

SP4 - SESSION PARALLÈLE 1

PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX ET GESTION DES RISQUES

CP-04

ARTICULATION HYGIENE ET GESTION DES RISQUES

DUMAY M.-F., SOFGRES, PARIS

La politique nationale de santé s'est largement affirmée ces dernières années avec une volonté de structurer le management des risques pour améliorer la sécurité des patients et de leur prise en charge et pour permettre de faire face aux différentes crises sanitaires et garantir l'offre de soins, en sécurité.

Que ce soit au travers des textes réglementaires, de la procédure de certification en établissement de santé de la Haute Autorité de Santé, de la contractualisation entre les établissements de santé et les ARH, de l'assurabilité dans le domaine de la santé ou de la pression des usagers, une forte incitation se développe pour organiser le management des risques dans une approche globale, notamment pour réduire la iatrogénie et les risques liés aux soins au delà du risque infectieux. Celui-ci est depuis de longues années, une des priorités de la politique nationale de santé pour lutter contre les infections nosocomiales, ce qui a permis une organisation et une structuration réglementée dans tous les établissements de santé français. A ce titre l'organisation française de la maîtrise du risque infectieux est un modèle intéressant du fait de son antériorité et de la démonstration de son efficacité avec une structuration aux différents échelons d'organisation (national, régional, inter régional et local) appuyée par un programme national de lutte contre l'infection nosocomiale, de la généralisation d'indicateurs, et de liens développés avec les usagers. Cette démarche a été ainsi précurseur dans le domaine de la gestion des risques et de la qualité en développant une prise de conscience sur la nécessité de sécuriser la prise en charge des patients et de réduire la iatrogénie infectieuse et en installant une culture de prévention transversale et pluridisciplinaire.

La gestion des risques n'est pas un concept nouveau dans les établissements de santé mais ce qui change actuellement c'est la façon de l'aborder en prenant en compte l'ensemble des risques, dans une approche systémique, d'où l'appellation « gestion intégrée des risques » incluant l'ensemble des risques pour les patients, les personnels, les visiteurs et l'organisation dans son ensemble. Ce qui est nouveau, c'est de passer d'une gestion séquencée par type de risque à une approche globale, coordonnée et transversale comportant dans chaque établissement un niveau stratégique, et un niveau opérationnel dans une véritable démarche managériale.

Ceci implique une politique institutionnelle affirmée avec la mise en place d'un programme de gestion globale et coordonnée des risques sous la responsabilité d'un gestionnaire de risques en lien direct avec la direction générale et le développement d'un système d'information qui permette à la fois le partage d'information avec les différents acteurs au sein de l'établissement et avec les différentes structures de l'Etat et agences quand cela est nécessaire.

Cette nouvelle fonction transversale a une mission de coordination et d'expertise méthodologique dans le domaine de la gestion des risques qui doit s'appuyer sur les différents domaines d'expertises et les acteurs qui ont la responsabilité de gérer un domaine de risques spécifiques. C'est en particulier le cas avec

l'EOH, la COMEDIMS, les différents responsables de vigilances, la sécurité, l'encadrement des différents pôles et secteurs...

L'organisation doit donc permettre d'avoir une vision globale permettant la hiérarchisation et une analyse des situations à risques identifiées, dans une démarche à priori et à posteriori, qui profite à la gouvernance de l'établissement et à la sécurité des usagers en permettant l'aide à la décision, quelque soit le type de risque.

