

Infections invasives à méningocoques

Date de publication : 23 Décembre 2025

ÉDITION NOUVELLE-AQUITAINE

Edito

Depuis 2023, l'épidémiologie des infections invasives à méningocoques (IIM) indique une situation préoccupante en France avec un nombre de cas élevé pour les infections de sérogroupe B et une progression des sérogroupes W et Y. Par ailleurs, l'absence de cas d'IIM de sérogroupe C depuis 2021 dans la région Nouvelle-Aquitaine souligne l'efficacité de la stratégie vaccinale mis en œuvre contre ce sérogroupe chez les nourrissons depuis 2018.

Face à ce constat, l'obligation de vaccination chez les nourrissons contre les méningocoques B et les méningocoques ACWY, en remplacement de la vaccination contre les méningocoques C, a été mise en place en janvier 2025 en France afin de prévenir un plus grand nombre de cas chez les jeunes enfants. Par ailleurs, chez les adolescents et les jeunes adultes, la vaccination contre les méningocoques ACWY est désormais recommandée afin de protéger directement les personnes vaccinées mais aussi de diminuer le portage des sérogroupes vaccinaux chez les jeunes adultes et ainsi protéger indirectement les autres classes d'âge affectées par les infections de sérogroupes W et Y.

En Nouvelle-Aquitaine, une campagne de vaccination gratuite contre les infections à méningocoques ACWY sera organisée dans les collèges et dans les établissements médico-sociaux à partir de janvier 2026. Cette campagne de vaccination est combinée avec celle contre les papillomavirus en place depuis deux années.

Cette campagne de vaccination, organisée sur l'ensemble du territoire national, représente une opportunité majeure pour atteindre une couverture vaccinale élevée permettant à terme d'induire une immunité de groupe.

Rappelons que la survenue d'un cas d'IIM doit faire l'objet d'un signalement précoce à l'Agence régionale de santé afin de mettre en œuvre rapidement la prophylaxie autour du cas.

Points clés

- Recrudescence du nombre de cas depuis 2023 avec une progression marquée des IIM de sérogroupes W et Y chez les adultes
- Incidence élevée des IIM B chez les nourrissons
- Létalité élevée des IIM W par rapport aux autres sérogroupes
- Vaccination contre les IIM B et ACWY obligatoire chez les nourrissons depuis 2025
- Campagne de vaccination contre les sérogroupes ACWY dans les collèges et dans les établissements médico-sociaux à partir de janvier 2026

Contexte

Le méningocoque, bactérie humaine et commensale du rhinopharynx, est responsable d'infections invasives (IIM) potentiellement graves, principalement causées par les souches des sérogroupes A, B, C, Y et W. L'acquisition d'un méningocoque et la colonisation du rhinopharynx sont rarement suivies d'une IIM. Elles restent relativement rares avec 500 à 600 cas par an en France, soit moins d'un cas pour 100 000 habitants. Au cours des 10 dernières années, le taux d'incidence fluctuait entre 0,6 et 0,9 pour 100 000 habitants, à l'exception de la période pandémique 2020-2022, au cours de laquelle il était exceptionnellement bas. Ces infections touchent surtout les nourrissons, les jeunes enfants, les adolescents (15-24 ans) et, pour certains sérogroupes, les personnes âgées. La létalité des IIM est élevée, atteignant 10 à 12 % en moyenne, avec des variations marquées selon les sérogroupes.

Depuis 2022, une hausse des IIM liées aux sérogroupes Y et W est observée, tandis que les cas de sérogroupe C diminuent fortement grâce à l'impact des vaccins conjugués méningococciques et à l'immunité de groupe acquise par la vaccination des 1-24 ans.

Les données épidémiologiques des IIM observées en 2022 et 2023 ont conduit la Haute Autorité de Santé (HAS) à réviser la stratégie de vaccination contre les méningocoques, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2025 (*cf. partie Prévention et Recommandations autour des cas*).

Méthode

La surveillance des IIM repose sur la déclaration obligatoire et la caractérisation des souches par le Centre national de référence (CNR) des méningocoques et *Haemophilus influenzae*.

Un bilan des déclarations survenues en région Nouvelle-Aquitaine sur la période 2015-2024 est présenté dans ce bulletin.

