COVID-19
BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE
(24 JUIN 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 28/02/22 ..... **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 13/06/22 - 19/06/22 45
3.11. Surveillance par des médecins généralistes 48
3.12. Mobilité en Belgique 50
3.13. Absences au travail pour cause de maladie 51
3.14. Ligne de temps: cas confirmés de COVID-19 et reponse à l'épidémie en Belgique 53
4. Modélisation **55**
4.1. Taux de reproduction (R_t) 55
4.2. Modèle de prédiction à court terme pour les nouvelles hospitalisations 57
4.3. Modèle de prédiction du taux d'occupation des lits en soins intensifs 58
5. Situation épidémiologique en Europe **59**
6. Annexes **61**
6.1. Résumé des indicateurs clés 61
6.2. Nombre de personnes diagnostiquées (PCR et antigène) entre le 17 mai 2022 et le 23 juin 2022, présenté par jour et moyenne par semaine 62
6.3. Nombre de tests réalisés entre le 17 mai 2022 et le 23 juin 2022, présenté par jour et moyenne par semaine 63
6.4. Nombre de personnes hospitalisées entre le 20 mai 2022 et le 23 juin 2022, présenté par jour et moyenne par semaine 64
6.5. Nombre de personnes décédées entre le 17 mai 2022 et le 23 juin 2022, présenté par jour et moyenne par semaine 65
6.6. Cas, hospitalisations et admissions en soins intensifs de patients Covid-19 par région, tranche d'âge et status vaccinal. 66

1. Points clés

- **Situation générale** : L'incidence sur 14 jours pour le nombre de cas pour la Belgique est de 331/100 000 habitants, l'incidence sur 7 jours pour le nombre d'hospitalisations est de 4,4/100 000 habitants.
- **Nombre de nouveaux cas** : Au niveau national, le nombre de nouveaux cas rapportés a continué d'augmenter (+ 25 %) au cours de la période du 14 au 20 juin 2022 comparé à la période précédente de 7 jours. Le Rt, basé sur le nombre de cas diagnostiqués, pour cette même période a diminué (1,193).
- **Tests et taux de positivité** : Le nombre de tests effectués a légèrement augmenté, avec une moyenne de 11 753 tests par jour au cours de la période du 14 au 20 juin 2022. Le taux de positivité pour la Belgique pour cette même période a également encore augmenté (26,7 %).
- **Hospitalisations** : Le nombre de nouvelles hospitalisations a continué d'augmenter au cours de la période du 17 au 23 juin, comparé à la période précédente de 7 jours (+ 32 %). Le nombre de lits occupés en soins intensif pour cette même période a désormais également augmenté (+ 44 %).
- **Mortalité** : La mortalité liée au COVID-19 est restée globalement stable en semaine 24. Les décès rapportés ont principalement eu lieu à l'hôpital. En semaine 22, il n'y a pas eu de surmortalité statistiquement significative en Belgique.
- **Vaccination** : D'après les données enregistrées dans Vaccinnet+ en date du 21 juin 24,5 % des enfants de 5 à 11 ans sont entièrement vaccinés. La couverture vaccinale pour la première dose de rappel est de 75,7 % pour les personnes âgées de 18 ans et plus. Le risque d'hospitalisations et d'admissions en soins intensifs a été réduit de 69,0 % et 56,1 % (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 (6 au 19 juin 2022) dans le cadre de la surveillance de base, le variant Omicron BA.1/BA.1.1 représentait 0,53 % de ces échantillons, le variant Omicron BA.2 représentait 36,32 %, le variant Omicron BA.2.12.1 7,89 %, le variant Omicron BA.4 7,76 % et le variant Omicron BA.5 47,50 %.
- **Surveillance par les médecins généralistes** : Le nombre moyen de contacts établis avec un médecin généraliste pour suspicion de COVID-19 a légèrement augmenté au cours de la semaine 24 (18 contacts cette semaine pour 100 000 habitants par jour, comparé à 15 contacts au cours de la semaine précédente). De même, l'incidence des consultations auprès d'un généraliste pour des symptômes grippaux a également augmenté, avec 107 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 montre une diminution du nombre de nouveaux cas et de nouvelles hospitalisations parmi les résidents de MR/MRS et une stabilisation du nombre d'infections parmi les membres du personnel et du nombre de clusters. - voir section 3.8.
- **Mobilité** : Au cours des derniers jours, on observe une augmentation de la mobilité liée aux transports et aux visites de commerces et centres de loisir, une stabilisation des déplacements vers les lieux de travail et du temps passé au domicile. – voir section 3.12.

2. Indicateurs clés - tendances

Quatre indicateurs sont utilisés pour suivre l'évolution de l'épidémie: cas confirmés, nouvelles hospitalisations de cas COVID-19 confirmés en laboratoire, occupation des unités de soins intensifs (USI) et décès. Les indicateurs clés se focalisent sur les dates de diagnostic, de décès ou d'admission à l'hôpital. Le calcul de ces indicateurs utilise des données de périodes de 7 jours, ainsi que leur comparaison. Les données des périodes de 7 jours sont exprimées en moyennes journalières; l'évolution indique en % le changement observé entre les deux périodes successives de 7 jours.

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

Nombre de patients	Au total	Moyenne journalière durant l'avant-dernière période de 7 jours	Moyenne journalière durant la dernière période de 7 jours	Évolution
Cas confirmés de COVID-19	4 211 511	2 437	3 049*	+25%
Admis à l'hôpital	127 075***	66,6	87,9**	+32%
Décédés****	31 883	5,6	5,1*	-8%
En hôpital	*21 387*	*5,3*	*4,4*	*-16%*
En maison de repos	*10 307*	*0,3*	*0,7*	*+150%*

*Du 14 juin 2022 au 20 juin 2022 (**données des 3 derniers jours non consolidées**).
**Du 17 juin 2022 au 23 juin 2022.
***Nombre d'hospitalisations depuis le 15 mars 2020. Vous trouverez des informations plus détaillées sur le nombre d'hospitalisations au point 5 du document questions fréquemment posées.
****Décès toutes localisations incluses.

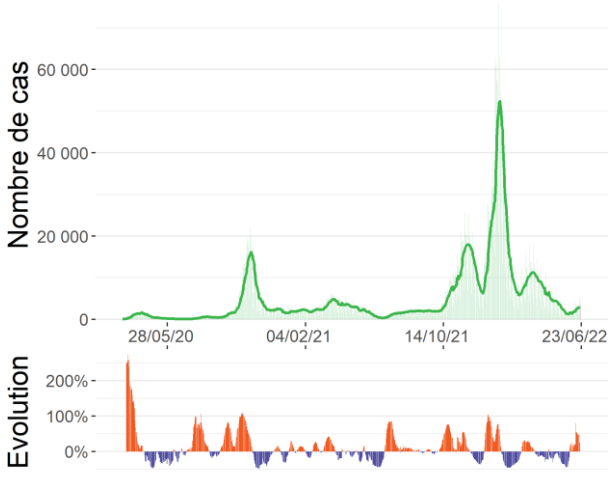
Occupation des lits d'hôpital	Jeudi 16 juin 2022	Jeudi 23 juin 2022	Évolution
Nombre de lits d'hôpital occupés	897	1 083	+21%
Nombre de lits USI occupés	48	69	+44%

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

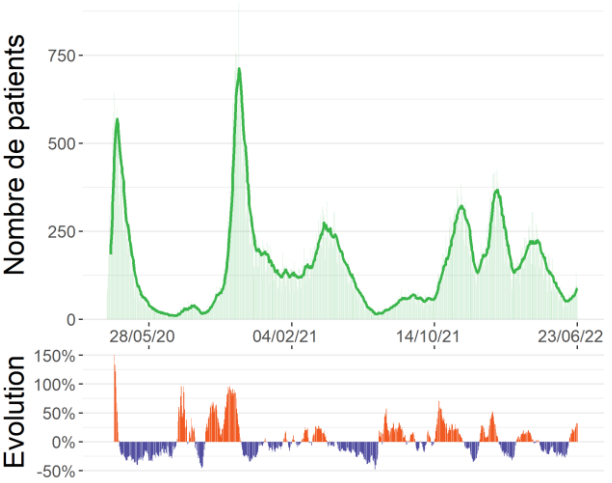
Les quatre indicateurs clés sont présentés ci-dessous avec la moyenne mobile sur 7 jours (ligne verte). Cette moyenne mobile est utilisée pour illustrer une tendance. Cela a entre autre pour conséquence de lisser la courbe et atténuer les variations journalières.

Evolution des nouveaux cas confirmés



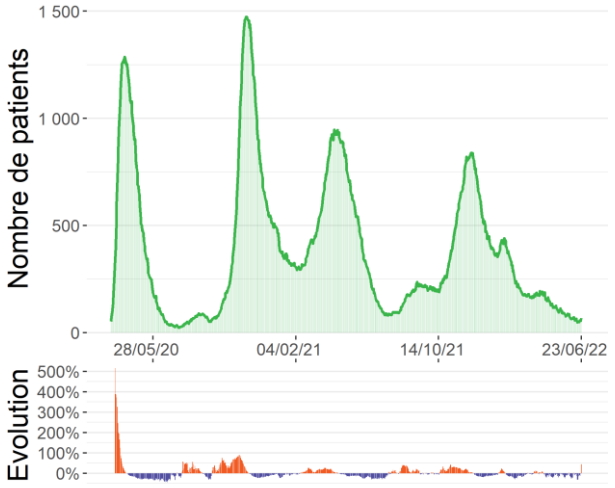
Source : Réseau des laboratoires cliniques et plateforme nationale

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



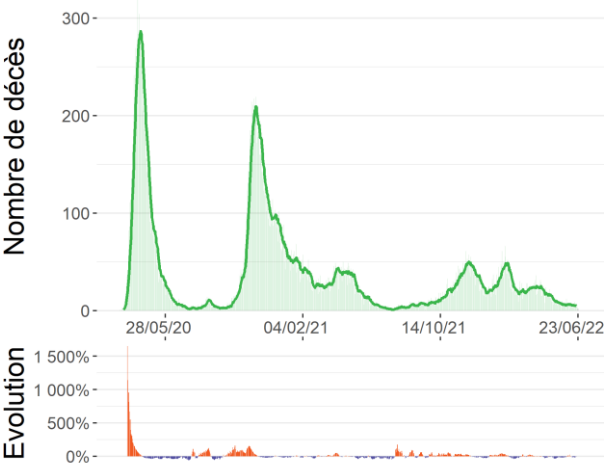
Source : Surveillance des hôpitaux (Sciensano)

Evolution du nombre de patients en USI



Source : Surveillance des hôpitaux (Sciensano)

Evolution du nombre de décès

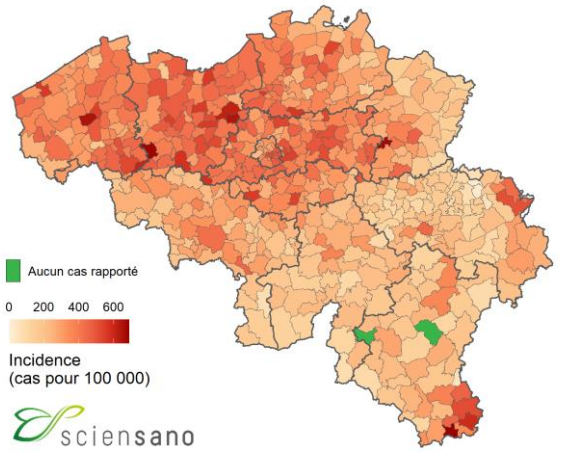


Source : Surveillance mortalité COVID-19 (Sciensano)

2.2. SITUATION RÉCENTE

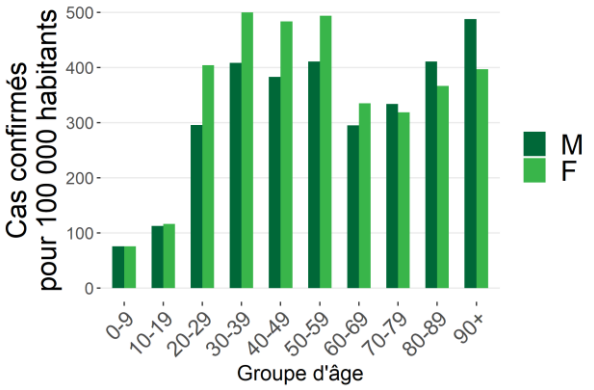
Les figures ci-dessous montrent la répartition géographique et la distribution par âge et par sexe pour les 14 derniers jours (données consolidées).

Distribution des cas confirmés par 100 000 habitants entre le 07/06/22 et le 20/06/22



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 07/06/22 et le 20/06/22



Note : L'information sur l'âge et/ou le sexe n'était pas disponible pour 432 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.

	07/06/22-13/06/22	14/06/22-20/06/22	Changement (valeur absolue)	Changement (pourcent)	Temps de doublement/ réduction de moitié (jours)*	Incidence par 100 000 (14 jours)**
Belgique	**17 056**	**21 344**	**4 288**	**+25%**	**22**	**331**
Antwerpen	3 016	3 782	766	+25%	21	360
Brabant wallon	630	787	157	+25%	22	346
Hainaut	1 356	2 052	696	+51%	12	252
Liège***	895	964	69	+8%	65	167
Limburg	1 003	1 175	172	+17%	31	246
Luxembourg	350	443	93	+27%	21	272
Namur	512	594	82	+16%	33	221
Oost-Vlaanderen	3 103	3 666	563	+18%	29	438
Vlaams-Brabant	2 133	2 540	407	+19%	28	398
West-Vlaanderen	2 083	2 630	547	+26%	21	390
Région bruxelloise	1 773	2 459	686	+39%	15	346
Deutschsprachige Gemeinschaft	153	122	-31	-20%	21	350

*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 01/01/2022 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 hausse pour les infections et les indicateurs hospitaliers.

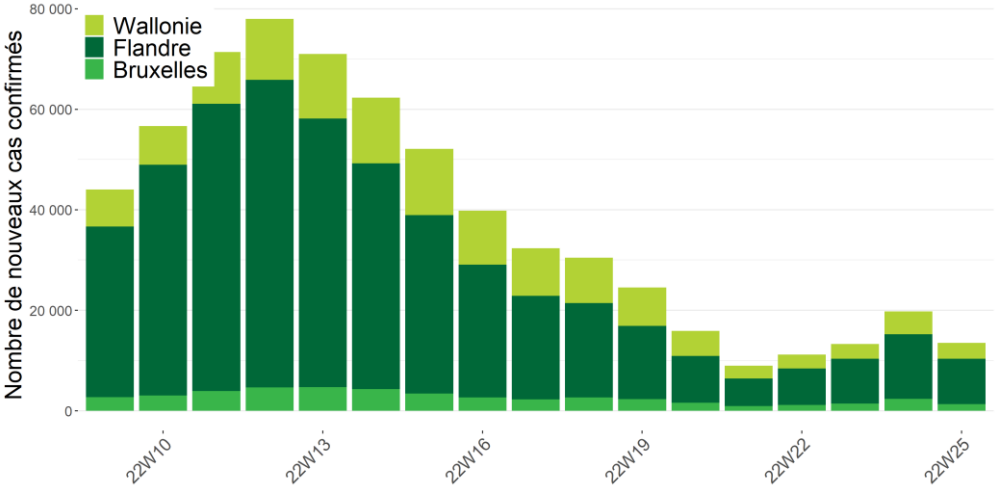
3. Description de l'épidémie à partir du 28/02/22

Nous présentons les données à partir de la semaine du 28 février 2022, semaine qui marque le début de la sixième 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

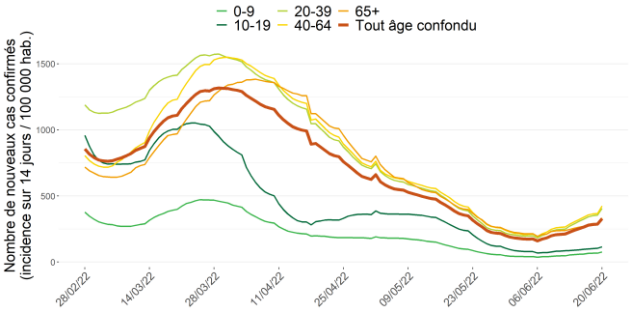
Au cours de la période du 14 juin 2022 au 20 juin 2022, 21 344 nouveaux cas ont été diagnostiqués. Parmi ces 21 344 nouveaux cas, 13 793 (65%) étaient rapportés en Flandre, 4 840 (23%) en Wallonie, dont 122 cas pour la communauté germanophone, et 2 459 (12%) à Bruxelles. Données non disponibles ou résidence à l'étranger pour 252 cas (1%).

Evolution du nombre de cas confirmés par région et par semaine (date de diagnostic*) à partir de la semaine 09

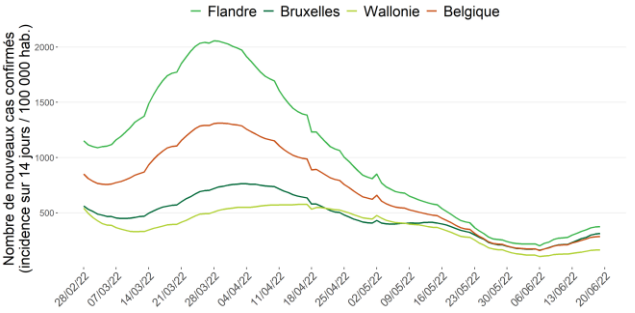


Source : CNR, laboratoires clinique et plateforme nationale. Cas rapportés à Sciensano au 23 juin 2022, à 6 heures.
*En raison de l'utilisation de la date de diagnostic, les données des trois derniers jours doivent encore être consolidées. Lorsque la date de diagnostic est manquante, la date de rapportage est utilisée.

Incidence cumulée sur 14 jours par 100 000 habitants par groupe d'âge à partir du 28/02/22



Incidence cumulée sur 14 jours par 100 000 habitants par région à partir du 28/02/22

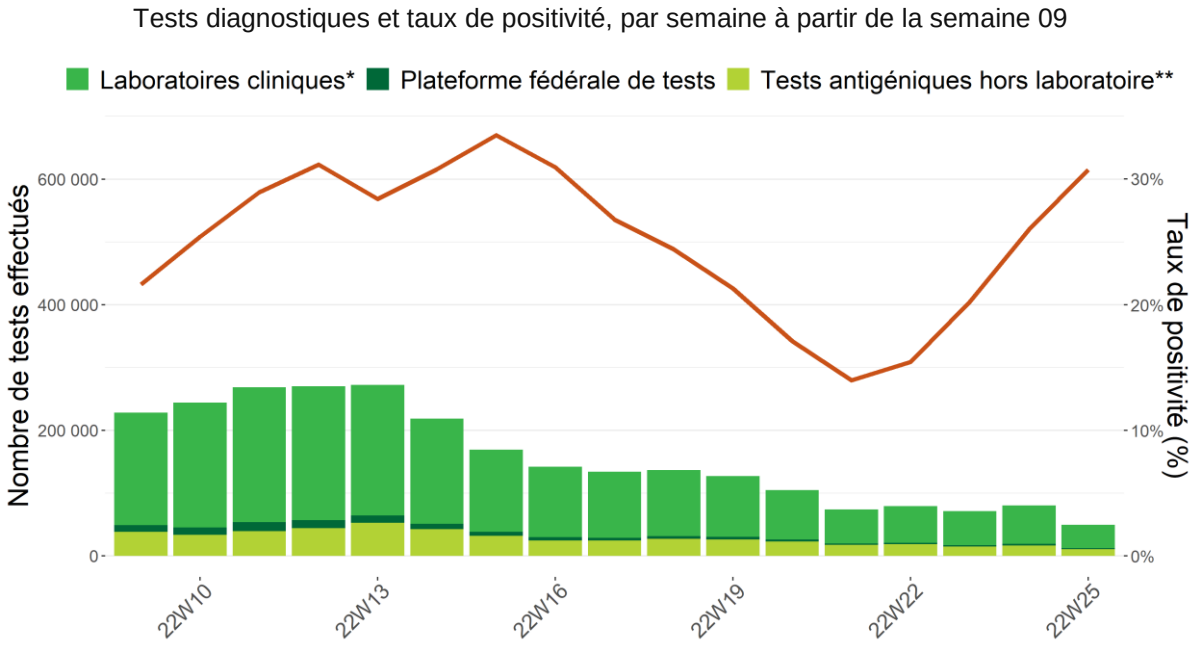


Les dénominateurs utilisés pour calculer l'incidence sont les chiffres de la population belge au 01/01/2022 publiés par STATBEL.

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 14 juin 2022 au 20 juin 2022, 82 269 tests ont été effectués, soit une moyenne journalière de 11 753 tests. Le taux moyen de positivité pour la Belgique pour la même période est de 26,7%.



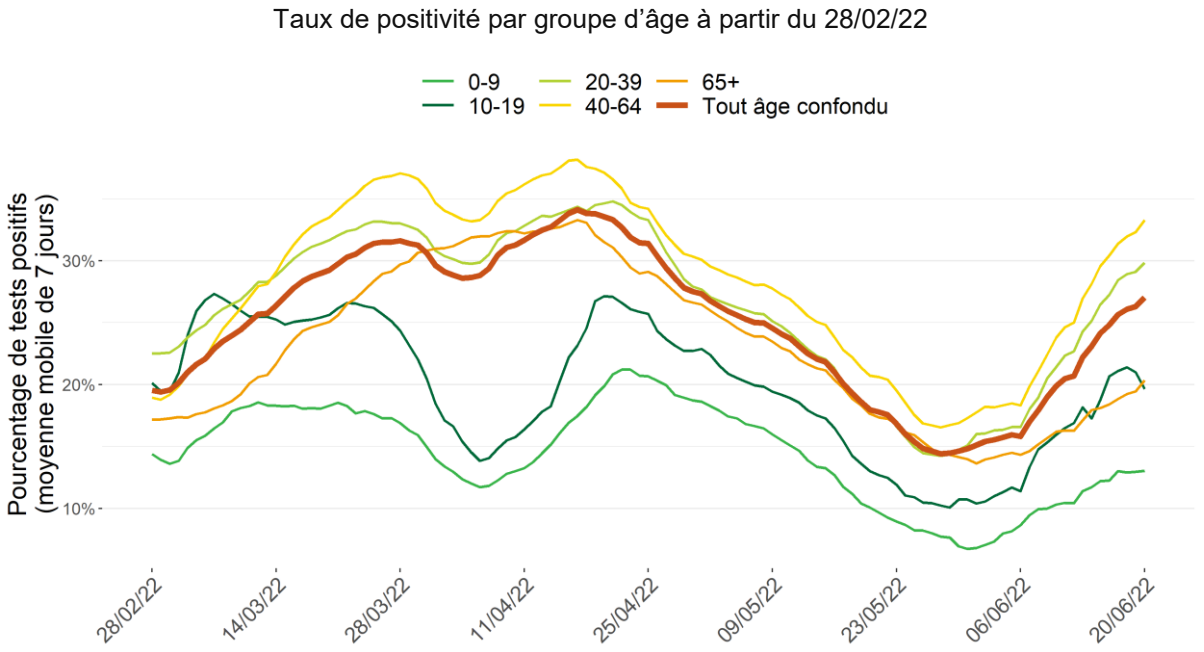
Note : Les données des 72 dernières heures doivent encore être consolidées. Quant aux données des autres jours, elles peuvent encore être complétées par des données de laboratoires qui déclareraient rétroactivement.
*Ces chiffres comprennent les tests PCR et antigéniques effectués par les laboratoires 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 14 juin 2022 au 20 juin 2022 (dernière semaine de données consolidées).

