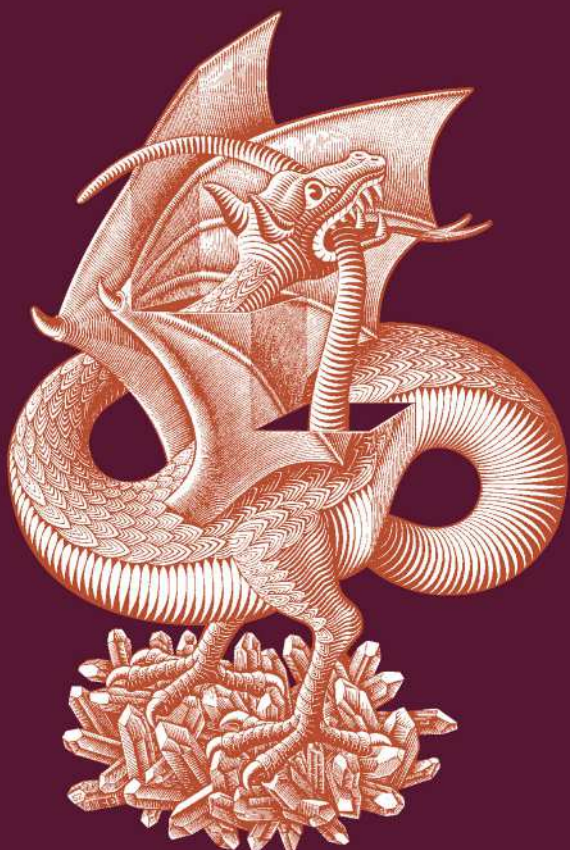


Christian Morel

# LES DÉCISIONS ABSURDES II

COMMENT  
LES ÉVITER



Gallimard Bibliothèque  
des sciences  
humaines

Extrait de la publication

*Bibliothèque  
des sciences humaines*

CHRISTIAN MOREL

LES DÉCISIONS  
ABSURDES II

COMMENT LES ÉVITER

*nrf*

GALLIMARD

© *Éditions Gallimard, 2012.*

Extrait de la publication

*Je dédie ce livre aux femmes et aux hommes de l'aéronautique, des professions de santé, de la marine, des forces sous-marines, de la protection civile, des sports de montagne, de la production nucléaire d'électricité, des industries mécaniques et de la production théâtrale, dont les retours d'expériences heureuses ou difficiles ont nourri ma réflexion*

*Et à mon petit-fils Robinson*



Qui pense peu se trompe beaucoup.

LÉONARD DE VINCI,  
*Carnets.*





## INTRODUCTION

### *Vers la fiabilité*

La rage de se tromper ne laisse pas de surprendre. Sait-on qu'aux États-Unis, quarante fois par semaine, des médecins se trompent d'individu ou de zone corporelle lors d'une intervention chirurgicale ? Apprenant cette fréquence de la bouche même du président de la Joint Commission américaine, agence fédérale de certification des activités de santé, lors d'une convention sur la fiabilité tenue à Washington en avril 2011, je crus avoir mal compris et lui fis répéter. J'avais bien entendu : aux États-Unis, environ 2 080 erreurs de côté ou d'identité sont commises chaque année dans les salles d'opération. Pour le reste de la planète, on peut évaluer la fréquence de cette erreur absurde à 200 par semaine au minimum, soit 10 400 cas chaque année, alors même qu'une opération est par définition une activité dangereuse et que ceux qui la pratiquent sont sur leurs gardes. Ce seul exemple en dit long sur la propension à se tromper dans l'exercice des activités humaines.

