



# Bulletin

## Infections invasives bactériennes

Date de publication : 28.04.2026

ÉDITION NATIONALE

# Surveillance des infections invasives à méningocoque en 2025

## Points clés

- En 2025, 628 cas d'infection invasive à méningocoque (IIM) ont été déclarés (+2 % par rapport à 2024), confirmant la recrudescence des IIM observée depuis 2022.
- Le nombre de cas par sérotype était proche de celui observé en 2024 avec 279 cas d'IIM B (soit 46 % des cas de sérotype connu), 178 cas d'IIM W (soit 29 % des cas), 143 cas d'IIM Y (soit 23 % des cas) et 12 cas dus à d'autres sérotypes ou des souches non capsulées (soit moins de 2 % des cas).
- La recrudescence des IIM depuis 2022 est portée par les sérotypes B, W et Y. Si le sérotype B atteint des niveaux légèrement supérieurs à ceux observés avant la pandémie Covid-19, le nombre de cas causés par les sérotypes W et Y dépasse les niveaux observés auparavant.
- L'augmentation des IIM W et Y dans la population rappelle l'importance de la vaccination ACWY recommandée aux adolescents et jeunes adultes. Cette stratégie vise à leur apporter une protection directe mais également à prévenir la transmission dans les autres groupes de population.
- L'année 2025 a été marquée par un nombre exceptionnel de cas en janvier et février 2025 qui peut être lié à une saison de grippe 2024/25 d'intensité élevée.
- En 2025, le taux d'incidence des cas déclarés d'IIM restait le plus élevé chez les nourrissons âgés de moins d'un an avec 60 cas, soit un taux de 9,7 pour 100 000 habitants. Les IIM B et W représentaient la quasi-totalité des cas dans cette classe d'âge. La vaccination des nourrissons est essentielle car ils sont les plus à risque d'infection.
- Le nombre de cas d'IIM B et d'IIM W et Y a diminué chez les enfants âgés de 12 à 35 mois, ce qui peut refléter l'impact positif de la vaccination par les vaccins contre les méningocoques B (recommandée depuis 2022 et obligatoire depuis 2025) et ACWY (obligatoire depuis 2025).
- Depuis 2023, le nombre de cas d'IIM est en hausse chez les personnes âgées en lien avec l'expansion des IIM W et Y.
- La létalité globale des IIM était de 13 % mais elle était de 21 % pour les IIM W, soulignant la gravité particulière des infections liées à ce sérotype.
- Les IIM C se maintiennent à des niveaux très faibles. Depuis 2023, aucun cas n'a été rapporté chez les moins de 15 ans, ce qui montre l'impact positif de la vaccination conjuguée contre le méningocoque C.

[En partenariat avec le Centre national de référence des Méningocoques et \*Haemophilus influenzae\*](#)



## Rappel des recommandations de vaccination en 2025

Tableau des schémas vaccinaux pour les différents âges et vaccins :

	Obligation				Recommandation	
	Avant 12 mois	De 12 à 23 mois révolus (en rattrapage)	Jusqu'au 5 <sup>e</sup> anniversaire (en rattrapage)	De 5 à 10 ans révolus	De 11 à 14 ans révolus	De 15 à 24 ans (en rattrapage)
ACWY	1 dose 6 mois : <i>Nimenrix</i> <sup>®</sup> Rappel 12 mois : <i>Nimenrix</i> <sup>®</sup> ou <i>Menquadfi</i> <sup>®</sup>	1 seule dose <sup>1</sup> : <i>Nimenrix</i> <sup>®</sup> ou <i>Menquadfi</i> <sup>®</sup>	1 seule dose <sup>1</sup> : <i>Nimenrix</i> <sup>®</sup> ou <i>Menquadfi</i> <sup>®</sup> ou <i>Menveo</i> <sup>®</sup> (procédure de remboursement en cours)	Possible selon AMM mais non remboursé	1 seule dose <sup>2</sup> : <i>Nimenrix</i> <sup>®</sup> ou <i>Menquadfi</i> <sup>®</sup> ou <i>Menveo</i> <sup>®</sup>	1 seule dose : <i>Nimenrix</i> <sup>®</sup> ou <i>Menquadfi</i> <sup>®</sup> ou <i>Menveo</i> <sup>®</sup>
B	1 dose 3 mois : <i>Bexsero</i> <sup>®</sup> 1 dose 5 mois : <i>Bexsero</i> <sup>®</sup> Rappel 12 mois : <i>Bexsero</i> <sup>®</sup>	2 doses espacées de 2 mois* : <i>Bexsero</i> <sup>®</sup> Rappel 12 mois* après la 2 <sup>e</sup> dose : <i>Bexsero</i> <sup>®</sup>	2 doses espacées d'1 mois* : <i>Bexsero</i> <sup>®</sup>	Possible selon AMM mais non remboursé	Possible selon AMM mais non remboursé	2 doses espacées d'1 mois* : <i>Bexsero</i> <sup>®</sup> ou 2 doses espacées de 6 mois* : <i>Trumemba</i> <sup>®</sup> ou 2 doses espacées d'1 mois* et rappel 4 mois* après la 2 <sup>e</sup> dose : <i>Trumemba</i> <sup>®</sup>

1 - Pour les enfants déjà vaccinés contre les méningocoques C et pour ceux non vaccinés auparavant.

2 - Pour les adolescents et jeunes adultes déjà vaccinés contre le méningocoque C, contre les méningocoques ACWY et pour ceux non vaccinés auparavant.

\*Les intervalles mentionnés entre les doses sont des intervalles minimums, il n'y a pas d'intervalle maximum.

Source : Santé publique France. Repère pour votre pratique. Professionnels de santé. Vaccination contre les infections à méningocoque. Août 2025.

## Introduction

Les infections invasives à méningocoque (IIM) sont des infections rares mais graves, pouvant se manifester notamment sous forme de méningite ou de septicémie. Elles représentent un enjeu important de santé publique en raison de leur létalité et du risque de séquelles. Parmi les douze sérogroupes connus, les sérogroupes B, W et Y sont les plus fréquents en France. La majorité des cas survient de manière sporadique mais les IIM peuvent entraîner des cas groupés et des situations épidémiques ou hyper-endémiques.

La surveillance des IIM permet de suivre l'évolution de l'incidence, la distribution des cas par âge et par sérogroupe, et ainsi d'éclairer les stratégies de prévention en particulier les stratégies vaccinales.

## Méthodes

Les infections invasives à méningocoque (IIM) font partie des maladies à signalement obligatoire (MSO) en France. Elles sont déclarées par les cliniciens et les biologistes aux Agences régionales de santé (ARS) qui mettent en œuvre les mesures de prophylaxie pour les sujets contacts. Les critères de notification des IIM sont rappelés ci-après (au moins l'un des critères) :

1. Isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, LCS, liquide articulaire...) ou à partir d'une lésion cutanée purpurique
2. Présence de diplocoques Gram négatif à l'examen microscopique du LCS
3. LCS évocateur de méningite bactérienne et éléments purpuriques cutanés
4. Présence d'un *purpura fulminans*

La surveillance des IIM repose sur les données cliniques et épidémiologiques recueillies par le signalement obligatoire et les données de caractérisation des souches du Centre national de référence (CNR) des méningocoques et *Haemophilus influenzae*. Le bilan de surveillance porte sur les cas d'IIM hospitalisés entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2025.

Les bilans de surveillance sont présentés par année civile, mais certaines analyses sont présentées par saison épidémiologique définie du 1<sup>er</sup> juillet de l'année N au 30 juin de l'année N+1. Cette présentation permet de mieux interpréter la dynamique saisonnière des IIM pour lesquelles le pic d'infection est observé en hiver (soit entre deux années civiles).

Les taux d'incidence annuels des cas déclarés correspondent aux nombres de cas rapportés aux nombres d'habitants et sont estimés pour l'ensemble de la population et également par classe d'âge (source Insee : estimations de population au 1er janvier de l'année N). Les cas résidant à l'étranger et hospitalisés en France sont inclus dans le bilan mais ils sont exclus des calculs de taux d'incidence. Pour le calcul des taux d'incidence départementaux, les estimations localisées de population disponibles jusqu'en 2025 ont été utilisées.

Chez les nourrissons âgés de moins d'un an, les taux d'incidence des moins de 6 mois et des 6-11 mois ont été estimés en rapportant le nombre de cas à la population par âge en mois, estimée à partir de la population totale des nourrissons âgés de moins d'un an et en faisant l'hypothèse d'un nombre constant de naissances par mois.

En raison de la proportion plus élevée d'évolution manquante en 2025, notamment dans une région, la létalité est calculée en considérant les cas avec une évolution clinique renseignée.

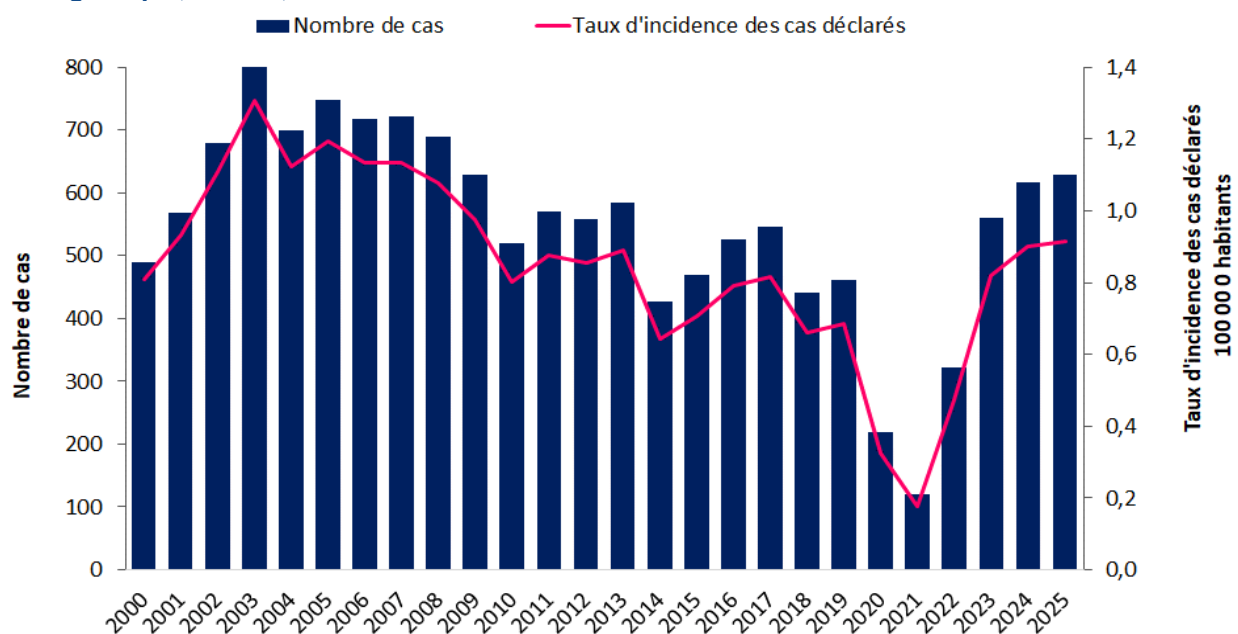
Le test du Chi2 a été utilisé pour l'analyse statistique avec un seuil de significativité de 0,05.

