

Le Streptocoque A en maternité : retour d'expérience

**Jeudi 18
septembre 2025**

**Le webinaire
débutera
à 12h30**

La Sécurité dès le début de la vie !

Vous êtes bien connectés au webinaire organisés par :



BIENVENUE À CE WEBINAIRE !

POUR EN ASSURER LE BON DÉROULÉ ...



Nous vous invitons à garder vos caméra allumées et vos micro coupés durant les 60 prochaines minutes.



POUR COMMUNIQUER AVEC NOUS ...



Merci de poser vos questions et vos remarques dans l'onglet "Conversation" de Teams, nous y répondrons à la fin du webinaire.



Ce webinaire est enregistré afin de disposer d'un replay qui sera communiqué sur les sites internet.

Si vous ne souhaitez pas être enregistré, nous vous invitons dans ce cas à garder votre caméra fermée.

semaine de la sécurité des patients



Présentations croisées des structures partenaires



La Structure Régionale d'Appui (SRA) Grand Est

Le décret du 25 novembre 2016 : la genèse

- ✓ Pour préciser la loi du 26 Janvier 2016 de modernisation du système de santé, le décret du 25 novembre 2016 a :
 - défini les EIGS,
 - mis en place une obligation de signalement de ces événements
 - et instauré les SRA pour appuyer les professionnels à la gestion de ces événements.
- ✓ Il existe une SRA par grande région de France. Leur Fédération se nomme la FORAP.

LA SRA Grand Est : qui sommes-nous ?

- ✓ La SRA Grand Est est une association à but non lucratif, créée en mai 2018 et opérationnelle en Février 2019.
- ✓ Elle a été nommée « Structure Régionale d'Appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients » en mai 2019 par l'ARS Grand Est
- ✓ Le mode de financement est mixte : subvention FIR ; adhésions et formations/prestations
- ✓ La SRA se compose d'une équipe pluridisciplinaire : médecins, infirmiers, ingénieurs qualité, chargé de mission formation, responsable informatique, etc.
- ✓ Notre siège est à Vandoeuvre-Lès-Nancy, complété par une antenne à Reims et une antenne à Strasbourg





La Structure Régionale d'Appui (SRA) Grand Est

Nos missions

Les 2 grandes missions de la SRA Grand Est

1. Appui à la gestion des EIGS

Les SRA accompagnent les professionnels de santé dans le signalement et l'analyse systémique, suite à des événements indésirables graves associés aux soins.

Elles apportent une expertise méthodologique, technique et scientifique pour renforcer la sécurité des patients.

2. Contribution à la politique régionale de qualité et de sécurité des soins

Les SRA participent à la structuration et à la mise en œuvre de la politique régionale en matière de qualité des soins.

Elles proposent des formations, diffusent des bonnes pratiques, et soutiennent les établissements dans leurs démarches d'amélioration continue.

La SRA Grand Est est membre du **réseau régional de vigilance et d'appui** (organisation de la veille sanitaire et des vigilances en lien avec l'Agence Régionale de Santé du Grand-Est, l'Agence nationale de Santé publique (Santé Publique France)).



www.sragrandest.org
contact@sragrandest.org

Le Centre d'appui pour la Prévention des infections Associées aux soins de la region Grand Est



- ✓ Le décret n° 2017-129 du 3 février 2017 relatif à la prévention des **infections associées aux soins** a défini l'organisation et les missions des CPIas.
- ✓ L'arrêté du 7 mars 2017 en a fixé le cahier des charges.



<https://cpias-grand-est.fr/>
cpias.grand-est@chru-nancy.fr



Le Centre d'appui pour la Prévention des infections Associées aux soins de la region Grand Est



Nos missions

- **l'expertise et l'appui** aux professionnels de santé quels que soient leurs lieux et modes d'exercice (établissements de santé, établissements et services médico-sociaux, secteur des soins de ville).
- **la coordination et l'animation** de réseaux des professionnels de la prévention et du contrôle de l'infection
- **l'investigation et le suivi des déclarations** des infections associées aux soins.
- **la mise en œuvre des plans et programmes** nationaux de prévention des infections associées aux soins (IAS) et de résistance aux anti-infectieux (RAI).



Le CPias est membre du **réseau régional de vigilance et d'appui** (organisation de la veille sanitaire et des vigilances en lien avec l'Agence Régionale de Santé du Grand-Est, l'Agence nationale de Santé publique (Santé Publique France)).



La Coordination Périnatale Grand Est

Fédération des 3 réseaux en santé périnatale du Grand Est

Améliorer la qualité, sécurité, continuité et équité des parcours

Une instruction qui redéfinit les missions pour les harmoniser

Les RSP sont alors identifiées comme des structures de coordination, d'appui, d'évaluation et d'expertise médicale exerçant des missions dans le champ de la santé périnatale, en amont et en aval de la naissance

Un positionnement sur des **priorités nationales d'action**, et les **priorités régionales** identifiées avec notre ARS

2 grands corps de **missions** :

- ▶ Contribuer à la mise en œuvre de la politique nationale et régionale en santé périnatale et apporter son expertise à l'**ARS**
- ▶ Aider et accompagner les acteurs de l'offre de soins en santé périnatale

Une nouvelle instruction afin d'actualiser les missions

Le DSR-P est conforté dans son rôle crucial d'appui à l'ARS pour accompagner les évolutions et dans son rôle d'organisme expert chargé de l'animation des professionnels de la périnatalité au niveau régional

De **nouvelles priorités nationales** pour guider nos actions, et le maintien de l'appui sur les **priorités régionales**

Le Cahier des charges de la précédente instruction de 2015 reste la référence pour définir l'étendue des **missions** attendues

2006

2015

2021

2023

Un **premier cahier des charges** ayant accompagné le **développement** des RSP

Demande de **regroupement** des RSP du Grand Est en **Fédération** suite à un **redécoupage** des régions en France, **effectif en 2018**

La **requalification** des RSP en « **Dispositif Spécifique Régional en Périnatalité** » (DSR-P)

L'instruction ministérielle du **3 août 2023** **actualiser le** missions des DSR-P pour 5 ans



Présentation du cas clinique



Contexte

Lieu: maternité de type 2

Période : hivernale

Professionnels impliqués : sage-femme, auxiliaire de puériculture, médecin obstétricien

Patiente : madame L., 32 ans, primipare, pas d'antécédents particuliers, grossesse sans complication



Chronologie des faits

J0 – Accouchement

Mme L. est admise en salle de travail pour un travail spontané à 39 SA

Rupture spontanée des membranes 4h avant l'accouchement

Accouchement par voie basse sans instrumentation

Petite déchirure du périnée, 2 points de suture

Bébé : CA 10 à 5 minutes, mis en contact peau à peau, allaitement initié en salle de naissance

J1 – En post-partum

Mme L. est en chambre double, la voisine de chambre présente une plaie cutanée nécessitant des soins quotidiens

Elle se plaint de douleurs pelviennes, elle a une fièvre à 38,5°C

L'examen clinique est peu spécifique

Les douleurs pelviennes sont interprétées comme des tranchées

Un bilan biologique est réalisé avec des hémocultures, la CRP est à 45 mg/L

► Un traitement symptomatique antalgique et apyrétique est initié



Évolution

J2 – Aggravation

La fièvre persiste à 39,2°C avec des frissons, une hypotension et des troubles de la vigilance

La patiente est transférée en unité de soins intensifs et une antibiothérapie débutée

L'enfant est transféré en néonatalogie

J5 – Stabilisation

La patiente sort de l'unité de soins intensifs

Les hémocultures et le prélèvement vaginal sont positifs à *Streptococcus pyogènes*

► Il s'agit d'une infection puerpérale grave avec choc toxinique



Cause immédiate identifiée

Au cours de l'investigation en vue d'une RMM, le pilote de l'analyse des causes profondes note que :

La voisine de chambre (Mme B) présente une plaie cutanée infectée dont les prélèvements se révéleront également positifs à *Streptococcus pyogenes*

Une non application des précautions complémentaires « contact » lors des soins

- La prise en charge de Mme B présentant une infection cutanée à streptocoque A, a conduit à une transmission croisée à une autre patiente

Causes profondes

A. Facteurs liés au patient

Mme L. : patiente en post-partum immédiat, donc vulnérable aux infections

Mme B : présente un portage inhabituel du streptocoque A (plaie cutanée isolée)

B. Facteurs liés à la tâche

Absence de protocole mentionnant les précautions à appliquer pour les patientes présentant des lésions suspectes

Absence de prescription des précautions complémentaires

Retard thérapeutique Mme L :

- ▶ Traitement symptomatique seul à J1 malgré des signes cliniques et biologiques évocateurs d'une infection (fièvre + douleurs pelviennes + CRP élevée)
- ▶ Non-initiation d'une antibiothérapie probabiliste à ce stade

Causes profondes

C. Facteurs individuels liés aux professionnels

Soins réalisés chez Mme B sans précautions complémentaires malgré un contexte potentiellement infectieux

Équipe peu confrontée à ce type de lésions : les précautions complémentaires sont peu rencontrées dans cette maternité

D. Facteurs d'équipe

Absence de transmission concernant la présence d'une plaie septique

Protocole de mise en place des précautions complémentaires non connues de l'ensemble de l'équipe

Causes profondes

E. Facteurs liés à l'environnement de travail

Plaie septique en chambre double, expliquée par une forte activité et un manque de chambre individuelle

Absence de signalétique spécifique au niveau du dossier patient et de la chambre

Absence d'équipement de protection individuelle

F. Facteurs liés aux organisations

Pas d'organisation des soins en lien avec la présence de précautions complémentaires

Manque de formations aux précautions complémentaires et aux infections

Pas d'appui de l'OEI

G. Facteurs liés au contexte institutionnel

Politique de prévention des infections associées aux soins insuffisamment appliquée et diffusée

Protocoles du service non actualisés / recommandations nationales

Analyse en tant qu'EIIGS

Pourquoi ce cas relève d'un Événement Indésirable Grave associé aux Soins ?



