

Utiliser la force pour aboutir aux résultats souhaités en termes de sécurité

Scott Gaddis

Directeur Monde de la Sécurité

KIMBERLY-CLARK PROFESSIONAL*

Utiliser la force pour aboutir aux résultats souhaités en termes de sécurité

Il y a quelques années, alors que je m'adressai à un groupe de jeunes responsables Sécurité, l'un d'entre eux m'a demandé ce qu'étaient, à mon avis, les responsabilités clés de cette fonction pour atteindre les résultats souhaités en termes de sécurité. J'ai immédiatement répondu : « Le rôle du responsable Sécurité, est de **forcer** les employés à prendre les bonnes décisions en éliminant les variables qui les conduisent à en prendre de mauvaises. » S'en est suivi un long et profond silence dans la salle. Pour nombre d'entre eux, le mot « forcer » employé dans le contexte d'objectifs professionnels était à la fois inapproprié et incorrect.

En dix années riches en stratégies et tactiques d'amélioration de process, le concept de contrôle des variations du processus n'a rien de nouveau. De nombreux programmes de sécurité réussis s'articulent autour du concept simple selon lequel réduire les variables et stabiliser le processus de production permettent d'aboutir à d'excellents résultats. En termes de santé et de sécurité sur le lieu de travail, et de façon plutôt agressive au cours des 20 dernières années, les responsables Sécurité, statisticiens et psychologues ont étudié une approche similaire - que l'on peut appeler **Contrôle de système de sécurité**. Dans les faits, il s'agit tout simplement d'identifier, d'évaluer et d'éliminer les variables qui représentent le plus grand risque - pour le process, le produit et, au final, les personnes qui accomplissent le travail. Il y a quarante ans, le travail d'un responsable Sécurité consistait essentiellement à contrôler l'environnement physique - exigence émanant de la loi OSHA de 1970. Au cours des vingt dernières années, nous avons pu constater une évolution qui tend à améliorer le comportement et l'engagement des employés grâce à de meilleures prises de décision. Des approches plus modernes et plus innovantes en termes de formation et de développement de compétences dominent désormais les programmes de travail, car nous avons appris que connaissances et compétences étaient les précieux composants d'une stratégie de sécurité efficace. Ce que l'on a du mal à comprendre, c'est que certaines entreprises fassent des progrès alors que d'autres continuent d'appliquer des plans de sécurité thématiques qui **manquent pourtant** d'équilibre. Dans les cercles de qualité, c'est le signe d'une variabilité incontrôlée au sein du système de travail.

Philip Leather, dans son ouvrage intitulé « Safety and Accidents in the Construction Industry » a étudié la sécurité dans le secteur du bâtiment du point de vue de la structuration du travail. Ses recherches suggèrent qu'une approche multi-factorielle de l'analyse est nécessaire pour comprendre les défaillances d'un système de sécurité. Il indique que, « ...l'étude sur la sécurité dans le bâtiment a révélé un éventail complexe et pourtant souvent fortement inter-relié de facteurs et de relations. » Il ajoute également que « ...un obstacle récurrent à la mise en place de stratégies efficaces visant à améliorer la sécurité dans ce secteur, est la pratique d'analyses à une variable et en particulier l'acceptation de la notion d'imprudence comme explication unifactorielle et inconditionnelle des accidents. » Il continue en disant « La compréhension et l'explication sont nécessaires car elles permettent d'insister sur la multiplicité et la complexité de la causalité des accidents, et surtout sur l'interrelation des variables relatives aux individus, à l'organisation et à la tâche. » Ce que dit Leather, c'est qu'il y a certainement d'autres facteurs à prendre en compte lorsque l'on cherche à déterminer les causes de pertes sur le lieu de travail.

