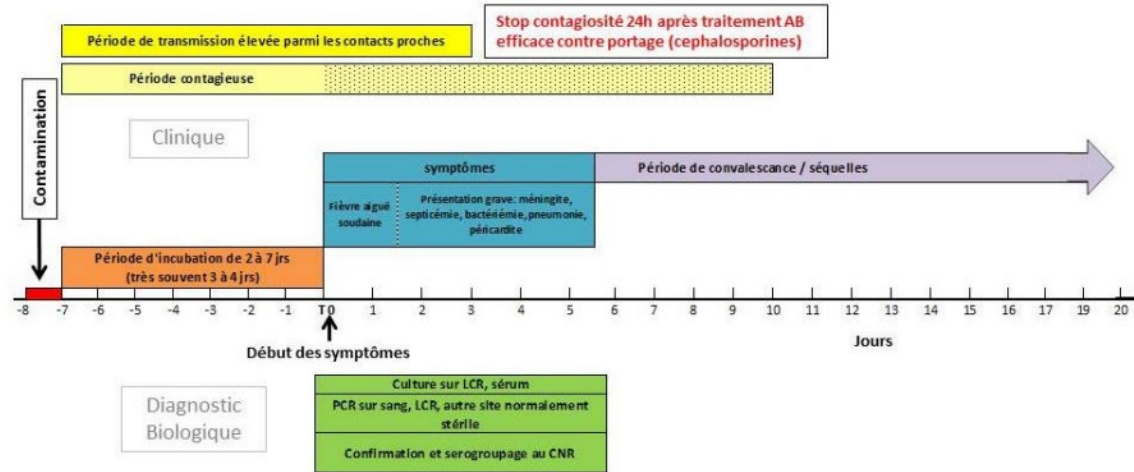




Traitement hospitalier :

Antibiotique	Dose/jour	Administration
Ceftriaxone	75 mg/kg	1 ou 2 perfusions
Cefotaxime	200 mg/kg	4 perfusions ou en continue

Dose maximale enfant : Céfotaxime = 12 g/j ; Ceftriaxone = 4 g/j.

Antibioprophylaxie des sujets contacts :

La stratégie est bien codifiée dans l'INSTRUCTION N°DGS/SP/2018/163 du 27 juillet 2018 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque : [Lien](#)

Prévention primaire : LA VACCINATION

➤ Les vaccins « Méningocoque » B et ACYW sont obligatoires pour les nourrissons depuis le 1er janvier 2025 (calendrier vaccinal 2025).

➤ En outre, en raison de la situation épidémiologique exceptionnelle observée en 2024-2025, un rattrapage vaccinal transitoire des enfants est proposé :

- Bien que non officiellement recommandée, la vaccination contre le méningocoque B est remboursée pour les 15-24 en rattrapage.

Il existe par ailleurs des indications spécifiques pour des populations bien ciblées :

- Déficit en fraction terminale du complément.
- Traitement anti-complément C5a (Eculizumab, Ravulizumab).
- Porteur d'un déficit en properdine.
- Splénectomisé ou asplénie fonctionnelle.
- Greffés de cellules souches hématopoïétiques.

Références :

- Info-antibio N°82: Aout 2018 [Lien](#)
- Sciensano fiche méningocoque 2020 : [Lien](#)
- Décret du 5 juillet 2024 : [Lien](#)
- Les infections invasives à méningocoque en France en 2024 SPF : [Lien](#)
- Calendrier des vaccinations 2025 : [Lien](#)
- HAS : IIM recommandations vaccinales actualisées mars 2025 : [Lien](#)
- Infections à méningocoques Maladies Infectieuses et Tropicales E. Pilly 2025 p 416-422
- Infovac mai 2025 : [Lien](#)



Action prévention

Version 2 – Juillet 2025

MENINGOCOQUE



Document pour les professionnels de santé en ES et en EMS.

Vaccination	ACYW	B
Avant 12 mois		
De 12 à 24 mois		
Jusqu'au 5^e anniversaire		
De 5 à 11 ans		
De 11 à 14 ans		
De 15 à 24 ans (rattrapage)		



Pathogène :

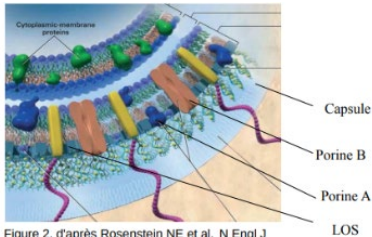
Neisseria meningitidis : diplocoque à Gram négatif aérobic, très fragile, ne survivant pas dans le milieu extérieur.

Grande diversité de souches :

Micro-organisme encapsulé comportant une capsule polysaccharidique de surface qui détermine le groupe (au nombre de 13).

