

AVIS

relatif à la mise à signalement obligatoire des cas d'infection invasive à *Haemophilus influenzae*

6 février 2026

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a reçu une saisine de la Direction générale de la santé (DGS) en date du 16 juin 2025 (voir [annexe 1](#)) lui demandant d'actualiser la conduite à tenir autour d'un cas d'infection invasive à *Haemophilus influenzae* ou lors de cas groupés, notamment la définition des personnes contacts et les indications d'antibioprophylaxie. Dans cette saisine, le HCSP est également interrogé sur la pertinence d'une inscription des infections invasives à *Haemophilus influenzae* sur la liste des maladies à signalement obligatoire¹ devant faire l'objet d'une transmission de données individuelles à l'autorité sanitaire mentionnée à l'article L 3113-1 du code de la santé publique (CSP)².

Afin de répondre à cette saisine, le HCSP a mis en place un groupe de travail (GT) *ad hoc* composé d'experts du HCSP ainsi que d'experts extérieurs comprenant des représentants de Santé publique France (SpF), du Centre national de référence (CNR) des Méningocoques et *Haemophilus influenzae*, de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et de la Haute Autorité de santé (HAS) : voir [annexe 2](#).

Deux avis distincts ont été élaborés pour présenter les recommandations du HCSP en réponse au commanditaire :

- Un avis relatif à la prophylaxie autour de cas d'infection invasive à *Haemophilus influenzae* (IIHi) qui détaille l'ensemble des données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et les mesures préventives.
- Ce présent avis, volontairement synthétique, ciblant spécifiquement la réponse à la question sur la pertinence d'une mise à signalement obligatoire (MSO) de ces infections.

Au niveau international, plusieurs pays dont l'épidémiologie des IIHi est comparable à celle observée en France, en termes de fardeau d'une part et de modification de la répartition des souches d'autre part, disposent déjà d'un dispositif de déclaration obligatoire de cette maladie. Ce constat ainsi que les données de la littérature ont guidé le HCSP pour analyser les critères d'inscription des cas d'IIHi sur la liste des MSO et répondre ainsi à la saisine. Les recommandations formulées résultent d'un consensus d'experts

¹ Dispositif actuellement en cours d'évolution vers une dématérialisation de la procédure de signalement.

² [Section 1 : Données et modalités de transmission à l'autorité sanitaire \(Articles R3113-1 à R3113-7\) - Légifrance](#)

Recommandations du Haut Conseil de la santé publique

Au regard de l'épidémiologie actuelle des infections invasives à *Haemophilus influenzae* (Hi) et des critères d'inscription d'une maladie sur la liste des maladies à signalement obligatoire (MSO) [1], le HCSP recommande :

- L'inscription des IHi sur la liste des MSO sur l'ensemble du territoire national ce qui permettra :
 - Une meilleure connaissance de l'épidémiologie de la maladie à l'ère post-vaccinale, notamment les souches d'Hi circulantes et responsables d'infections invasives.
 - Une actualisation des données sur l'incidence et le fardeau de ces infections.
 - L'identification de cas groupés aux fins de mettre en œuvre les mesures de gestion adaptées.
 - Une meilleure maîtrise des mesures de prévention de ces infections en milieu professionnel (établissements de santé et établissements sociaux et médico-sociaux).
- Une mise en place sans délai de l'inscription sur la liste des MSO des souches typables d'Hi (relevant d'une antibioprophylaxie pour les contacts éligibles) et aussi rapide que possible des souches non typables (justifiant d'un suivi épidémiologique) en soulignant le bénéfice attendu à cet égard de la dématérialisation de la procédure de signalement.
- Une réévaluation de la pertinence de ces recommandations dans un délai de 5 ans après leur mise en œuvre, à la lumière des données épidémiologiques recueillies par le signalement obligatoire de ces infections et le typage des souches.

Éléments de contexte pris en compte par le HCSP

1. La bactérie

Haemophilus influenzae, petit coccobacille Gram négatif, est une bactérie exclusivement humaine, commensale des voies aériennes supérieures, et dans une moindre mesure de la conjonctive et du tractus urogénital, et transmissible par voie aérienne.

Le typage capsulaire permet de décrire six types, de Hi de sérotype a (Hia) à Hi de sérotype f (Hif), et de différencier des Hi non capsulés dits « non typables » (Hi-NT).

Le caractère invasif de cette bactérie est lié essentiellement à la capsule polysaccharidique. Pour les souches non capsulées, le caractère pathogène serait porté par différents facteurs de virulence (notamment adhésines, protéases, et protéines favorisant l'élaboration d'un biofilm).

2. Les caractéristiques cliniques de la maladie

- **Infections invasives à *Haemophilus influenzae*.**

La forme prédominante de ces infections est une bactériémie isolée, confirmée par au moins une hémoculture positive. On retrouve également des méningites, pouvant être compliquées d'abcès intracrâniens, d'hydrocéphalie, d'épanchement sous dural, d'empyème ou de ventriculite. Les pneumonies, dites invasives lorsqu'elles sont associées à une bactériémie, sont des formes fréquentes, en particulier chez les personnes âgées.

Plus rarement, ces infections se manifestent par des arthrites septiques, des cellulites et des épiglottites. De très rares cas de péricardite et d'ostéomyélite ont été décrits et des cas de *purpura fulminans* ont été rapportés.

Les IHI peuvent provoquer des complications graves et être à l'origine de séquelles importantes. La létalité rapportée en France pour Hib est de 2 à 4 % [2] mais est plus élevée pour l'ensemble de ces infections d'après les données de la littérature (entre 5 et 12,8 % selon les souches) [3].

Les infections invasives liées aux sérotypes capsulés non-b sont plus rares en France.

Les infections invasives à souches non capsulées s'observent majoritairement chez les sujets âgés et comorbides.

Les facteurs de risque d'IHI sont présentés en [annexe 3](#).

- **Infections non invasives à *Haemophilus influenzae*.**

Les infections non-invasives, majoritairement représentées par les infections localisées au niveau des voies respiratoires (sinusites, otites moyennes, bronchites et pneumonies, ...), sont essentiellement dues à des souches non typables.

Hi peut coloniser le tractus génital et donner ainsi des infections urogénitales (salpingite, endométrite, bartholinite) d'où la possibilité d'une transmission mère-enfant.

3. Le diagnostic bactériologique

Les prélèvements permettant le diagnostic d'infection invasive à Hi doivent être orientés par la présentation clinique. Il s'agit essentiellement des hémocultures, du liquide cérébro-spinal, du liquide pleural ou articulaire et d'autres liquides de ponction.

