



Institut pour la **Maîtrise des Risques**
Sûreté de Fonctionnement - Management - Cindyniques



*Groupe de Travail et de Réflexion (GTR) :
"Organisation et maîtrise des risques"*

Fiche stéréotype-action

« L'identification des causes directes d'un événement non souhaité est suffisante pour améliorer la sécurité »

Version avril 2017

Un stéréotype-action est une idée reçue. Il s'agit d'un schéma de pensée répandu qui conduit à privilégier abusivement certains types d'actions ou certaines manières de réaliser ces actions.

En d'autres termes, un stéréotype-action limite le champ des actions qui pourraient être entreprises. Les stéréotypes-actions reposent souvent sur des croyances, des « a priori ». Ils conduisent à négliger d'autres portes et à refaire « plus de la même chose ». La perte de potentiel de progrès ne réside pas, en général, dans l'idée en elle-même, qui a souvent une réelle pertinence située, mais dans la croyance que sa pertinence est universelle, qu'elle ne se discute pas et qu'il n'y a rien de bon à faire en dehors d'elle.



1. Description du stéréotype-action, contexte usuel dans lequel il intervient

Il est très courant de traiter les leçons à tirer d'une mauvaise expérience (événement non souhaité) en établissant une liste de ce qui est à l'origine dite proximale de cet événement (c'est-à-dire en examinant les causes directes encore appelées locales) et en associant à chacune (ou seulement à certaines) une mesure destinée à prévenir une nouvelle occurrence de cette cause et, donc, de l'événement non souhaité ou d'un événement similaire.

D'où l'étude de ce stéréotype-action : « L'identification des causes directes d'un événement non souhaité est suffisante pour améliorer la sécurité ».

Le contexte usuel dans lequel apparaît ce stéréotype se rencontre généralement lorsque l'entreprise revendique une approche simple, pragmatique, de « bon sens »... de la sécurité, « n'utilisant pas de grandes théories », mais reposant sur des « actes au plus proche du terrain »...

2. Raison de l'existence du stéréotype-action, justification, limites et discussion

Identifier les initiateurs les plus proches de l'événement, et prendre des mesures pour qu'ils ne se reproduisent plus, paraît une logique implacable qui ne se discute pas. Et pourtant...

Prenons l'exemple d'un incident.

Afin d'isoler un tronçon de canalisation d'un réseau d'eau (dédié à la lutte contre l'incendie), un intervenant pose une plaque pleine sur une bride (organe mécanique permettant d'assembler des éléments de tuyauterie). La plaque pleine est d'un diamètre légèrement inférieur au diamètre de la bride. L'intervenant s'aperçoit de l'anomalie mais considère que le montage reste adapté à la situation. Quelques heures plus tard, une inondation se produit au moment de la remise en eau du circuit.

Dans notre exemple, « poser une plaque inférieur au diamètre de la bride » et « penser que le montage reste adapté à la situation » peuvent être pointées comme deux causes directes de l'inondation. Le « bon sens » nous pousse ensuite à penser que c'est sur ces causes que les actions correctives doivent porter.



Toutefois, le matériel (les différents types de plaques en l'occurrence) était-il disponible et accessible ? L'intervenant pouvait-il, en pratique, ne pas agir et remettre cette intervention à plus tard ? Cela n'aurait-il pas été plus dangereux ? N'y avait-il pas un problème de stockage et de rangement de ce matériel ? L'intervention avait-elle été suffisamment préparée ? Les contrôles du chantier étaient-ils adaptés ? Les enjeux de cette anomalie étaient-ils connus de l'équipe et de l'encadrement ? Existait-il des moyens de faire remonter ce type d'anomalie ?

De fait, soulignons que :

- la relation entre les faits reconnus comme « causes » et l'événement n'est ni toujours indiscutable, ni toujours parfaitement logique et univoque. Des actions en écart peuvent être habituellement réalisées et « fonctionner généralement » en situation « normale ». Par exemple, il est possible qu'une pratique relativement courante était de mettre une plaque provisoire, car inadaptée, et ce faute de place dans la camionnette de l'opérateur pour stocker toute la gamme de plaques possibles... et que la pratique convenue alors dans l'équipe d'intervention, ou autorisée à titre dérogatoire, était ensuite de mettre, dans ce cas, la bonne pièce plus tard.



Un dentiste qui applique un pansement provisoire à une dent, est-il en défaut ?

- les causes les plus intéressantes pour faire progresser l'entreprise sur plusieurs champs sont rarement les plus directes (celles du niveau le plus proche de l'événement). Ainsi, concernant le chantier précité, travailler sur la préparation d'une intervention permet de traiter les causes directes ainsi que d'autres dysfonctionnements potentiels (par exemple le retard d'une intervention lié à une non prise en compte des bouchons potentiels sur le trajet...) plutôt que de faire uniquement un rappel à la procédure que l'intervenant connaît souvent bien... Il est ainsi intéressant de creuser vers des causes plus profondes...

