



Bilan de la surveillance hivernale 2025-2026

Date de publication : 07 mai 2026

HAUTS-DE-FRANCE

Bilan des épidémies hivernales pour la saison 2025-2026

Table des matières

Points clés	1
Infections respiratoires aiguës (IRA)	3
Surveillance de la grippe et des syndromes grippaux	6
Surveillance de la bronchiolite (Moins de 1 an)	11
Surveillance de la Covid-19	14
Mortalité	17
Source de données	19
Méthodes	20

Points clés

Caractéristiques des épidémies hivernales de grippe et de bronchiolite au cours des deux précédentes saisons, Hauts-de-France.

	Grippe et syndrome grippal		Bronchiolite (Moins de 1 an)	
	Saison 2024-2025	Saison 2025-2026	Saison 2024-2025	Saison 2025-2026
Début épidémie	S49-2024	S49-2025	S46-2024	S48-2025
Fin épidémie	S09-2025	S07-2026	S02-2025	S02-2026
Semaines consécutives d'épidémie	13	11	9	7
SOS Médecins				
Nombre d'actes	32 296	25 340	431	435
Part d'activité parmi les actes toutes causes (%)	16,4 %	14,0 %	9,2 %	9,6 %
Semaine du pic d'activité	S04-2025	S03-2026	S47-2024	S49-2025
Part d'activité lors du pic (%)	24,0 %	18,6 %	11,0 %	11,3 %
Médecine d'urgences - Passages				
Nombre de passages	16 179	12 154	2 665	1 943
Part d'activité parmi les passages toutes causes (%)	3,5 %	3,0 %	19,7 %	18,0 %
Semaine du pic d'activité des passages	S52-2024	S01-2026	S48-2024	S50-2025
Part d'activité des passages lors du pic (%)	5,3 %	4,6 %	24,9 %	22,3 %
Médecine d'urgences - Hospitalisations				
Nombre d'hospitalisations	3 142	2 374	863	700
Part d'activité parmi les hospit. toutes causes (%)	3,4 %	2,9 %	34,3 %	34,2 %
Semaine du pic d'activité des hospit.	S01-2025	S01-2026	S48-2024	S01-2026
Part d'activité des hospit. lors du pic (%)	6,2 %	5,7 %	43,2 %	39,2 %

Infections respiratoires aiguës (IRA)

- Saison hivernale marquée par une activité soutenue, structurée en deux vagues distinctes :
 - en octobre liée majoritairement au Covid-19,
 - en décembre dominée par le VRS et la grippe.
- Dynamique de succession des virus respiratoires similaire aux tendances observées lors des deux saisons précédentes.
- Recours aux soins globalement modérés, tant en médecine de ville qu'aux urgences, avec des niveaux inférieurs à ceux enregistrés lors de la saison précédente, mais des niveaux d'activité d'intensité élevée lors des pics et proches de ceux de la saison passée.
- Près de 4 passages aux urgences pour IRA sur 10 ont donné lieu à une hospitalisation.

Grippe

- Dynamique similaire aux saisons précédentes, d'une durée de 11 semaines entre début décembre et mi-février avec un pic d'activité début janvier aux urgences et mi-janvier en médecine de ville.
- Intensité globale modérée, notamment en médecine de ville.
- Les recours aux urgences et les hospitalisations en diminution par rapport à 2024-2025, mais supérieurs à 2023-2024.
- Intensité élevée des hospitalisations après passage aux urgences, comparable à la saison précédente, en particulier chez les personnes âgées de 65 ans et plus et les enfants de moins de 5 ans.
- Prédominance quasi exclusive des virus de type A, principalement le sous-type AH3N2.

Bronchiolite

- Epidémie plus courte et moins intense, d'une durée de 7 semaines (vs. 11 semaines en moyenne), confirmant la tendance à la baisse observée dès 2024-2025.
- Pic d'activité enregistré début décembre avec 11,3 % des actes SOS Médecins chez les nourrissons de moins de 1 an (S49-2025) et 22,3 % des recours aux urgences (S50-2025).
- Niveaux d'activité bien inférieurs à ceux des saisons antérieures, coïncidant avec la mise en place de la campagne d'immunisation par anticorps monoclonal (Beyfortus®), pour prévenir les infections à VRS chez les nourrissons.

Covid

- Augmentation de l'activité en médecine de ville et aux urgences fin août – début septembre 2025 (S35-2025).
- Pic début octobre 2025 (S40-2025), suivi d'une baisse progressive jusqu'à début novembre (S45-2025).
- Stabilisation à des niveaux très faibles par la suite.
- Dynamique similaire à 2024-2025, mais avec des niveaux d'activité globalement inférieurs.

Mortalité

- Excès de mortalité toutes causes de + 19,8 % en moyenne sur les quatre premières semaines de janvier 2026, avec des pics atteignant + 23,1 % et + 22,2 % en S01 et S03-2026.
- Augmentation de + 28,1 % du nombre de décès toutes causes certifiés électroniquement entre les semaines 52-2025 et 01-2026 coïncidant avec les pics d'activité pour grippe et syndrome grippal aux urgences.
- Parmi les causes de décès recueillies via la certification électronique des décès, 4,4 % étaient directement attribués à la grippe durant toute la phase épidémique, avec un pic à 8,8 % lors de la deuxième semaine de janvier.

Infections respiratoires aiguës

Rappels sur les IRA

Les IRA sont dues à différents virus respiratoires (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, le rhinovirus ou le métapneumovirus). Leur co-circulation hivernale constitue un défi pour le système de santé.

Santé publique France surveille ces épidémies d'octobre à mars, et toute l'année pour la Covid-19 via les données de ville, des hôpitaux, des établissements médico-sociaux et de mortalité, afin de détecter les épidémies, suivre leur évolution, mesurer leur impact et évaluer l'efficacité des mesures préventives, dont la vaccination.

Pour limiter leur propagation, il est essentiel d'appliquer les gestes barrières et de vacciner les personnes vulnérables (65 ans et plus, immunodéprimées, femmes enceintes, personnes avec comorbidités). Pour les nourrissons, des anticorps monoclonaux peuvent prévenir les infections à VRS.

Recours aux soins

La saison hivernale 2025-2026 en Hauts-de-France a été marquée par deux vagues d'augmentation des recours aux soins pour IRA. La première, modérée, dont le pic est survenu début octobre (S40-2025), a été principalement attribuée au Covid-19. La seconde, avec un pic observé entre fin décembre et début janvier (S52-2025 et S01-2026), était majoritairement associée à l'épidémie de grippe et a été plus soutenue.

Pendant la période de surveillance (S40-2025 à S15-2026), les IRA ont représenté 14,9 % des consultations chez SOS Médecins, avec un pic d'activité atteignant 28,0 % (**Figure 1** et **Tableau 1**).

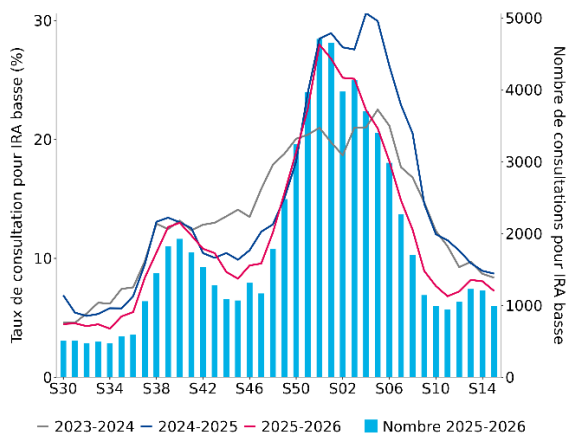
Côté urgences, les IRA ont comptabilisé 4,1 % des passages, avec un maximum de 9,5 % lors de la première semaine de janvier. Concernant les hospitalisations, elles ont représenté jusqu'à 15,7 % des hospitalisations toutes causes, avec une activité moyenne de 8,0 % sur l'ensemble de la période de surveillance (**Figure 3**, **Figure 4** et **Tableau 1**).

Cette saison, bien que l'activité pour IRA soit restée intense, les indicateurs de recours aux soins sont inférieurs à ceux de l'an dernier, notamment en termes d'effectifs, en lien avec une baisse de l'activité générale plus rapide.

Tableau 1. Indicateurs de recours aux soins pour IRA entre les semaines 40 et 15 pour les saisons 2024-2025 et 2025-2026, Hauts-de-France.