Le diagnostic repose essentiellement sur la culture ou sur l'amplification génique³.

³ Tests PCR (*Polymerase Chain Reaction*) spécifiques ou kits de PCR multiplexées syndromiques (dont ceux appliqués au diagnostic des méningites avec détection de Hi).

Le typage capsulaire repose en France quasiment exclusivement sur le CNR appliquant la technique traditionnelle de sérotypage (agglutination sur lame à l'aide d'antisérums spécifiques des 6 sérotypes d'Hi).

4. Le traitement et les mesures préventives

- **Antibiotiques** recommandés en traitement de première intention :
 - Infections ORL/respiratoires : amoxicilline seule ou associée à l'acide clavulanique selon l'antibiogramme.
 - Méningites et infections invasives : céphalosporines de 3^{ème} génération injectables.
 - Prophylaxie des sujets contact de patients avec une IHI : rifampicine.
- **Vaccination contre Hib** : introduite dans le calendrier vaccinal en 1993 et obligatoire pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018, cette vaccination reste essentielle pour protéger les nourrissons pendant les premiers mois de vie. Les schémas de primo-vaccination et de rappel sont basés sur l'administration de vaccins combinés associant plusieurs valences (diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, et hépatite B) [4].
- **Mesures non pharmaceutiques** : la place de ces mesures est primordiale dans la prévention des maladies infectieuses à transmission respiratoire. Ces mesures sont présentées dans trois référentiels rédigés par la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H) en 2024 [5] et par le HCSP en 2012 et 2022 [6,7].

5. L'épidémiologie des infections invasives à *Haemophilus influenzae*

Une présentation détaillée de l'ensemble des données disponibles figure dans l'avis du HCSP relatif à la prophylaxie autour de cas d'IHI.

5.1 Avant la mise en place d'une vaccination de routine contre Hib

Dans de nombreux pays, le sérotype b était la principale cause des infections invasives, celles-ci survenaient dans plus de 90 % des cas chez des enfants âgés de moins de 5 ans, principalement âgés de moins d'un an [8].

En France, en 1991-1992, l'estimation de l'incidence annuelle était de 1 000 cas d'IHI. La moitié des cas était des méningites (environ 490 cas par an) dont la majorité (93 %) survenait chez des enfants de moins de 5 ans [9].

5.2 À la suite de l'introduction de la vaccination contre Hib

- **En France.**

En France, l'incidence des méningites à *Haemophilus influenzae* chez les enfants de moins de 5 ans a considérablement diminué, avec une baisse de 96 % de l'incidence entre 1991-1992 et 1996-2008 [9].

Depuis le début des années 2000, les données de surveillance montrent une augmentation du nombre de cas d'infections à Hi avec un rebond notable de leur incidence en 2023 et 2024. Cette augmentation est principalement liée aux souches Hi-NT, majoritaires parmi les infections

survenant chez les personnes âgées, ainsi qu'aux souches capsulées (Hib, Hia) observées chez les jeunes enfants entre 2018 et 2024 [10].

- **En Europe**

Selon les dernières données de l'ECDC [3], le taux de notification des IHI était de l'ordre de 1,2 cas pour 100 000 personnes en 2023. Les souches de Hi-NT représentaient 81 % des cas *versus* (6 %) pour Hif, (5 %) pour Hib, (4 %) pour Hie et (2 %) pour Hia.

Des études détaillées par pays rapportent l'émergence de Hi-NT dans les cas d'infection invasive, en particulier chez le nourrisson de moins d'1 an et chez le sujet âgé.

- **Dans le reste du monde**

En Amérique du Nord, l'augmentation à l'ère post-vaccinale de l'incidence des IHI est attribuée à l'émergence de Hia et à l'augmentation de Hi-NT (chez l'enfant de moins de 1 an et le sujet de plus de 65 ans).

En Amérique du Sud, les données disponibles montrent également une prédominance de Hi-NT dans les IHI. Parmi les souches capsulées, Hia et Hib sont les plus fréquemment observées.

- **Cas groupés en France et dans le reste du monde**

Les cas groupés d'IHI semblent peu fréquents avec peu d'épisodes rapportés dans la littérature scientifique, ce qui est en faveur d'un faible taux d'attaque secondaire dans l'entourage direct d'un cas. Le risque pourrait être plus élevé pour les personnes ayant des facteurs de risque d'IHI.

Par ailleurs, il existe peu de données à ce jour sur les cas groupés liés aux Hi capsulés non-b ou à Hi-NT [11].

À l'ère post-vaccinale, les données de la littérature montrent une évolution significative de l'épidémiologie des infections invasives à *Haemophilus influenzae* avec notamment l'émergence des souches non typables chez le sujet âgé.

En France, les données de surveillance de 2017 à 2025 font apparaître une prépondérance des infections invasives à souche non typables, en particulier chez le sujet âgé (Figures 1 et 2).

Les cas groupés sont rares.

Figure 1 : Taux d'incidence des cas d'infections invasives à *H. influenzae* par année d'âge en 2025 (CNR)

