

# COVID-19

## BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

### (19 MAI 2022)

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](#).

## TABLE DES MATIÈRES

<b>1. Points clés</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Indicateurs clés - tendances</b> .....	<b>3</b>
2.1. Tendances.....	4
2.2. Situation récente.....	5
2.3. Stratégie de gestion de l'épidémie.....	6
<b>3. Description de l'épidémie à partir du 27/12/21</b> .....	<b>7</b>
3.1. Distribution et évolution des cas de COVID-19.....	7
3.2. Tests COVID-19.....	8
3.3. Surveillance moléculaire du SARS-CoV-2.....	14
3.4. Vaccination.....	18
3.5. Hospitalisations pour COVID-19.....	28
3.6. Évolution de la mortalité COVID-19.....	33
3.7. Surveillance de la mortalité (toutes causes confondues).....	36
3.8. Surveillance en maison de repos et de soins.....	39
3.9. Situation COVID-19 pour les enfants et en milieu scolaire.....	43
3.10. Investigation des clusters: rapport du 08/05/22 - 14/05/22.....	45
3.11. Surveillance par des médecins généralistes.....	48
3.12. Mobilité en Belgique.....	50
3.13. Données issues des Passenger Locator Forms (PLF).....	51
3.14. Absences au travail pour cause de maladie.....	53
3.15. Ligne de temps: cas confirmés de COVID-19 et réponse à l'épidémie en Belgique.....	55
<b>4. Modélisation</b> .....	<b>57</b>
4.1. Taux de reproduction ( $R_t$ ).....	57
4.2. Modèle de prédiction à court terme pour les nouvelles hospitalisations.....	59
4.3. Modèle de prédiction du taux d'occupation des lits en soins intensifs.....	60
<b>5. Situation épidémiologique en Europe</b> .....	<b>61</b>
<b>6. Annexes</b> .....	<b>63</b>
6.1. Résumé des indicateurs clés.....	63
6.2. Nombre de personnes diagnostiquées (PCR et antigène) entre le 11 avril 2022 et le 18 mai 2022, présenté par jour et moyenne par semaine.....	64
6.3. Nombre de tests réalisés entre le 11 avril 2022 et le 18 mai 2022, présenté par jour et moyenne par semaine.....	65
6.4. Nombre de personnes hospitalisées entre le 14 avril 2022 et le 18 mai 2022, présenté par jour et moyenne par semaine.....	66
6.5. Nombre de personnes décédées entre le 11 avril 2022 et le 18 mai 2022, présenté par jour et moyenne par semaine.....	67
6.6. Cas, hospitalisations et admissions en soins intensifs de patients Covid-19 par région, tranche d'âge et status vaccinal.....	68

# 1. Points clés

- **Situation générale** : L'incidence sur 14 jours pour le nombre de cas pour la Belgique est de 482/100 000 habitants, l'incidence sur 7 jours pour le nombre d'hospitalisations est de 6,4/100 000 habitants.
- **Nombre de nouveaux cas** : Au niveau national, le nombre de nouveaux cas rapportés a encore diminué (- 19 %) au cours de la période du 9 au 15 mai 2022 comparé à la période précédente de 7 jours. Le Rt, basé sur le nombre de cas diagnostiqués, pour cette même période a également diminué et est de 0,873.
- **Tests et taux de positivité** : Le nombre de tests effectués a légèrement diminué, avec une moyenne de 18 120 tests par jour au cours de la période du 9 au 15 mai 2022. Le taux de positivité pour la Belgique pour cette même période a encore diminué (21,3 %).
- **Hospitalisations** : Tant le nombre de nouvelles hospitalisations (- 25 %) que le nombre de lits occupés en soins intensif (- 5 %) ont diminué au cours de la période du 11 au 17 mai, comparé à la période précédente de 7 jours.
- **Mortalité** : La mortalité liée au COVID-19 a continué de diminuer en semaine 19. Les décès rapportés ont principalement eu lieu à l'hôpital. En semaine 17, il y a pas eu de surmortalité statistiquement significative dans l'ensemble de la population belge.
- **Vaccination** : D'après les données enregistrées dans Vaccinnet+ en date du 16 mai 31,7 % des enfants de 5 à 11 ans sont entièrement vaccinés. La couverture vaccinale pour la dose de rappel est de 75,2 % pour les personnes âgées de 18 ans et plus. Le risque d'hospitalisations et d'admissions en soins intensifs a été réduit de 72 % et 71 % (valeurs non ajustées) respectivement chez les personnes âgées de 65 ans et plus ayant reçu une dose de rappel par rapport aux personnes du même groupe d'âge qui ont été entièrement vaccinées sans dose de rappel.
- **Surveillance moléculaire** : Parmi les échantillons séquencés au cours des deux dernières semaines (2 au 15 mai 2022) dans le cadre de la surveillance de base, le variant Omicron BA.1/BA.1.1 représentait 0,3 % de ces échantillons et le variant Omicron BA.2 97,4 %. Les sous-lignées BA.4 et BA.5 ont été détectées en Belgique ( 8 et 9 cas, respectivement).
- **Surveillance par les médecins généralistes** : Le nombre moyen de contacts établis avec un médecin généraliste pour suspicion de COVID-19 a légèrement diminué au cours de la semaine 19 (31 contacts cette semaine pour 100 000 habitants par jour, comparé à 35 contacts au cours de la semaine précédente). Cependant, l'incidence des consultations auprès d'un généraliste pour des symptômes grippaux a augmenté, avec 222 consultations pour 100 000 habitants au cours de cette semaine. - voir [section 3.11](#).
- **Surveillance en maison de repos (MR) et de soins (MRS)** : Au niveau national, la situation épidémiologique reste stable avec une stabilisation du nombre de nouveaux cas parmi les résidents de MR/MRS, mais une légère augmentation a été observée à Bruxelles. Le nombre de nouveaux cas parmi les membres du personnel est également resté stable au niveau national, mais une augmentation a été observée en Wallonie et à Bruxelles. Le nombre de nouvelles hospitalisations parmi les résidents ainsi que le nombre de clusters a diminué. - voir [section 3.8](#).
- **Mobilité** : Au cours des derniers jours, les déplacements vers les lieux de travail ont continué de légèrement augmenter. Cependant, la mobilité liée aux transports et aux visites de commerces et centres de loisirs ainsi que le temps passé au domicile ont légèrement diminué. – voir [section 3.12](#).

## 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.

Les tableaux reprenant le nombre par jour de cas, de tests effectués, d'hospitalisations et de décès se trouvent en annexe au [point 6](#) de ce bulletin.

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	4 134 293	4 390	3 536*	-19%
Admis à l'hôpital	124 657***	122,4	91,3**	-25%
Décédés****	31 675	12,7	9,9*	-22%
<i>En hôpital</i>	<i>21 201</i>	<i>11,3</i>	<i>9,0</i>	<i>-20%</i>
<i>En maison de repos</i>	<i>10 285</i>	<i>1,4</i>	<i>0,9</i>	<i>-40%</i>

\*Du 9 mai 2022 au 15 mai 2022 (données des 3 derniers jours non consolidées).

\*\*Du 12 mai 2022 au 18 mai 2022.

\*\*\*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.

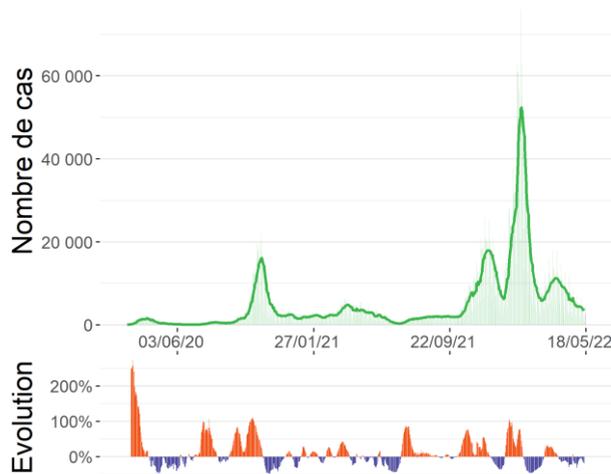
Occupation des lits d'hôpital	Mercredi 11 mai 2022	Mercredi 18 mai 2022	Évolution
Nombre de lits d'hôpital occupés	1 711	1 408	-18%
Nombre de lits USI occupés	111	105	-5%

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

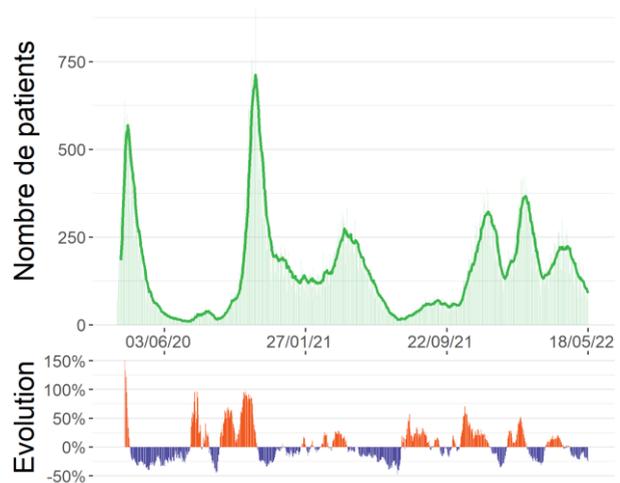
Les quatre indicateurs clés sont présentés ci-dessous avec la moyenne mobile sur 7 jours (ligne verte). Cette moyenne mobile est utilisée pour illustrer une tendance. Cela a entre autre pour conséquence de lisser la courbe et atténuer les variations journalières.

Evolution des nouveaux cas confirmés



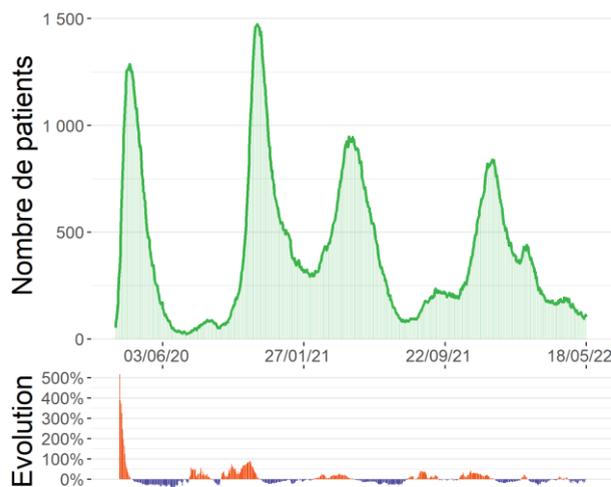
Source : Réseau des laboratoires cliniques et plateforme nationale

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



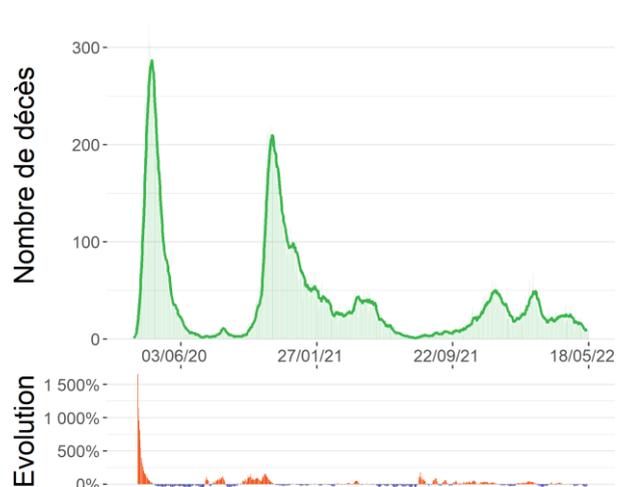
Source : Surveillance des hôpitaux (Sciensano)

Evolution du nombre de patients en USI



Source : Surveillance des hôpitaux (Sciensano)

Evolution du nombre de décès

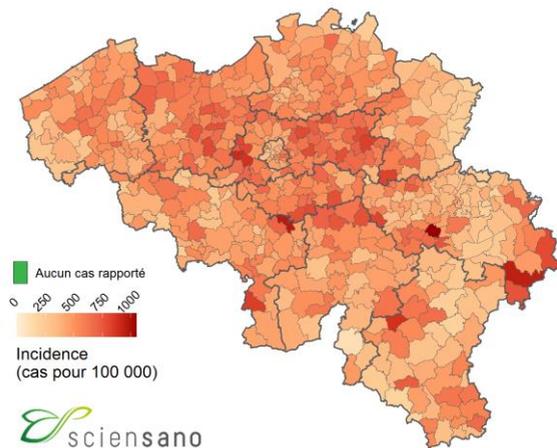


Source : Surveillance mortalité COVID-19 (Sciensano)

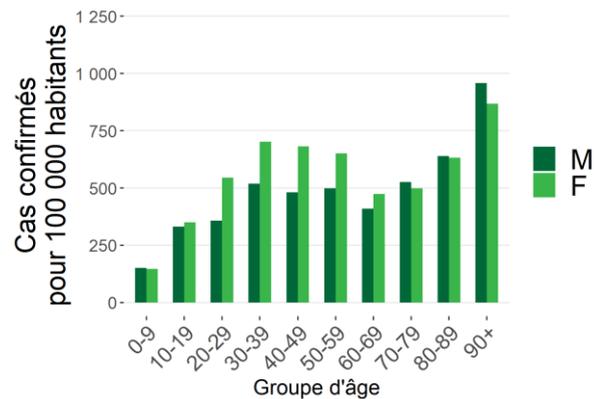
## 2.2. SITUATION RÉCENTE

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 02/05/22 et le 15/05/22



Nombre de cas confirmés par groupe d'âge et sexe par 100 000 habitants entre le 02/05/22 et le 15/05/22



Source : Réseau des laboratoires cliniques et plateforme nationale. L'échelle de couleur utilisée pour cette carte est une échelle continue qui varie automatiquement en fonction de l'incidence la plus faible et l'incidence la plus élevée rapportées dans chacune des communes belges, voir point 2.4 du document [questions fréquemment posées](#).

Note : L'information sur l'âge et/ou le sexe n'était pas disponible pour 506 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.

	02/05/22-08/05/22	09/05/22-15/05/22	Changement (valeur absolue)	Changement (pourcent)	Temps de doublement/ réduction de moitié (jours)*	Incidence par 100 000 (14 jours)**
<b>Belgique</b>	<b>30 733</b>	<b>24 750</b>	<b>-5 983</b>	<b>-19%</b>	<b>22</b>	<b>482</b>
Antwerpen	4 730	3 805	-925	-20%	22	455
Brabant wallon	1 216	1 065	-151	-12%	37	560
Hainaut	3 335	2 942	-393	-12%	39	466
Liège***	2 412	2 005	-407	-17%	26	398
Limburg	2 037	1 516	-521	-26%	16	404
Luxembourg	753	507	-246	-33%	12	436
Namur	1 324	1 135	-189	-14%	32	495
Oost-Vlaanderen	4 972	3 710	-1 262	-25%	17	567
Vlaams-Brabant	3 982	3 028	-954	-24%	18	603
West-Vlaanderen	3 057	2 457	-600	-20%	22	458
Région bruxelloise	2 638	2 339	-299	-11%	40	408
Deutschsprachige Gemeinschaft	263	213	-50	-19%	23	609

\*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.

\*\*Les dénominateurs utilisés pour ces calculs sont les chiffres de la population belge au 01/01/2021 publiés par STATBEL.

\*\*\*Les données pour la province de Liège comprennent celles de la Communauté germanophone

### 2.3. STRATÉGIE DE GESTION DE L'ÉPIDÉMIE

Il a été demandé au Risk Assessment Group (RAG) de proposer des niveaux de gestion qui visent à soutenir une prise de décision politique, au niveau local ou national, quant aux mesures à appliquer ou à assouplir lorsque les seuils sont atteints et que l'évaluation hebdomadaire de la situation épidémiologique en souligne le besoin. La décision concernant les mesures à prendre reste toujours une décision politique, qui prend en compte l'analyse et l'avis du RAG, mais également d'autres éléments considérés utiles. Les niveaux de gestion ne sont donc pas à considérer comme un outil mécanistique ou déterministe, mais comme un outil d'aide à la prise de décision politique.

Trois niveaux de gestion ont été déterminés pour permettre aux différents intervenants de coordonner leurs actions. Les indicateurs et les seuils utilisés pour la gestion du risque ont été déterminés par le RAG et sont publiés dans [l'avis du RAG du 15 décembre 2021](#).

Chaque semaine, le mercredi, le RAG détermine le niveau de gestion, au niveau national et provincial, sur base d'une évaluation de la situation épidémiologique qui tient compte, entre autre, des indicateurs suivants: le nombre de nouvelles hospitalisations, la proportion de lits en soins intensifs (USI) occupés par des patients confirmés COVID-19, le nombre de consultations pour suspicion de COVID-19 chez les médecins généralistes, l'incidence des infections sur 14 jours, la valeur  $R_t$  basée sur le nombre de cas et le taux de positivité. D'autres indicateurs plus spécifiques comme la charge de travail des médecins généralistes ou encore la couverture vaccinale peuvent également être analysés si nécessaire.

Selon [la dernière évaluation épidémiologique du RAG](#), la Belgique est au **niveau de gestion 2**, avec une tendance à la baisse de l'ensemble des indicateurs.

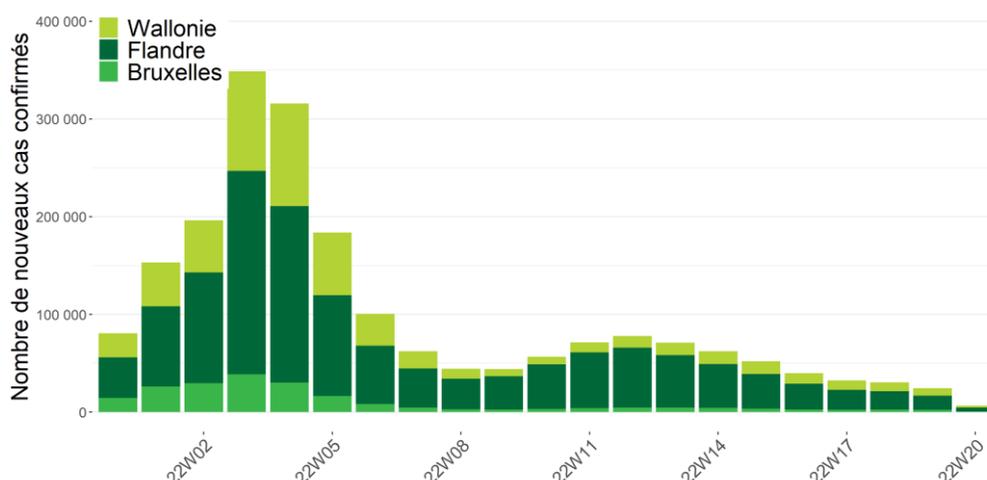
### 3. Description de l'épidémie à partir du 27/12/21

Nous présentons les données à partir de la semaine du 27 décembre 2021, semaine qui marque le début de la cinquième vague de l'épidémie. Vous trouverez plus d'informations concernant les vagues et leur détermination à la question 2.3 du document [Questions Fréquemment Posées](#).

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

Au cours de la période du 9 mai 2022 au 15 mai 2022, 24 750 nouveaux cas ont été diagnostiqués. Parmi ces 24 750 nouveaux cas, 14 516 (59%) étaient rapportés en Flandre, 7 654 (31%) en Wallonie, dont 213 cas pour la communauté germanophone, et 2 339 (9%) à Bruxelles. Données non disponibles ou résidence à l'étranger pour 241 cas (1%).

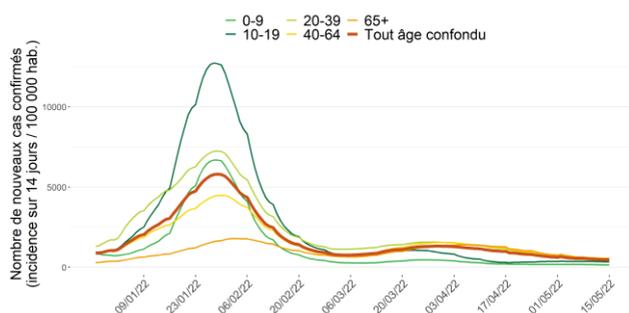
Evolution du nombre de cas confirmés par région et par semaine (date de diagnostic\*) à partir de la semaine 52



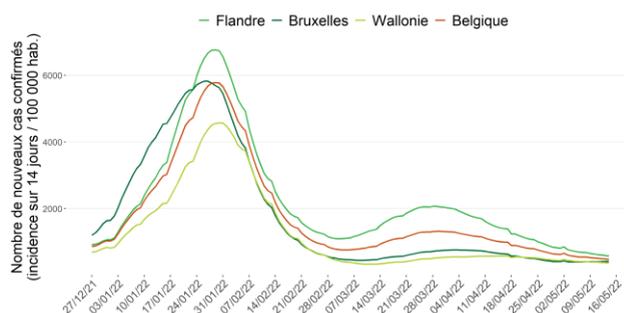
Source : CNR, laboratoires clinique et plateforme nationale. Cas rapportés à Sciensano au 18 mai 2022, à 6 heures.

\*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.

Incidence cumulée sur 14 jours par 100 000 habitants par groupe d'âge à partir du 27/12/21



Incidence cumulée sur 14 jours par 100 000 habitants par région à partir du 27/12/21



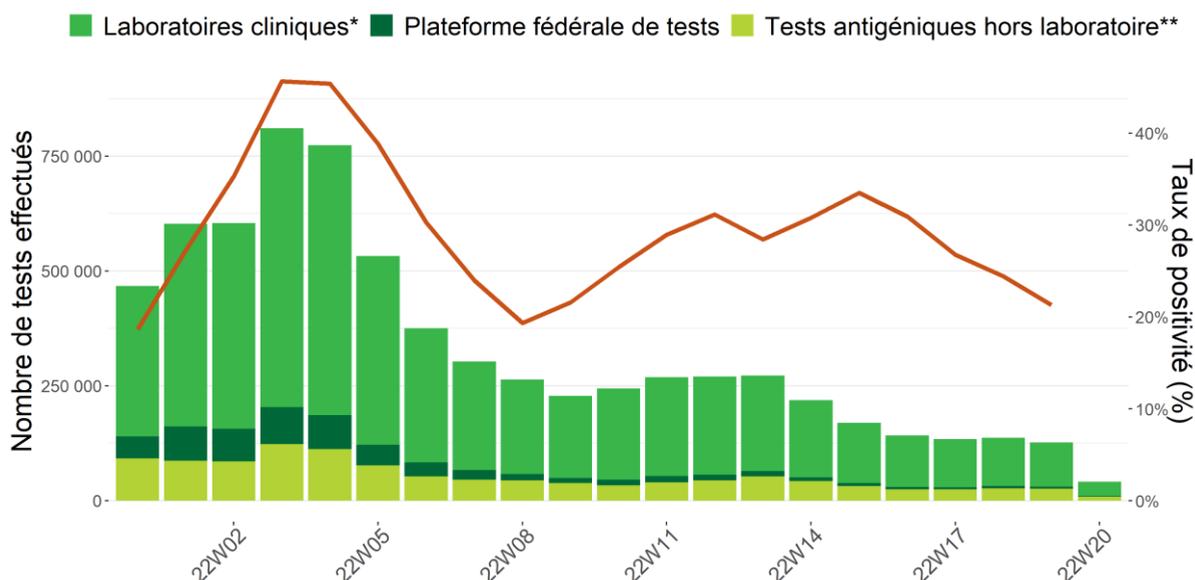
Les dénominateurs utilisés pour calculer l'incidence sont les chiffres de la population belge au 01/01/2021 publiés par STATBEL.

## 3.2. TESTS COVID-19

### 3.2.1. Tests COVID-19 effectués et taux de positivité par province et par tranche d'âge

Au cours de la période du 9 mai 2022 au 15 mai 2022, 126 842 tests ont été effectués, soit une moyenne journalière de 18 120 tests. Le taux moyen de positivité pour la Belgique pour la même période est de 21,3%.

Tests diagnostiques et taux de positivité, par semaine à partir de la semaine 52



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.

\*Ces chiffres comprennent les tests PCR et antigéniques effectués par les laboratoires cliniques.

\*\*Ces chiffres comprennent les tests antigéniques effectués par les pharmacies, les médecins généralistes, lors d'évènements,.... Les autotests ne sont pas inclus.

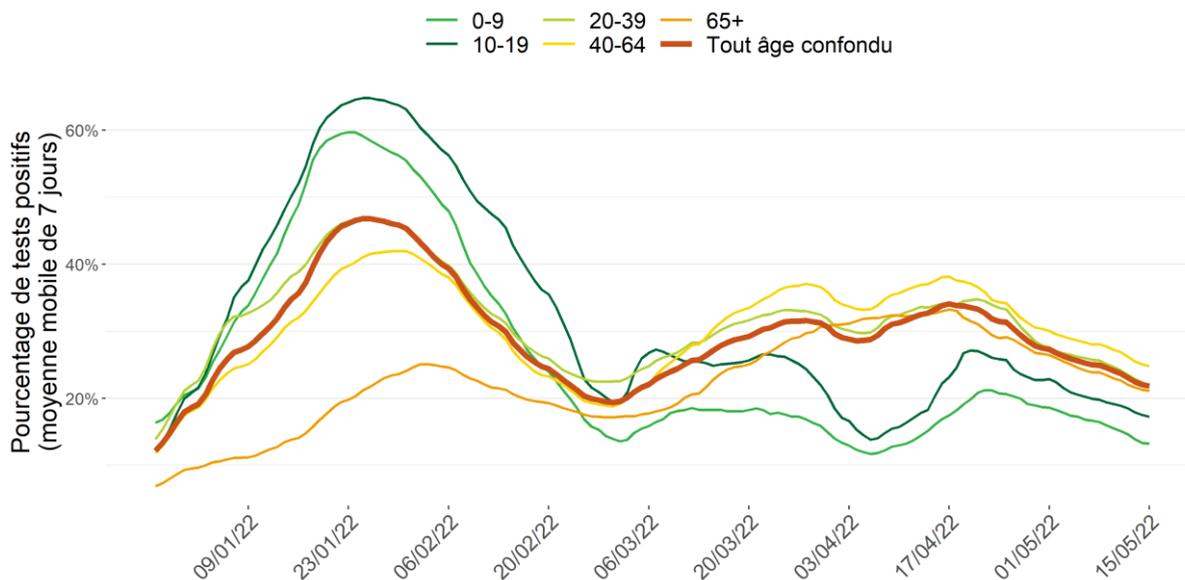
Le tableau ci-dessous présente la répartition du nombre de tests réalisés, du nombre de tests réalisés pour 100 000 habitants, du nombre de tests positifs et du taux de positivité par groupe d'âge, pour la période du 9 mai 2022 au 15 mai 2022 (dernière semaine de données consolidées).

Groupe d'âge	Nombre de tests	Nombre de tests/ 100 000 hab	Nombre de tests positifs	% de tests positifs*
0-9	6 057	484	804	13,3%
10-19	12 225	930	2 111	17,3%
20-39	32 439	1 119	7 150	22,0%
40-64	41 056	1 073	10 185	24,8%
65+	30 977	1 390	6 553	21,2%

\*L'âge n'était pas disponible pour 4088 tests.

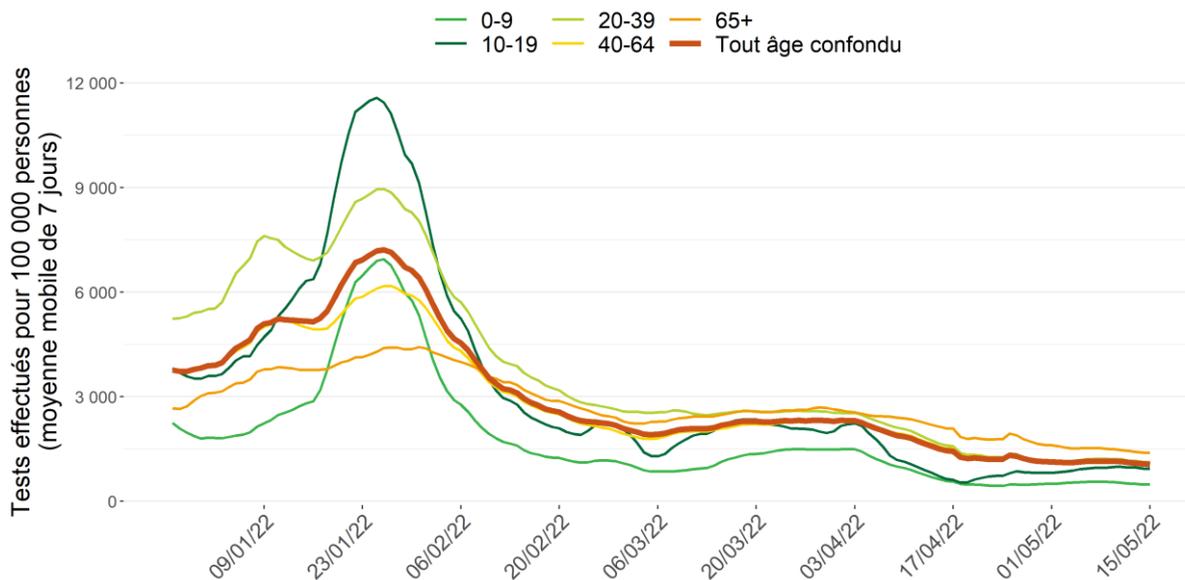
Le premier graphe ci-dessous présente le taux de positivité (moyenne mobile sur 7 jours) par groupe d'âge depuis le 27 décembre 2021, le deuxième présente le nombre de tests réalisés (moyenne mobile sur 7 jours) par groupe d'âge pour la même période.

