

# COVID-19

## BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

### (21 JUILLET 2023)

L'institut belge de santé Sciensano, dans le cadre de ses missions de surveillance, analyse les données de COVID-19 collectées par son réseau de partenaires. Les données journalières peuvent également être consultées sur la [plateforme interactive Epistat](#) et l'[open data](#).

## TABLE DES MATIÈRES

<b>1. Points clés</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Situation récente</b> .....	<b>4</b>
2.1. Stratégie de gestion de l'épidémie.....	6
<b>3. Description de l'épidémie à partir du 21/11/22</b> .....	<b>7</b>
3.1. Distribution et évolution des cas de COVID-19 .....	7
3.2. Tests COVID-19 .....	8
3.3. Surveillance moléculaire du SARS-CoV-2.....	12
3.4. Vaccination .....	15
3.5. Hospitalisations pour COVID-19.....	25
3.6. Surveillance de la mortalité .....	26
3.7. Situation COVID-19 pour les enfants.....	31
3.8. Surveillance basée sur les eaux usées .....	32
3.9. Absences au travail pour cause de maladie .....	36
3.10. Ligne de temps: cas confirmés de COVID-19 et réponse à l'épidémie en Belgique.....	38
<b>4. Annexes</b> .....	<b>40</b>
4.1. Résumé des indicateurs clés.....	40
4.2. Nombre de personnes diagnostiquées (PCR et antigène) entre le 12 juin 2023 et le 19 juillet 2023, présenté par jour et moyenne par semaine.....	41
4.3. Nombre de tests réalisés entre le 12 juin 2023 et le 19 juillet 2023, présenté par jour et moyenne par semaine .....	42
4.4. Nombre et pourcentage de personnes non vaccinées pour COVID-19, par région et tranche d'âge .....	43

## Introduction

A partir du bulletin épidémiologique hebdomadaire COVID publié le 7 juillet 2023, les informations issues d'une enquête hebdomadaire auprès des hôpitaux ne sont plus disponibles. Cette enquête hebdomadaire et obligatoire fournissait à ce bulletin des informations sur, entre autres, les admissions hospitalières et les décès liés au COVID-19. Comme ce questionnaire n'est plus administré, le bulletin hebdomadaire a été raccourci et certains chapitres ne sont plus disponibles. Cela sera toujours indiqué ci-dessous.

A partir de la semaine prochaine, ce bulletin COVID-19 sera intégré dans le "Bulletin infections respiratoires aiguës", déjà disponible via ce [lien](#). Par ailleurs, vous pouvez toujours consulter les chiffres via le [site de Sciensano](#).

# 1. Points clés

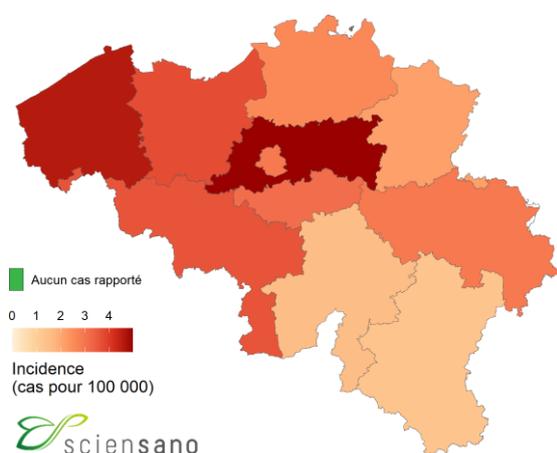
- **Situation générale** : L'incidence sur 14 jours pour le nombre de cas pour la Belgique est de 3/100 000 habitants.
- **Nombre de nouveaux cas** : Au niveau national, au cours de la période du 3 juillet au 9 juillet, 219 nouveaux cas ont été rapportés
- **Tests et taux de positivité** : Le nombre de tests effectués a encore diminué, avec une moyenne de 654 tests par jour au cours de la période du 3 juillet au 9 juillet 2023. Le taux de positivité pour la Belgique pour cette même période a augmenté (5,7%).
- **Vaccination** : L'efficacité vaccinale de la 1ère dose de rappel, chez les 65 ans et plus, est estimée à 79,5 % contre les hospitalisations et 87,8 % contre les admissions en USI pour les 50 premiers jours après son administration. La proportion de personnes ayant reçu une dernière dose de vaccin au cours des 6 derniers mois était de 0,6 % pour les personnes âgées de 65 à 84 ans et de 0,6 % pour les personnes âgées de 85 ans et plus.
- **Surveillance basée sur les eaux usées** : Les résultats du 12 juillet montrent que la circulation virale reste faible. - voir [section 3.8](#).

## 2. Situation récente

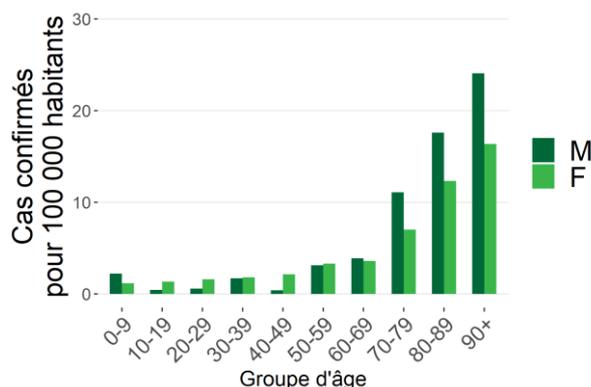
Dans les versions précédentes du bulletin, vous trouviez ici des chiffres clés et des tendances. Toutefois, la plupart de ces chiffres clés n'étant plus disponibles, ces sections ont été supprimées. Vous trouverez toujours ci-dessus le résumé des chiffres et conclusions les plus pertinents ("Points clés")

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

Distribution des cas confirmés par 100 000 habitants entre le 03/07/23 et le 16/07/23



Nombre de cas confirmés par groupe d'âge et sexe par 100 000 habitants entre le 03/07/23 et le 16/07/23



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 provinces belges, voir point 2.4 du document [questions fréquemment posées](#).

Note : L'information sur l'âge et/ou le sexe n'était pas disponible pour 4 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.

	03/07/23- 09/07/23	10/07/23- 16/07/23	Changement (valeur absolue)	Changement (pourcent)	Temps de doublement/ réduction de moitié (jours)*	Incidence par 100 000 (14 jours)**
<b>Belgique</b>	<b>171</b>	<b>219</b>	<b>48</b>	<b>+28%</b>	<b>20</b>	<b>3</b>
Antwerpen	19	30	11	+58%	11	3
Brabant wallon	3	10	7	+233%	4	3
Hainaut	23	26	3	+13%	40	4
Liège***	12	14	2	+17%	31	3
Limburg	10	14	4	+40%	14	2
Luxembourg	2	2	0	0%	N/A	1
Namur	3	5	2	+67%	9	2
Oost-Vlaanderen	21	37	16	+76%	9	4
Vlaams-Brabant	37	22	-15	-41%	9	5
West-Vlaanderen	25	31	6	+24%	23	5
Région bruxelloise	15	21	6	+40%	14	3
Deutschsprachige Gemeinschaft	0	0	0	N/A	N/A	0

\*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 01/01/2023 publiés par STATBEL.

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

## 2.1. 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 1**, avec une diminution de la circulation du SARS-CoV-2 et des indicateurs hospitaliers.

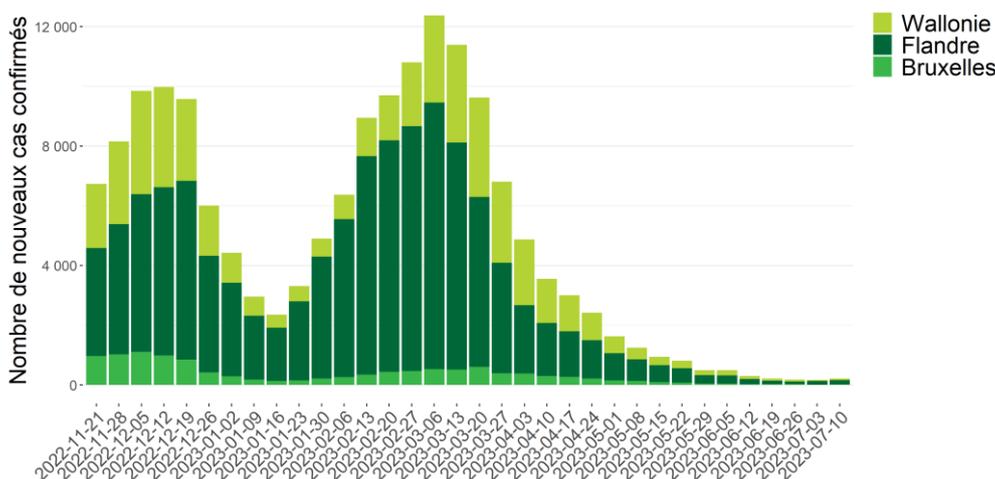
### 3. Description de l'épidémie à partir du 21/11/22

Nous présentons les données à partir de la semaine du 21 novembre 2022, semaine qui marque le début de la neuvième 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 10 juillet 2023 au 16 juillet 2023, 219 nouveaux cas ont été diagnostiqués. Parmi ces 219 nouveaux cas, 134 (61%) étaient rapportés en Flandre, 57 (26%) en Wallonie, dont 0 cas pour la communauté germanophone, et 21 (10%) à Bruxelles. Données non disponibles ou résidence à l'étranger pour 7 cas (3%).

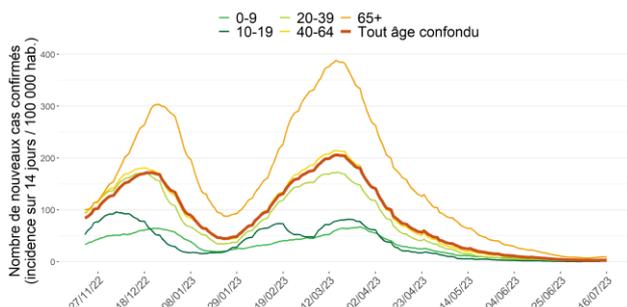
Evolution du nombre de cas confirmés par région et par période de sept jours (date de diagnostic\*) à partir de 21 novembre 2022



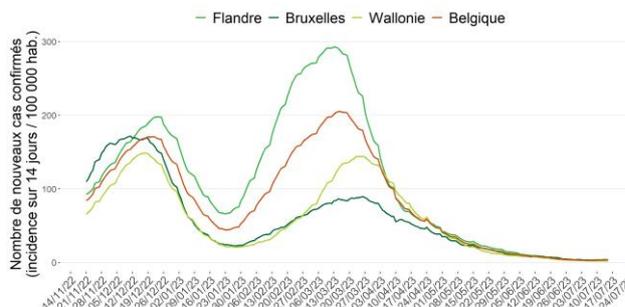
Les dates affichées sur l'axe horizontal indiquent le premier jour de chaque période de sept jours. Source : CNR, laboratoires clinique et plateforme nationale. Cas rapportés à Sciensano au 19 juillet 2023, à 6 heures.

\*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 21/11/22



Incidence cumulée sur 14 jours par 100 000 habitants par région à partir du 21/11/22



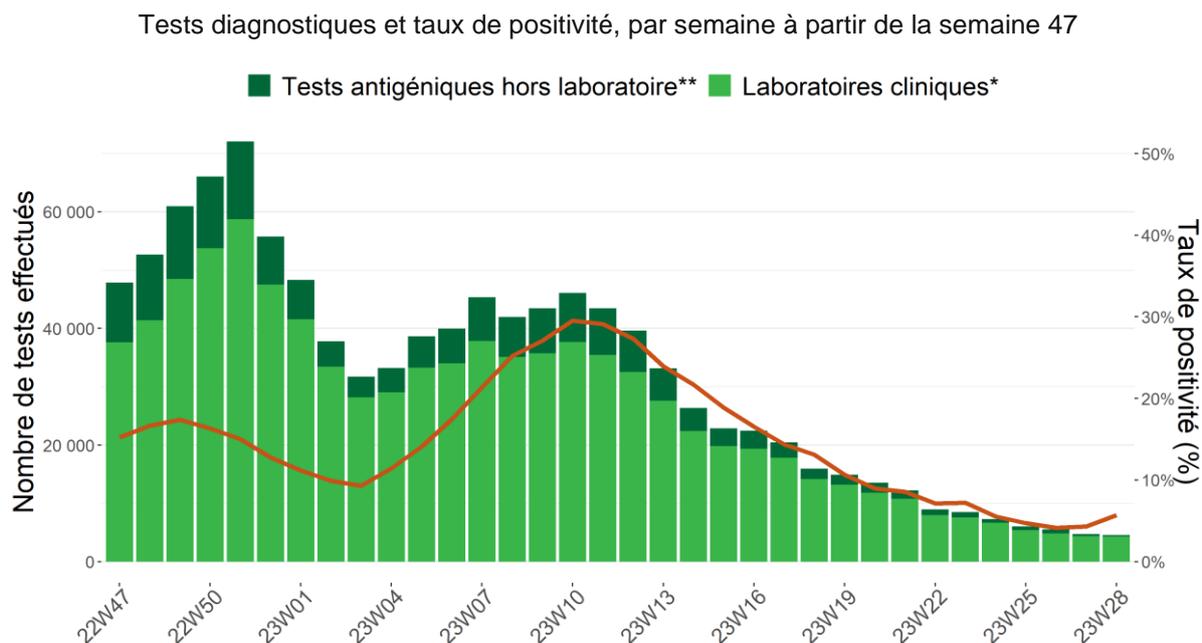
Les dénominateurs utilisés pour calculer l'incidence sont les chiffres de la population belge au 01/01/2023 publiés par STATBEL.

Vous trouverez un résumé de la situation épidémiologique en Europe sur [le site web de l'ECDC](#).

## 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 10 juillet 2023 au 16 juillet 2023, 4 581 tests ont été effectués, soit une moyenne journalière de 654 tests. Le taux moyen de positivité pour la Belgique pour la même période est de 5,7%.



Note : Les données présentées n'incluent pas les données de la semaine en cours car celles-ci ne sont pas encore toutes consolidées.

Note : La plateforme fédérale de test n'est plus en activité depuis le 23 novembre 2022.