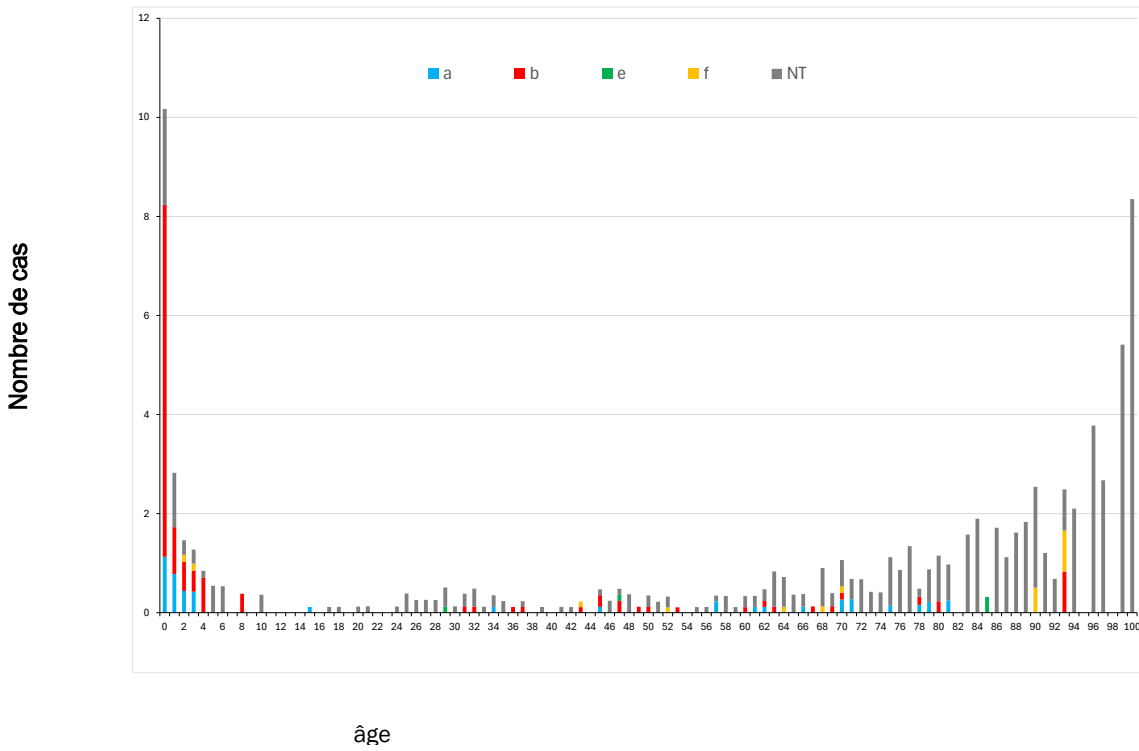
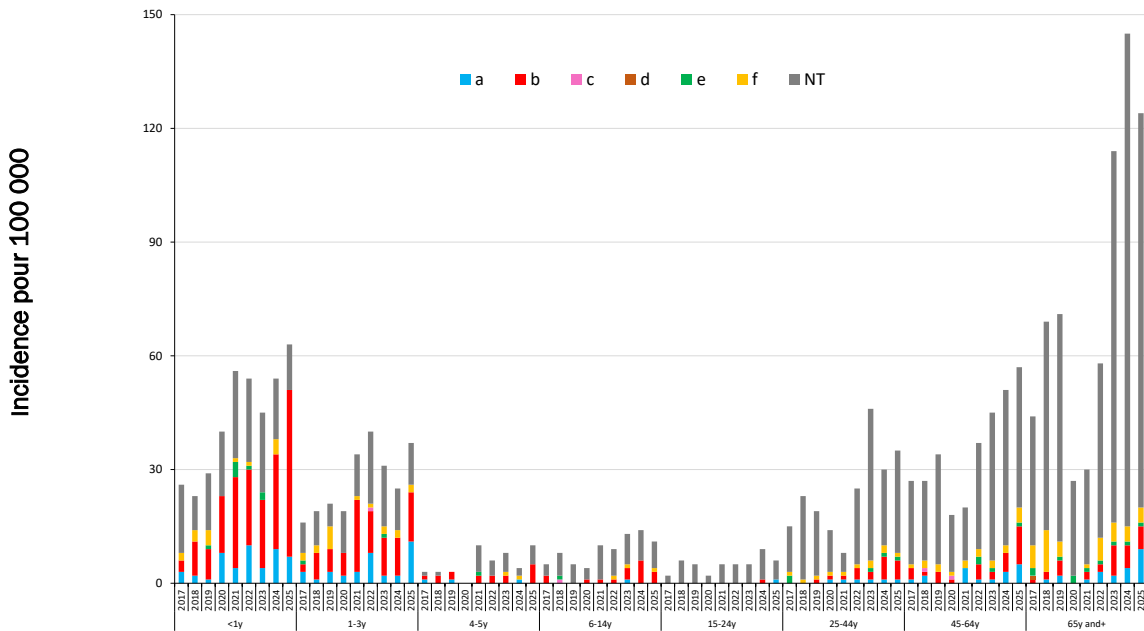


Figure 2 : Nombre de cas d'infections invasives à Hi 2017-2025 selon les groupes d'âge (CNR)



6. Critères d'inscription sur la liste des maladies à signalement obligatoire

L'inscription d'une maladie sur la liste des maladies à signalement obligatoire (MSO) traduit la volonté des autorités sanitaires de disposer d'informations sur cette maladie afin de préserver la santé de la population et repose sur des critères tant de santé publique que de faisabilité [1].

Le HCSP rappelle ci-dessous ces différents critères et précise pour chacun d'eux s'ils s'appliquent ou non aux infections invasives à *Haemophilus influenzae*.

6.1 Critères de santé publique

Les maladies justifiant des mesures exceptionnelles à l'échelon international (peste, choléra, fièvre jaune ou poliomyélite).

Ce critère ne s'applique pas aux infections invasives à Hi :

En effet, la détection de cas d'IIHi ne justifie pas de déclaration immédiate à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans le cadre du règlement sanitaire international (RSI). Aucune mesure exceptionnelle à l'échelon international n'est à mettre en œuvre à la suite de la détection de cas d'IIHi sur un territoire donné.

Les maladies nécessitant une intervention urgente à l'échelon local, régional ou national : leur signalement déclenche des enquêtes, des mesures préventives (infection invasive à méningocoque, diphtérie, tuberculose...) et des mesures correctives pour agir sur la source de contamination (toxi-infection alimentaire collective TIAC, légionellose, etc.).

Ce critère s'applique aux infections invasives à Hi :

En fonction des situations, des mesures préventives sont à prendre en urgence chez les contacts d'un cas lié à une souche capsulée (antibioprophylaxie, mesures non pharmaceutiques) pour éviter la transmission et les cas secondaires.

Par ailleurs, la détection de cas groupés peut justifier la mise en œuvre en urgence de mesures préventives exceptionnelles (collectivités d'enfants ou établissements pour personnes âgées, personnes à risque de forme grave ...).

Les maladies pour lesquelles une évaluation des programmes de prévention et de lutte menés par les pouvoirs publics est nécessaire pour en mesurer l'efficacité et au besoin les adapter (sida, tuberculose, tétanos, rougeole ...).

Ce critère s'applique aux infections invasives à Hi :

Les dernières recommandations françaises d'antibioprophylaxie des sujets contacts ont été publiées en 1992 et ne ciblent que les infections invasives à Hib [7,12].

L'observance de ces mesures n'a pas fait l'objet d'évaluation et l'état des connaissances des professionnels de santé sur ces recommandations n'est pas documenté.

Par ailleurs des échecs vaccinaux à la vaccination Hib sont observés et investigués par les ARS, les CRPV et le CNR. Cependant ils ne font pas l'objet d'un recueil systématisé.

