COVID-19
BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE
(26 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

1. Points clés **2**
2. Indicateurs clés - tendances **3**
2.1. Tendances 4
2.2. Situation récente 5
2.3. Stratégie de gestion de l'épidémie 6
3. Description de l'épidémie à partir du 27/12/21 ..... **7**
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 15/05/22 - 21/05/22 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 54
3.15. Ligne de temps: cas confirmés de COVID-19 et reponse à l'épidémie en Belgique 56
4. Modélisation **58**
4.1. Taux de reproduction (R_t) 58
4.2. Modèle de prédiction à court terme pour les nouvelles hospitalisations 60
4.3. Modèle de prédiction du taux d'occupation des lits en soins intensifs 61
5. Situation épidémiologique en Europe **62**
6. Annexes **64**
6.1. Résumé des indicateurs clés 64
6.2. Nombre de personnes diagnostiquées (PCR et antigène) entre le 18 avril 2022 et le 25 mai 2022, présenté par jour et moyenne par semaine 65
6.3. Nombre de tests réalisés entre le 18 avril 2022 et le 25 mai 2022, présenté par jour et moyenne par semaine 66
6.4. Nombre de personnes hospitalisées entre le 21 avril 2022 et le 25 mai 2022, présenté par jour et moyenne par semaine 67
6.5. Nombre de personnes décédées entre le 18 avril 2022 et le 25 mai 2022, présenté par jour et moyenne par semaine 68
6.6. Cas, hospitalisations et admissions en soins intensifs de patients Covid-19 par région, tranche d'âge et status vaccinal. 69

1. Points clés

- **Situation générale** : L'incidence sur 14 jours pour le nombre de cas pour la Belgique est de 355/100 000 habitants, l'incidence sur 7 jours pour le nombre d'hospitalisations est de 4,9/100 000 habitants.
- **Nombre de nouveaux cas** : Au niveau national, le nombre de nouveaux cas rapportés a encore diminué (- 35 %) au cours de la période du 16 au 22 mai 2022 comparé à la période précédente de 7 jours. Le Rt, basé sur le nombre de cas diagnostiqués, pour cette même période a encore diminué et est de 0,790.
- **Tests et taux de positivité** : Le nombre de tests effectués a à nouveau légèrement diminué, avec une moyenne de 14 939 tests par jour au cours de la période du 16 au 22 mai 2022. Le taux de positivité pour la Belgique pour cette même période a également encore diminué (17,1 %).
- **Hospitalisations** : Tant le nombre de nouvelles hospitalisations (- 20 %) que le nombre de lits occupés en soins intensif (- 17 %) ont diminué au cours de la période du 18 au 24 mai, comparé à la période précédente de 7 jours.
- **Mortalité** : La mortalité liée au COVID-19 a continué de diminuer en semaine 20. Les décès rapportés ont principalement eu lieu à l'hôpital. En semaine 18, il n'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 23 mai, 31,7 % des enfants de 5 à 11 ans sont entièrement vaccinés. La couverture vaccinale pour la dose de rappel est de 75,3 % pour les personnes âgées de 18 ans et plus. Le risque d'hospitalisations et d'admissions en soins intensifs a été réduit de 71 % et 65 % (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 (9 au 22 mai 2022) dans le cadre de la surveillance de base, le variant Omicron BA.1/BA.1.1 représentait 0,14 % de ces échantillons, le variant Omicron BA.2 91,7 %, le variant Omicron BA.2.12.1 1,4 %, le variant Omicron BA.4 2,5 % et le variant Omicron BA.5 3,7 %.
- **Surveillance par les médecins généralistes** : Le nombre moyen de contacts établis avec un médecin généraliste pour suspicion de COVID-19 a encore diminué au cours de la semaine 20 (20 contacts cette semaine pour 100 000 habitants par jour, comparé à 31 contacts au cours de la semaine précédente). L'incidence des consultations auprès d'un généraliste pour des symptômes grippaux a fortement diminué, avec 75 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 évolue favorablement avec une diminution du nombre de nouveaux cas parmi les résidents de MR/MRS et parmi les membres du personnel, une diminution du nombre de nouvelles hospitalisations parmi les résidents ainsi qu'une diminution du nombre de clusters. - voir section 3.8.

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	4 147 568	3 538	2 299*	-35%
Admis à l'hôpital	125 173***$	91,4	73,6**	-20%
Décédés****	31 727	10,0	7,6*	-24%
En hôpital	*21 248*	*9,0*	*7,0*	*-22%*
En maison de repos	*10 290*	*1,0*	*0,6*	*-43%*

*Du 16 mai 2022 au 22 mai 2022 (**données des 3 derniers jours non consolidées**).
**Du 19 mai 2022 au 25 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.
$Le 24/05/2022, une correction rétrospective des données hospitalières a été effectuée. Celle-ci est due à une sous-déclaration systématique par un hôpital du nombre total de patients hospitalisés, du nombre de nouvelles admissions et du nombre de sorties pendant la période entre le 01/04/2022 et le 02/05/2022 inclus.

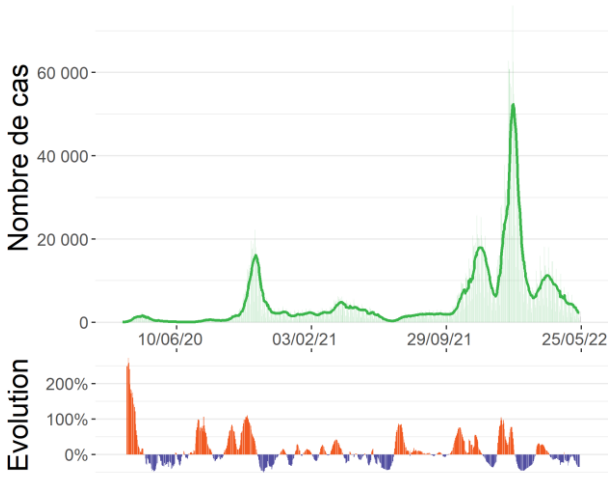
Occupation des lits d'hôpital	Mercredi 18 mai 2022	Mercredi 25 mai 2022	Évolution
Nombre de lits d'hôpital occupés	1 400	1 101	-21%
Nombre de lits USI occupés	104	86	-17%

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

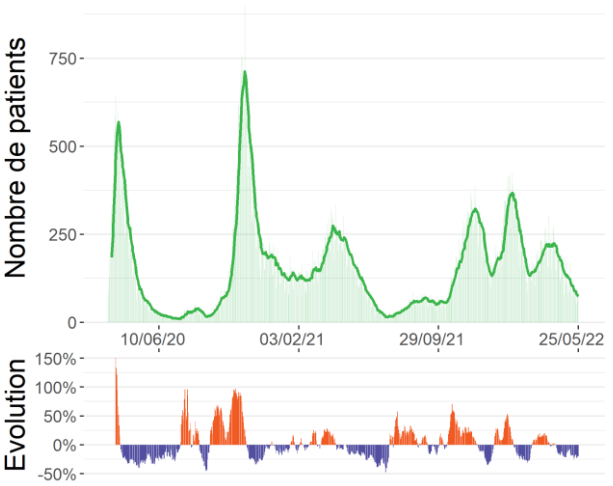
Les quatre indicateurs clés sont présentés ci-dessous avec la moyenne mobile sur 7 jours (ligne verte). Cette moyenne mobile est utilisée pour illustrer une tendance. Cela a entre autre pour conséquence de lisser la courbe et atténuer les variations journalières.

Evolution des nouveaux cas confirmés



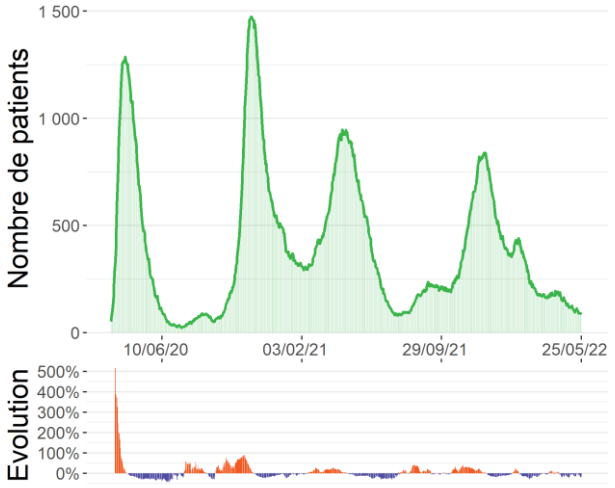
Source : Réseau des laboratoires cliniques et plateforme nationale

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



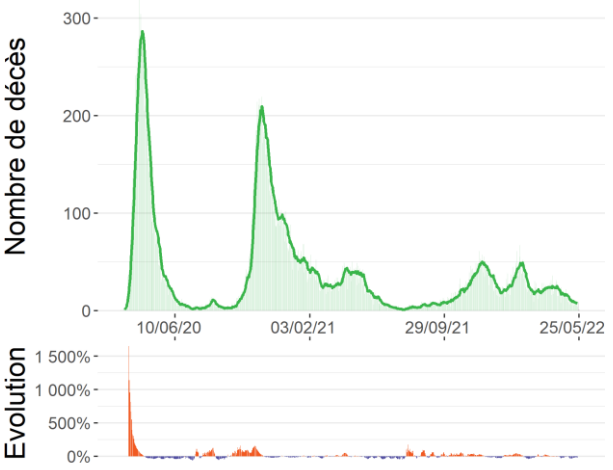
Source : Surveillance des hôpitaux (Sciensano)

Evolution du nombre de patients en USI



Source : Surveillance des hôpitaux (Sciensano)

Evolution du nombre de décès

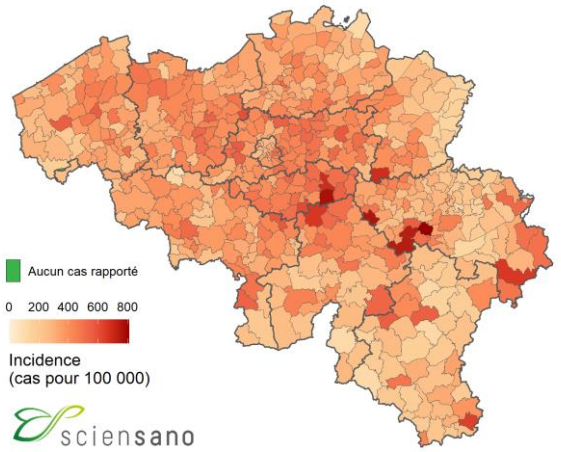


Source : Surveillance mortalité COVID-19 (Sciensano)

2.2. SITUATION RÉCENTE

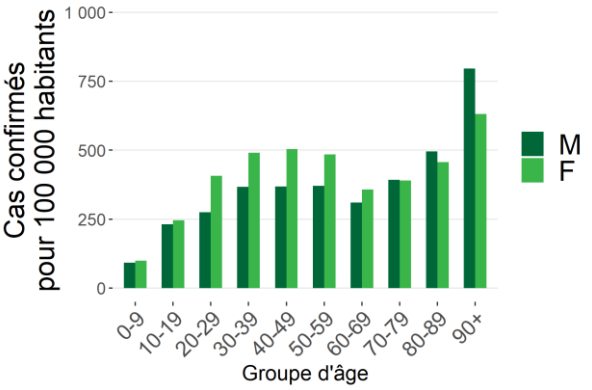
Les figures ci-dessous montrent la répartition géographique et la distribution par âge et par sexe pour les 14 derniers jours (données consolidées).

Distribution des cas confirmés par 100 000 habitants entre le 09/05/22 et le 22/05/22



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.

Nombre de cas confirmés par groupe d'âge et sexe par 100 000 habitants entre le 09/05/22 et le 22/05/22



Note : L'information sur l'âge et/ou le sexe n'était pas disponible pour 406 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.

	09/05/22-15/05/22	16/05/22-22/05/22	Changement (valeur absolue)	Changement (pourcent)	Temps de doublement/ réduction de moitié (jours)*	Incidence par 100 000 (14 jours)**
Belgique	**24 764**	**16 094**	**-8 670**	**-35%**	**11**	**355**
Antwerpen	3 808	2 492	-1 316	-35%	11	336
Brabant wallon	1 065	779	-286	-27%	16	453
Hainaut	2 943	1 895	-1 048	-36%	11	359
Liège***	2 005	1 243	-762	-38%	10	293
Limburg	1 517	992	-525	-35%	11	285
Luxembourg	507	296	-211	-42%	9	278
Namur	1 136	758	-378	-33%	12	381
Oost-Vlaanderen	3 711	2 334	-1 377	-37%	10	395
Vlaams-Brabant	3 032	1 846	-1 186	-39%	10	420
West-Vlaanderen	2 459	1 642	-817	-33%	12	341
Région bruxelloise	2 340	1 610	-730	-31%	13	324
Deutschsprachige Gemeinschaft	213	130	-83	-39%	10	439

*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 pour l'ensemble des indicateurs.

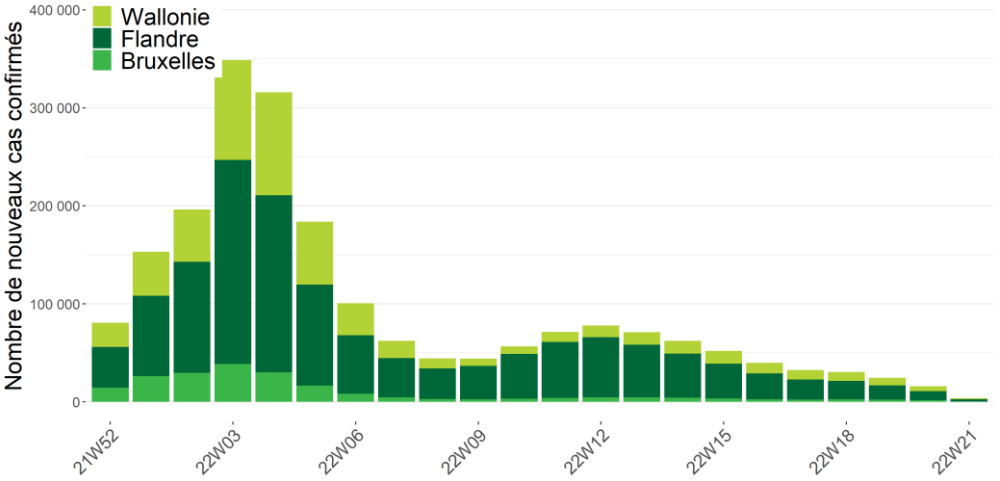
3. Description de l'épidémie à partir du 27/12/21

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

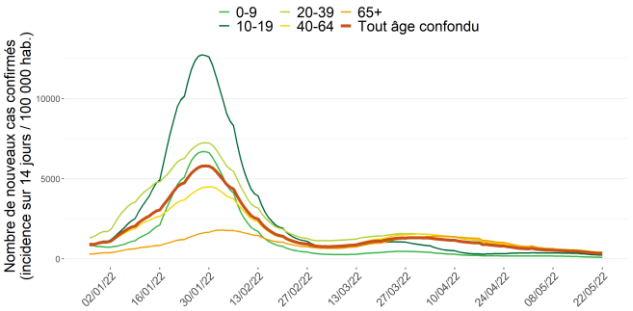
Au cours de la période du 16 mai 2022 au 22 mai 2022, 16 094 nouveaux cas ont été diagnostiqués. Parmi ces 16 094 nouveaux cas, 9 306 (58%) étaient rapportés en Flandre, 4 971 (31%) en Wallonie, dont 130 cas pour la communauté germanophone, et 1 610 (10%) à Bruxelles. Données non disponibles ou résidence à l'étranger pour 207 cas (1%).

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

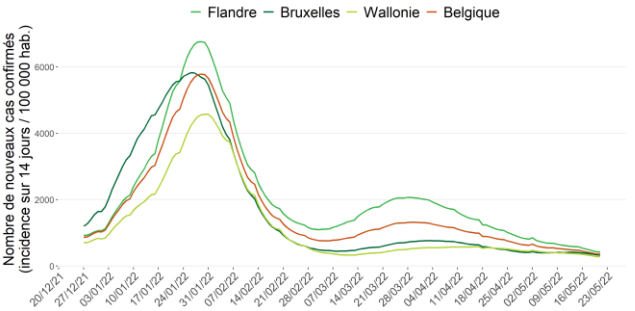


Source : CNR, laboratoires clinique et plateforme nationale. Cas rapportés à Sciensano au 25 mai 2022, à 6 heures.
*En raison de l'utilisation de la date de diagnostic, les données des trois derniers jours doivent encore être consolidées. Lorsque la date de diagnostic est manquante, la date de rapportage 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

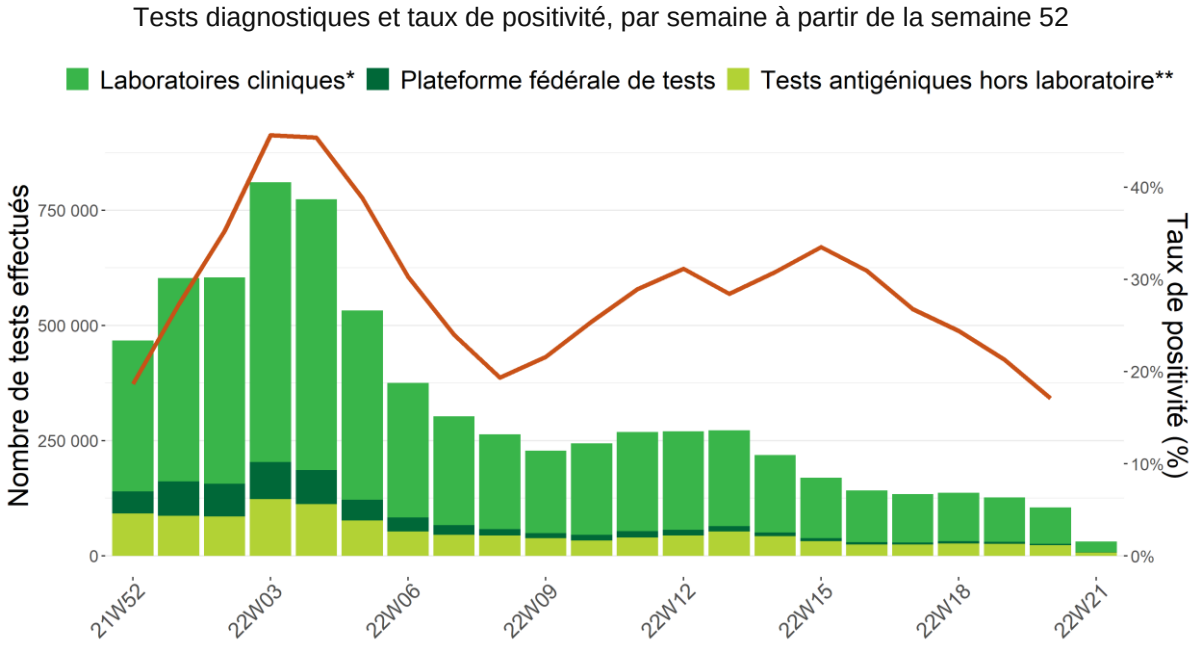


Les dénominateurs utilisés pour calculer l'incidence sont les chiffres de la population belge au 01/01/2021 publiés par STATBEL.

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 16 mai 2022 au 22 mai 2022, 104 576 tests ont été effectués, soit une moyenne journalière de 14 939 tests. Le taux moyen de positivité pour la Belgique pour la même période est de 17,1%.



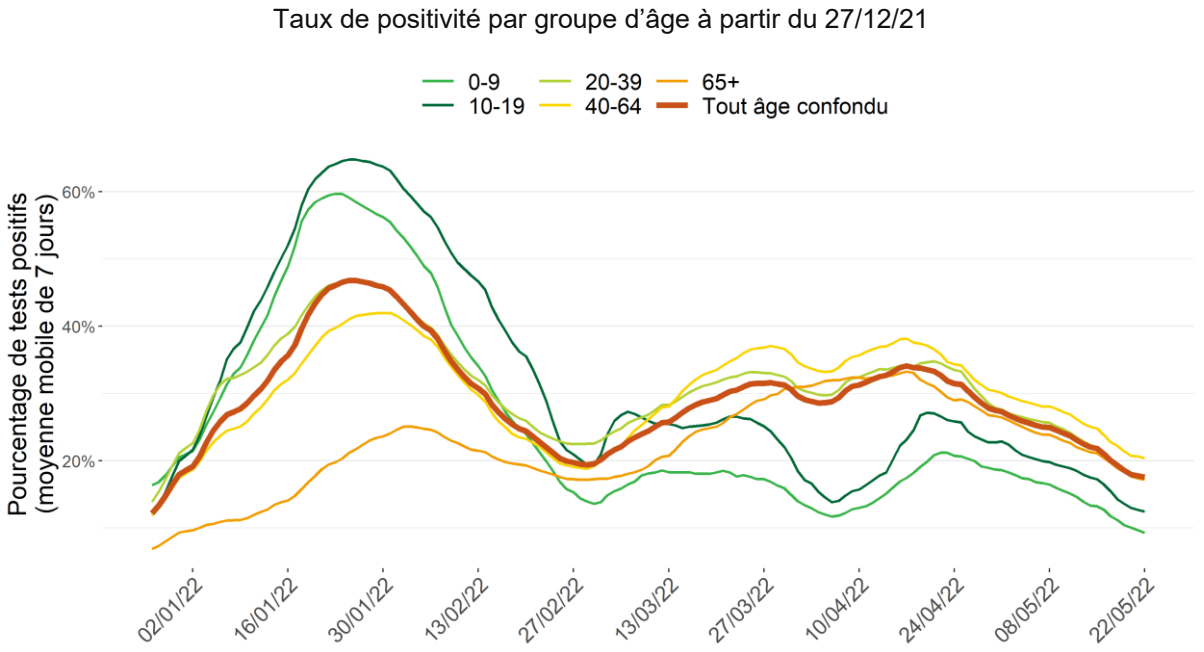
Note : Les données des 72 dernières heures doivent encore être consolidées. Quant aux données des autres jours, elles peuvent encore être complétées par des données de laboratoires qui déclareraient rétroactivement.
*Ces chiffres comprennent les tests PCR et antigéniques effectués par les laboratoires 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 16 mai 2022 au 22 mai 2022 (dernière semaine de données consolidées).

