

## "Les Invités"

*organisée grâce aux parrains  
de l'École de Paris :*

Algoé<sup>2</sup>  
Alstom  
ANRT  
AREVA<sup>2</sup>  
Cabinet Regimbeau<sup>1</sup>  
CEA  
Chaire "management de l'innovation"  
de l'École polytechnique  
Chaire "management multiculturel  
et performances de l'entreprise"  
(Renault-X-HEC)  
Chambre de Commerce  
et d'Industrie de Paris  
CNES  
Conseil Supérieur de l'Ordre  
des Experts Comptables  
Crédit Agricole SA  
Danone  
Deloitte  
École des mines de Paris  
EDF  
Entreprise & Personnel  
ESCP Europe  
Fondation Charles Léopold Mayer  
pour le Progrès de l'Homme  
Fondation Crédit Coopératif  
France Télécom  
FVA Management  
Roger Godino  
Groupe ESSEC  
HRA Pharma  
IDRH  
IdVectoR<sup>1</sup>  
La Poste  
Lafarge  
Ministère de l'Industrie,  
direction générale de la compétitivité,  
de l'industrie et des services  
OCP SA  
Paris-Ile de France Capitale Economique  
PSA Peugeot Citroën  
Reims Management School  
Renault  
Saint-Gobain  
Schneider Electric Industries  
SNCF<sup>1</sup>  
Thales  
Total  
Ylios

<sup>1</sup> pour le séminaire  
Ressources Technologiques et Innovation  
<sup>2</sup> pour le séminaire Vie des Affaires

(liste au 1<sup>er</sup> janvier 2010)

## CONNAÎTRE OU PUNIR LES ERREURS ?

par

**Christian MOREL**

Sociologue

Auteur des *Décisions absurdes* (Gallimard)

**Christian SICOT**

Ancien chef de service de réanimation

Ancien secrétaire général du SOU Médical, société d'assurances des  
professions de santé

**Daniel SOULEZ LARIVIÈRE**

Avocat au barreau de Paris, Soulez Larivière & Associés

Séance du 19 octobre 2009

Compte rendu rédigé par Jacques Berthier

## En bref

Lorsque des erreurs sont commises, la réponse habituelle est la punition. Toutefois, des organisations s'orientent vers une politique de non-punition, fondée sur l'idée que l'absence de sanction est plus efficace pour lutter contre les erreurs, notamment parce qu'elle favorise les retours d'expérience et la diffusion des recommandations pour éviter les récidives. Cette approche tend à être adoptée dans les organisations à haut risque, ce qui aboutit à un paradoxe : ce sont des organisations où les conséquences des erreurs sont les plus graves qui punissent le moins ces erreurs. Mais alors, comment purger les passions quand, après une catastrophe, la solidarité joue à plein entre le public et les victimes ?

*L'Association des Amis de l'École de Paris du management organise des débats et en diffuse  
des comptes rendus ; les idées restent de la seule responsabilité de leurs auteurs.  
Elle peut également diffuser les commentaires que suscitent ces documents.*

## INTRODUCTION par Michel BERRY

Selon Christian Morel, quand les erreurs sont dangereuses et leurs causalités non évidentes, il est important d'apprendre ce qui s'est passé pour éviter les récidives. Mais, dans nos sociétés, on aime chercher des coupables, et la punition est considérée comme un moteur important du progrès. Faut-il donc connaître ou punir les erreurs ? Avant d'en débattre, nous allons entendre successivement Christian Morel, Christian Sicot et maître Soulez Larivière.

### EXPOSÉ de Christian MOREL

Je me suis récemment demandé pourquoi des organisations confrontées à de graves dangers comme ceux que l'on peut connaître dans un avion de ligne, un sous-marin nucléaire, le pont d'envol d'un porte-avions ou des unités de soins intensifs, affichent un taux de fiabilité bien supérieur à ce à quoi l'on pourrait s'attendre. Une des réponses est que la culture de la non-punition des erreurs contribue à cette fiabilité.

#### Exemples de politiques de non-punition

##### *La non-punition dans l'aéronautique aux États-Unis*

C'est à la suite du crash d'un avion de ligne de la TWA, en décembre 1974, qu'une politique de non-punition a été instaurée aux États-Unis dans le secteur de l'aéronautique. Cet avion n'était pas sur une route répertoriée. Étant sur le point d'atterrir, les pilotes ont reçu le message standard d'autorisation d'approche (*cleared for the approach*), message qui signifiait pour eux que les contrôles d'altitude étaient pris en charge par les contrôleurs aériens, alors que ces derniers n'ont pas procédé à ces contrôles au motif que l'avion n'était pas sur une route répertoriée. Comme il y avait du relief, il a heurté une colline et tous ses occupants sont morts.

Six semaines auparavant, le même problème s'était présenté aux États-Unis, les pilotes ayant réussi à échapper au crash de justesse. Leur compagnie avait immédiatement alerté tous ses pilotes pour qu'ils soient vigilants, mais pas la FAA (Federal Aviation Administration), normalement chargée d'informer les autres compagnies américaines. Pourquoi ? Par crainte de sanctions. En effet, à cette époque, si des pilotes n'étaient pas sur une route répertoriée, la FAA pouvait leur enlever leur licence. La TWA n'avait donc pas eu connaissance du problème, ce qui s'est traduit par ce crash.

Du coup, la FAA a décidé d'accorder l'immunité aux rapports d'erreur et de créer l'*Aviation Safety Reporting System (ASRS)*<sup>1</sup>, un organisme qu'elle a confié à la NASA pour une plus grande indépendance, et qui, depuis sa création, a diffusé 4 000 alertes de sécurité.

##### *La non-punition chez Air France*

Le système d'Air France repose notamment sur le *Quick Access Recorder (QAR)*, un disque optique de haute capacité qui enregistre toutes les données de vol de chaque avion en préservant l'anonymat de l'équipage, et qui est examiné après chaque vol. Si des paramètres différents de ceux d'un vol standard sont constatés, le commandant de bord est interrogé de façon anonyme sur les anomalies. Les cas graves sont diffusés aux autres pilotes avec les enseignements à tirer des erreurs commises.