Dans mon ouvrage paru en 2002, *Les Décisions absurdes*, j'ai identifié et analysé les mécanismes qui conduisent individus et organisations à produire avec constance des erreurs « radicales et persistantes ». Derrière ce que l'on attribue trop souvent à la fatalité se cachent en réalité des décisions dont l'homme est seul responsable. Si les réacteurs 1 à 4 de la centrale nucléaire de Fukushima avaient été construits sur une plate-forme plus élevée, ils n'auraient pas été gravement endommagés. Si les générateurs diesel des réacteurs 1 à 5 avaient été refroidis par

air et non par eau, ils auraient continué à fournir de l'électricité. Voici ce qu'en dit Philippe Jamet, commissaire de l'Autorité de sûreté nucléaire française :

Il y a six réacteurs à Fukushima. Les réacteurs 5 et 6 ont été en difficulté à certains moments, mais fondamentalement ils n'ont pas eu trop de problèmes. Pourquoi ? D'abord, parce que la plate-forme sur laquelle ils sont situés est plus haute que la plate-forme des réacteurs 1 à 4. Mais aussi, concernant la tranche 6, parce qu'elle avait un générateur diesel refroidi non par l'eau, comme les diesels des cinq autres tranches, mais par l'air. Donc, non seulement le générateur diesel du réacteur n° 6 n'a pas été inondé, mais en plus il a continué à être refroidi et à fournir de l'électricité. Ce qui n'était pas le cas des diesels refroidis par l'eau, étant donné que toutes les pompes à eau étaient hors service<sup>1</sup>.

Ces cas nous rappellent que se tromper est une constante fondamentale de l'action. Mais certains acteurs sociaux ne restent pas inactifs devant leur penchant pour les décisions absurdes : ils cherchent des solutions et les mettent en œuvre. Du fait de son exposition élevée au risque, l'aéronautique a été et continue d'être particulièrement active dans ce domaine. C'est dans ce secteur économique que sont apparus de premiers anticorps, comme la communication sécurisée, qui désigne le langage standardisé et redondant, la formation aux facteurs humains, la non-punition des erreurs ou les retours d'expérience systématiques. La médecine, confrontée à un taux d'erreurs élevé, avec des cas particulièrement aberrants, comme ceux que nous venons de citer, a engagé une réflexion approfondie sur les « événements indésirables » et initié des processus correcteurs inspirés notamment de l'aéronautique.

Dans le même temps, les sociologues de l'école américaine dite des HRO (High Reliability Organizations)<sup>2</sup>, ou « organisations hautement fiables », dont nous reparlerons, ont apporté une importante contribution à la solution de ces problèmes en

1. Philippe JAMET, « Fukushima a montré que l'improbable est possible », entretien avec Cécile Klingler, *La Recherche*, n° 453, juin 2011.

2. Parfois traduit en français par HFO (haute fiabilité organisationnelle).

étudiant comment fonctionnent les organisations exposées à de très grands risques. Des catastrophes telles que celles de Three Mile Island, de Tchernobyl, de La Nouvelle-Orléans ou de la navette *Columbia* après celle de *Challenger* ont conduit à considérer que le combat livré aux décisions absurdes nécessitait des solutions d'ordre sociologique, et non uniquement technique. Des activités de loisir, comme le ski hors-piste confronté au risque d'avalanches ou l'alpinisme, en viennent à adopter des principes de fiabilité de la décision proches de ceux de la culture aéronautique. Et même des entreprises de biens et de services, comme dans l'automobile, l'électronique grand public ou l'industrie hôtelière, tentent de développer des solutions de fiabilité globales à travers une culture dite de « qualité totale ».

La dynamique de recherche et de mise en œuvre de processus destinés à éviter les erreurs radicales est assez récente. Si, dans l'aéronautique, la communication sécurisée s'est mise en place dès que le pilotage s'est professionnalisé après guerre, la formation des pilotes aux facteurs humains, quant à elle, ne remonte guère au-delà des années 1990. En France, dans l'armée de l'air, la politique de non-punition des erreurs n'a été officialisée qu'en 2006, et c'est tout récemment que la Haute Autorité de santé a adopté le principe de la check-list de bloc opératoire, laquelle n'est devenue obligatoire pour la certification qu'au début de 2010. Les premiers résultats de l'école des organisations hautement fiables datent du milieu des années 1990. Mon ouvrage *Les Décisions absurdes* a donc paru, en 2002, dans une période d'effervescence à la fois pratique et théorique sur les problématiques de la fiabilité. Celles-ci se sont encore enrichies depuis lors et ont acquis, pour certaines, la maturité.

