

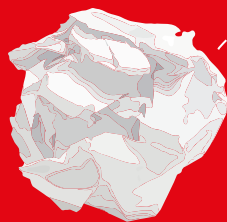
Matthew Syed



BEST-SELLER
DU SUNDAY TIMES

LA
STRATÉGIE
DE LA
BOÎTE
NOIRE

Le secret de
la réussite se cache
dans nos échecs



ALISIO

« J'ai raté 9000 tirs dans ma carrière. J'ai perdu presque 300 matchs. 26 fois, on m'a fait confiance pour faire le tir décisif et j'ai raté. » Ce ne sont pas ses succès, mais ses échecs que la star du basket, Michael Jordan, aime mettre en avant. Cet état d'esprit serait-il le point de départ pour atteindre l'excellence ?

Spécialiste du sujet de la performance, Matthew Syed explore la relation intime entre l'échec et le succès. La capacité à apprendre de nos erreurs serait la clé fondamentale de notre réussite, la condition du progrès, de la créativité et de la résilience. Pour étayer sa démonstration, il s'inspire du milieu de l'aéronautique qui analyse les erreurs et défaillances en vol grâce aux fameuses boîtes noires. Résultat ? L'avion est le transport le plus sécurisé et efficace au monde. Alors qu'attendons-nous pour nous emparer de cette stratégie de la boîte noire et tirer enfin les leçons de nos échecs ?

« Plein d'anecdotes passionnantes et d'explications scientifiques savamment distillées, *La Stratégie de la boîte noire* changera à tout jamais votre vision de l'échec. »

DANIEL PINK,
auteur du best-seller *La vérité sur ce qui nous motive*

Matthew Syed est un ancien champion britannique mondial de tennis de table. Journaliste au *Times*, animateur pour la BBC, il est l'auteur de plusieurs ouvrages à succès sur le sujet de la performance. *La Stratégie de la boîte noire* est son ouvrage best-seller.

ISBN : 978-2-37935-262-1



24 €
Prix TTC
France

A L I S I O



Rayon :
Efficacité professionnelle

ALISIO

L'éditeur des voix qui inspirent

Suivez notre actualité sur **www.alisio.fr** et
sur les réseaux sociaux LinkedIn, Instagram,
Facebook et Twitter !

Alisio s'engage pour une fabrication éco-responsable !

Notre mission : vous inspirer. Et comment le faire sans participer
à la construction du meilleur des futurs possible ?
C'est pourquoi nos ouvrages sont imprimés sur du papier
issu de forêts gérées durablement.

Copyright © 2015 by Matthew Syed

Tous droits réservés

Cette édition est publiée avec l'accord de John Murray
(Publishers), une filiale de Hachette UK Compagny.

Titre original : *Black Box thinking*

Traduit de l'anglais par Danielle Lafarge

Suivi éditorial : Améline Néreaud

Relecture-correction : Audrey Peuportier

Maquette : Jennifer Simboiselle

Design de couverture : Nina Hlacer

© 2022 Alisio,

une marque des éditions Leduc

10, place des Cinq-Martyrs-du-Lycée-Bufferon

75015 Paris

ISBN : 978-2-37935-262-1

MATTHEW SYED

LA STRATÉGIE
DE LA
BOÎTE NOIRE

Traduit de l'anglais par Danielle Lafarge

A L I S I O

SOMMAIRE

PARTIE 1 : LA LOGIQUE DE L'ÉCHEC	9
1. Une opération de routine	11
2. Le vol United Airlines 173	37
3. Le paradoxe du succès	63
PARTIE 2 : LA DISSONANCE COGNITIVE	97
4. Condamnations à tort	99
5. Contorsions intellectuelles	131
6. La réforme de la justice pénale	163
PARTIE 3 : LA CONFRONTATION AVEC LA COMPLEXITÉ	183
7. Le paradoxe de la buse	185
8. Mort de peur ?	223
PARTIE 4 : PETITS PAS ET PAS DE GÉANT	247
9. Gains marginaux	249
10. L'échec motive l'innovation	281

PARTIE 5 : LE REJET DE LA FAUTE	311
11. Le vol Libyan Arab Airlines 114	313
12. La deuxième victime	341

PARTIE 6 : CRÉATION D'UNE CULTURE DU PROGRÈS	361
13. L'effet Beckham	363
14. Redéfinissons l'échec	381