---

<sup>1</sup> Cf. <http://asrs.arc.nasa.gov> site dont la page d'accueil mentionne de façon explicite les termes : confidentiel, volontaire et non punitif.

## *La non-punition à un niveau mondial*

La convention de l'OACI (Organisation de l'aviation civile internationale) a finalement établi officiellement la politique de non-punition en ces termes : « *L'enquête sur un accident ou un incident a pour seul objectif la prévention de futurs accidents ou incidents. Cette activité ne vise nullement à la détermination des fautes ou des responsabilités.* » ; « *Le système volontaire de compte rendu d'incidents sera non punitif et assurera la protection des sources d'information.* »

## *D'autres exemples de non-punition*

Cette politique de non-punition est appliquée dans d'autres secteurs, notamment :

- aux États-Unis : un film, *Beyond Blame*, sur les risques dans la délivrance des médicaments, a été diffusé avec une audience nationale ; L'*Institute for Safe Medication Practices* collecte les rapports anonymes d'erreurs de médication ; le système de santé américain des anciens combattants la pratique, ainsi que les organismes de lutte contre les incendies de forêt, avec la création d'un centre de formation dont le principe est *Blaming is replaced by learning* ;
- en Grande Bretagne : par exemple dans la gestion des brimades dans les écoles ;
- en France : l'Académie nationale de médecine a émis une directive qui institue le principe de la non-punition : « *La connaissance des défaillances ne peut résulter que d'une déclaration spontanée d'un des acteurs de soins. Cela implique deux conditions : une garantie de confidentialité et d'autre part une absence de sanction* » ;
- en Nouvelle Zélande : un système de santé applique une politique semblable ;
- en Toscane : le réseau des hôpitaux applique une procédure de recueil anonyme des erreurs et encourage l'absence de sanction.

## **Exemples de politiques de punition**

### *Le crash d'un ATR en 2005*

En août 2005, un ATR de la compagnie Tuninter s'est crashé au large de la Sicile. Une jauge de carburant, prévue pour des réservoirs de moindre capacité, y avait été montée par erreur lors d'une opération de maintenance, et indiquait un niveau de carburant beaucoup plus élevé que le niveau réel. À cela s'ajoutait une erreur de conception, l'alerte de manque de carburant étant reliée à la jauge et non au réservoir lui-même. Surpris par l'arrêt soudain des moteurs, les pilotes ont dû amerrir, ce qui a entraîné la mort de nombreux occupants de l'avion. Il est ahurissant que le juge italien ait condamné les pilotes à dix ans de prison ferme, même si c'était par contumace, alors qu'ils n'y étaient absolument pour rien.

### *Une erreur de produit injectable en 2008*

En décembre 2008, à Paris, une infirmière de l'hôpital Saint-Vincent de Paul a été mise en cause pour une erreur de produit injectable sur un enfant de trois ans qui en est mort. Elle a été aussitôt mise en examen et sa garde à vue a été prolongée de 24 heures, avec interdiction de voir ses collègues.

### *La révocation de responsables en 2009*

Une pratique récente de l'État français consiste à révoquer de hauts responsables là où se produit un accident ou un incident médiatisé. On a donc vu les limogeages d'un chef d'état-major de l'Armée de terre, du préfet de la Manche, du directeur de l'hôpital psychiatrique de Saint-Égrève et du coordinateur des forces de police en Corse. Du coup, les préfets ont créé une association dite de réflexion – en réalité de réaction – à la suite de cette politique de punition et de recherche de boucs émissaires.

## Fondamentaux de la non-punition

### *Encourager la diffusion de la connaissance*

La non-punition encourage la diffusion de la connaissance sur ce qui s'est passé, alors que la punition a l'effet inverse. En voici deux exemples.

L'arbre des causes est une méthode formalisée par l'INRS (Institut national de recherche sur la sécurité) pour analyser en profondeur les accidents du travail. Une illustration extraite d'une brochure pédagogique sur cette méthode montre, d'un côté, ce qu'il ne faut pas faire après un accident du travail – un gendarme fait une enquête pour rechercher un coupable –, et de l'autre, ce qu'il faut faire – un enquêteur demande comment éviter à l'avenir un tel accident. Mais, lors de son lancement, le CNPF (Conseil national du patronat français) et les confédérations syndicales, craignant que la méthode ne mette en cause des individus et entraîne une politique de punition, ont interdit à l'INRS de la diffuser. Son directeur a protesté en disant que c'était comme si l'on interdisait la diffusion du *Discours de la méthode*. Finalement, l'arbre des causes s'est quand même peu à peu transmis par la base, et petit à petit le principe de l'immunité a fini par s'établir.

Les résultats d'une enquête auprès des contrôleurs aériens anglais ont été présentés à un colloque de l'OACI (Organisation de l'aviation civile internationale) en avril 2006 à Baku. À la question de savoir ce qui empêche le retour d'expérience sur les erreurs, le pourcentage des réponses "très important" et "important" a été de :

- 10 % pour le blocage du management et les réactions des collègues ;
- 40 % pour l'absence de suite, l'absence de feed-back, le manque de temps ;
- 90 % pour la culture de la punition.

Donc 90 % des contrôleurs aériens britanniques disent que la culture de la punition empêche, de façon importante ou très importante, de diffuser la connaissance sur les erreurs, et plus de 40 % d'entre eux la considèrent comme une cause très importante de blocage.

### *Prévenir les accidents*

La connaissance des incidents précurseurs permet d'éviter qu'ils ne débouchent sur un accident. Par exemple, dans les sous-marins nucléaires français, les rapports d'événements indésirables anonymes sont consignés dans ce que les sous-mariniers appellent le *Murphy*. Dès qu'un problème se présente, une cellule de réflexion se réunit pour consulter ce document.

### *Éviter le bruit*

La non-punition évite le bruit que provoque la punition. Après l'accident de l'ATR, en privilégiant la culpabilité des pilotes et d'autres responsables de Tuninter, on a complètement passé sous silence les problèmes de conception de l'avion.