## OBJECTIFS

En prolongeant et en généralisant ces problématiques récentes et diverses, cet ouvrage vise à identifier et analyser de façon synthétique les métarègles de la fiabilité permettant d'éviter les décisions absurdes. J'entends par métarègles les principes

généraux d'action ainsi que les processus maîtres et les modes de raisonnement communs qui forment une culture amont, ou modèle, de la fiabilité et sont indispensables à la fiabilité des décisions en aval. Dans la suite de l'ouvrage, j'utiliserai avec la même signification les expressions « métarègles de la fiabilité », « culture de la fiabilité » et « modèle de la fiabilité ».

La première partie est consacrée à des cas exemplaires, positifs ou négatifs, qui mettent en évidence ces métarègles, que la seconde partie reprend et développe de façon globale.

La fiabilité signifie que les décisions et actions sont conformes aux buts fixés. La fiabilité, c'est décider et agir de telle façon qu'un avion de ligne transporte ses passagers en toute sécurité ; qu'une centrale nucléaire délivre l'électricité sans fuite radioactive ; qu'un constructeur automobile conçoive, produise, vende des automobiles attractives et sûres et sauvegarde l'emploi de son personnel ; qu'une troupe d'acteurs rédige collectivement une comédie en vue du succès ; qu'un groupe de randonnée à ski hors-piste ne rencontre pas d'avalanches et revienne sain et sauf.

Mon objectif n'est pas de traiter des méthodes spécifiques, ponctuelles ou locales qui conduisent à la fiabilité. Il existe un très grand nombre d'outils pour cela, à commencer par ceux destinés à assurer la qualité des réunions ou visant à améliorer la sécurité des soins dispensés dans les établissements de santé. Je m'intéresse aux principes constitutifs d'une culture de la fiabilité, principes sans lesquels il est impossible de mettre au point de tels outils.

Les métarègles en amont sont nécessaires en ce que, sans elles, les outils spécifiques en aval sont inopérants. Pour reprendre l'exemple des outils d'aide à la tenue de réunions de qualité, si l'on n'applique pas, en même temps qu'eux, les métarègles du débat contradictoire et de la vérification du consensus, il est impossible d'aboutir à des réunions fiables. Si des chirurgiens continuent à commettre des erreurs de côté alors qu'ils utilisent la check-list de bloc opératoire, c'est parce qu'ils appliquent cette check-list de façon purement formelle et non selon la métarègle qui spécifie de la pratiquer de façon interactive. La

méthode Six Sigma<sup>1</sup> d'amélioration de la qualité dans les entreprises repose, comme d'autres politiques de qualité totale, sur l'analyse des processus. Mais si cette analyse ne respecte pas les principes amont de la fiabilité, comme le débat contradictoire, la diminution de la pression hiérarchique, l'attention portée aux erreurs de représentation ou le maintien des buts ultimes dans le progrès pas à pas, les processus seront en décalage avec la réalité. La méthode Six Sigma recourt à une cohorte d'animateurs affublés de noms empruntés à l'univers sportif : « champion », « ceinture verte », « ceinture noire », etc. Comme nous le verrons, il faut aussi des « avocats du diable ».

## APPROCHES

Le modèle synthétique que je propose incorpore différentes approches de la fiabilité.

