

Bilan de la surveillance hivernale 2024-2025

Date de publication : 27.10.2025

HAUTS-DE-FRANCE

Bilan des épidémies hivernales pour la saison 2024-2025

Sommaire

Sommaire	1
Points clés	1
Infections respiratoires aigües (IRA)	3
Grippe	7
Bronchiolite (Moins de 2 ans)	14
Gastro-entérites aigües (GEA)	18
Mortalité	20
Source de données	23
Méthodes	24
Pour en savoir plus	25

Points clés

Infections respiratoires aigües

- Activité précoce et soutenue des IRA basses dès novembre 2024, avec une activité élevée observée en janvier, principalement liée à l'épidémie de grippe.

Grippe

- Circulation intense et prolongée du virus, de début décembre (S49-2024) à fin février (S09-2025), soit 13 semaines d'épidémie contre 10 en moyenne sur la période 2014–2024, avec une activité très élevée en médecine de ville comme aux urgences.
- Plus de 32 000 actes SOS Médecins pour grippe/syndrome grippal pendant la phase épidémique, soit +110 % par rapport à l'épidémie de la saison précédente.
- Près de 16 200 passages aux urgences pour grippe ont été enregistrés pendant l'épidémie selon le réseau OSCOUR®, soit 2,5 fois plus que la saison précédente. Parmi eux, 3 142 ont conduit à une hospitalisation (19,4 %), un volume 2,8 fois supérieur à celui observé en 2023-2024.
- Co-circulation inhabituelle et soutenue des trois virus grippaux : A(H1N1), A(H3N2) et B/Victoria.

Bronchiolite

- L'épidémie a duré 9 semaines, de mi-novembre (S46-2024) à mi-janvier (S02-2025), avec un pic d'activité fin novembre – début décembre (S48–S49-2024).

-
- L'activité en médecine de ville a été inférieure aux saisons précédentes, avec une intensité faible, 639 actes pour bronchiolite enregistrés par SOS Médecins, soit une baisse de 36 % par rapport à 2023-2024.
 - Aux urgences, 2 942 passages ont été recensés chez les enfants de moins de 2 ans, dont 910 hospitalisations (31 %), marquant également une baisse significative par rapport aux saisons précédentes.

Gastro-entérites aigües

- Augmentation de l'activité plus tardive que lors des saisons précédentes, débutant fin février (S09) et culminant début à mi-avril (S14-S15).
- Les indicateurs d'activité sont restés à des niveaux comparables à ceux des saisons précédentes.

Covid-19

- Activité à des niveaux très faibles durant la saison hivernale 2024-2025.

Mortalité

- Un excès de mortalité significatif a été observé pendant six semaines, de mi-décembre 2024 (S51) à fin janvier 2025 (S04), avec un pic atteint en semaine S03, où la surmortalité a atteint 25,8 %.
- L'excès de mortalité concernait majoritairement les 65 ans et plus, qui représentaient 90 % de l'ensemble des décès en excès, et 72 % pour les 75 ans et plus.
- Les données issues de la certification électronique des décès témoignent d'un impact marqué de la grippe sur la mortalité au cours de l'hiver 2024-2025, illustrant l'intensité élevée de l'épidémie cette saison.

Infections respiratoires aigües (IRA)

Rappels sur les IRA :

Les IRA sont dues à différents virus respiratoires comme le SARS-CoV-2 (à l'origine du Covid-19), les virus grippaux, le virus respiratoire syncytial (VRS), principal virus à l'origine de la bronchiolite, ainsi que d'autres virus comme le rhinovirus ou le métapneumovirus. Les virus grippaux et le VRS présentent une dynamique de circulation saisonnière, avec des épidémies survenant généralement entre octobre et mars. À l'inverse, le SARS-CoV-2 maintient une circulation continue tout au long de l'année, sans schéma saisonnier clairement établi à ce jour. Durant l'hiver, la circulation simultanée de ces virus constitue un enjeu important pour le système de santé.

Les personnes les plus vulnérables face à ces infections sont les plus de 65 ans, les personnes immunodéprimées, les femmes enceintes, les personnes atteintes de comorbidités, ainsi que les nourrissons de moins d'un an (en particulier pour le VRS).

Pour limiter la propagation de ces virus, l'application des gestes barrières reste essentielle : port du masque en cas de symptômes, lavage régulier des mains et aération des espaces clos. En complément, la vaccination reste le meilleur moyen de prévenir les formes graves de la grippe et de la Covid-19. Pour les nourrissons, des anticorps monoclonaux peuvent prévenir les infections à VRS.

Enfin, une **surveillance** des IRA d'origine virale est assurée par Santé publique France, principalement d'octobre à mars, et toute l'année pour la Covid-19. Elle repose sur des données issues de la médecine de ville, des hôpitaux, des établissements médico-sociaux et des statistiques de mortalité. Cette surveillance permet de détecter les débuts d'épidémie, d'en suivre l'évolution, d'en mesurer l'impact sanitaire et d'évaluer l'efficacité des mesures de prévention comme la vaccination.

Contexte :

Au cours de la saison 2024-2025, l'activité liée aux IRA basses* en médecine de ville a commencé à augmenter dès le début du mois de novembre 2024. Cette tendance s'est intensifiée pour atteindre un niveau élevé à la fin décembre, culminant en semaine S04-2025 (fin janvier) avec un pic d'intensité particulièrement élevé. À l'hôpital, le pic d'activité a été observé en semaine S01-2025, avec une intensité également très marquée.

Le recours aux soins pour IRA basses a d'abord été majoritairement lié à la bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans en novembre et décembre, avant d'être dominé par la grippe à partir de la mi-décembre et jusqu'en mars, tous âges confondus. L'activité associée à la Covid-19 est restée faible tout au long de la saison.

* Le regroupement syndromique IRA basses regroupe les actes rapportés par SOS Médecins et le réseau Oscour® pour grippe/syndrome grippal, bronchiolite, Covid-19/suspicion de Covid-19, pneumopathie aiguë et bronchite aiguë.

Médecine de ville :

Entre le 30 septembre 2024 (S40-2024) et le 13 avril 2025 (S15-2025), plus de 70 000 actes pour IRA basses ont été réalisés par les associations SOS Médecins dans les Hauts-de-France, soit une augmentation de 11 % par rapport à la saison précédente. Sur cette période, les IRA basses ont représenté 17,5 % de l'activité totale des associations, avec un pic observé en semaine S04-2025 (fin janvier) atteignant 30,6 % ([Figure 1](#)).

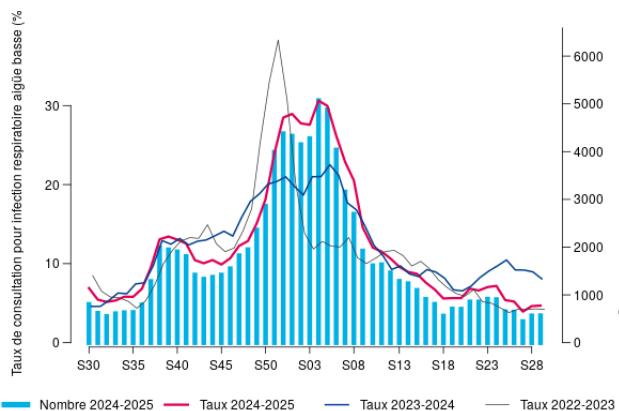
Après une première vague de recours à la médecine d'urgence en ville pour IRA basses entre les semaines 35 et 43, en lien avec une augmentation de la circulation des rhinovirus dans un contexte de reprise des activités socio-économiques après l'été, l'activité des associations SOS médecins pour IRA basses a commencé à augmenter dès la semaine S46-2024. L'augmentation était portée par l'épidémie de bronchiolite touchant principalement les enfants de moins de 2 ans. Cette dynamique s'est poursuivie au cours des semaines suivantes avec une activité élevée impliquant

l'ensemble des classes d'âge, dans un contexte de co-circulation d'autres virus respiratoires, notamment les virus grippaux (**Figure 2**).

Parallèlement, les données du réseau Sentinelles indiquent que l'activité en médecine générale liée aux IRA basses est restée soutenue tout au long de la période de surveillance, avec des taux d'incidence dépassant ceux observés lors de la saison précédente, notamment entre les semaines S01-2025 et S08-2025. Le pic d'activité en consultation a été atteint en semaine S05-2025 (fin janvier), avec un taux d'incidence estimé à 721 cas pour 100 000 habitants (IC95 % : [614 ; 828]). Cette période correspond au pic d'activité de l'épidémie grippale (**Figure 3**).

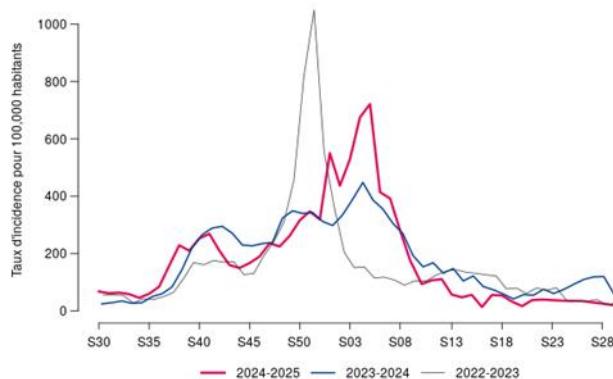
La part d'activité liée au SARS-CoV-2 a été la plus élevée fin septembre (S39), mais est restée très faible durant toute la période de surveillance, culminant à 0,44 % des consultations pour suspicion de Covid-19 enregistrées par SOS Médecins (**Figure 4**).

Figure 1 : Part des IRA basses parmi les consultations SOS Médecins, tous âges, Hauts-de-France.



Source : SOS Médecins / SurSaUD® Santé publique France.

Figure 3 : Taux d'incidence des IRA basses en médecine de ville (Réseau Sentinelles et IQVIA*), tous âges, Hauts-de-France.

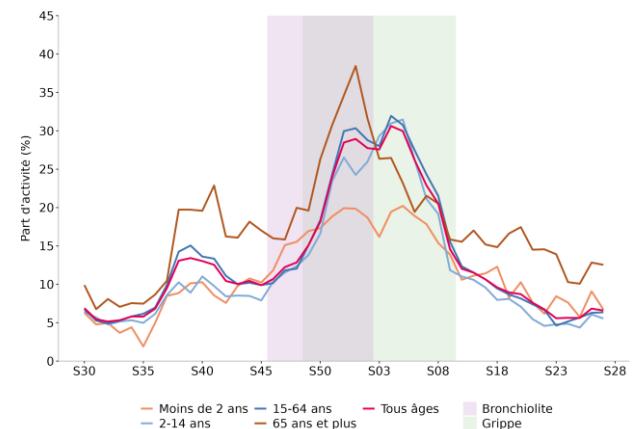


Source : Réseau Sentinelles + IQVIA (données IQVIA non disponibles depuis la S01) / SurSaUD® Santé publique France.

Milieu hospitalier :

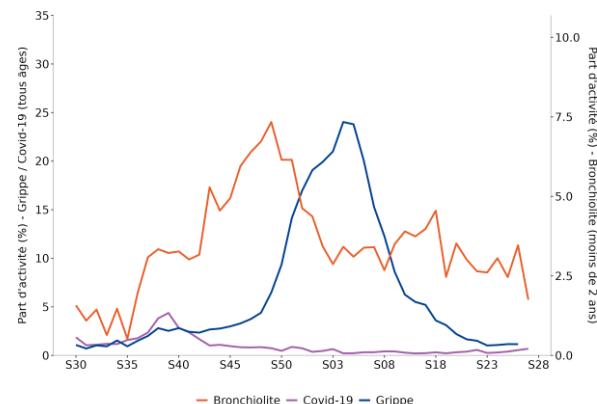
Au cours de la période hivernale, près de 50 000 passages aux urgences pour IRA basses ont été enregistrés, dont 18 000 ont donné lieu à une hospitalisation (soit 36 %). Cela représente une augmentation d'environ 7 % des passages et des hospitalisations par rapport à la saison précédente.