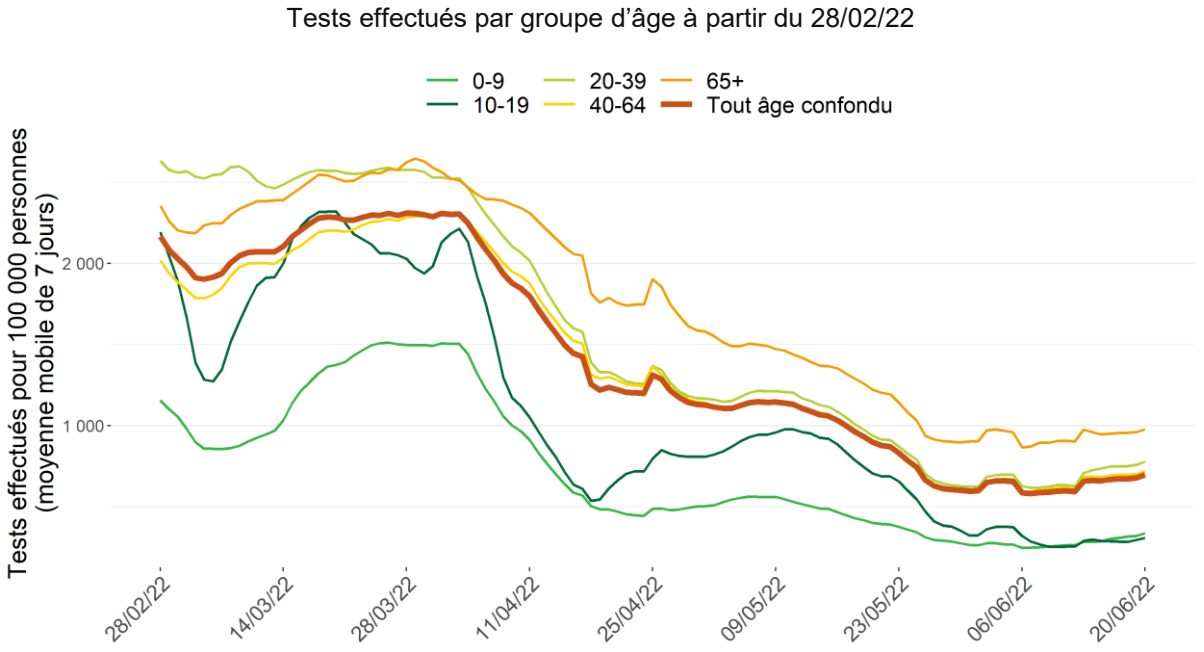
Groupe d'âge	Nombre de tests	Nombre de tests/ 100 000 hab	Nombre de tests positifs	% de tests positifs*
0-9	4 178	336	545	13,0%
10-19	4 100	308	805	19,6%
20-39	22 606	777	6 745	29,8%
40-64	27 591	720	9 188	33,3%
65+	22 175	977	4 511	20,3%

*L'âge n'était pas disponible pour 1619 tests.

Le premier graphe ci-dessous présente le taux de positivité (moyenne mobile sur 7 jours) par groupe d'âge depuis le 28 février 2022, 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

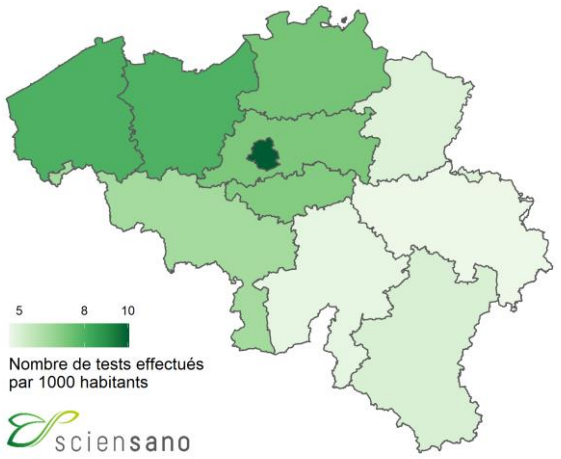
Le tableau ci-dessous présente la répartition pour la Belgique, par province, pour la Région bruxelloise et pour la Communauté germanophone, du **nombre de tests réalisés**, nombre de tests positifs et le taux de positivité pour la période du 14 juin 2022 au 20 juin 2022 (dernière semaine de données consolidées).

	Nombre de tests	Nombre de tests/ 100 000 hab	Nombre de tests positifs	% de tests positifs*
Belgique	82 269	710	21 982	26,7%
Antwerpen	13 710	727	3 854	28,1%
Brabant wallon	2 850	695	793	27,8%
Hainaut	8 473	627	2 071	24,4%
Liège**	5 036	453	997	19,8%
Limburg	4 340	490	1 225	28,2%
Luxembourg	1 456	500	451	31,0%
Namur	2 334	467	611	26,2%
Oost-Vlaanderen	12 323	798	3 810	30,9%
Vlaams-Brabant	8 343	711	2 585	31,0%
West-Vlaanderen	9 674	800	2 792	28,9%
Région bruxelloise	12 272	1 004	2 536	20,7%
Deutschsprachige Gemeinschaft	409	520	129	31,5%

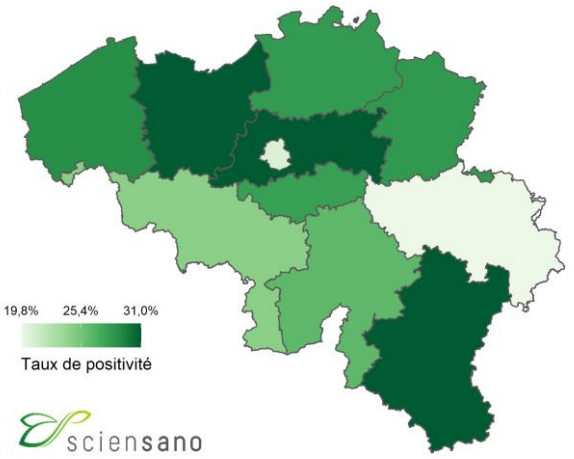
*Afin de refléter le nombre total de tests réellement effectués en Belgique, nous avons fait le choix de calculer le taux de positivité (% de tests positifs) en utilisant le nombre total de tests positifs sur le nombre total de tests effectués. Vous trouverez des informations plus détaillées sur le taux 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 14/06/22 et le 20/06/22



Taux de positivité par province entre le 14/06/22 et le 20/06/22

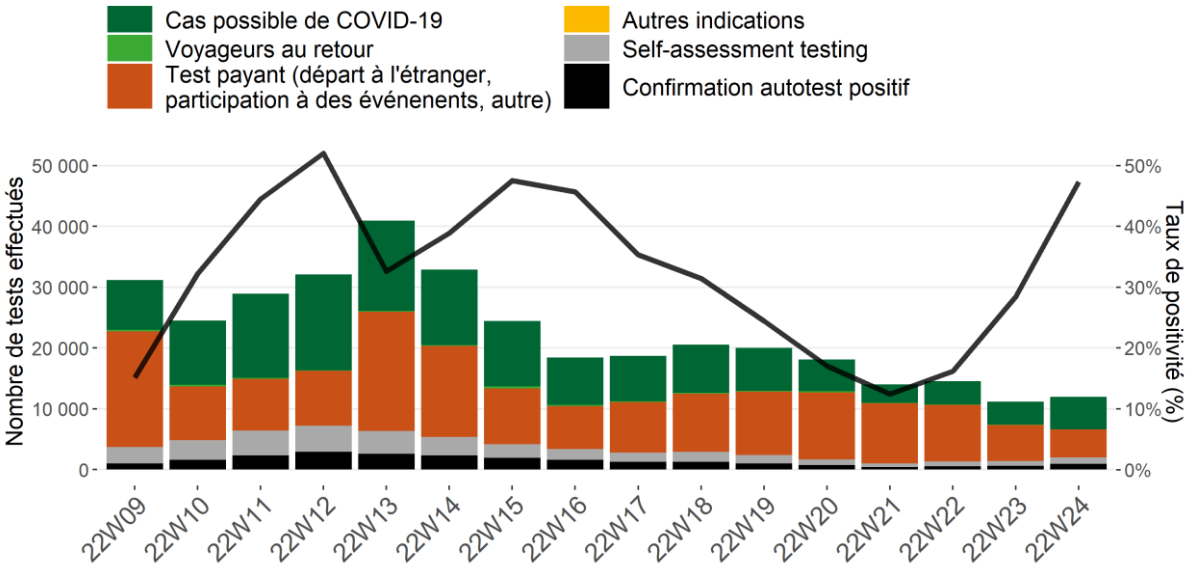


3.2.2. Tests rapides antigéniques COVID-19 effectués et rapportés par les pharmaciens

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 13/06/22 au 19/06/22 (semaine 24), 11 940 tests ont été effectués par les pharmaciens. Le taux de positivité pour la même période est de 32,1%.

Tests effectués et rapportés par les pharmacies et taux de positivité, par indication et par semaine à partir de la semaine 09



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.

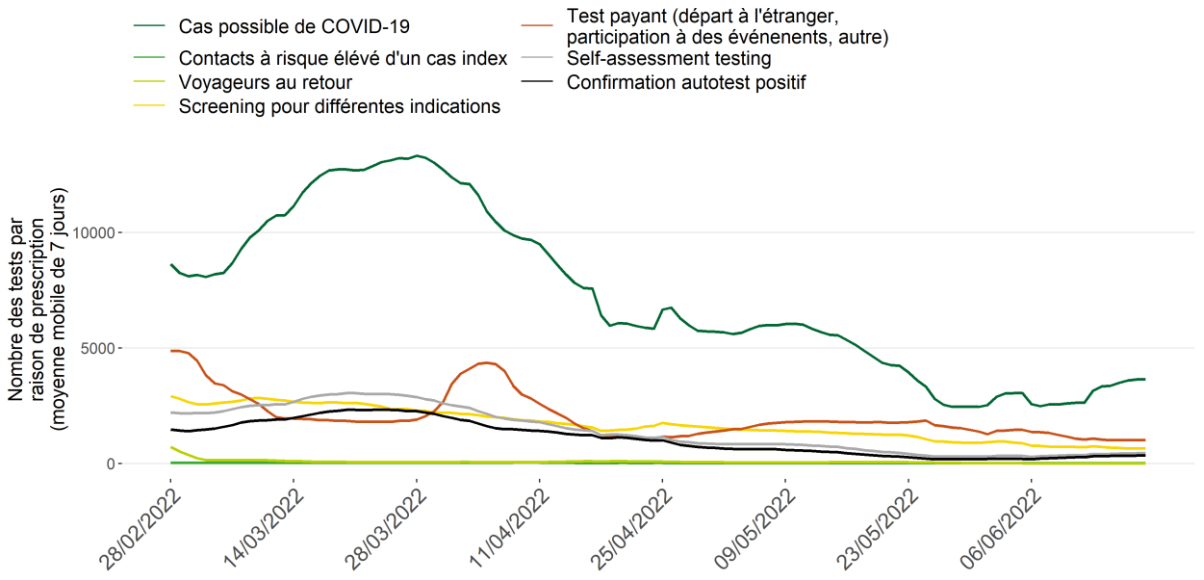
Les données des prescriptions des médecins généralistes et des médecins à l'hôpital sont disponibles depuis le 1er septembre 2020. Les données des prescriptions des médecins en collectivité et des prescriptions sans consultation sont disponibles depuis le 10 décembre 2020. Les données liées à l'outil 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 13 juin 2022 au 19 juin 2022, 80 249 tests ont été réalisés, dont 62,1% 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 28 février 2022 (moyenne mobile sur 7 jours).

Distribution des indications de test pour les prescriptions disponibles, pour la période du 28/02/22 au 20/06/22

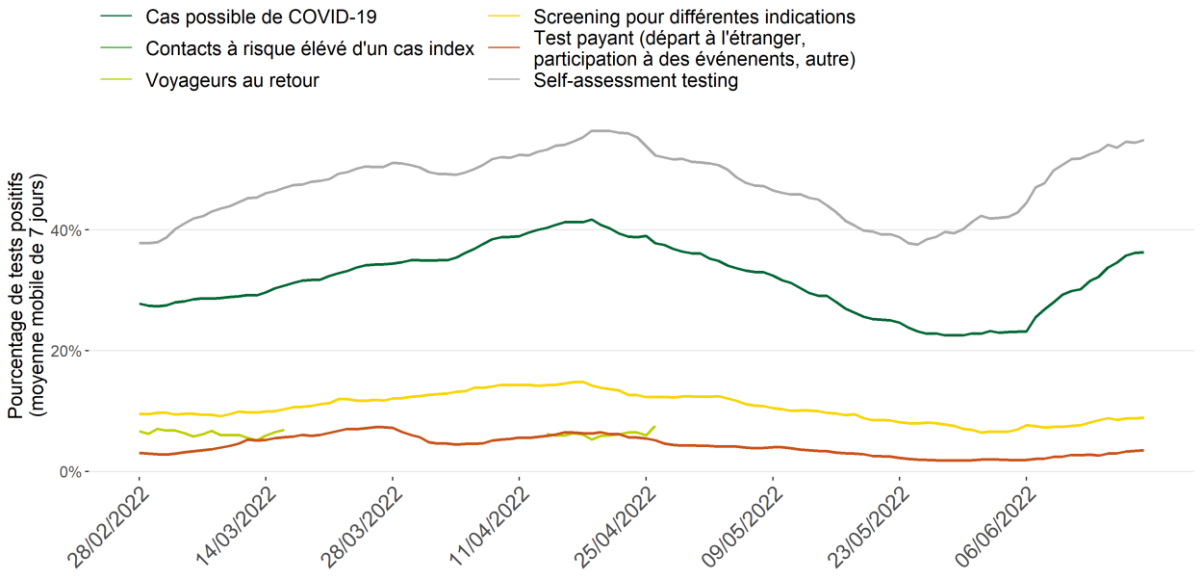


Attention, la stratégie de test peut varier (tests nécessaires ou non pour certaines catégories, nécessité d'un formulaire électronique ou non). Ces changements de stratégie se reflètent dans les graphes montrés.

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.

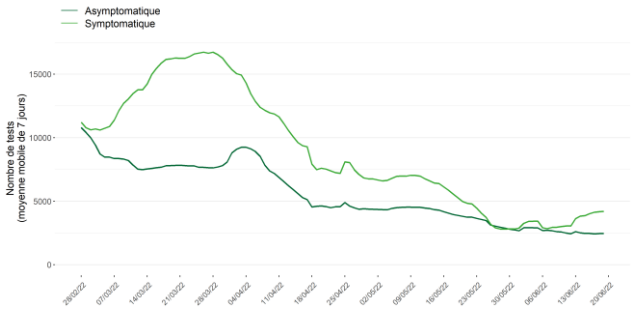
Le taux de positivité n'est présenté ci-dessous que si le nombre de tests quotidiens effectués et de cas confirmés pour une catégorie donnée est supérieur au seuil de 100 tests ou de 5 cas respectivement. Avec un faible nombre de tests, le taux de positivité devient moins fiable.

Évolution du taux de positivité par indication de test pour les prescriptions disponibles, pour la période du 28/02/22 au 20/06/22

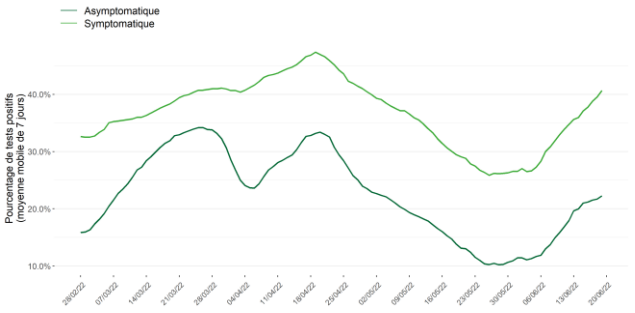


Parmi les tests effectués pour confirmer un autotest positif, 91,2% étaient positifs pour la semaine 13 juin au 19 juin.

Nombre de tests en fonction de la présence ou non de symptômes pour les prescriptions disponibles, pour la période du 28/02/22 au 20/06/22



Taux de positivité en fonction de la présence ou non de symptômes pour les prescriptions disponibles, en pourcentage, pour la période du 28/02/22 au 20/06/22



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.

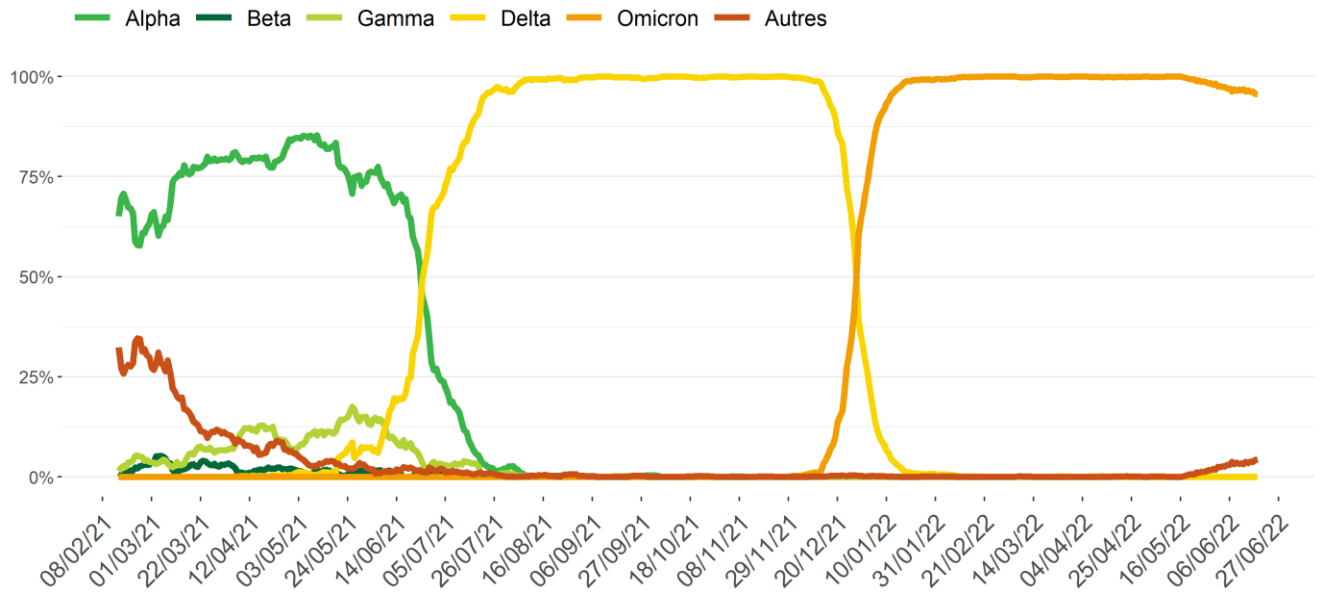
Omicron comprend les lignées descendantes BA.1, BA.2, BA.3, BA.4 et BA.5. Depuis la fin de janvier 2022, la lignée descendante BA.2 est en augmentation dans de nombreux pays. La première identification des variants BA.2.12.1, BA.4 et BA.5 en Belgique date respectivement du 23 avril, 29 mars et 26 avril 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.