Bilan épidémiologique 2015-2024

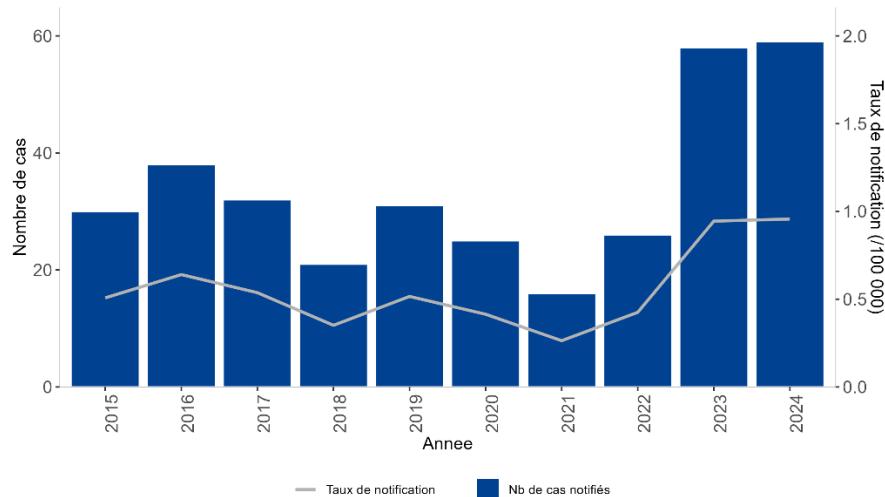
Evolution du nombre de cas et du taux de déclaration

En Nouvelle-Aquitaine, le taux de déclaration des IIM en 2024 était de 1,0 cas pour 100 000 habitants (soit 59 cas déclarés). Il s'agit du plus grand nombre de cas déclarés depuis 2014. En 2024, la Nouvelle-Aquitaine figurait parmi les régions avec le taux de déclaration les plus élevé de France, légèrement supérieur au taux de déclaration national (0,9 pour 100 000 habitants).

La tendance générale était relativement stable entre 2015 et 2020 avec, en moyenne, 30 cas déclarés par an (Figure 1). Une baisse a été observée en 2021 avec 16 cas déclarés (diminution également observée au niveau national dès 2020). Cette diminution est à mettre en regard des mesures de lutte contre la Covid-19 et notamment des confinements mis en place en 2020 et 2021, qui ont permis de prévenir la transmission des autres pathogènes respiratoires.

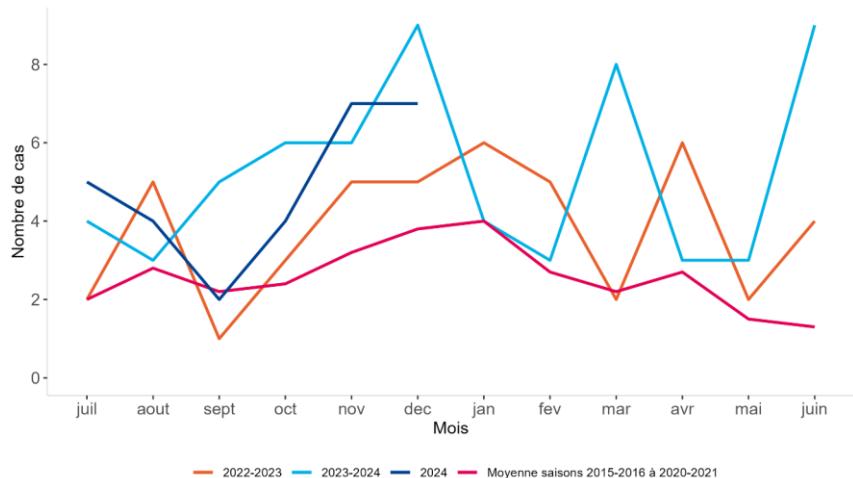
De novembre 2022 à décembre 2024, une augmentation du nombre de cas déclarés d'IIM a été observée et atteignait un niveau global supérieur aux moyennes des années précédentes. Une hausse plus marquée et plus précoce de l'incidence était observée à partir de septembre 2023 (Figure 2).

