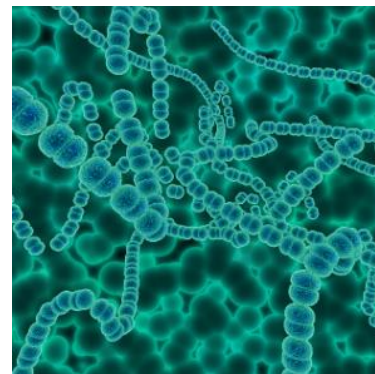


Streptococcus pyogenes

Conduite à tenir pour la prévention et le contrôle des infections à streptocoque bêta-hémolytique du groupe A

- en établissement de santé
- en établissement médico-social
- en ville



V 22/07/2026

Encadrés roses
Compléments pour les services de maternité

Généralités

Définitions

Prévention

Conduite à tenir devant un ou plusieurs cas d'infection non invasive à SGA

Conduite à tenir devant un ou plusieurs cas d'infection invasive à SGA (IISGA)

Signalement, alerte, envoi au CNR



Concerne le
nouveau-né

Généralités

Epidémiologie

Une recrudescence des infections à *Streptococcus pyogenes* (ou streptocoque bêta-hémolytique du groupe A / SGA) a été décrite depuis les années 1980, survenant sous forme de bouffées épidémiques, la dernière datant de l'automne 2022, à la faveur de différents clones.

Le risque de développer une infection invasive à streptocoque du groupe A (IISGA) est plus important dans les situations suivantes : âges extrêmes (nouveau-né et plus de 60 ans), post-partum, varicelle évolutive, présence de lésions cutanées étendues, toxicomanie intraveineuse, présence d'une pathologie évolutive (insuffisance cardiaque, diabète), obésité et immunodépression.

Micro-organisme

Caractéristiques

- cocci à Gram positif disposé en paires ou en chaînettes
- plus de 80 sérotypes
- non sporulé, parfois capsulé, immobile, anaérobie facultatif
- fragile aux variations de température et de pH.

Réservoir

- principalement pharyngé
- plus rarement cutané ou muqueux (génital, anal)
- peut survivre dans le milieu extérieur et dans quelques aliments.

Porteurs asymptomatiques

- | | |
|-------------------------|--|
| ○ Portage pharyngé | 5% des adultes et > 20% des enfants d'âge scolaire |
| ○ Colonisation cutanée | < 1% des adultes |
| ○ Colonisation vaginale | < 1% |

Viabilité

- survie dans l'environnement décrite jusqu'à 120 j [Marks]
- sensible aux désinfectants
- inactivé ou éliminé lors du traitement habituel du linge ou de la vaisselle.

Transmission

- principalement respiratoire par des particules respiratoires (émises par un porteur – sain ou infecté)
- contact direct avec une plaie infectée ou indirect avec des mains, du matériel ou des surfaces contaminés
- passage de la filière génitale lors de l'accouchement (infection maternofoetale)
- contamination médiée par la nourriture possible [Decker, Kemble, Mahida, Marks, Wagenvoort]

En maternité : une infection à SGA peut être liée à une transmission par un membre du personnel (défaut de port de masque ou d'hygiène des mains), à une transmission croisée entre patientes ou à une contamination endogène.

Incubation

- 1 à 3 jours, rarement plus
- Infection du post-partum : le plus souvent dans les 7 jours suivant l'accouchement

Pathogénicité

- pathogène strictement humain
- infections spécifiques (scarlatine) ou non (sphère ORL, cutanées, locales et générales)
- infections invasives ou non.

Diagnostic (HCSP 2023)

Culture = méthode de référence

- permet le génotypage de la souche et la détermination de sa sensibilité aux antibiotiques
- facilement réalisable par tout laboratoire
- nécessite 24 h de croissance
- sensibilité fortement diminuée quelques heures après l'administration d'antibiotiques

Tests antigéniques rapides ou TROD (test rapide d'orientation diagnostique)

- méthodes immunochromatographiques
- développés pour l'identification de SGA dans les angines
- résultats en moins de 10 minutes

Tests d'amplification génique (PCR)

- résultats en 30 à 60 minutes, voire moins de 15 minutes (utilisables dans ce cas comme test rapide).