\*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.

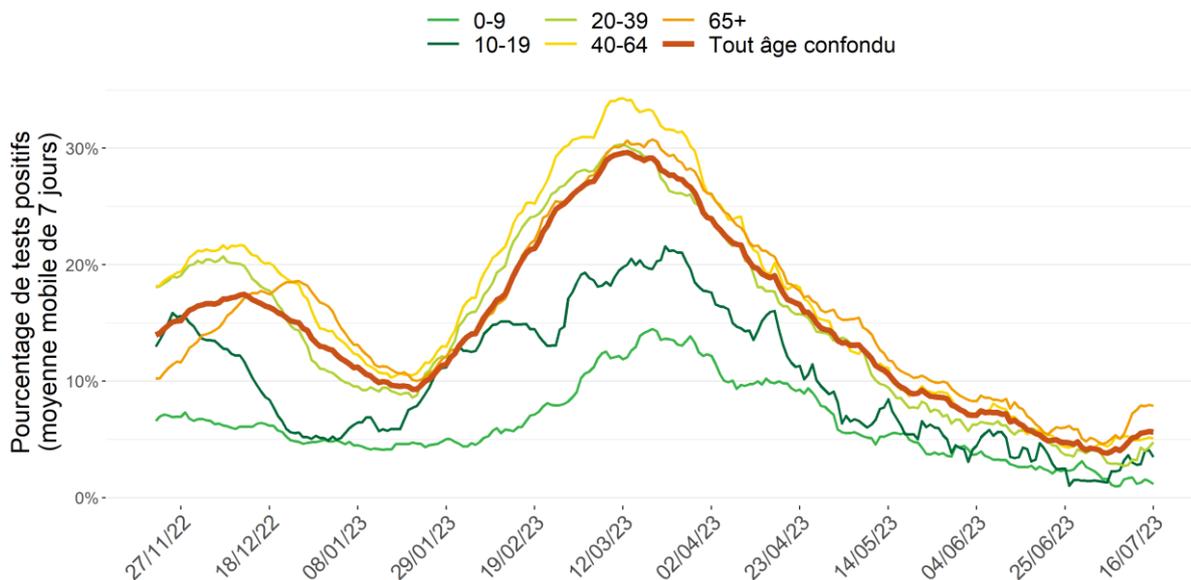
Le tableau ci-dessous présente la répartition du nombre de tests réalisés, du nombre de tests réalisés pour 100 000 habitants, du nombre de tests positifs et du taux de positivité par groupe d'âge, pour la période du 10 juillet 2023 au 16 juillet 2023 (dernière période de données consolidées).

Groupe d'âge	Nombre de tests	Nombre de tests/ 100 000 hab	Nombre de tests positifs	% de tests positifs*
0-9	681	55	8	1,2%
10-19	172	13	6	3,5%
20-39	586	20	28	4,8%
40-64	1 081	28	55	5,1%
65+	2 028	88	160	7,9%

\*L'âge n'était pas disponible pour 33 tests.

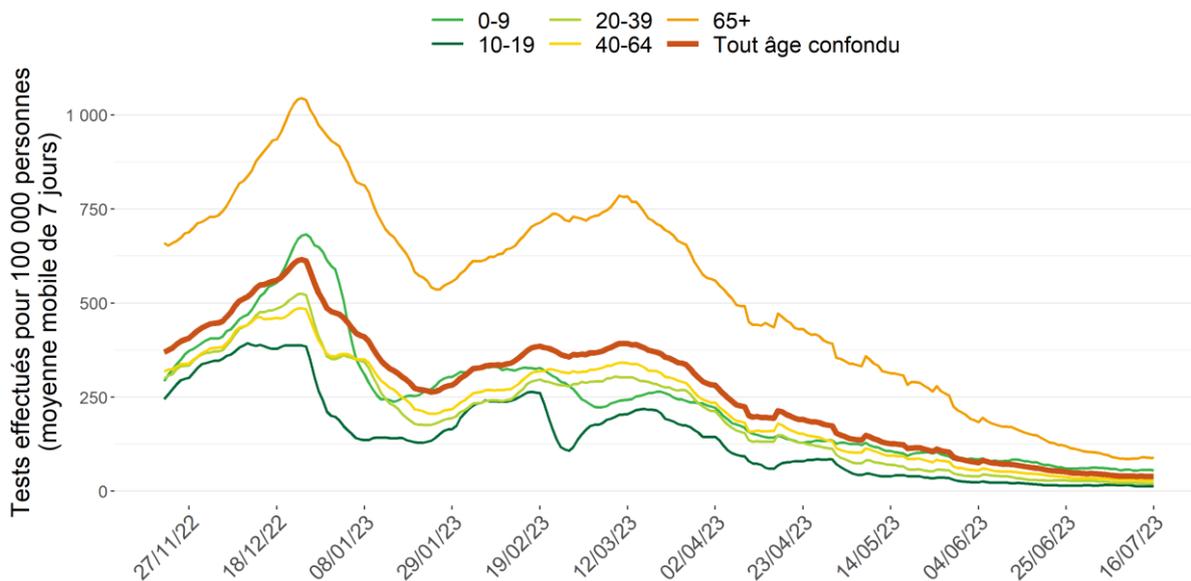
Le premier graphe ci-dessous présente le taux de positivité (moyenne mobile sur 7 jours) par groupe d'âge depuis le 21 novembre 2022, le deuxième présente le nombre de tests réalisés (moyenne mobile sur 7 jours) par groupe d'âge pour la même période.

Taux de positivité par groupe d'âge à partir du 21/11/22



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

Tests effectués par groupe d'âge à partir du 21/11/22



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

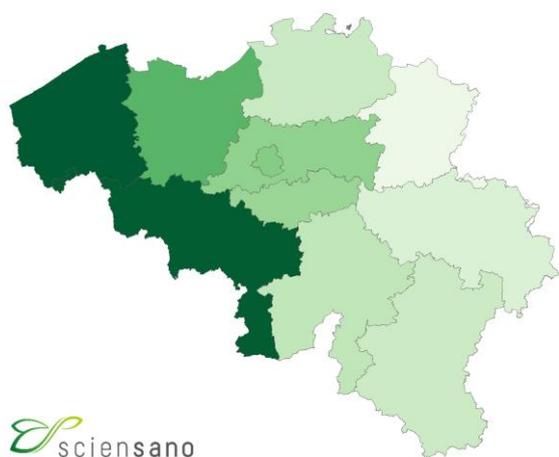
Le tableau ci-dessous présente la répartition pour la Belgique, par province, pour la Région bruxelloise et pour la Communauté germanophone, du **nombre de tests réalisés**, nombre de tests positifs et le taux de positivité pour la période du 10 juillet 2023 au 16 juillet 2023 (dernière période de données consolidées).

	Nombre de tests	Nombre de tests/ 100 000 hab	Nombre de tests positifs	% de tests positifs*
<b>Belgique</b>	4 581	39	262	5,7%
<b>Antwerpen</b>	557	29	33	5,9%
<b>Brabant wallon</b>	147	36	11	7,5%
<b>Hainaut</b>	759	56	38	5,0%
<b>Liège**</b>	271	24	16	5,9%
<b>Limburg</b>	240	27	17	7,1%
<b>Luxembourg</b>	85	29	5	5,9%
<b>Namur</b>	154	31	4	2,6%
<b>Oost-Vlaanderen</b>	675	43	40	5,9%
<b>Vlaams-Brabant</b>	436	37	28	6,4%
<b>West-Vlaanderen</b>	686	56	34	5,0%
<b>Région bruxelloise</b>	475	38	27	5,7%
<b>Deutschsprachige Gemeinschaft</b>	8	10	0	0,0%

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

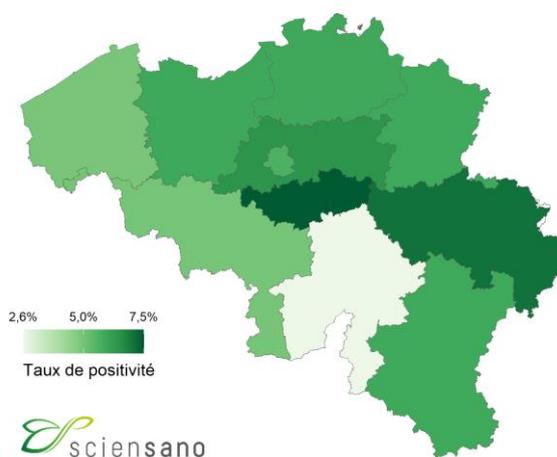
\*\*Les données pour la province de Liège comprennent celles de la Communauté germanophone

Nombre de tests effectués par province, par 1000 habitants entre le 10/07/23 et le 16/07/23



sciensano

Taux de positivité par province entre le 10/07/23 et le 16/07/23



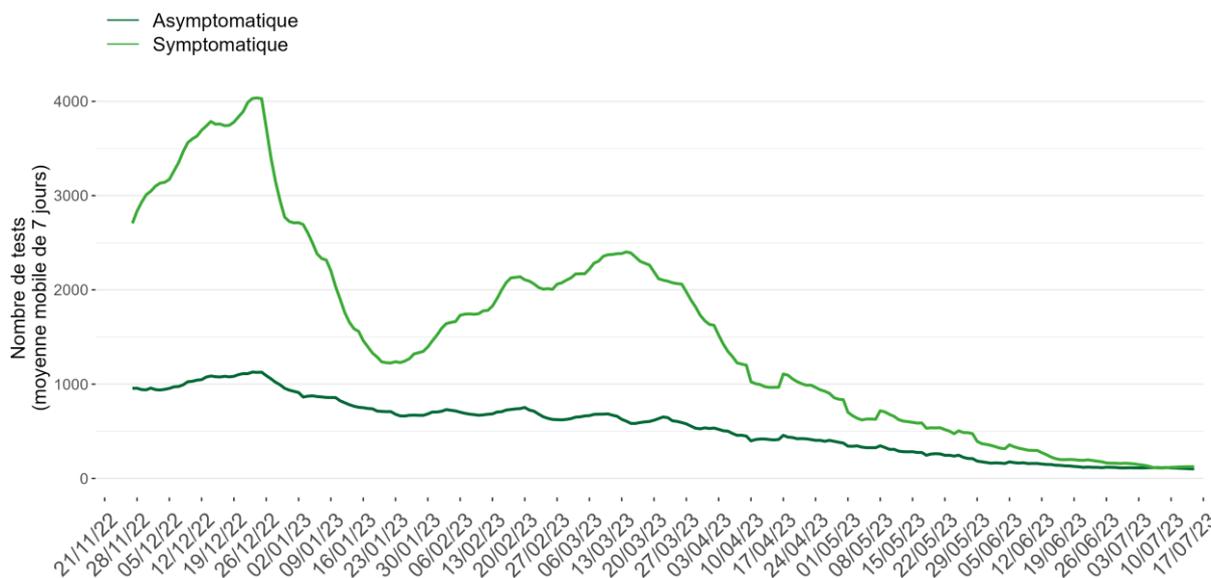
sciensano

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

Les figures ci-dessous montrent 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.

Nombre de tests en fonction de la présence ou non de symptômes pour les prescriptions disponibles, pour la période du 21/11/22 au 15/07/23.



Taux de positivité en fonction de la présence ou non de symptômes pour les prescriptions disponibles, en pourcentage, pour la période du 21/11/22 au 15/07/23.



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

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

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

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

D'une part, la surveillance dite « de base » est effectuée par des laboratoires sentinelles qui transmettent un certain nombre d'échantillons PCR positifs, représentatifs de l'ensemble de la population, à la plateforme de séquençage pour permettre leurs analyses. Actuellement, dans le cadre de la surveillance de base, l'objectif est d'analyser entre 400 et 500 échantillons positifs par semaine 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 (dont les échantillons positifs provenant de personnes ayant récemment séjourné en Chine, une sélection de foyers épidémiques). 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. Toutefois, le nombre d'échantillons analysés dans le cadre de la surveillance active est actuellement très faible. Par conséquent, les données pour la surveillance active ne sont actuellement pas affichés dans les sections suivantes.

Le variant BQ.1 (BA.5.3.1.1.1.1.1) est une lignée descendante de BA.5 qui a été détecté pour la première fois en Belgique le 7 septembre 2022. Le variant BQ.1 représentait la majorité des échantillons dans la surveillance de base de novembre 2022 à janvier 2023. Le variant BA.2.75 est une lignée descendante de BA.2 qui a été détectée pour la première fois en Belgique le 22 juillet 2022. Le variant XBB est un recombinant de BA.2.75 et BA.2.10.1 ; et a été détectée pour la première fois en Belgique le 21 septembre 2022. Les variants XBB.1.5 et XBB.1.9 sont des lignées descendantes de XBB. Ils ont été détectés pour la première fois en Belgique le 13 décembre 2022, le 12 janvier 2023, et le 1 avril 2023, respectivement. Depuis mi-février 2023, la variante XBB, y compris ses sous-variantes, constitue la majorité des échantillons en surveillance de base en Belgique.