### *Limiter le nombre de règles*

La politique de non-punition remplace, par les retours d'expérience, l'inflation des règles que produit la politique de punition. En effet, face au risque de punition, la réaction consiste à se couvrir en produisant des règles et des procédures. Dans les compagnies aériennes, quand il y a des incidents ou des précurseurs de problèmes, au lieu de mettre en place des règles et des procédures supplémentaires susceptibles de créer elles-mêmes des risques nouveaux, les retours d'expérience permettent de développer la connaissance et de la transmettre à travers la formation.

## *Ne punir que la faute intentionnelle*

Bien entendu, aucune politique de non-punition n'admet la faute intentionnelle. Pour juger s'il y a faute intentionnelle ou erreur, certains auteurs préconisent le test de substitution : dans les mêmes circonstances, une personne ayant le même profil professionnel aurait-elle pu commettre la même erreur ? Si oui, la punition n'est pas pertinente.

### **Considérations épistémologiques et philosophiques**

#### *Des erreurs systémiques*

Dans les organisations complexes actuelles, avec de nombreux acteurs, des tâches imbriquées, des causes enchevêtrées, des effets retour, il est difficile, voire impossible, d'identifier un ou des coupables, car les erreurs peuvent être systémiques.

#### *Un taux d'erreurs résiduel incompressible*

Du fait de la complexité et de la multitude des facteurs dans l'action humaine et dans la nature, on observe un phénomène de régression vers une moyenne minimale. Des individus réputés très fiables commettent quand même des erreurs. En chirurgie orthopédique, le professeur Laurent Sedel a toujours constaté un taux d'erreur résiduel d'environ 1 %, en dépit des efforts déployés pour le réduire. Faut-il punir les événements indésirables qui entrent dans la marge du risque incompressible ? Répondre par l'affirmative serait nier la complexité et l'indétermination du monde.

### **Un sujet très conflictuel**

Ce sujet est très conflictuel : le processus pénal et les mises en cause sont encouragés par la pression des victimes, et en retour la profession réagit. C'est ainsi que les salariés d'AZF ont constitué l'association "AZF mémoire et solidarité" pour contrer le comité de défense des victimes. Ce genre de conflit se traduit dans les mots, puisque d'un côté on essaie d'effacer la connotation accusatoire du terme "erreur" – par exemple l'Académie nationale de médecine recommande de la remplacer par "événement indésirable", et Air France par "précurseur" –, et de l'autre, on intensifie la connotation accusatrice de ce mot en parlant de faute virtuelle, de tromperie, d'empoisonnement.

### **Trois remarques pour conclure**

Les victimes d'une catastrophe ont toujours besoin d'un acte émissaire, concrétisé le plus souvent par la punition des coupables comme boucs émissaires. Mais n'y aurait-il pas une autre voie, celle de connaître ce qui s'est passé, le bouc émissaire étant alors remplacé par l'information émissaire ? Par exemple, aux États-Unis, il n'y a pas de procès pénal en cas d'accident de transport : les victimes se satisfont des enquêtes administratives.

Dans le cas des politiques de non-punition, les enquêtes sur les erreurs sont de très haute qualité : une grande précision des observations, une prise en compte de liens complexes de causalité, et une profondeur d'analyse psychologique, sociologique et linguistique.

Dans son livre *Surveiller et punir*, Foucault a une vision très *top-down* du pouvoir. Les politiques de non-punition sont au contraire une manifestation *bottom-up* qui illustre la distribution très large du pouvoir car, si les acteurs dans les organisations ont un pouvoir de rétention de la connaissance – l'histoire de l'arbre des causes en France en est un exemple –, ils ont également celui de la négociation de la connaissance, comme chez Air France avec un système de non-punition assorti d'un consensus sur l'utilisation des données recueillies pendant les vols. Les acteurs ont donc les moyens de contrôler la façon dont le pouvoir les surveille. Dans les organisations complexes, de haute technologie et à haut risque que l'on connaît actuellement, à la place du « *surveiller et punir* » de Foucault, je dirais plutôt : surveiller et négocier.

## EXPOSÉ de Christian SICOT

Je ne vais pas faire un plaidoyer pour que les médecins n'assument pas leurs responsabilités si l'un de leurs patients a subi un préjudice, mais plutôt parler de la prévention des récives d'accidents médicaux. Selon le célèbre rapport *To Err Is Human*, publié en 1999, les erreurs médicales aux États-Unis sont chaque année responsables de 44 000 à 98 000 décès évitables, ce qui, ramené à la population française, représenterait une fourchette de 9 000 à 20 000 décès par an. En janvier 2009, la ministre de la Santé a reconnu qu'environ 10 000 personnes mouraient chaque année en France du fait de l'exercice de la médecine. À titre de comparaison, ces chiffres représentent dans notre pays l'équivalent d'un crash d'avion de lignes intérieures toutes les semaines.

### La gestion punitive des erreurs médicales

Et pourtant, en France, il est rare que l'on parle spontanément d'erreur ou d'accident médical. Le plus souvent, c'est à la suite de procès qui, une fois sur deux, débouchent sur une condamnation. Mais la gestion punitive des erreurs médicales n'a que peu d'effet sur leur prévention. Il ne faut pas s'en étonner, parce que la justice pénale a comme objectif de sanctionner des coupables, et non de prévenir les récives. De plus, alors que la médecine devient de plus en plus collective et qu'un nombre croissant de professionnels de santé s'occupent simultanément du même malade, la justice a du mal à considérer la responsabilité d'un réseau ou d'une décision partagée, et cherche encore exclusivement les responsabilités individuelles.

#### *La lutte contre les erreurs médicales*

Si l'on veut prévenir les erreurs ou les accidents, la question à poser n'est pas : « *Qui est responsable ?* », mais : « *Pourquoi l'accident est-il survenu ?* ».

La théorie développée par James Reason, professeur de psychologie et spécialiste de l'erreur humaine est la suivante : il est impossible de supprimer l'erreur du fonctionnement humain et ce, quelle que soit la qualité de la formation des personnels. Il est donc nécessaire d'intégrer à tout système complexe des mécanismes de lutte contre les erreurs.

La théorie de James Reason prend d'autant plus d'importance qu'une autre des conclusions du rapport *To Err is Human* est que la première cause des erreurs médicales n'est pas l'incompétence des professionnels de santé, mais l'insécurité du système dans lequel ils exercent.

Ce constat plaide à l'évidence pour que, dès lors qu'un accident médical est médiatisé, et notamment lorsqu'il est l'objet d'une enquête judiciaire, on puisse dans la mesure du possible en pratiquer une analyse systémique.

#### *L'analyse systémique d'un accident*

Le visuel du modèle de James Reason est constitué de plaques empilées, chacune symbolisant un niveau de sécurité du système.

Les plaques des acteurs de première ligne sont au centre. Il s'agit des personnes qui exercent au quotidien : médecins, paramédicaux, etc.

Les plaques des défenses en profondeur sont en aval des précédentes. Elles correspondent à des barrières, soit humaines (exemple : contrôle de l'ordonnance par le pharmacien à la recherche d'une interaction médicamenteuse méconnue par le médecin) ; soit matérielles (exemple : les "détrompeurs" comme l'utilisation de connexions différentes pour les arrivées

d'oxygène et de gaz anesthésiques afin d'éviter les erreurs de branchement de tuyaux ou les alarmes comme celles des moniteurs de fréquence cardiaque permettant d'intervenir avant que ne survienne un arrêt cardiaque) ; soit immatérielles représentées par les bonnes pratiques, par exemple tout médecin qui utilise des produits de contraste pour visualiser les vaisseaux doit avoir à portée de main une ampoule d'adrénaline prête à être injectée en cas d'apparition de signes d'accident allergique.

Les plaques en amont concernent la conception et la gestion du système (affectation des personnels, entretien des compétences, communication, maintenance du matériel, etc.)

Ces plaques comportent des trous qui symbolisent leurs points faibles. Les défauts de conception ou de gestion du système qui portent le nom de défaillances latentes favorisent les erreurs ou les déviations des acteurs de première ligne encore appelées défaillances actives. L'alignement des trous sur plusieurs plaques successives illustre la propagation et l'amplification d'un événement indésirable. Une ou plusieurs défaillances latentes favorisent la survenue d'erreurs mais elles peuvent être récupérées ou atténuées par une défense efficace. En revanche, quand les trous s'alignent aux trois niveaux, la propagation n'est pas freinée et l'on risque un accident grave. Une analyse d'accident doit toujours s'attacher aux trois niveaux : les défaillances des personnes, celles des défenses prévues et celles de la chaîne de management en rappelant que : « *Les décideurs ne font pas d'erreurs qui touchent les patients mais ils font des erreurs de stratégie qui vont peser sur le travail des médecins* ». <sup>2</sup>

### *Les "Never Events"*

Une telle analyse systémique ne peut être confiée qu'à des experts compétents en gestion des risques. Or, ils sont actuellement très peu nombreux parmi les médecins. Il faudra donc se cantonner à des événements "simples", essentiellement techniques et qui ne nécessitent pas une enquête rétrospective trop poussée. Pourquoi ne pas s'intéresser à ce que les Américains appellent depuis 2002 les *Never Events*, à savoir 28 événements qui ne devraient jamais survenir parce qu'ils sont inacceptables, graves, parfaitement identifiés, et potentiellement évitables. Il s'agit par exemple d'erreurs de côté d'intervention ou de patient, de décès après la chute d'un lit ou d'un brancard, d'oubli chirurgical de corps étranger, de transfusion de sang incompatible, etc.

## **La démarche institutionnelle non punitive**

Les pouvoirs publics ont mis en place trois démarches non punitives des erreurs et accidents médicaux.

### *La certification des établissements de santé*

La certification des établissements de santé est fondée sur des référentiels de qualité et de sécurité des soins. Il s'agit en fait d'une obligation de moyens plus que de résultats. Cette démarche, obligatoire depuis les ordonnances de 1996, fonctionne depuis 2000. Si un établissement ne satisfait pas à un référentiel, il dispose d'un certain délai pour s'y conformer. Des informations concernant cette certification sont consultables sur le site de la HAS (Haute autorité de santé)<sup>3</sup>.

### *L'accréditation des médecins*

Datant de 2006, l'accréditation des médecins se fonde sur leur déclaration annuelle de deux ou trois "presque accidents", c'est-à-dire des événements indésirables qui n'ont pas entraîné de préjudice chez les patients, par exemple lorsqu'une prothèse à mettre en place s'avère non adéquate alors que l'opération est déjà commencée. Ces déclarations sont analysées par un

---

<sup>2</sup> Jean Brami, René Amalberti, *La sécurité du patient en médecine générale* (Springler – Verlag, 2009).

<sup>3</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j\\_5/accueil](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil)

organisme agréé par la HAS, qui envoie ensuite un programme d'amélioration personnalisé au médecin déclarant, et éventuellement, si le cas analysé le justifie, émet des recommandations d'intérêt général.

L'accréditation des médecins est validée pour une première période d'un an puis tous les quatre ans. Elle exclut bien sûr les événements indésirables ayant entraîné un préjudice, mais elle n'est ni punitive, ni obligatoire. Fondée sur le volontariat, seuls les médecins exerçant en hôpital ou en clinique peuvent s'inscrire, et elle est réservée à 21 spécialités à risque, dont malheureusement ne font pas partie la pédiatrie, la médecine d'urgence et évidemment la médecine générale. Les médecins qui entrent dans cette démarche peuvent bénéficier d'une aide financière de l'assurance maladie pour le paiement de leur prime d'assurance, aide qui peut couvrir de 55 à 66 % de cette prime, avec un plafond de 17 000 euros. Après un an de fonctionnement, sur un potentiel de 35 000 médecins, 1 400 étaient accrédités, et 8 000 engagés dans la procédure. Mais la participation est très inégale. Très forte chez les libéraux, elle est faible chez les hospitaliers qui ne paient pas de prime d'assurance car ils sont garantis par l'assureur de l'hôpital.

### *La déclaration des événements indésirables graves*

Selon la loi du 4 mars 2002 modifiée le 8 août 2004, les établissements de santé doivent obligatoirement déclarer les événements indésirables graves qui y sont survenus. Mais le décret d'application de cette loi ne sera publié qu'en 2010, après une période d'expérimentation actuellement en cours. Cette déclaration sera faite au gestionnaire de risques de l'établissement, lequel transmettra à l'Institut de veille sanitaire un rapport sous la forme d'un formulaire anonyme.

