

bâtiment...) et une gestion délicate des examens complémentaires souvent repoussés en fin de journée, parfois annulés ;

- prise en charge par les soignants : le *cohorting* pose la question de l'isolement géographique de l'équipe et implique des relations difficiles voire conflictuelles avec le patient et son entourage qui ne comprennent pas toujours les motifs du transfert et le bénéfice pour la collectivité. De plus, le fait de devoir accueillir des patients relevant d'autres spécialités nécessite une formation accélérée des soignants à des procédures spécifiques, telles que la chimiothérapie ;

- prise en charge par un service qui a initialement une autre vocation ; exemple du service de maladies infectieuses : la moitié du service ayant été transformée en unité de *cohorting*, soit 22 lits sur 44, cette réduction de capacité a entraîné, faute de place, des refus d'hospitalisation pour des pathologies relevant spécifiquement de la discipline (paludisme, méningite, tuberculose...). Le bouleversement du profil médical des patients relevant du *cohorting* a également suscité des tensions avec les équipes médicales (assistants, internes, externes) ou soignantes (cadres, infirmières) qui avaient choisi ce service pour sa spécialité en médecine infectieuse et se retrouvaient confrontés à des patients ne relevant plus de celle-ci ;

- préjudice médico-économique : de mars 2007 à mai 2008, dans le service de maladies infectieuses, 327 entrées concernant 186 patients ont été réalisées dans l'unité dédiée au *cohorting*, soit 22 entrées par mois contre 54 dans l'autre étage du service, la durée moyenne de séjour des patients étant de 17 jours *versus* 11 jours. La perte de recettes T2A a été évaluée à 1 065 € par patient, soit environ 280 000 € pour une année de *cohorting* dans cette unité dédiée, perte à laquelle se sont ajoutés l'achat des tenues d'isolement, le coût des prélèvements pour écouvillonnage rectal et leur prise en charge au laboratoire de microbiologie.

Aujourd'hui, si l'épidémie semble sous contrôle au CHU de Nancy, une question reste non résolue : comment affirmer qu'un patient anciennement colonisé par l'ERG ne l'est réellement plus et pourra à l'avenir être pris en charge sans précaution particulière ? A Nancy et dans l'inter-région Est, nous considérons comme « négatifs » les seuls patients qui présentent un dépistage rectal de l'ERG négatif au décours d'une antibiothérapie réputée sélectionnant les ERG [7]. Pour les patients qui ne répondent pas à ce critère mais pour lesquels aucun prélevement positif n'a été observé au cours des six derniers mois (« non excréteur »), nous autorisons toutefois une prise en charge hors secteur de *cohorting*, en chambre seule et avec des précautions renforcées type « contact » ; ces patients continuant

bien évidemment à être surveillés et dépistés, la vigilance étant encore renforcée s'ils doivent recevoir une antibiothérapie.

#### Références

- [1] Henard S, Betala JF, Jouzeau N, Lapique B, Raclot I, Barthelemy Ch, Rabaud C. Mise en place d'une mission régionale pour coordonner la prise en charge d'une épidémie de colonisation digestive à entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) en région Lorraine. Bull Epidemiol Hebd. 2008; 41-42:397-400.
- [2] Bourdon N, Fines M, Leclercq R. Caractéristiques des souches d'entérocoques résistants aux glycopeptides isolées en France, 2006-2008. Bull Epidemiol Hebd. 2008; 41-42:391-4.
- [3] Ministère de la Santé et des Solidarités. Direction générale de la santé. Avis du Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins relatif à la maîtrise de la diffusion des entérocoques résistants aux glycopeptides dans les établissements de santé français. Octobre 2005. Bull Epidemiol Hebd. 2006; 13: 88-9.
- [4] Ministère de la Santé et des Solidarités. Prévention de l'émergence des épidémies d'entérocoques résistants à la vancomycine dans les établissements de santé. Fiche technique opérationnelle. Note DGS-DHOS du 06/12/06. <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/alertes/erv.pdf>
- [5] Avis de la Commission spécialisée des anti-infectieux relatif à la prescription des antibiotiques en situation d'épidémie d'ERV (novembre 2007). [http://www.antibiologie.org/site/medias/\\_documents\\_partages/ERG/Avis\\_CSAI\\_ERG.pdf](http://www.antibiologie.org/site/medias/_documents_partages/ERG/Avis_CSAI_ERG.pdf)
- [6] Lucet JC, Armand-Lefevre L, Laurichesse JJ *et al.* Rapid control of an outbreak of vancomycin-resistant enterococci in a French university hospital. J Hosp Infect. 2007; 67(1):42-8.
- [7] Cclin-Est. Synthèse des procédures de prise en charge des patients ERG et/ou contacts (septembre 2008). [http://www.fc-sante.fr/cclin-est/Alertes/Enterocoques/Revision\\_synthese\\_des\\_procedures\\_ERG\\_version\\_definitive.pdf](http://www.fc-sante.fr/cclin-est/Alertes/Enterocoques/Revision_synthese_des_procedures_ERG_version_definitive.pdf)