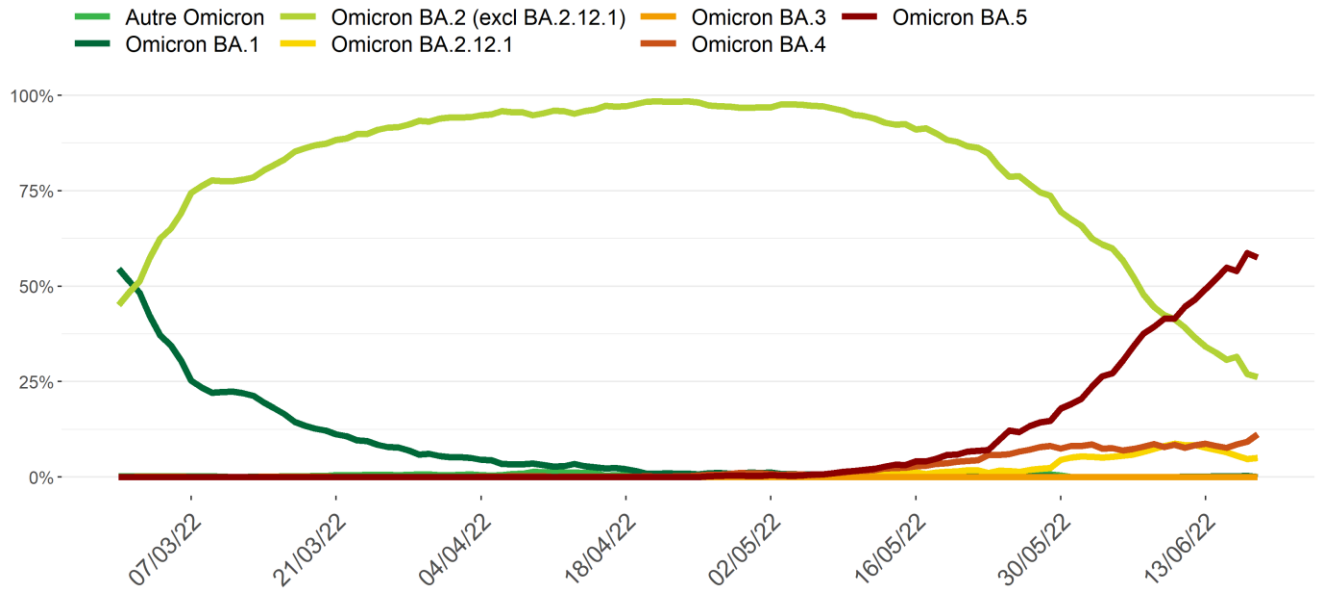
3.3.1. Evolution de la proportion des variants principaux circulant en Belgique (surveillance de base)

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 28 février 2022, 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	12 087	16,21	7 058	21,21
Beta	déc. 2020	287	0,38	298	0,90
Gamma	janv. 2021	1 512	2,03	589	1,77
Delta	avr. 2021	25 279	33,91	12 588	37,82
Epsilon	janv. 2021	0	0,00	2	0,01
Iota	févr. 2021	2	0,00	0	0,00
Eta	janv. 2021	55	0,07	31	0,09
Omicron	nov. 2021	32 541	43,65	11 610	34,88
Autre		1 266	1,70	553	1,66
Total		73 029	100	32 729	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 25 avril 2022 jusqu'au 19 juin 2022) et pendant les deux dernières semaines (du 6 juin 2022 jusqu'au 19 juin 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	37 867	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Omicron BA.1	nov. 2021	19 972	27	0,51	4	0,53	11	0,93	1	0,65
Omicron BA.2	janv. 2022	21 877	4 265	80,26	276	36,32	879	74,24	57	37,25
Omicron BA.2.12.1	avr. 2022	156	127	2,39	60	7,89	28	2,36	1	0,65
Omicron BA.3	févr. 2022	12	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Omicron BA.4	avr. 2022	308	193	3,63	59	7,76	104	8,78	18	11,76
Omicron BA.5	avr. 2022	825	677	12,74	361	47,50	148	12,50	74	48,37
Autre Omicron**	nov. 2021	1 001	25	0,47	0	0,00	14	1,18	2	1,31
Autre		23 740	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total		105 758	5 314	100	760	100	1 184	100	153	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	Hospitalisations	Réinfections**	Cas de percée*
BA.1	27 (0,5 %)	3 (1,6 %)	4 (0,5 %)	9 (0,2 %)
BA.2 + BA.2.12.1	4 392 (82,6 %)	167 (88,4 %)	575 (78,0 %)	3 997 (84,1 %)
BA.3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
BA.4	193 (3,6 %)	7 (3,7 %)	46 (6,2 %)	216 (4,5 %)
BA.5	677 (12,7 %)	11 (5,8 %)	112 (15,2 %)	506 (10,6 %)
Delta	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (0,1 %)
Autre	0 (0,0 %)	1 (0,5 %)	0 (0,0 %)	2 (0,0 %)
Autre Omicron******	25 (0,5 %)	1 (0,5 %)	0 (0,0 %)	19 (0,4 %)
Nombre total de diagnostics COVID-19 parmi le groupe cible********	157 420	2 560	20 777	102 740
Nombre total d'échantillons positifs séquencés	5 314 (3,4 %)	189 (7,4 %)	737 (3,5 %)	4 752 (4,6 %)

*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

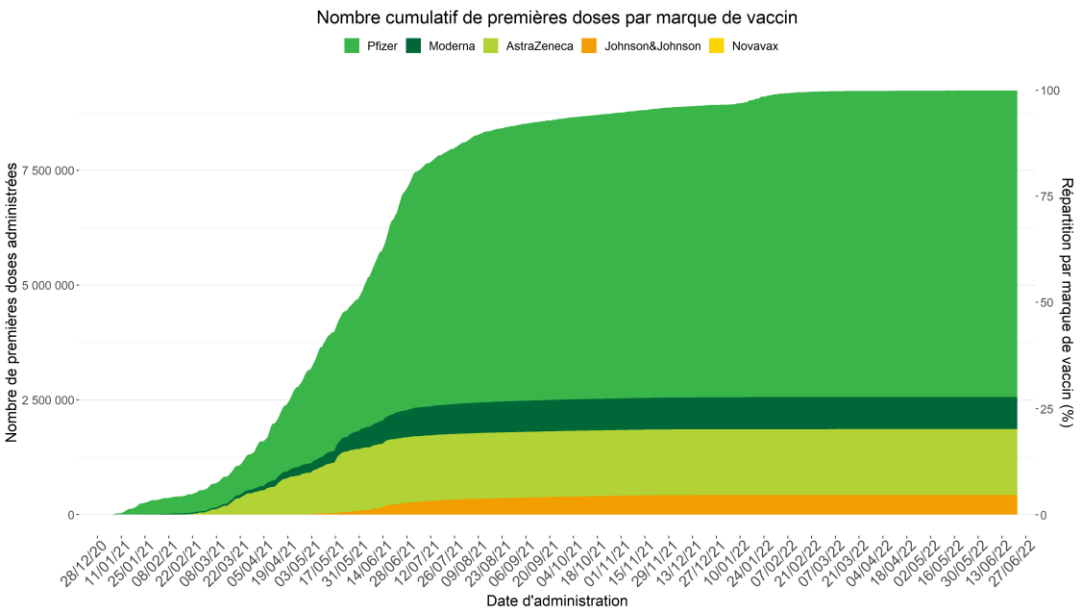
Le 28 décembre 2020, la phase pilote de la campagne de vaccination COVID-19, limitée à un nombre restreint de centres de soins résidentiels, a débuté en Belgique. Le 5 janvier 2021, la campagne de vaccination officielle a démarré. La campagne de vaccination a été déployée en phases séquentielles ciblant 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. Depuis la fin janvier 2022, certains groupes ont pu recevoir une seconde dose de rappel. Actuellement les groupes suivants sont éligibles pour une seconde dose de rappel : les personnes immunodéprimées, les personnes ayant reçu le vaccin COVID-19 Janssen en tant que première dose et en Flandre les résidents de maisons de repos et les personnes de plus de 80 ans.

Au 21 juin 2022, un total de 25 612 319 doses de vaccin COVID-19 avaient été administrées et enregistrées dans Vaccinnet+. Cela correspond à une augmentation de 60 854 doses par rapport au nombre enregistré au 14 juin 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 31 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.

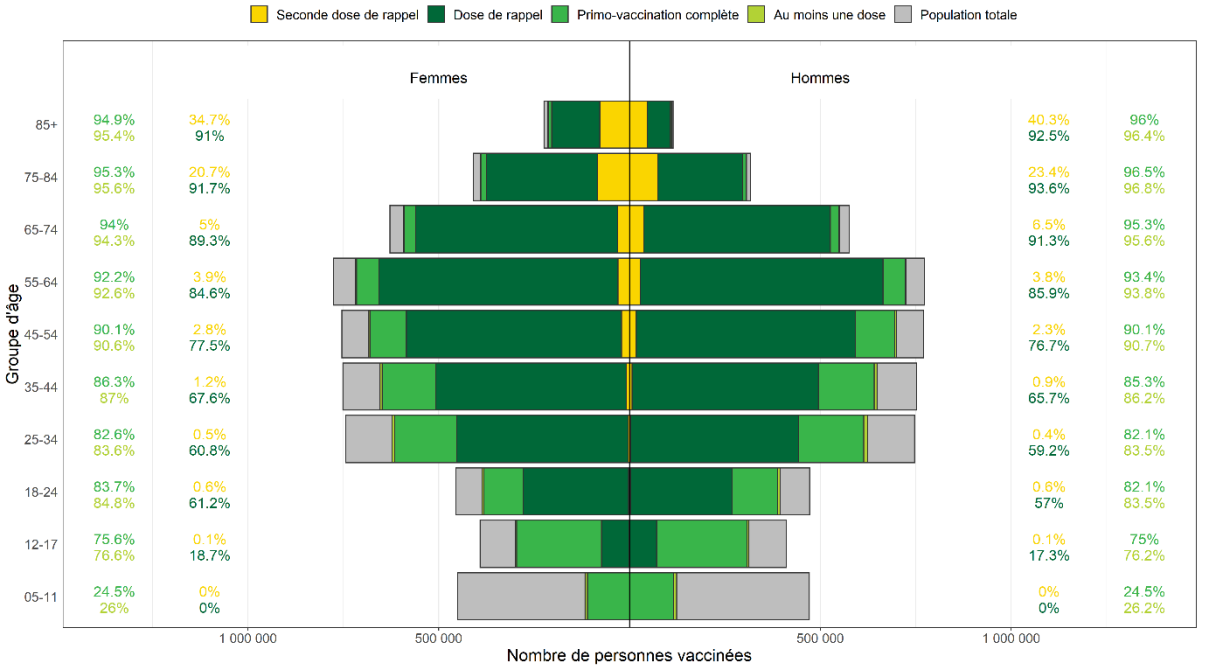


Le tableau ci-dessous présente la couverture vaccinale pour les personnes (population totale) **ayant complété un schéma de primo-vaccination, celles ayant reçu une dose de rappel ou deux doses de rappel**. En outre, le tableau indique le nombre total de personnes ayant complété un schéma de primo-vaccination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

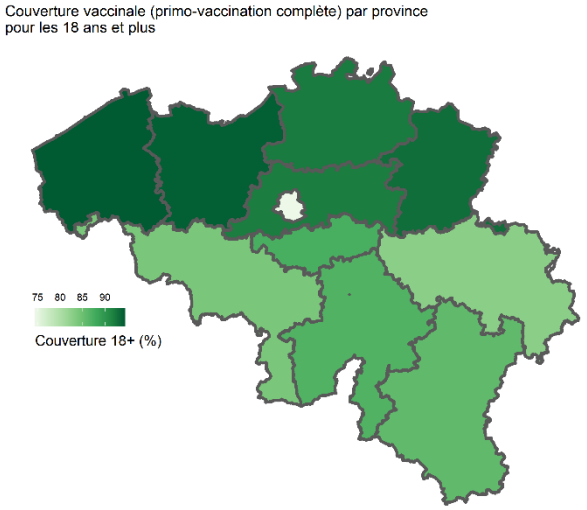
		Belgique	Bruxelles (1)	Flandre (1)	Wallonie (1,2)	Communauté germanophone (1)
Primo-vaccination complète	Nombre de personnes vaccinées	9 089 196	751 445	5 598 589	2 615 291	55 154
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	515	143	162	187	8
	Couverture vaccinale (% de la population totale) (3)	78,46%	61,46%	83,58%	72,97%	70,17%
Primo-vaccination complète + 1 dose de rappel	Nombre de personnes vaccinées	7 154 576	463 397	4 696 658	1 925 078	41 646
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	3 177	875	1 070	1 154	35
	Couverture vaccinale (% de la population totale) (3)	61,76%	37,9%	70,11%	53,71%	52,98%
Primo-vaccination complète + 2 doses de rappel	Nombre de personnes vaccinées	478 641	7 264	426 712	42 538	1 639
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	31 066	287	30 472	218	76
	Couverture vaccinale (% de la population totale) (3)	4,13%	0,59%	6,37%	1,19%	2,09%

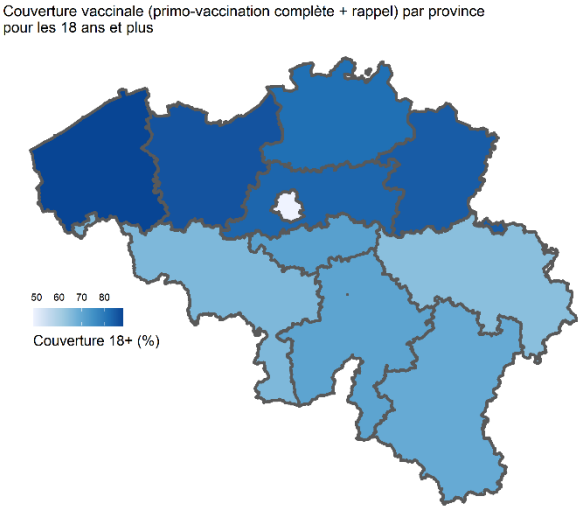
(1) La répartition géographique est basée sur le code postal du lieu de résidence de la personne vaccinée. Les personnes dont le code postal était inconnu ne sont pas incluses dans la répartition géographique.
(2) A l'exclusion de la Communauté germanophone.
(3) Les dénominateurs utilisés pour ces calculs sont les chiffres de la population belge au 01/01/2022 publiés par STATBEL. Une correction a été appliquée pour les personnes vaccinées et également décédées avant cette date afin de calculer la couverture vaccinale dans les différents groupes. La méthode utilisée est décrite dans la question 10.4 des questions fréquemment posées.

La figure ci-dessous représente **les couvertures vaccinales par genre et groupe d'âge** dans l'ensemble de la population. Le 21 juin 2022, la couverture vaccinale de primo-vaccination complète pour les femmes âgées de 18 ans et plus était de 89,90%, et de 89,62% pour les hommes. La couverture vaccinale pour une dose de rappel était de 76,46% pour les femmes de 18 ans et plus et de 75,07% pour les hommes de ce groupe d'âge. La couverture vaccinale pour 2 doses de rappel était de 5,49% pour les femmes de 18 ans et plus et de 4,81% pour les hommes du même groupe d'âge.

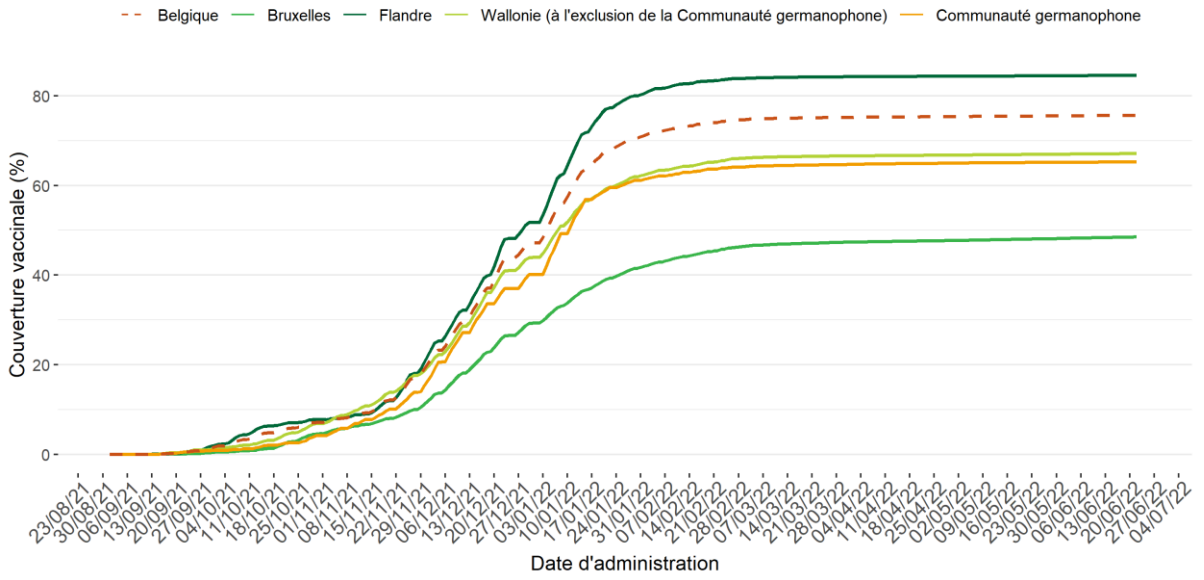


Les cartes ci-dessous montrent la couverture vaccinale pour les personnes ayant complété un schéma de primo-vaccination (à gauche) ainsi que la couverture vaccinale pour les personnes ayant reçu une dose de rappel (à droite), pour la population belge âgée de 18 ans et plus, par province.





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 la couverture vaccinale pour **une et deux doses de rappel**, au 21 juin 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	Couverture vaccinale pour une dose de rappel(3) (%)	75,66 %	48,48	84,57	67,1%	65;26%
	Couverture vaccinale pour deux doses de rappel(3) (%)	5,16%	0,76%	7,89%	1,49%	2,59%
12 à 17 ans	Couverture vaccinale pour une dose de rappel(3) (%)	18,02%	3,82%	2,89%	4,03%	6,48%
	Couverture vaccinale pour deux doses de rappel(3,4) (%)	-	-	-	-	-
18 à 64 ans	Couverture vaccinale pour une dose de rappel(3) (%)	70,63%	42,97%	80,81%	61,06%	58,99%
	Couverture vaccinale pour deux doses de rappel(3) (%)	1,81%	0,37%	2,64%	0,79%	0,72%
65 à 84 ans	Couverture vaccinale pour une dose de rappel(3) (%)	91,09%	74,7%	95,23%	86,14%	84,47%
	Couverture vaccinale pour deux doses de rappel(3) (%)	11,79%	2,68%	16,85%	3,84%	7,11%
85 ans et plus	Couverture vaccinale pour une dose de rappel(3) (%)	91,49%	80,57%	95,51%	85,18%	81,69%
	Couverture vaccinale pour deux doses de rappel(3) (%)	36,57%	2,76%	55,77%	2,58%	15,18%

(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 01/01/2022 publiés par STATBEL. Une correction a été appliquée pour les personnes vaccinées et également décédées avant cette date afin de calculer la couverture vaccinale dans les différents groupes. La méthode utilisée est décrite dans la question 10.4 des questions fréquemment posées.
(4) Une seconde dose de rappel n'est pas actuellement recommandée pour tous les jeunes de 12 à 17 ans.

Le tableau ci-dessous présente la couverture vaccinale atteinte au 21 juin 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	225 537	7 382	189 035	27 904	794
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	144	38	45	53	5
	Couverture vaccinale entièrement vacciné(3) (%)	24,48%	6,74%	36,54%	9,68%	13,33%
12 à 17 ans	Nombre de personnes avec un schéma de primo-vaccination complet	604 378	38 314	385 245	175 344	3 304
	Augmentation au cours des 7 derniers jours	91	29	15	45	1
	Couverture vaccinale entièrement vacciné(3) (%)	75,32%	44,35%	85,51%	67,33%	64,66%

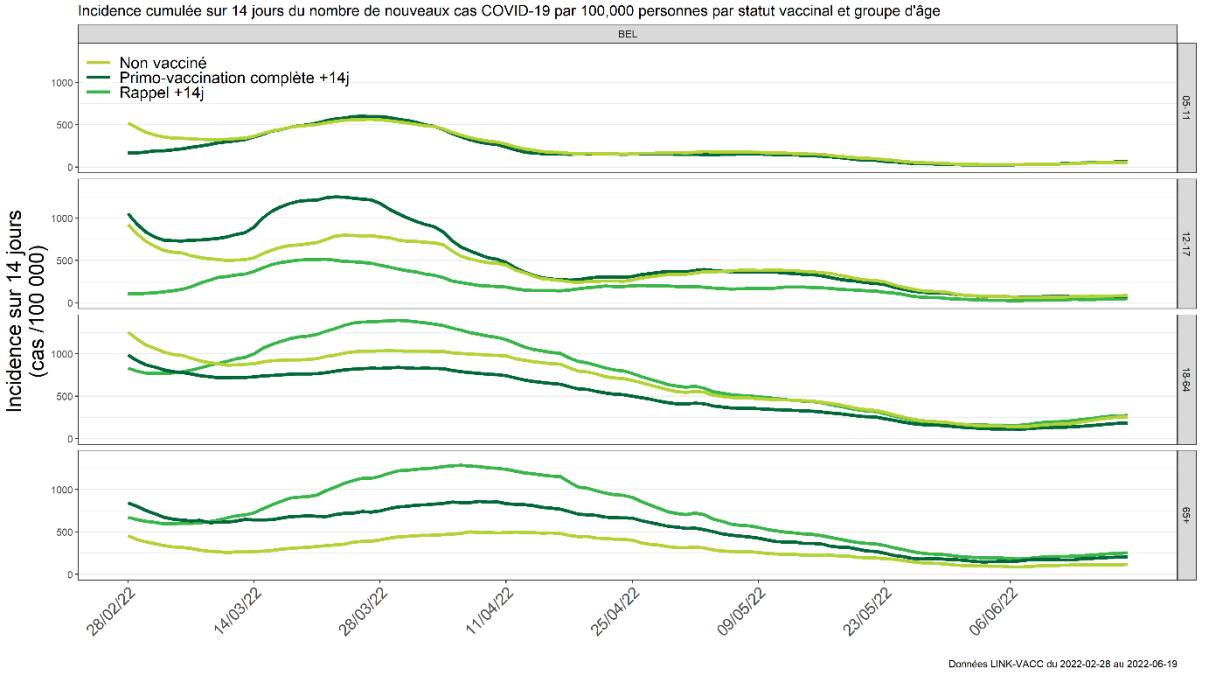
(1) La répartition géographique est basée sur le code postal du lieu de résidence de la personne vaccinée. Les personnes dont le code postal était inconnu ne sont pas incluses dans la répartition géographique.
(2) A l'exclusion de la Communauté germanophone.
(3) Les dénominateurs utilisés pour ces calculs sont les chiffres de la population belge au 01/01/2022 publiés par STATBEL. Une correction a été appliquée pour les personnes vaccinées et également décédées avant cette date afin de calculer la couverture vaccinale dans les différents groupes. La méthode utilisée est décrite dans la question 10.4 des questions fréquemment posées.

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 première dose de rappel. En raison du nombre relativement faible de personnes ayant reçu une seconde dose de rappel, il n'est pas encore possible d'en analyser l'impact. 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 utilisée dans cette section, veuillez consulter les sections 10.7 et 10.8 du document "Questions fréquemment posées".