EI ... quoi ?

Un évènement indésirable **grave associé à des soins** réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est **un évènement inattendu** au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne, et dont les **conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent** y compris une anomalie ou une malformation congénitale.

1. ... associé aux soins ...

Les soins, l'accompagnement ou leur absence ont-ils entraîné la survenue de l'évènement ?

2. ... évènement inattendu ...

L'évènement n'est pas une conséquence de l'âge, des antécédents, de la pathologie ou des risques de la prise en charge

3. ... conséquences ...

3 conséquences recherchées pour qualifier l'évènement comme grave



EI ... quoi ?

Un évènement indésirable **grave associé à des soins** réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est **un évènement inattendu** au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne, et dont les **conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent** y compris une anomalie ou une malformation congénitale.

3 conséquences graves :

1. Le décès du patient
2. La mise en jeu du pronostic vital du patient
3. La survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale.

EI ... quoi ?



Pour vous aider dans l'identification de vos EIGS

Et pour le cas présenté ?



1. Est-ce que l'évènement concerne bien une patiente ?

Oui, la victime est une parturiente hospitalisée dans le service

2. Est-ce qu'il est associé aux soins ?

Oui, la transmission croisée est liée à l'absence de mise en œuvre de bonnes pratiques attendues dans la prise en charge de plaies septiques



Et pour le cas présenté ?



3. Est-ce qu'il est inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la patiente ?

Oui, une infection nosocomiale à streptocoque A en maternité est un événement qui n'est pas lié à l'âge, les antécédents, la pathologie ou la prise en charge de la patiente

4. Est-ce qu'il est grave ?

Oui, la patiente a dû être transféré en soins intensifs, son pronostic vital a donc été mis en jeu



Il s'agit donc bien d'un ELGS selon le décret

Que se passe-t-il ensuite ?

Selon le décret du 25 novembre 2016, tout professionnel témoin de la survenue d'un EIGS est dans l'obligation de le signaler. Ce premier signalement, appelé volet 1, s'effectue sans délai sur le portail national de signalement des événements sanitaires indésirables : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>. A la fin de cette saisie, le déclarant peut solliciter l'appui de sa SRA pour analyser l'évènement en cochant la case « *Souhaitez-vous l'appui d'une expertise externe pour réaliser l'analyse approfondie de l'EIGS ?* »

Un fois ce premier signalement effectué, le déclarant a un délai de 3 mois pour analyser l'évènement et mettre en place des actions de réduction du risque. Cette analyse est réalisée en groupe pluriprofessionnel et selon une méthode d'analyse dite systémique reconnue par la HAS. L'ensemble des éléments d'analyse et des actions mises en place est à saisir une seconde fois sur le portail pour constituer le volet 2 du signalement.

**Sans
oublier
la
déclaration
e-SIN !**

L'appui de la SRA Grand Est

Cet appui
peut se
mener de
manière
conjointe
avec les
réseaux de
la COPEGE !



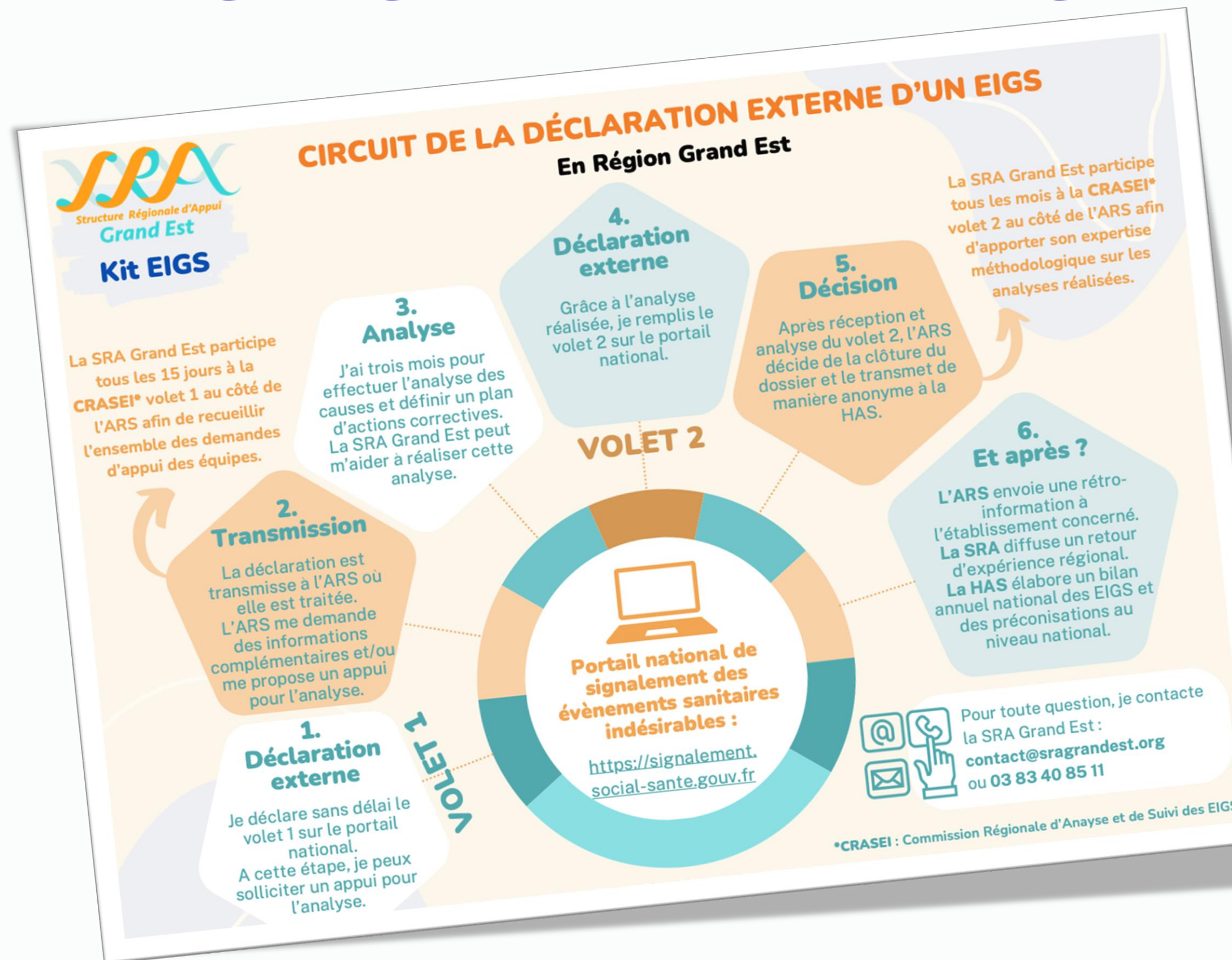
A toutes les étapes de déclaration et d'analyse de vos EIGS

Qui reçoit les saisies ?

Les volets 1 et 2 des signalements réalisés par les professionnels sont envoyés aux Agences Régionales de Santé. À réception, l'ARS s'assure de la maîtrise du risque par le déclarant, puis les signalements sont revus périodiquement avec les Structures Régionales de Vigilances et d'Appui afin d'évaluer les éventuels besoins d'appui des équipes déclarantes.

Un fois les deux volets de signalement réceptionnés et revus en commission régionale, ils peuvent être clôturés et envoyés de manière anonymisés à la Haute Autorité de Santé. L'ensemble des signalements ainsi reçus à la HAS constituent alors une base nationale de retour d'expérience pour un partage des enseignements au niveau national et déterminer les axes de travaux nationaux pour la [sécurité des patients](#).

Circuit de déclaration des EIGS



A retrouver dans le kit EIGS de la SRA Grand Est

Fiche RETEX



Retrouvez l'analyse complète de ce cas sous la forme d'une fiche RETEX sur le [site de la SRA Grand Est](#)



NUAGE DE MOTS

**Quelles mesures barrières
auraient pu éviter l'évènement ?**



Les leviers de prévention



Streptococcus pyogenes, communément appelé streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (SGA)

- Cocci à Gram positif en diplocoques ou en chaînettes
- Pathogène strictement humain transmis principalement par des gouttelettes et le contact direct
- Habitat : oropharynx, périnée, vagin
- **Généralement bénignes**, les infections à SGA de la sphère ORL ou cutanées peuvent parfois être graves, voire mortelles.



