6	-2%
<i>En maison de repos</i>	8 656	33,1	23,0	-31%

*Du 29 décembre 2020 au 4 janvier 2021 (données des 3 derniers jours non consolidées).

**Du 1 janvier 2021 au 7 janvier 2021.

***Nombre d'hospitalisations depuis le 15 mars 2020. Vous trouverez des informations plus détaillées sur le nombre d'hospitalisations au point 5 du document [questions fréquemment posées](#).

****Décès toutes localisations incluses.

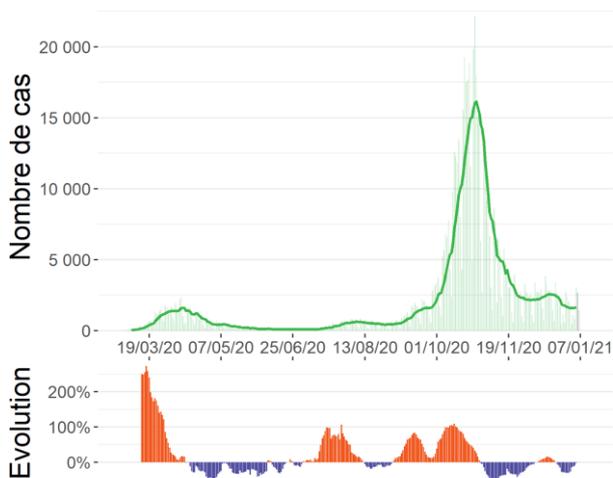
Occupation des lits d'hôpital	Jeudi 31 décembre 2020	Jeudi 7 janvier 2021	Évolution
Nombre de lits d'hôpital occupés	2 188	2 016	-8%
Nombre de lits USI occupés	493	382	-23%

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

2.1. TENDANCES

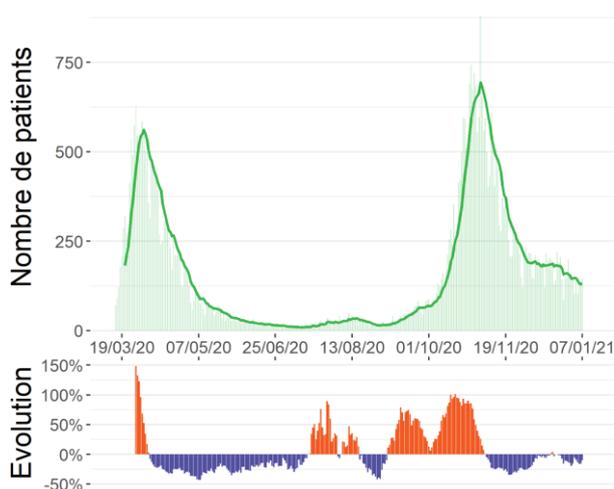
Les quatre indicateurs clés sont présentés ci-dessous avec la moyenne mobile sur 7 jours (ligne verte). Cette moyenne mobile est utilisée pour illustrer une tendance. Cela a entre autre pour conséquence de lisser la courbe et atténuer les variations journalières.

Evolution des nouveaux cas confirmés



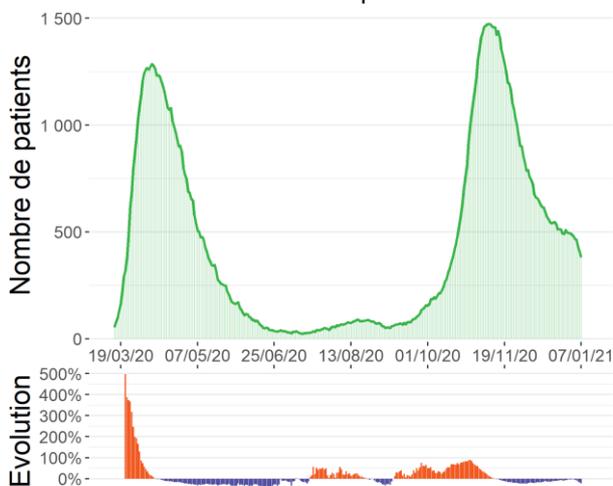
Source : Réseau des laboratoires cliniques et plateforme nationale

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



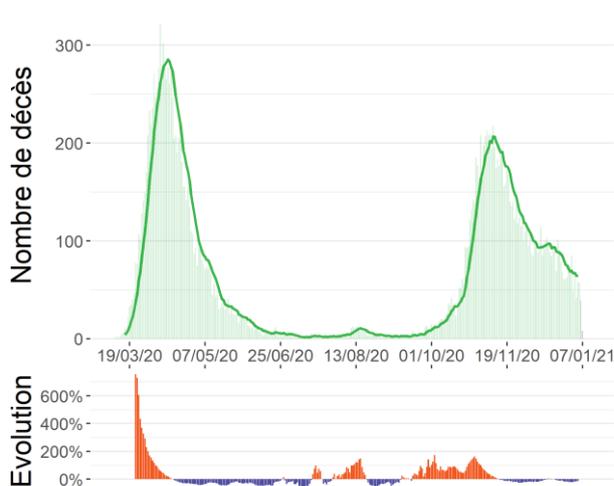
Source : Surveillance des hôpitaux (Sciensano)

Evolution du nombre de patients en USI



Source : Surveillance des hôpitaux (Sciensano)

Evolution du nombre de décès

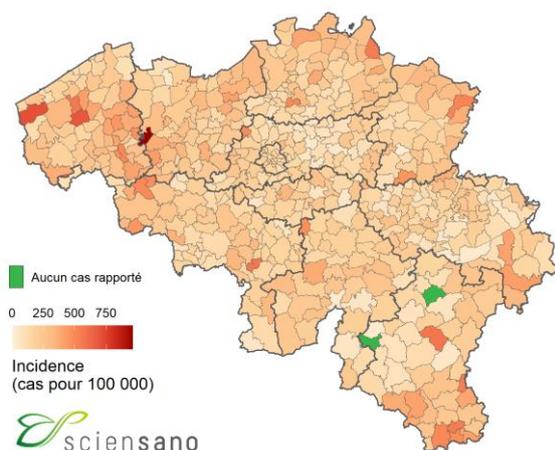


Source : Surveillance mortalité COVID-19 (Sciensano)

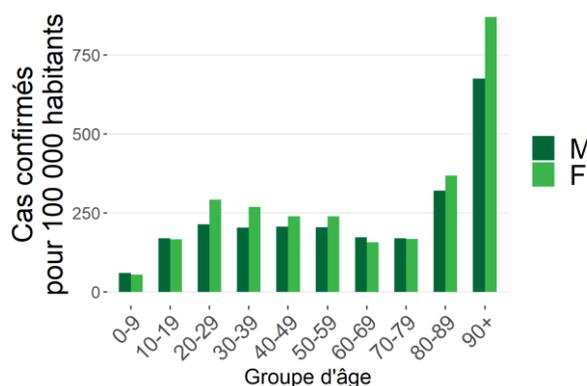
2.2. SITUATION RÉCENTE

Les figures ci-dessous montrent la répartition géographique et la distribution par âge et par sexe pour les 14 derniers jours (données consolidées).

Distribution des cas confirmés par 100 000 habitants entre le 22/12/20 et le 04/01/21



Nombre de cas confirmés par groupe d'âge et sexe par 100 000 habitants entre le 22/12/20 et le 04/01/21



Source : Réseau des laboratoires cliniques et plateforme nationale

Note : L'information sur l'âge et/ou le sexe n'était pas disponible pour 64 cas

La répartition du nombre de nouveaux cas diagnostiqués, ainsi que le temps de doublement des cas (ou réduction de moitié), pour la Belgique, par province, pour la Région bruxelloise, et pour la Communauté germanophone, sont présentés dans le tableau ci-dessous.

	22/12/20- 28/12/20	29/12/20- 04/01/21	Changement (valeur absolue)	Changement (pourcent)	Temps de doublement/ réduction de moitié (jours)	Incidence par 100 000 (14 jours)
Belgique	11 919	11 648	-271	-2%	211	205
Antwerpen	2 017	1 916	-101	-5%	94	210
Brabant wallon	314	399	85	+27%	20	176
Hainaut	1 247	1 228	-19	-2%	316	184
Liège	840	997	157	+19%	28	166
Limburg	1 007	865	-142	-14%	32	213
Luxembourg	354	314	-40	-11%	40	233
Namur	530	428	-102	-19%	23	193
Oost-Vlaanderen	2 038	1 724	-314	-15%	29	247
Vlaams-Brabant	824	914	90	+11%	47	150
West-Vlaanderen	1 630	1 573	-57	-3%	136	267
Région bruxelloise	874	1 071	197	+23%	24	160
Deutschsprachige Gemeinschaft	66	77	11	+17%	31	183

Note : Le temps de doublement (en orange) est une mesure de la croissance exponentielle. Il représente le temps nécessaire pour que le nombre de cas diagnostiqués voit sa valeur doubler. Le temps de réduction de moitié (en vert), au contraire, indique le temps nécessaire pour que le nombre de cas diagnostiqués voit sa valeur diminuer de moitié.

2.3. STRATÉGIE DE GESTION DE L'ÉPIDÉMIE ET PROJECTIONS

La stratégie de gestion de l'épidémie repose sur des critères qui visent à engager une prise de décision politique quant aux mesures à appliquer ou à assouplir lorsque que les critères sont atteints et que l'évaluation hebdomadaire de la situation épidémiologique, qui tient aussi compte de ces critères, en souligne le besoin.

Deux phases ont été identifiées : la phase de confinement quand les seuils définis sont dépassés ; et la phase de contrôle quand les indicateurs se trouvent sous les seuils définis.

Les critères restent principalement basés sur les indicateurs d'incidence cumulée sur 14 jours pour le nombre de cas et l'incidence cumulée sur 7 jours pour le nombre d'hospitalisations. Ils sont associés différemment selon la phase de confinement ou la phase de contrôle.

Pour sortir de la phase de confinement, les indicateurs devront atteindre les seuils suivants:

- **Nouvelles hospitalisations < 75** par jour au niveau national pour une période consécutive de 7 jours (ce qui correspond à une incidence cumulée sur 7 jours < 4,5/100.000 habitants) ET **Rt hospitalisations < 1**

ET

- **Nouveaux cas < 100/100 000** habitants sur 14 jours (ce qui correspond à ~800 cas par jour) pour une période consécutive de 3 semaines ET **Rt cas < 1**

Le dépassement des seuils des indicateurs suivants permet de signaler un franchissement hors de la phase de contrôle:

- **Nouveaux cas >100/100 000** habitants sur 14 jours au niveau national (ce qui correspond à ~800 cas par jour) ET un taux de positivité >3%

OU

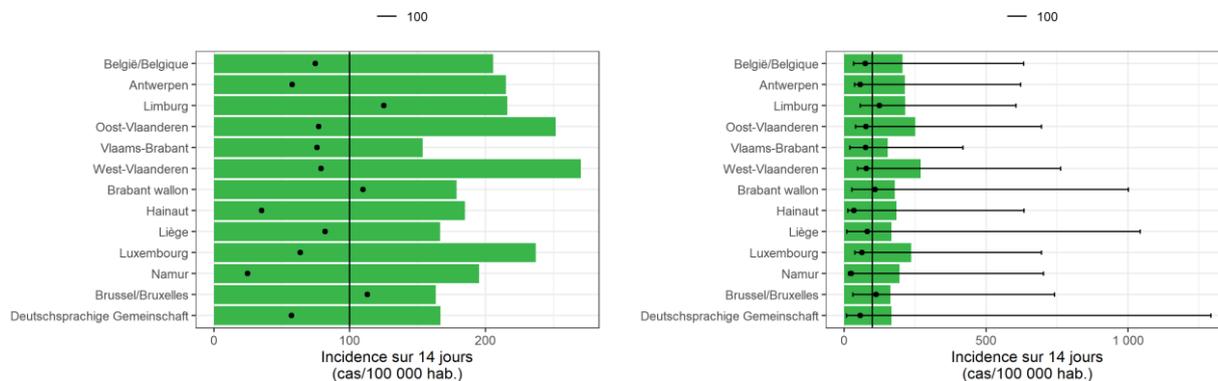
- **Nouvelles hospitalisations > 75** par jour au niveau national pour une période consécutive de 7 jours (ce qui correspond à une incidence cumulée sur 7 jours > 4,5/100.000 habitants)

Les figures ci-dessous montrent l'incidence observée sur 14 jours pour le nombre de cas et l'incidence sur 7 jours pour le nombre d'hospitalisations. Ces incidences sont représentées par des barres horizontales vertes. Pour chaque figure, le niveau seuil d'incidence est indiqué par la ligne verticale correspondante.

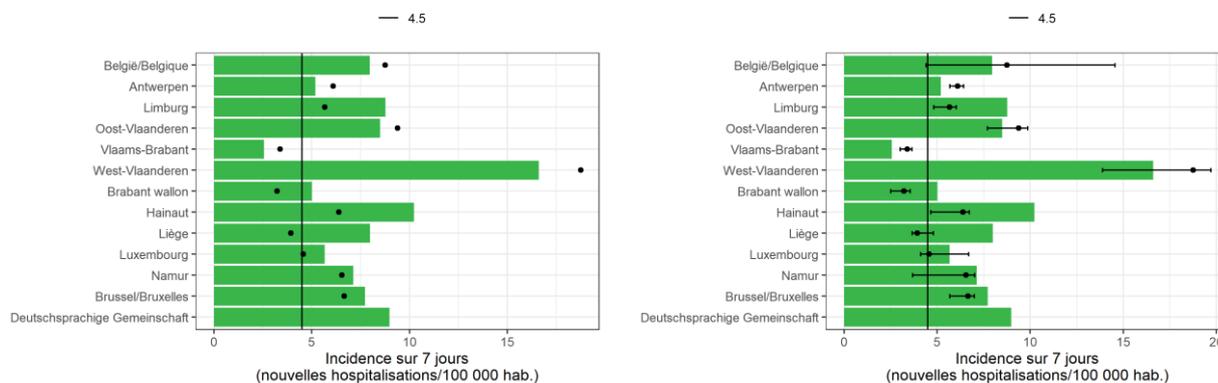
Des projections du niveau d'incidence dans les 14 jours à venir (pour le nombre de cas) ou dans les 7 jours à venir (pour le nombre d'hospitalisations) sont calculées et indiquées par les points noirs dans les figures ci-dessous. Les intervalles de confiance pour ces projections (intervalle de prédiction) sont indiqués sur les figures de droite.

Les projections sont calculées sur base d'un modèle bayésien. Le modèle utilisé pour les projections du nombre de cas et des hospitalisations au niveau des provinces diffère du modèle utilisé pour les projections au niveau de la Belgique, ce dernier étant plus précis car basé sur un nombre d'indicateurs plus large.

Incidence sur 14 jours (barres vertes) et projections (points noirs) sur 14 jours pour le nombre de cas, (07/01/2021)



Incidence sur 7 jours (barres vertes) et projections sur 7 jours (points noirs) pour le nombre d'hospitalisations (07/01/2021)



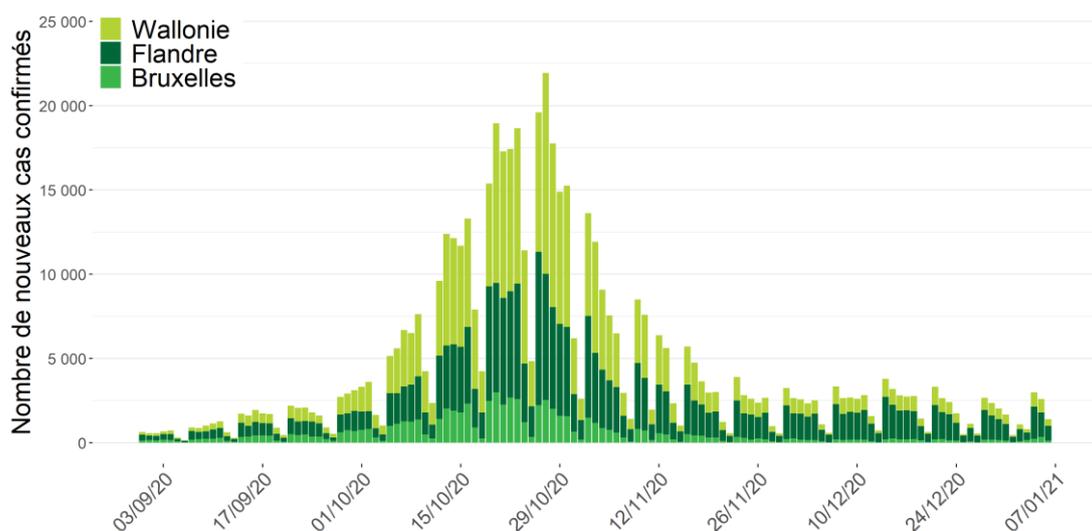
3. Description de l'épidémie à partir du 31 août 2020

Nous présentons les données à partir de la semaine du 31 août 2020, semaine qui marque le début de la deuxième vague de l'épidémie. Vous trouverez plus d'informations concernant les vagues et leur détermination à la question 2.2 du document [Questions Fréquemment Posées](#).

3.1. DISTRIBUTION ET ÉVOLUTION DES CAS DE COVID-19

Au cours de la période du 29 décembre 2020 au 4 janvier 2021, 11 648 nouveaux cas ont été diagnostiqués. Parmi ces 11 648 nouveaux cas, 6 992 (60%) étaient rapportés en Flandre, 3 366 (29%) en Wallonie, dont 77 cas pour la communauté germanophone, et 1 071 (9%) à Bruxelles. Données non disponibles ou résidence à l'étranger pour 219 cas (2%).

Evolution du nombre de cas confirmés par région* et par date de diagnostic** à partir du 31/08/20



Source : CNR, laboratoires clinique et plateforme nationale. Cas rapportés à Sciensano au 7 janvier 2021, à 6 heures.

*Lorsque le code postal de la personne est manquant, la région du laboratoire qui a effectué le test a été prise en compte (excepté pour le CNR).