L'intégration des IIHi au dispositif de MSO permettrait de contribuer à l'évaluation de ces points.

Les maladies graves dont il est nécessaire d'évaluer et de suivre la létalité, la morbidité et le risque de séquelles (infection par le VIH quel qu'en soit le stade, légionellose ...).

Ce critère s'applique aux infections invasives à Hi :

Le pronostic grave et la létalité⁴ élevée des infections invasives à Hi justifie la collecte d'informations (séquelles, létalité, cas secondaires, rechutes, récurrences, ...) pouvant être facilitée par le dispositif de MSO.

Les maladies pour lesquelles il existe un besoin de connaissances (maladie de Creutzfeldt-Jakob, mésothéliomes...).

Ce critère s'applique aux infections invasives à Hi :

Les connaissances étant majoritairement basées sur les infections invasives à Hib, une amélioration de la surveillance et de l'analyse des infections liées à d'autres souches d'Hi est requise, la MSO pouvant y aider grandement, notamment pour mieux appréhender l'émergence de nouvelles souches et le fardeau de la maladie à l'ère post-vaccinale.

Les données cliniques et bactériologiques collectées par le CNR peuvent également contribuer à l'amélioration des connaissances sur la maladie et ses caractéristiques.

6.2 Critères de faisabilité

La maladie ne doit pas être trop fréquente pour garantir un bon niveau de notification et permettre une réponse rapide des services déconcentrés.

Ce critère s'applique aux infections invasives à Hi mais des réserves peuvent être exprimées compte tenu du nombre de cas attendu, pouvant être levées :

En France, l'incidence est estimée à 2,3 cas / 100 000 en 2024, soit 1 530 cas en France hexagonale et 47 cas dans les départements et régions d'Outre-Mer (DROM).

Sur ces 1 500 cas annuels, autour de 500 cas à souches capsulées (b et non b) sont attendus ; pour ces dernières, la mise en œuvre de mesures d'investigation et d'intervention urgentes est justifiée (cf. second volet de la saisine). Un tel volume d'activité doit être anticipé pour pouvoir être absorbé par toute la chaîne des intervenants dans le dispositif de surveillance (bactériologistes, cliniciens, agences régionales de santé, SpF).

⁴ Proportion de décès liées à une pathologie.

Pour les 1 000 cas environ liés à des souches Hi-NT, la MSO pourrait représenter un volume significatif de données à recueillir par les professionnels de santé et à traiter sachant que les procédures de traitement des MSO ne sont pas actuellement dématérialisées. Toutefois du fait de l'absence d'indication d'antibioprophylaxie, dans ces situations, l'enquête autour de ces cas pourrait être différée.

En outre, d'une part, certains pays ont déjà mis en place la surveillance de toutes les IiHi sans différencier les souches et d'autre part, la remontée de quasiment tous les prélèvements au CNR (pour typage) est une bonne opportunité pour collecter des informations qui existent déjà dans la fiche accompagnant l'envoi du prélèvement

La dématérialisation des MSO, qui débutera en 2026 et devrait se déployer dans les 3 ans à venir, pourrait permettre apporterait des conditions plus favorables à l'élargissement du périmètre de la MSO aux infections invasives à souches non typables.

La disponibilité d'une définition ou d'une classification des cas simple et spécifique pour que la déclaration soit facile.

Ce critère s'applique aux infections invasives à Hi :

Des définitions de cas ont déjà été élaborées au niveau européen [3] et à l'international [13,14].

[L'annexe 4](#) présente les définitions détaillées par pays des infections invasives à *Hi* et les critères de déclaration obligatoire pour chacun.

Cet avis propose une définition simple des cas d'infection invasive à *Haemophilus influenzae*.

La MSO doit être acceptée par le milieu médical et par la société.

Ce critère s'applique aux infections invasives à Hi :

Aucune difficulté de la part de la filière de soins n'est anticipée au regard de la bonne acceptation de la MSO pour d'autres maladies comportant des similitudes avec les IiHi, comme les infections invasives à méningocoque : proximité de la pathogénie, de la prophylaxie et de la vaccination.

L'acceptabilité pourrait être d'autant plus importante que le signalement obligatoire devrait aider à identifier les cas groupés, à prévenir d'autres cas par des mesures appropriées et à mieux évaluer le fardeau de la maladie.

Le coût de mise en œuvre de la MSO pour les acteurs doit rester proportionné aux enjeux de santé publique que présente la surveillance de la maladie.

Ce critère peut s'appliquer aux infections invasives à Hi sous réserve d'une évaluation plus précise :

Un impact en termes de surveillance et d'investigation est en effet à prévoir au niveau du CNR des méningocoques et *Haemophilus influenzae*, des agences régionales de santé et des agences sanitaires (moyens humains et organisationnels).

7. Critères de notification pour le signalement obligatoire de cas d'infection invasive à *Haemophilus influenzae*

7.1 Définitions des cas

Isolement en culture ou détection par technique moléculaire (amplification génique ou séquençage) d'*Haemophilus influenzae* à partir d'un prélèvement d'un site normalement stérile [liquide cérébro-spinal (LCS), hémoculture, liquide articulaire, liquide pleural...], quels que soient la souche et le tableau clinique.

7.2 Proposition d'éléments à renseigner dans la fiche de signalement.

- Données concernant le malade...
- Facteurs d'exposition avant le début des signes : notion de cas groupés...
- Clinique : date de début des signes cliniques ; comorbidité(s)...
- Antécédent de vaccination contre le Hib, nombre de doses déjà reçues...
- Diagnostic biologique : date de prélèvement et techniques utilisées
- Traitement : antibiotiques prescrits, date de début de traitement...
- Gravité : suivi ambulatoire, hospitalisation, nécessité de réanimation
- Évolution : guérison, décès, séquelles...

Une proposition de fiche de signalement obligatoire des cas d'infection invasive à *Haemophilus influenzae* figure dans l'annexe 5.

Ces critères ainsi que la fiche de signalement devront faire l'objet, d'une concertation entre les différents acteurs, organisée par SpF en vue d'une validation.

Ces recommandations, élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de publication de cet avis, peuvent évoluer en fonction de l'actualisation des connaissances et des données épidémiologiques.

