

Emmanuel RENÉ

TVB – RAS

Adresse inédite
Préface de Patrice Blondel



Éditions Emmanuel RENÉ

tvbras030806.pdf

Ce texte publié par les Éditions Emmanuel RENÉ est protégé par les lois et traités internationaux relatifs aux droits d'auteur. Son impression sur papier est strictement réservée à l'acquéreur et limitée à son usage personnel. Toute autre reproduction ou copie, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon et serait passible des sanctions prévues par les textes susvisés et notamment le Code français de la propriété intellectuelle et les conventions internationales en vigueur sur la protection des droits d'auteur.

Photographie de couverture Didier Vancostenoble°

Cet ouvrage a fait l'objet d'une première publication aux Éditions Emmanuel RENÉ en 2006.

Date de la première parution 03/08/2006. Nom du fichier <tvbras030806.pdf>

Date prévue de la nouvelle parution après les premières révisions mineures 01/01/2007. Nom du fichier <tvbras010107.pdf>

Éditions Emmanuel RENÉ
75 Rue de Saussure
75017 PARIS – France
Tél. : +33 (0)1 40 25 72 03

ISBN 2-9527412-0-4 IBSN 978-2-9527412-0-0 Prix : Eus 0 par téléchargement gratuit aux adresses URL :

www.afgris.org ou www.tvbras.fr ou www.emmanuelrene.fr.

Réalisation-impression-reliure : Emmanuel RENÉ 75 Rue de Saussure 75017 PARIS

Achévé d'imprimer 27/07/2006

Dépôt légal : Août 2006 N° 0108/2006

Extrait

«

... je me dois de livrer, sans joie ni certitude absolue, en deux mots, mon point de vue à la date de cette parution, sur deux affaires distinctes, que je suis donc amené à rendre publiques, probablement un peu tard, vous suggérant, si vous avez un doute, de revoir votre médecin traitant (...) :

1 – Chaque nouvelle année voit son nouveau lot de plaintes pour « hépatites survenant après endoscopies digestives pratiquées sous anesthésie générale » déclarées auprès des compagnies d'assurances médicales.

Bon nombre d'entre elles sont évitables, et ceci, bien que l'on en connaisse mieux aujourd'hui la prévention.

Dossier suivi sur le site de l'Afgris.

J'en suis encore à me demander ce qui pourrait nous aider à y faire, tous, plus efficacement attention.

2 – D'année en année, se précisent i) les complexités de l'informatisation fiable, en ville comme à l'hôpital, des soins aux malades, (beaucoup plus délicate donc coûteuse à assurer que ne l'est, par exemple, celle des transactions bancaires); ii) la difficulté d'en faire bénéficier les personnes qui l'expérimenteront en premier. ...

»

Emmanuel RENÉ



Photo Service Communication GH Bichat Claude-Bernard Assistance Publique Hôpitaux de Paris.

Médecin, gastro-entérologue à Bichat Université Paris7 depuis 1978. En 1983, il fait partie des premiers spécialistes - chercheurs orientés vers le SIDA. En 2000, il participe à la création de la première société savante française de gestions des risques en centres de soins: l'Afgris.

08-2006 Éd. Emmanuel RENÉ

ISBN 2-9527412-0-4 IBSN 978-2-9527412-0-0



Indicatif éditeur 2-9527412 (après 01/01/07 : 978-2-9527412)

Prix : Eus 0 par téléchargement gratuit aux adresses URL : www.afgris.org ou www.tvbras.fr ou www.emmanuelrene.fr.

Emmanuel RENÉ

T V B – R A S

Éditions Emmanuel RENÉ

- PREFACE -

S'il y a une adresse pour laquelle tout commentaire est superflu c'est bien TVB-RAS.

Aussi me limiterai-je à trois des réflexions où elle m'a conduit.

1- Les milliers de pages qui ont été, sont et seront écrites sur l'étude des dangers, (la cyndinique, concept relativement moderne), attestent de la fascination que la notion de danger exerce actuellement sur nous.

En soins, assurer un rapport favorable des bienfaits / méfaits est une préoccupation qui remonte à l'antiquité. L'adage « Primum non nocere », (« d'abord ne pas nuire »), en est un des anciens témoignage.

Favorable donc, mais à qui: au malade ? À la santé des autres ?

A qui incombe la difficile responsabilité du choix au cas par cas?

La réponse à cette question n'a pas toujours été la même.