NB : le TROD ne peut être utilisé qu'en cas de symptômes. Il ne peut pas être utilisé pour dépister des colonisations asymptomatiques car il n'est pas assez sensible. De plus, le prélèvement microbiologique permet d'isoler une souche et de réaliser des comparaisons (génotypage) lors de cas groupés.

Définitions

Infections non invasives à SGA

- Concernent des tissus pouvant être colonisés au niveau ORL (angines, otites) et cutané (dermo-hypodermes non nécrosantes, impétigo, surinfection de lésions existantes)
- Scarlatine :
 - o exclusivement due à des souches de SGA productrices d'une toxine érythrogène
 - o exanthème diffus typique évoluant vers la desquamation, associé à une atteinte de la langue (glossite).

Infections invasives à SGA

Cas confirmé

Détection de *S. pyogenes* par culture, TROD ou technique moléculaire dans un tissu normalement stérile comme le sang, le liquide cérébro-spinal (LCS), un épanchement articulaire, pleural, ou péricardique, l'os, l'endomètre ou les tissus profonds lors d'une intervention chirurgicale.

Cas probable

- Tableau clinique grave (comme choc, fasciite nécrosante, pneumonie ou pleurésie, arthrite septique, méningite, péritonite, ostéomyélite, myosite, infection puerpérale)
- ET
 - o détection de *S. pyogenes* par culture, TROD ou technique moléculaire dans un tissu normalement non stérile comme la gorge, les crachats, le placenta, les voies génitales, les plaies, les abcès cutanés ou sous-cutanés
 - o OU lien épidémiologique avec un cas confirmé
- ET absence d'autre étiologie retrouvée.

Infections non invasives	Infections invasives
Tissus pouvant être colonisés	Sites habituellement stériles
- ORL : angine, otite - cutané : dermo-hypoderme non nécrosante (érysipèle), impétigo, surinfection de lésions existantes - scarlatine : due à des souches de SGA productrices d'une toxine érythrogène	- choc toxique streptococcique (STSS) - infection nécrosante des tissus mous - infection puerpérale (endométrite du post-partum)* - pleuropneumopathie - autres : infection ostéoarticulaire, infection du système nerveux central, bactériémie, abcès péri-pharyngé, péricardite, myocardite, endocardite, péritonite, endophtalmie

**Une fièvre du post partum dans un contexte de SGA positif doit amener à un examen clinique complet pour confirmer le diagnostic d'infection invasive. Les signes d'alerte de l'infection puerpérale sont des douleurs abdominales basses, des myalgies, une sensation de malaise, une tachycardie inexpliquée, de la diarrhée. La fièvre peut être absente au début. À l'examen, on peut constater un utérus tendu, non involué (après l'accouchement), des lochies purulentes ou malodorantes, un saignement vaginal anormal.*

Sujets contacts d'infection invasive à SGA

Personnes ayant rencontré le cas index dans les **7 jours précédant** le début des signes cliniques et jusqu'à **24h après** le début de l'antibiothérapie dans les contextes suivants :

- partage du même domicile, de la même chambre ou du même endroit de nuitée
- contacts intimes avec face à face, y compris lors d'activités sportives particulières impliquant des corps à corps (sport de combat, rugby ...)
- contacts rapprochés de façon prolongée ou répétée avec possibilité de face à face (lors de voyage de plus de 8 heures sur un siège contigu, d'activité partagée entre enfants ou étudiants...).

En particulier :

- milieu scolaire et établissements pour enfants : enfants du même groupe ou classe (avant l'école élémentaire), ou ayant des activités partagées fréquentes ou prolongées (quel que soit le niveau)
Ex. : à partir du niveau de l'école élémentaire : voisins de classe ou du réfectoire...
- chez une assistante maternelle : l'ensemble des personnes vivant au domicile et tous les enfants fréquentant le domicile
- personnes ayant partagé durablement les mêmes locaux communs (en cité universitaire par exemple)
- en milieu de soins : personnes ayant partagé la même chambre.