Conclusion : L'ensemble du tableau	397
Remerciements	423
Notes	427
À propos de l'auteur.....	445

Pour Kathy

1^{re} PARTIE

LA LOGIQUE
DE L'ÉCHEC

UNE OPÉRATION DE ROUTINE

I

Le 29 mars 2005, Martin Bromiley se réveilla à 6 h 15 et se rendit à la chambre de ses deux enfants, Victoria et Adam, pour les aider à s'habiller. Par ce matin pluvieux de printemps, quelques jours après Pâques, les enfants descendirent joyeusement les escaliers pour aller prendre leur petit déjeuner. Quelques minutes plus tard, ils furent rejoints par Élane, leur mère, qui avait réussi à grappiller quelques minutes supplémentaires au lit.

Élane était une femme vive de 37 ans qui avait travaillé dans le secteur du tourisme avant de devenir maman à plein temps. C'était un grand jour pour elle puisqu'elle avait rendez-vous à l'hôpital. Elle avait des problèmes de sinus depuis deux ans et son médecin lui avait conseillé de se faire opérer pour régler l'affaire une bonne fois pour toutes. « Ne vous inquiétez pas », la rassura-t-il. « Les risques sont minimes. C'est une opération de routine. »¹

Élaine et Martin étaient mariés depuis quinze ans. Un ami commun les avait présentés lors d'une soirée. Ils étaient tombés amoureux et avaient emménagé dans une maison de North Marston, joli village au cœur de la campagne anglaise du Buckinghamshire, à une cinquantaine de kilomètres au nord-ouest de Londres. Victoria est née en 1999 et Adam, deux ans plus tard, en 2001.

Leur vie, comme celle de beaucoup de familles, était agitée, mais ils étaient très heureux. Jeudi dernier, ils avaient pris l'avion en famille pour la première fois et samedi, ils étaient allés au mariage d'un ami. Élaine voulait se débarrasser de son opération au plus vite pour profiter de quelques jours de repos.

Ils quittèrent la maison à 7 h 15. Les enfants bavardèrent dans la voiture durant le bref trajet jusqu'à l'hôpital. Martin et Élaine n'étaient pas inquiets. Le chirurgien ORL, le Dr Edwards, avait plus de trente ans d'expérience et il était réputé. L'anesthésiste, le Dr Anderton, avait seize ans d'expérience*. L'hôpital avait d'excellentes infrastructures. Tout se présentait pour le mieux.

À leur arrivée, on leur indiqua une chambre où Élaine dut revêtir une tunique bleue. « De quoi ai-je l'air dans cette tenue ? » demanda-t-elle à Adam qui rigola. Victoria grimpa sur le lit pour que sa mère puisse lui faire la lecture. Martin sourit en écoutant une histoire qu'il connaissait déjà par cœur. Adam jouait avec ses petites voitures sur le rebord de la fenêtre.

Le Dr Anderton entra pour poser quelques questions de routine. Il était bavard et aimait faire de l'humour. Comme tout bon médecin, il savait combien il est important de détendre l'atmosphère.

Peu avant 8 h 30, Jane, l'infirmière en chef, arriva pour conduire Élaine en salle d'opération. « Êtes-vous

* Les noms du personnel médical ont été changés pour préserver leur anonymat.

prête ? » demanda-t-elle en souriant. Victoria et Adam marchèrent à côté du brancard qui roulait le long du couloir. Ils dirent à leur maman qu'ils avaient hâte de la retrouver l'après-midi, après l'opération. Alors qu'ils arrivaient à une intersection, Martin entraîna ses enfants vers la gauche et Éleine fut poussée vers la droite.

Elle leur sourit et leur lança un joyeux « Au revoir ! ».

Tandis que Martin et les enfants se dirigeaient vers le parking – ils allaient faire les courses hebdomadaires au supermarché et acheter les pâtisseries préférées d'Éleine (des cookies) –, le brancard d'Éleine était poussé jusqu'à la salle préopératoire. C'est dans cette salle voisine du bloc opératoire qu'ont lieu les vérifications de dernière minute et que l'anesthésie générale est administrée.

Le Dr Anderton, avec son visage familier et rassurant, était auprès d'elle. Dans une veine au dos de la main d'Éleine, il inséra un tube en forme de paille, un cathéter, afin d'administrer directement l'anesthésique dans son flux sanguin.

« Là... doucement », lui dit le Dr Anderton d'une voix apaisante tandis qu'elle s'endormait. Il était 8 h 35.