*Avis rédigé par un groupe d'experts, membres ou non du Haut Conseil de la santé publique. Avis minoritaire retracé dans la fiche de traçage des divergences (p. 12)
Validé par vote électronique le 6 février 2026 par la Commission spécialisée « maladies infectieuses et maladies émergentes » : 16 membres qualifiés présents sur 20 membres qualifiés ; aucun conflit d'intérêt signalé, 15 votes pour, 0 vote contre, 1 abstention.*

Fiche de traçage des divergences (TAD)

<p>Saisine sur laquelle porte la divergence (mentionner sa référence)</p>	<p>saisine relative à la mise à signalement obligatoire des infections invasives à <i>Haemophilus influenzae</i></p>
--	--

<p>Position initiale</p>	<p>Expert soutenant cette position :</p>	<p>Emmanuel Grimprel</p>
<p>Section du rapport / ou de l'avis sur lequel porte la divergence : Critères de mise à signalement obligatoire</p>	<p>Je suis réservé sur l'intérêt potentiel de l'inscription des infections invasives à <i>Haemophilus influenzae</i> sur la liste des maladies à déclaration obligatoire.</p> <p>Ces réserves peuvent être déclinées sur les différents critères listés dans le document projet d'avis sur la MSO.</p> <p>Critères de santé publique</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Maladie justifiant des mesures exceptionnelles.</u> <p>Ce critère ne me semble pas rempli pour les infections invasives à <i>Haemophilus influenzae</i>. On observe certes une augmentation récente de ces infections invasives mais elles surviennent dans deux groupes d'âge particulièrement à risque chez le jeune nourrisson et chez les personnes âgées. Les personnes âgées représentant la plus importante partie des cas rapportés. Par ailleurs la majorité de ces infections sont dues des bactéries non typables ou de sérogroupe non b c'est-à-dire ne permettant pas d'envisager une stratégie de protection vaccinale. Il nous reste donc essentiellement à réfléchir sur la prévention des cas secondaires par une antibioprophylaxie dans l'hypothèse où l'on considère que ces bactéries sont invasives et donc potentiellement transmissibles en particulier dans des groupes à risque. Par ailleurs, les données actuelles et celles des autres pays, antérieures aux nôtres ne montrent pas de façon évidente un problème de transmission avec une fréquence élevée de cas secondaires ou de cas groupés. L'ensemble de ces éléments ne me conduit pas à penser qu'une mise en place de mesures exceptionnelles (et je me demande bien lesquelles) serait justifiée.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Maladie nécessitant une intervention urgente.</u> <p>De la même façon, les données épidémiologiques ne me paraissent pas en faveur de la nécessité de mettre en place une intervention urgente. Il n'y a pas d'intervention collective urgente à proposer devant la survenue d'un cas individuel. Et même en cas de cas groupés, ce qui semble être très rare, la survenue de cas secondaires avec transmission inter humaine est encore plus rare.</p> <p>En dehors d'une mesure de protection par antibioprophylaxie, au cas par cas des sujets contacts considérés comme à très haut risque, il n'y a pas de politique ou de stratégie collective évidente à mettre en place.</p> <p>Maladie pour laquelle une évaluation des programmes de prévention et de lutte est nécessaire.</p> <p>Seule la politique de prévention par la vaccination du nourrisson pourrait-être concernée mais aucune modification à ce jour n'est envisagée. La surveillance des infections invasives à <i>Haemophilus influenzae</i> b repose aujourd'hui sur l'activité du CNR, d'EPIBAC et de Santé publique France, ainsi que du réseau de surveillance des méningites pédiatriques. Ces données me semblent suffisantes aujourd'hui pour détecter et analyser une éventuelle modification épidémiologique et le cas échéant, déclencher une enquête. La mise sur la liste de la DO me semble peu à même d'améliorer l'existant</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Maladie grave dont il est nécessaire d'évaluer et de suivre la létalité, la morbidité et le risque de séquelles.</u> <p>Ici encore, je pense que l'état actuel de notre surveillance par le CNR, SpF et les réseaux réponds correctement à la question.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Maladie pour lesquelles il existe un besoin de connaissances. Idem</u> <p>Critères de faisabilité.</p> <p>La maladie ne doit pas être trop fréquente pour garantir un bon niveau de notification.</p> <p>Les données épidémiologiques nous indiquent un nombre supérieur à 1000 cas par an, ce qui est relativement important et une demande de notification à partir des services cliniques et microbiologiques sur le territoire national risquerait d'alourdir la tâche de ces services hospitaliers dans la situation actuelle difficile que rencontre notre système de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Disponibilité d'une définition d'une classification de cas simple et spécifique pour que la déclaration soit facile.</u> <p>Ce critère s'applique correctement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>La déclaration doit être acceptée par le milieu médical et par la société.</u> <p>L'acceptation par le milieu médical me semble problématique dans la situation actuelle de surcharge de notre système de soins et de déficit de financement déjà décrit plus haut.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Le coût de mise en œuvre de la DO doit rester proportionné aux enjeux de santé publique.</u> <p>D'une façon générale, la déclaration par les services de soins et microbiologiques est supposée être intégrée dans l'activité de ces services sans financement et c'est un problème car cela rajoute une tâche à des services surchargés. Imaginer un financement de ces services au niveau national aurait sans doute un coût exorbitant.</p> <p>Compte tenu de ces commentaires et réflexions, je pense que l'inscription des infections invasives à <i>Haemophilus influenzae</i> n'est ni pertinente ni prioritaire aujourd'hui. Outre sa faisabilité qui me semble difficile, l'apport scientifique et épidémiologique me semble peu important au regard des résultats obtenus avec l'organisation actuelle. Une MSO nécessiterait enfin un investissement financier important qu'il me semble plus judicieux d'orienter vers les centres de référence et vers Santé publique France qui assurent tous les deux une excellente surveillance épidémiologique sur le territoire.</p>		
<p>Noms, dates et visas des experts soutenant cette position</p>	NOM	DATE	VISA

