



# Bulletin

## Infections invasives à méningocoque

Date de publication : 04.06.2026

ÉDITION REGIONALE NORMANDIE

# Les infections invasives à méningocoque en Normandie en 2025

## SOMMAIRE

Points clés	1
Rappel des recommandations de vaccination	2
Méthodes	2
Situations inhabituelles et grappes de cas	2
Caractéristiques des cas	3
Evolution des IIM B suite à l'introduction du vaccin 4cMenB dans le calendrier vaccinal des nourrissons	6
Gravité et pronostic de la maladie	6
Départements de résidence	7
Prévention dans l'entourage des cas	8
Discussion	8
Conclusion	9

## Points clés

En 2025, 40 cas d'infections invasives à méningocoque (IIM) ont été déclarés en Normandie, soit une incidence de 1,18 pour 100 000 habitants – taux le plus élevé de France – confirmant la recrudescence des IIM observée depuis la fin de la pandémie de COVID-19.

La répartition entre les différents sérogroupes était équivalente aux années précédentes : 22 IIM B (55% des cas de séro groupe connu), 9 IIM W (23%) et 8 IIM Y (20%).

Les classes d'âge les plus affectées variaient en fonction du séro groupe :

- IIM B : taux d'incidence plus élevé chez les nourrissons et les jeunes enfants de 1 à 4 ans ;
- IIM W et Y : taux d'incidence plus élevé chez les nourrissons et les personnes âgées (>75 ans).

Aucun cas d'IIM C n'a été déclaré en 2025. La couverture vaccinale élevée chez les nourrissons contre le méningocoque C a permis une diminution du nombre de cas liés à ce séro groupe depuis 2018.

## Rappel des recommandations de vaccination

**Nourrissons** : depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2025, la vaccination des nourrissons contre le méningocoque B et contre les méningocoques ACWY est obligatoire jusqu'à l'âge de 2 ans. Un rattrapage vaccinal ACWY et B est recommandé pour les enfants jusqu'à l'âge de 4 ans révolus.

**Adolescents** : la vaccination contre les méningocoques ACWY et contre le méningocoque B est recommandée entre 11 et 14 ans avec un rattrapage jusqu'à l'âge de 24 ans. Ce rattrapage est essentiel pour protéger directement les adolescents et jeunes adultes et a également un objectif de protection collective en diminuant le portage et la transmission dans la population, et ainsi protéger indirectement les personnes non ciblées par la vaccination.

Le renforcement de la vaccination des jeunes adultes prévoit également une vaccination contre le méningocoque B pour les 15 à 24 ans inclus, avec un remboursement de la deuxième dose si la première a été administrée avant 25 ans.

## Méthodes

Les infections invasives à méningocoque (IIM) sont à signalement obligatoire (SO) 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*.

Les données cliniques et épidémiologiques recueillies par le SO sont complétées par les données de caractérisation des souches du Centre national de référence (CNR) des méningocoques et *Haemophilus influenzae*.

Les taux d'incidence annuels des cas déclarés correspondent aux nombres de cas rapportés aux nombres d'habitants (source Insee : estimations de population au 1<sup>er</sup> janvier de l'année N). Pour le calcul des taux d'incidence départementaux, les estimations localisées de population disponibles jusqu'en 2025 ont été utilisées.

## 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.

Les grappes de cas correspondent à la survenue de deux cas ou plus, rattachables à des souches identiques ou ne pouvant être différenciées, anormalement rapprochées dans le temps, dans une même collectivité ou groupe social.