Les anesthésiques sont de puissants médicaments. Ils ne font pas qu'endormir le patient. Ils désactivent aussi quelques-unes des fonctions vitales de l'organisme qui doivent être gérées artificiellement. La respiration est souvent assistée à l'aide d'un masque laryngé. Il se compose d'un ballonnet gonflable et d'un tube qui est inséré dans la bouche et se place à l'entrée des voies respiratoires. L'oxygène est ensuite pompé dans la trachée jusqu'aux poumons.

Mais il y eut un problème. Le Dr Anderton ne parvint pas à insérer le tube dans la bouche d'Éleine : les muscles de sa mâchoire s'étaient contractés, comme cela arrive parfois pendant l'anesthésie. Il lui injecta une dose supplémentaire de médicaments pour lui détendre les muscles, puis tenta d'insérer en vain des tubes plus étroits.

À 8 h 37, deux minutes après avoir sombré dans le sommeil, Éleine commença à devenir bleue. Sa saturation en oxygène avait chuté à 75 % (un taux inférieur à 90 % est considéré comme « bas »). À 8 h 39, le Dr Anderton réagit en tentant d'appliquer un masque à oxygène qui se pose sur la bouche et le nez. Mais l'air ne pénétrait toujours pas jusqu'à ses poumons.

À 8 h 41, il passa à la technique testée et éprouvée de l'intubation trachéale. C'est le protocole habituel quand la ventilation se révèle impossible. Il commença par administrer un agent paralysant par voie intraveineuse pour désactiver totalement les muscles de la mâchoire afin d'ouvrir la bouche en grand. Ensuite, il se servit d'un laryngoscope pour éclairer l'intérieur de la bouche et placer un tube directement dans les voies respiratoires.

Mais il tomba encore sur un os : il ne voyait pas la trachée au fond de la gorge. Celle-ci se présente normalement sous la forme d'un trou triangulaire bordé de chaque côté par les cordes vocales. Il est généralement assez facile de pousser le tube dans la trachée pour aider le patient à respirer. Cependant, chez certains patients, la voie respiratoire est dissimulée par le voile du palais. Anderton poussa le tube à plusieurs reprises, dans l'espoir de trouver l'entrée, mais le tube ne s'enfonçait pas.

À 8 h 43, la saturation en oxygène avait chuté à 40 %, la limite basse de l'instrument de mesure. Le danger est que, privé d'oxygène, le cerveau gonfle, engendrant de graves lésions. Le rythme cardiaque d'Éleine avait également chuté, d'abord à 69 battements par minute, puis 50, ce qui indiquait que le cœur ne recevait plus assez d'oxygène.

La situation devenait critique. Le Dr Bannister, qui était anesthésiste au bloc opératoire voisin, apporta son aide. Bientôt, le Dr Edwards, le chirurgien ORL, se joignit aussi à eux. Trois infirmières assistaient à la scène. La situation n'était pas encore catastrophique, mais la marge

d'erreur avait rétréci. Chaque décision pouvait avoir des conséquences fatales.

Heureusement, il existe une procédure qui peut être utilisée précisément dans cette situation : la trachéotomie. Tous les problèmes rencontrés jusque-là s'étaient posés en voulant accéder aux voies respiratoires *via* la bouche. Une trachéotomie présente un avantage majeur : on ne passe pas par la bouche. À la place, un orifice est ouvert directement dans la gorge et un tube est inséré dans la trachée.

C'était risqué et l'on ne fait appel à cette procédure qu'en dernier recours. Mais c'était le dernier recours. C'était sans doute la dernière chance d'éviter des séquelles cérébrales mettant la vie d'Élaine en danger.

À 8 h 47, les infirmières anticipèrent correctement la dernière procédure. Jane, la plus expérimentée des trois, se précipita pour aller chercher un kit de trachéotomie. À son retour, elle informa les trois médecins au chevet d'Élaine que le kit était prêt.

Ils jetèrent un regard en arrière, mais ne répondirent pas. Ils continuaient à essayer d'enfoncer le tube à travers l'orifice obstrué au fond de la gorge d'Élaine. Ils étaient entièrement absorbés par leurs tentatives, tendant le cou, se parlant précipitamment.

Jane hésita. Plus les secondes passaient, plus la situation devenait critique. Mais elle se dit que trois médecins expérimentés étant présents, ils avaient sûrement envisagé d'avoir recours à une trachéotomie.