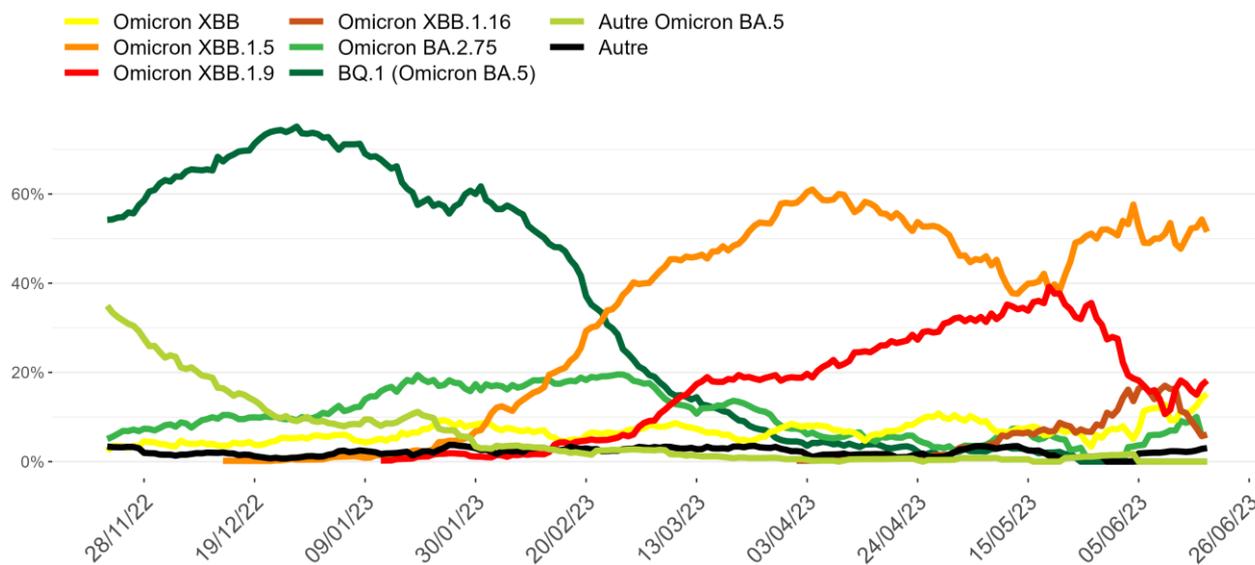
L'OMS et l'ECDC ne considèrent actuellement aucune variante du SARS-CoV-2 comme 'variant de préoccupation' (variant of concern - VOC).

### 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. 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.

*Note : En raison du faible nombre d'échantillons analysés, la moyenne mobile sur 14 jours ne peut pas être représentée de manière fiable pour la période après le 18 juin 2023.*

Evolution de la proportion des variants identifiés par la surveillance de base en Belgique depuis le 21 novembre 2022, moyenne mobile sur 14 jours



Le variant BA.2.75 est un sous-variant d'Omicron BA.2. Le variant XBB est un recombinant de BA.2.75 avec BA.2.10.1. Les variants XBB.1.5, XBB.1.9 et XBB.1.16 sont des sous-variants de XBB. La catégorie "Omicron XBB" comprend le variant XBB et toutes les lignées descendentes du variant XBB, à l'exception des variants XBB.1.5, XBB.1.9 et XBB.1.16 et leurs lignées descendentes. Le variant BQ.1 est un sous-variant de Omicron BA.5. La catégorie "Autre Omicron BA.5" comprend le variant BA.5 et toutes les lignées descendentes du variant BA.5, à l'exception du variant BQ.1 et ses lignées descendentes.

### 3.3.2. 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 dans le cadre de la surveillance de base sur **les huit semaines du 15 mai 2023 jusqu'au 9 juillet 2023**. 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.

En raison d'un faible nombre de séquences analysées, le nombre de séquences dans le tableau ci-dessous n'est désormais reporté que sur une période de huit semaines.

	Date 1 <sup>e</sup> identification****	Surveillance de base
<b>Omicron XBB*</b>	sept. 2022	13 (8,1 %)
<b>Omicron XBB.1.5*</b>	déc. 2022	78 (48,8 %)
<b>Omicron XBB.1.9*</b>	janv. 2023	42 (26,2 %)
<b>Omicron XBB.1.16*</b>	avr. 2023	18 (11,2 %)
<b>Omicron BA.2.75*</b>	juil. 2022	5 (3,1 %)
<b>BQ.1 (Omicron BA.5)**</b>	sept. 2022	0 (0,0 %)
<b>Autre Omicron BA.5**</b>	avr. 2022	2 (1,2 %)
<b>Autre</b>		2 (1,2 %)
<b>Nombre total de diagnostics COVID-19 parmi le groupe cible***</b>		3 680
<b>Nombre total d'échantillons positifs séquencés</b>		160 (4,3 %)

\*Le variant BA.2.75 est un sous-variant d'Omicron BA.2. Le variant XBB est un recombinant de BA.2.75 avec BA2.10.1. Les variants XBB.1.5, XBB.1.9 et XBB.1.16 sont des sous-variants de XBB. La catégorie "Omicron XBB" comprend le variant XBB et toutes les lignées descendentes du variant XBB, à l'exception des variants XBB.1.5, XBB.1.9 et XBB.1.16 et leurs lignées descendentes.

\*\*Le variant BQ.1 est un sous-variant de Omicron BA.5. La catégorie "Autre Omicron BA.5" comprend le variant BA.5 et toutes les lignées descendentes du variant BA.5, à l'exception du variant BQ.1 et ses lignées descendentes.

\*\*\*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.

\*\*\*\* Sur base de la première date rapportée via HealthData.be.

## 3.4. VACCINATION

### 3.4.1. Nombre de vaccinations et couverture vaccinale

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. [La campagne de vaccination](#) officielle a démarré le 5 janvier 2021.

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 de Sciensano. 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 (les personnes dont le code postal est inconnu ne sont pas incluses dans les résultats présentant une distribution géographique).

Depuis septembre 2021, une ou plusieurs doses de rappel<sup>1</sup> sont administrées aux personnes ayant complété un schéma de primo-vaccination et qui y sont éligibles. Au 17 juillet 2023, un total de 29 635 279 doses de vaccin COVID-19 avaient été administrées et enregistrées dans Vaccinnet+. Cela correspond à une augmentation de 75 doses par rapport au nombre enregistré au 10 juillet 2023. Sept vaccins différents sont actuellement utilisés : Comirnaty® (Pfizer/BioNtech), Spikevax® (Moderna), COVID-19 Vaccine Janssen® (Johnson & Johnson), Comirnaty® Original/Omicron BA.1 (Pfizer/BioNtech), Comirnaty® Original/Omicron BA.4-5 (Pfizer/BioNtech) et Spikevax® Original/Omicron BA.1 (Moderna) et prochainement le vaccin VidPrevtyn Beta® (Sanofi Pasteur). Le vaccin Vaxzevria® (AstraZeneca) n'est plus administré en Belgique et le vaccin Nuvaxovid (Novavax) est actuellement indisponible. Le tableau ci-dessous présente **la contribution de chaque marque de vaccin à la couverture vaccinale globale en Belgique.**

---

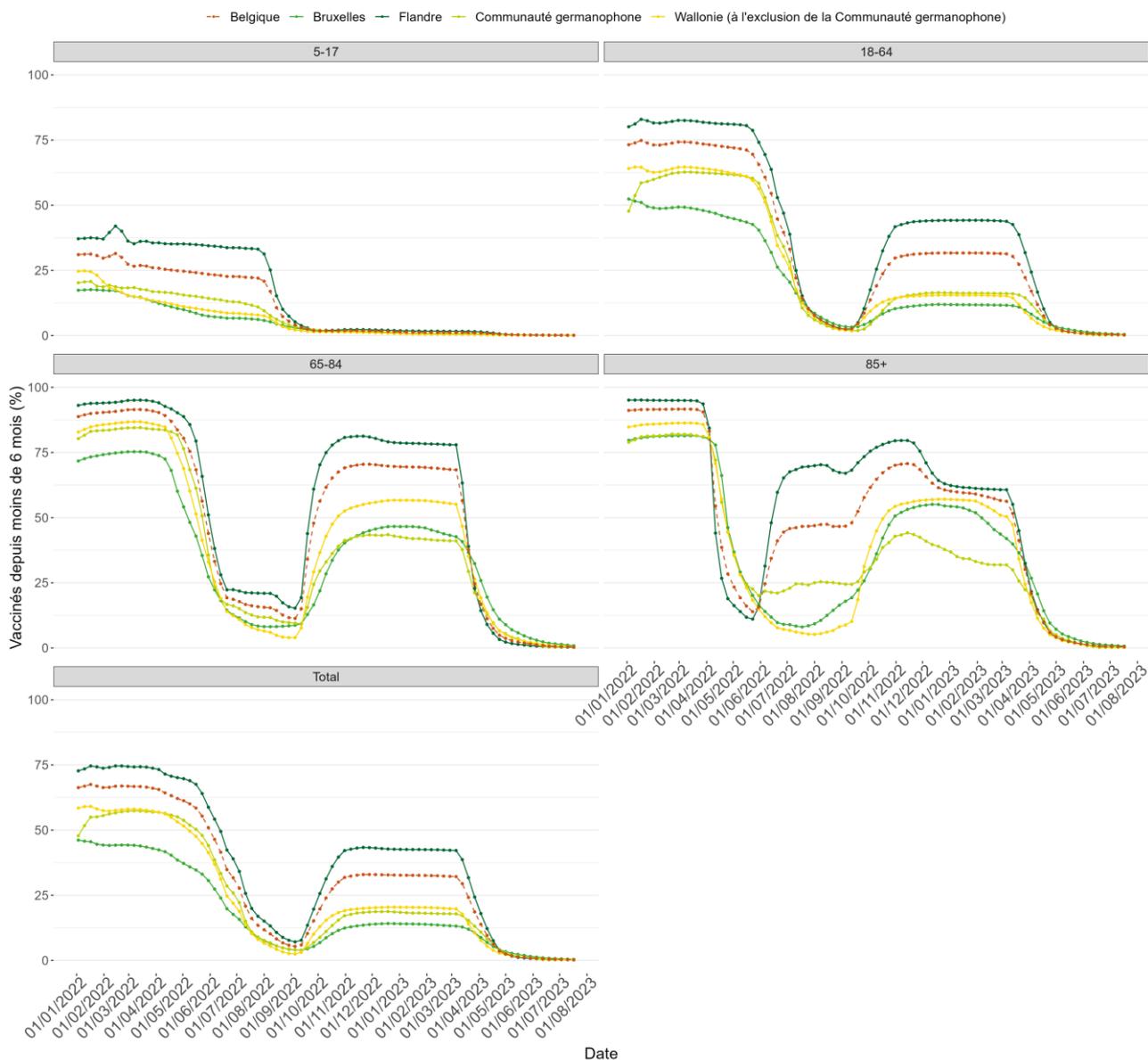
<sup>1</sup> Le terme « dose de rappel » utilisé dans ce rapport inclut à la fois les doses additionnelles administrées aux personnes immunodéprimées pour compléter leur schéma de vaccination initial ainsi que les doses de rappel administrées à la population générale.

	Primo-vaccination complète <sup>(1)</sup>	Dose(s) de rappel <sup>(2)</sup>
<b>Comirnaty®</b> (Pfizer/BioNtech)	6 692 379 (72,3%)	5 060 406 (43,5%)
<b>Spikevax®</b> (Moderna)	701 850 (7,6%)	2 927 619 (25,2%)
<b>COVID-19 Janssen®</b> (Johnson & Johnson)	430 708 (4,7%)	698 (0,0%)
<b>Vaxzevria®</b> (AstraZeneca-Oxford)	1 432 765 (15,5%)	0 (0%)
<b>Nuvaxovid</b> (Novavax)	1 099 (0,0%)	407 (0,0%)
<b>Comirnaty® Original/Omicron BA.1</b> (Pfizer/BioNtech)	74 (0,0%)	3 054 272 (26,3%)
<b>Spikevax® Original/Omicron BA.1</b> (Moderna)	7 (0,0%)	67 476 (0,6%)
<b>Comirnaty® Original/Omicron BA.4-5</b> (Pfizer/BioNtech)	1 606 (0,0%)	519 228 (4,5%)

<sup>(1)</sup> Les schémas de primo-vaccination se basent sur la 1ère dose de vaccin COVID-19 reçue.

<sup>(2)</sup> Les chiffres du tableau ci-dessus peuvent être sujets à des modifications.

Le graphique ci-dessous montre l'évolution du pourcentage de la population en Belgique ayant reçu une dernière dose de vaccin COVID-19, quelle qu'elle soit, au cours des 6 derniers mois par groupe d'âge, pour la Belgique, ses 3 régions et la Communauté germanophone.



Le tableau ci-dessous présente le **pourcentage de la population qui, au 17 juillet 2023, a reçu une dernière dose de vaccin COVID-19 au cours des 3 derniers mois, des 6 derniers mois ou il y a plus de 6 mois** avant cette date. Les informations sont présentées par groupes d'âge, pour la Belgique, ses 3 régions et la Communauté germanophone.

		Population totale <sup>(1)</sup>	Population âgée de 5-17 ans <sup>(1,2)</sup>	Population âgée de 18-64 ans <sup>(1,2)</sup>	Population âgée de 65-84 ans <sup>(1,2)</sup>	Population âgée de 85 ans et plus <sup>(1,2)</sup>
<b>Dernière dose &lt; de 3 mois<sup>(3)</sup></b>	Belgique	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Bruxelles	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
	Flandre	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Wallonie <sup>(4)</sup>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Communauté germanophone	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Dernière dose &lt; de 6 mois</b>	Belgique	0,2%	0,1%	0,2%	0,3%	0,4%
	Bruxelles	0,4%	0,1%	0,4%	0,8%	0,7%
	Flandre	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,4%
	Wallonie <sup>(4)</sup>	0,2%	0,1%	0,2%	0,4%	0,3%
	Communauté germanophone	0,2%	0,1%	0,1%	0,3%	0,2%
<b>Dernière dose &gt; de 6 mois</b>	Belgique	77,4%	45,8%	86,2%	94,6%	94,8%
	Bruxelles	58,3%	22,7%	67,6%	83,6%	86,9%
	Flandre	82,7%	58,0%	90,4%	96,9%	97,2%
	Wallonie <sup>(4)</sup>	70,4%	31,7%	79,5%	90,9%	90,9%
	Communauté germanophone	66,8%	30,8%	73,8%	89,0%	88,1%

Source de données: Registre Vaccinnet+.

