

## Streptocoque A

Date de publication : 19 décembre 2025

ÉDITION NATIONALE

# Bilan des infections invasives à streptocoque A en France, 2018-2025 (données disponibles au 31 août)

## Points clés

- Les nombres de consultations en médecine ambulatoire et de passages aux urgences pour scarlatine sont depuis la fin de l'année 2024 revenus à des niveaux observés au cours des saisons antérieures à l'épidémie de COVID-19.
- Les données issues du réseau Epibac ont confirmé la forte augmentation du nombre d'infections invasives à Streptocoque du Groupe A (IISGA) au cours des années 2022-2023. En 2024, le taux d'incidence des IISGA en France hexagonale a diminué pour atteindre 4,5 cas pour 100 000 habitants, mais reste encore supérieur à celui relevé avant la pandémie de COVID-19. Cette baisse a concerné les adultes et les enfants.
- En 2024, la sévérité des IISGA semble avoir diminué par rapport aux années 2022 et 2023, avec une baisse de la fréquence des syndromes du choc streptococcique (SCTS) ainsi que du nombre de certificats électroniques de décès mentionnant une IISGA.
- Le nombre d'infections puerpérales rapportées via e-SIN a également diminué au cours de l'année 2024 et pendant la première moitié de l'année 2025.
- Les données du CNR montrent une diminution significative du nombre de souches du génotype émergent M1UK en 2024 et au début de l'année 2025.

## Introduction

Le Streptocoque du Groupe A (SGA) ou *Streptococcus pyogenes* est une bactérie Gram positif qui se transmet exclusivement chez l'homme par gouttelettes respiratoires et contact direct (sécrétions nasales, lésions cutanées...). La transmission peut provenir de porteurs asymptomatiques ou de personnes malades.

Le SGA est le plus souvent responsable d'infections non invasives et généralement bénignes, telles que l'angine, la pharyngite, la scarlatine, l'érysipèle et l'impétigo. Plus rarement, il peut être responsable d'infections invasives graves (infections invasives à Streptocoque du Groupe A - IISGA) comme des septicémies, des atteintes cutanées et des tissus mous (dermohypodermite nécrosante (DHN) et fasciites nécrosantes), des infections puerpérales, des pleuro-pneumopathies. Ces IISGA peuvent être associées à un syndrome de choc toxique streptococcique (SCTS) se manifestant par un choc associé à une défaillance multiviscérale, un rash et/ou des lésions muqueuses. La létalité des IISGA est estimée entre 10 et 20 % [1-2]. Les infections à SGA augmentent généralement à partir du mois de septembre sont plus fréquentes en hiver et au printemps, et diminuent ensuite en été.

Après une diminution marquée de la circulation des SGA pendant la pandémie de COVID-19 en 2020 et 2021, probablement liée à la mise en place de mesures sanitaires, une forte augmentation de la circulation des SGA et du nombre des IISGA a été observée, en particulier chez les enfants, à la fin de l'année 2022 [3-4]. Cette augmentation était liée à la levée des mesures barrière [5] et à l'émergence du génotype M1UK [6]. Elle s'est poursuivie au cours de l'année 2023. Cette tendance a également été observée dans plusieurs pays en Europe [7-11], au Japon [12] et en Australie [13].

Ce rebond post pandémie de COVID-19 a aussi été observé pour les infections invasives provoquées par d'autres bactéries à transmission respiratoire (*Haemophilus influenzae*, pneumocoque et méningocoque) [3].

Nous présentons dans ce bilan épidémiologique, sur la base des dernières données disponibles, l'évolution des principaux indicateurs épidémiologiques chez les enfants et chez les adultes de 2018 au 31 août 2025.

## Méthode

En France, les IISGA sont surveillées par le réseau de laboratoires hospitaliers volontaires Epibac [3] ; le volet microbiologique de cette surveillance avec le typage des souches invasives et la surveillance de l'antibiorésistance est assuré par le Centre national de référence des streptocoques (CNR ; <https://www.cnr-streptocoques.fr/>) [14-15]. Les infections puerpérales survenant à l'hôpital peuvent faire l'objet de signalements externes via l'outil e-SIN [16]. Les données de surveillance syndromique SurSaUD [17] (<https://www.santepubliquefrance.fr/surveillance-syndromique-sursaud-R>) permettent de surveiller les évolutions de la scarlatine au cours du temps ainsi que le nombre de décès attribués aux IISGA.

## SurSaUD

Le Système SurSaUD est un système de surveillance basé sur la collecte de données non spécifiques. Les indicateurs utilisés pour la surveillance des streptocoques du groupe A sont de 3 catégories :

- Le nombre de consultations en ambulatoire issu du réseau SOS Médecins (63 associations réparties en France Hexagonale et en Martinique) pour scarlatine.
- Le nombre de passages aux urgences issu du réseau OSCOUR® (constitué de plus de 700 services d'urgence) pour scarlatine.

- Le nombre de certificats électroniques de décès mentionnant une IISGA. Ces certificats sont rédigés par les médecins sous forme électronique à travers une application sécurisée (<https://sic.certdc.inserm.fr>) déployée par le CépiDc (Inserm), assurant ainsi une transmission des données en temps réel à Santé publique France. Les causes de décès à travers cette source de données sont en revanche partiellement disponibles. En 2024 l'exhaustivité du recueil était globalement estimée à 47 % et à 70 % pour ceux survenus à l'hôpital [17]. Cette exhaustivité augmente au cours du temps.

Ces 3 indicateurs sont suivis par saison épidémique. Une saison commence en semaine 37 de l'année N et se termine en semaine 36 de l'année N+1.

## Epibac

Le réseau de laboratoires de microbiologie volontaires Epibac recueille chaque année, pour l'année (N-1), des données informatisées et individuelles sur les infections invasives bactériennes. Seuls les laboratoires ayant fourni des données durant les douze mois de l'année sont considérés comme participant au réseau. L'incidence est estimée en redressant le nombre de cas recueillis par le réseau par la couverture du réseau et par le défaut d'exhaustivité (sous-notification) au sein du réseau. Les dernières données disponibles, le nombre de cas d'IISGA (méningite ou bactériémie) et l'incidence des IISGA, sont celles de l'année 2024 [3].