## Mise en place d'une mission régionale pour coordonner la prise en charge d'une épidémie de colonisation digestive à entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) en région Lorraine, France

Sandrine Hénard<sup>1,2</sup>, Jean-François Betala<sup>1</sup>, Nathalie Jouzeau<sup>1,2</sup>, Bernadette Lapique<sup>1</sup>, Isabelle Raclot<sup>1,2</sup>, Christine Barthélémy<sup>1</sup>, Christian Rabaud (christian.rabaud@wanadoo.fr)<sup>1,2,3</sup>

1 / Mission régionale Lorraine pour la maîtrise de l'épidémie ERG, Nancy, France 2 / Centre de coordination et de lutte contre les infections nosocomiales - Cclin-Est, Nancy, France  
3 / Centre hospitalier universitaire de Nancy, France

### Résumé / Abstract

**Contexte** – Une épidémie de colonisation à entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) a débuté au Centre hospitalier universitaire de Nancy fin 2004. Malgré la mise en place de mesures adaptées, elle a diffusé à d'autres établissements de la région Lorraine au début de l'année 2007. Une mission spécifique a été diligentée par l'Agence régionale d'hospitalisation afin de contrôler l'épidémie au niveau régional.

**Phases d'action** – En quatre mois, deux phases successives se sont enchaînées au cours desquelles la mission a tout d'abord visité les établissements concernés et réalisé un état des lieux. Elle a ensuite accompagné les établissements au quotidien, diffusé une liste des établissements concernés par l'ERG afin d'optimiser la politique de dépistage et d'isolement probabiliste entourant les transferts (sans bloquer l'ensemble du système sanitaire lorrain), et élaboré un document de synthèse des procédures de prise en charge d'une épidémie à ERG. Ce phénomène épidémique, qui a concerné plus de 900 patients, a progressé jusqu'au premier trimestre 2008, avant qu'une baisse franche du nombre de nouveaux cas soit observée.

### *Setting up of a regional team to coordinate the management of a digestive vancomycin-resistant enterococci (VRE) outbreak in the Lorraine region, France*

**Context** – At the end of 2004, an outbreak of vancomycin-resistant enterococci (VRE) started in the University Hospital of Nancy, in the East of the France. Despite the immediate implementation of adapted measures, the outbreak expanded to several other healthcare facilities in the Lorraine area at the beginning of 2007. A specific regional team was then set up by the Regional Hospitalisation Agency to control the outbreak.

**Action phase** – Within four months, there were two successive phases during which the regional team visited each hospital concerned by the outbreak to collect epidemiological data. On a daily basis, the team worked with the health facilities, established a weekly list of all healthcare centres accommodating patients colonized with VRE, to optimise screening strategies and probabilities of isolation as regards transfers (without obstructing the

**Conclusion** – L'application des recommandations nationales, adaptées, complétées et harmonisées en fonction des spécificités locales, semble avoir permis le contrôle d'une épidémie à ERG déjà bien installée dans une région française.