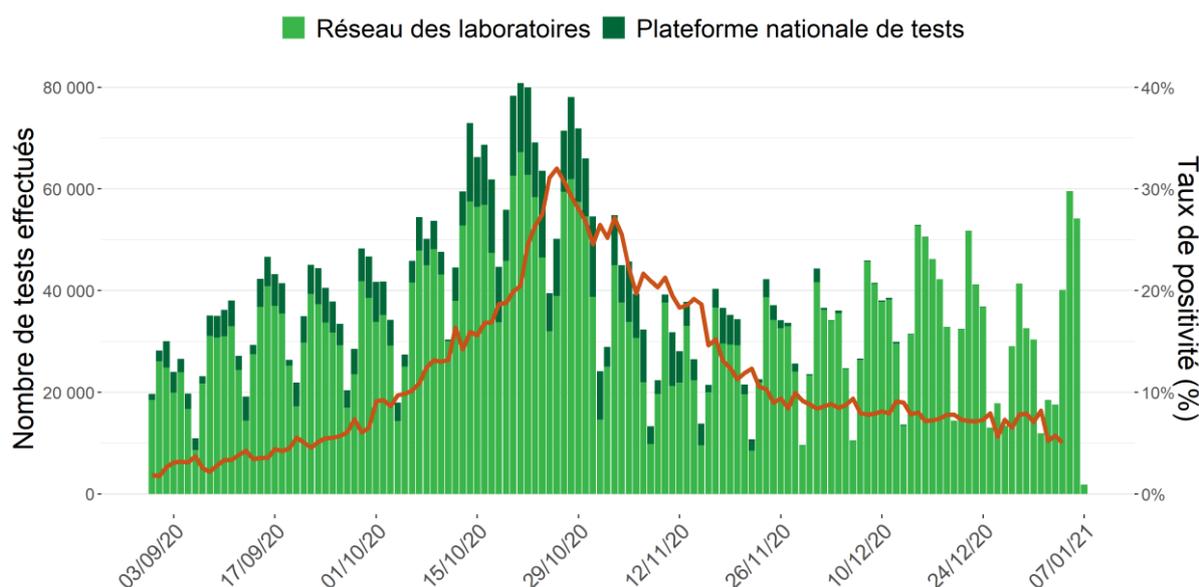
**En raison de l'utilisation de la date de diagnostic, les données des trois derniers jours doivent encore être consolidées. Lorsque la date de diagnostic est manquante, la date de rapportage est utilisée.

3.2. TESTS COVID-19

3.2.1. Tests COVID-19 effectués par le réseau des laboratoires et la plateforme nationale de tests et taux de positivité par province et par tranche d'âge

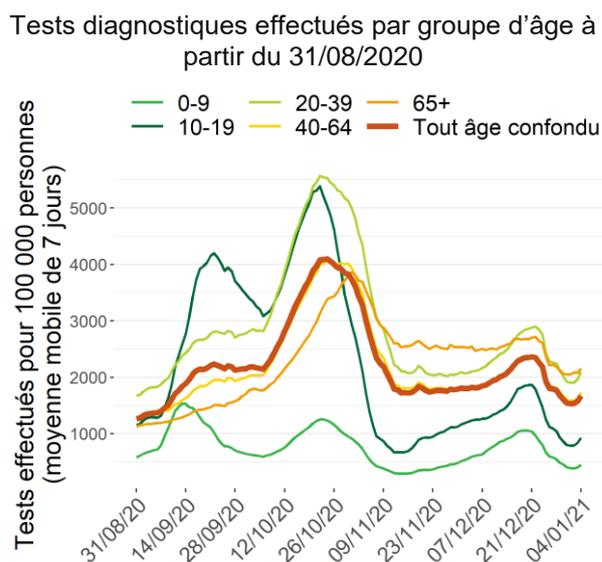
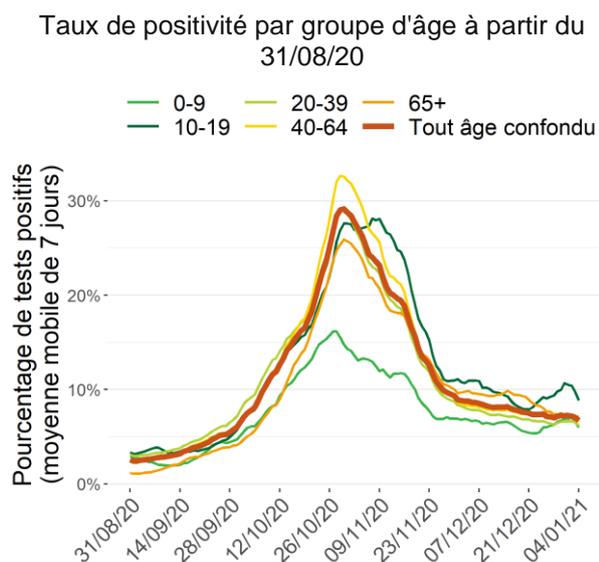
Au cours de la période du 29 décembre 2020 au 4 janvier 2021, 192 571 tests ont été effectués, soit une moyenne journalière de 27 510 tests.

Tests diagnostiques effectués par la plateforme nationale de tests et par les laboratoires cliniques, par jour à partir du 31/08/20



Note: Les données des 72 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.

Au cours de la période du 29 décembre 2020 au 4 janvier 2021, le taux moyen de positivité pour la Belgique est de 6,7%.



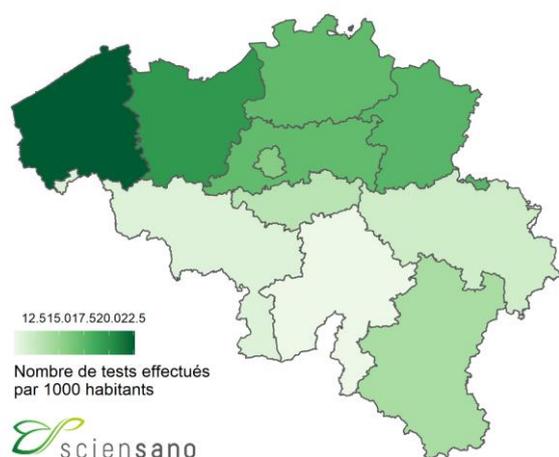
Note: les données des trois derniers jours doivent encore être consolidées

Le tableau ci-dessous présente la répartition pour la Belgique, par province, pour la Région bruxelloise et pour la Communauté germanophone, du **nombre de tests réalisés**, nombre de tests positifs et le taux de positivité pour la période du 29 décembre 2020 au 4 janvier 2021 (dernière semaine de données consolidées).

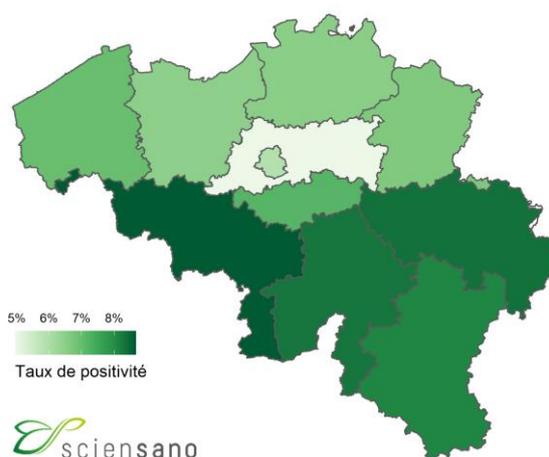
	Nombre de tests	Nombre de tests/ 100 000 hab	Nombre de tests positifs	% de tests positifs*
Belgique	192 571	1 676	12 951	6,7%
Antwerpen	32 390	1 732	2 110	6,5%
Brabant wallon	5 362	1 321	386	7,2%
Hainaut	15 275	1 134	1 325	8,7%
Liège	13 354	1 203	1 117	8,4%
Limburg	15 487	1 765	1 032	6,7%
Luxembourg	4 041	1 409	328	8,1%
Namur	5 207	1 050	433	8,3%
Oost-Vlaanderen	30 144	1 976	1 951	6,5%
Vlaams-Brabant	19 946	1 726	990	5,0%
West-Vlaanderen	27 126	2 259	1 888	7,0%
Région bruxelloise	19 205	1 576	1 131	5,9%
Deutschsprachige Gemeinschaft	836	1 072	80	9,6%

*Afin de refléter le nombre total de tests réellement effectués en Belgique, nous avons fait le choix de calculer le taux de positivité (% de tests positifs) en utilisant le nombre total de tests positifs sur le nombre total de tests effectués. Vous trouverez des informations plus détaillées sur le taux de positivité au point 4 du document « [questions fréquemment posées](#) »

Nombre de tests effectués par province, par 1000 habitants entre le 29/12/20 et le 04/01/21



Taux de positivité par province entre le 29/12/20 et le 04/01/21

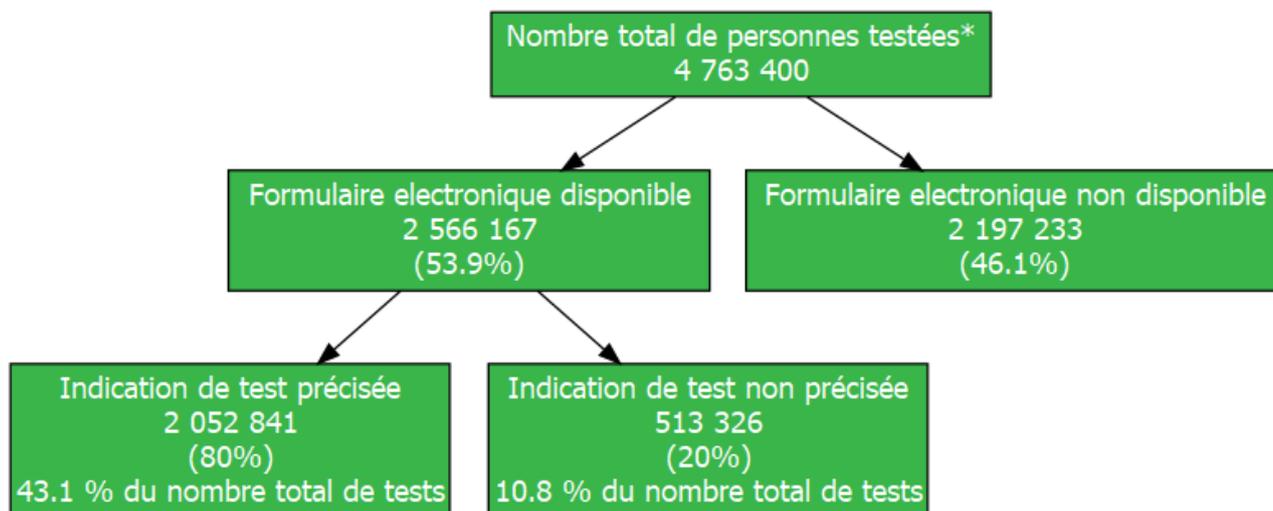


3.2.2. Indication de test via formulaires électroniques pour les médecins généralistes (e-form) ou pour les hôpitaux (formulaire électronique pour la prescription des tests)

Les formulaires électroniques ont pour objectif la déclaration obligatoire de cas possibles. Ils doivent être rempli entre autres par le médecin généraliste (e-form) ou à l'hôpital (formulaire électronique pour la prescription des tests) lors de la demande de test de laboratoire. Ils contiennent les différentes indications de test et sont essentiels pour pouvoir commencer le suivi des contacts.

Les données des formulaires électroniques sont disponibles depuis le 1^{er} septembre 2020. Cependant, il est important de souligner que tous les tests ne sont pas associés à un formulaire électronique et que tous les formulaires électroniques ne précisent pas l'indication de test. La figure ci-dessous montre la proportion de tests associés à un formulaire électronique et précisant une indication de test.

Nombre de tests effectués et proportions de formulaires électroniques disponibles et d'indications de test précisées, depuis le 1^{er} septembre



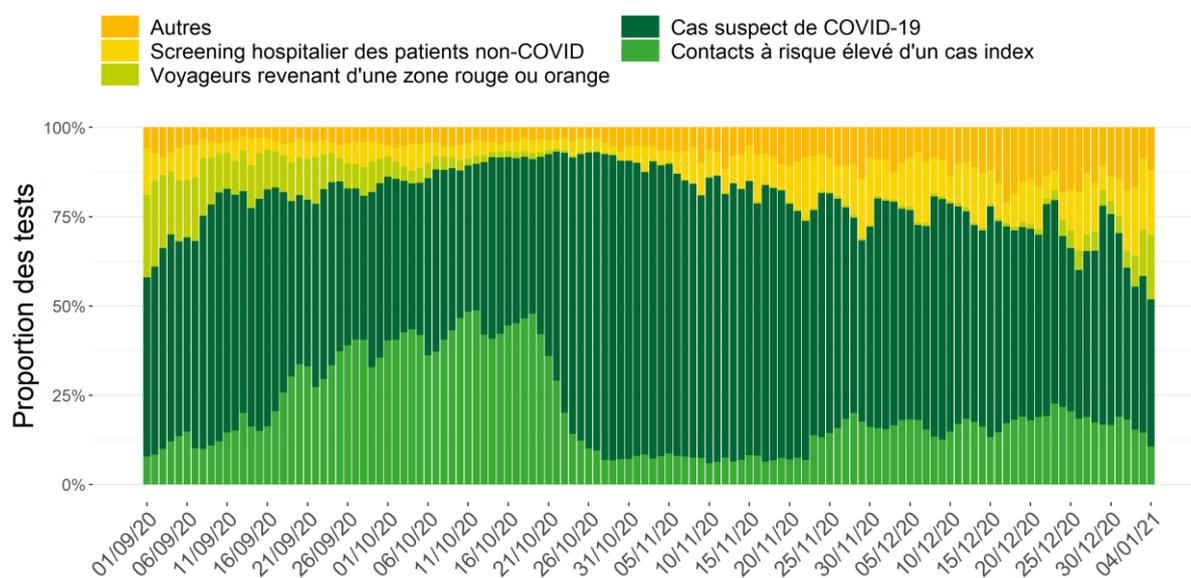
*source: base de donnée de la plateforme Healthdata.be. Ces données ne peuvent être comparés aux données rapportées dans le bulletin épidémiologique, dashboard ou open data qui jusqu'au 26 septembre 2020 utilisaient les données des laboratoires cliniques et de la plateforme nationale. Pour l'analyse des e-forms, la base de données des résultats de tests est fusionnée avec la base de données des prescriptions de tests. Cette fusion de base de données est nécessaire pour obtenir des informations supplémentaires sur les tests effectués, comme par exemple la raison de prescription ou l'apparition de symptômes. Le processus de fusion entraîne une légère baisse du nombre total de tests effectués dans le flux de données des e-forms.

Les formulaires électroniques représentent essentiellement les tests effectués via les médecins généralistes. Pour les tests effectués dans les hôpitaux par exemple, plusieurs formulaires de notification doivent être remplis et il n'est pas toujours possible de remplir un formulaire supplémentaire. Dans les centres de tri et les collectivités, un système de notification différent est utilisé. De plus, certains formulaires électroniques ne mentionnent pas l'indication de tests, cela est dû à l'utilisation de versions antérieures qui ne contiennent pas d'information sur les indications de tests.

La figure ci-dessous montre la distribution des indications de tests depuis le 1^{er} septembre 2020.

Sur la dernière semaine, du 28 décembre 2020 au 3 janvier 2021, 83 903 (47.5 %) tests effectués avaient un formulaire électronique disponible. Parmi les formulaires électroniques disponibles, 58 217 (69.4 %) ont précisé l'indication de test. Cela signifie que les indications de test reprises ci-dessous concernent 33 % du nombre total de tests effectués pendant cette période.

Distribution des indications de test pour les formulaires électroniques disponibles, en pourcentage, pour la période du 01/09/20 au 04/01/21

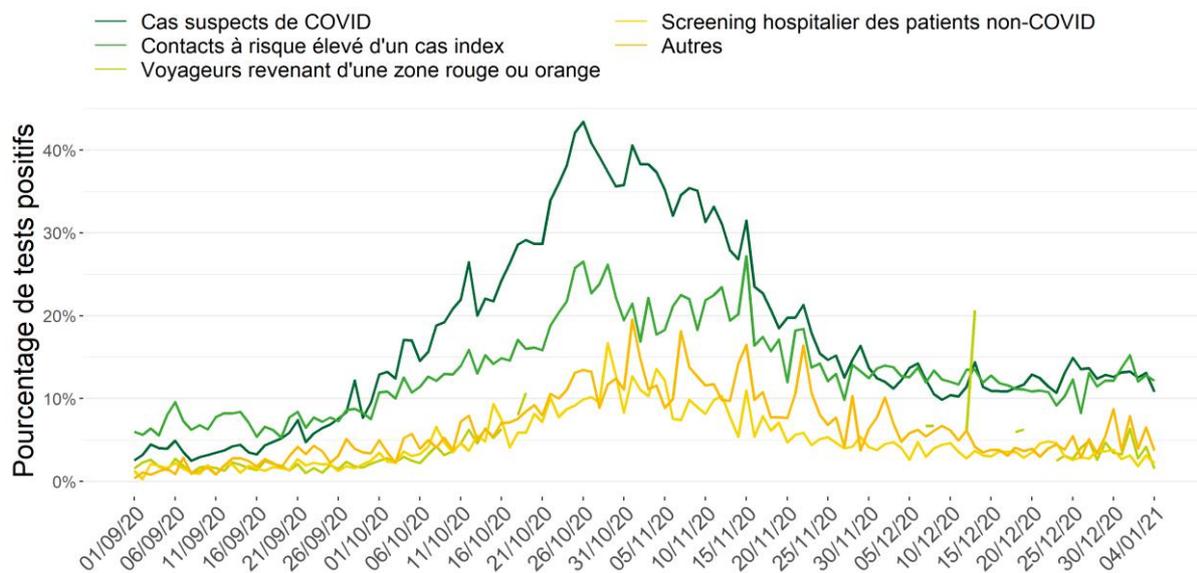


Attention, la stratégie de test peut varier (tests nécessaires ou non pour certaines catégories, nécessité d'un formulaire électronique ou non) Ces changements de stratégie se reflètent dans les graphes montrés.

Les figures ci-dessous montrent le taux de positivité pour chaque indication de test, et le taux de positivité pour les patients symptomatiques ou asymptomatiques.

Le taux de positivité n'est présenté ci-dessous que si le nombre de tests effectués pour chaque catégorie représente plus de 0,5 % du nombre total de tests.

Évolution du taux de positivité par indication de test pour les formulaires électroniques disponibles, pour la période du 01/09/20 au 04/01/21



Taux de positivité en fonction de la présence ou non de symptômes pour les formulaires électroniques disponibles, en pourcentage, pour la période du 01/09/20 au 04/01/21



3.2.3. Délai moyen entre l'apparition des symptômes et l'appel du contact center

La figure ci-dessous donne un aperçu de la performance du processus de testing en Belgique. Elle montre l'évolution du délai moyen entre l'apparition des symptômes et l'appel téléphonique du contact center (CC) au patient. Ce délai est subdivisé en cinq composantes: de l'apparition des symptômes à la consultation (vert foncé), de la consultation au prélèvement (vert), du prélèvement au résultat du test (vert clair), du résultat du test au ticket² envoyé au CC (jaune) et de l'appel du CC au patient (orange). La date de référence sur l'axe des abscisses est la date du résultat du test, et si non disponible, la date de l'envoi du ticket au CC.