Infections à Streptocoque A

Juillet 2024



Bactérie *Streptococcus pyogenes* (streptocoque du groupe A : SGA)



Incubation selon le syndrome clinique: SGA non invasives 2 à 5 jours, sauf impétigo 10 jours ; SGA invasives en général 1 à 3 jours mais peut aller jusqu'à 3 semaines

Transmission respiratoire (gouttelettes) ou par contact indirect à partir des lésions cutanées
Le réservoir de SGA est pharyngé, avec un portage asymptomatique estimé à 10%

Contagiosité en l'absence de traitement : 2 à 3 semaines

Plus longue en cas de lésions chroniques purulentes

Plus courte (24h) si antibiothérapie efficace



Formes non invasives (les plus fréquentes) : angine et scarlatine

Formes invasives : infections de la peau et des tissus mous (dermohypodermite éventuellement nécrosante, myosite), infections respiratoires basses (pneumonie et pleurésie), syndrome de choc toxique streptococcique

Angine : **TROD sur écouvillon pharyngé** (systématique chez l'enfant \geq 3 ans, indiqué chez l'adulte si score de Mac Isaac > 2)

Scarlatine : **TROD**. Si négatif, prélèvement de gorge pour **culture bactériologique**

Formes invasives : **isolement de *Streptococcus pyogenes*** dans **prélèvement habituellement stérile** (liquide articulaire,...)

Sujet contact de cas d'infection invasive à SGA = personne ayant rencontré le cas index dans les 7 jours précédant le début des signes cliniques et jusqu'à 24h après le début d'une antibiothérapie efficace

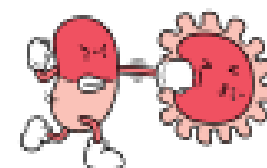
- partage du même domicile, de la même chambre ou du même endroit de nuitée,
- contacts rapprochés de façon prolongée ou répétée avec possibilité de face à face (activités partagées, soins de nursing ...)

Traitement : bêta-lactamines

- 1ère intention : **Amoxicilline** (traitement de référence) devant une forme non nécrosante
- Formes d'infections nécrosantes : large spectre en probabiliste avec **pipéracilline tazobactam +/- clindamycine** ou **oxazolidinone**

+ **chirurgie** urgente de drainage et débridement et prise en charge en réanimation (Ig polyvalentes dans les fasciites nécrosantes ou les chocs toxiques streptococciques dans certains pays).

Conduite à tenir pour les sujets contacts



Antibioprophylaxie

Limitée aux **sujets contacts de cas d'infection invasive à SGA à risque de forme grave*** :

Le plus tôt possible, idéalement dans les  et jusqu'à  jours après le diagnostic

Amoxicilline 6 jours : 50 mg/kg/j en 2 prises (max 1g x2/j)

Macrolides (si SGA sensible) : Azithromycine 3 jours 20 mg/kg/j en 1 seule prise (max 500 mg/j) OU Clarithromycine 10 jours 15 mg/kg/j en 2 prises (max 500 mg 2x/j)

C1G 10 jours : Céfadroxil : 50 mg/kg/j en 2 prises (max 1g 2x/j) OU Cefaclor : 20-40 mg/kg/j en 3 prises (max 250 mg 3x/j)

* **Sujets à risque de forme grave** = femmes enceintes de plus de 37 SA, nouveau-nés (jusqu'à 28 jours de vie), femmes ayant accouché dans les 28 jours précédents, personnes âgées de plus de 65 ans, personnes ayant une varicelle, personnes vivant dans des conditions particulières de précarité (personnes sans domicile fixe par exemple), tous les sujets contacts vivant sous le même toit qu'un cas, lorsque l'un d'entre eux nécessite une antibioprophylaxie.

[Lien de la fiche](#)

Coordonnées du Point focal régional de l'ARS



☎ 09 69 39 89 89

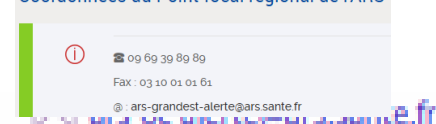
Fax : 03 10 01 01 61

@ : ars-grandest-alerte@ars.sante.fr

Signalement des cas groupés d'infection invasive à l'ARS

Au moins 2 cas, confirmés ou probables, dans la même collectivité, à - de 10 j. d'intervalle ET mise en évidence ou jugé possible de contacts

Coordonnées du Point focal régional de l'ARS



Infections sévères : Infections Invasives à Streptocoques A (IISGA)

- atteintes cutanées ou sous-cutanées ainsi que des tissus mous
- pleuro-pneumopathies
- **endométrites ou autre complications infectieuses qui surviennent en post-partum**
- actuellement, il n'existe pas de vaccin contre ces infections



Bilan épidémiologique 2020–2025 (1er semestre) des signalements à *Streptococcus pyogenes* (Strepto A) issus de la base nationale e-SIN

- Analyse des **données nationales** issues de **l'ensemble des signalements** transmis
- Analyse des **données nationales** en rapport avec les signalements **en maternité**
- Analyse des données des signalements de la région « **Grand Est** »



Evolution des signalement e-SIN pour infection à *Streptococcus pyogenes*, France, 2020 – 1^{er} semestre 2025

Analyse globale, toutes unités d’hospitalisation associées :

- ≈ 40 signalements / An sur la période 2017-2019
- Baisse du nombre de déclarations de 2020 à novembre 2022
- Pic de déclaration en décembre 2022 et 2023 puis ↘ de 50 % en 2024
- Tendance proche de celle de 2024 pour les 6 premiers mois de 2025
- Nombre moyen de cas par signalement sur la période = 1,45

Figure 1. Nombre de signalements annuels 2020-S1 2025

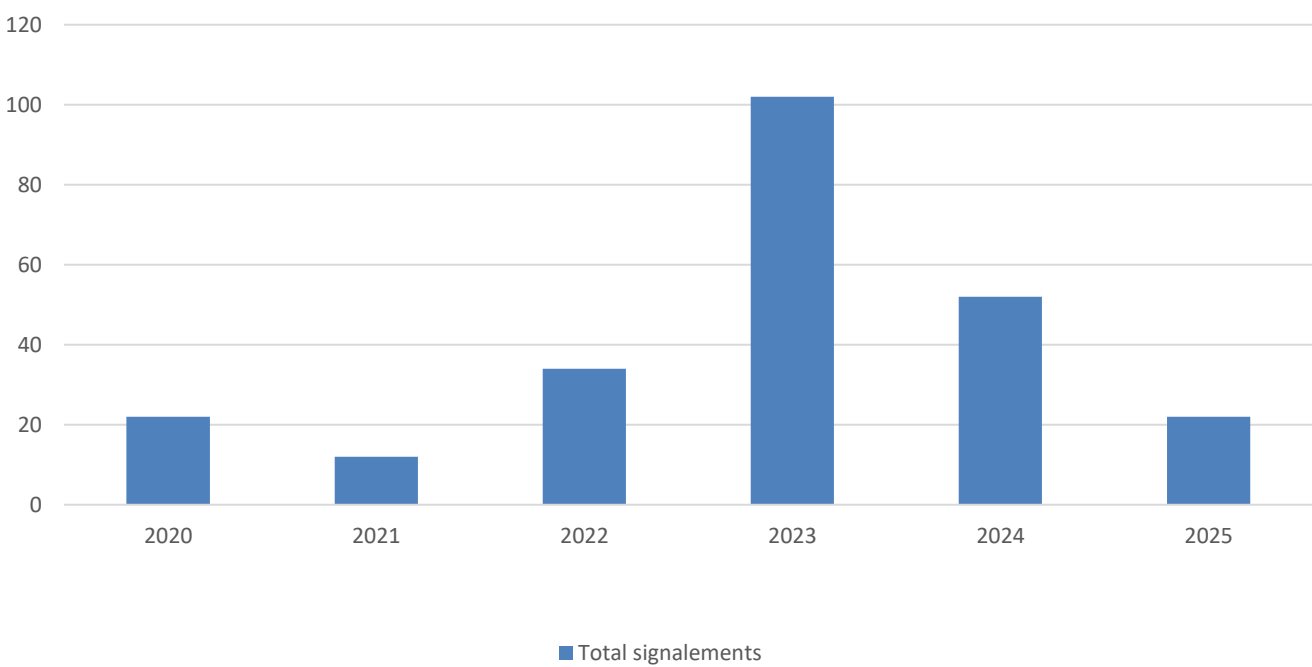
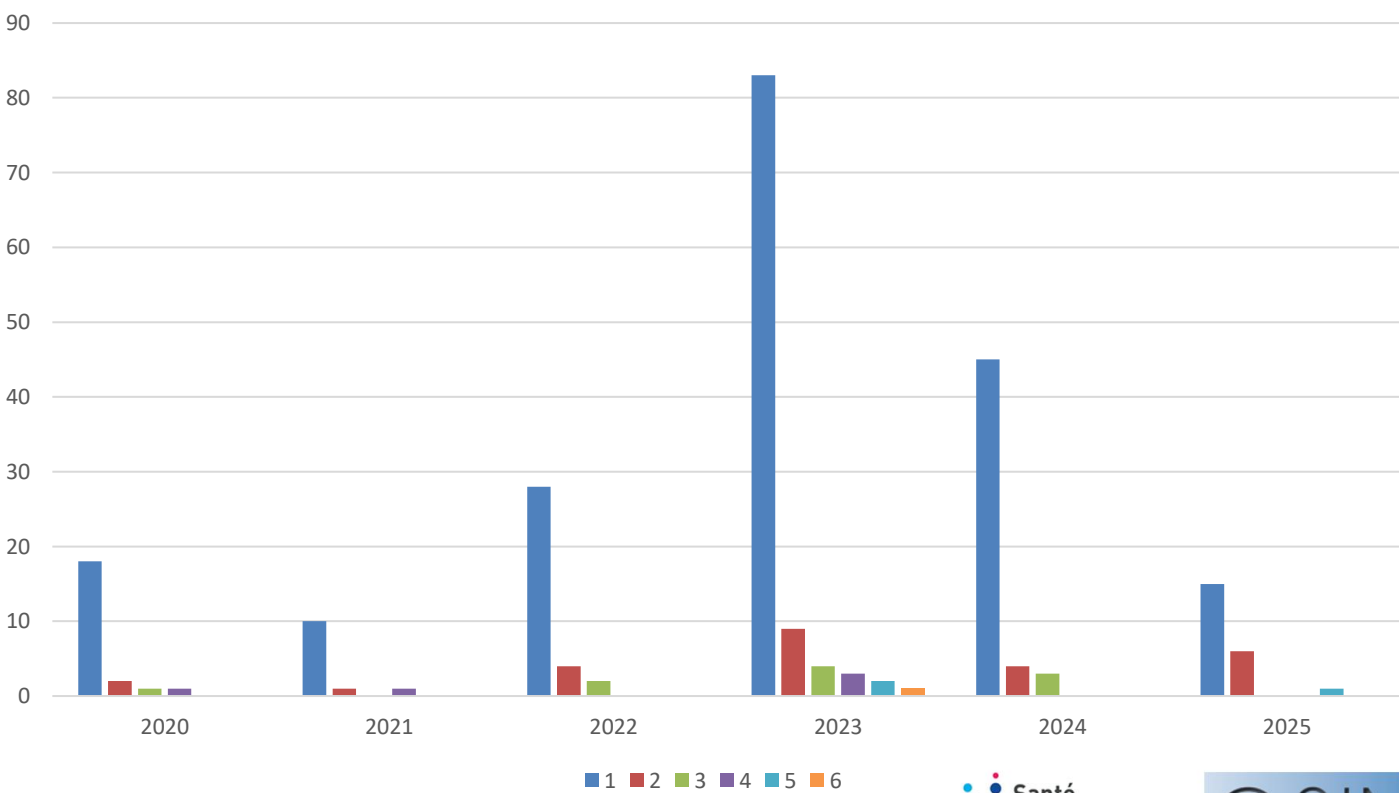