## Résultats

### Nombre de cas et évolution du taux d'incidence des cas déclarés

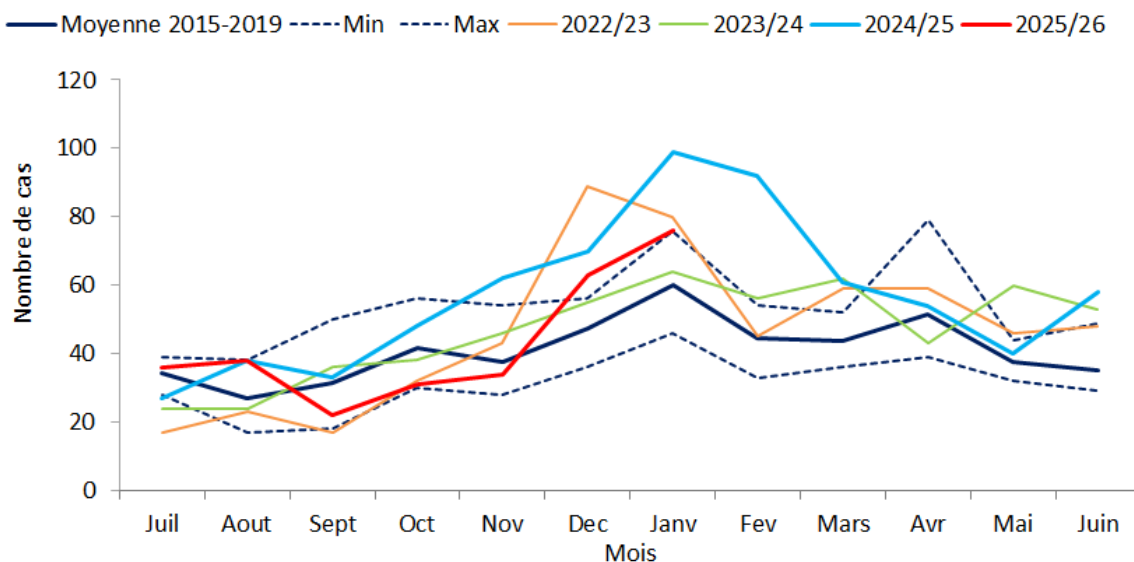
En 2025, 628 cas d'IIM ont été déclarés en France, soit un niveau supérieur mais proche du nombre de cas rapportés en 2024 (+2 % de cas par rapport à 2024). Le taux d'incidence des cas déclarés d'IIM était de 0,9 pour 100 000 habitants. La recrudescence des IIM observée depuis 2023 s'est donc poursuivie avec des nombres de cas plus élevés que ceux observés avant la COVID-19 notamment les années 2018-2019 (Figure 1).

**Figure 1 : Nombre de cas et taux d'incidence annuels des cas déclarés d'infections invasives à méningocoque, France, 2000-2025**



L'année 2025 a été marquée par un pic élevé de cas en janvier et février (Figure 2). Ce pic était concomitant à l'épidémie de grippe qui a été particulièrement sévère en France au cours de la saison 2024-2025. À partir du mois de mars 2025, le nombre de cas mensuel est revenu à des niveaux proches de ceux observés les années précédentes (en dehors d'une hausse ponctuelle en juin 2025). L'augmentation observée à partir du mois d'octobre-novembre 2025 s'inscrit dans le contexte de saisonnalité des IIM qui sont plus fréquentes en hiver.

**Figure 2 : Nombre mensuel de cas d'infections invasives à méningocoque en 2025/26 et comparaison par rapport aux saisons précédentes, France**

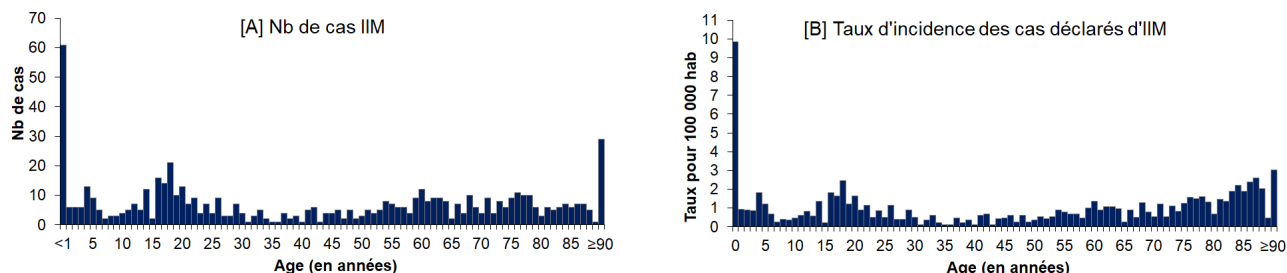


## Caractéristiques des cas selon le sexe et l'âge

Parmi les 628 cas déclarés, 362 (57,6 %) étaient de sexe féminin et 266 (42,3 %) de sexe masculin. Ces proportions variaient significativement selon l'âge ( $p < 10^{-3}$ ) avec une proportion plus élevée de cas féminins chez les personnes âgées (67 % chez les 60-79 ans et 77 % chez les 80 ans et plus) et plus faible chez les enfants et adolescents (48 % parmi les cas âgés de moins de 15 ans).

L'âge médian était de 42,5 ans (contre 29 ans en 2023 et 37 ans en 2024). Les courbes d'incidence selon l'âge font apparaître un pic d'incidence chez les nourrissons âgés de moins d'un an, et deux autres classes d'âge avec des pics de moindre ampleur chez les jeunes adultes et les personnes âgées (Figure 3).

**Figure 3 : Nombre de cas et taux d'incidence selon l'âge des cas déclarés d'infections invasives à méningocoque, France, 2025**



**Tableau 2. Nombre de cas d'infections invasives à méningocoque et taux d'incidence des cas déclarés pour 100 000 habitants en France en 2025**

Classe d'âge	Nombre de cas	Taux pour 100 000 hab
< 1 an	60	9,7
1-4 ans	31	1,1
5-14 ans	54	0,7
15-24 ans	102	1,2
25-59 ans	144	0,5
60-79 ans	152	1,0
≥ 80 ans	81	2,0
<b>Total</b>	<b>624</b>	<b>0,9</b>

Note : 4 cas résidant habituellement à l'étranger mais hospitalisés et déclarés en France ne sont pas inclus dans ce tableau.

## Évolution des taux d'incidence des cas déclarés par sérotype

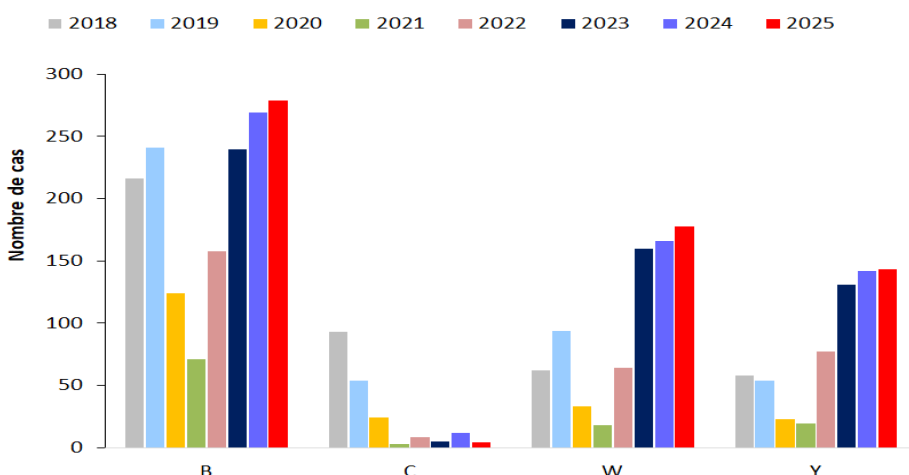
### Évolution par sérotype

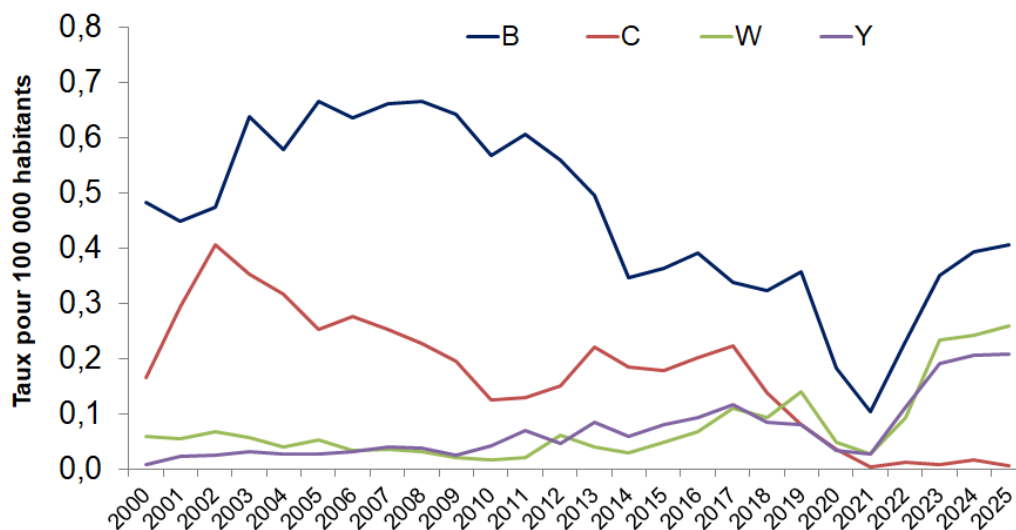
Parmi les 628 cas déclarés en 2025, le sérotype a été caractérisé pour 611 cas (97 %). Parmi ces cas, la distribution par sérotype était la suivante :

- 279 cas d'IIM de sérotype B (IIM B), soit 45,6 % des cas
- 178 cas d'IIM du sérotype W (IIM W), soit 29,1 % des cas
- 143 cas d'IIM du sérotype Y (IIM Y), soit 23,4 % des cas
- 4 cas d'IIM du sérotype C (IIM C), soit 0,7 % des cas
- 7 cas liés à des souches non capsulées et 1 cas lié au sérotype E, soit 1,1 % des cas

Pour l'ensemble des sérotypes, le nombre de cas était légèrement supérieur à celui observé en 2024 et plus élevé que le nombre de cas observé en 2018 et 2019, en particulier pour les sérotypes W et Y (Figure 4 et 5). En 2025, comparativement à l'année 2019, l'augmentation relative était de +16 % pour les IIM B, + 89 % pour les IIM W et + 165 % pour les IIM Y. En revanche, les IIM C se maintiennent à des niveaux très faibles depuis 2020.