Figure 2 : Part des IRA basses parmi les actes SOS médecins par classe d'âges, Hauts-de-France, saison 2024-2025.



Source : SOS Médecins / SurSaUD® Santé publique France.

Figure 4 : Part des syndromes grippaux, des suspicions de Covid-19 (tous âges) et de la bronchiolite (moins de 2 ans) parmi les actes SOS Médecins, Hauts-de-France, 2024-2025.

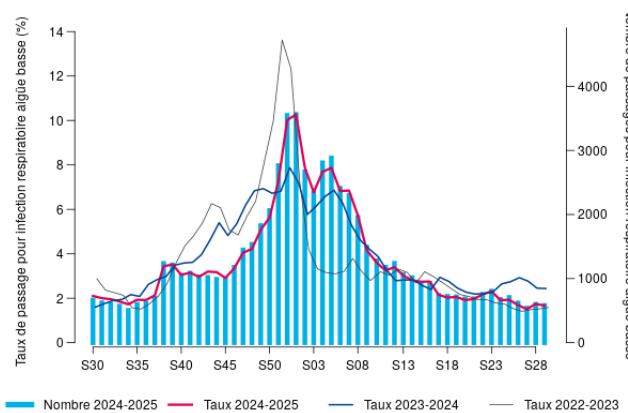


Source : SOS Médecins / SurSaUD® Santé publique France..

Sur l'ensemble de la période, les IRA basses ont représenté 5,1 % de l'activité totale aux urgences et 9,5 % des hospitalisations après passage. Un pic a été observé en semaine S01-2025 (début janvier), atteignant 10,3 % des passages et 17,4 % des hospitalisations (Figure 5).

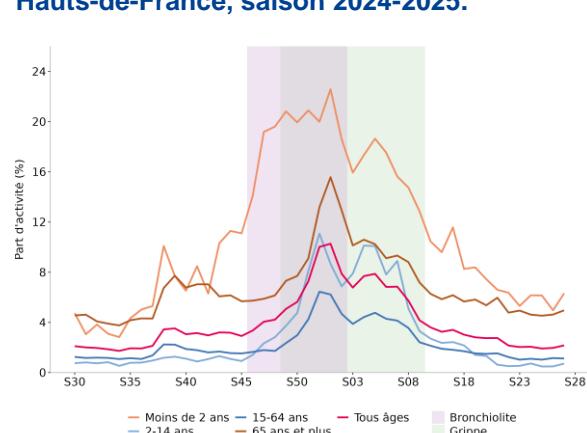
Aux urgences, les recours aux soins pour IRA basses ont été dominés par les enfants de moins de deux ans. Portée dans un premier temps par la bronchiolite, cette dynamique s'est poursuivie avec une forte circulation de la grippe, atteignant un pic de 23 % des passages pour cette tranche d'âge en semaine S01-2025. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient le deuxième groupe le plus touché, avec une activité grippale marquée culminant, elle aussi, en semaine S01-2025, à 15,6 % des passages aux urgences (Figure 6).

Figure 5 : Part des IRA basses parmi les passages aux urgences, tous âges, Hauts-de-France.



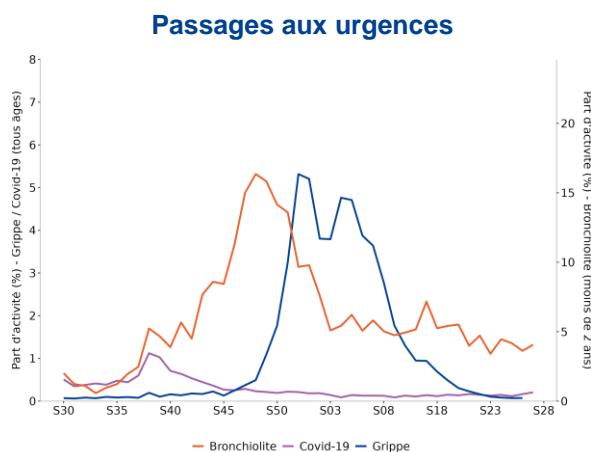
Source : Oscour® / SurSaUD® Santé publique France.

Figure 6 : Part des IRA basses parmi les passages aux urgences par classe d'âges, Hauts-de-France, saison 2024-2025.



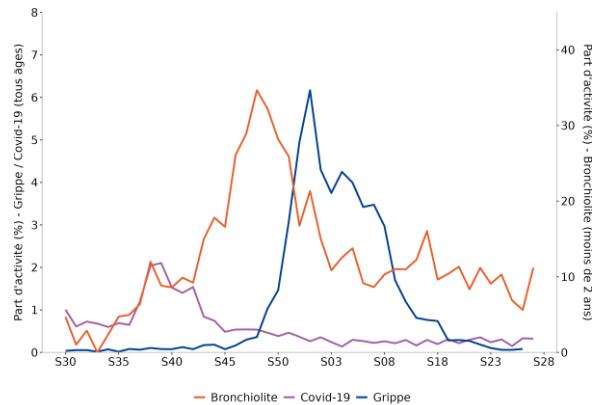
Source : Oscour® / SurSaUD® Santé publique France.

Figure 7 : Part des syndromes grippaux, des suspicions de Covid-19 (tous âges) et de la bronchiolite (moins de 2 ans) parmi les passages aux urgences et les hospitalisations après passage, Hauts-de-France, 2024-2025.



Source : Oscour® / SurSaUD® Santé publique France.

Hospitalisations après passage



Signalement en établissement médico-sociaux (EMS)

Du 30 septembre 2024 (S40-2024) au 13 avril 2025 (S15-2025), 302 épisodes de cas groupés IRA ont été déclarés dans des établissements médicaux sociaux (EMS) des Hauts-de-France via le Portail National des Signalements du Ministère de la Santé et de la Prévention, dont 68 (22,5 %)

avec critères de sévérité* lors du signalement initial et 274 (90,7 %) épisodes survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Parmi les épisodes d'IRA survenus en EMS, la grippe a été identifiée dans 37,4 % des cas, la Covid-19 dans 29,1 %, et le VRS dans 3,6 %. Une coïnfection (plusieurs agents) a été rapportée dans 35,8 % des cas (**Tableau 1**).

Un pic d'épisodes d'IRA liés à la Covid-19 a été observé entre les semaines S38-2024 et S40-2024 (septembre 2024), suivi d'une diminution progressive jusqu'à fin novembre. À partir de la semaine S50-2024, la grippe s'est imposée et est devenue l'étiologie majoritaire parmi les épisodes groupés, situation qui a perduré jusqu'à la semaine S10-2025 (**Figure 8**).

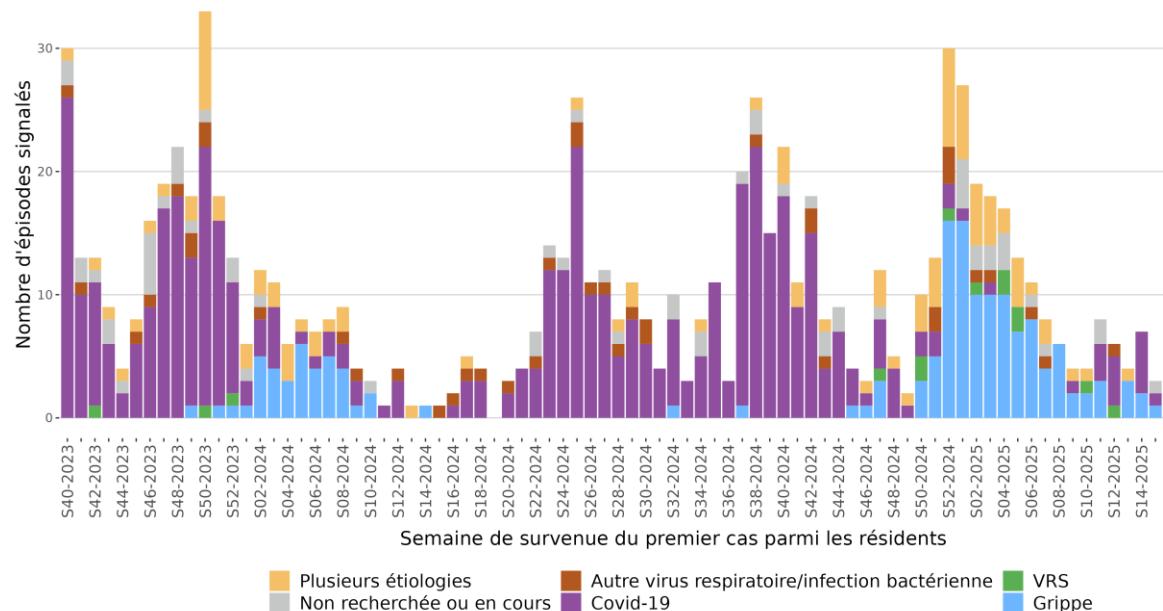
Tableau 1 : Nombre d'épisodes de cas groupés d'IRA en EMS par pathologie pour la saison hivernale 2024-2025 (S40-2024 à S15-2025), Hauts-de-France.

Covid-19	Grippe	VRS	Autre virus respiratoire / infection bactérienne	Non précisé	Plusieurs étiologies
88	113	11	13	23	54

Source : Santé publique France.

*Les critères de sévérité au moment du signalement initial d'un épisode de cas groupés d'IRA en EMS sont : présence de 5 nouveaux cas ou plus dans la même journée, 3 décès ou plus attribuables à l'épisode infectieux en moins de 8 jours, une absence de diminution de l'incidence des nouveaux cas dans la semaine suivant la mise en place des mesures de contrôle.

Figure 8 : Distribution hebdomadaire des épisodes de cas groupés d'IRA en EMS par pathologie, depuis la semaine S40-2023, Hauts-de-France.



Source : Santé publique France.

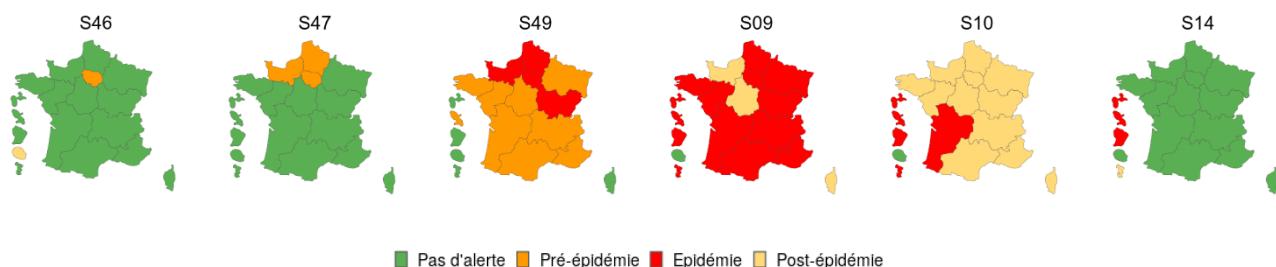
Grippe

Contexte épidémique :

Au cours de la saison 2024-2025, la circulation du virus de la grippe a démarré de manière précoce en France métropolitaine, y compris dans les Hauts-de-France, dans la continuité de ce qui est observé depuis la saison 2022-2023, à la suite de la pandémie de la Covid-19. Dans la région, l'épidémie a débuté début décembre (S49-2024) et s'est achevée fin février (S09-2025), avec un pic observé fin janvier (S04-2025). Au total, la saison épidémique a duré 13 semaines, contre 12 au niveau national.