Tableau 1. Nombre de signalement et nombre de cas par signalement 2020-2025

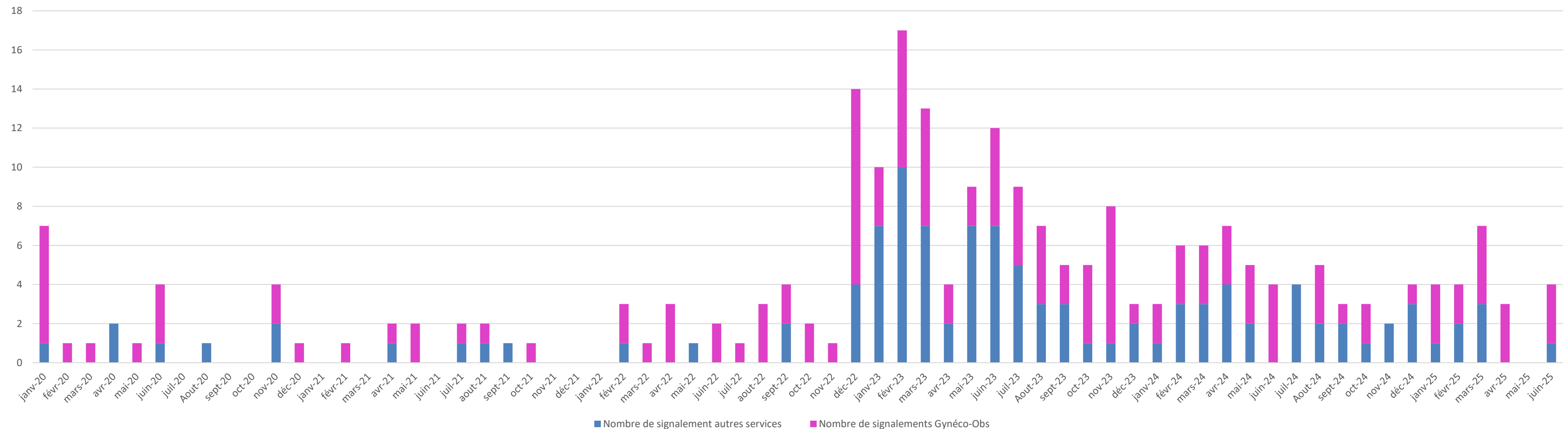
Nombre de cas par signalement	2020	2021	2022	2023	2024	S1-2025	Total
1	18	10	28	83	45	15	199
2	2	1	4	9	4	6	26
3	1	0	2	4	3	0	10
4	1	1	0	3	0	0	5
5	0	0	0	2	0	1	3
6	0	0	0	1	0	0	1
Nombre de signalements	22	12	34	102	52	22	244
Nombre total de cas	35	22	48	142	68	38	353


Figure 2. Nombre de cas par signalement, 2020- S1 2025



Evolution mensuelle des signalements e-SIN à *Streptococcus pyogenes*, France 2020-s1/2025

Figure 3. Nombre mensuel de signalements e-SIN pour *Streptococcus pyogenes*, Janvier 2020 - Juin 2025, selon le service d'origine - obstétrical ou autre

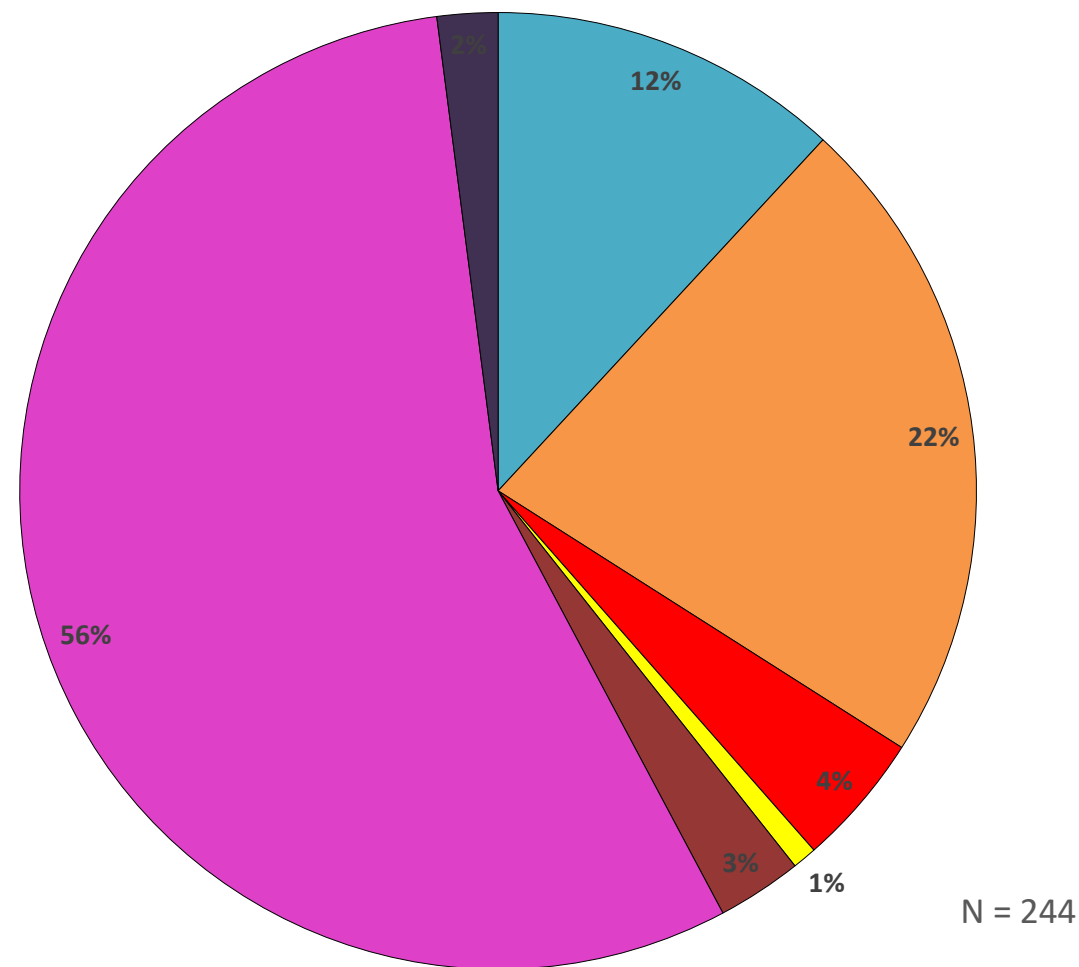


-  des signalements transmis à partir de décembre 2022
- Rôle probable des mesure barrières (port du masque personnel soignant et accompagnants) sur l'incidence communautaire et nosocomiale des infections à *Strepto A* en « période COVID ». « Effet rebond » à leur levée en 2022.
- Conséquence de l'alerte sur une recrudescence des infections à Strepto A (DGS-Urgent, MINSANTE et MARS envoyés le 06/12/22 [dgs-urgent_no2022_83_streptocoque_a.pdf](#)) >> Probable augmentation d'exhaustivité
- Le rapport entre signalements émis d'unités obstétricales/autres services diminue entre la période antérieure à novembre 2022 et celle postérieure (2,6 vs 1,04) = augmentation relative plus importante des cas signalés hors obstétrique

Répartition des signalements par service et selon le site anatomique du prélèvement microbiologique, 2020 – S1 2025