## CNR des streptocoques

Le CNR des streptocoques reçoit les souches invasives de SGA envoyées par des laboratoires volontaires. Son réseau est constitué de plus de 400 laboratoires correspondants répartis sur l'ensemble du territoire [16]. Les souches reçues sont accompagnées d'une fiche de renseignement contenant entre autres des informations sur le malade (sexe, date de naissance...) ainsi que sur la forme clinique. La détermination du génotype *emm* de chaque souche de SGA est ensuite réalisée par PCR puis séquençage. Le CNR réalise également le séquençage du génome complet d'un échantillon des souches qu'il reçoit, en particulier pour identifier les souches de type M1UK [6].

## E-SIN

Les données issues des signalements externes des infections nosocomiales (e-SIN) sont transmises par les équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière à Santé publique France. Santé publique France est ensuite chargée de l'analyse de ces signalements au niveau national. Concernant les IISGA les infections puerpérales survenues à l'hôpital entre janvier 2020 et juin 2025 sont rapportées dans ce bilan [16].

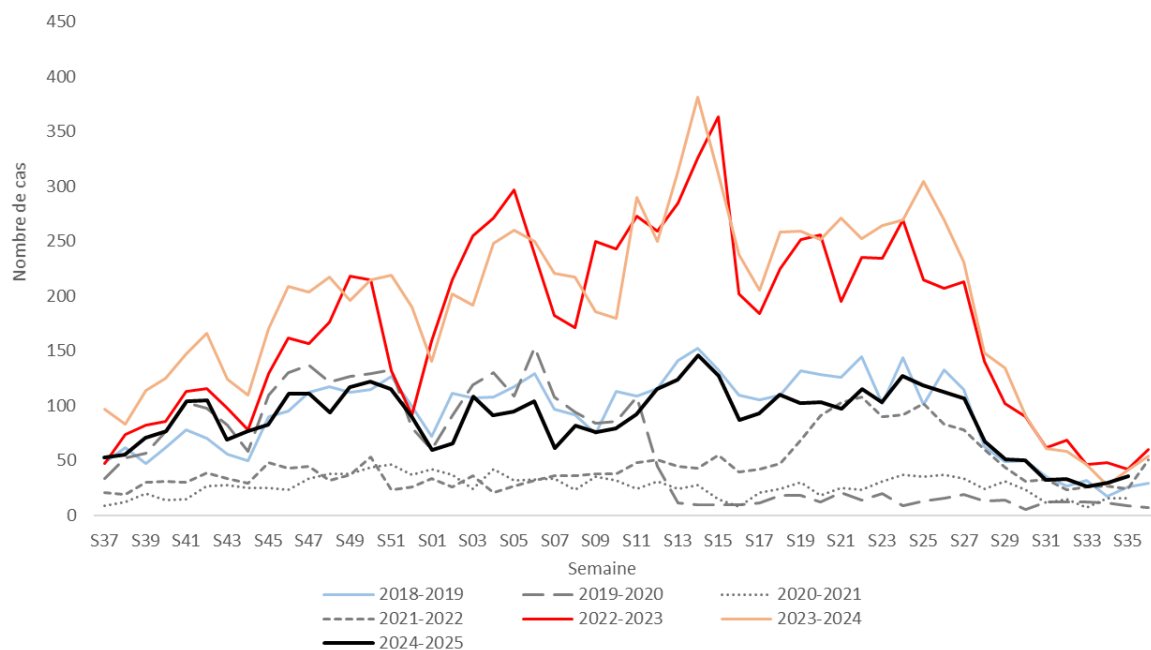
## Scarlatines en médecine ambulatoire et aux urgences

### Données de surveillance syndromique SurSaUD pour la scarlatine

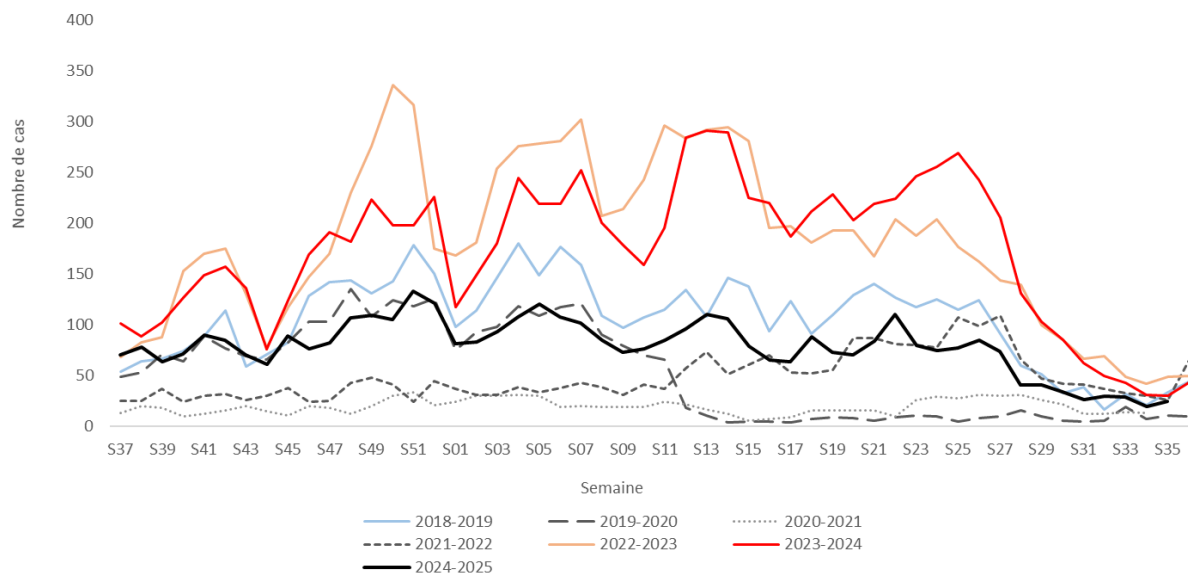
Les données de consultations en ambulatoire issues du réseau SOS Médecins montrent une baisse importante du nombre des consultations à partir du mois de mars 2020, due à la mise en place des mesures sanitaires pour lutter contre la pandémie de COVID-19. Ce nombre de consultation s'est maintenu à un niveau particulièrement bas au cours de la saison 2020-2021 avant d'augmenter doucement en mai 2022, suite à la levée de ces mesures et de façon plus importante à partir de l'automne 2022. Le nombre de consultations SOS Médecins est resté particulièrement élevé jusqu'à la fin de l'année 2024. Ces données montrent, au cours de la saison 2024-2025, un retour à un nombre de consultations similaire à celui de la saison 2018-

2019, avant l'épidémie de COVID-19 (Figure 1). Les données OSCOUR® montrent la même tendance pour le nombre de passages aux urgences (Figure 2).