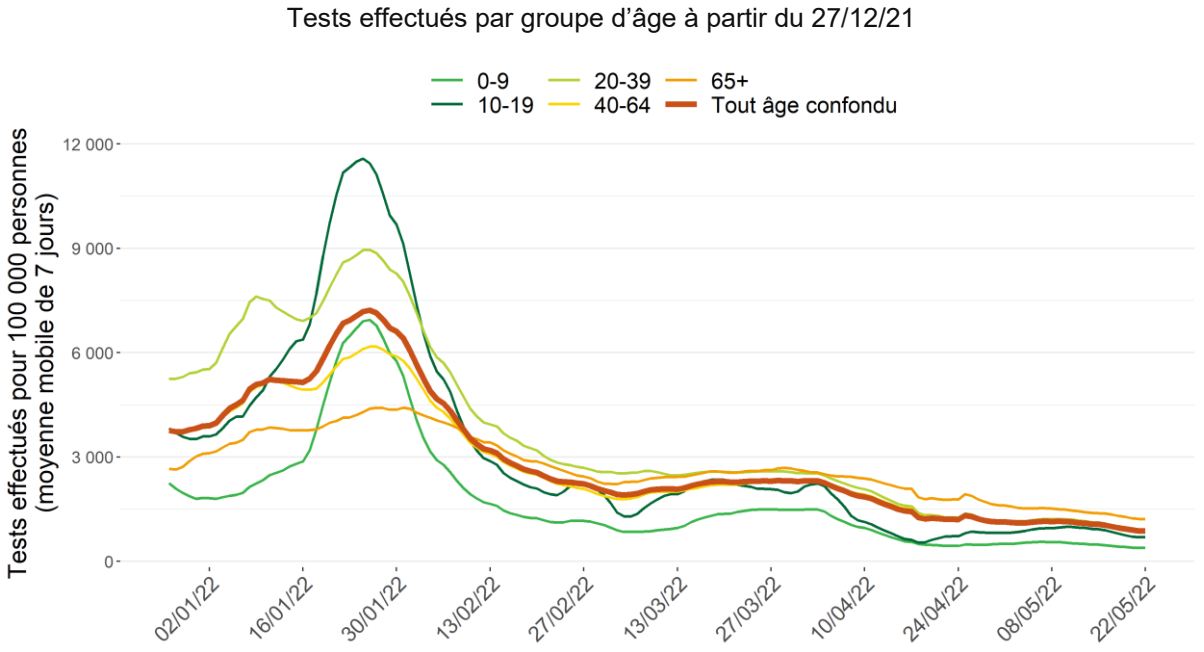
Groupe d'âge	Nombre de tests	Nombre de tests/ 100 000 hab	Nombre de tests positifs	% de tests positifs*
0-9	4 845	387	450	9,3%
10-19	9 131	695	1 139	12,5%
20-39	26 497	914	4 659	17,6%
40-64	33 313	871	6 793	20,4%
65+	27 051	1 214	4 664	17,2%

*L'âge n'était pas disponible pour 3739 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.



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



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

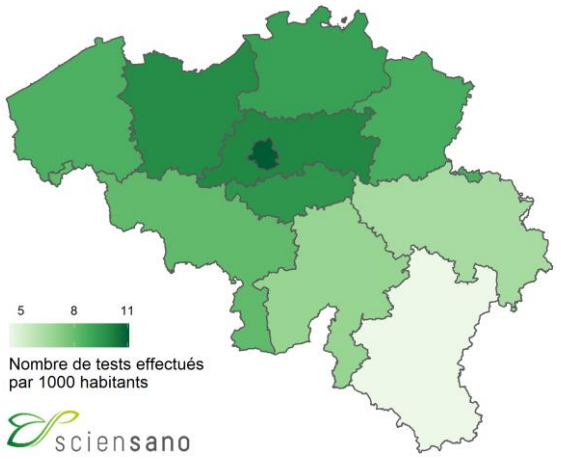
Le tableau ci-dessous présente la répartition pour la Belgique, par province, pour la Région bruxelloise et pour la Communauté germanophone, du **nombre de tests réalisés**, nombre de tests positifs et le taux de positivité pour la période du 16 mai 2022 au 22 mai 2022 (dernière semaine de données consolidées).

	Nombre de tests	Nombre de tests/ 100 000 hab	Nombre de tests positifs	% de tests positifs*
Belgique	104 576	908	17 857	17,1%
Antwerpen	17 230	919	2 709	15,7%
Brabant wallon	3 903	958	834	21,4%
Hainaut	10 948	813	2 087	19,1%
Liège**	7 106	641	1 377	19,4%
Limburg	7 683	873	1 179	15,3%
Luxembourg	1 247	432	310	24,9%
Namur	3 387	681	789	23,3%
Oost-Vlaanderen	15 144	989	2 656	17,5%
Vlaams-Brabant	11 620	1 000	2 057	17,7%
West-Vlaanderen	10 350	860	1 844	17,8%
Région bruxelloise	13 533	1 109	1 793	13,2%
Deutschsprachige Gemeinschaft	542	694	138	25,5%

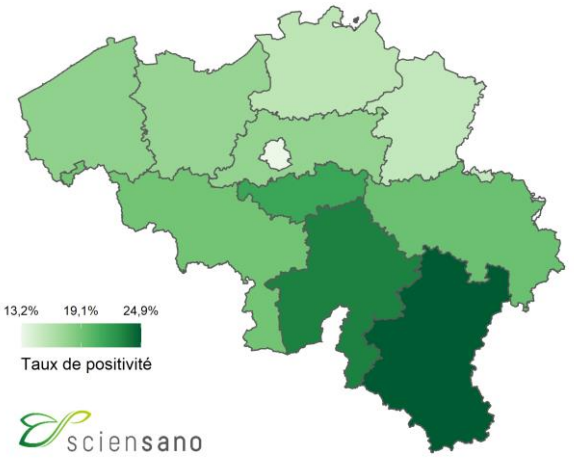
*Afin de refléter le nombre total de tests réellement effectués en Belgique, nous avons fait le choix de calculer le taux de positivité (% de tests positifs) en utilisant le nombre total de tests positifs sur le nombre total de tests effectués. Vous trouverez des informations plus détaillées sur le taux 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 16/05/22 et le 22/05/22



Taux de positivité par province entre le 16/05/22 et le 22/05/22

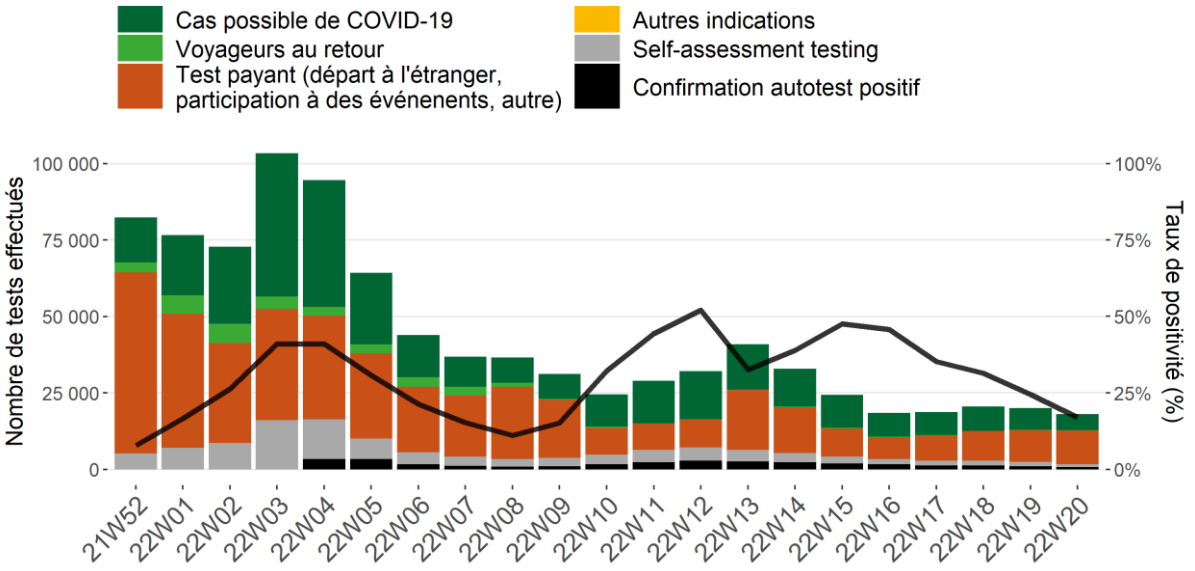


3.2.2. Tests rapides antigéniques COVID-19 effectués et rapportés par les pharmaciens

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 15/05/22 au 21/05/22 (semaine 19), 18 094 tests ont été effectués par les pharmaciens. Le taux de positivité pour la même période est de 14,6%.

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.

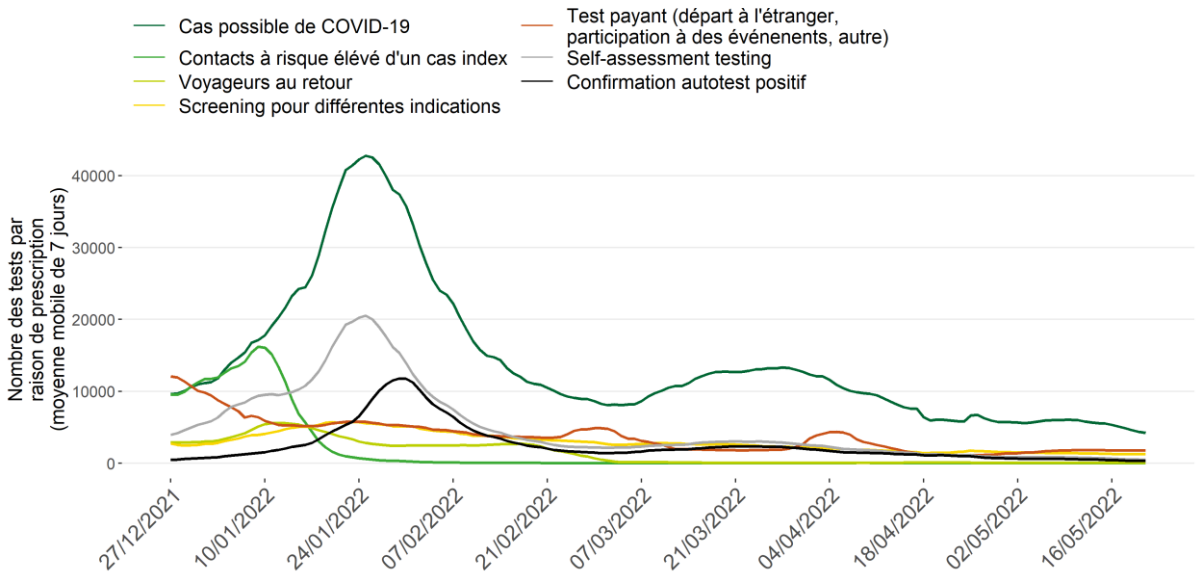
Les données des prescriptions des médecins généralistes et des médecins à l'hôpital sont disponibles depuis le 1er septembre 2020. Les données des prescriptions des médecins en collectivité et des prescriptions sans consultation sont disponibles depuis le 10 décembre 2020. Les données liées à l'outil 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 16 mai 2022 au 22 mai 2022, 104 801 tests ont été réalisés, dont 62,4% 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 22/05/22

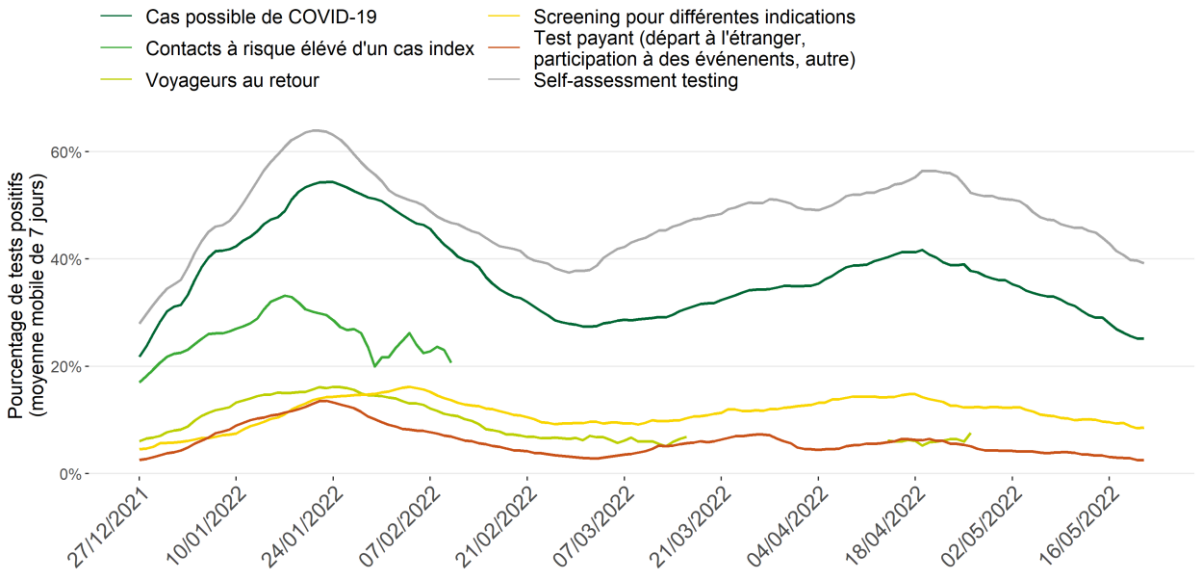


Attention, la stratégie de test peut varier (tests nécessaires ou non pour certaines catégories, nécessité d'un formulaire électronique ou non). Ces changements de stratégie se reflètent dans les graphes montrés.

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.

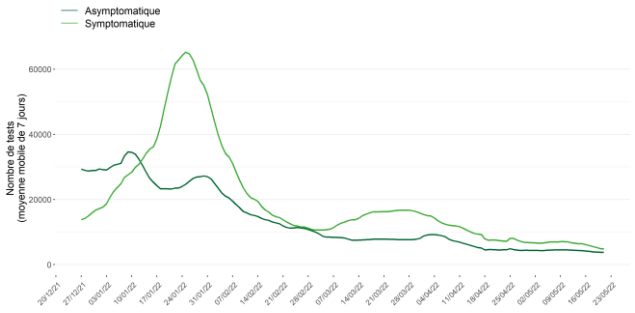
Le taux de positivité n'est présenté ci-dessous que si le nombre de tests quotidiens effectués et de cas confirmés pour une catégorie donnée est supérieur au seuil de 100 tests ou de 5 cas respectivement. Avec un faible nombre de tests, le taux de positivité devient moins fiable.

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

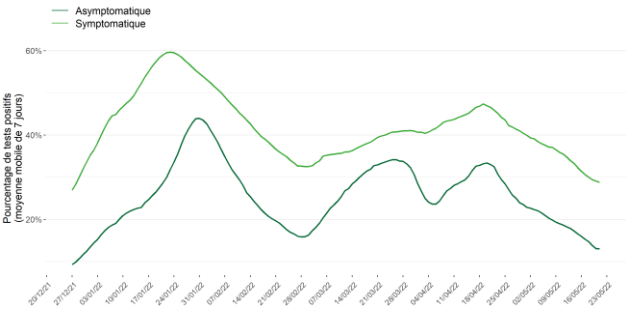


Parmi les tests effectués pour confirmer un autotest positif, 87,1% étaient positifs pour la semaine 16 mai au 22 mai.

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



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 22/05/22



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 séquencent 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.

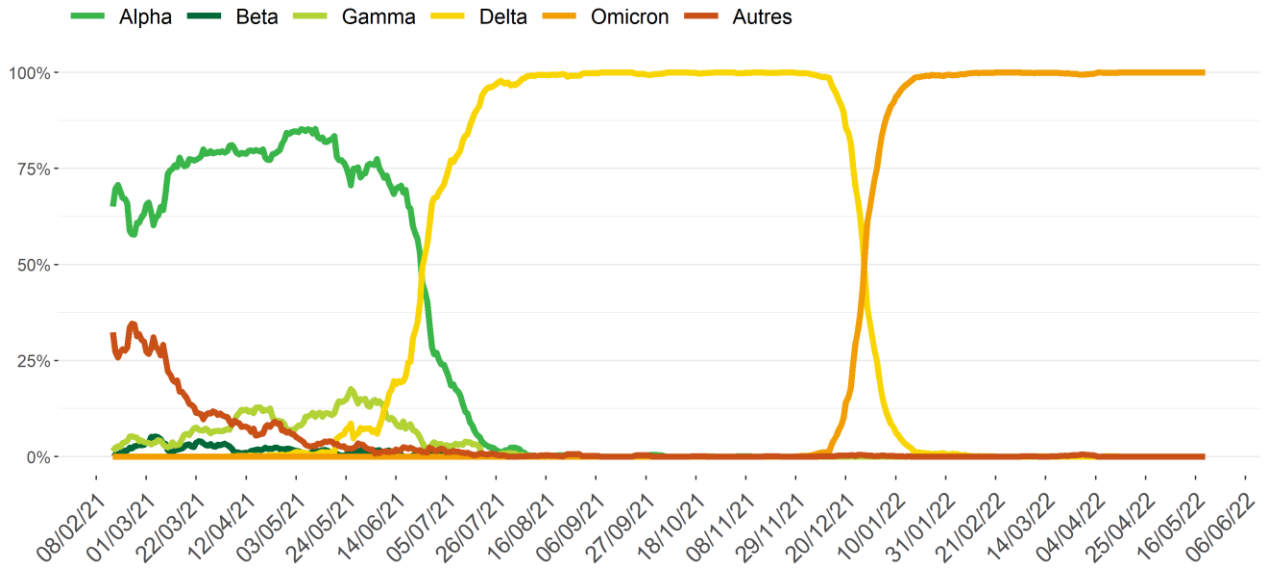
Omicron comprend les lignées descendantes BA.1, BA.2, BA.3, BA.4 et BA.5. Depuis la fin de janvier 2022, la lignée descendante BA.2 est en augmentation dans de nombreux pays. La première identification des variants BA.2.12.1, BA.4 et BA.5 en Belgique date respectivement du 23 avril, 29 mars et 26 avril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

[1] 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.

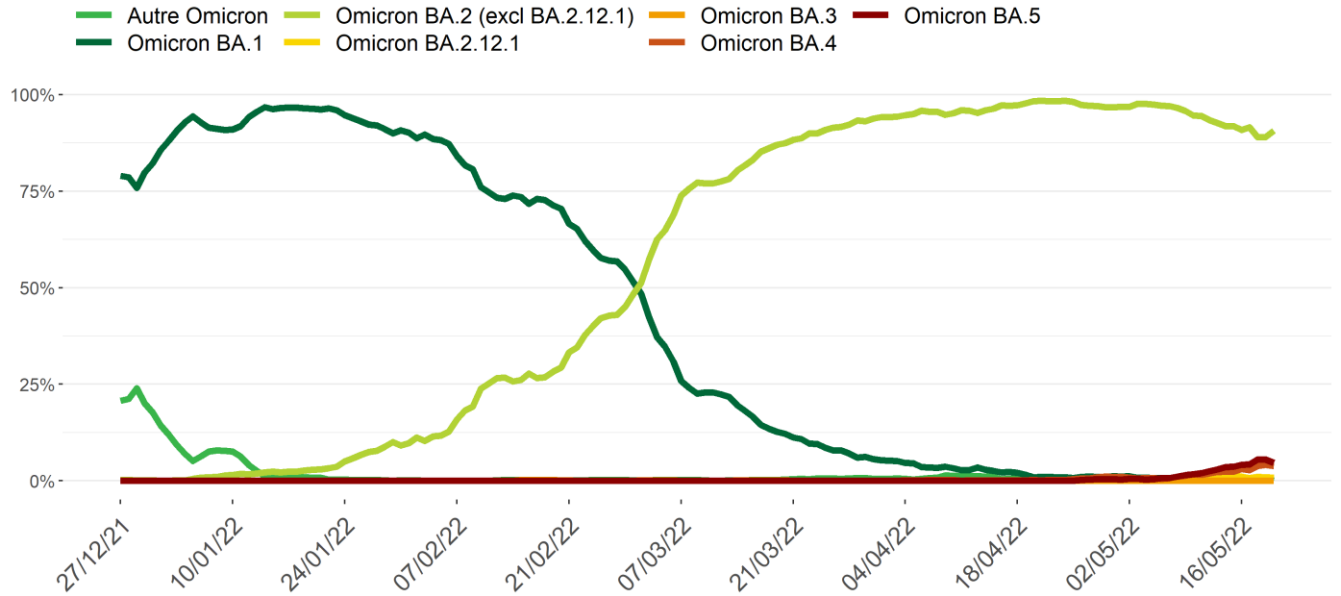
3.3.1. Evolution de la proportion des variants principaux circulant en Belgique (surveillance de base)

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 sequencés depuis le 15/02/21 (surv. de base)		Nombre sequencés depuis le 15/02/21 (surv. active)	
		N	%	N	%
Alpha	déc. 2020	12 099	16,83	7 058	21,41
Beta	déc. 2020	287	0,40	298	0,90
Gamma	janv. 2021	1 519	2,11	589	1,79
Delta	avr. 2021	26 886	37,40	13 398	40,63
Epsilon	janv. 2021	0	0,00	2	0,01
Iota	févr. 2021	2	0,00	0	0,00
Eta	janv. 2021	55	0,08	31	0,09
Omicron	nov. 2021	30 220	42,04	11 150	33,82
Autre		822	1,14	447	1,36
Total		71 890	100	32 973	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 28 mars 2022 jusqu'au 22 mai 2022) et pendant les deux dernières semaines (du 9 mai 2022 jusqu'au 22 mai 2022) dans la **surveillance de base et active**.

