

# Modalités de prévention et de retour sur l'erreur dans deux univers clos et sous pression

## Analysis and prevention of errors in closed and under-pressure systems

N. Lerolle · J. de Saint-Quentin

Reçu le 12 janvier 2012 ; accepté le 1 mars 2012  
© SRLF et Springer-Verlag France 2012

**Résumé** Un service de réanimation et un bâtiment de combat de la Marine nationale présentent quelques similitudes : rapport à la mort, service continu, fatigue, stress et univers très technicisé. Ces similitudes incitent à comparer les modalités de prévention et de retour sur l'erreur, pour identifier les problèmes communs et échanger des idées d'amélioration. Malgré des modalités manifestement différentes, le problème central de la culpabilisation est un frein commun à l'établissement d'un système de progrès fondé sur l'analyse des dysfonctionnements.

**Mots clés** Erreur · Réunion de morbidité · Réanimation · Marine militaire

**Abstract** An intensive care unit and a warship share some similarities: proximity to death, operating 24/7, fatigue, tension, and preeminence of high-technology. These similarities encourage to compare methods to prevent and analyse errors in both systems. A comparison was intended to identify common problems and exchange ideas for improvement. Despite clearly different systems, the central problem of guilt is a common obstacle to the establishment of a system of progress based on the analysis of malfunctions.

**Keywords** Error · Intensive care unit · Warship · Morbidity–mortality conferences

---

N. Lerolle (✉)  
Département de réanimation médicale et de médecine hyperbare,  
CHU d'Angers, F-49933 Angers, France  
e-mail : Nicolas.lerolle@univ-angers.fr

J. de Saint-Quentin  
Capitaine de corvette,  
officier stagiaire à l'École de Guerre, 1-21, place Joffre,  
F-75007 Paris, France

## Introduction

Selon Alphonse Allais, « *l'avantage des médecins, c'est que lorsqu'ils commettent une erreur, ils l'enterrent tout de suite...* ». Sous cet aphorisme léger se cache le rapport essentiel de certains métiers à la mort et aux conséquences dramatiques des erreurs. Les réanimateurs sont évidemment confrontés à cette problématique, mais d'autres métiers la partagent, notamment les marins embarqués sur les bâtiments de combat. Au-delà de cette caractéristique fondamentale, le réanimateur et le marin d'État partagent des environnements comparables et des valeurs communes.

Un service de réanimation comme un bâtiment de combat sont d'abord des univers clos. On n'en sort qu'une fois le service terminé et le fonctionnement est continu, nuit et jour. Une certaine promiscuité y règne, qui révèle les caractères et peut pousser à la faute, l'accélérer ou l'amplifier. Ces lieux sont dominés par l'urgence : enjeux de vie et de mort y prévalent. La prise de décision doit donc y être rapide et au moins partiellement intuitive ; la prise de risque jamais totalement absente. Ces deux univers sont également caractérisés par des interactions importantes entre facteurs humains et un univers extrêmement technicisé (Fig. 1). Un service de réanimation, comme un bâtiment de combat, est enfin un environnement où la fatigue (nuits de garde, quarts ou bordées de nuit) est un facteur important dans la qualité des décisions prises.

Ensuite, dans une société où les outils statistiques permettent de modéliser la plupart des risques (assurances...), où le coût financier pour les réduire — ou les augmenter — est connu (tolérances industrielles...), les deux organisations étudiées se distinguent en ce que certaines erreurs ne sont à aucun prix acceptables, dès lors qu'il s'agit de vie humaine ou encore d'intérêt supérieur de la nation. Une éthique professionnelle particulière découle de ces enjeux particuliers, pour laquelle, du moins théoriquement, c'est l'efficacité et non pas l'efficience qui est recherchée. Ainsi, alors que la rentabilité est un des objectifs affichés



**Fig. 1** En haut, central opération d'un bâtiment de la Marine nationale en opération. En bas, une chambre d'un service de réanimation. Crédit photo Guépratte

de la société moderne, nos activités respectives s'accommodent mal de cette exigence.

Compte tenu de ces similitudes, et malgré les différences, il a paru intéressant de comparer les modalités de prise en compte de l'erreur entre ces deux univers, afin de déterminer si certaines des solutions développées dans un de ces univers pourraient être applicables et profitables à l'autre. Cet article a pour but d'être lu autant par les marins que par les médecins et sera publié conjointement dans les revues *Réanimation* (Société de réanimation de langue française) et *La Hune* (Centre d'étude supérieure de la Marine).

### Définition du champ de l'erreur dans les deux univers

L'erreur fait intégralement partie du fonctionnement humain. Elle est inéluctable. Les théoriciens du concept d'erreur l'ont

défini, en intégrant cette notion d'inéluctabilité, non sous l'angle de la faute mais comme un écart par rapport à une performance visée. Il est bien établi que la probabilité d'erreur augmente avec la complexité des situations et le contexte d'urgence [1]. L'erreur concerne donc particulièrement les deux milieux que nous abordons ici. Néanmoins, le contenu de ce concept d'erreur et les conséquences qui en découlent éventuellement sont bien évidemment différents dans les deux univers.