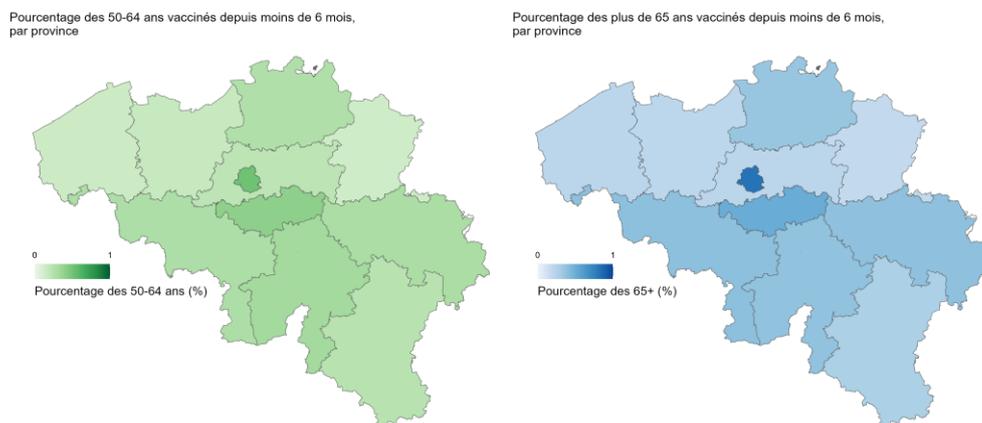
<sup>(1)</sup> Les dénominateurs utilisés pour ces calculs sont les chiffres de la population belge au 01/01/2022 publiés par STATBEL. Une correction a été appliquée pour les personnes vaccinées et également décédées avant cette date afin de calculer la couverture vaccinale dans les différents groupes. La méthode utilisée est décrite dans la question 9.4 des [questions fréquemment posées](#).

<sup>(2)</sup> Les personnes dont l'âge n'était pas connu ne sont pas incluses dans ces calculs.

<sup>(3)</sup> Les personnes ayant reçu un vaccin au cours des 3 derniers mois sont également comprises dans le groupe des personnes ayant reçu leur dernière dose de vaccin au cours des 6 derniers mois.

<sup>(4)</sup> A l'exclusion de la Communauté germanophone.

Les cartes ci-dessous montrent la couverture vaccinale pour **la population âgée de 50 à 64 ans (à gauche) et dans la population de plus de 65 ans (à droite)** ayant reçu **une dose de vaccin COVID-19 au cours des 6 derniers mois** par province.



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 9.4 des [questions fréquemment posées](#)

Les personnes dont l'immunité est réduite en raison, entre autres, de l'utilisation d'immunosuppresseurs, représentent une population particulièrement vulnérable aux infections causées par le SARS-CoV-2, avec un risque élevé de développer une forme sévère de la maladie COVID-19. Depuis le début de la campagne de vaccination, ces personnes ont fait l'objet de plusieurs recommandations et ont été invitées à plusieurs reprises à recevoir des doses supplémentaires de vaccin COVID-19. En Belgique jusqu'au 17 juillet 2023, **66,4% des personnes sous immunosuppresseurs ont reçu 2 doses de vaccin** et **46,1% ont reçu 3 doses de vaccin, après avoir complété un schéma de primo-vaccination<sup>2</sup>**.

<sup>2</sup> Pour plus d'informations sur la méthode de calcul de la couverture vaccinale chez les personnes immunodéprimées, veuillez-vous référer à la section 9.4 du document des [questions fréquemment posées](#). Les informations présentées relatives aux personnes immunodéprimées proviennent de l'association entre le registre Vaccinnet+ et les données transmises par l'Agence Inter-Mutualiste.

### 3.4.2. Efficacité vaccinale

Sciensano dispose du statut vaccinal des personnes qui développent une infection COVID-19 et celui d'une partie des personnes qui nécessitent une hospitalisation ou une admission en unité de soins intensifs (USI). Ces données permettent la surveillance de l'impact de la vaccination sur le développement des infections COVID-19.

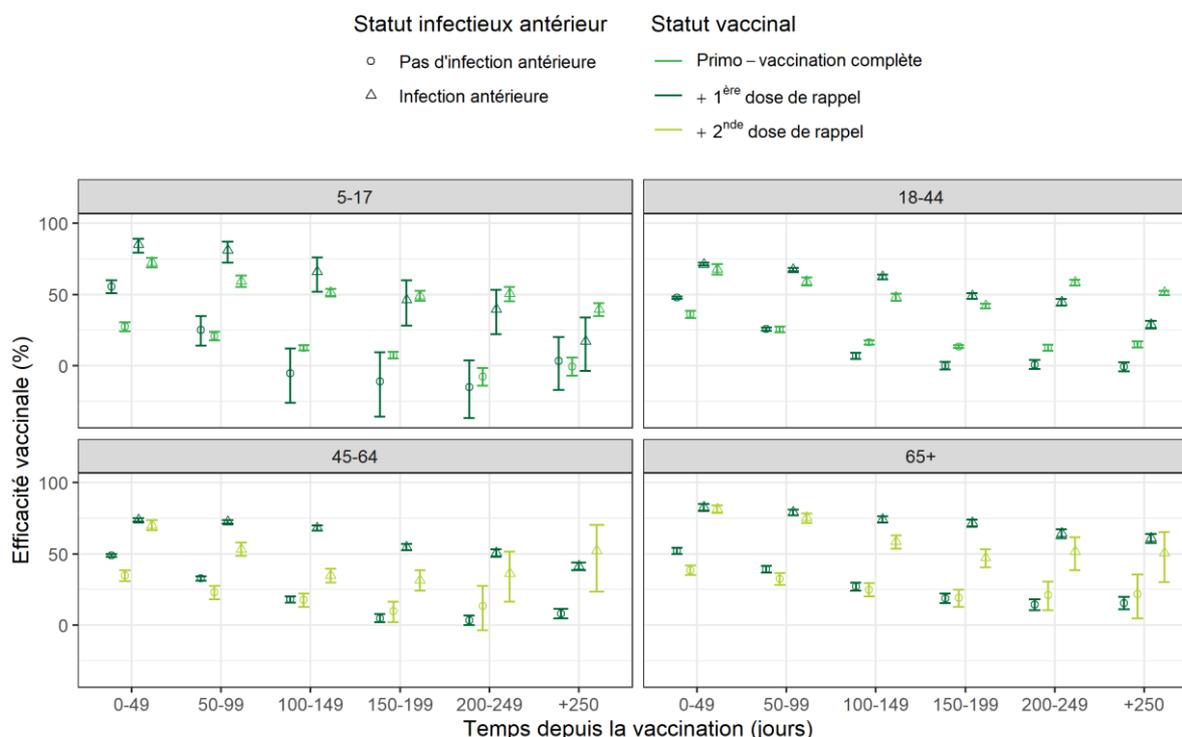
Jusqu'en août 2022 ce rapport présentait une estimation préliminaire de l'impact de la vaccination en montrant les incidences cumulées sur 14 jours, par groupes d'âge et statut vaccinal, et en calculant la réduction relative du risque (RRR) pour plusieurs événements. Ces calculs ne tiennent pas compte de différences inhérentes entre les groupes ayant un statut vaccinal différent, telles que la fragilité (par exemple les pathologies ou troubles sous-jacents), le comportement ou la fréquence de dépistage entre les populations vaccinées et non vaccinées.

Afin d'intégrer certaines des distinctions susmentionnées, une nouvelle approche de l'impact de la vaccination, estimée au travers de l'efficacité vaccinale, est dorénavant présentée dans ce rapport. Ces estimations étant relativement stables, les graphiques présentés ci-dessous seront mis à jour de manière moins régulière. Pour plus de détails sur la méthodologie utilisée dans cette section, veuillez consulter les sections 9.7 et 9.8 du document ["Questions fréquemment posées"](#).

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

Les graphiques ci-dessous présentent **une estimation de l'efficacité de la vaccination contre une infection symptomatique** pour les groupes d'âge de 5-17 ans, 18-44 ans, 45-64 ans et 65 ans et plus, à partir du 3 janvier 2022 (>80% des cas infectés avec le variant Omicron) et 18 juin 2023 inclus. Pour chaque groupe d'âge, les statuts vaccinaux (les plus) pertinents sont présentés : pour les personnes de moins de 45 ans, l'impact d'un schéma de primo-vaccination complet et de la 1ère dose de rappel est présenté ; pour les personnes de plus de 45 ans, l'impact de la 1ère et de la 2nde dose de rappel est présenté. Une première ou seconde dose de rappel peut être administrée au moins 3 mois (90 jours) après la dose précédente, lorsque la protection contre une infection symptomatique a diminué comparativement à la protection initiale offerte. Par exemple : pour les personnes âgées de 65 ans et plus et n'ayant jamais été infectées par le COVID-19, la protection par le premier rappel contre les infections symptomatiques est estimée à 27,0% après 100-150 jours, et est rétablie à 38,6% de 0-49 jours après avoir reçu une seconde dose de rappel.

En outre, la protection offerte par la combinaison de la vaccination et d'une infection antérieure (toute infection survenue depuis 2020) est également représentée dans les graphiques. L'axe des abscisses indique le nombre de jours suivant le début de la protection vaccinale (après la dernière dose + 14 jours), ce qui permet de suivre la durée de la protection. Pour tous les cas étudiés, le groupe de comparaison est constitué d'individus du même groupe d'âge qui n'ont pas été vaccinés et n'ont pas connu d'infection antérieure au COVID-19.



Les lignes verticales autour de chaque point du graphique représentent l'intervalle de confiance à 95%. Plus l'intervalle est étroit, plus l'estimation de l'efficacité vaccinale est précise.

Le tableau ci-dessous présente une estimation du niveau de protection contre une infection symptomatique apportée par au moins une infection contractée depuis 2020 chez des individus non-vaccinés. Ceux-ci sont comparés à des individus non vaccinés n'ayant pas connu d'infection depuis le début de la pandémie.

Groupe d'âge	Protection estimée contre une infection symptomatique (intervalle de confiance de 95%)
5 à 17 ans	25,1% (23,5% - 26,7%)
18 à 44 ans	30,8% (29,5% - 32,0%)
45 à 64 ans	30,7% (28,4% - 32,9%)
65 ans et plus	42,1% (36,5% - 47,2%)

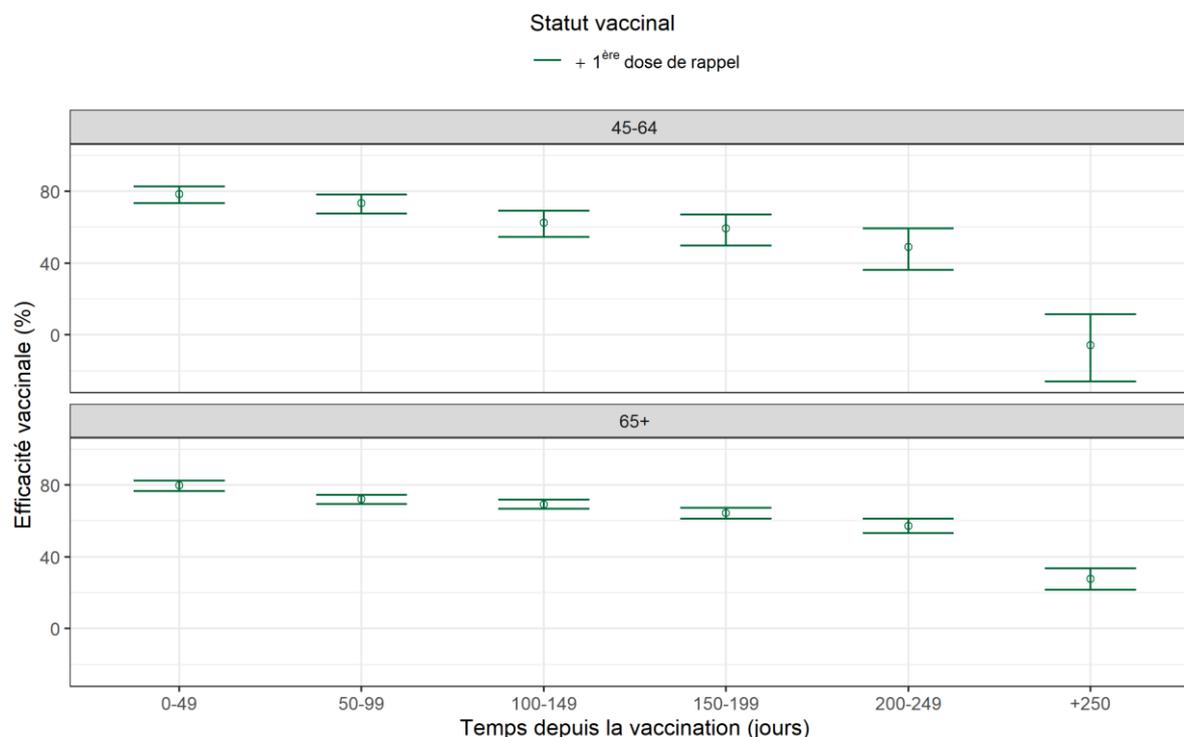
Les valeurs du tableau ci-dessus peuvent être interprétées comme suit : chez les personnes non vaccinées de 65 ans et plus, qui ont connu au moins une infection depuis 2020, la réduction du développement d'une infection symptomatique est de 42,1%, par rapport aux personnes non vaccinées sans infection antérieure (intervalle de confiance à 95%: 36,5% à 47,2%).

### 3.4.2.2. Surveillance hospitalière COVID-19

La [surveillance clinique](#) des patients hospitalisés suite à une infection COVID-19 permet de recueillir des données individuelles qui peuvent être reliées aux données de Vaccinnet+. Cela permet de déterminer le statut vaccinal des patients hospitalisés. Cependant ces données sont obtenues avec un certain délai (1 à 4 semaines) et seule une partie de toutes les hospitalisations liées au COVID-19 est rapportée, la participation à cette surveillance étant volontaire et non obligatoire pour les hôpitaux.