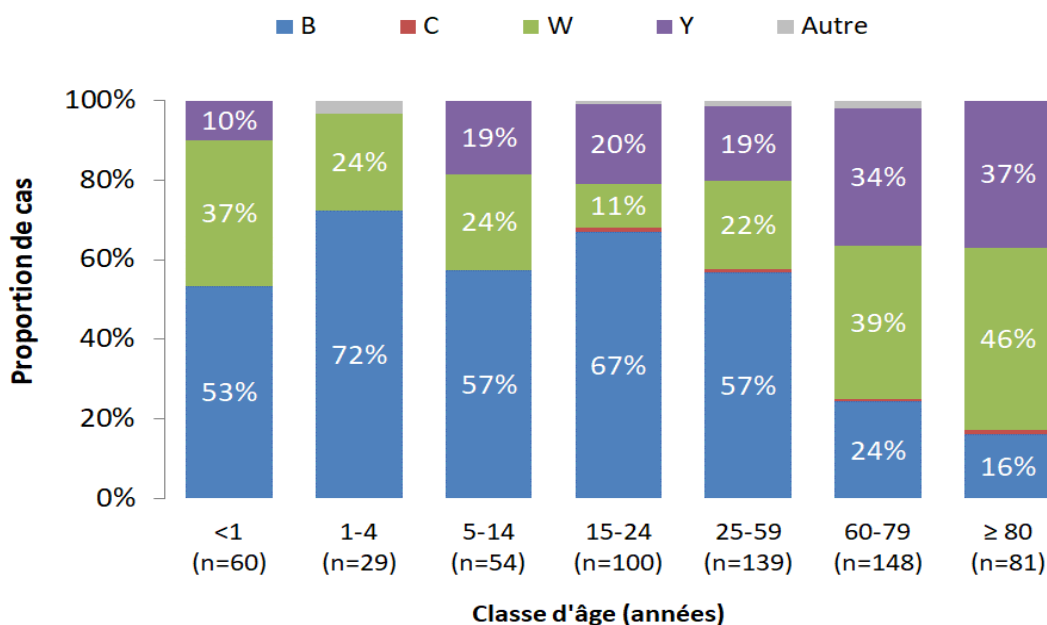
**Figure 4 : Nombre de cas d'infections invasives à méningocoque par sérotype et par année, France, 2025**



**Figure 5 : Taux d'incidence annuels des cas déclarés des infections invasives à méningocoque liées aux principaux sérogroupes, France, 2000-2025**

## Description par âge et par sérotype

Comme les années précédentes, le sérotype B était majoritaire chez les enfants, représentant 58 % des cas âgés de moins de 5 ans. Le sérotype W représentait une part croissante des cas chez les nourrissons âgés de moins d'un an (37 % en 2025 contre 33 % en 2024), ainsi que chez les personnes âgées de 60-79 ans (39 % en 2025 contre 32 % en 2024) et de 80 ans et plus (46 % en 2025 contre 40 % en 2024) (Figure 6).

**Figure 6 : Proportion de cas par sérotype selon la classe d'âge (parmi les cas de sérotype connu), France, 2025**

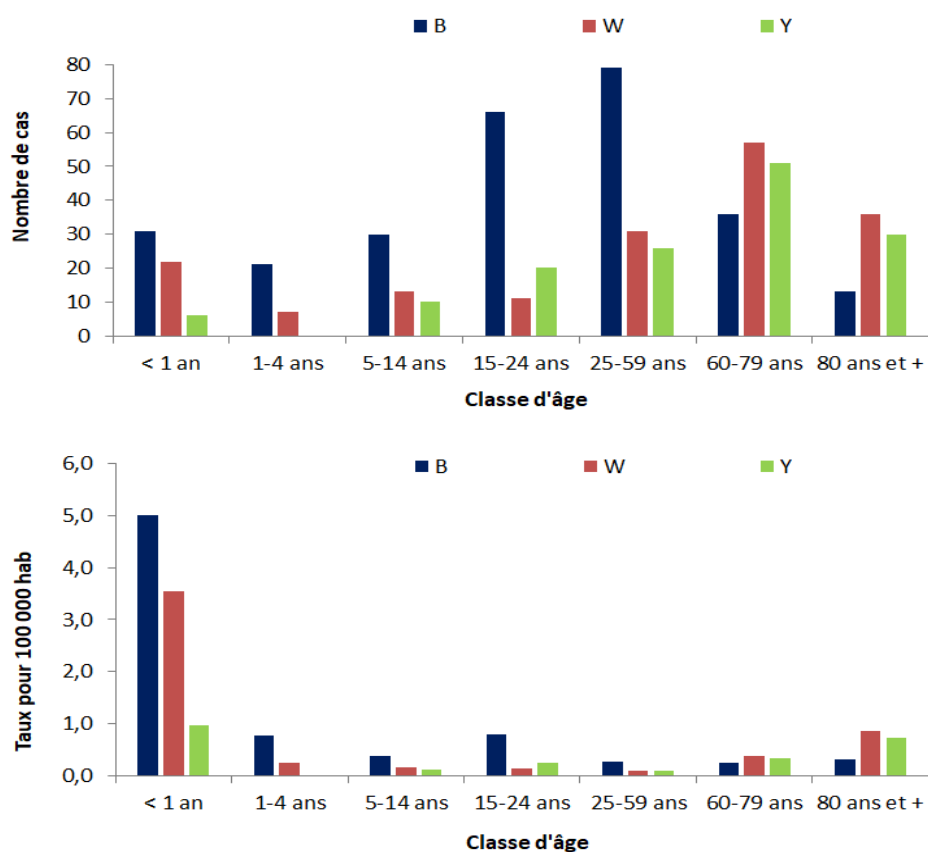
La distribution des cas et des taux d'incidence des cas déclarés selon l'âge est présentée dans la figure 7. Comme les années précédentes, le taux d'incidence des IIM B était plus élevé chez les nourrissons âgés de moins d'un an (31 cas, soit 5,0 cas pour 100 000 habitants) puis chez les enfants âgés de 1 à 4 ans (21 cas, soit 0,8 / 100 000 habitants) et les 15-24 ans (66 cas, soit 0,8 / 100 000 habitants).

Le taux d'incidence des IIM W était également le plus élevé chez les nourrissons âgés de moins d'un an (22 cas, soit 3,55 / 100 000 habitants), puis chez les personnes âgées de 80 ans et plus (36 cas, soit 0,87 / 100 000 habitants).

Le taux d'incidence des IIM Y était plus faible que les deux autres sérogroupes. Le taux le plus élevé était observé chez les nourrissons de moins d'un an (6 cas, soit 0,97 pour 100 000 habitants) et les personnes âgées de 80 ans et plus (30 cas, soit 0,72 pour 100 000 habitants).

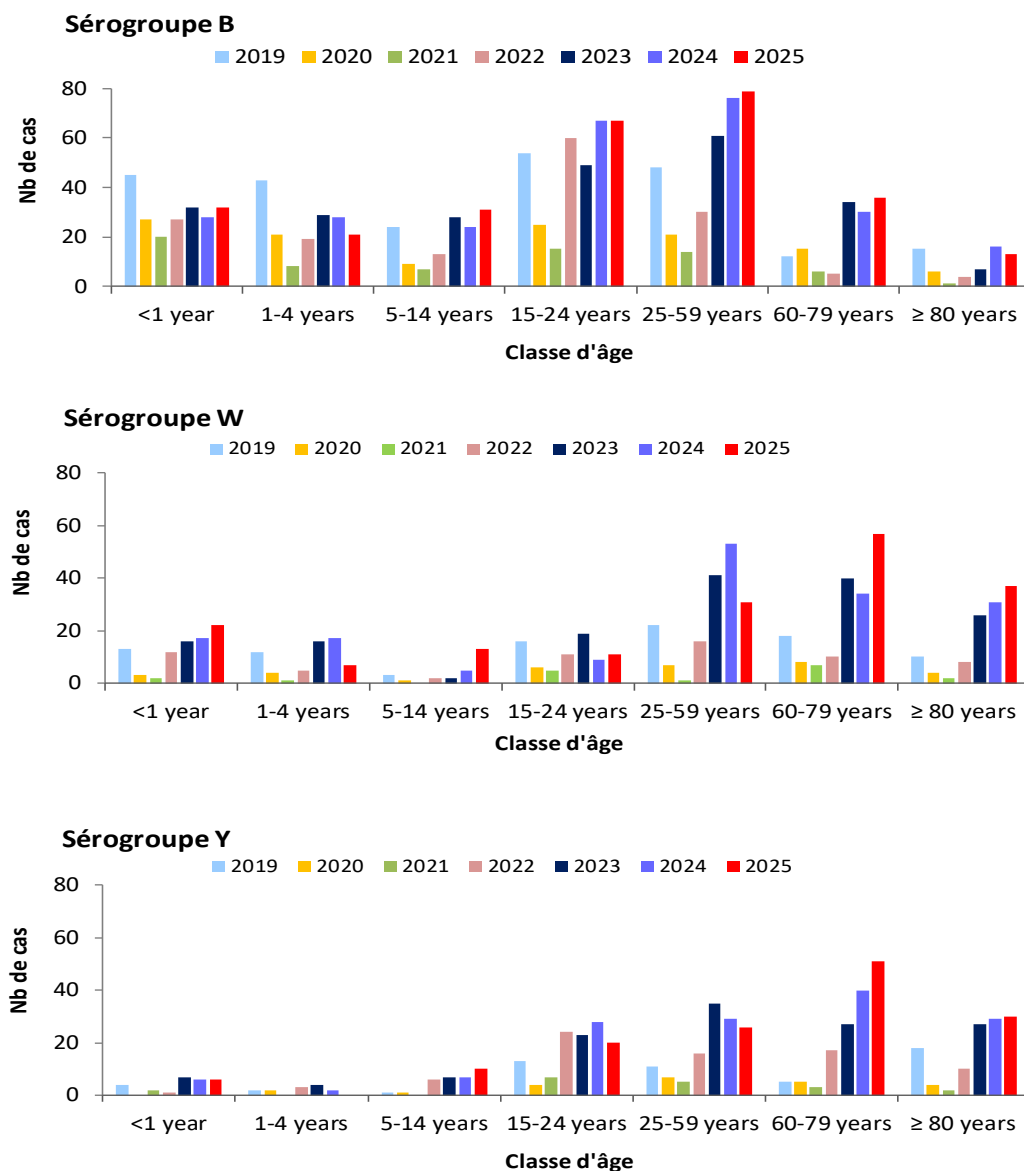
D'autre part, les 4 cas d'IIM C sont survenus chez des adultes. Depuis 2023, aucun cas n'a été rapporté chez les moins de 15 ans.

**Figure 7 : Nombre de cas et taux d'incidence selon la classe d'âge des cas déclarés des infections invasives à méningocoque liées aux principaux sérogroupes, France, 2025**



La comparaison du nombre de cas par classe d'âge en 2025 par rapport à 2024 fait apparaître les tendances suivantes (Figure 8) :

- Pour les IIM B : dans la majorité des classes d'âge, un nombre de cas assez stable voire en légère augmentation par rapport à 2024 mais une diminution chez les enfants âgés de 1 à 4 ans (-25 %) ;
- Pour les IIM W : une diminution des cas chez les 1-4 ans (-59 %) et les adultes de 25-59 ans (-42 %) mais une augmentation chez les moins d'un an (+11 %), les enfants de 5-14 ans (+ 160 %) et les personnes âgées de 60-79 ans (+ 68 %) ;
- Pour les IIM Y : une diminution des cas chez les 15-24 ans (-29 %) mais une augmentation chez les 60-79 ans (+28 %).