Taux de positivité par groupe d'âge à partir du 27/12/21



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

Tests effectués par groupe d'âge à partir du 27/12/21



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

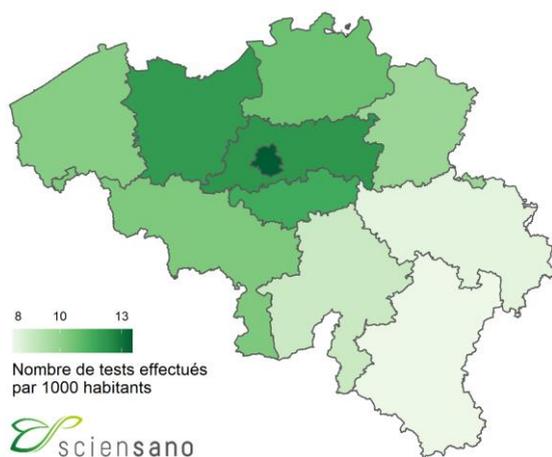
Le tableau ci-dessous présente la répartition pour la Belgique, par province, pour la Région bruxelloise et pour la Communauté germanophone, du **nombre de tests réalisés**, nombre de tests positifs et le taux de positivité pour la période du 9 mai 2022 au 15 mai 2022 (dernière semaine de données consolidées).

	Nombre de tests	Nombre de tests/ 100 000 hab	Nombre de tests positifs	% de tests positifs*
<b>Belgique</b>	126 842	1 101	27 005	21,3%
<b>Antwerpen</b>	20 209	1 078	4 049	20,0%
<b>Brabant wallon</b>	4 721	1 159	1 126	23,9%
<b>Hainaut</b>	13 984	1 039	3 148	22,5%
<b>Liège**</b>	8 801	794	2 131	24,2%
<b>Limburg</b>	8 603	977	1 759	20,4%
<b>Luxembourg</b>	2 225	771	550	24,7%
<b>Namur</b>	4 266	858	1 194	28,0%
<b>Oost-Vlaanderen</b>	18 497	1 208	4 134	22,3%
<b>Vlaams-Brabant</b>	14 198	1 222	3 310	23,3%
<b>West-Vlaanderen</b>	12 256	1 019	2 783	22,7%
<b>Région bruxelloise</b>	16 500	1 352	2 572	15,6%
<b>Deutschsprachige Gemeinschaft</b>	669	856	234	35,0%

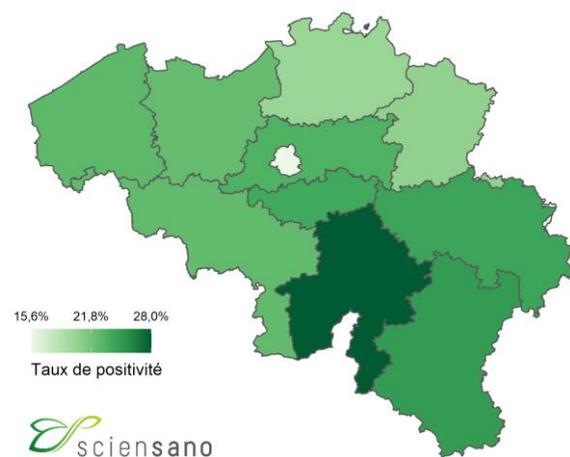
\*Afin de refléter le nombre total de tests réellement effectués en Belgique, nous avons fait le choix de calculer le taux de positivité (% de tests positifs) en utilisant le nombre total de tests positifs sur le nombre total de tests effectués. Vous trouverez des informations plus détaillées sur le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

\*\*Les données pour la province de Liège comprennent celles de la Communauté germanophone

Nombre de tests effectués par province, par 1000 habitants entre le 09/05/22 et le 15/05/22



Taux de positivité par province entre le 09/05/22 et le 15/05/22

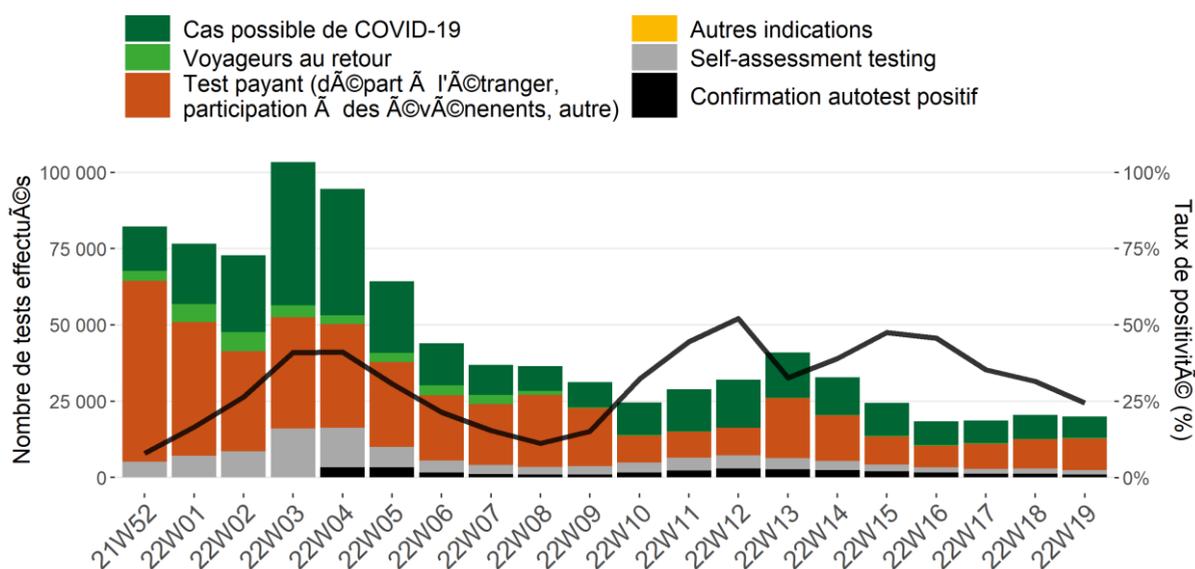


### 3.2.2. Tests rapides antigéniques COVID-19 effectués et rapportés par les pharmaciens

Depuis mi-juillet 2021, les pharmaciens ont la possibilité d'effectuer des tests antigéniques rapides pour les citoyens de plus de 6 ans ne présentant pas de symptômes de COVID-19 et ayant besoin d'un certificat COVID-19 pour un voyage ou un événement. Depuis le 1er novembre 2021 ils ont également la possibilité d'effectuer ces tests pour les voyageurs revenant d'une zone rouge et pour les personnes symptomatiques. Les pharmaciens participent de façon volontaire et rapportent les résultats des tests effectués à Sciensano. Ceci permet la création d'un certificat de test si le test s'avère négatif et le déclenchement du suivi des contacts et autres mesures si le test s'avère positif. Les données rapportées par les pharmaciens sont présentées ci-dessous.

Au cours de la période du 08/05/22 au 14/05/22 (semaine 18), 20 002 tests ont été effectués par les pharmaciens. Le taux de positivité pour la même période est de 19,6%.

Tests effectués et rapportés par les pharmacies et taux de positivité, par indication et par semaine à partir de la semaine 52



### 3.2.3. Indications des prescriptions de tests COVID-19

Les indications des prescriptions de test COVID-19 proviennent, d'une part, des formulaires électroniques utilisés par les médecins généralistes, les médecins en collectivité et à l'hôpital pour une demande de test (consultation avec prescription), et d'autre part, des codes de prescription de test (code CTPC) qui permettent à certaines catégories de personnes de réaliser un test sans consultation préalable (personnes avec des symptômes légers, contacts à haut risque avec un cas COVID-19 confirmé, voyageurs de retour de zone rouge). Depuis le 1er novembre 2021, un outil d'auto-évaluation est disponible en ligne pour les personnes présentant des symptômes légers (self-assessment testing). Cet outil permet de déterminer si un test COVID-19 est nécessaire et le cas échéant fournit un code CTPC sans intervention d'un médecin généraliste.

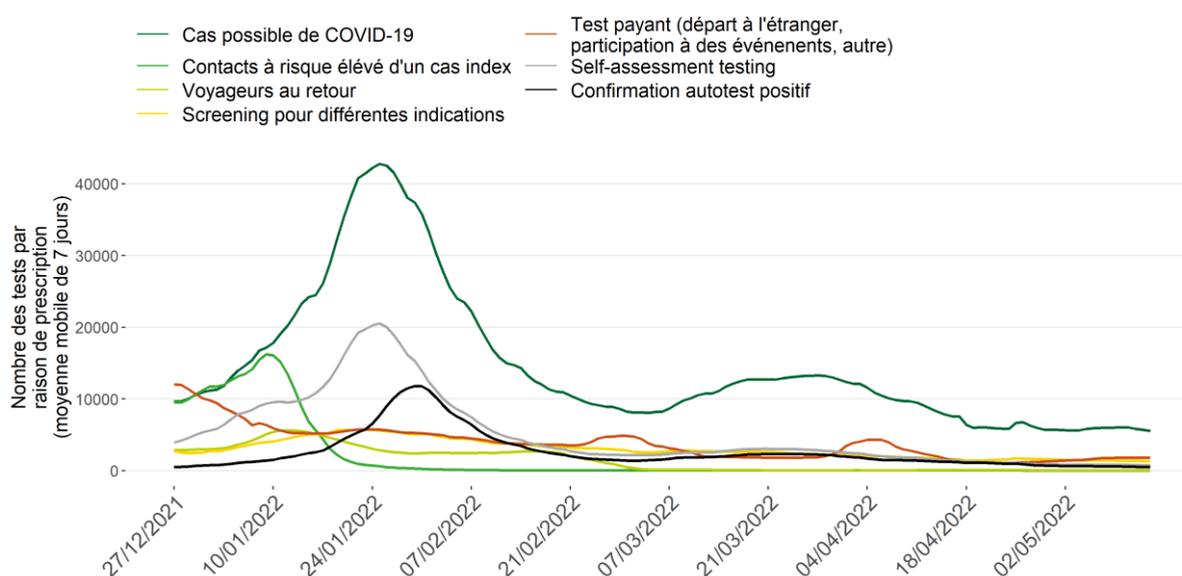
Les données des prescriptions des médecins généralistes et des médecins à l'hôpital sont disponibles depuis le 1er septembre 2020. Les données des prescriptions des médecins en collectivité et des prescriptions sans consultation sont disponibles depuis le 10 décembre 2020. Les données liées à l'outil d'auto-évaluation sont disponibles depuis le 1er novembre 2021.

Les informations sur les indications de prescriptions ne sont cependant pas disponibles pour toutes les demandes de test COVID-19 (par exemple, en milieu hospitalier, des formulaires supplémentaires ne sont pas systématiquement remplis pour toutes les analyses).

Sur la dernière semaine, du 9 mai 2022 au 15 mai 2022, 127 045 tests ont été réalisés, dont 63,7% ont pu être reliés à une prescription correspondante (combinaison des formulaires électroniques et des codes CTPC).

La figure ci-dessous montre la distribution des indications de tests depuis le 27 décembre 2021 (moyenne mobile sur 7 jours).

Distribution des indications de test pour les prescriptions disponibles, pour la période du 27/12/21 au 15/05/22

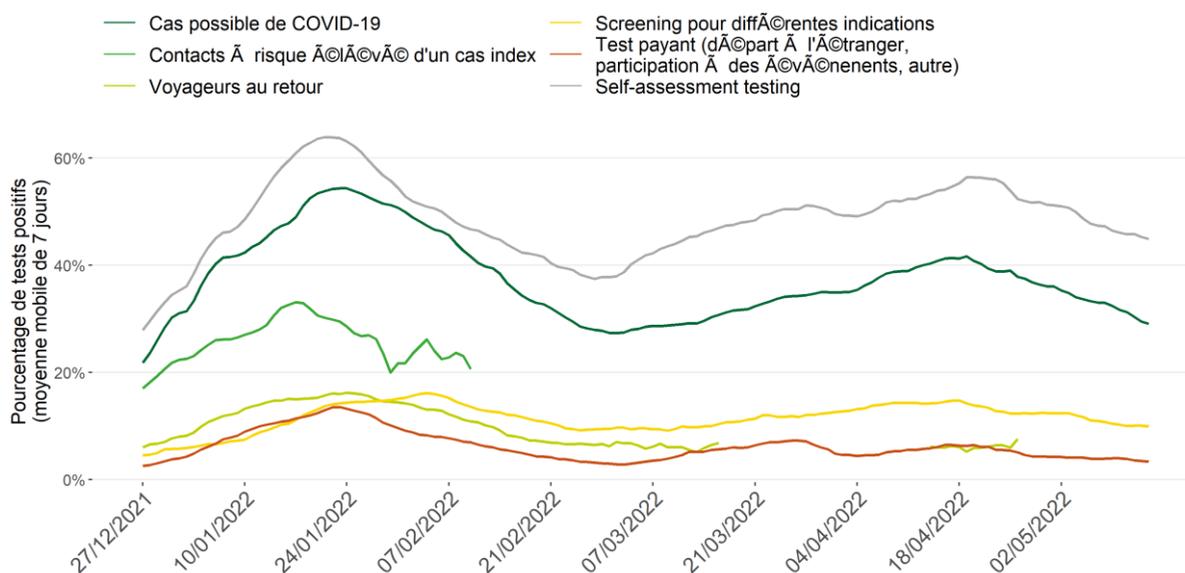


Attention, la stratégie de test peut varier (tests nécessaires ou non pour certaines catégories, nécessité d'un formulaire électronique ou non). Ces changements de stratégie se reflètent dans les graphes montrés.

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.

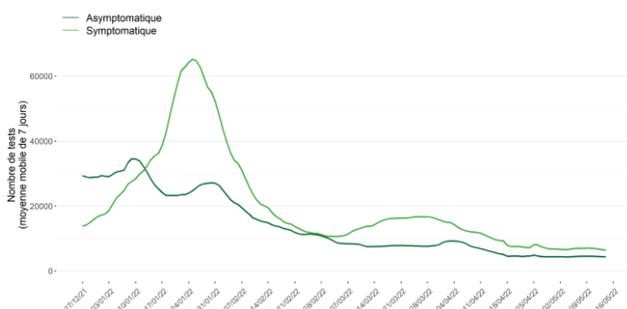
Le taux de positivité n'est présenté ci-dessous que si le nombre de tests quotidiens effectués et de cas confirmés pour une catégorie donnée est supérieur au seuil de 100 tests ou de 5 cas respectivement. Avec un faible nombre de tests, le taux de positivité devient moins fiable.

Évolution du taux de positivité par indication de test pour les prescriptions disponibles, pour la période du 27/12/21 au 15/05/22

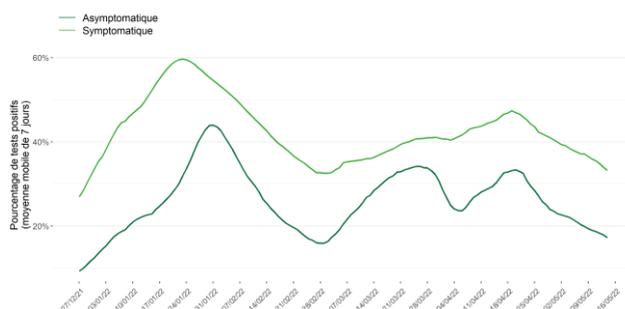


Parmi les tests effectués pour confirmer un autotest positif, 89,0% étaient positifs pour la semaine 02 mai au 08 mai.

Nombre de tests en fonction de la présence ou non de symptômes pour les prescriptions disponibles, pour la période du 27/12/21 au 15/05/22



Taux de positivité en fonction de la présence ou non de symptômes pour les prescriptions disponibles, en pourcentage, pour la période du 27/12/21 au 15/05/22



### 3.3. SURVEILLANCE MOLÉCULAIRE DU SARS-COV-2

Source: Plateforme de séquençage (données enregistré par healthdata.be)

La surveillance moléculaire permet d'établir la diversité génétique des virus SARS-CoV-2 circulant en Belgique et d'analyser l'évolution de cette diversité dans le temps. Cette surveillance se fait par séquençage de l'ensemble du génome du virus (Whole Genome Sequencing – WGS), une technique qui permet d'identifier avec précision le type de variant.

Les laboratoires qui séquent les échantillons SARS-CoV-2 se sont regroupés au sein d'une [plateforme de séquençage](#), comprenant actuellement une quinzaine de laboratoires repartis dans toute la Belgique.

D'une part, la surveillance dite « de base » est effectuée par des laboratoires sentinelles qui transmettent un certain nombre d'échantillons PCR positifs, représentatifs de l'ensemble de la population, à la plateforme de séquençage pour permettre leurs analyses. Actuellement, dans le cadre de la surveillance de base, l'objectif est d'analyser entre 5 et 10% des échantillons positifs afin de suivre la diversité génétique des virus circulants.

D'autre part, il existe une surveillance « active » qui effectue des analyses génétiques (WGS) sur des échantillons spécifiques (certains voyageurs de retours de zones rouges, une sélection de foyers épidémiques, certains cas de réinfection ou infection après vaccination). Cette surveillance « active » a pour but d'identifier rapidement l'émergence de nouveaux variants, ainsi que de surveiller les caractéristiques et la sévérité des différents variants.

La surveillance moléculaire a ainsi permis d'identifier et de suivre les variants du virus SARS-CoV-2 sur notre territoire, dont ceux dits « de préoccupation » (variant of concern - VOC), notamment le variant Alpha (B.1.1.7 y compris les lignées descendantes), identifié pour la première fois en Angleterre et classé VOC entre le 18 décembre 2020 et le 9 mars 2022 ; le variant Beta (B.1.351 y compris les lignées descendantes), identifié en Afrique du Sud et classé VOC entre le 18 décembre 2020 et le 09 mars 2022 ; le variant Gamma (P.1 y compris les lignées descendantes) identifié au Brésil et classé VOC entre le 11 janvier 2021 et le 09 mars 2022 ; et le variant Delta (B.1.617.2 y compris les lignées descendantes) identifié en Inde. Fin novembre 2021, le variant Omicron (B.1.1.529 y compris les lignées descendantes) a été confirmée pour la première fois en Belgique.

Actuellement, les variants dits « de préoccupation » ne comprennent que les variants Delta et Omicron.

Omicron comprend les lignées descendantes BA.1, BA.2, BA.3, BA.4 et BA.5. Depuis la fin de janvier 2022, la lignée descendante BA.2 est en augmentation dans de nombreux pays. La première identification des variants BA.2.12.1, BA.4 et BA.5 en Belgique date respectivement du 23 avril, 29 mars et 26 avril 2022. Ces lignées descendantes diffèrent par certaines mutations, notamment dans la protéine spike<sup>1</sup>. Pour ces raisons, nous en faisons désormais la distinction. Cela permet de suivre l'évolution des sous-lignées du variant Omicron.

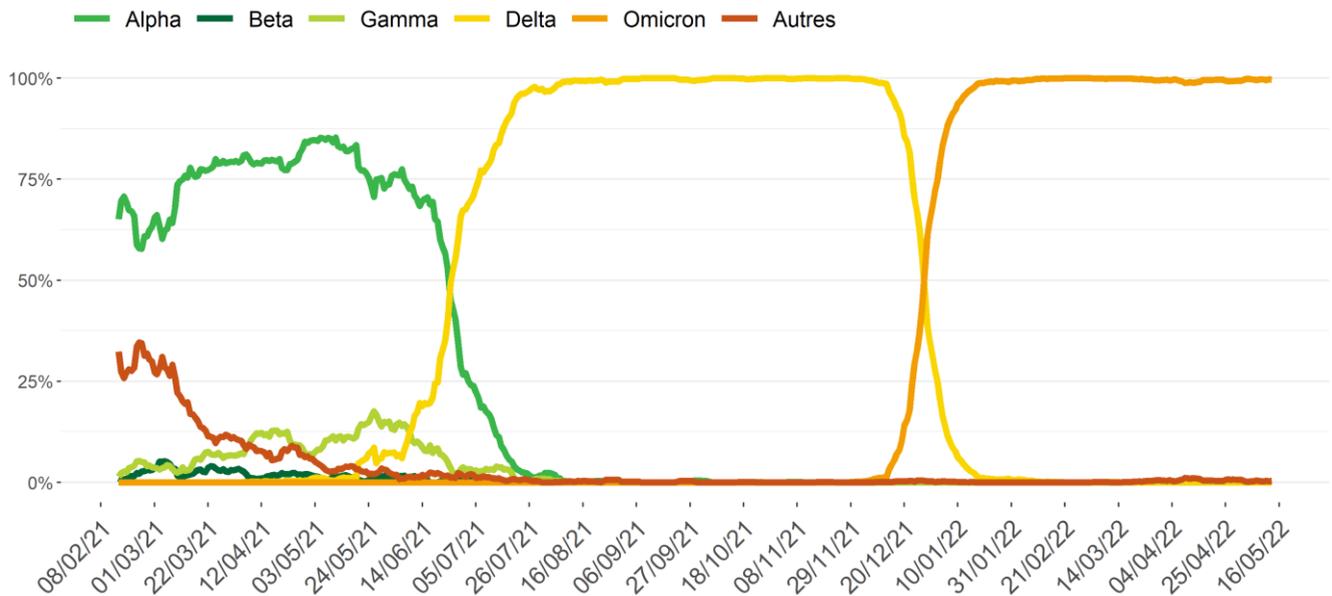
---

<sup>1</sup> La protéine spike est responsable de l'adhésion du virus aux récepteurs de la surface cellulaire de l'hôte ainsi que de la fusion entre le virus et les membranes cellulaires. C'est également la principale cible des anticorps neutralisants induits après une infection par le SARS-CoV-2. La protéine spike est également le composant du SARS-CoV-2 dans les vaccins à ARN messagers et à adénovirus. Par conséquent, les mutations affectant l'antigénicité de la protéine spike présentent un intérêt particulier.

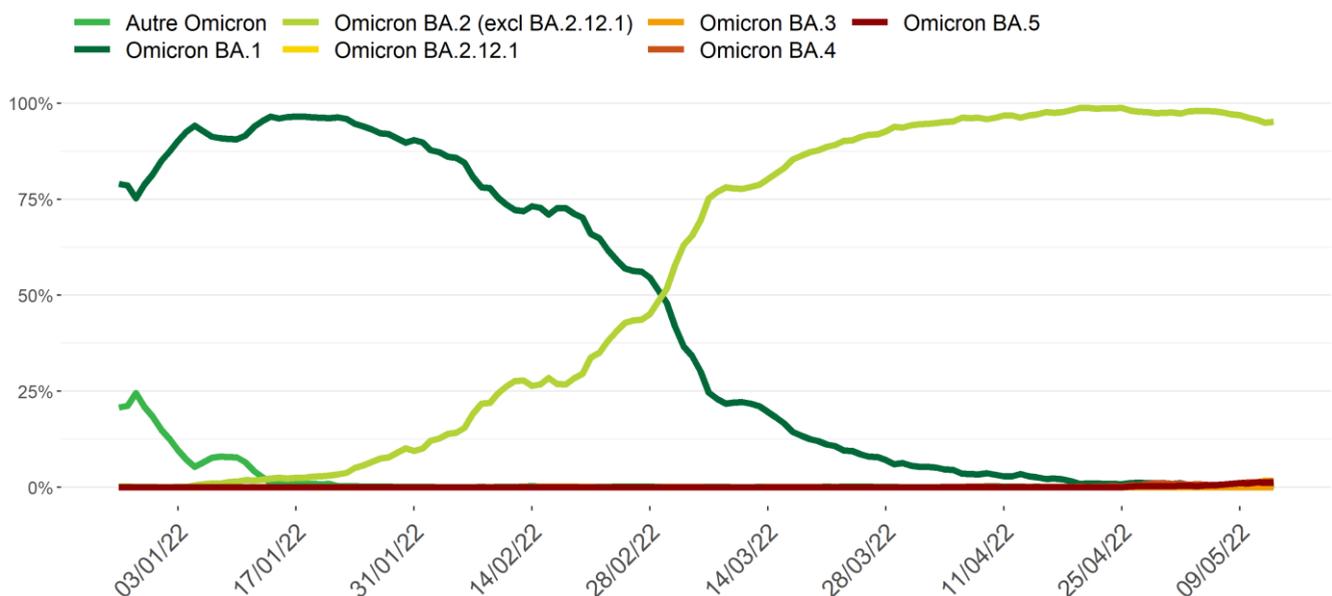
### 3.3.1. Evolution de la proportion des variants principaux circulant en Belgique (surveillance de base)

La figure ci-dessous montre l'évolution de la proportion des variants principaux circulant en Belgique dans le cadre de la surveillance de base.

Evolution de la proportion des variants identifiés par la surveillance de base en Belgique depuis le 15 février 2021, moyenne mobile sur 7 jours



Evolution de la proportion des lignées descendantes d'Omicron identifiées par la surveillance de base en Belgique depuis le 27 décembre 2021, moyenne mobile sur 7 jours



« Autre Omicron » comprend les lignées descendantes autres que BA.1, BA.2, BA.3, BA.4 et BA.5

### 3.3.2. Variants identifiés en Belgique (surveillance de base et surveillance active)

Le tableau ci-dessous présente l'ensemble des variants identifiés en Belgique dans les échantillons prélevés depuis le 15 février 2021.

Variants	Date 1e identification*	Nombre séquencés depuis le 15/02/21 (surv. de base)		Nombre séquencés depuis le 15/02/21 (surv. active)	
		N	%	N	%
<b>Alpha</b>	déc. 2020	12 066	18,05	7 039	23,94
<b>Beta</b>	déc. 2020	286	0,43	298	1,01
<b>Gamma</b>	janv. 2021	1 505	2,25	589	2,00
<b>Delta</b>	avr. 2021	23 606	35,32	11 417	38,83
<b>Epsilon</b>	janv. 2021	0	0,00	2	0,01
<b>Iota</b>	févr. 2021	2	0,00	0	0,00
<b>Eta</b>	janv. 2021	55	0,08	31	0,11
<b>Omicron</b>	nov. 2021	28 065	41,99	9 482	32,25
<b>Autre</b>		1 247	1,87	546	1,86
<b>Total</b>		66 832	100	29 404	100

\*Sur base de la première date rapportée parmi différentes sources de données : GISAID, déclaration via HealthData.be (surveillance de base).

Le tableau ci-dessous présente les nombres des variants identifiés en Belgique pendant les huit dernières semaines (du 21 mars 2022 jusqu'au 15 mai 2022) et pendant les deux dernières semaines (du 2 mai 2022 jusqu'au 15 mai 2022) dans la **surveillance de base et active**.

Variants	Date 1e identification*	Nombre séquencés depuis leur identification			Nombre séquencés 8 semaines (surv. de base)		Nombre séquencés 2 semaines (surv. de base)		Nombre séquencés 8 semaines (surv. active)		Nombre séquencés 2 semaines (surv. active)	
		N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Delta</b>	avr. 2021	35 023	1	0,01	0	0,00	1	0,05	0	0,00		
<b>BA.1</b>	nov. 2021	18 469	310	3,52	3	0,31	86	4,32	0	0,00		
<b>BA.2**</b>	janv. 2022	18 046	8 392	95,39	937	97,40	1 866	93,82	148	93,08		
<b>BA.3</b>	févr. 2021	12	0	0,00	0	0,00	1	0,05	0	0,00		
<b>BA.4</b>	avr. 2021	38	24	0,27	8	0,83	14	0,70	5	3,14		
<b>BA.5</b>	avr. 2021	14	12	0,14	9	0,94	2	0,10	1	0,63		
<b>Autre Omicron***</b>		968	59	0,67	5	0,52	19	0,96	5	3,14		
<b>Total</b>		73 570	8 798	100	962	100	989	100	159	100		

\*Sur base de la première date rapportée parmi différentes sources de données : GISAID, déclaration via HealthData.be (surveillance active).