La perception du risque et son acceptabilité par l'utilisateur, désormais mieux informé et plus exigeant en matière de qualité et de sécurité des soins, s'est largement modifiée notamment avec l'évolution de la judiciarisation et de l'assurabilité. Les établissements sont également confrontés à un contexte de profond changement avec la mise en place de la nouvelle gouvernance avec l'organisation en pôles d'activité, les contraintes financières induites par la tarification à l'activité et des restructurations en profondeur pour certains d'entre eux. Il ne faudrait pas pour autant nous enfermer dans une logique uniquement financière, mais au contraire réfléchir tous ensemble pour trouver des organisations et des solutions qui nous permettent d'assurer notre mission de sécurité et de qualité des soins en alliant les besoins de santé publique, l'innovation, la réflexion éthique et les contraintes financières. La rationalisation des coûts et des ressources incitent à regrouper les experts de ces domaines pour mutualiser les compétences et assurer l'opérationnalité en continu et à regrouper les différents comités et commissions pour avoir une cohérence du programme de réduction des risques et d'amélioration continue de la qualité (priorités, actions à mener, évaluation, indicateurs, messages à passer auprès des professionnels et des usagers) et être réellement efficient.

Chaque établissement de santé a dorénavant pour mission de développer un programme de gestion globale et coordonnée des risques qui comporte les objectifs à atteindre et les actions à mener en matière de prévention et de maîtrise des risques, de sensibilisation des personnels, d'information, de formation et d'évaluation du programme. Par ailleurs, l'établissement a aussi obligation de mettre en œuvre un programme de lutte contre l'infection nosocomiale sous la responsabilité du CLIN et coordonné par l'EOH qui doit s'articuler avec le programme global de gestion des risques et les priorités de l'établissement.

Une réelle prise de conscience est nécessaire pour que chacun s'implique à son niveau dans la réduction des risques car cette démarche nécessite une approche à la fois collective et individuelle. Elle exige de l'ensemble des acteurs hospitaliers des changements importants et durables, en particulier des organisations, sous tendus par l'acquisition d'une culture commune de vigilance et de sécurité et une volonté de travail en commun de tous les acteurs.

Par ailleurs, l'enquête ENEIS (enquête nationale des événements indésirables graves liés aux soins) montre que les EIG sont liés prioritairement aux actes invasifs, notamment les interventions chirurgicales, les produits de santé avec une prédominance pour le médicaments et les infections nosocomiales, en particulier le site opératoire. Cette étude renforce la nécessité de développer la sécurité des soins en réduisant la iatrogénie de façon large sans rester cantonné au domaine de l'infectieux sur lequel des résultats ont déjà été obtenus mais où des marges de progrès sont encore attendues.

Parmi les EIG identifiés pendant la période d'hospitalisation, 35,4% ont été considérés comme évitables et relèvent de causes latentes communes (facteurs liés aux tâches à accomplir, individuels, liés à l'environnement, à l'équipe, concernant l'organisation ou liés au contexte institutionnel). Comprendre ensemble et partager les informations concernant la connaissance et l'analyse des situations à risque, les mécanismes de survenue et les causes racines (ex : acquisition des infections, étude des points critiques des différents processus, défaillance managériale...) doit permettre d'agir en profondeur en trouvant des solutions consensuelles et durables en s'appuyant sur une approche comportementale.

L'articulation de l'hygiène et de la gestion des risques repose sur des points communs et des complémentarités du champ d'activité, d'objectifs, de méthodes utilisées, de compétences des acteurs, d'informations, de leviers communs et doit favoriser la synergie pour garantir la dynamique de sécurité de la prise en charge du patient avec notamment la mise en place de système commun d'alerte et de signalement des événements indésirables.

La gestion des risques et l'hygiène sont basées sur une démarche épidémiologique commune qui utilise des méthodes et outils d'identification des risques, de leur évaluation et des plans d'actions à mettre en place pour les traiter et les réduire et les évaluer. Ce sont aussi des démarches transversales et de conseil sous tendues par une politique institutionnelle reflétant l'engagement institutionnel pour le management des risques, qui concerne l'ensemble des secteurs de l'établissement, ce qui nécessite la mobilisation des professionnels et l'implication de l'encadrement pour en être le relai (correspondants gestion des risques et hygiène). Les professionnels de ces domaines doivent donc avoir des compétences similaires et complémentaires en mobilisant des connaissances spécifiques selon leur domaine d'action.