Comme toute démarche fondée sur une politique de signalement, qu'elle soit obligatoire ou non, elle ne retiendra en réalité que 10 à 15 % des événements indésirables graves. De plus, elle ne sera pas vraiment indépendante puisque ce seront des médecins locaux qui analyseront des incidents ou des accidents locaux. Et surtout, elle risque de ne pas être non punitive puisque l'Agence régionale de santé a obtenu d'avoir accès, sur sa demande, aux documents adressés à l'Institut de veille sanitaire.

La démarche institutionnelle non punitive, concernant toutes les erreurs médicales quelle qu'en soit la gravité, et impliquant tous les médecins, reste donc à inventer. Mais elle devra répondre aux réticences des praticiens : le manque de temps et de moyens pour s'y engager, le scepticisme sur les bénéfices qu'ils peuvent en attendre, la crainte des mises en cause de leur responsabilité et leur attachement à la loi du silence. Compte tenu de toutes ces exigences, on peut se demander si une telle démarche verra vraiment le jour.

### **Les démarches individuelles non punitives**

C'est pourquoi il faut se tourner vers les démarches individuelles non punitives. La généralisation des comités de morbidité et de mortalité dans les établissements de santé en est une illustration très prometteuse.

C'est une véritable révolution culturelle. Jusqu'à présent, les réunions organisées par les médecins pour les médecins ont été consacrées à leurs succès, leurs beaux diagnostics, leurs guérisons miraculeuses. Les objectifs des comités de morbidité et de mortalité sont d'un tout autre ordre : lors de réunions hebdomadaires ou mensuelles organisées dans chaque service, avec la présence de tous les médecins du service, mais aussi de l'équipe soignante et au minimum des cadres infirmiers, il s'agit d'identifier les causes évitables de mortalité et de morbidité, en s'intéressant à ce qui s'est mal passé. La solution est vraiment celle-là.

Reste à trouver un équivalent pour la médecine en cabinet, car « *Pour un médecin, le signalement et l'analyse de ses erreurs dans un collectif médical, avec des modalités qui*

*doivent rester protectrices, est l'outil de base de la construction d'une culture de sécurité pour le patient. »<sup>4</sup>*

## **EXPOSÉ de Daniel SOULEZ LARIVIÈRE**

### **La scène pénale**

Punir, sur le plan judiciaire, c'est distribuer des peines plus ou moins symboliques, dont bon nombre sont avec sursis et disparaissent au bout de cinq ans. C'est ainsi que la régulation en France se fait essentiellement par le pénal, la scène pénale permettant d'assouvir et de purger les passions. Elle est aussi la scène privilégiée de la catastrophe qui, en France comme ailleurs, est un grand événement politique car il interpelle plus ou moins directement les institutions et suscite la réconciliation d'une partie de la population avec l'autre, la solidarité jouant en effet à plein entre le public et les victimes. De plus, le fait de mettre la victime au cœur de la réflexion politique ou de se positionner soi-même en victime est une manière efficace de toucher l'opinion.

### **Répression et exemplarité**

Alors, est-ce que la répression sert à quelque chose ? Ce serait assez léger que de dire non. Tout le système pénal est fondé sur la répression et sur l'exemplarité, pour éviter que les honnêtes gens ne soient tentés de mal se conduire, et pour rétribuer le public et la victime par le châtement du coupable. L'exemplarité existe-t-elle toujours ? Je pense que oui. Elle est peut-être plus discutable que jadis, elle est en tout cas moins spectaculaire parce que plus le châtement se symbolise et plus on se satisfait du signe du sang plutôt que du sang réellement répandu sur le pavé.

Du côté de l'exemplarité, il y a aussi des éléments positifs. Par exemple, après la mise en détention provisoire de Jean Chapron par le juge Patrice de Charette, un de ses ouvriers étant mort écrasé par un wagonnet de l'usine, une situation judiciaire qui a fait un grand scandale en 1975, de très nombreux magistrats ont dit que les accidents du travail avaient diminué de 25 % dans les deux ans qui ont suivi, ce qui tend à prouver que l'exemplarité a une certaine efficacité.

### **Des limites**

Mais si un pilote se trompe et coupe le moteur qui fonctionne, au lieu de mettre en drapeau celui qui ne fonctionne pas, ce n'est pas une condamnation pénale qui l'empêchera ensuite de confondre sa gauche et sa droite.

Les juges italiens qui ont condamné les pilotes de l'ATR ont été effectivement assez rudes. Mais, en matière d'aviation, l'organisme italien chargé des enquêtes est parfois tellement dominé par le parquet qu'il y a quelques années, lors d'un accident d'hélicoptère, les carabinieri ont interdit à quiconque de s'approcher de l'épave, ce qui a empêché de rechercher immédiatement la cause du crash. Résultat ? Le même accident s'est produit en Angleterre dix-huit mois plus tard, avec le même nombre de morts.

Certes, ce sont là deux exemples un peu grossiers. Mais en voici un autre qui l'est moins. Il est très fréquent que des sociétés ou des compagnies fassent l'objet d'une répression pénale pour des outils qu'ils ont créés dans le but de mieux faire. Dans l'affaire de l'Érika dont je m'occupe en ce moment, c'est clair. La société Total a été condamnée à cause de ce qui a été considéré comme une erreur dans sa façon de choisir les navires. En réalité, c'est parce qu'elle a voulu améliorer le système en créant un outil de sélection, qu'on lui dit maintenant

---

<sup>4</sup> Jean Brami, René Amalberti, *La sécurité du patient en médecine générale* (Springler – Verlag, 2009).

qu'elle a mal sélectionné, donc qu'elle est coupable, et donc condamnée. Alors il est évident que ce mouvement-là va tout à fait à l'encontre de l'amélioration de la sécurité, de même que le fait de reprocher à d'éventuels responsables d'un sinistre d'avoir fait après ce qu'ils auraient dû faire avant. Les Américains l'ont tellement bien compris qu'il existe depuis dix ans aux États-Unis une règle de preuve fédérale qui interdit d'accuser une personne pour un tel motif.