Personnes non-contacts :

- collègues de travail
- voisins de palier
- camarades de classe à partir de l'école élémentaire (hors les voisins de classe immédiats)

Dont sujets contacts à risque (nécessitant une antibioprophylaxie) :



- femmes enceintes de plus de 37 semaines d'aménorrhée
- nouveau-nés (jusqu'à 28 jours de vie)
- femmes ayant accouché dans les 28 jours précédents (ex : voisine de chambre)
- personnes âgées de plus de 65 ans
- personnes ayant une varicelle dans les 7 jours qui précèdent le début des signes chez le cas index et jusqu'à 24 heures après le début de l'antibiothérapie du cas index
- personnes vivant dans des conditions particulières de précarité (personnes sans domicile fixe par exemple)
- ensemble des sujets contacts vivant sous le même toit qu'un cas, lorsqu'un d'entre eux nécessite une antibioprophylaxie.

Cas groupés d'infection à SGA, hors infections post-opératoires et du post-partum (HCSP 2023)

Cas groupés d'infections non invasives	Cas groupés d'infections invasives
Survenue dans la même collectivité (domicile familial, établissements de soins ou d'accueil d'enfants, collectivités fermées comme camps militaires, prisons...) à moins de 10 jours d'intervalle...	
... d'au moins 2 cas d'infections non invasives symptomatiques confirmés biologiquement (TROD, culture, technique moléculaire) ou non...	... d'au moins 2 cas d'IISGA confirmés ou probables...
ET contacts rapprochés prolongés ou répétés entre les cas...	
...mis en évidence	...mis en évidence OU jugés possibles

Infection post-opératoire à *S. pyogenes*

Isolement pendant la durée du séjour hospitalier ou dans les 7 jours* suivant la sortie du patient du *S. pyogenes* d'un site stérile ou du site opératoire chez un patient opéré à l'exclusion des patients opérés pour une infection à *S. pyogenes*.

Infection du post-partum à *S. pyogenes*

Isolement de *S. pyogenes*, pendant le post-partum ou dans les 7 jours* suivant la sortie, associé à une infection clinique du post-partum (exemple une endométrite, une septicémie, une infection urinaire) ou isolement d'un site stérile ou d'une plaie opératoire.

Cas groupés d'infection post-opératoire ou du post-partum

La survenue de 2 cas dans un délai de 6 mois ou moins dans un même établissement doit conduire à rechercher un lien entre ces cas. Ils seront considérés comme groupés en l'attente de la comparaison des souches. Avant toute comparaison des souches, le lien entre les cas est d'autant plus probable que les cas sont survenus dans le même secteur et/ou sont de même type et/ou sont survenus dans une période de temps rapprochée (la même semaine ou durant le même séjour par exemple).

** Un délai de survenue de l'infection > 7 jours est possible mais plus souvent lié à une infection d'origine communautaire.*

/// Pour tous

Précautions standard

- hygiène de mains par friction hydroalcoolique
- port d'un masque à usage médical pour toute personne présentant des signes respiratoires (patient ou professionnel)
- devant toute lésion cutanée d'un professionnel suspecte d'infection à *S. pyogenes* : protection, prélèvement, traitement.

Geste invasif

- port d'un masque lors de la réalisation d'un geste invasif, *a fortiori* au niveau périnéal (ex : pose d'un DIU).

/// Au bloc opératoire

Professionnels

- port systématique d'un masque à usage médical
- en cas de suspicion d'angine à *S. pyogenes* : éviction (jusqu'à 24h après le début du traitement antibiotique), prélèvement et/ou traitement.

Patients en préopératoire

- recherche de foyer infectieux : évaluation, prélèvement, traitement, couverture des plaies
- préparation cutanée de l'opéré en amont de la chirurgie et en salle d'intervention.