C'est le champ d'expertise qui différencie le domaine d'activité. L'hygiéniste est opérationnel et exerce son expertise dans un domaine précis et pointu qui nécessite des connaissances scientifiques en infectiologie et un travail en commun avec les professionnels concernés. Le gestionnaire de risques se situe dans une démarche managériale avec une vision plus globale qui nécessite de prendre en compte l'ensemble des risques en sollicitant les experts des différents domaines pour apporter une véritable aide à la décision, hiérarchiser les priorités et coordonner les actions en prenant en compte les différentes logiques et en évitant que le traitement d'un risque spécifique n'entraîne d'autres risques qui n'auraient été pris en compte.

C'est précisément cette complémentarité qui doit permettre à la fois une approche managériale systémique et une réelle opérationnalité du domaine d'expertise. C'est ainsi que de nombreuses informations doivent pouvoir être partagées tout en laissant le traitement de cette information (identification, enquête, plan d'action, évaluation, retour d'information...) sous l'autorité du responsable du domaine d'expertise. C'est pour répondre à ces besoins que le système d'information doit être réfléchi en permettant la communication et la cohérence des systèmes informatiques et des bases de données médico économique.

La gestion des risques et l'hygiène répondent à une même politique globale de sécurité des soins et de protection des personnels avec des objectifs de réduction des risques et de la iatrogénie et de sûreté de fonctionnement avec la mise en place de plan de prévention et de continuité en cas de crise. Les informations et les investigations (enquête, analyse de causes, information, plan d'action, alertes sanitaires) nécessitent fréquemment un

travail en commun des équipes d'hygiène et de gestion des risques notamment lorsqu'il s'agit de l'environnement (air, circuits d'eau, travaux), de gestion de crises (cas de tuberculose, épidémie, risques exceptionnels), de réclamations, de déclaration ou signalement d'événement indésirable qui demande l'installation d'une culture de sécurité et d'amélioration de la qualité de coordination des vigilances et d'implication de l'ensemble des professionnels et de communication auprès des usagers.

La gestion des risques, dont la maîtrise du risque infectieux, et la démarche d'amélioration continue de la qualité sont des démarches transversales synergiques et complémentaires qui nécessitent une articulation coordonnée et un système d'information compétent pour favoriser une réelle dynamique cohérente de coordination des vigilances qui permette l'implication des acteurs à tous les niveaux et le pilotage interne pour atteindre les objectifs fixés dans une logique commune institutionnelle.

Pour consulter le site de la SoFGRES : www.sofgres.org

REFERENCES

- * Article L.1413-14 du code de la santé publique, inséré par la loi n° 202-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel ; 5 mars 2002 - www.sante.gouv.fr
- * Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissements de santé, janvier 2003 - www.has-sante.fr
- * Circulaire DHOS/E2/E4 N° 176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques en établissement de santé. Accès aux recommandations - www.sante.gouv.fr
- * Haute Autorité de Santé, Direction de l'accréditation Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation, édition 2007 - www.has-sante.fr
- * Michel P., Quenon JL, (CCECQA), Djihoud A., Tricaudvialle S., de Sarasqueta AM, Domecq S., et la collaboration de Haury B. et Cases C. (DREES) : Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale DREES N° 398 • mai 2005
- * loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- * décret n°2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la commission médicale d'établissement
- * décret n°2006-909 relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissement de santé paru le 21 juillet 2006

Marie-Françoise DUMAY

Présidente de la SoFGRES

presidente@sofgres.org

SoFGRES - Université Paris 1- Panthéon - Sorbonne

1, rue Victor Cousin 75005 Paris

www.sofgres.org

Gestionnaire de risques

Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph

185, rue Raymond Losserand

75014 Paris

01 44 12 39 14

mfdumay@hpsj.fr

CP-05

**HYGIENE HOSPITALIERE ET RISQUE INFECTIEUX :
UN MODELE POUR LA GESTION DES RISQUES ?**

DR GUERIN J.-M.