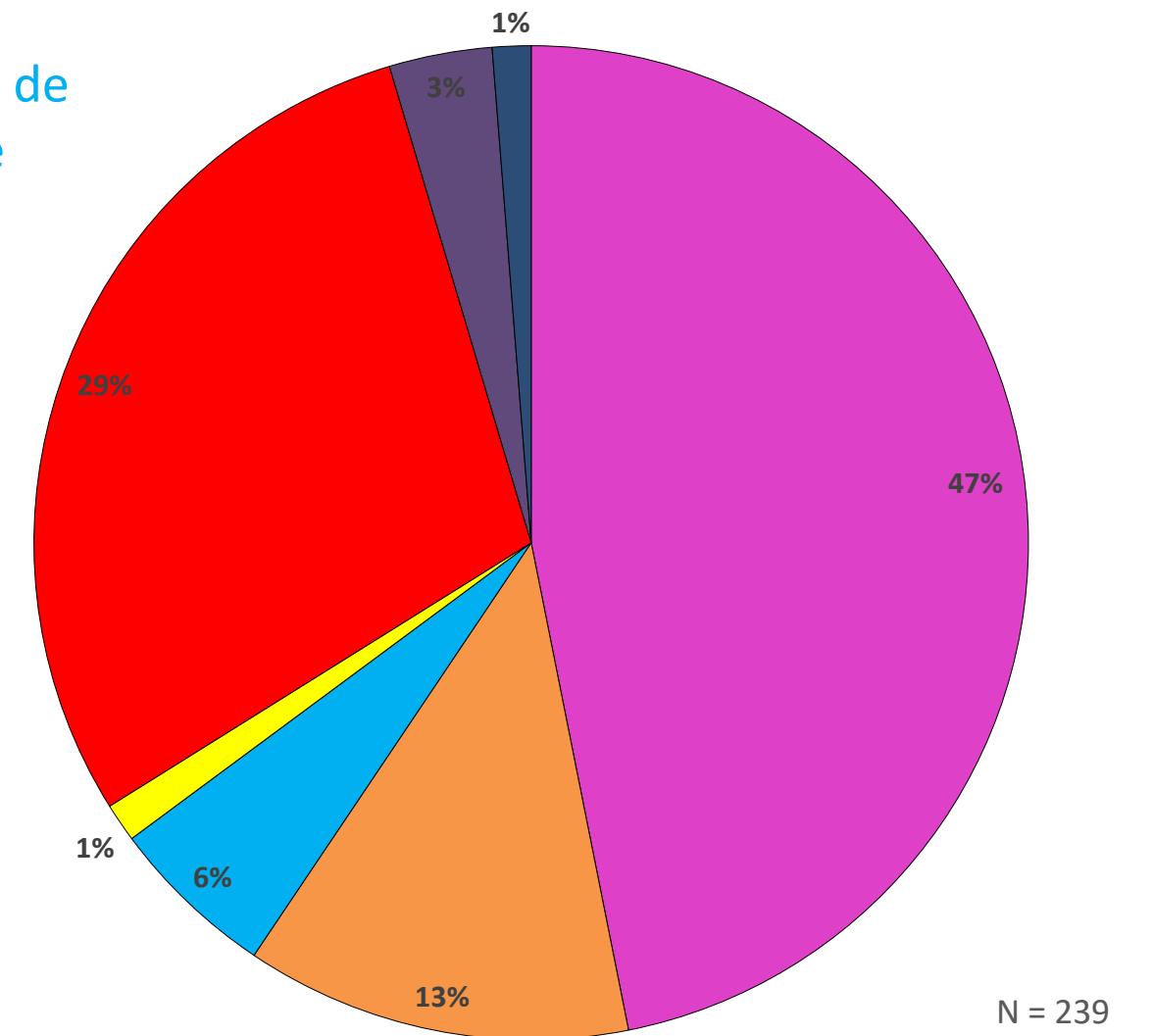
- Majorité des signalements (56%) issus de **services obstétricaux**, puis chirurgicaux (22%) et médecine (12%)
- Majorité d'infections **utéro-vaginale** (47%), puis formes disséminées et septicémiques (29%) puis ISO (13%)

Figure 4. Proportion de signalement par service 2020- S1 2025



■ Médecine et Psychiatrie ■ Chirurgie et explo ■ Pôle Réa-urgences ■ Pédiatrie ■ SSR-Rééducation ■ Obstétrique

Figure 5. Proportion de signalement par site anatomique



■ Gynéco-obstétricale ■ ISO ■ Peau et tissus moux ■ Neuro-ophtalmo ■ Sang : bactériémie, septicémie et endocardites et formes disséminées ■ Urinaire ■ Autres : pneumo/ORL

- Létalité moyenne rapportée sur la période : 4,8% (19 décès/353 cas)

Evolutions régionales des signalements à Streptocoque A, 2020-S1 2025

Figure 6. Proportion de signalement par région, 2020-S1 2025

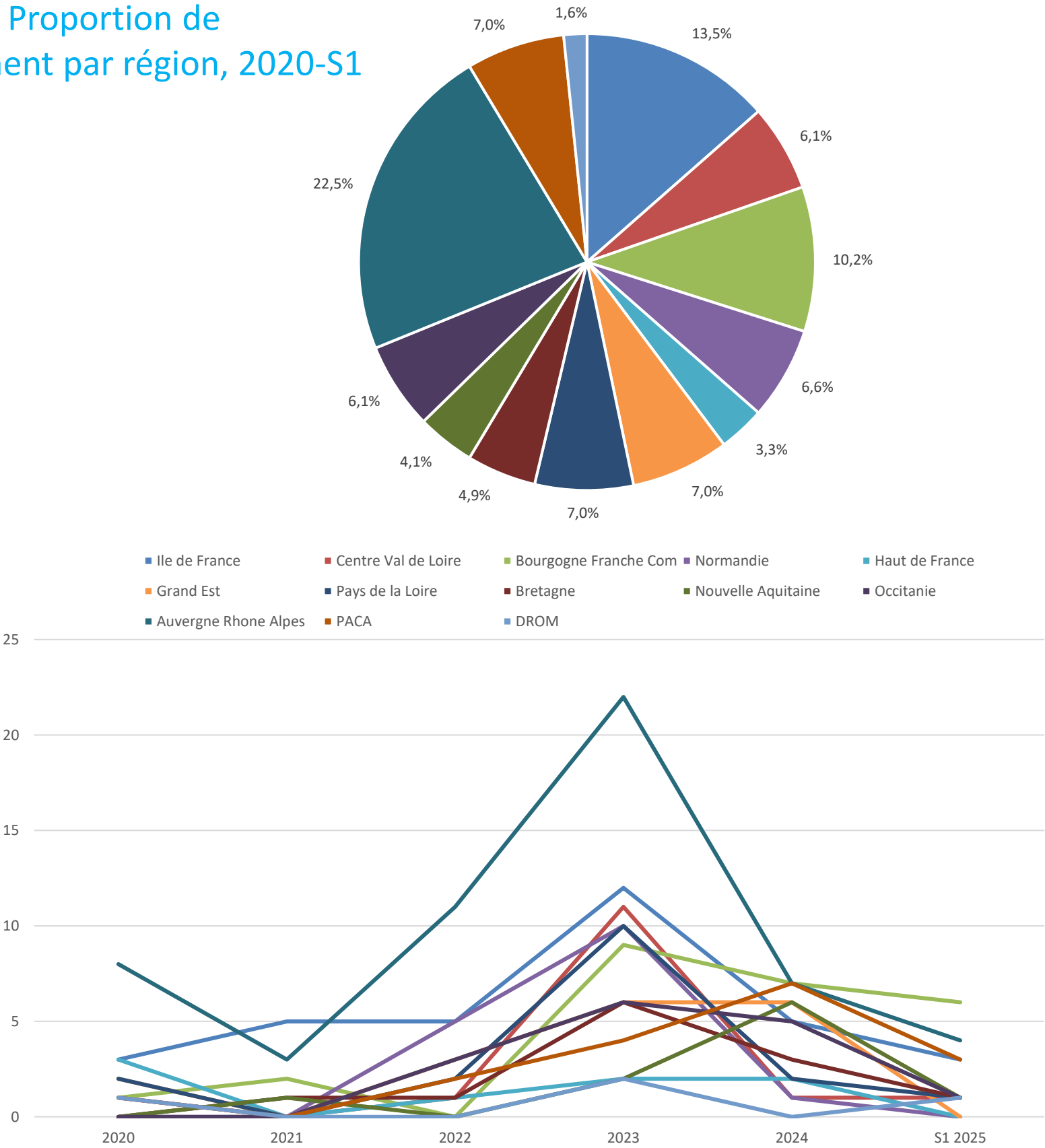


Tableau 2. Nombre de signalement par région, 2020- S1 2025

Régions	2020	2021	2022	2023	2024	S1 2025	Total / %
Ile de France	3	5	5	12	5	3	33 / 13,5%
Centre Val de Loire	1	0	1	11	1	1	15 / 6,1%
Bourgogne Franche Com	1	2	0	9	7	6	25 / 10,2%
Normandie	0	0	5	10	1	0	16 / 6,6%
Haut de France	3	0	1	2	2	0	8 / 3,3%
Grand Est	2	0	3	6	6	0	17 / 7%
Pays de la Loire	2	0	2	10	2	1	17 / 7%
Bretagne	0	1	1	6	3	1	12 4,9%
Nouvelle Aquitaine	0	1	0	2	6	1	10 / 4,1%
Occitanie	0	0	3	6	5	1	15 / 6,1%
Auvergne Rhone Alpes	8	3	11	22	7	4	55 / 22,5%
PACA	1	0	2	4	7	3	17 / 7%
DROM	1	0	0	2	0	1	4 / 1,6%
Total	22	12	34	102	52	22	244