Variants	Date 1e identification*	Nombre sequencés depuis leur identification	Nombre sequencés 8 semaines (surv. de base)		Nombre sequencés 2 semaines (surv. de base)		Nombre sequencés 8 semaines (surv. active)		Nombre sequencés 2 semaines (surv. active)	
		N	N	%	N	%	N	%	N	%
Delta	avr. 2021	40 284	1	0,01	0	0,00	1	0,06	0	0,00
BA.1	nov. 2021	20 489	176	2,20	1	0,14	62	3,46	0	0,00
BA.2	janv. 2022	19 731	7 675	95,82	666	91,74	1 657	92,41	71	84,52
BA.2.12.1	avr. 2022	17	15	0,19	10	1,38	2	0,11	0	0,00
BA.3	févr. 2022	12	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
BA.4	avr. 2022	91	47	0,59	18	2,48	44	2,45	7	8,33
BA.5	avr. 2022	50	42	0,52	27	3,72	8	0,45	4	4,76
Autre Omicron**	nov. 2021	980	54	0,67	4	0,55	19	1,06	2	2,38
Autre		23 209	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total		104 863	8 010	100	726	100	1 793	100	84	100

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

** 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*
BA.1	176 (2,2 %)	0 (0,0 %)	12 (2,8 %)	5 (0,9 %)	140 (1,9 %)
BA.2 + BA.2.12.1	7 690 (96,0 %)	4 (100,0 %)	381 (89,9 %)	559 (98,6 %)	7 122 (95,9 %)
BA.3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
BA.4	47 (0,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (0,2 %)	75 (1,0 %)
BA.5	42 (0,5 %)	0 (0,0 %)	2 (0,5 %)	0 (0,0 %)	41 (0,6 %)
Delta	1 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (0,2 %)	1 (0,0 %)
Autre	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Autre Omicron****	54 (0,7 %)	0 (0,0 %)	29 (6,8 %)	1 (0,2 %)	41 (0,6 %)
Nombre total de diagnostics COVID-19 parmi le groupe cible******	330 952	183	4 575	26 694	227 756
Nombre total d'échantillons positifs séquencés	8 010 (2,4 %)	4 (2,2 %)	424 (9,3 %)	567 (2,1 %)	7 420 (3,3 %)

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

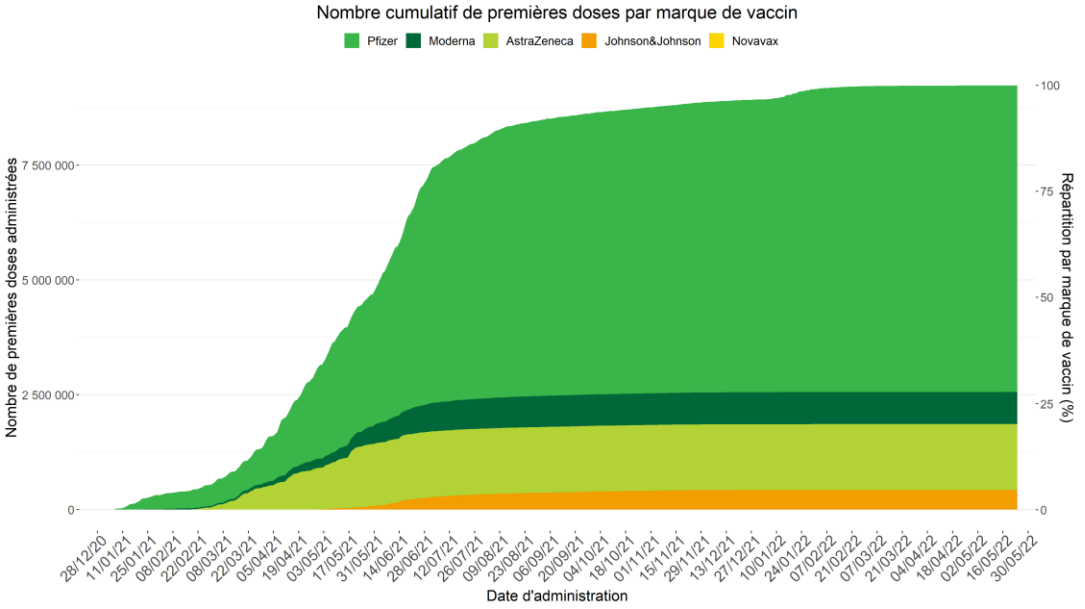
3.4. VACCINATION

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[2]. 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[3]. 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 23 mai 2022, un total de 25 350 274 doses de vaccin COVID-19 avaient été administrées et enregistrées dans Vaccinnet+. Cela correspond à une augmentation de 13 353 doses par rapport au nombre enregistré au 16 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**.



[2] Sur l'ensemble des vaccinations enregistrées jusqu'au 23 mai 2022, 94,8 % ont été enregistrées dans les 3 jours suivant la date d'administration du vaccin.

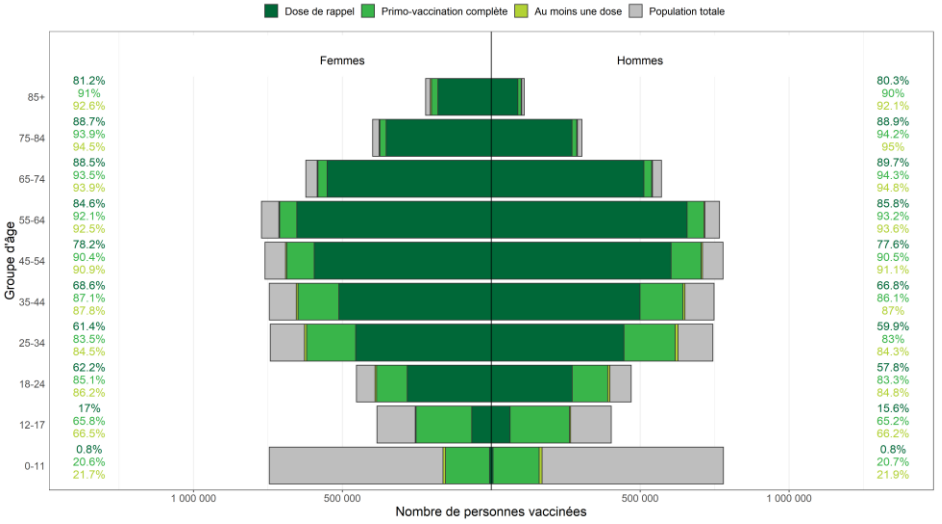
[3] Le terme « dose de rappel » utilisé dans ce rapport inclut à la fois les doses additionnelles administrées aux personnes immunodéprimées pour compléter leur schéma de vaccination initial ainsi que les doses de rappel administrées à la population générale.

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.

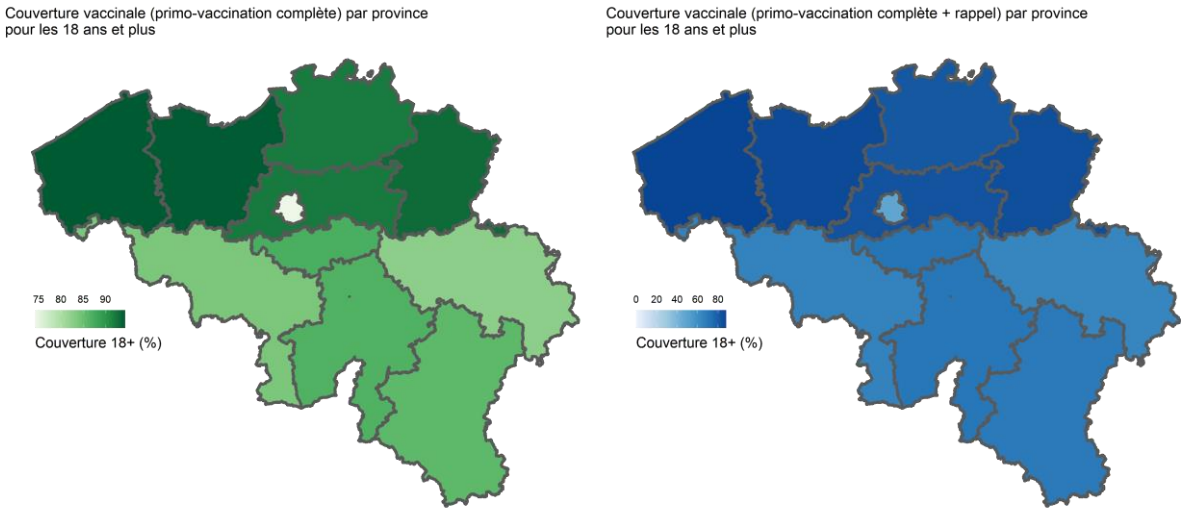
		Belgique	Bruxelles (1)	Flandre (1)	Wallonie (1,2)	Communauté germanophone (1)
Au moins une dose	Nombre de personnes vaccinées	9 242 384	769 215	5 679 939	2 661 474	56 231
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	942	217	495	198	8
	Couverture vaccinale (% de la population totale) (3)	80,22%	63,05%	85,37%	74,55%	71,96%
Primo-vaccination complète	Nombre de personnes vaccinées	9 144 039	754 152	5 633 017	2 632 129	55 516
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	868	183	437	208	7
	Couverture vaccinale (% de la population totale) (3)	79,37%	61,82%	84,67%	73,73%	71,04%
Primo-vaccination complète + dose de rappel	Nombre de personnes vaccinées	7 144 919	458 930	4 694 825	1 921 909	41 572
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	3 737	878	1 515	1 270	25
	Couverture vaccinale (% de la population totale) (3)	62,02%	37,62%	70,57%	53,83%	53,20%

(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.

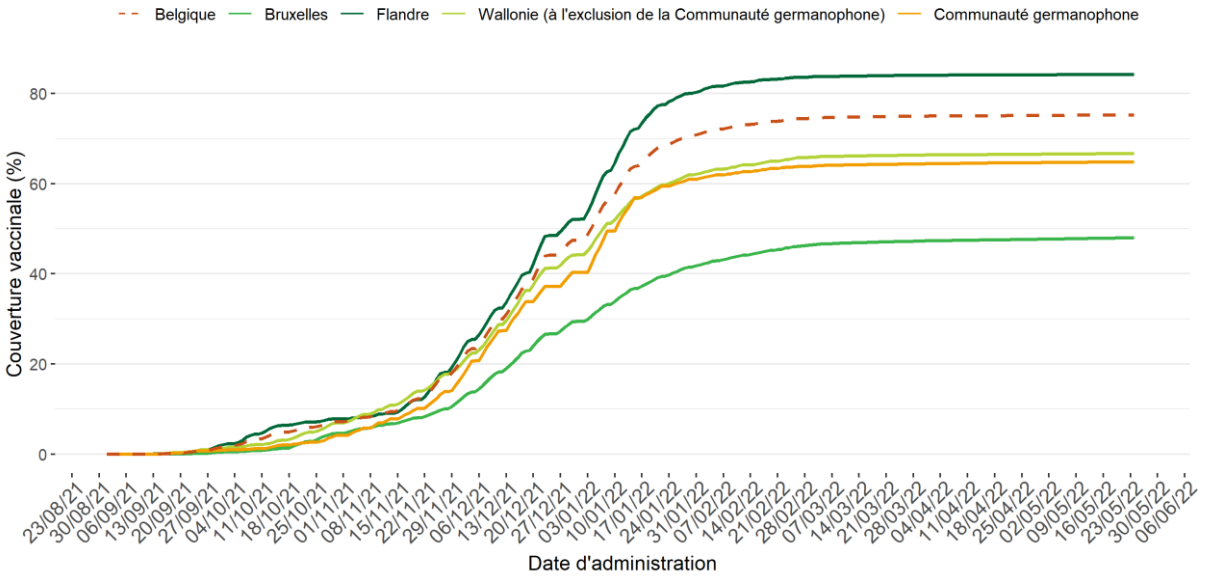
La figure ci-dessous représente **les couvertures vaccinales par genre et groupe d'âge** dans l'ensemble de la population. Le 23 mai 2022, la couverture vaccinale de primo-vaccination complète pour les femmes âgées de 18 ans et plus était de 89,28 %, et de 88,94 % pour les hommes. La couverture vaccinale pour la dose de rappel était de 75,93 % pour les femmes de 18 ans et plus et de 74,56 % 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.



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 23 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)
18 ans et plus	Nombre de personnes vaccinées avec une dose de rappel	6 931 156	453 168	4 517 123	1 892 783	40 862
	Couverture vaccinale dose de rappel(3) (%)	75,26%	47,98%	84,23%	66,68%	64,82%
12 à 17 ans	Nombre de personnes vaccinées avec une dose de rappel	201 995	5 560	166 520	28 777	692
	Couverture vaccinale dose de rappel(3) (%)	25,66%	6,58%	37,85%	11,17%	13,64%
18 à 64 ans	Nombre de personnes vaccinées avec une dose de rappel	4 974 905	338 521	3 251 826	1 332 291	28 281
	Couverture vaccinale dose de rappel(3) (%)	71,27%	43,10%	81,57%	61,66%	59,57%
65 à 84 ans	Nombre de personnes vaccinées avec une dose de rappel	1 687 705	96 454	1 086 948	490 251	11 122
	Couverture vaccinale dose de rappel(3) (%)	88,96%	72,27%	93,17%	84,00%	82,50%
85 ans et plus	Nombre de personnes vaccinées avec une dose de rappel	268 546	18 193	178 349	70 241	1 459
	Couverture vaccinale dose de rappel(3) (%)	80,91%	71,19%	84,95%	74,45%	70,14%

(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.

Le tableau ci-dessous présente la couverture vaccinale atteinte au 23 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)
5 à 11 ans	Nombre de personnes avec un schéma de primo-vaccination complet	294 256	11 300	232 758	48 383	1 181
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	353	66	191	80	5
	Couverture vaccinale entièrement vacciné(3) (%)	31,73%	10,18%	44,86%	16,60%	20,09%
12 à 17 ans	Nombre de personnes avec un schéma de primo-vaccination complet	622 228	41 232	387 653	187 348	3 542
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	75	16	30	27	0
	Couverture vaccinale entièrement vacciné(3) (%)	79,06%	48,81%	88,12%	72,73%	69,83%

(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.

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 24 mai 2022, 222 302[4] 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 : 179 515 en Flandre, 35 790 en Wallonie (à l'exclusion de la communauté germanophone), 6 050 à Bruxelles et 947 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.

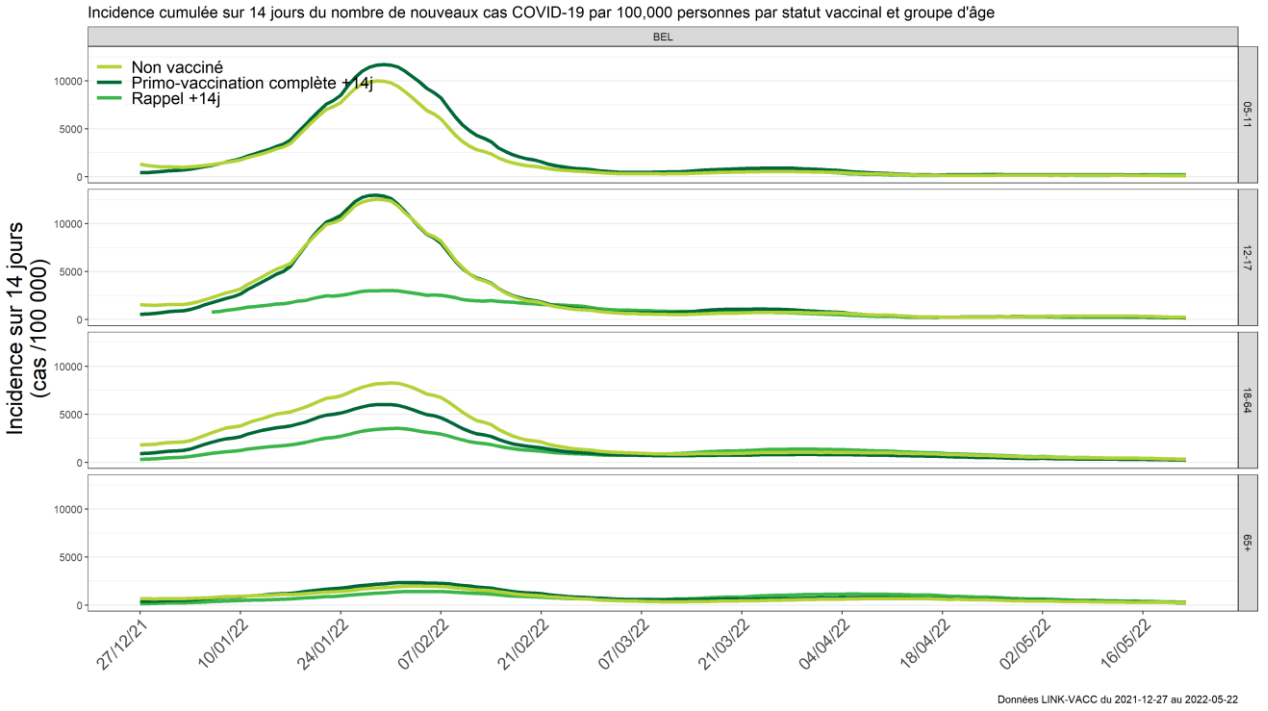
[4] Données agrégées de la base de données des codes de vaccination transmise par Smals/SPF Santé publique.

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[5] 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.

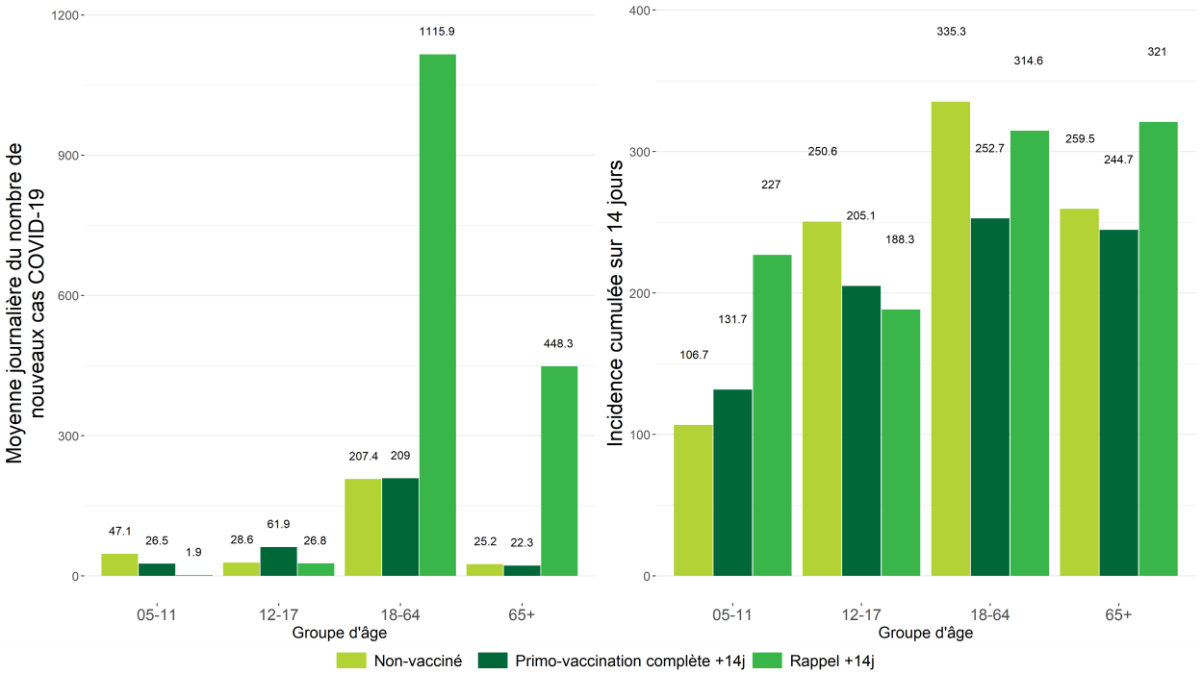


Source : croisement entre les données des tests de laboratoire COVID-19 et le registre national des vaccinations COVID-19 (Vaccinnet+).

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 ».

[5] 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 09 mai au 22 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 details 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
05-11	Non détectable	Non détectable	Non détectable
12-17	Non détectable	Non détectable	Non détectable
18-64	24.6 %	6.2 %	Non détectable
65+	5.7 %	Non détectable	Non détectable

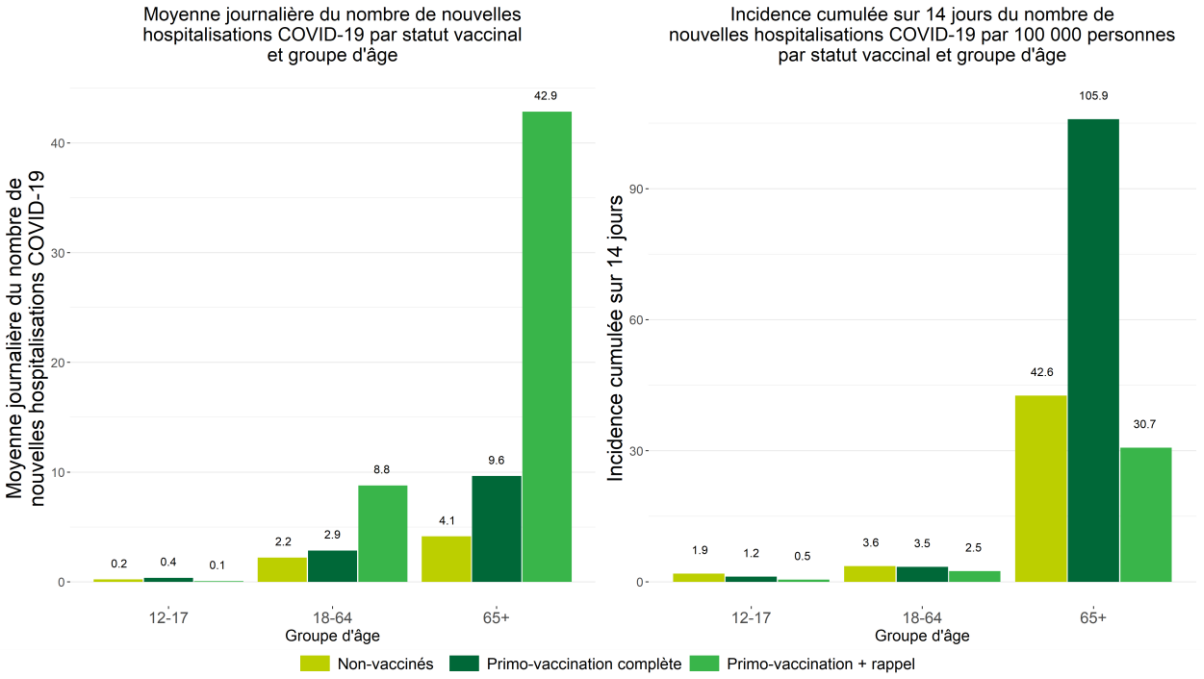
L'administration d'une dose de rappel n'étant pas recommandée chez les personnes âgées de 5 à 11 ans et de 12 à 17 ans, cette information n'est pas rapportée dans le tableau ci-dessus.

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 09 mai au 22 mai 2022.