N'est-elle pas très exigeante celle apportée par l'actuel code de la santé publique (article R.4127-2) ? « Le médecin, au service du malade et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité ». Pour moi, le vocable médecin doit s'étendre, en centre de soins, à tous ceux qui y travaillent, « en haut » comme « en bas ». Avons-nous réalisé que ce n'était pas le choix que d'éminents auteurs soutenaient il y a un tout juste demi-siècle ? « ... Ils soutenaient que la loi médicale accordait nécessairement la priorité à l'individu ; la loi politique donnant inéluctablement, elle, la priorité à la collectivité (G. Pompidou clôturant en 1966 le deuxième Congrès

international de morale médicale)... » in *Louis René*, p.48, *Code de déontologie médicale*, Ed. Du Seuil, Paris, 1996.

2- En renouvellement perpétuel, les cent quatre vingt métiers de l'univers hospitalier public ou privé, attestent de l'omniprésence de l'intervention humaine et de la nouveauté dans la production des soins.

Comment, sans visibilité sur ce qui s'y produit, hiérarchiser les priorités établissement par établissement, secteur par secteur, en fonction des orientations fournies par les observations des soignants.

Etablir des objectifs, locaux ou nationaux est nécessaire mais risqué si l'on ne dispose pas du retour du terrain. Or les méthodes de recueil, d'analyse, et des dynamiques (pour prendre vraiment en compte les observations recueillies), se sont développées dans le monde industriel depuis les années cinquante. Elles s'adaptent enfin aux centres de soins. Ce transfert de technologie est indiscutable, irréversible et bon.

3- La sous déclaration des « événements indésirables », (qui existe en soins comme ailleurs) atteste d'une constante de nos systèmes. Qu'elle porte sur de banals incidents ou sur les très exceptionnels risques sériels émergents, la « sous déclaration » est lourde de conséquences.

Loin d'en galvauder la gravité, Emmanuel René, dans cette adresse étrange, fascinante, cryptique, invite les plus audacieux d'entres nous, à le suivre, en déjouant les risques qu'il court à persister dans l'alarme qu'il a depuis le milieu des années 1990 donnée sur un faisceau d'arguments sans exiger d'emblée les confirmations scientifiques.

Saint-Denis, le 9 mai 2006,
Patrice Blondel, Président de l'Afgris, (Association Française des Gestionnaires des risques Sanitaires).

Remerciements

Rien de ceci n'aurait vu le jour sans la présence, l'aide et les encouragements précieux de Marie-Noëlle durant toutes ces années.

Je tiens également à remercier mes compagnons de route, gens de soins ou d'ailleurs, qui, eux aussi, m'ont pris tel quel.

En leur nom, je dédie cette adresse,

A

Claire, Alice, Stéphane, Alexandre.

-Avertissement au lecteur-

Si titre, sommaire, et dernière page (p.5, p.17 & p.48), t'ont suffi, alors le reste ne te paraîtra que balivernes hospitalières.

Ne le lis pas.

-Second avertissement-

Quand le ciel va nous tomber sur la tête, il est difficile, avant la catastrophe de réagir à chaque « signal faible » du fait de leur nombre et de la difficulté à déterminer leur véritable pouvoir d'alerte.

Les animaux prévoient donc parfois mieux que les humains certains phénomènes.

Néanmoins, les évènements relatés ici me paraissent entrer dans la catégorie des alertes humainement pertinentes.

-Troisième et dernier avertissement-

De fait, le travail préparatoire à cet écrit semble s'être accompagné de la reconsidération des dits évènements par les instances appropriées.

La présente « adresse » en serait désormais devenue obsolète voire contreproductive pour un meilleur déroulement à venir.

Mon témoignage se limitera donc ici à la naissance, reconnaissance, requalification initiale des faits, sans chercher à y identifier les acteurs.

L'auteur.

Sommaire

Masculin.....	19
Tragique	21
Comique	24
Cynique	27
Féminin.....	29
« TVB »	31
« RAS »	37
BIS	45
Neutre	48

Masculin

Masculin, féminin ou neutre, « TVB – RAS », sévissait-il partout, au passé, au présent, ou au futur ?

Je l'ignorais.

Mais, de l'hôpital où j'exerçais, je ne voulais en rester là.

Je commençais donc par une banale demande d'aide pour l'une de mes solitudes hospitalières : la déclaration des événements en soin lorsqu'ils n'y sont ni prévus ni souhaitables.

Car, venir à bout de l'incident lui-même était d'ordinaire acquis.

Cependant, les choses rentrées dans l'ordre, (résultat rarement obtenu dans la solitude), il semblait moins naturel de le faire savoir.

Ainsi, appelais-je de mes vœux toute aide, expérience ou connivence, pour rompre l'isolement.

Tragique

Pire, il arrivait, (soit que la cause de l'incident demeurait incertaine, soit que l'incident demeurait discutable), ce que je voyais alors : l'impossibilité d'interroger ni, *a fortiori*, de solliciter un rapport.

