

Méningocoque B dans le Kent : beaucoup de questions, quelques réponses... et une leçon de santé publique. Après l'annonce par les autorités anglaises d'une épidémie d'infections invasives à méningocoque B dans le Kent, les questions sur le sujet affluent à InfoVac, parfois plus d'une trentaine par jour.

Premier point : où en est l'épidémie ? À ce jour, la source officielle la plus récente de l'UKHSA rapporte, en mars 2026, **21 cas** liés à l'épisode de Canterbury/Kent, dont 20 cas confirmés d'infection invasive à méningocoque B et 1 cas probable : **2 décès** ont été rapportés. Les cas concernent exclusivement des **jeunes adultes**, avec un **âge médian de 19 ans**. La plupart sont des étudiants de l'Université du Kent ou des élèves de *sixth form* des établissements locaux. Ce profil d'âge n'a rien de surprenant. Les infections invasives à méningocoque sont particulièrement fréquentes au cours des **deux ou trois premières années de vie**, puis leur incidence diminue avant de remonter à l'adolescence et chez l'adulte jeune (AJA) en particulier entre **15 et 25 ans**. Il ne s'agit pas d'un second pic aussi marqué que chez le nourrisson, mais plutôt d'un **dôme épidémiologique** : sur l'ensemble des AJA, le nombre des cas est aussi important que chez les jeunes enfants.

Deuxième point : tous les vaccins anti-méningococciques ne se ressemblent pas.

- Les vaccins **MenACWY** (Menquadfi®, Menvéo®, Nimenrix®) dirigés contre la capsule de ces méningocoques, sont remarquablement efficaces, se rapprochant de 100% pour les sérogroupes C, W et Y, avec une protection durable, probablement d'au moins une dizaine d'années. Surtout, ils réduisent le **portage pharyngé**. Or les adolescents et les jeunes adultes constituent le principal réservoir des méningocoques. Vacciner largement cette tranche d'âge permet donc non seulement de protéger les vaccinés, mais aussi de diminuer la circulation bactérienne et d'induire un **effet de groupe majeur**.

- Les vaccins contre le **méningocoque B**, Bexsero® et Trumenba® (ce dernier uniquement pour les ≥ 11 ans) sont d'une autre nature : ils ne sont pas dirigés contre la capsule mais contre des protéines sous capsulaires et ils ne couvrent pas toutes les souches B circulantes. En France, selon les données du Centre national de référence, la couverture estimée des souches invasives par les deux vaccins disponibles est globalement de l'ordre de **75 à 85 %**, selon les périodes. La souche impliquée dans l'épidémie anglaise est heureusement **bien couverte** par les deux vaccins disponibles. En revanche, la durée de protection est **plus courte** que celle des vaccins MenACWY et, surtout, ces vaccins **n'ont pas d'effet démontré sur le portage**. En d'autres termes, ils protègent l'individu, mais **n'interrompent pas la transmission**.

Troisième point : les Anglais ont été les 1^{ers} à introduire la vaccination contre le méningocoque B, avec **Bexsero®**, mais uniquement chez les nourrissons. Ils ont ainsi démontré en vie réelle son excellente efficacité. Ils recommandent aussi la vaccination ACYW chez le nourrisson et l'adolescent, en revanche, ils n'ont pas mis en place de stratégie vaccinale ciblant les **adolescents et les jeunes adultes**. Il est difficile de ne pas y voir l'une des explications de la brutalité de l'épisode observé aujourd'hui.

Quatrième point : et en France ? Les vaccinations contre les méningocoques **ACWY** et **B** sont désormais intégrées dans le calendrier vaccinal et **obligatoires pour les nourrissons et les jeunes enfants**. Les vaccins **ACWY** sont par ailleurs recommandés en début d'adolescence. Pour le **méningocoque B**, la vaccination des **15–24 ans** est remboursée, mais sans vraie recommandation, d'où l'absence d'une dynamique : **le vaccin est disponible, remboursé, la population cible est connue, et pourtant la couverture vaccinale reste dérisoire, inférieure à 3%**. Les raisons sont bien connues : peu de contacts des adolescents avec le système de soins, vaccination rarement proposée lors de ces contacts, quasi-absence de communication publique visible, et, parfois aussi, tout simplement, peur des piqûres.

Au total, l'épidémie du Kent ne dit pas seulement quelque chose sur l'Angleterre. Elle nous rappelle surtout qu'en matière de méningocoque B, disposer d'un vaccin ne suffit pas. Lorsqu'un vaccin protège l'individu mais n'a pas d'effet sur la transmission, une couverture vaccinale très faible chez les AJA laisse la porte ouverte à des épisodes groupés parfois brutaux. Autrement dit : **un vaccin qu'on ne propose pas, qu'on ne recommande qu'à demi-mot, ou qu'on rembourse dans l'indifférence, reste un vaccin théorique. Nous ne sommes pas à l'abri d'une épidémie comme dans le Kent.**

A la question, doit-on vacciner les enfants et adultes qui vont séjourner en Angleterre ? Oui !!! S'ils sont dans les âges où ces vaccins sont recommandés ou remboursés en France. Non !!! Pour les autres... notre calendrier vaccinal est bon, il faut juste l'appliquer et demander que les vaccins contre le B ne soient pas seulement remboursés mais recommandés et qu'ils bénéficient d'une promotion par les autorités.

Rappelons que la prévention immédiate des cas secondaires autour d'un cas avéré repose sur l'antibioprophylaxie administrée le plus tôt possible et dans les 10 jours suivant l'hospitalisation du cas contact. Elle repose sur la Rifampicine en 2 prises par jour pendant 48h. En cas d'allergie, les alternatives sont la ceftriaxone ou la ciprofloxacine en dose unique.

[Cliquez ici](#) pour avoir accès aux questions-réponses les plus fréquentes sur la vaccination contre les méningocoques

Robert Cohen, Isabelle Hau, Didier Pinquier, François Vie le Sage, Cécile Janssen, Georges Thiebault, Pierre Bakhache, Christophe Batard, Pierre Begué, Marie-Aliette Dommergues, Véronique Dufour, Joël Gaudelus, Maeva Lefebvre, Anne-Sophie Romain, Franck Thollot, Catherine Weil-Olivier, Odile Launay, Hervé Haas.