Paris

La gestion des risques est actuellement une nécessité pour nos établissements. Cette démarche est demandée de façon globale et coordonnée aussi bien par le ministère que par la Haute Autorité de Santé. Depuis leur création les CLIN et les unités opérationnelles d'hygiène ont une démarche de type gestion des risques, mais ce modèle est-il transposable pour les risques en général ?

1 - Les unités d'hygiène font-elles de la gestion des risques (sans le savoir)

Depuis 20 ans les unités d'hygiène gèrent avec les services cliniques et de microbiologie les infections nosocomiales.

Le risque nosocomial est bien défini, avec des définitions régulièrement mises à jour

Prévention des infections nosocomiales

- Des enquêtes nationales, régionales ou locales ont été faites pour quantifier ces infections dans la plupart des établissements
- Les facteurs d'acquisition des infections nosocomiales ont été définies de façon générale et par site et des recommandations et consensus locaux ont été validés pour les minimiser.
- La multiplication des enquêtes dans le temps permet d'avoir une vue évolutive de ces taux, qui sont maintenant stratifiées en fonction des facteurs de risque. Si le taux reste stable ou augmente un audit doit être réalisé pour vérifier si la population étudiée est comparable et si les pratiques locales sont bien en adéquation avec les recommandations.

Traitement des infections nosocomiales

Parallèlement une meilleure prise en charge des infections nosocomiales a été élaborée avec les sociétés savantes des différentes spécialités permettant d'en minimiser les conséquences. Les méthodes diagnostiques ont été affinées avec des seuils selon le type d'examen pratiqué, et les conduites à tenir médico-chirurgicales précisées.

Prévention du risque environnemental

L'expérience des contaminations de patients par des germes environnementaux ont conduit à des mesures de maîtrise (au moins partiel) de ce risque par de meilleures conceptions et contrôles de l'environnement (cas de la légionnelle), ou la prise en compte de ce risque (aspergillose)

2 - La gestion du risque infectieux peut elle être un modèle pour la gestion globale des risques

La gestion du risque infectieux s'est progressivement structurée avec les CLIN locaux (qui font partie des instances consultatives) et les UOH, avec un ratio de personnel dédié de façon réglementaire.

À côté de cette organisation locale et en appui avec elle les C-CLIN régionaux apportent leur aide et appui méthodologique en cas de besoin. Ce sont eux qui recueillent avec la DDASS les déclarations d'infections nosocomiales.

Il existe sur le plan national le CTINILS et l'INVS qui initient et coordonnent des actions, enquêtes.

De plus des structures ont été créées pour mieux prendre en charge les conséquences juridiques et/ou financières des infections nosocomiales.

Ces différentes organisations stratifiées permettent de mieux collaborer en réseaux et de mutualiser les moyens ou les retours d'expérience en cas de problèmes importants.

3 - La gestion des risques globale peut elle apporter des éléments à la gestion du risque infectieux

La gestion des risques initiée dans des domaines industriels s'est structurée avec une démarche précise adaptable au monde de la santé.

Gestion des événements *a posteriori*, avec des méthodes d'analyse quantitatives (études cas contrôles ou randomisées) ou des études qualitatives (études de causes racines) permettant de rechercher et hiérarchiser les causes sous-jacentes ayant permis la survenue de cet événement. Cette analyse débouche sur la mise en place de mesures concrètes pour éviter la récurrence.

Gestion des risques *a priori* et identification des actes à risques (largement alimentée par les événements survenus), permettant la mise en œuvre et l'évaluation de procédures visant à supprimer ou minorer les risques, ou s'il est incompressible à le diagnostiquer et le prendre en charge de la meilleure façon possible. La gestion des risques globale ne doit pas entrer en concurrence avec la gestion des risques infectieux (car c'est l'équipe d'hygiène qui a l'expertise de ce domaine), mais doit pouvoir proposer son aide et sa méthodologie rigoureuse, en particulier dans l'analyse des phénomènes complexes multidisciplinaires. En tout état de cause que l'équipe d'hygiène fasse ou non partie de l'organisation gestion des risques, les informations doivent être échangées entre ces deux structures.