Je constatais cela en cas d'erreurs humaines toujours possibles, ou lorsque le fonctionnement du secteur impliqué se faisait en mode contraint voire dégradé, sans qu'on ne l'ai ni identifié ni préparé.

Y exerçant, mais n'y dirigeant pas, j'entrevois la difficile gestion de ces situations : gouverner donc « choisir » à l'hôpital, un avis.

Opter pour une expertise parmi d'autres, n'était-ce avouer la possibilité de désaccords, d'erreurs, ou de situations trop variées, pour qu'un consensus n'apparaisse avant qu'il ne soit trop tard ?

A l'inverse, si l'idée d'un pépin venait à temps, alors, n'était-il possible de le prévenir ou d'en diminuer les effets avant qu'il ne se produise ?

Face à ceci, il ne me restait plus qu'à rester vigilant sur les deux cas de doutes, (absence d'évidences convaincantes), décrits ici.

Mais quand, de différentes sources, les deux doutes se précisaient, et qu'en l'espèce, la faiblesse des réactions face à l'apparente ampleur, jamais très claire ni formelle, de ce que je voyais, me conduisit à ces lignes, je voulu les rendre efficaces par un message bien sûr, à demi masqué,

n'identifiant personne, (« bien sûr » désigne-t-il ici une précaution d'initié ou une crainte des risques ?).

Car, au moment où je les rédigeais, j'ignorais où iraient les réactions entre : « L'auteur y a tiré profit de la difficile déclaration des événements en soin ! », (Fi ! d'une pierre deux coups, valoriser sa quête en un récit trop allusif), et : « Quel oubli de recours officiels ! ».

En réalité, songer à un profit était aussi déplacé que mon idée de déclarer en demi-teinte.

Mieux valait suivre les procédures conventionnelles : saisine de « qui de droit ».

J'avais déjà depuis quelques années tenté d'utiliser la saisine.

Ce n'était pas la panacée : là où il n'était pas admis que n'importe qui puisse procéder à une saisine, je sollicitais le recours par « les habilités » ; et, là où un simple citoyen pouvait le faire, je « saisissais ».

Ici aussi le temps passait.

Étais-je trop impatient, ou le retour de la saisine trop lent à s'exprimer.

Prenait-elle en compte ce qui se développait... bien vite ?

Je finis donc par choisir le recours au présent écrit.

Avant le récit allusif (puisque je me limitais ici à la naissance, reconnaissance, requalification initiale, des deux histoires, mais sans aborder leurs développements plus tardifs), je me dois de livrer, sans joie ni certitude absolue, en deux mots, mon point de vue à la date de cette parution, sur ces deux affaires distinctes, que je suis donc amené à rendre publiques, probablement un peu tard, vous suggérant, si vous avez un doute, de revoir votre médecin traitant (bien que ces événements ne prêtent que rarement à conséquence), ou encore de joindre i) le N° d'appel suivant: hépatites info services 0 800 845 800; ou ii) le site www.hepatite-info-service.org/ . Il s'agit d'un N° d'appel gratuit avec des professionnels chargés de répondre aux questions sur les hépatites en rapport avec l'information, la prévention, l'orientation et le soutien.

1 – Chaque nouvelle année voit son nouveau lot de plaintes pour « hépatites survenant après endoscopies digestives pratiquées sous anesthésie générale » déclarées auprès des compagnies d'assurances médicales.

Bon nombre d'entre elles sont évitables, et ceci, bien que l'on en connaisse mieux aujourd'hui la prévention.

Dossier suivi sur le site de l'Afgris.

J'en suis encore à me demander ce qui pourrait tous nous aider à y faire, tous, plus efficacement attention.

2 – D'année en année, se précisent :

- i) les complexités d'une informatisation fiable, en ville comme à l'hôpital, des soins aux malades, (beaucoup plus délicate donc coûteuse à assurer que ne l'est, par exemple, celle des transactions bancaires);
- ii) la difficulté d'en faire bénéficier les personnes qui l'expérimenteront en premier.

3 – L'identité des acteurs n'apportant, à mon sens rien, je la laisse dans l'ombre.

Comique

Ombre, ta précaution excessive fit-elle que ce récit n'eut plus aucune chance d'atteindre autre cible que moi : comique déplacé vu le sujet.

En effet, choix arbitraire (?), je décidais que « TVB – RAS » (Tu Vois Bien – Retransmets Aux Suivantes), serait au féminin.

Erreur fatale, couarde et non souhaitable, le trop visible déguisement abouti à une faute de communication, elle, impardonnable.

Le neutre ou le masculin écrit au féminin existe-t-il ?
Moyen inconscient de vacciner l'opuscule contre sa diffusion ?

Faut-il en rire ou en pleurer ?

« TVB – RAS » fit bien coup double.