/// En obstétrique

Salle de travail ou bloc obstétrical

- Pour la femme enceinte venant accoucher :
 - o recherche de signes cliniques évocateurs d'angine : si présence, prélèvement de gorge +/- traitement
 - o recherche de plaies cutanées infectées : si présence, les couvrir et privilégier une chambre seule
 - o recherche par interrogatoire de signes cliniques évocateurs d'angine dans son entourage proche (enfants, conjoint) : si présence, le noter dans le dossier et être vigilant en cas d'évènement infectieux en post-partum, orienter l'entourage symptomatique vers un médecin pour examen (prélèvement +/- traitement)
- Pour le professionnel
 - o port du masque à usage médical OBLIGATOIRE (idéalement changé toutes les 4h et lorsqu'il est mouillé) :
 - dès le 1^{er} toucher pelvien lors de la prise en charge en cas de doute sur la rupture des membranes
 - pour la pose d'un Propess® ou d'un ballonnet (même en l'absence de rupture prématurée des membranes)
 - dès la rupture des membranes pour tout professionnel et pour tout geste diagnostique ou thérapeutique au niveau des voies génitales, dont l'accouchement par voie basse
- Pour toute personne en salle (professionnel ou accompagnant) qui présente des symptômes respiratoires :
 - o port du masque à usage médical (précautions standard)
 - o en cas de suspicion d'angine à *S. pyogenes* : éviction, prélèvement et/ou traitement.

NB : au-delà des recommandations de la SF2H, il semble prudent de porter un masque à usage médical pour tout examen ou geste au niveau des voies génitales, y compris en amont de la rupture des membranes.

Maternité

- port du masque à usage médical lors des éventuels soins d'épisiotomie et des soins post-césarienne jusqu'à cicatrisation
- pas de visite d'enfants ou d'adultes présentant une angine.

Conduite à tenir devant un ou plusieurs cas d'infections non invasives à SGA

■ Mesures individuelles à appliquer pour le ou les cas

- Traitement curatif
 - o nettoyage, désinfection, couverture des plaies ou lésions cutanées
 - o traitement antibiotique selon indication
- Eviction des activités collectives (EMS, collectivités de jeunes enfants...) :
 - o angine et scarlatine : jusqu'à 24h après le début de l'antibiothérapie [HCSP 2023]
 - o impétigo non protégé par pansement : jusqu'à 3j après le début du traitement
- Eviter les contacts avec les personnes fragiles (nourrissons, personnes âgées, patients immunodéprimés)
- En établissement de santé ou médico-social, application des précautions complémentaires adaptées au site infectieux (respiratoires et/ou contact).

■ Mesures collectives en situation de cas groupés

Description

- définir le nombre de cas
- réaliser un tableau synoptique
- rechercher une source et/ou un mode commun d'infection
- assurer une veille épidémiologique
- conserver les souches de streptocoques du groupe A en lien avec le laboratoire.

Communication

- informer les professionnels de l'établissement, les contacts, l'entourage des cas (ville ou établissement)
- actualiser cette information si nécessaire.

Mesures de contrôle

- éducation des patients/résidents/visiteurs aux gestes barrières : hygiène des mains, toux dans le coude, port d'un masque à usage médical lors des activités calmes en milieu clos selon la possibilité
- bionettoyage régulier (> 1 fois/j) des équipements partagés, zones fréquemment touchées
- traitement des dispositifs médicaux réutilisables selon la procédure
- aération régulière des locaux
- en fin d'épidémie, nettoyage global de l'ensemble du service / de l'établissement
- remplacement de ce qui ne peut être nettoyé
- pas d'antibioprophylaxie des sujets contact (car infections non invasives).

Conduite à tenir devant un ou plusieurs cas d'infection invasive à SGA

Prise en charge du ou des cas

Traitement curatif



- antibiothérapie précoce, après avis infectiologue dans la mesure du possible
- prise en charge au plus vite dans un centre disposant d'une équipe multidisciplinaire, capable de dispenser des soins intensifs et d'effectuer une chirurgie lourde
- attention aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) : favorisent les complications infectieuses graves, parfois fatales ([avis ANSM](#)).

L'amoxicilline est recommandée en première intention dans le traitement des IISGA. Toutefois dans certaines formes d'infections nécrosantes potentiellement plurimicrobiennes, une antibiothérapie à large spectre peut se justifier.