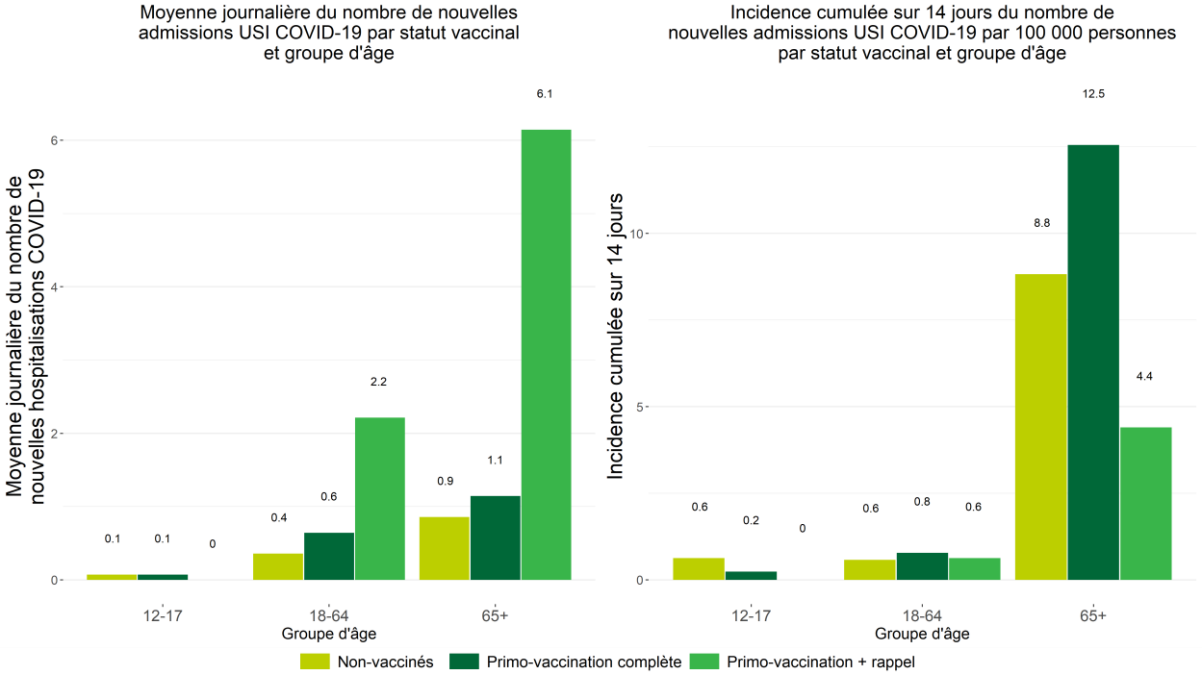
Source : Surveillance de la capacité hospitalière. Le délai entre la vaccination et l'hospitalisation n'étant pas connu dans cette surveillance, le délai de 14 jours à considérer après la vaccination n'est pas pris en compte dans la définition des catégories vaccinales. Les personnes partiellement vaccinées 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	37.1 %	Non détectable	Non détectable
18-64	3.5 %	30.8 %	28.3 %
65+	Non détectable	28 %	71 %

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 09 mai au 22 mai 2022.



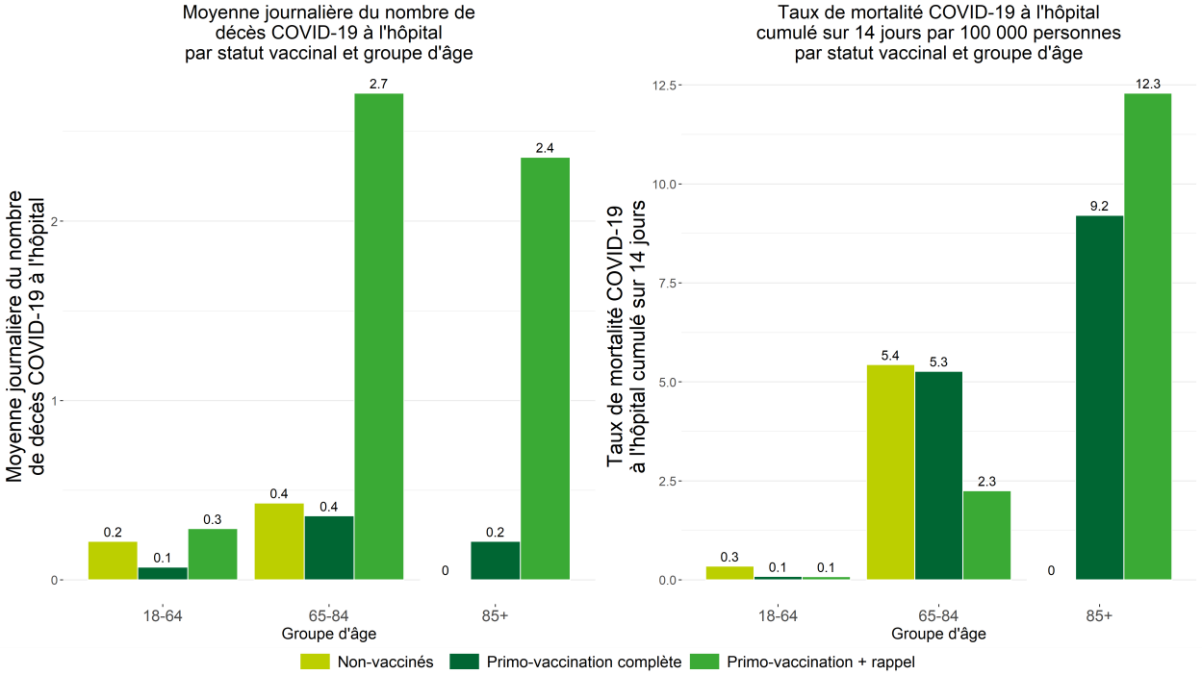
Source : Surveillance de la capacité hospitalière. Le délai entre la vaccination et l'hospitalisation n'étant pas connu dans cette surveillance, le délai de 14 jours à considérer après la vaccination n'est pas pris en compte dans la définition des catégories vaccinales. Les personnes partiellement vaccinées 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
12-17	62.3 %	Non détectable	Non détectable
18-64	Non détectable	Non détectable	19.7 %
65+	Non détectable	50.1 %	65 %

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 09 mai au 22 mai 2022.

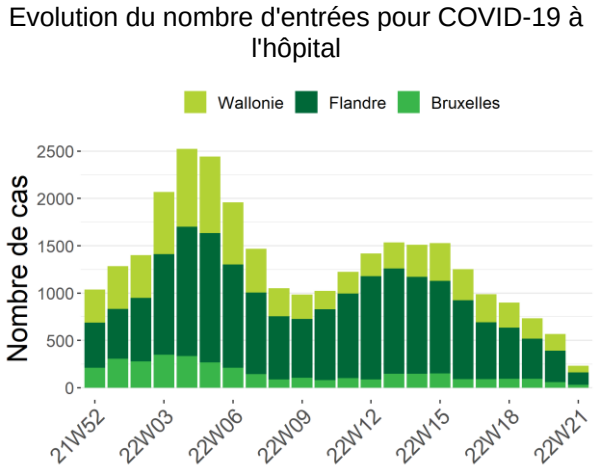


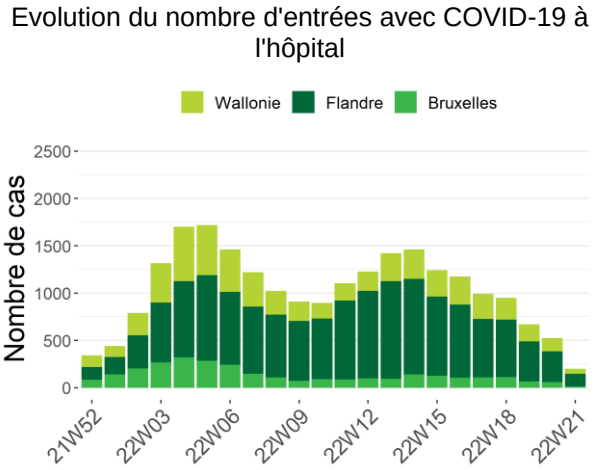
Source : Surveillance de la capacité hospitalière. Le délai entre la vaccination et le décès n'étant pas connu dans cette surveillance, le délai de 14 jours à considérer après la vaccination n'est pas pris en compte dans la définition des catégories vaccinales. Les personnes partiellement vaccinées ou 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 details 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

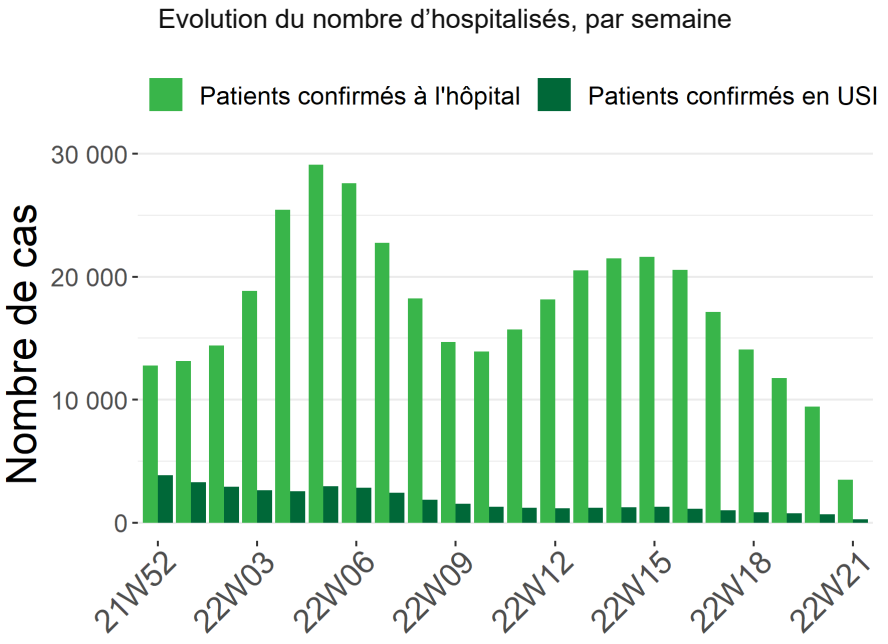
Au cours de la période du 19 mai 2022 au 25 mai 2022, 515 patients ont été hospitalisés en raison de COVID-19 (“hospitalisation pour COVID-19”) et 452 patients ont été hospitalisés pour une autre raison mais ont été testés positifs au COVID-19 dans le cadre d’un screening (“hospitalisation avec COVID-19”). Les figures ci-dessous présentent l’évolution des entrées à l’hôpital pour et avec COVID-19. Sur cette même période, 1 152 personnes ont quitté l’hôpital.





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

Le 25 mai 2022, 1 101 lits d’hôpital dont 86 lits en unité de soins intensifs étaient occupés par des patients COVID-19 confirmés en laboratoire ; 31 patients nécessitaient une assistance respiratoire et 2 une ECMO (Oxygénation par membrane extra-corporelle). Au cours des 7 derniers jours, le nombre total de lits d’hôpital occupés a diminué de 299, dont 18 lits occupés en soins intensifs de moins.



Nombre d’hôpitaux participants : 103 (25 mai 2022)

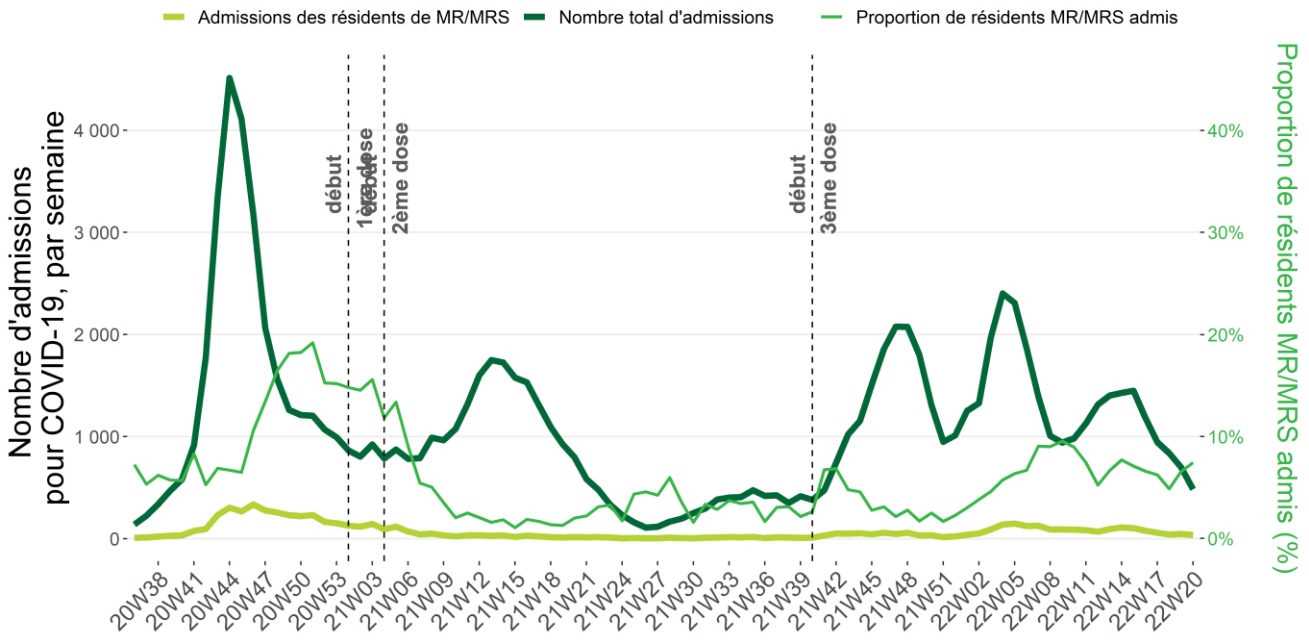
3.5.2. Provenance des patients hospitalisés pour COVID-19

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 patient 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 515 admission rapportés pour la période du 19 mai 2022 au 25 mai 2022, 482 nouvelles admissions ont été rapportées avec une distinction selon la provenance du patient. Pour cette période, 29 (sur les 482) 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

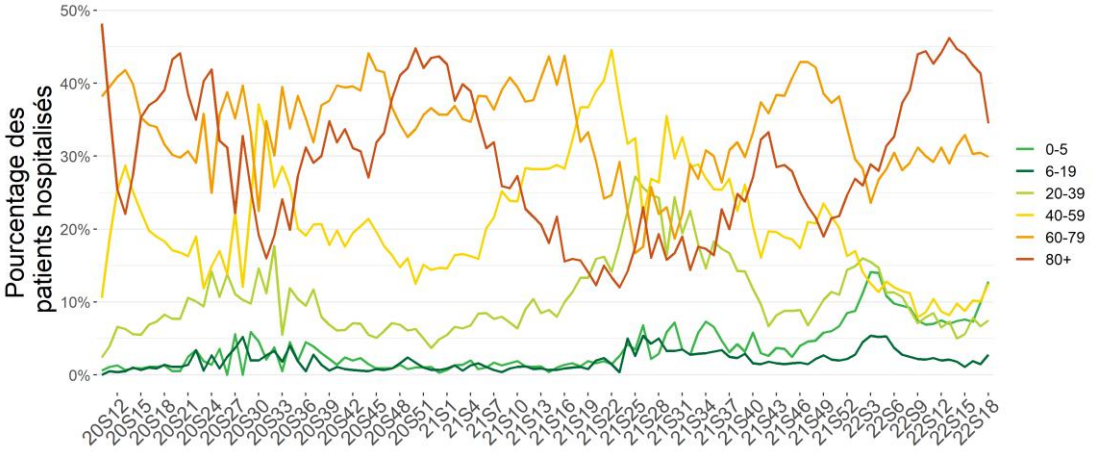
La surveillance clinique des patients COVID-19 hospitalisés permet de suivre l'évolution des caractéristiques des patients admis dans les hôpitaux. Ces données sont représentatives des patients au niveau national. Cependant la surveillance clinique n'est pas exhaustive, et concerne environ 60 % à 70 % 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.

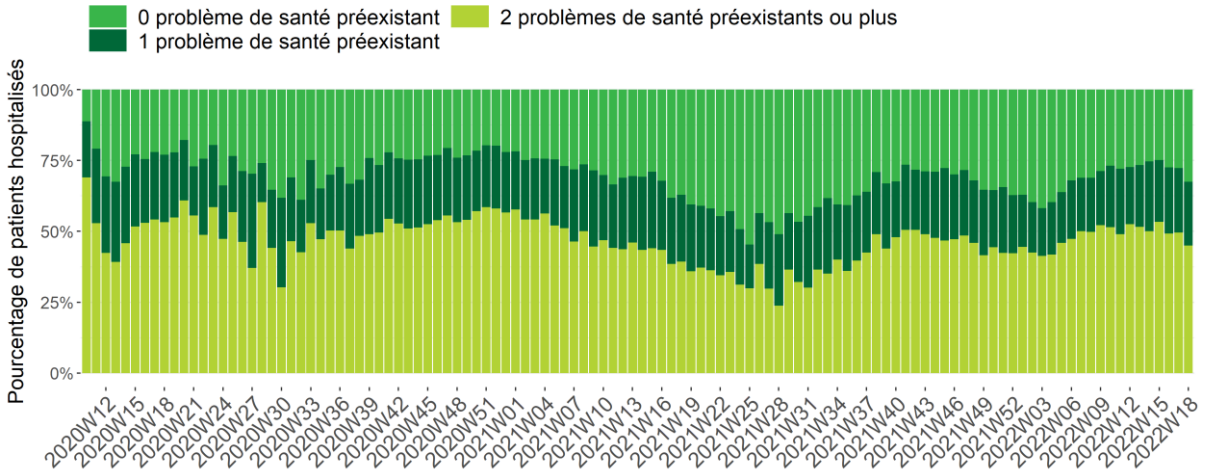
Évolution par semaine de la répartition par âge des patients admis à l'hôpital, jusqu'à la semaine 18 (01/05/22-07/05/22)



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

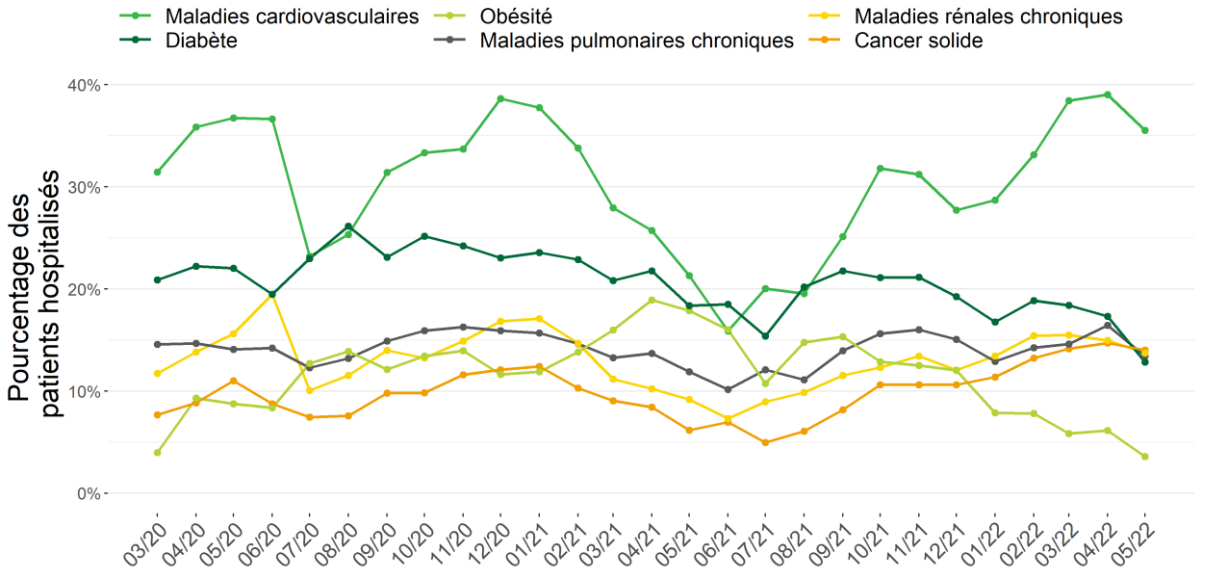
Problèmes de santé préexistants: La figure ci-dessous montre la proportion de patients COVID-19 admis à l'hôpital par semaine qui ne présentent aucun, un ou plusieurs problèmes de santé préexistants.

Evolution par semaine de la proportion de patients présentant ou non des problèmes de santé préexistants, jusqu'à la semaine 18 (01/05/22-07/05/22)



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 10,4% 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 25 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
Belgique	**1992**	**86**	**4%**
Antwerpen	301	9	3%
Brabant wallon	23	0	0%
Hainaut	259	10	4%
Liège	230	11	5%
Limburg	145	5	3%
Luxembourg	43	3	7%
Namur	97	2	2%
Oost-Vlaanderen	265	8	3%
Vlaams-Brabant	139	14	10%
West-Vlaanderen	221	11	5%
Région bruxelloise	269	13	5%

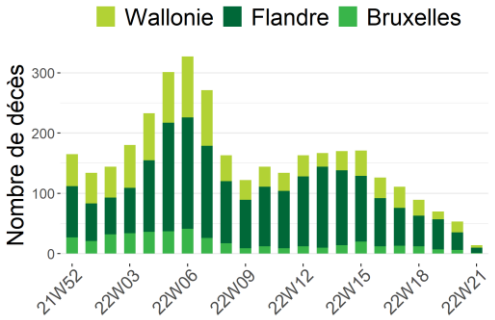
*Nombre total de lits USI accrédités en novembre 2020. Celui-ci comprend à la fois les lits USI mis à disposition des patients COVID-19 et les lits USI disponibles pour les autres patients.