La gestion des risques ne révolutionne pas la prise en charge du risque infectieux, mais elle permet de mieux le structurer et d'avoir un langage commun pour mieux échanger avec d'autres professions qui ont aussi un rôle important dans la prévention du risque infectieux.

CP-06

COMMENT HIERARCHISER EN CAS DE RISQUE INFECTIEUXBLONDEL P.¹, BRUNEL C.²

1. Président de l'AFGRIS ; 2. Surveillante hygiéniste

En cas d'épidémie ou de risque infectieux, il est intéressant de hiérarchiser les risques en fonction de critères préalablement définis. Dans les cas des infections nosocomiales si nous connaissons la répartition des infections selon les sites qui sont : infection urinaire, infection pulmonaire, infection du cathéter, infection du site opératoire et infections diverses ; on peut se demander si ces répartitions seules peuvent nous guider dans notre action pour les combattre ou s'il ne faut pas rechercher d'autres méthodes. Pour cela nous avons appliqué une méthode utilisée en gestion des risques : la hiérarchisation. Quatre critères ont été retenus :

- la prolongation de séjour en jours
 - le coût du traitement des antibiotiques
 - le surcoût de l'hospitalisation induit par cette infection
 - la gravité de l'infection qui va de aucune séquelles jusqu'au décès.
- L'origine des données est le recensement des infections nosocomiales du Centre Hospitalier de Saint Denis (93205) qui est effectué chaque année depuis 1993. Pour rendre l'exposé plus simple nous n'avons retenu que les données de 1996, 1999, 2002 et 2005. Des précisions doivent être données pour savoir comment nous avons calculé ces hiérarchisations.
- Pour le coût du traitement antibiotique, la durée de la prolongation de séjour, et le surcoût de prolongation de séjour, nous avons additionné
- le coût de chaque traitement antibiotique,
 - les jours des prolongations de séjour,
 - le surcoût en journées d'hospitalisation.

Nous avons fait ceci pour chaque malade et nous l'avons réparti en fonction du site d'infection précédemment décrit de chaque malade pour chaque site d'infection.

Pour la gravité de l'infection, nous avons été conduit à faire une échelle de gravité ; nous avons attribué les valeurs : 1 pour la guérison, 20 pour l'existence de séquelles ou le passage à la chronicité, 80 quand l'infection est un des facteurs du décès et 100 quand le décès est directement imputable à l'infection. Ensuite pour chaque site d'infection, nous avons calculé la somme de cet indice pour chaque malade. Certes cette échelle est arbitraire mais elle correspond à une réalité qui est les indemnités versées par les compagnies d'assurance.

Enfin nous avons comparé la répartition des fréquences des sites d'infection avec chacune des quatre répartitions selon la hiérarchisation pour chaque site d'infection.

Tout d'abord, nous observons que la répartition des sites d'infection, au cours des 15 années, est presque identique selon l'année. Si nous observons aussi la répartition des sites d'infection selon les 4 critères de hiérarchisation, elles sont relativement stables d'une année à l'autre.

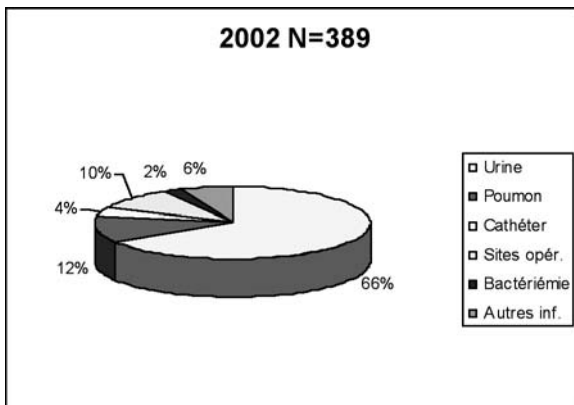
Par contre si nous comparons la répartition selon les sites d'infection, avec les répartitions selon la hiérarchisation, elles sont totalement différentes.