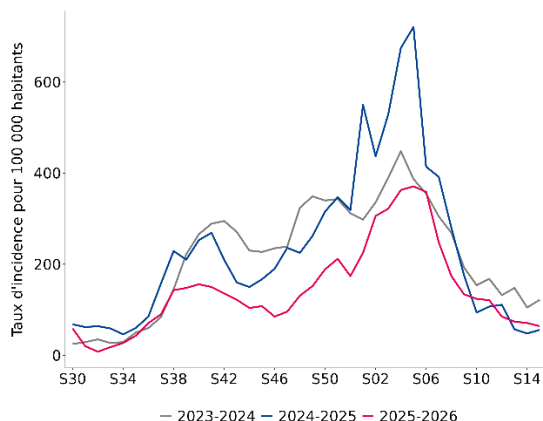
Infections respiratoires aiguës		
	Saison 2024-2025	Saison 2025-2026
SOS Médecins		
Nombre d'actes	70 917	61 694
Part d'activité parmi les actes toutes causes (%)	17,5 %	14,9 %
Semaine du pic d'activité	S04-2025	S52-2025
Part d'activité lors du pic (%)	30,6 %	28,0 %
Médecine d'urgences - Passages		
Nombre de passages	49 576	40 758
Part d'activité parmi les passages toutes causes (%)	5,1 %	4,1 %
Semaine du pic d'activité des passages	S01-2025	S01-2026
Part d'activité des passages lors du pic (%)	10,3 %	9,5 %
Médecine d'urgences - Hospitalisations		
Nombre d'hospitalisations	18 078	15 848
Part d'activité parmi les hospit. toutes causes (%)	9,5 %	8,0 %
Semaine du pic d'activité des hospit.	S01-2025	S01-2026
Part d'activité des hospit. lors du pic (%)	17,4 %	15,7 %

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



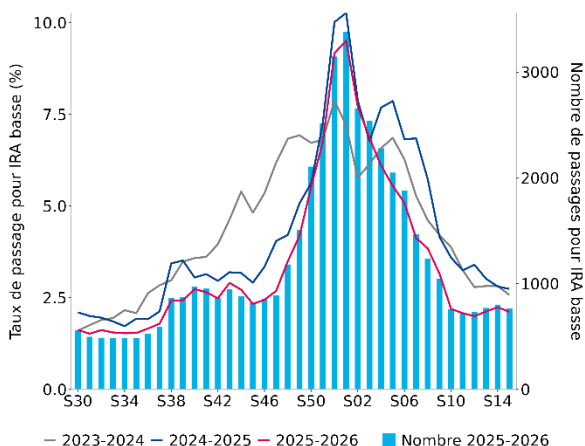
Source : SOS Médecins / SurSaUD® Santé publique France.

Figure 2. Taux d'incidence des IRA basses en médecine de ville (Réseau Sentinelles + IQVIA), tous âges, Hauts-de-France.



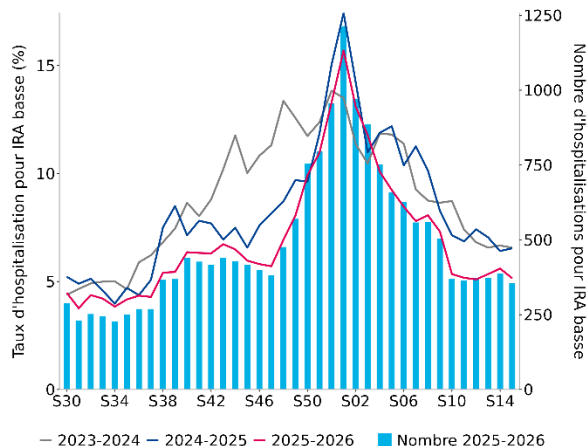
Source : Réseau Sentinelles + IQVIA / SurSaUD® Santé publique France.

Figure 3. Part des IRA parmi les recours aux urgences, Oscour®, tous âges, Hauts-de-France.



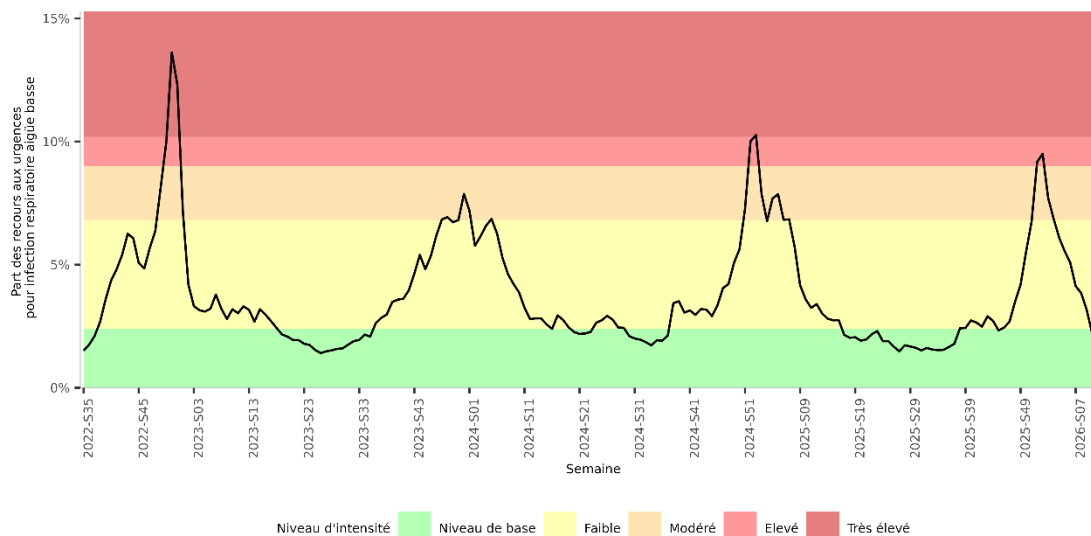
Source : Oscour® / SurSaUD® Santé publique France.

Figure 4. Part des IRA basses parmi les hospitalisations après passages aux urgences, Oscour®, tous âges, Hauts-de-France.



Source : Oscour® / SurSaUD® Santé publique France.

Figure 5. Part des IRA basses parmi les passages aux urgences, selon le niveau d'intensité* pour cet indicateur, tous âges, Hauts-de-France.



Source : Santé publique France

Source : Oscore® / SurSaUD® Santé publique France

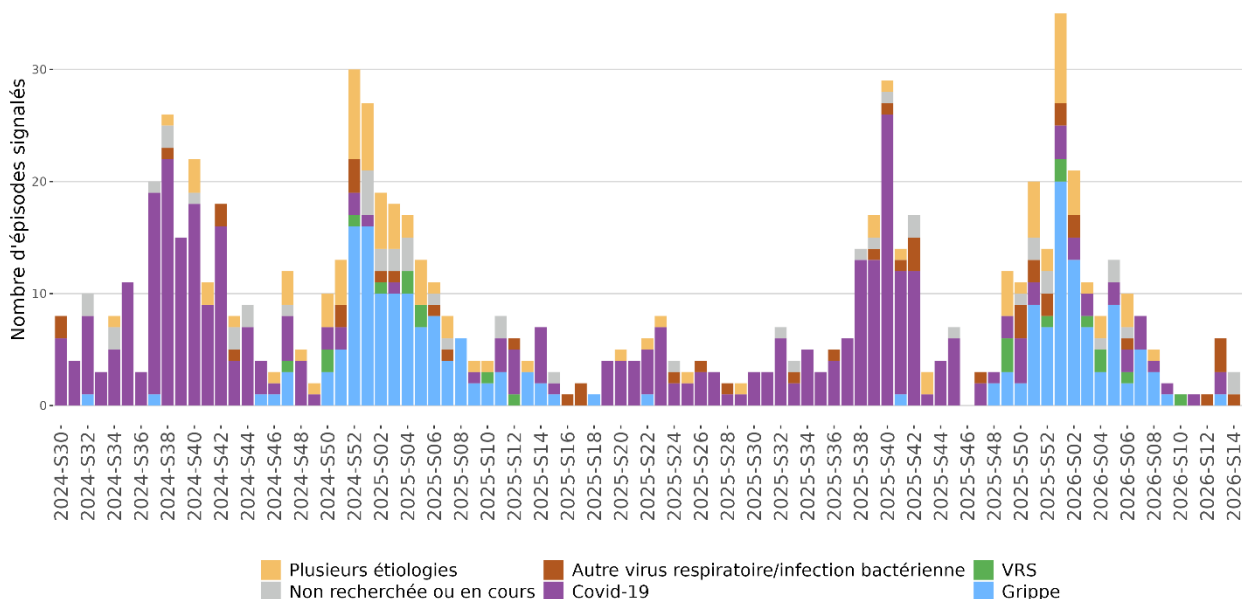
*intensité calculée à partir des saisons 2018-2019, 2021-2022, 2022-2023, 2023-2024 et 2024-2025 (voir annexe)

Signalement en établissement médico-sociaux (EMS)

Entre les semaines 30-2025 et 15-2026, 262 épisodes de cas groupés d'IRA basses ont été déclarés dans les EMS de la région Hauts-de-France. Parmi ces épisodes, 63 (24,0 %) présentaient des critères de sévérité lors du signalement initial.