**Figure 8 : Évolution du nombre annuel de cas selon la classe d'âge pour les sérogroupes B, W et Y, France, 2019-2025**

Chez les personnes âgées, le nombre de cas d'IIM et le taux d'incidence étaient plus élevés au cours de la période 2023-2025 par rapport à ce qui était observé avant la pandémie. Chez les 60-79 ans, le taux d'incidence des cas déclarés d'IIM était de 1 pour 100 000 habitants en 2025 contre 0,4 pour 100 000 habitants en 2019 (soit une augmentation de + 166%). Chez les personnes âgées de 80 ans et plus, le taux était de 2 pour 100 000 habitants en 2025 contre 1,3 pour 100 000 habitants en 2019 (soit une augmentation de + 50 %).



## Évolution des IIM Y et W suite à l'introduction du vaccin ACWY dans le calendrier vaccinal des nourrissons

Depuis 2025, la vaccination contre les sérogroupes ACWY est obligatoire pour les nourrissons et les enfants jusqu'à l'âge de 2 ans. Depuis 2025, un rattrapage vaccinal est également recommandé de façon transitoire pour les jeunes enfants jusqu'au 5<sup>e</sup> anniversaire (soit pour les enfants nés en 2020, 2021 et 2022) avec un remboursement effectif depuis le mois de février 2026.

### Couverture vaccinale

Les premières estimations de la couverture vaccinale pour le vaccin ACWY chez les nourrissons ont été publiées dans le Bulletin Vaccination en Avril 2026 (1). Pour la cohorte d'enfants nés en 2025, la couverture vaccinale contre les méningocoques ACWY à 8 mois pour la première dose est estimée à 88 %. Pour la cohorte d'enfants nés en 2024, la couverture vaccinale contre le méningocoque ACWY à 21 mois avec au moins une dose est estimée à 80 %.

### Nourrissons âgés de moins d'un an

En 2025, 22 cas d'IIM W et 6 cas d'IIM Y sont survenus chez des nourrissons âgés de moins d'un an (contre 17 cas et 6 cas en 2024 respectivement pour chaque séro groupe). Parmi les 28 cas de séro groupe W ou Y, 20 étaient âgés de moins de 6 mois et n'étaient pas encore éligibles à la vaccination ACWY. Parmi ceux âgés de 6 à 11 mois, 5 étaient non vaccinés, 1 avait reçu la première dose du vaccin ACWY et 2 avaient un statut vaccinal inconnu.

### Enfants âgés de 12 à 35 mois

En 2025, 6 cas d'IIM W sont survenus chez des enfants âgés de 12 à 35 mois (soit à l'âge d'un an ou de 2 ans), contre 15 cas en 2023 et 16 cas en 2024. Aucun cas lié au séro groupe Y n'a été rapporté. Parmi les 7 cas d'IIM W, 6 n'étaient pas vaccinés et 1 était de statut vaccinal inconnu.

### Enfants âgés de 3 et 4 ans

Le nombre de cas chez les enfants âgés de 3 et 4 ans restait très faible : 2 cas par an entre 2020 et 2023, et 1 cas par an en 2024 et 2025.

## Évolution des IIM B suite à l'introduction du vaccin 4CMenB dans le calendrier vaccinal des nourrissons

Le vaccin 4CMenB (Bexsero®) a été introduit en 2022 dans le calendrier vaccinal des nourrissons. Entre 2022 et 2024, la vaccination était recommandée aux nourrissons et depuis 2025, elle est obligatoire pour les nourrissons jusqu'à l'âge de 2 ans. Pour la vaccination avant l'âge de 12 mois, le schéma vaccinal inclut 3 doses (3, 5 et 12 mois). Depuis 2025, un rattrapage vaccinal est également recommandé de façon transitoire pour les jeunes enfants jusqu'au 5<sup>e</sup> anniversaire.

### Couverture vaccinale

La couverture vaccinale a constamment augmenté dans les cohortes successivement ciblées par les recommandations de vaccination (1).

Pour la première dose de vaccin 4CMenB, la couverture vaccinale à l'âge de 8 mois était estimée à 49 % pour les nourrissons nés en 2022, 75 % pour ceux nés en 2023, 82 % pour ceux nés en 2024 et 97 % pour ceux nés en 2025.

Pour le schéma complet de vaccination, la couverture vaccinale mesurée à l'âge de 21 mois était estimée à 35 % pour les enfants nés en 2022, 56 % pour les enfants nés en 2023, et 66 % pour les enfants nés en 2024.

## Surveillance de la couverture des souches invasives du séro groupe B par les vaccins contre le méningocoque B

La surveillance de la couverture des souches par les vaccins contre le méningocoque B est réalisée en routine par le CNR. Elle se base sur une méthode de prédiction de couverture par l'approche génomique gMATS (approche prédictive de la couverture sur la base de la présence de certains allèles des gènes fHbp et NHBA et un génotype de la région variable 2 de PorA qui correspond au variant vaccinal P1.4) (2). L'estimation de couverture est assortie d'intervalles pour la borne inférieure et supérieure calculés en prenant en compte les résultats dans la « zone grise » pour lesquels la couverture reste indéterminée (borne inférieure : toutes les souches de la zone grise sont non couvertes / borne supérieure : toutes les souches de la zone grise sont couvertes).

En 2025, la proportion de souches de séro groupe B prédites couvertes par le vaccin 4CMenB était de 71,0 % [51,0-91,0 %] tous âges confondus (vs. 74,4 % [56,0-92,8 %] en 2024) et de 74,1 % [59,3-88,9 %] spécifiquement chez les nourrissons âgés de moins d'un an (vs. 89,7 % [82,8-96,6 %] en 2024).

Le CNR a également appliqué la méthode de prédiction par approche génomique MendeVAR pour estimer la couverture des souches de séro groupe B par les vaccins contre le méningocoque B. Le pourcentage de couverture était de 62,2 % [56,2-68,2 %] pour le vaccin MenB-FHbp (Trumenba®) et de 51,0 % [44,8-57,1 %] pour le vaccin 4CMenB. Ce faible pourcentage de prédiction est lié aux nouveaux variants d'allèles codant pour les antigènes vaccinaux pour lesquels la prédiction n'est pas réalisable par la méthode de MenDeVar.

## Évolution du nombre de cas et des taux d'incidence d'IIM B selon l'âge et le statut vaccinal chez les enfants âgés de moins de 5 ans

Les enfants vaccinés correspondent à ceux ayant reçu la dernière dose de vaccin 4CMenB plus de 14 jours avant la date d'hospitalisation (ou délai inconnu si la date de vaccination n'a pas été renseignée dans la DO).

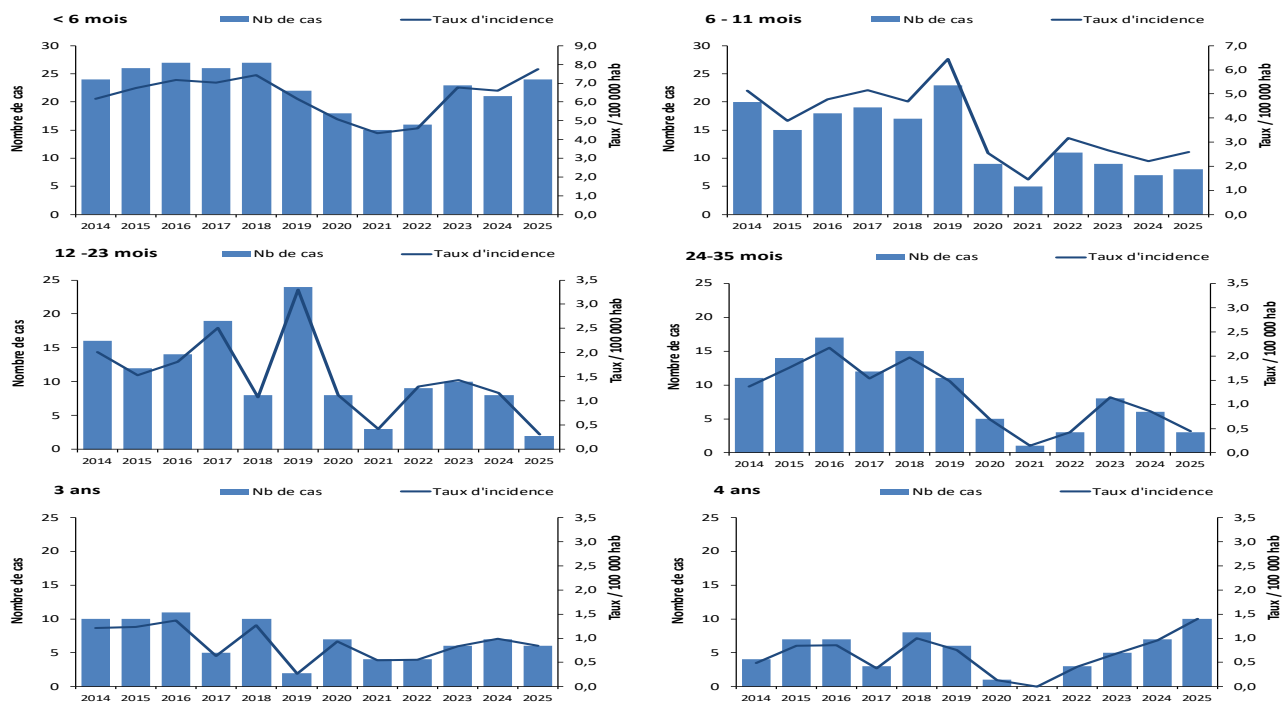
L'évolution du nombre de cas et du taux d'incidence des cas déclarés d'IIM B selon l'âge montre des tendances différentes en fonction de l'âge (Figure 9) :

- **Chez les nourrissons âgés de moins de 6 mois**, le nombre de cas d'IIM B était stable en 2025 et comparable à celui observé avant 2020 (24 cas en 2025 contre 24,5 en moyenne en 2018 et 2019).
  - Cette évolution n'est pas inattendue, car ces nourrissons sont trop jeunes pour avoir bénéficié de la vaccination contre le méningocoque B avec les deux doses de primo-vaccination.
- **Chez les nourrissons âgés de 6 à 11 mois**, le nombre de cas était stable en 2025 mais à un niveau plus faible que celui observé avant 2020 (8 cas en 2025 contre 7 en 2024, et 20 cas en moyenne en 2018 et 2019). Parmi les 8 cas survenus en 2025, 5 étaient non vaccinés contre le méningocoque B, 2 avaient reçu 2 doses de vaccination et 1 avait reçu une seule dose du vaccin 4CMenB.
  - La diminution du nombre de cas chez les enfants âgés de 6 à 11 mois par rapport à la période pré-COVID-19 peut être en partie liée à la vaccination contre le

méningocoque B dans cette classe d'âge. Toutefois la vaccination par les deux premières doses du vaccin 4CMenB apporte une protection partielle et ne permet pas de prévenir l'ensemble des cas dans cette classe d'âge.