Par rapport aux saisons précédentes, l'épidémie 2024-2025 se distingue par une durée épidémique plus étendue en région : 13 semaines contre 10 en moyenne sur la période 2014-2024. Elle a également été marquée par une phase post-épidémique plus longue, s'étalant sur 4 semaines (S10-2025 à S13-2025), contre 2 semaines en moyenne les années précédentes ([Figure 9](#)).

Figure 9 : Matrice du niveau d'alerte épidémique des syndromes grippaux, Hauts-de-France, saison 2024-2025.



Médecine de ville :

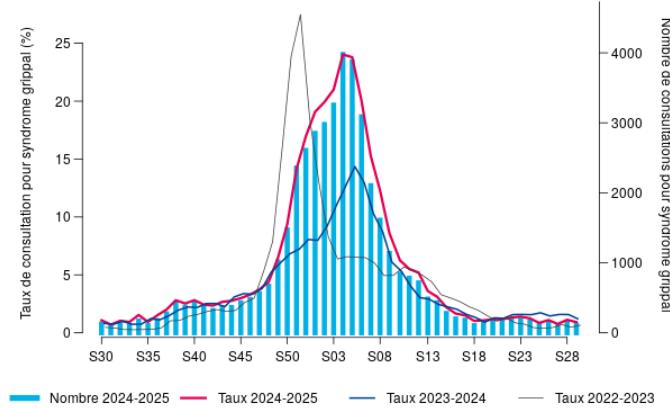
Sur la période épidémique, plus de 32 000 actes pour grippe et syndrome grippal ont été enregistrés par SOS Médecins dans les Hauts-de-France, soit une augmentation de + 110 % par rapport à la saison 2023-2024 et de + 93 % par rapport à 2022-2023.

Chez SOS Médecins, le pic d'activité a été observé fin janvier (S04 à S05-2025), avec une part de consultations liées à la grippe atteignant 24 %, un niveau proche de celui de la saison 2022-2023 (27 %) ([Figure 10](#)). L'intensité de l'épidémie a atteint un niveau élevé, proche du seuil très élevé, tous âges confondus durant ces deux semaines ([Figure 11](#)). Toutefois, la saison 2024-2025 se distingue par une activité élevée plus prolongée dans le temps.

Cette dynamique épidémique s'est observée de toutes les classes d'âge, avec une intensité et une ampleur particulièrement marquée chez les 5-14 ans. Dans ce groupe, la part des actes pour syndrome grippal a atteint des niveaux particulièrement élevés (jusqu'à 29 %) durant trois semaines consécutives en janvier (S03 à S05-2025) ([Figure 12](#)), à un niveau supérieur à celui observé en 2022-2023 (27 %). Chez les 65 ans et plus, l'activité était également élevée, notamment entre la fin décembre et le début janvier (S52-2024 ; S01-2025 puis S03-2025), au-dessus des niveaux enregistrés lors des saisons précédentes.

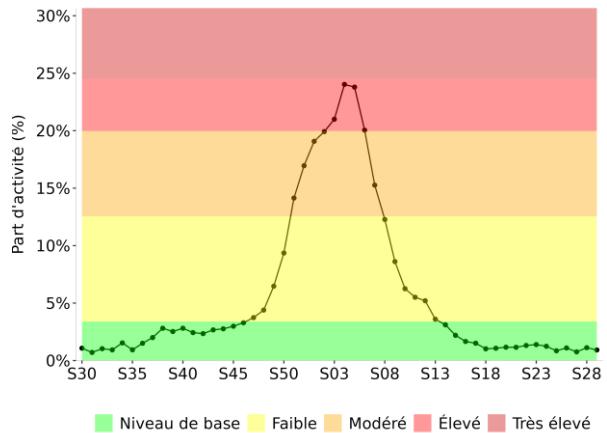
Les données du réseau Sentinelles confirment une épidémie de forte ampleur en médecine de ville. Le pic d'activité, selon cette source, a été atteint plus tardivement, fin janvier (S05-2025), avec un taux estimé à 547 consultations pour 100 000 habitants ($IC_{95\%} = [454 ; 640]$) ([Figure 13](#)).

Figure 10 : Part des syndromes grippaux parmi les consultations SOS Médecins, tous âges, Hauts-de-France.



Source : SOS Médecins / SurSaUD® Santé publique France.

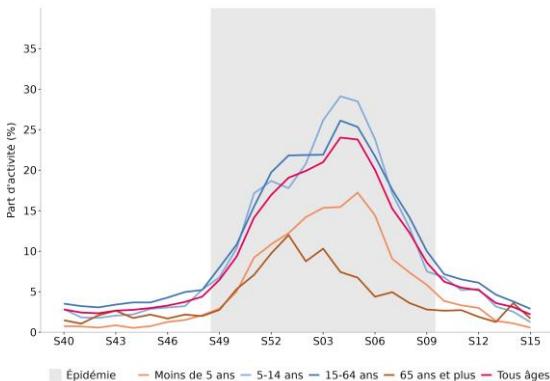
Figure 11 : Part des syndromes grippaux parmi les consultations SOS Médecins, selon le niveau d'intensité* pour cet indicateur, tous âges, Hauts-de-France.



Source : SOS Médecins / SurSaUD® Santé publique France.

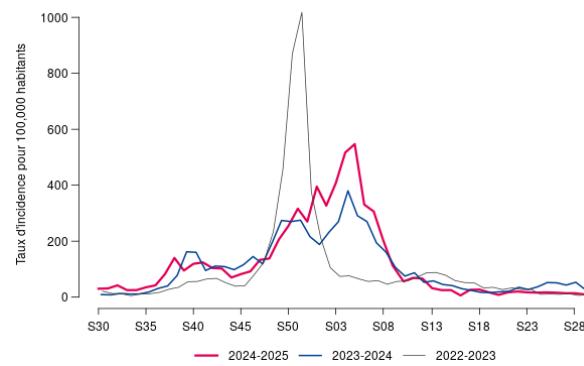
*intensité calculé à partir des saisons : 2017-2018, 2018-2019, 2021-2022, 2022-2023 et 2023-2024 (voir annexe)

Figure 12 : Part des syndromes grippaux parmi les actes SOS médecins par classe d'âges, Hauts-de-France, saison 2024-2025.



Source : SOS Médecins / SurSaUD® Santé publique France.

Figure 13 : Taux d'incidence des syndromes grippaux en médecine de ville (Réseau Sentinelles + IQVIA*), tous âges, Hauts-de-France.



Source : Réseau Sentinelles + IQVIA (données IQVIA non disponibles depuis la S01) / SurSaUD® Santé publique France.

Milieu hospitalier :

Au cours de l'épidémie (S49-2024 à S09-2025), près de 16 200 passages aux urgences pour syndrome grippal ont été enregistrés par le réseau OSCOUR®. Cela représente une augmentation de 2,5 fois par rapport à la saison 2023-2024 et de 2 fois par rapport à la saison 2022-2023 en raison de l'ampleur importante de cette épidémie. Deux pics d'activité ont été observés : le premier début janvier (semaine S52-2024), le second fin janvier (semaine S04-2025). Lors de ces épisodes, la grippe représentait respectivement 5,3 % et 4,8 % de l'ensemble des passages aux urgences, toutes causes confondues (Figure 14).

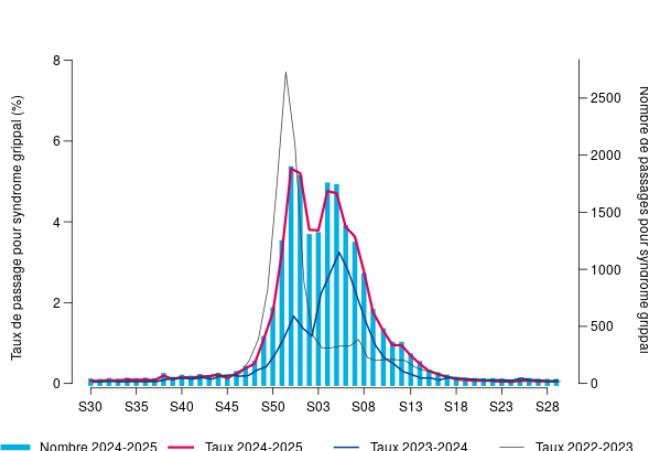
Parmi ces passages, 3 142 (19,4 %) ont donné lieu à une hospitalisation. La part des hospitalisations pour grippe atteignait son pic à 6,2 % des hospitalisations en S01-2025, et 4,3 % en S04-2025. En comparaison aux saisons précédentes, l'épidémie 2024-2025 s'est distinguée, en terme d'hospitalisations, par un niveau d'intensité très élevé et une ampleur exceptionnelle, atteignant des niveaux élevés à très élevés pendant 8 semaines (Figure 15). En effet, cette situation s'est prolongée en raison d'un ralentissement de la décrue épidémique sur le territoire, maintenant un niveau élevé pendant plusieurs semaines supplémentaires. Au total, le nombre d'hospitalisations pendant l'épidémie a été 2,8 fois plus important que lors de la saison précédente, et 3,3 fois supérieur à celui observé en 2022-2023.

Cette saison, l'intensité particulièrement élevée des hospitalisations pour grippe après passage aux urgences a concerné l'ensemble des tranches d'âge, en comparaison aux saisons précédentes. Toutefois, l'impact a été particulièrement marqué chez les moins de 5 ans et les 65 ans et plus.

En effet, sur toute la phase épidémique, la part d'activité des hospitalisations pour grippe atteignait 7,3 % chez les moins de 5 ans (pic à 10,5 % en S04-2025) et 4,1 % chez les 65 ans et plus (pic à 7,6 % en S01-2025), contre respectivement 4,9 % et 1,9 % lors de la saison précédente (Figure 16).

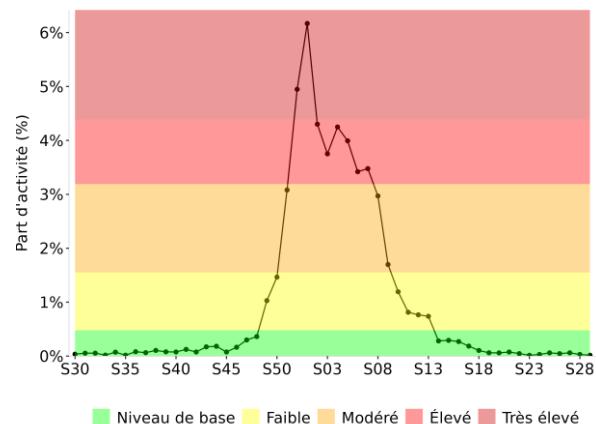
En effetif, les personnes âgées de 65 ans et plus constituaient la majorité des hospitalisations pour grippe, représentant 60,1 % de l'ensemble des admissions, suivies des 15-64 ans (20,1 %), des moins de 5 ans (15,1 %), et des 5-14 ans (4,7 %).

Figure 14 : Part des syndromes grippaux parmi les recours aux urgences, Oscour®, tous âges, Hauts-de-France.



Source : Oscour® / SurSaUD® Santé publique France.