Le délai entre l'apparition des symptômes et la consultation d'un médecin représente la part la plus importante du délai total. Viennent ensuite le temps écoulé entre le prélèvement et le résultat du test et le temps écoulé entre le moment où le ticket est envoyé au CC et le moment où le CC téléphone au patient. Les délais entre la consultation et le prélèvement et entre la disponibilité du résultat et la création d'un ticket au CC sont par contre beaucoup plus courts.

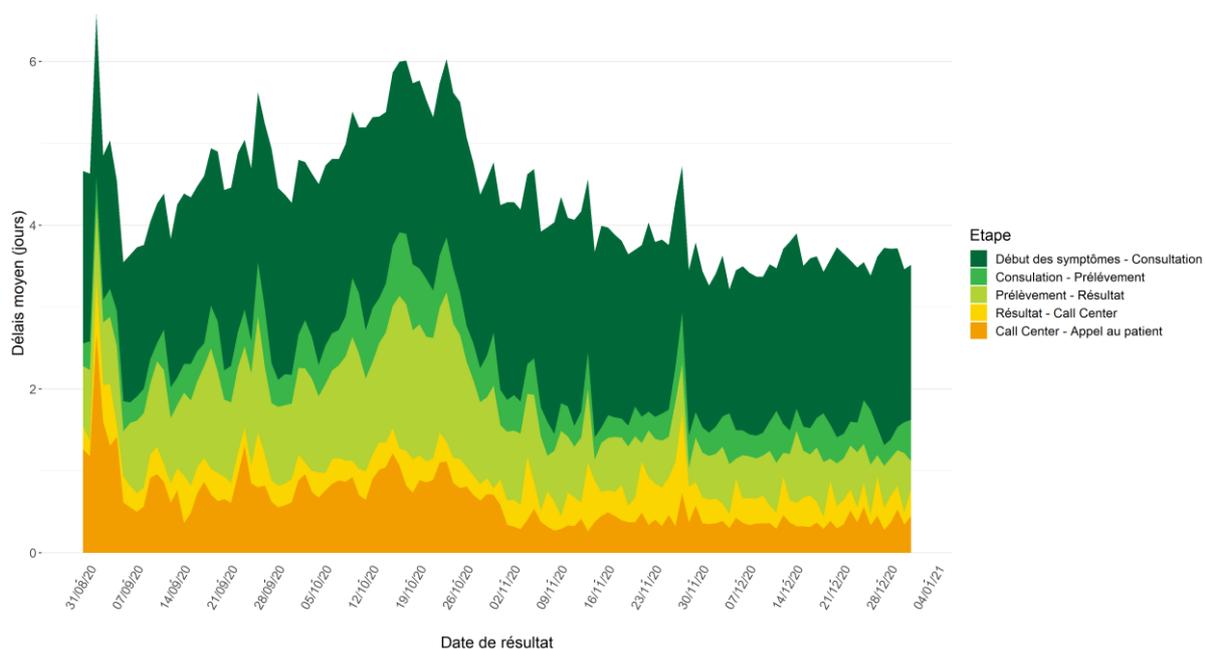
Des variations quotidiennes sont observées, elles sont essentiellement dues aux week-ends et aux jours fériés. Il convient également de souligner que certains de ces délais moyens sont calculés sur base d'un faible nombre d'observations. C'est notamment le cas pour les délais calculés au début du mois de septembre pour le délai entre le résultat du test et l'envoi du ticket au CC et le délai entre l'envoi du ticket au CC et l'appel du patient.

Des tendances plus globales sont également observées. Par exemple, les délais entre la consultation et le prélèvement et entre le prélèvement et le résultat du test ont commencé à augmenter un peu avant le changement de stratégie de test mis en place le 21 octobre 2020. Ces délais accrus reflètent le dépassement de la capacité de testing à cette période. Entre le 21 octobre et le 22 novembre 2020, les contacts à haut risque asymptomatiques et les voyageurs revenant de zones rouges n'ont temporairement pas été testés. Les délais entre consultation et prélèvement et entre prélèvement et résultats ont en conséquence diminué à la fin du mois d'octobre 2020. En outre, le délai entre la création du ticket au CC et l'appel au patient a clairement diminué depuis début novembre 2020.

En raison de la nécessité de consolider les données, il est encore trop tôt pour voir l'impact éventuel de la reprise du testing pour les contacts à haut risque asymptomatiques et les voyageurs revenant de zones rouges.

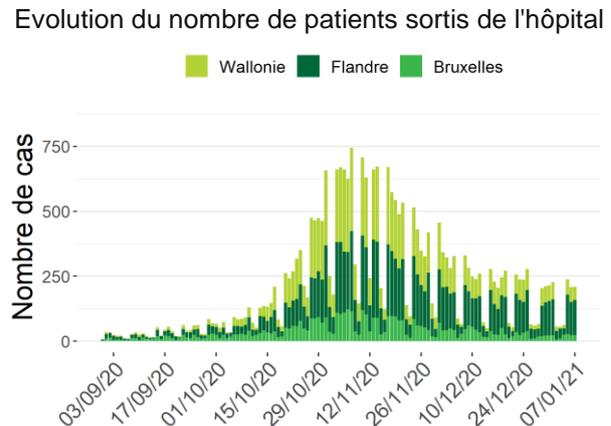
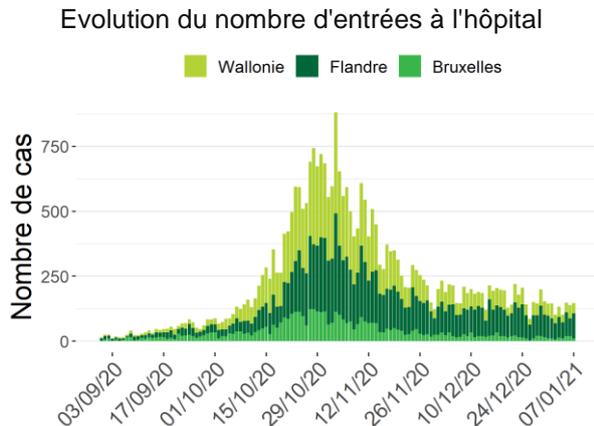
² la dénomination "ticket" fait référence au message d'activation envoyé au CC pour chaque résultat positif reçu.

Evolution du délai moyen entre l'apparition des symptômes et l'appel du CC au patient à partir du 01/09/20, subdivisé en 5 composantes



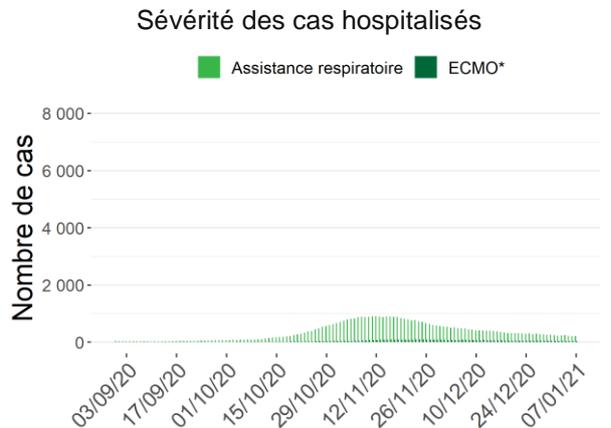
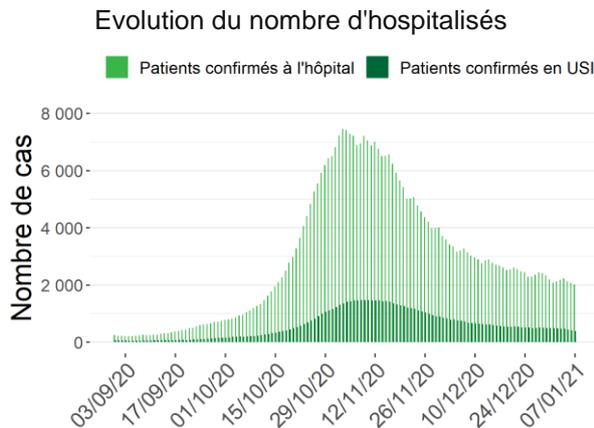
3.3. HOSPITALISATIONS POUR COVID-19

Au cours de la période du 1 janvier 2021 au 7 janvier 2021, 914 patients avec COVID-19 confirmés en laboratoire ont été hospitalisés et 1 054 personnes ont quitté l'hôpital.



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

Le 7 janvier 2021, 2 016 lits d'hôpital dont 382 lits en unité de soins intensifs étaient occupés par des patients COVID-19 confirmés en laboratoire ; 214 patients nécessitaient une assistance respiratoire et 35 une ECMO. Au cours des 7 derniers jours, le nombre total de lits d'hôpital occupés a diminué de 172, dont 111 lits occupés en soins intensifs de moins.



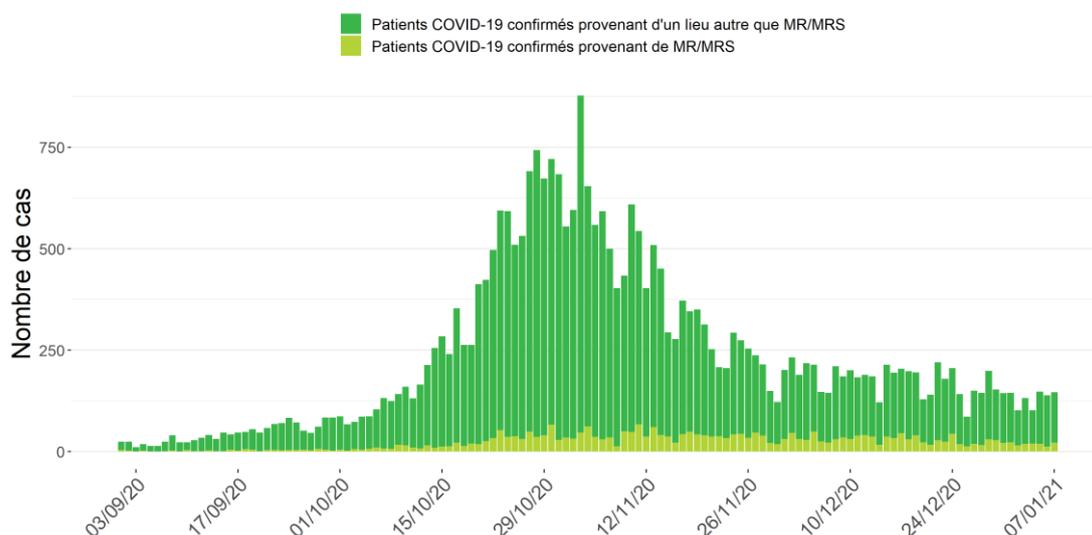
*Nombre d'hôpitaux participants : 104 (7 janvier 2021)

*ECMO: Oxygénation par membrane extra-corporelle

Le nombre de nouvelles hospitalisations que nous rapportons comprend uniquement les patients présentant une infection COVID-19 confirmée et admis en raison de celle-ci. Les patients admis en raison d'une pathologie différente mais ayant un test positif au COVID-19 sont exclus. Les admissions hospitalières de patients avec une infection COVID-19 confirmée sont classées dans le graphe ci-dessous en fonction de la provenance des patients. Cela nous permet d'avoir une vue sur le nombre de nouveaux patients COVID-19 venant d'une maison de repos ou d'une autre institution de soins de longue durée.

Sur les 914 admissions rapportées pour la période du 1 janvier 2021 au 7 janvier 2021, 853 nouvelles admissions ont été rapportées avec une distinction selon la provenance du patient. Pour cette période, 130 (sur les 853) admissions provenaient d'une maison de repos/et de soins ou d'un autre établissement de soins de longue durée.

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

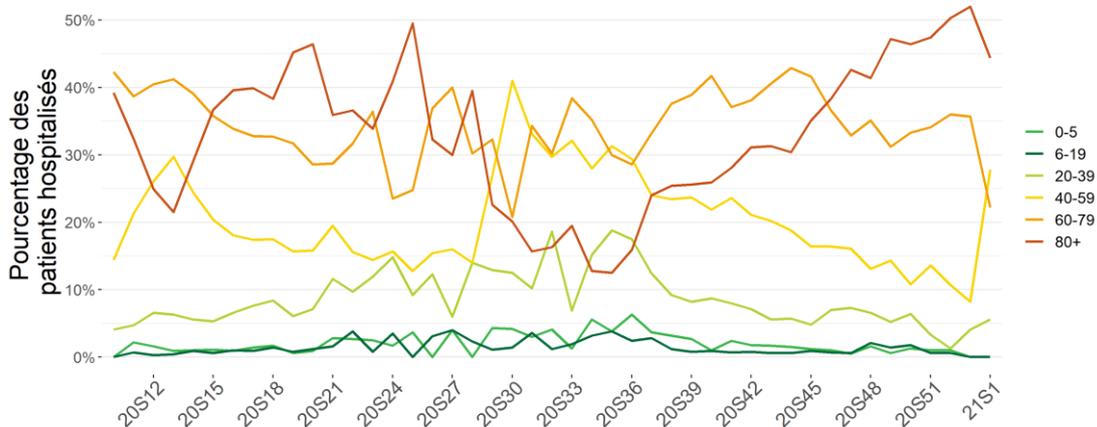


La surveillance clinique des patients COVID-19 hospitalisés permet de suivre l'évolution de l'âge des patients admis dans les hôpitaux. Ces données sont représentatives des caractéristiques des patients au niveau national. Cependant la surveillance clinique n'est pas exhaustive, les résultats sont donc présentés en pourcentages et non en nombres (ceux-ci donneraient une sous-estimation du nombre total de patients).

Depuis le début de l'épidémie, 47 % des patients hospitalisés sont des femmes, 53 % des hommes.

Les figures ci-dessous montrent l'évolution de la répartition par âge (par semaine) et des problèmes de santé préexistants (par mois) des patients COVID-19 hospitalisés.

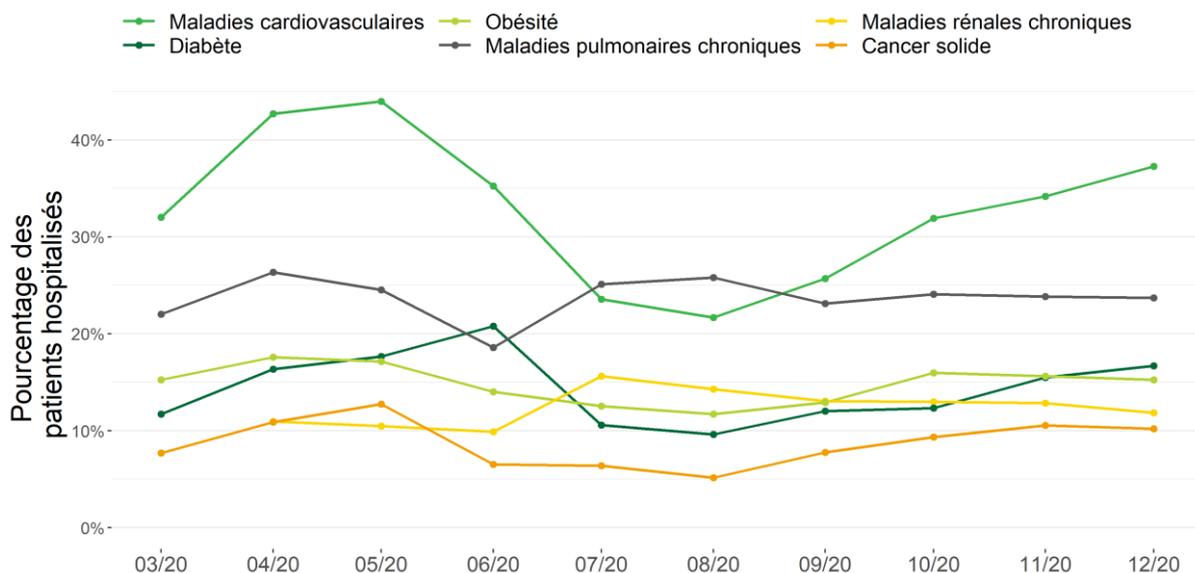
Évolution par semaine de la répartition par âge des patients admis à l'hôpital



Note: les données des quatre dernières semaines sont susceptibles d'évoluer à cause de changements apportés de façon rétrospective.

Parmi tous les patients hospitalisés pour COVID-19 depuis le début de l'épidémie, 33 % avaient une maladie cardiovasculaire, 23 % le diabète, 15 % une maladie pulmonaire chronique, 11 % de l'obésité, 13 % une maladie rénale chronique et 9 % un cancer solide. Il est important de garder à l'esprit qu'une même personne peut avoir plusieurs problèmes de santé préexistants.

Évolution par mois des problèmes de santé préexistants des patients hospitalisés COVID-19



3.4. TAUX D'OCCUPATION DES LITS EN USI

Le plan d'urgence des hôpitaux est coordonné par le Comité Hospital & Transport Surge Capacity, composé de représentants de différentes autorités, de la Défense, des coupoles hospitalières, du comité scientifique et d'autres experts. Le plan comprend plusieurs phases.

De base, les hôpitaux réservent en permanence 15% du nombre total de lits de soins intensifs accrédités pour des patients COVID-19 confirmés.

En fonction du taux d'occupation des lits en USI, il peut être décidé de passer vers la phase 1 et de mettre davantage de lits d'USI accrédités à disposition de patients COVID-19. S'il cela n'est pas suffisant, en phase 2, des lits d'USI supplémentaires peuvent être créés.

Le tableau ci-dessous rapporte le nombre de patients COVID-19 en USI pour la Belgique, par province et pour la Région bruxelloise en date du 7 janvier 2021. Le taux d'occupation des lits USI est calculé sur base du nombre de lits USI accrédités.