Pour construire les métarègles de la fiabilité, je me réfère en premier lieu à l'*aéronautique* et sa vision globale de la sécurité : c'est une activité exposée au risque et où les accidents, bien que rares, comptent parmi les plus spectaculaires au monde dans un contexte d'extrême complexité. Les principes de l'aviation sont universels, non liés à un procédé technique. Si l'aéronautique a ressenti le besoin de développer la collégialité dans le cockpit, de sécuriser les communications verbales et visuelles et de former aux facteurs humains, il n'y a aucune raison pour qu'un comité de direction d'usine, une équipe de bloc opératoire ou un groupe de randonnée à ski hors-piste n'en tire pas les mêmes profits. Les métarègles de l'aviation appliquées à la médecine de pointe ont révélé leur stupéfiante efficacité. En France, sous l'impulsion du professeur René Amalberti, ancien médecin militaire dans l'armée de l'air, une passerelle a pu être établie entre les politiques de fiabilité de l'aéronautique et la médecine.

1. Méthode initiée par Motorola pour favoriser la qualité des processus de décision.

Je m'inspire en second lieu de l'approche HRO. Cette appellation recouvre les recherches et conclusions d'un groupe de chercheurs, dont Todd LaPorte, Karlene Roberts et Gene Rochlin ont été les initiateurs en 1984, qui ont adopté une démarche novatrice. Au lieu de s'intéresser aux erreurs et à leurs analyses, ils ont porté leur attention sur ce qui marchait bien. Par exemple, prenant en compte le fait qu'un porte-avions était à la fois l'endroit le plus dangereux au monde et celui où l'insécurité comptait parmi les plus faibles, ils ont passé plusieurs semaines sur deux porte-avions américains à identifier les mécanismes humains qui expliquent un tel degré de fiabilité. Cette approche a été étendue par cette école au contrôle aérien, aux incendies de forêt, aux unités de soins intensifs, etc.

La « sociologie politique des délibérations » est également un élément que je prends en considération dans l'élaboration des métarègles de la fiabilité. Les délibérations sont un élément essentiel des prises de décision. Des auteurs tels qu'Irving Janis, Graham Allison, Bernard Manin ou Philippe Urfalino se sont interrogés sur la fiabilité des délibérations dans les groupes de décision. Janis et Manin sont parvenus à la conclusion qu'un processus d'« avocat du diable » était indispensable pour préserver les délibérations des nombreux effets pervers qui les menacent. Urfalino a mis en cause la validité du consensus en proposant le concept de « consensus apparent ». La décision calamiteuse d'autoriser le lancement de la navette *Challenger*, en janvier 1986, a été le résultat d'une délibération dans laquelle l'absence d'avocat du diable et un consensus apparent, qui s'est en fait révélé inexistant, ont joué à fond.

Une approche de la fiabilité que je prends par ailleurs en compte est la « formation aux facteurs humains ». Celle-ci vise avant tout à optimiser le fonctionnement des groupes opérationnels sur les plans à la fois psychologique et sociologique. Appelée en aéronautique CRM (Crew Resource Management), elle peut s'appliquer, en principe, à toute forme d'organisation. Quand on sait que la formation aux facteurs humains a accéléré à elle seule de moitié la décroissance de la mortalité chirurgicale dans les hôpitaux américains qui l'ont adoptée, je crois que l'on ne peut plus la considérer comme accessoire. Au contraire,

elle doit être d'autant plus intégrée comme métarègle d'un modèle global de la fiabilité qu'elle interagit fortement avec les autres métarègles du modèle. La formation aux facteurs humains dans l'armée de l'air française, par exemple, se nourrit des retours d'expérience et de la non-punition des erreurs qui permet ces retours. Par le biais de séminaires de terrain, comme une base aérienne, cette formation conduit à des améliorations substantielles de la sécurité.

