

7. de renforcer l'hygiène des mains par l'utilisation des produits hydro-alcooliques dans l'ensemble des établissements de santé et, notamment, dans les services identifiés à plus haut risque ;
 8. de mettre en place dès à présent, en lien avec la Commission des antibiotiques et le(s) référent(s) antibiotiques des établissements et, dans le cas où ceux-ci ne sont pas encore mis en place, le Comité des médicaments et des dispositifs médicaux stériles, une politique de restriction raisonnée et efficace portant prioritairement sur l'usage des glycopeptides (vancomycine et teicoplanine), mais également sur l'usage des céphalosporines de 3ème génération, de l'imipénème, des anti-anaérobies, évaluée entre autres par le suivi de l'indicateur de consommation de ces antibiotiques, exprimé en doses définies journalières pour 1 000 journées d'hospitalisation, globalement dans l'établissement et spécifiquement dans les services à plus haut risque ;

d'autre part, en présence de cas groupés d'infections ou colonisations :

9. de signaler systématiquement et sans délai au CClin et à la Ddass les cas groupés d'infections et colonisations à ERV ;
 10. de transmettre à partir du laboratoire toutes les souches d'ERV responsables d'infection au CNR « Mécanismes de résistance aux antibiotiques » pour complément d'expertise ;
 11. d'identifier les patients et services à risque afin de mettre en place un dépistage systématique de l'ERV à l'admission (réanimation, hémodialyse, néphrologie, transplantation, hématologie, chirurgie lourde thoracique et abdominale) et hebdomadaire (réanimation) par écouvillonnage rectal ;
 12. d'identifier les réadmissions des patients porteurs connus et les isoler ; de dépister systématiquement les patients réadmis dont le statut vis à vis du portage d'ERV est inconnu et les isoler jusqu'à obtention du résultat du dépistage ;
 13. de mettre en place ou de renforcer les mesures de contrôle autour d'un cas, basées sur les recommandations pour la maîtrise des BMR :

- 14. précautions standard complétées systématiquement par les précautions contact ;
- 15. utilisation large des produits hydro-alcooliques dans le cadre de la friction hygiénique des mains ;
- 16. isolement en chambre individuelle des patients identifiés ou regroupement et sectorisation des patients en fonction du nombre de cas identifiés ;
- 17. réorganisation des soins avec sectorisation des personnels paramédicaux ;
- 18. bionettoyage quotidien de l'environnement proche des patients infectés/colonisés selon les procédures habituelles de l'établissement de santé ;
- 19. recherche systématique de portage dans les selles chez les patients contact d'un cas identifié, c'est-à-dire les patients pris en charge dans la même unité ;
- 20. signalisation des patients porteurs, y compris en cas de prise en charge sur des plateaux techniques ;
- 21. formation renforcée aux précautions standard et contact du personnel en charge des transferts (brancardiers, ambulanciers) ;

22. réduction du nombre des admissions dans les services touchés ;

23. évaluation du strict respect de ces mesures ;

24. de prendre en compte la dimension régionale de la gestion de l'épidémie par un suivi coordonné de la situation épidémique des établissements (rôle des antennes régionales des CClin, en lien avec les Ddass, Drass et ARH) ;

25. de limiter au maximum les transferts des patients infectés/colonisés à haut risque de dissémination (lésions cutanées étendues colonisées, diarrhée,...), d'informer l'établissement d'aval, de s'assurer de la connaissance des procédures de prévention de la transmission ;

26. de restreindre au maximum, en lien avec la Commission des antibiotiques et le(s) référent(s) antibiotiques des établissements, l'usage des glycopeptides (vancomycine et teicoplanine), des céphalosporines de 3^e génération, de l'imipénème, des anti-anaérobies ;

dans tous les cas :

27. de débiter un traitement antibiotique uniquement sur des arguments objectifs d'infection clinique à ERV.

RÉFÉRENCES

- [1] NNIS report, 2004.
- [2] Mc Gowan JE. Debate-Guidelines for control of glycopeptide-resistant *Enterococci* (GRE) have not yet worked. J Hosp Infect 2004; 57:281-4.
- [3] Données EARSS 2004. <http://www.rivm.nl/earss> ; (Données françaises des réseaux Onerba Azay-Resistance, ColBVH, Ile-de-France et Réussir).
- [4] Leclercq R. et coll. Les entérocoques résistants aux glycopeptides : situation en France en 2005, Bull. Épidemiol. Hebdo 2006; (13):85-7.
- [5] CDC. *Staphylococcus aureus* resistant to vancomycin - United States, 2002. MMWR 2002; 51:565-7. <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5126.pdf>
- [6] CDC. Vancomycin-resistant *Staphylococcus aureus* - Pennsylvania, 2002. MMWR 2002; 51:902. <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5140.pdf>
- [7] CDC. Vancomycin-resistant *Staphylococcus aureus* - New York, 2004. MMWR 2004; 53:322-3. <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5315.pdf>
- [8] Salgado CD, Farr BM. Outcomes associated with vancomycin-resistant *Enterococci*: a meta-analysis. Infect Control Hosp Epidemiol 2003; 24:690-8.
- [9] Edmond MB, Ober JF, Weinbaum DL, Pfaller MA, Hwang T, Sanford MD, Wenzel RP. Vancomycin-resistant *Enterococcus faecium* bacteremia: risk factors for infection. Clin Infect Dis 1995; 20:1126-33.
- [10] Rice LB. Emergence of vancomycin-resistant *Enterococci*. Emerg Infect Dis 2001; 7:183-7.
- [11] Quale J, Landman D, Atwood E, Kreiswirth B, Willey BM, Dittore V, Zaman M, Patel K, Saurina G, Huang W, Oydna E, Burney S. Experience with a hospital-wide outbreak of vancomycin-resistant *Enterococci*. Am J Infect Control 1996; 5:372-9.
- [12] Huycke MM, Sahm DF, Gilmore MS. Multiple-drug resistant *Enterococci*: the nature of the problem and an agenda for the future. Emerg Infect Dis 1998; 2:239-49.

Cet avis ne peut être diffusé que dans son intégralité sans suppression ni ajout. Il a été présenté au CSHPF, section des maladies transmissibles, le 18 novembre 2005.

Recommandations du Comité de l'antibiogramme, Société française de microbiologie, 18 novembre 2005

Du fait d'une expression parfois faible ou tardive de la résistance aux glycopeptides des entérocoques, il est recommandé de déterminer les CMI (concentration minimale inhibitrice) de la vancomycine et de la teicoplanine par la méthode de dilution en gélose ou par toute technique ayant démontré, pour ces antibiotiques, son équivalence avec la technique de référence lorsque, après 24 heures d'incubation :

- le diamètre de la zone d'inhibition des disques de l'un des deux glycopeptides est < 17mm ;

- le diamètre de la zone d'inhibition du disque de vancomycine est inférieur d'au moins 3 mm à celui du disque de teicoplanine ;
 - quelques colonies sont présentes dans la zone d'inhibition de l'un des deux glycopeptides ;
 - les souches sont catégorisées I ou R à au moins l'un des deux glycopeptides par les méthodes automatisées.

Il convient aussi de vérifier l'identification, notamment en cas d'infection sévère, *Enterococcus casseliflavus* et *Enterococcus gallinarum* étant naturellement résistants aux glycopeptides.