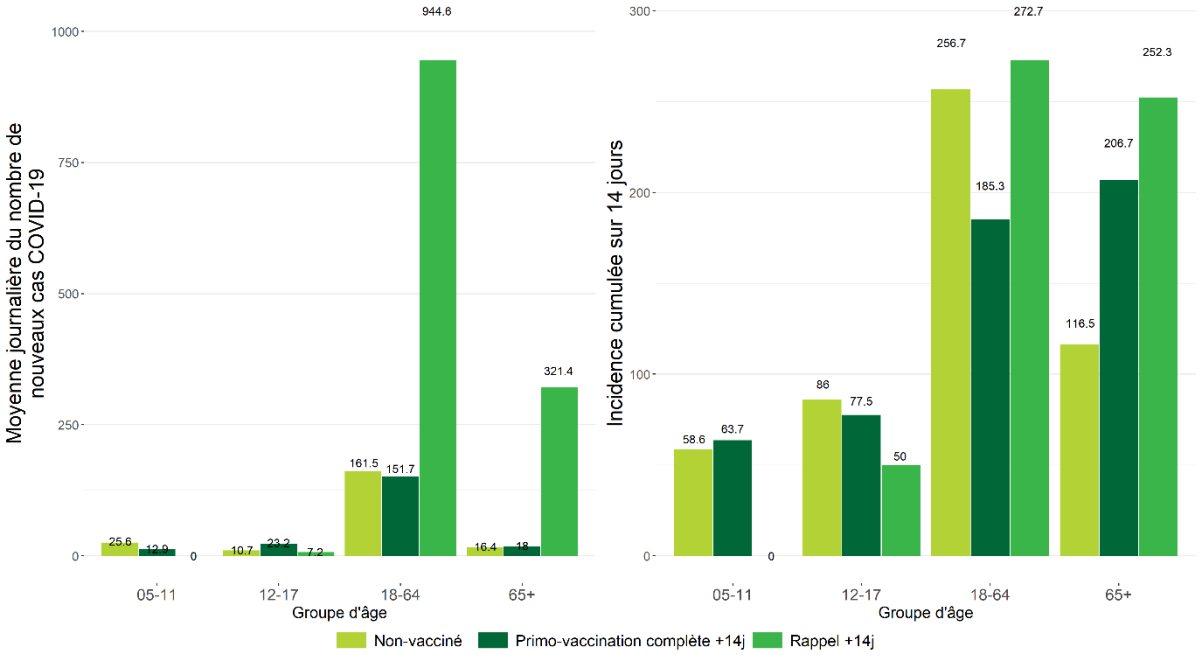
3.4.2.1. Surveillance des cas confirmés de COVID-19

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 28 février 2022.



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 ».

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 6 juin au 19 juin 2022.



Source : Croisement entre les données des tests de laboratoire COVID-19 et le registre national des vaccinations COVID-19 (Vaccinnet+). Les personnes qui ont été partiellement vaccinées, celles qui ont complété leur schéma de primo-vaccination depuis moins de 14 jours et celles pour qui le statut vaccinal est inconnu sont exclues. Les personnes ayant reçu une dose de rappel depuis moins de 14 jours sont incluses dans la catégorie « primo-vaccination complète + 14 jours ». Les dénominateurs utilisés pour le calcul des incidences correspondent au nombre total de personnes ayant obtenu le statut vaccinal mentionné 14 jours avant la date de calcul. Pour plus de détails sur la méthodologie utilisée, veuillez consulter les sections 10.7 et 10.8 du document FAQ.

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

Catégorie d'âge	Réduction relative du risque d'infection (non ajustée)		
	Primo-vaccination complète vs. Non vacciné	Dose de rappel vs. Non vacciné	Dose de rappel vs. Primo-vaccination complète
05-11	Non détectable	Non détectable	Non détectable
12-17	9,8%	Non détectable	Non détectable
18-64	27,8 %	Non détectable	Non détectable
65+	Non détectable	Non détectable	Non détectable

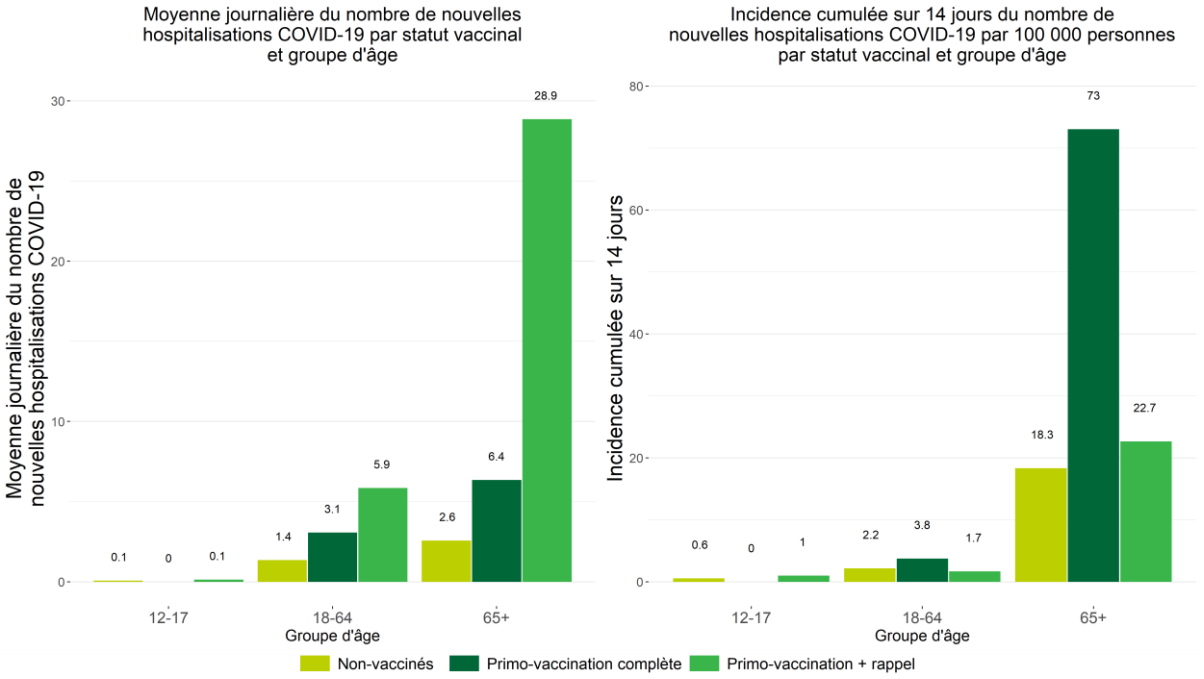
L'administration d'une dose de rappel n'étant pas recommandée chez les personnes âgées de 5 à 11 ans et de 12 à 17 ans, cette information n'est pas rapportée dans le tableau ci-dessus.

3.4.2.2. Surveillance hospitalière COVID-19

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

a) Admissions à l'hôpital

Les graphiques ci-dessous montrent la moyenne journalière et l'incidence cumulée sur 14 jours des hospitalisations, par statut vaccinal et par groupe d'âge, pour la période du 6 juin au 19 juin 2022.



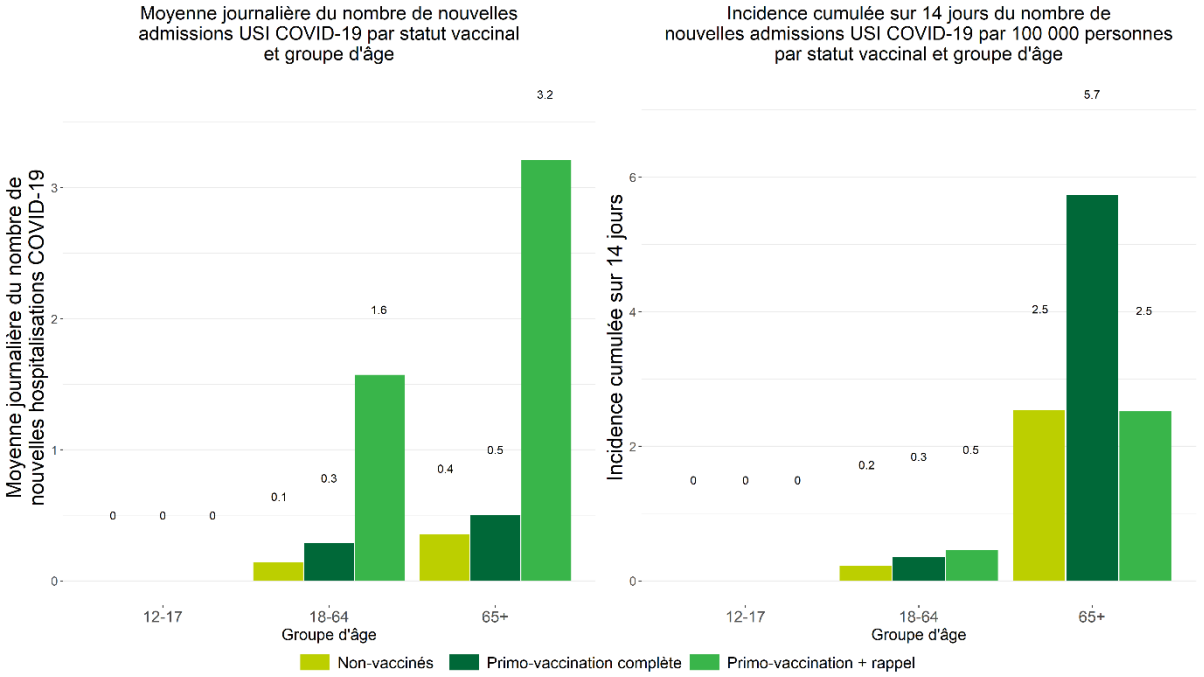
Source : Surveillance de la capacité hospitalière. Le délai entre la vaccination et l'hospitalisation n'étant pas connu dans cette surveillance, le délai de 14 jours à considérer après la vaccination n'est pas pris en compte dans la définition des catégories vaccinales. Les personnes partiellement vaccinées 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	100 %	Non détectable	Non détectable
18-64	Non détectable	21,6%	54,9%
65+	Non détectable	Non détectable	69,0%

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 6 juin au 19 juin 2022.



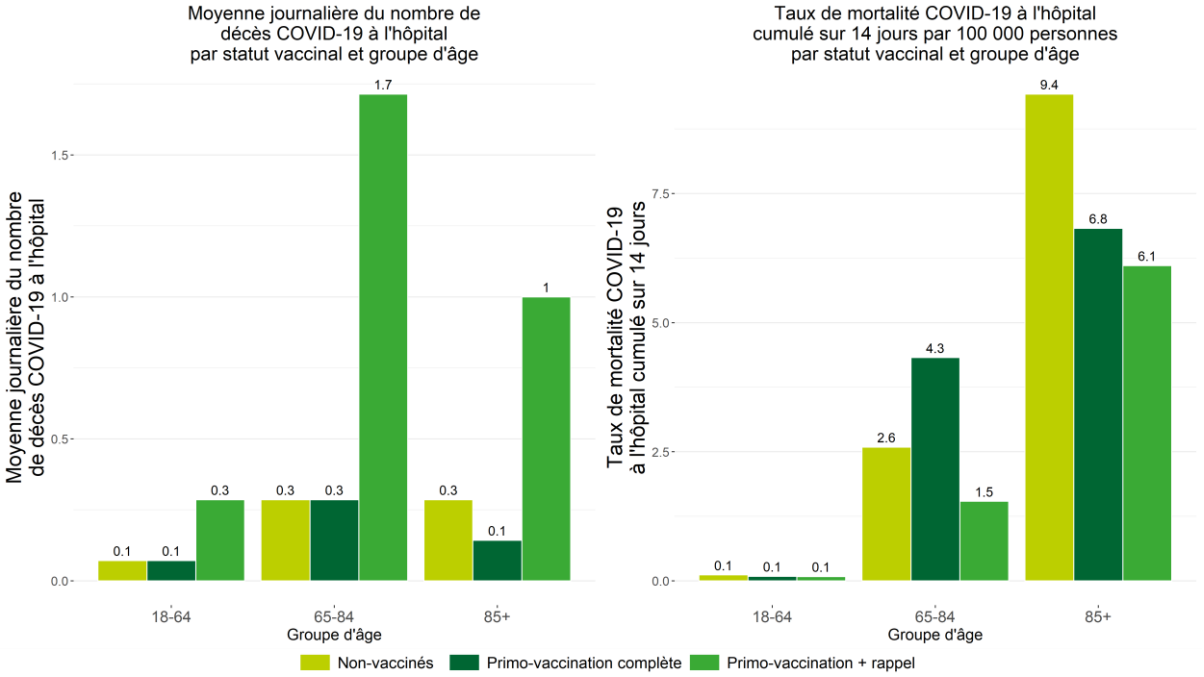
Source : Surveillance de la capacité hospitalière. Le délai entre la vaccination et l'hospitalisation n'étant pas connu dans cette surveillance, le délai de 14 jours à considérer après la vaccination n'est pas pris en compte dans la définition des catégories vaccinales. Les personnes partiellement vaccinées 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	Non détectable	Non détectable	Non détectable
18-64	Non détectable	Non détectable	Non détectable
65+	Non détectable	0,87%	56,1%

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 6 juin au 19 juin 2022.

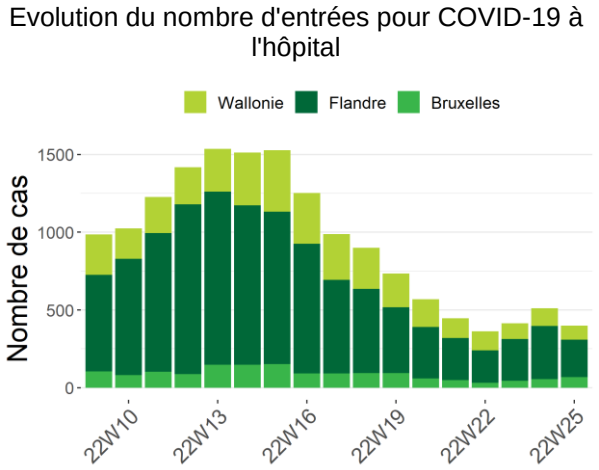


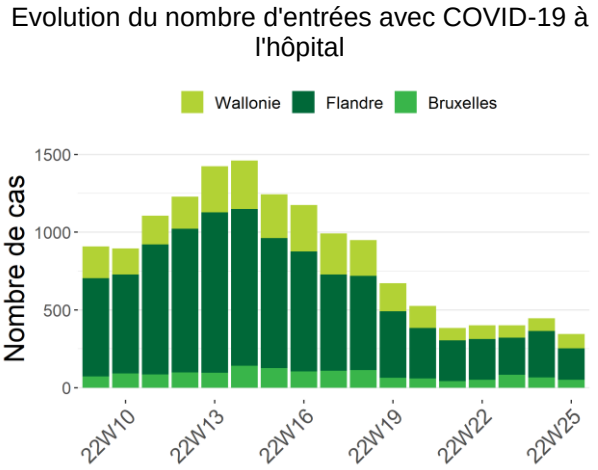
Source : Surveillance de la capacité hospitalière. Le délai entre la vaccination et le décès n'étant pas connu dans cette surveillance, le délai de 14 jours à considérer après la vaccination n'est pas pris en compte dans la définition des catégories vaccinales. Les personnes partiellement vaccinées ou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

3.5. HOSPITALISATIONS POUR COVID-19

3.5.1. Situation dans les hôpitaux

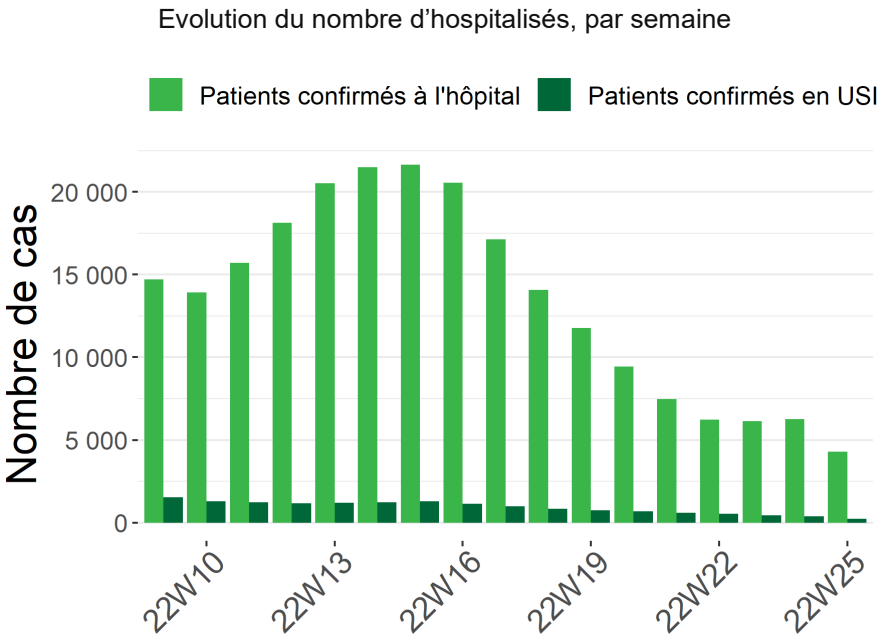
Au cours de la période du 17 juin 2022 au 23 juin 2022, 615 patients ont été hospitalisés en raison de COVID-19 (“hospitalisation pour COVID-19”) et 511 patients ont été hospitalisés pour une autre raison mais ont été testés positifs au COVID-19 dans le cadre d’un screening (“hospitalisation avec COVID-19”). Les figures ci-dessous présentent l’évolution des entrées à l’hôpital pour et avec COVID-19. Sur cette même période, 849 personnes ont quitté l’hôpital.





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

Le 23 juin 2022, 1 083 lits d’hôpital dont 69 lits en unité de soins intensifs étaient occupés par des patients COVID-19 confirmés en laboratoire ; 17 patients nécessitaient une assistance respiratoire et 0 une ECMO (Oxygénation par membrane extra-corporelle). Au cours des 7 derniers jours, le nombre total de lits d’hôpital occupés a augmenté de 186, dont 21 lits occupés supplémentaires en soins intensifs.



Nombre d’hôpitaux participants : 103 (23 juin 2022)

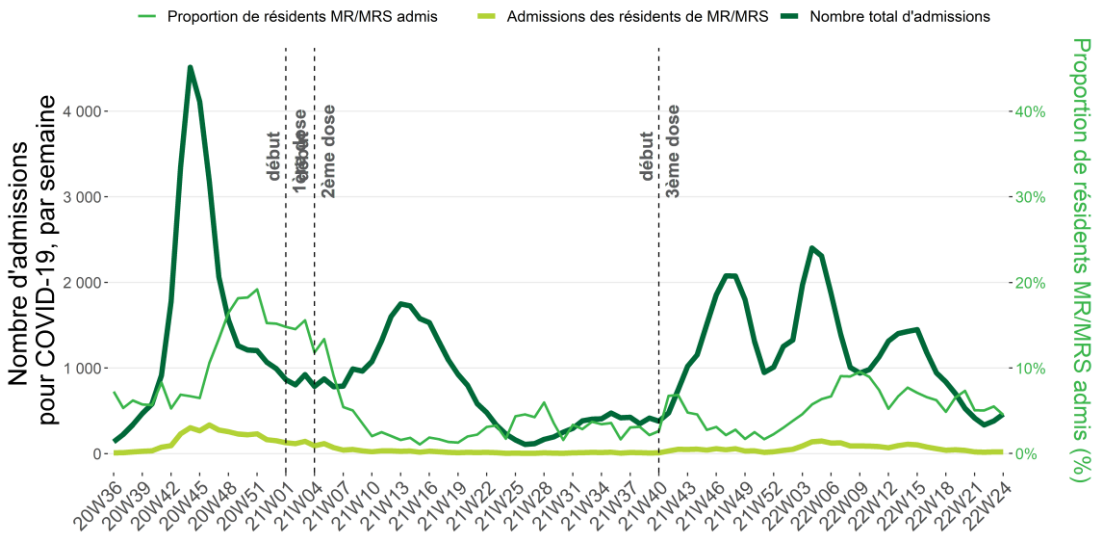
3.5.2. Provenance des patients hospitalisés pour COVID-19

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 615 admission rapportés pour la période du 17 juin 2022 au 23 juin 2022, 551 nouvelles admissions ont été rapportées avec une distinction selon la provenance du patient. Pour cette période, 19 (sur les 551) 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

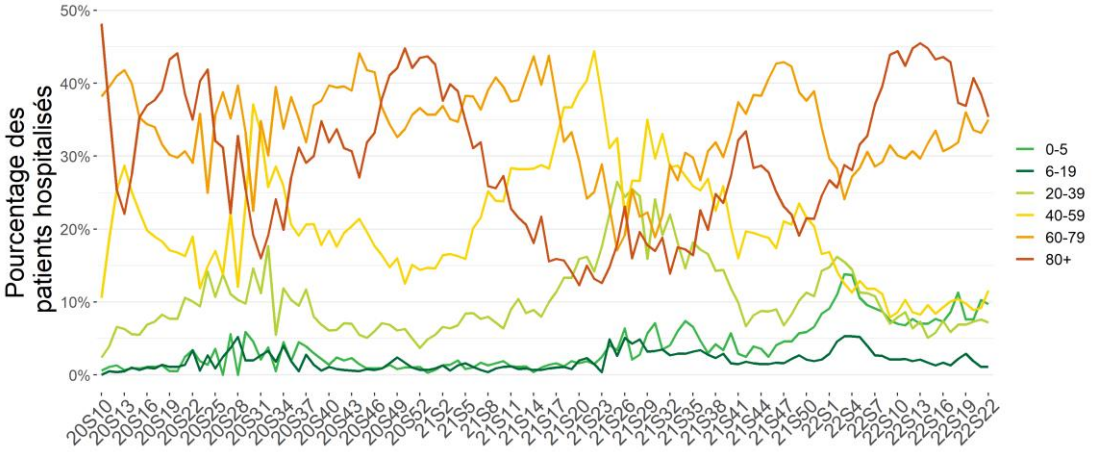
La surveillance clinique des patients COVID-19 hospitalisés permet de suivre l'évolution des caractéristiques des patients admis dans les hôpitaux. Ces données sont représentatives des patients au niveau national. Cependant la surveillance clinique n'est pas exhaustive, et concerne environ 60 % à 70 % 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, 47,7% des patients hospitalisés sont des femmes, 52,3% 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.