#### a) Admissions à l'hôpital

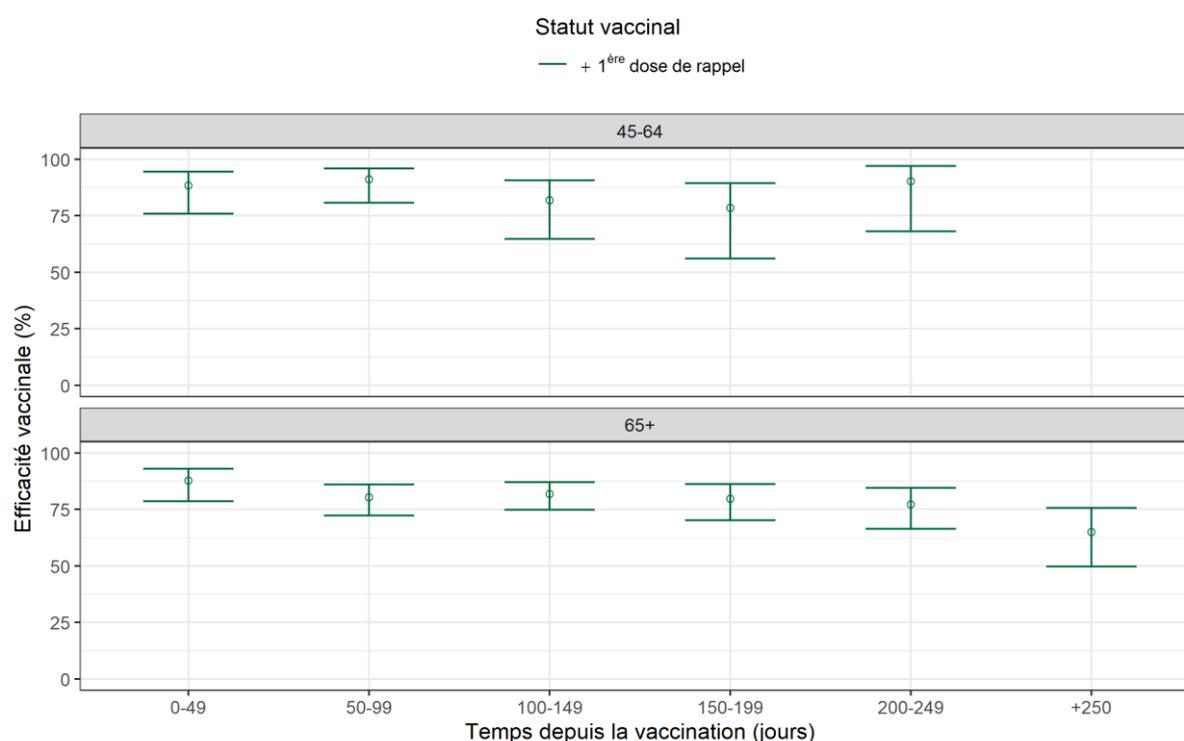
Les graphiques ci-dessous montrent **une estimation de l'efficacité de la vaccination contre une hospitalisation, suite à une infection COVID-19**, pour les groupes d'âge de 45-64 ans et 65 ans et plus, à partir du 3 janvier 2022 (>80% des cas infectés avec le variant Omicron) et jusqu'au 18 juin 2023 inclus. Pour les plus jeunes (dont l'âge est inférieur à 45 ans), le nombre d'hospitalisations est très faible et par conséquent l'efficacité de la vaccination ne peut être calculée. Les personnes hospitalisées et ayant connu une infection antérieure (toute infection survenue depuis 2020) représentent un faible nombre d'individus, ainsi l'efficacité de la vaccination ne peut être également calculée. L'axe des abscisses indique le nombre de jours suivant le début de la protection vaccinale (après la dernière dose + 14 jours), ce qui permet de suivre la durée de la protection. Pour tous les cas étudiés, le groupe de comparaison est constitué d'individus du même groupe d'âge qui n'ont pas été vaccinés et n'ont pas connu d'infection antérieure au COVID-19.



Les lignes verticales autour de chaque point du graphique représentent l'intervalle de confiance à 95%. Plus l'intervalle est étroit, plus l'estimation de l'efficacité vaccinale est précise.

## b) Admissions en USI

Les graphiques ci-dessous montrent une estimation de l'efficacité de la vaccination contre une admission en USI, suite à une infection COVID-19, pour les groupes d'âge de 45-64 ans et 65 ans et plus à partir du 3 janvier 2022 (>80% des cas infectés avec le variant Omicron) et jusqu'au 18 juin 2023 inclus. Pour les plus jeunes (dont l'âge est inférieur à 45 ans), le nombre d'admissions en USI est très faible et par conséquent l'efficacité de la vaccination ne peut être calculée. Les personnes admises en USI et ayant connu une infection antérieure (toute infection survenue depuis 2020) représentent un faible nombre d'individus, ainsi l'efficacité de la vaccination ne peut être également calculée. L'axe des abscisses indique le nombre de jours suivant le début de la protection vaccinale (après la dernière dose + 14 jours), permettant de suivre la durée de la protection. Pour tous les cas étudiés, le groupe de comparaison est constitué d'individus du même groupe d'âge qui n'ont pas été vaccinés et n'ont pas connu d'infection antérieure au COVID-19.



Les lignes verticales autour de chaque point du graphique représentent l'intervalle de confiance à 95%. Plus l'intervalle est étroit, plus l'estimation de l'efficacité vaccinale est précise.

### 3.5. HOSPITALISATIONS POUR COVID-19

Comme indiqué dans l'introduction, un questionnaire hebdomadaire et obligatoire n'est plus administré dans les hôpitaux. La section "3.5. Hospitalisation pour COVID-19" que vous trouviez dans les versions antérieures du bulletin ne peut donc plus être publiée.

Il existe deux autres sources dans lesquelles vous pouvez trouver des indications sur les hospitalisations liées au COVID-19 en Belgique. Ces données peuvent donner une estimation de l'évolution des hospitalisations, mais pas du nombre total d'admissions. Dans le "Bulletin des infections aiguës des voies respiratoires", les données hospitalières sont disponibles auprès d'un réseau volontaire et stable de 6 hôpitaux (voir ce [lien](#)). Une deuxième source de données hospitalières est un questionnaire volontaire adressé aux hôpitaux et portant spécifiquement sur le COVID-19. Ces données sont rapportées mensuellement via le "COVID-19 Clinical Hospital Surveillance Report", publié sur le [site web de Sciensano](#)

### 3.6. SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

Comme indiqué dans l'introduction, un questionnaire hebdomadaire et obligatoire n'est plus administré dans les hôpitaux. Par conséquent, nous ne pouvons plus publier le chapitre "Evolution de la mortalité COVID-19". Ces chiffres peuvent également être consultés sur le [site web de Sciensano](#) et une analyse détaillée est disponible dans le [rapport thématique de l'épidémiologie de la mortalité de la COVID-19 en Belgique de la vague 1 à la vague 7](#). Toutefois, l'évolution des taux de mortalité globaux est toujours disponible et est présentée dans le chapitre ci-dessous.

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

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

Plus d'information sur la surmortalité durant 2022 dans le [communiqué de presse du 26 janvier 2023](#).

Plus d'information sur la surmortalité durant l'été 2020 dans le [rapport Be-MOMO été 2020 publié en mars 2023](#).

La semaine 26 (26 juin 2023) n'a pas présenté de surmortalité statistiquement significative sur l'ensemble de la semaine à l'échelle de la Belgique. En Bruxelles, il y a eu un jour de surmortalité chez les personnes à partir de 65 ans. Le nombre hebdomadaire de décès, toutes causes confondues, est resté stable par rapport à la semaine précédente. Au cours de la semaine 26, moins de 1 % de tous les décès observés étaient associés à la COVID-19 (0 % en Flandre et en Wallonie, et 1 % à Bruxelles).

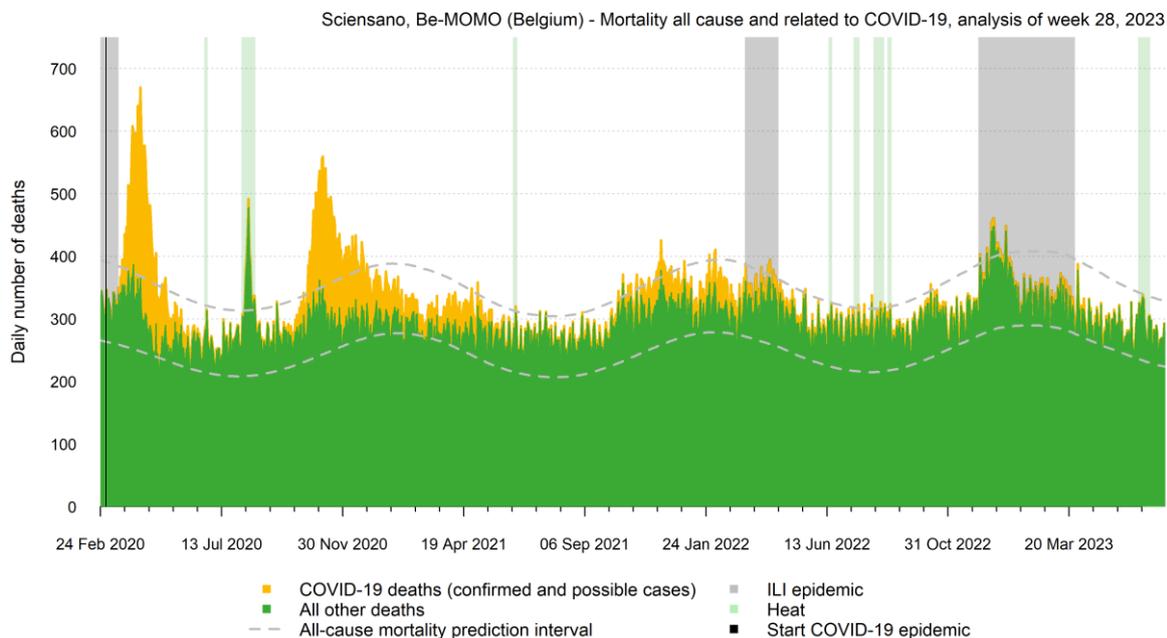
Le plan Forte chaleur et pics d'ozone a été activé pour la première fois cet été du jeudi 8 juin (semaine 23) au mercredi 21 juin 2023 (semaine 25). La chaleur a débuté le 9 juin avec une température maximale de 28,8 °C (à Uccle). Au cours de cette période, il y a eu 3 jours (10-12 juin) avec des températures maximales à Uccle entre 30,1 °C et 31,2 °C et 1 nuit (10 juin) avec des températures minimales à 18,3 °C. Il y a eu 12 jours avec des concentrations d'ozone supérieures à 100 µg/m<sup>3</sup> sur l'ensemble du pays (moyenne la plus élevée sur 8 heures), et des concentrations élevées de PM<sub>2.5</sub> pendant 3 jours en Flandre (max. 17,8 µg/m<sup>3</sup>). Aucune concentration de PM<sub>10</sub> supérieure à 45 µg/m<sup>3</sup> (moyenne sur 24 heures) n'a été observée.

Un pic de décès a été observé le jeudi 13 juin (339 décès). Des alertes de surmortalité ont été émises pour l'ensemble de la population en Flandre le 13 juin, en Wallonie le 8 juin pour les personnes âgées de 85 ans et plus, et à Bruxelles les 13, 15 et 16 juin pour les personnes âgées de 85 ans et plus.

Pour la période du 9 au 21 juin, nous avons observé une faible surmortalité en Flandre, à Bruxelles principalement pour les personnes âgées de 85 ans et plus, et aucune surmortalité en Wallonie. Au niveau de la Belgique, 3 894 décès ont été observés dont 200 décès en

excès (+5,4 %), avec 109 décès en excès chez les 85 ans et plus (+7,1 %), 96 chez les 65-84 ans (+6,0 %) et 23 chez les 15-64 ans (+4,5 %).

Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 09/07/23 (sur base des données collectées jusqu'au 15/07/23), Belgique

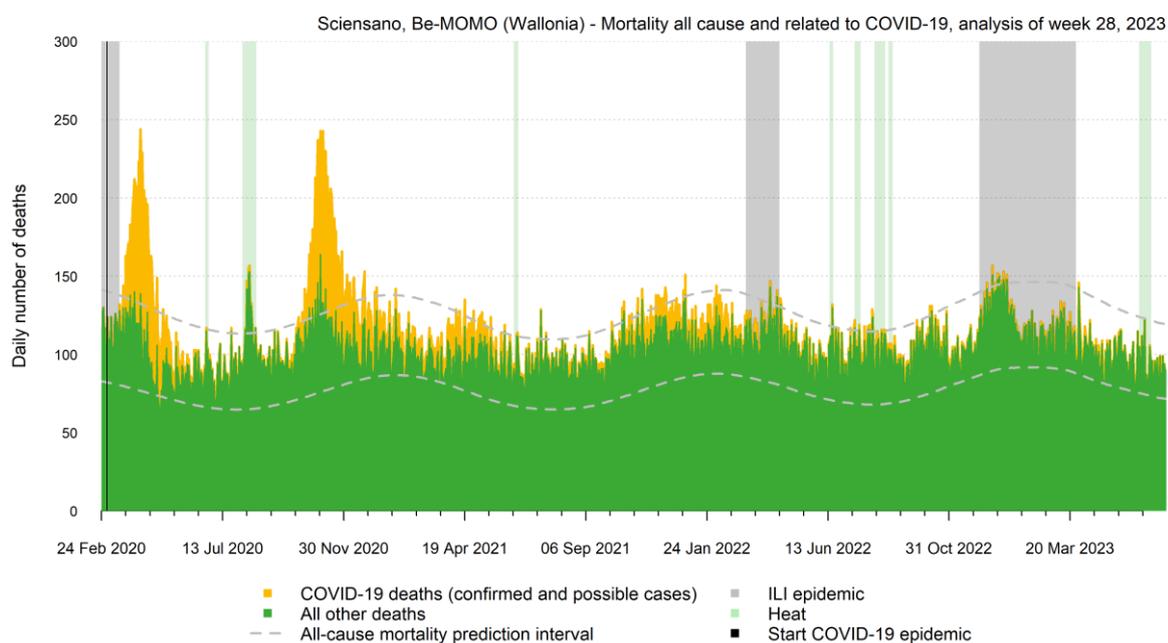


Comment lire ce graphique ? Quand le nombre de décès par jour dépasse les limites supérieures ou inférieures des décès prévus par la modélisation (lignes pointillées grises), il y a une surmortalité ou une sous-mortalité statistiquement significative. La zone orange représente le nombre de décès lié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