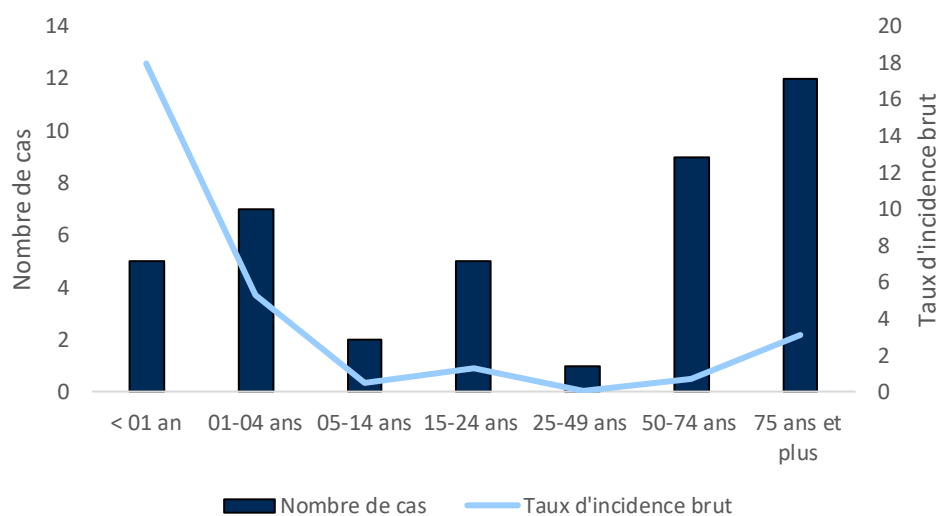
Aucune situation inhabituelle ou grappe de cas n'a été rapportée en Normandie en 2025.



Parmi les 40 cas déclarés, 11 (28 %) étaient de sexe masculin et 29 (72 %) de sexe féminin. L'âge médian était de 42 ans (vs 42 ans en 2024) et l'âge moyen était de 41 ans (vs 42 ans en 2024).

Comme observé les années précédentes, le taux d'incidence des cas déclarés était le plus élevé chez les enfants âgés de moins d'un an ( $n=5$ , soit 18 cas pour 100 000 habitants) suivis par les enfants âgés de 1 à 4 ans ( $n=7$ , soit 5,3 cas pour 100 000 habitants). La distribution selon l'âge faisait apparaître une autre classe d'âge avec un nombre de cas déclarés et un taux d'incidence plus élevés : les personnes âgées de plus de 75 ans ( $n=12$ , soit 3,2 cas pour 100 000 habitants) (Figure 3).

**Figure 3 : nombre de cas d'infections invasives à méningocoque et taux d'incidence brut par classe d'âge, Normandie, données de signalement obligatoire 2025**



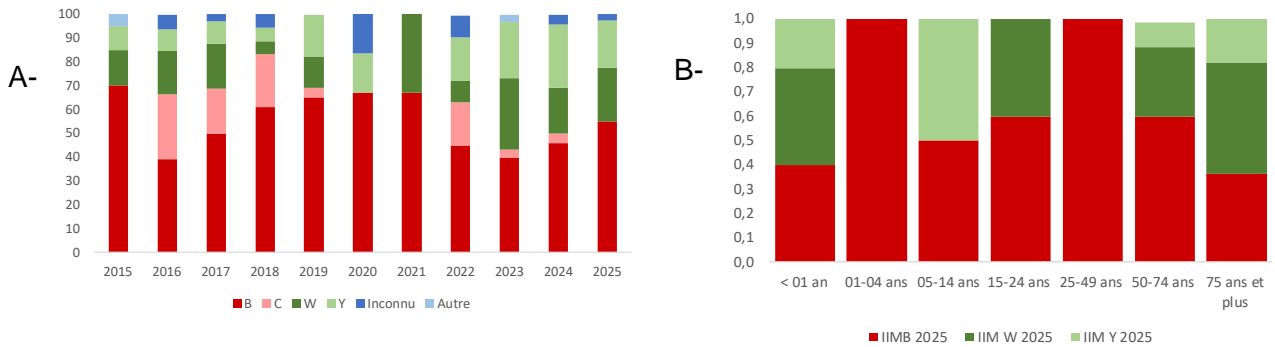
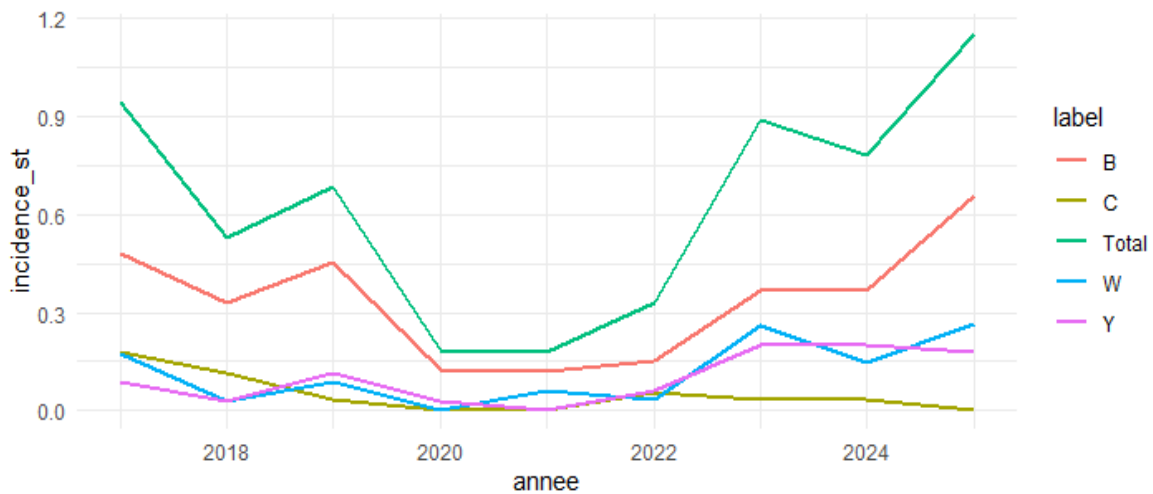
Parmi les 40 cas déclarés en 2025, le sérotype a été caractérisé pour 39 cas (98%) parmi lesquels la distribution par sérotype et par classe d'âge était la suivante (Tableau 1) :

