

Prophylaxies des infections invasives à méningocoques

Questions fréquentes pour la pratique clinique. Mars_2026

Dr Sydney Sebban, Pédiatre, CPTS Paris 17

Contexte

Les infections invasives à méningocoque (IIM) connaissent en France une recrudescence depuis 2023, après la période de faible circulation liée aux mesures sanitaires de la pandémie de COVID-19. En 2024, 615 cas ont été recensés, soit le niveau le plus élevé depuis plus d'une décennie, avec une létalité comprise entre 8 et 12 % et des séquelles sévères dans près de 20 % des cas.

La saison 2024-2025 a été marquée par un pic exceptionnel en janvier 2025 (90 cas en un mois), coïncidant avec une épidémie grippale intense — la grippe étant un facteur favorisant bien documenté des IIM. Ce pic est comparable au niveau atteint en décembre 2022. En février 2025, 89 cas supplémentaires ont été déclarés, confirmant la dynamique préoccupante de cette saison.

Face à cette évolution, les autorités sanitaires ont profondément modifié la stratégie vaccinale depuis 2025, avec l'introduction d'une obligation vaccinale contre les méningocoques B et ACWY chez les nourrissons et un renforcement des recommandations chez les adolescents et jeunes adultes.

1. Qui doit être vacciné aujourd'hui contre les infections invasives à méningocoques ?

Depuis le **1er janvier 2025**, la vaccination contre les méningocoques B et ACWY est **obligatoire chez les nourrissons** nés à partir du 1er janvier 2023 (Décret n°2024-694 ; Loi LFSS 2026 du 30 décembre 2025). Chez les adolescents, la vaccination ACWY est recommandée entre 11 et 14 ans, avec un rattrapage jusqu'à 24 ans. La vaccination contre le méningocoque B est possible et remboursée entre 15 et 24 ans. Un rattrapage transitoire est recommandé pour les enfants non encore vaccinés : jusqu'au 5e anniversaire pour la vaccination ACWY (1 dose de Nimenrix®, Menquadfi® ou Menveo®) et jusqu'au 5e anniversaire pour la vaccination B (2 doses de Bexsero® espacées d'1 mois). Pour mémoire, le schéma vaccinal MenB débute dès l'âge de 2 mois, avec 2 doses espacées d'au moins 2 mois, suivies d'un rappel entre 12 et 15 mois (au moins 6 mois après la dernière dose de primovaccination). Pour les enfants de 12 à 23 mois non encore vaccinés, le schéma de rattrapage MenB comprend 2 doses espacées d'au moins 2 mois avec un rappel 12 mois après la 2e dose (fiche mémo SPF, MAJ 24/03/2026).

Références et liens :

1. Décret n°2024-694 du 5 juillet 2024 relatif à l'obligation vaccinale contre les méningocoques
2. Calendrier vaccinal 2025 – Ministère de la Santé
3. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3597524/fr/strategie-de-vaccination-contre-les-infections-invasives-a-meningocoques
4. Loi LFSS 2026 du 30 décembre 2025 – extension de l'obligation vaccinale aux enfants nés à compter du 1er janvier 2023
5. Santé publique France. Fiche mémo – Recommandations vaccinales contre les méningocoques. MAJ 24 mars 2026. [santepubliquefrance.fr](https://www.santepubliquefrance.fr)

2. Comment interpréter les nouvelles règles de remboursement publiées en 2026 ?

Les arrêtés du Journal officiel de mars 2026 ont introduit un rattrapage vaccinal temporaire basé sur des années de naissance (notamment 2020 à 2024), pouvant apparaître en décalage avec les recommandations exprimées en âge. En pratique, il convient de se référer en priorité aux recommandations de la HAS pour la décision médicale, et d'utiliser les arrêtés pour la prise en charge financière. Des ajustements sont attendus dans le calendrier vaccinal 2026.

Références et liens :

6. JORF – Arrêté du 7 mars 2026 (rattrapage MenB)
7. JORF – Arrêté du 7 mars 2026 (rattrapage ACWY)
8. JORF – Arrêté du 7 mars 2026 (modalités transitoires)
9. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3597524/fr/strategie-de-vaccination-contre-les-infections-invasives-a-meningocoques

3. Quelle est la conduite à tenir autour d'un cas d'IIM ?

La chimioprophylaxie des contacts doit être initiée en urgence, **idéalement dans les 24 heures** suivant le diagnostic du cas index, chez les contacts étroits (cohabitants, contacts intimes, exposition aux sécrétions oro-pharyngées).

Molécule	Posologie adulte	Posologie enfant	Voie / Durée
Rifampicine (1re ligne)	600 mg × 2/j	10 mg/kg × 2/j (5 mg/kg < 1 mois)	Orale – 2 jours
Ceftriaxone	500 mg – 1 g	250 mg	IM – dose unique
Ciprofloxacine*	500 mg	hors AMM, mais approuvé par l'ACIP (USA) depuis 2020 sans restriction d'âge	Orale – dose unique

* **Point de vigilance CNR Pasteur 2024** : une résistance à la ciprofloxacine a été identifiée sur une souche W du complexe clonal cc11. Un antibiogramme systématique est recommandé et l'antibioprophylaxie doit être adaptée en conséquence (utilisation possible de l'azithromycine)

En cas de cas groupés, une extension des mesures prophylactiques et une campagne vaccinale ciblée sont décidées en coordination avec l'ARS.