Figure 7. Nombre de signalement annuel par région, 2020-S1 2025

Signalements à *Streptococcus pyogenes* en milieu obstétrical, 2020-S1 2025 [2]

Figure 9. Site anatomique de l'infection à Strepto A du post partum, France, 2020-2025

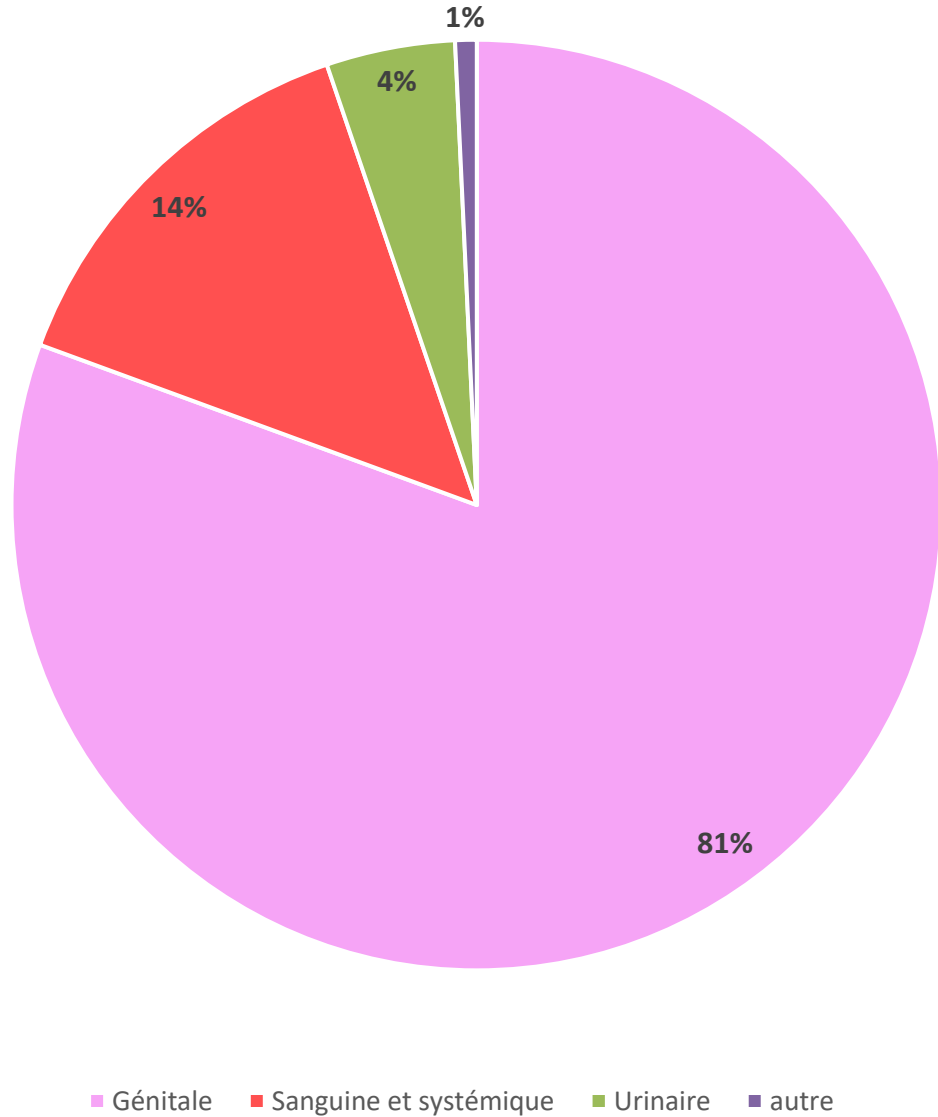
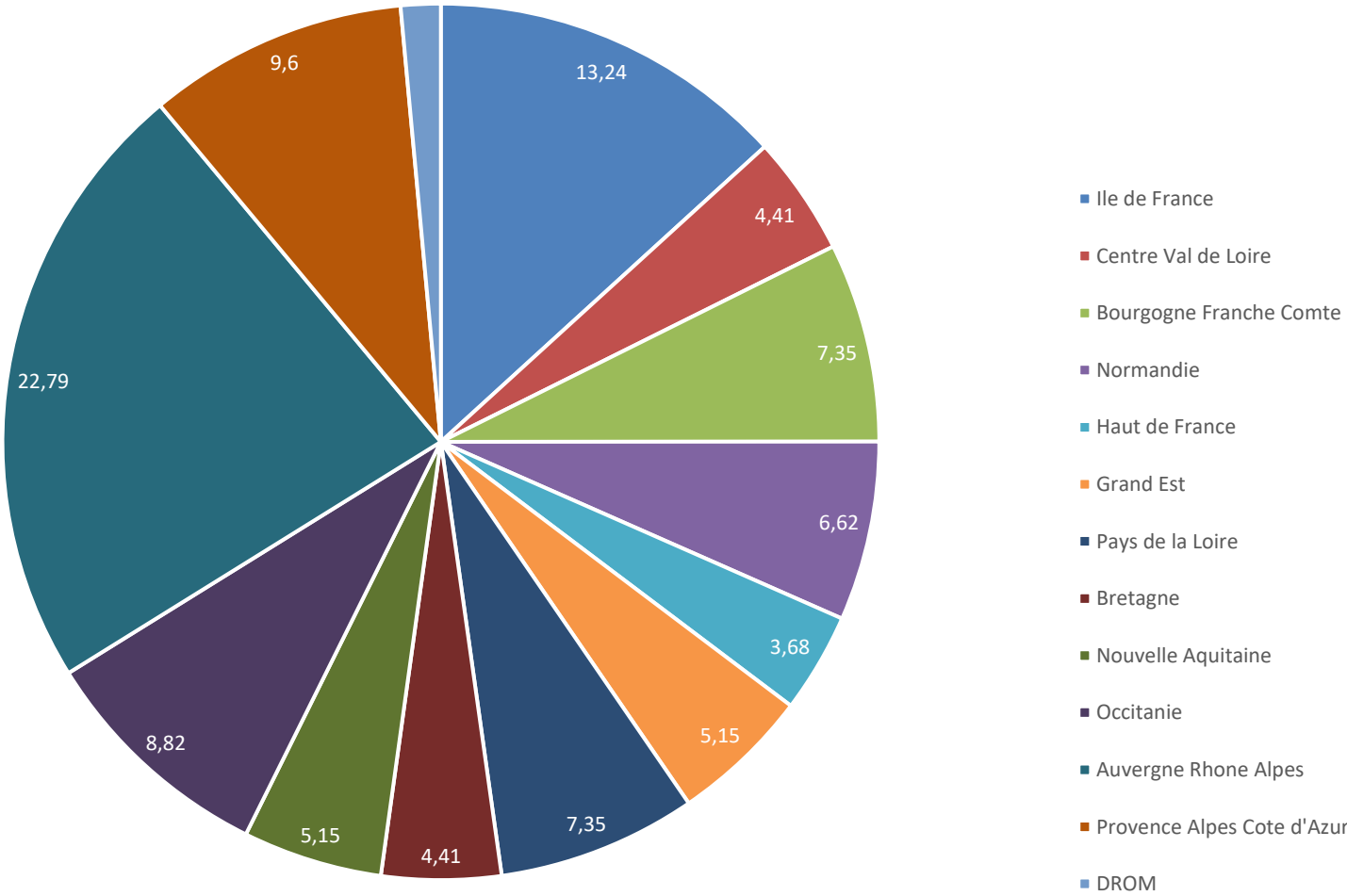


Figure 10. Région d'émission du signalement d'infection à Strepto A en maternité, France, 2020-2025



- Infections génitales : 81% dont endométrites 55%
- 3 décès / 173 cas (1,7%)

Infections à *Streptococcus pyogenes* en région Grand-Est, 2020-S1-2025

Figure 11. Nombre de signalements annuels d'infections à Strepto A, région Grand Est, 2020-S1 2025