Références

1. Santé publique France. Les objectifs de la déclaration obligatoire [Internet]. [cité 10 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-a-declaration-obligatoire/definition-objectifs-criteres-acteurs-de-la-declaration-obligatoire>
2. Santé publique France. Infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b [Internet]. 2025 [cité 19 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/infections-invasives-a-haemophilus-influenzae-de-type-b>
3. European Center for disease prevent and control. *Haemophilus influenzae* disease Annual Epidemiological Report for 2023 [Internet]. [cité 10 oct 2025]. Disponible sur: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/HAEINF_AER_2023_Report.pdf
4. Ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Le calendrier des vaccinations [Internet]. [cité 19 janv 2026]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>
5. Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H). Guide de prévention de la transmission par voie respiratoire [Internet]. [cité 19 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.sf2h.net/publications/guide-de-prevention-de-la-transmission-par-voie-respiratoire.html>
6. Haut Conseil de la santé publique. Rapport du 1er décembre 2022, relatif aux mesures universelles d'hygiène pour la prévention des principales maladies infectieuses dans la population générale. [Internet]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1288>
7. Haut Conseil de la santé publique. Rapport du 28 septembre 2012 relatif à la survenue de maladies infectieuses dans une collectivité. Conduites à tenir. [Internet]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=306>
8. Slack MPE, Cripps AW, Grimwood K, Mackenzie GA, Ulanova M. Invasive *Haemophilus influenzae* Infections after 3 Decades of Hib Protein Conjugate Vaccine Use. *Clin Microbiol Rev.* 16 juin 2021;34(3):e0002821.
9. Georges S, Lepoutre A, Dabernat H, Levy-Bruhl D. Impact of *Haemophilus influenzae* type b vaccination on the incidence of invasive *Haemophilus influenzae* disease in France, 15 years after its introduction. *Epidemiol Infect.* sept 2013;141(9):1787-96.
10. Barret AS, François C, Deghmane AE, Lefrançois R, Mercuriali L, Thabuis A, et al. Increase in invasive *Haemophilus influenzae* type b disease in young children despite high vaccination coverage, France, 2018-2024. *Vaccine.* 30 août 2025;62:127499.
11. Oliver SE, Rubis AB, Soeters HM, Reingold A, Barnes M, Petit S, et al. Secondary Cases of Invasive Disease Caused by Encapsulated and Nontypeable *Haemophilus influenzae* - 10 U.S. Jurisdictions, 2011-2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 14 avr 2023;72(15):386-90.
12. Roure C, Bégué P. La vaccination par le vaccin *Haemophilus influenzae* type b, les recommandations du comité technique des vaccinations. bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 18 du 4 mai 1992. [Internet]. 1992 [cité 20 janv 2026]. Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/1992/18/beh_18_1992.pdf
13. Organisation mondiale de la santé. *Haemophilus influenzae* : Vaccine Preventable Diseases Surveillance Standards [Internet]. [cité 10 oct 2025]. Disponible sur:

<https://www.who.int/publications/m/item/vaccine-preventable-diseases-surveillance-standards-haemophilus-influenzae>

14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Revision of the National Surveillance Case Definition for Invasive *Haemophilus influenzae* Disease. Atlanta, Géorgie : Council of State and Territorial Epidemiologists 2014 [Internet]. [cité 10 oct 2025]. Disponible sur: https://cdn.ymaws.com/www.cste.org/resource/resmgr/2014PS/14_ID_05upd.pdf
15. Commission européenne, santé publique. DÉCISION D'EXÉCUTION (UE) 2018/ 945 DE LA COMMISSION - du 22 juin 2018 - relative aux maladies transmissibles et aux problèmes sanitaires particuliers connexes qui doivent être couverts par la surveillance épidémiologique ainsi qu'aux définitions de cas correspondantes. Disponible sur: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018D0945>
16. UK Health Security Agency. *Haemophilus influenzae*: guidance, data and analysis [Internet]. GOV.UK. 2024 [cité 19 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.gov.uk/government/collections/haemophilus-influenzae-guidance-data-and-analysis>
17. ministère belge chargé de la santé. MATRA - Déclaration obligatoire des maladies transmissibles [Internet]. [cité 19 janv 2026]. Disponible sur: https://matra.sciensano.be/liste_matra.aspx
18. Institut Robert Koch. Falldefinitionen [Internet]. [cité 19 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Meldewesen/Falldefinitionen/falldefinitionen-node.html>
19. Confédération Suisse. Guide de la déclaration obligatoire, maladies infectieuses et agents pathogènes 2025 [Internet]. [cité 19 janv 2026]. Disponible sur: <https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/05/21/31459168-1598-4c04-9fa3-50d31d35140c.pdf>
20. Control AC for D. National Notifiable Diseases Surveillance System (NNDSS) [Internet]. Australian Centre for Disease Control; 2026 [cité 19 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov.au/diseases/surveillance-systems-and-networks/national-notifiable-diseases-surveillance-system-nndss>
21. Canada A de la santé publique du. Définition nationale de cas: Infection invasive à *Haemophilus influenzae* de sérotype b [Internet]. 2019 [cité 19 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/immunisation/maladies-pouvant-etre-prevenues-vaccination/infection-a-haemophilus-influenzae/professionnels/definition-nationale-cas-serotype-b.html>
22. Canada A de la santé publique du. Définition nationale de cas: Infection invasive à *Haemophilus influenzae* de sérotype non-b* [Internet]. 2020 [cité 19 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/immunisation/maladies-pouvant-etre-prevenues-vaccination/infection-a-haemophilus-influenzae/professionnels/definition-nationale-cas-serotype-b/definition-nationale-cas-non-b.html>

Annexe 1 : saisine de la Direction générale de la santé en date du 16 juin 2025



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction générale de la
santé**

SOUS-DIRECTION : CENTRE DE CRISE SANITAIRES
BUREAU : UNITE SURVEILLANCE ET ANTICIPATION DES RISQUES
Affaire suivie par :
Dalia-Louiza Brahimi
Alexandre Descamps

Paris, le 16/06/2025

Mèl. :

dalia-louiza.brahimi@sante.gouv.fr
alexandre.descamps@sante.gouv.fr

La Directrice générale de la santé par intérim

Nos réf. : I-25-008935

à

Monsieur Didier Lepelletier
Président du Haut Conseil de la Santé Publique

Objet : Actualisation des recommandations relatives à la conduite à tenir autour d'un cas d'infection invasive à *Haemophilus influenzae* de type b (et des autres sérotypes)

Haemophilus influenzae est une bactérie à transmission respiratoire, pouvant être responsable de symptômes bénins (sinusite, otite...) comme d'infections invasives graves à type de méningites, épiglottites ou encore septicémies. Le sérotype b, qui est le plus pathogène, affecte classiquement les enfants âgés de moins de cinq ans, avec un risque accru chez les nourrissons âgés de moins d'un an. Malgré la vaccination des nourrissons, Hib continue de circuler dans la population, représentant un risque d'infection pour les enfants non vaccinés ou insuffisamment vaccinés. Au cours de la période 2018-2024, 181 cas d'infections invasives à Hib ont été rapportés en France dont plus de la moitié (109 cas) chez des enfants âgés de moins d'un an. Par ailleurs, une augmentation du nombre d'échecs vaccinaux a été observée au cours de la période 2018-2024, alors que ces échecs étaient auparavant très rares.