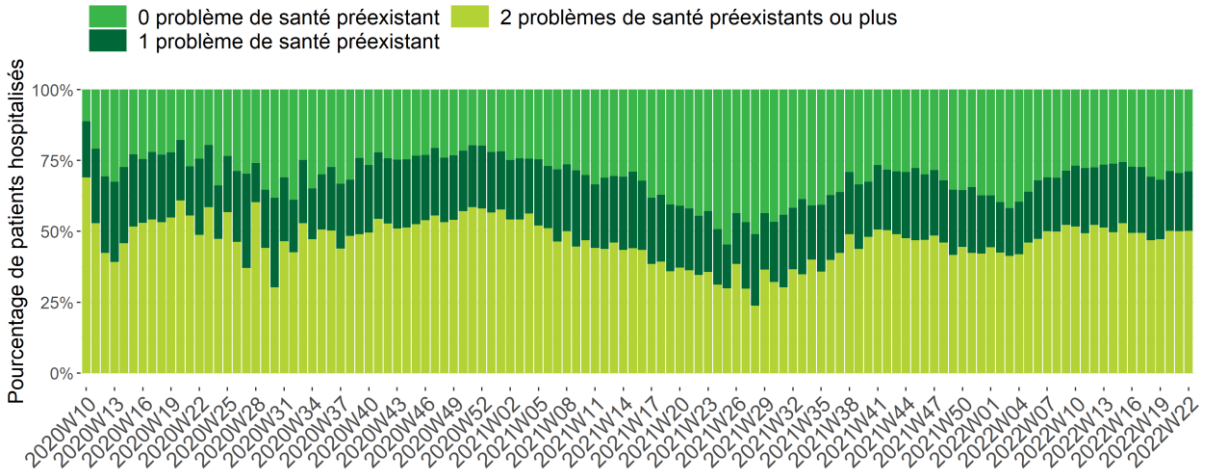
Évolution par semaine de la répartition par âge des patients admis à l'hôpital, jusqu'à la semaine 22 (30/05/22-05/06/22)



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

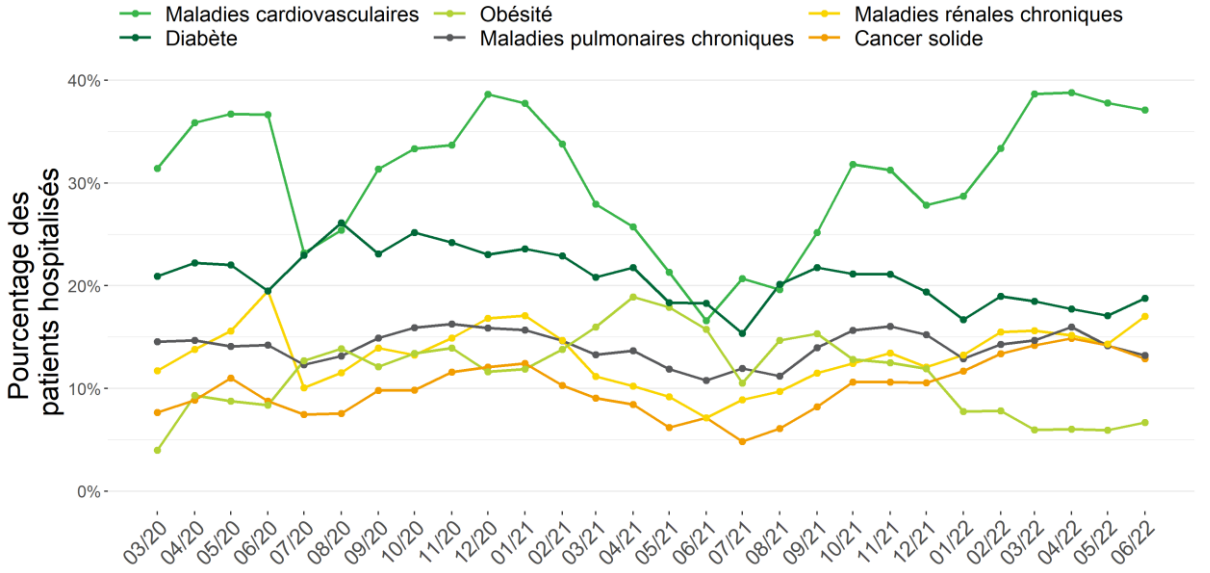
Problèmes de santé préexistants: La figure ci-dessous montre la proportion de patients COVID-19 admis à l'hôpital par semaine qui ne présentent aucun, un ou plusieurs problèmes de santé préexistants.

Evolution par semaine de la proportion de patients présentant ou non des problèmes de santé préexistants, jusqu'à la semaine 22 (30/05/22-05/06/22)



Parmi tous les patients hospitalisés pour COVID-19 depuis le début de l'épidémie, 32,1% avaient une maladie cardiovasculaire, 21,3% le diabète, 14,7% une maladie pulmonaire chronique, 11,4% de l'obésité, 13,5% une maladie rénale chronique et 10,5% 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 23 juin 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**	**69**	**3%**
Antwerpen	301	7	2%
Brabant wallon	23	2	9%
Hainaut	259	7	3%
Liège	230	6	3%
Limburg	145	7	5%
Luxembourg	43	3	7%
Namur	97	1	1%
Oost-Vlaanderen	265	12	5%
Vlaams-Brabant	139	4	3%
West-Vlaanderen	221	8	4%
Région bruxelloise	269	12	4%

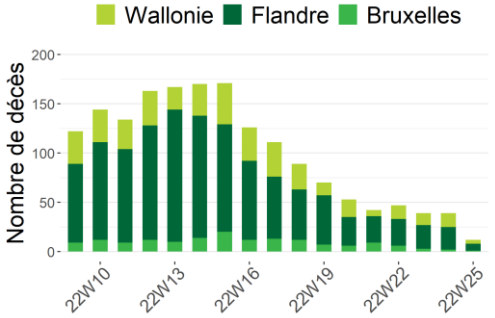
*Nombre total de lits USI accrédités en novembre 2020. Celui-ci comprend à la fois les lits USI mis à disposition des patients COVID-19 et les lits USI disponibles pour les autres patients.

3.6. ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ COVID-19

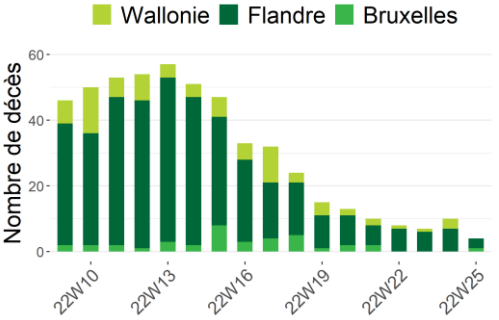
3.6.1. Mortalité par région

Pour la période du 14 juin 2022 au 20 juin 2022, 36 décès ont été rapportés, 56% étaient des hommes et 44% des femmes; 20 en Flandre, 14 en Wallonie et 2 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

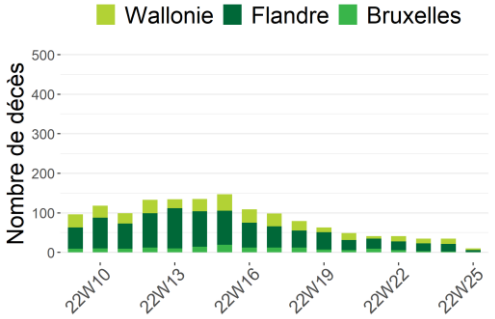


Evolution du nombre de décès COVID-19 parmi les résidents des maisons de repos (tous lieux de décès confondus) par région et par semaine, depuis la semaine 09

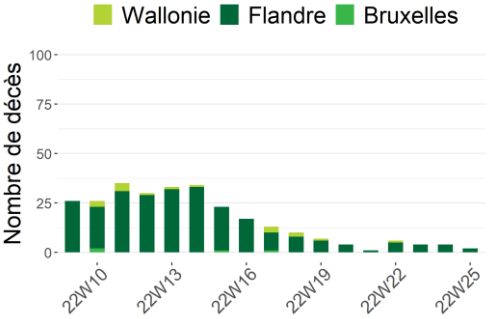


Note : Les données des dernières 72 heures doivent encore être consolidées.

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

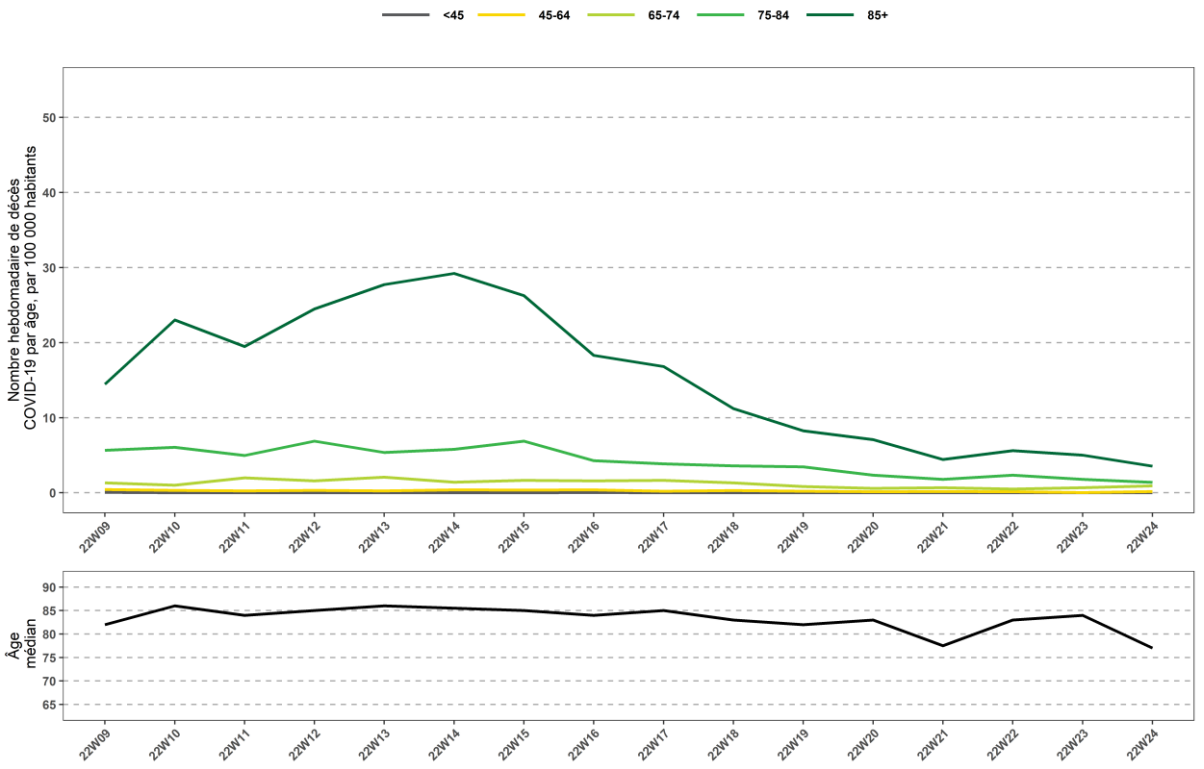


Evolution du nombre de décès COVID-19 en maisons de repos par région et par semaine



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 14 juin 2022 au 20 juin 2022**

Lieu de décès	Flandre		Bruxelles		Wallonie		Belgique	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hôpital	15	75%	2	100%	14	100%	31	86%
Cas confirmés	*15*	*100%*	*2*	*100%*	*12*	*86%*	*29*	*94%*
Cas possibles	*0*	*0%*	*0*	*0%*	*2*	*14%*	*2*	*6%*
Maison de repos	5	25%	0	0%	0	0%	5	14%
Cas confirmés	*1*	*20%*	*0*	*N/A*	*0*	*N/A*	*1*	*20%*
Cas possibles	*4*	*80%*	*0*	*N/A*	*0*	*N/A*	*4*	*80%*
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	20	100%	2	100%	14	100%	36	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 14 juin 2022 au 20 juin 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	8	0,59
Liège	3	0,27
Limburg	2	0,23
Luxembourg	0	0,00
Namur	3	0,60
Oost-Vlaanderen	5	0,32
Vlaams-Brabant	4	0,34
West-Vlaanderen	2	0,17
Région bruxelloise	2	0,16

*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)

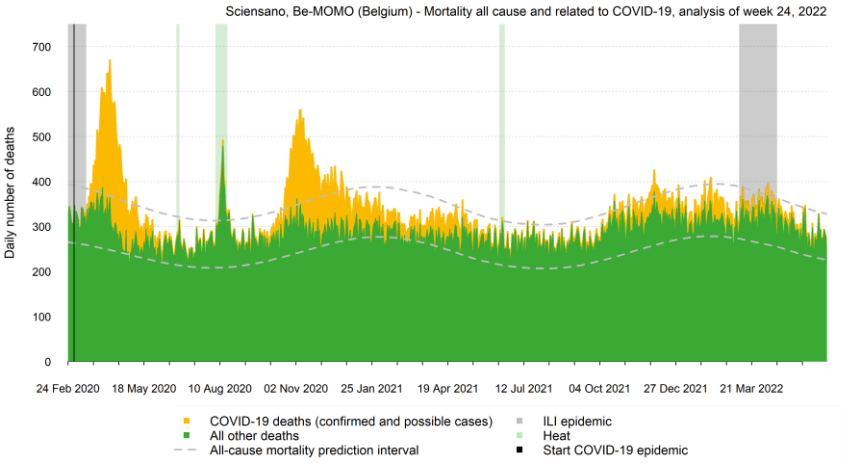
En Belgique, la surveillance de la mortalité (toutes causes confondues), Be-MOMO, est basée sur les données du Registre National. Il y a 2 semaines d'attente nécessaires pour obtenir une exhaustivité de plus de 95 %, les chiffres des dernières semaines sont donc préliminaires. Pour plus d'informations 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 22 (30 mai 2022) n'a pas présenté de surmortalité statistiquement significative sur l'ensemble de la population belge. Il y a eu un jour de surmortalité statistiquement significative chez les femmes (tous âges). Cette surmortalité était principalement présente en Flandre. Durant cette semaine, 0,5% de l'ensemble des décès observés étaient associés à la COVID-19.

Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 12/06/22 (sur base des données collectées jusqu'au 18/06/22), Belgique

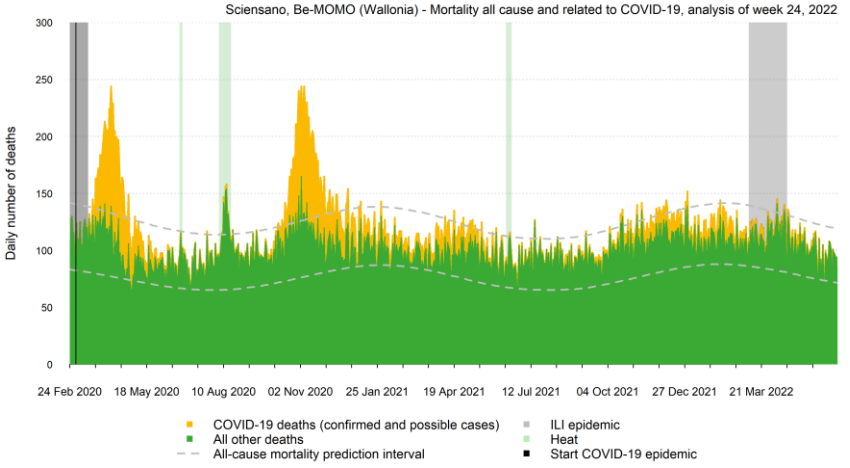


Comment lire ce graphique ? Quand le nombre de décès par jour dépasse les limites supérieures ou inférieures des décès prévus par la modélisation (lignes pointillées grises), il y a une surmortalité ou une sous-mortalité statistiquement significative. La zone orange représente le nombre de décès lié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

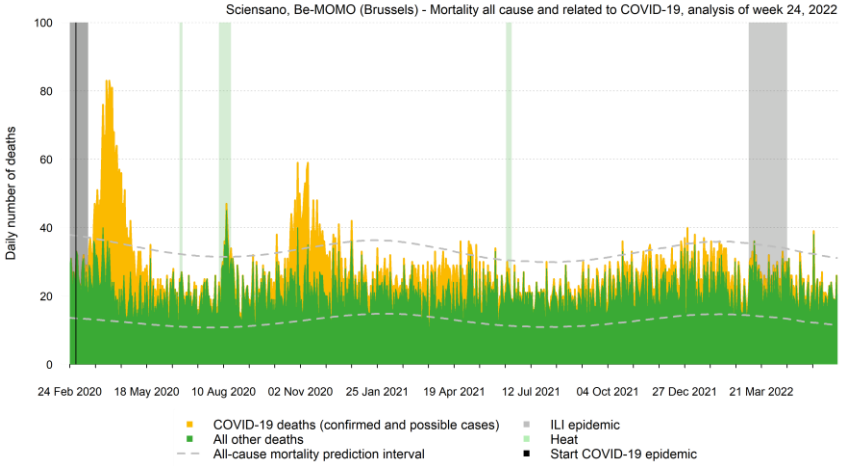
Nombre de décès toutes causes confondues par semaine (Belgique)

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-W19	9/5/2022	2 032	2 042	-	0	-	17,5
2022-W20	16/05/2022	2 077	2 013	64	2	3.2	17,9
2022-W21	23/05/2022	1 884	1 986	-	0	-	16,3
2022-W22	30/05/2022	2 025	1 961	64	0	3.3	17,5

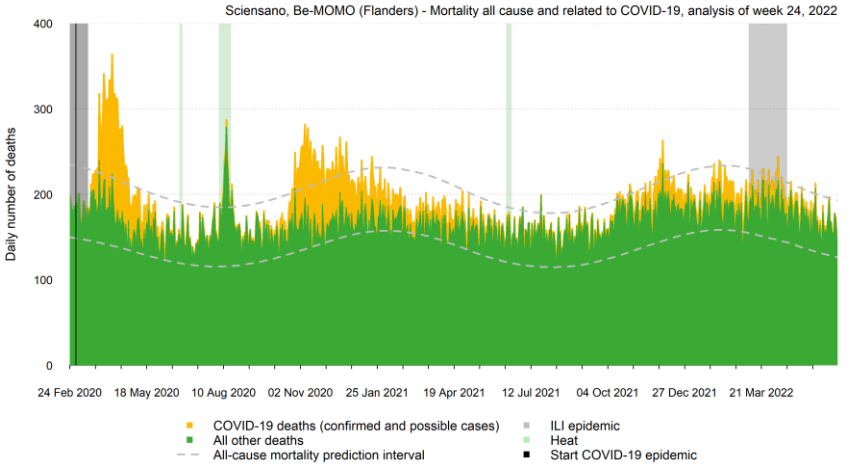
Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 12/06/22 (sur base des données collectées jusqu'au 18/06/22), Wallonie



Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 12/06/22 (sur base des données collectées jusqu'au 18/06/22), Bruxelles



Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 12/06/22 (sur base des données collectées jusqu'au 18/06/22), Flandre



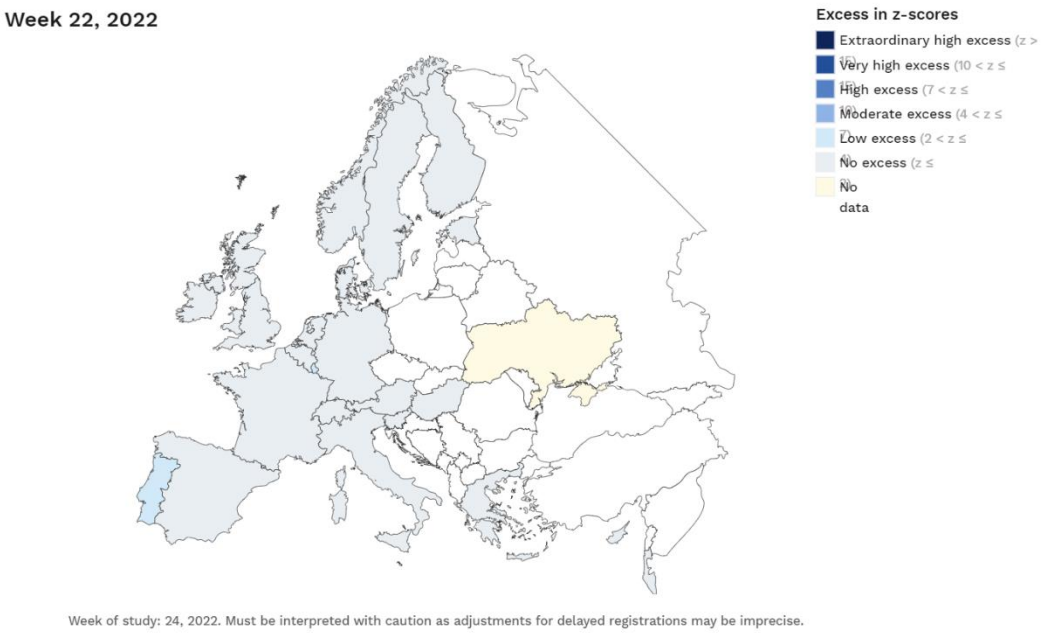
La surmortalité durant l'épidémie de COVID-19

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 22 (du 30/05/22 au 05/06/22)

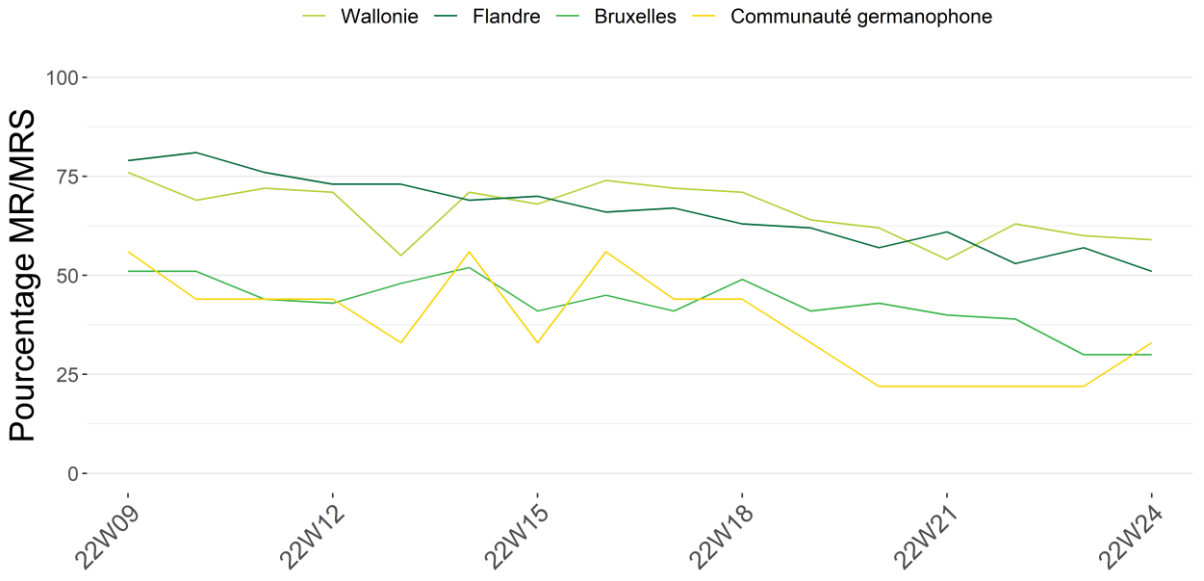


3.8. SURVEILLANCE EN MAISON DE REPOS ET DE SOINS

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 15/06/22 au 21/06/22 (inclus), est de 51 % en Flandre, 59 % en Wallonie, 30 % à Bruxelles et 33 % en Communauté germanophone.