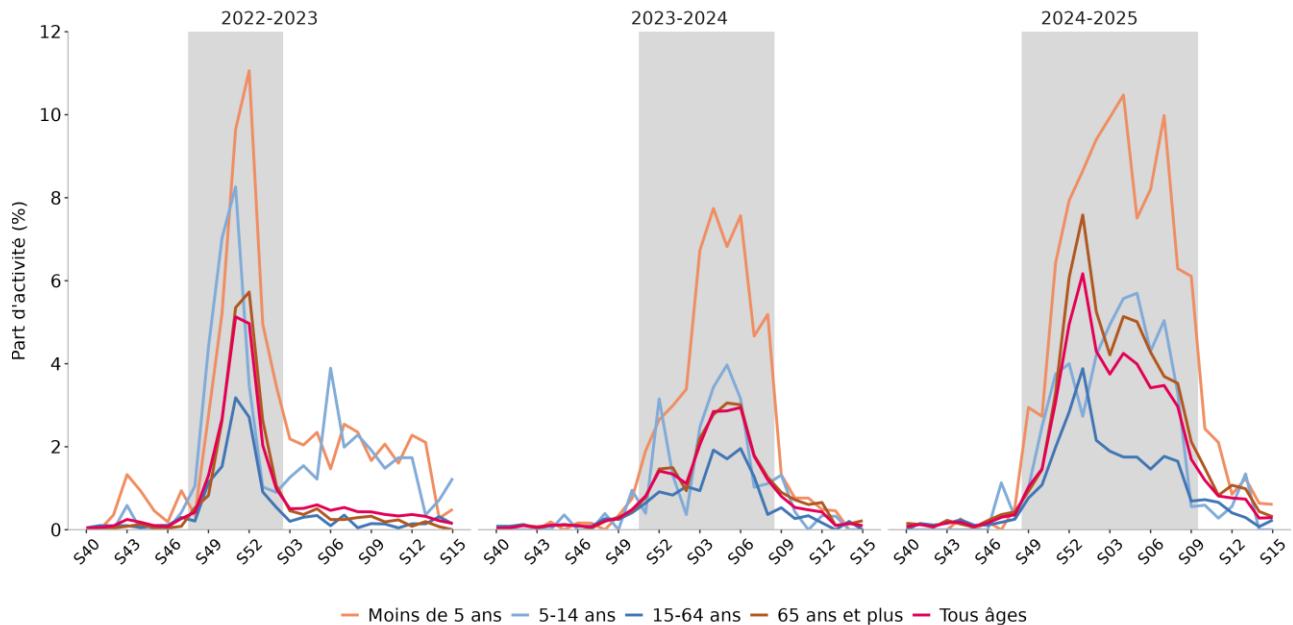
Figure 15 : Part des syndromes grippaux parmi les hospitalisations après passage aux urgences, selon le niveau d'intensité* pour cet indicateur, tous âges, Hauts-de-France.



Source : Oscour® / SurSaUD® Santé publique France.

*intensité calculé à partir des saisons : 2017-2018, 2018-2019, 2021-2022, 2022-2023 et 2023-2024.

Figure 16 : Part des syndromes grippaux parmi les hospitalisations après passage aux urgences par classe d'âges, Hauts-de-France, 2022-2025.



Source : Oscour® / SurSaUD® Santé publique France.

Virologie :

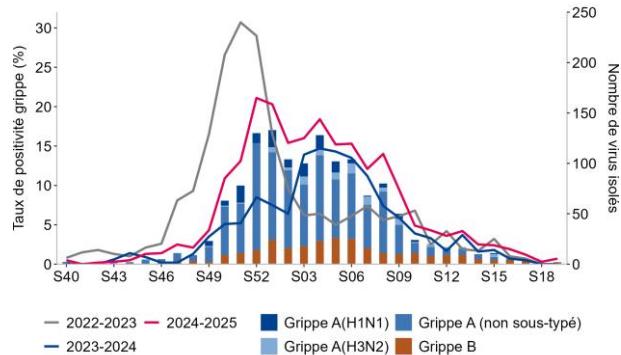
Sur le plan virologique, l'épidémie de la saison 2024-2025 s'est distinguée par une co-circulation inhabituelle et soutenue des trois virus grippaux saisonniers. Le sous-type A(H1N1) a légèrement prédominé par rapport au sous-type A(H3N2) et au virus B.

En Hauts-de-France, aux CHU de Lille et d'Amiens, parmi les 14 291 prélèvements testés entre la semaine S40-2024 et la semaine S15-2025, 1 298 se sont révélés positifs pour un virus grippal (9,1 %), majoritairement des virus de type A (80 %) : 848 virus de type A non sous-typés, 117 A(H1N1), 73 A(H3N2), et 260 virus de type B (soit 20 %).

Le taux de positivité a atteint un pic de 21 % en S52-2024, suivi d'un second, plus modéré, en S04-2025 avec 18 % ([Figure 17](#)).

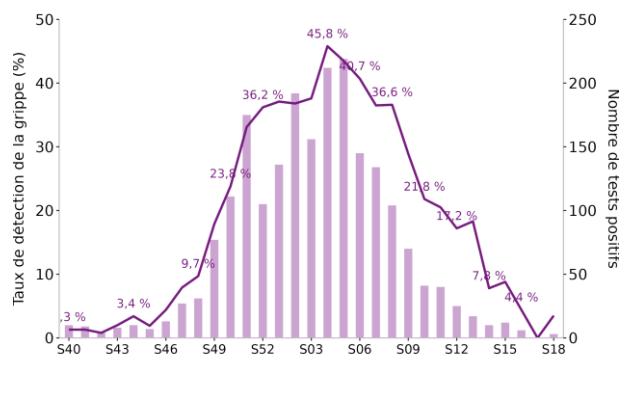
Le réseau RELAB, réseau de surveillance basé sur les laboratoires de biologie médicale de ville, a enregistré cette saison 10 093 tests pour la grippe pour la région, dont 2 100 positifs (20,8 %). Le pic de détection a été atteint en S04-2025 avec un taux de positivité de presque 46 % ([Figure 18](#)).

Figure 17 : Nombre de virus grippaux isolés (axe droit) et taux de positivité (axe gauche), laboratoires de virologie des CHU de Lille et d'Amiens, Hauts-de-France.



Source : Laboratoire de virologie des CHU de Lille et d'Amiens / Santé publique France.

Figure 18 : Nombre de tests positifs (axe droit) et pourcentage de détection de la grippe (axe gauche), réseau RELAB, Hauts-de-France, 2024-2025.



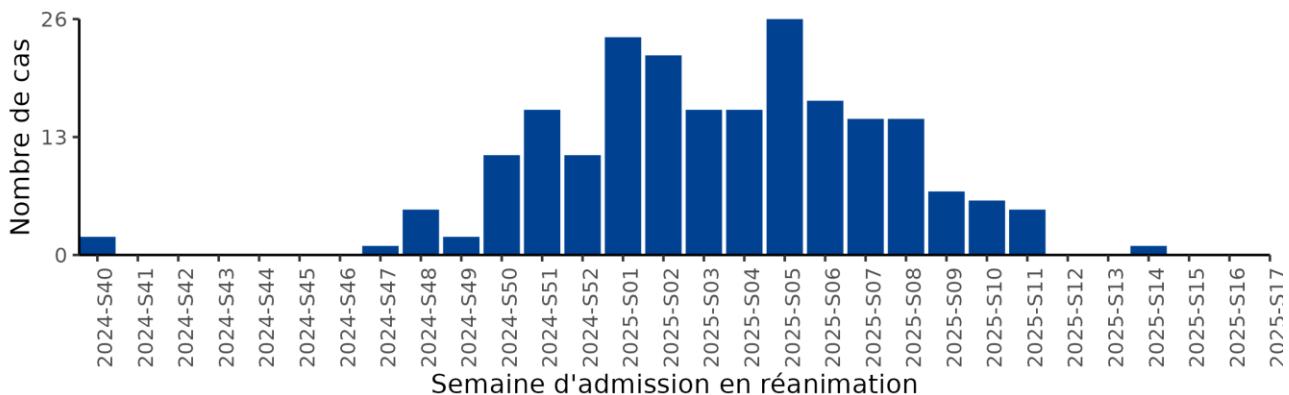
Source : Réseau RELAB

Cas graves :

La surveillance des cas graves de grippe hospitalisés en réanimation a débuté fin septembre 2024. Elle s'appuie sur un réseau de services de réanimation, sentinelles et volontaires, et a pour objectif de décrire les caractéristiques des cas graves admis en réanimation. Elle n'a pas vocation à recenser de façon exhaustive la totalité des cas dans les services de réanimation de la région.

Depuis la semaine du 30 septembre 2024 au 6 octobre 2024 (S40-2024) et jusqu'au 06 avril 2025 (S14-2025), 218 cas graves de grippe ont été signalés par les services de réanimation participant à la surveillance (surveillance non exhaustive). Le nombre de cas graves a commencé à augmenter en semaine 48-2024, avec un pic d'admission observé en semaine S05-2025 (Figure 19).

Figure 19 : Nombre de cas graves de grippe en fonction de la semaine d'admission en réanimation au cours de la saison 2024-2025 (surveillance non exhaustive), source: services de réanimation sentinelles en région Hauts-de-France.



Parmi les cas graves de grippe, 56 % étaient âgés de 18 à 64 ans et 40 % de 65 ans et plus. Plus de la moitié d'entre eux (56 %) étaient des hommes. Les virus de type A étaient majoritaires (78 %), Le virus de type B a été identifié chez 10 % des cas.

La présence de comorbidités (pathologie pulmonaire, hypertension artérielle, diabète de type 1 et 2, obésité ou cancer) était rapportée chez la majorité des cas (89 %). Parmi les 134 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 67 % n'étaient pas vaccinés contre la grippe pour la saison en cours.

Parmi les cas, 18 % ont présenté un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) sévère et 19 % un SDRA modéré. Soixante-huit patients (31 %) ont nécessité une ventilation invasive, indiquant une atteinte respiratoire sévère. En outre, 7 patients (3 %) ont bénéficié d'une assistance extracorporelle, une technique de suppléance vitale utilisée en dernier recours lorsque la ventilation mécanique ne suffit plus à assurer une oxygénation adéquate.

Quarante-deux décès (20%) ont été signalés parmi ces cas.

Tableau 2 : Caractéristiques des patients admis en service de réanimation suite à une infection par le virus de la grippe, saison 2024-2025, Hauts-de-France

GRIPPE N = 218	
Sexe	
Femme	92 (42%)
Homme	123 (56%)
Indéterminé	3 (1%)
Classes d'âge (années)	
< 2	3 (1%)
2-17	6 (3%)
18-64	121 (56%)
65 et plus	88 (40%)
Données virologiques grippales	
A, sans précision	121 (63%)
A(H1N1)pdm09	25 (13%)
A(H3N2)	25 (13%)
B	21 (10%)
Non renseigné	26
Co-infection grippe/SARS-CoV-2	
Présence d'au moins une comorbidité	194 (89%)
Vaccination grippe pour la saison en cours	
Oui	44 (20%)
Non	90 (41%)
Ne sait pas/Non renseigné	84 (39%)
SDRA	
Aucun	98 (46%)
Mineur	37 (17%)
Modéré	40 (19%)
Sévère	38 (18%)
Non renseigné	5
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive	
Aucune	12 (6%)
O2 (Lunettes/masque)	24 (11%)
Ventilation non-invasive	34 (16%)
Oxygénothérapie haut-débit	71 (33%)
Ventilation invasive	68 (31%)
Assistance extracorporelle	7 (3%)
Non renseigné	2
Devenir	
Décès	42 (20%)
Sortie de réanimation	165 (80%)

Source : Réseau de services de réanimation sentinelles.

Vaccination :

Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, la couverture vaccinale atteignait 56,0 % lors de la saison 2024-2025, un niveau proche de celui estimé pour 2023-2024 (56,9 %). Elle reste faible dans la région, loin de l'objectif de 75 % fixé pour les populations à risque. Selon les départements, le taux variait de 52,8 % dans l'Oise à 58,5 % dans la Somme.

La couverture vaccinale progressait avec l'âge : 51,3 % chez les 65-74 ans contre 61,4 % chez les 75 ans et plus. Dans ces deux tranches d'âge, la Somme restait le département le mieux vacciné au sein de la région.