- Une incidence de 0,7 pour 100 000 habitants pour les IIM de sérotype B (IIM B), majoritairement chez les enfants de moins d'un an (7,2 pour 100 000 habitants), puis chez les enfants de 1 à 4 ans (4,6 pour 100 000 habitants) ;
- Une incidence de 0,2 pour 100 000 habitants pour les IIM de sérotype Y (IIM Y), majoritairement chez les nourrissons de moins de 1 an (3,6 pour 100 000 habitants) ;
- Une incidence de 0,3 pour les IIM de sérotype W (IIM W), majoritairement chez les nourrissons de moins de 1 an (7,2 pour 100 000 habitants) puis chez les personnes âgées de plus de 75 ans (1,3 pour 100 000 habitants) ;
- Aucun cas d'IIM de sérotype C.

Comparativement à la période 2015-2019 (avant COVID-19), la proportion des IIM W et Y a augmenté. Par ailleurs, les IIM C ont nettement diminué et se maintiennent à des niveaux faibles voire nuls depuis 2020 (Figures 4 et 5).

**Tableau 1 : nombre de notification (N) et taux d'incidence (pour 100 000 habitants) des IIM par classe d'âge et par sérogroupe, Normandie, données de signalement obligatoire 2025**

Classe d'âge	IIM B		IIM C		IIM W		IIM Y		Total IIM	
	N	Taux d'incidence	N	Taux d'incidence	N	Taux d'incidence	N	Taux d'incidence	N	Taux d'incidence
<01 ans	2	7.19	0	0	2	7.19	1	3.60	5	17.98
01-04 ans	6	4.57	0	0	0	0.00	0	0.00	7	5.33
05-14 ans	1	0.26	0	0	0	0.00	1	0.26	2	0.51
15-24 ans	3	0.77	0	0	0	0.00	2	0.51	5	1.28
25-49 ans	1	0.10	0	0	0	0.00	0	0.00	1	0.10
50-74 ans	5	0.47	0	0	2	0.19	1	0.09	8	0.75
75 ans et +	4	1.05	0	0	5	1.31	3	0.79	12	3.15
Total	22	0.66	0	0	9	0.26	8	0.23	40	1.18

**Figure 4 : Distribution de la proportion des sérogroupes par années sur les 10 dernières années (A) et en fonction de la classe d'âge en 2025 (B), Normandie données signalement obligatoire, 2015-2025****Figure 5 : Graphique représentant le taux d'incidence standardisé en Normandie en fonction du sérogroupe, données de signalement obligatoire, 2015-2025**

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

En 2022, le vaccin 4CMenB (Bexsero®) a été introduit dans le calendrier vaccinal des nourrissons. La vaccination est recommandée selon un schéma à 3 doses (3, 5 et 12 mois) et elle peut être initiée jusqu'à l'âge de 2 ans.