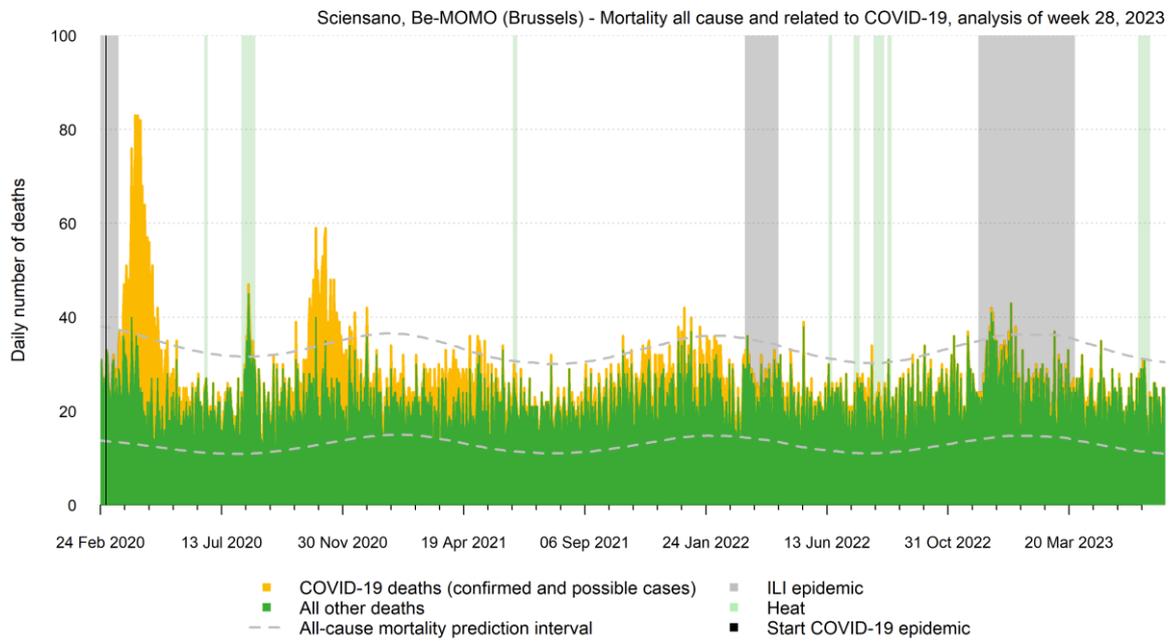
## Nombre de décès toutes causes confondues par semaine (Belgique)

Semaine	Date du lundi	Nombre de décès observés	Nombre de décès attendus (Be-MOMO)	Nombre de décès supplémentaires	Nombre de jours avec surmortalité	Excès de mortalité (%)	Taux brut de mortalité (100 000 habitants)
2023-W23	05/06/2023	2 097	2 014	83	0	4.1	17,9
2023-W24	12/06/2023	2 118	1 989	129	0	6.5	18,1
2023-W25	19/06/2023	1 895	1 966	-	0	-	16,2
2023-W26	26/06/2023	1 887	1 946	-	0	-	16,1

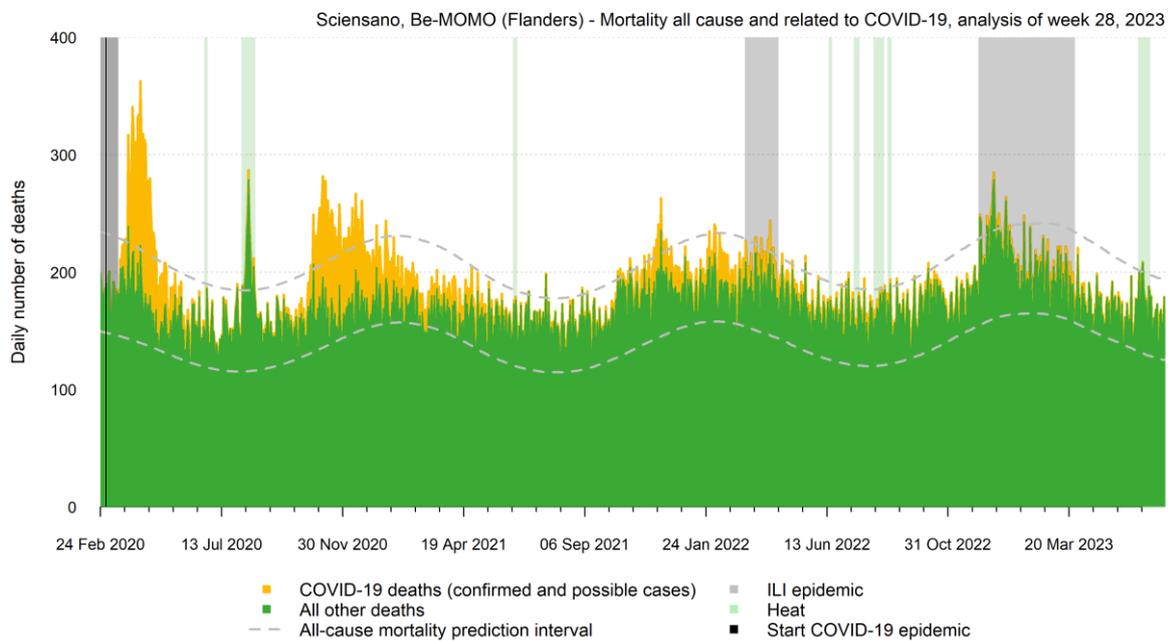
Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 09/07/23 (sur base des données collectées jusqu'au 15/07/23), Wallonie



Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 09/07/23 (sur base des données collectées jusqu'au 15/07/23), Bruxelles



Nombre de décès toutes causes confondues et mortalité COVID-19 soustraite, jusqu'au 09/07/23 (sur base des données collectées jusqu'au 15/07/23), 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](#).

## EuroMOMO

EuroMOMO publie [un bulletin hebdomadaire](#) sur la mortalité toutes causes confondues dans les pays et régions participant au réseau de collaboration EuroMOMO. 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.

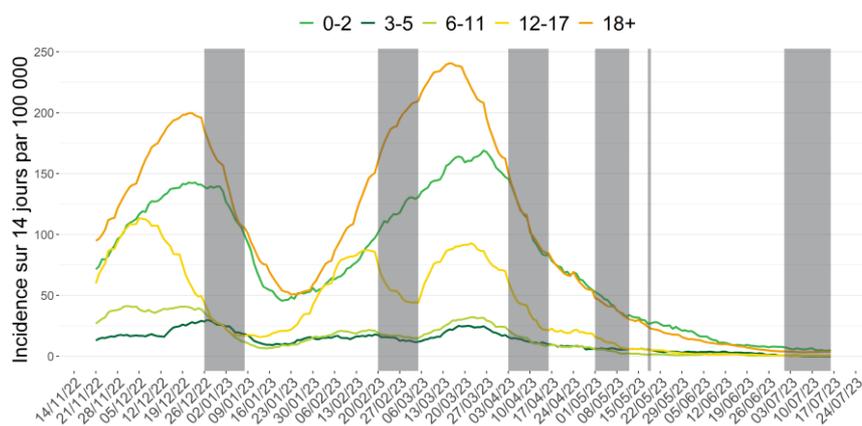
### 3.7. SITUATION COVID-19 POUR LES ENFANTS

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

Les graphiques utilisés dans cette section sont produits à partir de la surveillance des laboratoires cliniques qui rapportent tous les tests analysés par âge.

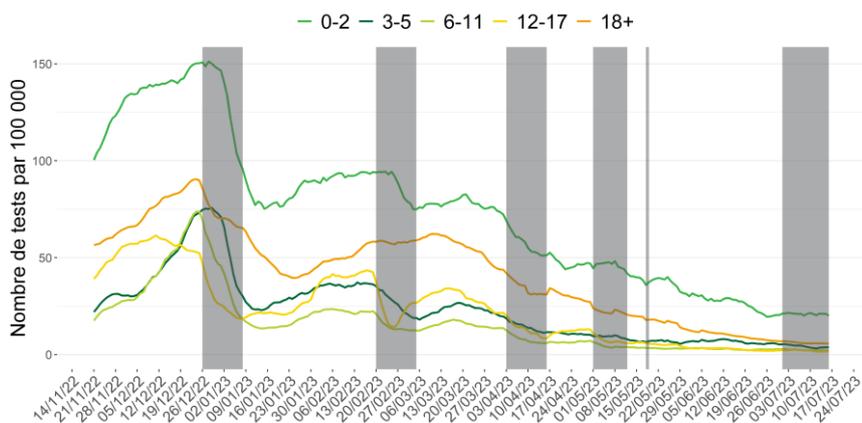
L'évolution du nombre de cas confirmés est calculée à partir des résultats de tests rapportés par les laboratoires. Le nombre de tests effectués (positifs et négatifs) permet d'interpréter l'évolution de l'incidence par tranche d'âge dans le contexte des changements de stratégie de testing. Les groupes 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, 21/11/22 (semaine 47) au 16/07/23 (semaine 28), Belgique.



Source : surveillance COVID-19 centralisée de Sciensano basée sur les laboratoires. Les zones grisées indiquent les périodes de vacances scolaires (les périodes de vacances diffèrent en Communauté française et flamande).

Nombre de tests effectués (moyenne glissante sur 7 jours) par tranche d'âge et pour 100 000 habitants de la tranche d'âge, 21/11/22 (semaine 47) au 16/07/23 (semaine 28), Belgique.



Source : surveillance COVID-19 centralisée de Sciensano basée sur les laboratoires. Les zones grisées indiquent les périodes de vacances scolaires (les périodes de vacances diffèrent en Communauté française et flamande).

### 3.8. SURVEILLANCE BASÉE SUR LES EAUX USÉES

La surveillance de la circulation du SARS-CoV-2 via les eaux usées a démarré en septembre 2020. Depuis cette date, la concentration de SARS-CoV-2 à l'entrée de 42 stations d'épuration est mesurée deux fois par semaine. Le suivi de l'évolution de la quantité de SARS-CoV-2 excrétée par les patients infectés permet de détecter une résurgence de circulation ainsi que l'atteinte de la circulation maximale lors d'une vague. Cette surveillance est considérée comme complémentaire à la surveillance basée sur les cas.

Les stations d'épuration suivies, ainsi que leur couverture géographique et de population, peuvent être consultées en ligne sur [le Dashboard COVID-19 de Sciensano](#). Au total, cette surveillance couvre 45 % de la population en Belgique, avec une couverture plus importante pour les zones citadines, telles que les régions autour de Bruxelles, Gand, Anvers, Liège et Charleroi.

La présente surveillance est basée sur trois indicateurs d'alertes :

- L'indicateur nommé « Haute circulation » indique les zones de circulation élevée du virus pour la semaine en cours. Cela correspond à une situation où la charge virale dépasse la moitié de la valeur la plus haute enregistrée durant la 9<sup>ème</sup> vague, qui a débuté le 21 novembre 2022. Plus d'information sur les dates des vagues peut être consulté en ligne dans la [FAQ](#).
- L'indicateur « Augmentation rapide » indique les zones dans lesquelles la circulation virale a augmenté rapidement par rapport à la semaine précédente, avec une pente de plus de 70 %.
- Enfin, l'indicateur « Tendence à la hausse » indique les zones où les charges virales sont en hausse depuis plus de six jours.

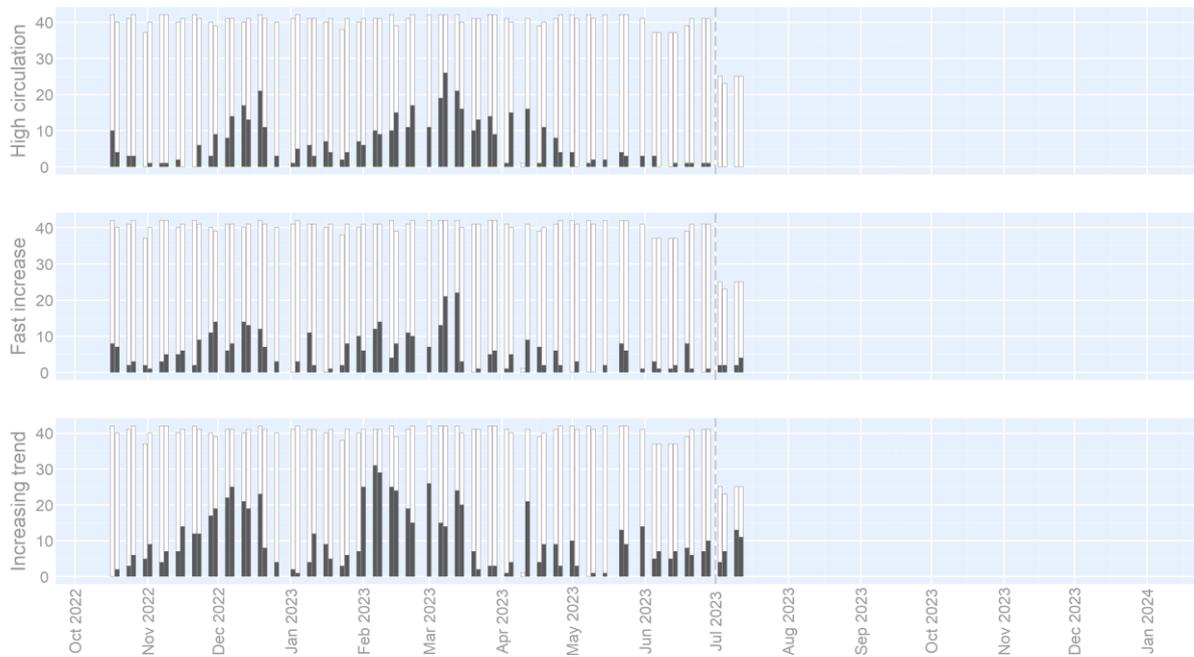
Généralement, lorsque les charges virales dans les eaux usées commencent à augmenter dans une région, l'indicateur « Tendence à la hausse » sera le premier à devenir positif. Si les charges virales augmentent rapidement, l'indicateur « Augmentation rapide » sera alors positif. Enfin, l'indicateur « Haute circulation » deviendra positif si les charges virales atteignent des niveaux équivalents à la moitié de ceux enregistrés lors de la 9<sup>ème</sup> vague.

Les derniers résultats mesurés le 12/07/2023 durant la semaine 28 indiquent que:

- Au niveau national: Les nombres de zones en Haute Circulation et en Tendence à la Hausse sont faibles. Dans l'ensemble, les charges virales sont faibles par rapport à la 9<sup>e</sup> vague.
- Au niveau régional: La situation est similaire en Flandre et en Wallonie. Cependant à Bruxelles, une légère augmentation des charges virales est observée.