HCSP 2023

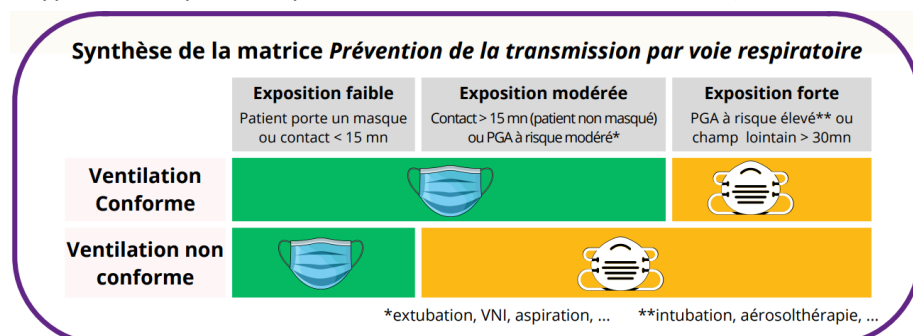
Mesures préventives

- chambre seule à l'hôpital ou à domicile
- limitation des visites jusqu'à 24h après le début de l'antibiothérapie, dans la mesure du possible (chez les enfants par exemple, le lien avec les parents doit être maintenu)
- éducation du patient à l'hygiène des mains par friction avec une solution hydroalcoolique
- port d'un masque à usage médical par le patient dans la mesure du possible (contre-indiqué chez les enfants de moins de 3 ans), lors des interactions sociales, allaitement ou en s'occupant de son bébé
- couverture des plaies cutanées infectées
- précautions complémentaires d'hygiène jusqu'à 24h après le début de l'antibiothérapie.

Clinique	Précautions complémentaires	Durée	Commentaires
Infection nécrosante des tissus mous	Contact	Jusqu'au drainage complet ou recouvrement possible des plaies	Port d'un masque à usage médical par les soignants lors des soins des plaies
Pneumopathie	Respiratoire*	Jusqu'à 24h après la mise en route d'une antibiothérapie efficace	Précautions contact à ajouter en cas de lésions cutanées
Endométrite			Port d'un masque à usage médical par les soignants lors des examens gynécologiques
Choc toxique (STSS)	Respiratoire*	Jusqu'à 24h après la mise en route d'une antibiothérapie efficace	
Autres infections invasives	Respiratoire*	Jusqu'à 24h après la mise en route d'une antibiothérapie efficace	Précautions contact à ajouter en cas de lésions cutanées

HCSP 2023

*Type de masque à adapter selon les soins et/ou leur durée (CPias Occitanie) :



PGA : procédure générant des aérosols
VNI : ventilation non invasive

Gestion de l'environnement

- bionettoyage régulier de la chambre selon la procédure habituelle avec un détergent-désinfectant pour les surfaces hautes en insistant sur les zones fréquemment touchées (poignées de porte, chasse d'eau...)
- aération régulière des locaux.

Identification et prise en charge des contacts

Identification des sujets contacts

- lister les sujets contacts de chaque cas
- identifier les contacts à risque (Cf. définition).

Information

- informer les sujets contacts, dont les patients sortis, de la nécessité de consulter rapidement en cas de symptômes évocateurs d'infection à SGA (invasive ou non) pour diagnostic et traitement précoce
- discuter des modalités d'information en cellule de crise.

Traitement prophylactique

- antibioprophylaxie pour les sujets contacts à risque



En maternité

Le nouveau-né est un contact à risque

- le plus tôt possible après le diagnostic du cas : au mieux dans les 24h et jusqu'à 10j après le diagnostic
- sous respect des contre-indications et précautions d'emploi
- en privilégiant la forme *per os*.