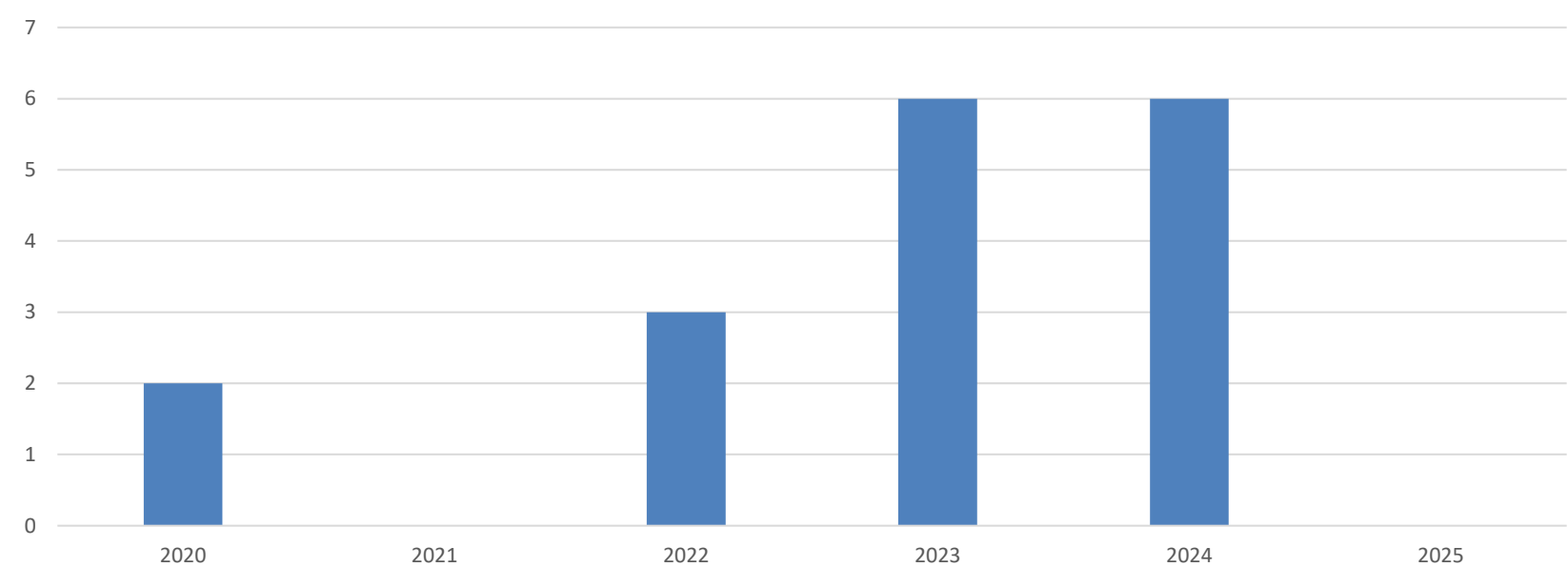
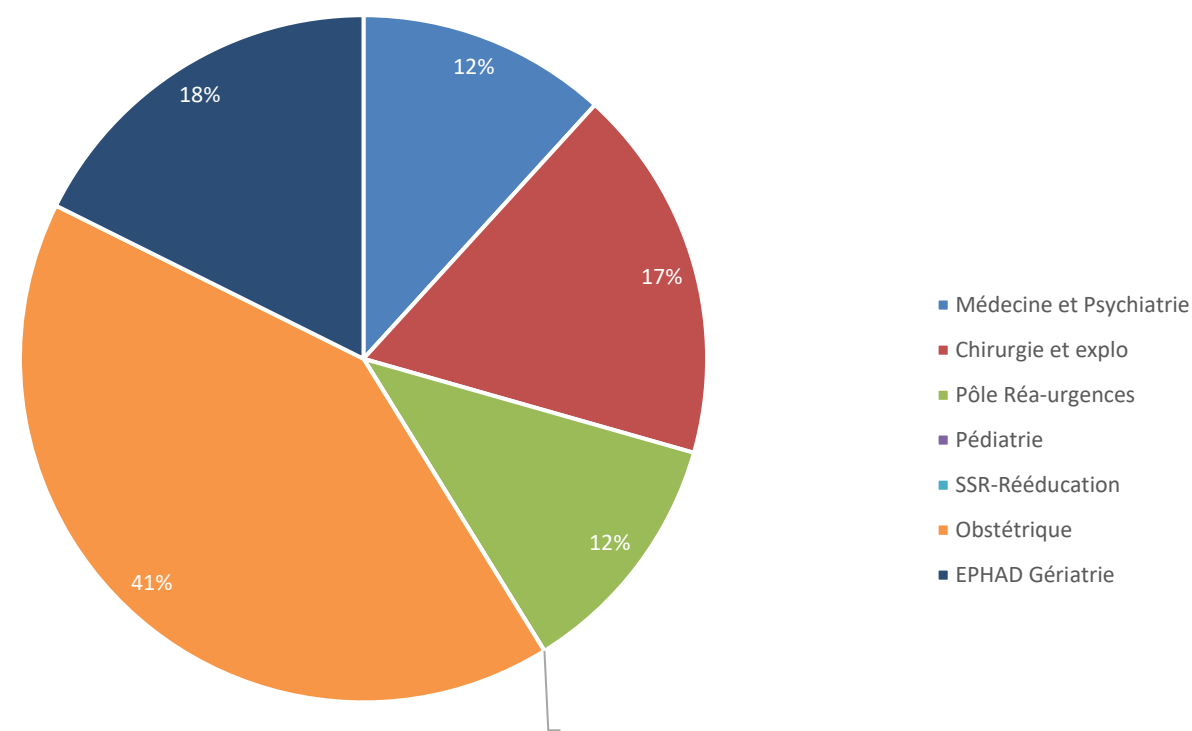


Figure 12. Nombre de signalements d'infections à Strepto A, par département de la région Grand Est, 2020-S1 2025

Département	N	%
AUBE	3	17,6%
MEURTHE-ET-MOSELLE	4	23,5%
MOSELLE	4	23,5%
BAS-RHIN	1	5,9%
HAUT-RHIN	2	11,8%
VOSGES	3	17,6%
Total	17	100

Figure 13. Nombre de signalements d'infections à Strepto A, par service de déclaration, région Grand Est, 2020-S1 2025



- 17 signalements, 24 cas
- 5,15 % des signalements nationaux en mater sur la période
- Létalité : 12,5% (3 DC/24 cas)

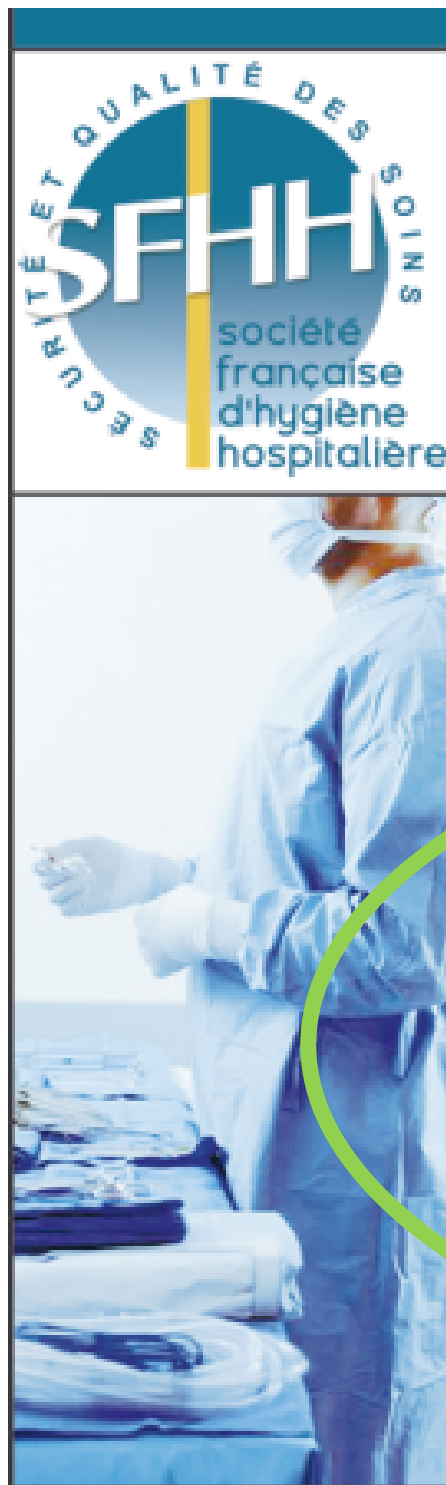
Infections puerpérales à *Streptococcus pyogenes* en région Grand-Est, 2020-S1-2025

- 7 Signalements eSIN
- 9 cas pour 7 épisodes ; un décès (04/2022)
- Sites anatomiques déclarés (un par signalement) :
 - 2 endométrites,
 - 4 autres infections génito-vaginales,
 - 1 non précisée

Figure 14. Nombre de signalements d’infections à Strepto A du post partum émis par les services obstétricaux, 2020-2025, région Grand-Est

Année	N
2020	1
2022	2
2023	2
2024	2
Total	7

Prévention des ISGA lors d'accouchement par voie basse = port systématique du masque en salle de naissance



AVIS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE Port du masque et infection à Streptocoque du groupe A en maternité 20 avril 2005

La survenue d'un nouveau décès, en relation avec une infection à Streptocoque du groupe A, chez une accouchée, nous conduit à rappeler que :

a/ le pharynx est le réservoir principal de *Streptococcus pyogenes* ou Streptocoque du groupe A

b/ le port d'un masque chirurgical* est indispensable pour toute personne (sage-femme ou accoucheur) réalisant un **accouchement par voie basse** :

- dès la rupture des membranes
- dans toute maternité d'établissement public ou privé ou lors des accouchements réalisés à domicile

c/ le port de masque chirurgical est également requis dès la rupture des membranes pour tout geste obstétrical (toucher vaginal, prélèvement vaginal, ...)

* voir Guide SFHH 2003 "Prévention et surveillance des infections nosocomiales en maternité" (téléchargeable sur le site SFHH).

Attention : cet avis de la société française d'hygiène hospitalière (SFHH) ne peut être diffusé ou reproduit que dans son intégralité.



Mesures de prévention lors de cas groupés en maternité, établissement de santé



Haut Conseil de la santé publique

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

➤ Conduite à tenir lors de cas groupés d'IISGA

L'identification de cas groupés d'IISGA doit conduire à une alerte auprès de l'ARS concernée.

Schématiquement, en lien avec Santé publique France (SpF), il s'agit ensuite de :

- définir le nombre de cas sur les mois précédents et tenter de retrouver une source commune d'infection,
- informer les personnes travaillant ou vivant dans l'établissement, ainsi que les contacts des cas ou leurs familles,
- mettre en place et veiller à l'application des mesures nécessaires,
- assurer une veille épidémiologique jusqu'à la fin de l'épidémie.