**Figure 1. Nombre de consultations SOS Médecins pour scarlatine chez les enfants de moins de 15 ans, par semaine, France, saisons 2018-2019 à 2024-2025 (données au 31/08/2025)**



**Figure 2. Nombre de passages aux urgences (OSCOUR®) pour scarlatine chez les enfants de moins de 15 ans, par semaine, France, saisons 2018-2019 à 2024-2025 (données au 31/08/2025)**



## Infections invasives à streptocoque A

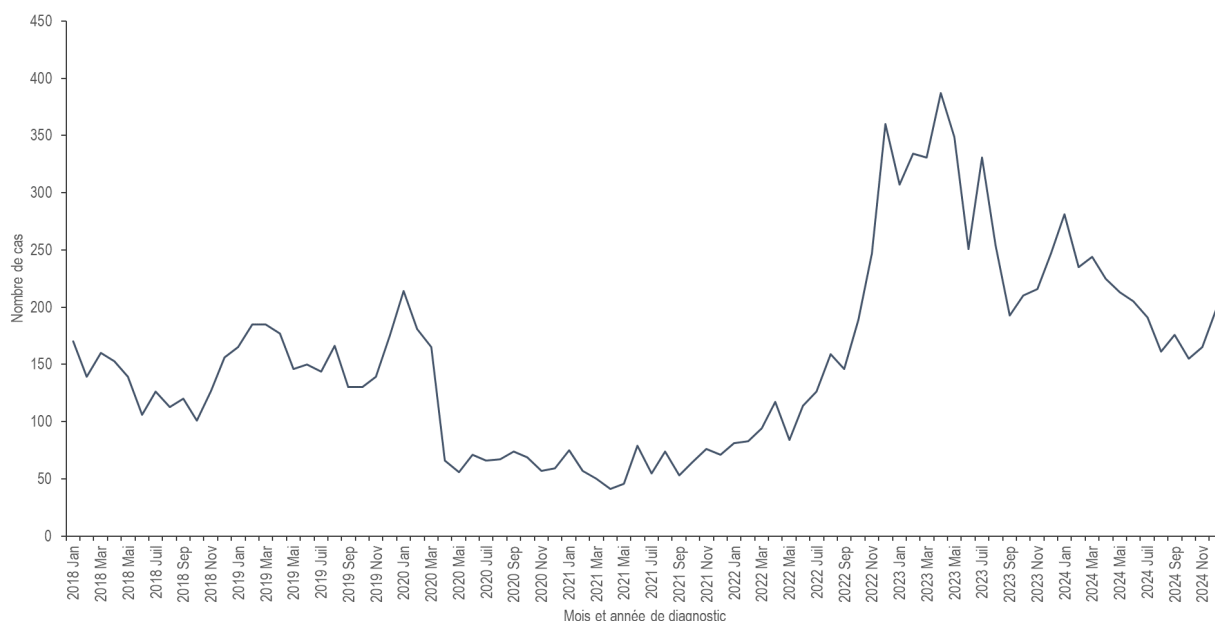
### Données du réseau Epibac (données au 31/12/2024)

Entre 2010 et 2019 les données du réseau Epibac montraient, en France Hexagonale, une tendance légèrement à la hausse du taux d'incidence des bactériémies et méningites à SGA. Il était en moyenne de 2,8 cas pour 100 000 habitants sur la période avec un minimum de 2,3 pour 100 000 habitants en 2010 et un maximum de 3,7 pour 100 000 habitants en 2019. Le taux d'incidence a ensuite beaucoup diminué en 2020 et 2021 probablement en lien avec les mesures sanitaires mises en place durant l'épidémie de COVID-19, et a ensuite fortement augmenté à partir du mois d'août 2022 et jusqu'en juillet 2023.

En 2023, le taux d'incidence des IISGA (méningites et bactériémies) atteignait 6,2 cas pour 100 000 habitants avec 4 076 cas soit une augmentation de 63 % par rapport à la période 2018-2019. Cette hausse a concerné particulièrement les enfants âgés de moins de 10 ans (+42 % par rapport à celle de 2022) et les adultes âgés de 90 ans et plus (+81 % par rapport à 2022) [3]. Cette résurgence avait démarré dès août 2022 et atteint son pic en avril 2023 (Figure 3).

En 2024, le taux d'incidence des IISGA a diminué (-27 %) pour atteindre 4,5 cas pour 100 000 habitants. Cette diminution a concerné les enfants et les adultes. Cependant, l'incidence des IISGA restait supérieure à celle mesurée avant la pandémie en 2018-2019 avec 2 979 cas versus 2 530 en 2019 et 2 097 en 2018. L'augmentation observée sur la fin de l'année 2024 reflète les variations saisonnières habituelles (Figure 3). Entre 2018 et 2024, les IISGA rapportées via le réseau Epibac sont à plus de 95 % des bactériémies.