En milieu de réanimation, le concept d'erreur peut s'entendre au sens humain strict mais peut aussi englober, dans une approche plus large, les problèmes matériels, les effets secondaires des médicaments, les infections nosocomiales... et recouvre ainsi l'intégralité du spectre de la iatrogénie. De nombreux articles récents ont bien décrit en réanimation la fréquence et l'impact en termes de morbidité et de mortalité de ces « écarts de performance », le plus souvent référencés sous l'appellation d'« événements indésirables » [2–4]. Le problème de ces erreurs/événements indésirables est un véritable enjeu de santé publique. Les études récentes ont montré que près d'un tiers des patients en réanimation subissent au moins un événement indésirable au cours de leur séjour et que 10 % des décès étaient associés à la survenue préalable d'un événement indésirable infectieux (pneumopathie acquise sous ventilation) ou mécanique (pneumothorax, extubation accidentelle...) ayant pu contribuer au décès du patient [2–4]. À côté de ces « événements indésirables », les variations de pratiques, diagnostiques et thérapeutiques par rapport aux objectifs définis par les sociétés savantes, peuvent également être considérées comme des erreurs de prise en charge. À titre d'exemple, il a été observé que dans les hôpitaux nord-américains, la première dose d'antibiotique dans les infections pulmonaires n'était administrée dans les quatre heures de la prise en charge — suivant les recommandations —, que dans 36 à 68 % des cas [5]. La conformité du choix antibiotique par rapport aux recommandations nationales n'était obtenue que dans 45 % des cas. Il est donc indéniable que, dans nos milieux de réanimation, les « écarts de performance » sont des événements fréquents et associés à des conséquences importantes.

Le navire de guerre (ou « bâtiment de combat » en jargon naval) se distingue par une faible exposition relative de l'individu aux conséquences de ses erreurs, pour deux raisons. D'abord, si l'engagement ultime est la raison d'être du militaire, les moyens de guerre moderne (missiles, torpilles, mines...) sont conçus pour sceller en quelques secondes le sort d'un équipage uni, qui, collectivement, est susceptible de donner sa vie comme d'infliger la mort. À l'exclusion de ce moment décisif, la faute individuelle n'a donc souvent aucune conséquence grave. Il est ainsi loisible, à l'entraînement, d'accumuler les erreurs et d'en tirer profit pour améliorer la performance collective.

Ensuite, la nature de l'engagement est telle qu'en situation d'entraînement, il est parfois difficile de mesurer le bien-fondé de telle ou telle action, faute d'en déterminer les conséquences concrètes face à un adversaire absent. Ainsi, la caractérisation d'une erreur (comme écart par rapport à une norme donnée, cf. supra) est souvent malaisée, et cette difficulté est augmentée par la multiplication des actions individuelles qui contribuent chacune à un dessein collectif.

Néanmoins, au-delà de ce risque militaire, l'environnement marin dans lequel évolue le bâtiment de combat l'expose à une autre famille de risques, ceux-là quotidiens : les risques nautiques (à titre de comparaison, le métier de marin-pêcheur est celui qui possède la probabilité de mort accidentelle la plus élevée au monde : 24 000 morts en 2008, soit 1 sur 500 — source : *United Nations Food and Agriculture Organisation* —) : collision, échouement, naufrage... Ces conséquences funestes sont heureusement rares ; il n'en reste pas moins que plusieurs bâtiments actuellement en service se sont déjà échoués au moins une fois, ont connu des situations d'homme à la mer réelles (par opposition aux exercices), sans compter des incidents plus bénins comme les « accidents de quai », accostages occasionnant des dommages matériels. À l'inverse du monde médical, il n'existe d'ailleurs pas de statistiques publiées permettant de mesurer l'ampleur réelle et la fréquence de ces problèmes. À titre d'exemple, on peut relater le passage en 1998 du porte-hélicoptères « Jeanne d'Arc » dans le cyclone Mitch, occasionnant de nombreux dégâts matériels (voies d'eau, pannes électriques, cloisons fissurées, tôles enfoncées, Fig. 2). Ces



**Fig. 2** En 1998, une interprétation difficile des cartes météorologiques conduisit le porte-hélicoptères « Jeanne d'Arc » sur la route du cyclone Mitch. Les conditions de mer associées à des vents de plus de 290 km/h provoquèrent de nombreux dégâts à bord. Le bâtiment d'accompagnement (frégate « Duguay-Trouin »), où l'analyse des cartes avait été plus chanceuse, avait dévié sa route de quelques dizaines de milles nautiques et n'avait pas rencontré de difficulté aussi importante. Crédit photo JDA

avaries se sont heureusement révélées sans conséquence de long terme sur sa mission, notamment, comme on le verra infra, grâce aux nombreuses actions « réflexes » acquises grâce à un entraînement répété.