Haut Conseil de la santé publique

Cet avis doit être diffusé dans sa totalité, sans ajout ni modification



Différentes matrices en fonction de la qualité de la ventilation

Outils : Infections à Streptocoque A



Synthèse de la matrice *Prévention de la transmission par voie respiratoire*

	Exposition faible Patient porte un masque ou contact < 15 mn	Exposition modérée Contact > 15 mn (patient non masqué) ou PGA à risque modéré*	Exposition forte PGA à risque élevé** ou champ lointain > 30mn
Ventilation Conforme			
Ventilation non conforme			

*extubation, VNI, aspiration, ... **intubation, aérosolthérapie, ...





PORT DE GANTS STÉRILES

Lors de toutes procédures chirurgicales ou autres procédures stériles.



PORT DE GANTS NON STÉRILES

Risque d'exposition à des liquides biologiques, des muqueuses ou du matériel contaminé.



PORT DE GANTS NON RECOMMANDÉ

Pas de risque d'exposition à des liquides biologiques, des muqueuses ou du matériel contaminé.

<https://www.cpias-auvergnerrhonealpes.fr/sites/default/files/2024-02/diaporamaMainspropres.pdf>

Les bijoux des soignants : une source de transmission des bactéries, pour les patients comme pour les proches ⁽¹⁾.



**Zéro bijou
sur les mains
des professionnels**

⁽¹⁾ Sources :
O. Meunier et al. Retirer son alliance ? Une photo pour convaincre. Hygiènes Volume XIX - n°6 Décembre 2011



L'hygiène des mains au cœur des soins

- 1** objectif → des mains propres pour un soin plus sûr
- 3** cibles → protéger le professionnel, le patient, l'environnement
- 5** indications → pour l'hygiène des mains lors des soins
- 7** étapes → à respecter pour la friction hydro-alcoolique
- ...** et combien d'infections évitées ?!

Mains propres : la sécurité au cœur des soins

Je sais pourquoi, je sais quand, je sais comment ... Je m'engage, et vous

Infections à Streptocoque A



Bactérie *Streptococcus pyogenes* (streptocoque du groupe A : SGA)



Transmission respiratoire (gouttelettes) ou par contact indirect à partir des lésions cutanées
Le réservoir de SGA est pharyngé, avec un portage asymptomatique estimé à 10%



Incubation selon le syndrome clinique : SGA non invasives 2 à 5 jours, sauf impétigo 10 jours ; SGA invasives en général 1 à 3 jours mais peut aller jusqu'à 3 semaines

Contagiosité en l'absence de traitement : 2 à 3 semaines
Plus longue en cas de lésions chroniques purulentes
Plus courte (24h) si antibiothérapie efficace

Masque chirurgical

PC Gouttelettes jusqu'à 24 h après début de l'ATB; si lésions cutanées ajouter **PC**contact

Formes non invasives (les plus fréquentes) : angine et scarlatine

Formes invasives : infections de la peau et des tissus mous. Infection puerpérale de l'endomètre, infections respiratoires basses (pneumonie et pleurésie), syndrome de choc toxique streptococcique



Angine : **TROD** sur écouvillon pharyngé

Scarlatine : **TROD**. Si négatif, prélèvement de gorge pour culture bactériologique

Formes invasives : **isolement de *Streptococcus pyogenes*** dans prélèvement habituellement stérile (sang, liquide articulaire...)

Sujet contact de cas d'infection invasive à SGA = personne ayant rencontré le cas index dans les 7 jours précédant le début des signes cliniques et jusqu'à 24h après le début d'une antibiothérapie efficace

- Partage du même domicile, de la même chambre ou du même endroit de nuitée,
- Contacts rapprochés de façon prolongée ou répétée avec possibilité de face à face (activités partagées, soins de nursing ...)



Toute personne (accompagnant, professionnel...) présentant des symptômes ORL ou respiratoires porte un masque.

Conduite à tenir pour les sujets contacts



Antibioprophylaxie

Limitée aux **sujets contacts de cas d'infection invasive à SGA à risque de forme grave***

Le plus tôt possible, idéalement dans les **24h** et jusqu'à **10** jours après le diagnostic

***Sujets à risque de forme grave** = femmes enceintes de plus de 37 SA, nouveau-nés (jusqu'à 28 jours de vie), femmes ayant accouché dans les 28 jours précédents, personnes âgées de plus de 65 ans, personnes ayant une varicelle, personnes vivant dans des conditions particulières de précarité (personnes sans domicile fixe par exemple), tous les sujets contacts vivant sous le même toit qu'un cas, lorsque l'un d'entre eux nécessite une antibioprophylaxie.

EOH-Juin 2025 - inspiré de l'affiche du cpas occitanie



Conduite à tenir en salle de naissance face à une suspicion d'infection à streptocoque A chez une patiente

Réf. :
Lé : Juin 2025
Page : 1 / 1

REDACTION	VERIFICATION	VALIDATION
Nom/Fonction : Marie-Aline KOELSCH / Infirmière Hygiéniste	Nom/Fonction : Equipe opérationnelle d'hygiène	Nom/Fonction : Caroline WENDLING / Responsable Clinique TO

La patiente accueillie présente des symptômes ORL, respiratoires, de la fièvre et/ou une éruption cutanée

Mise en oeuvre de précautions complémentaires Gouttelettes

Réalisation d'un TROD (test rapide d'orientation diagnostique)

TROD Positif

- Prévenir le gynécologue en charge de la patiente sans délai
- Prévenir le pédiatre de garde
- Se référer au protocole "conduite à tenir en cas d'infection à Streptocoque A"

TROD Négatif

En cas de suspicion de scarlatine, réaliser un prélèvement de gorge pour culture bactériologique maintien des précautions complémentaires gouttelettes jusqu'à l'obtention du résultat

Poursuite des précautions complémentaires gouttelettes jusqu'à disparition des signes cliniques et en l'absence d'autre recherche microbiologique en cours

Mots clés : streptocoque A, conduite à tenir, salle de naissance

EOH-Juin 2025



Groupe Hospitalier
Saint Vincent

Do you have a fever or sore throat? Or does someone close to you have these symptoms?

Please report it to the midwife who will be taking care of you.

Thank you.



Éclairage médical

Intervention du Pr Gabriel



Infections à streptocoque A (SGA) en obstétrique

René GABRIEL, Reims

- Peau et gorge de 5 à 30% des individus
- Infections superficielles fréquentes et bénignes : impétigo, angines, etc.
- Infections profondes rares et graves
- Choc toxinique dans 20% des cas
- Portage vaginal pendant la grossesse : $\leq 0.06\%$

Donders G et al. J Clin Med 2021

Données Françaises (2007)

- 664 infections profondes (incidence : 3 / 100 000)
- 144 cas (21.7%) avec choc toxinique
- Mortalité :
 - Ensemble des cas : 14%
 - Choc toxinique : 43%

Données gynécologiques et obstétricales

Méta-analyse, 40 études, 1160 femmes

- Post-partum : >90% des cas
- Très rare pendant la grossesse
- Environ une trentaine de cas reports gynécologiques
- Mode de contamination présumé de l'utérus : voie génitale ascendante à partir d'un portage vaginal
 - Contamination spontanée
 - Ou après un geste gynécologique

10 cas documentés après un geste gynécologique

- IVG, IMG, pose de DIU, biopsie d'endomètre, hystéroscopie, etc.
- Début des symptômes 24 à 48 heures après le geste
- Evolution foudroyante

Tardieu SC et al. Case Rep Obstet Gynecol. 2017

Gendron N et al. J Clin Microbiol. 2014

[Daif JL et al. Obstet Gynecol 2009

Mourton S et al. J Reprod Med. 2006

Bhagat N et al. J Midlife Health. 2017

Nyirjesy P et al. Reprod Med. 1994

Gruttadauria M et al. Case Rep Womens Health. 2021.

Ameda K et al. Case Rep Obstet Gynecol. 2021

Deux cas personnels vus en expertise

➤ Madame P, G4P3

- J1 : aspiration pour fausse couche du 1er trimestre
- J2 : suites simples, retour à domicile
- J3 : douleurs diffuses des 4 membres, purpura, métrorragies nauséabondes, CIVD, insuffisance rénale aiguë. Puis « hurle de douleurs », état de choc
- J4 : intubation, symptômes neurologiques, tableau de choc septique, purpura extensif, hémocultures positives à SGA
- J5 : hystérectomie de sauvetage
- J6 : décès, SGA retrouvé dans le vagin

➤ Madame R, G2P1, 40 semaines

- Grossesse normale, ECBV du 8e mois banal
- 23H50 : se présente pour fièvre, vomissements et diarrhée apparues dans la journée. Femme agitée, excitée. Dyspnée modérée.
- 00H30 : très agitée, dyspnée, confuse
- 00H45 : coma, puis arrêt cardiaque, massage cardiaque externe
- 01H00 : césarienne « péri-mortem » pour faciliter la réanimation
- 01H50 : décès
- Nombreux SGA dans le placenta, l'estomac, l'intestin, la rate

Vos questions ?



www.cpias.fr
www.sragrandest.org
[www.reseauperinatallorrain.f
r](http://www.reseauperinatallorrain.fr)
www.reseaux-sante-ca.org
www.naitreenalsace.fr

<http://>



..... semaine de la sécurité des patients

Merci
pour votre participation