Références et liens :

10. Santé publique France – Données IIM 2024 (bulletin avril 2025) Bulletin national – Infections invasives à méningocoque en France en 2024 (24 avril 2025)
11. CNR Méningocoques – Institut Pasteur, bilan 2024 (publié 2025) Rapport CNR Méningocoques et Haemophilus influenzae – activité 2024 (Institut Pasteur)

4. Quelle est la place des vaccins ACWY et B en termes d'efficacité et de durée de protection ?

Les vaccins conjugués ACWY présentent une efficacité élevée contre les formes invasives (environ 60–85 %), avec une diminution progressive de la protection au cours du temps et un effet possible sur le portage, contribuant à la protection collective.

Les vaccins contre le méningocoque B ont une efficacité individuelle comparable (≈70–80 %), mais sans impact démontré sur le portage et avec une durée de protection plus courte (environ 2–3 ans), limitant leur effet populationnel. Ainsi, la stratégie de santé publique repose principalement sur la vaccination ACWY pour le contrôle de la transmission, tandis que les vaccins MenB vise une protection individuelle.

Données CNR Pasteur 2024 — évolution des complexes clonaux (signal épidémiologique majeur)

- Séro groupe W : expansion du cc9316 (54 % des cas W, contre 46 % en 2023 ; quasi absent avant 2020) et du cc11 (39 %)
- Séro groupe Y : cc23 majoritaire mais émergence du cc167 (11 % des cas Y)
- Ces dynamiques moléculaires justifient le renforcement de la surveillance et de la couverture vaccinale ACWY

Signal britannique 2025–2026 — à surveiller en France

- UKHSA 2024/25 : 43 cas MenW (vs 17 en 2023/24), fortement associés à des voyages en Arabie Saoudite (pèlerinage) — souche A du cc11
- Campbell et al., [Euro Surveill. 2025;30\(31\):pii=2500509](#) : 32/59 cas W cc11 liés au pèlerinage entre janv. 2024 et juin 2025
- Mars 2026 — flambée MenB à Canterbury (Kent) : 20 cas confirmés, 2 décès, souche B P1.12-1,16-183 — signal de cas groupés en milieu universitaire à surveiller

Références et liens :

12. *Effectiveness of Meningococcal Vaccines at Reducing Invasive Meningococcal Disease and Pharyngeal Neisseria Meningitidis Carriage: A Systematic Review and Meta-Analysis.* McMillan M, Chandrakumar A, Wang HLR, et al. *Clinical Infectious Diseases : An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America.* 2021;73(3)
13. *Effectiveness of a Meningococcal Group B Vaccine (4CMenB) in Children.* Castilla J, Garcia Cenoz M, Abad R, et al. *The New England Journal of Medicine.* 2023;388(5):427-438. doi:10.1056/NEJMoa2206433.
14. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/656f3b6f5f7b0c0013b8c6b5/IMD_annual_report_2024_to_2025.pdf
15. Campbell H et al. *Euro Surveill.* 2025;30(31):2500509 <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2025.30.31.2500509>
16. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/66002e1d9f92ac0012b5b9f3/IMD_outbreak_technical_briefing_1_Canterbury_2026.pdf

5. Que répondre aux patients demandant une vaccination hors recommandations ?

Dans le contexte actuel de recrudescence, ces demandes sont fréquentes. La réponse doit reposer sur une information claire : maladie rare mais grave, vaccins efficaces et bien tolérés, avec des limites spécifiques au MenB (durée de protection courte, absence d'effet collectif).

Une vaccination peut être proposée au cas par cas (les différents vaccins disposant d'AMM dans la plupart des tranches d'âge) après évaluation du risque individuel, en tenant compte des principes de bienfaisance, non-malfaisance, autonomie et justice (équité d'accès en l'absence de remboursement). La décision doit être tracée dans le dossier médical.

Références et liens :

17. *Code de déontologie médicale – art. 35 (information loyale et adaptée)*

Points clés à retenir

1. Incidence 2024 au plus haut depuis 2010 : 615 cas ; pic exceptionnel en janvier 2025 (90 cas) lors de l'épidémie grippale
2. Alerte 2026 UK : flambée MenB à Canterbury (20 cas, 2 décès) — surveiller les signaux similaires en France
3. La vaccination contre les méningocoques B et ACWY est obligatoire depuis le 1er janvier 2025 (décret n°2024-694 du 5 juillet 2024) et s'applique rétroactivement à tous les enfants nés à partir du 1er janvier 2023.
4. Chimio prophylaxie en urgence (< 24 h) : rifampicine 1re intention — antibiogramme systématique si souche W (résistance signalée)
5. Vaccination ACWY adolescents 11–14 ans + rattrapage jusqu'à 24 ans ; MenB possible chez les adolescents et jeunes adultes et remboursé pour les 15–24 ans
6. Approche individualisée et tracée pour les demandes hors recommandations