En matière d'aviation c'est aussi très clair : comme l'accident aérien est le plus souvent quelque chose de très complexe, plus l'aviation se développe et plus on se trouve confronté à des sinistres survenant pour la première fois. Devant une telle situation, le réflexe des opérateurs est d'essayer, méthodiquement et d'une façon aussi large que possible, d'éliminer toutes les éventuelles causes d'un tel sinistre, sans savoir a priori laquelle ou lesquelles pourraient l'avoir provoqué.

### **La recherche du péché**

Ce qui est également un problème, mais plus sociologique que technique, c'est qu'en France, comme dans d'autres pays de culture catholique, on recherche le péché. L'historien Henri-Irénée Marrou disait que l'histoire n'est que la réponse à la question qu'on a choisi de se poser. Or, dans un système qui recherche le péché et le pécheur, on les trouve. Mais l'entrée de la justice dans l'univers morbide de la faute, comme disait un autre philosophe, n'est pas sans dégâts, parce que l'on finit par avoir une telle excitation intellectuelle à rechercher ce péché, que l'on ne trouve pas autre chose, et parfois même quelque chose de tout à fait fallacieux ou complètement injuste. Dans une enquête animée par cette recherche, l'instruction "à la française" n'est pas toujours de bonne qualité à cause de ce handicap.

### **Le blocage des retours d'expérience**

Le problème principal de la punition, c'est sa conséquence sur les retours d'expérience, sachant qu'il est impossible de traiter la question de la sécurité sans des retours d'expérience qui soient de l'ordre de l'innocence. Or, il n'est pas évident d'améliorer ce retour d'expérience quand ceux qui y participent craignent d'être sanctionnés à chaque fois qu'ils sont amenés à expliquer pourquoi ils ont "merdé". Alors que dans les années 1980, ceux qui opéraient dans des secteurs très pointus et dangereux étaient inconscients du risque de répression pénale, la situation est devenue pire car ils sont maintenant tétanisés, ce qui les incite à la rétention et la rétraction, des attitudes terriblement toxiques pour la sécurité.

### **Le besoin d'une autre scène**

Dans les conditions actuelles, il n'y a pas d'autre scène que la scène pénale. Or, la demande d'explication après un sinistre étant considérable, car elle est destinée à éponger l'immense flot d'émotion des victimes et de ceux qui sont dans le public sans être victimes, la scène pénale pratique cet épongeage d'une manière très orientée et très spécifique qui finit par peser sur le fonctionnement judiciaire lui-même, c'est-à-dire la recherche véritable d'une infraction. Si bien que l'on voit des affaires dans lesquelles, sur quatre mois d'audience, on traite de la question pénale pendant seulement quinze jours, voire moins.

Je pense que l'on s'en sortira à partir du moment où l'on aura trouvé une autre scène que la scène pénale pour une phase explicative sur les sinistres. Mais on ne peut pas évacuer cette scène pénale parce qu'elle doit intervenir après l'explication, et que l'on ne pourra arriver à cela que si on parvient, comme on a déjà essayé de le faire avec la loi Fauchon, à restreindre à une gravité certaine l'assiette de l'infraction pénale.

Dès que l'on touche à ces sujets, on touche au tréfonds de notre société et c'est la raison pour laquelle c'est très délicat, comme chacun des deux orateurs précédents l'a également montré.

# DÉBAT

## La nécessité du dialogue

**Michel Berry :** *Je doute qu'il soit facile pour les médecins d'échanger sur leurs erreurs, car je connais d'autres milieux, y compris la recherche, où un tel dispositif serait très difficile à mettre en œuvre, car dévoiler ses faiblesses n'est pas évident. Peut-on vraiment aller très loin dans ce sens ?*

**Christian Sicot :** En 1996, alors que je pensais que tout se passait très bien dans mon service, j'ai découvert qu'en réalité un grave conflit opposait les médecins et les infirmières. Nous nous sommes alors tous réunis autour d'une table pour en débattre. Au début les balles sifflaient de partout. Il a fallu six mois de réunions hebdomadaires pour que les gens s'expliquent, finissent par comprendre qu'ils étaient dans le même bateau, et se remettent à travailler en bonne intelligence.

Pratiquement tous les médecins commettent actuellement les mêmes erreurs avant d'atteindre un niveau de compétence correct, et il est vrai qu'il n'est pas naturel pour eux de parler de leurs erreurs, mais c'est la seule façon d'éviter aux autres et notamment aux plus jeunes de les commettre à nouveau.

## Quelques remarques

**Laurent Sedel** (Chef de service à l'hôpital Lariboisière<sup>5</sup>) : *Contrairement à ce qu'a dit Michel Berry, dans le grand service d'orthopédie et de traumatologie que je dirige, et où toutes les nuits nous arrive une quinzaine d'accidentés que l'on opère, nous échangeons chaque matin sur les cas qui nous ont causé des soucis et ceux où nous avons frôlé l'erreur. Nous en parlons sans honte. C'est une culture que je pratique depuis trente ans. Ça se passe ainsi dans tous les bons services en France, et c'est la meilleure façon d'éviter les risques.*

*Par ailleurs, Christian Morel a dit, en me citant, qu'en dépit de tous les efforts, le taux résiduel d'erreur en orthopédie ne peut être inférieur à 1 %. Or, j'ai écrit qu'on a toujours au moins une infection nosocomiale sur cent patients, ce qui n'est pas la même chose, car nous ne considérons pas une telle infection comme une erreur : nous faisons évidemment le maximum pour l'éviter, mais nous ne savons pas gérer totalement les microbes, et cela est vrai dans le monde entier.*

*J'ajoute que les démarches qualité classiques de l'industrie que nous devons adopter s'appliquent bien à l'hôtellerie dans un hôpital, mais pas du tout aux soins, ceux-ci devant faire l'objet d'un dialogue permanent. Alors évidemment si à chaque fois que l'on parle de ce qui s'est mal passé on se sent menacé par un couperet, cela pose un réel problème.*

*Du reste, les procédures pour se couvrir coûtent des fortunes. Dans l'État du Massachusetts, cela représente 20 milliards de dollars par an pour des démarches non justifiées médicalement mais simplement pour ne pas risquer un procès. C'est sans doute une grande cause des dérives de santé actuelles.*

## Les décès liés aux soins

**C. S. :** À l'heure actuelle, quand un patient entre dans un hôpital, une fois sur cent c'est pour un problème lié aux soins ou ce sera l'occasion d'en être victime, sachant que 10 % de ce 1 % vont mourir. C'est donc 1 patient sur 1 000 qui décède suite aux risques liés aux soins. Les mêmes statistiques sont observées pour les opérés. Cela place la médecine dans des conditions de sécurité assez préoccupantes. En comparaison, dans l'aviation civile mondiale, on observe un crash sur un million de vols, et pour les compagnies nord-américaines et françaises, un crash sur quatre millions.