Que faut-il en penser ?

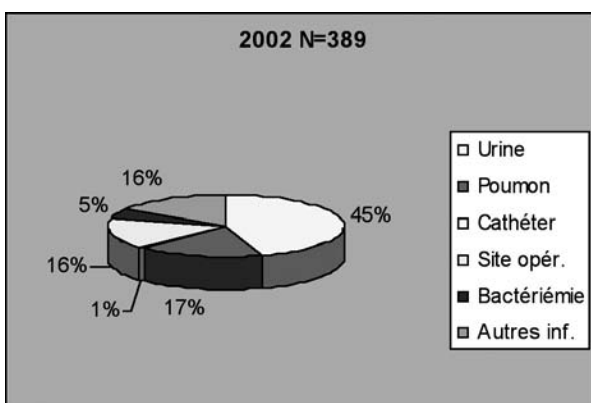
Tout d'abord il faut noter une stabilité dans le temps de ces critères de hiérarchisation ; donc il est possible de se baser dessus dans le temps pour choisir notre action ou juger de son efficacité. Maintenant quel critère choisir pour la hiérarchisation.

- le coût du traitement des antibiotiques
 - le surcoût de l'hospitalisation induit par cette infection
 - la gravité de l'infection qui va de aucune séquelles jusqu'au décès.
- Quel choix respecter : choix du directeur, des assurances, des soignants ou choix des malades ?

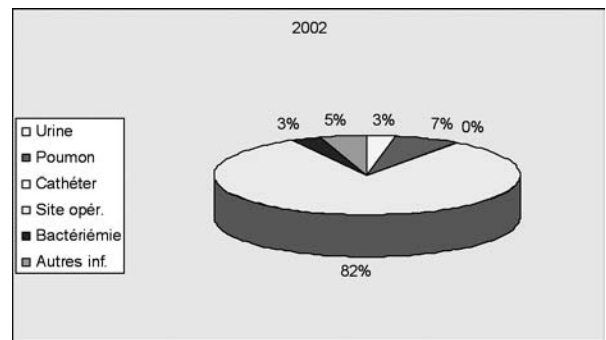
Répartition des sites d'infection



Evolution



Surcoût d'hospitalisation



BIBLIOGRAPHIE

- Alain DEQROCHES, Alain LEROY, Frédérique VALLEE. La gestion des risques : principes et pratique. – Ed. Hermes science, 2003, 50-52.
- Patrice BLONDEL, Colette BRUNEL. Etude et hiérarchisation du risque infectieux nosocomial selon la criticité : nouvelle approche. Risques et qualité - N°3 - 3^e trimestre 2004, p.17-23

CONDUITE A TENIR DANS UNE SITUATION A RISQUE INFECTIEUX LIEE A L'ENVIRONNEMENT

Dans l'organisation de la prévention du risque infectieux, nous avons mis en place un club de l'eau et un club de l'air, groupes de travail pluridisciplinaire sans référence réglementaire. Durant ces 10 dernières années, son existence a montré son utilité et son efficacité.

CLUB DE L'EAU

BLONDEL P.1, BRUNEL C.2

1. Président de l'AFGRIS ; 2. Surveillante hygiéniste

Groupe de travail émanant du CLIN

Création en 1999 à la suite de la circulaire DGS 98/771 du 31 décembre 1998 relative à la mise en œuvre des bonnes pratiques d'entretien des réseaux d'eau dans les établissements de santé et aux moyens de prévention du risque lié aux légionelles dans les installations à risque et dans celles des bâtiments recevant du public.