\*\*Dont 8 BA.2.12.1 ont été détectés en surveillance de base et 2 en surveillance active au cours des 8 dernières semaines.

\*\*\* comprend les lignées descendantes autres que BA.1, BA.2, BA.3, BA.4 et BA.5.

### 3.3.3. Distribution des variants parmi certaines sous-populations

Le tableau ci-dessous indique, pour les variants principaux circulant en Belgique, le nombre de chaque variant identifié parmi les voyageurs, les personnes hospitalisées, les cas de percée\*, les cas de réinfections\*\* ainsi que dans le cadre de la surveillance de base sur les **huit dernières semaines**. Il faut noter que ces données ne comprennent que les échantillons qui ont été séquencés (WGS), et dont le résultat a été rapporté à la base de données HealthData. Les données des hôpitaux proviennent de la surveillance clinique hospitalière (CHS)\*\*\* (voir point 5.1 du document [questions fréquemment posées](#))

	Surveillance de base	Voyageurs	Hospitalisations	Réinfections**	Cas de percée*
<b>BA.1</b>	310 (3,5 %)	0 (0,0 %)	26 (6,2 %)	13 (1,9 %)	-
<b>BA.2</b>	8 392 (95,4 %)	4 (100,0 %)	394 (93,4 %)	676 (97,5 %)	-
<b>BA.3</b>	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	-
<b>BA.4</b>	24 (0,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (0,1 %)	-
<b>BA.5</b>	12 (0,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	-
<b>Delta</b>	1 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (0,1 %)	-
<b>Autre</b>	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	-
<b>Autre Omicron*****</b>	59 (0,7 %)	0 (0,0 %)	2 (0,5 %)	2 (0,3 %)	-
<b>Nombre total de diagnostics COVID-19 parmi le groupe cible****</b>	393 178	236	4 766	33 661	-
<b>Nombre total d'échantillons positifs séquencés</b>	8798 (2,2 %)	4 (1,7 %)	422 (8,9 %)	693 (2,1 %)	-

\*Les cas de percée sont des infections survenant chez des personnes qui ont complété un schéma de primo-vaccination depuis au moins 14 jours. Ces cas sont identifiés par le croisement entre les bases de données Vaccinnet+ et des tests de laboratoire COVID-19.

\*\*Les cas de réinfection correspondent à des patients ayant présenté un 2ème test positif au moins 60 jours après un 1er test positif.

\*\*\*Le CHS couvre en estimation environ deux-tiers de tous les patients belges hospitalisés dans le cadre du COVID-19. Les informations démographiques sur les patients hospitalisés sont enregistrées dans les 1 à 2 semaines après l'admission du patient.

\*\*\*\*Le nombre total de nouveaux diagnostics COVID-19 au cours des 8 semaines en question pour la population cible ; pour la surveillance de base de la population entière. Il s'agit de nouveaux épisodes, tels que définis selon la règle des 60 jours. Pour la colonne des réinfections, il s'agit des nouveaux diagnostics de réinfection (un deuxième test positif au moins 60 jours après le premier test positif).

\*\*\*\*\* comprend les lignées descendantes autres que BA.1, BA.2, BA.3, BA.4 et BA.5.

**Remarque: En raison d'un problème dans la collecte des données, les chiffres ne sont pas disponibles cette semaine pour les cas de percée.**

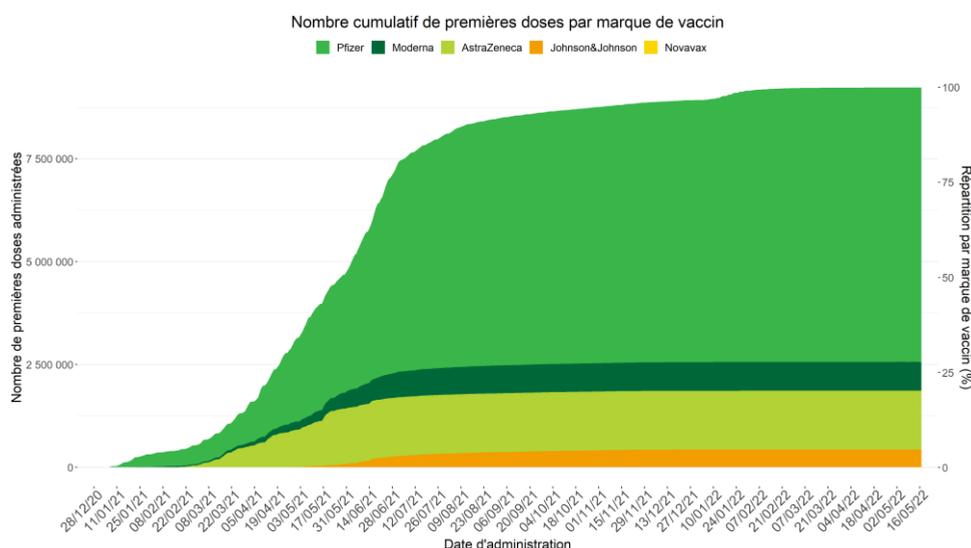
## 3.4. VACCINATION

### 3.4.1. Nombre de vaccinations et couverture

Le 28 décembre 2020, la phase pilote de la campagne de vaccination COVID-19, limitée à un nombre restreint de centres de soins résidentiels, a débuté en Belgique. Le 5 janvier 2021, [la campagne de vaccination](#) officielle a démarré. La campagne de vaccination a été déployée en [phases séquentielles](#) ciblant des groupes prioritaires, avant un élargissement à l'ensemble de la population de 18 ans et plus.

Toutes les doses de vaccins COVID-19 administrées en Belgique sont, tel que défini par la loi, enregistrées dans [Vaccinnet+](#), le registre national des vaccins COVID-19. Seules les vaccinations enregistrées dans cette base de données sont incluses dans les chiffres et les analyses ci-dessous. Toutefois, un délai entre le moment de la vaccination et celui de l'enregistrement dans la base de données est possible<sup>2</sup>. La répartition géographique indiquée dans ce rapport est basée sur le code postal du lieu de résidence de la personne vaccinée et non sur le code postal du site de vaccination. A partir de septembre 2021, certains groupes ont été successivement invités à recevoir une dose de rappel<sup>3</sup>. En novembre 2021, il a été décidé que toute la population belge de 18 ans et plus qui a déjà complété un schéma de primo-vaccination sera progressivement invitée pour recevoir une dose de rappel.

Au 16 mai 2022, un total de 25 336 921 doses de vaccin COVID-19 avaient été administrées et enregistrées dans Vaccinnet+. Cela correspond à une augmentation de 7 561 doses par rapport au nombre enregistré au 9 mai 2022. Quatre vaccins différents sont actuellement utilisés : Comirnaty® (Pfizer/BioNtech), Spikevax® (Moderna), COVID-19 Vaccine Janssen® (Johnson & Johnson) et Nuvaxovid (Novavax). Le vaccin Vaxzevria® (AstraZeneca) n'est plus administré en Belgique. La figure ci-dessous représente l'évolution du **nombre cumulé de premières doses administrées, par marque de vaccin**.



<sup>2</sup> Sur l'ensemble des vaccinations enregistrées jusqu'au 16 mai 2022, 94,8 % ont été enregistrées dans les 3 jours suivant la date d'administration du vaccin.

<sup>3</sup> Le terme « dose de rappel » utilisé dans ce rapport inclut à la fois les doses additionnelles administrées aux personnes immunodéprimées pour compléter leur schéma de vaccination initial ainsi que les doses de rappel administrées à la population générale.

Le tableau ci-dessous présente la couverture vaccinale pour les personnes (population totale) ayant reçu **au moins une dose d'un vaccin** et pour **celles ayant complété un schéma de primo-vaccination**. En outre, le tableau indique le nombre total de personnes ayant reçu au moins une dose ou ayant complété un schéma de primo-vaccination, depuis le début de la campagne de vaccination et au cours des sept derniers jours, pour la Belgique et par région/communauté.

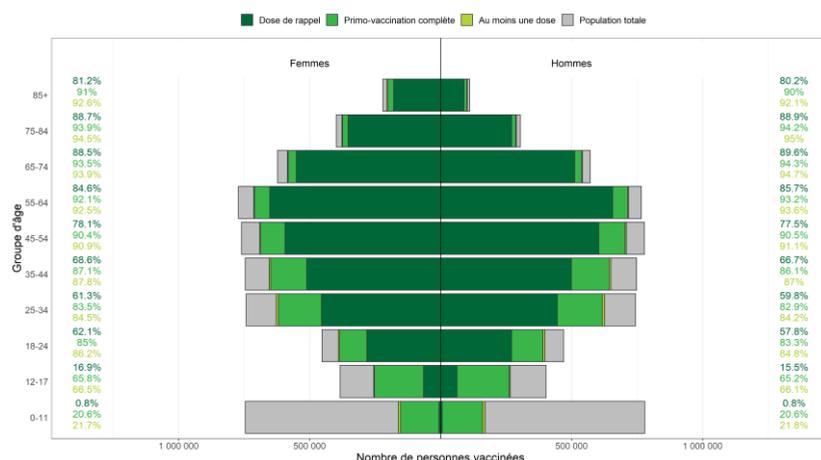
		Belgique	Bruxelles (1)	Flandre (1)	Wallonie (1,2)	Communauté germanophone (1)
<b>Au moins une dose</b>	Nombre de personnes vaccinées	9 240 684	768 810	5 678 858	2 661 154	56 222
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	849	227	408	188	3
	Couverture vaccinale (% de la population totale) <sup>(3)</sup>	80,21%	63,02%	85,36%	74,54%	71,95%
<b>Primo-vaccination complète</b>	Nombre de personnes vaccinées	9 142 370	753 780	5 631 965	2 631 802	55 508
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	767	160	332	250	9
	Couverture vaccinale (% de la population totale) <sup>(3)</sup>	79,35%	61,79%	84,65%	73,72%	71,03%
<b>Primo-vaccination complète + dose de rappel</b>	Nombre de personnes vaccinées	7 139 904	457 729	4 692 687	1 920 303	41 537
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	3 364	721	1 421	1 136	20
	Couverture vaccinale (% de la population totale) <sup>(3)</sup>	61,97%	37,52%	70,53%	53,79%	53,15%

(1) La répartition géographique est basée sur le code postal du lieu de résidence de la personne vaccinée. Les personnes dont le code postal était inconnu ne sont pas incluses dans la répartition géographique.

(2) A l'exclusion de la Communauté germanophone.

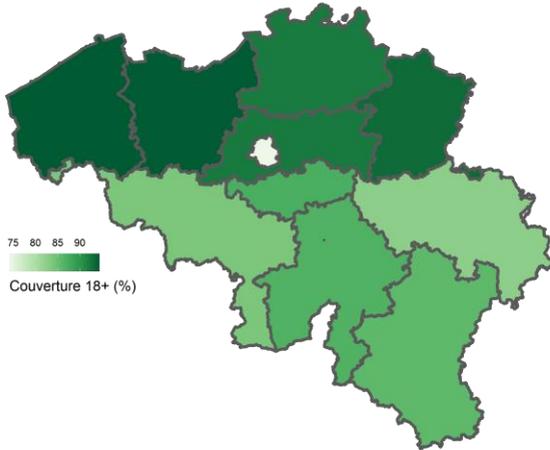
(3) Les dénominateurs utilisés pour ces calculs sont les chiffres de la population belge au 01/01/2021 publiés par STATBEL.

La figure ci-dessous représente **les couvertures vaccinales par genre et groupe d'âge** dans l'ensemble de la population. Le 16 mai 2022, la couverture vaccinale de primo-vaccination complète pour les femmes âgées de 18 ans et plus était de 89,27 %, et de 88,93 % pour les hommes. La couverture vaccinale pour la dose de rappel était de 75,89 % pour les femmes de 18 ans et plus et de 74,51 % pour les hommes de ce groupe d'âge.

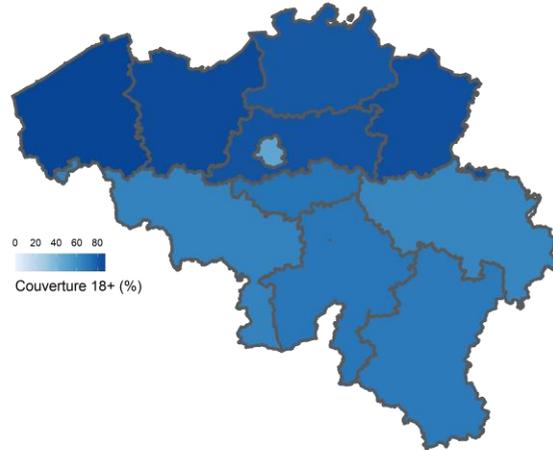


Les cartes ci-dessous montrent la couverture vaccinale pour les personnes ayant complété un schéma de primo-vaccination (à gauche) ainsi que la couverture vaccinale pour les personnes ayant reçu une dose de rappel (à droite), pour la population belge âgée de 18 ans et plus, par province.

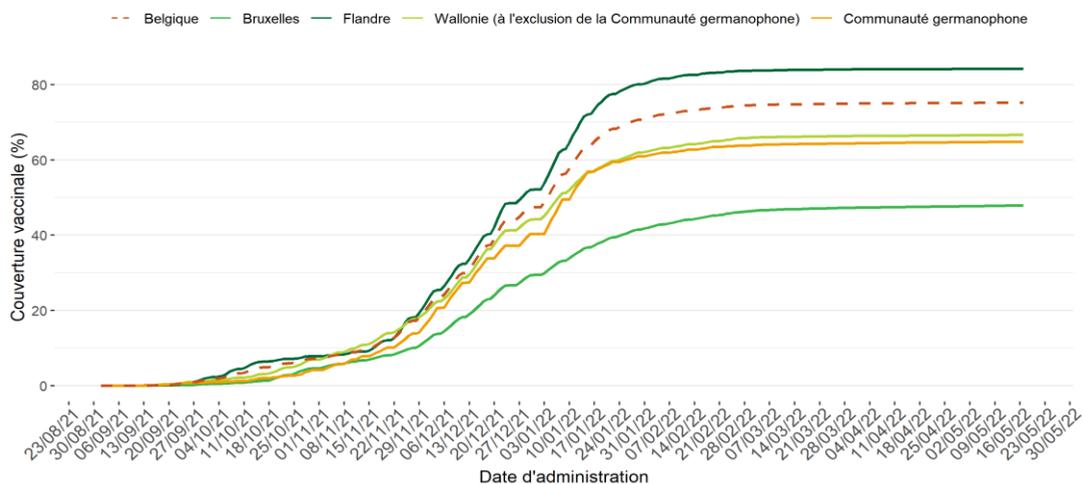
Couverture vaccinale (primo-vaccination complète) par province pour les 18 ans et plus



Couverture vaccinale (primo-vaccination complète + rappel) par province pour les 18 ans et plus



Le graphique ci-dessous montre l'évolution de la couverture vaccinale des personnes âgées de 18 ans et plus ayant reçu une dose de rappel, pour la Belgique, par région/communauté et par date d'administration du vaccin.



Le tableau ci-dessous présente le nombre et la couverture vaccinale pour une **dose de rappel**, au 16 mai 2022, pour la Belgique, par région/communauté et par groupe d'âge.

Groupe d'âge		Belgique	Bruxelles (1)	Flandre (1)	Wallonie (1,2)	Communauté germanophone (1)
<b>18 ans et plus</b>	Nombre de personnes vaccinées avec une dose de rappel	6 927 255	452 073	4 515 711	1 891 446	40 833
	Couverture vaccinale dose de rappel <sup>(3)</sup> (%)	75,22%	47,87%	84,20%	66,63%	64,78%
<b>12 à 17 ans</b>	Nombre de personnes vaccinées avec une dose de rappel	201 019	5 467	165 901	28 524	686
	Couverture vaccinale dose de rappel <sup>(3)</sup> (%)	25,54%	6,47%	37,71%	11,07%	13,53%
<b>18 à 64 ans</b>	Nombre de personnes vaccinées avec une dose de rappel	4 971 406	337 526	3 250 581	1 331 080	28 254
	Couverture vaccinale dose de rappel <sup>(3)</sup> (%)	71,22%	42,98%	81,54%	61,61%	59,51%
<b>65 à 84 ans</b>	Nombre de personnes vaccinées avec une dose de rappel	1 687 361	96 363	1 086 820	490 135	11 120
	Couverture vaccinale dose de rappel <sup>(3)</sup> (%)	88,94%	72,20%	93,16%	83,98%	82,49%
<b>85 ans et plus</b>	Nombre de personnes vaccinées avec une dose de rappel	268 488	18 184	178 310	70 231	1 459
	Couverture vaccinale dose de rappel <sup>(3)</sup> (%)	80,89%	71,15%	84,94%	74,44%	70,14%

<sup>(1)</sup> La répartition géographique est basée sur le code postal du lieu de résidence de la personne vaccinée. Les personnes dont le code postal était inconnu ne sont pas incluses dans la répartition géographique.

<sup>(2)</sup> A l'exclusion de la Communauté germanophone.

<sup>(3)</sup> Les dénominateurs utilisés pour ces calculs sont les chiffres de la population belge au 01/01/2021 publiés par STATBEL.

Le tableau ci-dessous présente la couverture vaccinale atteinte au 16 mai 2022 chez les enfants âgés de moins de 18 ans ayant complété un schéma de primo-vaccination. Le tableau indique également le nombre d'enfants âgés de 5 à 11 ans et de 12 à 17 ans ayant complété un schéma de primo-vaccination, depuis le début de la campagne de vaccination et au cours des sept derniers jours, pour la Belgique et par région/communauté.

		Belgique	Bruxelles (1)	Flandre (1)	Wallonie (1,2)	Communauté germanophone (1)
<b>5 à 11 ans</b>	Nombre de personnes avec un schéma de primo-vaccination complet	293 856	11 232	232 543	48 287	1 176
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	268	64	126	67	6
	Couverture vaccinale entièrement vacciné <sup>(3)</sup> (%)	31,69%	10,12%	44,82%	16,57%	20,00%
<b>12 à 17 ans</b>	Nombre de personnes avec un schéma de primo-vaccination complet	622 123	41 208	387 613	187 306	3 542
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	92	16	28	48	0
	Couverture vaccinale entièrement vacciné <sup>(3)</sup> (%)	79,04%	48,78%	88,11%	72,71%	69,83%

<sup>(1)</sup> La répartition géographique est basée sur le code postal du lieu de résidence de la personne vaccinée. Les personnes dont le code postal était inconnu ne sont pas incluses dans la répartition géographique.

<sup>(2)</sup> A l'exclusion de la Communauté germanophone.

<sup>(3)</sup> Les dénominateurs utilisés pour ces calculs sont les chiffres de la population belge au 01/01/2021 publiés par STATBEL.

Les personnes immunodéprimées représentent une population particulièrement sensible aux infections causées par le SARS-CoV-2 avec un risque élevé de développer une forme sévère de la maladie COVID-19. Depuis le début de la campagne de vaccination, ces personnes ont fait l'objet de plusieurs recommandations. Le 24 janvier 2022 ce groupe a été invité à recevoir une dose de rappel, au moins 3 mois après l'administration de leurs dose additionnelle (la dose additionnelle avait eu pour but de compléter leur schéma de primo-vaccination). Au 16 mai 2022, 218 561<sup>4</sup> personnes immunodéprimées âgées de 12 ans et plus en Belgique ont reçu leur dose de rappel. Le nombre de doses de rappel administrées par entité fédérée sont les suivants : 176 213 en Flandre, 35 572 en Wallonie (à l'exclusion de la communauté germanophone), 5 885 à Bruxelles et 891 en communauté germanophone.

Pour plus d'informations sur la méthode de surveillance du nombre de vaccins administrés et de calcul des couvertures vaccinales, veuillez consulter [le document questions fréquemment posées](#).

---

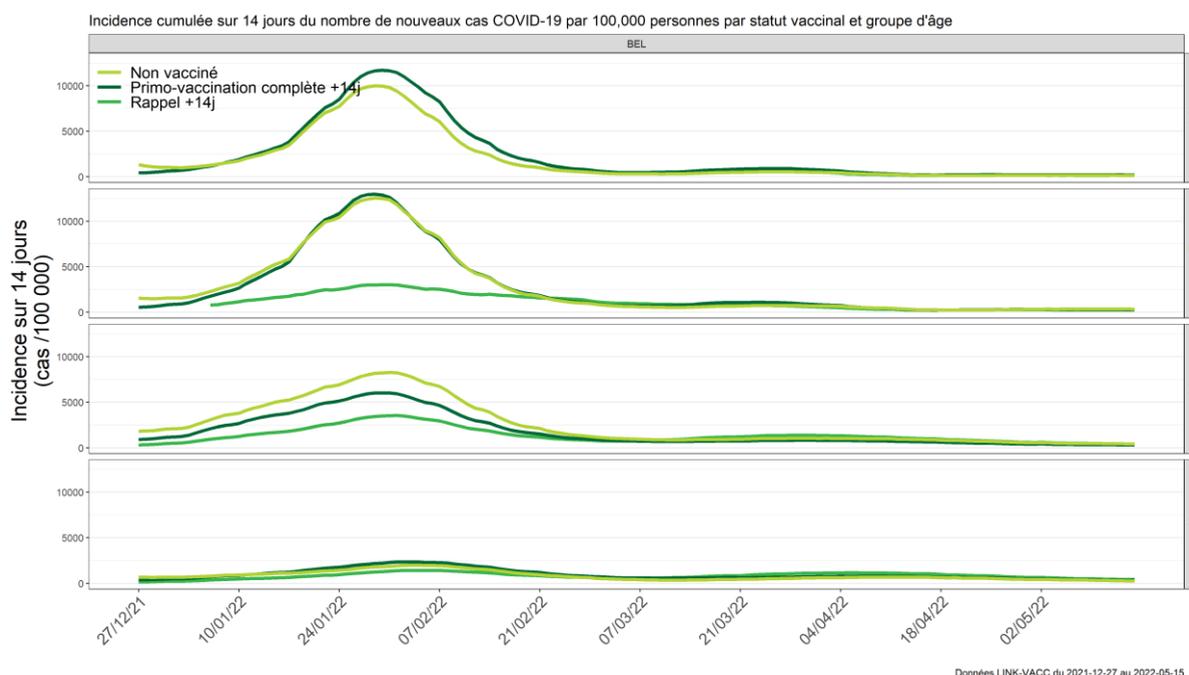
<sup>4</sup> Données agrégées de la base de données des codes de vaccination transmise par Smals/SPF Santé publique.

### 3.4.2. Impact de la vaccination

Sciensano dispose du statut vaccinal des personnes qui développent une infection COVID-19 ou qui nécessitent une hospitalisation ou une admission en unité de soins intensifs (USI). Cela permet la surveillance de l'incidence de l'infection COVID-19 chez les personnes qui n'ont pas été vaccinées, celles qui ont complété un schéma de primo-vaccination et celles qui ont reçu une dose de rappel. Si elles permettent une estimation préliminaire de l'impact de la vaccination (réduction relative du risque), ces données brutes ne peuvent pas être utilisées pour estimer l'efficacité des vaccins. En effet, elles ne tiennent pas compte des biais inhérents présents, tels que les différences de risque (par ex. comorbidités), de comportement ou de test dans les populations vaccinées et non vaccinées. Pour plus de détails sur la méthodologie<sup>5</sup> utilisée dans cette section, veuillez consulter les sections 10.7 et 10.8 du document ["Questions fréquemment posées"](#).

#### 3.4.2.1. Surveillance des cas confirmés de COVID-19

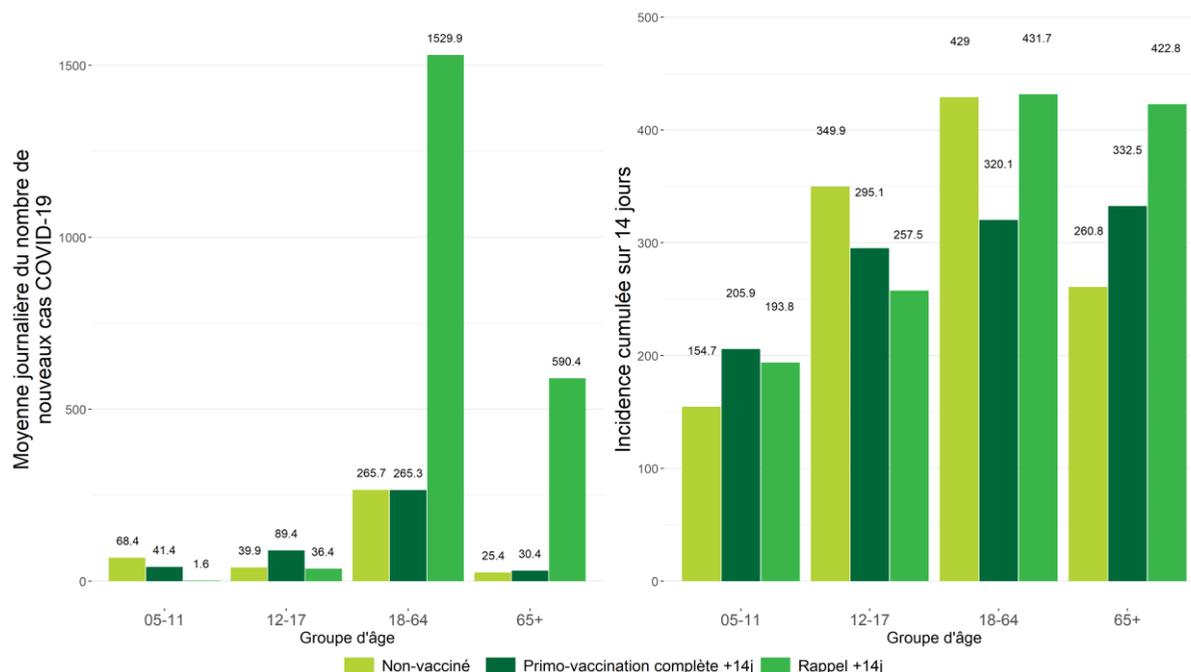
La surveillance des cas confirmés de COVID-19 (symptomatiques et asymptomatiques) selon le statut vaccinal est réalisée grâce au croisement entre les bases de données Vaccinnet+ et des tests de laboratoire COVID-19. Les graphiques ci-dessous montrent l'évolution de l'incidence sur 14 jours des cas de COVID-19 par statut vaccinal et par groupe d'âge à partir du 27 décembre 2021.



Source : croisement entre les données des tests de laboratoire COVID-19 et le registre national des vaccinations COVID-19 (Vaccinnet+). On suppose que la vaccination contre la COVID-19 offre une protection complète aux personnes qui ont complété un schéma de primo-vaccination ou ayant reçu une dose de rappel depuis au moins 14 jours. Les personnes qui ont été partiellement vaccinées, celles qui ont complété leur schéma de primo-vaccination depuis moins de 14 jours et celles pour qui le statut vaccinal est inconnu ne sont pas incluses dans ce graphique. Les personnes ayant reçu une dose de rappel depuis moins de 14 jours sont incluses dans la catégorie « primo-vaccination complète + 14 jours ».

<sup>5</sup> En raison d'un changement dans l'analyse des données, les incidences par statut vaccinal (non vacciné, primo-vaccination complète et primo-vaccination complète + dose de rappel) ont été corrigées le 21 janvier 2022 par rapport aux semaines précédentes. Ce changement affecte principalement le nombre total de personnes dans chaque catégorie vaccinale (les dénominateurs dans les calculs d'incidence). La nouvelle méthodologie permet aussi d'harmoniser le calcul des dénominateurs entre les différentes surveillances (infections, hospitalisations et mortalité).

Les graphiques ci-dessous présentent la moyenne journalière et l'incidence cumulée sur 14 jours du nombre de cas, par statut vaccinal et par groupe d'âge, pour la période du 02 mai au 15 mai 2022.



Source : croisement entre les données des tests de laboratoire COVID-19 et le registre national des vaccinations COVID-19 (Vaccinnet+).

Les personnes qui ont été partiellement vaccinées, celles qui ont complété leur schéma de primo-vaccination depuis moins de 14 jours et celles pour qui le statut vaccinal est inconnu sont exclues. Les personnes ayant reçu une dose de rappel depuis moins de 14 jours sont incluses dans la catégorie « primo-vaccination complète + 14 jours ». Les dénominateurs utilisés pour le calcul des incidences correspondent au nombre total de personnes ayant obtenu le statut vaccinal mentionné 14 jours avant la date de calcul. Pour plus de détails sur la méthodologie utilisée, veuillez consulter les sections 10.7 et 10.8 du document [FAQ](#).