En 2024, la couverture vaccinale pour le schéma complet (2 doses plus rappel) contre les méningocoques B était de 57,6 %, en nette progression par rapport à 2023 (+24,3 points). Près de 85 % des enfants âgés de 8 mois avaient initiés leur schéma vaccinal contre les méningocoques B en 2024 [1].

## Nombre de cas d'IIM B chez les nourrissons selon leur statut vaccinal

Les enfants sont considérés comme vaccinés s'ils ont 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 le SO).

En 2024, 8 cas d'IIM B ont été déclarés chez des enfants âgés de moins de 4 ans :

- 2 cas âgés de moins d'un an : 1 n'était pas vacciné, le deuxième avait reçu une première dose de vaccin 4CMenB (délai > 14 jours)
- 6 cas âgés de 1 à 4 ans : 4 avaient reçu 2 doses de vaccin 4CMenB (délai > 14 jours), 1 cas avait reçu une dose seulement et le dernier cas était de statut vaccinal indéterminé.

## Gravité et pronostic de la maladie

Parmi les 40 cas notifiés en 2025, un purpura *fulminans* était rapporté dans la fiche de SO pour 5 cas (13 %). Cette proportion était de 18 % pour les IIM B et 11 % pour les IIM W. Il n'y avait pas de purpura *fulminans* déclaré pour les autres sérogroupes (Tableau 2).

Comme les années précédentes, la létalité a été calculée en considérant comme guéris les cas ayant une évolution clinique non renseignée, considérant que les décès surviennent dans un délai court après l'hospitalisation des cas et que ces épisodes sont le plus probablement rapportés aux ARS dès le signalement.

L'évolution clinique était renseignée pour l'ensemble des cas.

En 2025, 6 décès (15 % des cas) ont été rapportés. La létalité entre 2015 et 2024 en Normandie (hors période COVID) variait de 9% en 2023 à 21% en 2018. La létalité au niveau national en 2025 était de 13%.

La létalité variait en fonction de l'âge, l'ensemble des décès sont survenus chez les plus de 50 ans (33% chez les 50-74 ans et 66% chez les plus de 75 ans).

La létalité était de 20 % en présence de purpura *fulminans* vs 15 % en son absence.

**Tableau 2 : nombre de cas, de purpura fulminans et de décès pour l'ensemble des IIM et pour les principaux sérogroupes en Normandie, données SO 2025**

Groupe	Nombre total de cas	Taux d'incidence	Distribution par séro-groupe connu (%)	Purpura Fulminans (PF)		Décès	
				Nombre total de PF	PF parmi les cas (%)	Nombre total de décès	Décès parmi les cas (%)
Autre	0	0.00	0	0	0	0	0.0
B	22	0.45	56	4	18	1	4.5
C	0	0.03	0	0	0	0	0.0
Inconnue	1	0.00		0	0	0	0.0
W	9	0.09	23	1	11	3	33.3
Y	8	0.12	21	0	0	2	25.0
Total	40	0.69	98	5	12	6	15.0

Parmi les cas non décédés, 2 cas (5 %) ont présenté des séquelles précoces (diagnostiquées en phase aiguë et notifiées sur la fiche de SO), un avait une perte auditive tandis que le deuxième avait des séquelles post réanimation sans informations complémentaires.

## Départements de résidence

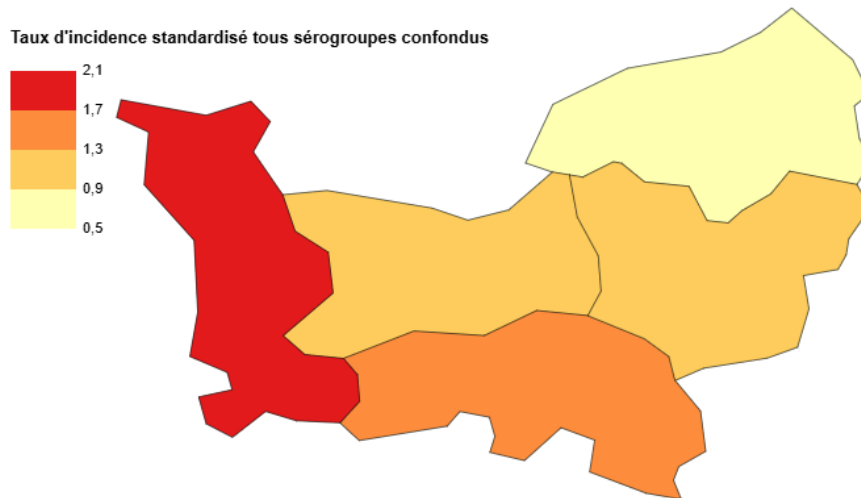
Le taux d'incidence des cas déclarés d'IIM le plus élevé était dans la Manche (1,9 cas pour 100 000 habitants), suivi par l'Orne (1,7 cas pour 100 000 habitants) et le Calvados (1,2 cas pour 100 000 habitants) (Tableau 4 et Figure 5).