*whole health system of the region), and elaborated an executive summary based on national recommendations for VRE management. This epidemic event involving more than 900 patients was performed until the first term of 2008, until a marked decrease of VRE cases was observed.*

**Conclusion** – The enforcement of adapted, complete, standardised, and national recommendations on local particularities, seems to have been efficient to control a VRE outbreak, even if many cases are still recorded.

## Mots clés / Key words

*Enterococcus faecium, résistance aux glycopeptides, épidémie / Enterococcus faecium, Vancomycin resistance, outbreak*

## Contexte

Dès 2005, alors que le Centre hospitalier universitaire (CHU) de Nancy était confronté à une première épidémie de colonisation digestive à entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) [1], des mesures destinées à accompagner les transferts de ces patients vers d'autres établissements hospitaliers lorrains (fiche de liaison, livrets explicatifs) ont été mises en place. À compter de décembre 2006, ces transferts vers des secteurs de court séjour (MCO) ou de soins de suite et réadaptation (SSR) ont été proscrits, en accord avec les recommandations de la DGS/DHOS d'octobre 2006 [2] (la seule possibilité de transfert de tels patients était le secteur de réanimation si leur état de santé le nécessitait ou le retour à domicile, en établissement hébergeant des personnes dépendantes (EHPAD) ou en unité de soins de long séjour (SLD)). Malgré ces mesures, l'épidémie s'est étendue à d'autres structures de la région.

Pour préciser ce phénomène, une enquête régionale de prévalence a été réalisée en juin 2007 [3] dans les 25 établissements de santé de Lorraine connus pour avoir accueilli au moins un patient ERG+ en provenance du CHU de Nancy ; 2 718 prélèvements ont été réalisés, dont 48 se sont avérés positifs : 17 cas déjà connus (patients ayant été découverts ERG+ au CHU de Nancy) et 31 nouveaux cas, chez des patients n'ayant jamais fréquenté le CHU de Nancy et correspondant à des cas acquis dans ces établissements d'aval. Ces 48 souches appartenaient au même clone. Dans trois établissements, la prévalence de la colonisation digestive à ERG dépassait les 5 %.

Dès lors, l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) de Lorraine a demandé à ce que soit mise en place une mission spécifique pour coordonner la prise en charge de la problématique ERG dans la région.

## La mission régionale ERG

L'organisation et la coordination de cette mission ont été confiées au Professeur Christian Rabaud. Elle était composée d'un équivalent temps plein (ETP) d'interne (deux internes étaient initialement présents en cette période estivale pour assurer la présence en continu d'au moins l'un d'eux), d'un ETP d'infirmière placée sous l'autorité d'un cadre de santé (pour un 1/4 temps) et d'un 1/4 ETP de secrétaire. Elle s'est mise en place le 2 juillet 2007

pour une durée de quatre mois. Son action s'est déroulée en deux phases successives.

## Première phase

Au cours de la première semaine de juillet 2007, quatre réunions d'une demi-journée chacune ont été organisées en partenariat avec l'ARH et les Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass), sur quatre jours successifs, auxquelles ont été conviés les hygiénistes, les présidents de Comité de lutte contre les infections nosocomiales (Clin), les référents ARH et les directions des établissements concernés par l'ERG (cf. résultats de l'enquête régionale de prévalence [3]). La mission s'est présentée, a expliqué la problématique ERG en Lorraine, a rappelé les recommandations du Comité technique de lutte contre les infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS) et le contenu de la fiche opérationnelle de la Direction générale de la santé/ Direction de l'hospitalisation (DGS/DHOS) [2], et a exposé son plan d'action.

Au cours des mois de juillet et août 2007, tous les établissements de santé accueillant ou ayant accueilli des patients porteurs d'ERG ont été visités par la mission. Les besoins et les difficultés ont été recensés et signalés à l'ARH et/ou à la Ddass. Les pratiques de chaque établissement en matière de prise en charge des patients ERG et de dépistages des contacts ont été évaluées. Un état des lieux de l'épidémie hors CHU a été établi et tenu à jour (au terme de ces deux mois, 120 patients, se répartissant dans une quinzaine d'établissements différents, étaient connus colonisés ou infectés à ERG hors CHU).

À l'issue de ces visites, une prise en charge « personnalisée » des patients porteurs d'ERG a pu être proposée, en tenant compte des moyens humains, techniques et financiers de chaque établissement, et en s'appuyant sur une aide financière allouée, quand cela apparaissait nécessaire, par l'ARH de Lorraine.

Ces nombreuses visites sur site ont été l'occasion de rencontrer les acteurs de terrain impliqués dans la maîtrise du phénomène, permettant de répondre à leurs interrogations en réaffirmant le bien fondé de l'action engagée pour endiguer l'épidémie et les confortant dans l'idée que ces efforts ne seraient pas vains.

C'est durant cette première phase qu'il a été acté de créer un secteur de *cohorting* de SSR pour accueillir les patients ERG+. Ce secteur de 13 lits a été ouvert grâce à des moyens spécifiques alloués par l'ARH de Lorraine, dans un établissement extérieur au CHU de Nancy, lui-même touché par l'épidémie. Il a permis de désengorger le secteur de *cohorting* de MCO du CHU de Nancy, dans lequel nombre de patients étaient sortants mais en attente d'une convalescence qui leur était systématiquement refusée. Il a fonctionné d'octobre 2007 à mars 2008 avant de devoir fermer pour des raisons techniques sans rapport avec l'épidémie et d'être transféré sur le CHU de Nancy.

Cette première phase s'est achevée par une rétro-information vers les établissements de soins impliqués : état des lieux, évolution de l'épidémie, partage d'expérience, et élaboration d'une première synthèse des procédures mises en place dans les différents établissements de court, moyen ou long séjour. Si la mission a été amenée à faire connaître les recommandations existantes en France ou ayant fait preuve de leur efficacité dans d'autres établissements [4,5], voire dans d'autres pays [6,7], elle a dû aussi, en tenant compte de l'ampleur du phénomène et des spécificités des différents établissements concernés, en édicter de nouvelles.

## Deuxième phase

La seconde phase de la mission s'est déroulée en septembre et octobre 2007. Elle a consisté à pérenniser la procédure de suivi de l'épidémie : au sein de chaque établissement ont été identifiées une ou deux personnes ressources qui ont été relancées par téléphone de façon hebdomadaire. La liste des établissements concernés par l'ERG a ainsi pu être tenue à jour et diffusée de façon hebdomadaire aux hygiénistes et/ou présidents de Clin de tous les établissements de la région. Y figurent les établissements de soins ou les EHPAD hébergeant ou ayant hébergé des patients ERG+ au cours des trois derniers mois (les établissements à risque de transférer des patients ERG+ ou « contacts » justifiant d'une prise en charge particulière par les éventuels établissements d'accueil). Sa diffusion a permis d'optimiser la politique de dépistage et d'isolement probabiliste, sans pour autant bloquer l'ensemble du système sanitaire lorrain. Et si les établissements apparaissant sur cette liste ont pu se sentir stigma-

tisés au début, ils sont devenus très rapidement demandeurs de voir circuler une telle information. La synthèse des procédures a continué à évoluer en fonction des expériences et des différentes situations rencontrées. Certaines difficultés ou questions récurrentes ont fait l'objet de chapitres spécifiques. Ainsi, une procédure de prise en charge spécifique des patients hémodialysés, a été élaborée en concertation avec tous les néphrologues dialyseurs de la région sous l'égide du réseau Néphrolor (*cohorting* et dialyse ; gestion des « contacts » ;...).

De même, une réflexion sur antibiothérapie et patients ERG+ ou anciennement ERG+ a été confiée à la « Commission spécialisée des anti-infectieux », sous-commission régionale de l'Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (Omedit). Un avis a été rendu en novembre 2007, consultable sur le site du réseau Antibiolor [8] : plaider pour un usage raisonné des antibiotiques en toute circonstance, conduite à tenir face à une colonisation (abstention antibiotique) ou une infection à ERG, conduite à tenir face à une infection intercurrente chez un patient ERG+.

L'intérêt éventuel de recourir à des probiotiques (ex : *Lactobacillus acidophilus*, Lactéol®) a également été discuté. Aucune étude ne permet aujourd'hui d'affirmer l'intérêt d'une telle prise en charge. La mission a mis en garde les établissements concernés sur l'inefficacité potentielle de ce type de traitement et sur le risque de faux sentiment de sécurité qu'il pourrait induire en cas de négativation du portage, avec comme conséquence la levée prématurée des précautions complémentaires. Tout

patient, traité ou non par probiotique, peut devenir pauci-excréteur dès lors qu'il n'est plus soumis à une pression de sélection antibiotique. Si un tel patient considéré abusivement comme « négativé » redevient excréteur au décours d'une antibiothérapie, le risque est grand de reprise de l'épidémie à son contact.

La seconde phase s'est achevée par une réunion régionale au cours de laquelle les représentants des différents établissements impliqués ont été invités à débattre autour de ces procédures, en présence de représentants de l'ARH de Lorraine et des Ddass, avant validation finale. La synthèse de ces procédures, accessible sur le site du Cclin-Est [9] détaille les modalités de prise en charge des patients infectés ou colonisés et des patients contacts selon le type de structure qui les héberge, précise la conduite à tenir lors de transports sanitaires, explicite les modes de prise en charge dans les services d'hémodialyse,...

### L'après mission

Depuis novembre 2007, le système de veille épidémiologique perdure, désormais géré par le Cclin-Est, avec retour hebdomadaire d'informations vers l'Institut de veille sanitaire. Une permanence téléphonique est toujours opérationnelle et guide les établissements concernés par l'ERG. Des nouveaux chapitres ont été apportés au document de synthèse en fonction des remarques exprimées par les uns ou les autres et de l'évolution de l'épidémie (négativation du portage, modalités de prise en charge de patients anciennement reconnus ERG+ et non excréteurs...).

### Évolution de l'épidémie

Au total, au 31 juillet 2008, 909 cas de colonisations ou d'infections à ERG ont été recensés en Lorraine (les infections à ERG ne représentant que 5,4 % de l'ensemble des cas). Trois cent vingt-huit de ces patients sont décédés (36,1 %) dont 2 pour lesquels le décès est possiblement imputable à une infection à ERG. Quatre-vingt-sept patients (9,6 %) sont toujours hospitalisés en court, moyen ou long séjour, 68 patients (7,5 %) sont en EHPAD, 347 (38,2 %) sont sortis à domicile et 79 sont perdus de vue. Il existe toujours au CHU de Nancy un secteur de *cohorting* de 14 lits qui regroupe désormais des patients de court séjour et de SSR.

Trente-six établissements lorrains sont ou ont été concernés par l'ERG (figure 1) avec un nombre de cas découvert par établissement qui varie de 1 à 72, sans compter le CHU au sein duquel 454 cas ont été découverts (soit 49,9 %). En juillet 2008, l'épidémie semble stabilisée bien qu'elle ne soit pas totalement éteinte (figure 2).

### Discussion

L'assistance et la présence sur le terrain apportées par la mission, ainsi que la création d'un réseau de correspondants, ont été une étape indispensable à la lutte contre l'épidémie et à la diffusion de l'information. Les premiers établissements concernés par l'ERG et identifiés comme tels étaient initialement réticents à appliquer des recommandations qu'ils jugeaient « inapplicables ». Mais au vu des résultats positifs rapidement observés, les autres établissements confrontés plus tardivement au problème

Figure 1 Nombre de nouveaux cas par mois de colonisations/infections à ERG en Lorraine entre septembre 2004 et juillet 2008 au CHU de Nancy et dans les 36 autres établissements concernés par l'ERG, France | Figure 1 Number of new monthly cases of GRE colonisations/infections in Lorraine between September 2004 and July 2008 at the Nancy University Hospital, and in 36 other facilities affected by VRE, France