- **Chez les enfants âgés de 12 à 23 mois et ceux âgés de 24 à 35 mois**, une tendance à la diminution du nombre de cas d'IIM B a été observée en 2024 et 2025. En comparaison avec la période pré-COVID-19, le nombre de cas était nettement plus faible avec 2 cas en 2025 contre 16 en moyenne en 2018 et 2019 pour les 12-23 mois, et 3 cas en 2025 contre 13 en moyenne en 2018 et 2019 pour les 24-35 mois. En 2025, parmi les 5 cas âgés de 12 à 35 mois, 2 cas étaient non vaccinés, 2 cas avaient reçu 2 doses de primo-vaccination mais pas le rappel, un cas avait un statut vaccinal inconnu.
  - Cette évolution reflète l'impact positif de la vaccination contre le méningocoque B chez les enfants nés entre 2022 et 2024 qui sont les premières cohortes d'enfants pour lesquelles la vaccination a été recommandée.
- **Chez les enfants plus âgés**, le nombre de cas est stable pour ceux âgés de 3 ans et en augmentation pour ceux âgés de 4 ans. La majorité des cas rapportés dans ces deux classes d'âge étaient non vaccinés contre les méningocoques B (14 cas non vaccinés, 1 cas vacciné, 1 cas de statut vaccinal inconnu).
  - Ces enfants sont en majorité nés avant l'introduction du vaccin 4CMenB dans le calendrier vaccinal.

**Figure 9 : Nombre annuel de cas d'IIM B et taux d'incidence annuels des cas déclarés chez les jeunes enfants ciblés par la vaccination contre le méningocoque B, France, 2014-2025**



## Échecs vaccinaux du vaccin 4CMenB

Les échecs vaccinaux correspondent aux IIM B survenues chez des sujets ayant reçu un schéma complet de vaccination par le vaccin 4CMenB (soit 3 doses si la vaccination est commencée avant 2 ans et 2 doses si la vaccination est commencée à partir de 2 ans). Les analyses par le CNR permettent de déterminer si la souche est couverte ou non par le vaccin.

Les échecs vaccinaux d'IIM B restent très rares. Pour rappel, en 2023, trois échecs vaccinaux ont été identifiés. En 2024, deux échecs vaccinaux ont été identifiés : un adulte sous immunosuppresseur et un adolescent pour lequel les facteurs de risque n'étaient pas renseignés.

En 2025, deux cas ont été signalés chez des enfants âgés de plus d'un an ayant reçu un schéma complet de vaccination par le vaccin 4CMenB :

- un enfant âgé de 5 ans résidant à l'étranger et en séjour temporaire en France. En l'absence de culture, la couverture de la souche par les vaccins contre le méningocoque B n'a pas pu être déterminée.
- un enfant âgé de 3 ans pour lequel la couverture de la souche par le vaccin 4CMenB n'a pas pu être déterminée. En l'absence de culture, la couverture de la souche par les vaccins contre le méningocoque B n'a pas pu être déterminée.

## Gravité et pronostic de la maladie

Parmi les 628 cas notifiés en 2025, un *purpura fulminans* était rapporté dans la fiche de signalement obligatoire pour 100 cas (16 %). Cette proportion était de 20 % pour les IIM B, 14 % pour les IIM W, et 8 % pour les IIM Y ( $p=0,004$ ). Ces proportions étaient proches de celles observées les années précédentes pour chaque sérotype.

L'évolution clinique était renseignée pour 584 cas (90 %). En 2025, 78 décès ont été rapportés, soit une létalité de 13 %.

La létalité était de 29 % en présence de *purpura fulminans* vs 10 % en l'absence de *purpura fulminans* ( $p<10^{-3}$ ). La létalité était de 21 % pour les IIM W, 9 % pour les IIM B et 10 % pour les IIM Y (différence significative,  $p=0,001$ ).

La létalité variait significativement en fonction de l'âge ( $p<10^{-3}$ ), avec une létalité plus élevée chez les personnes âgées de 80 ans et plus (26 décès, soit 33 %). Elle était de 14 % chez les nourrissons âgés de moins d'un an (8 décès), de 13 % chez les 25-59 ans (18 décès) et de 14 % chez les 60-79 ans (20 décès). Une létalité plus faible était observée entre 1 et 24 ans (6 décès, soit 3 % des cas).

Parmi les cas non décédés, 39 cas (7 %) ont présenté des séquelles précoces (diagnostiquées en phase aiguë et notifiées sur la fiche de DO).

## Départements et régions de résidence

Les taux d'incidence des cas déclarés correspondent aux taux bruts pour 100 000 habitants et sont basés sur le département et la région de résidence des cas (Figure 10).

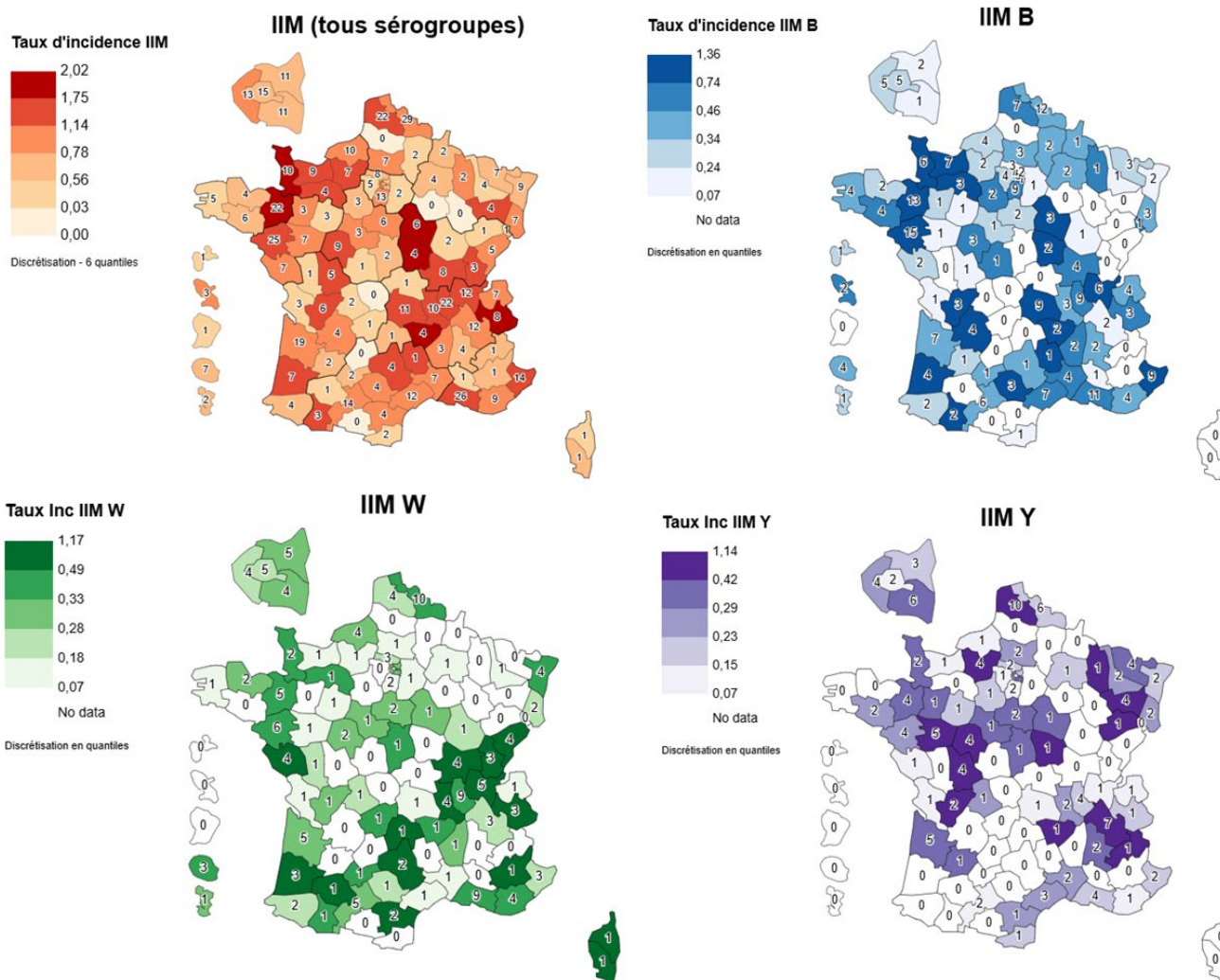
Pour la France hexagonale, le taux d'incidence des cas déclarés des IIM était le plus élevé en Normandie (1,20 / 100 000 habitants), Auvergne Rhône Alpes (1,15 / 100 000 habitants), et Pays de la Loire (1,14 / 100 000 habitants).

Les régions de l'hexagone présentant les taux d'incidence des cas déclarés les plus élevés selon le sérotype étaient :

- IIM B : Bretagne (0,66), Normandie (0,66) et Auvergne-Rhône-Alpes (0,51) [France : 0,41]
- IIM W : Bourgogne-Franche-Comté (0,46), Auvergne-Rhône-Alpes (0,35) et Provence-Alpes Côte d'Azur (0,32) [France : 0,26]
- IIM Y : Centre-Val de Loire (0,35), Pays de la Loire (0,30) et Hauts-de-France (0,30) [France : 0,21]

**Figure 10. Nombre de cas et taux d'incidence pour 100 000 habitants des cas déclarés par département pour l'ensemble des IIM et pour les sérogroupes B, Y, W, France, 2025**

Note : échelle différente pour les taux d'incidence ; les étiquettes indiquent le nombre de cas.



## Confirmation du diagnostic et caractérisation des souches

En 2025, 616 (98 %) cas ont été confirmés par culture et/ou PCR. La culture (associée ou non à une PCR) était positive pour 516 cas soit 82 % des cas déclarés.

Le CNR des méningocoques et *Haemophilus influenzae* a procédé à la caractérisation de 549 cas (87 %) pour lesquels un isolat, un extrait d'ADN ou un échantillon positif lui ont été transmis. Les complexes clonaux (cc) des méningocoques invasifs ont été déterminés à partir des données de séquençage du génome entier ou MLST.

Comme les années précédentes, une grande diversité clonale était observée pour les souches du séro groupe B (Figure 11). En 2025, la majorité des cas d'IIM B étaient liés au cc32 (38 %), suivi par le cc41/44 (16 %) et le cc213 (13 %).