Vous rendus à votre quiétude, et moi, aux cinq ou six chefs d'accusation pour manuscrit, sans statut, qui circulait sous le manteau.

« Gastro-entérologue employé à Bichat, (pôle N°4), salarié à Paris 7, n'aurais-tu transgressé chacun de tes attributs :

1- hospitalier : car le genre féminin peut mettre en cause la corporation voisine ! A l'hôpital, opposer « féminin-soignant » et « masculin-dirigeant ou médical », ne met-il l'équilibre en péril ? Ne réveille-t-il les démons identitaires d'un autre âge, négligeant quelques cent quatre vingt autres métiers du secteur en renouvellement perpétuel ?

2- fonctionnaire – médecin : car le déguisement ne réponds guère à ton devoir de réserve ! N'est-ce

« une manifestation individuelle incompatible avec la dignité, l'impartialité ou la sérénité de ta fonction » ? Ignorais-tu un inévitable rappel à l'ordre : nul ne peut invoquer sa propre turpitude pour se défaire du devoir de loyauté vis à vis de ceux qui occupent un emploi supérieur ? N'es-tu également soumis à l'article R.4127-2 du code de la santé publique, (article 2 de ton code de déontologie) : l'attention au malade et à la santé des autres ?

3- chercheur : car déguiser les faits et la méthode, au profit du genre démonstratif ou épideictique, (qui a principalement trait à l'admirable et à l'exécration), n'aboutit-il à une parodie du réel ou aux rumeurs ?

4- enseignant : car aucun de tes étudiants ne pourrait jubiler de voir abâtardie par des questions de plomberie, la voie du progrès médical. Leur juste espoir de vaincre les accidents de santé, n'est-il aujourd'hui gâché par la crainte des ennuis ?

5- être humain : que l'on ne fait rêver personne en prêchant : « ...le progrès intègre connaissance des erreurs antérieures et avancées technologiques ». A l'hôpital public, privé, comme ailleurs, la grisaille n'est-elle déprimante ?

6- rédacteur : car les faibles résultats de tes dissertations françaises ont stagnés depuis le lycée. »

Sur ce dernier point : une circonstance atténuante, au lycée, le genre épideictique ne m'étais pas enseigné, je n'y précisais donc pas au passé, présent, et futur : « Les personnages et les situations de ce récit étant purement fictifs, toute ressemblance avec des personnes ou des situations existantes ne saurait être que fortuite ».

Que n'avais-je affublé « TVB-RAS » d'épideictique au féminin alors qu'il en était encore temps ?

Circonstance aggravante, « TVB – RAS » ne se faisait pas l'écho d'authentiques progrès hospitaliers : recevoir et traiter les déclarations des événements en soin était en effet possible, pourvu qu'elles y soient faites.

Cynique

« Hommes, icy n'a point de mocquerie,
Mais priez Dieu que tous nous vueille absouldre »

Extrait de François Villon

Féminin

Ce fut un véritable soulagement.
Mais un malheur de ma situation encore à vif.
Ayant quelques avantages à perdre, j'avais dû agir
contre mon intime conviction.
Vivre avec, en privé, malheureuse.
Succès de ma fortune : une occasion inouïe s'offrit à
moi.
Passer sans trop de coup férir, de l'attitude qui tait, à
celle qui déguise.
Voici comment.

« TVB »

Pour la première fois, et le temps des vacances, je remplaçai notre responsable habituelle, dans cette « unité ».

Sur la pile de documents en attente à notre bureau, j'aperçus un écrit publié dans un ancien numéro d'une revue sur la santé.

Il abordait les complications d'activités de soins courantes.

Nulle professionnelle, moi incluse, n'avait jusqu'alors trop osé en considérer la possibilité.

Pire, quelques tentatives maladroitement en ce sens, m'avaient valu de pouvoir aisément être placée en ligne de mire si d'aventure l'affaire s'envenimait.

Coupable de n'avoir rien dit.

Or la publication les exposait bien imprudemment et en dépit du bon sens.

Elle mettait en exergue la prise en charge financière des risques d'accidents.

Avais-je d'emblée senti le bénéfice que je pouvais tirer d'un écrit déjà publié ?

Profiter de cet avis très déplacé.

Ne mettait-il la charrue avant les bœufs ?

Les préoccupations financières des professionnelles ne risquaient-elles d'être livrées à des patientes sans aucune information préalable ?

Quelle patiente ne s'estimerait-elle la première concernée par la protection contre ces accidents ?

N'était-ce à elles de décider, avant les soins, de pouvoir les connaître, quand l'on ne pouvait raisonnablement les éviter ?

En tout cas, tenter d'améliorer les soins incriminés, ne passait-il avant que d'informer les gens sur ce que l'on envisageait dans leur situation ?

Au moins en temps « normal ».