- pour bien comprendre, et améliorer un système de manière robuste, on ne peut pas se contenter des faits dont la relation à l'événement est assez logique pour être honorés du statut de cause. Il est aussi nécessaire de considérer (avec prudence, mais avec attention)



des éléments qui peuvent avoir joué un rôle, qui ont de l'influence sans qu'un mécanisme de cause à effet soit clair (par exemple, un climat de compétition, un climat de méfiance, un conflit social). Il s'agit notamment de la question des signaux faibles (cf. la tribune du GTR « [Sauvons les signaux faibles](#) » sur le site de la FONCSI) ;



Deux animations permettent aussi d'illustrer ces facteurs d'influence :

- l'[animation pompe](#) ;
- l'[animation plombier](#).

Elles montrent l'importance de multiplier les points de vue lors d'une analyse d'événements dans le champ de la sécurité respectivement industrielle et du travail (cf. l'espace web dédié au GTR sur le site de l'IMdR).

- l'amélioration la plus intéressante qui puisse émerger suite à un événement non souhaité peut n'avoir aucun lien avec les causes directes de l'événement... Par exemple, si une coupure d'alimentation électrique extérieure est la cause directe d'un événement, on peut chercher à réduire ou éliminer les causes de cette perte d'alimentation (devenir un client prioritaire, consolider le circuit d'approvisionnement...). Mais on peut aussi redonder l'alimentation et prévoir des modes de fonctionnements de secours qui ne nécessitent pas d'alimentation électrique extérieure...

3. Propositions de progrès

3.1. Questionner nos grilles de lecture

Les causes sont généralement considérées comme essentielles dans la compréhension et la prévention des événements. Or, l'identification de causes directes peut aussi parfois être un facteur limitant dans la recherche d'actions correctives : « Ce n'est pas en améliorant les bougies qu'on a permis l'invention de la lampe à incandescence » (par un auteur non connu des auteurs de la fiche, nos excuses dans ce cas, à noter que la citation est proche de deux autres proposées par Niels Bohr ou Georges Wolinski). L'analyse des événements, incidents, accidents... devrait ainsi être également un moment permettant de mettre à l'épreuve nos présupposés sur le type de dispositifs et de dispositions jugés nécessaires pour assurer la sécurité. Cela devrait nous conduire à questionner, et si nécessaire bousculer, nos grilles de lecture et nos registres d'actions habituels.

Cela peut passer, à l'image du brainstorming, par la dissociation, stricte dans le temps, des moments d'analyse et de diagnostic par rapport aux moments dédiés à l'identification des



actions correctives. Cela peut permettre de se libérer du « carcan » imposé par les liens « stimulus - réponses » entre les causes directes et les actions correctives locales correspondantes. Une autre idée peut être d'augmenter la variété des acteurs lors de la recherche des actions correctives, en particulier, et ce afin d'enrichir la gamme des actions possibles (cf. les animations pompe et plombier évoquées précédemment).

3.2. Identifier les causes directes ne suffit pas pour penser un système robuste

On pourrait être tenté de croire que lorsqu'on a identifié toutes les causes directes, on est certain de pouvoir traiter correctement le problème et écarter ainsi tout risque de renouvellement. Cependant, considérons, dans le domaine médical, une hernie discale par exemple. Elle peut être considérée comme la cause directe des problèmes de dos ressentis. De même, dans le domaine industriel, la fermeture incomplète d'une vanne peut être considérée comme la cause directe du débordement d'une cuve. Or, ni la hernie discale, ni la fermeture incomplète de la vanne ne renseignent sur les modes d'actions à mettre en œuvre pour les prévenir durablement. Au mieux, l'identification de ces causes permet d'imaginer des pistes permettant d'en limiter les effets ou les conséquences (respectivement l'application d'une pommade, la prise de médicaments contre la douleur... ou la mise en place d'un système anti-débordement). Dans ce dernier cas par exemple, faut-il en effet fiabiliser la vanne, changer de type de vanne ou plutôt encore changer le dispositif complet... ?

3.3. Avoir une vision multi-causale « large et profonde » et agir à la fois sur les facteurs locaux et globaux

Une vision mono-causale de la genèse des accidents peut masquer les liens existant entre les facteurs identifiés comme causes directes et d'autres facteurs causaux tout aussi déterminants. Par exemple, le facteur « compétences des opérateurs » ne peut pas être dissocié du facteur « tâche à réaliser ». « Les compétences sont-elles adaptées à la réalisation de cette tâche ? » est plutôt l'une des premières questions à se poser (aspect « largeur » de l'analyse). Il convient aussi de considérer par exemple l'allocation des ressources (humaines) pour cette activité, la planification des tâches à effectuer... (aspect « profondeur » de l'analyse).