- amoxicilline **6 jours** 50 mg/kg/j en deux prises/j (max 1g x 2/j)
- macrolides et apparentés (si la souche de SGA du cas index y est sensible)
 - o azithromycine **3 jours**
 - . ≤ 25 kg 20 mg/kg/jour, soit une dose pour le poids x 1/jour
 - . > 25 kg dose pour un poids de 25 kg ou 500 mg/jour en une seule prise
 - o ou clarithromycine **10j** 15 mg/kg/j en 2 prises, soit 1 dose pour le poids x 2/j, jusqu'à 500 mg x 2/j
- céphalosporines de 1^e génération (C1G) orales **10 jours**
 - o cefadroxil 50 mg/kg/jour en deux prises (max 1 g x 2 / jour)
 - o ou cefaclor 20-40 mg/kg/jour en trois prises (max 250 mg x 3 / jour)

L'ordre affiché n'indique pas une priorité de choix.

HCSP 2023

Les C2G et C3G orales ne sont pas adaptées.

A mener

- sans délai, en parallèle de la prise en charge du cas et des contacts
- en collaboration avec le service clinique concerné, voire constitution d'une cellule de crise.

Objectifs

- prévenir la survenue de nouveaux cas
- déterminer le caractère nosocomial acquis ou importé de l'infection
- identifier un mode de transmission et/ou un réservoir.

Alerte de l'équipe de prévention du risque infectieux



En maternité

- Il s'agit d'une **URGENCE**
- Alerter aussi le pédiatre



Description, surveillance

- décrire le séjour et les actes de soins réalisés
- rechercher d'autres cas
 - o en rétrospectif :
 - . patients du même service, même bloc, salle d'accouchement, chambre double...
 - . description du(des) séjour(s).
 - o en prospectif : communiquer auprès des professionnels des services concernés afin qu'ils réalisent une surveillance active de l'apparition de nouveaux cas.

En maternité



- Nouveau-né : recherche active d'une infection par surveillance clinique, prélèvements si suspicion (bilan inflammatoire +/- hémocultures)
- Autres patientes : en cas de fièvre et/ou autres signes infectieux cliniques ou biologiques, réaliser des hémocultures, un prélèvement vaginal, un ECBU, un prélèvement de gorge.

Investigation auprès du (de la) patient(e) et de son entourage

- Patient(e)
 - o rechercher des signes cliniques antérieurs à l'hospitalisation : hyperthermie, dysphagie, lésions cutanées
 - o rechercher d'éventuels résultats bactériologiques antérieurs (prélèvement de gorge ou vaginal)
 - o *En maternité*
Décrire le délai en recherchant la date d'apparition des premiers signes cliniques par rapport à l'admission.
- Entourage = contacts proches (famille, visites)
 - o rechercher une personne infectée (infection cutanée de type impétigo, érysipèle, varicelle surinfectée ou infection ORL récente), réaliser des prélèvements à visée diagnostique le cas échéant
 - o un dépistage systématique par TDR parmi les proches sans aucun signe d'infection, à la recherche de porteurs, n'est pas recommandé (CTINILS – CSHPF 2006).

NB : Prendre en compte le risque de culpabilisation de l'entourage dans des situations où la charge émotionnelle peut être majeure si le cas est sévère.

Investigation auprès des professionnels

- Impliquer le service de médecine et santé au travail, respecter l'anonymat
- Lister les professionnels ayant eu des contacts potentiellement exposants avec le cas

En maternité et en chirurgie

- participants à l'accouchement ou à l'intervention ou à tout autre acte invasif
- personnels ayant fait des examens gynécologiques dans les 7j précédant la survenue de l'infection
- personnels ayant réalisé les pansements ou des soins de périnée en post-partum ou post-opératoire

NB : penser aux professionnels de ville potentiellement impliqués.

- Recherche de signes cliniques cutanés ou d'une angine récente
- Prélèvements de gorge
 - à réaliser dès que possible, sauf s'il existe des arguments forts pour une origine importée de l'infection. Il n'y a pas de délai au-delà duquel le dépistage n'est plus recommandé.
 - si refus par un professionnel : noter dans le rapport d'investigation que les prélèvements ne sont pas exhaustifs
 - Rappel : le TROD ne peut être utilisé qu'en cas de symptômes. Il ne peut pas être utilisé pour dépister des colonisations asymptomatiques. Dans ce cas, réaliser une culture voire une PCR.
 - selon les résultats :

Négatifs : éventuelle extension du dépistage à d'autres personnels aux contacts moins proches

Positifs : antibiothérapie d'éradication du ou des porteurs, éviction recommandée jusqu'à 24h après le début du traitement (dans l'impossibilité, port strict du masque à usage médical)

Schéma thérapeutique :

- . professionnel asymptomatique : identique à l'antibioprophylaxie
- . professionnel symptomatique : antibiothérapie curative.