Figure 1. Evolution annuelle du nombre et du taux brut de déclaration d'infections invasives à méningocoques pour 100 000 habitants en Nouvelle-Aquitaine, 2015-2024



Source : données de déclaration obligatoire
Exploitation : Santé Publique France Nouvelle-Aquitaine

Figure 2. Nombre de cas déclarés d'infections invasives à méningocoques par mois, 2015-2024, Nouvelle-Aquitaine



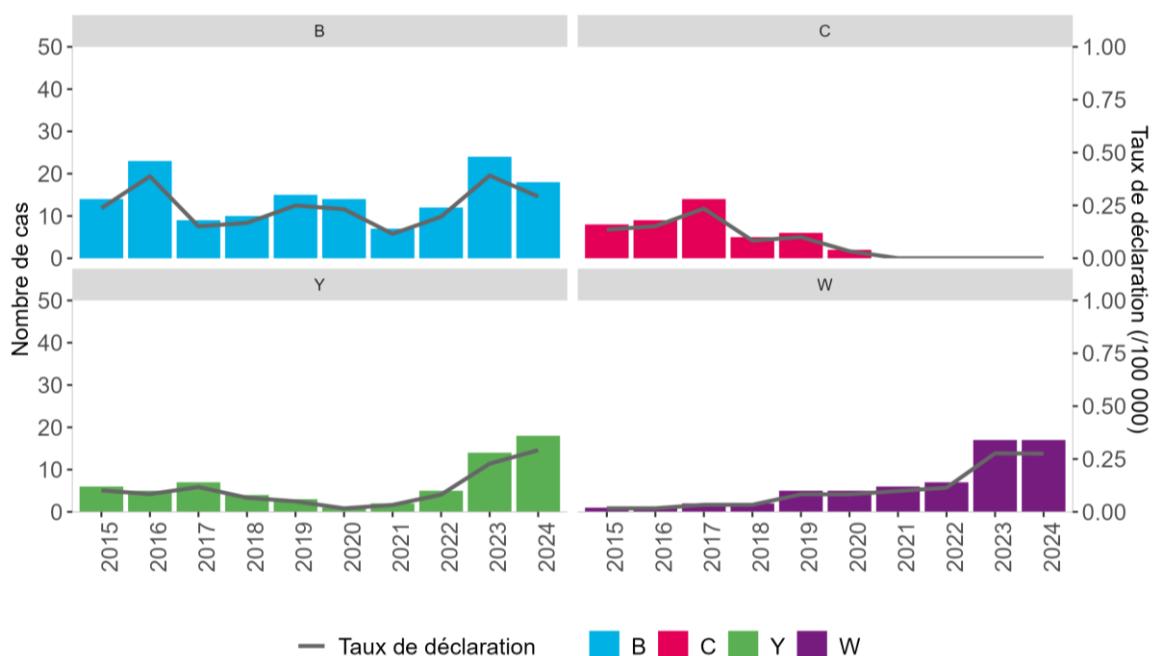
Source : données de déclaration obligatoire
Exploitation : Santé Publique France Nouvelle-Aquitaine

La répartition des cas d'IIM était hétérogène entre les départements de la région. La hausse du taux de déclaration depuis novembre 2022 était observée dans tous les départements, à l'exception de la Haute-Vienne, la Corrèze et la Creuse (aucun cas déclaré). Entre 2022 et 2024, la Dordogne et les Pyrénées-Atlantiques étaient les départements présentant les taux moyens de déclaration les plus élevés (> 1,0 cas pour 100 000 hab.).

Nombre de cas déclarés et évolution du taux de déclaration selon le sérogroupue

Parmi les 59 cas déclarés d'IIM en 2024 en Nouvelle-Aquitaine, le sérogroupue a été caractérisé pour 54 cas (93 %). Les IIM étaient liées aux sérogroupes B (18 cas), W (17 cas), Y (18 cas) et O (1 cas). L'augmentation du taux de déclaration depuis 2022 a particulièrement concerné les sérogroupes W et Y pour atteindre des niveaux supérieurs aux sept années précédentes (Figure 3). Aucun cas de sérogroupue C n'a été déclaré depuis 2021 du fait de la couverture vaccinale élevée chez les nourrissons (près de 90 % en 2024) et de l'immunité de groupe obtenue en population grâce à la mise en place de l'obligation vaccinale contre le méningocoque C chez les nourrissons.