La Figure ci-dessous présente l'évolution de la somme du nombre de stations positives pour chaque indicateur. Cela permet d'avoir une vue dynamique de l'évolution des indicateurs d'alerte au niveau national.

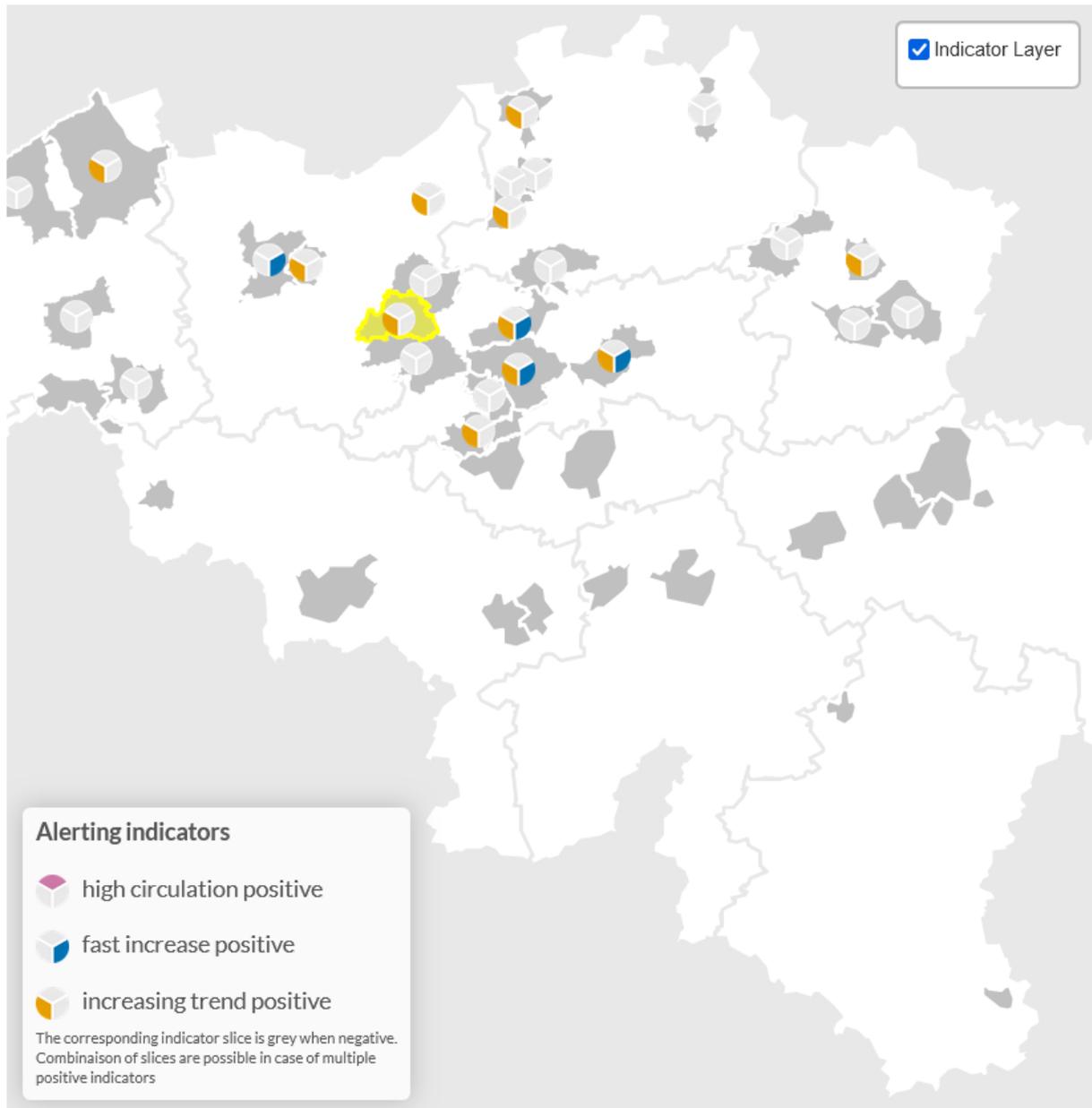
Nombre de zones couvertes par les stations d'épuration des eaux usées présentant des indicateurs d'alerte positifs.



Les barres noires représentent le nombre de stations positives pour chaque indicateur, les barres blanches représentent le nombre total de zones considérées chaque semaine dans la surveillance des eaux usées.

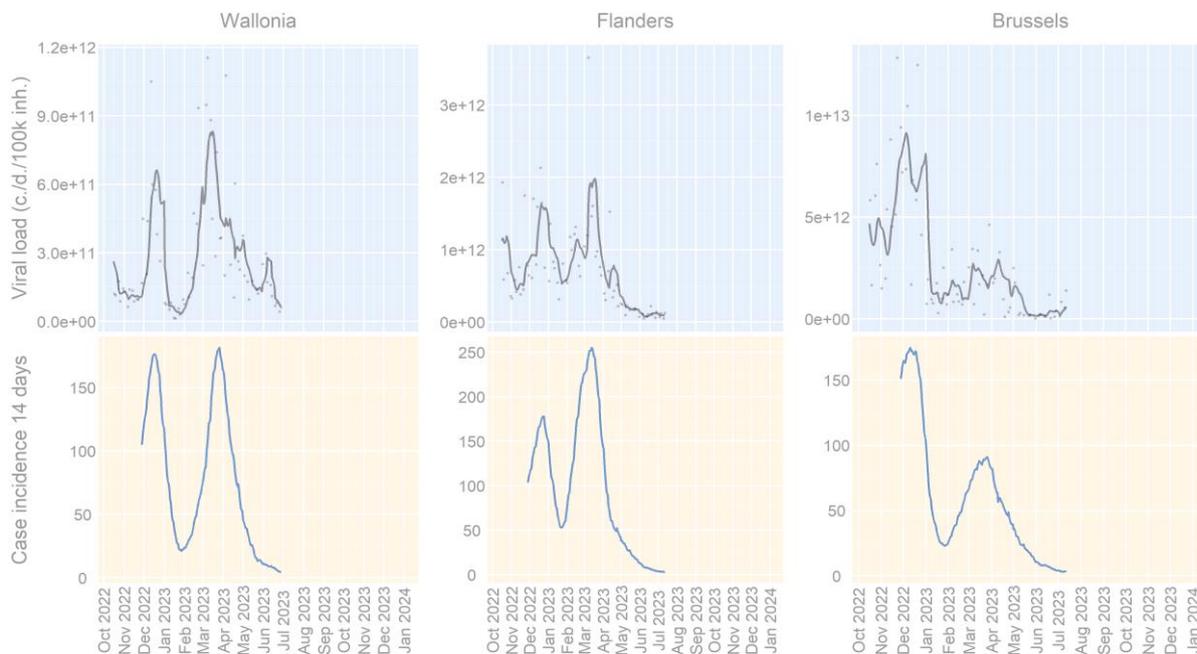
La figure ci-dessous, présente une représentation géographique des trois indicateurs pour chaque zone couverte par la surveillance. La positivité des indicateurs « Haute circulation », « Augmentation rapide » et « Tendance à la hausse » est indiquée par un quartier rose, bleu et orange, respectivement.

Représentation géographique des indicateurs pour les zones couvertes par la surveillance.



Les charges virales mesurées dans chaque région sont présentées sur les figures ci-dessous, avec en parallèle l'incidence sur 14 jours pour le nombre de cas.

Charge virale de SARS-CoV-2 et incidence des cas sur 14 jours dans la population couverte par la surveillance des eaux usées.



\* moyenne mobile sur 14 jours du nombre de copies de SARS CoV-2 par jour et par 100 000 habitants. Les résultats des tests PCR sont exprimés en copies du virus par ml. En prenant en compte le débit à l'entrée des stations d'épuration et la population qu'elles représentent, les résultats peuvent être exprimés en copies du virus par jour et par 100 000 habitants.

Les indicateurs d'alerte pour chaque région sont repris dans le tableau ci-dessous.

Indicateurs d'alerte remplis (1) ou non (0) par région.

Régions	Couverture de la population	Haute Circulat.	Augment. Rapide	Tendance à la Hausse	Charge virale normalisée (%) <sup>1</sup>	Charge virale moyenne <sup>2</sup>	Évolution de la charge virale (%/semaine) <sup>3</sup>	Jours d'augment. <sup>4</sup>
Bruxelles	100%	0	1	1	9	1.39	83	7
Flandre	41%	0	0	0	4	0.12	0	5
Wallonie	31%	/	/	/	/	/	/	/

<sup>1</sup> : la charge virale, normalisée par rapport à la charge virale maximale mesurée dans la zone correspondante durant la neuvième vague (21 novembre 2022 - 01 janvier 2023).

<sup>2</sup> : la charge virale calculée sur la réplique des trois fragments de gènes ciblés (N1, N2 et E). La charge virale est exprimée en 10<sup>12</sup> copies/jour/100 000 habitants.

<sup>3</sup> : la pente (%/semaine) de la moyenne mobile des 7 derniers jours de la charge virale (si la concentration correspondante est supérieure à la limite de quantification estimée).

<sup>4</sup> : le nombre cumulé de jours d'augmentation de la moyenne mobile des 14 derniers jours de la charge virale.

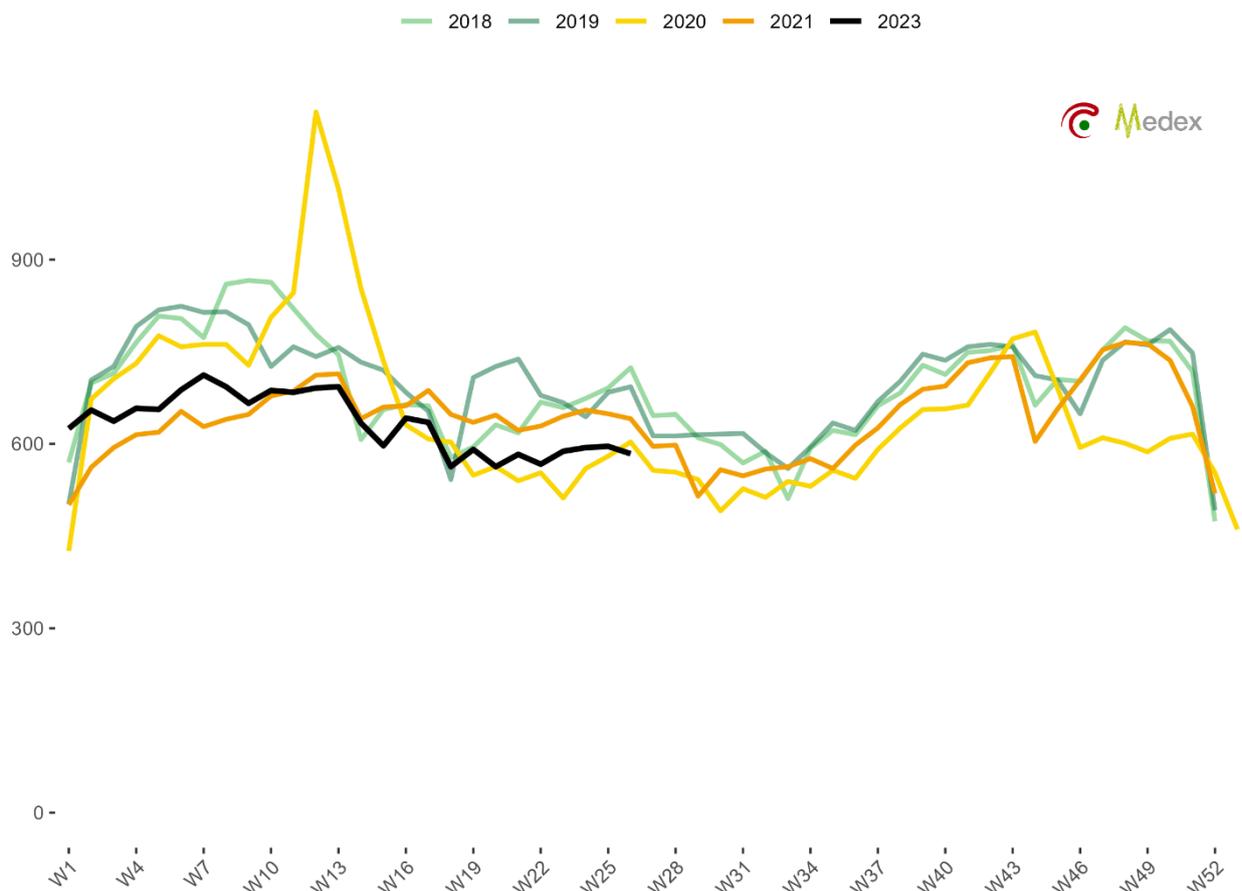
Plus d'informations sur la méthodologie et l'analyse des résultats peuvent être obtenus dans [le dernier rapport hebdomadaire](#) de la surveillance du SARS-CoV-2 dans les eaux usées ainsi que dans le document sur la [méthodologie](#), accessibles en ligne sur le site de Sciensano.

### 3.9. 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 public 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.