Le tableau ci-dessous montre l'estimation non-ajustée de la réduction du risque d'infection (symptomatique et asymptomatique) entre les personnes non vaccinées, celles ayant complété un schéma de primo-vaccination et celles ayant reçu une dose de rappel.

Catégorie d'âge	Réduction relative du risque d'infection (non ajustée)		
	Primo-vaccination complète vs. non vacciné	Dose de rappel vs. Non vacciné	Dose de rappel vs. primo-vaccination complète
<b>05-11</b>	Non détectable	Non détectable	Non détectable
<b>12-17</b>	Non détectable	Non détectable	Non détectable
<b>18-64</b>	25.4 %	Non détectable	Non détectable
<b>65+</b>	Non détectable	Non détectable	Non détectable

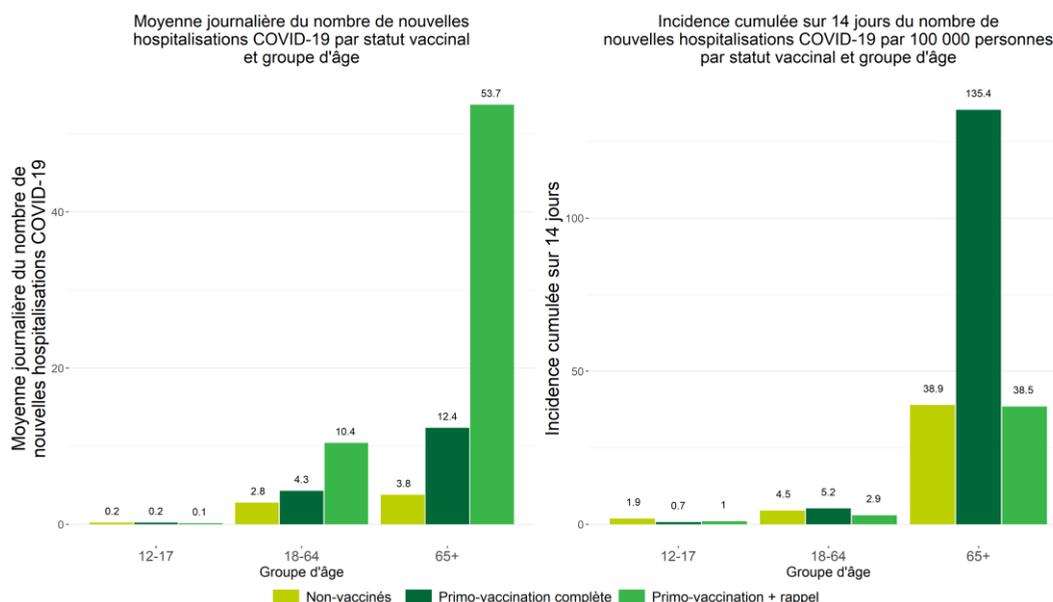
L'administration d'une dose de rappel n'étant pas recommandée chez les personnes âgées de 5 à 11 ans et de 12 à 17 ans, cette information n'est pas rapportée dans le tableau ci-dessus.

### 3.4.2.2. Surveillance hospitalière COVID-19

Les données sur les hospitalisations COVID-19 selon le statut vaccinal sont issues de la surveillance de la capacité hospitalière (Surge Capacity Survey ; SCS) et sont disponibles depuis le 6 octobre 2021. Le 8 décembre 2021, la dose de rappel et le statut vaccinal des personnes décédées des suites du COVID-19 à l'hôpital ont été ajoutés aux variables collectées. La participation à cette surveillance est obligatoire pour tous les hôpitaux généraux, et permet la collecte de données exhaustives agrégées et pour les décès COVID-19 de données individuelles. Les patients hospitalisés diagnostiqués positifs au COVID-19 lors d'un dépistage de routine (en l'absence de symptômes liés au COVID-19) ne sont pas inclus.

#### a) Admissions à l'hôpital

Les graphiques ci-dessous montrent la moyenne journalière et l'incidence cumulée sur 14 jours des hospitalisations, par statut vaccinal et par groupe d'âge, pour la période du 02 mai au 15 mai 2022.



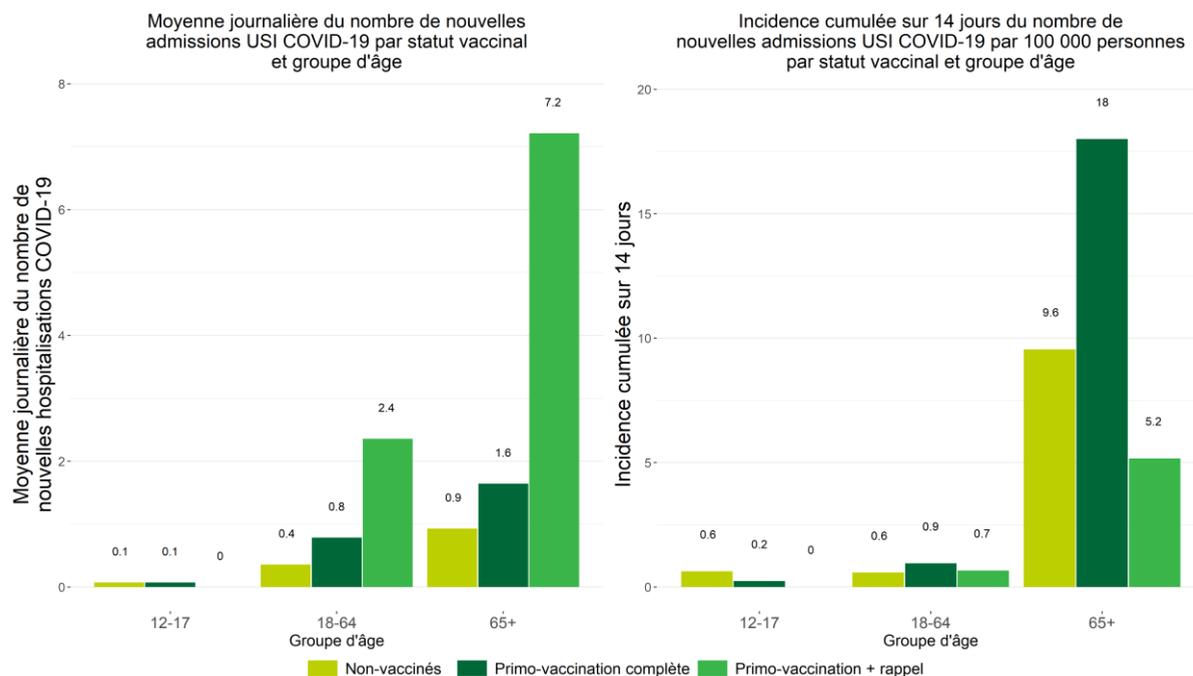
Source : Surveillance de la capacité hospitalière. Le délai entre la vaccination et l'hospitalisation n'étant pas connu dans cette surveillance, le délai de 14 jours à considérer après la vaccination n'est pas pris en compte dans la définition des catégories vaccinales. Les personnes partiellement vaccinées ou dont le statut vaccinal est inconnu sont exclues. Les dénominateurs utilisés pour le calcul des incidences correspondent au nombre total de personnes ayant obtenu le statut vaccinal mentionné 14 jours avant la date de calcul. Pour plus de détails sur la méthodologie utilisée, veuillez consulter les sections 10.7 et 10.8 du document [FAQ](#).

Le tableau ci-dessous montre l'estimation non-ajustée de la réduction du risque d'hospitalisation COVID-19 entre les personnes non vaccinées, celles ayant complété un schéma de primo-vaccination et celles ayant reçu une dose de rappel.

Catégorie d'âge	Réduction relative du risque d'hospitalisation (non ajustée)		
	Primo-vaccination complète vs. non vacciné	Dose de rappel vs. Non vacciné	Dose de rappel vs. primo-vaccination complète
12-17	62.3 %	Non détectable	Non détectable
18-64	Non détectable	34.6 %	43.1 %
65+	Non détectable	1.2 %	71.6 %

## b) Admissions en USI

Les graphiques ci-dessous présentent la moyenne journalière et l'incidence cumulée sur 14 jours du nombre d'admissions en USI, par statut vaccinal et par groupe d'âge, pour la période du 02 mai au 15 mai 2022.



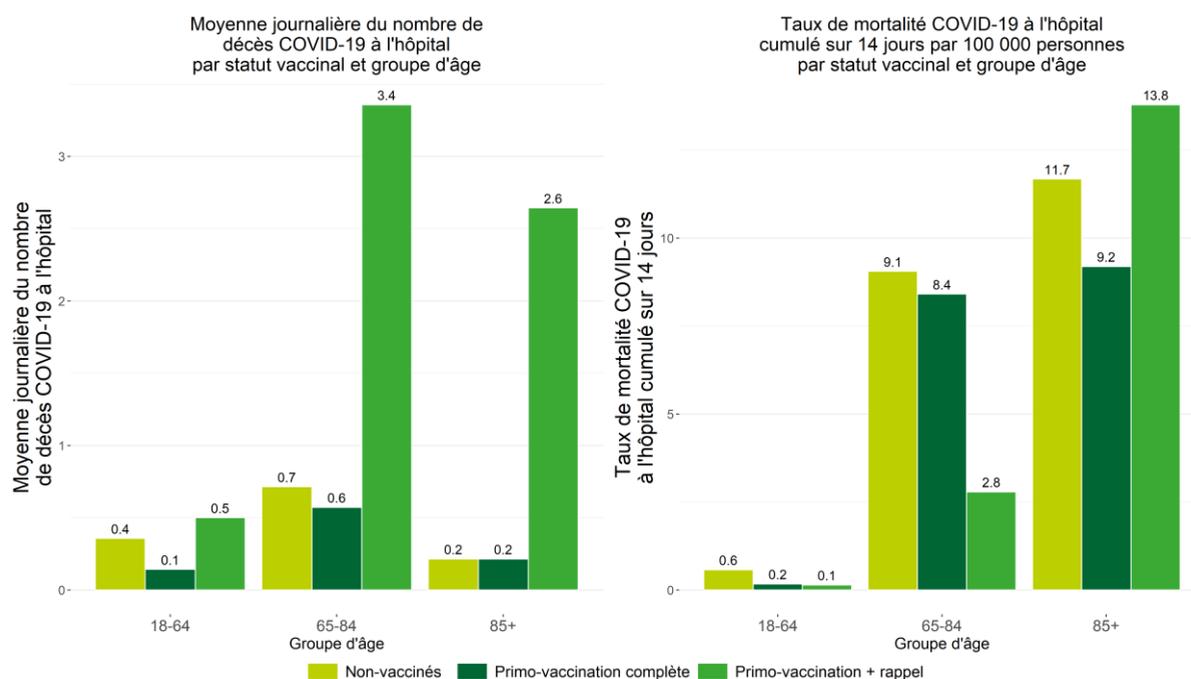
Source : Surveillance de la capacité hospitalière. Le délai entre la vaccination et l'hospitalisation n'étant pas connu dans cette surveillance, le délai de 14 jours à considérer après la vaccination n'est pas pris en compte dans la définition des catégories vaccinales. Les personnes partiellement vaccinées ou dont le statut vaccinal est inconnu sont exclues. Les dénominateurs utilisés pour le calcul des incidences correspondent au nombre total de personnes ayant obtenu le statut vaccinal mentionné 14 jours avant la date de calcul. Pour plus de détails sur la méthodologie utilisée, veuillez consulter les sections 10.7 et 10.8 du document [FAQ](#).

Le tableau ci-dessous montre l'estimation non-ajustée de la réduction du risque d'admission en soins intensifs pour COVID-19 entre les personnes non vaccinées, celles ayant complété un schéma de primo-vaccination et celles ayant reçu une dose de rappel.

Catégorie d'âge	Réduction relative du risque d'admission en USI (non ajustée)		
	Primo-vaccination complète vs. non vacciné	Dose de rappel vs. Non vacciné	Dose de rappel vs. primo-vaccination complète
<b>12-17</b>	62.3 %	Non détectable	Non détectable
<b>18-64</b>	Non détectable	Non détectable	29.9 %
<b>65+</b>	Non détectable	45.9 %	71.3 %

### c) Décès à l'hôpital

Les graphiques ci-dessous présentent la moyenne journalière et le taux de mortalité sur 14 jours pour les décès COVID-19 à l'hôpital, par statut vaccinal et par groupe d'âge, pour la période du 02 mai au 15 mai 2022.



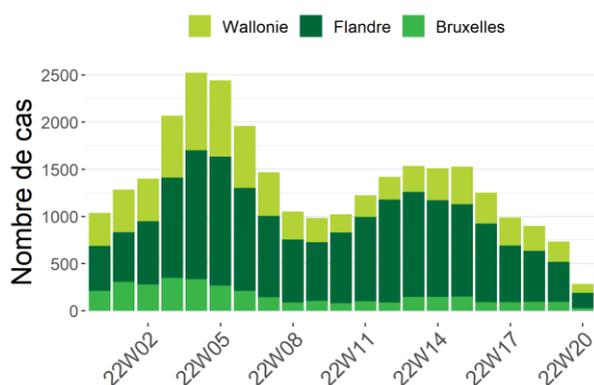
Source : Surveillance de la capacité hospitalière. Le délai entre la vaccination et le décès n'étant pas connu dans cette surveillance, le délai de 14 jours à considérer après la vaccination n'est pas pris en compte dans la définition des catégories vaccinales. Les personnes partiellement vaccinées ou dont le statut vaccinal est inconnu sont exclues. Les dénominateurs utilisés pour le calcul des incidences correspondent au nombre total de personnes ayant obtenu le statut vaccinal mentionné 14 jours avant la date de calcul. Pour plus de détails sur la méthodologie utilisée, veuillez consulter les sections 10.7 et 10.8 du document [FAQ](#).

### 3.5. HOSPITALISATIONS POUR COVID-19

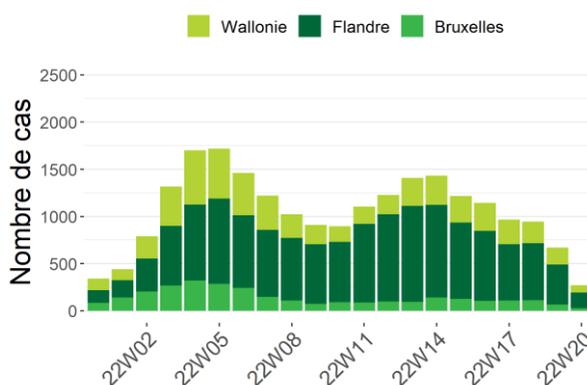
#### 3.5.1. Situation dans les hôpitaux

Au cours de la période du 12 mai 2022 au 18 mai 2022, 639 patients ont été hospitalisés en raison de COVID-19 (“hospitalisation pour COVID-19”) et 594 patients ont été hospitalisés pour une autre raison mais ont été testés positifs au COVID-19 dans le cadre d’un screening (“hospitalisation avec COVID-19”). Les figures ci-dessous présentent l’évolution des entrées à l’hôpital pour et avec COVID-19. Sur cette même période, 1 365 personnes ont quitté l’hôpital.

Evolution du nombre d'entrées pour COVID-19 à l'hôpital



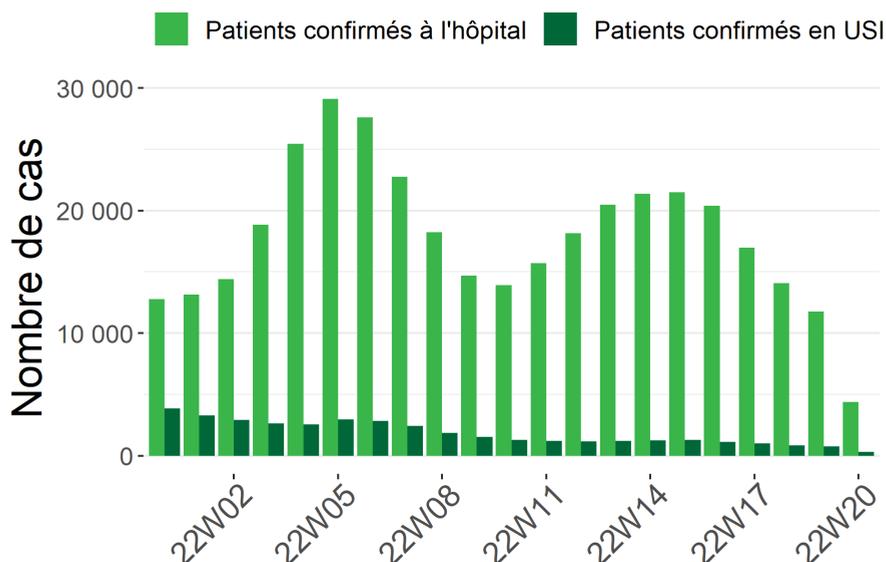
Evolution du nombre d'entrées avec COVID-19 à l'hôpital



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

Le 18 mai 2022, 1 408 lits d’hôpital dont 105 lits en unité de soins intensifs étaient occupés par des patients COVID-19 confirmés en laboratoire ; 45 patients nécessitaient une assistance respiratoire et 1 une ECMO (Oxygénation par membrane extra-corporelle). Au cours des 7 derniers jours, le nombre total de lits d’hôpital occupés a diminué de 303, dont 6 lits occupés en soins intensifs de moins.

Evolution du nombre d'hospitalisés, par semaine



Nombre d’hôpitaux participants : 104 (18 mai 2022)

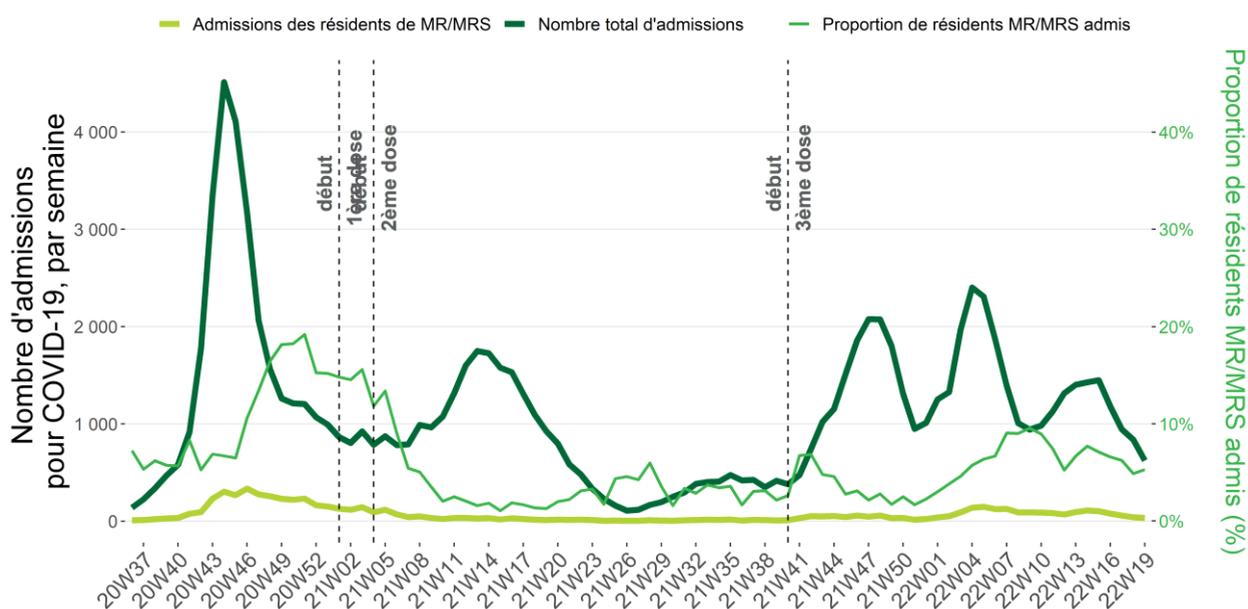
### 3.5.2. Provenance des patients hospitalisés pour COVID-19

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 639 admissions rapportées pour la période du 12 mai 2022 au 18 mai 2022, 602 nouvelles admissions ont été rapportées avec une distinction selon la provenance du patient. Pour cette période, 48 (sur les 602) admissions provenaient d'une maison de repos/et de soins ou d'un autre établissement de soins de longue durée.

La figure ci-dessous indique l'évolution du nombre de nouvelles hospitalisations COVID-19 pour l'ensemble des patients et pour les résidents de MR/MRS, ainsi que le pourcentage de résidents de MR/MRS parmi les patients hospitalisés. L'évolution de ce pourcentage, ainsi que la tendance à la baisse du nombre absolu d'admissions de résidents de MR/MRS, pourraient constituer un indicateur de l'impact positif de la vaccination. Néanmoins, d'autres facteurs (par exemple, une augmentation des hospitalisations dans la population générale) peuvent également expliquer une diminution de la proportion des résidents de MR/MRS parmi les personnes hospitalisées, comme cela a été observé précédemment.

Évolution des hospitalisations et de la proportion de résidents de MR/MRS admis, Belgique



### 3.5.3. Caractéristiques des patients hospitalisés

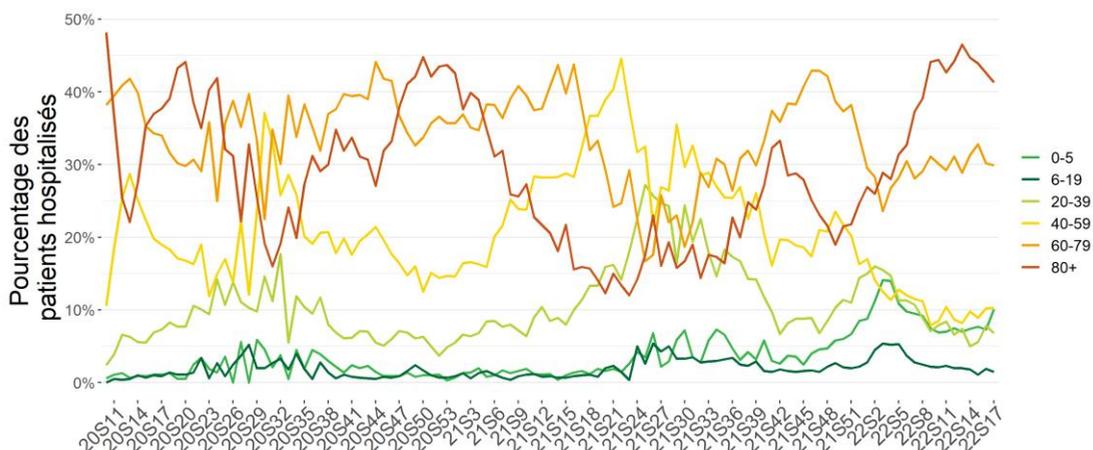
La surveillance clinique des patients COVID-19 hospitalisés permet de suivre l'évolution des caractéristiques des patients admis dans les hôpitaux. Ces données sont représentatives des patients au niveau national. Cependant la surveillance clinique n'est pas exhaustive, et concerne environ 60 % à 70 % des patients hospitalisés. Les résultats sont donc présentés en pourcentages et non en nombres (ceux-ci donneraient une sous-estimation du nombre total de patients).

Il est également important de noter qu'entre juin 2020 (semaine 24) et septembre 2020 (semaine 39), le nombre total d'admissions hospitalières par semaine en Belgique était très faible, à savoir 70 à 140 admissions par semaine. Par conséquent, les chiffres utilisés pour le calcul des pourcentages ci-dessous sont très petits, ce qui explique les importantes fluctuations observées.

**Sexe:** Depuis le début de l'épidémie, 47,6% des patients hospitalisés sont des femmes, 52,4% des hommes.

**Age:** Les figures ci-dessous montrent l'évolution de la répartition par âge des patients COVID-19 admis à l'hôpital par semaine.

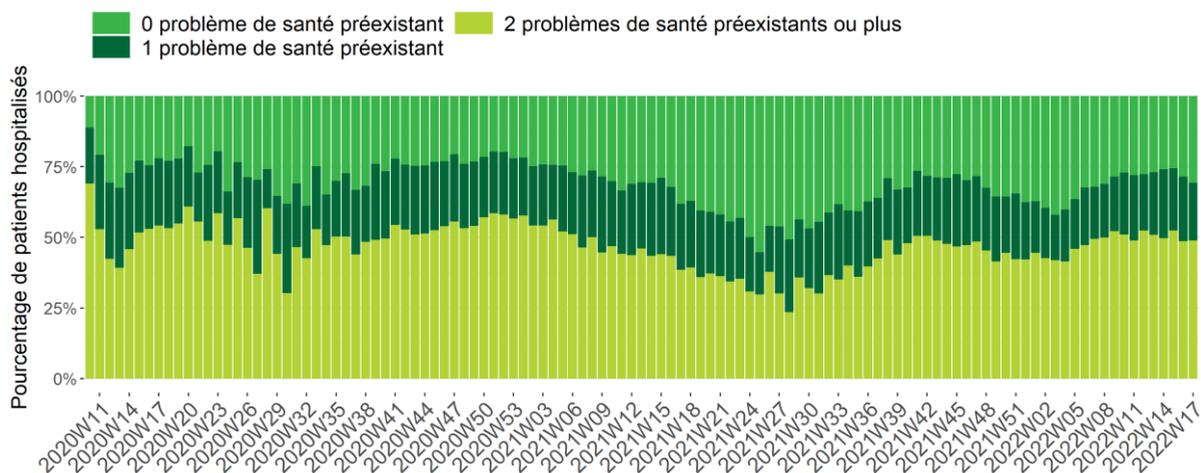
Évolution par semaine de la répartition par âge des patients admis à l'hôpital, jusqu'à la semaine 17 (24/04/22-30/04/22)



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

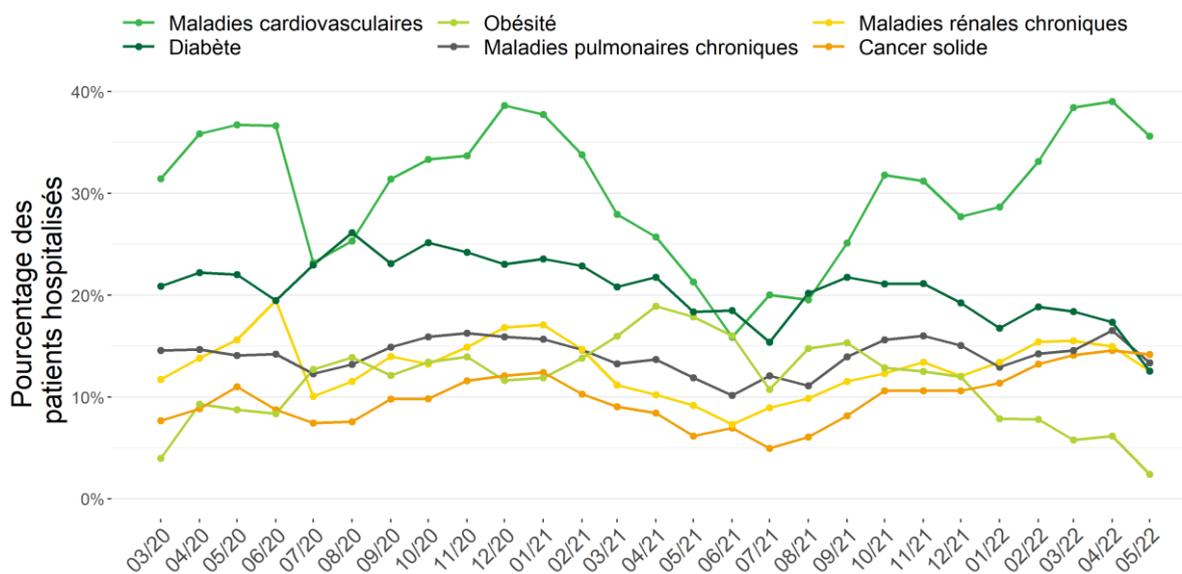
**Problèmes de santé préexistants:** La figure ci-dessous montre la proportion de patients COVID-19 admis à l'hôpital par semaine qui ne présentent aucun, un ou plusieurs problèmes de santé préexistants.