3.6. ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ COVID-19

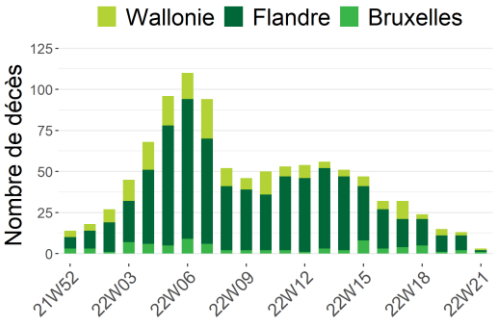
3.6.1. Mortalité par région

Pour la période du 16 mai 2022 au 22 mai 2022, 53 décès ont été rapportés, 62% étaient des hommes et 38% des femmes; 29 en Flandre, 18 en Wallonie et 6 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

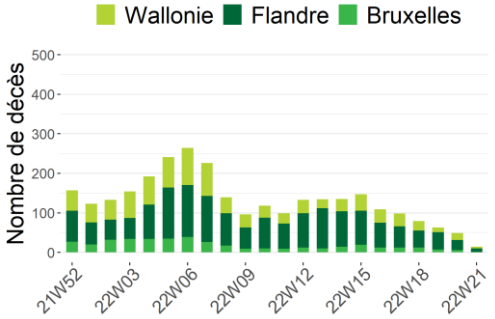


Evolution du nombre de décès COVID-19 parmi les résidents des maisons de repos (tous lieux de décès confondus) par région et par semaine, depuis la semaine 52

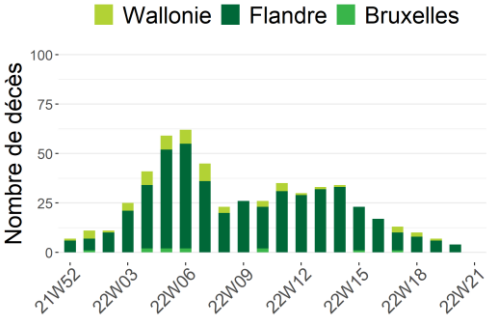


Note : Les données des dernières 72 heures doivent encore être consolidées.

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

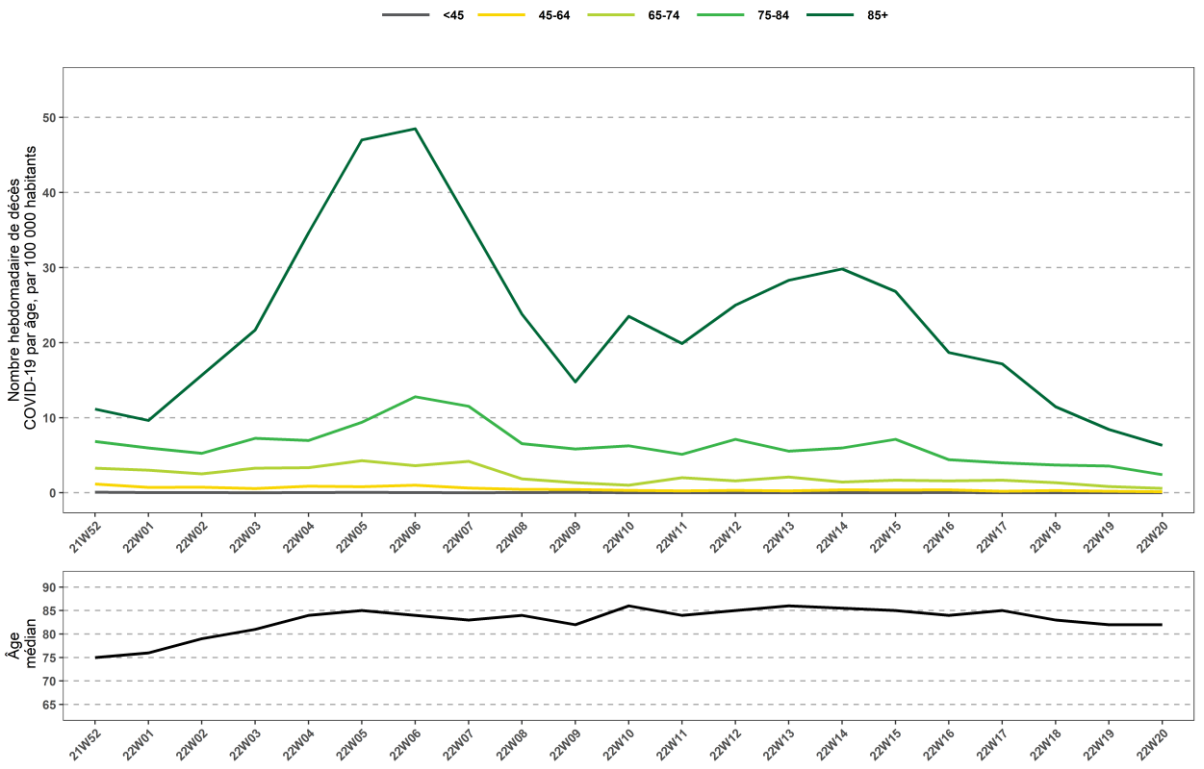


Evolution du nombre de décès COVID-19 en maisons de repos par région et par semaine



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 16 mai 2022 au 22 mai 2022**

Lieu de décès	Flandre		Bruxelles		Wallonie		Belgique	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hôpital	25	86%	6	100%	18	100%	49	92%
Cas confirmés	*24*	*96%*	*6*	*100%*	*18*	*100%*	*48*	*98%*
Cas possibles	*1*	*4%*	*0*	*0%*	*0*	*0%*	*1*	*2%*
Maison de repos	4	14%	0	0%	0	0%	4	8%
Cas confirmés	*3*	*75%*	*0*	*N/A*	*0*	*N/A*	*3*	*75%*
Cas possibles	*1*	*25%*	*0*	*N/A*	*0*	*N/A*	*1*	*25%*
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%
TOTAL	29	100%	6	100%	18	100%	53	100%

Les décès à l'hôpital incluent les résidents de maison de repos et maison de repos et de soin qui décèdent à l'hôpital. Des analyses complémentaires concernant les décès des résidents de maison de repos sont présentés dans le chapitre 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 16 mai 2022 au 22 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 inhabitants
Antwerpen	7	0,37
Brabant wallon	0	0,00
Hainaut	10	0,74
Liège	6	0,54
Limburg	6	0,68
Luxembourg	1	0,35
Namur	2	0,40
Oost-Vlaanderen	2	0,13
Vlaams-Brabant	5	0,43
West-Vlaanderen	10	0,83
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)

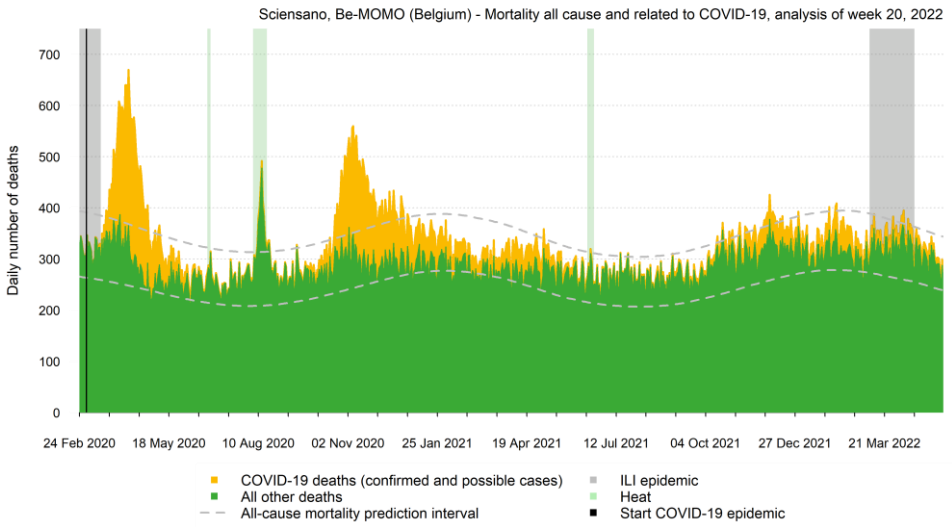
En Belgique, la surveillance de la mortalité (toutes causes confondues), Be-MOMO, est basée sur les données du Registre National. Il y a 2 semaines d'attente nécessaires pour obtenir une exhaustivité de plus de 95 %, les chiffres des dernières semaines sont donc préliminaires. Pour plus d'informations 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 18 (02 mai 2022) n'a pas montré de surmortalité statistiquement significative dans l'ensemble de la population belge. On observe en revanche un jour de mortalité statistiquement significative sur l'ensemble de la population en Flandre. Durant cette semaine, 4% de l'ensemble des décès observés étaient associés à la COVID-19 (4% en Flandre, 4% en Wallonie et 4% à Bruxelles).

Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 14/05/22 (sur base des données collectées jusqu'au 20/05/22), Belgique

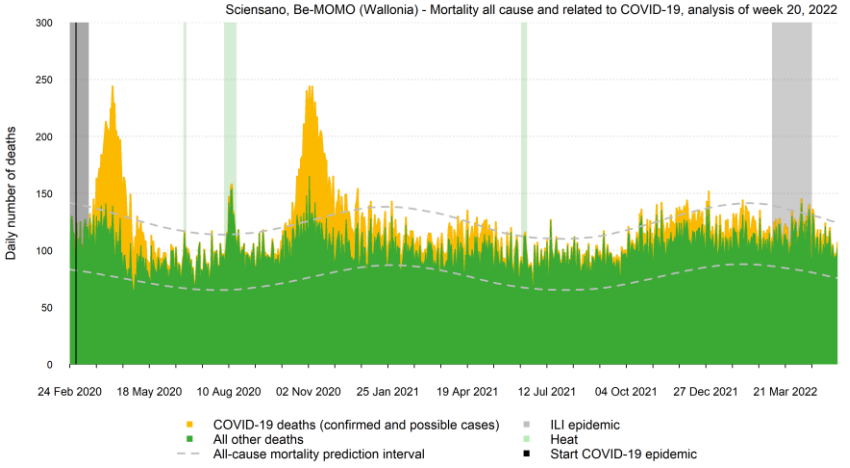


Comment lire ce graphique ? Quand le nombre de décès par jour dépasse les limites supérieures ou inférieures des décès prévus par la modélisation (lignes pointillées grises), il y a une surmortalité ou une sous-mortalité statistiquement significative. La zone orange représente le nombre de décès lié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

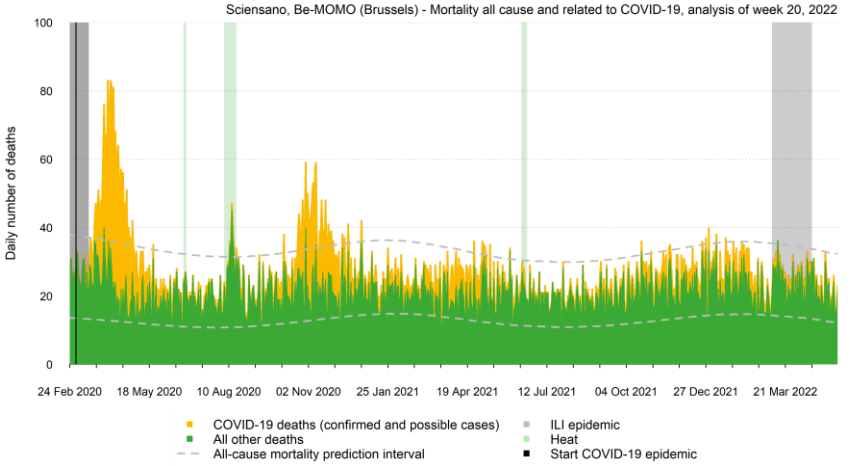
Nombre de décès toutes causes confondues par semaine (Belgique)

Semaine	Date du lundi	Nombre de décès observés	Nombre de décès attendus (Be-MOMO)	Nombre de décès supplé-mentaires	Nombre de jours avec surmort-alité	Excès de mortalité (%)	Taux brut de mortalité (100 000 habitants)
2022-W15	11/4/2022	2 421	2 168	253	2	11,7	20,9
2022-W16	18/04/2022	2 321	2 140	181	0	8,5	20,1
2022-W17	25/04/2022	2 173	2 107	66	0	3,1	18,8
2022-W18	2/5/2022	2 223	2 072	151	0	7,3	19,2

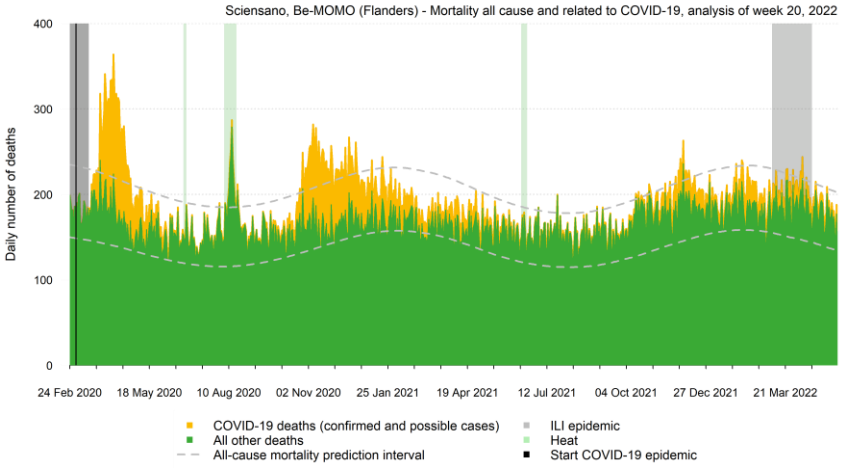
Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 14/05/22 (sur base des données collectées jusqu'au 20/05/22), Wallonie



Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 14/05/22 (sur base des données collectées jusqu'au 20/05/22), Bruxelles



Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 14/05/22 (sur base des données collectées jusqu'au 20/05/22), Flandre



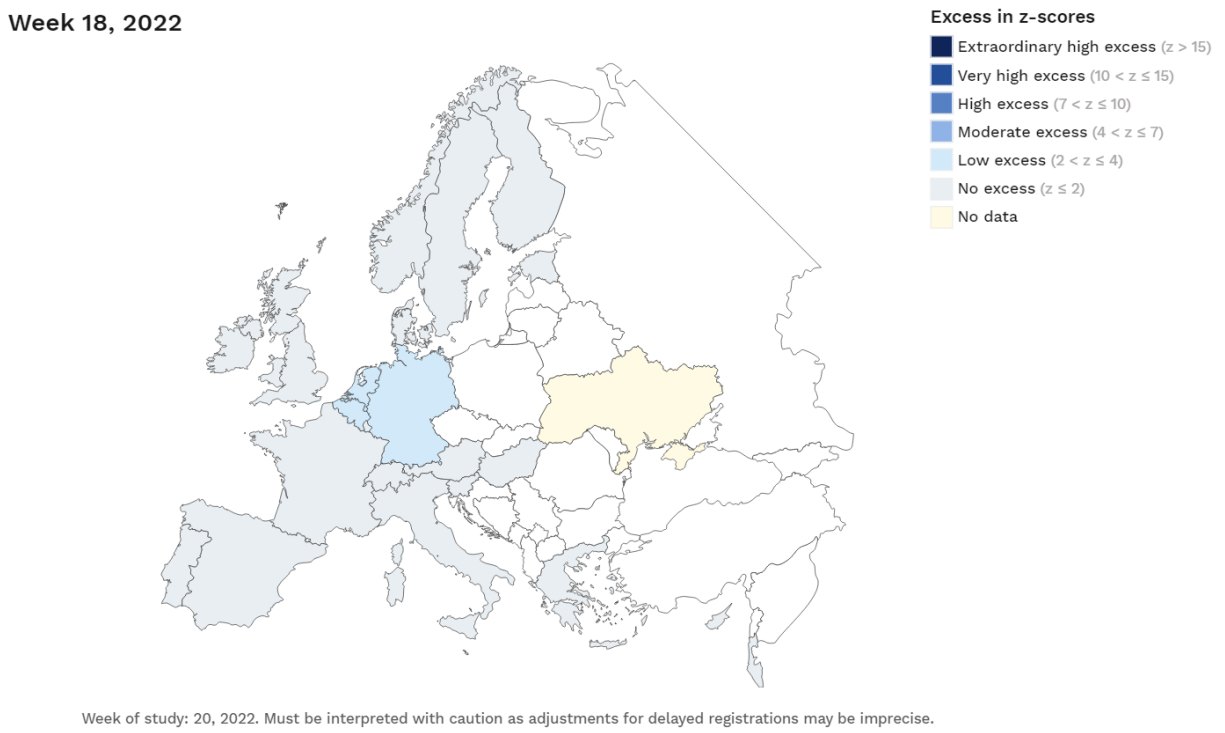
La surmortalité durant l'épidémie de COVID-19

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 18 (du 01/05/22 au 07/05/22)

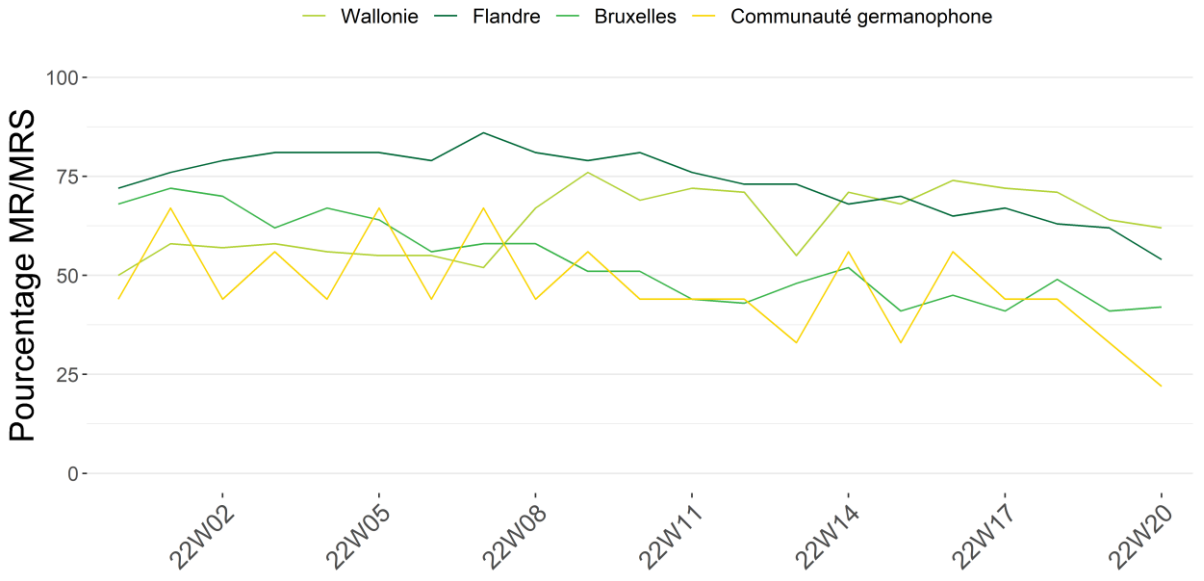


3.8. SURVEILLANCE EN MAISON DE REPOS ET DE SOINS

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 17/05/22 au 23/05/22 (inclus), est de 54 % en Flandre, 62 % en Wallonie, 42 % à Bruxelles et 22 % en Communauté germanophone.

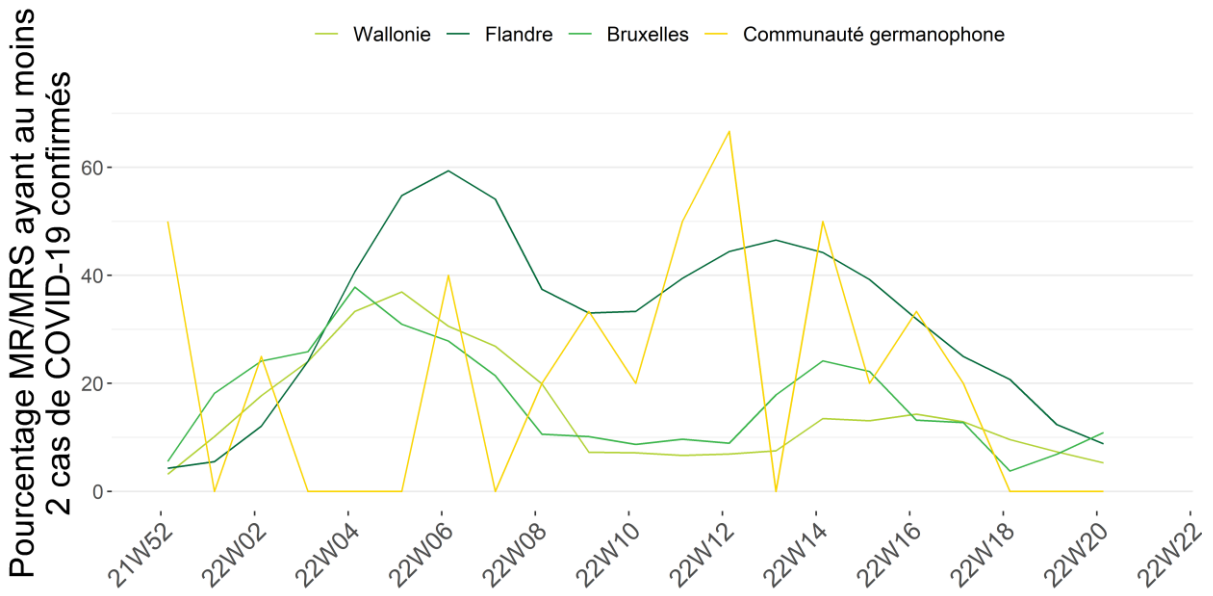
Pourcentage de MR/MRS ayant envoyé leurs données au moins une fois au cours de la semaine concernée (du mercredi au mardi), depuis la semaine 52*



*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.

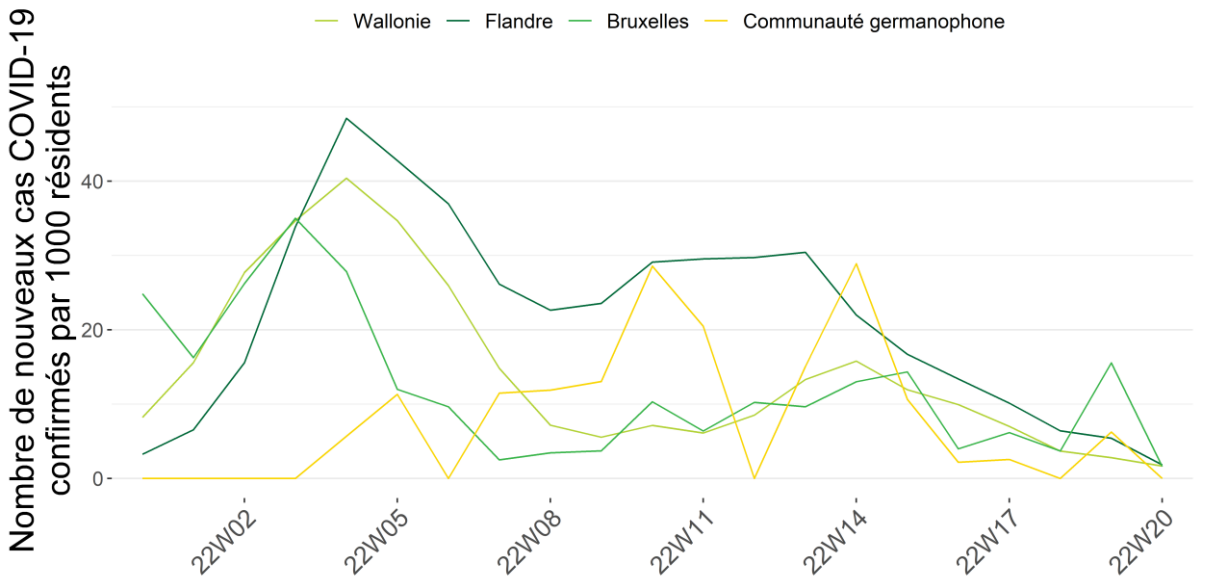
Pourcentage de MR/MRS ayant rapporté au moins 2 cas COVID-19 confirmés (le mardi), depuis la semaine 52*



*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.