## Éviter l'erreur : place de l'entraînement et des procédures de qualification

La Marine nationale a mis en place une organisation centralisée de prise en compte du « retour d'expérience », d'entraînement et de vérification des compétences. Chaque commandement de force maritime (bâtiments de surface, sous-marins, aéronautique navale, fusiliers et commandos) possède ainsi une division « entraînement », chargée de qualifier les équipages de chaque unité périodiquement (le plus souvent annuellement, mais également à des occasions particulières comme un turn over de personnel important), en envoyant à bord, pour une période de quelques semaines, une équipe d'« entraîneurs ». Ces entraîneurs sont des officiers et des officiers mariniers particulièrement expérimentés, ayant acquis une légitimité particulière dans un cursus opérationnel réussi et ayant vocation à retourner dans les forces assez rapidement (deux à trois ans). Sous leur direction sont conduits des exercices couvrant un large spectre de situations (hommes à la mer, incendies, voies d'eau, attaques terroristes...). Chaque exercice est préparé par un rappel de la doctrine en vigueur, exécuté, débriefé et répété jusqu'à ce qu'un niveau préétabli qualifiant soit atteint (Fig. 3).



**Fig. 3** Entraînement qualifiant de récupération d'un homme à la mer. Crédit photo Guépratte

Ce niveau de base est ensuite entretenu par le suivi d'une norme mensuelle d'entraînement qui garantit que l'équipage répète ces exercices régulièrement, sous le contrôle cette fois de ses cadres les plus expérimentés. Cette norme est composée de quelques centaines d'« actions » standardisées de difficultés variables (par exemple : feu de moteur de propulsion élémentaire, feu de moteur supérieur, feu de moteur qualifiant), qui permettent d'établir un taux de qualification opérationnelle, exprimé en pourcentage et divisé en grands domaines de compétence (lutte sous la mer, conduite nautique, sécurité incendie...). L'obtention puis le maintien de ce socle d'aptitudes minimales conditionnent la capacité du bâtiment à être déployé en zone d'opérations. Le renouvellement des personnels (40 % des officiers mariniers et matelots ont moins d'un an d'expérience au poste qu'ils occupent) rend crucial cette vérification permanente du niveau d'exigence. Des réserves dans certains de ces domaines peuvent justifier un entraînement ciblé supplémentaire, voire en cas de déficience plus grave l'ajournement du déploiement d'un bâtiment.

À l'inverse de la marine, le milieu de la réanimation n'est pratiquement pas soumis à ces procédures d'entraînement, nos services fonctionnant en permanence en « mode réel ». Les entraînements par simulation, très développés pour l'anesthésie et en cours de mise en place pour la réanimation, concernent essentiellement la formation initiale.

L'absence des cycles récurrents de qualification, individuelle ou collective, par des pairs extérieurs sur nos pratiques propres de réanimation, par exemple l'application effective des recommandations des sociétés savantes, est une différence majeure avec l'univers de la marine mais cette fois non justifiée par une différence d'activité. Finalement, après la période de formation initiale aboutissant à la délivrance d'un diplôme universitaire qualifiant, il n'existe plus de requalification passant par une vérification que les pratiques sont conformes à l'état le plus récent de l'art. À l'extrême inverse, le code de déontologie médicale établit même chaque médecin en seul juge de ses pratiques en stipulant que le médecin est « libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance » (Article R.4127-8 du code de la santé publique).

Il apparaît ainsi que c'est à chaque service de déterminer et de mesurer son niveau d'exigence par rapport à l'état de l'art, éventuellement sous forme de procédures internes et de confrontations entre collègues dans le cadre des réunions de service. À l'échelle de l'hôpital, les procédures d'accréditation par la Haute Autorité de santé imposent certaines modalités de fonctionnement mais celles-ci n'impactent qu'indirectement nos modalités de prise en charge des patients.

## Structure d'analyse et de retour sur l'erreur

Dans la Marine nationale, les erreurs les plus marquantes peuvent faire l'objet de comptes rendus spécifiques (*debriefings* verbaux informels, fiches écrites), dont l'analyse permet l'évolution de la doctrine et l'évolution des entraînements futurs. Dans les cas les plus favorables, ces comptes rendus, appelés « fiches d'incidents évités », sont volontaires, anonymes et garantis sans conséquence disciplinaire par la division « entraînement ». Ils viennent alors enrichir une base de données de « cas d'école », étudiés chaque année dans le cadre de « journées de la sécurité » dédiées. Ainsi, sur chaque bâtiment de la Marine nationale sont organisées annuellement une « journée de sécurité nautique », une « journée de sécurité aérienne », une « journée de sécurité de la plongée » etc.