Le temps des vacances, face à la découverte de cette publication, n'aboutissait-il à une situation toute différente ?

La brève durée du remplacement entrait en compte.

Cette période ne faisait-elle apparaître, enfin, dans un dossier complexe, le seul élément vraiment indiscutable ?

En effet, l'idée d'objectiver les complications incriminées sur une brève période n'était pas cohérente.

La donne était changée, s'interroger sur l'information des femmes qui allaient se présenter en soins y était donc la seule possibilité offerte.

Elles auraient reçu l'attention qu'elles étaient en droit d'espérer.

Moi j'aurai évité de prêter le flanc à la critique : être responsable et restée sans réaction.

La façon solitaire dont j'avais mûri la décision m'effleura-t-elle ?

N'était-ce pour mettre à mon crédit une période furtive privilégiée, où les conflits de logique s'estompent suffisamment pour pouvoir être abordés ?

Pouvoir tirer mon épingle du jeu, derrière la quête de meilleurs soins ?

Je prenais un autre risque, inutile je crois.

Je me méfiais de moi, et sous-estimais également ma marge de manœuvre.

N'étais-je prête à affronter beaucoup plus étroit pour, après les congés, ne pas encore devoir rester seule sur cette affaire ?

Je craignais deux écueils.

Premier écueil, trop heurter.

Et risquer que ma réaction n'amollisse ma détermination, au cas où les deux autres, « qui gardaient avec moi la boutique », auraient fait la sourde oreille, (la réaction des absentes attendrait leur retour).

Deuxième écueil, laisser passer l'occasion d'officialiser qu'un partage avait eu lieu sur les risques de nos activités de soins courantes.

Je passai à l'action, piteusement peut-être, mais sans état d'âme.

J'utilisai ce piteux écrit, et m'arrangeai pour forcer la rencontre.

En ce début de semaine, je pus rencontrer individuellement, mais dans la foulée, les deux autres présentes pendant ces vacances.

Je les mettais au courant de la situation grâce au double élément dont je conservai précieusement plusieurs copies sur moi.

La publication sur la prise en charge financière des risques d'accidents attira leurs yeux car elles n'en avaient pas eu connaissance.

Ma proposition d'informer les patientes ne fit pas non plus l'objet d'un refus immédiat, mais d'une mise en garde

sur son caractère anxiogène pour les personnes en soins concernés.

Je convins bien volontiers que c'était une première ébauche d'information aux patientes qui serait à rediscuter.

Je ne fixais aucun rendez-vous pour cela.

Au contraire, j'indiquai à chacune que, le matin même, ne pouvant être certaine de les rencontrer, j'avais organisé, à leur attention, une transmission écrite des deux documents.

Qu'elles ne soient donc pas surprises de les recevoir !

Je ne m'attardai pas.

J'eus confirmation écrite de la teneur de notre entretien de l'une des deux.

Rien de l'autre.

Furent-elles ensuite surprises d'apprendre, par un second courrier, qu'une modification était requise : « accroître la vigilance sur les soins », sans plus de précision ?

Explicite tout au moins.

Car implicitement, la fin des vacances, date de fin de mon remplacement, en marquait une limite.

Sans autre précision donc, et presque sur le champs, (c'était le lendemain), je rédigeai ce second courrier clôturant la communication (dont les vacancières étaient alors destinataires pour leur retour).

Tout ceci convint-il aux deux autres présentes ?

Comment avaient-elle accepté ce partage d'informations ?

Avaient-elles perçu qu'il visait à rendre inévitable une suite au retour des vacances ? Nous n'en reparlâmes pas et je n'eus depuis d'elles ni réponse, ni autre commentaire.

Mais je pus constater qu'elles ne furent pas inquiétées.

Simple oubli d'une histoire dont j'aurai exagéré l'importance ou respect d'un épisode dont rien n'était à modifier ?

Durant les vacances, en effet, rares sont les patientes qui se présentent, sans réel besoin, aux soins incriminés.

Puis arriva la fin des congés.

Les absentes réagirent différemment.

Les vagues du retour se concentrèrent au début sur le bien fondé de ce type de réaction en période de vacance.

Au fur et à mesure que les mesures de prévention apparaissaient, (sans que la certitude de leur nécessité ne pût être prouvée), les êtres et les réactions se modifiaient.

Je supportai le rôle de « la responsable transitoire accusée d'une réaction disproportionnée ». Ponctuellement, il m'avait libérée de la situation piégée où je me voyais, peut-être à tort, tombée.

Mais la crainte de me trouver à nouveau en situations de « complice potentielle du silence sur d'éventuelles complications de nos activités de soins courantes », ne s'estompait pas.

Localement, l'unité continua d'appliquer les mesures de prévention au fur et à mesure de leur ajustement, comme ce fut partout le cas.