Si elle les appelait à nouveau, peut-être pourrait-elle attirer leur attention. Peut-être serait-ce de sa faute si les choses tournaient mal. Peut-être avaient-ils exclu une trachéotomie pour des raisons qu'elle n'avait pas envisagées. Elle était l'une des personnes les moins expérimentées de la pièce. Eux étaient des figures d'autorité.

Le rythme cardiaque des médecins s'était considérablement accéléré. Leur perception avait diminué. C'est une

réaction physiologique habituelle face à un stress élevé. Ils persistaient à vouloir insérer le tube dans la gorge. La situation devenait de plus en plus désespérée.

Élaine était devenue bleu foncé. Sa fréquence cardiaque était d'à peine 40 battements par minute. Elle manquait cruellement d'oxygène. Chaque seconde de plus qui passait réduisait ses chances de survie.

Les médecins persistaient dans leurs tentatives de plus en plus frénétiques pour accéder aux voies respiratoires par la bouche. Le Dr Edwards essaya l'intubation. Le Dr Bannister tenta d'insérer un autre masque laryngé. Rien ne semblait fonctionner. Jane hésitait toujours à intervenir. Mais sa voix ne dépassait pas ses lèvres.

À 8 h 55, c'était déjà trop tard. Quand les médecins eurent enfin réussi à faire remonter la saturation en oxygène à 90 %, huit minutes s'étaient écoulées depuis la première vaine tentative d'intubation ; au total, elle avait été privée d'oxygène pendant vingt minutes. Les médecins furent stupéfaits lorsqu'ils virent l'horloge. C'était insensé. Qu'avaient-ils fait pendant tout ce temps ? Comment le temps avait-il pu filer aussi vite ?

Élaine fut transférée en soins intensifs. Un scanner cérébral révéla des dégâts catastrophiques. Normalement, un scanner permet de distinguer clairement des textures et des formes. On reconnaît aisément le cerveau humain. Le scanner d'Élaine ressemblait davantage à une image parasite. Le manque d'oxygène avait causé des lésions irréparables.

À 11 heures, le téléphone sonna dans le salon des Bromiley, à North Marston. Martin devait se rendre à l'hôpital dans les plus brefs délais. Il savait qu'il y avait un problème, mais rien ne le prépara au choc de voir sa femme dans le coma, se battant pour survivre.

Tandis que les heures passaient, il devint évident que la situation se détériorait. Martin ne comprenait pas. Elle était en bonne santé. Ses deux enfants attendaient qu'elle

rentre à la maison. Ils lui avaient acheté des cookies au supermarché. Qu'est-ce qui avait bien pu se passer ?

Le Dr Edwards le prit à part. « Écoutez Martin, il y a eu des problèmes pendant l'anesthésie », dit-il. « Ça peut arriver. Il peut y avoir des accidents. On n'en connaît pas toujours la raison. Les anesthésistes ont fait ce qu'ils pouvaient, mais ça n'a pas fonctionné. C'est un cas isolé. Je suis sincèrement désolé. »

Il ne fut pas fait mention des vaines tentatives d'intubation. Aucune mention de l'absence de trachéotomie d'urgence. Aucune mention non plus de la tentative faite par l'infirmière de les alerter du désastre de plus en plus imminent.

Martin hocha la tête et dit : « Je comprends. Merci. »

À 11 h 15, le 11 avril 2005, Éleine Bromiley mourut après treize jours de coma. Martin, qui avait été à ses côtés chaque jour, retourna à l'hôpital dans les minutes qui suivirent le décès. Le corps d'Éleine était encore chaud. Il lui tint la main, lui dit qu'il l'aimait et qu'il s'occuperait des enfants du mieux qu'il pourrait. Puis il l'embrassa.

Avant de revenir le lendemain pour récupérer ses affaires, il demanda aux enfants s'ils voulaient voir leur maman une dernière fois. Il fut surpris qu'ils lui répondent : « Oui. » Ils furent accompagnés dans une chambre et Victoria se tint au bout du lit pendant qu'Adam tendait la main pour toucher sa mère et lui dire au revoir.

Éleine n'avait que 37 ans.

II

Ce livre traite du succès. Comment survient-il ? Dans les pages suivantes, nous examinerons la recette du succès d'organisations qui comptent parmi les plus innovantes du monde, comme Google, Team Sky, Pixar et l'écurie Mercedes de Formule 1, mais aussi celle d'individus exceptionnels, comme le joueur de basket Michael Jordan, l'inventeur James Dyson et la star du ballon rond David Beckham.