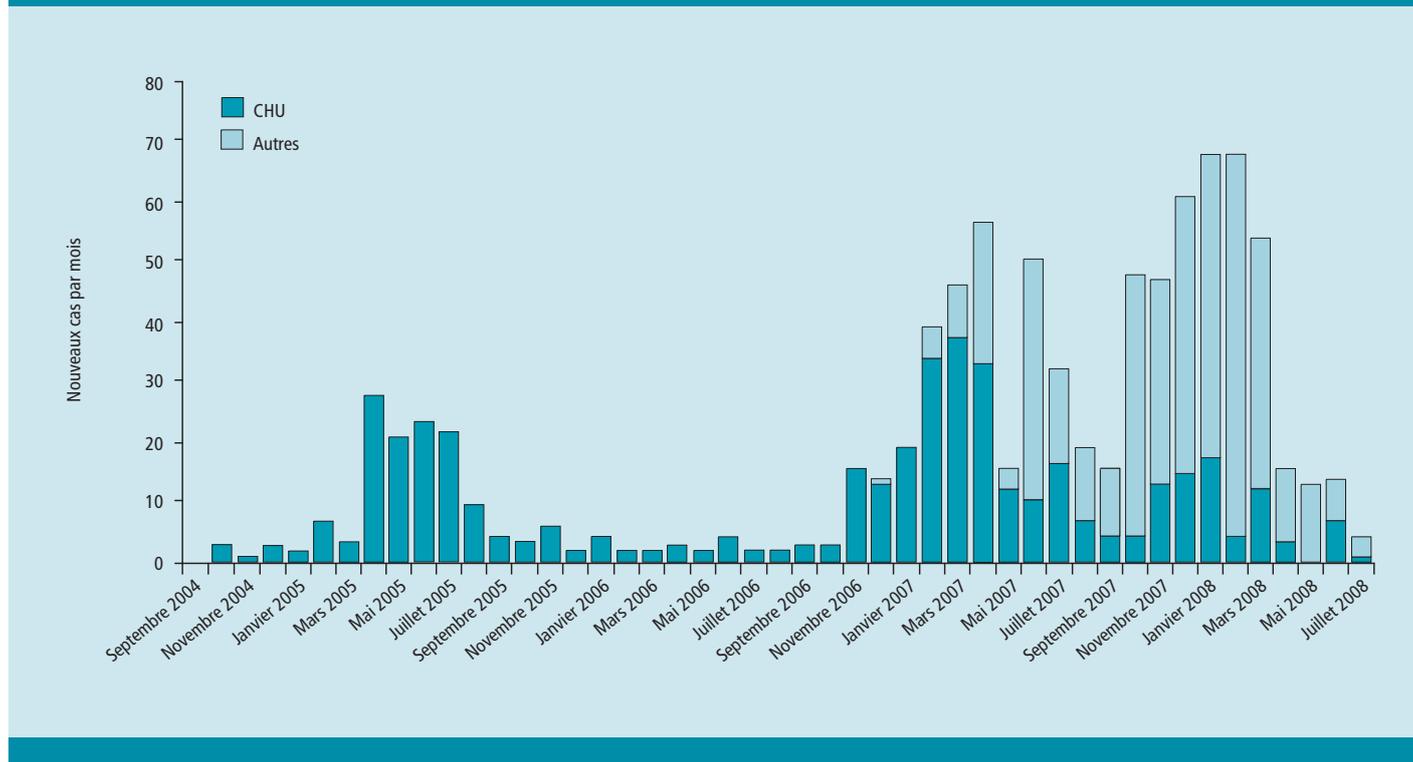
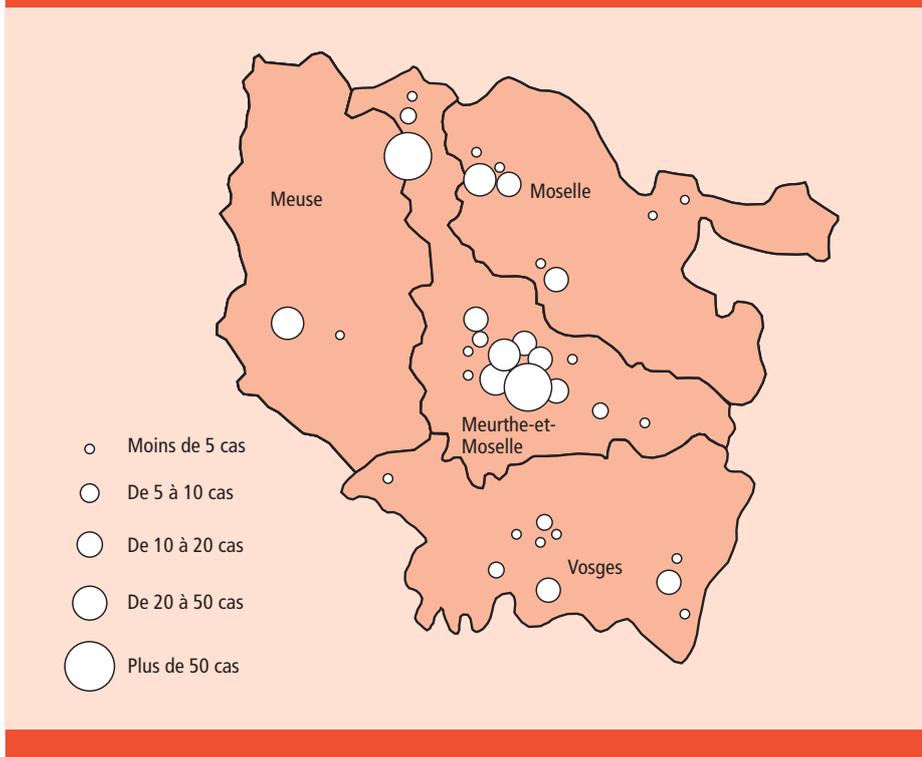