Comme pour l'an passé, deux vagues distinctes d'épisodes de cas groupés ont été observées. Une première, entre les semaines 36 et 44-2025 liée au Covid-19. Puis une seconde, entre les semaines 48-2025 et 08-2026, où la grippe était majoritaire (Figure 6). Ces périodes coïncident avec les augmentations des recours aux soins et de la circulation virale enregistrée pour ces pathologies dans les autres sources de surveillance (SOS Médecins, urgences, laboratoires de virologies).

Figure 6. Distribution hebdomadaire des épisodes de cas groupés d'IRA en EMS par pathologie, depuis la semaine S30-2024, Hauts-de-France.



Source : Santé publique France

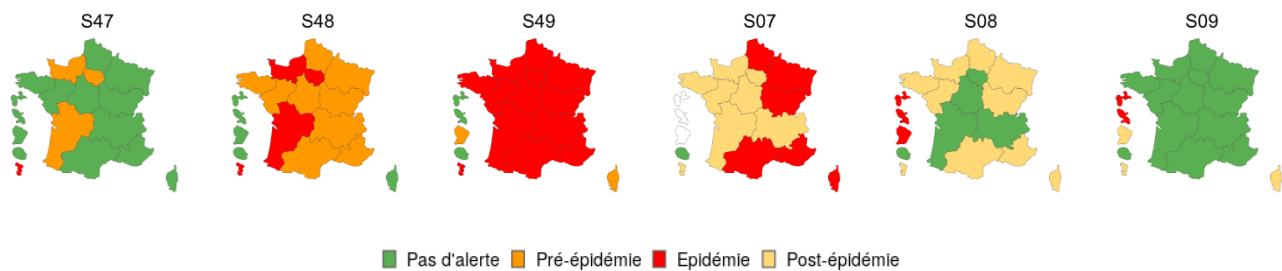
Surveillance de la grippe et des syndromes grippaux

Contexte épidémique

Dans la région, l'épidémie de grippe a débuté début décembre (S49-2025) et s'est achevée mi-février (S07-2026). Le pic a été observé début janvier aux urgences (S01-2026) et fin janvier en médecine de ville (S03-2026) selon les données de SOS Médecins et du réseau Sentinelles. Au total, la saison épidémique a duré 11 semaines, contre 10 au niveau national (**Figure 7**).

Contrairement à l'épidémie 2024-2025, la saison 2025-2026 ne s'est pas distinguée par une durée épidémique plus longue que la moyenne, avec 11 semaines observées contre 10 en moyenne sur les dix dernières saisons. En revanche, la dynamique des recours aux soins (de S46 à S52) suivait exactement la tendance de la saison précédente, tout en présentant un déclin plus rapide. Rappelons que l'épidémie 2024-2025 était marquée par un double pic d'activité aux urgences, lié à la co-circulation des virus grippaux A et B ainsi qu'au report des consultations de villes vers les urgences au moment des congés de fin d'année.

Figure 7. Matrice des niveaux d'alerte épidémique des syndromes grippaux, Hauts-de-France, saison 2025-2026



Médecine de ville

Sur la période épidémique, plus de 25 000 actes pour grippe et syndrome grippal ont été enregistrés par SOS Médecins dans les Hauts-de-France, soit une variation de - 21,5 % par rapport à la saison 2024-2025 et de + 64,9 % par rapport à 2023-2024.

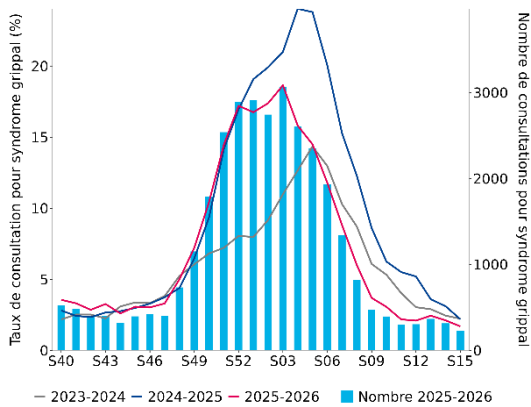
Chez SOS Médecins, le pic d'activité a été observé fin janvier (S03-2026), avec une part de consultations liée à la grippe atteignant 18,6 %, un niveau inférieur à celui de la saison précédente (24,0 %) (**Figure 8**). Le niveau d'intensité de l'épidémie, tous âges confondus est resté modéré (**Figure 9**).

La dynamique épidémique variait en fonction de l'âge : les pics de recours aux soins ont été observés plus tardivement en S03-2026 chez les plus jeunes (moins de 5 ans et 5-14 ans), coïncidant avec la reprise des activités scolaires après la période de vacances. En revanche, pour les 15-64 ans et les 65 ans et plus les pics d'activité sont survenus dès la semaine 52 de 2025.

Concernant l'intensité de l'activité, les enfants de 5-14 ans ont enregistré le niveau le plus élevé (25,0 %), suivis des 15-64 ans (19,5 %) et des moins de 5 ans (17,8 %) (**Figure 10**).

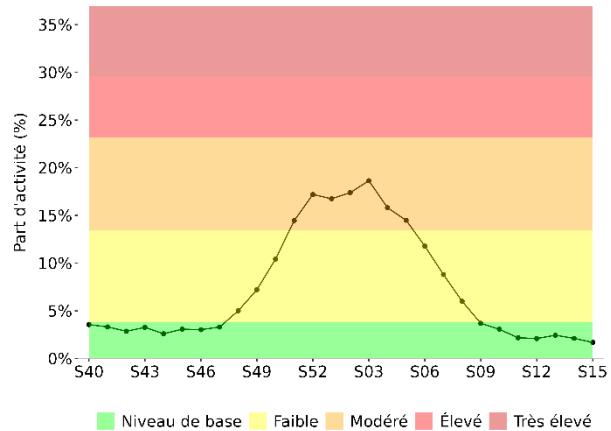
L'activité du réseau Sentinelles coïncide avec celle mesurée chez SOS Médecins : le pic d'activité enregistré par le réseau de médecins libéraux a également été atteint en S03-2026, avec un taux d'incidence estimé à 357 pour 100 000 habitants (IC₉₅ % = [317 ; 396]) (**Figure 11**).

Figure 8. Part des syndromes grippaux parmi les consultations SOS Médecins, tous âges, Hauts-de-France.



Source : SOS Médecins / SurSaUD® Santé publique France.

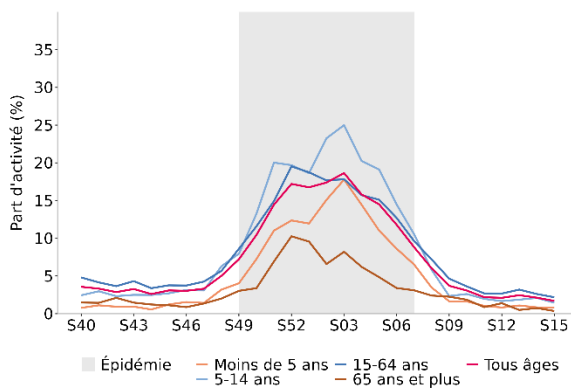
Figure 9. Part des syndromes grippaux parmi les consultations SOS Médecins, selon le niveau d'intensité* pour cet indicateur, tous âges, Hauts-de-France, saison 2025-2026.



Source : SOS Médecins / SurSaUD® Santé publique France.

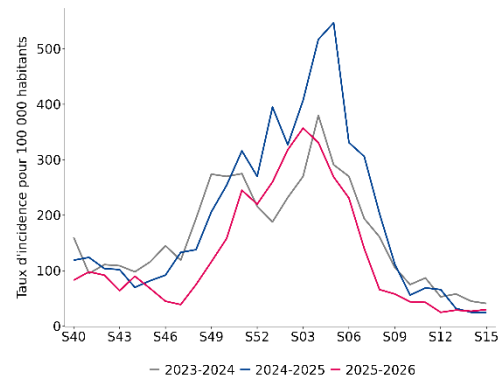
*intensité calculée à partir des saisons 2018-2019, 2021-2022, 2022-2023, 2023-2024 et 2024-2025 (voir annexe)

Figure 10. Part des syndromes grippaux parmi les actes SOS médecins par classe d'âge, Hauts-de-France, saison 2025-2026.