Paradoxalement, mais je ne devais le savoir que bien longtemps après, les plaintes auprès des compagnies d'assurance, pour les ennuis après réalisations de ces soins pourtant très courant chez nos patientes, ne diminuaient pas.

De sorte que j'en viens à me demander si mon rôle dans ce type d'accidents n'en n'avait retardé, en fait, la prise en charge, aboutissant à ne vouloir le voir.

Je crois que le même paradoxe, ailleurs, a produit ce mouvement à l'hôpital : rôle, et prise en charge, sont mieux considérés.

« RAS »

Sans qu'il n'y ait de lien avec l'épisode précédent, je fus sollicitée pour participer au remplacement d'un mode de transmission, traditionnel en soin, par un autre sélectionné dans quelque établissement dont j'ignorai tout.

Remplacer les outils de transmission des soins était partout en cours.

Saisissant cette possibilité d'ouverture, j'acceptai de m'y engager.

A la première présentation, nous fûmes une dizaine, comme moi, de notre établissement.

C'était intéressant, mais réservait quelques surprises.

L'une, la certitude avec laquelle la formatrice affirmait un point, me parut assez importante pour le lui faire préciser.

Elle ne montra, dans mon souvenir, aucun doute. La compatibilité des modes de transmissions avait été vérifiée.

Je reproduisais fidèlement, dans le compte-rendu, l'affirmation et mon doute.

Je ne crois pas avoir eu de pressentiment plus précis de l'enjeu que ceci pourrait constituer par la suite.

Cependant, je me souviens d'avoir été assez intriguée par l'ensemble des points d'interrogations, pour en saisir les absentes à la formation.

Je diffusais le compte-rendu en copie à celles qui m'avaient engagée dans la substitution des outils de

transmission, alors qu'aucune ne m'en avait demandé ni son texte, ni sa diffusion.

Je mettais aussi copie à d'autres qui pourraient un jour être concernées.

Cette décision a dû sembler bizarre, mais je n'eus pas de retour.

Au cours des réunions qui localement accompagnaient nos premières tentatives, un certain nombre d'anomalies étaient perceptibles.

Elles ne semblaient pas encore avoir été signalées dans les établissements qui, comme nous, testaient l'installation.

Nous ne disposions que d'informations parcellaires.

N'était-ce qu'une caractéristique liée à l'utilisation d'un système antérieurement mis en place, que nous étions seules à utiliser ?

S'agissant d'une sécurité, nous avons décidé de ne pas revenir en arrière.

Les établissements non à jour sur ce plan, auraient eux, eût recours jusque là à des moyens différents.

Pendant longtemps, explications et tentatives de correction des anomalies empruntèrent cette piste.

La complexité des circuits, la séparation en de multiples réunions, ne permettait pas aisément d'en connaître suivis et décisions.

Je fis alors remarquer que ni l'exhaustivité de leur recueil ni le choix des critères n'avait été décidé.

Ne serait-il difficile d'en tirer des conclusions ?

Ne faudrait-il avoir l'avis de personnes ayant l'expérience de ces substitutions ?

Plus largement, s'agissant d'une conduite de projet, ne fallait-il en structurer plus lisiblement les implications ?

Malgré un fonctionnement initial tâtonnant sur ces points, je restai tatillonne.

J'obtenais que ceci soit porté au compte rendu d'une réunion dont ce n'était pas l'objet principal, mais qui l'avait abordé.

En effet, les réunions qui localement accompagnaient notre tentative donnaient lieu à des écrits hors de tout contrôle, et y faire accepter l'idée même d'un vrai compte-rendu, me semblait trop brutal.

L'objet de mes répétitions ? Parvenir à une expression et à un partage officiel de ces interrogations. La réponse : « Cela démobiliserait » !

Elles durent donc paraître, pour certaines, très peu conventionnelles, mais je crois être restée dans un cadre institutionnellement acceptable, (à défaut du respect des échelons, source peut-être du moins tolérable : « le bénéfice que je risquais d'en tirer... » ?).

Il y avait dans ce cadre des possibilités d'expression validées, pour qu'en simple quidam, je pose la question du bien fondé d'informer les personnes accueillies dans notre institution, pendant la période de la substitution des modes de transmission en soin.

En effet, j'avais sollicité que ce fut fait par un responsable institutionnel.

En quelques jours, la lenteur des réponses se confirmait.

Il me sembla qu'une intervention directe serait plus rapide, et officiellement donc je la faisais.

Néanmoins, j'y mentionnais que ma démarche risquait de dupliquer une démarche institutionnelle qui serait, elle, sans doute plus lente à parvenir.

Ni dans l'instance saisie, ni dans le cadre de l'institution la réaction ne fut négative.