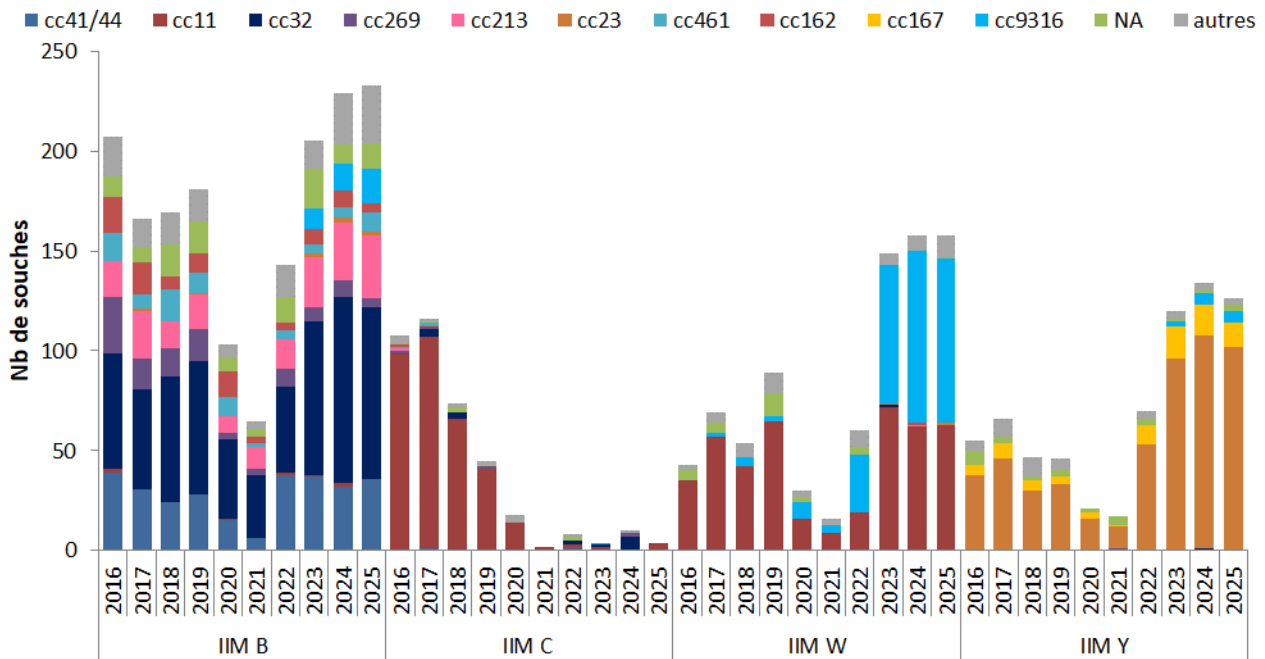
Les IIM Y étaient associées à moins de diversité clonale avec 81 % de cc23 et 10 % de cc167 en 2025 et moins de 10 % de cas liés à d'autres cc.

Les IIM W étaient liées à deux complexes clonaux prédominants : 52 % des cas étaient du cc9316 et 40 % des cas étaient du cc11. Ces proportions étaient similaires à celles observées en 2024. Le cc9316 a nettement augmenté en 2023 et 2024, alors que ce complexe clonal était rare avant 2020. Pour les cas du cc11, la létalité était de 24 % avec 13 décès et pour les cas du cc9316, elle était de 15 % avec 11 décès.

En 2023 et 2024, la distribution du cc11 et du cc9316 était significativement différente selon la classe d'âge. Les souches du cc9316 étaient largement majoritaires (entre 70 et 80 % des cas) chez les jeunes enfants et les personnes âgées alors que la proportion de cc9316 et de cc11 était plus équilibrée dans les autres classes d'âge. En 2025, cette différence n'était pas significative et le cc9316 représentait entre 46 % et 69 % des cas selon la classe d'âge.

Sur l'ensemble des cas caractérisés au CNR, 56 % présentaient une sensibilité diminuée à la pénicilline G. Ce phénotype est plus important parmi les souches des sérogroupes B (79,7 %) et W (61,9 %) en raison de l'expansion des souches B du ST-7460 (cc32) et des souches W du cc9316 hébergeant des allèles *penA* mosaïques. Aucune souche résistante à la pénicilline G et à l'amoxicilline par la production de bêta-lactamase, n'a été détectée en 2025 (3).

**Figure 11. Nombre de cas d'infections invasives à méningocoque selon les complexes clonaux identifiés par le CNR des méningocoques et *Haemophilus influenzae*, France entière, 2016-2025**



## Prévention dans l'entourage d'un cas

Les informations sur la chimioprophylaxie dans l'entourage ont été documentées pour 555 cas d'IIM (88 %) et les informations sur la chimioprophylaxie en collectivité pour 299 cas d'IIM (48 %). Parmi les 208 cas de séro-groupe vaccinal (A, C, W, Y) avec une information renseignée sur la vaccination dans l'entourage, la vaccination prophylactique a été recommandée aux contacts de 190 cas (91 %). Parmi les 81 cas de séro-groupe vaccinal (A, C, W, Y) avec une information renseignée sur la vaccination en collectivités, la vaccination prophylactique a été recommandée dans la collectivité pour 45 cas (91 %). Ces données sont à interpréter avec précaution car elles ne sont pas systématiquement rapportées dans la fiche de notification.

## Situations inhabituelles et grappes de cas

La conduite à tenir lors des situations inhabituelles et grappes de cas est décrite dans l'instruction N° DGS/SP/2018/163 du 27 juillet 2018. Lors de ces situations inhabituelles, les investigations épidémiologiques et microbiologiques permettent de conduire une analyse du risque et orientent les mesures de gestion à mettre en place dans la population concernée. Des seuils et critères sont utilisés pour la prise de décision concernant la mise en place d'actions de vaccination élargies (4). Ces seuils permettent de caractériser les épisodes en fonction du taux d'incidence dans la population dans la zone géographique considérée, du nombre de cas et du délai entre les cas. Pour les IIM B, un algorithme décisionnel est utilisé pour évaluer l'opportunité de la vaccination par le vaccin 4CMenB (Bexsero®) selon des critères définis par le Haut conseil de santé publique (5). Ainsi, le vaccin 4CMenB n'est pas recommandé autour des cas sporadiques mais il est recommandé pour certaines situations inhabituelles (grappes de cas, épidémie, hyperendémie localisée) selon l'évaluation du risque effectuée par les autorités sanitaires et si la souche est couverte par le vaccin.

### Grappes de cas

Les grappes de cas correspondent à la survenue de deux cas ou plus, rattachables à des souches identiques ou ne pouvant être différenciées, anormalement rapprochés dans le temps, dans une même collectivité ou groupe social. Le tableau 3 décrit les grappes de cas d'IIM survenues en 2025.

**Tableau 3. Grappes de cas d'IIM déclarées en France en 2025**

Zone géographique	Liens ou collectivité	Nombre de cas	Délai entre les cas	Sérogroupe et complexe clonal	Mesures de gestion
Bouches-du-Rhône	Foyer familial	2 cas	< 24 heures	B cc32 ST-7460	Antibioprophylaxie dans la famille et vérification du statut vaccinal des jeunes enfants dans la communauté de vie
Rhône	Étudiants	3 cas	1 semaine	B cc269	Antibioprophylaxie des contacts et vaccination recommandée dans l'établissement
Ille-et-Vilaine	Contacts communs dans le cercle amical	2 cas	< 24 heures	B cc41/44 ST-485	Antibioprophylaxie dans le cercle amical
Haute-Savoie	Lien indirect avec la fréquentation de lieux communs	3 cas	1 semaine	B cc41/44 ST-485	Antibioprophylaxie autour des cas

### IIM W en lien avec les pèlerinages à La Mecque

Entre les mois de janvier et mars 2025, 7 cas d'IIM W ont été signalés chez des personnes ayant un lien direct ou indirect avec le pèlerinage Umrah à La Mecque : 2 cas (non vaccinés) étaient revenus de pèlerinage dans la semaine ayant précédé leurs symptômes et 5 cas sont survenus dans l'entourage de personnes rentrées de pèlerinage dans les semaines précédentes.

Les souches de ces 7 cas d'IIM W étaient rattachées à un même cluster génomique qui avait déjà été identifié en 2024 avec 12 cas rapportés aux USA, au Royaume-Uni et en France chez des personnes ayant un lien direct ou indirect avec le pèlerinage à La Mecque (6).

Au niveau international, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a rapporté 17 cas d'IIM (hors France) entre les mois de janvier et mars 2025 chez des personnes de retour de pèlerinage Umrah (9).

## Foyer d'hyperendémie d'IIM B à Rennes

Un foyer d'hyperendémie d'IIM B a été identifié à Rennes en 2025, avec deux grappes de cas liées à des souches du complexe clonal 60 (cc60) entre les mois de décembre 2024 et février 2025. Il n'y avait pas de liens épidémiologiques entre les deux grappes de cas.

La première grappe de cas a impliqué trois cas co-primaires (dont un décès) dans une famille élargie (plusieurs foyers) vivant dans la métropole de Rennes et survenus à la fin du mois de janvier 2025.

Une deuxième grappe de cas a été identifiée rétrospectivement à partir des résultats du séquençage de génome entier réalisé en routine par le CNR. Cet épisode comprenait trois cas d'IIM B ayant un lien avec une école d'études supérieures de Rennes : deux étaient étudiants à l'école et l'autre cas avait été en contact avec un étudiant de l'école.

Selon les analyses réalisées par le CNR, les souches isolées chez l'ensemble de ces cas étaient identiques et rattachées au cc60, ce génotype étant rare en France. Les souches de méningocoque étaient couvertes par les vaccins contre le méningocoque B.

Le taux d'incidence des IIM B sur 12 mois (entre mars 2024 et février 2025) a été estimé à 3,1 pour 100 000 habitants dans la commune de Rennes. Le taux d'incidence le plus élevé était observé parmi les 15-24 ans qui concentraient le plus grand nombre de cas.

Cette situation correspondait aux critères définis dans l'instruction DGS du 27 juillet 2018 pour définir les foyers d'hyperendémie. Le 26 février 2025, une cellule d'aide à la décision convoquée par les autorités sanitaires a décidé de mettre en œuvre une campagne de vaccination ciblant :

- les étudiants et des professionnels de l'École supérieure de Rennes (environ 4 000 personnes) ;
- les personnes âgées de 15 à 24 ans résidant, scolarisés ou étudiant dans l'agglomération rennaise (soit environ 100 000 personnes).

La campagne de vaccination organisée par l'ARS a débuté le 3 mars 2025. Elle s'est appuyée sur la vaccination par des équipes mobiles dans des centres de vaccination et dans certains établissements d'enseignement, complétée par une offre de vaccination en ville par les professionnels de santé libéraux. Au 28 mai 2025, l'ARS Bretagne indiquait que 89 000 jeunes âgés de 15 à 24 ans avaient reçu une première dose du vaccin 4CMenB (7).

## Discussion

### Faits marquants

En 2025, 628 cas d'IIM ont été déclarés, soit un taux d'incidence des cas déclarés de 0,9 pour 100 000 habitants. Le nombre de cas était légèrement supérieur mais très proche de celui rapporté en 2024 (+2 % d'augmentation entre 2024 et 2025). Il s'agit du nombre de cas le plus élevé des 15 dernières années.

La recrudescence des IIM est observée depuis 2023. Elle est principalement portée par les sérogroupes W et Y à des niveaux bien plus élevés qu'avant la pandémie, et par le séro groupe B à des niveaux légèrement supérieurs à ceux observés avant la pandémie. Le nombre de cas déclarés en 2025 s'élevait à 279 cas d'IIM B, 178 cas d'IIM W, 143 cas d'IIM Y et 12 cas dus à d'autres sérogroupes ou des souches non capsulées.

