

ITEM 4 : INFECTION NOSOCOMIALE

Infections associées aux soins (IAS) = infections qui apparaissent au cours ou au décours d'une prise en charge diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative d'un patient, si l'infection n'était ni présente ni en incubation au début de la prise en charge : concerne **7,5%** des patients hospitalisés en CHU/CH chaque jour, responsable de **4000** décès/an

- **Infection nosocomiale** = infection acquise au cours d'un séjour en établissement de santé : **≥ 48h après admission**
- **Infection du site opératoire** = infection associée aux soins, le plus souvent nosocomiale, pouvant toucher le trajet de l'incision chirurgicale ou les organes manipulés :
 - < **30 jours** après l'intervention pour une **infection du site opératoire**
 - < **1 an** après l'intervention pour une **infection de matériel étranger**
- Site infecté : **infection urinaire (30%) > pneumopathie (17%) > infection du site opératoire (14%) > cathéter (10%)**

<i>Microbi</i> 0	<ul style="list-style-type: none"> - Agents infectieux responsables : BGN dans 60% des cas, CGP dans 30% des cas - 3 micro-organismes les plus fréquents : <i>E. coli</i>, <i>S. aureus</i> et <i>Pseudomonas aeruginosa</i> - Résistance aux antibiotiques : - BMR : entérobactérie productrice de BLSE (en ↗), SARM (en ↘) <li style="padding-left: 20px;">- BHRe (hautement résistante) : entérobactérie productrice de carbapénémase, ERV 		
<i>Physi</i> 0	<ul style="list-style-type: none"> - Rupture des barrières anatomiques : chirurgie, implantation de matériel étranger (sondes, cathéters...) - Antibiothérapie préalable : déséquilibre de la flore commensale, favorise l'émergence de bactéries résistantes - Transmission manuportée par le personnel soignant ou bactéries d'origine endogène 		
Mesures générales de prévention	<ul style="list-style-type: none"> - Asepsie = mesures visant à empêcher tout apport d'agents infectieux au niveau des surfaces inertes ou biologiques : utilisation de matériel stérile, tenue et gants stériles, couvre-chef étanche, masques antiprojections, micro-filtres à air... - Détersion = élimination des salissures adhérant à un tissu vivant ou à une surface inerte - Antiseptie = élimination temporaire des agents infectieux souillant un tissu vivant - Désinfection = élimination temporaire des agents infectieux souillant une surface inerte (chimique et/ou thermique) - Stérilisation = destruction de tous les microorganismes de façon durable sur un milieu inerte - Décontamination (antiseptie + désinfection) = élimination temporaire des agents infectieux 		
	<ul style="list-style-type: none"> - Eviter les mélanges simultanés ou successifs de produits de nature différente - En peau saine : - Application d'antiseptique toujours précédée d'une phase de détersion <ul style="list-style-type: none"> - Produit de lavage et antiseptique de même gamme (moussante puis dermique) : polyvidone iodée aqueuse ou alcoolique, chlorhexidine, alcool à 70°, Dakin - En peau lésée : polyvidone iodée aqueuse, chlorhexidine aqueuse, Dakin → alcool contre-indiqué - Au niveau muqueux : polyvidone iodée adaptée (gynéco, ORL) → chlorhexidine contre-indiquée - Eviter l'antiseptie alcoolique chez les nouveau-nés 		
	<i>Haut</i> risque	4 temps avec 2 badigeons d'antiseptiques = Détersion Rinçage Séchage Antiseptique x 2	<ul style="list-style-type: none"> - Préparation cutanée de l'opéré - Pose de cathéter central (PICC, cathéter artériel, PAC, cathéter vésical) - Post de drain chirurgical (pleural, digestif...) - Biopsie rénale, hépatique, mammaire, osseuse - Radiologie interventionnelle, amniocentèse, arthrographie - Injection dans une cavité stérile - Création de fistule artérioveineuse - Myélogramme et BOM pour prélèvement de cellules
	<i>Risque</i> intermédiaire	4 temps avec 1 badigeon d'antiseptiques	<ul style="list-style-type: none"> - Pose de VVP longue durée - Prélèvement sanguin pour hémoculture - Biopsie cutanée - Ponction lombaire, articulaire, pleurale, péritonéale - Myélogramme et BOM à visée diagnostique - Pose de SAD ou sondage évacuateur (hétéro-sondage) - Branchement/débranchement de dialyse - Don de sang par aphérèse - Pose d'une aiguille de Huber sur PAC, cathéter pour anesthésie loco-régionale ou péri-nerveux, harpon (sénologie), perfusion sous-cutanée - Réfection de pansement de CAT ou VVC
	2 temps = 2 applications d'antiseptique	<ul style="list-style-type: none"> - Pose de VVP de courte durée (le temps d'un examen d'imagerie) - Don de sang (hors aphérèse) - Pose de DIU 	