Figure 3. Evolution annuelle du nombre et du taux de déclaration brut d'infections invasives à méningocoques selon les principaux sérogroupes pour 100 000 habitants en Nouvelle-Aquitaine, 2015-2024



Source : données de déclaration obligatoire, associations SOS Médecins et réseau Oscour®.
Exploitation : Santé Publique France Nouvelle-Aquitaine

Caractéristiques des cas 2022-2024

Sur la période 2022-2024, parmi les 143 cas déclarés dans la région, le sexe ratio Homme-Femme était de 0,7 (contre un sex ratio de 1,0 sur la période 2015-2021). Le taux de déclaration était en hausse quel que soit le sexe, bien que plus marqué chez les femmes (+48 % contre +30 % chez les hommes).

En Nouvelle-Aquitaine, l'âge des cas était en augmentation entre la période 2015-2021 et 2022-2024 : 38 % des cas étaient des enfants sur la période 2015-2021 contre 21 % sur la période 2022-2024. Néanmoins, le taux de déclaration le plus élevé restait toujours observé chez les nourrissons de moins de 1 an (5 cas en 2024, soit 10,7 cas pour 100 000 hab.).

Sur la période 2022-2024, le sérogroupue B restait majoritaire chez les nourrissons âgés de moins de 1 an et les enfants de moins de 5 ans avec respectivement 67 % et 78 % des cas. Dans les autres classes d'âge, les autres sérogroupes (W et Y) ont fortement progressé par rapport à 2015-2021, ils représentaient 80 % des IIM chez les adultes de 60 ans et plus et 67 % chez les 25-59 ans en 2022-2024 contre respectivement 58 % et 5 % sur la période 2015-2021.

Parmi les cas déclarés sur la période 2022-2024, un purpura fulminans était rapporté pour 21 cas, soit 18 % des cas pour lesquels l'information était disponible, contre 23 % sur la période 2015-2021.

Parmi les cas déclarés en 2022-2024 dont l'évolution était renseignée, 17 décès ont été rapportés, soit une létalité de 12 % (contre 15 % sur la période 2015-2021). La létalité atteignait 24 % pour les IIM de sérogroupe W. Les décès concernaient majoritairement les personnes de 60 ans et plus (11/17 soit 65 %), chez des personnes avec un IIM W (10/17 soit 59 %) et celles touchées par une IIM B (5/17 soit 29 %).

Les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type B en France hexagonale

Haemophilus influenzae est une bactérie exclusivement humaine, présente dans les voies respiratoires supérieures et transmise par voie aérienne. Le sérotype b (Hib), encapsulé, est responsable de la majorité des infections invasives (méningites, bactériémies), qui touche principalement les nourrissons et jeunes enfants. Les souches non capsulées (non typables) peuvent également causer des infections invasives, ainsi que des otites et des surinfections bronchiques. Les enfants et les personnes âgées présentent les taux d'incidence les plus élevés [1].

Les manifestations cliniques incluent principalement méningites et bactériémies, mais aussi épiglottites, arthrites septiques et pneumopathies. Ces infections peuvent provoquer des complications très graves et des séquelles importantes, avec une létalité de 2 à 4 %. Les enfants de moins de 5 ans sont les plus à risque. En France, la surveillance des infections invasives à *Haemophilus influenzae* (toutes souches confondues, incluant les différents sérotypes ainsi que les souches non typables) est réalisée via le réseau Epibac (données transmises des laboratoires hospitaliers en hexagone et dans les DROM). En complément, la surveillance spécifique des infections par sérotype est assurée par le CNR des méningocoques et *Haemophilus influenzae*.

L'incidence des infections invasives à *Haemophilus influenzae* (méningite et bactériémie) a progressivement augmenté de 2003 à 2019 avec un taux d'incidence estimée passant de 0,9 cas pour 100 000 hab. en 2003 à 1,8 en 2019. Après une baisse en 2020-2021, l'incidence des infections invasives à *Haemophilus influenzae* a de nouveau progressé et atteint un niveau jamais observé depuis le début de la surveillance (2,3 cas pour 100 000 hab. en 2024). Au 4^e trimestre 2024, l'incidence était supérieure à celle observée à la même période en 2019 (+25 %) ([Epibac, surveillance surveillance des infections bactériennes en 2024](#)).