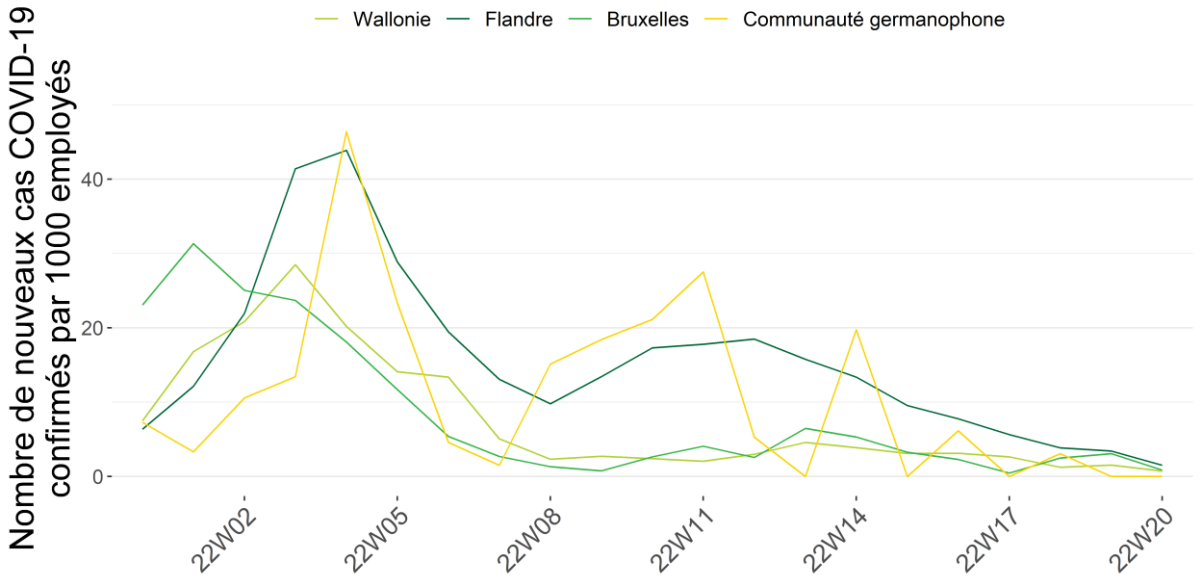
Incidence par semaine des cas COVID-19 confirmés en MR/MRS belges pour 1 000 résidents, par région/communauté, depuis la semaine 52.*



*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.

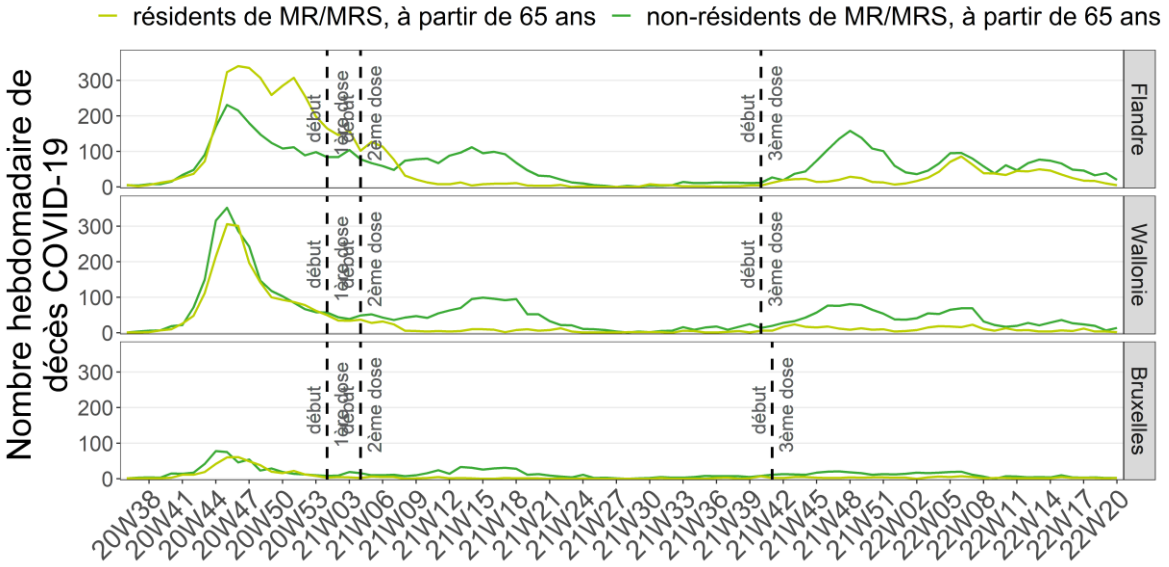
Incidence par semaine des cas COVID-19 confirmés parmi le personnel des MR/MRS belges pour 1 000 employés, par région/communauté, depuis la semaine 52*.



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

Entre 16 mai 2022 et 22 mai 2022, 13 résidents de MR/MRS sont décédés du COVID-19, dont 4 en MR/MRS (4 en Flandre, 0 à Bruxelles, 0 en Wallonie), 9 à l'hôpital (5 en Flandre, 2 à Bruxelles, 2 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 25%.

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 lieux de décès et par région pour la période du 27/12/21 au 21/05/22

Lieu de décès	Wallonia		Flandres		Bruxelles		Belgique	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hôpital	130	69	258	35	65	86	453	46
Maisons de repos	59	31	472	65	11	14	542	54
TOTAL	189	100	730	100	76	100	995	100

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

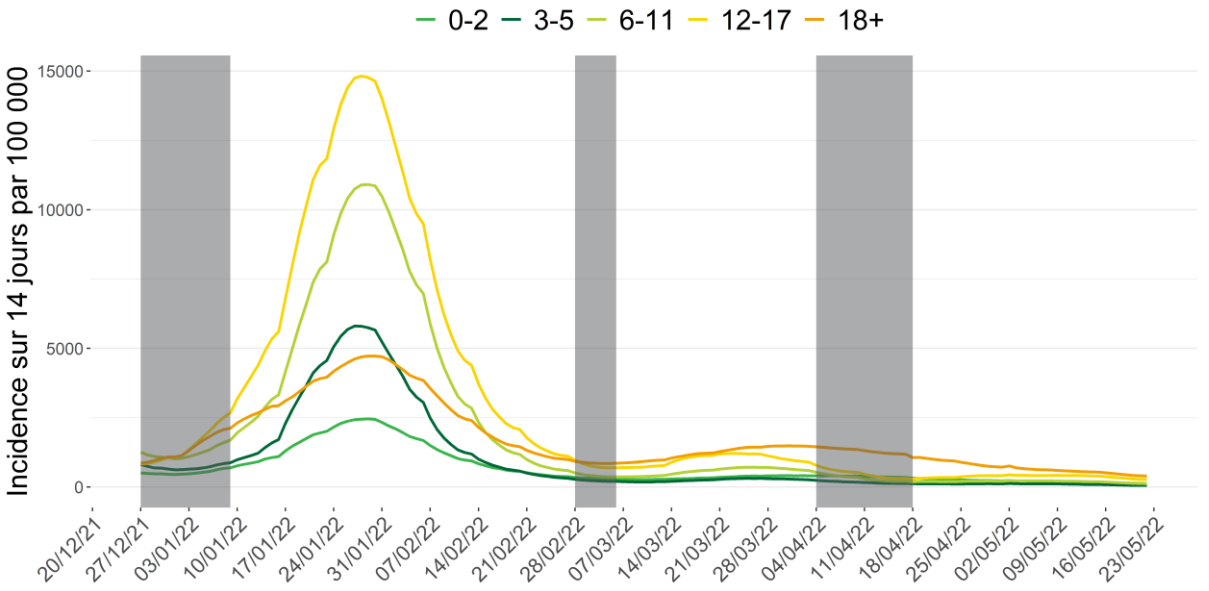
La situation épidémiologique des enfants entre 3 et 17 ans et la situation dans les écoles est suivie de près depuis le début de l'épidémie.

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.

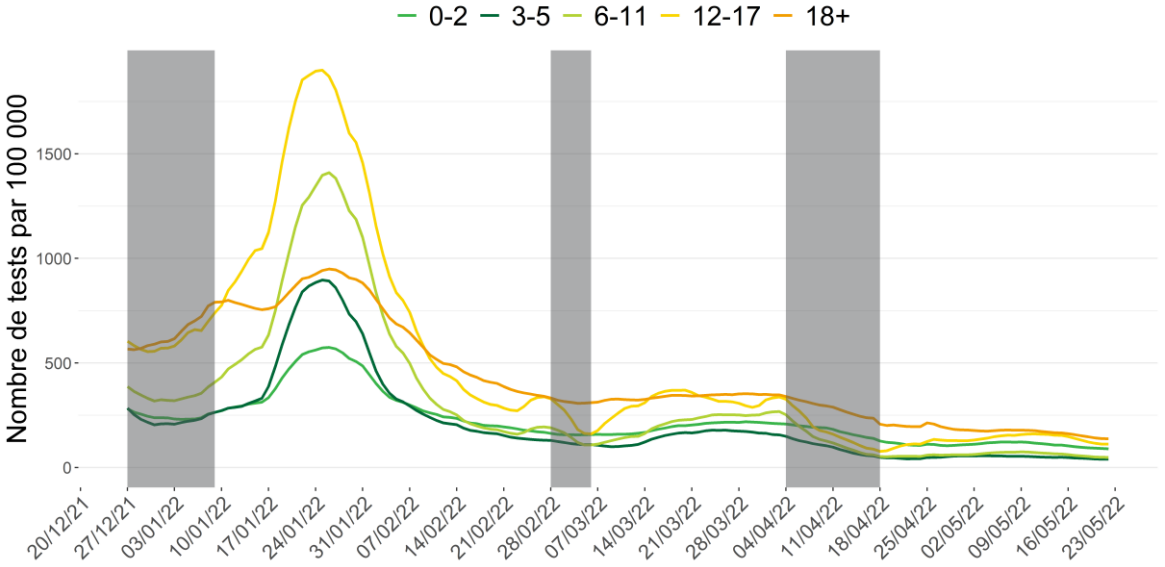
L'évolution du nombre de cas confirmés est calculée à partir des résultats de tests rapportés par les laboratoires. Le nombre de tests effectués (positifs et négatifs) permet d'interpréter l'évolution de l'incidence par tranche d'âge dans le contexte des changements de stratégie de testing. Les groupes 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 21/05/22 (semaine 20), 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 21/05/22 (semaine 20), 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 15/05/22 - 21/05/22

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 15 mai 2022 au 21 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.

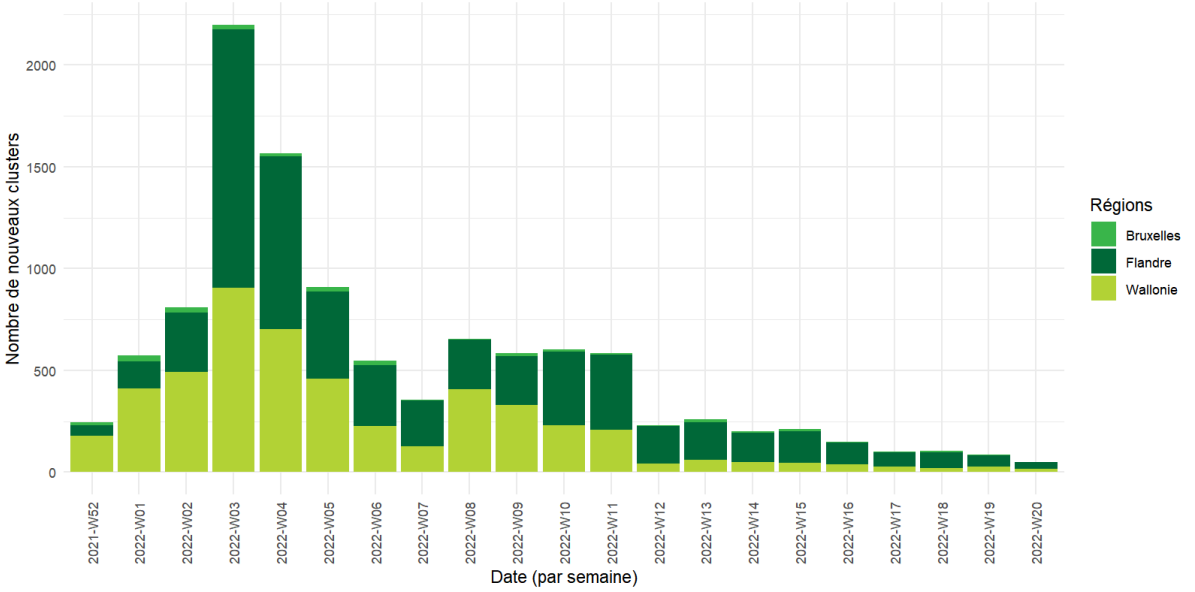
Un **nouveau cluster** est un cluster nouvellement confirmé au cours de la semaine de rapportage. Ce rapportage se fait sur base de différentes sources des données et dépend de différents facteurs qui peuvent varier selon les régions.

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[6] 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.

[6] Note : Les clusters dans la communauté germanophone ne sont plus suivi.

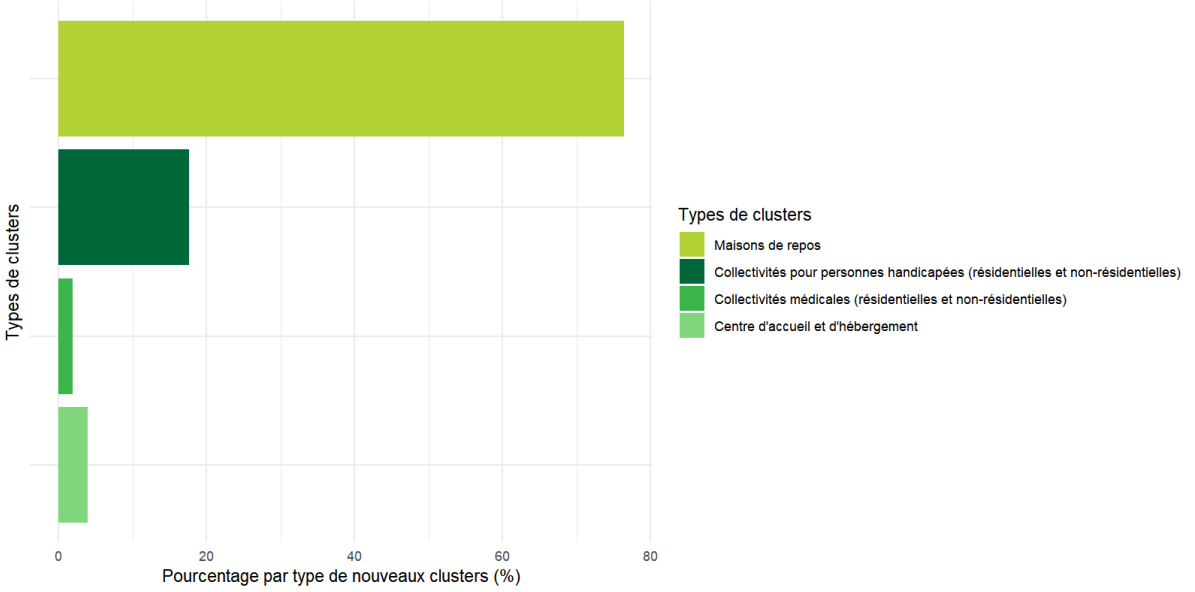
Nombre de nouveaux clusters rapportés par les régions au cours des semaines 52 (2021) à 20 (2022)



Au cours de la période du 15/05/22 au 21/05/22 2021, 51 nouveaux clusters (pour lesquels 116 cas ont été identifiés) ont été rapportés.

Les nouveaux clusters signalés pour la semaine 20 se trouvent principalement dans les maisons de repos (76,5%), les résidences pour personnes handicapées (17,6%), les centres d'accueil et d'hébergement de type social (y compris le milieu carcéral) (3,9%) 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%).

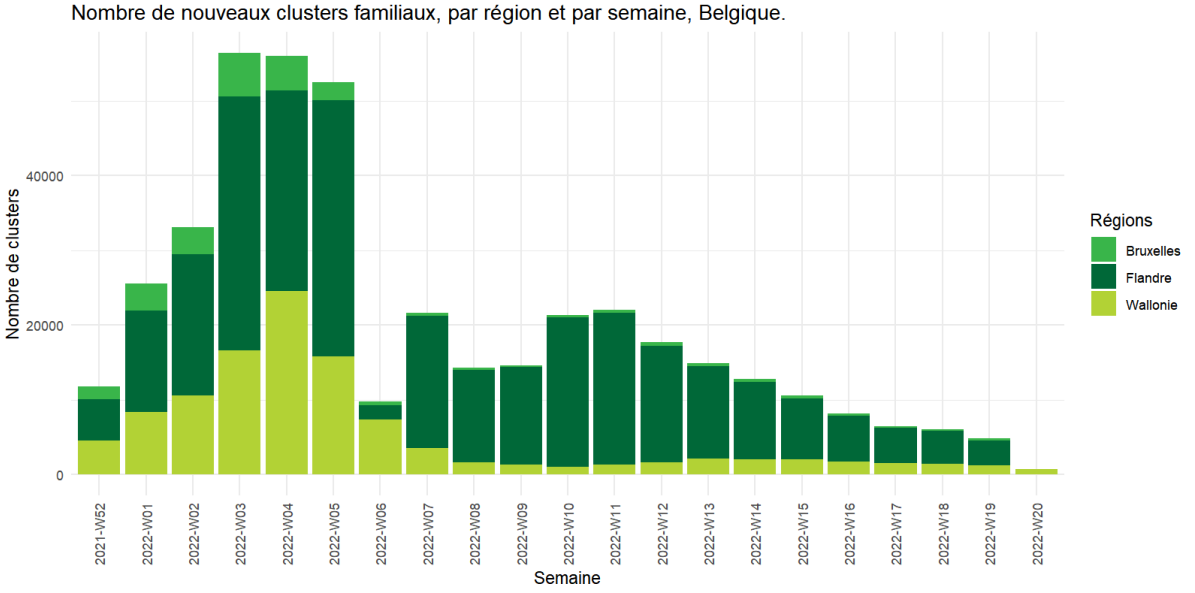
Répartition des nouveaux clusters rapportés par les régions par type de cluster, Belgique, semaine 20 (15/05/22 au 21/05/22)



3.10.2. Clusters familiaux pour la semaine du 15/05/22 au 21/05/22

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 20 (2022)



3.11. SURVEILLANCE PAR DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

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

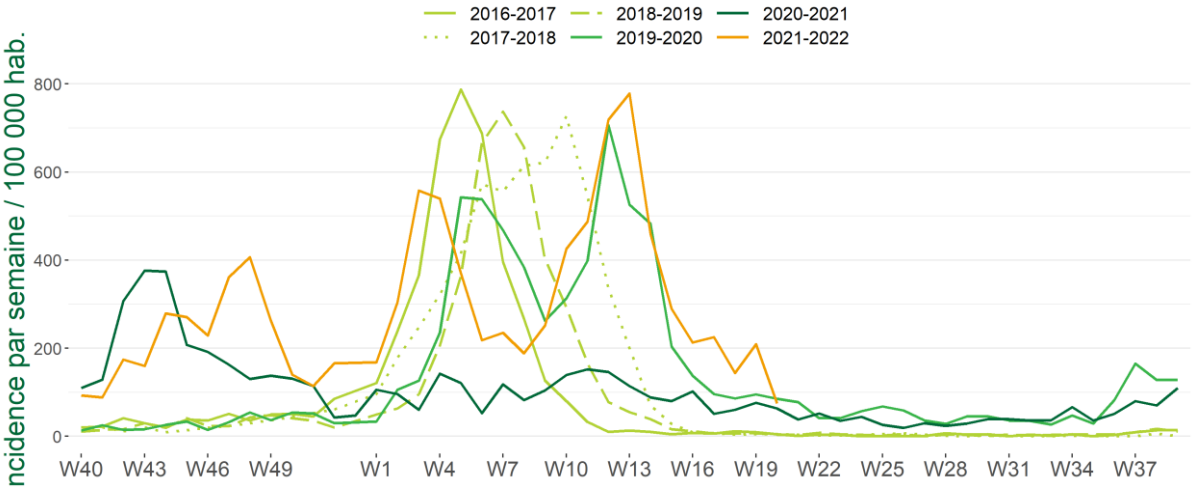
Le réseau sentinelle des médecins généralistes enregistre en continu les consultations en médecine générale pour les syndromes grippaux et les infections aiguës des voies respiratoires. Etant donné que ces symptômes peuvent être causés par des pathogènes différents du virus de la grippe, des échantillons 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 16 mai 2022 au 22 mai 2022, l'incidence des consultations auprès d'un généraliste pour des symptômes grippaux a diminué à 75 consultations pour 100000 habitants par semaine.