Les recommandations actuelles concernant la conduite à tenir autour d'un cas d'infection invasive à *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) se basent sur [l'avis du Haut Conseil de la santé publique \(HCSP\) du 28 septembre 2012](#), ainsi que sur les mesures formulées dans le [Bulletin épidémiologique hebdomadaire \(BEH\) du 4 mai 1992](#).

Les signalements reçus par les ARS et Santé publique France ces dernières années ont mis en lumière des difficultés dans la gestion de certains cas, pour lesquels les recommandations actuelles ne fournissent pas de réponses adaptées et où les recommandations internationales peuvent diverger.

Dans ce contexte, je souhaite que vous mettiez à jour les mesures relatives à la conduite à tenir autour d'un cas, actuellement recommandées au foyer familial et en collectivité, en précisant notamment les éléments suivants :

- La définition des contacts devant recevoir une antibioprophyllaxie ; celle-ci est actuellement recommandée pour l'ensemble des membres du foyer ou des enfants de la même section en collectivités en présence d'enfants de moins de 5 ans non vaccinés ou incomplètement vaccinés pour leur âge, mais la question d'une recommandation systématique indépendamment du statut vaccinal se pose ;

Tél. 01 40 56 60 00
14 avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse dgs-rgpd@sante.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : <https://sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>

- Les critères à considérer pour étendre les recommandations d'antibioprophylaxie à d'autres contacts, notamment les sujets immunodéprimés dans l'entourage ou encore les contacts à risque hors foyer ou hors collectivité ou les personnes ayant fréquenté plusieurs jours le cas d'infection invasive à Hib (grands-parents, amis, etc.) ;
- Les mesures à préconiser lorsque le contact avec le cas remonte à plus de 7 jours avant le diagnostic (situation fréquente en raison des délais de confirmation et de sérotypage) et la pertinence de l'antibioprophylaxie dans ces situations ;
- En collectivités, les recommandations à appliquer pour le personnel travaillant en contact des jeunes enfants ;
- Pour le cas index, les indications pour une antibioprophylaxie à la sortie d'hospitalisation visant à éradiquer la présence d'Hib et l'intérêt d'une vaccination après guérison de l'infection à Hib, le cas échéant le schéma de vaccination à considérer ;
- L'intérêt d'une vaccination prophylactique pour les personnes contacts ;
- La conduite à tenir autour de cas groupés ;
- Les éventuelles recommandations particulières autour des cas d'infection invasive liés à d'autres sérotypes que le b (sérotypes a, c, d, e, f, non typable) ;
- Le rappel de la définition, des modalités de signalement et de suivi des échecs vaccinaux à l'ANSM.

Enfin, et compte tenu des capacités de détermination du sérotype disponibles, je souhaiterais que vous vous prononciez sur la pertinence du signalement obligatoire à l'ARS des cas d'infection invasive chez les jeunes enfants permettant ainsi de faciliter la mise en place rapide des mesures de prophylaxie autour des cas, comme c'est déjà le cas pour les infections invasives à méningocoques. Dans le cadre de cette saisine, les recommandations pourront être présentées sous la forme de deux avis, la réponse concernant le signalement obligatoire pouvant faire l'objet d'un second document.

Nous souhaitons pouvoir disposer de votre avis d'ici le 16 décembre 2025. Sur la base d'une expertise multidisciplinaire, vous pourrez solliciter les experts des sociétés savantes, de Santé publique France et du Centre National de Référence pour appuyer ces travaux. Mes services se tiennent également à votre disposition pour apporter tous les compléments que vous jugerez utiles.

Je vous remercie par avance de votre mobilisation et celle des experts.



Sarah Sauneron

Annexe 2 : composition du groupe de travail

Anne-Sophie BARRET, SpF

Christophe BURUCOA, HCSP, Cs MIME, co-pilote du GT

Alban DHANANI, ANSM

Cécile FICKO, HCSP, CsMIME

Yves HANSMANN, HCSP, CsMIME

Sabine HENRY, HCSP, CsMIME, co-pilote du GT

Emmanuel GRIMPREL, pédiatre, hôpital Armand Trousseau (vice-Président de la commission technique des vaccinations de la HAS)

Philippe MINODIER, pédiatre, APHM

Isabelle PARENT du CHATELET, SpF

Henry PARTOUCHE, HCSP, CsMIME

Dominique PLOIN, HCSP, CsMIME, pilote du GT

Matthieu REVEST, HCSP, CsMIME

Nadia SAIDANI, HCSP, CsMIME

Muhamed-Kheir TAHA, CNR méningocoques et *Haemophilus influenzae*

Renaud VERDON, HCSP, CsMIME

Auditeur

Marie DUTOR, interne en pédiatrie

SG HCSP

Sylvie FLOREANI, conseillère scientifique

Annexe 3 : facteurs de risque d'infection invasive à *Haemophilus influenzae*

- Enfant âgé de moins de 3 ans
- Sujet asplénique ou sujet avec asplénie fonctionnelle (drépanocytose).
- Enfant présentant un déficit immunitaire
- Toute personne présentant un déficit immunitaire humoral, un déficit en complément, recevant un traitement dirigé contre des fractions du complément (pegcetacoplan, ravulizumab)
- Personne transplantée d'organe, ayant un antécédent de greffe de cellules souches hématopoïétiques
- Personne ayant un implant cochléaire ou une brèche ostéo-méningée
- Femme enceinte
- Personne présentant une comorbidité cardiaque ou respiratoire sévère
- Personne de plus de 75 ans résident d'un EHPAD
- Toute personne de plus de 85 ans

Annexe 4 : définition par pays des infections invasives à *Haemophilus influenzae* et critères de déclaration obligatoire correspondants