Concernant plus spécifiquement l'incidence des infections à Hib en France hexagonale, cette dernière a chuté de manière spectaculaire après l'introduction de la vaccination contre Hib dans le calendrier vaccinal des nourrissons en 1992. Entre 2012 à 2017, moins de 6 cas d'infections invasives à Hib étaient rapportés chaque année chez des enfants âgés de moins de 5 ans. La majorité des cas concernait des enfants non vaccinés ou incomplètement vaccinés. Le nombre de cas a progressivement augmenté entre 2018 et 2024 (de 13 cas en 2018 à 29 en 2024), avec un pic en 2021 (46 cas soit 1,3 cas pour 100 000 hab.) ([Barret, A.-S., et al. \(2025\). Increase in invasive *Haemophilus influenzae* type b disease in young children despite high vaccination coverage, France, 2018–2024. Vaccine 62: 127499](#)). Parmi les 181 cas rapportés en France hexagonale entre 2018 et 2024, 11 étaient en région Nouvelle-Aquitaine.

La survenue de ces cas rappelle que la bactérie continue à circuler à bas bruit dans la population avec un risque d'infection invasive plus important chez les nourrissons non vaccinés ou incomplètement vaccinés. Certains cas ont été rapportés chez des enfants vaccinés. Ces situations doivent être signalées au centre régional de pharmacovigilance et au CNR qui réalise des analyses sérologiques chez l'enfant.

Caractérisation des souches par le CNR

En 2024, parmi les 17 souches de sérogroupe Y caractérisées par le CNR, la majorité était rattachée au cc23 (12 cas). Parmi les 16 souches de sérogroupe W caractérisées par le CNR, la majorité était rattachée au cc9316 (9 cas) et 6 au cc11. Parmi les 12 souches de sérogroupe B caractérisées par le CNR, 5 étaient rattachées au complexe clonal cc32 et 3 au cc41/44.

Prévention dans l'entourage

En 2024, une chimioprophylaxie a été rapportée dans l'entourage proche de 47 cas d'IIM (80 %) et en collectivité pour 26 cas d'IIM (44 %). Parmi les 35 cas de sérogroupe vaccinal (W, Y), une vaccination a été recommandée dans l'entourage proche de 13 cas et en collectivité pour 3 cas. Ces données sont à interpréter avec précaution car elles ne sont pas systématiquement rapportées dans la fiche de déclaration obligatoire.

Recommandations autour d'un cas d'IIM

Une suspicion d'IIM nécessite une prise en charge médicale rapide et un signalement sans délai à l'Agence régionale de santé pour mise en œuvre de la prophylaxie autour du cas.

Lors de la survenue d'une IIM, un traitement antibiotique à visée préventive est proposé rapidement aux sujets ayant été en contact proche avec le cas. L'évaluation du risque tient compte de la proximité, du type de contact et de la durée. Ce traitement vise à prévenir la survenue d'un nouveau cas dans l'entourage du malade. L'antibioprophylaxie doit être réalisée dans les plus brefs délais et n'a plus d'intérêt au-delà de 10 jours après le dernier contact avec le malade.

Une vaccination est également proposée aux sujets contacts qui se retrouvent de façon régulière et répétée dans l'entourage du malade si celui-ci a été infecté par un méningocoque de type A, C, W ou Y.

Déclaration des cas à l'ARS	Antibioprophylaxie	Vaccination
<p> L'infection invasive à méningocoque est une maladie à déclaration obligatoire (cerfa). Elle doit être signalée, sans délai, à l'ARS puis notifiée selon la fiche de déclaration obligatoire.</p> <p>0809 400 004 <u>ars33-alerte@ars.sante.fr</u></p>	<p> Pour tous les sujets contacts identifiés, quel que soit leur statut vaccinal, dans les plus brefs délais (24 h à 48h suivant le diagnostic si possible)</p>	<p> Elle complète l'antibioprophylaxie lorsque la souche responsable du cas est d'un sérogroupe A, C, W ou Y. Elle est proposée aux personnes se retrouvant de façon régulière et répétée dans l'entourage du cas.</p> <p><i>Instruction</i> N°DGS/SP/2018/163 du 27 juillet 2018</p>

Pourquoi est-il important de signaler rapidement les IIM ?

Vincent CAILLIET, Directeur délégué à la veille et à la sécurité sanitaire, Direction de la protection de la santé et de l'autonomie, Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine

En France, environ 500 à 600 personnes sont touchées chaque année par une infection invasive à méningocoque (méningites et septicémies). En Nouvelle-Aquitaine, près de 60 cas annuels ont été déclarés en 2023 et en 2024. Cette maladie à signalement obligatoire (MSO) est en augmentation depuis plusieurs années, et peut être mortelle ou laisser des séquelles importantes (surdité, retard mental, amputation d'un membre...).