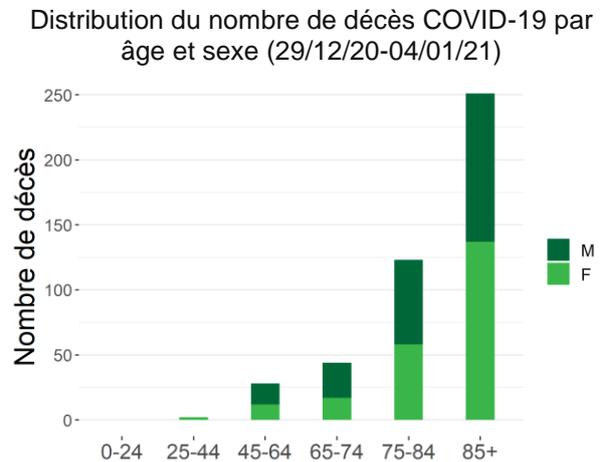
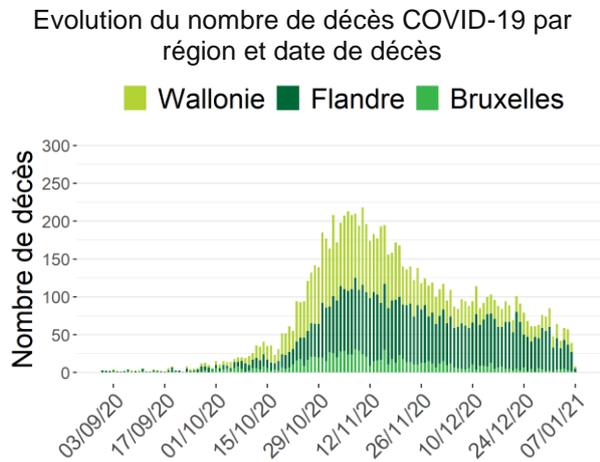
	Nombre de lits USI accrédités*	Nombre de patients COVID-19 en USI	Estimation du taux d'occupation de lits USI accrédités par des patients COVID-19
Belgique	1992	382	19%
Antwerpen	301	66	22%
Brabant wallon	23	2	9%
Hainaut	259	58	22%
Liège	230	39	17%
Limburg	145	16	11%
Luxembourg	43	5	12%
Namur	97	23	24%
Oost-Vlaanderen	265	63	24%
Vlaams-Brabant	139	9	6%
West-Vlaanderen	221	43	19%
Région bruxelloise	269	58	22%

*Nombre total de lits USI accrédités en novembre 2020. Celui-ci comprend à la fois les lits USI mis à disposition des patients COVID-19 et les lits USI disponibles pour les autres patients.

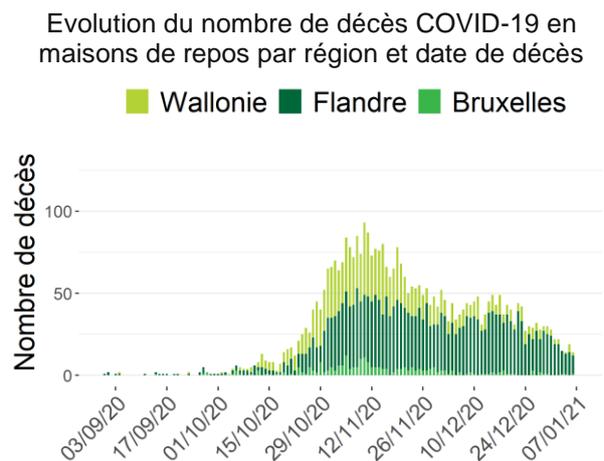
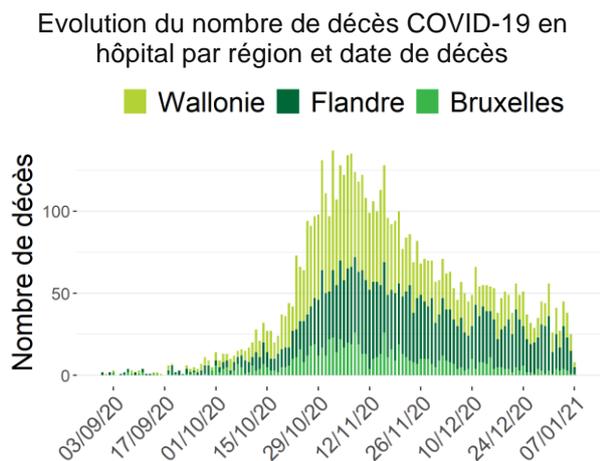
3.5. ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ COVID-19

3.5.1. Mortalité par région

Pour la période du 29 décembre 2020 au 4 janvier 2021, 448 décès ont été rapportés; 304 en Flandre, 121 en Wallonie et 23 à Bruxelles. Les décès sont présentés par date de décès, et classés par région en fonction du lieu de décès.



Note : Les données des dernières 72 heures doivent encore être consolidées.



Note : Les données des dernières 72 heures doivent encore être consolidées.

Total des décès rapportés du 29 décembre 2020 au 4 janvier 2021

Lieu de décès	Flandre		Bruxelles		Wallonie		Belgique	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hôpital	164	54%	19	83%	101	83%	284	63%
<i>Cas confirmés</i>	157	96%	18	95%	101	100%	276	97%
<i>Cas possibles</i>	7	4%	1	5%	0	0%	8	3%
Maison de repos	138	45%	4	17%	19	16%	161	36%
<i>Cas confirmés</i>	135	98%	4	100%	19	100%	158	98%
<i>Cas possibles</i>	3	2%	0	0%	0	0%	3	2%
Autres collectivités résidentielles	2	1%	0	0%	1	1%	3	1%
Domicile et autre	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Inconnu	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	304	100%	23	100%	121	100%	448	100%

*Les décès à l'hôpital incluent les résidents de maison de repos et maison de repos et de soin qui décèdent à l'hôpital. Des analyses complémentaires concernant les décès des résidents de maison de repos sont présentés dans le chapitre 2.7 sur les maisons de repos.

Total cumulé des décès rapportés du 31 août 2020 au 4 janvier 2021

Lieu de décès	Flandre		Bruxelles		Wallonie		Belgique	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hôpital	2 601	53%	833	78%	2 668	68%	6 102	61%
<i>Cas confirmés</i>	2 536	98%	813	98%	2 636	99%	5 985	98%
<i>Cas possibles</i>	65	2%	20	2%	32	1%	117	2%
Maison de repos	2 308	47%	235	22%	1 238	32%	3 781	38%
<i>Cas confirmés</i>	2 210	96%	224	95%	1 185	96%	3 619	96%
<i>Cas possibles</i>	98	4%	11	5%	53	4%	162	4%
Autres collectivités résidentielles	25	1%	2	0%	22	1%	49	0%
Domicile et autre	0	0%	3	0%	0	0%	3	0%
Inconnu	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	4 934	100%	1 073	100%	3 928	100%	9 935	100%

*Les décès à l'hôpital incluent les résidents de maison de repos et maison de repos et de soin qui décèdent à l'hôpital. Des analyses complémentaires concernant les décès des résidents de maison de repos sont présentés dans le chapitre 2.7 sur les maisons de repos.

Pour plus d'informations sur le lieu de décès, veuillez consulter le point 6 du document [questions fréquemment posées](#).

3.5.2. Mortalité par province

Le tableau ci-dessous indique la répartition des décès survenus du 28 décembre 2020 au 03 janvier 2021 ainsi que le taux de décès par 100 000 habitants, par province et pour la Région bruxelloise.

Provinces*	Nombre de décès	Taux de décès par 100 000 habitants
Antwerpen	74	3.96
Brabant wallon	18	4.43
Hainaut	54	4.01
Liège	27	2.43
Limburg	22	2.51
Luxembourg	14	4.88
Namur	14	2.82
Oost-Vlaanderen	94	6.16
Vlaams-Brabant	28	2.42
West-Vlaanderen	88	7.33
Région bruxelloise	19	1.56

* Quand la province de résidence n'est pas connue, la province où le décès a eu lieu a été utilisé

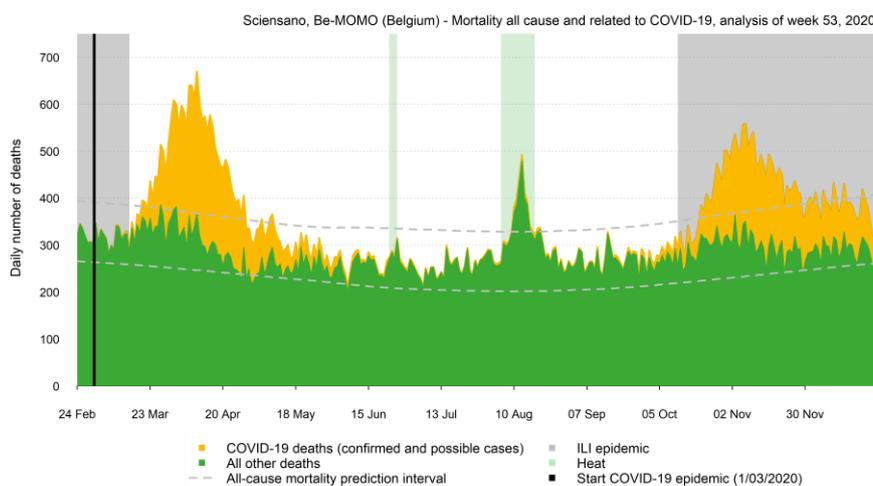
3.6. SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ (TOUTES CAUSES CONFONDUES)

3.6.1. Be-MOMO (Belgium Mortality Monitoring)

En Belgique, la surveillance de la mortalité (toutes causes confondues), Be-MOMO, est basée sur les données du Registre National. Il y a 2 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/>.

Le nombre de décès toutes causes confondues a considérablement augmenté à partir de la semaine 43 (19 au 25 octobre) avec 7 748 décès supplémentaires en Belgique (40% d'excès de mortalité), dont 3 465 décès supplémentaires (43% d'excès de mortalité) dans le groupe d'âge des 65-84 ans et 3 792 décès supplémentaires (44% d'excès de mortalité) chez les plus de 85 ans. La surmortalité est particulièrement prononcée en Wallonie avec 3 785 décès supplémentaires depuis la semaine 43 (58% d'excès de mortalité). En Flandre, il y a 3 259 décès supplémentaires (30% d'excès de mortalité) et à Bruxelles, le nombre de décès supplémentaires est de 734 décès (41%). La surmortalité se maintient en Flandre avec 4 jours de surmortalité en semaine 51, principalement chez les plus de 65 ans. Il n'y a plus de surmortalité en Wallonie depuis le 14 décembre (semaine 51). Depuis le 30 novembre (semaine 49), il n'y a plus de surmortalité à Bruxelles.

Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID 19 soustraite, jusqu'au 27/12/20 (sur base des données collectées jusqu'au 02/01/21), Belgique

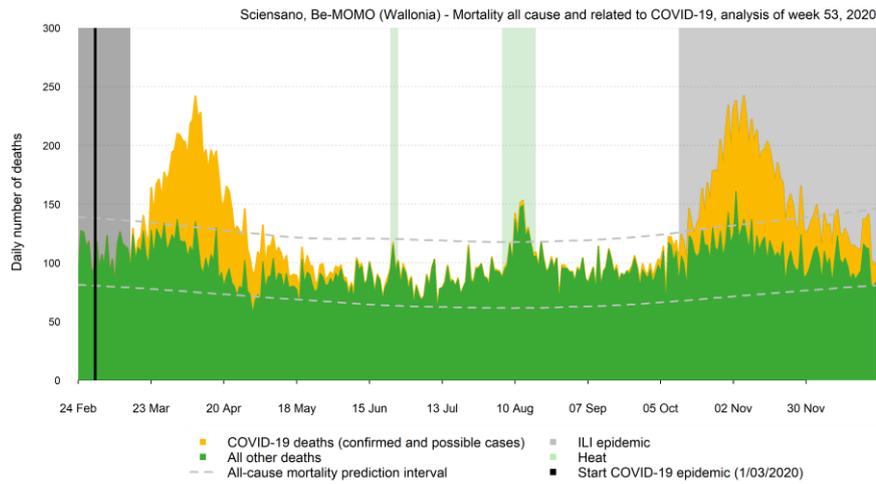


Comment lire ce graphique ? Quand le nombre de décès par jour dépasse les limites supérieures ou inférieures des décès prévus par la modélisation (lignes pointillées grises), il y a une surmortalité ou une sous-mortalité significative. La zone orange représente le nombre de décès lié au COVID-19 (cas confirmés et possibles, tous lieux de décès) qui a été soustrait au nombre de décès toutes causes confondues.

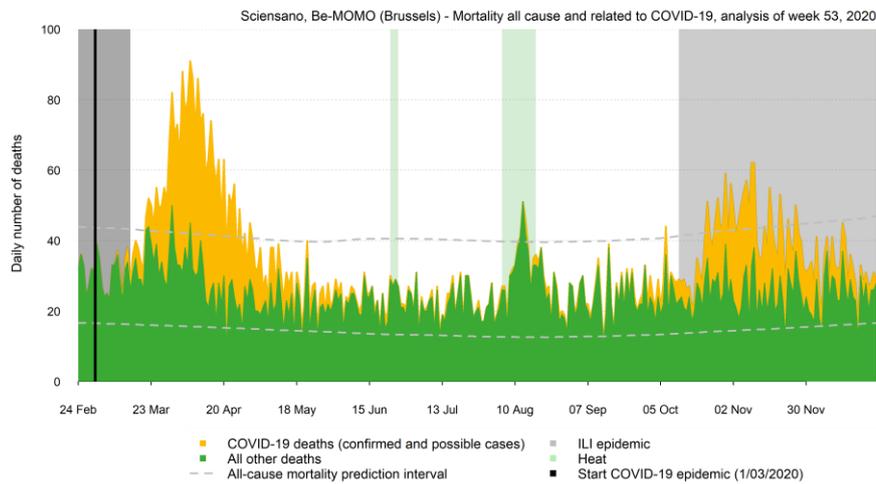
Nombre de décès toutes causes confondues par semaine (Belgique)

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-W48	23/11/2020	2 872	2 185	687	6	31,5	25,1
2020-W49	30/11/2020	2 676	2 214	462	3	20,8	23,4
2020-W50	07/12/2020	2 751	2 246	505	2	22,5	24,1
2020-W51	14/12/2020	2 700	2 277	423	1	18,6	23,6

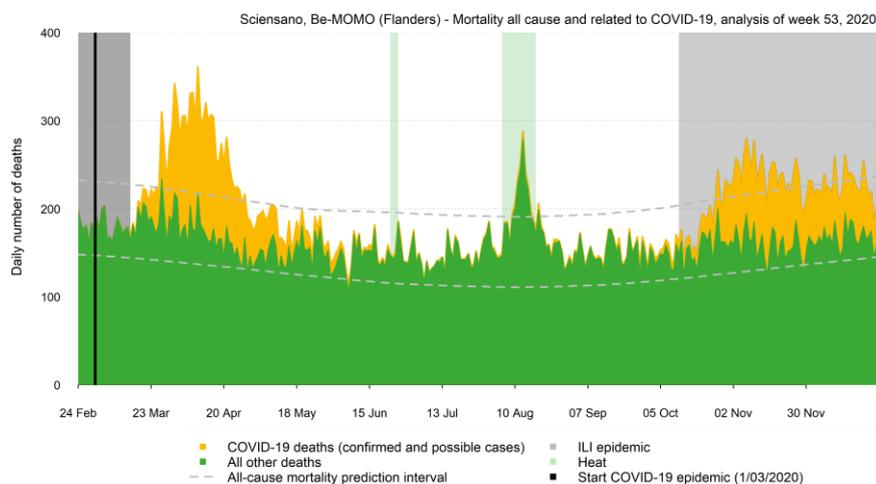
Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID 19 soustraite, jusqu'au 27/12/20 (sur base des données collectées jusqu'au 02/01/21), Wallonie



Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID 19 soustraite, jusqu'au 27/12/20 (sur base des données collectées jusqu'au 02/01/21), Bruxelles



Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID 19 soustraite, jusqu'au 27/12/20 (sur base des données collectées jusqu'au 02/01/21), Flandre



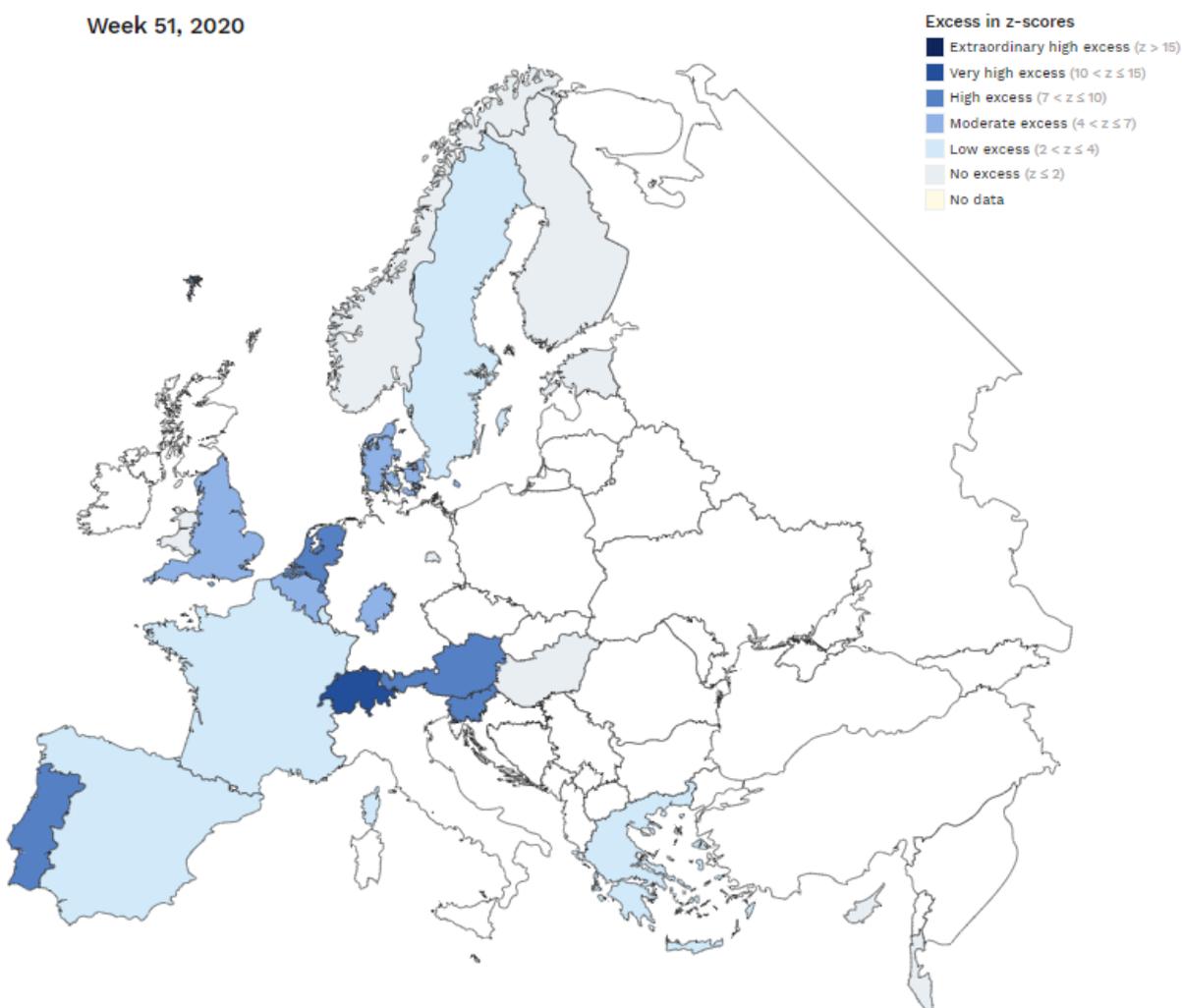
3.6.1.1. La surmortalité durant l'épidémie de COVID-19

Vous trouverez un résumé de la surmortalité durant le printemps 2020 dans le [bulletin épidémiologique hebdomadaire du 19/06/2020](#).

3.6.2. 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 26 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>.

Mortalité toutes causes confondues pour 26 pays ou régions d'Europe, semaine 51 (du 14/12/20 au 20/12/20)



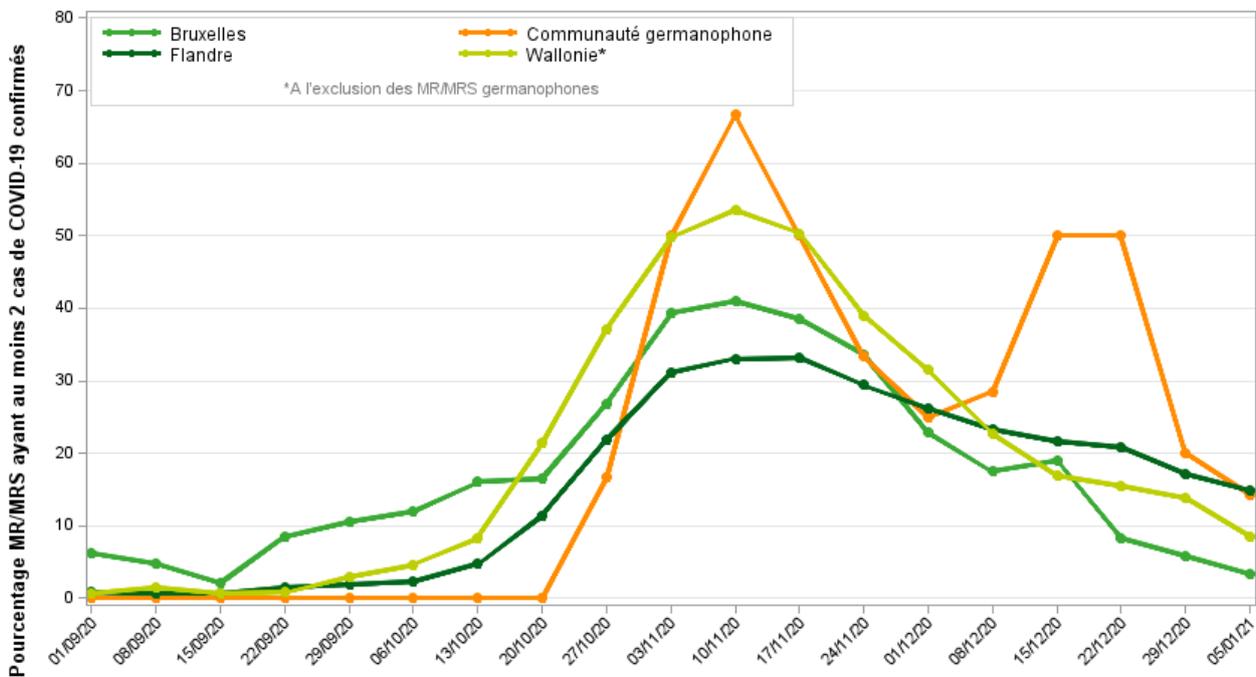
Week of study: 53, 2020. Must be interpreted with caution as adjustments for delayed registrations may be imprecise.

3.7. SURVEILLANCE EN MAISON DE REPOS ET DE SOINS

Afin de suivre la situation dans les maisons de repos et maisons de repos et de soins (MR/MRS), on utilise trois indicateurs: le pourcentage de MR/MRS ayant rapporté au moins 2 cas confirmés de COVID-19, l'incidence (nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19) par semaine et le nombre de résidents en MR/MRS, décédés d'une infection possible ou confirmée par COVID-19. Ces indicateurs sont basés sur les données rapportées le mardi par les MR/MRS dans le cadre de la surveillance COVID-19 pour les collectivités résidentielles. De plus amples informations sur cette surveillance et l'explication des graphiques ci-dessous se trouvent dans le [rapport hebdomadaire sur la surveillance en MR/MRS](#).

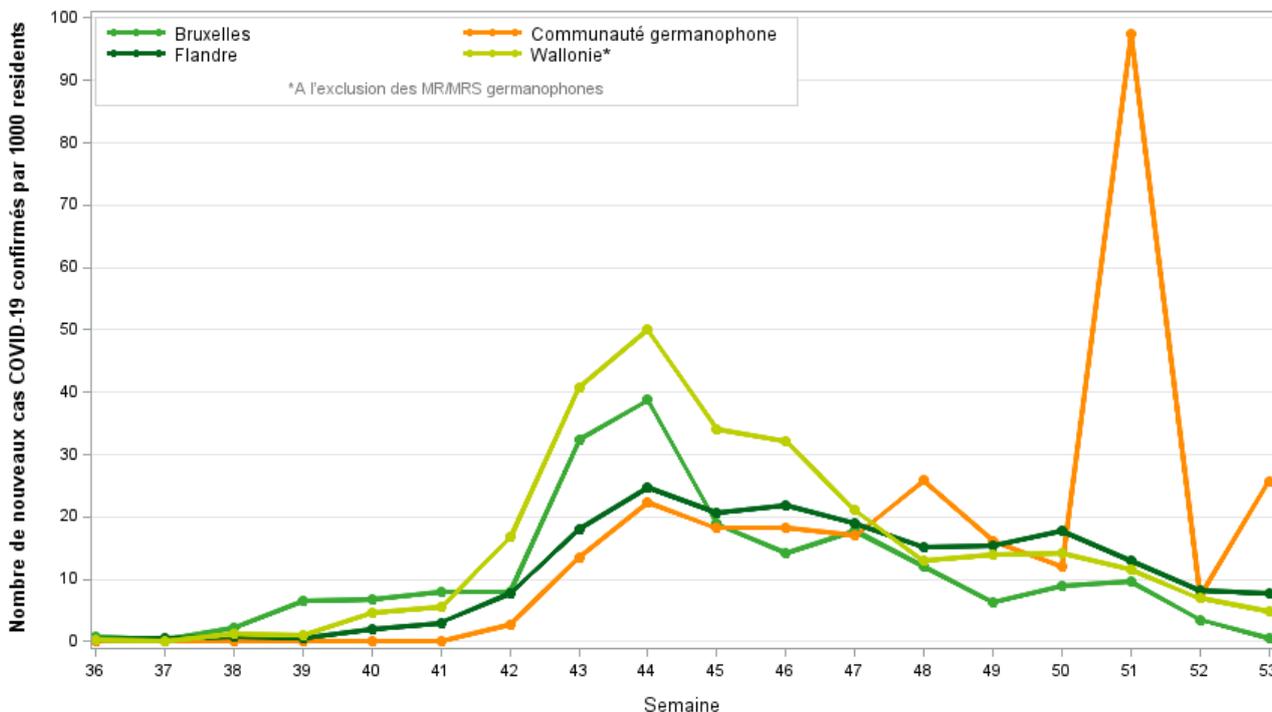
Le graphique ci-dessous montre le pourcentage de MR/MRS ayant rapporté au moins 2 cas COVID-19 confirmés, à partir du 31 août 2020. Le pourcentage de MR/MRS ayant rapporté au moins 1 ou au moins 10 cas COVID-19 confirmés, est disponible dans le rapport détaillé.

Pourcentage de MR/MRS ayant rapporté au moins 2 cas COVID-19 confirmés, depuis 31/08/20



Le graphique ci-dessous montre l'incidence (nombre de nouveaux cas) par semaine (rapportés du mercredi au mardi) des cas COVID-19 confirmés en MR/MRS pour 1 000 résidents, par région/communauté. La somme des nouveaux cas, rapportés une fois par semaine, est représentée sur le graphique.

Incidence par semaine des cas COVID-19 confirmés en MR/MRS belges pour 1 000 résidents, par région/communauté, depuis 31/08/20.

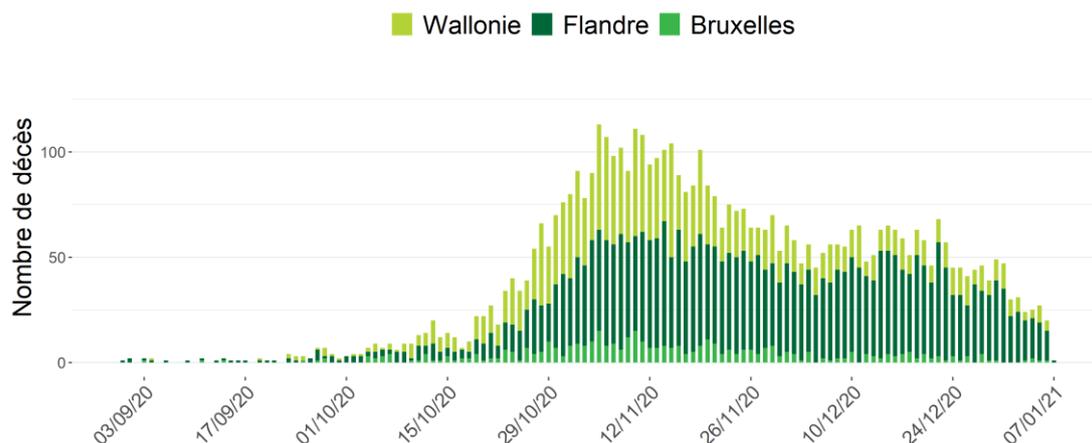


Note: A partir du rapport hebdomadaire de la semaine 51 (données jusqu'au 15/12/20), le calcul de l'incidence (nouveaux cas/1 000 résidents ou membres du personnel) a été ajusté (avec effet rétroactif pour toutes les semaines à partir de la semaine 36, 02/09/20-08/09/20). Le calcul précédent utilisait un dénominateur basé sur l'hypothèse que les MR/MRS participaient à la surveillance toujours le même jour de la semaine. Cette hypothèse s'étant révélée incorrecte ces dernières semaines, le dénominateur a été revu et, désormais, toutes les MR/MRS ayant enregistré des données au moins une fois au cours de la semaine en question seront prises en compte. En conséquence, le graphe actualisé montre des pics plus faibles et des fluctuations moindres de l'incidence pour 1 000 résidents ou membres du personnel. Le numérateur, le nombre de cas COVID-19 par semaine, n'a pas été modifié; seul le dénominateur a été adapté. Les tendances restent les mêmes.

Les décès COVID-19 sont généralement présentés par lieu de décès, de sorte que les résidents des maisons de repos qui meurent à l'hôpital sont généralement comptés dans les décès à l'hôpital. Nous présentons ici la répartition des décès COVID-19 parmi les résidents de MR/MRS qu'ils décèdent en maisons de repos ou à l'hôpital.

Entre 29 décembre 2020 et 4 janvier 2021, 245 résidents de MR/MRS sont décédés du COVID-19, dont 161 en MR/MRS (138 en Flandre, 4 à Bruxelles, 19 en Wallonie), 84 à l'hôpital (50 en Flandre, 1 à Bruxelles, 33 en Wallonie) et 0 dans d'autres lieux.

Evolution du nombre de décès COVID-19 (confirmés et probables) parmi les résidents des maisons de repos (tous lieux de décès confondus) par région et date de décès



Nombre de décès COVID-19 (confirmés et probables) parmi les résidents des maisons de repos par lieux de décès et par région pour la période du 31/08/20 au 03/01/21

Lieu de décès	Flandres		Bruxelles		Wallonia		Belgique	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hôpital	690	23	168	42	486	28	1 344	26
Maisons de repos	2 296	77	234	58	1237	72	3 767	74
TOTAL	2 986	100	402	100	1723	100	5 111	100

De plus amples informations sur la surveillance en MR/MRS se trouvent dans le [rapport hebdomadaire](#).

3.8. INVESTIGATION DES CLUSTERS: RAPPORT DU 28/12/2020 - 03/01/2021

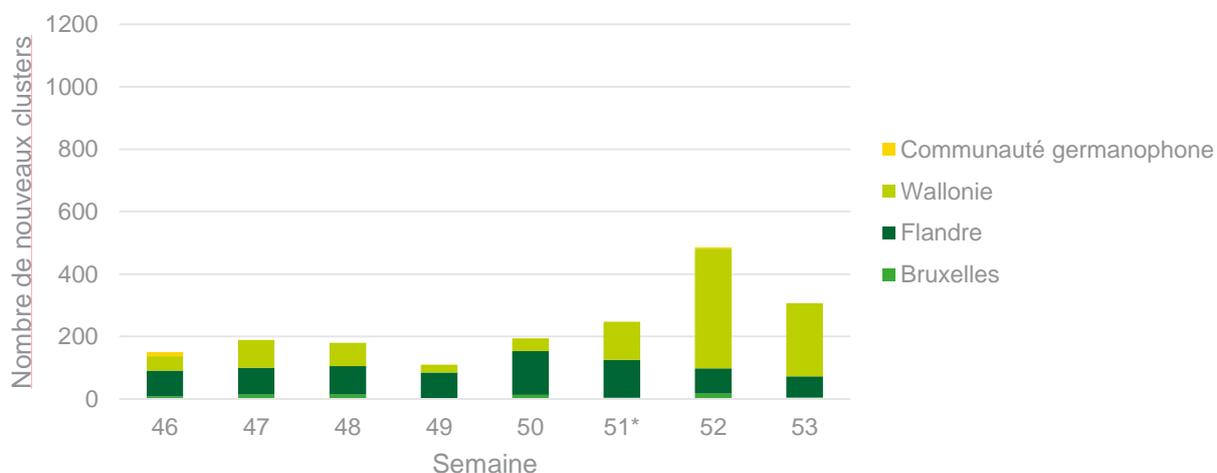
3.8.1. Clusters communautaires et en collectivité structurelle rapportés par les régions

Cet aperçu des clusters rapportés par les régions pour la période du 28 décembre au 3 janvier 2021, comprend les clusters enregistrés dans les entreprises, les collectivités, les écoles et dans la communauté. Un cluster est défini par la confirmation de minimum 2 cas COVID-19 ayant un lien épidémiologique. Ce lien peut être, entre autres, un contact direct et prolongé entre eux ou la fréquentation d'un même lieu d'infection. Un nouveau cluster est un cluster confirmé au cours de la dernière semaine (=semaine de rapportage). Un cluster actif est un cluster confirmé pour lequel au moins un nouveau cas a été rapporté au cours des 14 derniers jours. Les clusters actifs incluent les nouveaux clusters. Ce rapportage se fait sur base de différentes sources des données et dépend de différents facteurs qui peuvent varier selon les régions.

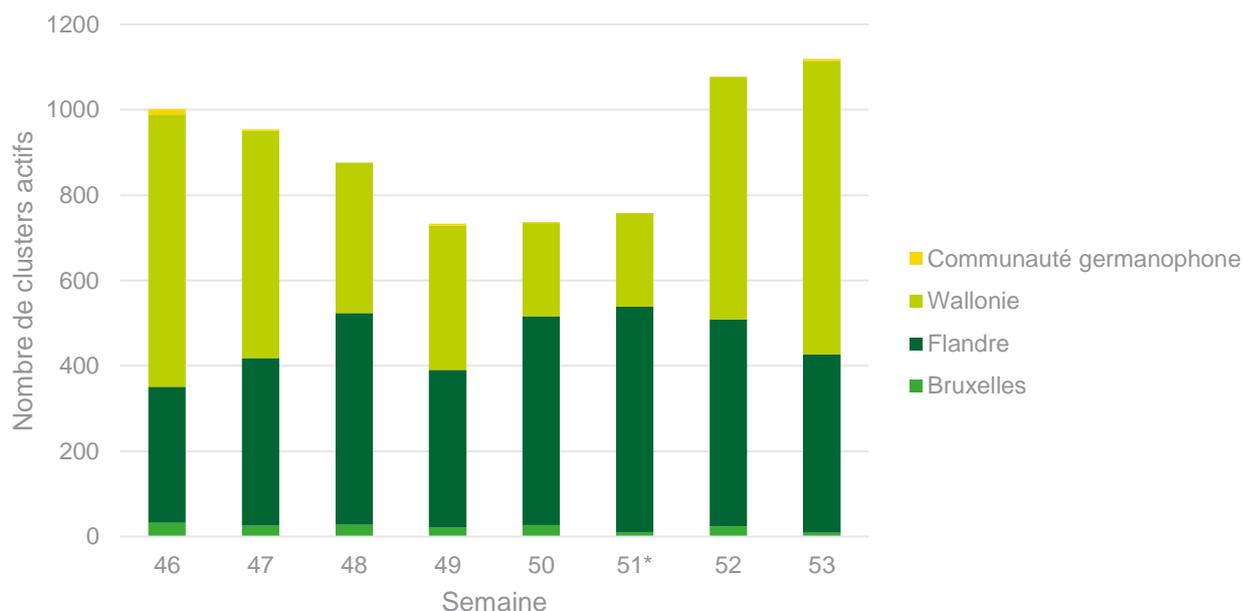
Dans ce rapport, il est important de tenir compte de la méthode et de l'objectif avec lequel les données sont collectées. La surveillance des clusters a pour principal objectif de réduire la propagation du virus par l'identification et le contrôle de foyers, et se concentre donc sur les clusters pour lesquels une intervention est possible, c'est-à-dire, ayant un contexte clair où des mesures de contrôle et préventives peuvent être mises en place. Cette surveillance est menée à plusieurs niveaux (communal, provincial ou régional) au sein des différentes régions et communautés. Il est donc possible que certains clusters soient gérés très localement et les données pas nécessairement transmises au niveau central.