Source : SOS Médecins / SurSaUD® Santé publique France.

Figure 11. Taux d'incidence des syndromes grippaux en médecine de ville (Réseau Sentinelles + IQVIA), tous âges, Hauts-de-France.



Source : Réseau Sentinelles + IQVIA / SurSaUD® Santé publique France.

Milieu hospitalier

Au cours de l'épidémie (S49-2025 à S07-2026), plus de 12 000 passages aux urgences pour syndrome grippal ont été enregistrés par le réseau OSCOUR®, soit une baisse de près d'un quart du nombre de cas par rapport à la saison 2024-2025 mais environ 2 fois plus par rapport à 2023-2024.

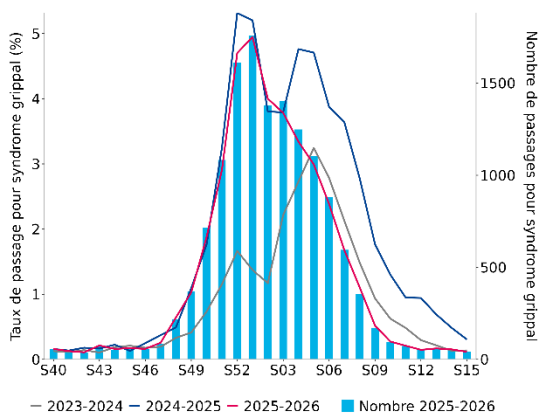
L'activité des passages aux urgences a suivi exactement la même tendance que la saison précédente, entre les semaines 46 et 52. Cependant, l'épidémie 2025-2026 se distingue par rapport à la précédente par un pic enregistré en S01-2026 (contre deux pics en S52 et S04 l'an dernier) et par un retour plus rapide à la normale, entraînant des effectifs globaux inférieurs malgré des niveaux d'activité comparables : 4,9 % contre 5,3 % en 2024-2025 (Figure 12).

Parmi ces passages, 2 370 (19,5 %) ont donné lieu à une hospitalisation. La part des hospitalisations pour grippe atteignait son pic à 5,7 % des hospitalisations, tous âges et toutes causes, en S01-2026. Le niveau d'intensité de cet indicateur atteignait un niveau élevé (Figure 13), comparable avec celui de l'an dernier (pic à 6,2 %). Cependant, le nombre d'hospitalisations pendant l'épidémie a diminué de 24,4 % par rapport à 2024-2025 (~ 3 140 hospitalisations), mais restait tout de même près du double que celui de la saison 2023-2024 (~ 1 100).

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

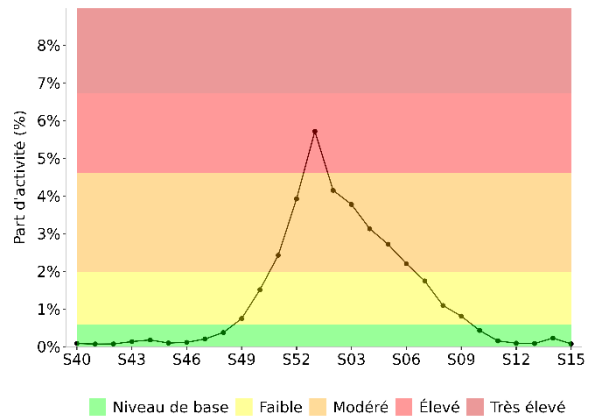
En effet, sur toute la durée de l'épidémie, la grippe représentait en moyenne 6,4 % de l'activité des hospitalisations après passage aux urgences chez les moins de 5 ans, atteignant un niveau très élevé lors du pic à 12,5 % en S03-2026 (vs 10,5 % en 2024-2025). Chez les 65 ans et plus, la grippe a représenté 2,9 % de l'activité globale des hospitalisations après passage aux urgences dans cette tranche d'âge, avec un pic à 7,5 % en S01-2026 (vs 7,6 % en 2024-2025) (Figure 14). Cependant, ces derniers restaient la classe d'âge la plus touchée, puisque les 65 ans et plus représentaient 61,5 % des hospitalisations pour grippe, contre 17,4 % pour les moins de 5 ans (16,9 % pour les 15-64 ans et 4,1 % pour les 5-14 ans).

Figure 12. Part des syndromes grippaux parmi les recours aux urgences, Oscour®, tous âges, Hauts-de-France.



Source : Oscour® / SurSaUD® Santé publique France.

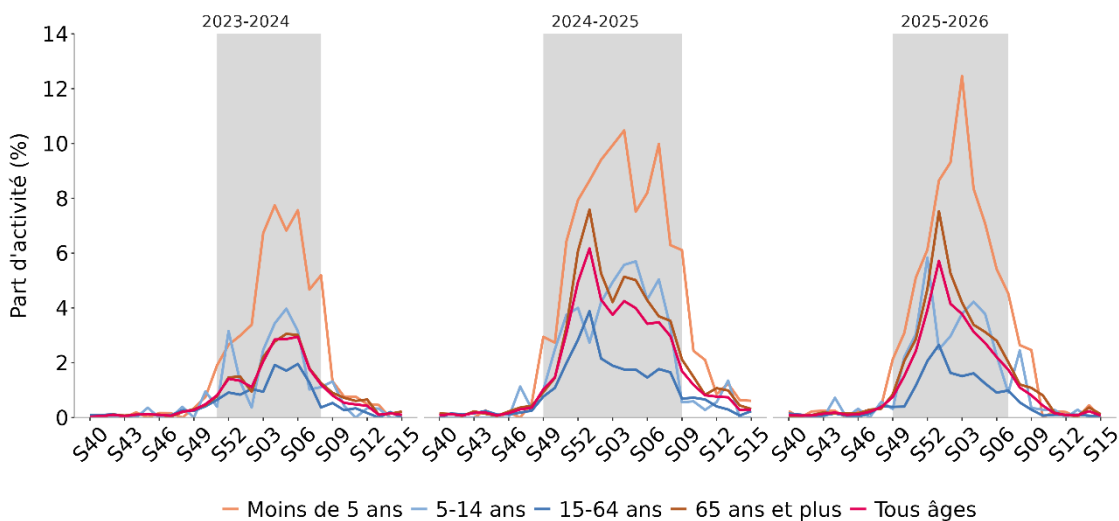
Figure 13. Part des syndromes grippaux parmi les hospitalisations après passage aux urgences, selon le niveau d'intensité* pour cet indicateur, tous âges, Hauts-de-France, saison 2025-2026.



Source : Oscour® / SurSaUD® Santé publique France.

*intensité calculée à partir des saisons : 2018-2019, 2021-2022, 2022-2023, 2023-2024 et 2024-2025.

Figure 14. Part des syndromes grippaux parmi les hospitalisations après passage aux urgences par classe d'âge, Hauts-de-France, 2023-2026.



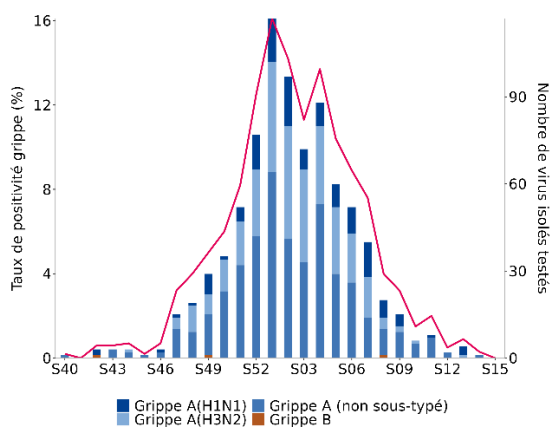
Source : Oscour® / SurSaUD® Santé publique France.

Virologie

Sur le plan virologique, les virus grippaux de type A (H1N1 et H3N2) ont largement dominé cette saison, avec une légère prédominance du virus A(H3N2). En effet, aux CHU de Lille et d'Amiens, parmi les 13 988 prélèvements testés entre les semaines 40-2025 et 15-2026, 823 se sont révélés positifs pour un virus grippal (5,9 %), exclusivement des virus de type A (99,6 %) dont 52,5 % de virus de type A non sous-typés, 14,6 % de A(H1N1) et 32,6 % de A(H3N2). Le taux de positivité a atteint son pic de 16,1 % en S01-2026 avec 117 prélèvements positifs (**Figure 15**).