Composition

Les membres permanents :

- équipe d'Hygiène : chef de service, PH à temps partiel, cadre de santé, secrétaire, OP
- le président du CLIN et / ou le vice-président
- le représentant du directeur des services techniques et responsable de la maintenance des fluides
- le responsable de la maintenance sur site de la société de chauffage climatisation

Les membres temporaires sollicités :

- les cadres de santé des blocs opératoires et de l'anesthésie
- le cadre de santé de la stérilisation centrale
- le pharmacien responsable de la stérilisation
- le contremaître plombier
- le cadre de santé du service concerné

Missions

Gérer le risque infectieux lié à l'eau :

- surveiller la qualité de l'eau du CHSD
- mettre en place un programme de prévention
- assurer le suivi des actions décidées au sein du club
- assurer le suivi des prélèvements et analyser leur résultat et mettre en place des mesures correctives

- Calendrier de prélèvement : détermination des sites de prélèvement et de la périodicité

- Rédaction de procédures du prélèvement

Fonctionnement

Le club de l'eau se réunit tous les 2 mois ou plus selon l'actualité de l'établissement

L'unité d'hygiène assure l'organisation des réunions, le secrétariat et la liaison entre les différents intervenants

Axes de travail du club

- eau fourni aux patients pour la consommation : potabilité

- eau fourni aux patients pour les soins d'hygiène : risque légionelle

Exemple de cas

1^{er} cas :

Un patient hospitalisé depuis 3 semaines dans notre établissement est suspecté d'être porteur d'une légionellose.

Le laboratoire de bactériologie signale à l'EOH le résultat de l'antigénurie positive.

L'EOH recherche le parcours hospitalier du patient : séjour, service chambre

Dans le service où le patient est hébergé, avec le cadre ou le correspondant d'hygiène

- recensement des différents déplacements : permissions, sortie, hospitalisation dans un autre établissement

- quels types de soins d'hygiène : douche seul ou accompagné, lieu...

Au niveau de l'EOH, recherche des résultats des prélèvements systématiques faits sur l'installation fournissant l'eau chaude au service hébergeant le patient.

Déclenchement systématique d'un club de l'eau extraordinaire :

- recherche d'évènements qui aurait pu entraîner une contamination du réseau

- vérification sur place par l'équipe de maintenance du bon fonctionnement du ballon au moment, et dans la période entre le pré-

lèvement systématique et le prélèvement suspecté à l'aide du cahier de suivi du ballon où sont notés tous les interventions (purge, arrêt, changement de pièces...)

2^e cas :

Une recherche systématique de légionelle sur un ballon d'eau chaude sanitaire du SAU est supérieure à 10 UFC Legionella pneumophila /litre d'eau.

L'EOH prévient le service du résultat

Met en place la procédure : faire couler l'eau avant la douche + affiche

Contrôle du prélèvement : prélèvement fait au niveau du ballon + la douche

La douche est-elle régulièrement utilisée ?

Recherche de l'antériorité des prélèvements

Déclenchement systématique d'un club de l'eau extraordinaire :

- recherche d'évènements qui aurait pu entraîner une contamination du réseau

- vérification sur place par l'équipe de maintenance du bon fonctionnement du ballon au moment, et dans la période entre le prélèvement systématique et le prélèvement suspecté à l'aide du cahier de suivi du ballon où sont notés tous les interventions (purge, arrêt, changement de pièces...)

BIBLIOGRAPHIE

- circulaire DGS 98/771 du 31 décembre 1998 relative à la mise en œuvre des bonnes pratiques d'entretien des réseaux d'eau dans les établissements de santé et aux moyens de prévention du risque lié aux légionelles dans les installations à risque et dans celles des bâtiments recevant du public .

- circulaire DGS/SD7A/SD5C-DHOS/E4 n°2002/243 du 22/04/2002 relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements de santé.