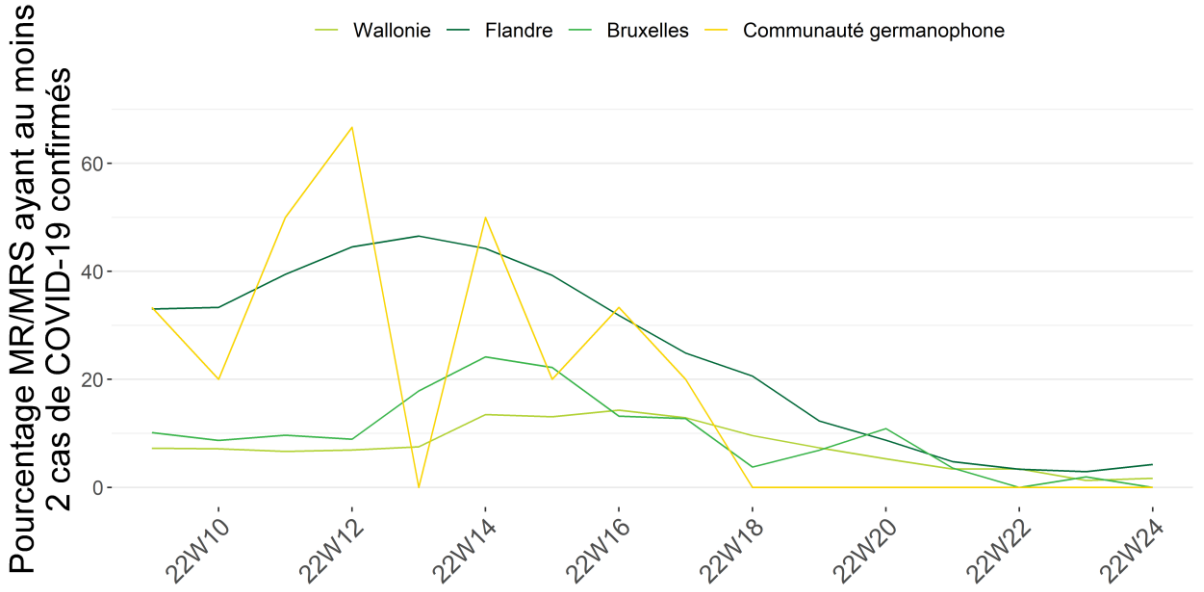
Pourcentage de MR/MRS ayant envoyé leurs données au moins une fois au cours de la semaine concernée (du mercredi au mardi), depuis la semaine 09*



*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 28 février 2022.

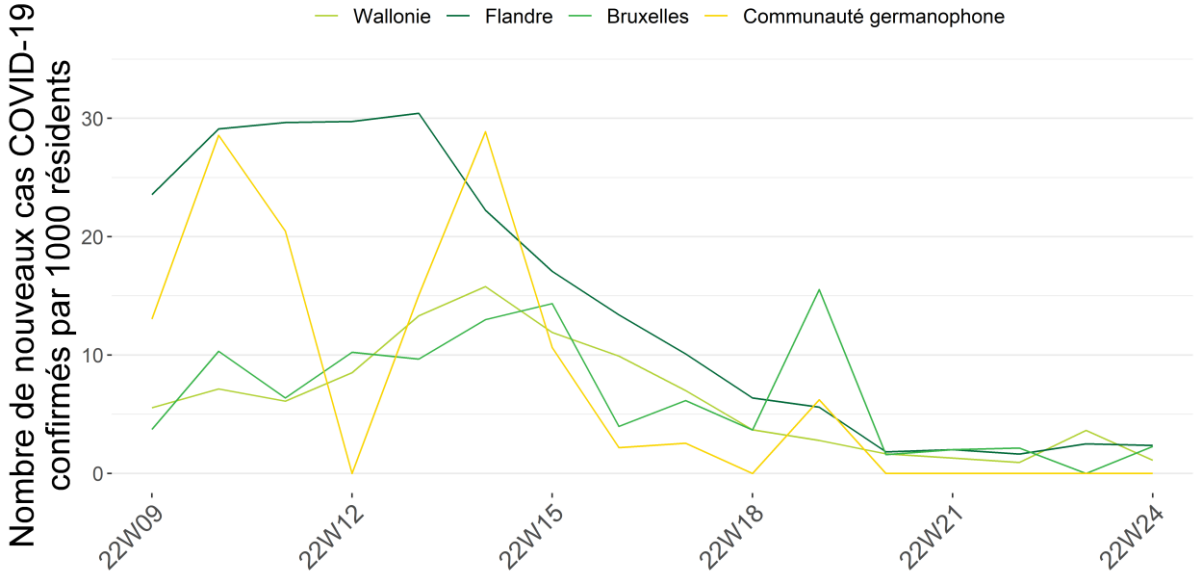
Pourcentage de MR/MRS ayant rapporté au moins 2 cas COVID-19 confirmés (le mardi), depuis la semaine 09*



*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.

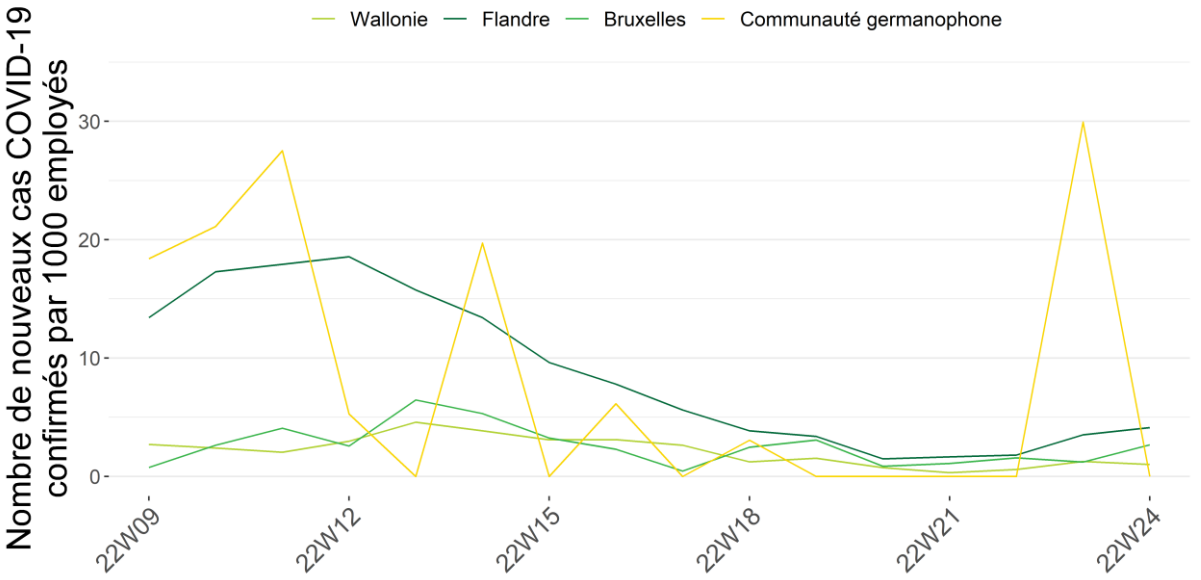
Incidence par semaine des cas COVID-19 confirmés en MR/MRS belges pour 1 000 résidents, par région/communauté, depuis la semaine 09.*



*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.

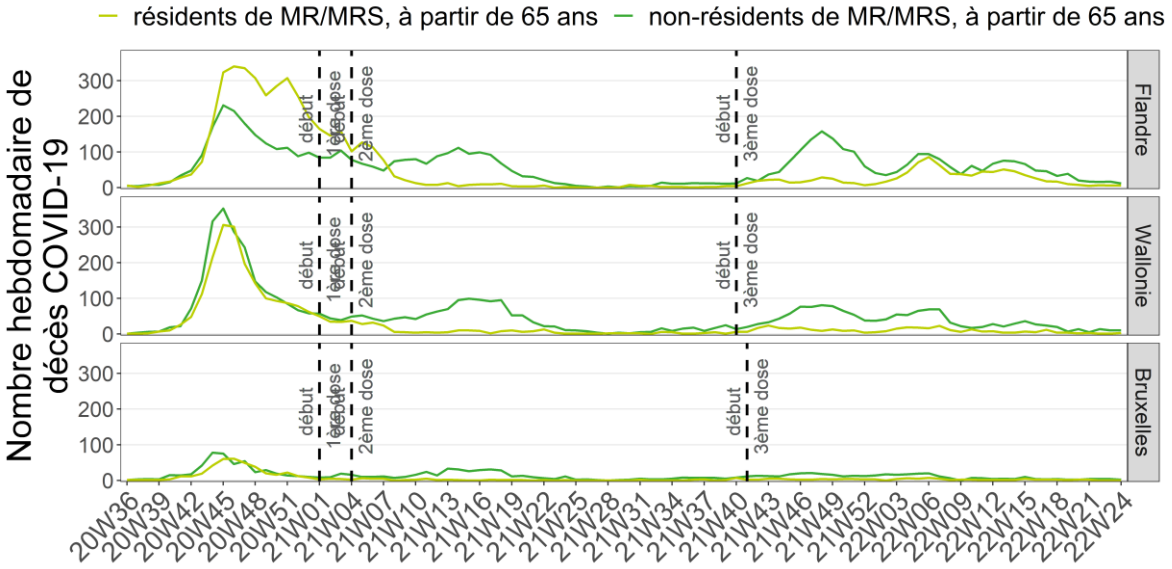
Incidence par semaine des cas COVID-19 confirmés parmi le personnel des MR/MRS belges pour 1 000 employés, par région/communauté, depuis la semaine 09*.



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

Entre 14 juin 2022 et 20 juin 2022, 9 résidents de MR/MRS sont décédés du COVID-19, dont 5 en MR/MRS (5 en Flandre, 0 à Bruxelles, 0 en Wallonie), 4 à l'hôpital (2 en Flandre, 0 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 28/02/22 au 19/06/22

Lieu de décès	Wallonia		Flandres		Bruxelles		Belgique	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hôpital	64	79	140	36	33	89	237	46
Maisons de repos	17	21	252	64	4	11	273	54
TOTAL	81	100	392	100	37	100	510	100

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

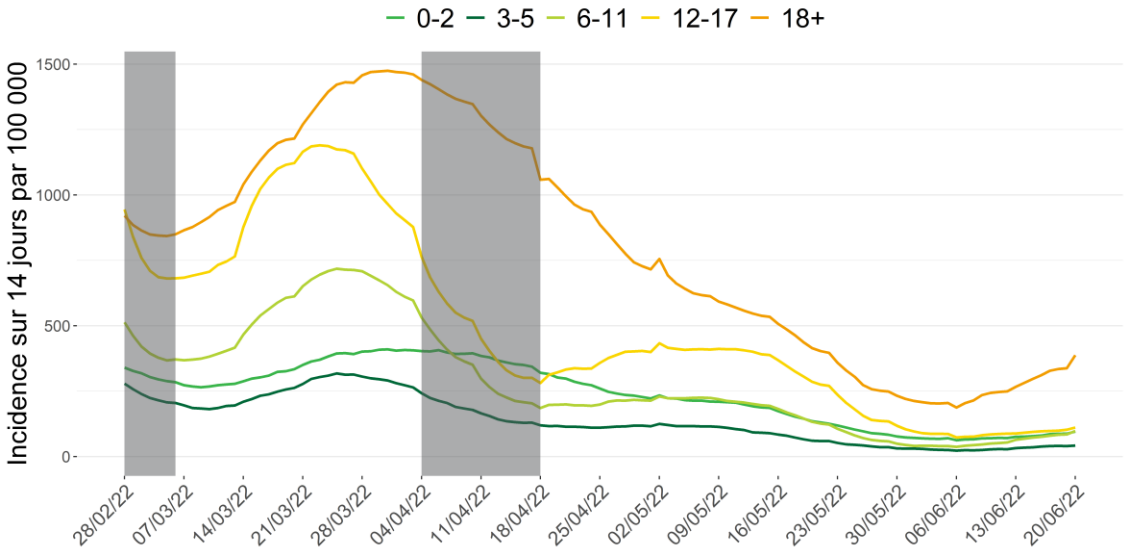
La situation épidémiologique des enfants entre 3 et 17 ans et la situation dans les écoles est suivie de près depuis le début de l'épidémie.

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.

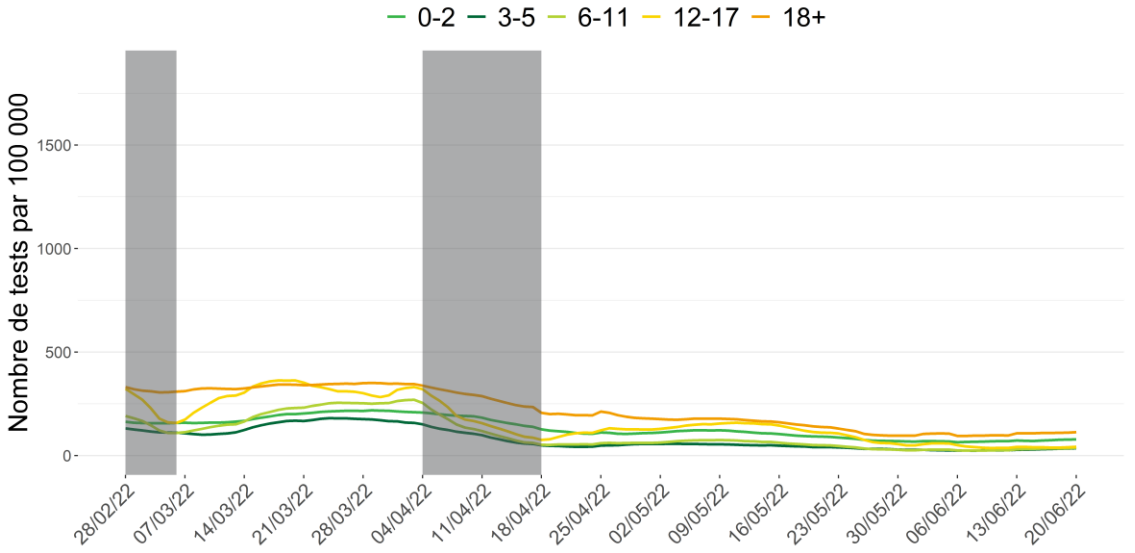
L'évolution du nombre de cas confirmés est calculée à partir des résultats de tests rapportés par les laboratoires. Le nombre de tests effectués (positifs et négatifs) permet d'interpréter l'évolution de l'incidence par tranche d'âge dans le contexte des changements de stratégie de testing. Les groupes 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, 28/02/22 (semaine 09) au 19/06/22 (semaine 24), 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, 28/02/22 (semaine 09) au 19/06/22 (semaine 24), 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 13/06/22 - 19/06/22

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 13 juin 2022 au 19 juin 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.

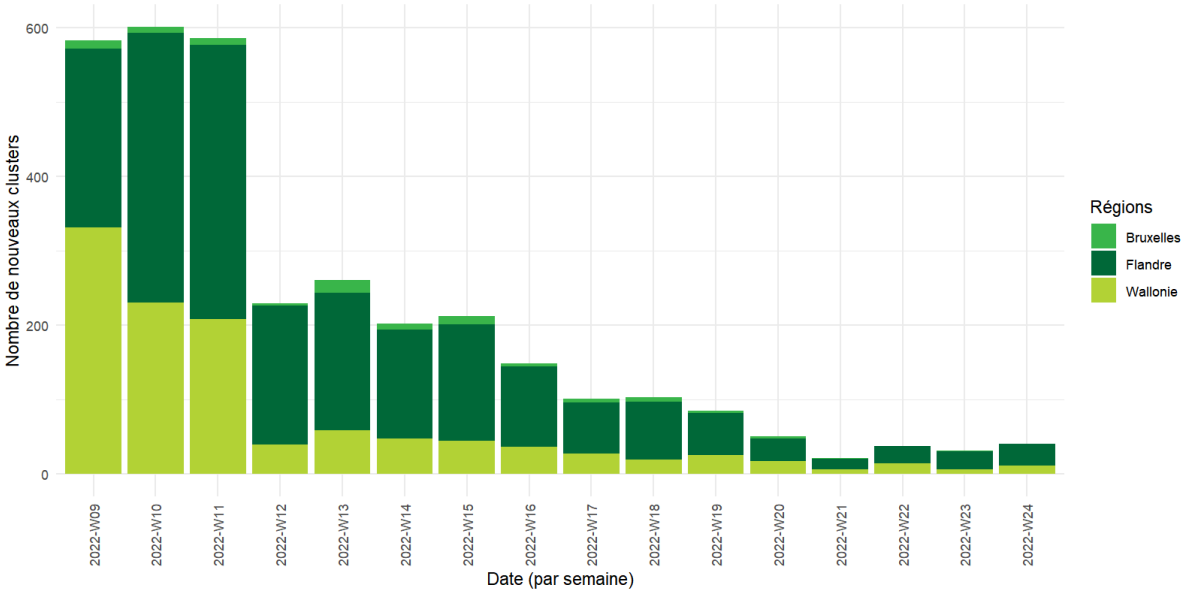
Un **nouveau cluster** est un cluster nouvellement confirmé au cours de la semaine de rapportage. Ce rapportage se fait sur base de différentes sources des données et dépend de différents facteurs qui peuvent varier selon les régions.

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[4] 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.

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

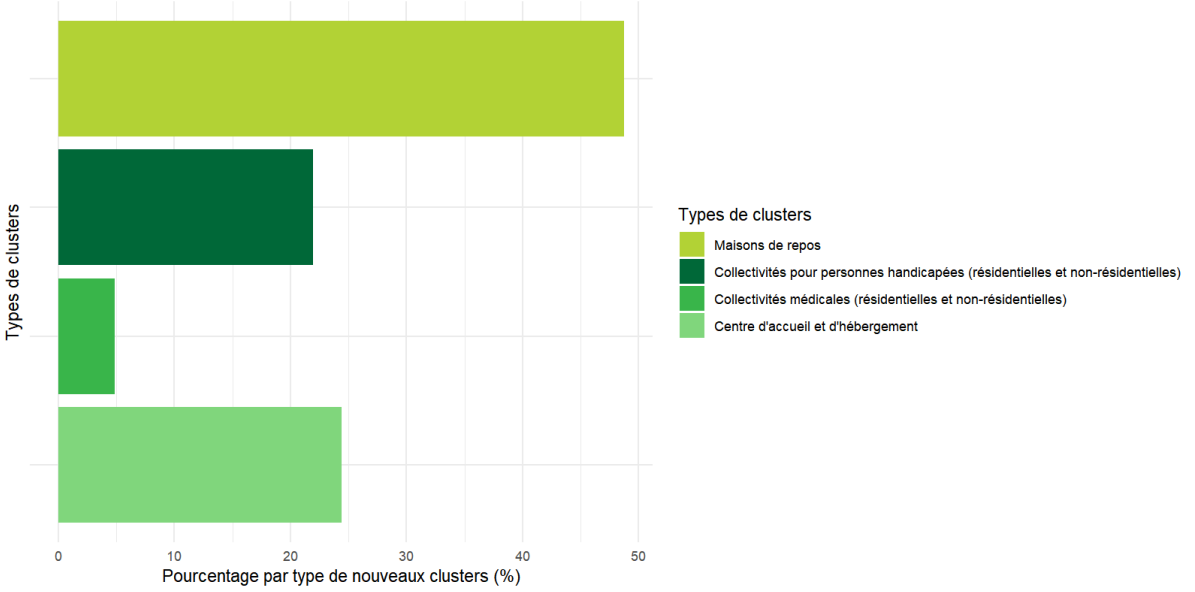
Nombre de nouveaux clusters rapportés par les régions au cours des semaines 09 (2022) à 24 (2022)



Au cours de la période du 13/06/22 au 19/06/22 2021, 41 nouveaux clusters (pour lesquels 101 cas ont été identifiés) ont été rapportés.

Les nouveaux clusters signalés pour la semaine 24 se trouvent principalement dans les maisons de repos (48,8%), les centres d'accueil et d'hébergement de type social (y compris le milieu carcéral) (24,4%), les résidences pour personnes handicapées (22%) 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.) (4,9%).