Tableau 3 : Couvertures vaccinales contre la grippe, par classe d'âge, lors de la saison 2024-2025, Hauts-de-France, France

Zone géographique	Grippe					
	65 ans et plus		65-74 ans		75 ans et plus	
	2023-24 (%)	2024-25 (%)	2023-24 (%)	2024-25 (%)	2023-24 (%)	2024-25 (%)
02 - Aisne	56,2	55,2	50,2	49,6	63,4	61,4
59 - Nord	56,6	55,8	51,4	51,2	63,0	61,0
60 - Oise	53,5	52,8	47,5	47,2	60,8	59,1
62 - Pas-de-Calais	58,2	57,3	53,6	53,3	64,2	62,2
80 - Somme	59,6	58,5	54,1	53,6	65,8	63,7
Hauts-de-France	56,9	56,0	51,6	51,3	63,4	61,4
France hexagonale	54,5	54,2	47,2	47,2	62,4	61,2
France entière*	54,0	53,7	46,6	46,7	61,9	60,7

* Ne comprend pas les données de la Réunion, où la période de la campagne contre la grippe est différente de celle des autres départements, ni Mayotte. Ces estimations n'incluent pas les personnes avec obésité morbide ni les femmes enceintes qui ne reçoivent pas de bon de prise en charge.

Source : SNDS-DCIR, Santé publique France, données mises à jour au 28/02/2025

 La vaccination contre la grippe est recommandée chaque année chez toutes les **personnes âgées de 65 ans et plus**. Malgré une efficacité modérée et variable selon les saisons, la vaccination associée aux gestes barrières reste la mesure de prévention la plus efficace. Elle permet en moyenne de réduire le risque de décès chez les personnes âgées vaccinées d'environ un tiers, et elle diminue la mortalité cardiovasculaire habituellement associée à la grippe.

Pour plus d'information concernant la vaccination et la couverture vaccinale en Hauts-de-France : [Vaccination dans les Hauts-de-France - Bilan de la couverture vaccinale en 2024](#)

Conclusion :

L'épidémie de grippe 2024-2025 dans les Hauts-de-France a été marquée par une précocité, une durée prolongée de 13 semaines, et une sévérité accrue, touchant particulièrement les moins de 5 ans et les plus de 65 ans. Plusieurs facteurs ont contribué à cet impact, notamment la co-circulation des trois virus grippaux ainsi qu'une couverture vaccinale insuffisante. La circulation intense de la grippe chez les enfants en période de fêtes a également favorisé la transmission vers les populations plus vulnérables.

Il convient de rappeler l'importance de l'application des mesures de prévention pour protéger les personnes à risque, à savoir leur propre vaccination et celle des professionnels de santé. Cette vaccination doit être complétée par l'adoption des mesures barrières par tous, afin de limiter la diffusion des virus respiratoires au sein de la population, et de réduire l'impact de la grippe sur les personnes à risque et le système de santé.

Pour consulter le bilan de la surveillance de la grippe en France hexagonale, saison 2024-2025 : [Surveillance de la grippe en France hexagonale, saison 2024-2025](#).

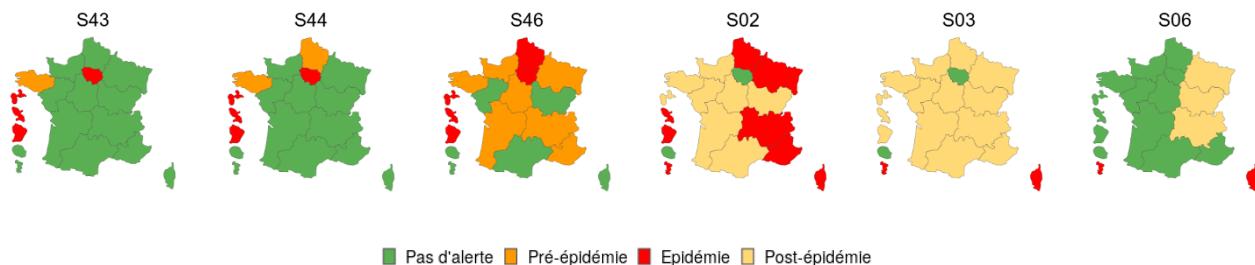
Bronchiolite (Moins de 2 ans)

Contexte épidémique :

Dans les Hauts-de-France, l'épidémie de bronchiolite (chez les enfants de moins de 2 ans) lors de la saison 2024-2025 a débuté en S46-2025 (mi-novembre). Le pic a été atteint en semaines S48 à S49-2025 (fin novembre – début décembre) et l'épidémie s'est achevée en S02-2025 (mi-janvier).

Après quatre saisons de circulation perturbée par la Covid-19, l'épidémie de bronchiolite 2024-2025 a retrouvé une dynamique proche de celle observée avant la pandémie. D'une durée de 9 semaines, l'épidémie a été plus brève qu'à l'accoutumée : hors saison 2020-2021, la durée moyenne observée sur les cinq dernières saisons était d'environ 11 semaines.

Figure 20 : Matrice du niveau d'alerte épidémique de la bronchiolite, Hauts-de-France, saison 2024-2025.

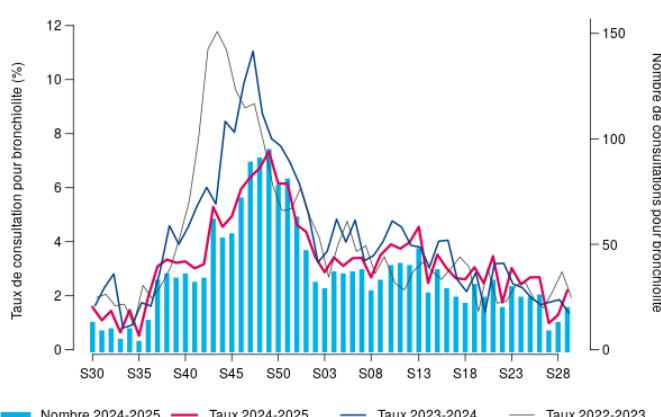


Médecine de ville :

Sur la période épidémique, 639 actes pour bronchiolite ont été enregistrés par SOS Médecins dans la région, soit une diminution de - 36 % par rapport à la saison 2023-2024 et de - 52 % par rapport à 2022-2023. Sur les neuf semaines d'épidémie, la bronchiolite a représenté 5,8 % de l'activité des consultations chez les enfants de moins de 2 ans au sein du réseau SOS Médecins de la région, contre 8 % lors des saisons 2023-2024 et 2022-2023.

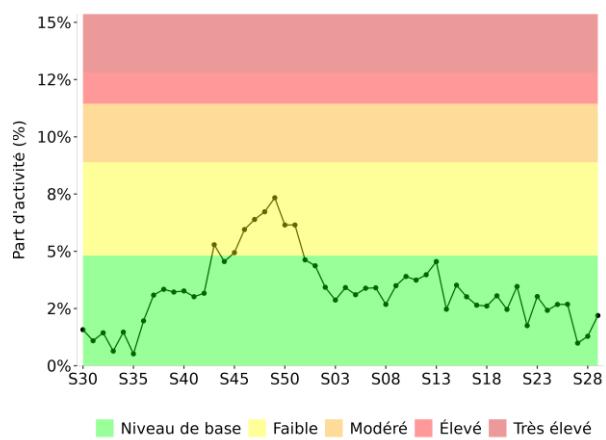
Le pic d'activité lié à la bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans a été enregistré début décembre (S49-2024), avec une part de consultations atteignant 7,3 %, soit un niveau inférieur aux 11 % observés l'année précédente (Figure 21). L'intensité de l'épidémie, mesurée à partir de la part de la bronchiolite parmi les actes SOS Médecins chez les enfants de moins de 2 ans, entre les 5 saisons précédentes, est restée à un niveau faible (Figure 22).

Figure 21 : Part de la bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins, moins de 2 ans, Hauts-de-France.



Source : SOS Médecins / SurSaUD® Santé publique France.

Figure 22 : Part de la bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins, selon le niveau d'intensité* pour cet indicateur, moins de 2 ans, Hauts-de-France.



Source : SOS Médecins / SurSaUD® Santé publique France.

Milieu hospitalier :

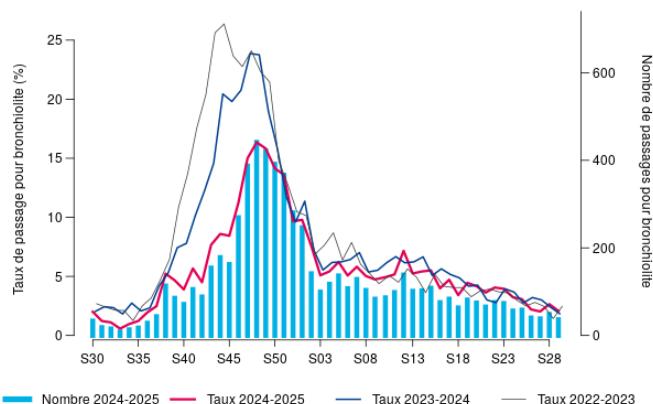
Au cours de l'épidémie de bronchiolite, le réseau OSCOUR® a enregistré 2 942 passages aux urgences chez les enfants de moins de 2 ans, dont 910 (31 %) ont donné lieu à une hospitalisation. Sur les neuf semaines d'épidémie, la bronchiolite a représenté 12,8 % des passages et 25,8 % des hospitalisations après passage dans cette classe d'âge.

Le pic d'activité a été atteint fin novembre (S48-2025), aussi bien pour les passages que pour les hospitalisations. Cette semaine-là, la bronchiolite représentait 16,3 % des passages et 34,7 % des hospitalisations, des niveaux légèrement inférieurs à ceux de la saison précédente (18 % et 36 % respectivement) (**Figure 23**).

L'intensité de l'épidémie mesurée via la part d'hospitalisations chez les moins de 2 ans est restée faible, restant sous le niveau modéré au moment du pic épidémique (**Figure 24**).

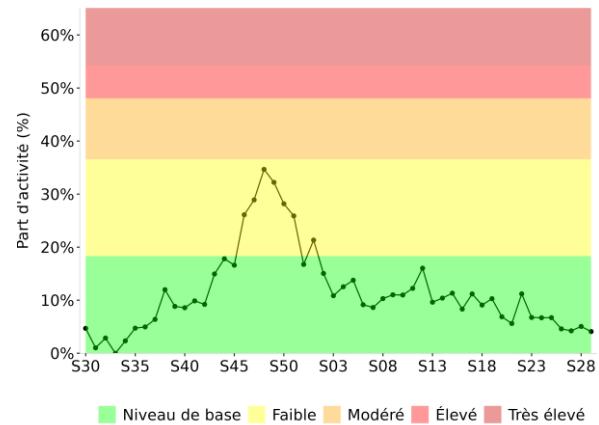
En comparaison avec les saisons précédentes, l'épidémie 2024-2025 a été moins marquée : le nombre total d'hospitalisations a diminué de 38 % par rapport à 2023-2024 et de 55 % par rapport à 2022-2023. La baisse a été du même ordre pour les passages aux urgences.

Figure 23 : Part de la bronchiolite parmi les recours aux urgences, Oscour®, moins de 2 ans, Hauts-de-France.



Source : Oscour® / SurSaUD® Santé publique France.

Figure 24 : Part de la bronchiolite parmi les hospitalisations après passage aux urgences, selon le niveau d'intensité* pour cet indicateur, moins de 2 ans, Hauts-de-France.



Source : Oscour® / SurSaUD® Santé publique France.