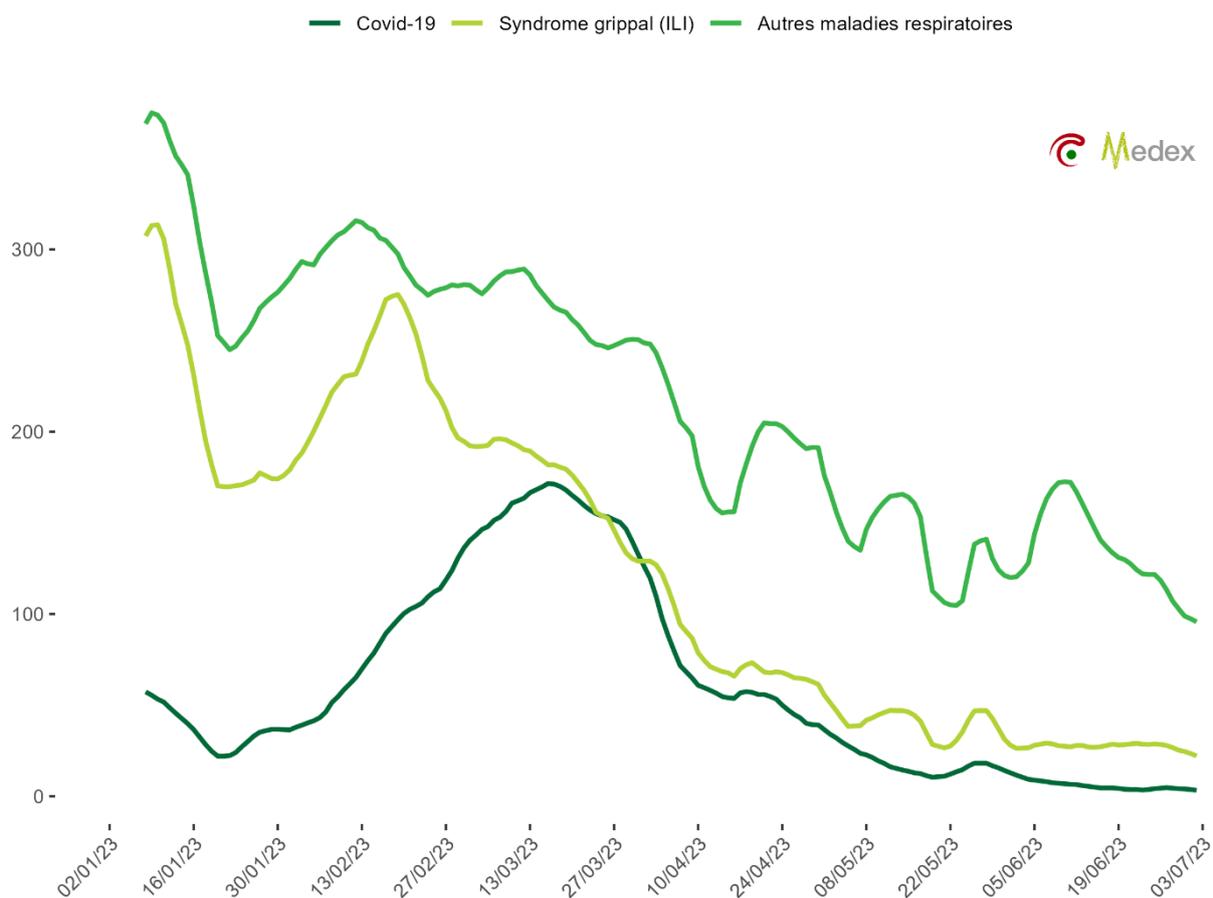
La figure ci-dessous montre les absences journalières pour maladie chez ces fonctionnaires par rapport aux années précédentes.

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

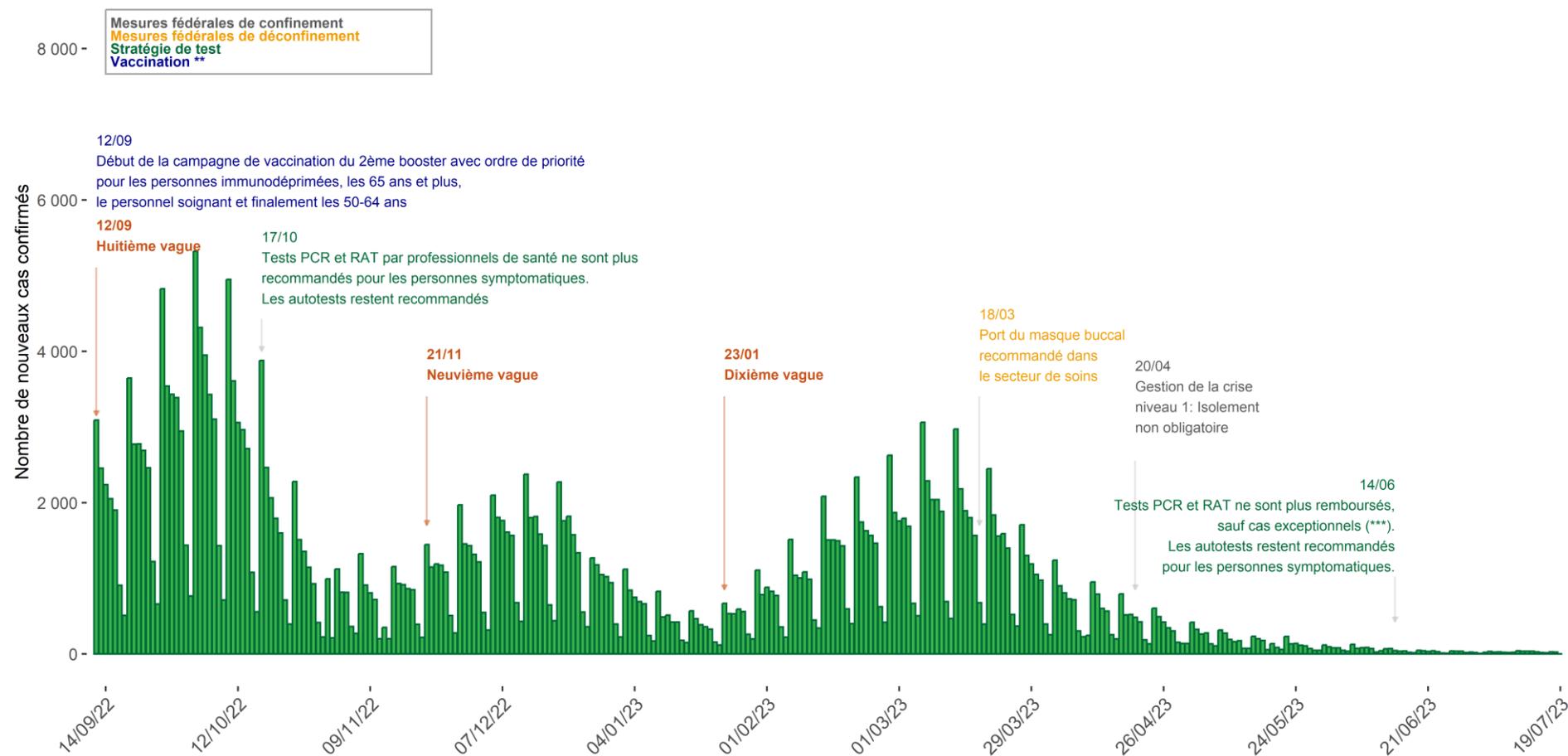


Le diagnostic apposé par le médecin est disponible sur le certificat MEDEX d'incapacité de travail. Ces données sont regroupées sur base des codes ICD 9 (Nomenclature OMS) et de texte libre. La figure ci-dessous indique le nombre de fonctionnaires atteint de maladie respiratoire, par diagnostic mentionné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

Nombre de fonctionnaires malades (MEDEX), par diagnostic (maladies respiratoires uniquement) mentionné sur le certificat, évolution journalière depuis le 02/01/23



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



\*\*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.

\*\*\*Voir [les procédures](#) de Sciensano ainsi que [l'avis](#) du Conseil Supérieur de la Santé pour des informations plus détaillées.

Il est important de noter que la détermination de ces dates n'implique pas nécessairement un jugement sur la gravité de la situation épidémiologique ou sur la charge pour la santé publique pendant ces périodes.

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 neuvième vague, c'est-à-dire à partir du 21 novembre 2022.

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.

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

Finalement, cette figure permet également de visualiser les dates de début des différentes phases de la campagne de vaccination pour la population belge et de comprendre comment cette stratégie a été implémentée.

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

## 4. Annexes

### 4.1. RÉSUMÉ DES INDICATEURS CLÉS

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

Comme indiqué dans l'introduction, un questionnaire hebdomadaire et obligatoire n'est plus administré dans les hôpitaux. Par conséquent, nous ne pouvons plus publier les "indicateurs de sévérité" (y compris le "nombre moyen d'admissions à l'hôpital par jour" et le "nombre de lits de soins intensifs occupés par des patients COVID-19") dans le tableau récapitulatif ci-dessous.

Indicateur	19/6-25/6	26/6-2/7	3/7-9/7	10/7-16/7
<b>Indicateurs d'intensité</b>				
Moyenne journalière de nouveaux cas <sup>(a)</sup>	32	26	24	31
Temps de doublement <sup>(b)</sup>	16	27	62	20
Taux de reproduction <sup>(c)</sup>	0,830	0,915	1,032	1,092
Nombre de tests effectués pour 100 000 hab.	52	47	40	39
Taux de positivité <sup>(a)</sup>	4,7%	4,2%	4,3%	5,7%
Incidence sur 14 jours des cas confirmés pour 100 000 hab. <sup>(d)</sup>	4	3	3	3
<b>Indicateurs de vaccination</b>				
<b>Pourcentage de la population ayant reçu une dose au cours des 6 derniers mois</b>	<b>27/03/2023</b>	<b>24/04/2023</b>	<b>29/05/2023</b>	<b>26/06/2023</b>
Population générale	18,6%	3,6%	0,9%	0,4%
18-64 ans	22,2%	4,1%	0,9%	0,4%
65-84 ans	24,6%	4,9%	1,5%	0,5%
85 ans et plus	30,1%	5,9%	1,6%	0,6%
<b>Efficacité vaccinale (1ère dose de rappel, 65 ans et +)</b>	<b>0-49 jours</b>	<b>50-99 jours</b>	<b>100-149 jours</b>	<b>150-199 jours</b>
Infection symptomatique	52,1%	39,2%	27,0%	18,8%
Hospitalisation	79,6%	72,0%	69,3%	64,3%
USI	87,8%	80,4%	81,9%	79,7%

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

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

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

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

## 4.2. NOMBRE DE PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES (PCR ET ANTIGÈNE) ENTRE LE 12 JUIN 2023 ET LE 19 JUILLET 2023, 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
12/06/23	70	
13/06/23	71	
14/06/23	46	302 cas au cours de cette période de 7 jours
15/06/23	38	Soit 43,1 cas en moyenne par jour
16/06/23	39	Soit une incidence sur une semaine de 2,6/100 000 habitants
17/06/23	22	
18/06/23	16	
19/06/23	49	
20/06/23	43	
21/06/23	34	221 cas au cours de cette période de 7 jours
22/06/23	42	Soit 31,6 cas en moyenne par jour
23/06/23	30	Soit une incidence sur une semaine de 1,9/100 000 habitants
24/06/23	12	
25/06/23	11	
26/06/23	39	
27/06/23	38	
28/06/23	36	185 cas au cours de cette période de 7 jours
29/06/23	18	Soit 26,4 cas en moyenne par jour
30/06/23	26	Soit une incidence sur une semaine de 1,6/100 000 habitants
01/07/23	20	
02/07/23	8	
03/07/23	22	
04/07/23	33	
05/07/23	26	171 cas au cours de cette période de 7 jours
06/07/23	27	Soit 24,4 cas en moyenne par jour
07/07/23	23	Soit une incidence sur une semaine de 1,5/100 000 habitants
08/07/23	18	
09/07/23	22	Soit 28,1% d'augmentation entre les deux périodes
10/07/23	42	Soit une incidence sur une période 14 jours de 3,3 nouveaux cas/100 000 habitants
11/07/23	37	
12/07/23	38	219 cas au cours de cette période de 7 jours
13/07/23	38	Soit 31,3 cas en moyenne par jour
14/07/23	28	Soit une incidence sur une semaine de 1,9/100 000 habitants
15/07/23	19	
16/07/23	17	
17/07/23	29	
18/07/23	25	Les données rapportées pour les derniers jours nécessitent invariablement une consolidation progressive, expliqué entre autres par le délai entre le prélèvement et le rapportage.
19/07/23	2	

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

#### 4.3. NOMBRE DE TESTS RÉALISÉS ENTRE LE 12 JUIN 2023 ET LE 19 JUILLET 2023, PRÉSENTÉ PAR JOUR ET MOYENNE PAR SEMAINE

Date	Nombre de tests	
12/06/23	1 454	
13/06/23	1 283	
14/06/23	1 152	
15/06/23	1 102	7 277 tests au cours de la semaine, soit 1 040/jour
16/06/23	1 082	
17/06/23	631	
18/06/23	573	
19/06/23	1 189	
20/06/23	1 026	
21/06/23	924	
22/06/23	1 015	6 062 tests au cours de la semaine, soit 866/jour
23/06/23	900	
24/06/23	594	
25/06/23	414	
26/06/23	951	
27/06/23	904	
28/06/23	875	
29/06/23	961	5 498 tests au cours de la semaine, soit 785/jour
30/06/23	827	
01/07/23	605	
02/07/23	375	
03/07/23	834	
04/07/23	810	
05/07/23	784	
06/07/23	704	4 733 tests au cours de la semaine, soit 676/jour
07/07/23	762	
08/07/23	440	
09/07/23	399	
10/07/23	820	
11/07/23	796	
12/07/23	714	
13/07/23	775	4 581 tests au cours de la semaine, soit 654/jour
14/07/23	734	
15/07/23	379	
16/07/23	363	
17/07/23	745	Les données des derniers jours ne sont pas encore complètes. Il faut quelques jours pour que tous les tests soient signalés à Sciensano.
18/07/23	687	
19/07/23	21	

#### 4.4. NOMBRE ET POURCENTAGE DE PERSONNES NON VACCINÉES POUR COVID-19, PAR RÉGION ET TRANCHE D'ÂGE

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 03 juillet au 16 juillet 2023.

Groupe d'âge		Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
<b>0-11</b>	% non vaccinés	83,7%	95,3%	75,7%	93,2%
	Nombre non vaccinés	1 268 798	178 410	642 600	447 788
<b>12-17</b>	% non vaccinés	23,7%	53,7%	13,5%	31,3%
	Nombre non vaccinés	190 535	46 428	60 896	83 211
<b>18-64</b>	% non vaccinés	12,7%	26,2%	7,7%	16,9%
	Nombre non vaccinés	890 480	207 073	309 186	374 192
<b>65-84</b>	% non vaccinés	4,9%	12,6%	2,5%	7,8%
	Nombre non vaccinés	93 757	16 888	29 160	47 668
<b>85+</b>	% non vaccinés	4,3%	10,3%	1,9%	8,0%
	Nombre non vaccinés	14 642	2 641	4 179	7 809

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 9.4 des [questions fréquemment posées](#)