Les données permettant l'investigation de clusters dans les trois régions et la communauté germanophone proviennent principalement de quatre sources: la déclaration systématique obligatoire par les institutions (centres de soins résidentiels, maisons de repos, autres institutions résidentielles et institutions de soins) ; la base de données de l'Office national de sécurité sociale (ONSS) pour la détection et le suivi d'éventuels clusters dans les entreprises ; les données du contact tracing (call center) et les données des écoles. Certaines autres sources ponctuelles peuvent également être utilisées par les régions pour ouvrir une investigation.

Nombre de nouveaux clusters rapportés par les régions au cours des semaines 46 à 53



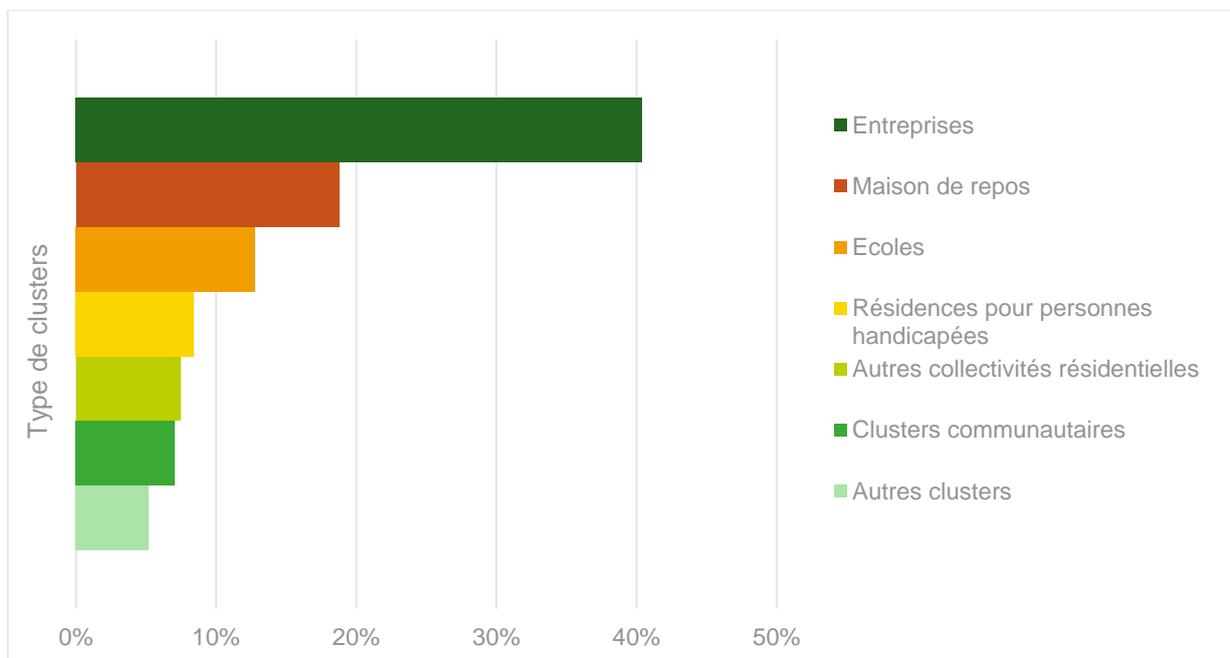
Nombre de clusters actifs rapportés par les régions au cours des semaines 46 à 53



* A partir de la semaine 51, l'AViQ (région wallonne) a mis en place un nouveau système de détection, d'investigation et de suivi des clusters permettant de centraliser l'ensemble des données relatives aux clusters en un seul et même endroit. Ce dispositif permet de détecter, de suivre et d'agir sur un plus grand nombre de clusters. Cela peut en partie expliquer l'augmentation soudaine du nombre de clusters pour les semaines 51 à 53.

La plupart des clusters actifs confirmés pour la semaine 53 sont signalés dans les entreprises (40%) et dans les maisons de repos (19%). Les collectivités résidentielles contribuent pour 16% (dont 8% sont des résidences pour personnes handicapées) et les clusters communautaires pour 7%. Les clusters dans les écoles (13%) mentionnés ici ne concernent que ceux enregistrés par les services de contrôles des maladies infectieuses. Ce relevé n'est donc pas complet car certains clusters suivis par les services médicosociaux au sein des écoles ne sont pas repris dans ce rapport. Seule une petite proportion des clusters confirmés était liée à des événements dans la population (clusters communautaires). Cette situation peut être notamment expliquée par la difficulté à identifier les liens épidémiologiques entre les individus dans une communauté. La probabilité qu'un cluster communautaire soit rapporté comme cluster confirmé est donc beaucoup plus faible que pour les collectivités structurées.

Clusters actifs rapportés par les régions par type de clusters, Belgique, semaine 53 (28/12 au 03/01)



3.8.2. Clusters familiaux pour la semaine du 28/12 au 03/01

Le tableau reprend les clusters familiaux détectés par la banque de données, rapportés soit par les régions, soit par Sciensano, sur base de critères semblables. Il s'agit d'une détection théorique de clusters. Tous les cas COVID-19 positifs sont contactés par le call center pour permettre le suivi des contacts mais sauf exception ou informations supplémentaires un cluster familial ne sera pas investigué par le service de surveillance des maladies infectieuses des différentes régions.

Nombre de clusters familiaux et de cas détectés dans ces clusters sur base des données du contact tracing, par province, au cours de la semaine 53 (28/12 au 03/01)

Région	Provinces	# nouveaux Clusters	# Cas
Bruxelles		131	313
Flandre	Anvers	229	579
	Brabant flamand	90	276
	Flandre-Occidentale	195	465
	Flandre-Orientale	233	571
	Limbourg	153	368
Wallonie	Brabant wallon	60	140
	Hainaut	215	500
	Liège	121	270
	Luxembourg	66	177
	Namur	85	195

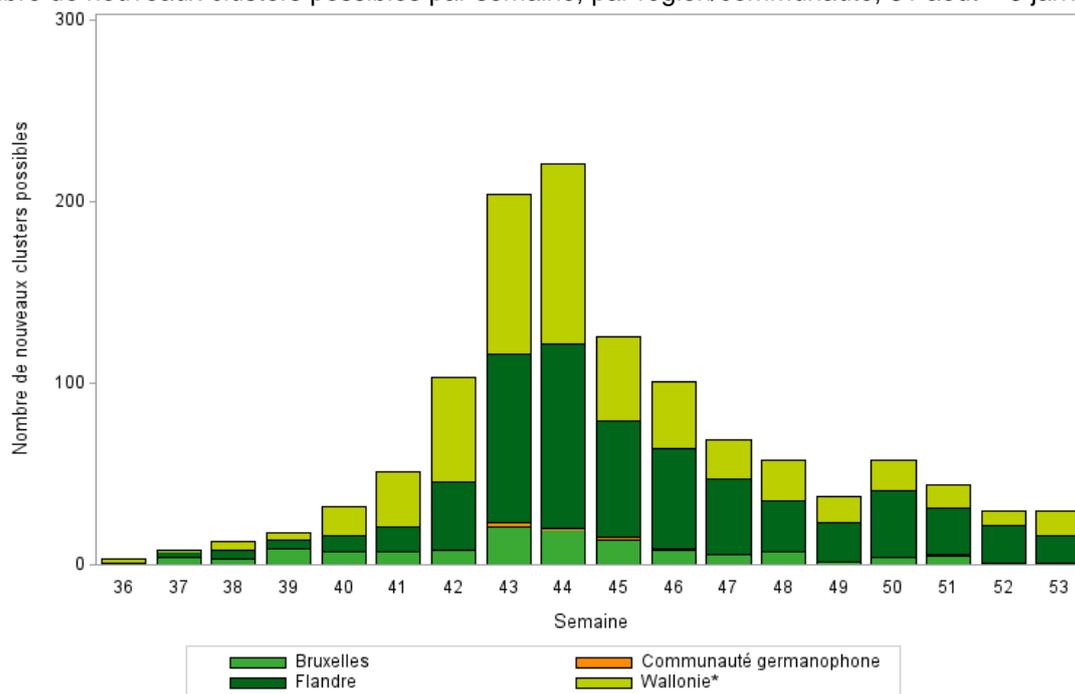
3.8.3. Evolution du nombre de clusters possibles détectés en maison de repos et de soins (31 août – 3 janvier 2021)

En plus du programme de surveillance des cas COVID-19 au sein des MR /MRS, Sciensano a mis en place un système de surveillance et de détection précoce de clusters possibles au sein des MR/MRS sur base des notifications enregistrées pour les trois régions. Environ 96% des MR/MRS participent actuellement au moins une fois par semaine à cette surveillance.

Un cluster possible est défini par au moins deux cas confirmés rapportés endéans une période de 7 jours. La figure ci-dessous présente les nouveaux clusters possibles détectés par semaine (du lundi au dimanche) et par région. Les clusters possibles actifs qui ont commencé la semaine précédente ne sont pas inclus dans cette figure.

Il convient de noter que ces clusters sont détectées sur base théorique, une enquête épidémiologique est nécessaire pour les confirmer. La détection des clusters peut se faire avec retard, car les MR/MRS doivent d'abord tester les résidents et recevoir le résultat avant de pouvoir signaler un cas confirmé.

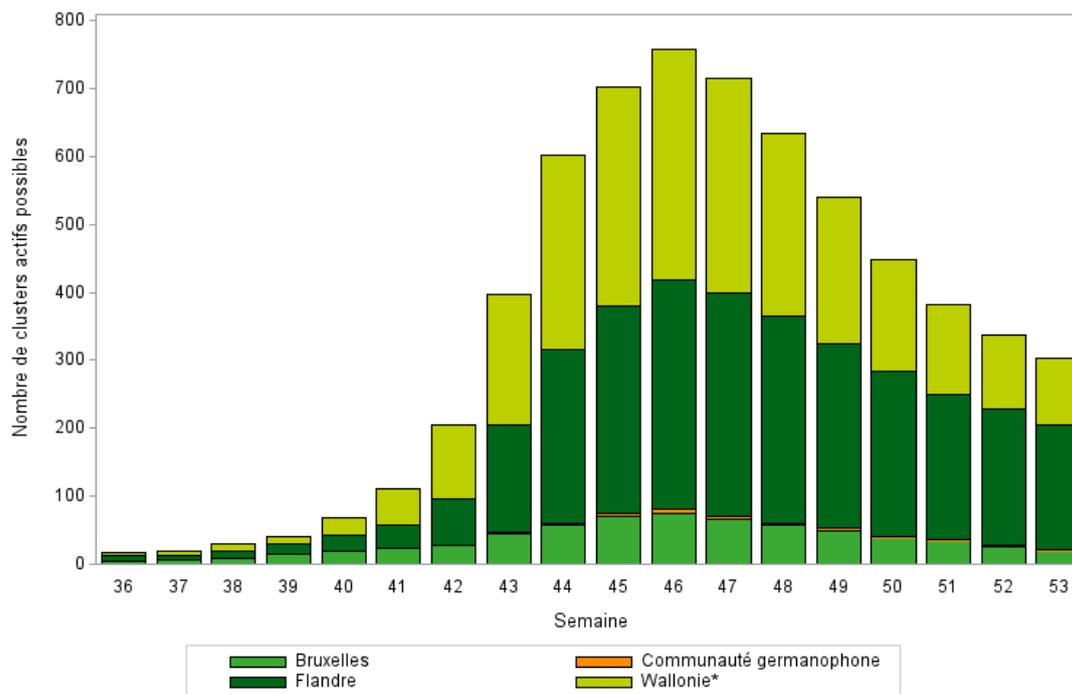
Nombre de nouveaux clusters possibles par semaine, par région/communauté, 31 août – 3 janvier 2021



*à l'exclusion des MR/MRS germanophones

Tant que de nouveaux cas COVID-19 confirmés sont rapportés parmi les résidents au cours des deux dernières semaines, le cluster possible est considéré comme un cluster possible actif. La figure ci-dessous présente les clusters possibles actifs par semaine (du lundi au dimanche) et par région.

Nombre de clusters possibles actifs par semaine (du lundi au dimanche), par région/communauté, 31 août – 3 janvier 2021



*à l'exception des MR/MRS en Communauté germanophone

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

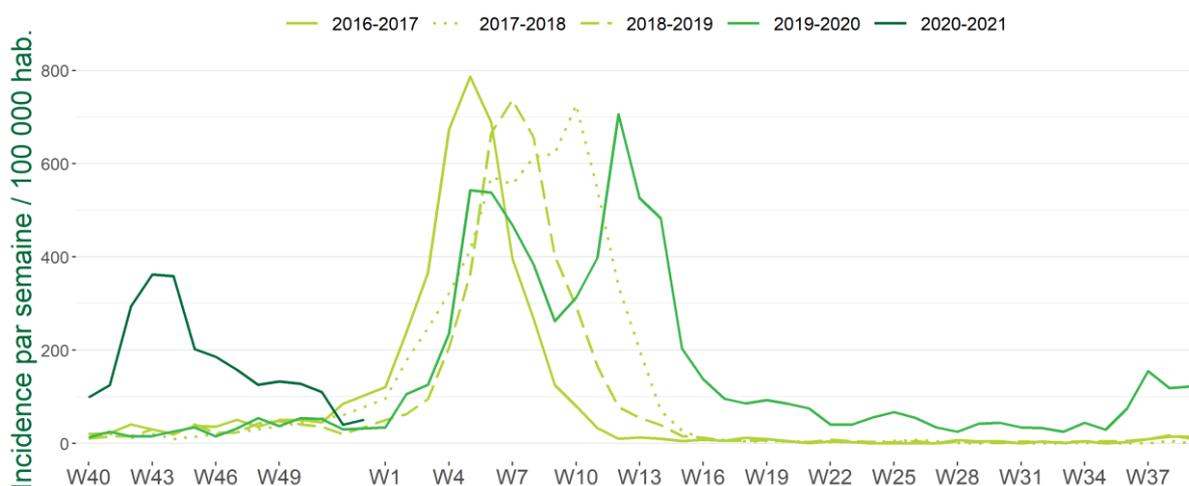
Le réseau sentinelle des médecins généralistes enregistre en continu les consultations en médecine générale pour les syndromes grippaux et les infections aiguës des voies respiratoires. Etant donné que ces symptômes peuvent être causés par des pathogènes différents du virus de la grippe, des échantillons sont prélevés de façon aléatoire et sont analysés par le Centre national de référence de la grippe. Ces échantillons sont prélevés via un écouvillon nasal et sont testés pour le virus de la grippe mais également pour un certain nombre d'autres virus respiratoires (y compris, depuis mars 2020, pour le SARS-CoV-2). Le réseau compte environ 100 cabinets de médecins généralistes répartis dans toute la Belgique qui enregistrent les données sur base volontaire.

La figure ci-dessous montre le nombre de consultations par semaine pour syndromes grippaux et infections respiratoires aiguës pour 100 000 habitants, pour les 5 dernières saisons de grippe.

Au cours de la saison de grippe de 2019-2020, une dichotomie claire est observée, le premier pic étant expliqué par la grippe et le deuxième pic et ses ramifications par l'émergence du SARS-CoV-2. La ligne vert foncé décrit la période actuelle et montre que le nombre de consultations pour symptômes grippaux et infections respiratoires aiguës, et par conséquent la charge de travail associée pour les médecins généralistes, sont actuellement beaucoup plus élevés que les autres années à cette même période.

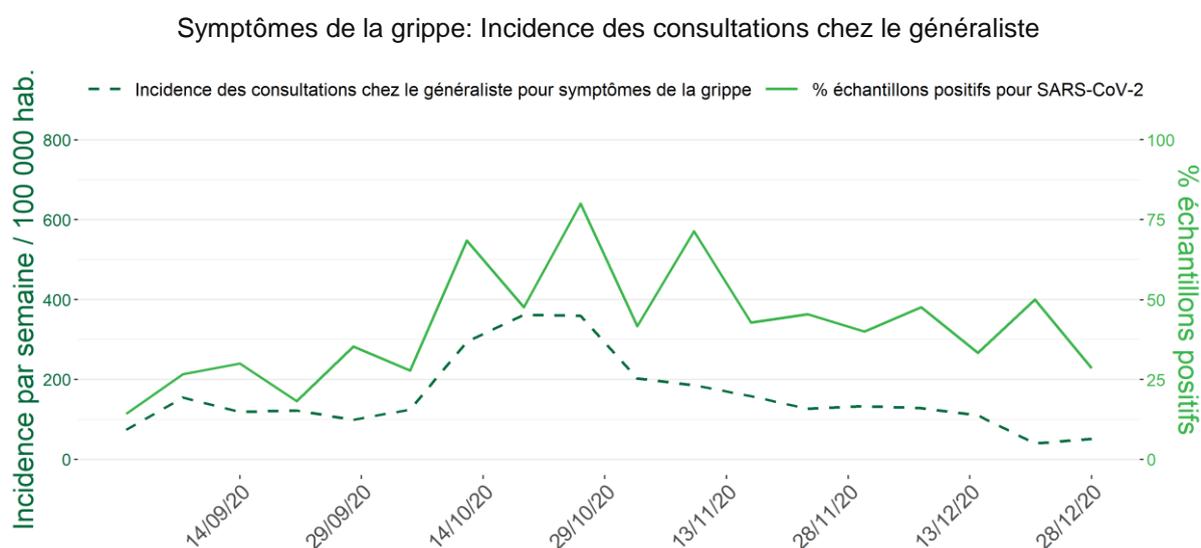
Au cours de la semaine du 28 décembre 2020 au 3 janvier 2021, l'incidence des consultations chez le médecin généraliste pour syndrome grippal est restée stable à 51 consultations pour 100.000 habitants (consultations téléphoniques incluses).

Symptômes de la grippe: Incidence des consultations chez le généraliste



Depuis le 18 mai 2020, la stratégie et l'organisation nationales de dépistage du COVID-19 ont temporairement empêché les médecins généralistes du réseau de surveillance d'utiliser un écouvillon pour la grippe. C'est pourquoi, depuis le 29 juin, une surveillance des résultats des tests a été mise en place chez les médecins du réseau vigie, afin de pouvoir continuer à suivre le pourcentage de COVID-19 chez les patients présentant des symptômes grippaux.

Au cours de la dernière semaine (28 décembre 2020 - 3 janvier 2021), 28.6 % des patients qui ont consulté leur médecin généraliste pour des symptômes grippaux avaient un test PCR positif pour SARS-CoV-2.