**Figure 3. Infections invasives (bactériémies et méningites) à Streptocoque du groupe A, nombre estimé de cas par mois, France hexagonale, 2018-2024**

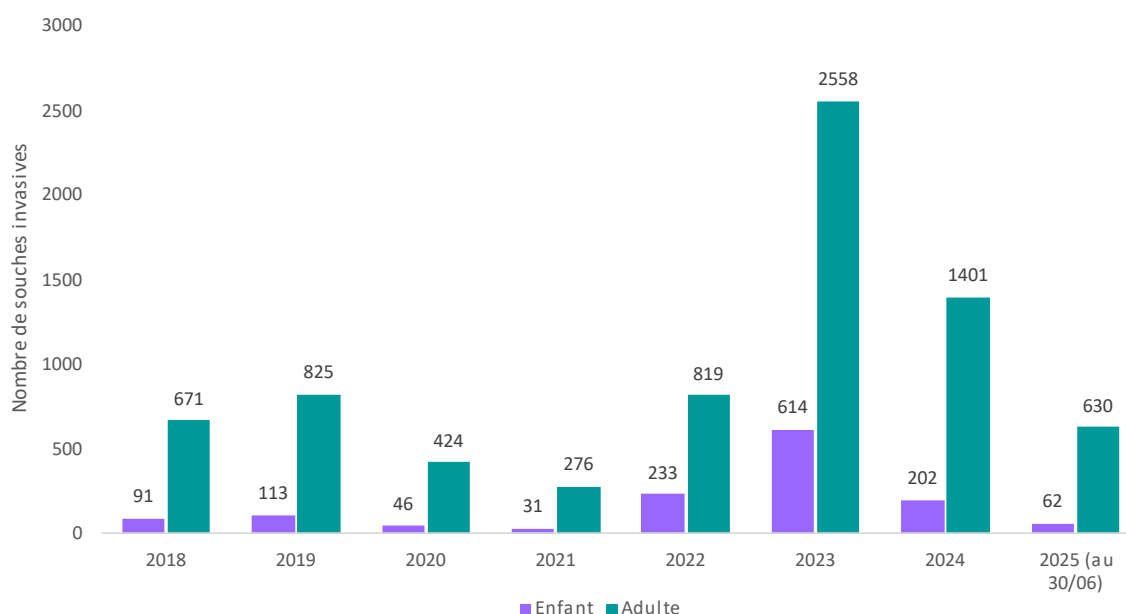


## Données du CNR des streptocoques. Souches isolées d'infections invasives

En 2024, le CNR a reçu 1 603 souches invasives de SGA (202 souches pédiatriques et 1 401 souches adultes), marquant une forte baisse par rapport à 2023 (3 172 souches reçues) chez les enfants et les adultes. Malgré cette diminution, le nombre de souches reste élevé et supérieure au nombre de souches reçues au cours des années pré-COVID 19 (762 en 2018 et 938 en 2019).<sup>1</sup> Au 1<sup>er</sup> semestre 2025, le nombre de souches reçues est inférieur de plus de moitié à celui de 2024, suggérant une stabilisation ou une légère diminution, cette hypothèse est cependant à confirmer (Figure 4).

En 2024 et en 2025 jusqu'au 30 juin la proportion d'enfants parmi les patients dont les souches ont été transmises au CNR est respectivement de 13 % et 9 %, en diminution par rapport aux années 2022 (22 %) et 2023 (19 %) mais comparable aux proportions observées en 2018 (12 %) et 2019 (12 %).

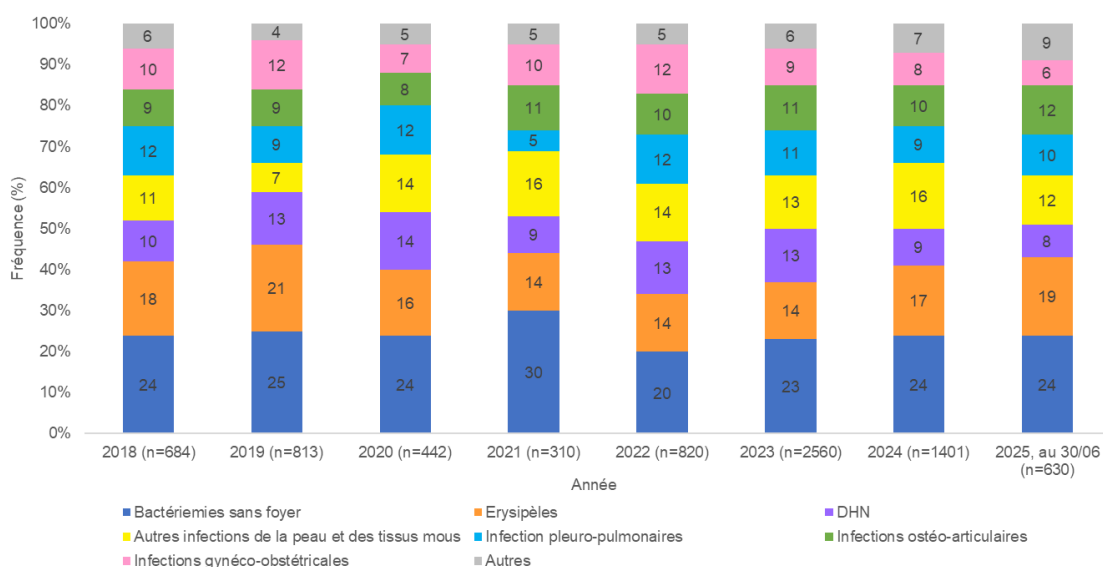
**Figure 4. Nombre de souches invasives de SGA reçues par le CNR-Strep chez les enfants (<18 ans) et adultes, par année, France, 2018-2025 (données au 30/06/2025)**



<sup>1</sup> Suite à l'alerte et aux messages de la DGS (DGS-Urgent, MINSANTE et MARS envoyés le 06/12/22) demandant l'envoi systématique des souches invasives de SGA au CNR des streptocoques, le CNR a reçu, à partir du mois de décembre 2022, un nombre de souches beaucoup plus élevé et provenant d'un nombre plus important de laboratoires qu'habituellement (y compris des souches anciennes pouvant remonter jusqu'à juin). Les comparaisons entre le nombre de souches reçues en 2022 et 2023 et celui des autres périodes doivent donc être faites avec précaution.