Il y a quelques années, j'ai participé à une enquête sur le décès d'un employé qui avait été tué pendant qu'il intervenait sur une machine qui n'avait pas été mise hors tension. L'enquête a révélé que l'employé s'était introduit dans la machine pour éliminer un bourrage et ce faisant, avait permis à la machine de se remettre en marche après avoir dégagé l'objet qui était coincé. Il s'est fait écraser par la machine. Alors que j'étudiais le lieu et les machines et que je commençais à recueillir les témoignages des employés qui avaient assisté à ce terrible drame, ma réaction a été tout simplement de me demander : **Pourquoi ?** Les dangers semblaient être évidents, la procédure de coupure d'alimentation du site était en règle et les archives indiquaient que les employés avaient reçu les formations adéquates. Quand je repense à cet événement aujourd'hui, la décision de cet employé d'intervenir sur un appareil potentiellement dangereux et sous tension est désolante, mais pour être franc, pas surprenante. De fait, cela se produit tous les jours dans les usines de fabrication du monde entier, ce qui pousse à se poser la question « **Quelles étaient les variables incontrôlées qui ont conduit cet employé à prendre une aussi mauvaise décision ?** » Comprendre deux termes essentiels de la Gestion de la Qualité peut permettre de comprendre les variables qui résident au sein du système de travail :

Utiliser la force pour aboutir aux résultats souhaités en termes de sécurité

- **Les erreurs latentes** sont des erreurs de structuration, de décisions du management, des erreurs relatives à l'organisation, à la formation ou à la maintenance, et qui **mènent aux** erreurs commises par les opérateurs. Les conséquences négatives de ces erreurs restent souvent latentes pendant de longues périodes.
- **Les erreurs actives** se produisent au niveau des opérateurs de première ligne et leurs effets sont perçus presque immédiatement.

Mon enquête sur cet accident mortel a révélé des erreurs latentes très antérieures aux faits. La machine était de piètre conception et était dénuée de composants de protection. Les employés avaient été formés et les procédures rédigées, mais le plan de développement des compétences n'intégrait aucune méthode **quantifiable** de mesure des réussites. Le plan de maintenance préventive et réactive présentait des lacunes et il y avait un manque manifeste d'encadrement, de discipline et de contrôle. L'entreprise avait laissé s'immiscer trop de variables (ou **erreurs latentes**) dans le système de travail, ouvrant la voie à une perte catastrophique, du fait que l'employé en question considérait l'erreur déviante comme la norme et commettait une **erreur active** qui allait lui coûter la vie.

Dans son ouvrage traitant de l'explosion de Challenger, Diane Vaughan fait référence à des variables similaires ayant conduit à la catastrophe de la navette spatiale, sous le terme de « normalisation de la déviance ». Ce phénomène se produit avec l'apparition de petits changements de comportement, repoussant un peu plus chaque fois les limites qui rendent alors d'autres déviations acceptables. Lorsque les événements déviants sont tolérés, le potentiel d'erreur augmente et lesdits événements sont négligés, mal interprétés ou simplement autorisés sans qu'ils ne soient remis en question.

Ceci étant dit, n'oublions pas que d'après les différentes organisations gouvernementales et de recherche, plus de 90 % des blessures sont causées par les actes dangereux ou des erreurs actives commises par les employés. Pour comprendre ce phénomène, prenons le travail de Herbert Heinrich, qui a mis en avant la théorie du domino de la causalité d'accident. Dans son travail, un accident est présenté sous forme de facteurs logiques (dominos) dans une séquence qui résulte en une blessure. En un mot, quand un domino tombe, les autres suivent. En éliminant le domino qui représente l'acte ou la situation dangereuse, l'accident peut être évité. Frank E. Bird, chercheur à l'International Loss Control Institute, s'est intéressé à la question dès le début des années 70. Il avait alors présenté une version revisitée de la théorie des dominos d'Heinrich et établi un modèle qui introduisait la notion d'erreur du système de gestion dans la séquence de causalité.