Lorsqu'une personne ne réussit pas à récupérer des billets de banque d'un distributeur, évoque-t-on la méconnaissance d'un client du fonctionnement de l'application informatique comme cause de cette non obtention de billets ? ou plutôt le manque de simplicité d'usage de l'application ? ou encore la conjonction des deux ?



3.4. Diversifier les thèmes abordés et le profil des participants aux analyses favorise une approche plus globale

Si les actions correctives ne portent que sur des facteurs locaux directs, cela ne garantit pas d'éviter le renouvellement d'un évènement similaire. Par exemple, supposons une situation de travail et une cause identifiée : une procédure trop compliquée, pas assez lisible... Dans ce cas, le traitement à apporter ne peut pas se limiter à corriger les points les plus problématiques de cette procédure... En effet, cette cause doit être plutôt considérée comme le révélateur de lacunes plus profondes concernant par exemple les processus d'élaboration des procédures, le recrutement du personnel en charge de ces processus d'élaboration....

D'où l'importance de disposer des compétences d'analyse diverses autour de la table, afin de pouvoir notamment mettre en lumière des aspects organisationnels...

3.5. Se demander si la solution est pérenne

Les systèmes sont ouverts/exposés aux variations de leur environnement : changement réglementaire, évolution du marché, des technologies... Les systèmes vivent en conséquence des modifications nombreuses, toujours susceptibles de mettre à l'épreuve l'efficacité des actions correctives, le plus souvent pensées à la lumière du retour d'expérience.

Ainsi, s'il s'agit par exemple d'agir sur les compétences, il importera de mettre en place un processus de formation robuste permettant d'acquérir les compétences nécessaires sur le long terme. Ce processus devra ainsi permettre d'adapter les compétences, de les remettre à niveau... et de modifier le contenu des formations si, par exemple, l'activité est modifiée suite au changement d'un dispositif technique ou de la composition d'une équipe. L'enjeu sera de maintenir dans le temps les effets positifs des actions correctives précédentes, ici en l'occurrence concernant les compétences.

3.6. Choisir ses batailles

Une réelle compréhension des causes profondes d'un évènement est un travail minutieux, participatif et peut donner lieu à des changements importants qui doivent être suivis et menés à terme. A ce titre, c'est un travail consommateur de ressources qu'il s'agit de déployer en accord avec les capacités de son organisation. Le risque étant autrement qu'il soit inachevé, incomplet, de piètre qualité et donc in fine démotivant pour tout le monde.

De ce fait, il est conseillé d'estimer en amont le nombre d'investigations approfondies susceptibles d'être menées par l'organisation (par année par exemple) et mettre ainsi en



place un rythme de croisière sur lequel l'ensemble des acteurs, notamment les managers, s'accorde.

3.7. Travailler sur les facteurs d'influence et notamment les signaux faibles...

Cf. la tribune réalisée par le GTR « [Sauvons les signaux faibles](#) » sur le site de la FONCSI.



En résumé, pour ne pas passer à côté d'améliorations intéressantes, ne pas tomber dans le syndrome dit du « couvent espagnol » (cf. infra)... il est recommandé :

- d'approfondir l'analyse causale au-delà du minimum qui suffit à « expliquer/résumer » rapidement l'événement, même si aujourd'hui, il reste encore à répondre en particulier aux questions suivantes : où s'arrête-t-on dans la recherche des causes profondes ? Que gagne-t-on en potentiel d'amélioration du système en cherchant toujours plus loin ? S'agit-il d'une simple question de ressources ? Doit-on développer une approche graduée en traitant peu de cas de manière très approfondie et plus de cas de manière moins approfondie ?
- de compléter cette analyse causale avec tout ce qui peut avoir joué un rôle même si le lien cause-effet est au départ insuffisant...
- d'examiner la capacité à assimiler les actions correctives avant de lancer une action (cf. le recueil de fiches stéréotypes-actions, 2013) ?

Syndrome dit du couvent espagnol : Dans un couvent espagnol, une nonne s'est suicidée en se déféstrant. Chacun peut constater que des mesures ont été prises pour que ça ne se reproduise plus... La fenêtre d'où la malheureuse a sauté est aujourd'hui « protégée » par une forte grille !

4. Références bibliographiques

FONCSI, 2008. « Le retour d'expérience – Facteurs socio-culturels du REX : sept études de terrain. La sécurité dans les transports aériens européens : idées reçues et nouvelles approches ». pp. 23-50.

Petroleum Safety Authority Norway. « The Deepwater Horizon accident. Assessments and recommendations for the Norwegian petroleum industry – Summary ». (http://www.pstil.no/getfile.php/PDF/DwH_PSA_summary.pdf)