Une cinquième approche que j'intègre à mon modèle de fiabilité relève de la linguistique et de la sémiologie. La métarègle que j'en tire et que j'appelle « renforcement linguistique et visuel des interactions » est relativement simple. Elle renvoie tout aussi bien aux check-lists et aux confirmations verbales de type « bien reçu », qu'aux étiquettes utilisées par le management japonais, au marquage du côté à opérer, aux redondances écrites, aux verbalisations contrôlées, etc. Cette dimension du langage est étonnamment ignorée par la plupart des approches de la fiabilité actuelles, alors même qu'il s'agit, selon moi, d'une dimension stratégique essentielle. Dans la période récente, on s'est rendu compte que, associées aux blocs opératoires des hôpitaux, elles pouvaient réduire à elles seules de moitié la mortalité chirurgicale. Un guide de haute montagne, également chercheur en nivologie, a estimé qu'elles étaient le moyen de lutte le plus efficace contre le risque mortel pour les randonnées exposées au risque d'avalanche. Diane Vaughan, auteur d'un livre de référence sur la catastrophe de *Challenger*<sup>1</sup> et qui a revisité son étude dans un article postérieur<sup>2</sup>, aboutit à la conclusion que la faiblesse des signaux d'alerte, à la fois linguistiques et visuels, émis en direction des décideurs n'a pu empêcher la décision de lancement de la navette et la catastrophe subséquente. Elle invite en conclusion les organisations à former leurs membres « à produire des signaux précis et clairs qui puissent transmettre de manière adéquate les dangers propres à une situation<sup>3</sup> ». Le fait que l'auteur revienne sur cette

1. VAUGHAN, 1996.

2. ID., 2001, pp. 228-230.

3. *Ibid.*, p. 229.

catastrophe, après trois ans de réflexions, pour placer la question de la faiblesse des signaux devant beaucoup d'autres illustre l'importance du sujet.

Une autre perspective que j'insère dans mon modèle et qui fait généralement défaut dans les travaux sur la fiabilité est la « non-punition des erreurs » en vue de leur connaissance. Apparue dans l'aéronautique, où elle est devenue un principe généralisé et parfaitement explicite, y compris dans l'armée de l'air, sa diffusion dans d'autres contextes reste faible, et elle commence seulement à percoler dans les hôpitaux. Il s'agit pourtant d'un principe essentiel.

Au modèle classique de la fiabilité, j'ajoute encore une approche, celle de la « rationalité », c'est-à-dire les modes de raisonnement qui gouvernent la décision et l'action. On est ici au croisement de la psychologie, des sciences cognitives et des valeurs : comment réfléchir dans une organisation hautement fiable ? Des façons de raisonner liées à la fiabilité sont fortement présentes dans certains milieux. Par exemple, le risque de « destinationite », de « fascination de la cible », de « comportement balistique », autant d'expressions qui traduisent l'entêtement sur une décision, est fortement présent dans la conscience collective d'activités comme l'aéronautique. Dans certaines équipes, on évoque spontanément des « tunnels », des « angles morts », des « éléphants blancs » pour désigner le risque d'erreurs de représentation. Mais dans bien des groupes et organisations, l'idée que l'on puisse s'obstiner dans un aveuglement absolu fait totalement défaut à la conscience collective.

Un dernier point important doit être précisé. Ma démarche est avant tout sociologique mais, comme je cherche à pointer ce qui « marche », je suis en outre normatif. C'est également la démarche de l'école des organisations hautement fiables. La « sociologie du vrai », quand elle porte son regard sur les mécanismes humains et collectifs qui réussissent, est aussi une « sociologie du bien ». Mais cette « sociologie du bien » n'est pas une construction *ex nihilo*. Elle s'alimente ici aux sources de la « sociologie du vrai ».



## SOURCES

En plus de mon expérience d'une trentaine d'années dans de grands groupes industriels — j'ai notamment tenu le poste de responsable de la qualité totale de la fonction ressources humaines chez Renault pendant plusieurs années —, j'ai mis à contribution les sources suivantes :

— Publications académiques sur la sécurité, la sûreté, la fiabilité, la qualité dans l'aéronautique, la marine, les transports terrestres, la médecine, les centrales nucléaires, l'industrie, le management, le ski hors-piste.

— Rapports d'enquête et audits concernant des accidents relatifs à la conquête spatiale, l'aéronautique et la navigation sous-marine.