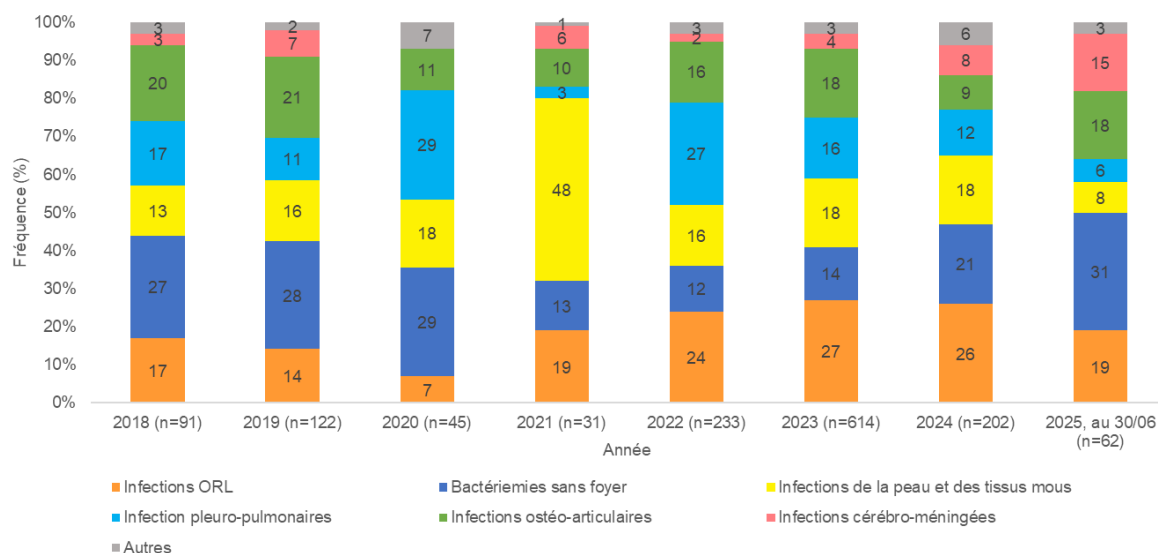
Chez l'adulte, entre 2018 et 2025, les fréquences des manifestations cliniques associées aux infections invasives ont peu évolué. En 2024 et au 1<sup>er</sup> semestre 2025, ce sont comme les années précédentes, les infections de la peau et des tissus mous (érysipèles, DHN et autres infections) et les bactériémies sans foyer qui restent les plus fréquemment observées (Figure 5). En revanche la proportion de cas compliqués d'un SCTS a diminué passant de 20 % des cas en 2023 et 16 % en 2022 à 14 % en 2024 et 8 % au 1<sup>er</sup> semestre 2025, revenant en dessous des niveaux observés en 2018 et 2019 (18 % et 15 %).

**Figure 5. Fréquence des manifestations cliniques associées aux IISGA chez l'adulte rapportées au CNR-Strep, par année, France, 2018-2025 (jusqu'au 30/06/2025)**



Chez l'enfant de moins de 18 ans, la répartition des manifestations cliniques des IISGA en 2024 et au 1<sup>er</sup> semestre 2025 reste globalement similaire à celle des années précédentes, avec une prédominance des infections ORL et des bactériémies sans foyer. Cependant, les infections pleuro-pulmonaires ont connu des variations marquées, leur fréquence a fortement augmenté en 2020 représentant 29 % des IISGA puis diminué en 2021 (5 %) et augmenté à nouveau en 2022 (27 %). Depuis une diminution progressive est observée, leur fréquence atteint 12 % en 2024 et 8 % au 1<sup>er</sup> semestre 2025 (Figure 6). La proportion de cas compliqués d'un SCTS diminue également depuis 2022 passant de 12 % des cas en 2022 et 9 % en 2023 à 8 % en 2024 et 3 % au 1<sup>er</sup> semestre 2025, revenant à des niveaux observés en 2018 et 2019 (4 % et 9 %).

**Figure 6. Fréquence des manifestations cliniques associées aux IISGA chez l'enfant (<18 ans) rapportées au CNR- Strep, par année, 2018-2025 (jusqu'au 30/06/2025)**

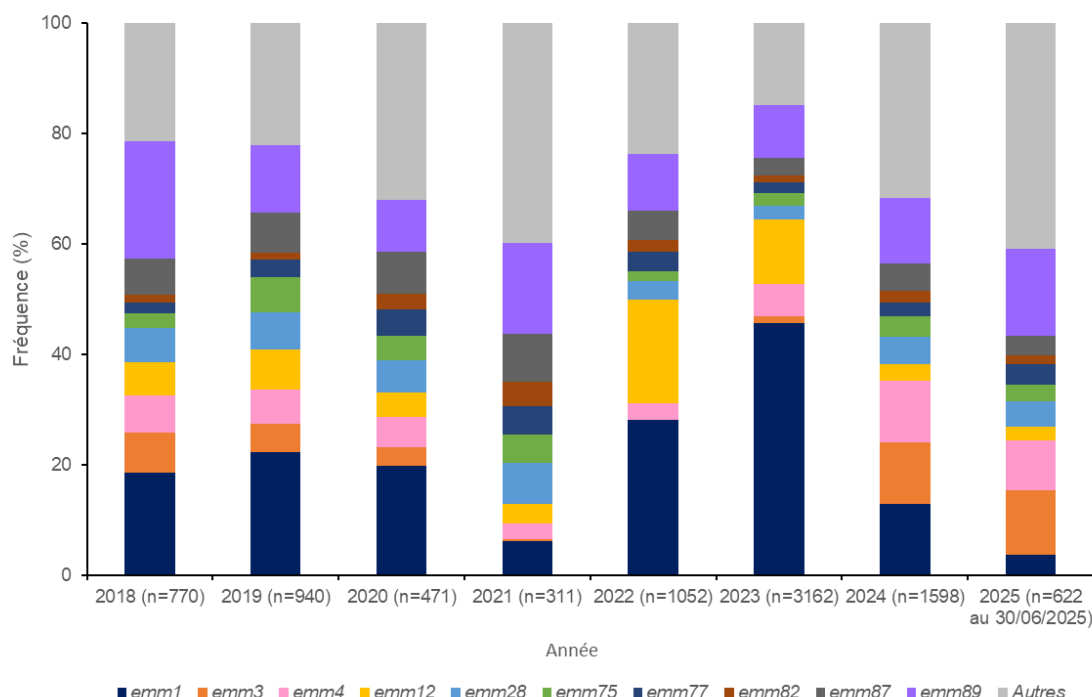




## Surveillance microbiologique

La recrudescence des infections invasives à SGA observées entre 2022 et 2023, était liée à l'émergence des souches de génotype *emm1* et en particulier du génotype émergent M1UK [6] (56 % des souches *emm1* analysées en 2022 et 2023) et dans une moindre mesure du génotype *emm12* (Figure 7). Cette augmentation a été suivie par une diminution significative du nombre de ces souches, au profit des souches de génotype *emm3* et *emm4*. Cette situation est également observée dans d'autres pays européens [18].

