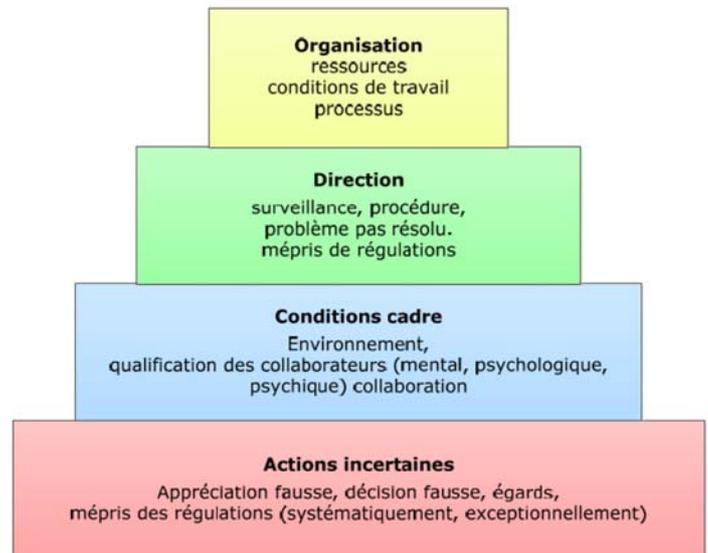


L'approche du VMS

Le VMS utilise le système HFACS (**H**uman **F**actor **A**nalysis **C**lassification **S**ystem) qui part du principe que les erreurs, qui peuvent également se produire dans les meilleures organisations, sont plutôt des conséquences que des causes. L'origine des erreurs doit aussi être recherchée dans le système de l'entreprise respectivement dans l'organisation.

L'origine d'un incident commence souvent dans des processus de l'organisation (décisions de planification, design, communication, régulation) et continue par différents chemins organisationnels jusqu'à la place de travail. Les conditions pour qu'une erreur se produise n'incombe pas seulement à la personne mais aussi à l'organisation, aux structures et aux processus.



L'analyse systématique des erreurs est, en particulier dans les industries à risques, comme, par exemple, l'aéronautique, la marine, fourniture d'énergie mais aussi dans les hôpitaux, un standard qui permet, par le traitement systématique des faits critiques et des erreurs, de détecter **des lacunes de sécurité dans tout le système**. Ainsi, **il est possible d'apprendre de ses propres erreurs et des erreurs des autres, ceci surtout lorsque la question de culpabilité n'est pas au premier plan**, mais que le principe "qu'est-ce qui a conduit à cette erreur fatale" est bien compris. Ce principe a été trouvé par un ingénieur américain en 1931 déjà: avant qu'un accident grave se produise, il se produit toute une série d'incidents mineurs avec ou sans petites blessures/dégâts.

Pour que l'on puisse apprendre des erreurs, il est nécessaire d'accepter que l'erreur est humaine. En conséquence, dans des situations particulières, il ne sera jamais possible d'exclure totalement l'erreur d'une personne.

L'enquête et l'analyse approfondie d'un incident mène au but du rapport: apprendre des erreurs afin d'augmenter constamment la sécurité de l'entreprise. Cela n'est possible que si l'on a une culture qui ne se focalise pas à trouver un bouc émissaire. **Attribuer une culpabilité lors de fautes involontaires empêche l'effet "apprendre" et complique un processus positif d'apprentissage.**

Dans la culture du traitement des erreurs, pour créer la confiance, il ne faut pas poser la question « qui est coupable » mais « pourquoi l'incident s'est-il produit ». La découverte des erreurs doit être considérée comme un signal d'alarme et également démontrer un potentiel d'amélioration et de prévention.

Pour l'amélioration de la sécurité c'est souvent plus profitable de se concentrer sur les données des « presque accident » que sur les données d'un seul accident.

Plus on dispose d'informations concernant les petits incidents à la base du modèle « iceberg » plus on pourra introduire des mesures de prévention pour éliminer les accidents.