Symptômes de la grippe: Incidence des consultations chez le généraliste

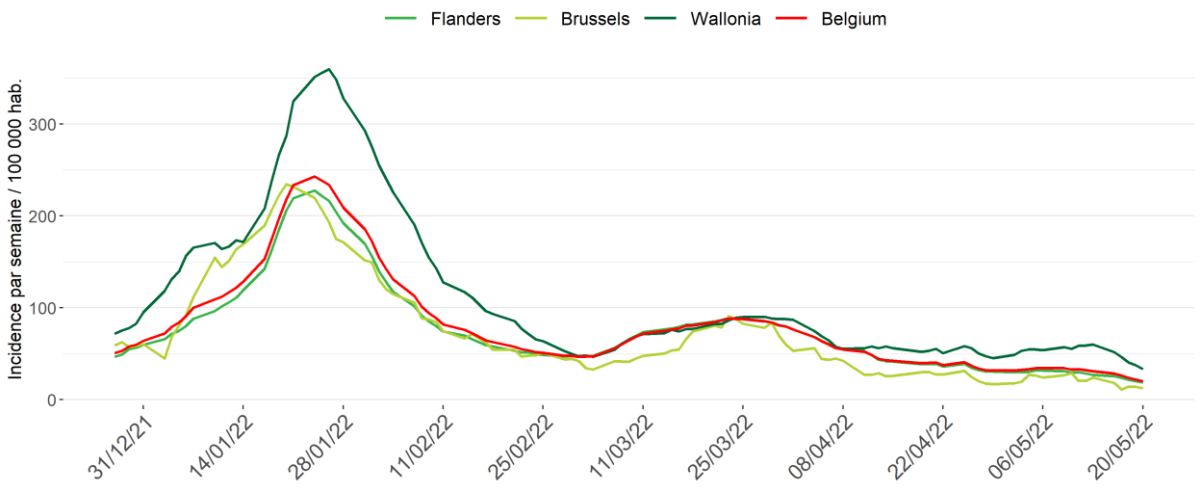


3.11.2. Enregistrement des patients avec suspicion de COVID-19 dans le baromètre des médecins généralistes

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 encore diminué en semaine 20 par rapport à la semaine dernière, avec une moyenne nationale de 20 contacts pour 100 000 habitants par jour, comparé à 31/100 000 la semaine dernière. 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



*Each point is a 5-day average (excluding weekends & holidays)

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 24 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.

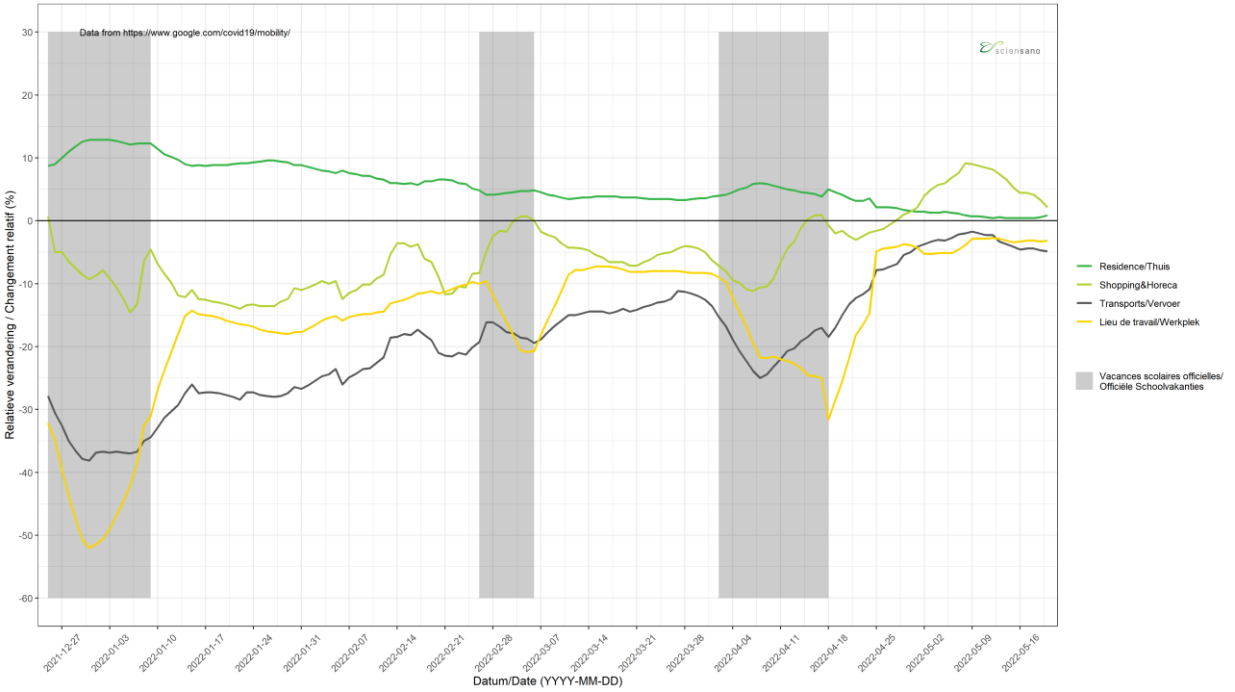
Les données sur la mobilité de la communauté donnent un aperçu de la mobilité dans une région ou un pays. Il s'agit de bases de données agrégées et anonymisées provenant des nombreux utilisateurs qui partagent leur localisation avec Google. Celles-ci n'incluent donc pas les données pour l'ensemble de 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[7] 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)



[7] 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 25 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[8], pour tout type de voyages et tout type de transport.

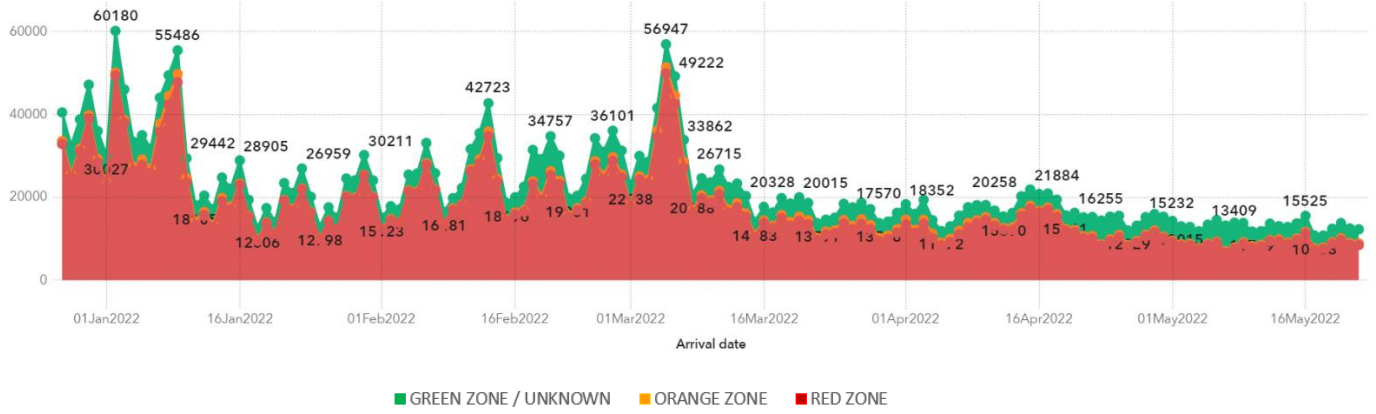
Depuis début février 2022, les pays/régions sont classés selon un indicateur basé sur l'incidence de nouveaux cas sur 14 jours du pays, pondéré par la couverture vaccinale du pays. Ceci permet de classer les pays en différentes zones (zone rouge foncée, zone rouge, zone orange, zone verte, zone grise 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 passenger locator forms à partir du 27 décembre 2021

Du 27 décembre 2021 au 22 mai 2022, un total de 3 275 901 PLF ont été collectés. Parmi ces PLF, 77,3 % 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 - 21/05/22)



[8] 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 (15/05/22-21/05/22)

Le nombre d'individus provenant d'une zone à risque rouge et le taux de positivité pour la semaine du 15 mai 2022 au 21 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	Test 1
BELGIQUE	88 071	61 636		1 104	374	2,9%
Flandres	34 350	30 189	34,3%	401	157	3,2%
Wallonie	12 596	10 075	11,4%	245	93	2,2%
Région bruxelloise	22 594	20 544	23,3%	454	124	3,2%
Données sur la province manquantes	*18 531*	*828*	*0,9%*	*4*	*0*	*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 (15/05/22-21/05/22)

Le tableau ci-dessous présente les quinze pays desquels les voyageurs, arrivent majoritairement en Belgique, entre le 15 mai 2022 et le 21 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
Royaume-Uni	17 012	19,3%	20	ND**
Turquie	7 397	8,4%	159	2,5%
Etats-Unis	6 439	7,3%	2	ND**
Maroc	5 125	5,8%	30	ND**
Espagne	2 988	3,4%	24	ND**
Italie	2 044	2,3%	5	ND**
Egypt	1 366	1,6%	22	ND**
France	1 299	1,5%	0	ND**
Portugal	1 274	1,4%	6	ND**
Israel	1 229	1,4%	5	ND**
Canada	1 127	1,3%	0	ND**
Tunisia	822	0,9%	5	ND**
India	691	0,8%	0	ND**
Thailand	666	0,8%	2	ND**
Roumanie	638	0,7%	3	ND**

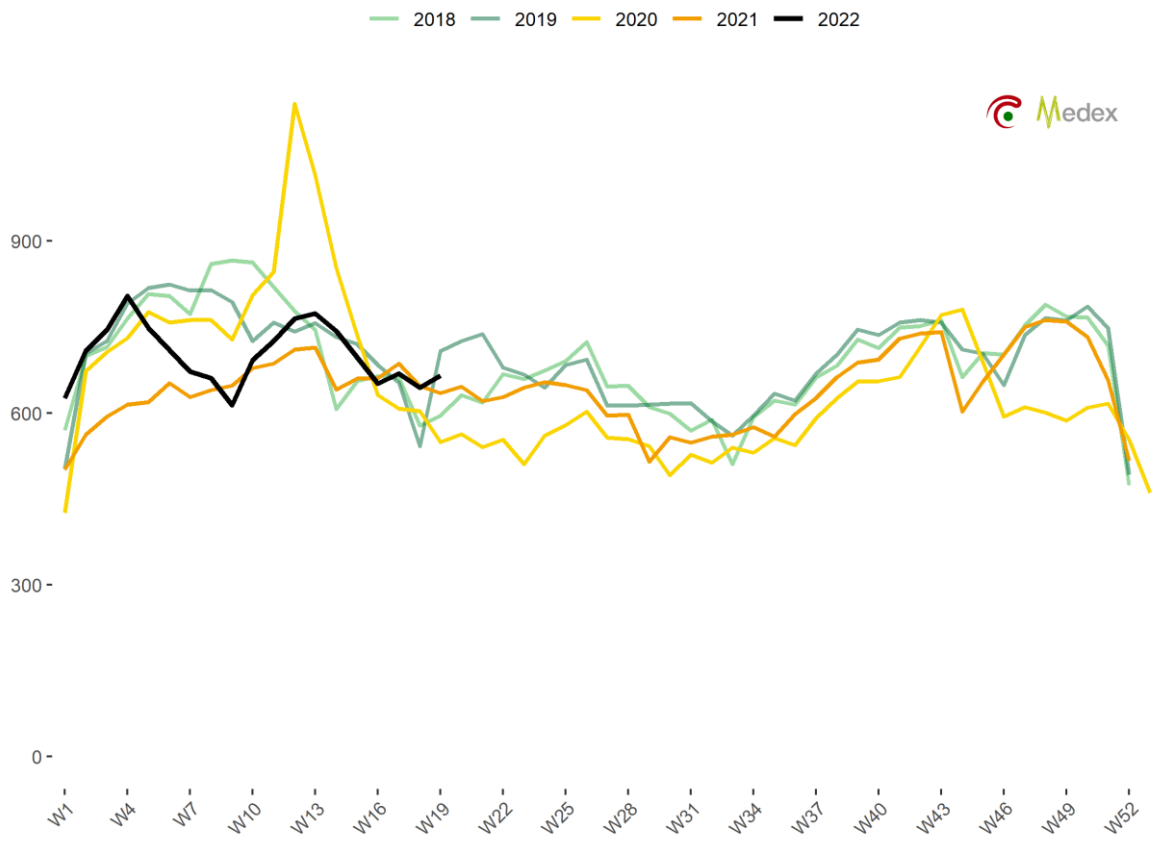
*Taux de positivité au niveau national, d'importantes variations peuvent cependant être observées au niveau régional. **ND: Not determined – Le nombre de tests effectué est trop faible pour que les estimations soient fiables

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.

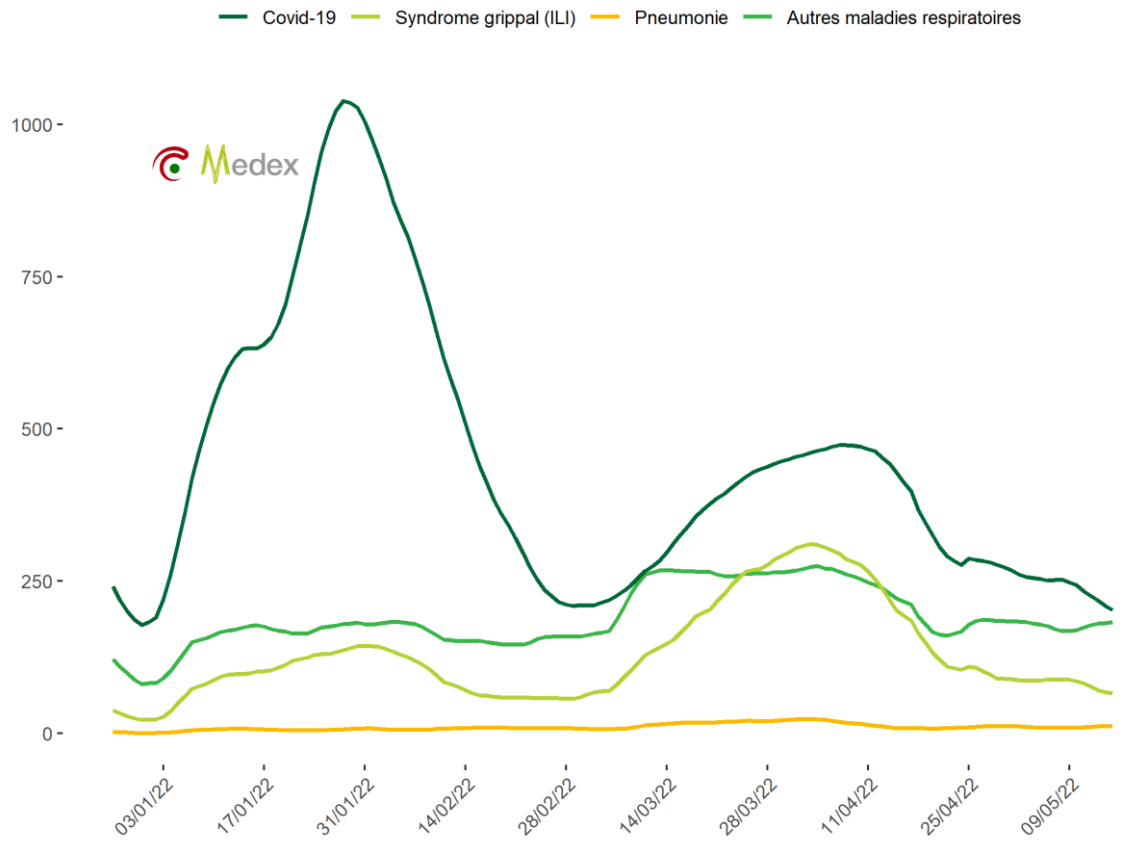
Nombre d'absences pour maladie par 10 000 fonctionnaires (MEDEX)



Les dénominateurs par an sont basés sur le nombre de fonctionnaires enregistrés auprès de Medex au 1er janvier de l'année concernée. Source: MEDEX

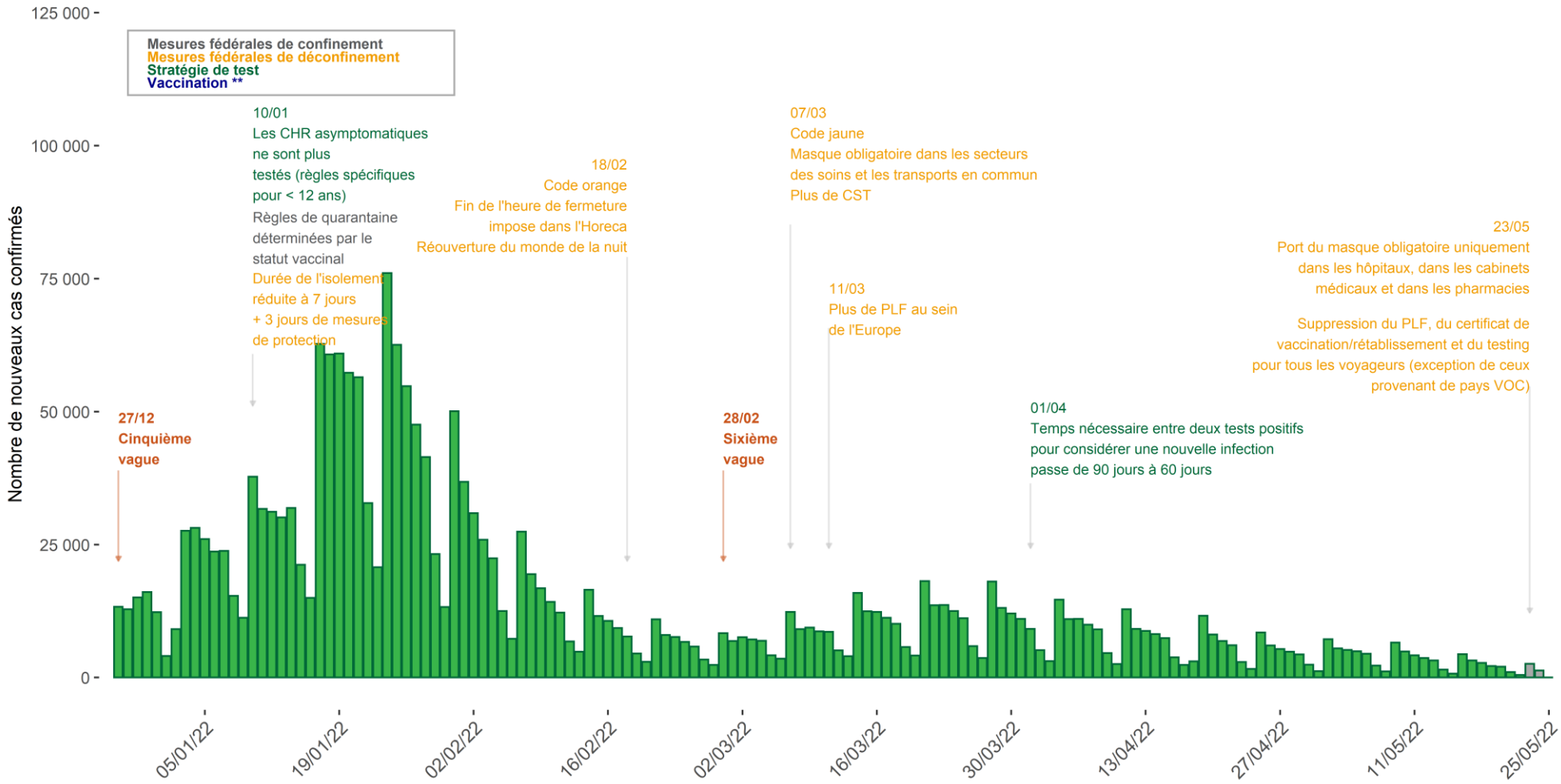
Le diagnostic apposé par le médecin est disponible sur le certificat MEDEX d'incapacité de travail. Ces données sont regroupées sur base des codes ICD 9 (Nomenclature OMS) et de texte libre. La figure ci-dessous indique le nombre de fonctionnaires atteint de maladie respiratoire, par diagnostic mentionné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

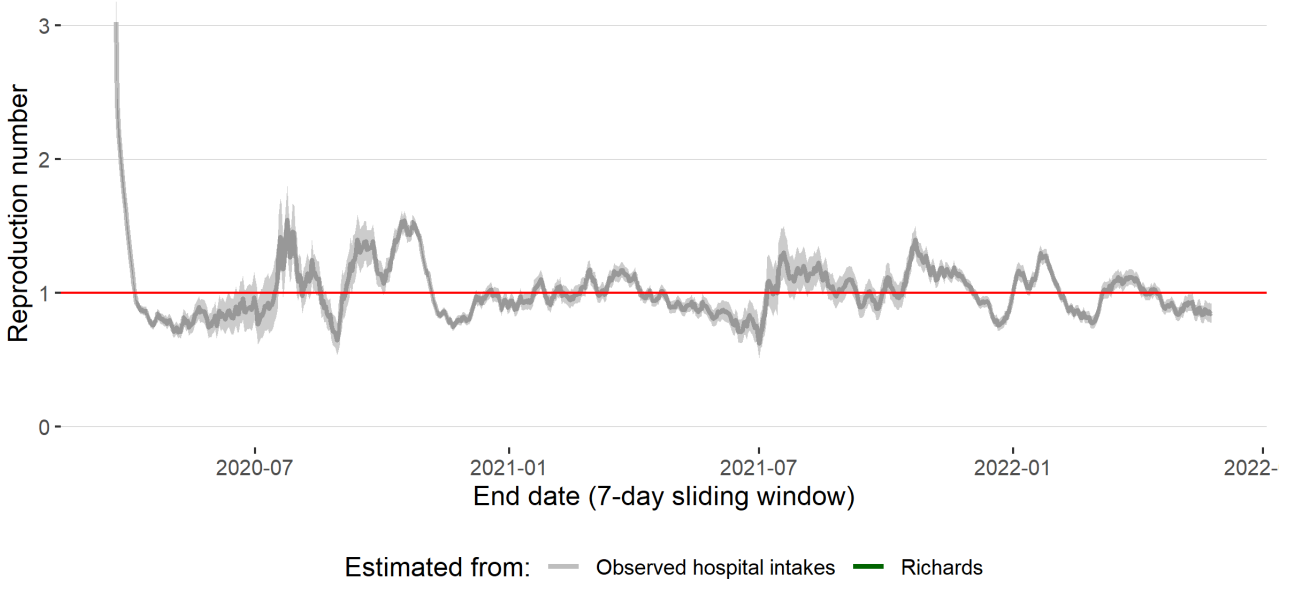
4. Modélisation

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 %
Rt (19/05/22 au 25/05/22)	0,847	0,776-0,922

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)
Belgique	**0,790**	**0,778**	**0,803**
Antwerpen	**0,785**	0,755	0,816
Brabant wallon	**0,844**	0,786	0,904
Hainaut	**0,787**	0,752	0,823
Liège*	**0,776**	0,733	0,819
Limburg	**0,781**	0,733	0,830
Luxembourg	**0,780**	0,694	0,871
Namur	**0,793**	0,737	0,850
Oost-Vlaanderen	**0,781**	0,750	0,813
Vlaams-Brabant	**0,766**	0,731	0,801
West-Vlaanderen	**0,811**	0,773	0,851
Région bruxelloise	**0,807**	0,768	0,847
Deutschsprachige Gemeinschaft	**0,775**	0,648	0,914

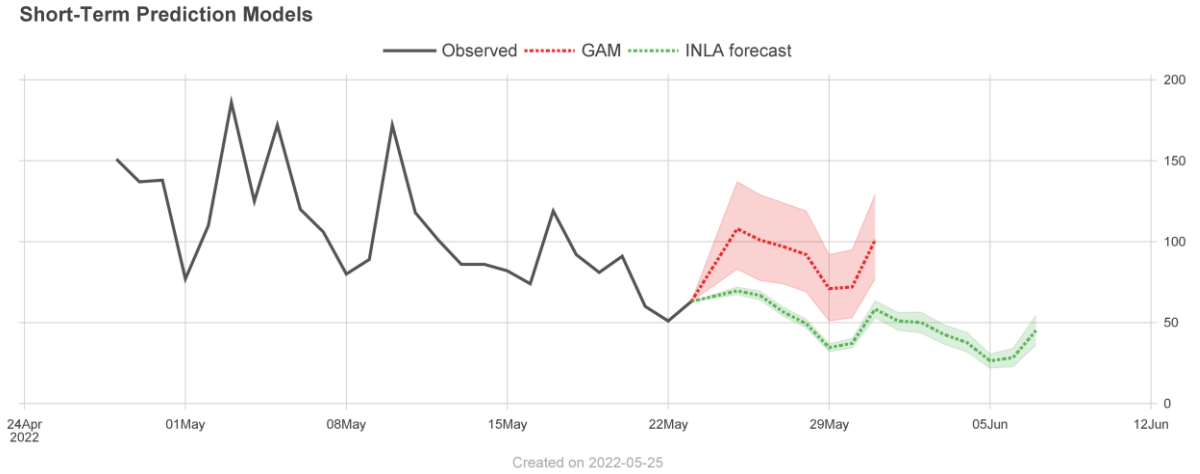
*Les estimations pour la province de Liège incluent les valeurs de la Communauté germanophone

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 complémentent 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.