**Figure 7. Fréquence des principaux génotypes *emm* des souches de SGA responsables d'infections invasives chez l'adulte, par mois, France, janvier 2018- 30 juin 2025**



## Surveillance de la résistance aux antibiotiques

Toutes les souches expertisées par le CNR-Strep depuis 2012, sont sensibles au  $\beta$ -lactamines, aux glycopeptides et au linézolide. La fréquence des souches invasives de SGA résistantes aux macrolides chez l'enfant, est faible, 3,2 % des souches en 2024, 50 % de ces souches sont également résistantes à la clyndamycine. Chez les adultes, en revanche la fréquence des souches résistantes aux macrolides augmente et atteint 10,2 % en 2024, dont 92 % d'entre elles étaient également résistantes à la clyndamycine. En 2024, 34,7 % des souches de SGA isolées chez l'adulte et 13,6 % des souches pédiatriques sont résistantes aux tétracyclines. La proportion des souches résistantes aux tétracyclines tend à augmenter depuis 2018. Le niveau de résistance aux macrolides et aux tétracyclines reste bas pour les souches de génotype *emm1*, *emm3*, et *emm4*, les plus fréquentes. En revanche les souches de génotype *emm77* présentent une co-résistance importante (92 %) à ces deux familles d'antibiotiques. Ce clone fait l'objet d'une surveillance particulière [14-15].

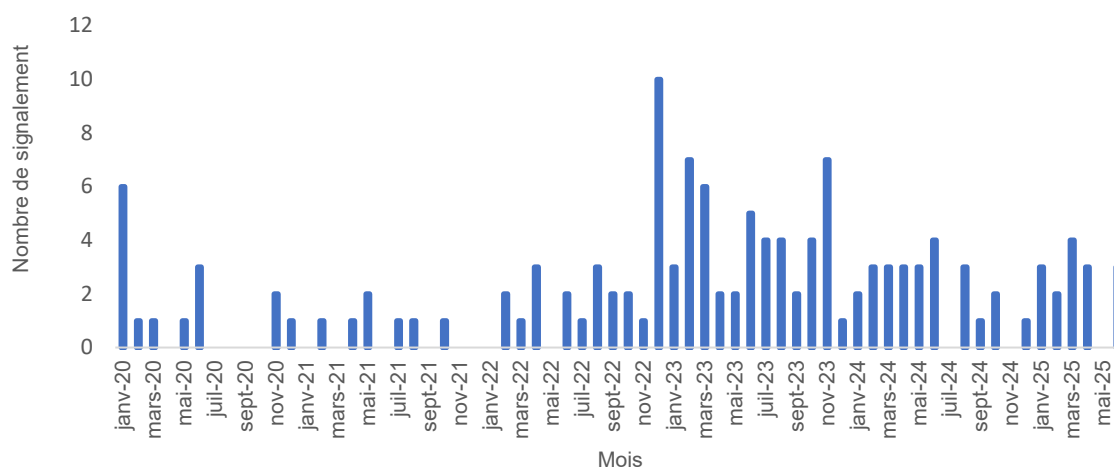


## Infections puerpérales

Les données issues des signalements externes des infections nosocomiales (e-SIN) transmises par les équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière mettaient en évidence en 2023, une augmentation importante des signalements d'infections du post partum à SGA par rapport à l'année précédente (+73 % avec 47 signalements contre 26 en 2022). Cette augmentation était vraisemblablement en lien avec l'augmentation observée de la circulation communautaire et des cas d'IISGA consécutive à la levée de mesures barrière courant 2022. Toutefois, elle pourrait également être liée à une augmentation de l'exhaustivité des déclarations suite à l'alerte émise en décembre 2022 (un pic de signalements a été émis en décembre 2022).

Par la suite, le nombre de signalements d'infections puerpérales a largement reflué en 2024 avec 25 signalements, représentant 31 cas dont aucun décès ; alors que les 6 premiers mois de 2025 ont vu la transmission de 15 signalements pour 23 cas dont un décès. Même si ces données traduisent un retour à un nombre de signalements transmis proche du niveau antérieur à la période COVID-19 (26 et 19 signalements pour infection puerpérale à SGA rapportés respectivement en 2019 et 2018), ces données doivent être interprétées avec précaution du fait d'une exhaustivité des signalements qui pourrait varier dans le temps (Figure 8). Enfin, si sur la période 2020-2025, la létalité des cas déclarés d'infections puerpérales à SGA (1,7 % soit 3 décès pour 173 cas) est inférieure à la létalité des cas des signalements non obstétricaux (8,9 % soit 16 décès pour 180 cas), ces décès n'en restent pas moins dramatiques et évitables.