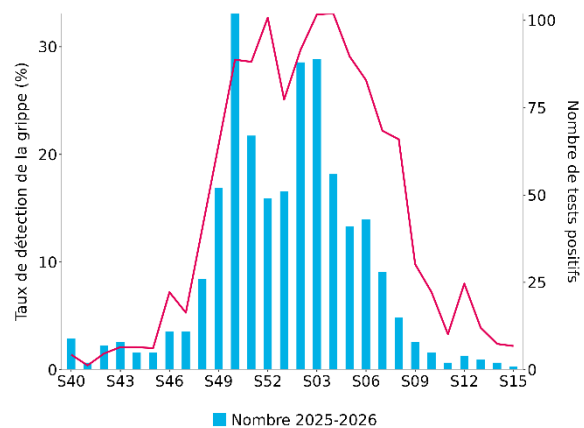
Le réseau RELAB, réseau de surveillance basé sur les laboratoires de biologie médicale de ville, a enregistré cette saison 7 833 tests pour la grippe pour la région, dont 817 positifs (10,4 %). Le pic de détection a été atteint en S04-2026 avec un taux de positivité de 33,1 % (**Figure 16**).

Figure 15. 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 16. Nombre de tests positifs (axe droit) et pourcentage de détection de la grippe (axe gauche), réseau RELAB, Hauts-de-France, 2024-2026.



Source : Réseau RELAB

Vaccination

Au 28 février 2026, la couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes âgées de 65 ans et plus était de 59,0 % pour la région. Parmi elles, 33,6 % se sont fait vacciner avec un vaccin amélioré préférentiellement recommandé pour les personnes de 65 ans et plus (Eflueda® ou Fluad®). Chez les personnes âgées de moins de 65 ans à risque de grippe sévère, la couverture vaccinale était de 32,7 %. Ces couvertures vaccinales sont supérieures à celles observées à la même date pour la saison 2024-2025, avec + 3,0 points chez les 65 ans et plus et + 4,4 points chez les moins de 65 ans.

Cas graves

Du 29 septembre 2025 au 12 avril 2026, 113 cas graves de grippe ont été signalés par les services de réanimation sentinelles (**Tableau 2**). La répartition des cas était homogène entre les hommes (50 %) et les femmes (47 %). Les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient la majorité des cas signalés (60 %).

La présence de comorbidité associée était rapportée pour 93 % d'entre eux. Quand le statut vaccinal était connu (N=76), 58 % des cas graves étaient non vaccinés.

Tableau 2. Caractéristiques des patients admis en service de réanimation suite à une infection par le virus de la grippe, saison 2025-2026, Hauts-de-France

	GRIPPE N = 113
Sexe	
Femme	53 (47%)
Homme	57 (50%)
Indéterminé	3 (3%)
Classes d'âge (années)	
< 2	2 (2%)
2-17	0 (0%)
18-64	43 (38%)
65 et plus	68 (60%)
Données virologiques grippales	
A, sans précision	58 (63%)
A(H1N1)pdm09	15 (16%)
A(H3N2)	18 (20%)
B	1 (1%)
Co-infection virus grippaux	0 (0%)
Non renseigné	21
Présence de comorbidité(s)	
	105 (93%)
Vaccination grippe pour la saison en cours	
Oui	32 (42%)
Non	44 (58%)
Non renseigné	37
SDRA	
Aucun	61 (55%)
Mineur	14 (13%)
Modéré	23 (21%)
Sévère	12 (11%)
Non renseigné	3
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive	
Aucune	2 (2%)
O2 (Lunettes/masque)	18 (16%)
Ventilation non-invasive	26 (23%)
Oxygénothérapie haut-débit	40 (35%)
Ventilation invasive	27 (24%)
Assistance extracorporelle	0 (0%)
Devenir	
Décès	22 (21%)
Sortie de réanimation	85 (79%)

Source : Réseau de services de réanimation sentinelles.

Surveillance de la bronchiolite (Moins de 1 an)

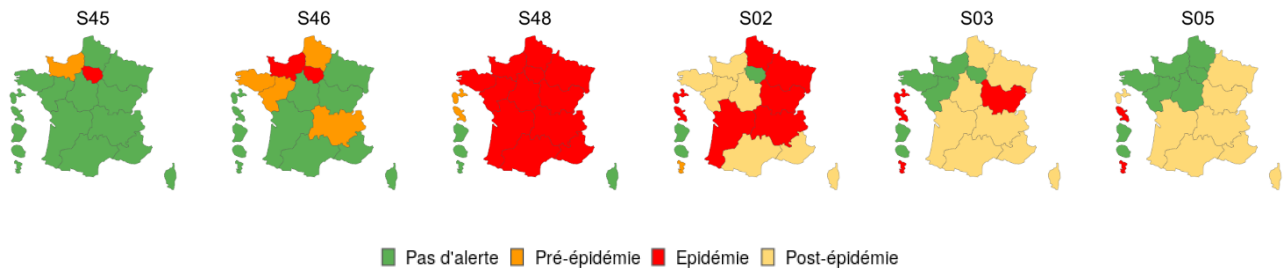
Contexte épidémique

Dans les Hauts-de-France, l'épidémie de bronchiolite (chez les enfants de moins de 1 an) lors de la saison 2025-2026 a débuté fin novembre (S48-2025) et s'est achevée mi-janvier (S02-2026), soit une durée en phase épidémique de 7 semaines. Le pic d'activité a été atteint entre les semaines 49 et 50-2025 (début et mi-décembre) (**Figure 17**).

Cette saison, l'épidémie de bronchiolite a été particulièrement courte, avec une durée de 7 semaines, contre une moyenne de 11 semaines sur les cinq saisons précédentes. Cette tendance confirme celle observée l'an dernier, où l'épidémie avait déjà été plus courte que la moyenne avec 9 semaines, coïncidant avec la mise en place de la campagne d'immunisation des nouveau-nés et des nourrissons contre les infections à VRS.

Depuis cette saison, la surveillance de la bronchiolite a été recentrée sur les nourrissons de moins de 1 an, alors qu'elle concernait auparavant les enfants de moins de 2 ans. Cette évolution reflète les données épidémiologiques des dix dernières années : les moins de 1 an représentaient environ 70 % des consultations SOS Médecins, 90 % des passages aux urgences et 92 % des hospitalisations pour cette pathologie.

Figure 17. Matrice des niveaux d'alerte épidémique de la bronchiolite, Hauts-de-France, saison 2025-2026.

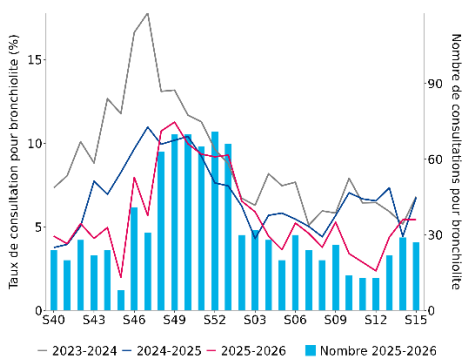


Médecine de ville

Pendant la période épidémique, 435 actes pour bronchiolite ont été recensés par SOS Médecins dans la région, un niveau comparable à la saison 2024-2025 (431 actes), mais en baisse de 38,8 % par rapport à 2023-2024 (711 actes). Sur la phase épidémique, les consultations pour bronchiolite représentaient 9,6 % des consultations chez les moins de 1 an, contre 9,2 % en 2023-2024 et 12,8 % en 2022-2023.

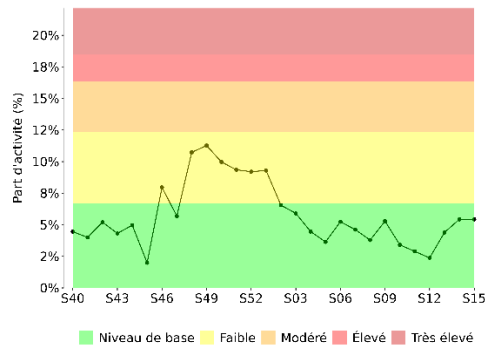
Le pic d'activité lié à la bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an a été enregistré début décembre (S49-2025), avec une part de consultations atteignant 11,3 %, soit un niveau équivalent aux 11,0 % observé l'année précédente (**Figure 18**). L'intensité de l'épidémie, mesurée à partir de la part de la bronchiolite parmi les actes SOS Médecins entre les 5 saisons précédentes, est restée à un niveau faible sur toute la phase épidémique (**Figure 19**).