Evolution par semaine de la proportion de patients présentant ou non des problèmes de santé préexistants, jusqu'à la semaine 17 (24/04/22-30/04/22)



Parmi tous les patients hospitalisés pour COVID-19 depuis le début de l'épidémie, 31,9% avaient une maladie cardiovasculaire, 21,4% le diabète, 14,7% une maladie pulmonaire chronique, 11,5% de l'obésité, 13,4% une maladie rénale chronique et 10,3% 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



### 3.5.4. 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 18 mai 2022. 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
<b>Belgique</b>	<b>1992</b>	<b>105</b>	<b>5%</b>
Antwerpen	301	14	5%
Brabant wallon	23	2	9%
Hainaut	259	16	6%
Liège	230	17	7%
Limburg	145	5	3%
Luxembourg	43	3	7%
Namur	97	6	6%
Oost-Vlaanderen	265	9	3%
Vlaams-Brabant	139	15	11%
West-Vlaanderen	221	9	4%
Région bruxelloise	269	9	3%

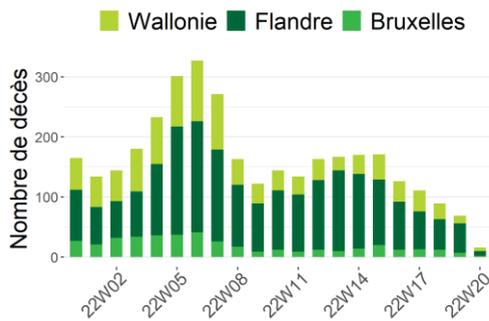
\*Nombre total de lits USI accrédités en novembre 2020. Celui-ci comprend à la fois les lits USI mis à disposition des patients COVID-19 et les lits USI disponibles pour les autres patients.

### 3.6. ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ COVID-19

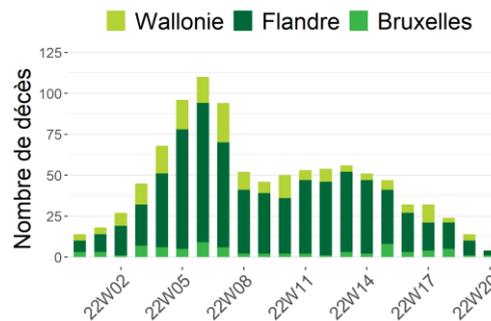
#### 3.6.1. Mortalité par région

Pour la période du 9 mai 2022 au 15 mai 2022, 69 décès ont été rapportés, 41% étaient des hommes et 59% des femmes; 49 en Flandre, 13 en Wallonie et 7 à Bruxelles. Les décès sont présentés par semaine, et classés par région en fonction du lieu de décès.

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

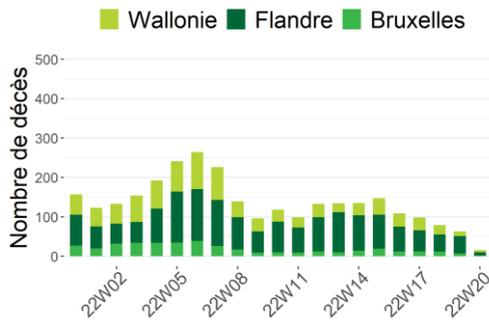


Evolution du nombre de décès COVID-19 parmi les résidents des maisons de repos (tous lieux de décès confondus) par région et par semaine, depuis la semaine 52

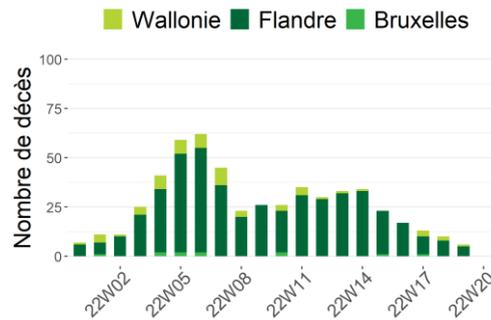


Note : Les données des dernières 72 heures doivent encore être consolidées.

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

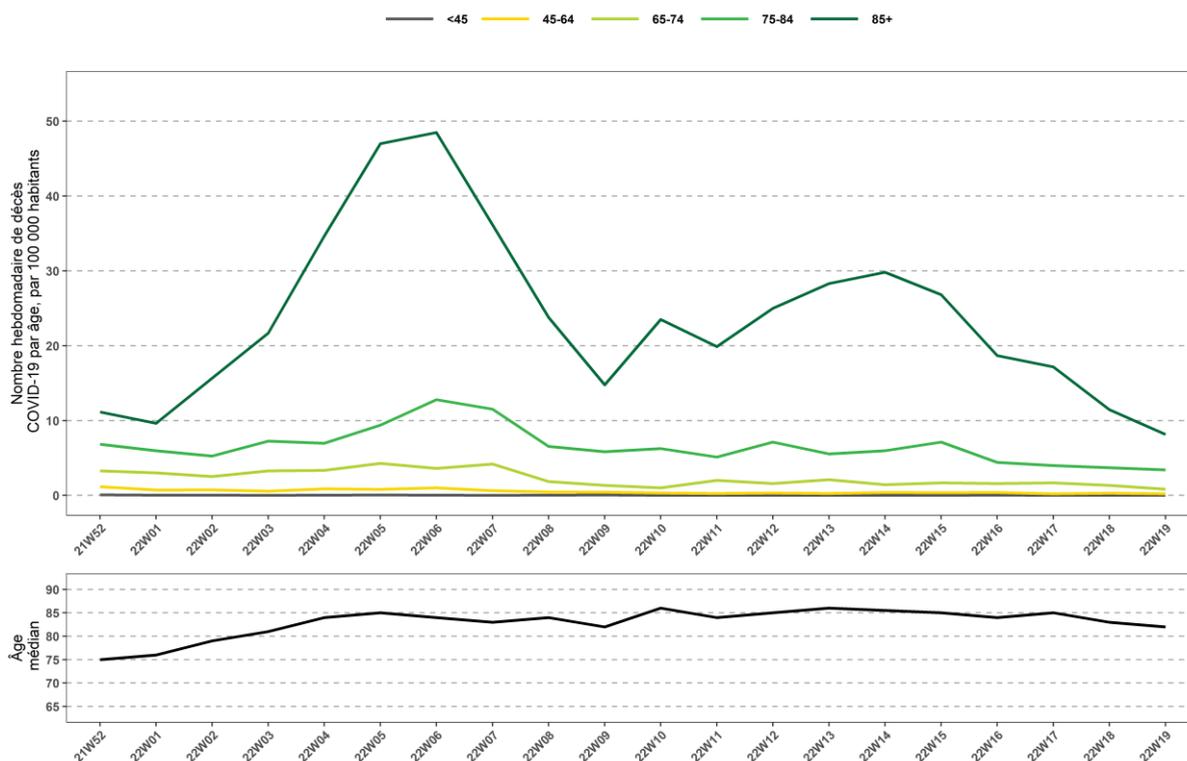


Evolution du nombre de décès COVID-19 en maisons de repos par région et par semaine



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

Evolution du taux hebdomadaire de mortalité COVID-19 par groupe d'âge et évolution de l'âge médian des personnes décédées.



Total des décès rapportés du 9 mai 2022 au 15 mai 2022

Lieu de décès	Flandre		Bruxelles		Wallonie		Belgique	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hôpital	44	90%	7	100%	12	92%	63	91%
<i>Cas confirmés</i>	43	98%	7	100%	12	100%	62	98%
<i>Cas possibles</i>	1	2%	0	0%	0	0%	1	2%
Maison de repos	5	10%	0	0%	1	8%	6	9%
<i>Cas confirmés</i>	4	80%	0	N/A	1	100%	5	83%
<i>Cas possibles</i>	1	20%	0	N/A	0	0%	1	17%
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>49</b>	<b>100%</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>	<b>69</b>	<b>100%</b>

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 ci-dessous sur les maisons de repos.

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

### 3.6.2. Mortalité par province

Le tableau ci-dessous indique la répartition des décès survenus du 10 mai 2022 au 16 mai 2022 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	10	0,53
Brabant wallon	1	0,25
Hainaut	6	0,45
Liège	4	0,36
Limburg	7	0,80
Luxembourg	0	0,00
Namur	1	0,20
Oost-Vlaanderen	5	0,33
Vlaams-Brabant	11	0,95
West-Vlaanderen	13	1,08
Région bruxelloise	4	0,33

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

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

#### 3.7.1. Be-MOMO (Belgium Mortality Monitoring)

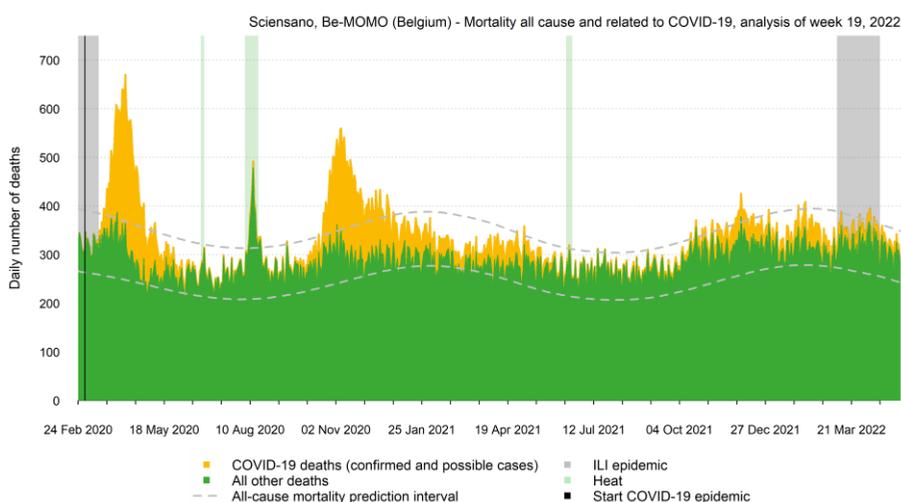
En Belgique, la surveillance de la mortalité (toutes causes confondues), Be-MOMO, est basée sur les données du Registre National. Il y a 2 semaines d'attente nécessaires pour obtenir une exhaustivité de plus de 95 %, les chiffres des dernières semaines sont donc préliminaires. Pour plus d'informations sur Be-MOMO : <https://epistat.sciensano.be/momo/>.

Plus d'information sur la surmortalité dans le [rapport sur la surmortalité durant la 1re et 2e vague de l'épidémie de COVID-19 en Belgique](#).

Plus d'information sur la surmortalité en 2021 dans le [communiqué de presse du 26 janvier 2022](#).

La semaine 17 (25 avril 2022) n'a pas montré de surmortalité statistiquement significative dans l'ensemble de la population belge. Par contre, on observe un jour de surmortalité dans la population féminine dans la tranche d'âge 65-84 ans, principalement en Flandre et en Wallonie. Durant cette semaine, sur l'ensemble des décès observés, 5% étaient associés à la COVID-19 (5% en Flandre, 5% en Wallonie et 4% à Bruxelles).

Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 07/05/22 (sur base des données collectées jusqu'au 13/05/22), Belgique

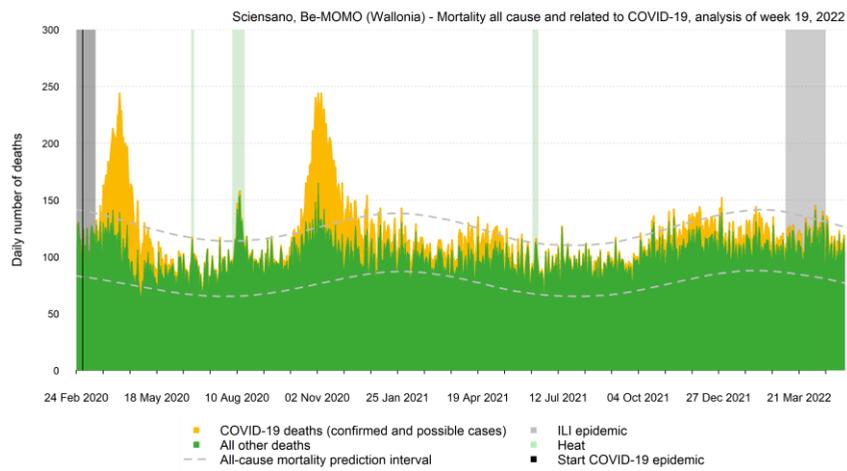


Comment lire ce graphique ? Quand le nombre de décès par jour dépasse les limites supérieures ou inférieures des décès prévus par la modélisation (lignes pointillées grises), il y a une surmortalité ou une sous-mortalité statistiquement significative. La zone orange représente le nombre de décès lié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

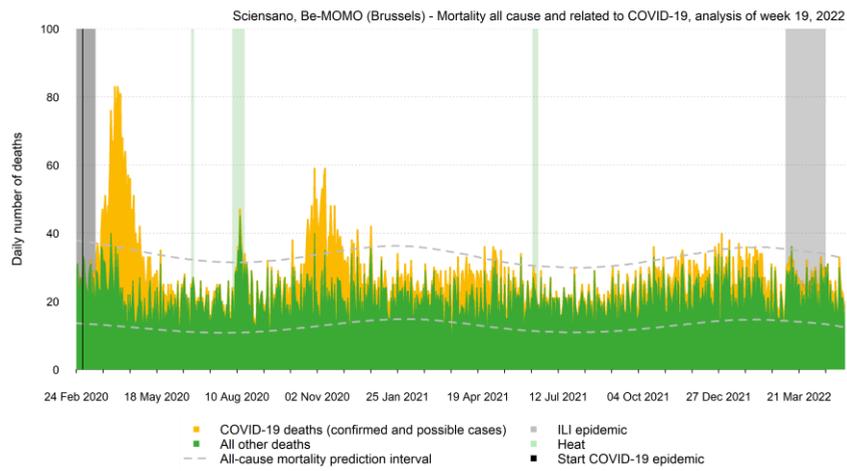
Nombre de décès toutes causes confondues par semaine (Belgique)

Semaine	Date du lundi	Nombre de décès observés	Nombre de décès attendus (Be-MOMO)	Nombre de décès supplémentaires	Nombre de jours avec surmortalité	Excès de mortalité (%)	Taux brut de mortalité (100 000 habitants)
2022-W14	4/4/2022	2 529	2 194	335	3	15,3	21,9
2022-W15	11/4/2022	2 419	2 168	251	2	11,6	20,9
2022-W16	18/04/2022	2 319	2 140	179	0	8,4	20,0
2022-W17	25/04/2022	2 168	2 107	61	0	2,9	18,7

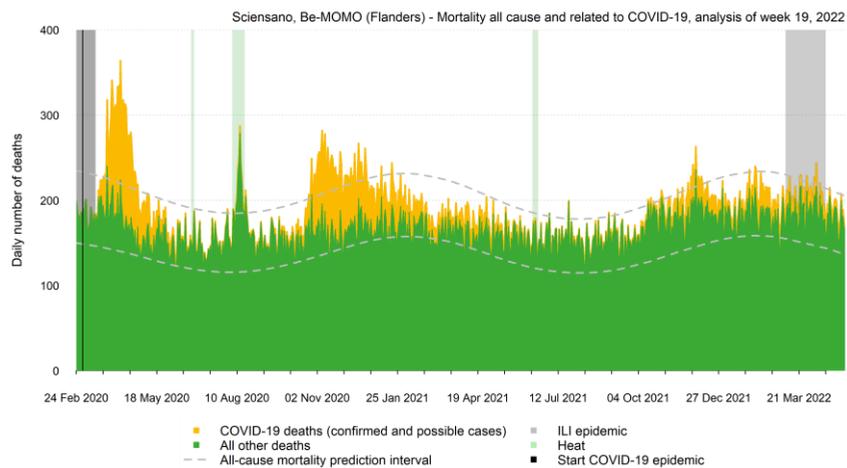
Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 07/05/22 (sur base des données collectées jusqu'au 13/05/22), Wallonie



Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 07/05/22 (sur base des données collectées jusqu'au 13/05/22), Bruxelles



Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 07/05/22 (sur base des données collectées jusqu'au 13/05/22), Flandre



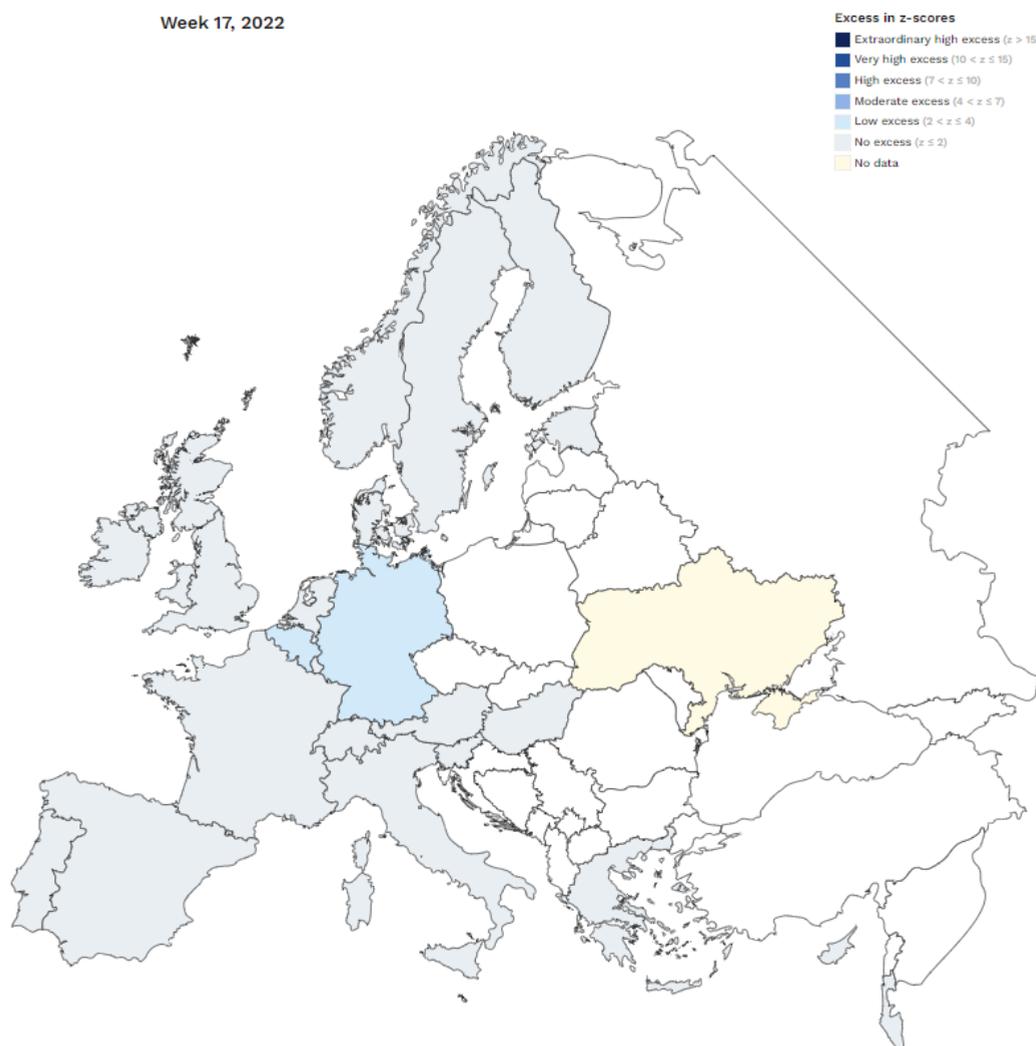
## La surmortalité durant l'épidémie de COVID-19

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

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

EuroMOMO publie un bulletin hebdomadaire sur la mortalité toutes causes confondues dans un maximum de 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 17 (du 24/04/22 au 30/04/22)

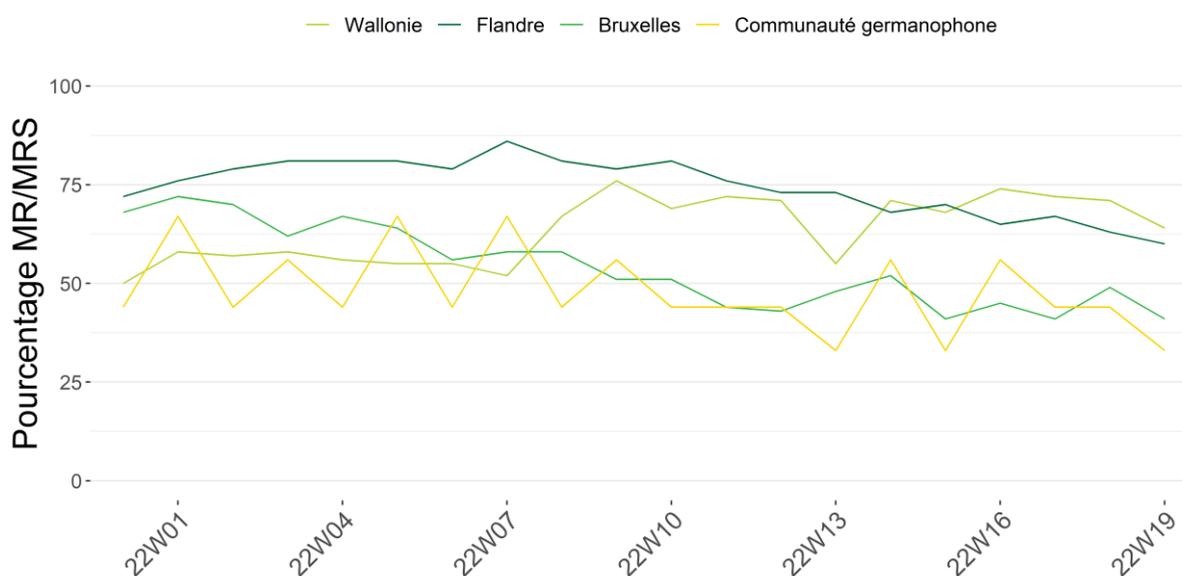


### 3.8. SURVEILLANCE EN MAISON DE REPOS ET DE SOINS

Afin de suivre la situation dans les maisons de repos et maisons de repos et de soins (MR/MRS), plusieurs indicateurs sont utilisés: 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 parmi les résidents, l'incidence par semaine parmi les membres du personnel et le nombre de résidents en MR/MRS décédés d'une infection possible ou confirmée de COVID-19. Ces indicateurs sont basés sur les données rapportées 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 sur la surveillance en MR/MRS](#).

Etant donné que le nombre de résidents parmi les MR/MRS participant à la surveillance est utilisé comme dénominateur, il est important de tenir compte du taux de participation. Le graphique ci-dessous montre le pourcentage de MR/MRS qui ont envoyé des données au moins une fois par semaine. Le taux de participation pour la semaine du 10/05/22 au 16/05/22 (inclus), est de 60 % en Flandre, 64 % en Wallonie, 41 % à Bruxelles et 33 % en Communauté germanophone.

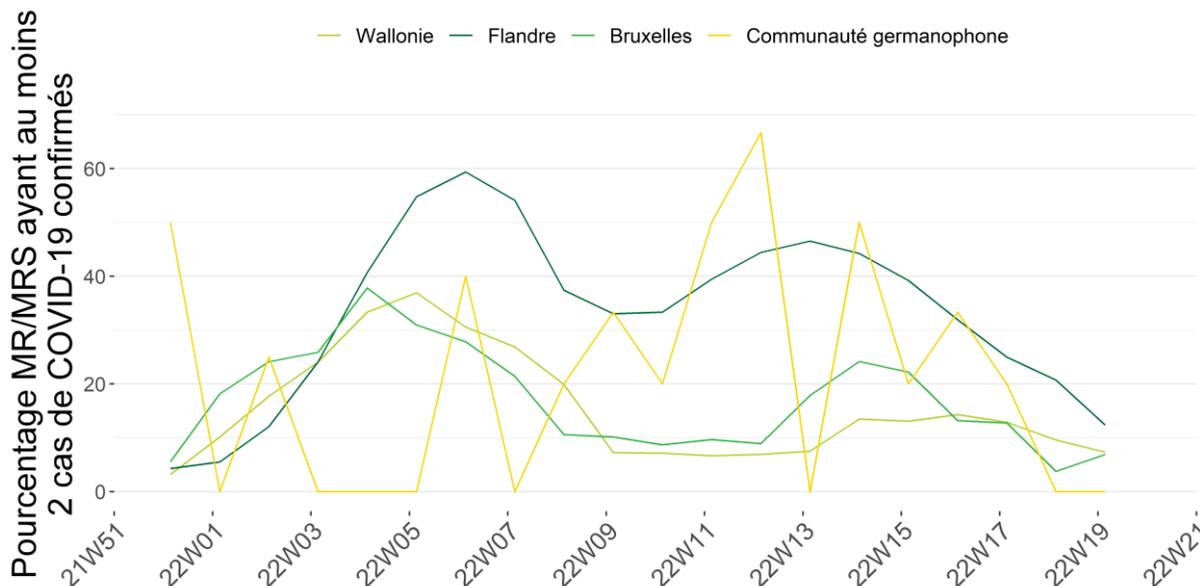
Pourcentage de MR/MRS ayant envoyé leurs données au moins une fois au cours de la semaine concernée (du mercredi au mardi), depuis la semaine 52\*



\*Les données pour la Wallonie ne comprennent pas celles de la communauté germanophone.

Le graphique ci-dessous montre le pourcentage de MR/MRS ayant rapporté au moins 2 cas COVID-19 confirmés par rapport au nombre de MR/MRS ayant participé ce jour-là, à partir du 27 décembre 2021.

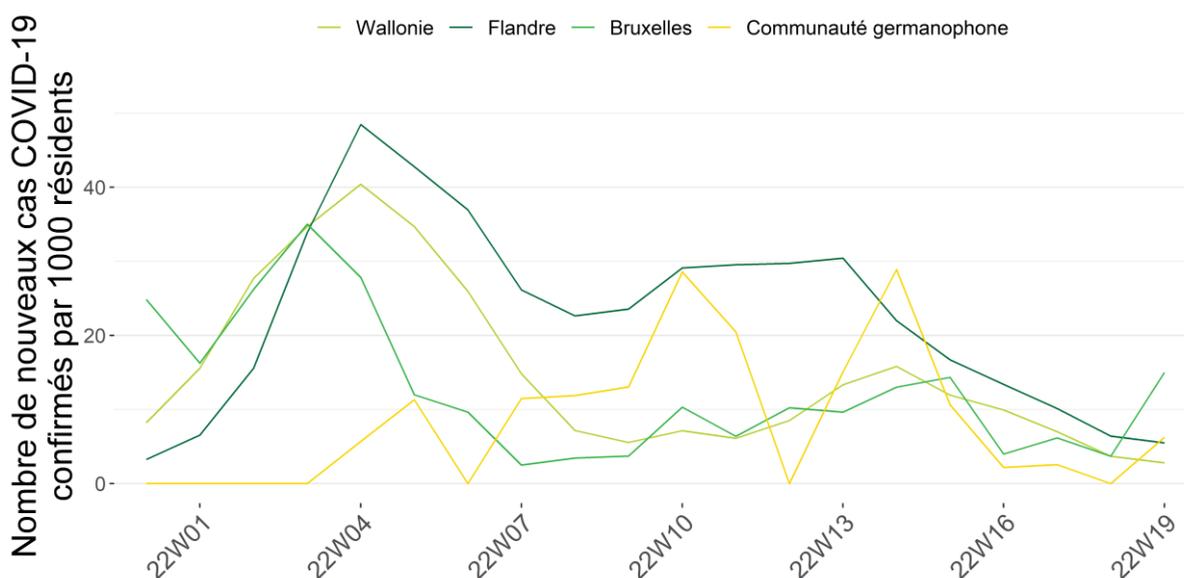
Pourcentage de MR/MRS ayant rapporté au moins 2 cas COVID-19 confirmés (le mardi), depuis la semaine 52\*



\*Les données pour la Wallonie ne comprennent pas celles de la communauté germanophone.

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.

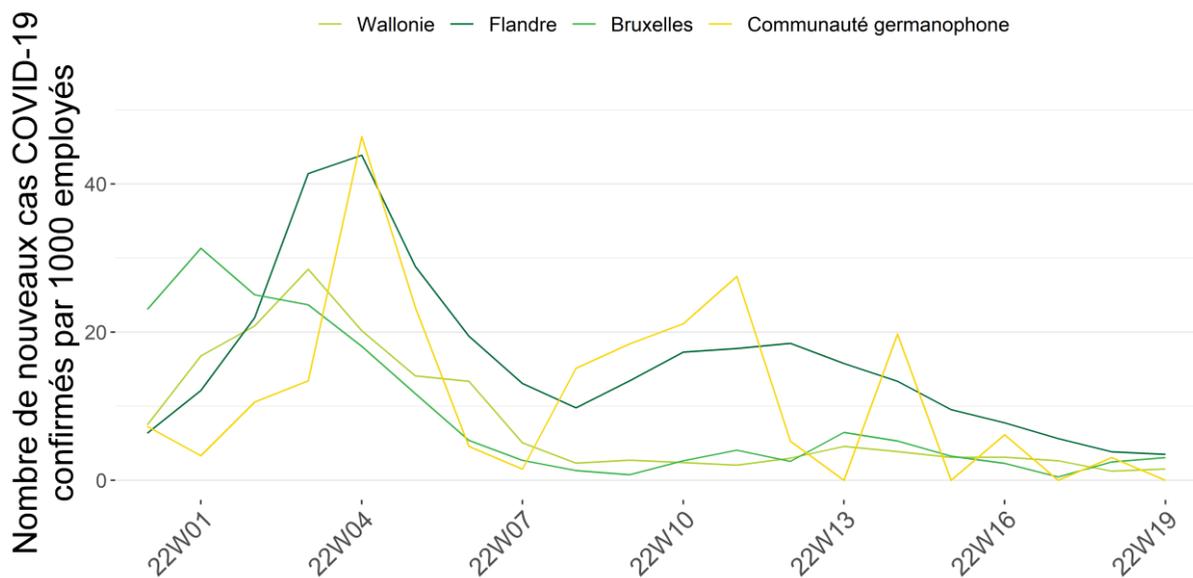
Incidence par semaine des cas COVID-19 confirmés en MR/MRS belges pour 1 000 résidents, par région/communauté, depuis la semaine 52.\*



\*Les données pour la Wallonie ne comprennent pas celles de la communauté germanophone.