En maternité

Demander au professionnel de ne pas travailler auprès des patientes ou nouveau-nés jusqu'à 24h après le début du traitement

Lister les patientes pour lesquelles le professionnel a réalisé l'accouchement ou l'intervention dans les 7 jours et informer ces patientes de consulter en cas de signe clinique.

- Accompagnement des équipes
 - réaliser des observations dans le service : hygiène des mains et prérequis, port du masque...
 - réajuster les bonnes pratiques si nécessaire auprès de tous les professionnels du service
 - rappel sur la conduite à tenir en cas de symptômes ORL et/ou de lésion cutanée (couverture des plaies, port de masque...).

Ces informations doivent être conservées. La survenue de cas ultérieur dans les 6 mois peut conduire à reprendre et élargir l'investigation.

Description

- définir le nombre de cas
- réaliser un tableau synoptique
- déterminer s'il s'agit de cas groupés
- rechercher une source et ou un mode commun d'infection
- assurer une veille épidémiologique
- conserver les souches de streptocoque en lien avec le laboratoire.

Communication

- informer les professionnels de l'établissement, les contacts, l'entourage des cas (ville ou établissement)
- actualiser cette information si nécessaire.

Investigation

- si non réalisé après le 1^{er} cas, réaliser des prélèvements de gorge des professionnels (Cf. supra).

Mesures de contrôle

- éviction des personnes infectées (résidents sans hébergement) jusqu'à 24h après le début de l'antibiothérapie, dans la mesure du possible, sinon port d'un masque à usage médical
- éducation des patients/résidents/visiteurs aux gestes barrières : hygiène des mains, toux dans le coude, port d'un masque à usage médical lors des activités calmes en milieu clos selon la possibilité
- nettoyage, désinfection, couverture des plaies cutanées
- s'assurer de l'application des précautions complémentaires pour les cas
- bionettoyage régulier (> 1 fois/j) des équipements partagés, zones fréquemment touchées
- traitement des dispositifs médicaux réutilisables selon procédure
- aération régulière des locaux
- en fin d'épidémie, nettoyage global de l'ensemble du service / de l'établissement
- remplacement de ce qui ne peut être nettoyé.

Mesures spécifiques

- en cas d'épidémie de varicelle concomitante, éviction des cas de varicelle et promotion de la vaccination varicelle des personnes non immunisées selon les recommandations de la HAS
- en cas d'épidémie de viroses respiratoires, éviction des résidents infectés si prise en charge sans hébergement.

En l'absence de contrôle de la situation épidémique par les précédentes mesures

Discuter les mesures suivantes :

- dépistage du portage du SGA chez les personnes contacts (enfants et adultes) par prélèvement de gorge (les TROD ne sont pas adaptés), traitement des personnes positives et éviction jusqu'à 24h après le début de l'antibiothérapie
- antibioprophylaxie de toutes les personnes appartenant au groupe où sont survenus les cas, quel que soit le type de contact avec les cas, ce qui peut s'étendre à l'ensemble de l'établissement. Éviction des personnes traitées jusqu'à 24h après le début de l'antibiothérapie
- fermeture partielle ou totale de l'établissement pour une durée d'au moins 10j (correspondant au délai pour définir des cas groupés) et s'étendant jusqu'à 10j sans nouveau cas au sein du groupe concerné.

Alerte de à l'ARS

Signalement sans délai à l'ARS (ARS69-ALERTE@ars.sante.fr), par le professionnel de santé en charge du/des cas d'infections invasives d'origine communautaire ou associées aux soins (ex : Ehpad) si :

- situation de cas groupés d'IISGA
- OU si un cas fréquente une collectivité (qu'il s'agisse d'un cas isolé ou non) : école, crèche, club de sport, milieu professionnel, prisons, Ehpad...