Au contraire, ce fut finalement, je crois, perçu positivement.

Par moment, probablement, le prix de mes interventions fut une perte de leur clarté ou une lassitude à leur égard.

Ne me décrédibiliseraient-elles pas ?

Je n'avais pas loisir d'y penser.

Appartenir à plusieurs instances constituait sans doute un autre avantage (en plus de pouvoir y faire acter les questions posées).

Celui de pouvoir, dans l'intrication des multiples niveaux concernés, disposer d'observations avec un peu plus de relief.

J'y constatai que les interrogations y étaient finalement relayées.

D'autres interrogations, venant d'horizons qui impliquaient des groupes professionnels bien structurés par ailleurs, s'étaient manifestées.

Je n'exclus pas que la décision finale de modifier l'orientation vers un autre système de transmission, dont nous ne fûmes informées que bien longtemps après, ne fut prise a priori, indépendamment de leurs interrogations, (et, *a fortiori*, de la mienne).

Mais à notre niveau local, qui aurait été dans la capacité de discerner ce qui se produisait ?

Les délais entre les décisions et les informations fiables, malgré l'effort de publications régulières sur la vie de l'institution, restaient longs.

Les chevauchements d'informations ne donnaient-ils pas l'impression d'une instabilité ?

Au moins, sur ce que je suivais de cette nouvelle transmission en soin.

L'arrivée, surtout, des informations dans les réunions auxquelles je participai, me semblait très décalée.

L'effet de ce qui se produisait dans notre établissement, la remontée vers l'établissement qui devait coordonner l'ensemble, ne nous était décelable que sur de brusques mises à disposition, par vagues imprévues de comptes rendus délivrés par paquets d'une dizaine.

D'où cette impression de rythme haché ?

Une seule fois, de façon inattendue, et indépendamment de tout cela, nous disposions enfin d'indices d'anomalies objectives.

Ce fût je crois, après la période où les choix des stratégies futures avait du être fait, nous les ignorions à l'époque.

Qu'importe, des anomalies avaient été quantifiées localement, une progression rapide de leur fréquence était apparue.

Le recueil de ces anomalies était devenu chiffré pour l'une d'entre elle.

En effet, elle gênait au quotidien la transmission entre services de soins et délivrance des médicaments.

Cependant, de façon paradoxale, l'on ne pouvait pas les déceler dans les unités où les soins avaient été prescrits.

Mais, faute de schéma de surveillance, l'on ne connût que progressivement l'allongement des délais entre la prescription du soin et son administration.

La question fût posée, ce ne fût pas par moi, de savoir si le concepteur extérieur de l'institution pouvait venir en tester l'origine directement, dans notre établissement.

L'anomalie confirmée par une vérification externe constituait donc une double « première » : le contrôle indépendant et le diagnostic.

L'acceptation de la venue d'un contrôle extérieur à notre établissement coïncida-t-elle avec un changement officiel de la répartition des postes de responsables de ce projet ?

Il ne m'est pas possible de le savoir.

J'ignore également les relations de cause à effet entre ce que se passa alors.

Concrètement, la succession des événements, (la constatation objective récente faite localement d'où la vérification extérieure désormais admise), fût rapide, en moins de 15 jours.

L'intervention extérieure fut déclarée « positive » au sens où elle identifiait un oubli (de transmission au niveau de l'instance qui coordonnait les tests pour les établissements, m'a-t-il semblé comprendre).

Sa réparation fit disparaître l'anomalie récemment objectivée.

Systematiser le recueil des conséquences sur l'ensemble ne me semble pas avoir été décidé.

Je connaissais l'existence de méthodes d'analyse, assez complexes mais complètes pour prendre en compte cette dimension.

J'en transmettais l'existence à d'autres professionnelles impliquées dans la tentative en cours.

Mais il n'y eut, en dehors des tests systématiques commun à tout système de transmission, pas de recueil a priori.

Nous n'avions que les études de satisfaction des professionnelles.

Je redisais, ce qui avait déjà été discuté, sans plus de succès, que ce type d'étude ne se prêtait pas à tester les systèmes des transmissions en soin.

Cette conclusion ne se basait que sur une seule étude.

Mais, le travail que cela avait constitué, sa robustesse aussi, rendait peu vraisemblable qu'une autre étude soit réalisée.

Les suivantes porteraient plus probablement sur l'utilisation de moyens de mesure autre que la satisfaction des professionnelles. Les changements ultérieurs ne se prêtèrent pas à connaître la durée de l'amélioration.

Je ne pense pas que ce soit inhérent aux modifications fréquentes imposées par l'adaptation de ces systèmes de transmissions en soin.

J'ignore encore si notre parcours local et les méthodes que nous n'avions pas pu utiliser ont contribué à nous former au suivi de l'ensemble.