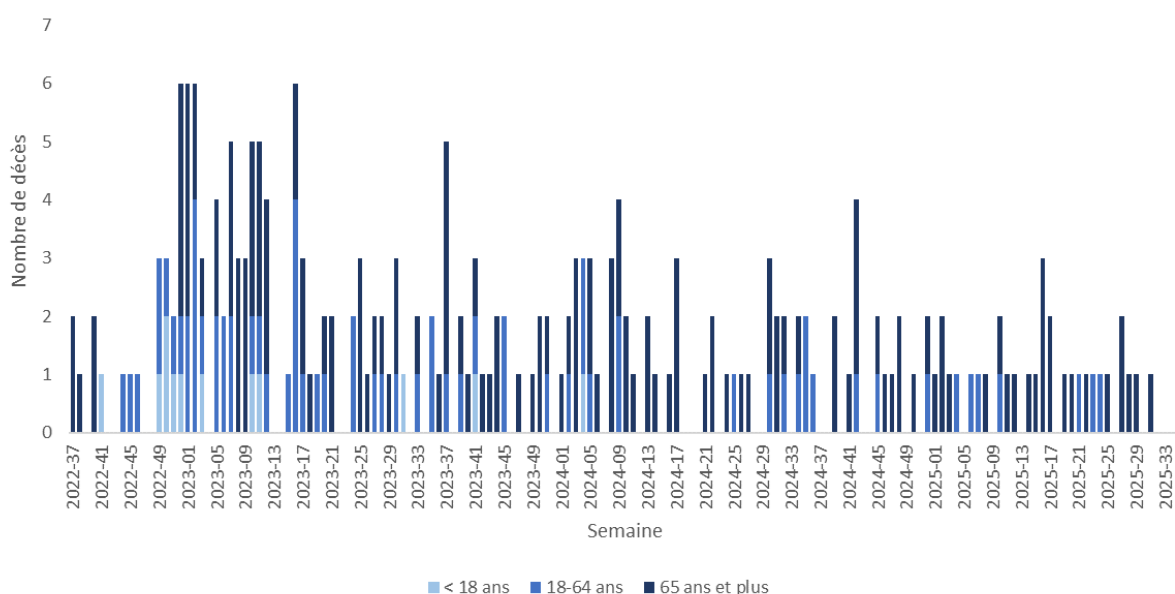
**Figure 8. Nombre de signalements mensuels d'infection puerpérale à SGA, janvier 2020 à juin 2025**



## Données de mortalité

Le nombre de certificats de décès mentionnant une IISGA a fortement augmenté au cours de la saison 2022-2023 (de septembre 2022 à septembre 2023) en particulier chez les enfants. Il est en diminution les saisons suivantes. Tous âges confondus 104 certificats électroniques mentionnent une infection à SGA au cours de la saison 2022-2023, 72 en 2023-2024 et 50 en 2024-2025. Chez les enfants le nombre de certificats mentionnant une infection à SGA était de 1 au cours de la saison 2021-2022 de 10 en 2022-2023, de 2 en 2023-2024 et de zéro en 2024-2025 (Figure 9). A noter que cette dernière saison n'est pas tout à fait terminée mais les décès survenant au cours des 2 semaines restantes de septembre ne devraient pas modifier la tendance.

**Figure 9. Nombre de certificats électroniques de décès avec la mention d'une infection à SGA par âge et semaine du décès, France, semaine 37-2022 à 35-2025**



## Discussion / Conclusion

Au cours de la saison 2023-2024, les nombres de consultations SOS médecins et passages aux urgences (OSCOUR®) pour scarlatine (infections non invasives à SGA) sont restés élevés, bien qu'en diminution par rapport à 2022-2023. Ces données peuvent être considérées comme un reflet de la circulation des SGA dans la population générale et depuis la fin de l'année 2024, ces indicateurs ont rejoint les niveaux observés avant la pandémie de COVID-19 (saison 2018-2019), marquant un retour à une situation plus habituelle.

Concernant les infections invasives, les données biologiques du réseau Epibac confirment les données du CNR [4] et montrent une recrudescence importante du nombre d'IISGA en France hexagonale, à partir du mois d'août 2022, tendance qui s'est prolongée tout au long de l'année 2023. En 2023, le taux d'incidence avait atteint un pic de 6,2 pour 100 000 habitants, avant de diminuer à 4,5 pour 100 000 en 2024. Malgré cette baisse, ce taux reste supérieur à celui habituellement rapporté avant la pandémie de COVID-19. Les données du CNR suggèrent une poursuite de cette tendance au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2025 mais cette hypothèse devra être confirmée notamment par les données Epibac 2025 dont la publication est attendue à la fin de l'année 2026. Chez les enfants, la proportion des souches responsables d'IISGA, particulièrement élevée en 2022 et 2023, a diminué pour se rapprocher, en 2024 et au 1<sup>er</sup> semestre 2025, des niveaux pré-COVID.

Si le nombre des IISGA reste élevé en 2024, la sévérité des infections semble avoir nettement diminué par rapport aux années 2022 et 2023 retrouvant un niveau comparable à la période pré-

COVID-19, comme en témoignent la baisse des SCTS et du nombre de certificats électroniques de décès mentionnant une IISGA. De même, chez les enfants, les formes pleuro-pulmonaires, qui avaient connu une fréquence élevée en 2020 puis en 2022, ont vu leur proportion diminuer par la suite. Cette diminution des IISGA les plus sévères est particulièrement visible chez les enfants chez qui l'augmentation était plus marquée. Il est important de noter que l'amélioration de l'exhaustivité du recueil des certificats électroniques de décès au fil du temps laisse supposer que la baisse réelle des décès pourrait être encore plus marquée que ce que les chiffres actuels indiquent. Cette tendance positive se retrouve également dans la diminution des infections puerpérales, observée tout au long de l'année 2024 et durant le premier semestre 2025.

Les données du CNR montrent une diminution significative de la circulation des souches de génotype *emm12* et *emm1* notamment du génotype émergent M1UK [6] associé à la recrudescence des cas observée en 2022-2023 et fréquemment impliqué dans la survenue d'un SCTS.

Concernant la sensibilité aux antibiotiques, toutes les souches expertisées par le CNR-Strep depuis 2012, sont sensibles aux  $\beta$ -lactamines, aux glycopeptides et au linézolide. Les souches de SGA de génotype *emm77*, qui n'est pas le plus fréquent (3,7 % au 1<sup>er</sup> semestre 2025), présentent une co-résistance élevée aux macrolides et aux tétracyclines. Ce clone fait l'objet d'une surveillance particulière.

Les données du CNR suggèrent également une diminution des souches responsables d'IISGA reçues au 1<sup>er</sup> trimestre 2025 ce qui laisse espérer une diminution du nombre d'IISGA en 2025.