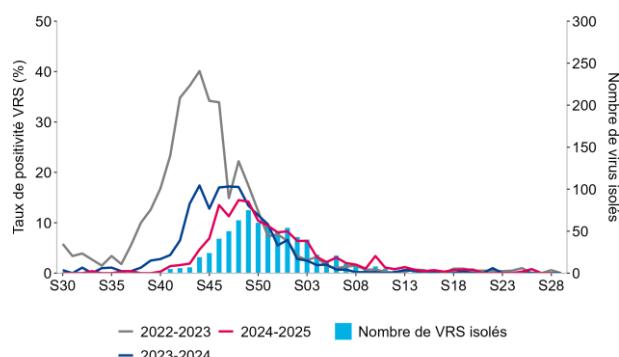
*intensité calculée à partir des saisons 2018-2019, 2019-2020, 2021-2022, 2022-2023 et 2023-2024 (voir annexe)

Virologie :

Lors de la période épidémique, 13 721 prélèvements ont été effectués par les laboratoires de virologie des CHU de Lille et d'Amiens. Parmi ces prélèvements, 704 étaient positifs aux VRS (taux de positivité de 5,1 %). Ce taux de positivité est monté jusqu'à 14,5 % lors du pic épidémique en semaine S48-2024 (63 prélèvements positifs au VRS). La dynamique était comparable à celle de la saison précédente avec des taux de positivité bien inférieurs à ceux observés au cours de la saison 2022-2023 (**Figure 25**).

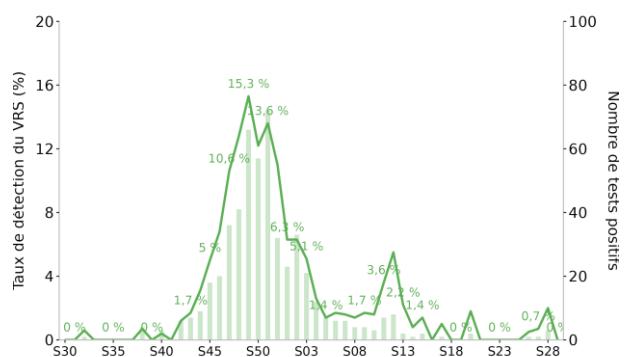
Le réseau RELAB a enregistré cette saison 10 096 tests pour le VRS, dont 506 positifs (5,1 %). Le pic de détection a été atteint en S49-2024 avec un taux d'environ 15,3 % (**Figure 26**).

Figure 25 : Nombre de VRS isolés (axe droit) et taux de positivité (axe gauche), laboratoires de virologie des CHU de Lille et d'Amiens, Hauts-de-France.



Source : Laboratoire de virologie des CHU de Lille et d'Amiens / Santé publique France.

Figure 26 : Nombre de tests positifs (axe droit) et pourcentage de détection du VRS (axe gauche), réseau RELAB, Hauts-de-France, 2024-2025.



Source : Réseau RELAB

Cas graves :

La surveillance des cas graves de bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans a été mise en place cette saison et repose sur la participation volontaire des services de réanimation pédiatrique. Sont signalés les cas de bronchiolite nécessitant une prise en charge en réanimation, quel que soit le virus responsable de l'infection (identifié ou non). Les services participants peuvent signaler tous les cas admis en réanimation ou uniquement les cas admis un jour donné de la semaine.

Dans la région Hauts-de-France, l'Hôpital Jeanne de Flandre du centre hospitalier régional (CHR) de Lille s'est porté volontaire pour participer à cette surveillance au cours de la saison 2024-2025, avec un signalement exhaustif des cas admis dans leurs services.

Depuis la semaine du 30 septembre 2024 au 6 octobre 2024 (S40-2024) et jusqu'au 13 avril 2025 (S15-2025), 66 cas graves de bronchiolite ont été signalés par l'Hôpital Jeanne de Flandre du CHU de Lille. Les cas concernaient majoritairement des enfants âgés de moins de 6 mois (61%), et 50% des enfants présentaient au moins une comorbidité ou étaient nés prématurés. Un traitement préventif contre les infections à VRS par anticorps monoclonal avait été administré à 45 % des cas. Un décès était à déplorer parmi ces cas.

Tableau 4 : Caractéristiques des nourrissons admis en service de réanimation pour une bronchiolite, Hôpital Jeanne de Flandre du CHU de Lille (surveillance non exhaustive), saison 2024-2025.

	Bronchiolite N = 66
Sexe	
Fille	31 (47%)
Garçon	35 (53%)
Classes d'âge (mois)	
< 1	5 (8%)
1-2	24 (36%)
3-5	11 (17%)
6-11	14 (21%)
12-24	12 (18%)
Présence de comorbidité(s) et/ou prématurité*	33 (50%)
Type de traitement préventif	
Beyfortus	27 (45%)
Aucun	33 (55%)
Non renseigné	6
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive	
Ventilation non invasive	39 (59%)
Oxygénotherapie à haut-débit	21 (32%)
Ventilation invasive	5 (8%)
Assistance extracorporelle	1 (2%)
Décès	1 (2%)

* Plusieurs comorbidités possibles pour un patient

Source : Réseau de services de réanimation sentinelles.

Conclusion :

L'épidémie de bronchiolite 2024-2025 dans les Hauts-de-France a été plus courte (9 semaines) et moins intense que les saisons précédentes, tant en médecine de ville qu'aux urgences. Cette dynamique modérée pourrait en partie s'expliquer par la campagne d'immunisation par anticorps monoclonal (Beyfortus®), lancée en 2023-2024 pour prévenir les infections à VRS chez les nourrissons. Son efficacité contre les formes graves de bronchiolite à VRS a été estimée entre 76 et 81 % au niveau national, d'après une étude cas-témoins menée par Santé publique France. Par ailleurs, selon une modélisation de l'Institut Pasteur, environ 5 800 hospitalisations ont pu être évitées grâce à cette immunisation. Les résultats de ces études sont accessibles [ici](#).

Prévention :

La bronchiolite est une maladie respiratoire qui touche les enfants de moins de 2 ans. Elle est le plus souvent due au virus respiratoire syncytial (VRS), qui se transmet facilement d'une personne à une autre par la salive, la toux et les éternuements, et peut rester sur les mains et les objets. La prévention de la bronchiolite repose sur les mesures d'hygiène et sur les traitements préventifs contre les formes graves de bronchiolite.

Gastro-entérites aigües (GEA)

Contexte épidémique :

Au cours de la saison hivernale 2024-2025, l'activité liée à la gastro-entérite aiguë (GEA) en Hauts-de-France est restée globalement stable par rapport aux deux saisons précédentes, que ce soit en médecine de ville ou aux urgences. Toutefois, l'épidémie s'est installée de manière plus tardive, avec une augmentation marquée de l'activité observée à partir de la fin février (semaine S09-2025) dans les deux réseaux. Le pic d'activité a été atteint début à mi-avril (semaines S14 à S15-2025), tant pour les consultations SOS Médecins que pour les passages et hospitalisations aux urgences. Cette dynamique épidémique a également été confirmée par les données virologiques, avec une hausse des détections de virus entériques autour des semaines S13 à S14-2025.

Médecine de ville :

Entre les semaines S40-2024 et 15-2025, l'activité liée à la GEA en médecine de ville est restée modérée en début de surveillance, avant de s'intensifier à partir de fin février (semaine S09-2025). Elle s'est ensuite maintenue à un niveau élevé, comparable aux niveaux atteints lors des saisons précédentes, jusqu'à la fin de la période de surveillance hivernale. Un retour progressif à des valeurs habituelles a été observé entre les semaines S26-2025 et S28-2025 (fin juin – début juillet). Comparée aux deux saisons précédentes, l'épidémie s'est installée plus tardivement.

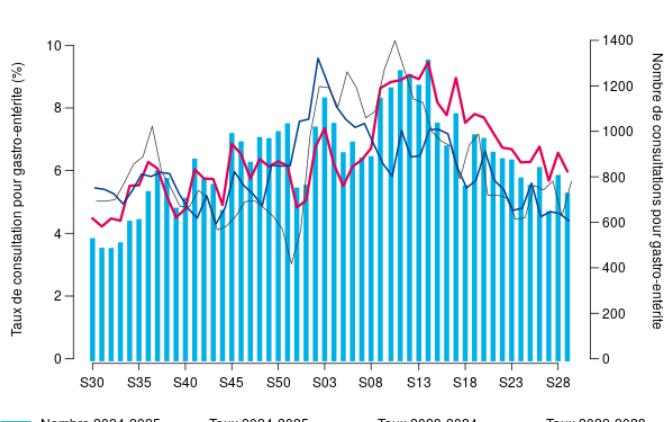
Sur l'ensemble de la période, 27 073 actes pour GEA tous âges confondus ont été enregistrés par le réseau SOS Médecins dans les Hauts-de-France. Le pic d'activité a été atteint autour de la semaine S14-2025, représentant jusqu'à 9,5 % de l'ensemble des actes. Ce niveau d'intensité est comparable à celui observé lors des deux saisons précédentes ([Figure 27](#)).

L'analyse par classe d'âges montre un niveau d'activité similaire entre les groupes (hors 65 ans et plus) jusqu'à la semaine 07, avant une augmentation marquée principalement chez les enfants de 0 à 4 ans et les 5 à 14 ans ([Figure 29](#)).

Les données du réseau Sentinelles montrent des fluctuations cohérentes avec celles observées au cours des saisons précédentes, sans élément particulier à signaler cette année ([Figure 28](#)).

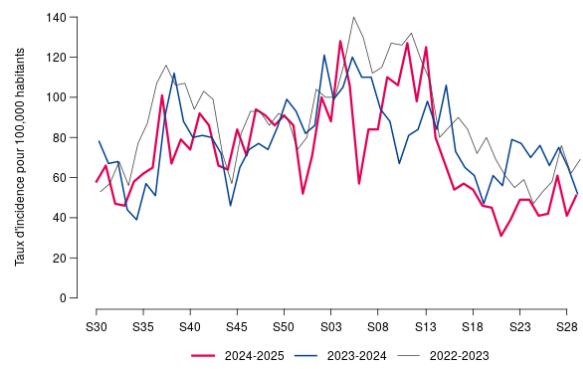
Enfin, les données virologiques issues des laboratoires hospitaliers de Lille et d'Amiens confirment cette dynamique : une augmentation des détections positives de virus entériques a été observée à partir de la semaine 13, avec un pic en semaine 14 atteignant 43 % de prélèvements positifs, en phase avec le pic d'activité observé dans le réseau SOS Médecins ([Figure 30](#)).

Figure 27 : Part de GEA parmi les consultations SOS Médecins, tous âges, Hauts-de-France.



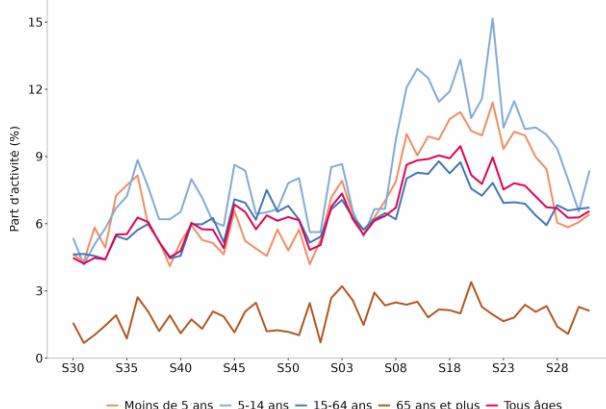
Source : SOS Médecins / SurSaUD® Santé publique France.

Figure 28 : Évolution du taux d'incidence hebdomadaire des diarrhées aigües, (Réseau Sentinelles + IQVIA*), tous âges, Hauts-de-France.