Le graphique ci-dessous montre l'incidence des cas COVID-19 confirmés (nombre de nouveaux cas) parmi les membres du personnel, par semaine (du mercredi au mardi inclus), et par région/communauté. Cela signifie que le graphique reprend la somme du nombre de nouveaux cas confirmés une fois par semaine. Le dénominateur représente le nombre total des membres du personnel de l'ensemble des MR/MRS ayant enregistré des données au moins une fois au cours de la semaine en question.

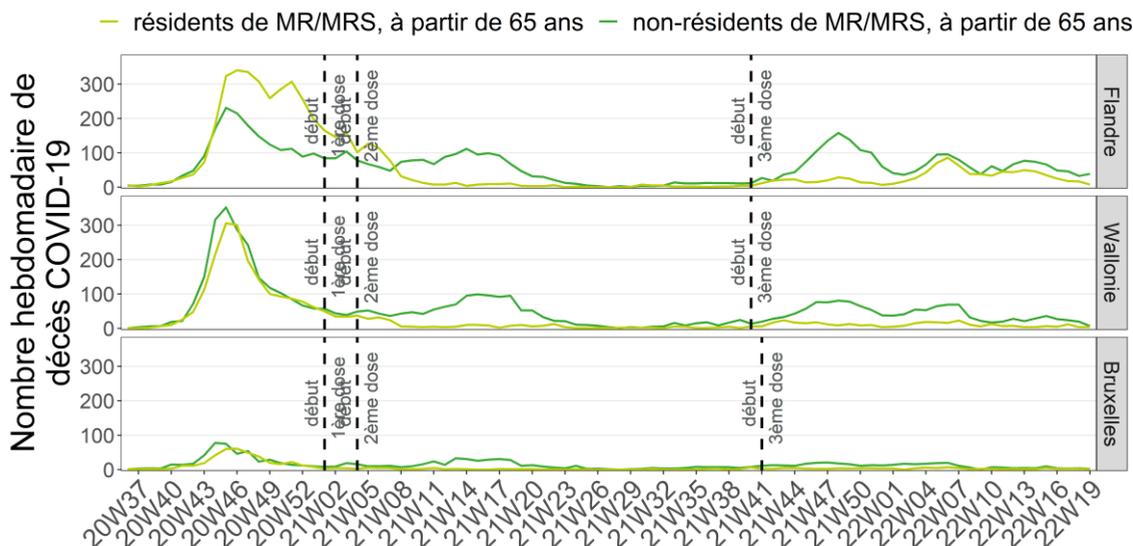
Incidence par semaine des cas COVID-19 confirmés parmi le personnel des MR/MRS belges pour 1 000 employés, par région/communauté, depuis la semaine 52\*.



\*Les données pour la Wallonie ne comprennent pas celles de la communauté germanophone.

Entre 9 mai 2022 et 15 mai 2022, 14 résidents de MR/MRS sont décédés du COVID-19, dont 6 en MR/MRS (5 en Flandre, 0 à Bruxelles, 1 en Wallonie), 8 à l'hôpital (4 en Flandre, 1 à Bruxelles, 3 en Wallonie) et 0 dans d'autres lieux. Pour cette période, la proportion de résidents de MR/MRS par rapport au nombre total de décès COVID-19 est de 20%.

Evolution du nombre de décès COVID-19 par semaine et par région des personnes de plus de 65 ans résidant ou non en maison de repos



Note : Les lignes verticales indiquent les dates auxquelles les différentes doses ont commencé à être administrées aux résidents de MR/MRS.

Nombre de décès COVID-19 (confirmés et probables) parmi les résidents des maisons de repos par lieu de décès et par région pour la période du 27/12/21 au 14/05/22

Lieu de décès	Wallonia		Flandres		Bruxelles		Belgique	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hôpital	128	68	254	35	64	85	446	45
Maisons de repos	59	32	467	65	11	15	537	55
TOTAL	187	100	721	100	75	100	983	100

### 3.9. SITUATION COVID-19 POUR LES ENFANTS ET EN MILIEU SCOLAIRE

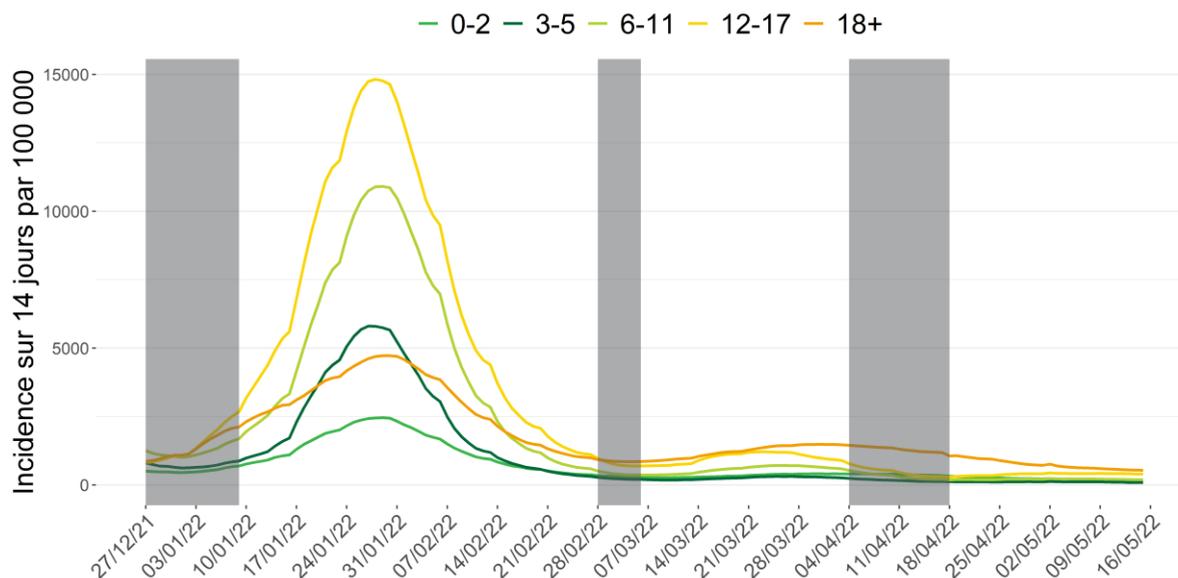
La situation épidémiologique des enfants entre 3 et 17 ans et la situation dans les écoles est suivie de près depuis le début de l'épidémie.

La mise en application de la stratégie de testing décrite dans les procédures est activement suivie par les services de santé scolaire (CLB en communauté flamande, PSE et PMS-WBE en communauté française).

Les graphiques utilisés dans cette section sont produits à partir de deux sources de données complémentaires. D'une part, la surveillance des laboratoires cliniques qui rapportent tous les tests analysés par âge. D'autre part, la surveillance des écoles, par le biais du suivi des contacts (contact center) et des services de médecine scolaire (CLB/PSE/PMS), qui fournissent des informations sur la source présumée de l'infection et les clusters dans les écoles.

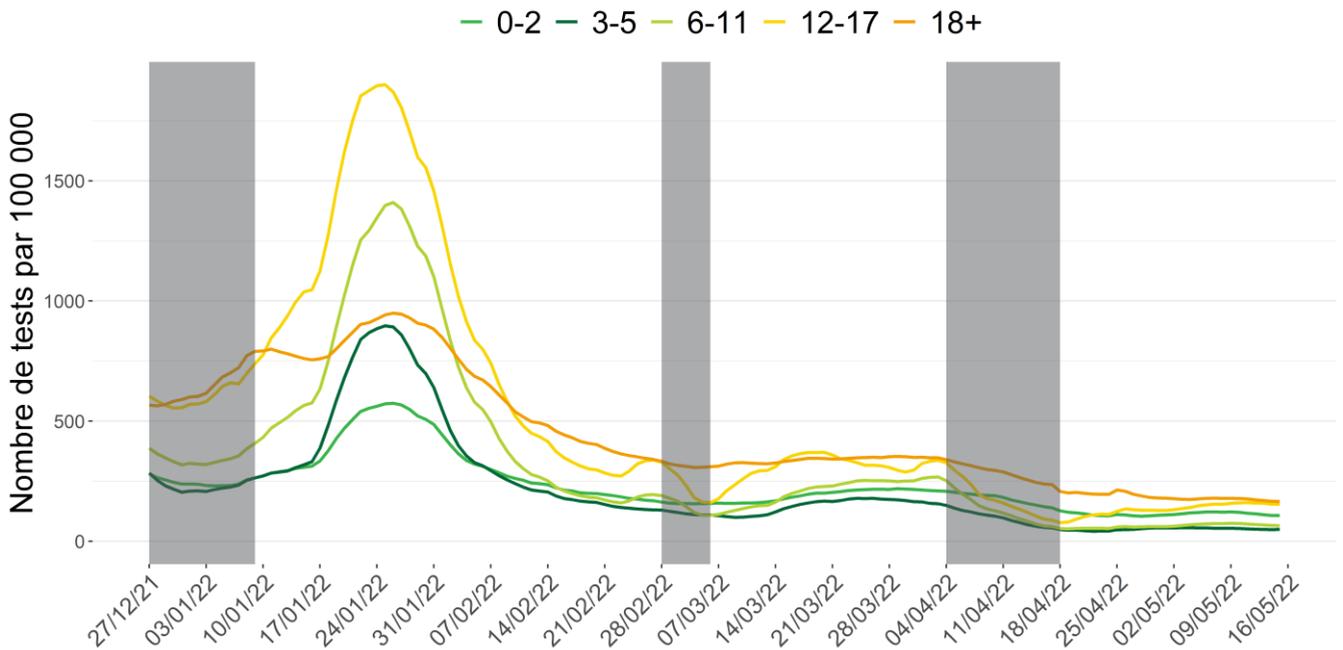
L'évolution du nombre de cas confirmés est calculée à partir des résultats de tests rapportés par les laboratoires. Le nombre de tests effectués (positifs et négatifs) permet d'interpréter l'évolution de l'incidence par tranche d'âge dans le contexte des changements de stratégie de testing. Les groupes d'âge utilisés pour l'analyse de l'incidence et du nombre de tests sont définis en fonction des niveaux scolaires (bien que les tranches d'âge ne correspondent pas parfaitement aux niveaux scolaires).

Incidence cumulée sur 14 jours, par tranche d'âge, par 100 000 habitants de la tranche d'âge, 27/12/21 (semaine 52) au 14/05/22 (semaine 19), Belgique.



Source : surveillance COVID-19 centralisée de Sciensano basée sur les laboratoires. Les zones grisées indiquent les périodes de vacances scolaires.

Nombre de tests effectués (moyenne glissante sur 7 jours) par tranche d'âge et pour 100 000 habitants de la tranche d'âge, 27/12/21 (semaine 52) au 14/05/22 (semaine 19), Belgique.



Source : surveillance COVID-19 centralisée de Sciensano basée sur les laboratoires. Les zones grisées indiquent les périodes de vacances scolaires.

A partir des données de la surveillance scolaire, il est possible de détecter les écoles dans lesquelles une transmission probable a lieu et donc dans lesquelles au moins un cluster a été identifié (au moins 2 cas confirmés ayant un lien épidémiologique à l'école au cours de la même semaine ou à une semaine d'intervalle). Un cas secondaire est identifié à partir de son indication de test (« Contact à haut risque à l'école ») ou s'il est identifié comme tel par les services de santé à l'école ou en leur nom. Il s'agit donc d'une détection spécifique aux milieux scolaires.

**Depuis fin janvier 2022, la recherche de contacts dans les écoles n'est plus effectuée. Il n'est donc actuellement pas possible d'identifier les clusters en milieu scolaire, la proportion des écoles présentant des clusters n'est dès lors pas présentée.**

## 3.10. INVESTIGATION DES CLUSTERS: RAPPORT DU 08/05/22 - 14/05/22

### 3.10.1. Clusters communautaires et en collectivité structurelle rapportés par les régions

Cet aperçu comprend des clusters rapportés par les régions pour la période du 8 mai 2022 au 14 mai 2022.

**A noter que depuis le 17 mars 2022, les investigations de clusters ne sont menées que dans les collectivités avec des populations vulnérables (p.ex. maisons de repos et de soins, établissements de soins, communautés fermées telles que les refuges pour sans-abri et les prisons). Le nombre de clusters enregistré sur le lieu de travail, dans la communauté et les écoles est donc fortement sous-estimé.**

Un cluster est défini dès la confirmation de **minimum 2 cas COVID-19** ayant un lien épidémiologique, dans une période définie (généralement 7 ou 14 jours, selon les situations). Ce lien peut être, entre autres, un contact physique ou à faible distance (< 1,5m) et prolongé (>15 min) entre eux.

Un **nouveau cluster** est un cluster nouvellement confirmé au cours de la semaine de rapportage. Ce rapportage se fait sur base de différentes sources des données et dépend de différents facteurs qui peuvent varier selon les régions.

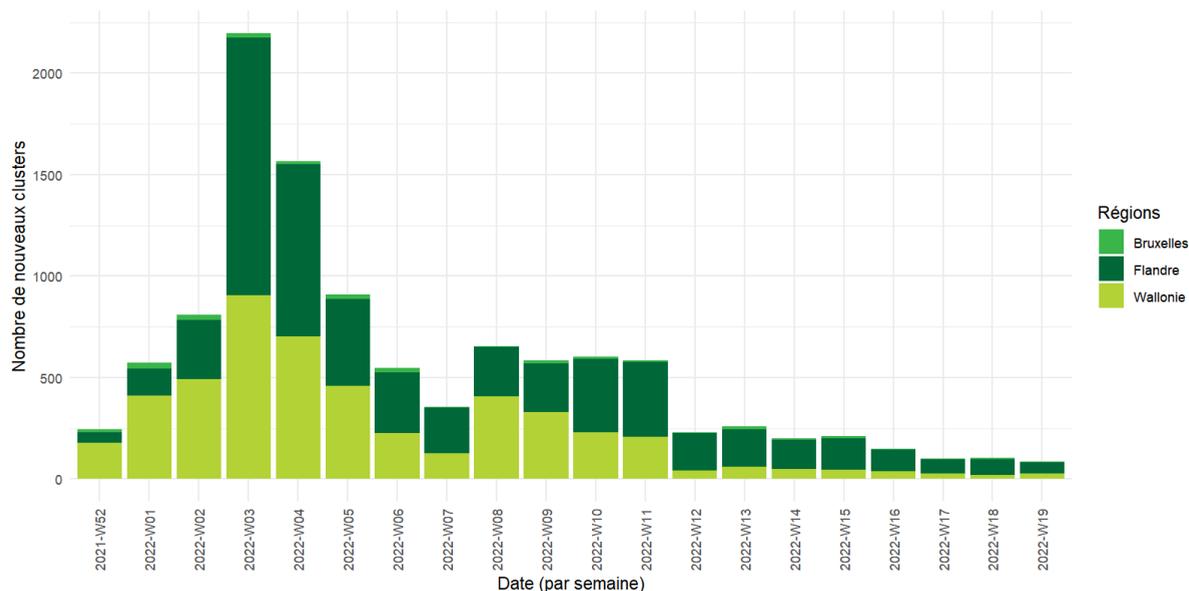
Le suivi de l'évolution des différentes catégories de clusters contribue à une meilleure compréhension de l'épidémie. L'objectif principal du suivi des clusters est d'identifier et de surveiller les types de clusters afin de mieux comprendre la propagation du virus et de limiter les épidémies. Par conséquent, cette surveillance se concentre sur les groupes où une intervention est possible.

Les données permettant l'investigation de clusters dans les trois régions<sup>6</sup> proviennent principalement de trois 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; et les données du suivi de contacts (call center). Les méthodes de confirmation des clusters peuvent différer en fonction des régions ce qui eut affecter les chiffres absolus.

---

<sup>6</sup> Note : Les clusters dans la communauté germanophone ne sont plus suivis.

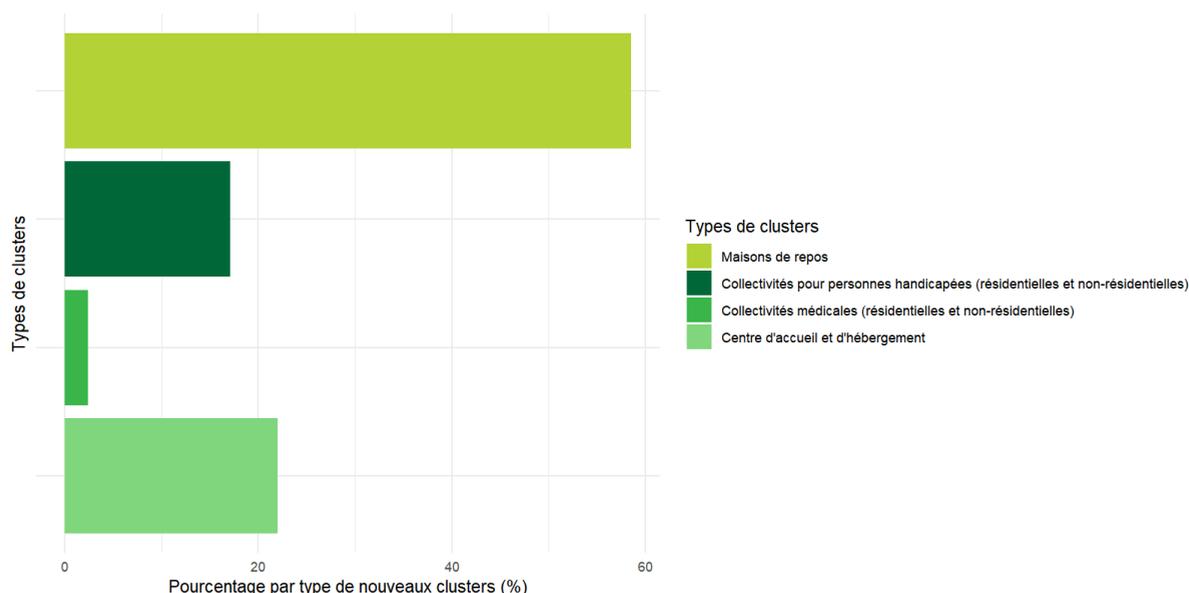
## Nombre de nouveaux clusters rapportés par les régions au cours des semaines 52 (2021) à 19 (2022)



Au cours de la période du 08/05/22 au 14/05/22 2021, 85 nouveaux clusters (pour lesquels 103 cas ont été identifiés) ont été rapportés.

Les nouveaux clusters signalés pour la semaine 19 se trouvent principalement dans les maisons de repos (56,5%), les centres d'accueil et d'hébergement de type social (y compris le milieu carcéral) (21,2%), les résidences pour personnes handicapées (16,5%) et les collectivités médicales (résidentielles ou non) dans lesquelles des soins sont prodigués (hôpitaux généraux, centre de revalidation, hôpitaux psychiatriques, centres de soins palliatifs, etc.) (2,4%).

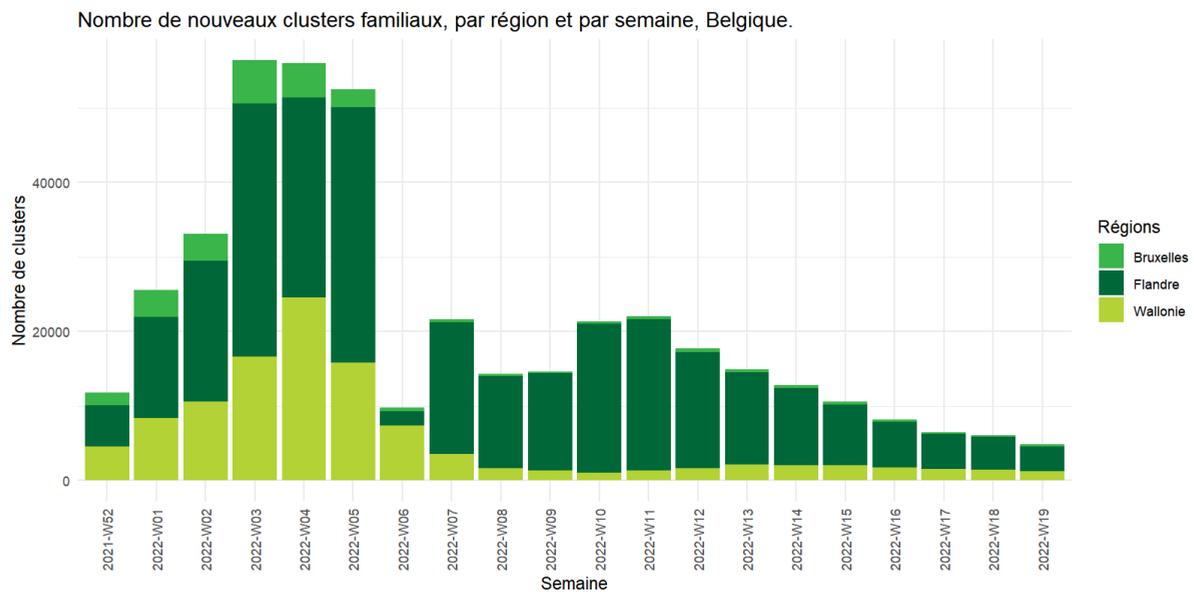
## Répartition des nouveaux clusters rapportés par les régions par type de cluster, Belgique, semaine 19 (08/05/22 au 14/05/22)



### 3.10.2. Clusters familiaux pour la semaine du 08/05/22 au 14/05/22

La figure ci-dessous reprend les clusters familiaux détectés par la base de données du centre de contacts, rapportés soit par les régions, soit par Sciensano, sur base de critères semblables. Il s'agit d'une détection théorique de clusters basée, entre autres, sur la domiciliation de plusieurs cas à une même adresse (et qui ne correspond pas à l'adresse d'une collectivité).

Nombre de clusters familiaux détectés sur base des données du contact tracing, par région, semaine 52 (2021) à 19 (2022)



### 3.11. SURVEILLANCE PAR DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

#### 3.11.1. Surveillance des syndromes grippaux par le réseau des médecins vigies

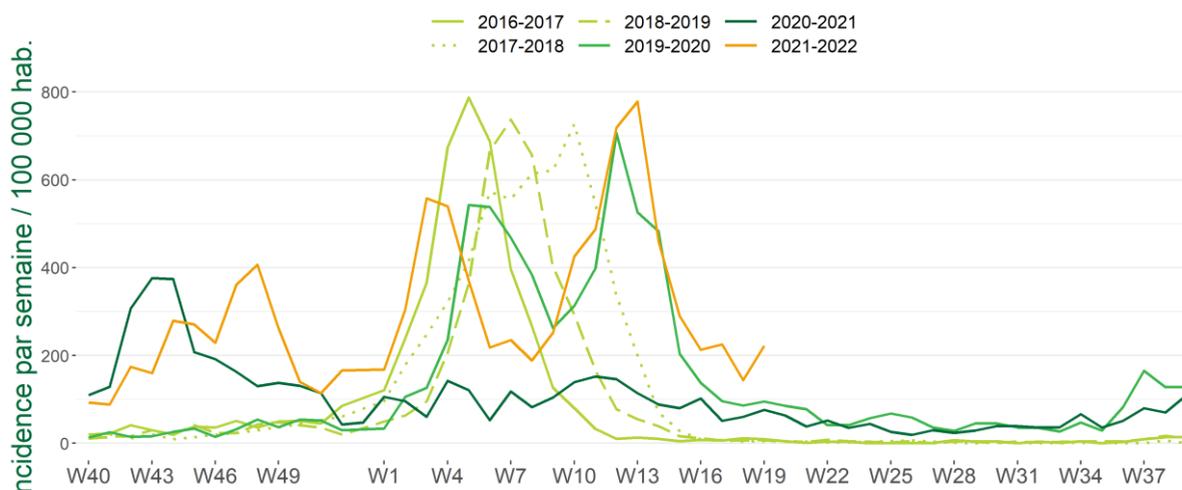
Le réseau sentinelle des médecins généralistes enregistre en continu les consultations en médecine générale pour les syndromes grippaux et les infections aiguës des voies respiratoires. Etant donné que ces symptômes peuvent être causés par des pathogènes différents du virus de la grippe, des échantillons 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 a été observée, le premier pic étant expliqué par la grippe et le deuxième pic et ses ramifications par l'émergence du SARS-CoV-2.

Au cours de la semaine du 9 mai 2022 au 15 mai 2022, l'incidence des consultations auprès d'un généraliste pour des symptômes grippaux a augmenté à 222 consultations pour 100 000 habitants par semaine.

Symptômes de la grippe: Incidence des consultations chez le généraliste

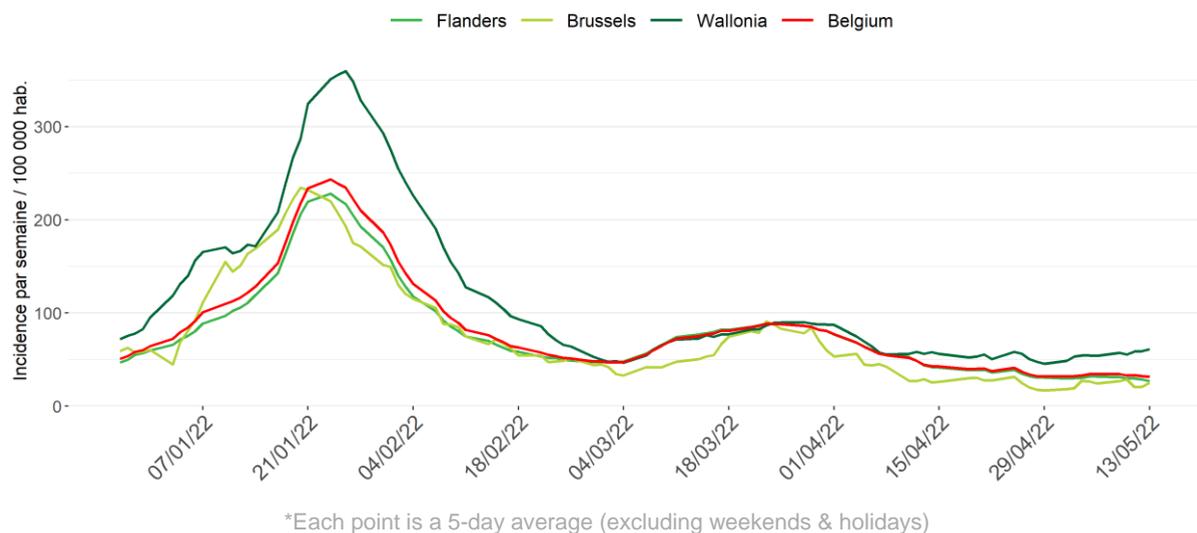


### 3.11.2. Enregistrement des patients avec suspicion de COVID-19 dans le baromètre des médecins généralistes

Le baromètre des médecins généralistes est actif depuis octobre 2020. Il a pour but de cartographier les diagnostics de symptômes similaires à ceux du COVID-19, à savoir un cas de COVID-19 possible ou confirmé, un syndrome viral, un syndrome grippal ou une autre infection respiratoire aiguë. Le total (par diagnostic) est calculé en fin de journée sur base des diagnostics codés dans les dossiers médicaux électroniques des médecins généralistes participants.

Le nombre de consultations pour suspicion de COVID-19 chez les médecins généralistes a légèrement diminué en semaine 19 par rapport à la semaine dernière après une augmentation temporaire observée la semaine précédente. En moyenne 31 contacts pour 100 000 habitants par jour ont été déclarés en semaine 19 comparé à 35/100 000 la semaine dernière et 32 en semaine 17. Le graphique ci-dessous montre l'évolution du nombre moyen de ces contacts. L'évolution est montrée pour la Belgique ainsi que pour la Flandre, la Wallonie et la Région bruxelloise.

Nombre de contact par jour pour suspicion de COVID-19 par 100 000 habitants, extrapolé à population par district et médecin généraliste



L'intégralité du bulletin hebdomadaire sur les différents virus respiratoires détectés par la surveillance hospitalière des syndromes respiratoires aigus sévères et par le réseau des laboratoires vigies, est disponible via [ce lien](#).