Règles d'entretien des dispositifs médicaux	Bas risque	1 temps = 1 application d'antiseptique	<ul style="list-style-type: none"> - Injection IV, IM, SC (dont insuline) - Prélèvement sanguin (hors hémocultures) - Vaccin - Manipulation sur PAC (après retrait de l'aiguille de Huber)
	Critique	Introduction dans un système vasculaire ou dans une cavité ou un tissu stérile	Haut risque infectieux = Matériel chirurgical... - Usage unique - Stérilisation - Désinfection de haut-niveau
	Semi-critique	En contact avec la muqueuse ou peau lésée superficiellement	Risque infectieux moyen = Bassin de lit, urinal, matériel ORL... - Désinfection de niveau intermédiaire
	Non critique	En contact avec la peau intacte ou sans contact	Bas risque infectieux = Tensiomètre, appareil ECG, lit... - Désinfection de bas niveau
Mesures générales de prévention	Précautions standard d'hygiène	- Hygiène des mains = prévention de la transmission manuportée par l'élimination de la flore transitoire (acquise lors de soins chez des malades colonisés ou infectés) et de la flore commensale (rarement à l'origine d'infections nosocomiales) : mesure la plus efficace → Le port de gant ne remplace pas l'hygiène des mains	
		Friction hydro-alcoolique	= Technique de référence : après lavage au savon doux si les mains sont visiblement souillées, avec friction de toute les zones, jusqu'à séchage complet (= 30 secondes) - Avant de toucher un patient - Avant un geste aseptique - Après avoir touché le patient - Après le retrait des gants - Après contact avec l'environnement du patient - Entre 2 activités aseptiques
		Port de gants	- En cas de risque de contact avec du sang ou tout autre produit d'origine humaine, les muqueuses ou la peau lésée du patient → Changer de gants entre 2 soins chez un même patient, et entre 2 patients
		Protection de la tenue	- Tablier plastique à usage unique : lors des soins mouillants ou exposant à des projections (sang, liquides biologiques, selles) - Surblouse à manches longues et imperméable à usage unique : en cas d'exposition majeure aux liquides biologiques
		Masques ± lunettes	- Par les soignants/visiteurs : en cas de risque de projection ou d'aérosolisation de sang ou tout autre produit d'origine humaine (aspiration, endoscopie, actes opératoires, autopsie, manipulation de matériel et linges souillés...), ou si le soignant présente une toux supposée d'origine infectieuse - Par les patients : port d'un masque chirurgical dès son admission ou dès qu'il circule en dehors de sa chambre en cas de toux supposée d'origine infectieuse
		Matériel souillé	- Matériel piquant/tranchant à usage unique : ne pas re-capuchonner les aiguilles, ne pas les désadapter à la main, déposer immédiatement dans un conteneur adapté - Matériel réutilisable : vérifier que le matériel a subi un procédé d'entretien (stérilisation et désinfection) avant d'être réutilisé
		Surfaces souillées	- Nettoyer et désinfecter avec un désinfectant approprié les surfaces souillées par des projections ou aérosolisations de sang ou tout autre produit d'origine humaine
		Transport	-Transport de prélèvement biologique, linge ou matériel souillé en emballage étanche
Précautions complémentaires d'hygiène	= En complément des précautions standards, sur prescription médicale		
	Précaution « air »	= Le patient émet des particules infectantes qui persistent en suspension dans l'air (< 5 µm) : tuberculose pulmonaire, rougeole, varicelle/zona... - Chambre individuelle , si possible en dépression - Port d'un masque FFP2 avant l'entrée dans la chambre	

Mesures générales de prévention	Précautions complémentaires d'hygiène	Précaution « gouttelette »	= Particules ne persistant pas en suspension (> 5 µm) : grippe, méningocoque, coqueluche, mycoplasme, rubéole, oreillons, parvovirus B19, VRS, diphtérie - Chambre individuelle - Port d'un masque chirurgical avant l'entrée dans la chambre
		Précaution « contact »	= Seules les surfaces sont contaminées : varicelle, toutes les BMR (SARM...), Clostridium difficile, entérovirus, VRS, gale, pédiculose - Chambre individuelle (ou regroupement des patients atteints) - Tablier plastique à usage unique (sans manche) lors des soins directs - Contact « renforcé » en cas de <i>C. difficile</i> ou gale : lavage des mains au savon, nettoyage quotidien de la chambre à la Javel, tablier systématique
		FFP2 renforcé	= En cas de tuberculose MDR, MERS (coronavirus) ou BHRé : port d'un masque FFP2 , d'un sarrau , d'une surblouse et de gant
	Isolement protecteur	= Mesure de protection des patients immunodéprimés (neutropénie prolongée surtout) de toute contamination extérieure - Réglementation de la circulation des personnes : personnels, patients et visiteurs - Organisation architecturale : chambre avec sas, traitement de l'air et de l'eau - Utilisation de protections : blouses à manches longues, gants, masques - Utilisation de matériel de soins personnalisés - Alimentation de qualité microbiologique adaptée	
Organisation	Dispositifs de lutte	Structures nationales	- Comité du pilotage du plan national de lutte contre les infections nosocomiales/ associées aux soins (Ministère de la Santé) - RAISIN = Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (InVS)
		Structure régionale	- C-CLIN = Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
		Structure locale	- EOHH = Equipe opérationnelle d'hygiène hospitalière
	Veille sanitaire	Surveillance épidémiologique	- Enquête nationale de prévalence (ENP) des infections nosocomiales tous les 5 ans - Réseaux de surveillances épidémiologiques ciblés : périodiques ou annuels - Surveillances locales : CLIN, EOOH
		Dispositifs de signalement	- Déclaration au CPIas systématique - Signalement à l'ARS des infections nosocomiales/associées aux soins ayant un caractère rare ou particulier du fait du micro-organisme, de la localisation, de la gravité ou de leur lien avec un dispositif médical ou une procédure
	Information des usagers et communication publique	- Tableau de bord des infections nosocomiales/associées aux soins = information publique annuelle : organisation de la lutte contre les infections associées aux soins, politique de bon usage des antibiotiques, mesures de surveillances et de prévention prises contre les infections à BMR et infections du site opératoire, consommation de produits hydroalcooliques pour l'hygiène des mains	
Dispositifs de recours et indemnisation	- Avis à l'ONIAM : indemnisation à la victime ou ses ayants-droits en cas d'infection nosocomiale grave (IP > 25% ou décès), après examen et avis de la CRCI - Saisie du juge compétent : si critères de gravité non atteints ou accident ancien < 2001 - Règlement amiable : directement avec l'établissement et son assureur		
Réa	- Concerne 20% des patients durant un séjour en réanimation - Le plus fréquemment pulmonaire : 10 à 20 cas/1000 jours de ventilation, à l'origine d'une surmortalité de 10 à 20% et d'une prolongation de durée de séjour de 7 à 12 jours en moyenne		

INFECTION URINAIRE NOSOCOMIALE

= Mécanisme ascendant prédominant, à partir d'un réservoir digestif :

- **Par voie extraluminaire** (prédominante) : colonisation du méat et progression vers l'urètre et la vessie par capillarité dans le film muqueux contigu à la surface externe de la sonde
- **Par voie endoluminaire** : ↘ par système clos (sauf en cas de faute d'asepsie)
- **Lors de la mise en place de la sonde** (en cas de faute d'asepsie)

Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - FdR : - Extrinsèque : technique, durée et type de sondage, endoscopie, chirurgie - Intrinsèque : femme, âge > 50 ans, diabète, vessie neurologique, antibiothérapie, diarrhée - Manifestation : fièvre, hypothermie, sepsis ou SFU persistant après ablation de la sonde - BU non recommandée en cas de sondage à demeure ou de vessie neurologique (perte de la valeur diagnostique) - ECBU prélevé sur SAD : seuil diagnostic de bactériurie = 10⁵ UFC/mL, ne pas tenir compte de la leucocyturie 		
TTT	<ul style="list-style-type: none"> - Colonisation (bactériurie sans signes cliniques) : aucun traitement - Différer si possible l'antibiothérapie pour l'adapter à l'antibiogramme - Retrait de la sonde vésicale et si besoin remplacement 24h après le début de l'antibiothérapie 		
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> - Limiter les indications et la durée de sondage urinaire - Préférer le collecteur pénien au sondage (en fonction du résidu mictionnel) - Préférer le sondage pluriquotidien au sondage à demeure pour les vessies neurologiques 		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">Sondage urinaire</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Technique aseptique de pose : toilette périnéale antiseptique, toilette génitale, hygiène des mains, gants et matériel stériles - Système de drainage clos - Aucun changement systématique : seulement en cas de dysfonction (obstruction, fuite...) ou en cas de d'infection avérée (après 24h d'antibiothérapie efficace) </td> </tr> </table>	Sondage urinaire	<ul style="list-style-type: none"> - Technique aseptique de pose : toilette périnéale antiseptique, toilette génitale, hygiène des mains, gants et matériel stériles - Système de drainage clos - Aucun changement systématique : seulement en cas de dysfonction (obstruction, fuite...) ou en cas de d'infection avérée (après 24h d'antibiothérapie efficace)
Sondage urinaire	<ul style="list-style-type: none"> - Technique aseptique de pose : toilette périnéale antiseptique, toilette génitale, hygiène des mains, gants et matériel stériles - Système de drainage clos - Aucun changement systématique : seulement en cas de dysfonction (obstruction, fuite...) ou en cas de d'infection avérée (après 24h d'antibiothérapie efficace) 		

PNEUMOPATHIE NOSOCOMIALE

= Principalement par voie aérienne :

- **Contamination de l'oropharynx** : - **Par la flore digestive du patient** : ↗ en cas de pathologie pulmonaire chronique, d'antibiothérapie préalable, d'intubation, de sonde naso-gastrique ou de dénutrition
 - **Par l'environnement**
- **Contamination de l'arbre trachéo-bronchique par micro-inhalations répétées** : ↗ par la perte de réflexes protecteurs (troubles de conscience, anesthésie, sédation, présence d'une sonde), le décubitus, la réplétion gastrique, l'âge
- **Développement de la pneumonie** par altération des mécanismes de défense du poumon

Diagnostic	= Pneumonie acquise sous ventilation mécanique (PAVM) : 90% des cas de pneumopathies nosocomiales - Précoce = < 5 jours d'hospitalisation : agents infectieux communautaires - Tardive = ≥ 5 jours d'hospitalisation : agents infectieux nosocomiaux , souvent résistants	
	Critères cliniques	= Peu spécifiques : - Syndrome infectieux : fièvre > 38,2°, hyperleucocytose > 10 G/L - Expectorations ou aspirations purulentes - Dégradation des échanges gazeux - Apparition ou persistance d' infiltrats pulmonaires alvéolaires
	Prélèvement microbiologique	- Aspiration endotrachéale : très souvent contaminée - Prélèvement distal protégé et LBA : significatif si > 10³ UFC/ml (PDP) ou > 10⁴ UFC/ml (LBA)
TTT	= Antibiothérapie probabiliste , en urgence, débutée après les prélèvements	
	PVAM précoce Sans antibiothérapie récente < 15 jours Sans hospitalisation préalable	= Flore endogène communautaire - Monothérapie par β-lactamine : - C3G parentérale - Augmentin®
	PVAM tardive Antibiothérapie récente < 15 jours Hospitalisation préalable	= Risque de bactérie résistante, notamment <i>Pseudomonas aeruginosa</i> - Bithérapie : - β-lactamine antipyocyanique : céfépime, ceftazidime, pipéracilline-tazobactam ou carbapénème + Amikacine ou ciprofloxacine
Prévention	En réanimation	- Utilisation d'eau stérile pour les nébulisations - Utilisation de sondes d'aspiration à usage unique stériles - Utilisation de circuits à usage unique stériles ou bactériologiquement propres - Utilisation de filtres humidificateurs ou de réservoirs d'humidification à usage unique - Limiter les indications et la durée d'intubation, préférer la ventilation non invasive - Prévention de l'inhalation gastrique : SNG - Prévention de l'inhalation des sécrétions oropharyngées : aspiration des VAS, éviter la sédation profonde et la curarisation (réflexe de toux maintenu), position demi-assise - Privilégier le sucralfate en prévention antiulcéreuse : maintien d'un pH acide (≠ IPP) - Soins buccaux fréquents, avec un antiseptique
	Hors réanimation	- Kinésithérapie fortement conseillée en pré- et post-opératoire - Lever le plus précoce possible - Utilisation d'eau stérile pour l'oxygénothérapie et les aérosols

INFECTION DU SITE OPERATOIRE

= Contamination **préopératoire**, **per-opératoire** (principalement) ou **post-opératoire**
 - Par voie **endogène** (prévention : préparation cutanée, antibioprophylaxie) ou **exogène**

F&R	<ul style="list-style-type: none"> - Terrain : âges extrêmes, obésité, état nutritionnel, maladie sous-jacente, infection préalable - Longue durée du séjour préopératoire - Préparation préopératoire : technique de dépilation, délai entre dépilation et intervention - Intervention : type de champs utilisés, expérience de l'équipe chirurgicale, hémostase, hématome, durée de l'intervention, drainage des plaies opératoires 			
	Classification d'Altemeier	1	Chirurgie propre	<ul style="list-style-type: none"> - Sans traumatisme ouvert, sans inflammation, sans rupture de viscère creux - Sans rupture d'asepsie → 1 à 2% d'infections sans antibiotiques, < 1% avec antibiotiques
		2	Chirurgie propre contaminée	<ul style="list-style-type: none"> - Ouverture d'un viscère creux avec contamination minimale (oropharynx, tube digestif haut, voies respiratoires, appareil urinaire et génital, voies biliaires) - Rupture minimale d'asepsie → 5 à 10% d'infections sans antibiotiques, 2 à 5% avec antibiotiques
		3	Chirurgie contaminée	<ul style="list-style-type: none"> - Traumatisme ouvert depuis < 4h - Chirurgie sur urine ou bile infectée - Contamination importante par le contenu digestif → 10 à 20% d'infections sans antibiotiques, 5 à 10% avec antibiotiques
		4	Chirurgie sale	<ul style="list-style-type: none"> - Infection bactérienne (avec ou sans pus) - Traumatisme ouvert depuis > 4h ou corps étranger, tissu dévitalisé - Contamination fécale → plus de 20% d'infections sans antibiotiques, 10 à 20% avec antibiotiques
Classe ASA		<ul style="list-style-type: none"> - ASA 1 : patient n'ayant pas d'affection autre que celle nécessitant l'acte chirurgical - ASA 2 : patient ayant une perturbation modérée d'une grande fonction - ASA 3 : patient ayant une perturbation grave d'une grande fonction - ASA 4 : patient ayant un risque vital imminent - ASA 5 : patient moribond 		
Score NNISS		<ul style="list-style-type: none"> - Classe ASA 3, 4 ou 5 : + 1 points - Classe d'Altemeier 3 ou 4 : + 1 points - Durée d'intervention > 75^{ème} percentile par rapport à la moyenne : + 1 points → Risque infectieux : 0 = 0,6% 1 = 1,4% 2 = 4,1% 3 = 9,2% 		
Diagnostic	Signes locaux d'infection	<ul style="list-style-type: none"> - Ecoulement purulent d'une cicatrice ou d'un drain - Présence d'un agent infectieux associé à des PNN à l'examen direct, isolé par culture d'un prélèvement de l'organe ou du site infectieux - Présence de signes locaux inflammatoires nécessitant une reprise de l'incision - Signes d'infection observés lors d'une réintervention chirurgicale, d'un examen histopathologique ou d'un examen morphologique 		
	Délai compatible	<ul style="list-style-type: none"> - Dans les 30 jours suivant l'intervention - Dans l'année suivant la mise en place de matériel (implant ou prothèse) 		
	Type	<ul style="list-style-type: none"> - Infection superficielle : peau ou muqueuse, tissu sous-cutané ou tissu situé au-dessus de l'aponévrose de revêtement - Infection profonde : tissus ou espaces situés au niveau/au-dessous de l'aponévrose de revêtement, sur le trajet de l'incision ou dans les organes et espaces ouverts ou manipulés durant l'intervention 		
TTT	<ul style="list-style-type: none"> - Soins locaux, avec réfection du pansement et antiseptie - Drainage des collections : reprise chirurgicale, lavage - Antibiothérapie guidée par les prélèvements profonds ± après antibiothérapie probabiliste après prélèvements en cas de signes généraux 			
Prévention	En préopératoire		<ul style="list-style-type: none"> - Limiter la durée du séjour préopératoire - Dépistage et traitement des infections préexistantes - Renutrition ou régime alimentaire si nécessaire, équilibration du diabète, arrêt du tabac 	
	Préparation cutanée	<ul style="list-style-type: none"> - Douche antiseptique ou au savon doux juste avant l'intervention - Aucune dépilation si possible, ou dépilation par tondeuse ou crème dépilatoire de la zone opératoire, effectuée dans le service avant l'intervention → Eviter le rasoir (microlésions cutanées) 		

Prévention	Au bloc opératoire	<ul style="list-style-type: none"> - Préparation du champ opératoire : antiseptie large de la zone opératoire en 4 temps, avec utilisation d'un antiseptique alcoolique pour le dernier temps - Opérateurs : désinfection chirurgicale des mains, tenue vestimentaire - Salle avec traitement d'air et matériel chirurgical stérile - Maintenir la normothermie du patient
	Antibio-prophylaxie	<ul style="list-style-type: none"> = Inhibition de la croissance d'agents infectieux potentiellement pathogènes, présents ou apportés au niveau du site opératoire - Indication : classe 1 et 2 de la classification d'Altemeier - Débutée dans l'heure précédant l'incision (en pratique par l'anesthésiste lors de l'induction) - Limitée à 24h maximum après l'intervention - Choix d'antibiotique : - A demi-vie longue <ul style="list-style-type: none"> - A spectre adapté à l'intervention - Avec une bonne diffusion au site concerné - Avec peu d'effets secondaires et un faible coût <p>→ Antibiothérapie curative pour les classes 3 et 4</p>
	En post-opératoire	<ul style="list-style-type: none"> - Asepsie rigoureuse lors de la manipulation des drains et la réalisation des pansements - Préférer les systèmes d'aspiration clos

INFECTION LIEE AU CATHETER

<ul style="list-style-type: none"> - Voie de contamination : - Exo-luminale : colonisation de surface au site d'insertion cutanée du cathéter - Endoluminale : - Transmission manuportée au niveau des raccords de tubulure <ul style="list-style-type: none"> - Contamination des solutés de perfusions (rare) - Hématogène à partir d'un foyer à distance lors d'une bactériémie <p>- Germe : staphylocoque coagulase négatif majoritairement (50%), S. aureus (20%), Candida (10%), BGN, entérocoque</p>		
FdR	<ul style="list-style-type: none"> - Lié à l'hôte : âge, immunodépression, infection à distance, lésions cutanées - Lié à l'environnement : non-respect des mesures d'hygiène, manipulation des lignes de perfusion - Lié au cathéter : - Durée de maintien, mauvaises conditions de pose, voies multiples <ul style="list-style-type: none"> - Site de perfusion : fémoral > jugulaire > sous-clavier 	
Diagnostic	Infection du cathéter	<ul style="list-style-type: none"> - Pus franc ou liquide puriforme au niveau de l'émergence, signes de tunnellite ou cellulite - Culture du cathéter: - Contamination : seuil < 10³ UFC/ml <ul style="list-style-type: none"> - Colonisation : seuil > 10³ UFC/ml sans signe infectieux - Infection: seuil > 10³ UFC/ml avec signes infectieux ou hémoculture positive - Régression totale ou partielle des signes infectieux dans les 48h suivant l'ablation
	Septicémie liée au cathéter	<ul style="list-style-type: none"> - Hémoculture périphérique positive (prélevée par ponction veineuse) - Avant retrait du cathéter : hémoculture prélevée sur cathéter positive au même agent infectieux, avec un délai de positivité ≥ 2h et un rapport quantitatif ≥ 5 - Après retrait du cathéter : culture positive du cathéter au même agent infectieux
TTT	<ul style="list-style-type: none"> - Retrait du cathéter systématique → Sauf dans certains cas d'infection à staphylocoque coagulase négative sans septicémie : verrou antibiotique - Antibiothérapie : - D'emblée en cas de sepsis grave/choc septique ou chez le neutropénique : β-lactamine à large spectre + vancomycine + amikacine <ul style="list-style-type: none"> - Après les 1^{ers} résultats bactériologiques sinon - Durée : 15 jours (ou 7 jours si staphylocoque coagulase négative), 21 jours si thrombophlébite 	
Prévention	Cathéter périphérique	<ul style="list-style-type: none"> - Asepsie lors de la pose - Changement systématique toutes les 72h (ou plus tôt en cas de suspicion d'infection) - Changement dès que possible des cathéters posés en situation d'urgence (risque accru de contamination lors de la pose) - Pansement occlusif transparent stérile
	Cathéter veineux central	<ul style="list-style-type: none"> - Limiter les indications - Retrait du cathéter dès que possible - Pose programmée par un opérateur expérimenté - Asepsie chirurgicale lors de la pose et de la réfection du pansement - Pansement transparent occlusif, changé toutes les 72h - Changement de la totalité de la tubulure toutes les 72h, ou tous les jours en cas de nutrition parentérale ou de transfusion - Limiter les manipulations du cathéter et des tubulures