Les principaux étant les séro-groupes majeurs ou invasifs A, B C, W135 et Y avec une répartition différente selon les régions géographiques. Ils sont responsables de 90% des infections invasives à méningocoque (IIM).

Le séro-type est déterminé par des protéines de la membrane externe de type porine B (PorB). Il existe des séro-sous-types déterminés par les protéines porine A (PorA).



Mode de contamination :

Réservoir humain (portage pharynx).

Transmission interhumaine par voie aérienne par les gouttelettes émises par les malades ou les porteurs sains.

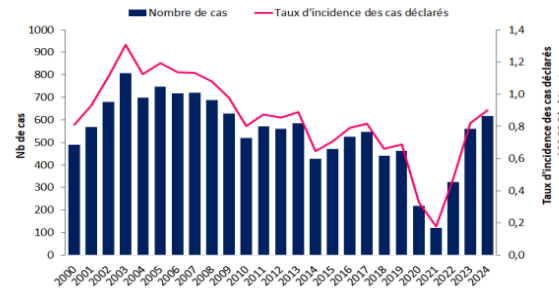
Le risque de transmission augmente avec la durée de l'exposition : **risque significatif pour un contact de moins d'un mètre et de plus d'une heure en face à face.**

Epidémiologie : Les chiffres clés



Recrudescence des IIM depuis 2022 probablement en lien avec la reprise de la transmission dans une population avec une immunité diminuée par la moindre exposition pendant la période COVID-19. En 2024, 616 cas d'IIM ont été déclarés en France (+10 % par rapport à 2023). Il s'agit du plus grand nombre de cas déclarés depuis 2010.

Figure 1. Nombre de cas et taux d'incidence annuels des cas déclarés d'infections invasives à méningocoque, France, 2000-2024



La part des différents séro-groupes était équivalente à 2023 : 269 IIM B (45 % des cas de sérogroupe connu), 166 IIM W (28 %), 141 IIM Y (24 %) et 12 IIM C (2 %).

- **IIM B** : taux d'incidence plus élevés chez les nourrissons et jeunes enfants de 1 à 4 ans, et dans une moindre mesure chez les jeunes adultes de 15-24 ans. Comparativement à la période pré-pandémique (2016-2019), le nombre de cas d'IIM B a baissé chez les nourrissons âgés 6 à 23 mois. Le risque d'IIM B reste élevé dans cette classe d'âge chez les enfants non vaccinés, ce qui incite à poursuivre les actions pour améliorer la couverture vaccinale contre le méningocoque B des nourrissons.
- **IIM W et Y** : taux d'incidence plus élevés chez les nourrissons et les personnes âgées (≥ 80 ans).
- **IIM C** : à des niveaux très faibles, du fait de la couverture vaccinale élevée des nourrissons contre le méningocoque C et de l'immunité de groupe.
- Augmentation des IIM chez les personnes âgées, principalement en lien avec les sérogroupe W et Y.

Physiopathologie :

Portage pharyngé fréquent (5 à 10% de la population à un instant T), le plus souvent un seul clone à la fois.

A l'occasion de portages successifs de ≠ souches, le sujet développe des anticorps spécifiques de ces souches dans les 10 jours.

Rarement évolution vers des IIM par translocation de la muqueuse vers le sang, multiplication dans le sang et traversée de la barrière hémato-méningée.

Symptômes :

- **Méningite isolée** dans 45% des cas le plus souvent tableau brutal et clinique franche (céphalées fébriles, raideur de nuque, vomissements en jet, phono-photophobie).



Vigilance sur les formes atypiques : virose banale, nourrisson hypotherme, hypotonique ...

- **Méningococcémie aiguë** 30% des cas, associée à une méningite, 25% forme isolée sans méningite. Tableau avec fièvre, frissons, arthralgies et purpura vasculaire (30 à 75% des cas). Dans 20% des IIM, le purpura devient extensif (fulminant) et est associé à un choc septique. **C'est une urgence médicale** nécessitant l'administration très rapide d'une antibiothérapie par C3G.

Prise en charge pré-hospitalière d'une IIM:

Antibiotiques	Posologie – Mode d'administration	
	Adulte	Nourrisson et enfant
	De préférence avec la forme IV (sans lidocaïne) ou à défaut voie IM	
Ceftriaxone	1g	50 mg/kg sans dépasser 1g
Céfotaxime	1g	50 mg/kg sans dépasser 1g

Diagnostic : il est clinique

Examens complémentaires :

- Hémocultures.
- Ponction lombaire (sauf CI : troubles hémostases, instabilité hémodynamique, purpura fulminant)
- Ou prélèvement cutané d'une lésion purpurique voire prélèvement d'un autre site (articulaire, pleural...).
- Examen direct après coloration de Gram.
- Mise en culture.
- PCR.

Maladie à DO