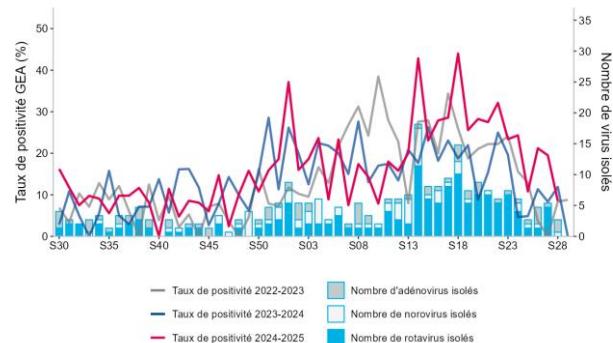
Réseau Sentinelles + IQVIA (*données IQVIA non disponibles depuis la S01) / SurSaUD® Santé publique France.

Figure 29 : Part des GEA parmi les consultations SOS Médecins par classe d'âges, Hauts-de-France, saison 2024-2025.



Source : SOS Médecins / SurSaUD® Santé publique France.

Figure 30 : Évolution hebdomadaire du nombre de virus entériques isolés (axe droit) et proportion de prélèvements positifs (axe gauche), laboratoires de virologie des CHU de Lille et d'Amiens.



Source : Laboratoire de virologie des CHU de Lille et d'Amiens / Santé publique France.

Milieu hospitalier :

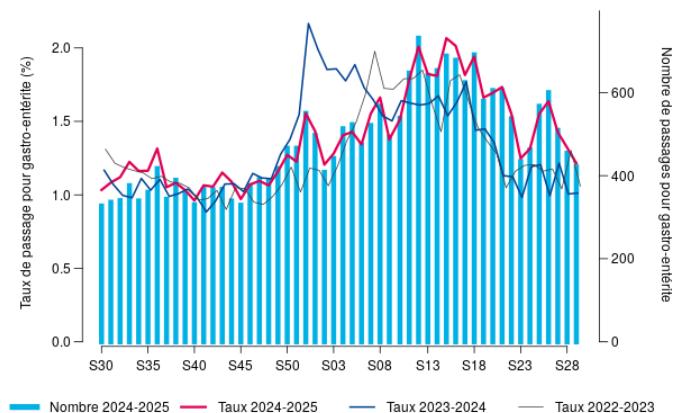
Durant la période de surveillance hivernale, 13 487 passages aux urgences pour GEA ont été enregistrés par le réseau OSCOUR®, dont 2 350 (17,4 %) ont donné lieu à une hospitalisation. Les enfants de moins de 5 ans représentaient à eux seuls plus de la moitié des hospitalisations (51,7 %).

L'activité est restée relativement modérée jusqu'à la semaine S09-2025 (fin février), avant de progresser nettement pour atteindre un pic en semaine S15-2025 (début avril), où les passages pour GEA ont représenté jusqu'à 2,1 % de l'ensemble des passages aux urgences. Cette dynamique s'est maintenue à un niveau élevé jusqu'en semaine S21-2025, avec un retour à des niveaux proches des valeurs saisonnières observées en semaine S23-2025 (début juin) (Figure 31). La tendance des hospitalisations suivait un schéma similaire, culminant également en semaine S15-2025 avec 2,4 % des hospitalisations totales.

Les niveaux d'activité observés cette saison sont comparables à ceux des deux saisons précédentes, aussi bien en termes de passages que d'hospitalisations ou de part d'activité.

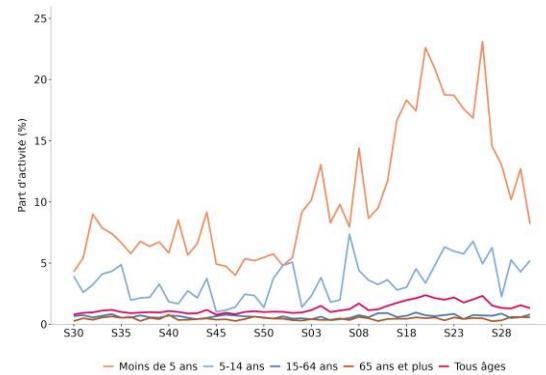
L'analyse par classe d'âges confirme que les enfants de moins de 5 ans étaient les plus concernés, représentant 46,6 % des passages pour GEA et 51,7 % des hospitalisations. Les 5-14 ans comptaient pour 18,8 % des passages et 10,8 % des hospitalisations, tandis que les 15 ans et plus représentaient respectivement 34,6 % et 37,5 %. La hausse d'activité observée à partir de la semaine S09-2025 a été principalement portée par les moins de 5 ans, avec un pic en semaine S15-2025 atteignant 10,4 % des passages et 22,6 % des hospitalisations pour cette tranche d'âges (Figure 32).

Figure 31 : Part de GEA parmi les recours aux urgences, Oscour®, tous âges, Hauts-de-France.



Source : Oscour® / SurSaUD® Santé publique France.

Figure 32 : Part des GEA parmi les hospitalisations après passage aux urgences par classe d'âges, Hauts-de-France, 2024-2025.



Source : Oscour® / SurSaUD® Santé publique France.

Mortalité

Mortalité toutes causes :

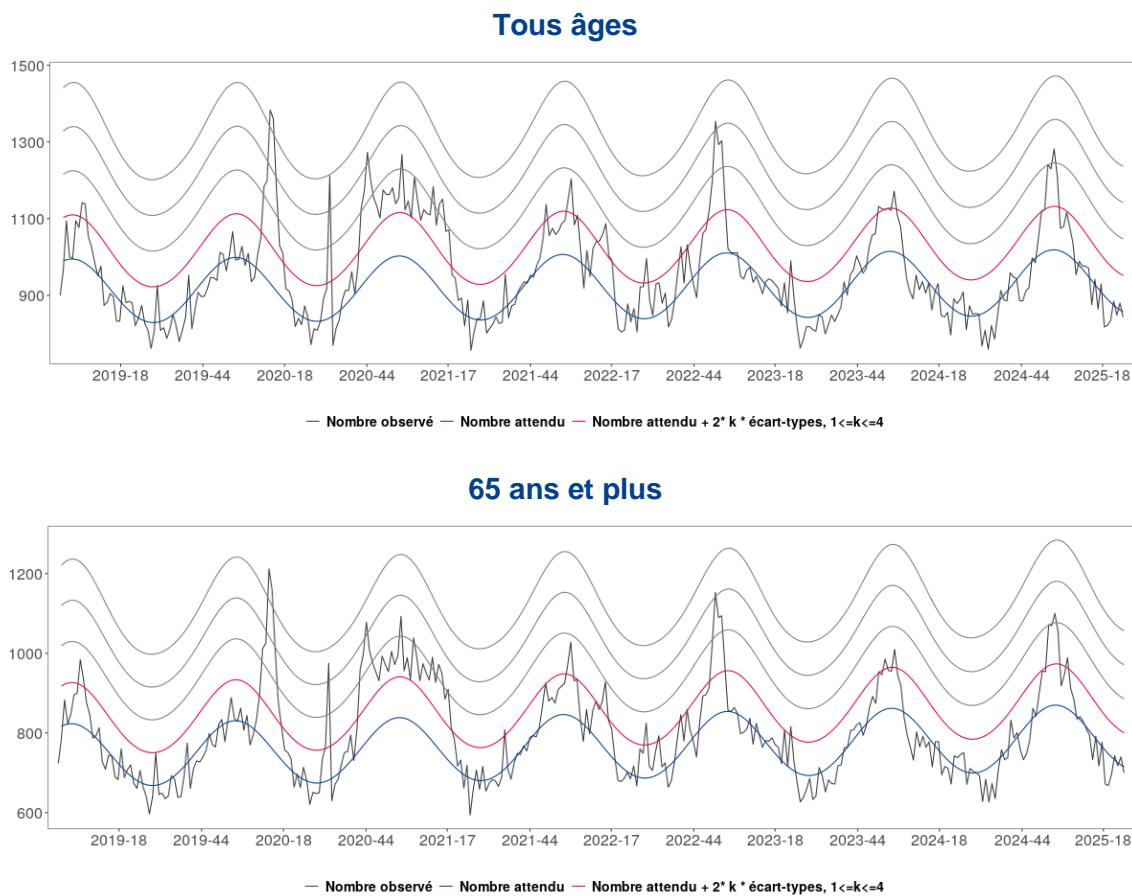
Une augmentation de la mortalité tous âges et toutes causes confondus, enregistrée par les bureaux d'état civil et transmise par l'Insee, a été observée à l'échelle régionale dès le mois de décembre 2024. Un excès significatif de décès a été constaté entre les semaines S51-2024 et S04-2025 (mi-décembre à fin janvier), avec un pic atteint en semaine S03 à un niveau élevé. La mortalité est ensuite restée élevée jusqu'en semaine S07-2025 (mi-février), sans toutefois dépasser le seuil de significativité, puis est revenue dans les limites habituelles de fluctuation à partir de la semaine S08-2025 (fin-février) (Figure 33).

Au total, un excès de mortalité significatif a été observé pendant 6 semaines au cours de la saison 2024-2025, avec un excès cumulé de 18,3 %. Cette situation est comparable à celle observée durant la saison 2022-2023, bien que légèrement moins marquée – l'excès observé sur la même durée (semaines S49-2022 à S02-2023) était de 23,3 %. En comparaison, la saison 2023-2024 a été nettement moins impactée, avec un excès limité à 12,0 % sur la même période que 2024-2025.

En ce qui concerne les pics hebdomadaires, le maximum de la saison 2024-2025 a été observé en semaine S03-2025, deux semaines après le pic d'hospitalisation pour grippe, avec un excès de mortalité de 25,8 %. Là encore, l'excès de mortalité observé au cours de la saison 2022-2023 était plus important avec un pic à 35 % dès la semaine S51-2022. À l'inverse, la saison 2023-2024 avait enregistré un pic plus modéré, atteignant un excès de 15,6 % en semaine S04-2024.

Cet excès de mortalité a concerné majoritairement les personnes âgées de 65 ans ou plus, qui représentaient près de 90 % de l'ensemble de l'excès observé. Parmi elles, les 75 ans et plus concentraient 72 % de l'excès total.

Figure 33 : Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, Hauts-de-France, 2018 à 2025.



Source : Insee.

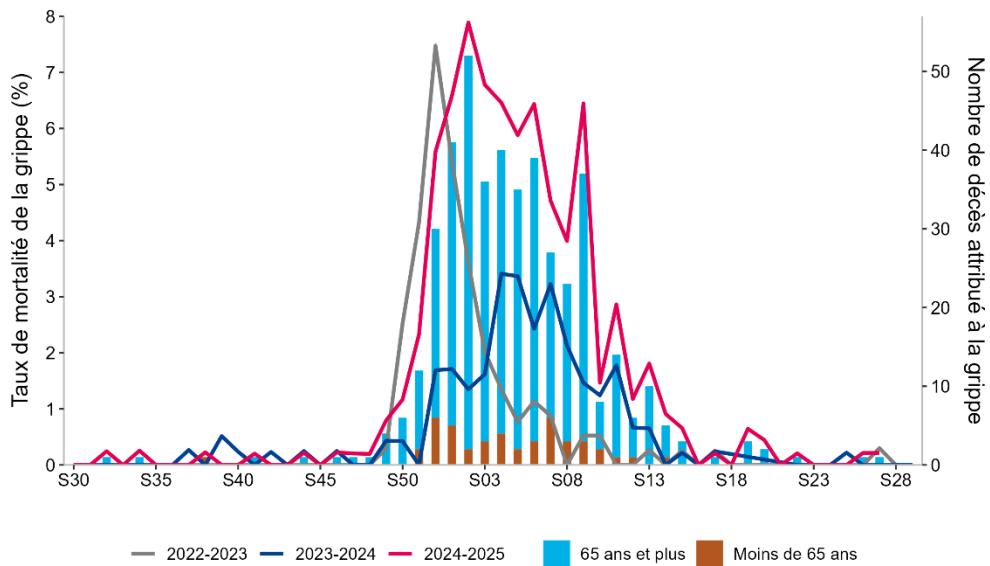
Certification électronique des décès :

La certification électronique des décès contribue à la surveillance des épidémies hivernales en rendant possible le suivi des décès liés à la grippe. Elle permet ainsi d'évaluer la sévérité des épidémies et de mesurer leur impact réel sur la mortalité, en particulier chez les populations les plus vulnérables.