Suite à la recrudescence du nombre de cas d'IISGA en 2022-2023, la conduite à tenir autour d'un cas a été revue, en 2023, par le Haut Conseil de la Santé Publique [19]. Pour rappel, une suspicion d'infection à SGA non invasive (ex. angine, scarlatine), chez l'enfant ou l'adulte doit conduire à consulter pour une confirmation de l'étiologie sans délai et la mise en place du traitement adapté. Un tableau respiratoire viral fébrile qui ne s'améliore pas, surtout s'il est associé à un choc, doit faire évoquer une IISGA.

## Bibliographie

1. Lepoutre A, Doloy A, Bidet P et al, Epidemiology of Invasive Streptococcus pyogenes Infections in France in 2007 Journal of Microbiol, 2011
2. Lamagni T, Darenberg J, Luca-Harari B, et al. Epidemiology of severe Streptococcus pyogenes disease in Europe, Journal of clinical microbiology, 2008
3. Epibac : surveillance des infections invasives bactériennes en 2023. Bulletin. Édition nationale. Novembre 2024. Saint-Maurice : Santé publique France, 12 p. Disponible à partir de l'URL : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infections-a-pneumocoque/articles/epibac>
4. Situation des infections invasives à streptocoque A en France au 26 mars 2023. Saint-Maurice : Santé publique France, 2022 : 7 p. Disponible à partir de l'URL : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-a-streptocoque-a/donnees/#tabs>
5. Cohen R, Ashman M, Taha MK, Varon E, Angoulvant F, Levy C, Rybak A, Ouldali N, Guiso N, Grimpel E. Pediatric Infectious Disease Group (GPIP) position paper on the immune debt of the COVID-19 pandemic in childhood, how can we fill the immunity gap? Infect Dis Now. 2021 Aug;51(5):418-423
6. Lynskey NN, Jauneikaite E, Ho Kwong L et al. Emergence of dominant toxigenic M1T1 Streptococcus pyogenes clone during increased scarlet fever activity in England: a population – based molecular epidemiological study, Lancet Infect Dis, 2019

7. ECDC. Weekly Communicable Disease Threats Report, week 12, Disponible à partir de l'URL: [https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Communicable-disease-threats-report-19-25-March-Week-12\\_0.pdf](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Communicable-disease-threats-report-19-25-March-Week-12_0.pdf)
8. Guy R, Henderson KL, Coelho J, et al. Increase in invasive group A streptococcal infection notifications, England, 2022. Euro Surveill. 2023;28(1):pii=2200942. Disponible à partir de l'URL : <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.1.2200942>
9. de Gier B, Marchal N, de Beer-Schuurman I, et al. Increase in invasive group A streptococcal (*Streptococcus pyogenes*) infections (iGAS) in young children in the Netherlands, 2022. Euro Surveill. 2023;28(1):pii=2200941. Disponible à partir de l'URL : <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.1.2200941>
10. Valcarcel Salamanca B, Cyr PR, Bentdal YE, et al. Increase in invasive group A streptococcal infections (iGAS) in children and older adults, Norway, 2022 to 2024. Euro Surveill. 2024 May;29(20):2400242. Disponible à partir de l'URL : <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2024.29.20.2400242>
11. Johannesen TB, Munkstrup C, Edslev SM, et al. Increase in invasive group A streptococcal infections and emergence of novel, rapidly expanding sub-lineage of the virulent *Streptococcus pyogenes* M1 clone, Denmark, 2023. Euro Surveill. 2023 Jun;28(26):2300291. Disponible à partir de l'URL : <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.26.2300291>
12. Ujiie M. Emerging Trends in Streptococcal Toxic Shock Syndrome, Japan. Emerg Infect Dis. 2025
13. Abo YN, Oliver J, McMinn A, et al. Increase in invasive group A streptococcal disease among Australian children coinciding with northern hemispheresurges. Lancet Reg Health West Pac. 2023
14. Centre National de Références des Streptocoque, Rapport annuel d'activité 2024 – Année d'exercice 2023. Disponible à partir de l'URL : <https://www.cnr-streptocoques.fr/rapports-dactivite/>
15. Centre National de Références des Streptocoque, Rapport annuel d'activité 2023 – Année d'exercice 2022. Disponible à partir de l'URL : <https://www.cnr-streptocoques.fr/rapports-dactivite/>
16. E-sin : signalement externe des infections nosocomiales. Disponible à partir de l'URL : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/infections-associees-aux-soins/articles/e-sin-signalement-externe-des-infections-nosocomiales>
17. Surveillance syndromique SurSaUD. Disponible à partir de l'URL : <https://www.santepubliquefrance.fr/surveillance-syndromique-sursaud-R>
18. Davies MA, de Gier B, Guy RL, et al. *Streptococcus pyogenes* emm type 3.93 emergence, the Netherlands and England. Emerg Infect Dis. 2025 Feb
19. Haut Conseil de la Santé Publique. Conduite à tenir autour d'un cas d'infection à streptocoque de groupe A. 7 juillet 2023. Disponible à partir de l'URL : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1338>

## Rédaction

Laure FONTENEAU

Direction des maladies infectieuses, Santé publique France

## Contributeurs

Céline FRANCOIS, Rémi LEFRANCOIS

Direction des maladies infectieuses, Santé publique France

Anne Fouillet

Direction appui, traitements et analyses des données, Santé publique France

Céline Plainvert, Asmaa Tazi, Claire Poyart

Centre national de référence des Streptocoques

## Validateurs

Bruno COIGNARD, Isabelle PARENT DU CHÂTELET

Direction des maladies infectieuses, Santé publique France

**Pour nous citer** : Bilan des infections invasives à streptocoque A en France, 2018-2025 (données disponibles au 31 août). Édition nationale. Bulletin. Saint-Maurice : Santé publique France, 13 p., novembre 2025

**Directrice de publication** : Caroline Semaille

**Date de publication** : 19 décembre 2025

**Contact** : [presse@santepubliquefrance.fr](mailto:presse@santepubliquefrance.fr)