L'un de mes derniers souvenirs de cette période est celui d'une réunion, locale car j'y participai, où pour la première fois une reconnaissance se manifestait.

S'y révélait l'amélioration de l'anomalie localement objectivée.

Cela corrigeait-il nos doutes sur notre capacité à avancer ?

Ils ne s'exprimèrent plus.

Une sorte de cohésion était née depuis la possibilité de reconnaître, sans se sentir coupable, qu'il pouvait y avoir des anomalies et qu'en découvrir l'origine permettait de les corriger.

Dans les autres établissements qui, comme nous, testaient la substitution, à quoi conduisit la correction de l'oubli ?

Les manifestations que nous avons observées tardivement depuis l'installation, l'avaient-elles été chez les autres, quelles en furent les conséquences, d'autres anomalies perdurent-elles ?

Je l'ignore.

Dans notre établissement, et sans doute aussi dans les autres, les informations globales sur ce projet furent tardives.

Elles étaient orientées vers le futur.

Prenaient-elles en considération ce que nous avons eu à vivre ?

Les moyens seraient désormais réorientés vers l'autre système, plus global, incluant les transmissions en soin dans l'ensemble des transmissions, à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital.

Ainsi se confirmait « ce que l'on avait cru comprendre », que ce système allait succéder à celui qui s'installait (trop progressivement, au vu des moyens alloués ?).

Il me semble que cette décision avait été annoncée avant la constatation et la correction de l'anomalie.

Donc que la seconde ne pouvait avoir motivé la première.

BIS

Surprise, mais pas totalement.

Qui ne comprendrait qu'introduire un liquide, même physiologique, s'agissant de lavage, pouvait manquer son but, la sonde déplacée.

Les conséquences, respiratoires chez la patiente, étaient suffisantes pour qu'un passage en ventilation assistée soit nécessaire avant de pratiquer l'examen que le lavage avait pour objet de préparer.

La « fausse route » n'était-elle survenue qu'à la fin de la préparation ?

L'examen fut possible et utile.

Une lésion était identifiée et justifiait la prise en charge actuelle.

A ce stade seulement nous eûmes ainsi une connaissance tardive et indirecte de l'accident du début.

Et les intervenants suivants ne le sauraient que plus indirectement encore.

L'incident du lavage par la sonde avait-il été signalé ?

Nul doute que celles qui avaient donné l'alerte, et déclenché le passage en réanimation, ne soient marquées par cet épisode.

La survenue de ce type d'incident est rare en l'absence de sonde, lorsque le lavage se fait en buvant le produit. On le réserve à certaines personnes qui ont du mal à boire.

De sorte que la question « l'information avait-elle été diffusée par le truchement du circuit de déclaration habituel ? », se trouvait justifiée.

Je me souviens ne l'avoir posée, que « sur la pointe des pieds ».

Elle ne souleva pas l'enthousiasme.

La déclaration en avait-elle été faite par l'unité dans laquelle s'était produit l'accident ?

Ou en réanimation ?

Ou lors de la pratique de l'examen plus concerné que nous par la préparation ?

En quoi étions-nous fondées à faire nous même la démarche de ce signalement d'incident ?

N'était-il difficile d'aller à la pêche aux renseignements ?

Ce type d'incident n'était-il pas bien connu ?

Je ne me sentis ni la force, ni la nécessité cette fois d'insister.

Neutre

Tu disais l'ignorer, « ne pas avoir à en connaître ».
Puis, fatale hésitation, « Sait-on jamais... A jet continu ? ».

Moi, j'étais peu désireuse de rouvrir un dossier déjà connu de tous.

Cependant, intriguée par la possibilité d'enfin rencontrer le cynisme hospitalier, (lieu où toi et moi travaillions...), je transcrivais.

Sans nuance.

A toi le subjectif, oral.

A moi l'indicatif, écrit à la première personne.

Au lecteur, de décrypter le cynisme hospitalier : l'attention au malade et à la santé des autres.

Pris par la peur du genre ?

Tu disparus.

Appâtée, je restai.

Ton but était-il atteint : le cynisme hospitalier, raconté au genre féminin ?

Aurais-tu oublié le passage d'un genre ancien (tranché entre « féminin-soignant », « masculin-dirigeant ou médical »), au neutre hospitalier actuel ?

Neutralité efficace contre le cynisme-cécité : « Être idiot et avoir du travail » (Gottfried Benn) ?

Neutralité du cynique de la philosophie antique, original, solitaire, moraliste, obstiné et provocateur, dont Diogène en son tonneau passe pour l'archétype ?

Neutralité de la déclaration des événements en soins lorsqu'ils n'y sont ni prévus ni souhaitables ?