Figure 18. Part de la bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins, moins de 1 an, Hauts-de-France.



Source : SOS Médecins / SurSaUD® Santé publique France.

Figure 19. Part de la bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins, selon le niveau d'intensité pour cet indicateur, moins de 1 an, Hauts-de-France.



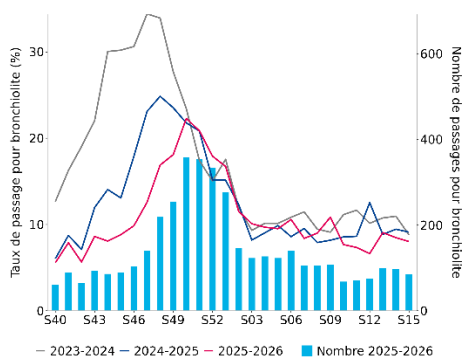
Source : SOS Médecins / SurSaUD® Santé publique France.

Milieu hospitalier

Au cours de l'épidémie (S48-2025 à S02-2026), 1 943 passages aux urgences liés à la bronchiolite ont été enregistrés chez les moins de 1 an, dont 700 (36,0 %) ont mené à une hospitalisation. Sur les 7 semaines d'épidémie, la bronchiolite a ainsi représenté 18,0 % des passages et 34,2 % des hospitalisations après passage dans cette classe d'âge, toutes causes réunies.

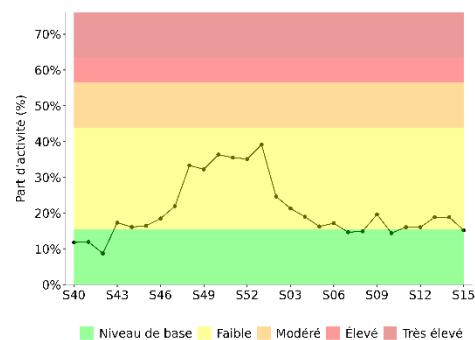
Le pic d'activité des passages aux urgences a été atteint durant la première moitié du mois de décembre (S50-2025), tandis que celui des hospitalisations, lors de la première semaine de janvier (S01-2026). A ces moments-là, la bronchiolite représentait respectivement 22,3 % des passages et 39,2 % des hospitalisations, des niveaux légèrement inférieurs à ceux de la saison précédente (24,9 % et 43,2 %) et bien moindre qu'en 2023-2024 (34,4 % et 56,3 %) (**Figure 20**). L'intensité de l'épidémie mesurée via la part d'hospitalisation chez les moins de 1 an est restée faible, sous le niveau modéré au moment du pic épidémique (**Figure 21**).

Figure 20. Part de la bronchiolite parmi les recours aux urgences, Oscour®, moins de 1 an, Hauts-de-France.



Source : Oscour® / SurSaUD® Santé publique France.

Figure 21. Part de la bronchiolite parmi les hospitalisations après passage aux urgences, selon le niveau d'intensité* pour cet indicateur, moins de 1 an, Hauts-de-France.



Source : Oscour® / SurSaUD® Santé publique France.

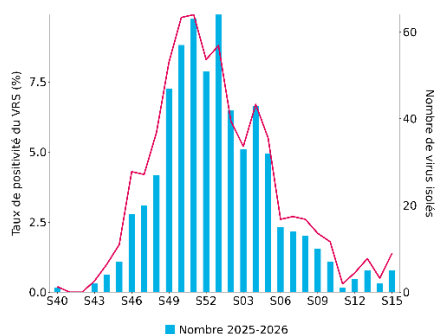
*intensité calculée à partir des saisons 2018-2019, 2019-2020, 2021-2022, 2022-2023 et 2023-2024 (voir annexe)

Virologie

Durant les semaines 40-2025 à 15-2026, 13 988 prélèvements ont été analysés par les laboratoires de virologie des CHU de Lille et d'Amiens avec 582 positifs au VRS (taux de positivité de 4,2 %), atteignant un taux de 9,9 % lors du pic épidémique en S51-2025 (**Figure 22**).

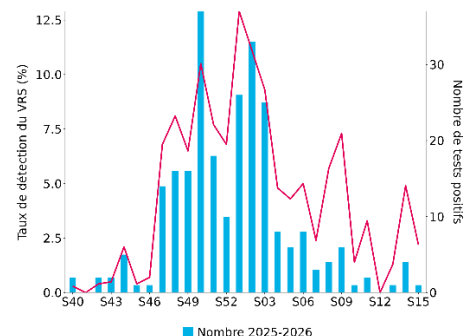
Le réseau RELAB a détecté 252 prélèvements positifs au VRS sur 5 936 tests (4,2 %) avec un pic de 12,9 % pour 26 cas positifs en S01-2026 (**Figure 23**). La circulation du VRS a été plus tardive et moins intense que la saison précédente, notamment parmi les prélèvements effectués aux CHU de Lille et d'Amiens.

Figure 22. 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 23. Nombre de tests positifs (axe droit) et pourcentage de détection du VRS (axe gauche), réseau RELAB, Hauts-de-France.



Source : Réseau RELAB

Cas graves

Du 29 septembre 2025 au 12 avril 2026, 56 cas pédiatriques graves de bronchiolite ont été signalés par le service de réanimation pédiatrique de l'Hôpital Jeanne de Flandre du CHU de Lille (**Tableau 3**), majoritairement des garçons (55 %) et des bébés âgés entre 0 et 2 mois (45 %). La présence de comorbidité et/ou de prématurité était rapportée pour 38 % des cas.

Tableau 3. Caractéristiques des nourrissons admis en service de réanimation pour une bronchiolite, Hôpital Jeanne de Flandre du CHU de Lille (surveillance non exhaustive), saison 2025-2026.

	Bronchiolite N = 56
Sexe	
Fille	25 (45%)
Garçon	31 (55%)
Classes d'âge (mois)	
< 1	10 (18%)
1-2	15 (27%)
3-5	10 (18%)
6-11	13 (23%)
12-24	8 (14%)
Présence de comorbidité(s) et/ou prématurité*	
Type de traitement préventif	
Beyfortus	20 (41%)
Aucun	29 (59%)
Non renseigné	7
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive	
Ventilation non invasive	27 (48%)
Oxygénothérapie à haut-débit	25 (45%)
Ventilation invasive	4 (7%)
Assistance extracorporelle	0 (0%)
Décès	1 (2%)

* Plusieurs comorbidités possibles pour un patient

Source : Réseau de services de réanimation sentinelles.

Surveillance de la Covid-19

Recours aux soins

Dans la région, une vague de Covid-19 a été observée entre fin août – début septembre (S35-2025) et début novembre (S45-2025), avec un pic d'activité début octobre (S40-2025). Cette saisonnalité fait écho avec les tendances des deux saisons précédentes, mais l'intensité de cette vague est restée plus faible, notamment sur les recours aux soins. Pour le reste de la période de surveillance hivernale (de S46 à S15), l'activité est restée très faible, tant en médecine de ville (part d'activité moyenne : 0,3 %), qu'aux urgences (0,2 %).

Entre les semaines 35-2025 et 45-2025, 2 765 actes liés au Covid-19 ont été enregistrés par SOS Médecins, représentant 1,9 % de l'activité totale sur cette période. Lors du pic d'activité en S40-2025, le nombre d'actes a atteint 444, et représentait alors 3,0 % des actes toutes causes du réseau, des niveaux inférieurs à ceux observés lors des vagues précédentes (**Figure 24** et **Tableau 4**).

Aux urgences, les passages pour Covid-19 ont totalisé 1 775 cas sur la période, 0,5 % des passages toutes causes, avec un pic à 266 passages (0,7 % de part d'activité) en S40-2025. Les hospitalisations liées ont concerné 601 patients, 0,8 % des hospitalisations après passages, toutes causes, et culminant à 94 cas (1,4 % de part d'activité) lors du pic. Comme en médecine de ville, l'activité est restée en dessous des niveaux des années précédentes (**Figure 25** et **Tableau 4**).