Signalement sur eSIN

Sur [eSIN](#), les établissements de santé signalent :

- dès le 1^{er} cas d'infection invasive à SGA dont l'origine nosocomiale est suspectée ou confirmée
- les cas groupés d'infections nosocomiales à SGA, invasives ou non invasives.

Envoi au Centre National de Référence (CNR)

- Envoi au CNR
 - o des souches invasives pédiatriques et adultes
 - o des souches isolées de cas groupés, quelle que soit l'origine du prélèvement
- Conservation de ces souches dans le laboratoire d'origine pendant 6 mois.

Références

CPias ARA. Acte invasif en soins de ville. 1 page.

CPias Normandie. Fiche repère : Mesures de prévention des risques infectieux lors de la pose de DIU. Novembre 2022, 1 page.

CSHPF, CTINILS. Guide pour la prévention et l'investigation des infections hospitalières à *Streptococcus pyogenes*. Novembre 2006, 41 pages.

Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales (CMIT). E. Pilly 2025 Maladies infectieuses et tropicales. 2025, 832 pages.

HAS. Choix et durée d'antibiothérapie : prise en charge de l'impétigo de l'adulte et de l'enfant. Juillet 2024, 3 pages.

HCSP. Avis relatif à la conduite à tenir autour d'un ou plusieurs cas d'infection invasive ainsi que de cas groupés d'infection non invasive à *Streptococcus pyogenes* (ou streptocoque du groupe A). 7 juillet 2023, 45 pages.

HCSP. Mesures universelles d'hygiène pour la prévention des principales maladies infectieuses dans la population générale. Décembre 2022, 243 pages.

INRS, GERES. Infection à *Streptococcus pyogenes*. Janvier 2022, 5 pages.

SF2H. Recommandation pour la prévention de la transmission par voie respiratoire. Octobre 2024. Hygiènes 2024; XXXII(4): 1-176.

SF2H. Guide pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales en maternité. Juin 2009, 111 pages.

CNR des streptocoques. APHP.CUP Hôpital Cochin. <https://www.cnr-streptocoques.fr>

Decker M, Lavelly G, Hutcheson R, *et al.* Food-borne streptococcal pharyngitis in a hospital pediatrics clinic. JAMA 1985; 253(5): 679-81.

Kemble S, Westbrook A, Lynfield R, *et al.* Foodborne outbreak of group A streptococcus pharyngitis associated with a high school dance team banquet--Minnesota, 2012. Clin Infect Dis 2013; 57(5): 648-54.

Mahida N, Beal A, D Trigg D, *et al.* Outbreak of invasive group A streptococcus infection: contaminated patient curtains and cross-infection on an ear, nose and throat ward. J Hosp Infect 2014; 87(3): 141-4.

Marks L, Reddinger R, Hakansson A. Biofilm formation enhances fomite survival of *Streptococcus pneumoniae* and *Streptococcus pyogenes*. Infect Immun 2014; 82(3):1141-6

Wagenvoort J, Penders R, Davies B, *et al.* Similar environmental survival patterns of *Streptococcus pyogenes* strains of different epidemiologic backgrounds and clinical severity. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2005; 24(1): 65-7.

Wißmann J, Kirchhoff L, Brüggemann Y, *et al.* Persistence of pathogens on inanimate surfaces: A Narrative Review. Microorganismes 2021; 9(2): 343.

Groupe de travail

Coordination : AUREL Caroline (CPias ARA), GIARD Marine (CPias ARA)

Relecture : BAUD Olivier (CPias ARA), DEBRAINE Charlotte (HCL), GRANGIE-VACHET Caroline (réseau Aurore), MARQUAND Marine (réseau RP2S), MONTMANEIX Nathalie (CPias ARA), NAUMIN Justine (réseau RP2S), ROUX Sandrine (HCL), SAVEY Anne (CPias ARA), SEBBAH STROPPIANA Rebecca (réseau RSPA), THERY Grégoire (réseau RP2S)

Fiche validée par les réseaux de périnatalité suivants

Réseau de Santé en Périnatalité d'Auvergne (RSPA)