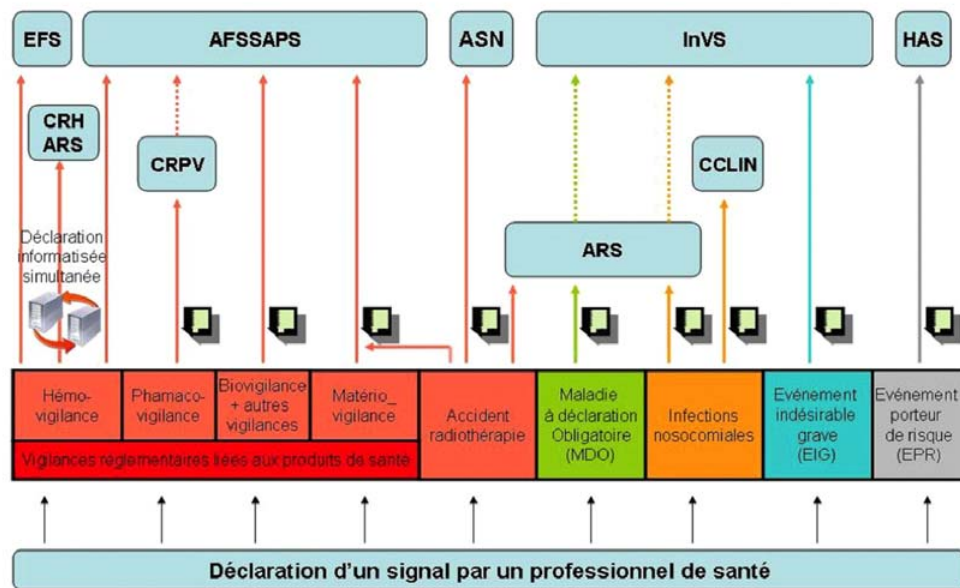
Dans les cas plus graves (accidents « avérés »), outre les conséquences disciplinaires, voire judiciaires dans certains cas (atteintes à l'intégrité physique, dommages matériels importants résultant d'une négligence avérée...), les dysfonctionnements sont analysés par une cellule dite « RétEx » (retour d'expérience), distincte de la division « entraînement », selon un processus déterminé en cinq étapes :

- l'observation du dysfonctionnement sous forme d'un rapport écrit demandé aux principaux protagonistes ;
- la mise en évidence des causes du dysfonctionnement ;
- la mise au point de « meilleures pratiques » permettant a priori d'éviter ce dysfonctionnement ;
- l'expérimentation et la validation de ces solutions dans des conditions identiques ;
- enfin, la dissémination de ce retour d'expérience au sein des unités concernées : suivant le niveau, bâtiments de même type, tous bâtiments, voire même nations étrangères ; les structures militaires de l'Organisation du traité de l'Atlantique Nord (OTAN) possèdent à cet effet un centre spécialisé, le JALLC (*Joint analysis lessons learned centre*), qui met en commun ce retour d'expérience dans une base de données accessible à toutes les marines affiliées.

Enfin, il est important de préciser qu'afin de garantir la rigueur et l'objectivité du processus, ces différentes phases ne relèvent pas des mêmes niveaux de responsabilité : si l'observation (phase 1) est le fait de toute unité, l'analyse (phases 2, 3 et 4) celle des structures dédiées, la validation des solutions et le choix des destinataires (phases 4 et 5), par leurs conséquences relèvent du niveau de commandement supérieur.

Dans le monde médical, à partir du constat de la fréquence et de l'impact des erreurs ou événements indésirables, le retour sur erreur dans un but d'amélioration des pratiques est devenu un enjeu majeur. On peut distinguer les structures « institutionnelles » organisées de l'échelon

### Signalement : les circuits



P3S Médiateur de la République, Janvier 2011

**Fig. 4** Structures institutionnelles de déclaration et traitement des erreurs en médecine. *AFSSAPS*: Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ; *ARS* : Agence régionale de Santé ; *ASN* : Autorité de sûreté nucléaire ; *CCLIN* : Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales ; *CRH* : Compte rendu d'hospitalisation ; *CRPV* : Centre régional de pharmacovigilance ; *EFS* : Établissement français du Sang ; *HAS* : Haute Autorité de santé ; *InVS* : Institut national de veille sanitaire.

local jusqu'à l'échelon national et les structures locales, sous la forme des réunions de morbidité (RMM).

Les structures institutionnelles de prises en charge de l'erreur/événements indésirables souffrent d'une complexité certaine malgré la réforme de 2009 (loi « Hôpital, patients, santé, territoires » [HPST] du 21 juillet 2009) (Fig. 4), cinq dispositifs de signalement coexistant et empruntant des circuits différents [6]. Ces structures reposent sur l'obligation légale pour les acteurs de terrain de déclarer les événements indésirables graves et sur la recommandation de déclarer les « événements porteurs de risques (EPR) » ou « presque accidents ». Ce principe de déclaration volontaire a pu prouver récemment à la fois sa pertinence mais aussi sa limite dans la situation des médicaments anorexigènes, dont les cas de valvulopathies induites ont pu passer inaperçus pour beaucoup de praticiens [7].