---

<sup>5</sup> Laurent Sedel, Dominique Tonneau, "Évolution de l'hôpital : le cri d'alarme d'un chirurgien", *Les Annales de l'École de Paris*, Vol. XV.

Les anesthésistes, avec 1 décès sur 10 000 opérés, font cependant exception et ils côtoient même les résultats de l'aviation civile quand il s'agit d'opérés présentant les meilleures conditions. Certes ils sont favorisés par leur technologie, mais ils ont une réelle culture de l'équipe et de la sécurité, alors que la plupart des médecins ont plutôt une culture d'artisans.

### **Pourquoi ça marche ?**

**Int. :** *Plutôt que de s'indigner que des gens attrapent des maladies à l'hôpital, je vous invite à vous émerveiller qu'il en sorte des gens intacts. Cet étonnement procède d'une observation dans l'industrie qui consiste à remarquer que les systèmes complexes sont normalement en panne car il suffit que l'un de leurs composants soit défaillant pour qu'ils cessent de fonctionner normalement. Il y a heureusement des gens qui sont tellement soucieux que ça marche que ça finit par marcher quand même. Mais sans cette obsession surhumaine de lutter contre les incidents, ils se produisent avec une constance désespérante, et punir ne servirait à rien.*

**Christian Morel :** Vous avez complètement raison. Un courant de sociologie s'est développé à Berkeley, aux États-Unis, concernant les organisations hautement fiables. Ces sociologues se sont demandé pourquoi, par exemple, le pont d'envol d'un porte-avions est aussi fiable alors que c'est l'endroit le plus dangereux au monde, compte tenu du fait que des hélices y tournent en permanence, des réacteurs y sont en marche, il y a très peu d'espace, le bateau bouge, etc. Une de leurs conclusions est que c'est un endroit où l'interaction est permanente et généralisée, tout le monde communiquant avec tout le monde, avec des redondances, des surveillances échelonnées, etc. C'est une école permanente.

**C. S. :** Cela dit, l'ultrasécurité n'est pas toujours sans conséquences indésirables. L'exemple actuel est la transfusion sanguine : à chaque fois que l'on durcit la sécurité en transfusion, on perd des donneurs parce qu'on ne peut plus prendre leur sang. Avec l'augmentation des besoins de la population qui vieillit, nous allons donc manquer de sang. Fort heureusement, les cellules souches vont pouvoir remplacer la transfusion sanguine tout en éliminant le problème de la contamination virale.

Il est vrai qu'en cinquante ans, la médecine, grâce à ses découvertes, a fait des progrès prodigieux d'efficacité, par exemple les greffes de foie ont été tolérées dès la découverte de la cyclosporine, un médicament immunosuppresseur. Mais de tels progrès n'ont pas concerné l'amélioration de la sécurité des soins. Or, il le faudrait, car la destinée de nombreux patients en dépend.

### **L'enquête et l'instruction**

**Int. :** *Concernant l'antagonisme entre l'enquête et la démarche judiciaire, je prends l'exemple du ministère de l'Équipement et des Transports dont l'inspection générale est commise d'office par le ministre pour l'enquête, mais se heurte très souvent au juge d'instruction qui va jusqu'à interdire l'accès aux sources. Pouvez-vous commenter cette situation de conflit ?*

**Daniel Soulez Larivière :** Elle est le résultat d'une tentative de compromis en France entre l'activité du BEA (Bureau d'enquêtes et d'analyses), l'activité du juge d'instruction, et l'activité du procureur après l'accident. Cela marche plus ou moins bien, mais beaucoup mieux qu'en Italie. Ce n'est pas simplement une question de système judiciaire, c'est aussi une question d'information biaisée, car la motivation première de l'ouverture d'une enquête après une grande catastrophe est qu'il faut pouvoir informer les familles. Ce qui peut se faire aussi par le BEA. Ce n'est donc pas simplement une question technique, c'est aussi une question politique et sociologique, du fait d'avoir à trouver le pécheur, pas simplement le coupable. Cela souligne la nécessité de disposer d'une autre scène qui permette d'absorber ce besoin d'information des familles. Les Américains et les Anglais savent le faire, mais en France le BEA n'absorbe pas encore cette scène-là. Je ne sais pas s'il le souhaite parce que, justement, toute une partie des investigations nécessite un minimum de confidentialité. Et cela nous amène au sujet plus général qu'est la confusion en France entre la vertu et la

transparence, la transparence n'étant pas plus une vertu que le secret, mais simplement une technique dont le dévoiement est aussi grave dans un cas que dans l'autre.

### **La justice peut-elle faire mieux ?**

**Int. :** *Après l'affaire d'Outreau où des défaillances systémiques et individuelles se sont produites, une démarche qualité a-t-elle été entreprise ? Des discussions, telles que celles que vous avez évoquées dans un hôpital ou d'autres services, ont-elles lieu au sein de l'administration judiciaire ?*

**D. S. L. :** Je ne le pense pas. La grande discussion, qui a d'ailleurs traumatisé beaucoup de magistrats, a été la Commission d'enquête parlementaire d'Outreau. La qualité de travail de cette commission a été tout à fait remarquable, mais pas vraiment le résultat : avoir deux juges d'instruction au lieu d'un, ne va pas résoudre les problèmes.

Il est vrai que le système judiciaire est un de ceux qui ont le plus de mal à se remettre en cause. De mon point de vue, un élément très important de cette tragédie d'Outreau est que le système judiciaire a fonctionné comme un œuf, le parquet et les juges faisant partie du même corps, et la chambre d'instruction vivant dans une certaine osmose avec les juges d'instruction. Tout cela ronronne. Or, la Commission parlementaire n'a pas fait d'analyse pour expliquer qu'un système judiciaire ne comportant pas d'antagonismes fonctionnels naturels et organisés est un système qui ne peut pas marcher. Tant qu'il n'y aura pas deux corps différents, ce qui aurait pour conséquence que le juge verrait arriver le procureur comme il verrait arriver l'avocat, avec la seule différence qu'ils ne représentent pas le même client, il n'y aura pas d'antidote.