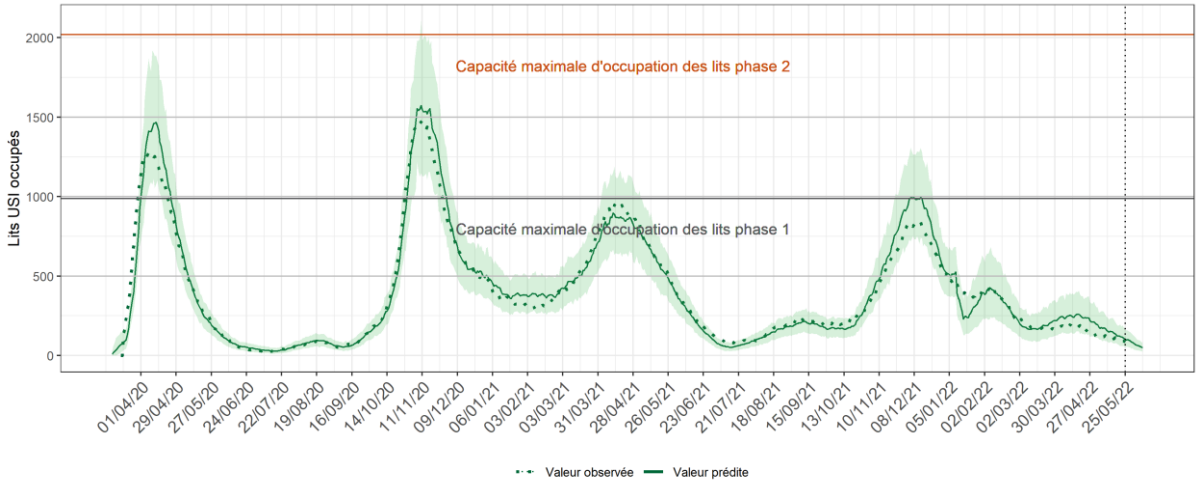
4.3. MODÈLE DE PRÉDICTION DU TAUX D'OCCUPATION DES LITS EN SOINS INTENSIFS

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).

Occupation des lits aux soins intensifs au cours du temps



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.

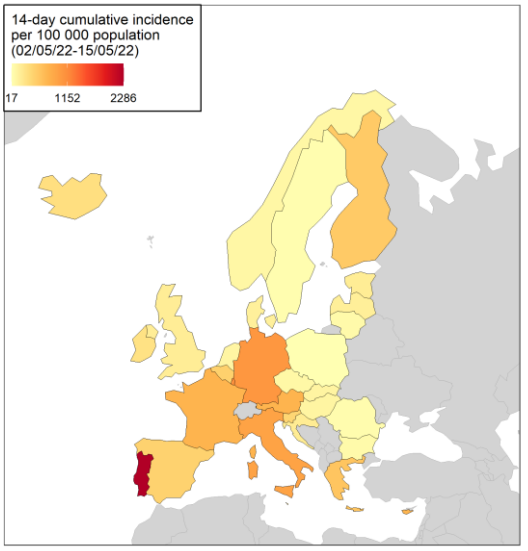
Date	Valeur observée	Valeur prédite	2,5% IC	97,5% IC
2022-05-24	91	108	60	175
2022-05-25	86	103	54	162
2022-05-26		98	54	157
2022-05-27		100	56	157
2022-05-28		97	50	152
2022-06-01		75	38	124

5. Situation épidémiologique en Europe

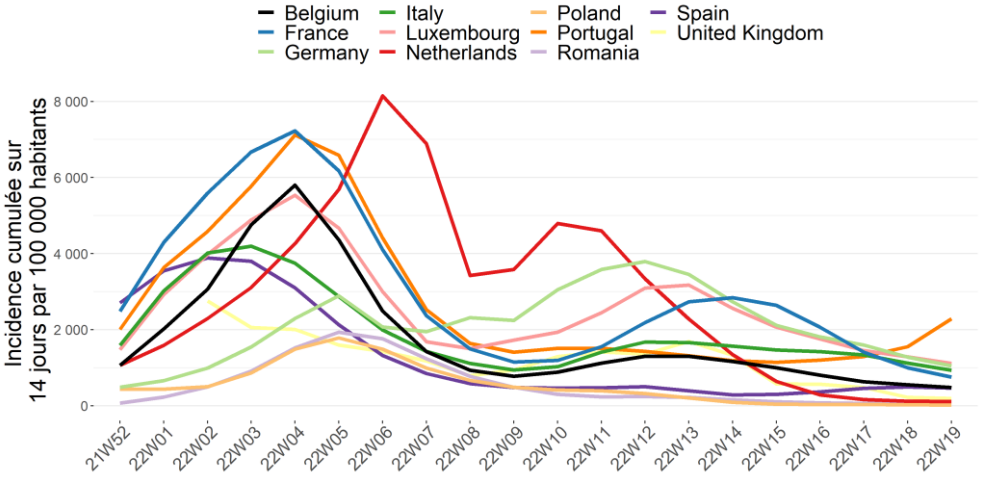
Note: Les données européennes de cette semaine n'avaient pas été mises à jour au moment de la rédaction de ce rapport

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 (02/05/22 - 15/05/22)



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 (02/05/22-15/05/22)	Incidence/100 000 for the last 2 weeks (02/05/22-15/05/22)
Portugal	4 114 140	235 401	2 286
Luxembourg	268 721	7 064	1 113
Germany	24 535 087	871 492	1 048
Italy	17 057 873	553 082	934
France	29 245 171	510 554	755
Austria	4 239 410	67 279	753
Cyprus	673 087	6 571	733
Greece	3 395 196	63 186	592
Finland	1 069 789	30 025	543
Belgium	4 120 487	55 113	477
Spain	12 204 270	219 167	462
Slovenia	1 019 834	8 921	423
Liechtenstein	16 448	148	379
Iceland	187 796	1 229	333
Malta	93 602	1 642	318
Ireland	1 589 128	15 472	309
Croatia	1 131 443	8 468	210
Estonia	560 059	2 662	200
United Kingdom	22 203 799	129 941	191
Latvia	823 559	3 339	176
Denmark	2 812 025	9 617	165
Slovakia	2 288 063	6 907	127
Hungary	1 914 778	11 497	118
Netherlands	8 069 444	19 428	111
Norway	2 953 423	5 228	97
Czechia	3 912 478	9 757	91
Lithuania	1 398 670	1 951	70
Bulgaria	1 161 504	4 775	69
Romania	2 833 786	8 128	42
Sweden	2 505 239	3 610	35
Poland	6 011 697	6 599	17

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	25/4-1/5	2/5-8/5	9/5-15/5	16/5-22/5
Indicateurs d'intensité				
Moyenne journalière de nouveaux cas [(a)]	4 665	4 392	3 538	2 299
Temps de doublement [(b)]	23	81	22	11
Taux de reproduction [(c)]	0,859	0,971	0,873	0,790
Nombre de tests effectués pour 100 000 hab.	1 162	1 185	1 101	908
Taux de positivité [(a)]	26,8%	24,4%	21,3%	17,1%
Incidence sur 14 jours des cas confirmés pour 100 000 hab. [(d)]	632	550	482	355
Indicateurs de sévérité				
Moyenne journalière de nouvelles admissions à l'hôpital de patients COVID-19 [(a)]	141	128	105	81
Incidence sur 7 jours des hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 hab. [(d)]	8,58	7,80	6,37	4,93
Nombre de lits d'hôpital occupés par des patients COVID-19 [(e)]	2 189	1 859	1 526	1 211
Nombre de patients COVID-19 en USI [(e)]	130	119	102	93
Taux d'occupation de lits USI accrédités par des patients COVID-19 [(f)]	7%	6%	5%	5%
Moyenne journalière de décès COVID-19	16	13	10	8
Moyenne journalière de décès COVID-19 des résidents de maison de repos [(a)]	5	3	2	2
Indicateur de vaccination				
Couverture vaccinale (primo-vaccination complète, population totale)	79,3%	79,3%	79,4%	79,4%
Couverture vaccinale (dose de rappel, 18 – 64 ans)	71,1%	71,1%	71,2%	71,2%
Couverture vaccinale (dose de rappel, 65 ans et plus)	87,7%	87,7%	87,7%	87,7%
Relative risk reduction [(g)]				
Infection	NA	NA	NA	6%
Hospitalisation	34%	23%	1%	28%
USI	19%	39%	46%	50%

[(a)] Moyenne sur 7 jours. Cette moyenne est calculée sur base des données totalement consolidées au le dernier jour de la semaine écoulée (dimanche).
[(b)] 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.
[(c)] 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).
[(d)] Cette incidence est calculée sur base des données totalement consolidées au dernier jour de la semaine écoulée (dimanche).
[(e)] Données concernant le dernier jour de la semaine écoulée (dimanche).
[(f)] 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.
[(g)] 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 18 AVRIL 2022 ET LE 25 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	
18/04/22	3 056	40 203 cas au cours de cette période de 7 jours Soit 5 743,3 cas en moyenne par jour Soit une incidence sur une semaine de 348,9/100 000 habitants	
19/04/22	11 620		
20/04/22	8 072		
21/04/22	6 877		
22/04/22	6 068		
23/04/22	2 903		
24/04/22	1 607		
25/04/22	8 451	32 654 cas au cours de cette période de 7 jours Soit 4 664,9 cas en moyenne par jour Soit une incidence sur une semaine de 283,4/100 000 habitants	
26/04/22	6 013		
27/04/22	5 350		
28/04/22	4 856		
29/04/22	4 364		
30/04/22	2 405		
01/05/22	1 215		
02/05/22	7 219	30 746 cas au cours de cette période de 7 jours Soit 4 392,3 cas en moyenne par jour Soit une incidence sur une semaine de 266,9/100 000 habitants	
03/05/22	5 498		
04/05/22	5 197		
05/05/22	4 954		
06/05/22	4 469		
07/05/22	2 235		
08/05/22	1 174		
09/05/22	6 583	24 764 cas au cours de cette période de 7 jours Soit 3 537,7 cas en moyenne par jour Soit une incidence sur une semaine de 214,9/100 000 habitants	Soit -35,0% de diminution entre les deux périodes Soit une incidence sur une période 14 jours de 354,6 nouveaux cas/100 000 habitants
10/05/22	4 893		
11/05/22	4 185		
12/05/22	3 683		
13/05/22	3 208		
14/05/22	1 476		
15/05/22	736		
16/05/22	4 395	16 094 cas au cours de cette période de 7 jours Soit 2 299,1 cas en moyenne par jour Soit une incidence sur une semaine de 139,7/100 000 habitants	
17/05/22	3 226		
18/05/22	2 746		
19/05/22	2 182		
20/05/22	2 027		
21/05/22	1 024		
22/05/22	494		
23/05/22	2 576	Les données rapportées pour les derniers jours nécessitent invariablement une consolidation progressive, expliqué entre autres par le délai entre le prélèvement et le rapportage.	
24/05/22	1 324		
25/05/22	9		

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

6.3. NOMBRE DE TESTS RÉALISÉS ENTRE LE 18 AVRIL 2022 ET LE 25 MAI 2022, PRÉSENTÉ PAR JOUR ET MOYENNE PAR SEMAINE

Date	Nombre de tests	
18/04/22	10 612	141 997 tests au cours de la semaine, soit 20 285/jour
19/04/22	29 284	
20/04/22	30 908	
21/04/22	24 368	
22/04/22	22 179	
23/04/22	16 147	
24/04/22	8 499	
25/04/22	23 965	133 862 tests au cours de la semaine, soit 19 123/jour
26/04/22	26 207	
27/04/22	22 731	
28/04/22	19 519	
29/04/22	18 822	
30/04/22	14 678	
01/05/22	7 940	
02/05/22	22 709	136 560 tests au cours de la semaine, soit 19 509/jour
03/05/22	25 154	
04/05/22	22 843	
05/05/22	21 874	
06/05/22	21 078	
07/05/22	15 335	
08/05/22	7 567	
09/05/22	22 987	126 874 tests au cours de la semaine, soit 18 125/jour
10/05/22	24 551	
11/05/22	21 817	
12/05/22	18 773	
13/05/22	19 049	
14/05/22	12 932	
15/05/22	6 765	
16/05/22	19 730	104 576 tests au cours de la semaine, soit 14 939/jour
17/05/22	20 638	
18/05/22	17 443	
19/05/22	15 344	
20/05/22	15 122	
21/05/22	10 348	
22/05/22	5 951	
23/05/22	14 975	Les données des derniers jours ne sont pas encore complètes. Il faut quelques jours pour que tous les tests soient signalés à Sciensano.
24/05/22	15 117	
25/05/22	445	

6.4. NOMBRE DE PERSONNES HOSPITALISÉES ENTRE LE 21 AVRIL 2022 ET LE 25 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
21/04/22	200	1174 nouvelles hospitalisations Soit 167,7/jour en moyenne	227	482	2 975	154
22/04/22	197		165	481	2 845	153
23/04/22	179		149	453	2 656	148
24/04/22	113		120	140	2 715	156
25/04/22	125		146	170	2 766	165
26/04/22	194		212	468	2 638	154
27/04/22	166		161	363	2 570	150
28/04/22	151	924 nouvelles hospitalisations Soit 132,0/jour en moyenne	163	381	2 450	146
29/04/22	137		150	345	2 331	135
30/04/22	138		89	343	2 183	127
01/05/22	77		71	134	2 189	130
02/05/22	110		138	153	2 252	135
03/05/22	186		163	400	2 124	124
04/05/22	125		168	311	2 041	116
05/05/22	172	857 nouvelles hospitalisations Soit 122,4/jour en moyenne	167	301	2 017	122
06/05/22	120		136	284	1 948	116
07/05/22	106		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	640 nouvelles hospitalisations Soit 91,4/jour en moyenne	129	260	1 680	105
13/05/22	86		81	223	1 602	103
14/05/22	86		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	92		98	208	1 400	104
19/05/22	81	515 nouvelles hospitalisations Soit 73,6/jour en moyenne	86	204	1 343	102
20/05/22	91		76	205	1 306	92
21/05/22	60		56	184	1 200	91
22/05/22	51		33	70	1 211	93
23/05/22	63		69	73	1 240	90
24/05/22	93		82	237	1 158	90
25/05/22	76		50	179	1 101	86

* 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 18 AVRIL 2022 ET LE 25 MAI 2022, PRÉSENTÉ PAR JOUR ET MOYENNE PAR SEMAINE

Date	Décès total	
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	12	
11/05/22	10	
12/05/22	9	70 décès au cours de la semaine, soit 10,0/jour
13/05/22	6	
14/05/22	12	
15/05/22	9	
16/05/22	5	
17/05/22	11	
18/05/22	8	
19/05/22	7	53 décès au cours de la semaine, soit 7,6/jour
20/05/22	6	
21/05/22	9	
22/05/22	7	
23/05/22	4	
24/05/22	9	
25/05/22	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 09 mai au 22 mai 2022.

Groupe d'âge		Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
5-11	Primo-vaccination complète + dose de rappel	-	-	-	-
	Primo-vaccination complète	132 (n = 371)	165 (n = 18)	125 (n = 277)	155 (n = 76)
	Non vacciné	107 (n = 660)	87 (n = 86)	96 (n = 265)	123 (n = 301)
12-17	Primo-vaccination complète + dose de rappel	-	-	-	-
	Primo-vaccination complète	205 (n = 867)	170 (n = 61)	219 (n = 488)	196 (n = 317)
	Non vacciné	251 (n = 400)	184 (n = 77)	241 (n = 118)	288 (n = 198)
18-64	Primo-vaccination complète + dose de rappel	315 (n = 15 623)	339 (n = 1 140)	309 (n = 10 030)	326 (n = 4 423)
	Primo-vaccination complète	253 (n = 2 926)	211 (n = 485)	246 (n = 1 045)	295 (n = 1 373)
	Non vacciné	335 (n = 2 904)	288 (n = 599)	302 (n = 873)	363 (n = 1 340)
65-84	Primo-vaccination complète + dose de rappel	294 (n = 4 964)	297 (n = 286)	280 (n = 3 040)	326 (n = 1 633)
	Primo-vaccination complète	244 (n = 232)	249 (n = 41)	188 (n = 70)	291 (n = 115)
	Non vacciné	266 (n = 294)	183 (n = 36)	211 (n = 80)	307 (n = 162)
85+	Primo-vaccination complète + dose de rappel	489 (n = 1 312)	644 (n = 117)	481 (n = 857)	468 (n = 335)
	Primo-vaccination complète	245 (n = 80)	NA (n = 11)	202 (n = 36)	284 (n = 32)
	Non vacciné	230 (n = 59)	NA (n = 7)	115 (n = 12)	336 (n = 39)

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 09 mai au 22 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	9 (n = 112)	8 (n = 15)	11 (n = 65)	7 (n = 32)
12-17	Primo-vaccination complète + dose de rappel	-	-	-	-
	Primo-vaccination complète	1 (n = 5)	3 (n = 1)	2 (n = 4)	0 (n = 0)
	Non vacciné	2 (n = 3)	2 (n = 1)	2 (n = 1)	1 (n = 1)
18-64	Primo-vaccination complète + dose de rappel	2 (n = 123)	6 (n = 21)	2 (n = 80)	2 (n = 22)
	Primo-vaccination complète	3 (n = 40)	3 (n = 7)	3 (n = 14)	4 (n = 19)
	Non vacciné	4 (n = 31)	6 (n = 12)	4 (n = 13)	2 (n = 6)
65-84	Primo-vaccination complète + dose de rappel	22 (n = 364)	38 (n = 37)	24 (n = 260)	13 (n = 67)
	Primo-vaccination complète	80 (n = 76)	42 (n = 7)	80 (n = 30)	99 (n = 39)
	Non vacciné	37 (n = 41)	25 (n = 5)	47 (n = 18)	34 (n = 18)
85+	Primo-vaccination complète + dose de rappel	88 (n = 236)	127 (n = 23)	100 (n = 179)	47 (n = 34)
	Primo-vaccination complète	181 (n = 59)	120 (n = 4)	140 (n = 25)	267 (n = 30)
	Non vacciné	66 (n = 17)	83 (n = 3)	76 (n = 8)	52 (n = 6)

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 09 mai au 22 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 = 5)	1 (n = 1)	1 (n = 3)	0 (n = 1)
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 = 31)	2 (n = 6)	0 (n = 14)	1 (n = 11)
	Primo-vaccination complète	1 (n = 9)	3 (n = 6)	0 (n = 1)	0 (n = 2)
	Non vacciné	1 (n = 5)	0 (n = 1)	1 (n = 3)	0 (n = 1)
65-84	Primo-vaccination complète + dose de rappel	4 (n = 73)	9 (n = 9)	5 (n = 52)	2 (n = 12)
	Primo-vaccination complète	15 (n = 14)	12 (n = 2)	11 (n = 4)	20 (n = 8)
	Non vacciné	11 (n = 12)	5 (n = 1)	24 (n = 9)	4 (n = 2)
85+	Primo-vaccination complète + dose de rappel	5 (n = 13)	6 (n = 1)	5 (n = 9)	4 (n = 3)
	Primo-vaccination complète	6 (n = 2)	0 (n = 0)	6 (n = 1)	9 (n = 1)
	Non vacciné	0 (n = 0)	0 (n = 0)	0 (n = 0)	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 09 mai au 22 mai 2022.

Groupe d'âge		Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
0-11	% non vaccinés	78.3 %	93.0 %	69.1 %	88.6 %
	Nombre non vaccinés	1 193 588	177 785	587 079	428 724
12-17	% non vaccinés	20.3 %	49.5 %	11.1 %	26.1 %
	Nombre non vaccinés	159 483	41 846	48 977	68 660
18-64	% non vaccinés	12.4 %	26.5 %	7.2 %	16.7 %
	Nombre non vaccinés	865 332	207 859	288 690	368 783
65-84	% non vaccinés	5.8 %	14.7 %	3.3 %	8.8 %
	Nombre non vaccinés	110 302	19 637	37 921	52 744
85+	% non vaccinés	7.7 %	14.2 %	5.0 %	12.0 %
	Nombre non vaccinés	25 674	3 628	10 456	11 590