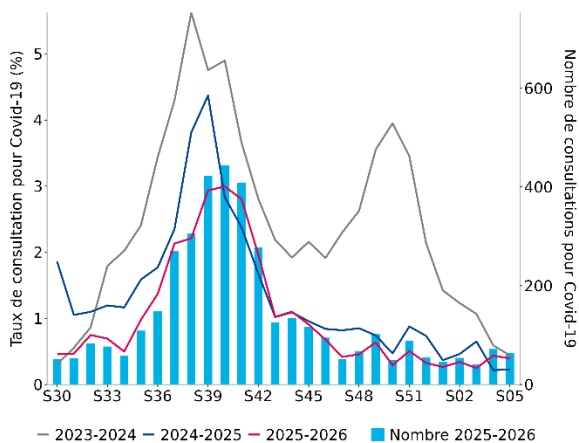
Virologie

Les taux de détection et de positivité pour le Covid-19 ont augmenté durant la vague épidémique, aussi bien à l'hôpital (CHU de Lille et d'Amiens) qu'en laboratoire de ville (réseau RELAB). Cette hausse, observée entre les semaines S35 et S45-2025, coïncide avec l'augmentation du recours aux soins en médecine de ville et aux urgences (**Figure 26** et **Figure 27**).

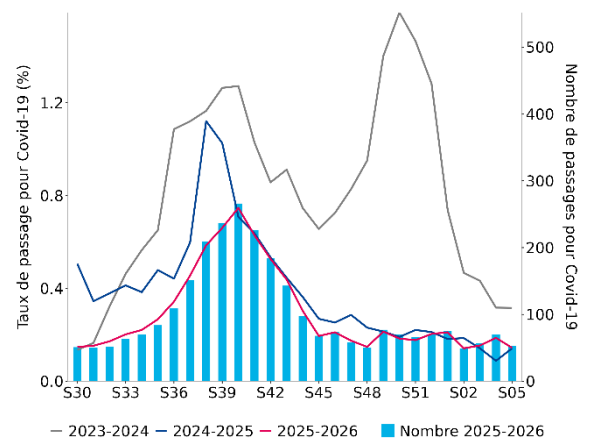
Le dispositif SUM'EAU (Surveillance Microbiologique des Eaux Usées) permet de suivre la circulation du SARS-CoV-2 en région Hauts-de-France grâce à un réseau de 5 stations d'épuration, situées dans les agglomérations d'Amiens, de Grande-Synthe, de Lens, de Lille et de Valenciennes. Ce suivi, réalisé de manière hebdomadaire, repose sur le calcul d'un indicateur spécifique : le ratio de concentration virale du SARS-CoV-2 sur la concentration en azote ammoniacal, reflétant l'intensité de la circulation virale dans la population. Ainsi, dès la semaine S35-2025, une forte augmentation de cet indicateur a été observée dans les eaux usées, avec une progression continue jusqu'à un pic autour de la semaine 40-2025, en adéquation avec les données de recours aux soins (SOS Médecins et urgences) (**Figure 28**).

Tableau 4. Indicateurs de recours aux soins pour Covid-19 entre les semaines 35 et 45 pour les saisons 2024-2025 et 2025-2026, Hauts-de-France.

Période	Covid-19	
	Saison 2024-2025 S35 à S45-2024	Saison 2025-2026 S35 à S45-2025
SOS Médecins		
Nombre d'actes	3 302	2 765
Part d'activité parmi les actes toutes causes (%)	2,2 %	1,9 %
Semaine du pic d'activité	S39-2024	S40-2025
Part d'activité lors du pic (%)	4,4 %	3,0 %
Médecine d'urgences - Passages		
Nombre de passages	2 234	1 775
Part d'activité parmi les passages toutes causes (%)	0,6 %	0,5 %
Semaine du pic d'activité des passages	S38-2024	S40-2025
Part d'activité des passages lors du pic (%)	1,1 %	0,7 %
Médecine d'urgences - Hospitalisations		
Nombre d'hospitalisations	847	601
Part d'activité parmi les hospit. toutes causes (%)	1,2 %	0,8 %
Semaine du pic d'activité des hospit.	S39-2024	S40-2025
Part d'activité des hospit. lors du pic (%)	2,1 %	1,4 %

Figure 24. Part du Covid-19 parmi les actes SOS Médecins, tous âges, Hauts-de-France.

Source : SOS Médecins / SurSaUD® Santé publique France.

Figure 25. Part du Covid-19 parmi les passages aux urgences, Oscour®, tous âges, Hauts-de-France.

Source : Oscour® / SurSaUD® Santé publique France.

Figure 26. Nombre et taux de positivité de SARS-CoV-2, laboratoires de virologie des CHU de Lille et d'Amiens, Hauts-de-France.

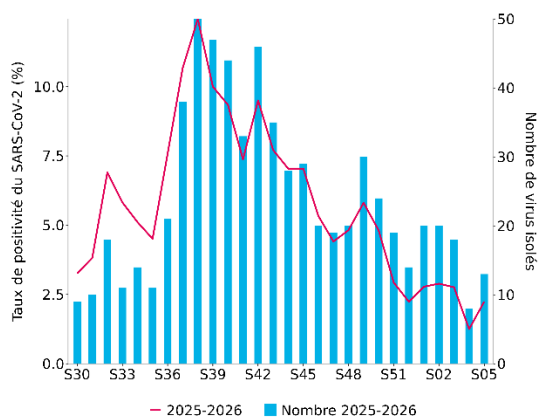
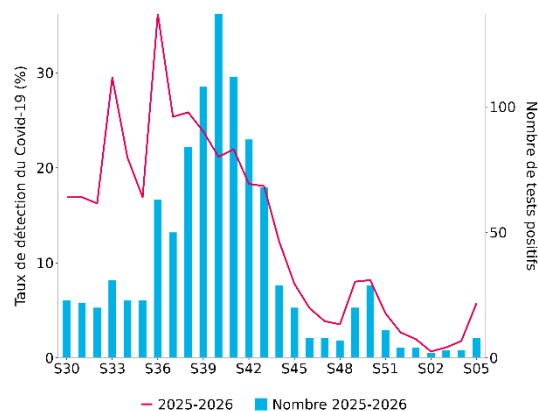


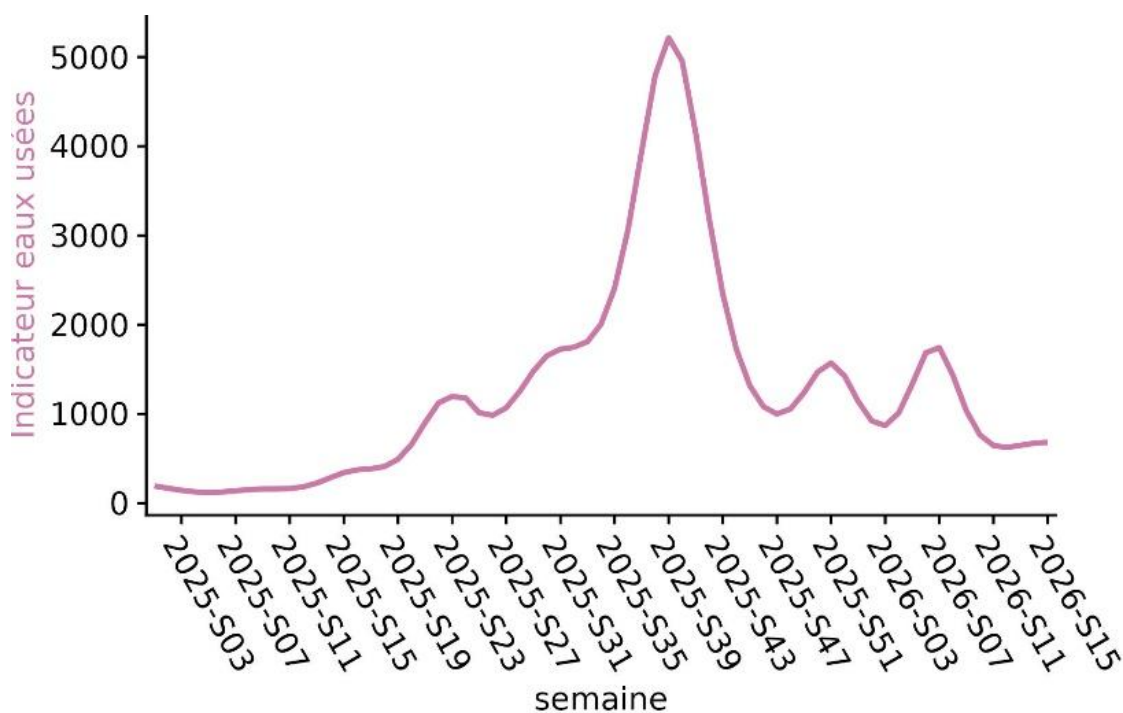
Figure 27. Nombre et taux de détection du Covid-19, réseau RELAB, Hauts-de-France.