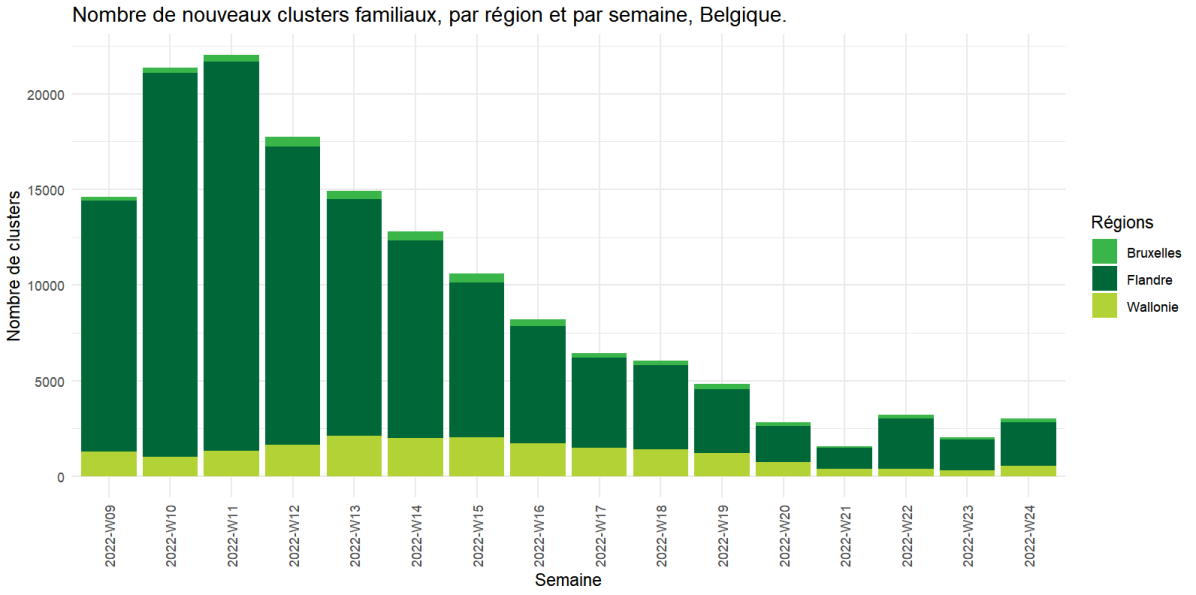
Répartition des nouveaux clusters rapportés par les régions par type de cluster, Belgique, semaine 24 (13/06/22 au 19/06/22)



3.10.2. Clusters familiaux pour la semaine du 13/06/22 au 19/06/22

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 09 (2022) à 24 (2022)



3.11. SURVEILLANCE PAR DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

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

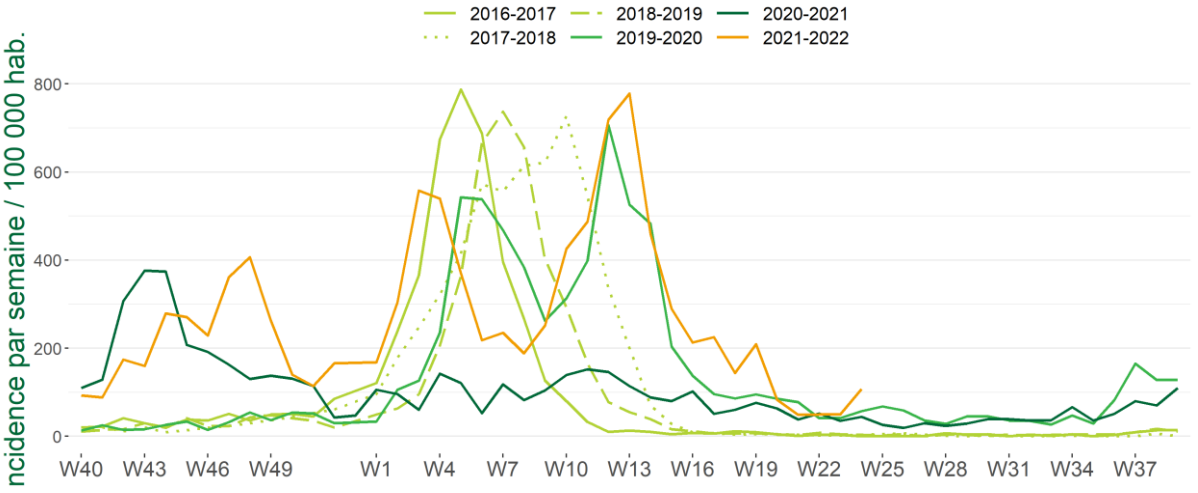
Le réseau sentinelle des médecins généralistes enregistre en continu les consultations en médecine générale pour les syndromes grippaux et les infections aiguës des voies respiratoires. Etant donné que ces symptômes peuvent être causés par des pathogènes différents du virus de la grippe, des échantillons 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 13 juin 2022 au 19 juin 2022, l'incidence des consultations auprès d'un généraliste pour des symptômes grippaux a augmenté à 107 consultations pour 100000 habitants par semaine.

Symptômes de la grippe: Incidence des consultations chez le généraliste

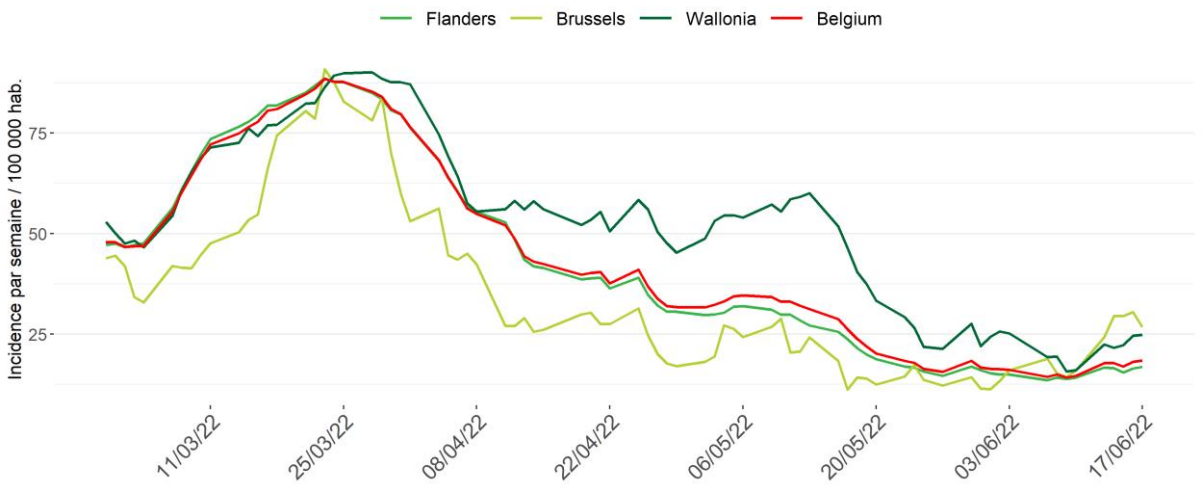


3.11.2. Enregistrement des patients avec suspicion de COVID-19 dans le baromètre des médecins généralistes

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 fluctué ces dernières semaines, avec une légère tendance à la hausse dans l'ensemble. En semaine 24, une moyenne nationale de 18 contacts pour 100 000 habitants par jour a été enregistrée, comparé à 15/100 000 la semaine précédente 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 22 juin 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.

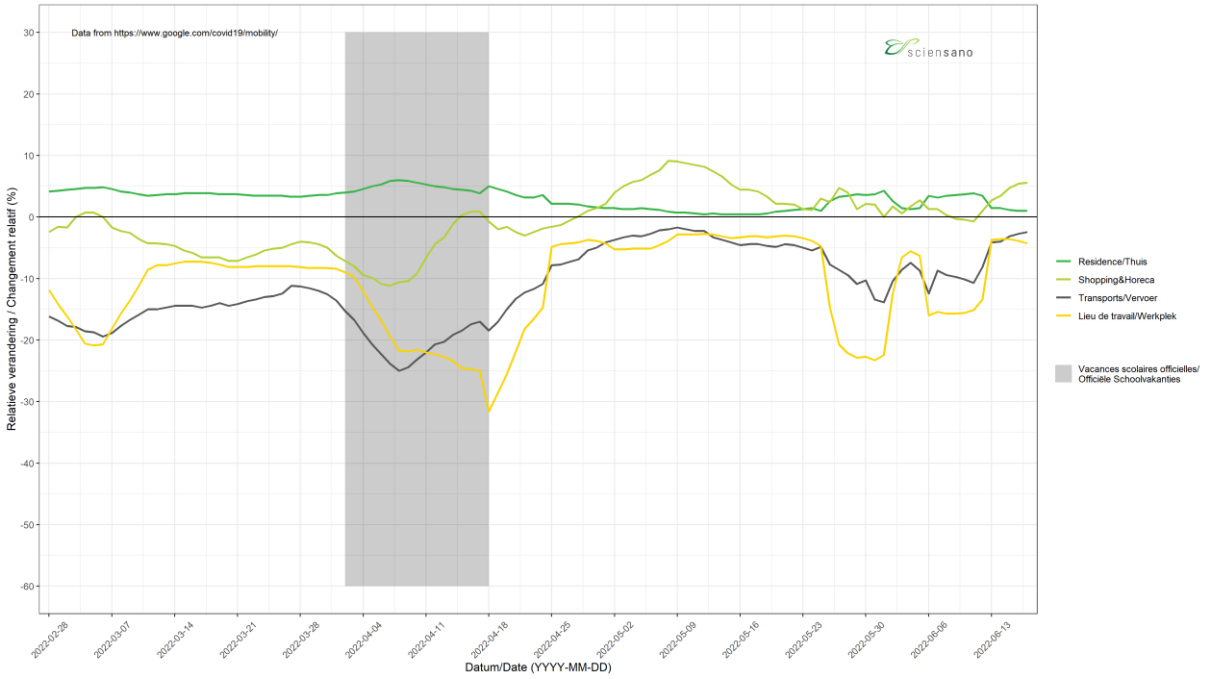
Les données sur la mobilité de la communauté donnent un aperçu de la mobilité dans une région ou un pays. Il s'agit de bases de données agrégées et anonymisées provenant des nombreux utilisateurs qui partagent leur localisation avec Google. Celles-ci n'incluent donc pas les données pour l'ensemble de 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[5] 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 28 février 2022, 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)



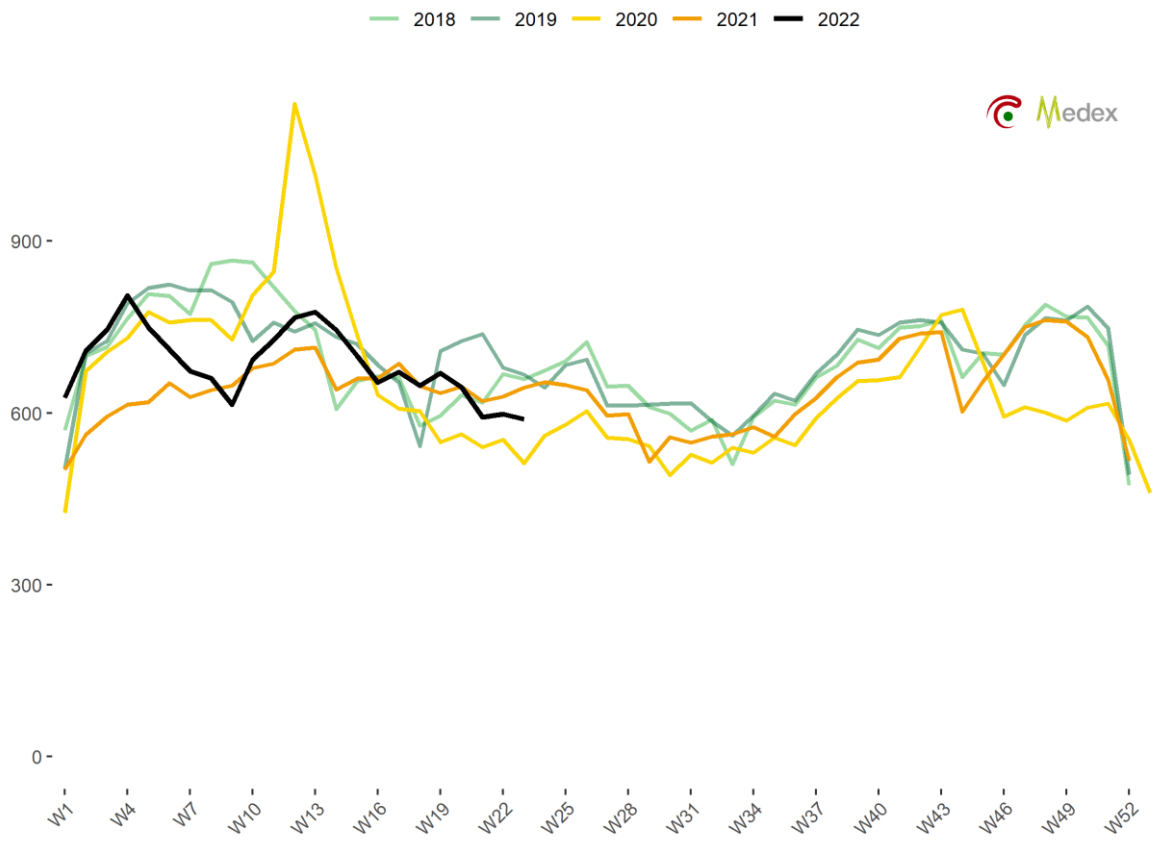
[5] des lieux comme les restaurants, les cafés, les centres commerciaux, les parcs à thème, les musées, les bibliothèques et les cinémas

3.13. 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.

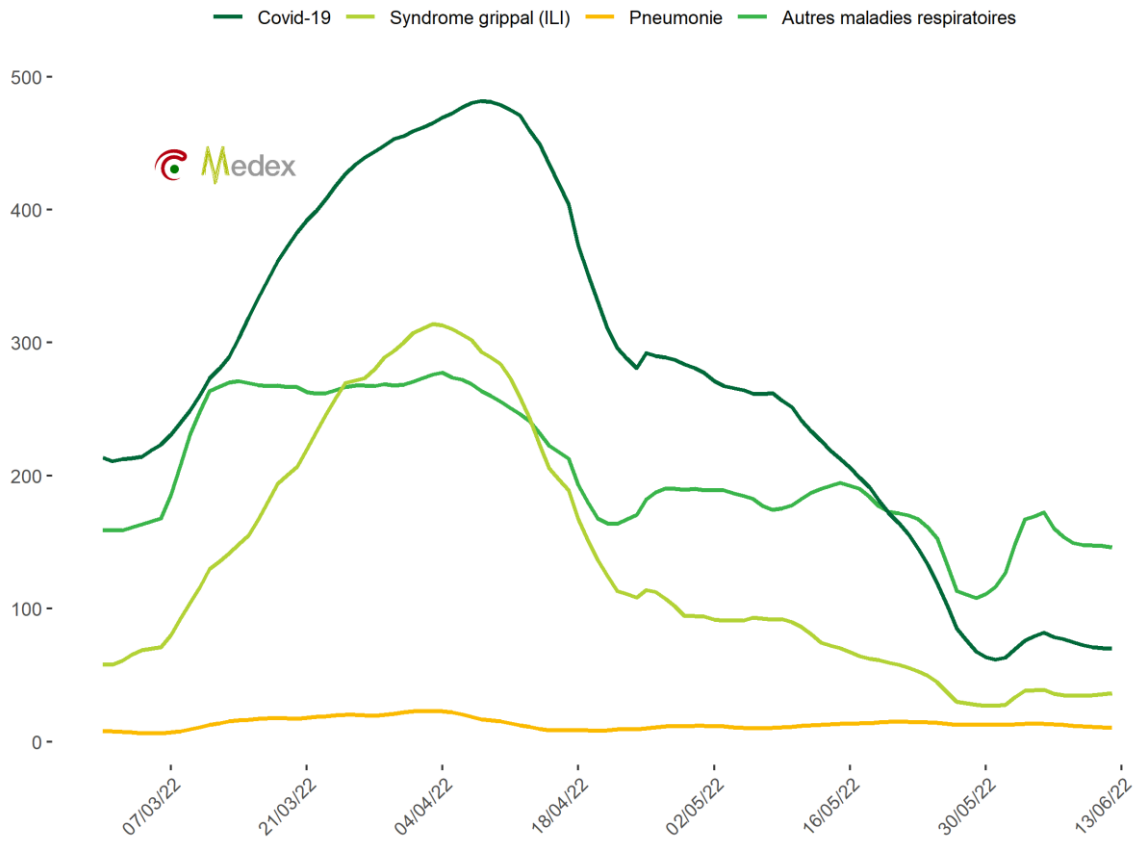
Nombre d'absences pour maladie par 10 000 fonctionnaires (MEDEX)



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

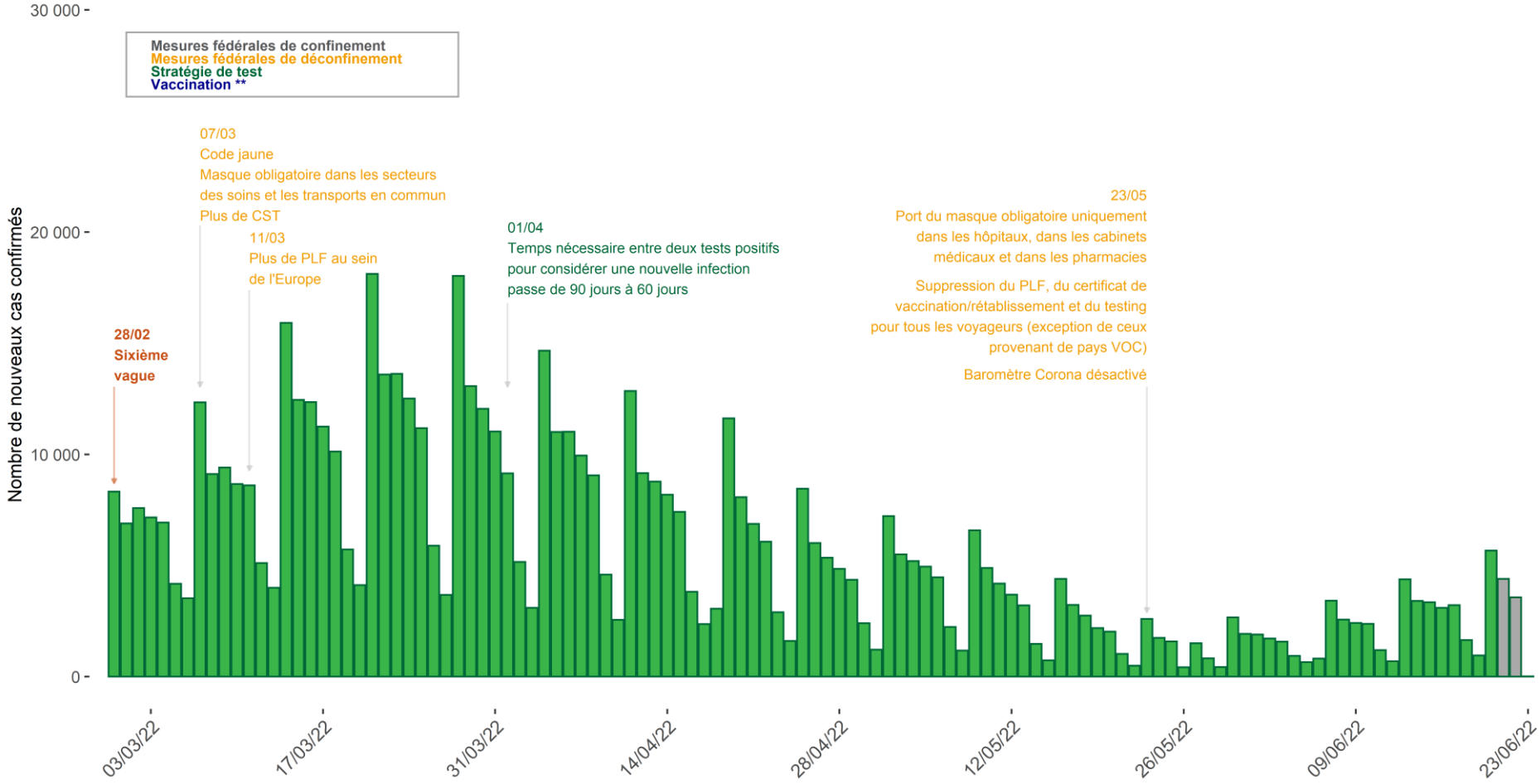
Le diagnostic apposé par le médecin est disponible sur le certificat MEDEX d'incapacité de travail. Ces données sont regroupées sur base des codes ICD 9 (Nomenclature OMS) et de texte libre. La figure ci-dessous indique le nombre de fonctionnaires atteint de maladie respiratoire, par diagnostic mentionné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

Nombre de fonctionnaires malades (MEDEX), par diagnostic (maladies respiratoires uniquement) mentionné sur le certificat, évolution journalière depuis le 28/02/22



Source: MEDEX

3.14. 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 sixième vague, c'est-à-dire à partir du 28 février 2022. 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.

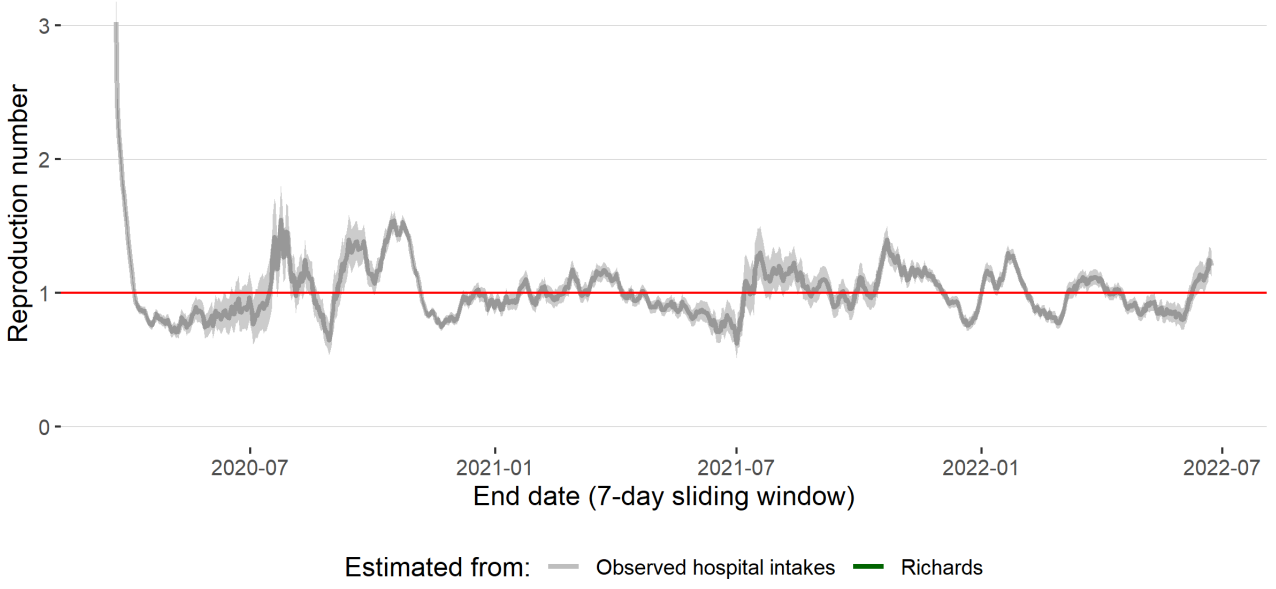
4. Modélisation

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 (17/06/22 au 23/06/22)	1,203	1,110-1,300

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	**1,193**	**1,177**	**1,209**
Antwerpen	**1,197**	1,159	1,236
Brabant wallon	**1,181**	1,100	1,265
Hainaut	**1,336**	1,279	1,394
Liège*	**1,104**	1,036	1,175
Limburg	**1,186**	1,119	1,255
Luxembourg	**1,137**	1,033	1,245
Namur	**1,095**	1,008	1,184
Oost-Vlaanderen	**1,175**	1,137	1,213
Vlaams-Brabant	**1,166**	1,121	1,211
West-Vlaanderen	**1,192**	1,146	1,238
Région bruxelloise	**1,227**	1,179	1,276
Deutschsprachige Gemeinschaft	**0,883**	0,734	1,045

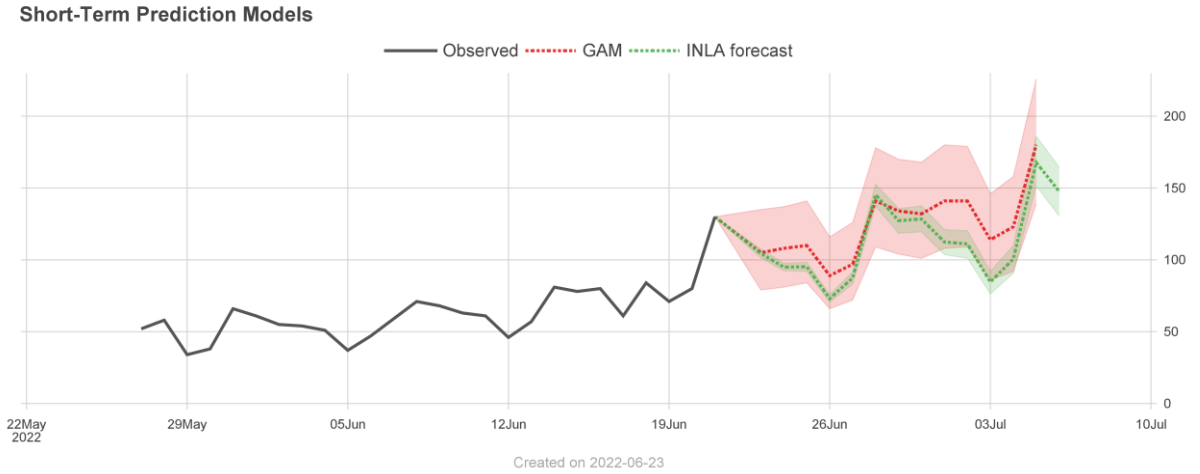
*Les estimations pour la province de Liège incluent les valeurs de la Communauté germanophone

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.