Au sein de la Normandie, les taux d'incidence départementaux étaient hétérogènes pour les différents sérogroupes, notamment pour le séro-groupe B avec un taux d'incidence le plus élevé dans la Manche (1,2 pour 100 000 habitants) et le plus bas dans l'Eure et la Seine-Maritime (0,3 pour 100 000 habitants chacun) (Tableau 4).

**Tableau 4 : Nombre annuel de cas et taux d'incidence d'IIM déclarés par séro-groupe et départements normands, données SO 2025**

	Total IIM		IIM B		IIM C		IIM W		IIM Y	
	N	Taux d'incidence	N	Taux d'incidence	N	Taux d'incidence	N	Taux d'incidence	N	Taux d'incidence
Calvados	9	1.24	7	0.98	0	0	1	0.13	1	0.13
Eure	7	1.18	2	0.31	0	0	1	0.18	4	0.69
Manche	10	1.94	6	1.17	0	0	2	0.33	2	0.44
Orne	4	1.69	3	1.24	0	0	1	0.45	0	0.00
Seine-Maritime	10	0.78	4	0.31	0	0	4	0.32	1	0.08
Total	40	1.18	22	0.66	0	0	9	0.26	8	0.23

**Figure 5 : Taux d'incidence standardisé pour 100 000 habitants des cas déclarés par département pour l'ensemble des IIM, Normandie, données SO 2025**



## Prévention dans l'entourage des cas

Les informations sur la chimioprophylaxie dans l'entourage ont été documentées pour l'ensemble des cas d'IIM. Une chimioprophylaxie en collectivité a été nécessaire pour 21 cas d'IIM (52%). Parmi les 17 cas de sérotype vaccinal (A, C, W, Y), une vaccination a été recommandée dans l'entourage proche de 13 cas (76%) et en collectivité pour 4 cas (24%). Ces données sont à interpréter avec précaution car elles ne sont pas systématiquement rapportées dans la fiche de notification.

## Discussion

### IIM B

En 2025, 40 cas d'IIM B ont été déclarés (+ 54 % par rapport en 2024).

Le taux d'incidence des IIM B était le plus élevé chez les moins de 1 an, diminuait entre 5 et 14 ans pour ensuite remonter chez les 15-24 ans, même s'il restait inférieur à celui des nourrissons de moins d'un an. Ce deuxième pic d'infection est à mettre en relation avec le portage pharyngé des méningocoques qui est plus fréquent chez les jeunes adultes

Les résultats d'études d'impact et d'efficacité en vie réelle ont montré la diminution rapide des IIM B avec la vaccination 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 l'introduction du 4CMenB chez les nourrissons [2]. Les études en vie réelle ont confirmé l'efficacité élevée des vaccins contre le méningocoque B, estimée à environ 75 à 80 % pour le schéma complet avec 3 doses [3-4].

Cependant les données épidémiologiques en France en 2024 montrent que le risque d'IIM B persiste chez les très jeunes enfants. Il est important de poursuivre les actions visant à promouvoir la vaccination des nourrissons afin de les vacciner le plus tôt possible et d'assurer la complétude du schéma vaccinal. Le rappel à 12 mois doit être administré sans délai, car il est essentiel pour conférer une protection durable pendant les premières années de vie.