Figure 2 Cartographie des 36 établissements lorrains concernés par l'ERG, hors CHU de Nancy, France, au 31 juillet 2008 / Figure 2 Mapping of the 36 Lorraine facilities affected by VRE, at the exception of the Nancy University Hospital, France, by 31 July 2008



(ou identifiés plus tardivement) ont adhéré facilement, ce qui a alors permis de lutter rapidement et efficacement contre la diffusion des ERG. Finalement, l'application des recommandations nationa-

les, adaptées, complétées et harmonisées par une mission régionale, en fonction des spécificités locales, semble avoir permis le contrôle d'une épidémie à ERG déjà bien installée.

## Références

- [1] Rabaud C, Frentiu E, Henard S, Aissa N, Diguio N, A Hautemanière A, et al. Gestion d'une épidémie de colonisation digestive à entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) au Centre hospitalier universitaire de Nancy, France. Bull Epidemiol Hebd. 2008; 41-42:394-7.
- [2] Ministère de la Santé et des Solidarités. Prévention de l'émergence des épidémies d'entérocoques résistants à la vancomycine dans les établissements de santé. Fiche technique opérationnelle. Note DGS-DHOS du 06/12/06. <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/alertes/erv.pdf>
- [3] Viller F, Tronel H. Prévalence du portage digestif des entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) dans les établissements de santé de la région Lorraine, juin 2007. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, Septembre 2008; 32p. <http://www.invs.sante.fr/surveillance/erg/default.htm>
- [4] Lesens O, Mihaila L, Robin F, Baud O, Romaszko JP, Tourniac O et al. Outbreak of colonization and infection with vancomycin-resistant *Enterococcus faecium* in a French university hospital. Infect Control Hosp Epidemiol. 2006; 27(9):984-6.
- [5] Lucet JC, Armand-Lefevre L, Laurichesse JJ, Macrez A, Papy E, Ruimy R et al. Rapid control of an outbreak of vancomycin-resistant enterococci in a French university hospital. J Hosp Infect. 2007; 67(1):42-8.
- [6] Recommendations for preventing the spread of vancomycin resistance. Recommendations of the Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). MMWR Recomm Rep. 1995; 44(RR-12):1-13.
- [7] Cookson BD, Macrae MB, Barrett SP, Brown DF, Chadwick C, French GL et al. Guidelines for the control of glycopeptide-resistant enterococci in hospitals. J Hosp Infect. 2006; 62(1):6-21.
- [8] Avis de la Commission spécialisée des anti-infectieux relatif à la prescription des antibiotiques en situation d'épidémie d'ERV (novembre 2007). [http://www.antibiolor.org/site/medias/\\_documents\\_partages/ERG/Avis\\_CSAI\\_ERG.pdf](http://www.antibiolor.org/site/medias/_documents_partages/ERG/Avis_CSAI_ERG.pdf)
- [9] CCLin-Est. Synthèse des procédures de prise en charge des patients ERG et/ou contacts (septembre 2008). [http://www.fc-sante.fr/cclin-est/Alertes/Enterocoques/Revision\\_synthese\\_des\\_procedures\\_ERG\\_version\\_definitive.pdf](http://www.fc-sante.fr/cclin-est/Alertes/Enterocoques/Revision_synthese_des_procedures_ERG_version_definitive.pdf)