Le progrès est l'un des aspects les plus frappants de l'histoire de l'humanité au cours des deux derniers millénaires et, plus particulièrement, des deux derniers siècles et demi. Il ne s'agit pas seulement de grandes entreprises ou d'équipes sportives. Il s'agit aussi de progrès scientifiques, technologiques et économiques. D'améliorations qui eurent lieu au niveau global ou local, de changements qui transformèrent presque toutes les facettes d'existence de l'humanité.

Nous tenterons de trouver le fil conducteur à ces récits. Nous creuserons sous la surface pour examiner les processus sous-jacents grâce auxquels les hommes apprennent, innovent et deviennent plus créatifs : que ce soit dans les affaires, en politique ou dans notre vie privée. Et nous constaterons que dans tous les cas, même si cela peut paraître illogique, le succès dépend fortement de notre réaction face à l'échec.

Il nous arrive à tous d'essayer des échecs de temps en temps : l'équipe de football locale qui perd un match, un entretien d'embauche qui n'aboutit pas, des examens qui se passent mal... Parfois, l'échec peut être beaucoup plus grave. Pour les médecins ou ceux qui travaillent dans des secteurs où la sécurité est primordiale, une erreur peut avoir des conséquences fatales.

Et c'est pourquoi un bon angle d'attaque pour mener cette enquête, et entrevoir l'inextricable imbrication de

l'échec et du succès consiste à comparer deux secteurs dans lesquels la sécurité est critique : la santé et l'aéronautique. Nous verrons que ces organisations présentent des différences sur le plan psychologique, culturel et institutionnel. Mais l'écart le plus profond est celui qui sépare leurs approches divergentes face à l'échec.

Dans l'aviation, l'attitude est frappante et inhabituelle. Tous les avions sont équipés de deux boîtes noires indestructibles ou presque : l'une enregistre les instructions transmises à l'électronique embarquée et l'autre enregistre les conversations et les sons dans le cockpit*. En cas d'accident, les boîtes sont ouvertes et les données analysées afin de déterminer la cause de l'accident. Cela permet de modifier les procédures pour éviter que la même erreur ne se reproduise.

Cette méthode a permis à l'aviation d'atteindre des niveaux de sécurité impressionnants. En 1912, 8 pilotes de l'armée américaine sur 14 mouraient dans des crashes aériens, soit plus de la moitié². Le taux de mortalité précoce dans les écoles d'aviation de l'armée était d'environ 25 %. À l'époque, cela ne paraissait pas vraiment surprenant. Au début de l'aviation, voler sur des morceaux de bois et de métal était évidemment extrêmement dangereux.

Aujourd'hui, les circonstances sont très différentes. En 2013, selon l'IATA (International Air Transport Association), 36,4 millions de vols commerciaux dans le monde ont transporté plus de 3 milliards de passagers. Seulement 210 personnes sont mortes. Cela représente 0,41 accident pour 1 million de vols sur des jets occidentaux – soit un taux de 1 accident pour 2,4 millions de vols³.

En 2014, le nombre de morts est monté à 641, notamment à cause du crash du vol Malaysia Airlines 370 qui

* Aujourd'hui, les boîtes « noires » sont de couleur orange pour une meilleure visibilité et sont souvent réunies dans un même boîtier.

a fait 239 victimes. Pour la plupart des enquêteurs, il ne s'agirait pas d'un accident, mais d'un acte délibéré de sabotage. Les recherches menées pour localiser les boîtes noires étaient encore en cours au moment de la publication de ce livre. Même si l'on en tient compte dans cette analyse, en 2014, le taux d'accidents par million de décollages a chuté au niveau historiquement bas de 0,23⁴. Pour les membres de l'IATA, dont beaucoup ont mis en place des procédures d'apprentissage des erreurs, ce taux est de 0,12 (1 accident pour 8,3 millions de décollages)⁵.

Le secteur de l'aéronautique se heurte à de nombreux problèmes de sécurité. Des accidents se produisent presque chaque semaine : en mars 2015, le crash de l'avion Germanwings dans les Alpes a soulevé la question de la santé mentale des pilotes. Les experts du secteur savent que des facteurs imprévisibles et susceptibles d'intervenir à tout moment feront augmenter le taux de catastrophes, parfois fortement. Mais ils promettent d'essayer de tirer les leçons des accidents afin d'éviter que ces échecs ne se reproduisent. Après tout, c'est bien de cela que dépend la sécurité aérienne.

Il en va tout autrement dans le domaine de la santé. En 1999, l'Institut américain de médecine a publié une enquête majeure intitulée « L'erreur est humaine » et qui rapporte qu'entre 44 000 et 98 000 Américains meurent chaque année suite à des erreurs médicales qui auraient pu être évitées⁶. Dans une autre enquête, Lucian Leape, professeur à Harvard, avance des chiffres encore plus élevés. Dans une vaste étude, il estime que 1 million de patients sont victimes d'erreurs de traitement à l'hôpital et que 120 000 en meurent chaque année aux États-Unis⁷.

Bien que choquantes, ces statistiques sous-estiment presque certainement la véritable ampleur du problème. En 2013, une étude publiée dans le *Journal of Patient Safety*⁸ place le nombre de décès prématurés associés à des préjudices évitables à plus de 400 000 par an. (Les préjudices évitables comprennent notamment les erreurs

de diagnostic, l'administration du mauvais traitement, les blessures occasionnées au patient pendant une opération, les opérations pratiquées sur le mauvais organe, les transfusions inadéquates, les chutes, les brûlures, les escarres et les complications postopératoires.) À l'été 2014, lors d'une audience devant le Sénat, Peter J. Pronovost, professeur à la faculté de médecine Johns Hopkins et l'un des cliniciens les plus respectés au monde, souligna que cela équivalait au crash de deux jumbo-jets toutes les vingt-quatre heures.

« Ces chiffres nous apprennent que deux 747 s'écrasent tous les jours. Un 11 septembre se produit tous les deux mois », dit-il. « Dans d'autres circonstances, nous ne tolérerions pas ce degré de préjudices évitables. »⁹ Ces chiffres placent les erreurs médicales évitables à l'hôpital au troisième rang des causes de décès aux États-Unis – après les maladies cardiovasculaires et le cancer.

Pourtant, ces données ne sont pas exhaustives. Elles ne tiennent pas compte des morts en EHPAD ou en ambulatoire, comme dans les pharmacies, les centres de santé et les cabinets privés, où la surveillance est moins rigoureuse. D'après Joe Graedon, professeur assistant adjoint en pharmacie à l'université de Caroline du Nord, le nombre total de victimes d'erreurs évitables dans le système de santé américain dépasse un demi-million de personnes chaque année¹⁰.

Cependant, ce n'est pas seulement le nombre de morts qui devrait nous alarmer ; ce sont aussi les dégâts causés par les erreurs évitables. Lors de la même audience devant le Sénat, Joanne Disch, professeure à l'école de soins infirmiers de l'université du Minnesota, évoque l'histoire d'une femme de son quartier qui « subit une mastectomie bilatérale à cause d'un cancer et découvrit peu après l'opération qu'il y avait eu une confusion dans les résultats de la biopsie et qu'elle n'avait pas le cancer¹¹ ».

Si ces erreurs ne sont pas fatales, elles peuvent avoir des effets dévastateurs sur les victimes et leurs familles. On

estime que le nombre de patients qui subissent de graves complications est dix fois supérieur à celui des patients morts à cause d'une erreur médicale. Comme dit Disch : « Nous ne déplorons pas seulement 1 000 morts évitables par jour, mais 1 000 morts évitables et 10 000 graves complications évitables par jour [...]. Cela nous concerne tous¹². »

Au Royaume-Uni aussi, les chiffres sont alarmants. Un rapport de 2005 du National Audit Office estime que jusqu'à 34 000 personnes meurent chaque année à cause d'une erreur humaine¹³. Cela porte donc le nombre total d'incidents (mortels ou non) à 974 000. Une étude réalisée dans les services hospitaliers de soins intensifs conclut que 1 patient sur 10 est tué ou blessé à cause d'une erreur médicale ou de défaillances. Les systèmes de santé français avancent un taux encore plus élevé, de 14 %.

Les problèmes ne sont pas causés par un groupe isolé de médecins incompetents et meurtriers qui sèment la zizanie. Les erreurs médicales suivent une répartition normale en forme de cloche¹⁴. Elles se produisent le plus souvent non pas lorsque les médecins s'ennuient, sont fainéants ou mal intentionnés, mais lorsqu'ils vaquent à leurs occupations avec la diligence et l'attention de mise pour le corps médical.

Dans ce cas, pourquoi y a-t-il tant d'erreurs ? L'un des problèmes est la complexité. L'OMS (Organisation mondiale de la santé) répertorie 12 420 maladies et troubles exigeant chacun des protocoles différents¹⁵. Cette complexité offre une grande latitude pour les erreurs allant du diagnostic au traitement. Un autre problème est celui du manque de moyens. Les médecins sont souvent débordés ; les hôpitaux sous pression manquent d'argent. En outre, les médecins doivent parfois prendre des décisions rapides. Dans les cas graves, ils n'ont souvent pas le temps de tenir compte de tous les traitements possibles. Parfois, la procrastination est la plus grosse erreur, même si l'on finit par aboutir au « bon » jugement.

Mais il y a aussi quelque chose de plus profond et de plus subtil en jeu, qui a peu de rapport avec les moyens et qui concerne la culture. En effet, bon nombre des erreurs commises à l'hôpital (et dans d'autres domaines de la vie) suivent des trajectoires particulières, des schémas subtils, mais prévisibles : ce que les enquêteurs appellent des « signatures ». Des signalements transparents et des évaluations honnêtes auraient permis de repérer ces erreurs et des réformes auraient pu être mises en place pour les empêcher de se reproduire, comme cela se fait dans le secteur de l'aéronautique. Mais trop souvent, cela n'a pas été le cas.

Cela paraît simple, n'est-ce pas ? Cela semble être une évidence que d'affirmer qu'il faut tirer les leçons de ses échecs. Mais, pour des raisons aussi prosaïques que profondes, l'incapacité à tirer les enseignements des échecs a été l'un des plus gros freins au progrès de l'humanité. Le secteur de la santé n'est qu'un fil d'un long et mouvementé récit de fuite. En faisant face, il serait non seulement possible de transformer le système de santé, mais aussi le monde des affaires, de la politique et beaucoup d'autres secteurs. Une attitude progressiste face à l'échec serait la pierre angulaire de la réussite de toute institution.

Dans ce livre, nous examinerons nos réactions face à l'échec en tant qu'individus, entreprises et sociétés. Comment surmonter l'échec et en tirer les leçons ? Comment réagissons-nous lorsque tout ne se passe pas comme nous l'aurions voulu, que ce soit à cause d'un oubli, d'une inattention, d'un dysfonctionnement ou d'une omission, ou d'une faute collective du type de celle qui causa la mort d'une jeune femme de 37 ans, mère de deux enfants par une journée de printemps, en 2005 ?

Nous avons tous conscience, à notre façon, que nous avons du mal à accepter nos propres échecs. Même pour des activités aussi triviales qu'un tournoi de golf amical, nous devenons chatouilleux lorsque nous avons mal joué et que l'on nous pose des questions à ce sujet au

club-house. Lorsque l'échec est lié à un domaine qui nous tient à cœur – notre emploi, notre rôle de parent, notre statut social –, il est encore plus cuisant.

Lorsque notre professionnalisme est menacé, nous sommes susceptibles d'ériger des défenses. Nous ne voulons pas croire que nous sommes incompetents ou inaptes. Nous ne voulons pas nuire à notre crédibilité aux yeux de nos collègues. Pour les médecins expérimentés qui ont fait de longues études et qui sont au summum de leur carrière, accepter ses erreurs peut s'avérer traumatisant.

La société dans son ensemble a une attitude profondément contradictoire face à l'échec. Même si nous trouvons des excuses à nos défaillances, nous sommes prompts à pointer du doigt ceux qui ont commis des erreurs. Au lendemain du naufrage du ferry sud-coréen, en 2014, la présidente coréenne accusa le capitaine d'avoir commis des « actes meurtriers impardonnables », alors qu'il n'y avait encore eu aucune enquête¹⁶. Elle répondait à la demande du public qui voulait qu'un coupable soit désigné.

Notre instinct nous pousse à trouver des boucs émissaires. À la lecture des événements qui aboutirent à la mort d'Élaine Bromiley, il est facile de sentir monter l'indignation. Voire la colère. Pourquoi n'ont-ils pas tenté une trachéotomie plus tôt? Pourquoi l'infirmière n'a-t-elle rien dit? À quoi pensaient-ils? Émotionnellement parlant, notre empathie envers la victime est presque égale à notre colère envers ceux qui ont causé sa mort.