### 3.12. MOBILITÉ EN BELGIQUE

Données collectées jusqu'au 17 mai 2022

Disclaimer: Google partage ses données agrégées de mobilité via [ce lien](#) dans le but de contribuer à la lutte contre l'épidémie COVID-19.

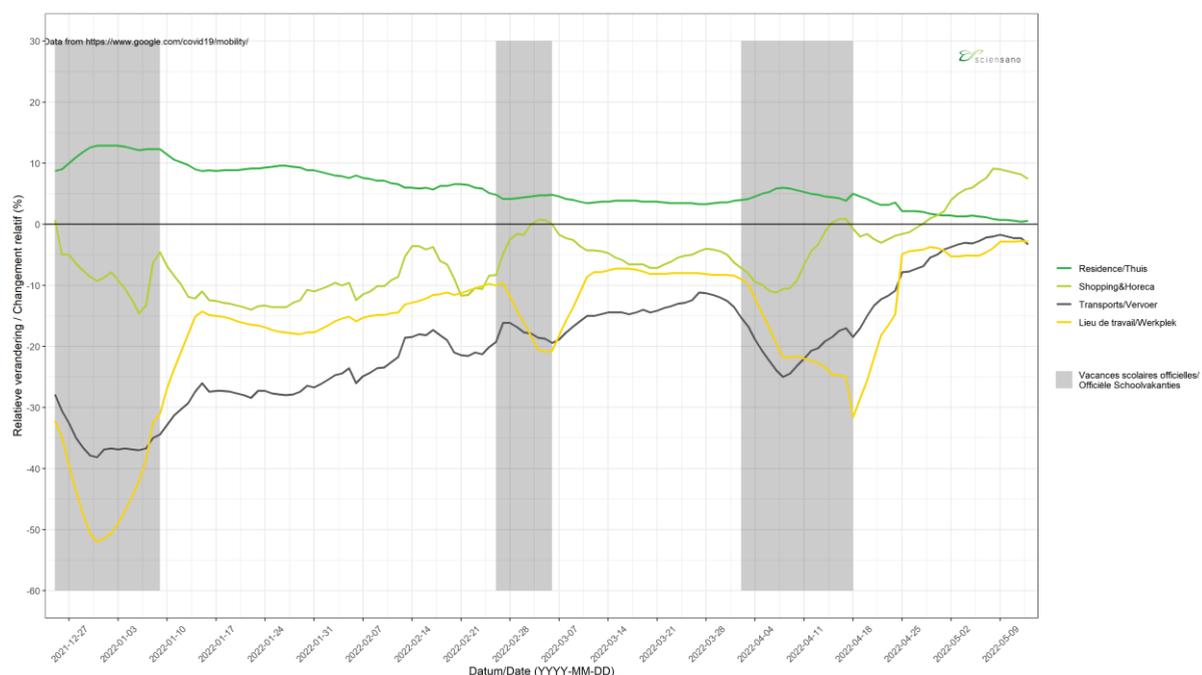
Les données sur la mobilité de la communauté donnent un aperçu de la mobilité dans une région ou un pays. Il s'agit de bases de données agrégées et anonymisées provenant des nombreux utilisateurs qui partagent leur localisation avec Google. Celles-ci n'incluent donc pas les données pour l'ensemble de la population.

Le graphe ci-dessous présente quatre indicateurs de mobilité fournis par Google pour analyser les tendances de déplacements dans le temps: résidentiel, lieux de travail, commerce & loisirs<sup>7</sup> et stations de transport public.

Il est important de noter que pour la catégorie "Résidentiel" l'indicateur est mesuré par un changement dans la durée, c'est-à-dire le temps passé au domicile, tandis que pour les autres catégories, les indicateurs mesurent un changement du nombre de fréquentations des différents lieux.

Les pourcentages de mobilité sont comparés à une médiane de référence (valeur zéro). La valeur zéro pour chaque indicateur a été calculée sur base de la mobilité de cet indicateur pour la période du 3 janvier au 6 février 2020. Il s'agit de la période la plus récente où l'épidémie de COVID-19 n'avait pas encore commencé à se manifester dans la plupart des pays. La ligne horizontale de référence représente la valeur zéro pour chaque indicateur. Toutes les tendances de déplacements dans le temps et l'espace ont donc leur propre référence.

Evolution de la mobilité en Belgique, depuis le 27 décembre 2021, en fonction de la fréquentation de lieux définis et le temps passé au domicile par rapport à la période de référence définie (3 janvier au 6 février 2020)



<sup>7</sup> des lieux comme les restaurants, les cafés, les centres commerciaux, les parcs à thème, les musées, les bibliothèques et les cinémas

### 3.13. DONNÉES ISSUES DES PASSENGER LOCATOR FORMS (PLF)

Source: Dashboard Paloma (situation le 18 mai 2022)

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 le 18 février 2022, cela concerne seulement les voyageurs revenant d'un pays hors UE qui ne figure pas sur la liste blanche<sup>8</sup>, pour tout type de voyages et tout type de transport.

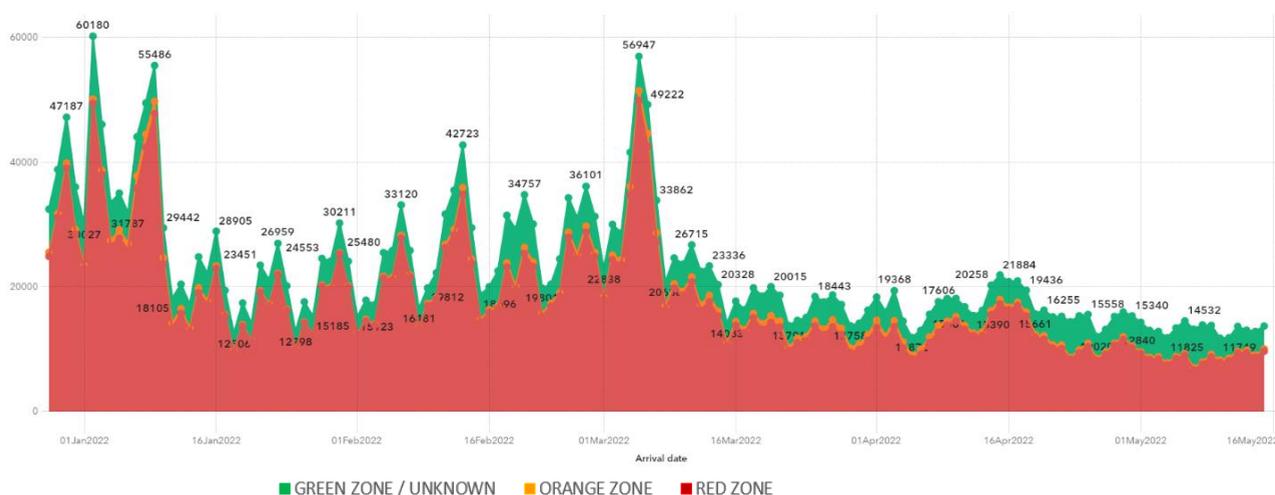
Depuis début février 2022, les pays/régions sont classés selon un indicateur basé sur l'incidence de nouveaux cas sur 14 jours du pays, pondéré par la couverture vaccinale du pays. Ceci permet de classer les pays en différentes zones (zone rouge foncée, zone rouge, zone orange, zone verte, zone grise et zone grise foncée). Ces zones sont déterminées sur base de [la carte publiée par l'ECDC](#) de manière hebdomadaire. Etant donné que le classement d'un pays/région est déterminé par sa situation épidémiologique et d'une stratégie de testing en constante évolution, celui-ci peut varier dans le temps.

Différentes recommandations en terme de quarantaine et testing sont appliquées aux voyageurs arrivant en Belgique en fonction de la zone de provenance. Uniquement certains voyageurs, en provenance de certaines zones, doivent être testés à leur arrivée (pour plus d'informations, voir les [procédures Sciensano](#)).

#### 3.13.1. Nombre de passager locator forms à partir du 27 décembre 2021

Du 27 décembre 2021 au 15 mai 2022, un total de 3 147 359 PLF ont été collectés. Parmi ces PLF, 77,4 % provenaient de voyageurs venant de zones rouges et 2,8 % de voyageurs venant de zones oranges.

Nombre de Passenger Locator forms (PLF) en fonction du risque COVID défini pour chaque zone géographique (27/12/21 - 14/05/22)



<sup>8</sup> La liste blanche, définie par le conseil de l'UE, inclut tous les pays pour lesquels la situation épidémiologique évolue favorablement et pour lesquels aucune restriction de voyage n'est imposée. Cette liste est mise à jour toutes les deux semaines.

### 3.13.2. Arrivées de zone rouge et taux de positivité (08/05/22-14/05/22)

Le nombre d'individus provenant d'une zone à risque rouge et le taux de positivité pour la semaine du 8 mai 2022 au 14 mai 2022 sont indiqués ci-dessous pour la Belgique, par province et pour la Région bruxelloise.

Ces données ne concernent que les voyageurs ayant rempli un PLF.

Belgique/ Region	Nombre total d'arrivées	Arrivées d'une zone rouge		Tests		Taux de positivité
		Nombre	% (nombre total d'arrivées)	Nombre total de personnes à tester ayant un NISS	Nombre de tests effectués	Test 1
<b>BELGIQUE</b>	90 603	61 905		978	348	3,4%
<b>Flandres</b>	32 716	28 625	31,6%	361	143	4,9%
<b>Wallonie</b>	13 162	10 430	11,5%	238	97	5,2%
<b>Région bruxelloise</b>	23 765	21 758	24,0%	371	105	0,0%
<i>Données sur la province manquantes</i>	20 960	1 092	1,2%	8	3	ND*

\*ND: Not determined – Le nombre de tests effectué est trop faible pour que les estimations soient fiables

### 3.13.3. Provenance des voyageurs et taux de positivité (08/05/22-14/05/22)

Le tableau ci-dessous présente les quinze pays desquels les voyageurs, arrivent majoritairement en Belgique, entre le 8 mai 2022 et le 14 mai 2022. Le taux de positivité associé est également montré.

Ces données ne concernent que les voyageurs ayant rempli un PLF.

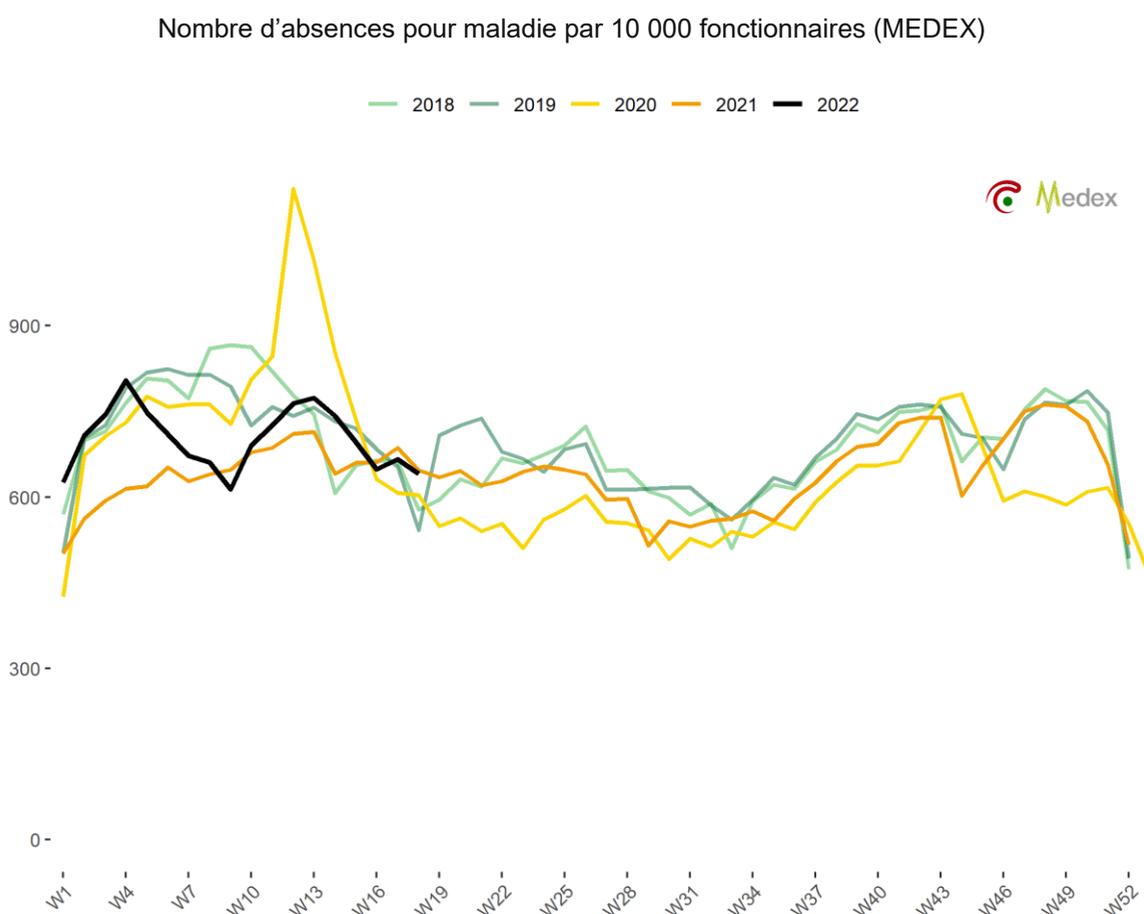
Pays de provenance	Nombre d'arrivées	% (total du nombre d'arrivées)	Nombre de tests	Taux de positivité* test 1
<b>Royaume-Uni</b>	15 661	17,3%	11	ND**
<b>Turquie</b>	6 759	7,5%	128	3,9%
<b>Etats-Unis</b>	6 025	6,6%	3	ND**
<b>Maroc</b>	5 653	6,2%	37	ND**
<b>Espagne</b>	3 512	3,9%	14	ND**
<b>Italie</b>	2 574	2,8%	4	ND**
<b>Portugal</b>	1 518	1,7%	7	ND**
<b>Egypt</b>	1 248	1,4%	23	ND**
<b>France</b>	1 201	1,3%	7	ND**
<b>Israel</b>	1 162	1,3%	3	ND**
<b>Tunisia</b>	1 040	1,1%	9	ND**
<b>Canada</b>	1 019	1,1%	0	ND**
<b>Roumanie</b>	870	1,0%	9	ND**
<b>Albania</b>	743	0,8%	5	ND**
<b>India</b>	699	0,8%	0	ND**

\*Taux de positivité au niveau national, d'importantes variations peuvent cependant être observées au niveau régional. \*\*ND: Not determined – Le nombre de tests effectué est trop faible pour que les estimations soient fiables

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

L'administration de l'expertise médicale (MEDEX) est responsable du contrôle de la santé des travailleurs issus du service publique fédéral. Cela permet de mesurer les conséquences des maladies, des accidents du travail ou d'autres types d'absence chez les fonctionnaires du gouvernement belge (base de données MEDEX, n = 80 529 le 1er janvier 2022). Les données MEDEX des absences journalières des fonctionnaires par maladie sont utilisées pour la surveillance, car elles 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.

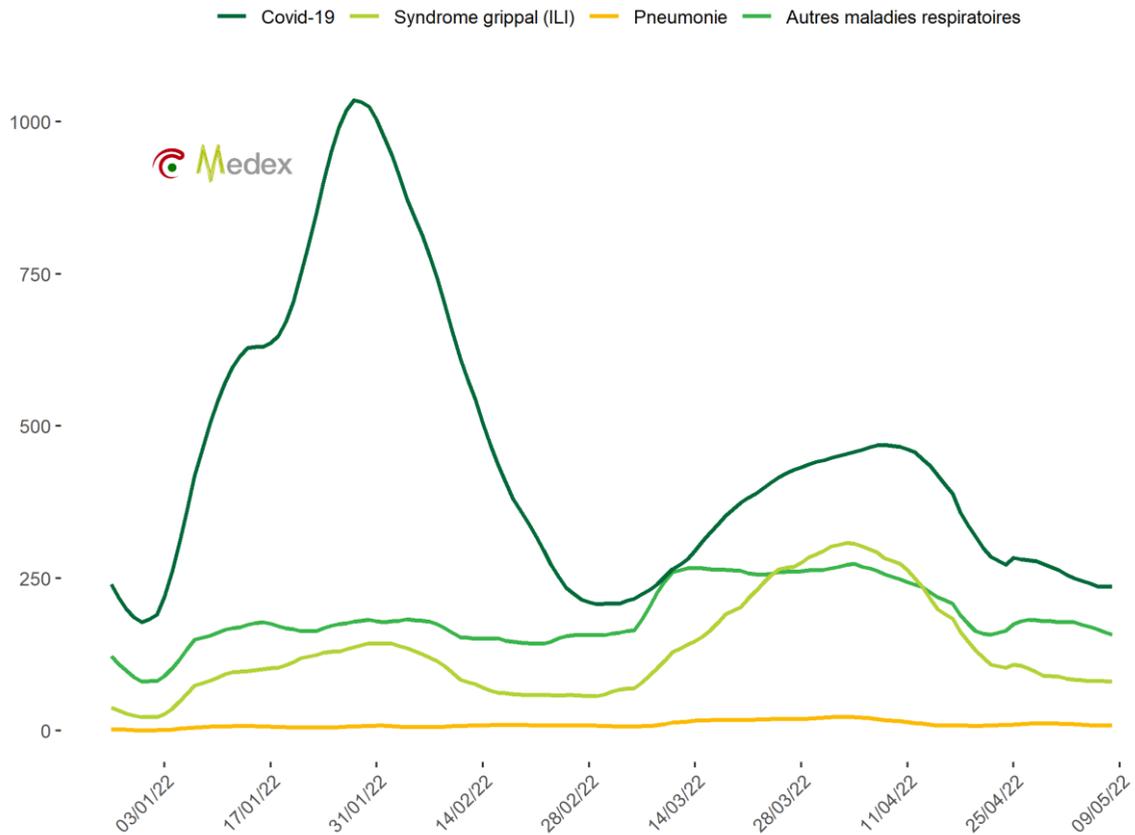
La figure ci-dessous montre les absences journalières pour maladie chez ces fonctionnaires par rapport aux années précédentes.



Les dénominateurs par an sont basés sur le nombre de fonctionnaires enregistrés auprès de Medex au 1er janvier de l'année concernée. Source: [MEDEX](https://www.meDEX.be)

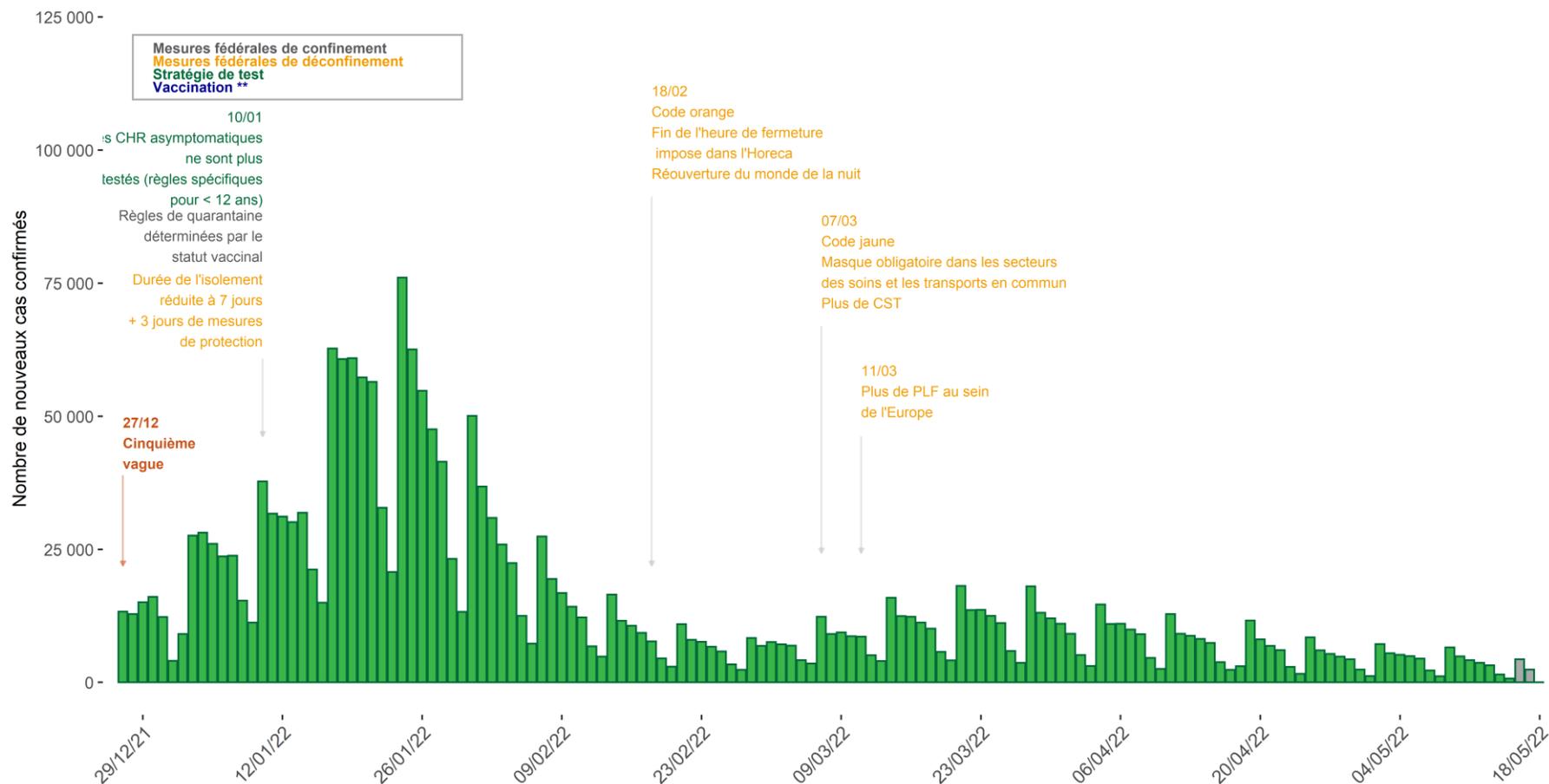
Le diagnostic apposé par le médecin est disponible sur le certificat MEDEX d'incapacité de travail. Ces données sont regroupées sur base des codes ICD 9 (Nomenclature OMS) et de texte libre. La figure ci-dessous indique le nombre de fonctionnaires atteint de maladie respiratoire, par diagnostic mentionné sur le certificat.

Nombre de fonctionnaires malades (MEDEX), par diagnostic (maladies respiratoires uniquement) mentionné sur le certificat, évolution journalière depuis le 27/12/21



Source: [MEDEX](#)

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



\*CST = COVID-safe-ticket

\*\*La date exacte de début des phases de vaccination peut varier selon les régions, les dates indiquées sont celles de la région qui a implémenté en premier la phase de vaccination.

Note : Les codes jaune et orange correspondent respectivement à la première et deuxième des trois phases définies par le Baromètre Corona. Plus d'informations sur le baromètre peuvent être trouvées sur <https://www.info-coronavirus.be/fr/barometre-corona/>

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 cinquième vague, c'est-à-dire à partir du 27 décembre 2021. 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 et de la campagne de vaccination.

La figure montre les **mesures** prises dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire par le Comité de concertation, composé de 12 représentants des différents gouvernements du pays et présidé par le premier ministre. Les mesures de confinement 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. Les mesures de déconfinement sont prise lorsque la circulation du virus diminue et que situation épidémiologique le permet.

Il est important de souligner que des différences géographiques sont observées dans l'évolution de l'épidémie. 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.

Finalement, cette figure permet également de visualiser les dates de début des différentes phases de la campagne de vaccination pour la population belge et de comprendre comment cette stratégie a été implémentée. Il est important de souligner que la stratégie de vaccination a officiellement débuté le 5 janvier 2021 mais uniquement pour certains groupes à risque ciblés, tels que les maisons de repos et les prestataires de soins de santé, pour ensuite s'étendre progressivement à l'ensemble de la population. En Belgique, quatre différents types de vaccins sont utilisés: Comirnaty® (Pfizer/BioNtech), Spikevax® (Moderna), Vaxzevria® (AstraZeneca) et COVID-19 Vaccine Janssen® (Johnson & Johnson). Une telle stratégie, en augmentant le nombre de personnes vaccinées, a pour but principal de diminuer le nombre de nouvelles hospitalisations et de cas sévères, mais également le nombre de nouveaux cas confirmés

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

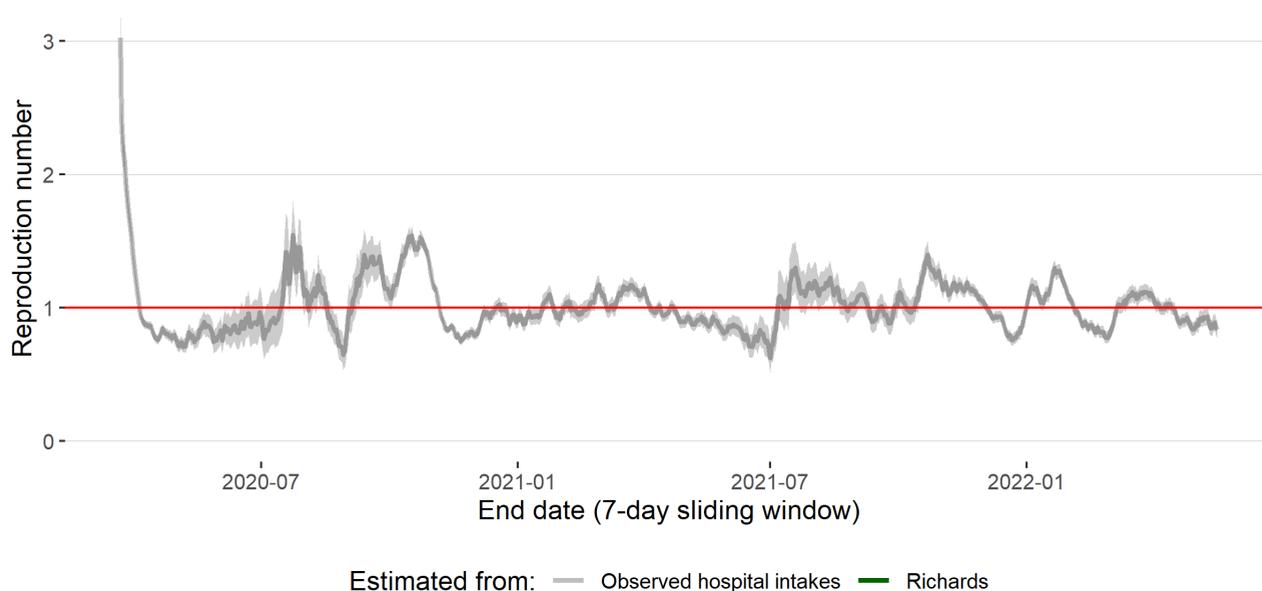
## 4. Modélisation

### 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 basé sur le 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.



Taux de reproduction	Estimation médiane	Intervalle de confiance à 95 %
$R_t$ (12/05/22 au 18/05/22)	0,835	0,772-0,901

#### 4.1.2. Taux de reproduction basé sur le 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)
<b>Belgique</b>	<b>0,873</b>	<b>0,862</b>	<b>0,884</b>
<b>Antwerpen</b>	<b>0,875</b>	0,847	0,903
<b>Brabant wallon</b>	<b>0,909</b>	0,855	0,964
<b>Hainaut</b>	<b>0,920</b>	0,887	0,953
<b>Liège*</b>	<b>0,885</b>	0,846	0,924
<b>Limburg</b>	<b>0,845</b>	0,803	0,888
<b>Luxembourg</b>	<b>0,772</b>	0,706	0,841
<b>Namur</b>	<b>0,904</b>	0,852	0,957
<b>Oost-Vlaanderen</b>	<b>0,838</b>	0,811	0,865
<b>Vlaams-Brabant</b>	<b>0,854</b>	0,824	0,884
<b>West-Vlaanderen</b>	<b>0,868</b>	0,834	0,903
<b>Région bruxelloise</b>	<b>0,908</b>	0,872	0,946
<b>Deutschsprachige Gemeinschaft</b>	<b>0,879</b>	0,766	1,001

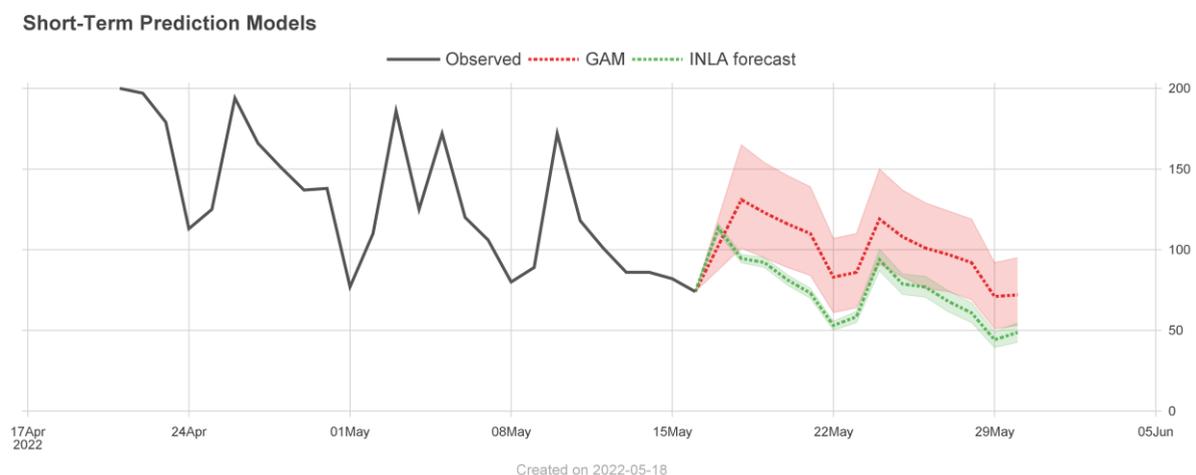
\*Les estimations pour la province de Liège incluent les valeurs de la Communauté germanophone

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 deux modèles différents réalisés par l'Université d'Hasselt (GAM) 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](#).