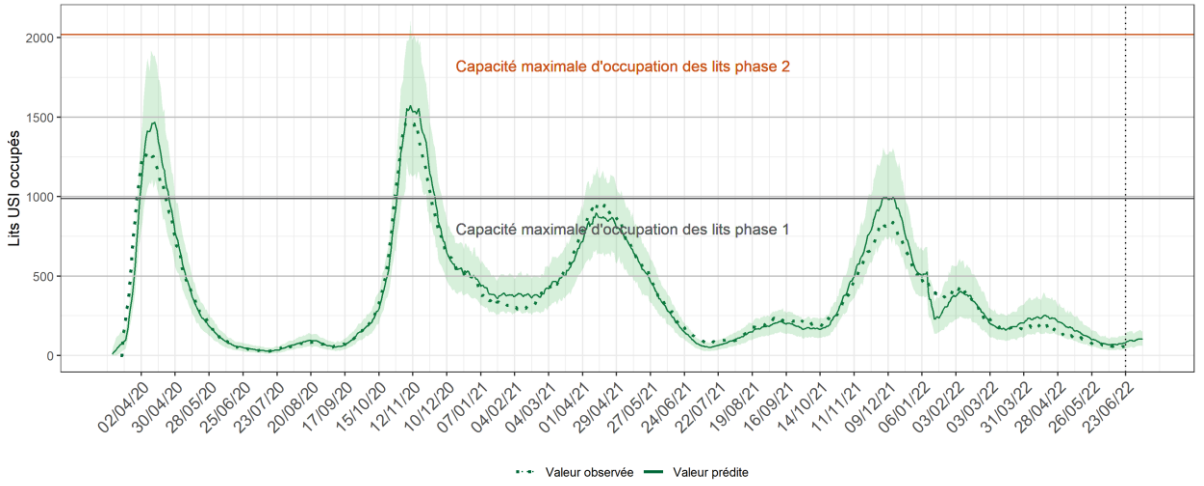
4.3. MODÈLE DE PRÉDICTION DU TAUX D'OCCUPATION DES LITS EN SOINS INTENSIFS

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.

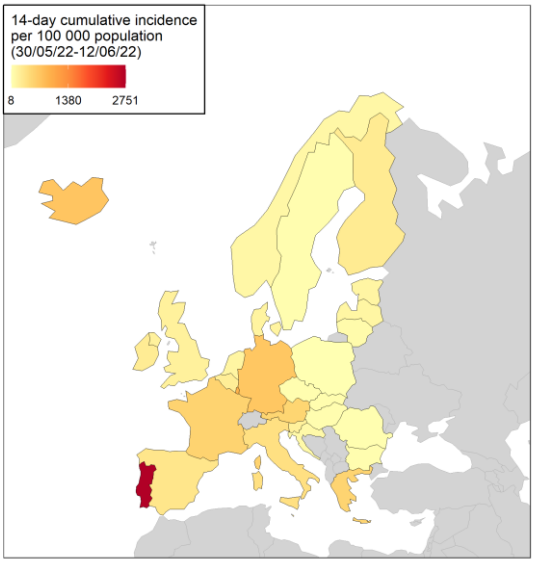
Date	Valeur observée	Valeur prédite	2,5% IC	97,5% IC
2022-06-22	56	79	41	124
2022-06-23	69	81	42	131
2022-06-24		88	46	152
2022-06-25		91	48	147
2022-06-26		95	49	154
2022-06-30		91	51	140

5. Situation épidémiologique en Europe

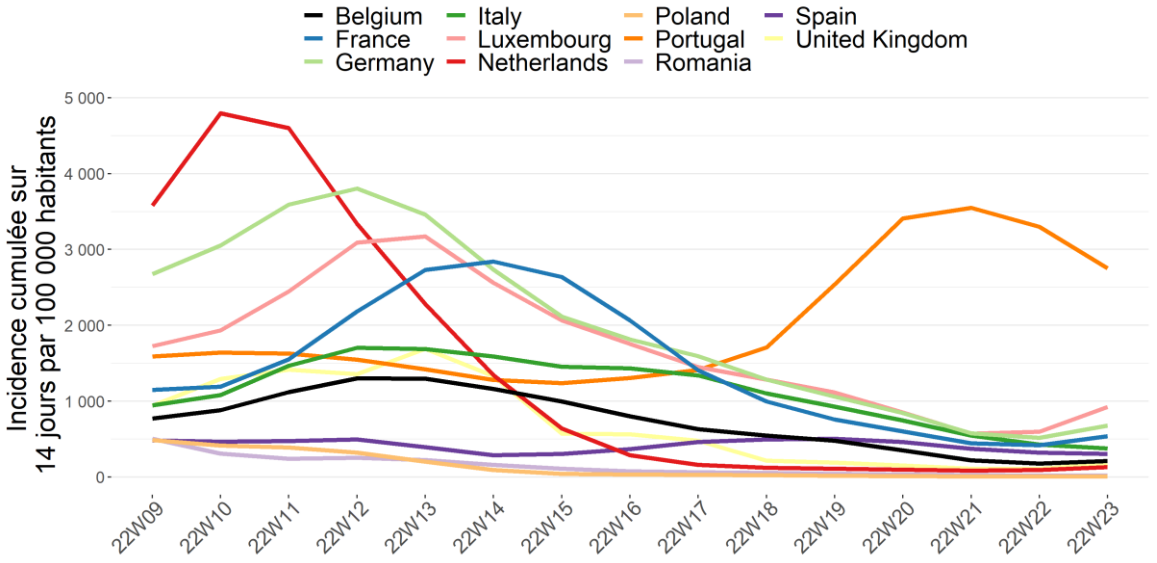
Note: Les données européennes de cette semaine n'avaient pas été mises à jour au moment de la rédaction de ce rapport

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 (30/05/22 - 12/06/22)



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 (30/05/22-12/06/22)	Incidence/100 000 for the last 2 weeks (30/05/22-12/06/22)
Portugal	4 962 131	283 321	2 751
Luxembourg	278 235	5 860	923
Iceland	192 039	2 571	697
Germany	26 854 389	564 584	679
France	29 910 679	362 763	536
Greece	3 503 584	55 609	521
Austria	4 318 626	45 069	505
Liechtenstein	17 506	165	422
Italy	17 758 795	222 887	376
Spain	12 551 089	144 548	305
Malta	96 148	1 569	304
Finland	1 114 573	13 935	252
Ireland	1 549 848	12 008	240
Belgium	4 170 786	24 519	212
Slovenia	1 028 376	3 715	176
United Kingdom	22 395 790	118 094	174
Denmark	2 827 419	8 379	143
Netherlands	8 106 145	22 537	129
Estonia	563 454	1 621	122
Latvia	828 187	2 253	119
Norway	1 441 387	5 309	98
Croatia	1 139 816	3 399	84
Lithuania	1 402 060	1 693	61
Slovakia	2 544 423	2 046	37
Hungary	1 923 203	3 282	34
Bulgaria	1 166 859	2 200	32
Czechia	3 919 548	3 288	31
Sweden	2 511 512	3 159	30
Romania	2 912 041	3 997	21
Poland	6 018 262	2 853	8
Cyprus	NA	NA	NA

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	23/5-29/5	30/5-5/6	6/6-12/6	13/6-19/6
Indicateurs d'intensité				
Moyenne journalière de nouveaux cas [a]	1 304	1 626	1 927	2 865
Temps de doublement [b]	9	22	29	12
Taux de reproduction [c]	0,739	1,112	1,149	1,169
Nombre de tests effectués pour 100 000 hab.	634	684	613	693
Taux de positivité [a]	14,0%	15,4%	20,3%	26,0%
Incidence sur 14 jours des cas confirmés pour 100 000 hab. [d]	218	177	215	290
Indicateurs de sévérité				
Moyenne journalière de nouvelles admissions à l'hôpital de patients COVID-19 [a]	64	52	59	73
Incidence sur 7 jours des hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 hab. [d]	3,85	3,12	3,58	4,42
Nombre de lits d'hôpital occupés par des patients COVID-19 [e]	943	840	826	940
Nombre de patients COVID-19 en USI [e]	84	63	58	50
Taux d'occupation de lits USI accrédités par des patients COVID-19 [f]	4%	3%	3%	3%
Moyenne journalière de décès COVID-19	6	7	6	6
Moyenne journalière de décès COVID-19 des résidents de maison de repos [a]	1	1	1	1
Indicateur de vaccination				
Couverture vaccinale (primo-vaccination complète, population totale)	79,0%	79,0%	79,0%	79,0%
Couverture vaccinale (dose de rappel, 18 – 64 ans)	70,4%	70,5%	70,5%	70,6%
Couverture vaccinale (dose de rappel, 65 ans et plus)	91,6%	91,6%	91,6%	91,6%
Relative risk reduction [g]				
Infection	5%	NA	NA	NA
Hospitalisation	33%	14%	16%	NA
USI	36%	35%	47%	1%

[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 17 MAI 2022 ET LE 23 JUIN 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	
17/05/22	3 232	14 311 cas au cours de cette période de 7 jours Soit 2 044,4 cas en moyenne par jour Soit une incidence sur une semaine de 123,5/100 000 habitants	
18/05/22	2 749		
19/05/22	2 186		
20/05/22	2 027		
21/05/22	1 025		
22/05/22	495		
23/05/22	2 597		
24/05/22	1 747	9 198 cas au cours de cette période de 7 jours Soit 1 314,0 cas en moyenne par jour Soit une incidence sur une semaine de 79,4/100 000 habitants	
25/05/22	1 588		
26/05/22	429		
27/05/22	1 510		
28/05/22	823		
29/05/22	435		
30/05/22	2 666		
31/05/22	1 924	9 527 cas au cours de cette période de 7 jours Soit 1 361,0 cas en moyenne par jour Soit une incidence sur une semaine de 82,2/100 000 habitants	
01/06/22	1 897		
02/06/22	1 718		
03/06/22	1 578		
04/06/22	939		
05/06/22	658		
06/06/22	813		
07/06/22	3 417	17 056 cas au cours de cette période de 7 jours Soit 2 436,6 cas en moyenne par jour Soit une incidence sur une semaine de 147,2/100 000 habitants	Soit 25,1% d'augmentation entre les deux périodes Soit une incidence sur une période 14 jours de 331,5 nouveaux cas/100 000 habitants
08/06/22	2 573		
09/06/22	2 416		
10/06/22	2 378		
11/06/22	1 200		
12/06/22	695		
13/06/22	4 377		
14/06/22	3 409	21 344 cas au cours de cette période de 7 jours Soit 3 049,1 cas en moyenne par jour Soit une incidence sur une semaine de 184,3/100 000 habitants	
15/06/22	3 346		
16/06/22	3 099		
17/06/22	3 224		
18/06/22	1 646		
19/06/22	951		
20/06/22	5 669		
21/06/22	4 398	Les données rapportées pour les derniers jours nécessitent invariablement une consolidation progressive, expliqué entre autres par le délai entre le prélèvement et le rapportage.	
22/06/22	3 565		
23/06/22	12		

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 17 MAI 2022 ET LE 23 JUIN 2022, PRÉSENTÉ PAR JOUR ET MOYENNE PAR SEMAINE

Date	Nombre de tests	
17/05/22	20 644	99 891 tests au cours de la semaine, soit 14 270/jour
18/05/22	17 452	
19/05/22	15 347	
20/05/22	15 128	
21/05/22	10 357	
22/05/22	5 960	
23/05/22	15 003	
24/05/22	15 247	72 910 tests au cours de la semaine, soit 10 416/jour
25/05/22	12 888	
26/05/22	5 464	
27/05/22	11 143	
28/05/22	8 492	
29/05/22	5 227	
30/05/22	14 449	
31/05/22	14 658	70 689 tests au cours de la semaine, soit 10 098/jour
01/06/22	12 974	
02/06/22	11 853	
03/06/22	12 075	
04/06/22	8 519	
05/06/22	4 686	
06/06/22	5 924	
07/06/22	14 062	78 687 tests au cours de la semaine, soit 11 241/jour
08/06/22	13 613	
09/06/22	12 015	
10/06/22	12 923	
11/06/22	8 411	
12/06/22	4 097	
13/06/22	13 566	
14/06/22	14 262	82 269 tests au cours de la semaine, soit 11 753/jour
15/06/22	13 260	
16/06/22	12 820	
17/06/22	12 990	
18/06/22	8 531	
19/06/22	4 815	
20/06/22	15 591	
21/06/22	17 004	Les données des derniers jours ne sont pas encore complètes. Il faut quelques jours pour que tous les tests soient signalés à Sciensano.
22/06/22	16 287	
23/06/22	249	

6.4. NOMBRE DE PERSONNES HOSPITALISÉES ENTRE LE 20 MAI 2022 ET LE 23 JUIN 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
20/05/22	91	504 nouvelles hospitalisations Soit 72,0/jour en moyenne	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	77		50	187	1 093	85
26/05/22	69		68	167	1 047	76
27/05/22	52	364 nouvelles hospitalisations Soit 52,0/jour en moyenne	33	89	1 030	83
28/05/22	58		51	172	947	81
29/05/22	34		32	62	943	84
30/05/22	38		40	56	953	88
31/05/22	66		92	128	953	82
01/06/22	61		63	134	918	87
02/06/22	55		59	141	883	76
03/06/22	54	387 nouvelles hospitalisations Soit 55,3/jour en moyenne	54	120	864	71
04/06/22	51		57	147	813	66
05/06/22	37		37	43	840	63
06/06/22	47		47	51	878	66
07/06/22	59		62	57	943	66
08/06/22	71		78	163	904	66
09/06/22	68		74	126	891	71
10/06/22	63	466 nouvelles hospitalisations Soit 66,6/jour en moyenne	68	120	889	72
11/06/22	61		39	153	815	59
12/06/22	46		33	58	826	58
13/06/22	57		60	61	892	62
14/06/22	81		82	149	887	65
15/06/22	78		61	128	873	57
16/06/22	80		77	121	897	48
17/06/22	61	615 nouvelles hospitalisations Soit 87,9/jour en moyenne	63	128	880	49
18/06/22	84		65	139	883	50
19/06/22	71		38	41	940	50
20/06/22	80		79	67	1 022	57
21/06/22	130		106	152	1 086	56
22/06/22	97		76	162	1 091	56
23/06/22	92		84	160	1 083	69

* 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 17 MAI 2022 ET LE 23 JUIN 2022, PRÉSENTÉ PAR JOUR ET MOYENNE PAR SEMAINE

Date	Décès total	
17/05/22	11	
18/05/22	8	
19/05/22	7	
20/05/22	6	52 décès au cours de la semaine, soit 7,4/jour
21/05/22	9	
22/05/22	7	
23/05/22	4	
24/05/22	10	
25/05/22	3	
26/05/22	5	
27/05/22	9	46 décès au cours de la semaine, soit 6,6/jour
28/05/22	6	
29/05/22	5	
30/05/22	8	
31/05/22	5	
01/06/22	1	
02/06/22	12	
03/06/22	6	46 décès au cours de la semaine, soit 6,6/jour
04/06/22	8	
05/06/22	7	
06/06/22	7	
07/06/22	2	
08/06/22	6	
09/06/22	8	
10/06/22	6	39 décès au cours de la semaine, soit 5,6/jour
11/06/22	7	
12/06/22	3	
13/06/22	7	
14/06/22	3	
15/06/22	7	
16/06/22	2	
17/06/22	9	36 décès au cours de la semaine, soit 5,1/jour
18/06/22	4	
19/06/22	7	
20/06/22	4	
21/06/22	4	
22/06/22	2	
23/06/22	2	

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 06 juin au 19 juin 2022.

Groupe d'âge		Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
5-11	Primo-vaccination complète + dose de rappel	-	-	-	-
	Primo-vaccination complète	64 (n = 180)	63 (n = 7)	72 (n = 159)	28 (n = 14)
	Non vacciné	59 (n = 358)	46 (n = 45)	75 (n = 206)	44 (n = 106)
12-17	Primo-vaccination complète + dose de rappel	-	-	-	-
	Primo-vaccination complète	78 (n = 325)	98 (n = 35)	101 (n = 223)	40 (n = 65)
	Non vacciné	86 (n = 150)	96 (n = 42)	106 (n = 63)	62 (n = 44)
18-64	Primo-vaccination complète + dose de rappel	273 (n = 13 225)	356 (n = 1 199)	294 (n = 9 236)	204 (n = 2 738)
	Primo-vaccination complète	185 (n = 2 124)	210 (n = 476)	224 (n = 946)	148 (n = 681)
	Non vacciné	257 (n = 2 261)	241 (n = 509)	273 (n = 813)	225 (n = 834)
65-84	Primo-vaccination complète + dose de rappel	227 (n = 3 532)	238 (n = 221)	244 (n = 2 390)	191 (n = 913)
	Primo-vaccination complète	197 (n = 182)	274 (n = 44)	151 (n = 55)	215 (n = 83)
	Non vacciné	121 (n = 187)	113 (n = 24)	91 (n = 60)	127 (n = 85)
85+	Primo-vaccination complète + dose de rappel	419 (n = 967)	402 (n = 70)	439 (n = 636)	383 (n = 261)
	Primo-vaccination complète	239 (n = 70)	NA (n = 9)	237 (n = 38)	227 (n = 23)
	Non vacciné	99 (n = 42)	NA (n = 4)	53 (n = 12)	171 (n = 26)

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 06 juin au 19 juin 2022.

Groupe d'âge		Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
0-11	Primo-vaccination complète + dose de rappel	-	-	-	-
	Primo-vaccination complète	0 (n = 1)	0 (n = 0)	0 (n = 1)	0 (n = 0)
	Non vacciné	5 (n = 65)	6 (n = 10)	8 (n = 47)	2 (n = 8)
12-17	Primo-vaccination complète + dose de rappel	-	-	-	-
	Primo-vaccination complète	0 (n = 0)	0 (n = 0)	0 (n = 0)	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	2 (n = 82)	2 (n = 8)	2 (n = 60)	1 (n = 14)
	Primo-vaccination complète	4 (n = 43)	3 (n = 7)	5 (n = 21)	3 (n = 15)
	Non vacciné	2 (n = 19)	3 (n = 7)	3 (n = 8)	1 (n = 4)
65-84	Primo-vaccination complète + dose de rappel	19 (n = 288)	30 (n = 28)	22 (n = 220)	8 (n = 40)
	Primo-vaccination complète	61 (n = 56)	37 (n = 6)	85 (n = 31)	49 (n = 19)
	Non vacciné	12 (n = 18)	14 (n = 3)	18 (n = 12)	4 (n = 3)
85+	Primo-vaccination complète + dose de rappel	50 (n = 116)	52 (n = 9)	62 (n = 90)	25 (n = 17)
	Primo-vaccination complète	113 (n = 33)	133 (n = 4)	131 (n = 21)	79 (n = 8)
	Non vacciné	43 (n = 18)	45 (n = 2)	35 (n = 8)	52 (n = 8)

Le tableau ci-dessous présente l'incidence cumulée sur 14 jours par 100 000 habitants et les valeurs absolues (entre parenthèses) des **admissions en USI** pour COVID-19, par région, groupe d'âge et statut vaccinal, pour la période du 06 juin au 19 juin 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 = 0)	0 (n = 0)	0 (n = 0)	0 (n = 0)
12-17	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 = 0)	0 (n = 0)	0 (n = 0)	0 (n = 0)
18-64	Primo-vaccination complète + dose de rappel	0 (n = 22)	1 (n = 5)	0 (n = 15)	0 (n = 2)
	Primo-vaccination complète	0 (n = 4)	0 (n = 1)	0 (n = 2)	0 (n = 1)
	Non vacciné	0 (n = 2)	0 (n = 1)	0 (n = 1)	0 (n = 0)
65-84	Primo-vaccination complète + dose de rappel	2 (n = 35)	3 (n = 3)	3 (n = 28)	1 (n = 4)
	Primo-vaccination complète	4 (n = 4)	0 (n = 0)	3 (n = 1)	8 (n = 3)
	Non vacciné	3 (n = 5)	9 (n = 2)	2 (n = 1)	3 (n = 2)
85+	Primo-vaccination complète + dose de rappel	4 (n = 10)	11 (n = 2)	5 (n = 7)	1 (n = 1)
	Primo-vaccination complète	10 (n = 3)	66 (n = 2)	0 (n = 0)	10 (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 06 juin au 19 juin 2022.

Groupe d'âge		Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
0-11	% non vaccinés	84.0 %	95.5 %	76.1 %	93.4 %
	Nombre non vaccinés	1 273 423	178 899	646 128	448 396
12-17	% non vaccinés	23.9 %	54.1 %	13.7 %	31.5 %
	Nombre non vaccinés	192 083	46 762	61 666	83 655
18-64	% non vaccinés	13.0 %	26.8 %	8.0 %	17.1 %
	Nombre non vaccinés	907 200	211 656	317 899	377 616
65-84	% non vaccinés	4.9 %	12.8 %	2.5 %	7.9 %
	Nombre non vaccinés	95 406	17 214	29 893	48 258
85+	% non vaccinés	4.4 %	10.5 %	2.0 %	8.3 %
	Nombre non vaccinés	15 030	2 703	4 268	8 046