Pays - date / Intitulé	Critères bactériologiques	Critères cliniques	Commentaires
ECDC-2018 [[15] Infection à <i>H. influenzae</i> , maladie invasive.	Isolement ou détection d'AN de Hi à partir d'un site normalement stérile.	Non pertinents	Selon l'ECDC, il n'existe pas de définition spécifique pour le « type b » mais une définition globale pour les infections invasives à <i>Haemophilus influenzae</i> .
Royaume-Uni - 2024 [16] Infections invasives à <i>H. influenzae</i> définies par des critères bactériologiques	Isolement de Hi à partir d'un site normalement stérile : sang, LCS, liquide articulaire, pleural ou équivalent		Questionnaire spécifique pour les femmes enceintes, les enfants et les nouveaux nés.
Belgique³ – 2023 [17] Infection invasive à <i>H. influenzae</i> type b.	Isolement ou détection d'AN de Hi à partir d'un site anatomique normalement stérile.	Méningite, épiglottite, pneumonie focale, empyème, cellulite, bactériémie voire septicémie, arthrite septique, péritonite Rarement : péricardite, ostéomyélite	Critères de déclaration : <ul style="list-style-type: none"> • Cas possible si critères cliniques • Cas probable si : <ul style="list-style-type: none"> - clinique de méningite + Ag Hib dans le LCS - clinique d'épiglottite + isolement de Hi d'un site normalement stérile (sans sérotypage) • Cas confirmé si au moins un des critères bactériologiques est présent.
Allemagne⁴ – 2025 [18] Infection invasive à <i>H. influenzae</i> .	Présence de Hi à l'examen direct ou en culture, ou AN dans le sang ou le LCS	Infection des tissus mous, collection, fièvre, endocardite, myocardite péricardite, épiglottite, ostéomyélite, pneumonie, méningite, sinusite, arthrite septique, sepsis, décès secondaire à l'infection.	Critères de déclaration : <ul style="list-style-type: none"> • Définition clinique + épidémiologique • Clinique + bactériologie • Laboratoire seul (clinique inconnue ou ne remplissant pas les critères).
Suisse⁵ – 2025 [19] Maladies invasives à <i>H. influenzae</i> .	Isolement ou détection positive : <ol style="list-style-type: none"> En culture <i>ou</i> Par analyse de séquences (PCR, séquençage, NGS) seulement à partir de matériel normalement stérile (tel que sang, LCS, liquide synovial ; urine exclue). 		Critères de déclaration : <ul style="list-style-type: none"> • Cas confirmé = critères de laboratoire
Australie⁶ – 2004 [20] Infection invasive à <i>H. influenzae</i> de type b - invasive seulement	Isolement de Hib ans un site normalement stérile avec confirmation du sérotypage par un labo de référence.		Seuls les cas avec critères bactériologiques doivent être déclarés.
États-Unis - 2015 [14]	<ul style="list-style-type: none"> • Détection de Ag Hib dans le LCS • Détection d'AN de Hi dans un site normalement stérile (i.e. sang, LCS) • Isolement de Hi dans un site normalement stérile (i.e. LCS, sang, liquide articulaire, pleural, péricardique). 	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie, bactériémie, méningite • Epiglottite, arthrite septique, cellulite • péricardite • Rarement : endocardite, ostéomyélite 	<ul style="list-style-type: none"> • Cas probable si Ag dans le LCS • Cas confirmé si AN de Hi ou isolement en culture

<p>Canada- 2019 [21] Depuis 1986 : Les infections invasives à <i>H. influenzae</i> de type b</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Isolement de Hib au niveau d'un site normalement stérile ou de l'épiglotte d'une personne atteinte d'épiglottite. • Ag Hib au niveau du LCS • ADN de Hi au niveau d'un site normalement stérile. 	Méningite, bactériémie, épiglottite, pneumonie, péricardite, arthrite septique et empyème.	<ul style="list-style-type: none"> • Cas confirmé : clinique + isolement de Hib au niveau d'un site normalement stérile ou lors d'épiglottite. • Cas probable : <ul style="list-style-type: none"> - clinique + Ag Hib dans le LCS - ADN de Hi au niveau d'un site normalement stérile - cellulite buccale ou épiglottite chez un enfant de < 5 ans chez lequel aucun autre microorganisme responsable n'a été isolé.
<p>Depuis 2007 : [22] Les infections invasives à <i>H. influenzae</i> de sérotype non-b</p>	Isolement de Hi (sérotypes a, c, d, e, f, et isolats indifférenciés ou non typables) à partir d'un site normalement stérile ou au niveau de l'épiglotte d'une personne atteinte d'épiglottite.	<i>idem</i>	Seuls les cas confirmés doivent être déclarés (i.e. clinique + bactériologie).

AN : acides nucléiques

NGS : séquençage de nouvelle génération

Annexe 5 : proposition de fiche pour le signalement obligatoire des cas d'infection invasive à *Haemophilus influenzae*

Médecin ou biologiste déclarant (tampon) Nom : Hôpital/Service : Adresse : Téléphone :	Si notification par un biologiste Nom du clinicien : Hôpital/Service : Adresse : Téléphone :	Maladie à déclaration obligatoire : Infection invasive à <i>Haemophilus influenzae</i>
		Important : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié au médecin de l'ARS avant même confirmation par le CNR ou envoi de cette fiche

Initiales du nom : ____ Prénom : Sexe : M F Date de naissance : .

Code d'anonymat : date de la notification : Code postal du domicile du patient :

Confirmation du diagnostic :

- Culture positive dans : date d'isolement :
 - Sang LCS
 - Liquide : articulaire pleural péricardique autre site normalement stérile :
- PCR positive dans : date de détection
 - Sang LCS
 - Liquide : articulaire pleural péricardique autre site normalement stérile :

Sérotype : a b c d e f non-typable non déterminé

Critères de notification : isolement bactériologique par culture d'un *Haemophilus influenzae* ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, LCS, liquide articulaire, liquide pleural, liquide péricardique, liquide péritonéal)

Statut vaccinal : le sujet est-il vacciné contre l'*Haemophilus influenzae* b Oui Non ne sait pas

Si oui : nombre d'injections vaccinales

Date des injections vaccinales : 1 2 3 4

Comorbidités : épisode viral, déficit de l'immunité, brèche méningée, autre

Évolution : date de début des signes cliniques nécessité d'une hospitalisation en réanimation : Oui Non

Guérison décès séquelles, préciser :

Prophylaxie des sujets contacts	Nom de l'antibiotique	Collectivité : Nombre de personnes	Entourage proche : Nombre de personnes
antibioprophylaxie			
		Crèche milieu scolaire Autre, préciser	Famille amis

Autres cas dans l'entourage oui non inconnu si oui indiquer l'âge, la date d'hospitalisation et le département de résidence

Cas n°1 : âge en années : date d'hospitalisation : département :

Cas n°2 : âge en année : date d'hospitalisation : département :

Avis produit par le HCSP

Le 6 février 2026

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr