

Profil bactériologique des infections nosocomiales en réanimation du Centre Hospitalier Universitaire d'Angré, Abidjan, de janvier à mai 2025

Bacteriological profile of nosocomial infections in the intensive care unit of Angré University Hospital, Abidjan, Côte d'Ivoire: a January–May 2025 study

Lobah YG¹, Yapa GS², Djami-Kpata PM¹, Ahouangansi SER³, Bamba A¹, Yapi IA¹, Touré WA¹, Akahi JN¹, Sanogo I¹, Blin KM¹, Acko VU¹, Binan Y¹

1. Médecine interne, Unité pédagogique de médecine interne- endocrinologie – maladies métaboliques et nutrition- gériatrie- néphrologie – hépto gastro entérologie, Département médecine et spécialités, UFR sciences médicales, université Félix Houphouët-Boigny de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire
2. Service de Médecine Interne, CHU de Bouaké
3. Département d'anesthésie réanimation UFR SMA

Auteur correspondant : LOBAH Yves Gontran, E-mail : lobahgontran@gmail.com, Tél : +225 07 07 18 87 28

Résumé :

Introduction : Les services de réanimation sont particulièrement exposés aux infections nosocomiales (IN). L'étude avait pour but d'étudier les IN en réanimation. Elle visait à décrire le profil épidémiologique et clinique des patients atteints d'IN, de déterminer le profil des germes responsables des IN et de décrire la prise en charge des patients atteints d'IN. **Patients et méthodes :** Il s'est agi d'une étude rétrospective transversale descriptive portant sur une série de cas recrutés à partir des dossiers patients hospitalisés au service de réanimation du CHU d'Angré entre Janvier et Mai 2025. Etaient inclus dans l'étude les dossiers des patients ayant séjourné plus de 48 heures au service de réanimation du CHU d'Angré durant la période d'étude et répondant à la définition des infections nosocomiales. **Résultats :** Sur 184 patients admis, 95 avaient séjourné plus de 48 heures en réanimation et 10 d'entre eux ont développé une infection nosocomiale (IN), soit une prévalence de 5,4% et une incidence de 18,94%, avec une densité d'incidence de 22,27 pour 10³ jours d'hospitalisation. L'âge moyen était de 41 ans (19-69 ans), avec un sex-ratio de 1,5 en faveur des hommes. Les pathologies médicales dominaient parmi les motifs d'admission (50 %), principalement l'AVC hémorragique, suivies du polytraumatisme (30 %). Le délai médian de survenue de la première IN était de 5,7 jours (extrêmes : 2-13 jours). Dix-huit épisodes infectieux ont été identifiés, dominés par les pneumopathies (50%), suivies des infections urinaires (40%) et des bactériémies (40%). Dix-huit micro-organismes ont été isolés, majoritairement des bacilles à Gram négatif (77,8%), avec *Pseudomonas aeruginosa* en tête (27,8%), suivi de *Klebsiella pneumoniae* et *Escherichia coli* (16,7% chacun). Les souches isolées présentaient une résistance élevée aux bêta-lactamines et aux fluoroquinolones. Le traitement des pneumopathies reposait sur une bithérapie dans 66,66% des cas (Imipénème-Lévofoxacin, 44,44%) pour une durée moyenne de 8,33 jours ; celui des infections urinaires était guidé par l'antibiogramme dans 50% des cas (durée moyenne 4,66 jours) ; celui des bactériémies était probabiliste dans 75% des cas, systématiquement en bithérapie (Imipénème-Amikacine, 50%), pour une durée moyenne de 16,25 jours. L'évolution était favorable chez 8 patients sur 10, tandis que 2 patients sont décédés dans un contexte de pneumopathie. **Conclusion :** Cette étude a mis en évidence une incidence élevée d'infection nosocomiale, survenant après un délai d'acquisition court, chez des patients exposés à des procédures invasives prolongées. Le profil bactériologique était dominé par les bacilles à Gram négatif, avec une résistance préoccupante aux bêta-lactamines et aux fluoroquinolones. La prise en charge reposait principalement sur une bithérapie probabiliste. Ces résultats appellent à renforcer la surveillance microbiologique locale et les mesures de prévention

Mots-clés : profil bactériologique, infection nosocomiale, réanimation, CHU d'Angré

Introduction: Intensive care units are particularly exposed to nosocomial infections (NI). This study aimed to investigate NI in the intensive care unit. Its objectives were to describe the epidemiological and clinical profile of patients with NI, to determine the profile of the causative organisms, and to describe the management of patients with NI. **Patients and methods:** This was a retrospective, cross-sectional, descriptive case series study based on the medical records of patients hospitalized in the intensive care unit of Angré University Hospital between January and May 2025. Records of patients who stayed more than 48 hours in the intensive care unit during the study period and who met the definition of nosocomial infection were included. **Results:** Of 184 patients admitted, 95 stayed more than 48 hours in the intensive care unit, and 10 of them developed a nosocomial infection, giving a prevalence of 5.4% and an incidence of 18.94%, with an incidence density of 22.27 per 10³ patient-days. The mean age was 41 years (range: 19-69 years), with a male-to-female ratio of 1.5. Medical conditions were the leading reason for admission (50%), mainly hemorrhagic stroke, followed by polytrauma (30%). The median time to onset of the first NI was 5.7 days (range: 2-13 days). Eighteen infectious episodes were identified, predominantly pneumonia (50%), followed by urinary tract infections (40%) and bacteremia (40%). Eighteen microorganisms were isolated, mostly Gram-negative bacilli (77.8%), led by *Pseudomonas aeruginosa* (27.8%), followed by *Klebsiella pneumoniae* and *Escherichia coli* (16.7% each). The isolated strains showed high resistance to beta-lactams and fluoroquinolones. Treatment of pneumonia relied on dual therapy in 66.66% of cases (imipenem-levofloxacin, 44.44%), with a mean treatment duration of 8.33 days; treatment of urinary tract infections was guided by antibiotic susceptibility testing in 50% of cases (mean duration 4.66 days); treatment of bacteremia was empirical in 75% of cases, systematically combined (imipenem-amikacin, 50%), with a mean duration of 16.25 days. Outcome was favorable in 8 of 10 patients, while 2 patients died in the context of pneumonia. **Conclusion:** This study revealed a high incidence of nosocomial infection, occurring after a short acquisition delay, in patients exposed to prolonged invasive procedures. The bacteriological profile was dominated by Gram-negative bacilli, with concerning resistance to beta-lactams and fluoroquinolones. Management relied mainly on empirical dual antibiotic therapy. These findings call for strengthened local microbiological surveillance and reinforced prevention measures.

Keywords: bacteriological profile, nosocomial infection, intensive care unit, Angré University Hospital

Introduction : Les infections associées aux soins surviennent au décours d'une prise en charge diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative d'un patient, si elles n'étaient ni présentes, ni en incubation au début de la prise en charge. Elles sont qualifiées d'infections nosocomiales (IN) si elles sont contractées dans un établissement de santé [1]. Les services de réanimation sont particulièrement exposés aux IN. Ils sont considérés comme un réservoir important de bactéries multirésistantes et un endroit où la survenue des infections associées aux soins (IAS) est très fréquente. Ces infections augmentent la morbidité, la mortalité et le coût des soins à l'hôpital du fait de la diversité des sites d'infections et de la durée des traitements antibiotiques [2]. La prise en charge de ces infections implique une bonne connaissance de l'écosystème microbien, la bonne organisation du travail et la sécurité des soins. En Côte d'Ivoire, peu d'études ont été consacrées à la prise en charge des infections nosocomiales en réanimation. L'une des principales études réalisées était une étude multicentrique dans les services de réanimation des centres hospitaliers universitaires d'Abidjan qui avait montré que 20% des patients contractaient une IN au cours de leur séjour [3]. Cette étude avait été centrée sur les facteurs de mortalité de façon générale sans s'intéresser spécifiquement aux infections nosocomiales. Le but de notre étude était d'améliorer la connaissance des infections nosocomiales en réanimation. L'objectif était d'étudier les IN en réanimation, plus spécifiquement de décrire le profil épidémiologique et clinique des patients atteints d'IN, de déterminer le profil des germes responsables des IN et de décrire la prise en charge des patients atteints d'IN. **Patients et méthodes :** Il s'est agi d'une étude rétrospective transversale descriptive portant sur une série de cas recrutés à partir des dossiers patients hospitalisés au service de réanimation du CHU d'Angré entre Janvier et Mai 2025. Etaient inclus dans l'étude les dossiers des patients ayant séjourné plus de 48 heures au service de réanimation du CHU d'Angré durant la période d'étude et répondant à la définition des infections nosocomiales. Ont été recensés 184 patients admis durant cette période. Les critères diagnostiques des IN étaient ceux définis par le Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS) [1]. Les données ont été collectées à partir des dossiers des patients. Une fiche d'exploitation a été remplie, sur les données anamnestiques, le diagnostic, le type d'intervention chirurgicale, le type et la durée des procédures invasives. La densité d'incidence pour 1 000 jours

d'hospitalisation et la densité d'incidence d'un site d'infection associé à une procédure invasive ont été calculées respectivement selon les formules suivantes : (nombre de nouveaux cas d'infections $\times 10^3$) / somme des durées de séjour ; (nombre d'infections associées à la procédure $\times 10^3$) / nombre total de jours de la procédure. La saisie des données a été effectuée en utilisant le logiciel Epi-info. Cette étude a été réalisée selon les principes de la déclaration d'Helsinki. **Résultats :** Sur un total de 184 patients admis, 10 patients étaient atteints d'IN au cours de leur séjour soit une prévalence de 5,4 %. La durée moyenne d'hospitalisation était de 4,39 jours avec des extrêmes allant de 1 à 64 jours et un total de 808 jours d'hospitalisation. Quatre-vingt-quinze patients avaient séjourné pendant plus de 48 heures au service de réanimation et 10 d'entre eux avaient présenté une ou plusieurs infection(s) nosocomiale(s). La moyenne d'âge dans notre série était de 41 ans avec des extrêmes allant de 19 ans à 69 ans et un pic pour la tranche d'âge 25-64 ans (6 patients). Dans notre étude 60% des patients étaient de sexe masculin, contre 40% de sexe féminin soit un sexe ratio de 1,5. Les antécédents étaient dominés par l'HTA (30 %), le diabète (20 %) et l'AVC (10 %). Le motif d'hospitalisation était en lien avec une pathologie médicale chez 50% largement dominée par l'AVC hémorragique, suivi d'un polytraumatisme (30%) et d'une pathologie gynéco-obstétricale (20%). Une antibiothérapie était administrée chez 40% des patients avant leur hospitalisation en réanimation. Les antibiotiques étaient la ceftriaxone (30%) et l'amoxicilline – acide clavulanique (10%). Le séjour hospitalier moyen était de 28,4 jours avec des extrêmes allant de 11 à 64 jours et un total de 284 jours d'hospitalisation. Des procédures invasives étaient réalisées dans le service chez tous les patients. Il s'agissait de la ventilation mécanique d'une durée moyenne de 11,8 jours avec une durée totale de 118 jours et des extrêmes de 4 à 33 jours. On notait également le sondage urinaire d'une durée moyenne de 19,2 jours (durée totale : 192 jours) et le cathétérisme veineux d'une durée moyenne de 8 jours avec une durée totale de 80 jours et des extrêmes allant de 7 à 17 jours. Nous avons identifié 18 épisodes d'infections nosocomiales chez 10 malades. L'incidence d'infection nosocomiale était de 18,94% et la densité d'incidence était de 22,27 pour 10^3 jours d'hospitalisation. Le délai médian d'acquisition de la première infection nosocomiale est de 5,7 jours avec des extrêmes de 02 à 13 jours. Un seul épisode infectieux était retrouvé chez 5 des 10 patients (**tableau I**).

Tableau I : Répartition des 10 patients selon le nombre d'épisodes infectieux survenus

Nombre d'épisodes	Effectif	Pourcentage
1 épisode	5	50
2 épisodes	3	30
3 épisodes	1	10
4 épisodes	1	10

Les pneumopathies nosocomiales prédominaient (50 %), suivies par les infections urinaires (40 %) et des bactériémies (40 %) comme précisé dans le **tableau II**,

montrant la répartition des IN en fonction du site, du taux d'incidence et de la densité d'incidence.

Tableau II : Répartition des IN selon le site, le taux d'incidence et la densité d'incidence

Site d'IN	Durée totale de la procédure invasive en jours	Nombre d'IN	Incidence d'IN	Densité d'incidence d'IN
Poumon	118 jours de ventilation mécanique	9	3,16	76,27 pour 10 ³ jours de ventilation mécanique
Appareil urinaire	192 jours de sondage urinaire	4	1.4%	20,83 pour 10 ³ jours de sondage urinaire
Sang	80 jours de cathétérisme veineux	4	1.4%	50 pour 10 ³ jours de cathétérisme veineux
Site opératoire		1	0.39%	

Dix-huit micro-organismes ont été isolés dont 17 bactéries et une levure. L'infection polymicrobienne était identifiée dans 5 épisodes. Il s'agissait dans 2 cas d'une infection à 2 germes, dans 2 cas d'une infection à 3 germes et dans un seul cas à 4 germes. Les BGN représentaient 77,8 % des germes identifiés, avec *Pseudomonas aeruginosa* en tête (27,8 %), suivi de *Klebsiella pneumoniae* et d'*Escherichia coli* (16,7 % chacun), d'*Acinetobacter baumannii* (5,6 %) et de *Citrobacter koseri* (5,6 %). Les cocci à Gram positif constituaient 11,1 % des germes isolés, dont 5,6 % de *Staphylococcus aureus* et 5,6 % de staphylocoques non aureus. Enfin, 5,6 % des germes étaient des levures (un *Candida albicans*). Selon le site d'infection, on notait dans les pneumopathies que 44,42 % des germes isolés étaient des BGN dominés essentiellement par le

Pseudomonas et le *Klebsiella* dans 16,66 % des cas chacun. Les CGP représentent 5,55 % de l'ensemble de germes isolés dans le poumon. Le plus fréquent est le *Staphylocoque*. Au cours des infections urinaires l'aspect microbiologique était dominé par les BGN qui représentaient 11,1 %. Les BGN étaient surtout représentés par *Escherichia coli* avec un taux 5,55 %, suivis par le *Pseudomonas aeruginosa* (5,55%). Dans notre étude, l'aspect microbiologique des bactériémies était dominé par *Staphylococcus aureus*. Le germe isolé au cours des infections du site opératoire était *Escherichia coli*. Concernant la résistance bactérienne, les souches isolées présentaient une résistance élevée aux bêta-lactamines (céphalosporines, pénicillines) et aux fluoroquinolones, sans résistance notée à l'amikacine (**tableau III**).

Tableau III : Pourcentages de résistance aux antibiotiques dans notre série (– : non testé)

Germe	<i>Acinetobacter baumannii</i>	<i>Citrobacter</i>	<i>Escherichia coli</i>	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<i>Staphylocoque</i>	<i>Enterobacter sp</i>
Amikacine	0	0	0	0	-	-	-
Amoxicilline	100	100	-	100	80	-	100
Amoxicilline +acide clavulanique	-	100	100	50	-	-	0
Ampicilline	-	-	100	-	-	-	-
Azithromycine	-	-	-	-	-	100	-
Céfalotine	-	-	100	-	100	-	-
Cefepime	-	-	75	50	60	-	0
Cefotaxime	-	-	100	-	-	-	-
Cefoxitine	-	-	100	-	-	100	-
Ceftazidime	100	-	100	100	-	-	-
Ceftriaxone	-	-	75	100	-	-	0
Cefuroxime	-	-	-	100	-	-	0
Ciprofloxacin	100	100	50	100	60	100	-
Clindamycine	-	-	-	-	-	0	-
Ertapenem	-	0	75	100	-	-	0
Érythromycine	-	-	-	-	-	100	-
Fosfomycine	-	-	-	0	20	-	-
Gentamicine	100	100	75	100	60	100	0
Imipenem	100	0	25	0	60	-	0
Kanamycine	-	-	-	-	100	100	-
Levofloxacin	-	-	-	100	60	100	-
Lincomycine	-	-	-	-	-	0	-
Meropenem	0	-	-	0	-	-	-
Minocycline	0	-	-	-	-	-	-
Ofloxacin	-	-	100	-	-	-	0
Pefloxacin	-	-	-	100	-	-	-
Pipéracilline	-	-	-	-	100	-	-
Pipéracilline-Tazobactam	100	-	50	-	100	-	-
Quinupristine-dalfopristine	-	-	-	-	-	0	-
Rifampicine	-	-	-	-	-	-	-
Sulfaméthoxazole-triméthoprim	100	100	100	100	-	100	0
Teicoplanine	-	-	-	-	-	0	-
Ticarcline	-	-	100	100	80	-	-
Ticarcline+	100	-	-	100	-	-	-
Acide clav	-	-	-	-	-	-	-
Tobramycine	-	-	100	-	60	100	-
Vancomycine	-	-	-	-	-	0	-

Le traitement des pneumopathies était composé dans 88,88 % des cas d'une antibiothérapie empirique initiale. Des bithérapies étaient retrouvées dans 66,66 % des traitements. Quant à la monothérapie elle représentait 33,33 %. L'association la plus utilisée était imipénème + lévofloxacin (44,44 %). La durée moyenne du traitement était de 8,33 jours. S'agissant des infections urinaires l'antibiothérapie était orientée par l'antibiogramme dans 50 % des cas avec une durée moyenne de traitement de 4,66 jours. Pour les bactériémies l'antibiothérapie a été probabiliste dans 75 % des cas et associative (bithérapie) dans 100 %, L'association la plus fréquemment retrouvée était : Imipénème plus Amikacine dans 50 % des cas. La durée du traitement était de 16,25 jours en moyenne. Parmi les 10 patients atteints d'IN, 8 ont évolué

favorablement, avec un retour dans leur service d'origine, tandis que 2 patients sont décédés en rapport avec une pneumopathie. **Discussion :** Le but de notre étude était d'améliorer la connaissance des infections nosocomiales en réanimation. La moyenne d'âge dans notre série était de 41 ans avec des extrêmes allant de 19 ans à 69 ans. Le sexe masculin prédominait avec un sex-ratio de 1,5. L'incidence des infections nosocomiales selon le sexe est très disparate en fonction des séries [4]. Cette variabilité pourrait s'expliquer par le caractère aléatoire des hospitalisations, qui se font selon le degré d'urgence des patients. Les infections nosocomiales survenaient chez des patients hypertendus (30 %), diabétiques (20 %). Ces maladies chroniques sous-jacentes peuvent déprimer l'immunité.

Cette immunodépression va s'aggraver sous l'effet des pathologies aiguës comme les traumatismes, les polytraumatismes, ainsi que la malnutrition qui prédisposent aux IN [5]. Comme motif d'hospitalisation des patients infectés, 50 % avaient une pathologie médicale et 30 % un polytraumatisme. Ces résultats étaient comparables à ceux de Ak et al qui avaient retrouvé une prédominance de pathologies médicales suivi de pathologies traumatiques (34,7%) [6]. Cette faible proportion de polytraumatisme pourrait s'expliquer par la différence du nombre d'admission pour polytraumatisme dû à la spécificité de notre pyramide sanitaire qui ne dispose pas de centres dédiés aux polytraumatisés. Ceux-ci sont évacués dans notre centre selon le lieu de survenue du traumatisme et l'accessibilité du service de réanimation. Le séjour hospitalier moyen était de 28,4 jours avec des extrêmes allant de 11 à 64 jours. Cette longue durée de séjour pourrait être liée à la durée de la prise en charge diagnostique et/ou thérapeutique des patients. Des procédures invasives étaient réalisées dans le service chez tous les patients. Ces actes sont des facteurs de risque. La durée moyenne de ventilation mécanique était de 11,8 jours, inférieure à celle rapportée par Belem et al., qui avaient retrouvé $19,7 \pm 7$ jours dans une étude sur les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique [7]. Cette différence pourrait être liée à l'absence d'intubation des patients de notre étude sans signes d'appels pulmonaires [7]. Le sondage urinaire avait une durée moyenne de 19,2 jours avec une durée totale de 192 jours, cette durée de sondage élevé est le facteur de risque dominant et quasi-linéaire dans les infections sur sondage urinaire [8]. L'incidence d'infection nosocomiale était de 18,94% et la densité d'incidence était de 22,27 pour 10^3 jours d'hospitalisation, inférieures à celles de Merzougui et al. [9], qui avaient retrouvé une incidence de 30,6 % avec une densité d'incidence de 55 infections pour 1 000 jours d'hospitalisation. Cette grande différence pourrait s'expliquer par le faible nombre de dispositifs invasifs chez les patients de notre étude, mais aussi par l'existence d'un service d'hygiène au sein de notre établissement. Le délai médian d'acquisition de la première infection nosocomiale était de 5,7 jours avec des extrêmes de 02 à 13 jours. Un séjour au-delà d'un certain seuil (4 jours) constitue en soi un facteur de risque de survenue d'IN [11]. Une fenêtre précoce (autour de 4-6 jours) est celle où les mesures de prévention doivent être les plus rigoureuses. Les pneumopathies nosocomiales prédominaient (50 %), suivies par les infections urinaires (40 %) et des bactériémies (40 %). Ces résultats étaient similaires à ceux de Abdoulaye et al. qui retrouvaient la pneumonie nosocomiale comme l'infection la plus fréquente (49,7%), suivie d'une infection des voies urinaires (44,2%), d'une bactériémie (37,0%) et d'autres

infections (11,1%) [11]. Les BGN (77,8%) étaient les principaux germes responsables d'infection nosocomiale dominée par *Pseudomonas*, *Klebsiella*, *E. coli*. Cette observation a également été rapportée par Essola et al qui avaient retrouvé 60,4% de BGN [12]. Ces différences de pourcentages rapportés pourraient s'expliquer par l'écologie bactérienne locale propre à chaque service d'où l'intérêt d'une surveillance microbiologique locale. La distribution bactérienne diffère nettement selon le site. Les BGN (*Pseudomonas*, *Klebsiella*) prédominaient dans les pneumopathies, ce qui était également retrouvé par Coulibaly et al. (*Klebsiella* 30%, *Pseudomonas* 28% au poumon). Pour les infections urinaires, *Pseudomonas* et *E. coli* codominaient dans notre série ; Coulibaly et al. avaient également retrouvé *Pseudomonas* (21,7%) et *E. coli* (19,5%), la réanimation favorisant l'émergence de *Pseudomonas* par pression de sélection antibiotique sur sondage prolongé [13]. Les bactériémies étaient dominées par *Staphylococcus aureus*, ce qui était confirmée par Merzougui et al. où 16 des 30 bactériémies provenaient d'un cathéter infecté [9]. Ce contraste BGN (poumon/urines) versus CGP (sang) reflète la porte d'entrée propre à chaque dispositif invasif (oropharyngée, urétrale, cutanée). Ces résultats orientent la prévention par type de dispositif. La sensibilité des germes aux antibiotiques était étroitement dépendante de l'écologie propre à chaque service. Dans notre étude, les souches isolées présentaient une résistance élevée aux bêta-lactamines et aux fluoroquinolones, sans résistance notée à l'amikacine. Ebongue et al. avaient déjà démontré, dans une étude camerounaise portant sur 3195 souches d'entérobactéries réparties entre plusieurs services d'un même hôpital, que la résistance bactérienne variait significativement selon le service d'origine des prélèvements [14]. Ils avaient également souligné que l'efficacité de l'antibiothérapie probabiliste, largement pratiquée en Afrique où l'accès au laboratoire demeure limité, reposait avant tout sur la connaissance de l'écologie microbienne locale [14]. Njall et al. avaient de leur côté rapporté, dans le contexte réanimatoire camerounais, une prédominance similaire à notre étude de bacilles à Gram négatif et une résistance élevée aux céphalosporines de 3^e génération [10]. Ces constats confirmeraient la nécessité d'une surveillance microbiologique locale et régulière pour adapter les protocoles d'antibiothérapie probabiliste à chaque service. La durée moyenne de traitement des pneumopathies dans notre série était de 8,33 jours. Une durée courte n'expose pas à une surmortalité par rapport à un traitement prolongé. La prédominance de la bithérapie (66,66%), notamment l'association Imipénème-Lévofloxacine, s'expliquait par la nécessité de couvrir un large spectre en situation d'urgence thérapeutique et d'incertitude diagnostique.

S'agissant des infections urinaires, l'antibiothérapie était orientée par l'antibiogramme dans 50% des cas, avec une durée moyenne de traitement plus courte (4,66 jours), cohérente avec la moindre sévérité habituelle de ce site comparé au poumon. Pour les bactériémies, l'antibiothérapie probabiliste restait majoritaire (75%) avec une bithérapie systématique et une durée nettement plus longue (16,25 jours), reflétant la sévérité intrinsèque de ce site infectieux. Ces pratiques rejoignent globalement les recommandations actuelles privilégiant une antibiothérapie courte et adaptée au contexte clinique et microbiologique local [15]. Sur le plan évolutif, parmi les 10 patients atteints d'IN, 8 ont évolué favorablement avec un retour dans leur service d'origine, tandis que 2 patients sont décédés

Références

1. **Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins**, Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins. Définition des infections associées aux soins. Paris : Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports ; 2007.
2. **Haley RW**. Extra charges and prolongation of stay attributable to nosocomial infections: a prospective interhospital comparison. *Am J Med*. 1981;70:51-8.
3. **Mobio MP, N'Guessan YF, Kouamé KI, Kouamé KA, Bédié YV, Kakou KM, et al**. Étude comparée des patients décédés dans les services de réanimation de trois CHU d'Abidjan. *Rev Afr Med Urg*. 2022;27(2):21-7.
4. **Skei NV, Nilsen TIL, Mo S, Solligård E, Damås JK, Åsvold BO, et al**. Explaining sex differences in risk of bloodstream infections using mediation analysis in the population-based HUNT study in Norway. *Sci Rep*. 2022;12:8436.
5. **Saavedra-Torres JS, Nati-Castillo HA, Gaibor-Pazmiño A, Ortiz Erazo WF, Martínez Castaño MA, Nieto Brandon CC, et al**. Sepsis in multimorbidity: a domain-based framework for systemic vulnerability and precision care. *Front Med (Lausanne)*. 2026;13:1827818.
6. **Ak O, Batirel A, Ozer S, Çolakoğlu S**. Nosocomial infections and risk factors in the intensive care unit of a teaching and research hospital: a prospective cohort study. *Med Sci Monit*. 2011;17(5):PH29-34.
7. **Belem PF, Sanou FFR, Yaro II, Koudazankpa ME, Traoré SSI, Lankoandé M, et al**. Les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique au CHU de Tengandogo : profil épidémiologique, clinique, bactériologique et thérapeutique. *Rev Mali Infect Microbiol*. 2024;19(1):20-3.
8. **Rabi R, Enaya A, Jomaa DM, Dweekat MZ, Raddad S, Saqfalhait ZT, et al**. Catheter-associated urinary tract infections in critical care: understanding incidence, risk factors, and pathogenic causes in Palestine. *PLoS One*. 2024;19(8):e0309755.
9. **Merzougui L, Barhoumi T, Guizani T, Barhoumi H, Hannachi H, Turki E, et al**. Les infections nosocomiales en milieu de réanimation : incidence annuelle et aspects cliniques au Service de Réanimation Polyvalente, Kairouan, Tunisie, 2014. *Pan Afr Med J*. 2018;30:143.
10. **Njall C, Adiogo D, Bitu A, Ateba N, Sume G, Kollo B, et al**. Écologie bactérienne de l'infection nosocomiale au service de réanimation de l'hôpital Laquintinie de Douala, Cameroun. *Pan Afr Med J*. 2013;14:140.
11. **Abdoulaye O, Vianney B, Jesus O, Manasse K, Spah N, Delord G, et al**. Profile of nosocomial infections in an intensive care unit in Sub-Saharan Africa (Abidjan, Côte d'Ivoire). *Arch Anesth Crit Care*. 2026. Forthcoming.
12. **Essola L, Ifoudji Makao A, Bitegue Methe L, Manga F, Badehrwa A, Sima Zue A**. Sensibilité des bactéries responsables d'infections nosocomiales en réanimation à Libreville en 2021. *Health Sci Dis*. 2023;24(5):9-13.
13. **Coulibaly KT, Abhé CM, N'Guessan YF, Ouattara A, Brouh Y, Tétchi YD**. Profil bactériologique des infections nosocomiales en réanimation polyvalente du CHU de Cocody (RCI). *Rev Afr Anesth Med Urg*. 2014.
14. **Okalla Ebongue C, Dongmo Tsiazok M, Nda Mefoo JP, Ngaba GP, Beyiha G, Adiogo D**. Évolution de la résistance aux antibiotiques des entérobactéries isolées à l'Hôpital Général de Douala de 2005 à 2012. *Pan Afr Med J*. 2015;20:227. doi:10.11604/pamj.2015.20.227.4770
15. **Sheppard DC**. L'intendance des antimicrobiens : antibiothérapie de courte durée. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. 2022;48(11/12):545-50.