Compte tenu des risques pour la santé des personnes concernées et de leur entourage, il est essentiel que le signalement obligatoire de cette pathologie soit effectué de façon rigoureuse et le plus rapidement possible. Ce signalement va constituer le point de départ de la recherche des sujets contacts afin de mettre en place l'antibioprophylaxie nécessaire, et la procédure spécifique au cours de laquelle l'équipe médicale de l'Agence régionale de santé (ARS) :

- ✓ Appellera le déclarant pour lever l'anonymat, compléter au mieux le cerfa de signalement et obtenir les coordonnées du cas (ou de sa personne de confiance), puis vérifiera auprès du laboratoire que toute souche ou tout matériel positif pour le méningocoque (échantillon clinique ou extrait d'ADN) est envoyé dans les meilleurs délais au CNR pour typage complet ;
- ✓ Vérifiera auprès du médecin de ville ou du médecin hospitalier que les contacts familiaux et/ou professionnels ont été identifiés et qu'une chimiothérapie leur a été prescrite et/ou délivrée ;
- ✓ Appellera le cadre d'astreinte des urgences pour recenser – en lien avec l'infectiologue d'astreinte – les éventuels professionnels de santé devant bénéficier du traitement prophylactique, et contacter les intervenants préhospitaliers (ambulance /SAMU/SDIS) ;
- ✓ Définira avec le malade (et/ou un proche) les personnes contact à risque devant bénéficier d'un traitement prophylactique (la validation de la liste des contacts proches est de la responsabilité de l'équipe médicale de l'ARS) ;
- ✓ S'assurera que chaque contact défini soit informé de l'importance du traitement prophylactique et puisse avoir accès à une prescription ;
- ✓ S'assurera auprès du pharmacien de secteur et/ou de garde que les quantités suffisantes d'antibiotiques sont disponibles.

En plus de l'antibioprophylaxie, une vaccination peut être recommandée en complément dès que le sérogroupe de méningocoque est connu. La vaccination est à réaliser dans un délai maximum de 10 jours suivant le dernier contact à risque.

Prévention

L'augmentation des IIM liées aux sérogroupes W et Y depuis 2023 a justifié de nouvelles recommandations de vaccination depuis le 1^{er} janvier 2025, ciblant les nourrissons et les adolescents, ainsi qu'un rattrapage vaccinal jusqu'à 24 ans.

✓ **Obligation vaccinale chez les nourrissons** pour les vaccinations contre les méningocoques B et ACWY :

 **Méningocoque B** : schéma avec vaccin Bexsero® comprenant deux doses (à 3 et 5 mois) et un rappel à 12 mois.

 **Méningocoques ACWY** : schéma comprenant une dose à l'âge de 6 mois (Nimenrix®) et une dose de rappel à 12 mois (Nimenrix® ou Menquadfi®).

Si la première dose de vaccin contre les méningocoques C a été administrée avant le 1^{er} janvier 2025 (à 5 mois), la seconde dose à 12 mois doit être un vaccin ACWY.

✓ **Recommandation chez les 11-14 ans avec un rattrapage jusqu'à 24 ans révolus** pour la vaccination contre les méningocoques ACWY :

 **Méningocoques ACWY** : schéma avec 1 dose (Nimenrix® ou Menquadfi® ou Menvac®, indépendamment du statut vaccinal.

✓ **Vaccination contre le méningocoque B possible chez les 15 à 24 ans.**

En 2024, la couverture vaccinale chez les nourrissons contre les infections à méningocoques C était élevée (87,9 %) et celle contre les infections à méningocoque B, recommandée depuis 2022, avait fortement progressé en 2024 pour atteindre 56,9 % (contre 35,6 % en 2023) (Bulletin Vaccination régional 2025).

Intérêt de la vaccination contre les IIM

Sylvie QUELET, Directrice de projets, Conseillère médicale, Direction générale – Cabinet, Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine

Les méningocoques ou *Neisseria meningitidis* sont des hôtes fréquents du rhinopharynx. Le plus souvent ce portage est asymptomatique et conduit rarement à une infection invasive. Certaines circonstances comme les infections respiratoires virales favorisent le passage de la muqueuse dans le sang et le développement d'une maladie invasive. La transmission de cette bactérie est strictement interhumaine et se fait uniquement par voie aérienne et par contact direct. Elle est favorisée par la proximité et la durée du contact en face à face.