**C. M. :** Voici une classification personnelle de quelques organisations en fonction de la façon dont elles considèrent ou non l'erreur comme moyen de progresser, et la fiabilité qui en découle. Parmi les organisations les plus fiables, je mets l'aviation civile, les sous-marins nucléaires, les porte-avions ; puis je cite la santé, la NASA qui, après le dernier accident de Columbia, a vraiment considéré les erreurs comme un moyen de progresser, et les banques qui commencent à s'y mettre. Parmi les organisations les moins fiables, je mets la justice, l'erreur y étant encore considérée par les magistrats comme quelque chose de honteux, et l'arbitrage de foot, où il n'est même pas question d'en parler.

### **La résistance du management**

**Int. :** *Il me semble que le rôle de la sanction dans la sécurité d'un système complexe a été évacué un peu vite. J'essaie de faire passer dans l'industrie l'idée qu'il faut cesser de sanctionner mais les arguments pour y résister ne manquent pas, par exemple : pourquoi est-ce que cela marcherait sur la route de façon spectaculaire, et pas chez moi ? et que faire si je ne peux plus sanctionner ? comment reconstruire mon management, comment garder une autorité, et une logique de fonctionnement dans mon entreprise ? Je n'ai pas vraiment trouvé ce soir de réponse à ces questions.*

**C. M. :** Je ne ferai que répéter ce que j'ai dit sur la faute intentionnelle. Tous les partisans des politiques de non-punition font quand même une distinction claire entre la faute intentionnelle qui mérite sanction et l'erreur. Alors bien entendu ce n'est pas toujours évident de distinguer les deux.

### **Des solutions passe-partout ?**

**Int. :** *Peut-on transférer à d'autres domaines le principe du permis à points ?*

**Laurent Sedel :** *Je crois qu'il y a une tendance actuelle à trop vouloir rapprocher les différents systèmes, l'avionique, la route, la médecine. Pour moi ce n'est quand même pas du tout la même chose. Si chaque boulon d'un avion est identifié et connu, nos connaissances ont des limites quand il s'agit de l'être humain. Alors je sais bien qu'en ce moment tout le monde a dans la tête que des procédures comme les radars sur la route sont d'une grande efficacité, mais je pense que les appliquer à la médecine ne marcherait pas. Parce que chez nous, il y a*

*deux choses très importantes : la formation et la vigilance. Disposer de bases de données des erreurs, c'est sans doute intéressant, mais ça ne va pas vraiment protéger. Dans cette culture du risque dans laquelle nous sommes, des procédures et des protocoles se mettent en place, et tous ces systèmes auxquels il faut répondre entrent en compétition avec la vigilance indispensable. Des pilotes me disent qu'ils ont des check-lists mais qu'ils se demandent parfois à quoi ça sert. J'aimerais bien entendre quelqu'un de l'avionique me dire que cela évite beaucoup d'accidents.*

**Int. :** *Je suis commandant de bord sur Boeing 777 et ancien officier de sécurité des vols à Air France. Les check-lists sont essentielles parce qu'elles permettent à des gens qui ne se connaissent pas de fonctionner ensemble et de garantir l'application de procédures préétablies. Ces check-lists permettent d'assurer la prévention de 90 % des risques d'erreur. La résistance à la check-list vient du fait qu'elle peut laisser supposer qu'on ne connaît pas bien son métier, et je me demande si ce n'est pas un peu la même chose pour la médecine, la justice et les banques ! En fait nous pratiquons la check-list dans l'aviation parce que nous avons été entraînés à le faire, et je dirais qu'en l'occurrence la faute pour un pilote ce serait de dévier par rapport à une check-list, ou de la refuser, et l'erreur pourrait être de ne pas l'appliquer intégralement.*

**D. S. L. :** Le respect de la loi est en effet nécessairement assorti de sanction en cas d'infraction. Mais se tromper dans le fonctionnement de l'application de la loi est du domaine de l'erreur. À force de vouloir finalement tout pénaliser, on en arrive à faire disparaître cette distinction et à faire perdre de son importance au pénal et à son effet structurant.

Présentation des orateurs :

Christian Morel : docteur en sciences politiques, diplômé de l'Institut d'études politiques de Paris, ancien cadre dirigeant dans de grandes entreprises, il a publié plusieurs ouvrages : *La grève froide* (Éditions d'organisation 1981, Octarès 1994), *Les décisions absurdes* (Gallimard 2002, Folio 2004) et *L'enfer de l'information ordinaire* (Gallimard 2007) ; il a été membre nommé du Comité national de la recherche scientifique et fait partie du comité de rédaction de *Gérer & Comprendre* et de celui de *Négociations*.

Christian Sicot : chef de service de réanimation de l'hôpital d'Eaubonne-Montmorency (1974-2003) ; secrétaire général du SOU Médical groupe MACSF (1993-2008) ; directeur de la rédaction de la Revue *Responsabilité* (2003-2008) ; président de l'association La Prévention Médicale (2005-2008).

Daniel Soulez Larivière : avocat au barreau de Paris depuis 1965 ; chargé de mission au cabinet d'Edgard Pisani (ministre de l'Équipement et du Logement) de 1966-1967 ; deuxième secrétaire de la Conférence du stage (1969) ; ancien membre du Conseil de l'Ordre (1988 à 1990) ; membre du comité consultatif pour la révision de la Constitution en 1992-1993, et de la Commission de réflexion sur le statut pénal du président de la République en 2002-2003, du Conseil d'orientation du Centre de prospective de la gendarmerie de 1999 à 2001, de la Société des Juristes français, et vice-président de l'Association internationale des avocats de la défense depuis 1999 ; auteur de douze ouvrages, le dernier paru est *Le Temps des victimes* (en collaboration avec Caroline Eliacheff), Albin Michel, 2007.

Diffusion janvier 2010