## Contrôle des épidémies d'entérocoques résistants aux glycopeptides à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris : trois ans d'expérience, 2004-2007

Sandra Fournier (sandra.fournier@sap.aphp.fr)<sup>1</sup>, Florence Brossier<sup>2</sup>, Nicolas Fortineau<sup>3</sup>, Anani Akpabie<sup>4</sup>, Alexandra Aubry<sup>5</sup>, Frédéric Barbut<sup>6</sup>, François-Xavier Chedhomme<sup>7</sup>, Najiby Kassis-Chikhani<sup>8</sup>, Jean-Christophe Lucet<sup>9</sup>, Jérôme Robert<sup>2</sup>, Delphine Seytre<sup>10</sup>, Isabelle Simon<sup>11</sup>, Dominique Vanjak<sup>12</sup>, Jean-Ralph Zahar<sup>13</sup>, Vincent Jarlier<sup>1,2</sup>

1 / Équipe opérationnelle d'hygiène, Direction de la politique médicale, AP-HP, Paris, France 2 / Hôpital Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Paris, France 3 / Hôpital Bicêtre, AP-HP, Paris, France  
4 / Hôpital Émile Roux, AP-HP, Paris, France 5 / Hôpital Charles Foix, AP-HP, Paris, France 6 / Hôpital Saint Antoine, AP-HP, Paris, France 7 / Hôpital La Collégiale, AP-HP, Paris, France  
8 / Hôpital Paul Brousse, AP-HP, Paris, France 9 / Hôpital Bichat-Claude Bernard, AP-HP, Paris, France 10 / Hôpital Avicenne, AP-HP, Paris, France 11 / Hôpital Sainte Périne, AP-HP, Paris, France  
12 / Hôpital Beaujon, AP-HP, Paris, France 13 / Hôpital Necker, AP-HP, Paris, France

### Résumé / Abstract

**Introduction** – À partir d'août 2004, les hôpitaux de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) ont été confrontés à des épidémies répétées d'*Enterococcus faecium* résistants aux glycopeptides (ERG).

**Objectif** – Décrire l'impact de mesures de contrôle renforcées sur les épidémies d'ERG dans les hôpitaux de l'AP-HP.

**Matériel et Méthodes** – Un recueil prospectif de chaque nouveau cas d'ERG a été mis en place dans les hôpitaux de l'AP-HP. Devant une augmentation du nombre mensuel de nouveaux cas, des mesures de contrôle renforcées ont été appliquées à chaque nouvelle épidémie survenant à partir de janvier 2006. Ces mesures prévoient notamment la mobilisation rapide des équipes hospitalières concernées, l'arrêt des transferts des cas et des contacts vers d'autres services de l'hôpital, le dépistage répété des

### Control of glycopeptide-resistant *Enterococcus* outbreaks in University Hospitals of Paris area: three years experience, 2004-2007

**Introduction** – Repeated outbreaks of glycopeptide-resistant *Enterococcus faecium* (GRE) occurred in hospitals of Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) since August 2004.

**Objective** – Describe the impact of reinforced infection control measures on GRE outbreaks in AP-HP hospitals.

**Material and methods** – A prospective data collection was conducted for each new GRE case in AP-HP hospitals. In January 2006, because of an increased number of monthly cases, specific infection control measures (including rapid mobilisation of hospital teams, control of transfers of cases