En dehors des situations pour lesquelles la culture de la déclaration est bien installée et où les structures de déclarations sont intriquées avec la pratique quotidienne (hémovigilance, Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales [CLIN]), l'interaction entre les réanimateurs et les différentes structures institutionnelles semble faible. Ainsi dans une étude française récente, les événements indésirables liés aux procédures de réanimation, aussi bien infectieuses que mécaniques, étaient enregistrés

de manière prospective sur une réanimation médicale et une réanimation chirurgicale pendant un an. Plus de 505 événements indésirables étaient notés, dont 33 jugés comme graves, associés à 24 décès, néanmoins, aucun des événements indésirables mécaniques n'a fait l'objet d'une déclaration auprès d'une quelconque structure institutionnelle, à l'inverse des cas d'infections nosocomiales, surveillées par le CLIN local ([4] et données N. Lerolle).

En complément des structures institutionnelles, il a donc paru opportun de développer au sein de chaque service une modalité complémentaire de retour sur les erreurs sous forme de RMM permettant une analyse des situations au plus proche des acteurs. Initialement conçues comme des outils pédagogiques, les RMM se sont imposées dans de nombreux pays comme une démarche majeure pour l'amélioration de la sécurité des soins. L'impact positif des RMM a été mis en évidence par plusieurs publications. Par exemple, à l'échelle d'un établissement, des auteurs ayant instauré une RMM systématique de tous les décès ont suggéré que cette procédure a permis de diminuer la mortalité de 21 % en cinq ans [8].

La RMM est un moment d'analyse collective au sein d'un service ou d'une unité, au cours d'une réunion spécifique, d'un événement indésirable (décès ou complication morbide) destiné à statuer sur le caractère évitable de cet

événement et, en cas d'évitabilité reconnue par le groupe, d'identifier les causes immédiates et organisationnelles. Les RMM doivent réunir en pratique tous les soignants d'un service (médecins, infirmier(ière)s, aides-soignants, cadre de santé, étudiants...) pour discuter sans notion de relation hiérarchique de quelques cas choisis afin de déterminer la succession des événements ayant abouti à une erreur afin de pouvoir l'analyser. La mise en place des RMM s'inscrit dans la certification des établissements de santé (V2 de l'accréditation). Dans le cadre de cette accréditation, l'analyse de la mortalité-morbidité devient une obligation pour les secteurs d'anesthésie, de réanimation, de chirurgie et de cancérologie à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010).

### Objectifs théoriques du retour sur l'erreur

Les objectifs principaux des modalités de retour sur l'erreur sont de tirer profit de celles-ci pour améliorer nos modes de fonctionnement, apprendre et comprendre individuellement et collectivement, créer une culture de sécurité.

Le but de la culture de la sécurité est évidemment d'entraîner une diminution du nombre d'erreurs humaines. Mais au-delà, l'erreur humaine étant par nature inévitable, l'objectif ultime n'est pas de viser à l'objectif irréalisable de l'absence d'erreurs mais de diminuer le nombre d'erreurs systémiques, c'est-à-dire à rendre infaillibles les systèmes dans lesquels travaillent des hommes par nature faillibles. Pour atteindre un niveau de sécurité acceptable, la solution consiste à protéger la chaîne de production des erreurs humaines qui surviendront malgré tout. Ce raisonnement s'inscrit dans la lignée de l'accident vu comme une conjonc-

tion d'erreurs humaines et systémique développé par Reason (théorie du gruyère, Fig. 5).

Le développement de la culture de la sécurité et du retour sur l'erreur requiert souvent une modification du mode de fonctionnement des relations humaines et hiérarchiques. Le problème est culturel bien au-delà de la simple mise en place d'une nouvelle réunion. Westrum a schématisé trois grands types de mode d'organisation [10] : le mode pathologique où l'objectif principal est la satisfaction des objectifs personnels de quelques-uns, le mode bureaucratique où l'objectif est l'adéquation à des règles de fonctionnement et le mode « génératif » où l'objectif est l'accomplissement d'une mission. Dans le mode d'organisation pathologique, l'information de la survenue d'une anomalie est cachée, les messages de cette information sont « tués », les responsabilités sont enfouies, toute généralisation de l'information est proscrite, les erreurs sont couvertes et les idées nouvelles sont ignorées. Dans le mode bureaucratique, l'information est ignorée, les messages tolérés, la responsabilité est compartimentée, la généralisation est retardée au maximum, les erreurs sont imputées à des personnes et sanctionnées, les nouvelles idées sont débattues dans un agenda à long terme (groupe de travail...). Dans le mode dit « génératif », l'information est recherchée, les messages encouragés, la responsabilité est partagée, la généralisation est précoce, les erreurs donnent lieu à des enquêtes au-delà des personnes, et les nouvelles idées sont immédiatement débattues [10].

### Difficultés du retour sur l'erreur

Dans le monde médical, plusieurs freins au développement d'une culture de retour sur l'erreur peuvent être identifiés.

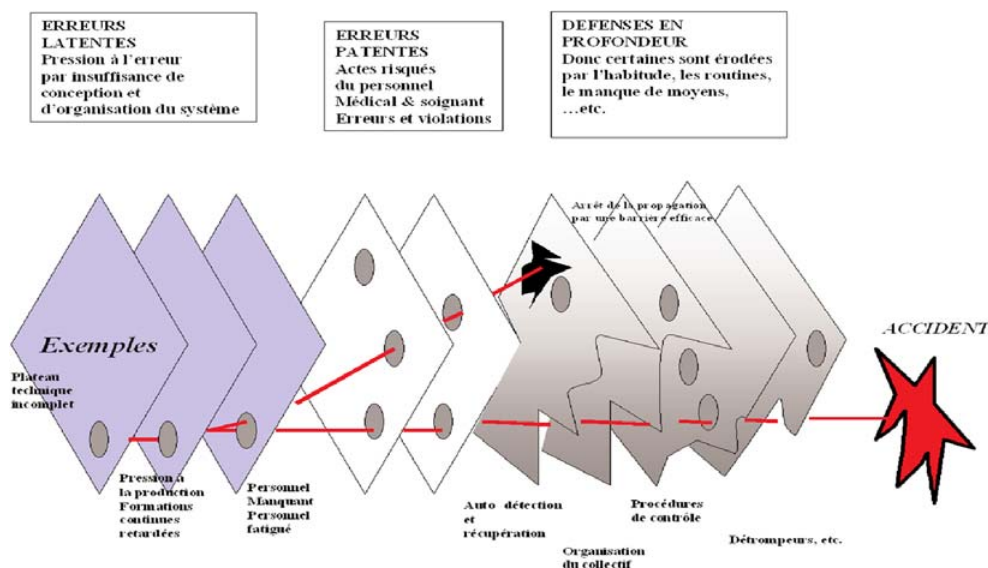


Fig. 5 Modèle dynamique de survenue d'un accident de James Reason, traduit par Amalberti et Pibarot [9]

Les limites des structures institutionnelles ont déjà été abordées. L'instigation et plus encore le maintien d'une RMM de manière pérenne et efficace dans nos services se heurtent à plusieurs écueils [11] :

- recherche de culpabilité individuelle. Il est encore difficile, voire impossible dans notre culture de dissocier la notion d'erreur de la notion de faute et de la culpabilité individuelle. Il est donc difficile pour les acteurs impliqués dans une situation ayant abouti à un événement indésirable de ne pas se sentir culpabilisé lors de la présentation d'un cas devant une assemblée. De manière symétrique, il peut être extrêmement tentant pour les « auditeurs » d'attribuer l'origine d'une erreur à un intervenant. Ce point est une limite à la recherche en des causes en profondeur qui imposent une remise en cause collective souvent plus difficile qu'une remise en cause personnelle de l'auteur ;
- culture de la méfiance et de l'affrontement. La RMM peut devenir un lieu d'affrontement entre différents personnels soignants déjà en conflit. Indépendamment des conflits préexistants, l'expérience montre que les RMM sont difficiles à instaurer dans les services où la structure hiérarchique est forte, la mise en évidence d'erreurs pouvant être vécue comme une remise en cause de ces structures lorsque les personnes à leur tête sont impliquées dans les discussions des cas. Au mieux, ces situations conduisent à l'absentéisme systématique de certains membres de l'équipe, au pire transforment les RMM en lieu d'affrontement [12]. Ce point est particulièrement important et est à l'origine de l'arrêt des RMM dans de nombreux services ;
- crainte d'une mise en cause juridique. Une analyse débouchant sur la mise en évidence d'une erreur évitable pourrait théoriquement encourager l'action de la justice, et cette crainte constitue pour certains un argument allant à l'encontre des RMM. Néanmoins, avec plusieurs années de recul en France, il n'y a pas eu encore d'utilisation des discussions de RMM à but judiciaire ;
- crainte de la perte d'indépendance et refus des logiques « industrielles ». La mise en public des pratiques peut faire craindre d'orienter la pratique individuelle indépendante vers une pratique normative où la responsabilité individuelle n'est plus que celle de l'application de consignes. Cette crainte de la perte d'indépendance débute souvent face à la surabondance de procédures médicales ou paramédicales (et bien que la connaissance médicale n'autorise encore que peu de recommandations fondées sur des preuves). Les procédures d'analyse des erreurs souvent jugées à l'aune de ces procédures peuvent légitimement paraître comme le degré ultime de cette perte d'indépendance [13]. Cette perte est vécue comme une remise en cause de la relation individuelle humaine entre soignant et patient, très spécifique de la médecine. La peur de la perte d'indépendance relève aussi de l'intrusion de procédures « industrielles » dans un milieu

où relation individuelle et qualité des savoir-faire sont vécues comme un artisanat, au sens noble du mot ;

- redondance avec d'autres instances de discussion. Dans nos services de réanimation, les erreurs de prises en charge sont fréquemment rapidement repérées et discutées lors des réunions médicales quotidiennes. Ce point est positif, mais ces réunions quotidiennes ne permettent généralement pas une analyse approfondie des causes des erreurs, analyse qui est l'objet même des RMM ;
- cloisonnement des secteurs entre les différents services. Une limite à la performance des RMM, même bien conduites, est le cloisonnement fréquent de l'analyse des erreurs à un seul service, alors que de nombreuses situations impliquent de nombreux intervenants tout au long du parcours d'un patient. Le risque de conflit entre services est une limite à la réalisation de RMM transversales.