Depuis 2022 et en particulier depuis le début de l'année 2024-2025 (*Bulletin de SpF, février 2025*), la France fait face à une augmentation des infections invasives à méningocoques. Les méningocoques B représentent près de 50 % des cas suivis par les méningocoques Y et W, autour de 20% chacun. Les infections liées au méningocoque C ont pratiquement disparu en parallèle de l'augmentation de la couverture vaccinale témoignant de la mise en place d'une immunité de groupe. Les taux d'incidence sont variables en fonction de l'âge et on observe également une hétérogénéité territoriale avec des régions plus affectées que d'autres comme les régions Auvergne Rhône Alpes, Bretagne ou Provence Alpes Côte d'Azur.

Le taux d'incidence, tout sérotype confondu, est le plus élevé chez les jeunes enfants avant 2 ans et surtout chez les moins de 1 an. Puis chez les adolescents et jeunes adultes (15-24 ans) avec un pic autour de l'âge de 19 ans.

Dans le même temps, on a observé une augmentation du nombre de souches non sensibles à la pénicilline. Par ailleurs, même lorsque que l'infection est correctement traitée, le décès du malade survient dans environ 10 % des cas habituellement dans les 24 à 48 heures suivant le début des symptômes et l'étude SNIIRAM de 2020 montre que 25 % des patients survivants présentent au moins une séquelle.

Afin de répondre à cette situation épidémiologique défavorable, la Haute autorité de santé a évalué la pertinence de faire évoluer les recommandations vaccinales dans le sens d'une protection des tranches d'âge les plus à risques en prenant en compte le nombre de cas et de décès pouvant être évités par l'introduction dans le calendrier vaccinal d'une vaccination tétravalente A, C, Y, W d'une part et méningococcique B d'autre part. Cette nouvelle stratégie devant prendre en compte les effets directs et indirects en termes de diminution de portage et d'immunité de groupe induite par la vaccination.

En France, trois vaccins méningococciques dirigés contre les méningocoques A, C, W, Y sont disponibles. Il s'agit de vaccins polysidiques conjugués. Ces vaccins permettent d'induire une réponse immune efficace et prolongée ainsi qu'une immunité mémoire y compris chez les nourrissons. Par ailleurs, ils réduisent le portage de la bactérie chez la personne vaccinée induisant ainsi une immunité de groupe. Il s'agit des vaccins Nimenrix®, Menveo® et Menquafi®.

L'efficacité de ces vaccins quadrivalents (A, C, W, Y) contre les méningocoques varie entre 83 % et 98 % pour les enfants entre 1 et 4 ans, et entre 93 % et 96 % chez les jeunes de 11 à 18 ans.

Par ailleurs, il existe deux vaccins contre les méningocoques B (Bexero® et Trumenba®). Il s'agit de vaccins protéiques dirigés contre les protéines sous capsulaires des méningocoques. Ils sont efficaces contre les souches de méningocoques B mais également contre d'autres sérogroupes. Ils n'ont pas d'efficacité sur le portage et ne peuvent donc induire une immunité de groupe.

L'efficacité du vaccin contre les méningocoques B (Bexsero®) varie en fonction du schéma vaccinal entre 60 % et 94 % d'après les études réalisées dans plusieurs pays européens (*Effectiveness of a Meningococcal Group B Vaccine (4CMenB) in Children, New England Journal of Medicine, 2.2.2023.*)

Le vaccin Bexero® peut être administré à partir de l'âge de 2 mois et le Trumenba® à partir de l'âge de 10ans.

Par ailleurs, les données disponibles montrent que ces vaccins peuvent être co-administrés avec les vaccins du calendrier vaccinal des nourrissons et des enfants notamment DTPCa et HPV, ils peuvent également être administrés conjointement. Enfin, les études ont démontré une persistance de l'immunité au moins 10 ans après la vaccination.