La distribution des différents sérogroupes en 2025 était stable par rapport aux deux dernières années avec 46 % d'IIM B, 29 % d'IIM W, 23 % d'IIM Y et moins de 2 % de cas dus à d'autres sérogroupes ou des souches non capsulées.



## Facteurs explicatifs de la recrudescence des IIM

Le rebond des IIM après la pandémie COVID-19 a été observé dans de nombreux pays et s'explique par la reprise des contacts sociaux et de la transmission des méningocoques, après une période marquée par la distanciation sociale et les gestes barrières qui ont eu un impact sur l'ensemble des pathogènes à transmission respiratoire.

Ce rebond est probablement multifactoriel et pourrait être lié à la diminution de l'immunité dans la population moins exposée aux méningocoques entre 2020 et 2022, à l'expansion de nouveaux clones de méningocoque, et à la reprise de la transmission des virus respiratoires en particulier le virus de la grippe (8, 9). En effet, la grippe peut favoriser le passage du portage pharyngé à l'invasion en raison de différents mécanismes (fragilisation de la muqueuse respiratoire, augmentation de l'adhésion du méningocoque aux cellules épithéliales, diminution transitoire de l'immunité). Plusieurs études ont montré la corrélation temporelle entre les pics épidémiques de grippe et les pics d'incidence des IIM. Une étude a décrit cette corrélation sur 19 / 20 saisons épidémiologiques dans 9 États aux États-Unis pour les virus H3N2 et H1N1. La part des cas d'IIM attribuables à la grippe était de 12,8 % [IC 95 % : 9,1 – 15,0] globalement mais pouvait s'élever à 59 % au pic de l'épidémie de grippe (10).

Au cours de la saison 2024-2025, en France, l'épidémie de grippe a été marquée par un niveau d'intensité particulièrement élevé dans toutes les classes d'âge, et fait partie des épidémies les plus sévères depuis 2009 (11). Elle a atteint son pic en ville mi-janvier et s'est terminée fin février 2025. Cette intensité élevée pourrait expliquer le pic exceptionnel d'IIM en janvier et février 2025.

## Augmentation des présentations atypiques

Au cours des dernières années, le CNR des méningocoques et *H. influenzae* a rapporté une augmentation des présentations cliniques atypiques telle que les pneumonies bactériémiques, les arthrites, ou les présentations impliquant des symptômes gastro-intestinaux (12, 13). Les pneumonies bactériémiques survenaient plus souvent chez les personnes âgées et associées aux sérogroupes W et Y. Les formes gastro-intestinales concernaient davantage les adolescents et jeunes adultes et étaient également plus fréquemment liées aux sérogroupes W et Y et en particulier les souches du cc11. Cette étude appelle à sensibiliser les cliniciens sur ces formes atypiques et recommande la mise en culture à partir des prélèvements sanguins qui peut permettre d'avoir un diagnostic des IIM et une antibiothérapie suffisamment rapide pour la prise en charge de ces tableaux cliniques atypiques.

## Évolution selon l'âge et le séro groupe

### Incidence chez les nourrissons

En 2025, comme les années précédentes, le taux d'incidence des cas déclarés d'IIM restait le plus élevé chez les nourrissons avec 60 cas, soit un taux de 9,7 pour 100 000 habitants. Les IIM B et W représentaient la quasi-totalité des cas dans cette classe d'âge. La vaccination des nourrissons est essentielle car ils sont les plus à risque d'infection.

Chez les nourrissons, la vaccination contre le séro groupe B et ACWY est obligatoire depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2025. Elle apporte une protection directe aux nourrissons vaccinés. Pour le séro groupe B, la vaccination repose sur trois doses administrées à l'âge de 3 mois, 5 mois et 12 mois. Pour les sérogroupes ACWY, la vaccination comprend deux doses administrées à l'âge de 6 mois et 12 mois.

### Évolution des IIM B chez les jeunes enfants

En 2025, le nombre de cas d'IIM B a continué à diminuer chez les jeunes enfants âgés de 12 à 23 mois (soit à l'âge d'un an) et de 24 à 35 mois (soit à l'âge de 2 ans). Cette évolution reflète l'impact positif de la vaccination contre le méningocoque B chez les enfants nés entre 2022 et 2024 qui sont

les premières cohortes d'enfants pour lesquelles la vaccination a été recommandée. Le vaccin contre le méningocoque B (toutes souches confondues) a une efficacité élevée, estimée à environ 75 à 80 % pour le schéma complet avec 3 doses (14, 15).

Chez les nourrissons âgés de moins d'un an, le nombre de cas d'IIM B en 2025 était stable par rapport à 2024. En comparaison à la période pré COVID-19, l'évolution est différente selon l'âge des nourrissons : le nombre de cas est proche du niveau observé avant 2020 chez les nourrissons âgés de moins de 6 mois, tandis qu'il est plus faible chez les 6-11 mois. La vaccination par les deux premières doses du vaccin 4CMenB a probablement permis d'éviter une partie des cas entre 6 et 11 mois. Toutefois cette protection n'est pas complète et doit être consolidée par le rappel à 12 mois.

Le nombre de cas d'IIM B chez les enfants âgés de 3 ans était stable en 2025 par rapport aux années précédentes. Il était en augmentation chez les enfants âgés de 4 ans. La majorité des cas étaient non vaccinés, et ces enfants sont majoritairement nés avant l'introduction du vaccin 4CMenB dans le calendrier vaccinal.

Les échecs vaccinaux restent très rares en France et les données du CNR confirment que la majorité des souches de séro groupe B est couverte par le vaccin 4CMenB.

Ces données sont cohérentes avec les résultats des études d'impact et d'efficacité en vie réelle, qui ont montré la diminution rapide des IIM B suite à l'introduction du vaccin 4CMenB dans le calendrier vaccinal des nourrissons. En Angleterre, le nombre de cas d'IIM B a diminué de 75 % dans les cohortes ciblées par la vaccination dans les trois années ayant suivi le démarrage du programme de vaccination des nourrissons (16). Le nombre de cas d'IIM B était stable parmi les nourrissons âgés de moins de 17 semaines, et a nettement diminué chez ceux âgés de 18 à 51 semaines et ceux âgés de 1 an et 2 ans. Aucune diminution n'avait été observée pour les enfants de 3 et 4 ans (16).

L'impact positif de la vaccination contre les méningocoques B en France devrait se poursuivre dans les prochaines années suite à l'extension de l'exigibilité de vaccination pour l'entrée en collectivité.

## Évolution des IIM W et Y chez les jeunes enfants

En 2025, le nombre de cas liés aux sérogroupe W et Y a légèrement augmenté chez les nourrissons âgés de moins d'un an et a diminué chez les enfants âgés de 12 à 35 mois.

Chez les nourrissons âgés de moins d'un an, 22 cas d'IIM W et 6 cas d'IIM Y sont survenus en 2025. La grande majorité des cas était âgée de moins de 6 mois, avant l'âge recommandé pour la première dose de vaccin ACWY. Cela confirme que le risque d'IIM est particulièrement élevé pour les nourrissons dans leurs premiers mois de vie.

La diminution du nombre de cas chez les enfants âgés de 12 à 35 mois peut refléter l'impact positif de la vaccination par les vaccins ACWY. Depuis 2025, la vaccination est obligatoire jusqu'à l'âge de 2 ans et le rattrapage vaccinal est recommandé aux enfants jusqu'à leur 5<sup>e</sup> anniversaire. Pour la cohorte d'enfants nés en 2024, le rappel à 12 mois a pu être fait avec un vaccin ACWY même si ces nourrissons avaient reçu une première dose de vaccin contre le méningocoque C. Les cohortes d'enfants plus âgés (nés avant 2024) ont été ciblées par le rattrapage vaccinal ACWY.

## IIM W et Y chez les adolescents et jeunes adultes

Depuis 2022-2023, une recrudescence des IIM W et Y a été observée chez les jeunes adultes. Le taux d'incidence chez les 5-14 ans et les 15-24 ans reste très inférieur à celui des nourrissons, mais cette augmentation est considérée comme préoccupante.

Depuis 2024, la vaccination tétravalente ACWY est recommandée aux adolescents âgés de 11 à 14 ans avec un rattrapage vaccinal jusqu'à l'âge de 24 ans (remboursement effectif depuis novembre 2024 dans ces classes d'âge). Depuis 2026, cette vaccination est proposée aux collégiens en classe de 5<sup>e</sup> dans le cadre de la campagne nationale de vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) et contre les infections invasives à méningocoque ACWY.

La vaccination des adolescents et des jeunes adultes vise à les protéger face au risque individuel d'infection invasive, mais elle vise également à diminuer le portage asymptomatique des méningocoques Y et W et ainsi à diminuer la transmission et l'incidence des IIM dans les autres classes d'âge de la population qui ne sont pas ciblées par la vaccination. L'impact indirect de la vaccination ACWY a notamment été observé en Angleterre avec une diminution marquée de l'incidence des IIM W dans les cohortes non éligibles pour la vaccination ACWY dès l'année qui a suivi l'introduction de la vaccination ACWY chez les adolescents (17). Les études conduites en Angleterre ont montré une réduction d'environ 70 % du taux de portage pharyngé des méningocoques W et Y chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans, quatre ans après la mise en place de la vaccination ACWY des adolescents (18). Cette réduction du portage pharyngé et l'impact indirect dans les autres classes d'âge ont été obtenus grâce aux couvertures vaccinales élevées, estimées à 71-86 % pour les adolescents vaccinés à l'école et à 37-41 % pour les jeunes de 18 ans vaccinés par le secteur libéral.

La stratégie de vaccination ACWY des adolescents et jeunes adultes recommandée en France repose sur l'obtention de couvertures vaccinales élevées afin de protéger directement les adolescents et jeunes adultes de 11 à 24 ans et protéger indirectement les autres classes d'âge. Les nourrissons âgés de moins de 6 mois et les personnes âgées pourraient ainsi bénéficier de cet impact indirect.

## IIM B chez les jeunes adultes

Les jeunes adultes restaient plus affectés par les IIM B. En 2025, les IIM B ont engendré plusieurs regroupements spatio-temporels chez les jeunes adultes en particulier dans le milieu étudiant avec un foyer d'hyper-endémie d'IIM B dû aux souches du cc60 à Rennes, une grappe de cas d'IIM B du cc269 à Lyon et un regroupement de cas d'IIM B du cc41/44 chez des personnes fréquentant des lieux festifs en Haute Savoie. D'autres cas groupés sont survenus chez des jeunes adultes au cours des dernières années (IIM B du cc269 à Strasbourg en 2022, IIM B du cc32 en Isère en 2024). Le rebond des IIM B chez les jeunes adultes a été observé en France (9) et en Angleterre (8). Ce rebond est lié à des souches appartenant à différents complexes clonaux, mais une augmentation de certains clones a également été rapportée dans ces deux pays. Chez les jeunes adultes, le taux d'incidence des IIM atteint un pic autour de 18 ans. Plusieurs études ont documenté le risque d'IIM chez les étudiants, et une étude conduite en Angleterre a montré que le risque était 15 fois plus élevé parmi ceux démarrant les études universitaires par rapport aux non-étudiants (19).