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.



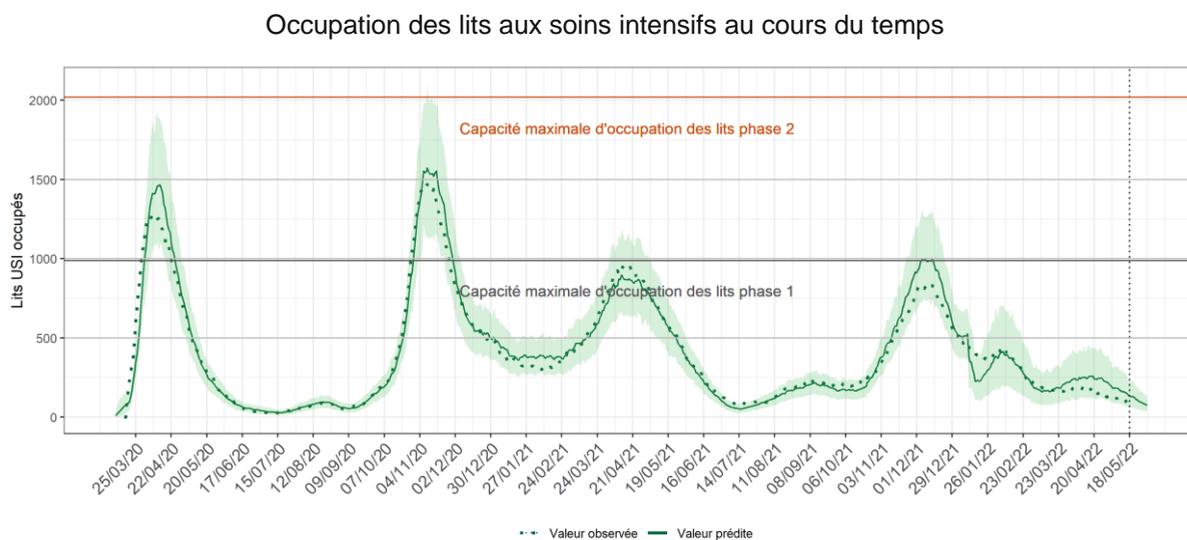
Une note explicative sur les modèles de prédiction utilisés ci-dessus est disponible via [ce lien](#).

### 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).



Les prévisions et leur intervalle de confiance à 95% pour le nombre de lits en soins intensifs occupés sont présentés ci-dessous pour les 14 jours à venir. Un éventuel dépassement de la capacité de l'USI est présenté en rouge.

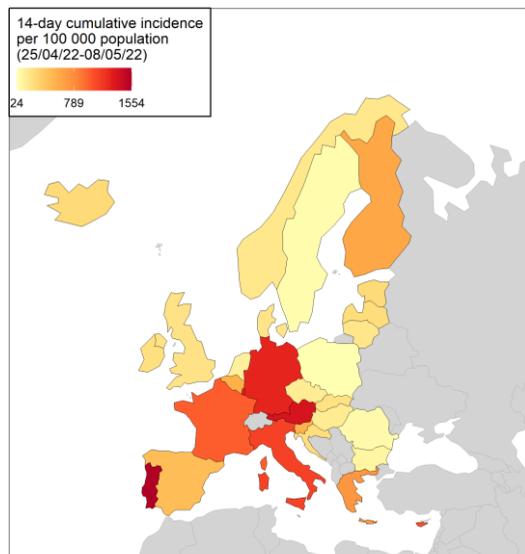
Date	Valeur observée	Valeur prédite	2,5% IC	97,5% IC
2022-05-17	114	137	61	231
2022-05-18	105	135	63	227
2022-05-19		128	60	217
2022-05-20		131	63	237
2022-05-21		128	57	217
2022-05-25		102	47	178

## 5. Situation épidémiologique en Europe

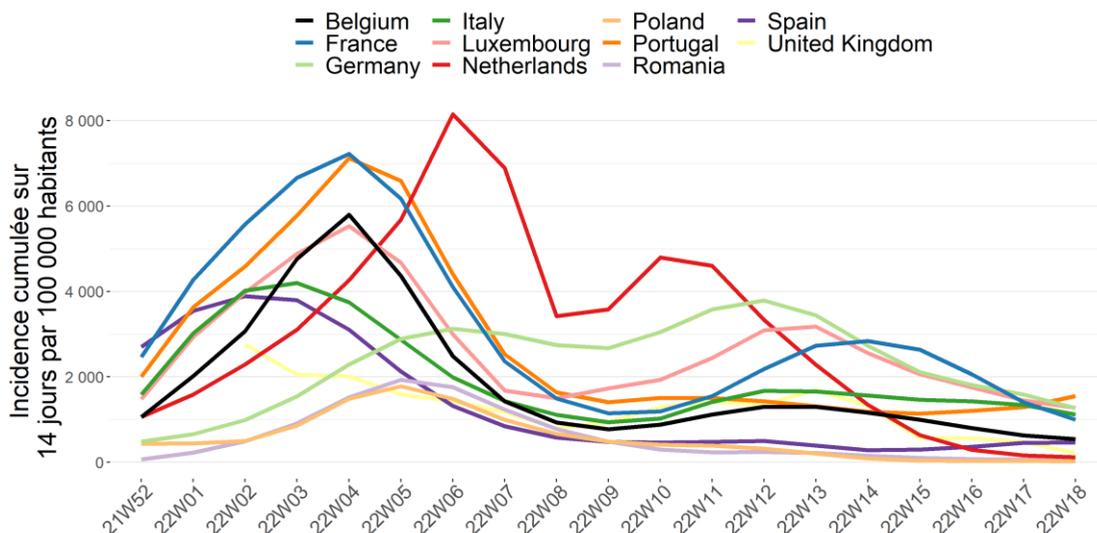
**Note:** Les données européennes de cette semaine n'avaient pas été mises à jour au moment de la rédaction de ce rapport

La carte ci-dessous présente la distribution géographique de l'incidence cumulée sur 14 jours par 100 000 habitants pour les différents pays d'Europe. Cette carte se base sur les données publiées par l'ECDC de manière hebdomadaire.

Distribution géographique de l'incidence cumulée sur 14 jours par 100 000 habitants, Europe (25/04/22 - 08/05/22)



Le graphique ci-dessous présente l'évolution de l'incidence cumulée sur 14 jours par 100 000 habitants pour certains pays d'Europe d'intérêt. Ce graphique a uniquement une visée descriptive de la situation épidémiologique basée sur cet indicateur, et n'a pas pour objet de faire une comparaison entre pays. Il doit être interprété avec prudence car l'incidence cumulée sur 14 jours peut être influencée par différents facteurs tels que la stratégie de testing et les mesures en place dans les différents pays.



Country	Number of cases since the beginning of the epidemic	Number of cases in the last 2 weeks (25/04/22-08/05/22)	Incidence/100 000 for the last 2 weeks (25/04/22-08/05/22)
Portugal	3 970 408	160 015	1 554
Austria	4 289 089	122 076	1 367
Luxembourg	265 524	8 119	1 279
Germany	25 347 256	1 052 870	1 266
Italy	16 798 998	662 941	1 119
Cyprus	625 720	9 483	1 058
France	28 967 440	672 826	994
Greece	3 364 351	77 501	726
Finland	1 041 130	33 940	613
Belgium	4 095 446	62 843	543
Slovenia	1 015 982	11 092	526
Spain	12 085 095	218 580	461
Liechtenstein	16 382	176	451
Malta	92 944	2 234	433
Iceland	187 018	1 002	272
Estonia	558 886	3 528	265
Latvia	822 126	4 813	254
Croatia	1 127 735	10 007	248
Ireland	1 525 312	11 586	231
Slovakia	2 285 387	12 020	220
United Kingdom	22 127 666	147 934	217
Denmark	2 807 602	11 631	199
Lithuania	1 397 680	5 277	189
Norway	1 925 202	9 954	185
Hungary	1 910 029	15 670	161
Czechia	3 909 062	16 264	152
Netherlands	8 060 411	21 261	122
Bulgaria	1 159 150	6 258	90
Romania	2 830 109	10 394	54
Sweden	2 503 546	4 270	41
Poland	6 008 769	9 143	24

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

**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.

## 6. Annexes

### 6.1. RÉSUMÉ DES INDICATEURS CLÉS

Le tableau ci-dessous reprend les indicateurs clés pour suivre l'évolution de l'épidémie. Ceux-ci sont présentés en trois catégories : les indicateurs d'intensité concernant les cas diagnostiqués et les tests effectués, les indicateurs de sévérité concernant les hospitalisations et les décès et les indicateurs de vaccination. Ces indicateurs sont présentés par semaine de calendrier pour les quatre dernières semaines écoulées.

Indicateur	18/4-24/4	25/4-1/5	2/5-8/5	9/5-15/5
<b>Indicateurs d'intensité</b>				
Moyenne journalière de nouveaux cas <sup>(a)</sup>	5 743	4 665	4 390	3 536
Temps de doublement <sup>(b)</sup>	18	23	80	22
Taux de reproduction <sup>(c)</sup>	0,883	0,859	0,971	0,873
Nombre de tests effectués pour 100 000 hab.	1 232	1 162	1 185	1 101
Taux de positivité <sup>(a)</sup>	30,9%	26,8%	24,4%	21,3%
Incidence sur 14 jours des cas confirmés pour 100 000 hab. <sup>(d)</sup>	805	632	550	482
<b>Indicateurs de sévérité</b>				
Moyenne journalière de nouvelles admissions à l'hôpital de patients COVID-19 <sup>(a)</sup>	179	141	128	105
Incidence sur 7 jours des hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 hab. <sup>(d)</sup>	10,88	8,58	7,80	6,37
Nombre de lits d'hôpital occupés par des patients COVID-19 <sup>(e)</sup>	2 692	2 171	1 859	1 526
Nombre de patients COVID-19 en USI <sup>(e)</sup>	156	130	119	102
Taux d'occupation de lits USI accrédités par des patients COVID-19 <sup>(f)</sup>	8%	7%	6%	5%
Moyenne journalière de décès COVID-19	18	16	13	10
Moyenne journalière de décès COVID-19 des résidents de maison de repos <sup>(a)</sup>	5	5	3	2
<b>Indicateur de vaccination</b>				
Couverture vaccinale (primo-vaccination complète, population totale)	79,3%	79,3%	79,3%	79,3%
Couverture vaccinale (dose de rappel, 18 – 64 ans)	71,1%	71,1%	71,1%	71,2%
Couverture vaccinale (dose de rappel, 65 ans et plus)	87,7%	87,7%	87,7%	87,7%
<b>Relative risk reduction <sup>(g)</sup></b>				
Infection	NA	NA	NA	NA
Hospitalisation	21%	34%	23%	1%
USI	15%	19%	39%	46%

<sup>(a)</sup> Moyenne sur 7 jours. Cette moyenne est calculée sur base des données totalement consolidées au le dernier jour de la semaine écoulée (dimanche).

<sup>(b)</sup> 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.

<sup>(c)</sup> Taux de reproduction calculé sur base du nombre de nouveaux cas diagnostiqués par des tests de laboratoire. Le taux de reproduction présenté est celui calculé le dernier jour de la semaine écoulée (dimanche).

<sup>(d)</sup> Cette incidence est calculée sur base des données totalement consolidées au dernier jour de la semaine écoulée (dimanche).

<sup>(e)</sup> Données concernant le dernier jour de la semaine écoulée (dimanche).

<sup>(f)</sup> Ce taux est calculée sur base des données totalement consolidées au dernier jour de la semaine écoulée (dimanche). Le nombre total de lits USI accrédités en Novembre 2020 était de 1992 lit pour la Belgique. Ceci comprend à la fois les lits USI mis à disposition des patients COVID-19 et les lits USI disponibles pour les autres patients.

<sup>(g)</sup> Estimation non-ajustée de la réduction du risque d'infection, d'hospitalisation et d'admission en USI (symptomatique et asymptomatique) chez les personnes de 65 ans et plus ayant reçu une dose de rappel par rapport aux personnes du même groupe d'âge n'ayant pas reçu de vaccination.

## 6.2. NOMBRE DE PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES (PCR ET ANTIGÈNE) ENTRE LE 11 AVRIL 2022 ET LE 18 MAI 2022, PRÉSENTÉ PAR JOUR ET MOYENNE PAR SEMAINE

Date	Cas confirmés	Nombre de nouveaux cas par semaine et période de 7 jours pour les cinq dernières semaines
11/04/22	12 849	
12/04/22	9 156	
13/04/22	8 773	52 565 cas au cours de cette période de 7 jours
14/04/22	8 187	Soit 7 509,3 cas en moyenne par jour
15/04/22	7 414	Soit une incidence sur une semaine de 456,2/100 000 habitants
16/04/22	3 814	
17/04/22	2 372	
18/04/22	3 056	
19/04/22	11 620	
20/04/22	8 071	40 202 cas au cours de cette période de 7 jours
21/04/22	6 877	Soit 5 743,1 cas en moyenne par jour
22/04/22	6 068	Soit une incidence sur une semaine de 348,9/100 000 habitants
23/04/22	2 903	
24/04/22	1 607	
25/04/22	8 450	
26/04/22	6 013	
27/04/22	5 349	32 652 cas au cours de cette période de 7 jours
28/04/22	4 856	Soit 4 664,6 cas en moyenne par jour
29/04/22	4 364	Soit une incidence sur une semaine de 283,4/100 000 habitants
30/04/22	2 405	
01/05/22	1 215	
02/05/22	7 213	
03/05/22	5 497	
04/05/22	5 194	30 733 cas au cours de cette période de 7 jours
05/05/22	4 953	Soit 4 390,4 cas en moyenne par jour
06/05/22	4 468	Soit une incidence sur une semaine de 266,8/100 000 habitants
07/05/22	2 234	
08/05/22	1 174	Soit -19,5% de diminution entre les deux périodes
09/05/22	6 578	Soit une incidence sur une période 14 jours de 481,6 nouveaux cas/100 000 habitants
10/05/22	4 893	
11/05/22	4 182	24 750 cas au cours de cette période de 7 jours
12/05/22	3 681	Soit 3 535,7 cas en moyenne par jour
13/05/22	3 207	Soit une incidence sur une semaine de 214,8/100 000 habitants
14/05/22	1 473	
15/05/22	736	
16/05/22	4 363	
17/05/22	2 402	Les données rapportées pour les derniers jours nécessitent invariablement une consolidation progressive, expliqué entre autres par le délai entre le prélèvement et le rapportage.
18/05/22	5	

Note: Ces données journalières peuvent également être consultées sur la plateforme interactive [epistat](https://www.epistat.be/fr/). Elles sont mises à jour quotidiennement (7/7).

### 6.3. NOMBRE DE TESTS RÉALISÉS ENTRE LE 11 AVRIL 2022 ET LE 18 MAI 2022, PRÉSENTÉ PAR JOUR ET MOYENNE PAR SEMAINE

Date	Nombre de tests	
11/04/22	31 034	
12/04/22	33 279	
13/04/22	29 008	
14/04/22	26 114	169 035 tests au cours de la semaine, soit 24 148/jour
15/04/22	24 274	
16/04/22	16 389	
17/04/22	8 937	
18/04/22	10 612	
19/04/22	29 284	
20/04/22	30 906	
21/04/22	24 368	141 994 tests au cours de la semaine, soit 20 285/jour
22/04/22	22 179	
23/04/22	16 146	
24/04/22	8 499	
25/04/22	23 964	
26/04/22	26 207	
27/04/22	22 730	
28/04/22	19 517	133 858 tests au cours de la semaine, soit 19 123/jour
29/04/22	18 822	
30/04/22	14 678	
01/05/22	7 940	
02/05/22	22 704	
03/05/22	25 152	
04/05/22	22 841	
05/05/22	21 874	136 550 tests au cours de la semaine, soit 19 507/jour
06/05/22	21 078	
07/05/22	15 335	
08/05/22	7 566	
09/05/22	22 982	
10/05/22	24 547	
11/05/22	21 811	
12/05/22	18 767	126 842 tests au cours de la semaine, soit 18 120/jour
13/05/22	19 045	
14/05/22	12 926	
15/05/22	6 764	
16/05/22	19 713	Les données des derniers jours ne sont pas encore complètes. Il faut quelques jours pour que tous les tests soient signalés à Sciensano.
17/05/22	20 475	
18/05/22	476	

## 6.4. NOMBRE DE PERSONNES HOSPITALISÉES ENTRE LE 14 AVRIL 2022 ET LE 18 MAI 2022, PRÉSENTÉ PAR JOUR ET MOYENNE PAR SEMAINE

Date	Nombre de nouvelles admissions pour COVID-19 /jour*		Nombre de nouvelles admissions avec COVID-19 /jour**	Nombre sorties /jour	Nombre patients hospitalisés	Nombre patients COVID confirmés en USI
14/04/22	242		217	444	3 142	183
15/04/22	203		163	422	3 017	192
16/04/22	202	1358 nouvelles hospitalisations Soit 194,0/jour en moyenne	163	448	2 883	186
17/04/22	147		96	168	2 930	174
18/04/22	145		112	115	3 056	184
19/04/22	197		142	235	3 168	189
20/04/22	222		249	534	3 070	169
21/04/22	200		223	480	2 951	154
22/04/22	197		161	473	2 820	153
23/04/22	179	1174 nouvelles hospitalisations Soit 167,7/jour en moyenne	142	450	2 632	148
24/04/22	113		116	137	2 692	156
25/04/22	125		141	165	2 740	165
26/04/22	194		205	464	2 609	154
27/04/22	166		157	357	2 541	150
28/04/22	151		161	374	2 425	146
29/04/22	137		149	342	2 312	135
30/04/22	138	924 nouvelles hospitalisations Soit 132,0/jour en moyenne	84	340	2 162	127
01/05/22	77		71	128	2 171	130
02/05/22	110		135	150	2 237	135
03/05/22	186		163	400	2 124	124
04/05/22	125		168	311	2 041	116
05/05/22	172		167	301	2 017	122
06/05/22	120		136	284	1 948	116
07/05/22	106	857 nouvelles hospitalisations Soit 122,4/jour en moyenne	101	278	1 837	119
08/05/22	80		76	111	1 859	119
09/05/22	89		118	148	1 891	126
10/05/22	172		133	306	1 847	117
11/05/22	118		99	328	1 711	111
12/05/22	101		129	260	1 680	105
13/05/22	86		81	223	1 602	103
14/05/22	86	639 nouvelles hospitalisations Soit 91,3/jour en moyenne	73	213	1 510	95
15/05/22	82		39	108	1 526	102
16/05/22	74		69	113	1 515	106
17/05/22	119		107	248	1 464	114
18/05/22	91		96	200	1 408	105

\* Hospitalisations en raison de COVID-19.

\*\* Hospitalisations pour une autre raison mais test COVID-19 positif dans le cadre d'un screening.

## 6.5. NOMBRE DE PERSONNES DÉCÉDÉES ENTRE LE 11 AVRIL 2022 ET LE 18 MAI 2022, PRÉSENTÉ PAR JOUR ET MOYENNE PAR SEMAINE

Date	Décès total	
11/04/22	25	
12/04/22	23	
13/04/22	27	
14/04/22	21	171 décès au cours de la semaine, soit 24,4/jour
15/04/22	31	
16/04/22	29	
17/04/22	15	
18/04/22	15	
19/04/22	19	
20/04/22	20	
21/04/22	19	126 décès au cours de la semaine, soit 18,0/jour
22/04/22	21	
23/04/22	8	
24/04/22	24	
25/04/22	16	
26/04/22	18	
27/04/22	14	
28/04/22	16	111 décès au cours de la semaine, soit 15,9/jour
29/04/22	15	
30/04/22	17	
01/05/22	15	
02/05/22	22	
03/05/22	13	
04/05/22	17	
05/05/22	9	89 décès au cours de la semaine, soit 12,7/jour
06/05/22	13	
07/05/22	9	
08/05/22	6	
09/05/22	12	
10/05/22	11	
11/05/22	10	
12/05/22	9	69 décès au cours de la semaine, soit 9,9/jour
13/05/22	6	
14/05/22	12	
15/05/22	9	
16/05/22	5	
17/05/22	10	
18/05/22	1	

## 6.6. CAS, HOSPITALISATIONS ET ADMISSIONS EN SOINS INTENSIFS DE PATIENTS COVID-19 PAR RÉGION, TRANCHE D'ÂGE ET STATUS VACCINAL.

Le tableau ci-dessous présente l'incidence cumulée sur 14 jours par 100 000 habitants et les valeurs absolues (entre parenthèses) de **cas de COVID-19**, par région, groupe d'âge et statut vaccinal, pour la période du 02 mai au 15 mai 2022.

Groupe d'âge		Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
5-11	Primo-vaccination complète + dose de rappel	-	-	-	-
	Primo-vaccination complète	206 (n = 579)	268 (n = 29)	208 (n = 460)	184 (n = 90)
	Non vacciné	155 (n = 957)	113 (n = 112)	150 (n = 412)	173 (n = 424)
12-17	Primo-vaccination complète + dose de rappel	-	-	-	-
	Primo-vaccination complète	295 (n = 1 251)	250 (n = 90)	320 (n = 715)	275 (n = 446)
	Non vacciné	350 (n = 559)	243 (n = 102)	340 (n = 167)	412 (n = 283)
18-64	Primo-vaccination complète + dose de rappel	432 (n = 21 419)	419 (n = 1 403)	434 (n = 14 094)	434 (n = 5 879)
	Primo-vaccination complète	320 (n = 3 714)	246 (n = 567)	311 (n = 1 326)	386 (n = 1 795)
	Non vacciné	429 (n = 3 720)	338 (n = 705)	384 (n = 1 113)	486 (n = 1 793)
65-84	Primo-vaccination complète + dose de rappel	391 (n = 6 586)	348 (n = 335)	384 (n = 4 170)	414 (n = 2 074)
	Primo-vaccination complète	332 (n = 316)	357 (n = 59)	270 (n = 101)	391 (n = 155)
	Non vacciné	270 (n = 298)	188 (n = 37)	211 (n = 80)	315 (n = 166)
85+	Primo-vaccination complète + dose de rappel	626 (n = 1 679)	732 (n = 133)	629 (n = 1 121)	588 (n = 421)
	Primo-vaccination complète	334 (n = 109)	NA (n = 21)	269 (n = 48)	355 (n = 40)
	Non vacciné	222 (n = 57)	NA (n = 8)	143 (n = 15)	293 (n = 34)

Le tableau ci-dessous présente l'incidence cumulée sur 14 jours par 100 000 habitants et les valeurs absolues (entre parenthèses) des **hospitalisations** pour COVID-19, par région, groupe d'âge et statut vaccinal, pour la période du 02 mai au 15 mai 2022.

Groupe d'âge		Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
0-11	Primo-vaccination complète + dose de rappel	-	-	-	-
	Primo-vaccination complète	1 (n = 2)	0 (n = 0)	1 (n = 2)	0 (n = 0)
	Non vacciné	14 (n = 166)	12 (n = 22)	16 (n = 96)	11 (n = 48)
12-17	Primo-vaccination complète + dose de rappel	-	-	-	-
	Primo-vaccination complète	1 (n = 3)	3 (n = 1)	1 (n = 2)	0 (n = 0)
	Non vacciné	2 (n = 3)	2 (n = 1)	0 (n = 0)	3 (n = 2)
18-64	Primo-vaccination complète + dose de rappel	3 (n = 146)	10 (n = 34)	3 (n = 92)	1 (n = 20)
	Primo-vaccination complète	5 (n = 60)	5 (n = 12)	4 (n = 19)	6 (n = 29)
	Non vacciné	4 (n = 39)	7 (n = 14)	5 (n = 14)	3 (n = 11)
65-84	Primo-vaccination complète + dose de rappel	27 (n = 449)	40 (n = 38)	31 (n = 338)	15 (n = 73)
	Primo-vaccination complète	105 (n = 100)	42 (n = 7)	88 (n = 33)	151 (n = 60)
	Non vacciné	34 (n = 38)	25 (n = 5)	42 (n = 16)	32 (n = 17)
85+	Primo-vaccination complète + dose de rappel	113 (n = 303)	176 (n = 32)	131 (n = 233)	53 (n = 38)
	Primo-vaccination complète	224 (n = 73)	60 (n = 2)	157 (n = 28)	382 (n = 43)
	Non vacciné	58 (n = 15)	28 (n = 1)	57 (n = 6)	69 (n = 8)

Le tableau ci-dessous présente l'incidence cumulée sur 14 jours par 100 000 habitants et les valeurs absolues (entre parenthèses) des **admissions en USI** pour COVID-19, par région, groupe d'âge et statut vaccinal, pour la période du 02 mai au 15 mai 2022.

Groupe d'âge		Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
0-11	Primo-vaccination complète + dose de rappel	-	-	-	-
	Primo-vaccination complète	0 (n = 0)	0 (n = 0)	0 (n = 0)	0 (n = 0)
	Non vacciné	0 (n = 4)	1 (n = 2)	0 (n = 2)	0 (n = 0)
12-17	Primo-vaccination complète + dose de rappel	-	-	-	-
	Primo-vaccination complète	0 (n = 1)	0 (n = 0)	0 (n = 1)	0 (n = 0)
	Non vacciné	1 (n = 1)	0 (n = 0)	0 (n = 0)	1 (n = 1)
18-64	Primo-vaccination complète + dose de rappel	1 (n = 33)	3 (n = 11)	1 (n = 17)	0 (n = 5)
	Primo-vaccination complète	1 (n = 11)	3 (n = 8)	1 (n = 3)	0 (n = 0)
	Non vacciné	1 (n = 5)	0 (n = 1)	0 (n = 1)	1 (n = 3)
65-84	Primo-vaccination complète + dose de rappel	5 (n = 82)	11 (n = 11)	6 (n = 61)	2 (n = 10)
	Primo-vaccination complète	23 (n = 22)	18 (n = 3)	16 (n = 6)	33 (n = 13)
	Non vacciné	11 (n = 12)	10 (n = 2)	18 (n = 7)	6 (n = 3)
85+	Primo-vaccination complète + dose de rappel	7 (n = 19)	17 (n = 3)	8 (n = 14)	3 (n = 2)
	Primo-vaccination complète	3 (n = 1)	0 (n = 0)	0 (n = 0)	9 (n = 1)
	Non vacciné	4 (n = 1)	0 (n = 0)	10 (n = 1)	0 (n = 0)

Le tableau ci-dessous présente le nombre et le pourcentage de personnes non vaccinées par région et par groupe d'âge, pour la période du 02 mai au 15 mai 2022.

Groupe d'âge		Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
0-11	% non vaccinés	78.3 %	93.1 %	69.1 %	88.6 %
	Nombre non vaccinés	1 194 101	177 882	587 404	428 815
12-17	% non vaccinés	20.3 %	49.6 %	11.1 %	26.2 %
	Nombre non vaccinés	159 626	41 889	49 021	68 716
18-64	% non vaccinés	12.4 %	26.5 %	7.3 %	16.7 %
	Nombre non vaccinés	866 404	208 110	289 351	368 943
65-84	% non vaccinés	5.8 %	14.7 %	3.3 %	8.8 %
	Nombre non vaccinés	110 379	19 650	37 965	52 764
85+	% non vaccinés	7.7 %	14.2 %	5.0 %	12.0 %
	Nombre non vaccinés	25 684	3 629	10 463	11 592