Comme on l'a vu plus haut, le caractère fortement hiérarchisé de la Marine nationale facilite la mise en place de structures communes (divisions « entraînement », cellules « RétEx »), leur caractère incontournable (seul un bâtiment qualifié peut être déployé en opérations) et la forte implication du commandement dans l'application des procédures de recueil, d'analyse et de prise en compte du retour d'expérience. Malgré cela, les freins humains et organisationnels évoqués ci-dessus sont, dans une large mesure, également applicables à cette organisation.

D'abord, l'amalgame entre erreur et culpabilité individuelle, largement consubstantiel à la culture latine, peut être exacerbé dans un univers où tous les marins, issus des mêmes écoles et concentrés dans quelques ports majeurs, se connaissent tous et où l'anonymat est difficilement garanti. Le marin n'accepte pas toujours volontiers de reconnaître son erreur, et encore moins qu'un tiers, fut-il hautement qualifié, tente de le lui faire admettre. Il l'acceptera d'autant moins qu'il se sait à la merci du « on-dit », de conséquences professionnelles négatives, voire d'une sanction disciplinaire.

Ensuite, « le besoin crée la compétence » : les exigences opérationnelles, exacerbées ces dernières années (réduction du format de la Flotte et augmentation des « opérations extérieures ») rendent difficile l'application rigoureuse des prérequis de qualification opérationnelle. Ainsi, en 2006, le BPC (bâtiment de projection et de combat) « Mistral » a été déployé au Liban pour conduire (avec succès) l'évacuation de quelque 4 800 ressortissants français, alors même qu'il n'était pas encore admis au service actif.

Enfin, le cloisonnement (par types de bâtiment, par grandes implantations géographiques, par nations membres de l'OTAN...) n'est pas totalement absent, dans la mesure où le recueil et le traitement du retour d'expérience sont souvent considérés comme une surcharge administrative par des marins déjà acteurs d'une activité opérationnelle intense : ainsi en 2011, 27 bâtiments de combat et trois sous-marins

d'attaques françaises se sont relayés au large de la Libye pour un total de 1 500 jours de mer, en sus des engagements opérationnels déjà programmés.

### Propositions communes et d'un univers à l'autre

Certains points de blocage majeur de retour sur l'erreur semblent donc communs aux deux univers (apport latin « émotionnel » à l'erreur, crainte de la judiciarisation ou du rapport hiérarchique, désir d'indépendance et refus des logiques « industrielles », cloisonnement) et requièrent de véritables changements culturels. Cependant, ces changements ne seront opérants que s'ils impliquent les acteurs de tous les niveaux et intègrent des réponses à certaines questions légitimes comme par exemple celle de la perte d'indépendance.

Néanmoins, certaines différences sont apparues sur les modalités pratiques de retour sur l'erreur. Dans la suite de ce paragraphe, chacun des auteurs de cet article va tenter d'analyser les points qui lui paraissent négatifs dans l'autre univers pour lesquels des solutions inspirées de sa propre culture pourraient être proposées.

#### Vision du marin sur la réanimation

Sans chercher à « militariser » à outrance les mécanismes de recueil et de prise en compte du retour d'expérience en milieu médical, deux axes de proposition au monde médical se dégagent ainsi de la comparaison engagée : un « leadership » renforcé avec la mise en place de cycles qualifiants et l'harmonisation des structures.

Il s'agirait d'abord, sous l'égide du ministère de la Santé, d'établir un document de politique générale qui affirmerait la priorité à accorder au retour d'expérience, ferait apparaître nettement les freins exposés plus tôt et mettrait en place une structure centralisée d'analyse et de prise en compte de l'erreur qui viendrait coiffer l'organisation actuelle « en tuyaux d'orgue ».

Il devrait être ensuite possible d'harmoniser les procédures de recueil, en distinguant explicitement les comptes rendus obligatoires et volontaires, en formalisant le circuit de report et d'analyse et surtout en mettant en place des normes d'entraînement et des structures de contrôle. L'absence de procédures de qualification par les pairs est à ce titre une différence majeure avec le monde nautique. L'expérience militaire suggère que la légitimité des « entraîneurs/qualificateurs » est essentielle à la bonne perception de l'entraînement : il faudrait ainsi recruter parmi les praticiens « de terrain » reconnus dans des structures, en se gardant bien d'en faire un métier de « niche » pratiqué par des spécialistes déconnectés des réalités concrètes.