— Entretiens ponctuels, parfois accompagnés de visites ou d'observations directes, avec des acteurs dans les branches de l'aéronautique civile et militaire, la marine nationale, notamment sous-marine, la médecine hospitalière (chirurgie, anesthésie-réanimation), le management d'usine, la production nucléaire d'électricité et la production théâtrale.

Je ferai deux remarques concernant ces sources. Première remarque, la transparence relative aux problèmes de fiabilité est, dans certains domaines, beaucoup plus grande que ce à quoi l'on s'attendrait ; c'est là une mine pour le sociologue. Par exemple, on trouve sur Internet quantité de rapports, notamment le NASA/Navy Benchmarking Exchange, comportant plusieurs centaines de pages, dont seules quelques-unes ont été censurées, dans lequel la NASA compare son organisation et ses processus à ceux de la Marine américaine. On trouve également sur Internet non seulement tous les rapports d'enquête sur les catastrophes aériennes, mais aussi les accidents qui sont survenus dans l'armée de l'air française ou le programme détaillé de formation aux facteurs humains de l'US Air Force. Cette transparence inattendue a pour origine la législation américaine elle-même, qui oblige les informations financées sur fonds publics à être accessibles à tous les citoyens, mais aussi le principe de

large diffusion des retours d'expérience dans l'aéronautique qui, par contagion, a entraîné une transparence inhabituelle des informations concernant les forces aériennes. Dans d'autres cas, comme l'enquête sur la fausse accusation d'espionnage chez Renault et celle sur la catastrophe d'AZF, pour ne citer que deux exemples, l'information sur les événements indésirables est beaucoup moins facile à obtenir. Sans aller jusqu'à parler de rétention d'information, celle-ci est beaucoup moins aisément consultable.

Ma seconde remarque est que la qualité des informations sur les accidents est très variable d'une enquête à une autre. Ainsi la prise en compte des facteurs humains dans les accidents comporte-t-elle des disparités. Le rapport sur la désintégration de la navette spatiale *Columbia* comprend tout un chapitre sur les facteurs humains relatifs aux prises de décision. En France, le BEAD-air (Bureau enquêtes accidents Défense-air), qui dispose d'une forte tradition psychosociologique, porte une grande attention aux facteurs humains, alors que le BEA (Bureau d'enquêtes et d'analyses pour la sécurité de l'aviation civile), composé uniquement d'ingénieurs, ne leur consacre qu'une place modeste. Plus généralement, les enquêtes du NTSB (National Transportation Safety Board) américain et de son homologue canadien le BST (Bureau de la sécurité des transports du Canada) se révèlent d'une rare qualité, et leurs monographies surpassent bien des productions académiques, caractéristiques que l'on n'observe pas toujours dans les enquêtes d'autres domaines.

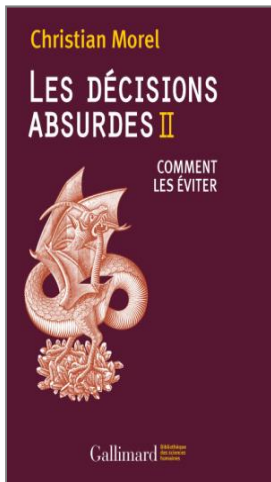
*Première partie*

DES DÉCISIONS ABSURDES  
AUX DÉCISIONS FIABLES



PAUL YONNET : *Travail, loisir. Temps libre et lien social.*

PAUL YONNET : *Famille I. Le recul de la mort. L'avènement de l'individu contemporain.*



# Les Décisions absurdes II. Comment les éviter Christian Morel

Cette édition électronique du livre  
*Les Décisions absurdes II. Comment les éviter* de Christian Morel  
a été réalisée le 31 juillet 2013  
par les Éditions Gallimard.

Elle repose sur l'édition papier du même ouvrage  
(ISBN : 9782070135080 - Numéro d'édition : 185089).

Code Sodis : N49970 - ISBN : 9782072450143

Numéro d'édition : 232877.