## IIM C

Les taux d'IIM C se maintiennent à des niveaux faibles voire nuls depuis 2022. La couverture vaccinale élevée chez les nourrissons et l'immunité de groupe obtenue en population grâce à la vaccination contre le méningocoque C permet une diminution de la circulation du méningocoque C.

## IIM W et Y

Les IIM W et Y ont présenté des niveaux d'incidence bien plus élevés depuis 2023 par rapport à la période pré pandémique [5-6]. Ces sérogroupes affectent différentes classes d'âges. Les IIM W sont associées depuis plusieurs années à une létalité élevée pouvant refléter des présentations cliniques plus sévères ou être liées à des tableaux cliniques atypiques pouvant conduire à un retard au diagnostic. Le CNR a décrit l'augmentation des formes atypiques des IIM W et des IIM Y avec une létalité plus élevée pour les pneumonies bactériémiques ou les présentations abdominales [6].

La vaccination par les vaccins ACWY a récemment été introduite dans le calendrier vaccinal et il sera important de suivre l'évolution de la situation des IIM W et Y suite à ces nouvelles recommandations. Depuis le 1er janvier 2025, la vaccination par les vaccins ACWY est obligatoire pour les nourrissons et recommandée aux adolescents âgés de 11 à 14 ans avec un rattrapage jusqu'à 24 ans. Il existe également des recommandations spécifiques de vaccination pour les personnes ayant des facteurs de risque ou dans les situations de cas groupés, d'épidémie ou de foyer d'hyperendémie.

## Conclusion

L'épidémiologie des IIM en 2024 montre une situation préoccupante avec le nombre de cas le plus élevé depuis 2010. Les IIM B restaient majoritaires et les IIM W et Y ont continué à progresser.

L'obligation vaccinale des nourrissons introduite en janvier 2025 pour la vaccination contre le méningocoque B et les vaccins ACWY devrait permettre de prévenir un plus grand nombre de cas chez les jeunes enfants.

De plus, la vaccination ACWY, recommandée aux adolescents et aux jeunes adultes jusqu'à 24 ans, est essentielle pour diminuer le portage des méningocoques vaccinaux chez les jeunes adultes et ainsi protéger indirectement les autres classes d'âge affectées par les IIM W et Y.

Les données de surveillance permettront de suivre l'impact des nouvelles recommandations de vaccination. Il est également important de maintenir une surveillance réactive pour détecter les regroupements spatio-temporels d'IIM pouvant conduire à des actions de vaccination ciblées

## Références

- [1] Santé publique France. Bulletin de santé publique Vaccination en Normandie, avril 2025.
- [2] 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
- [3] 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
- [4] 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
- [5] Loenenbach AD, van der Ende A, de Melker HE, Sanders EAM, Knol MJ. The Clinical Picture and Severity of Invasive Meningococcal Disease Serogroup W Compared With Other Serogroups in the Netherlands, 2015-2018. *Clin Infect Dis*. 2020;70(10):2036-44
- [6] Taha S, Deghmane AE, Taha MK. Recent increase in atypical presentations of invasive meningococcal disease in France. *BMC Infect Dis*. 2024;24(1):640

## Remerciements

La surveillance des infections invasives à méningocoque est coordonnée par Santé publique France et le Centre National de Référence des méningocoques et *Haemophilus influenzae*.

Nous remercions vivement les partenaires de la surveillance des infections invasives à méningocoque :

- les médecins et biologistes contribuant à la déclaration des cas et à l'envoi de prélèvements au CNR,
- les Agences régionales de santé

### Équipe DMI-meningo

Mireille Allemand, Anne-Sophie Barret, Christine Campese, Anna Maisa, Isabelle Parent du Châtelet, Yann Savitch, Laura Zanetti

### CNR Méningocoques et *Haemophilus influenzae*

Muhamed-Kheir Taha, Ala-Eddine Deghmane

## Rédaction

Stéphane Erouart, Zélie Oger, Valentin Courtillet

## Relecture

Mélanie Martel, Jean Philippe Leroy

**Pour nous citer** : Les infections invasives à méningocoque en Normandie en 2025. Édition Normandie. Mai 2026. Saint-Maurice : Santé publique France, 10p, 2026.

**Directrice de publication** : Caroline Semaille

**Date de publication** : 4 juin 2026

**Contact** : presse@santepubliquefrance