#### Vision du réanimateur sur la marine

L'absence de statistiques sur les erreurs dans le monde marin est un aspect surprenant de cette comparaison. Le positionnement de la médecine en tant que discipline universitaire implique que la recherche et la publication de travaux sont des critères de majeurs de valorisation individuelle. Ce point permet la mise en valeur institutionnelle de travaux portant sur la mesure, l'évaluation et la prise en compte des erreurs permettant de dépasser les freins culturels à l'observation de l'erreur. L'univers de la marine doit probablement trouver les moyens de valoriser individuellement ce type de travaux afin de faire émerger un champ d'étude reconnu.

Une différence importante concerne les modalités de l'observation et d'analyse des dysfonctionnements. Il est privilégié la forme écrite sans échange direct entre les différents intervenants et dans la stricte application des rapports hiérarchiques. Le report et l'analyse des erreurs « échappent » très rapidement à l'équipe impliquée pour être confiés à un niveau supérieur et/ou à des structures dédiées. Les RMM du monde médical sont à l'inverse un report et une analyse des erreurs par l'équipe qui les ont commises. Ces réunions privilégient l'échange oral entre les intervenants. De manière cruciale, tous se placent pendant la réunion sous le même registre d'« acteur » de la situation analysée sans plus aucune considération hiérarchique. Ce mode d'analyse « déhiérarchisée » et par l'équipe impliquée serait une rupture culturelle dans le monde militaire, mais est probablement un des meilleurs moyens de renforcer la cohésion d'un groupe face à l'erreur. Il faut cependant noter toutes les difficultés de ce genre de réunion. Elles nécessitent notamment d'être conduites par un membre de l'équipe reconnu pour sa compétence et en même temps décomplexé par rapport à ses propres erreurs.

Si les différences observées entre les deux univers ont permis de faire émerger des propositions, les différences culturelles et de métier sont loin d'être négligeables. Ces propositions sont donc bien évidemment spéculatives.

#### Conclusion

En définitive, la seule véritable erreur est celle dont on ne retire aucun enseignement. Malheureusement, à travers cette étude comparative entre deux mondes apparemment si éloignés mais finalement si proches, on a pu entrevoir la difficulté commune mais déterminante à étudier l'erreur sans la juger. Afin de franchir cet obstacle, des solutions « techniques » peuvent être échangées. Néanmoins, une vraie évolution serait l'acceptation d'une vision paradoxalement positive de l'erreur (la *Felix culpa* de Saint-Augustin), vue comme possibilité d'initier un progrès.



**Conflit d'intérêt :** les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

## Références

1. Rasmussen J, Jensen A (1974) Mental procedures in real-life tasks: a case study of electronic trouble shooting. *Ergonomics* 17:293–307
2. Garrouste-Orgeas M, Timsit JF, Vesin A, et al (2010) Selected medical errors in the intensive care unit: results of the IATROREF study: parts I and II. *Am J Respir Crit Care Med* 181:134–42
3. Garrouste Orgeas M, Timsit JF, Soufir L, et al (2008) Impact of adverse events on outcomes in intensive care unit patients. *Crit Care Med* 36:2041–7
4. Pottier V, Daubin C, Lerolle N, et al (2011) Overview of adverse events related to invasive procedures in the intensive care unit. *Am J Infect Control*
5. Schouten JA, Hulscher ME, Kullberg BJ, et al (2005) Understanding variation in quality of antibiotic use for community-acquired pneumonia: effect of patient, professional and hospital factors. *J Antimicrob Chemother* 56:575–82
6. [http://www.securitesoins.fr/evenements-indesirables-lies-aux-soins/05\\_fr\\_05\\_05.html](http://www.securitesoins.fr/evenements-indesirables-lies-aux-soins/05_fr_05_05.html)
7. Yerly P, Vachiéry J (2011) Anorexigènes et maladies cardiovasculaires : les liaisons dangereuses. *Reanimation* 20:424–35
8. Olt F, Wilson D, Ron A, et al (1997) Quality improvement through review of inpatient deaths. *J Healthc Qual* 19:12–8, 44
9. Amalberti R, Pibarot M (2003) La sécurité du patient revisitée avec un regard systémique. *Gest Hosp* 422:18–25
10. Westrum R (2004) A typology of organisational cultures. *Qual Saf Health Care* 13 Suppl 2:ii22–7
11. Haute Autorité de santé RMM Guide méthodologique. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/guide\\_rmm\\_juin\\_09.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/guide_rmm_juin_09.pdf)
12. Ksouri H, Balanant PY, Tadie JM, et al (2010) Impact of morbidity and mortality conferences on analysis of mortality and critical events in intensive care practice. *Am J Crit Care* 19:135–45; quiz 146
13. <http://www.oedipe.org/fr/actualites/lademarchequilite>