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

Source : Réseau RELAB

Figure 28. Circulation du SARS-CoV-2 dans les eaux usées, mesurée par le réseau SUM'EAU, Hauts-de-France



Source : SUM'EAU / Santé publique France.

Surveillance de la mortalité

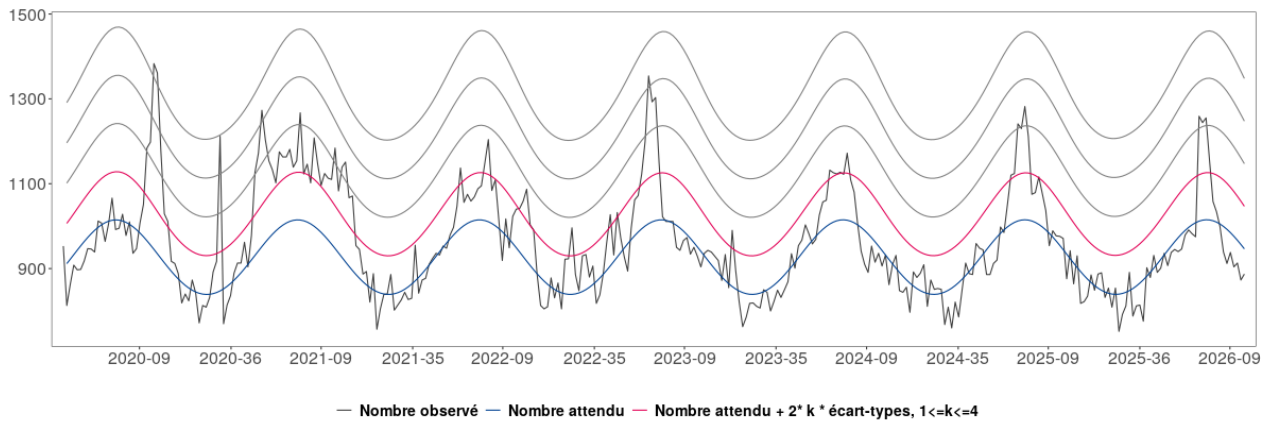
Mortalité toutes causes

Fin décembre 2025 (semaines 52-2025 et 01-2026), une hausse de la mortalité toutes causes et tous âges confondus a été enregistrée au niveau régional, selon les données transmises par l'Insee via les bureaux d'état civil. Cet excès de mortalité s'est poursuivi de manière significative sur les quatre premières semaines de 2026 (S01 à S04-2026), avant de revenir à des niveaux attendus dès la semaine S05-2026 (**Figure 29**).

En moyenne, le nombre de décès observé a dépassé de 19,8 % les valeurs attendues, avec des pics atteignant 23,1 % en S01-2026 et 22,2 % en S03-2026 — une période coïncidant avec le pic d'activité aux urgences pour la grippe. Cette situation rappelle celle de l'année précédente : sur six semaines de surmortalité (S51-2024 à S04-2025), l'excès moyen était de 17,6 %, avec un maximum de 25,0 % en S03-2025.

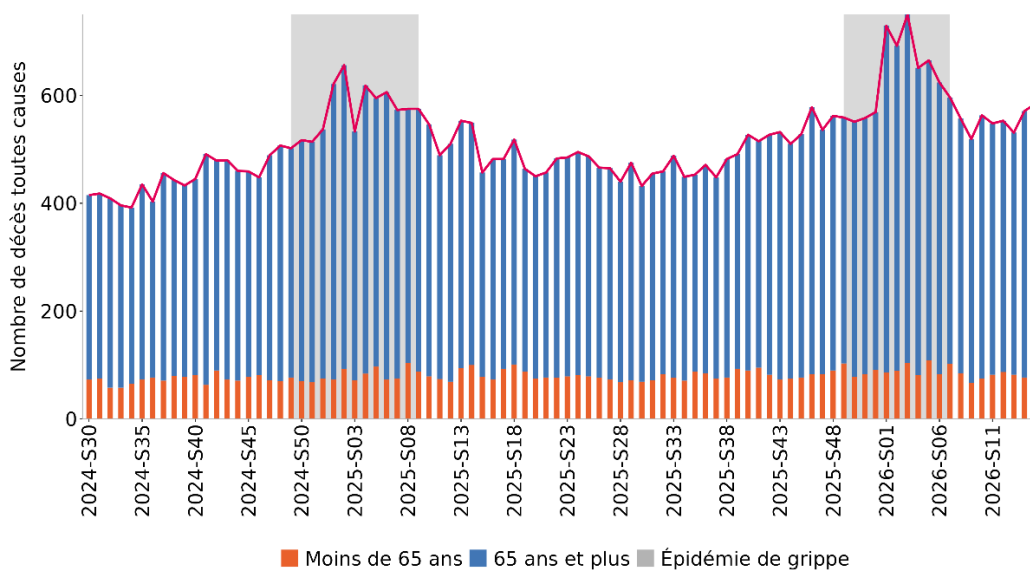
Les données de certification électronique des décès confirment cette tendance : parmi les décès toutes causes, une augmentation de près de 28,1 % a été observée entre les semaines S52-2025 et S01-2026, culminant à près de 750 décès en S03-2026 (**Figure 30**).

Figure 29. Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, tous âges, Hauts-de-France, 2018 à 2025.



Source : Insee.

Figure 30. Nombre de décès toutes causes certifiées par voie électronique, Hauts-de-France, saisons 2024-2025 et 2025-2026.



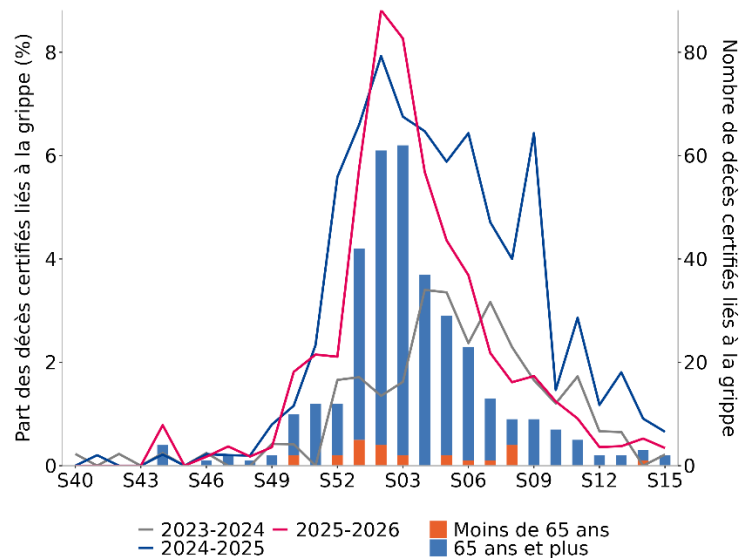
Source : CépiDc-Inserm ; exploitation : Santé publique France.

Mortalité liée à la grippe via la 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.

Au cours de l'épidémie (S49-2025 à S07-2026), la grippe a représenté environ 4,4 % de l'ensemble des décès toutes causes certifiées dans la région, avec un pic marqué en semaine 02-2026, où elle a contribué à près de 8,8 % des décès. Les personnes âgées de 65 ans et plus restaient les plus touchées, totalisant 93,7 % des décès liés à la grippe, contre 6,3 % chez les moins de 65 ans (**Figure 31**).

Figure 31. 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.



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

Le déploiement du dispositif de certification électronique recouvrait, fin 2025, environ 50 % de la mortalité régionale, il convient cependant de rester prudent dans l'interprétation des données car cette couverture reste contrastée selon les départements et par lieux de décès, et notamment les décès survenant au domicile.

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 comportent 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 (adénovirus, 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, 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 1 an ;
- 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, 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 12 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, de Beauvais, de Dunkerque, de Lille, de Roubaix-Tourcoing et de Saint-Quentin ;
- Réseau Sentinelles ;
- Systèmes de surveillance spécifiques ;
- Réanimateurs (cas graves de grippe hospitalisés en réanimation) ;
- Personnels des Ehpad et des autres établissements médico-sociaux (EMS) : épisodes de cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) en EMS ;
- Laboratoires d'analyses et de biologie médicale 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 2025-2026. Édition Hauts-de-France. Mai 2026. Saint-Maurice : Santé publique France, 22 p., 2026. Directrice de publication : Caroline Semaille.