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

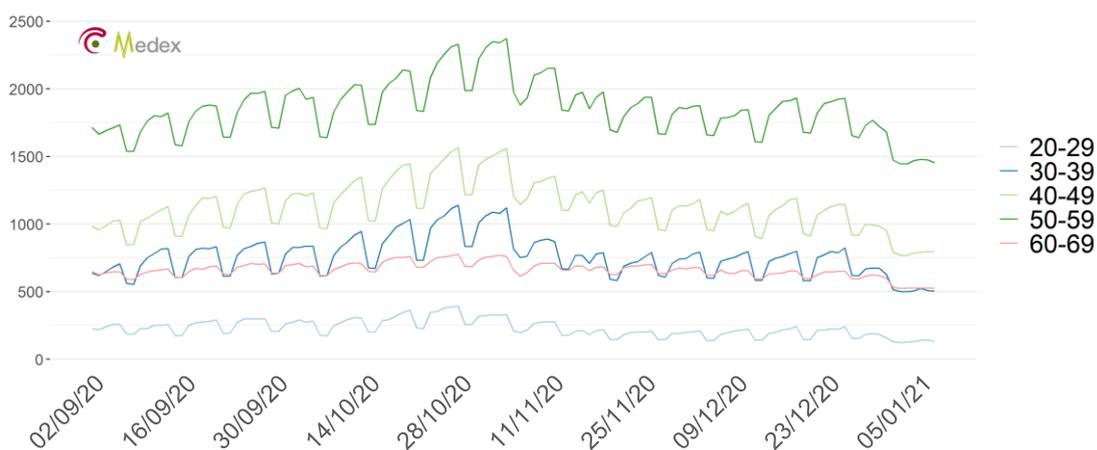
3.10. ABSENCES AU TRAVAIL POUR CAUSE DE MALADIE

MEDEX surveille les absences journalières pour maladie chez les fonctionnaires du gouvernement belge (base de données MEDEX, n = 83 002). Ces absences peuvent être considérées comme un indicateur de l'impact du COVID-19 sur la population active. Il convient de souligner cependant que toutes les absences ne sont pas forcément liées à une infection causée par le SARS-CoV-2. De plus, les certificats de quarantaine ne sont pas inclus dans cette surveillance et ne sont donc pas repris dans les données ci-dessous.

La figure ci-dessous montre les absences journalières pour maladie chez ces fonctionnaires stratifiées par catégorie d'âge. Les fonctionnaires du gouvernement sont répartis dans les différents catégories d'âge comme suit: 20-29 ans 8,9 %; 30-39 ans 21,3 %; 40-49 ans 26,2 %; 50-59 ans 32,0 %; 60-69 ans 11,6 %.

Il est important de noter que la population étudiée a été figée en février 2020, l'interprétation des résultats observés doit donc se faire avec prudence, surtout pour certaines catégories d'âge, comme les 60-69 ans pour lesquels les départs à la pension par exemple ne sont pas pris en compte. Pour cette tranche d'âge l'évolution des absences est difficile à interpréter. Pour les tranches d'âge 50-59, 40-49, 30-39 et dans une moindre mesure pour la tranche d'âge 20-29, une augmentation du nombre de fonctionnaires malades a été observée entre début septembre et fin octobre. Depuis début novembre cependant, le nombre de fonctionnaires malades est en diminution.

Nombre de fonctionnaires malades (MEDEX, n = 83 002), évolution quotidienne stratifiée par catégorie d'âge - depuis le 31/08/20

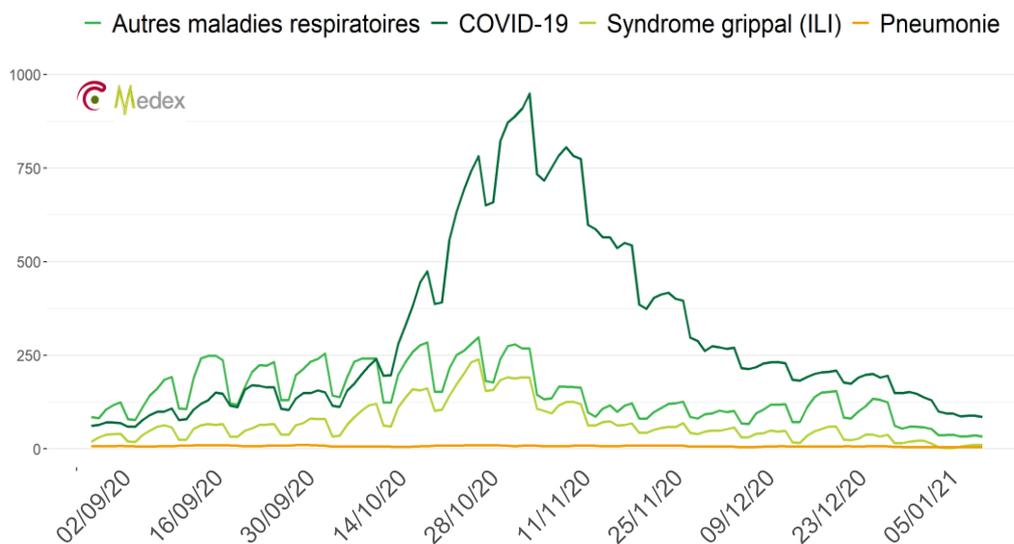


Source : [MEDEX](https://www.meDEX.be)

Le diagnostic apposé par le médecin est disponible sur le certificat MEDEX d'incapacité de travail. Ces données sont regroupées sur base des codes ICD 9 (Nomenclature OMS) et de texte libre.

La figure ci-dessous indique le nombre de fonctionnaires atteint de maladie respiratoire, par diagnostic mentionné sur le certificat. Après une augmentation du nombre de diagnostics de "COVID-19", de "syndromes grippaux (ILI)" ou d' "autres maladies respiratoires" à partir de septembre, ceux-ci sont en diminution depuis début novembre.

Nombre de fonctionnaires malades (MEDEX, n = 83 002), par diagnostic (maladies respiratoires uniquement) mentionné sur le certificat, évolution journalière depuis le 31/08/20



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

3.11. DONNÉES ISSUES DES PASSENGER LOCATOR FORMS (PLF)

Source: Dashboard Paloma (situation le 7 janvier 2021)

Le PLF est un formulaire en ligne qui doit être rempli par toute personne (belge ou non) lorsqu'elle entre ou voyage en Belgique depuis un autre pays, et ceci quel que soit le moyen de transport.

Les pays/régions de provenance des voyageurs sont classés en trois zones différentes (zone rouge, zone orange et zone verte) en fonction du niveau de circulation du virus et donc du risque de transmission/contagion.

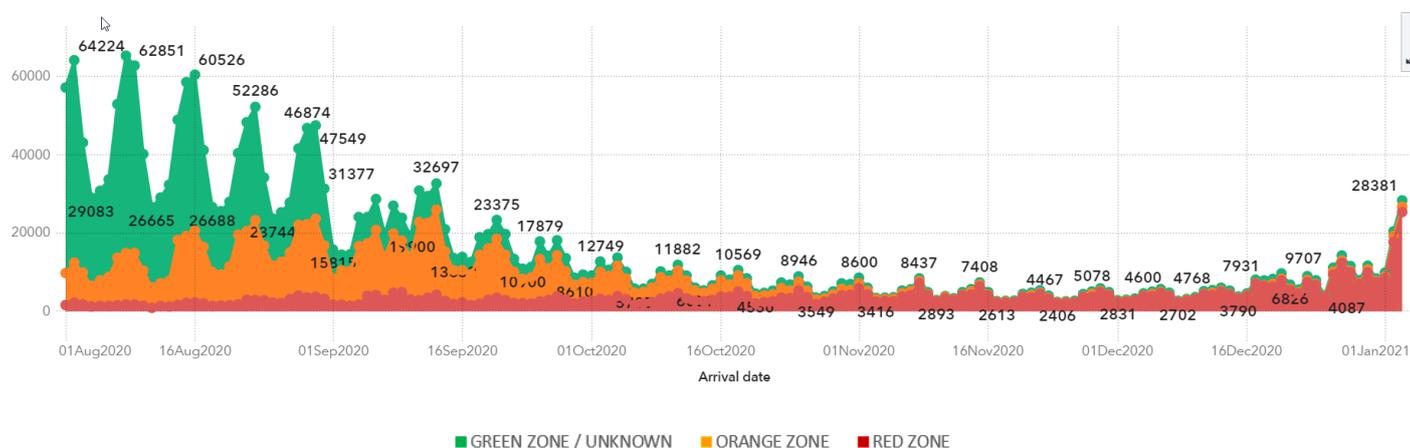
Différentes recommandations en terme de quarantaine et testing sont appliquées aux voyageurs arrivant en Belgique en fonction de la zone de provenance. Les zones (rouge, orange et verte) sont déterminées par le CELEVAL, le SPF Santé publique et le ministère des Affaires étrangères, sur base d'indicateurs tels que par exemple l'incidence des pays sur les 14 derniers jours.

Etant donné que le classement d'un pays/région est déterminé par sa situation épidémiologique, celui-ci peut varier dans le temps.

3.11.1. nombre de passager locator forms par date d'arrivée

Du 1er août 2020 au 26 décembre 2021, un total de 2 480 906 PLF ont été collectés, dont 1 277 266 en août, 565 675 en septembre, 240 390 en octobre, 137 225 en novembre, 201 592 pour le mois de décembre. Sur l'ensemble des PLF, 23,4 % provenaient de passagers venant de zones rouges et 34 % de passagers venant de zones oranges.

Nombre de Passenger Locator forms (PLF) en fonction du risque COVID défini pour chaque zone géographique (01/08/20 – 03/01/21)



3.11.2. . Arrivées pour la période des vacances de Noël (19/12/20-03/01/21)

Le nombre d'individus provenant d'une zone à risque rouge ou d'une zone à risque orange pendant la période des vacances de Noël (19/12/20 – 03/01/21) et ayant rempli un PLF est indiqué ci-dessous pour la Belgique, par province et pour la Région bruxelloise.

Belgique/ Provinces/ Région	Nombre total d'arrivées	Arrivées d'une zone rouge		Arrivées d'une zone orange	
		Nombre	% (nombre total d'arrivées)	Nombre	% (nombre total d'arrivées)
BELGIQUE	175280	149784	85,5%	9419	5,4%
Antwerpen	19337	17654	91,3%	1341	6,9%
Brabant wallon	9075	8410	92,7%	514	5,7%
Hainaut	10607	9291	87,6%	553	5,2%
Liège	10561	9752	92,3%	462	4,4%
Limburg	4874	4436	91,0%	323	6,6%
Luxembourg	2488	2260	90,8%	93	3,7%
Namur	4659	4312	92,6%	224	4,8%
Oost-Vlaanderen	14062	12586	89,5%	1084	7,7%
Vlaams-Brabant	17768	15885	89,4%	1193	6,7%
Provincie West- Vlaanderen	10983	9814	89,4%	986	9,0%
Région bruxelloise	57458	54097	94,2%	2590	4,5%
<i>Données sur la province manquantes</i>	13408	1287	9,6%	56	0,4%

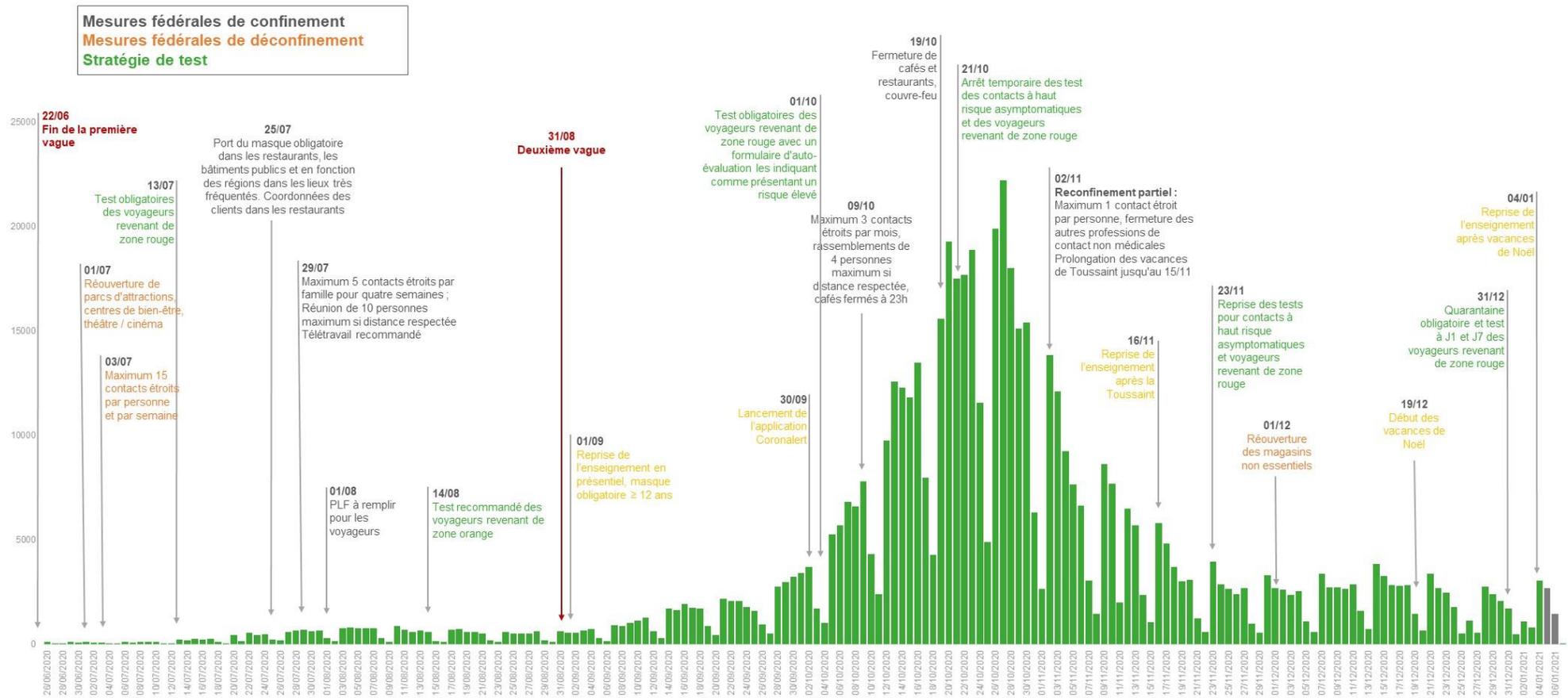
3.11.3. Tests effectués et taux de positivité parmi les voyageurs revenant de zone rouge pour la période des vacances de Noël (19/12/20-03/01/21)

La stratégie de test est en constante évolution. Entre le 21 octobre et le 23 novembre, les voyageurs de retour de zone rouge n'étaient plus été testés. A partir du 23 novembre, les tests pour les voyageurs ont repris sur base d'un questionnaire d'auto-évaluation du risque lors du voyage. Depuis le 1er janvier, tous les voyageurs revenant de zone rouge sont à nouveau testés.

Le tableau ci-dessous indique la proportion de voyageurs revenant de zone rouge effectivement testés et le taux de positivité pour la période des vacances de Noël (19/12/20 – 03/01/21) pour la Belgique, par province et pour la Région bruxelloise

Belgique/ Provinces/ Region	Arrivées de zone rouge	Tests effectués		Tests positifs	
		Nombre	% (nombre d'arrivées de zone rouge)	Nombre	% (nombre de tests effectués)
BELGIQUE	149784	33276	22%	999	3,0%
Antwerpen	17654	4664	26%	134	2,9%
Brabant wallon	8410	1945	23%	85	4,4%
Hainaut	9291	1705	18%	65	3,8%
Liège	9752	1974	20%	71	3,6%
Limburg	4436	1062	24%	13	1,2%
Luxembourg	2260	454	20%	11	2,4%
Namur	4312	940	22%	31	3,3%
Oost-Vlaanderen	12586	3223	26%	70	2,2%
Vlaams-Brabant	15885	3955	25%	102	2,6%
Provincie West- Vlaanderen	9814	2228	23%	65	2,9%
Région bruxelloise	54097	11063	20%	347	3,1%
<i>Données sur la province manquantes</i>	1287	63	5%	5	7,9%

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



Note 1: La stratégie de test en place au 22 juin 2020 était la suivante: toute personne répondant à la définition d'un cas possible de COVID-19 ainsi que les contacts à haut risque d'un cas de COVID-19 devaient être testés. Comme la capacité de test était suffisante, toute personne hospitalisée ainsi que tout nouveau résident d'une collectivité résidentielle était également testé.

Note 2: Jusqu'au 30 septembre 2020, les mesures fédérales ont été élaborées par le gouvernement fédéral S. Wilmès. Depuis le 1er octobre 2020, elles sont élaborées par le gouvernement fédéral A. De Croo.

Cette ligne de temps présente en parallèle le nombre de nouveaux cas COVID-19 confirmés en Belgique et les principales mesures mises en œuvre au niveau national après la première vague, c'est-à-dire à partir du 22 juin 2020. Depuis cette date, la circulation du virus a connu des phases ascendantes et descendantes, nous décrivons par conséquent tant l'assouplissement que le resserrement des mesures ainsi que l'évolution de la stratégie de testing.

La figure montre les **mesures** prises dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire par le Conseil national de sécurité (jusqu'au 30 septembre 2020) et puis par le Comité de concertation, composé de 12 représentants des différents gouvernements du pays et présidé par le premier ministre. Les mesures ont pour objectif de limiter la circulation du virus dans la population afin de réduire au maximum la mortalité liée à la maladie ainsi que d'éviter une surcharge hospitalière et un ralentissement des services de soins usuels. Notez que l'effet potentiel des mesures, et notamment du confinement, n'est pas immédiat.

Il est important de souligner que des différences géographiques ont été observées dans l'évolution de l'épidémie pendant la deuxième vague. Par conséquent, des mesures spécifiques ont été prises à différents moments au niveau régional, provincial ou communautaire, mais celles-ci ne sont pas présentées dans cette figure.

La figure montre également les **stratégies de test** mises en œuvre pendant la période décrite. Ces stratégies sont adaptées au cours du temps en fonction de l'évolution de l'épidémie, de l'organisation des soins de santé en Belgique et des ressources disponibles à un moment donné. Les stratégies de test sont élaborées sur 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).

Il est important de souligner que le nombre de cas diagnostiqués dépend de la stratégie de test.