Cette saison grippale 2024-2025 se distingue par une épidémie d'intensité élevée, tant en termes de circulation virale que d'impact sur la mortalité, à l'échelle nationale comme régionale. Au cours de l'épidémie (S49-2024 à S09-2025), en Hauts-de-France, parmi les décès déclarés par certificat électronique, 382 mentionnaient la grippe comme affection ayant directement provoqué ou contribué au décès. Les personnes âgées de 65 ans et plus étaient les plus touchées, avec 343 décès (89,8 %), contre 36 décès (9,4 %) chez les 15-64 ans et moins de 5 décès (0,8 %) chez les moins de 15 ans.

Sur l'ensemble de la période épidémique, la grippe représentait 4,4 % des décès enregistrés dans cette source de données, avec un pic d'activité observé en semaine S02-2025 (début janvier) à 7,9 % (Figure 34).

Figure 34 : Évolution du nombre hebdomadaire de décès (axe droit) et de la part des décès (axe gauche) attribués à la grippe par la certification électronique des décès, Hauts-de-France, saison 2024-2025.



Source : CépiDc-Inserm ; exploitation : Santé publique France.

Pour plus d'information concernant la certification électronique des décès sur son fonctionnement ou bien sur l'état de déploiement en région : [Certification électronique des décès dans les Hauts-de-France. Bulletin du 18 juin 2025.](#)

Source de données

Médecine de ville

➤ Association SOS Médecins

Dans la région, six associations SOS Médecins situées dans l'Aisne (Saint-Quentin), l'Oise (Beauvais), le Nord (Dunkerque, Lille et Roubaix-Tourcoing) et la Somme (Amiens) contribuent au dispositif de surveillance sanitaire des urgences et des décès (SurSaUD®) animé par Santé publique France, en transmettant quotidiennement leurs données d'activité via la Fédération nationale SOS. La totalité des actes de consultations (visites à domicile ou en cabinet) est transmise. Le département du Pas-de-Calais n'est pas couvert par ce dispositif.

➤ Réseau Sentinelles

Le réseau Sentinelles (<http://www.sentiweb.fr>) permet d'estimer l'incidence régionale des cas d'infections respiratoires et de diarrhée aiguë vus en consultation de médecine générale. A l'émergence du SARS-CoV-2 en mars 2020, la surveillance Sentinelles des infections respiratoires a évolué. Elle était jusqu'alors basée sur la surveillance des « syndromes grippaux » (fièvre supérieure à 39°C, d'apparition brutale, accompagnée de myalgies et de signes respiratoires) pour le suivi des épidémies de grippe saisonnière et des autres virus respiratoires (virus respiratoire syncytial (VRS), rhinovirus, métapneumovirus). En mars 2020, la définition de cas de la surveillance des « syndromes grippaux » a été élargie et remplacée par celle des « infections respiratoires aiguës » (IRA) toutes causes (définies par la survenue brutale de fièvre (ou sensation de fièvre) et de signes respiratoires).

Médecine d'urgence : réseau OSCOUR®

Les services d'urgence du réseau OSCOUR® (organisation de la surveillance coordonnée des urgences) transmettent quotidiennement les résumés de passages aux urgences (RPU), générés pour chaque patient admis aux urgences et qui comporte des données administratives (commune de résidence, date de naissance, sexe, ...) et médicales (motif de recours, diagnostic principal, gravité, ...). Lors des deux dernières saisons hivernales, 50 établissements sièges d'un service d'urgence de la région ont transmis en routine leurs RPU, couvrant environ 99 % des passages aux urgences.

Surveillance des Infections respiratoires aiguës en établissements Médicaux Sociaux

Ce dispositif mis en place à l'automne 2023 vise à signaler et suivre les cas groupés d'IRA dans les établissements médico-sociaux (EMS) via un circuit de déclaration unique sur le portail du Ministère de la Santé. Il permet une détection rapide des épisodes, facilitant la mise en place de mesures de gestion adaptées, et simplifie la procédure de signalement. Il contribue également à la surveillance épidémiologique nationale et régionale des cas groupés d'IRA, notamment dans les établissements hébergeant des personnes âgées ou en situation de handicap. Un épisode est défini par la survenue de 3 cas d'IRA en 4 jours. Pour plus d'informations, consultez la page dédiée à cette surveillance sur le site de [Santé publique France](#).

Surveillance virologique

➤ Laboratoires de virologie des CHU de Lille et d'Amiens

En complément de la surveillance syndromique, la surveillance étiologique s'appuie sur les recherches virales effectuées par les laboratoires de virologie du CHU d'Amiens et du CHU de Lille chez les patients hospitalisés. Ces deux laboratoires de virologie transmettent chaque semaine à Santé publique France Hauts-de-France, les résultats des recherches virales dans le cadre des infections respiratoires – dont virus grippaux et virus respiratoires syncytial (VRS), entérovirus et rhinovirus, et des gastro-entérites (adenovirus, rotavirus et norovirus). Les données de surveillance transmises portent sur le nombre total de recherches effectuées et les recherches positives par type de virus.

➤ Réseau RELAB

Le réseau RELAB est un réseau de surveillance basé sur les laboratoires de biologie médicale de ville. Ce réseau suit, en temps réel, la propagation des virus respiratoires responsables de la Covid-19, de la grippe et de la bronchiolite dans toutes les régions de France et pour les différentes classes d'âges de la population. Des milliers d'échantillons biologiques sont analysés quotidiennement par les laboratoires de biologie médicale Biogroup et Cerballiance, et des informations cliniques sont collectées auprès des patients prélevés. Les données anonymisées sont ensuite transmises et exploitées par le Centre National de référence des Virus des infections respiratoires (Hospices civils de Lyon et Institut Pasteur de Paris). Le réseau RELAB, associé aux réseaux RENAL et Sentinelles, offre ainsi une vision très complète de la dynamique épidémique des virus respiratoires au sein de la population française (pour plus d'information : [réseau RELAB](#)).

Mortalité issue des bureaux d'état-civil, transmise par l'Insee

Les données utilisées pour l'analyse de la mortalité toutes causes confondues sont issues de la partie administrative du certificat de décès, collectées par les bureaux d'état-civil des communes ayant une transmission dématérialisée quotidienne avec l'Insee. Aucune information sur les causes médicales de décès n'est disponible à travers cette source de données.

Les données reçues à Santé publique France sont issues d'une partie seulement des communes françaises, réparties sur l'ensemble du territoire national (y compris les DROM), avec un échantillon d'environ 5 000 communes, enregistrant près de 85 % de la mortalité nationale (86 % en Hauts-de-France).

Compte tenu des délais légaux de déclaration d'un décès à l'état-civil et du délai pris par le bureau d'état-civil pour saisir les informations, un délai entre la survenue du décès et l'arrivée des données à Santé publique France est observé. Afin de disposer d'une bonne complétude des données, un délai minimum de 2 à 3 semaines est nécessaire pour l'analyse des tendances de la mortalité toutes causes.

Mortalité issue de la certification électronique, transmise par l'Inserm-CépiDc

Depuis 2007, les médecins ont la possibilité de certifier les décès sous forme électronique à travers une application sécurisée (<http://certdc.inserm.fr>) déployée par le CépiDc de l'Inserm. Les causes de décès sont disponibles à travers cette source de données pour Santé publique France, de manière réactive.

Méthodes

Recours aux services d'urgence sont suivis pour les regroupements syndromiques suivants :

- Grippe ou syndrome grippal : codes J09, J10, J11 et leurs dérivés selon la classification CIM-10 de l'OMS ;
- Bronchiolite : codes J210, J218 et J219, chez les enfants de moins de 2 ans ;
- GEA : codes A08, A09 et leurs dérivés ;
- Covid-19 : codes B342, B972, U71 et ses dérivés selon la classification CIM-10 de l'OMS.

Recours à SOS Médecins sont suivis pour les définitions de cas suivantes :

- Grippe ou syndrome grippal : fièvre supérieure à 38,5°C d'apparition brutale, accompagnée de myalgies et de signes respiratoires ;
- Bronchiolite : enfant âgé de moins de 24 mois, présentant au maximum trois épisodes de toux/dyspnée obstructive au décours immédiat d'une rhinopharyngite, accompagnés de sifflements et/ou râles à l'auscultation ;
- GEA : au moins un des 3 symptômes parmi diarrhée, vomissement et gastro-entérite ;
- Covid-19 : suspicion d'infection à Covid-19 et Covid-19 confirmé biologiquement.

Graphique d'intensité pour la grippe et la bronchiolite :

Dans le graphique « Part des syndromes grippaux parmi les consultations SOS Médecins, selon le niveau d'intensité pour cet indicateur », ainsi que pour les représentations équivalentes concernant la bronchiolite, les seuils d'intensité associés à la part des actes médicaux SOS Médecins ont été déterminés à l'aide de la méthode statistique dite « Moving Epidemic Method » (MEM).

Pour la grippe, les données historiques des saisons 2017-2018 à 2023-2024 ont été utilisées, à l'exception des saisons 2019-2020 et 2020-2021, exclues de l'analyse en raison de l'impact de la pandémie de Covid-19 sur l'épidémiologie de la grippe saisonnière et les indicateurs de surveillance syndromique.

Pour la bronchiolite, l'analyse repose sur les données des saisons 2018-2019 à 2023-2024, en excluant 2020-2021, pour les mêmes raisons.

Pour en savoir plus

Surveillances de la [grippe](#) et de la [bronchiolite](#)

Surveillance syndromique [SurSaUD®](#)

Surveillance en [établissements médico-sociaux](#)

Surveillance en médecine de ville : [Réseau Sentinelles](#) (Inserm - Sorbonne Université)

Surveillance [virologique](#) (Centre national de référence Virus des infections respiratoires)

Evolution des comportements et de la santé mentale : enquêtes [CoviPrev](#)

En région : consultez les [Bulletins régionaux](#)

Indicateurs en open data : [Odissé](#), [data.gouv.fr](#)

Remerciements à nos partenaires

- Services d'urgences du réseau Oscour® ;
- Associations SOS Médecins d'Amiens, Beauvais, Dunkerque, Lille, Roubaix-Tourcoing et Saint-Quentin ;
- Réseau Sentinelles ;
- Systèmes de surveillance spécifiques ;
- Réanimateurs (cas graves de grippe hospitalisés en réanimation) ;
- Personnels des Ehpad et autres établissements médico-sociaux (EMS) : épisodes de cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) en EMS ;
- Laboratoires d'analyses et de biologie médicales et Centre national de Référence des virus respiratoires, Institut Pasteur, Paris ;
- Analyses virologiques réalisées au CHU de Lille et au CHU d'Amiens ;
- Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPias) Hauts-de-France ;
- Agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France.

Équipe de rédaction

Erwan MARAUD; Gwladys Nadia GBAGUIDI; Nadège MEUNIER; Elise DAUDENS-VAYSSE; Marie BARRAU; Valérie PONTIÈS; Caroline VANBOCKSTAEL; Hélène PROUVOST.

Contact : hautsdefrance@santepubliquefrance.fr

Pour nous citer : Bulletin bilan surveillance hivernale ; saison 2024-2025. Édition Hauts-de-France. Octobre 2025. Saint-Maurice : Santé publique France, 29 p., 2025. Directrice de publication : Caroline Semaille.