Compte tenu de la recrudescence de cas d'IIM B chez les jeunes adultes en France, le Ministère de la Santé a décidé d'inscrire au remboursement la vaccination contre le méningocoque B chez les personnes âgées de 15 à 24 ans. Cette vaccination est possible depuis 2025 et peut notamment être mise en œuvre lorsque des regroupements spatio-temporels sont détectés sur le territoire.

## IIM W et Y chez les personnes âgées

Le taux d'incidence des IIM W et Y chez les personnes âgées a augmenté au cours de la période 2023-2025 par rapport à ce qui était observé avant la pandémie. Comme décrit dans les précédents bilans, le risque d'IIM peut être plus important du fait de l'immunosénescence ou de la fréquence élevée de comorbidités. Les personnes âgées sont concernées par un risque plus élevé d'IIM mais également par une mortalité plus élevée que les autres classes d'âge.

L'augmentation des IIM W et Y chez les personnes âgées observée au cours de la période 2023-2025 peut être liée à une transmission plus importante des méningocoques dans la population en période post-pandémique, mais également aux épidémies de grippe qui affectent particulièrement les personnes âgées de 65 ans et plus. L'épidémie de grippe en 2024-2025 a entraîné un impact élevé en termes de morbidité et de mortalité dans cette classe d'âge.

Les personnes âgées sont susceptibles de bénéficier des stratégies de vaccination actuelles, avec l'impact indirect de la vaccination ACWY des adolescents et jeunes adultes (sous réserve de l'obtention de couvertures vaccinales élevées). De plus, la vaccination contre la grippe,

recommandée chaque année aux personnes âgées de 65 ans et plus, permet non seulement de les protéger du risque d'infection et de forme sévère de grippe, mais elle permet également indirectement de prévenir les surinfections bactériennes dont les infections à pneumocoque ou à méningocoque.

## IIM W en lien avec les voyages au Moyen-Orient

La survenue de cas d'IIM W dans plusieurs pays en 2024 et 2025 chez des personnes de retour de pèlerinage Umrah (ou dans l'entourage de personnes de retour de la Umrah) rappelle le risque de transmission des méningocoques dans le cadre de ces grands rassemblements de plusieurs millions de personnes avec un brassage de population et des conditions de promiscuité importantes. Le risque d'IIM lors des pèlerinages avait déjà été décrit au début des années 2000 (10).

Le cluster lié au Hajj au début des années 2000 était lié à une même souche qui a ensuite évolué dans une même lignée. En revanche, le cluster international de cas d'IIM W rapporté en 2024-2025 en lien avec des voyages au Moyen-Orient est lié à 5 clusters phylogénétiques distincts au sein du complexe clonal 11 (W:cc11) (7, 8).

Les cas signalés en France et en Angleterre n'étaient pas vaccinés par les vaccins ACWY, alors que cette vaccination est recommandée aux voyageurs se rendant en pèlerinage à La Mecque (11). Les certificats de vaccination contre les méningocoques ACWY sont exigés pour obtenir un visa pour la Umrah et pour le Hajj mais ne sont pas systématiquement demandés pour les visas touristiques. Selon une étude réalisée parmi les personnes en pèlerinage Umrah ou Hajj à La Mecque en juin 2024, 79 % déclaraient être vaccinés contre les méningocoques ACWY (12). Cette étude décrivait les raisons de non-vaccination et relevait que l'application de l'obligation vaccinale était moins stricte pour les résidents locaux participant au pèlerinage.

Le cluster international de cas d'IIM W liés aux pèlerinages à La Mecque incite à renforcer les messages de sensibilisation à la vaccination ACWY pour les voyageurs prévoyant de partir en pèlerinage (Hajj et Umrah).

## Conclusion

L'année 2025 confirme le changement dans l'épidémiologie des IIM en France observée après la pandémie de COVID-19, avec un nombre historique de cas sur les 15 dernières années et la poursuite de l'expansion des souches W et Y dans certains groupes de population. Le sérotype B reste prédominant chez les enfants, et également chez les jeunes adultes concernés par le risque de transmission des méningocoques en particulier dans les communautés étudiantes.

Les deux regroupements de cas d'IIM B survenus en 2025 chez des jeunes adultes à Rennes et à Lyon ont donné lieu à des campagnes de vaccination ou des recommandations de vaccination ciblant les communautés à risque. Le dispositif de signalement obligatoire assure la réactivité des autorités sanitaires pour détecter les regroupements spatio-temporels et mettre en œuvre des actions ciblées. D'autre part, les formes atypiques (pneumonies, symptômes digestifs) incitent à sensibiliser les professionnels de santé pour permettre un diagnostic et un traitement rapide y compris en cas de tableaux atypiques.

Les stratégies vaccinales récentes montrent des premiers effets encourageants : l'incidence des IIM B et des IIM W a nettement diminué chez les nourrissons de 1 et 2 ans par rapport aux années précédentes. L'impact positif de la vaccination devrait se poursuivre dans les prochaines années suite à l'obligation vaccinale des nourrissons.

Par ailleurs, l'augmentation des IIM W et Y dans la population rappelle l'importance de la vaccination ACWY pour les adolescents et les jeunes adultes. Cette stratégie vise à leur apporter une protection directe mais également à prévenir la transmission dans les autres groupes de population.

Les données de surveillance produites par Santé publique France et le CNR ont contribué à faire évoluer la stratégie de vaccination contre les méningocoques. Dans les prochaines années, elles

permettront de suivre l'impact des nouvelles recommandations vaccinales et d'estimer l'impact direct pour les cohortes vaccinées et l'impact indirect pour les groupes de population non vaccinés.

## Auteurs

Anne-Sophie Barret, Anna Maisa, Isabelle Parent du Châtelet, Direction des maladies infectieuses, Santé publique France

Ala-Eddine Deghmane, Muhamed-Kheir Taha, Centre national de référence des méningocoques et *Haemophilus influenzae*

## Relecteurs

Judith Mueller, Harold Noël/Bruno Coignard, Direction des maladies infectieuses, Santé publique France

## Remerciements

Aux professionnels de santé ayant pris en charge et signalé les cas.

Aux équipes des cellules de veille et de gestion sanitaire dans les agences régionales de santé.

Aux épidémiologistes des cellules régionales de Santé publique France et l'équipe DMI-Meningo de la Direction des maladies infectieuses (Mireille Allemand, Omadon Ikoussenin, Anna Maisa, Laura Zanetti).

**Pour nous citer** : Bilan de surveillance des infections invasives à méningocoque en 2025. Édition nationale. Avril 2026. Saint-Maurice : Santé publique France, 22 pages, 2026.

**Directrice de publication** : Caroline Semaille

**Date de publication** : 28 avril 2026

**Contact** : [presse@santepubliquefrance.fr](mailto:presse@santepubliquefrance.fr)

## Références

1. Vaccination des enfants, adolescents et jeunes adultes. Données 2025. Bulletin. Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 29 p., avril 2026.
2. Muzzi A, Brozzi A, Serino L, Bodini M, Abad R, Caugant D, et al. Genetic Meningococcal Antigen Typing System (gMATS): A genotyping tool that predicts 4CMenB strain coverage worldwide. *Vaccine*. 2019;37(7):991-1000.
3. Hong E, Deghmane AE, Taha MK. Acquisition of Beta-Lactamase by *Neisseria meningitidis* through Possible Horizontal Gene Transfer. *Antimicrob Agents Chemother*. 2018;62(9).
4. Direction Générale de la Santé. Instruction n°DGS/SP/2018/163 du 27 juillet 2018 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque.
5. Haut Conseil de la santé publique. Avis et rapport du 23 octobre 2013 sur la vaccination par le vaccin méningococcique BEXSERO®.
6. Vachon MS, Barret AS, Lucidarme J, Neatherlin J, Rubis AB, Howie RL, et al. Cases of Meningococcal Disease Associated with Travel to Saudi Arabia for Umrah Pilgrimage - United States, United Kingdom, and France, 2024. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2024;73(22):514-6.
7. Agence régionale de santé Bretagne. Méningocoque B : la campagne de vaccination se poursuit avec la 2ème injection. Accessible à l'adresse suivante : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/meningocoque-b-la-campagne-de-vaccination-se-poursuit-avec-la-2eme-injection>.

8. Clark SA, Campbell H, Ribeiro S, Bertran M, Walsh L, Walker A, et al. Epidemiological and strain characteristics of invasive meningococcal disease prior to, during and after COVID-19 pandemic restrictions in England. *J Infect.* 2023;87(5):385-91.
9. Taha S, Hong E, Denizon M, Falguières M, Terrade A, Deghmane AE, et al. The rapid rebound of invasive meningococcal disease in France at the end of 2022. *J Infect Public Health.* 2023;16(12):1954-60.
10. Jacobs JH, Viboud C, Tchetgen ET, Schwartz J, Steiner C, Simonsen L, et al. The association of meningococcal disease with influenza in the United States, 1989-2009. *PLoS One.* 2014;9(9):e107486.
11. Équipes de surveillance de la grippe. Surveillance de la grippe en France hexagonale, saison 2024-2025. *Bull Epidemiol Hebd.* 2025;(17):312-30.
12. Taha S, Deghmane AE, Taha MK. Recent increase in atypical presentations of invasive meningococcal disease in France. *BMC Infect Dis.* 2024;24(1):640.
13. Taha S, Deghmane AE, Taha MK. Changing Clinical Spectrum of Invasive Meningococcal Disease in France (2014-2025): Impact of Age and Meningococcal Lineage on Atypical Presentations. *Microorganisms.* 2026;14(2).
14. Castilla J, Garcia Cenoz M, Abad R, Sanchez-Cambronero L, Lorusso N, Izquierdo C, et al. Effectiveness of a Meningococcal Group B Vaccine (4CMenB) in Children. *N Engl J Med.* 2023;388(5):427-38.
15. Argante L, Abbing-Karahagopian V, Vadivelu K, Rappuoli R, Medini D. A re-assessment of 4CMenB vaccine effectiveness against serogroup B invasive meningococcal disease in England based on an incidence model. *BMC Infect Dis.* 2021;21(1):1244.
16. Ladhani SN, Andrews N, Parikh SR, Campbell H, White J, Edelstein M, et al. Vaccination of Infants with Meningococcal Group B Vaccine (4CMenB) in England. *New England Journal of Medicine.* 2020;382(4):309-17.
17. Campbell H, Andrews N, Parikh SR, White J, Edelstein M, Bai X, et al. Impact of an adolescent meningococcal ACWY immunisation programme to control a national outbreak of group W meningococcal disease in England: a national surveillance and modelling study. *Lancet Child Adolesc Health.* 2022;6(2):96-105.
18. Carr JP, MacLennan JM, Plested E, Bratcher HB, Harrison OB, Aley PK, et al. Impact of meningococcal ACWY conjugate vaccines on pharyngeal carriage in adolescents: evidence for herd protection from the UK MenACWY programme. *Clin Microbiol Infect.* 2022;28(12):1649 e1- e8.
19. Mandal S, Campbell H, Ribeiro S, Gray S, Carr T, White J, et al. Risk of invasive meningococcal disease in university students in England and optimal strategies for protection using MenACWY vaccine. *Vaccine.* 2017;35(43):5814-8.