Cette ligne de temps a uniquement une visée descriptive et n'a pas pour objet d'estimer l'impact des différentes interventions.

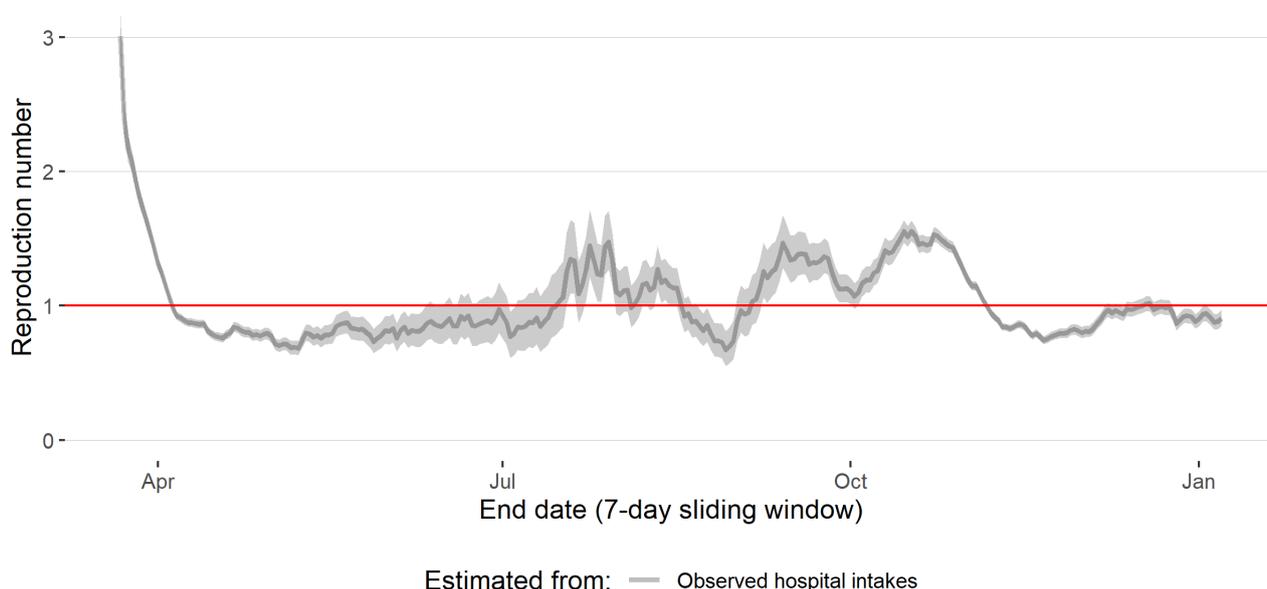
4. Modélisation

4.1. TAUX DE REPRODUCTION (R_t)

Le R_t est une estimation de la contagiosité qui est fonction du comportement humain à un moment précis et des caractéristiques biologiques des agents pathogènes (le virus). Une épidémie devrait se poursuivre si R_t a une valeur > 1 et diminuer si R_t est < 1 . Les valeurs de R_t présentées dans ce rapport sont estimées au moyen d'un modèle mathématique, développé par [Cori et al. \(2013\)](#) et adopté par Sciensano en collaboration avec l'UHasselt.

4.1.1. Taux de reproduction sur base du nombre d'hospitalisations pour la Belgique

Le R_t estimé à partir des nouvelles hospitalisations est présenté ci-dessous sous forme de graphique et en tableau. Quand les chiffres à partir desquels le R_t est estimé diminuent, l'intervalle de confiance s'élargit et il devient plus difficile de présenter une estimation stable. Le R_t doit donc toujours être interprété en complément d'autres indicateurs de propagation et de transmission de la maladie.



Taux de reproduction	Estimation médiane	Intervalle de confiance à 95 %
R_t (01/01/21 au 07/01/21)	0,908	0,850-0,968

4.1.2. Taux de reproduction sur base du nombre de cas pour la Belgique, par province, pour la Région bruxelloise et pour la communauté germanophone

Ces estimations sont basées sur le nombre de nouveaux cas diagnostiqués par des tests de laboratoire.

	Estimation médiane	Limite inférieure (quantile 2.5)	Limite supérieure (quantile 97.5)
Belgique	1.004	0.986	1.022
Antwerpen	0.984	0.941	1.029
Brabant wallon	1.157	1.046	1.273
Hainaut	1.001	0.946	1.058
Liège	1.109	1.041	1.179
Limburg	0.903	0.843	0.964
Luxembourg	0.923	0.824	1.028
Namur	0.921	0.836	1.010
Oost-Vlaanderen	0.924	0.881	0.968
Vlaams-Brabant	1.106	1.035	1.178
West-Vlaanderen	0.992	0.944	1.042
Région bruxelloise	1.201	1.131	1.274
Deutschsprachige Gemeinschaft	0.948	0.750	1.170

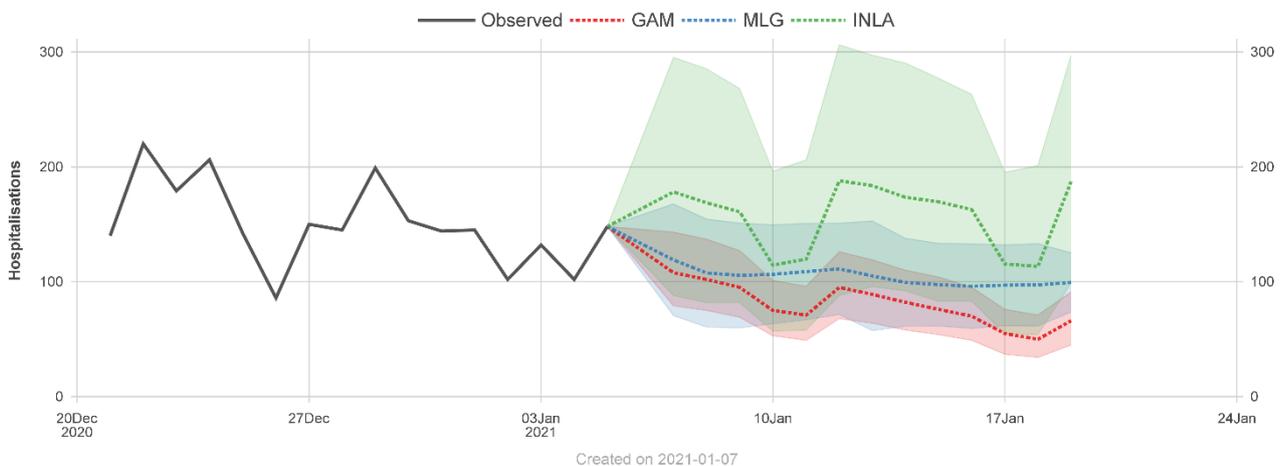
Il est important de souligner que les valeurs estimées dépendent des choix méthodologiques utilisés dans le programme de modélisation et dépendent de l'objectif recherché ou des limites liées aux données. Un modèle n'est pas meilleur qu'un autre. Ils se complètent mutuellement car ils permettent d'avoir une vision plus globale de l'évolution de l'épidémie en Belgique. Un avantage du R_t basé sur les hospitalisations est qu'il n'est pas affecté par les différences temporelles dans la (sous-)déclaration de cas, ce qui est le cas pour le R_t basé sur les nouveaux cas diagnostiqués. D'autre part, un avantage du R_t basé sur les nouveaux cas diagnostiqués est qu'il est plus sensible aux changements soudains du nombre de cas. Cependant, cette variabilité plus élevée entraîne également plus de difficultés concernant l'interprétation de cette estimation.

4.2. MODÈLE DE PRÉDICTION À COURT TERME POUR LES NOUVELLES HOSPITALISATIONS

Les prédictions ci-dessous sont basées sur trois modèles différents réalisés par l'Université d'Hasselt (GAM), l'Université libre de Bruxelles (MLG) et Sciensano (INLA). Ces modèles utilisent différents indicateurs tels que, par exemple, le nombre de cas confirmés, l'absentéisme ou la mobilité, pour prédire le nombre de nouvelles hospitalisations de cas confirmés de COVID-19 pour les 14 prochains jours. Ces modèles utilisent des indicateurs multiples et différents, les prévisions qui en résultent peuvent donc varier. Plus de détails sur les modèles ainsi que des analyses supplémentaires sont disponibles sur le site [epistat](https://www.epistat.be).

Dans la figure ci-dessous, la ligne noire montre le nombre de nouvelles hospitalisations observé et les lignes pointillées colorées indiquent les prévisions de chaque modèle. L'intervalle de confiance de chaque modèle est indiqué dans la couleur correspondante.

Short-Term Prediction Models



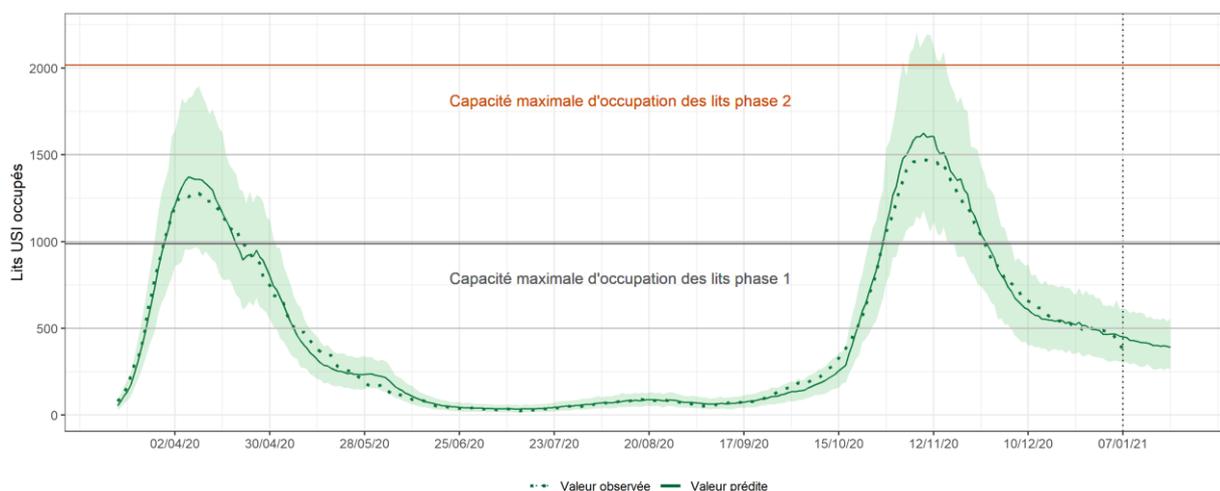
4.3. MODÈLE DE PRÉDICTION DU TAUX D'OCCUPATION DES LITS EN SOINS INTENSIFS

La figure ci-dessous montre l'occupation des lits en soins intensifs. L'occupation des lits observée est indiquée par la ligne pointillée. Les prévisions (ligne pleine) et leur intervalle de confiance (zone vert clair) sont présentés jusqu'aux 14 jours à venir.

Le modèle utilise toutes les données disponibles jusqu'au moment présent et fournit la meilleure approximation possible sur base de toutes les valeurs observées. En conséquence, les valeurs de prédiction pour une période passée peuvent toujours évoluer.

Le nombre de lits de soins intensifs disponibles en phases 1 et 2 (voir section 3.4) sont indiqués par les lignes horizontales correspondantes (Phase 1 ligne grise ; phase 2 ligne rouge).

Occupation des lits aux soins intensifs au cours du temps



5. Situation épidémiologique internationale et Européenne

5.1. SITUATION INTERNATIONALE

31/12/19 - 07/01/21	Cases	Deaths	Proportion death/cases	5 most affected countries (cases)
Worldwide	84 532 119	1 845 591	2,2%	
America	37 144 796	881 142	2,4%	United States Brazil Colombia Argentina Mexico
Europe	26 399 030	584 454	2,2%	Russia France United Kingdom Italy Spain
Asia	18 099 566	311 534	1,7%	India Iran Indonesia Iraq Bangladesh
Africa	2 832 753	67 277	2,4%	South Africa Morocco Tunisia Egypt Ethiopia
Oceania	55 974	1 184	2,1%	Australia French Polynesia Guam New Zealand Papua New Guinea

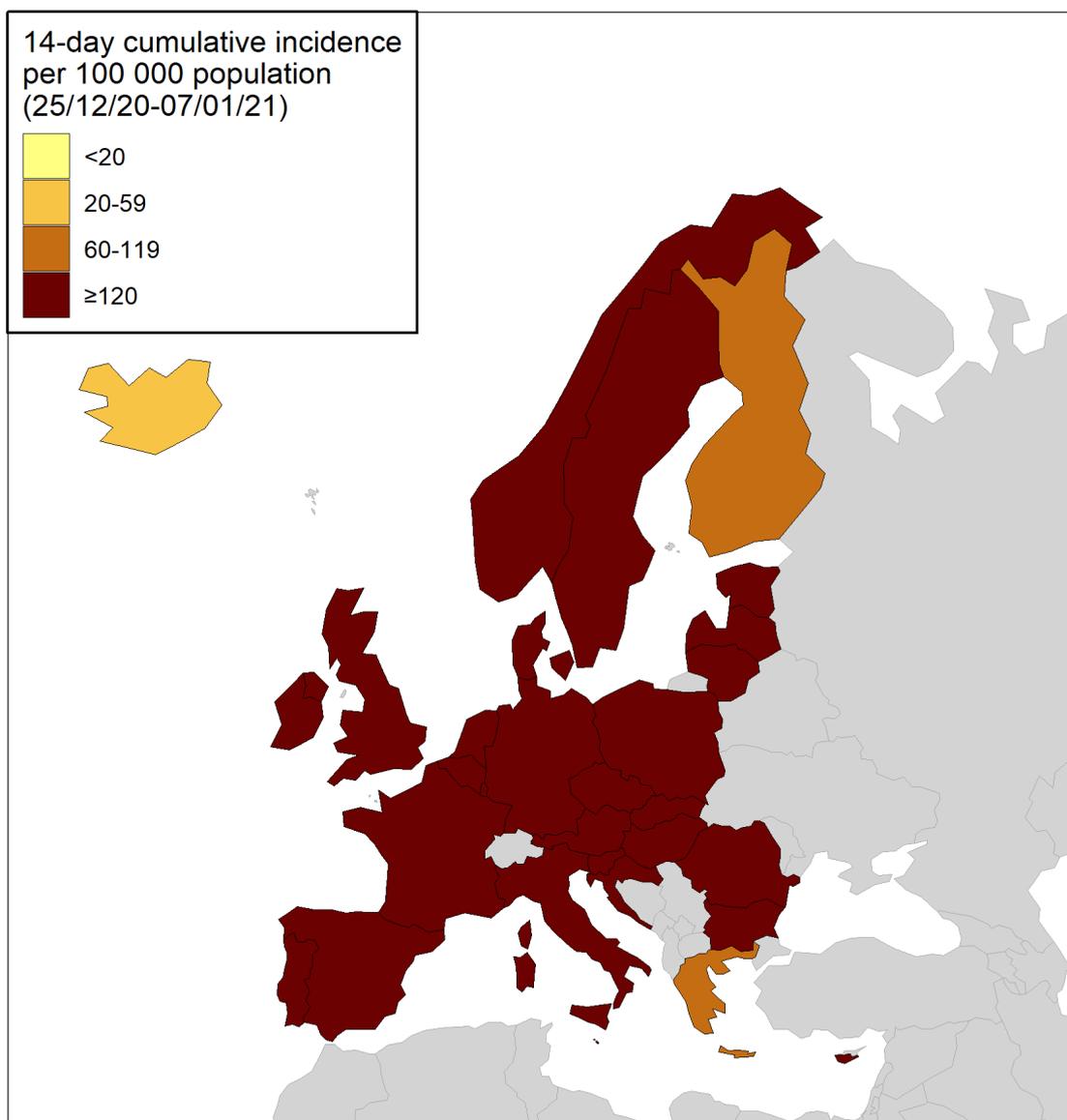
Source: ECDC (<https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases>)

5.2. SITUATION EUROPÉENNE (EU/EEA ET UK), SOURCE ECDC

ECDC disclaimer: National updates are published at different times and in different time zones. This, and the time ECDC needs to process these data, may lead to discrepancies between the national numbers and the numbers published by ECDC. Users are advised to use all data with caution and awareness of their limitations. Data are subject to retrospective corrections; corrected datasets are released as soon as processing of updated national data has been completed.

Note: ECDC switched to a weekly reporting schedule for the COVID-19 situation worldwide and in the EU/EEA and the UK on 17 December 2020. Hence, all daily updates have been discontinued from 14 December 2020. ECDC will publish updates on the number of cases and deaths reported worldwide and aggregated by week every Thursday.

Distribution of cumulative confirmed cases per 100 000 inhabitants (25/12/20 - 07/01/21)



Country	Number of cases since the beginning of the epidemic	Number of deaths since the beginning of the epidemic	Number of cases in the last 2 weeks (18/12/20-31/12/20)	Incidence/100,000 for the last 2 weeks (18/12/20-31/12/20)
Lithuania	147 997	1 361	33 510	1 199
Czechia	746 714	12 070	119 191	1 119
Liechtenstein	2 222	35	393	1 024
Slovenia	125 858	2 891	19 959	959
United Kingdom	2 654 779	75 024	614 632	922
Sweden	469 748	8 985	80 319	785
Netherlands	820 193	11 598	131 293	760
Cyprus	23 974	131	6 286	718
Slovakia	188 099	2 521	36 763	674
Latvia	42 497	680	11 557	602
Denmark	168 711	1 374	34 277	590
Estonia	29 521	251	7 727	583
Portugal	427 254	7 118	53 133	517
Luxembourg	46 919	506	2 852	465
Ireland	101 887	2 259	22 345	456
Croatia	212 958	4 072	17 230	423
Italy	2 155 446	75 332	202 261	335
Austria	364 574	6 253	28 352	320
Germany	1 775 513	34 574	264 861	319
Poland	1 322 947	29 161	120 247	317
Spain	1 958 844	51 078	139 595	297
Malta	13 082	220	1 368	277
France	2 655 728	65 037	182 374	272
Romania	640 429	15 979	49 135	253
Hungary	328 851	9 977	23 721	243
Belgium	650 794	19 750	19 949	174
Bulgaria	203 051	7 678	11 856	169
Norway	50 715	449	7 940	149
Greece	140 099	4 957	9 027	84
Finland	36 919	565	3 757	68
Iceland	5 754	29	112	31

Source : ECDC (<https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea>)

6. 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