Prenant en compte l'ensemble des données épidémiologiques et les caractéristiques des vaccins disponibles, le calendrier vaccinal a évolué comme suit :

✓ Depuis le 1^{er} janvier 2025 : Les vaccins conjugués ACYW sont obligatoires à 6 mois et 12-13 mois. Le Bexsero® est obligatoire chez le nourrisson de moins de 2 ans. Ils sont recommandés de 2 à 5 ans.

✓ Dans le contexte de recrudescence des infections invasives à méningocoque, les recommandations vaccinales ont été renforcées en particulier vis-à-vis des adolescents et des jeunes adultes. C'est ainsi que la vaccination contre les méningocoques ACWY est recommandée chez tous les adolescents âgés de 11 à 14 ans.

✓ Dans le cadre du rattrapage vaccinal, le vaccin tétravalent ACWY et la vaccination contre le méningocoque B sont également recommandés entre 15 et 24 ans révolus.

Afin de faciliter l'atteinte d'une couverture vaccinale élevée chez les adolescents, condition essentielle pour lutter contre les IIM, il a été décidé au mois de juillet 2025 (Instruction interministérielle n° DGS/MVI/DGESCO/2025/97 du 2 juillet 2025 relative à l'organisation d'une campagne nationale de vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) et contre les infections invasives à méningocoque ACWY (MenACWY) au collège à partir de la rentrée scolaire 2025-2026) d'introduire cette vaccination au même titre que la vaccination HPV dans les collèges pour les élèves en classe de 5^{ème} ou de 4^{ème}.

En effet, l'étude Vaccicol a montré que les ingrédients de cette action en milieu scolaire : facilité d'accès, gratuité totale du vaccin et de l'acte ont facilité le passage à l'acte pour un certain nombre de parents. Par ailleurs, cette intervention bénéficie des actions de communication nationale portées par l'INCA et Santé publique France, d'une information ciblée au sein des régions et directement au sein des collèges via le personnel infirmier ou le personnel enseignant ce qui permet aux parents et aux collégiens de prendre une décision éclairée en matière de vaccination qu'elle soit faite en ville ou au collège. Par ailleurs, le maillage du territoire par les centres de vaccination permet de faciliter la vaccination dans les territoires avec une faible densité de professionnels de santé de ville. La Nouvelle-Aquitaine a été pionnière dans cette action avec la proposition de vaccination méningococcique quadrivalente au collège dès la saison 2024-2025. Plus de 4000 collégiens ont été vaccinés.

Le suivi conjoint de la couverture vaccinale et de l'épidémiologie des méningocoques A,C,Y,W permettra de mesurer à terme l'impact de cette intervention et le rôle de l'école comme acteur de santé publique.

Pour en Savoir plus

Données nationales de surveillance des IIM : [Bulletin. Les infections invasives à méningocoque en France en 2024. Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 22 pages, 2025](#)

Recommandations de prophylaxie autour d'un cas d'IIM : [instruction du Ministère de la santé du 27 juillet 2018](#)

Vaccination info service : [Méningites et septicémies à méningocoques](#)

Vaccination Méningocoques : [Mémo Vaccination Méningocoques OMEDIT Nouvelle-Aquitaine](#)

Données de couverture vaccinale : [Bulletin Vaccination régional 2025](#) ; [Bulletin de santé publique](#)

Vaccination 2025

Repères pour votre pratique : [Aide-mémoire sur les IIM](#)

Campagne de vaccination au collège : [Vaccination collège Nouvelle-Aquitaine](#)

Envoi des prélèvements au [CNR des méningocoques et Haemophilus influenzae](#)

Réseau EPIBAC : [EPIBAC](#)

Partenaires

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

Les professionnels de santé, cliniciens ou biologistes, qui participent à la déclaration et à la surveillance des infections invasives à méningocoques

Le Centre National de Référence des méningocoques et Haemophilus influenzae

Equipe de rédaction

Anne Bernadou, Christine Castor, Sandrine Coquet, Philippine Delemer, Gaëlle Gault, Laurent Filleul, Alice Herteau, Emilie Mesa, Laure Meurice, Anna Siguier, Pascal Vilain

En collaboration avec la Direction des maladies infectieuses (DMI) de Santé publique France

Pour nous citer : Bulletin Infections invasives à méningocoques. Edition Nouvelle-Aquitaine. Saint-Maurice : Santé publique France, 11 pages. Directrice de publication : Caroline SEMAILLE, date de publication : 23 décembre 2025.

Contact presse : presse@santepubliquefrance.fr