Mais cela a des effets récurrents, comme nous le verrons. C'est en partie parce que nous sommes tellement désireux de reprocher aux autres leurs erreurs que nous sommes si pressés de dissimuler les nôtres. Nous anticipons avec une clarté remarquable la réaction des autres, leurs accusations, la rapidité avec laquelle ils se retrouvent dans la situation difficile et tendue dans laquelle l'erreur se produit. Le résultat est simple : cela empêche l'ouverture d'esprit et engendre des cachotteries. Cela détruit

les informations vitales dont nous avons besoin pour apprendre.

Quand nous prenons du recul et que nous réfléchissons à l'échec en général, l'ironie monte d'un cran. Des études ont révélé que nous avons souvent si peur de l'échec que nous fixons des objectifs imprécis afin que personne ne puisse nous pointer du doigt lorsque nous ne parvenons pas à les atteindre. Nous trouvons des excuses pour sauver la face, avant même de tenter quoi que ce soit.

Nous dissimulons nos erreurs, non seulement pour nous protéger des autres, mais aussi de nous-mêmes. Des expériences ont démontré que nous avons tous la capacité d'effacer nos erreurs de notre mémoire, comme des monteuses coupant des morceaux de pellicules – nous y reviendrons. Au lieu de tirer les leçons de nos erreurs, nous les caviardons de l'autobiographie officielle que nous gardons tous dans notre tête.

L'opinion fondamentale – l'échec est profondément négatif, nous devons avoir honte de nous et nous nous en servir pour critiquer les autres – a de profondes racines culturelles et psychologiques. D'après Sidney Dekker, psychologue et expert des systèmes à l'université Griffith, en Australie, la tendance à stigmatiser les erreurs remonterait à au moins 2,5 milliers d'années¹⁷.

Le but de ce livre est d'offrir une perspective radicalement différente. Nous verrons que nous devons redéfinir notre relation à l'échec en tant qu'individus, organisations et sociétés. C'est le pas le plus important sur la voie d'une révolution de la performance, puisqu'il permettra d'accélérer le progrès dans les activités humaines et de transformer les domaines qui sont restés à la traîne. Ce n'est qu'en redéfinissant l'échec que nous déclencherons le progrès, la créativité et la résilience.

Avant de continuer, cela vaut la peine d'examiner la notion de « boucle fermée » que nous retrouverons souvent dans les pages suivantes. Nous pouvons aborder

cette notion à travers les débuts de la médecine, quand des pionniers comme Claude Galien (II^e siècle apr. J.-C.) propageaient des traitements tels que des saignées ou des élixirs à base de mercure. Ces remèdes conçus avec les meilleures intentions étaient parfaitement en adéquation avec les connaissances de l'époque¹⁸.

Toutefois, beaucoup étaient inefficaces et certains même, extrêmement dangereux. La saignée, notamment, affaiblissait les patients alors qu'ils étaient déjà très vulnérables. Les médecins ne le savaient pas pour une raison simple, mais profonde : ils ne soumirent jamais le traitement à de véritables essais – et, par conséquent, ils n'eurent jamais conscience de l'échec. Si le patient se rétablissait, le médecin clamait : « La saignée l'a guéri ! » Et si le patient mourait, le médecin déclarait : « Il devait être bien malade puisque mon remède miracle n'a pas permis de le sauver ! »

C'est une boucle fermée typique. La saignée continua à être administrée comme un traitement jusqu'au XIX^e siècle. D'après Gerry Greenstone, qui écrivit une histoire de la saignée, le Dr Benjamin Rush, qui consulta jusqu'en 1810, avait la réputation de « prélever des quantités extraordinaires de sang et d'infliger souvent plusieurs saignées aux patients ». Dans les faits, les médecins tuèrent leurs patients pendant près de mille sept cents ans, non par manque d'intelligence ou de compassion, mais parce qu'ils n'admettaient pas les défauts de leurs propres procédures. S'ils avaient mené un essai clinique (nous y reviendrons)*, ils auraient identifié les défaillances de la saignée, ce qui aurait préparé le terrain pour le progrès.

Durant les deux cents ans qui suivirent les premiers essais cliniques, la médecine progressa des idées de Galien aux

* D'après de nombreux historiens, le premier véritable essai clinique fut mené par James Lind, médecin écossais, en 1747. Il cherchait un remède contre le scorbut et testa l'efficacité des agrumes pendant un long voyage avec la Compagnie des Indes orientales.