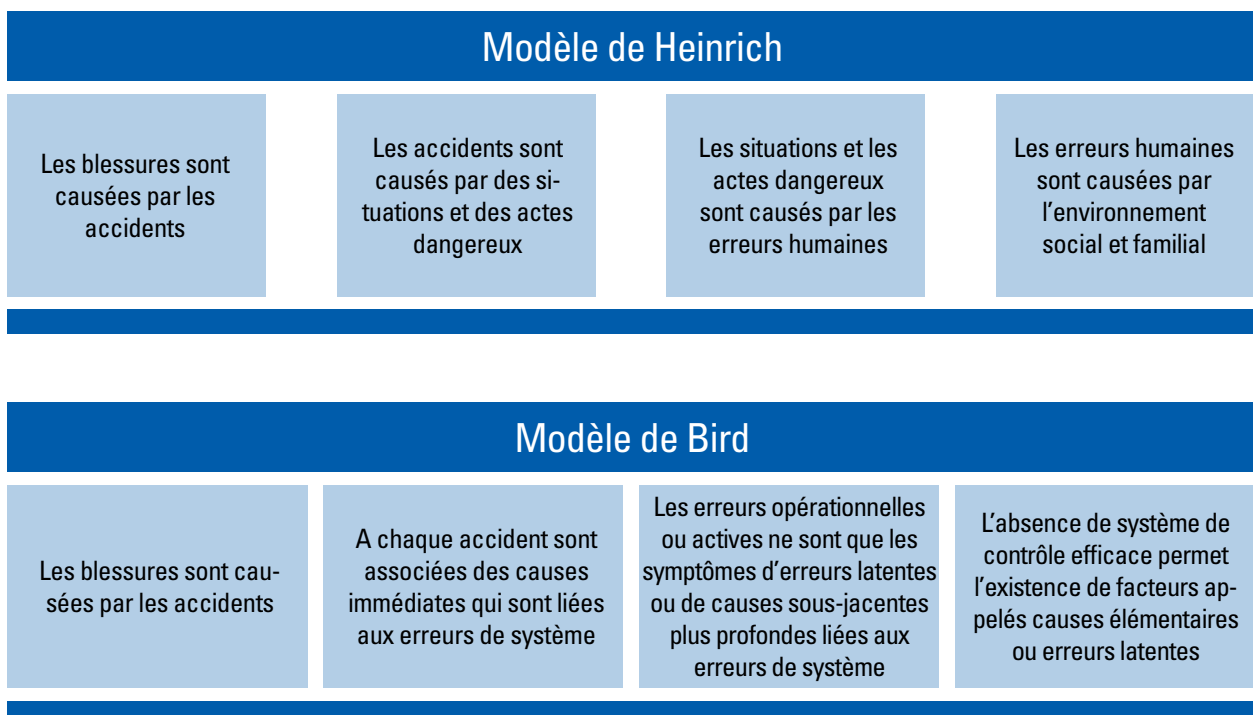


Figure 1 - Modèles de Heinrich/Bird

Utiliser la force pour aboutir aux résultats souhaités en termes de sécurité

De ma propre expérience, et les données sont là pour le prouver, il est crucial de considérer l'erreur d'un employé comme un comportement à risque et non pas comme un acte dangereux. Si la **prise de décision** est considérée comme un comportement à risque, nous pouvons alors reconnaître que les « erreurs actives » sont très probablement le résultat d'un système de gestion qui tolère trop de variables. Les actions déviantes d'un employé ont été tolérées depuis si longtemps qu'elles deviennent le moyen courant de faire les choses.

Si l'on reprend ce point depuis une approche du système, il convient de dire qu'une bonne sécurité ne découle pas seulement d'un individu, du bon fonctionnement d'une machine, des plans de formation ou du niveau d'assistance, mais de la **combinaison** de tous ces facteurs. Un système de sécurité fiable à quatre éléments est essentiel pour aboutir à maintenir une bonne sécurité.

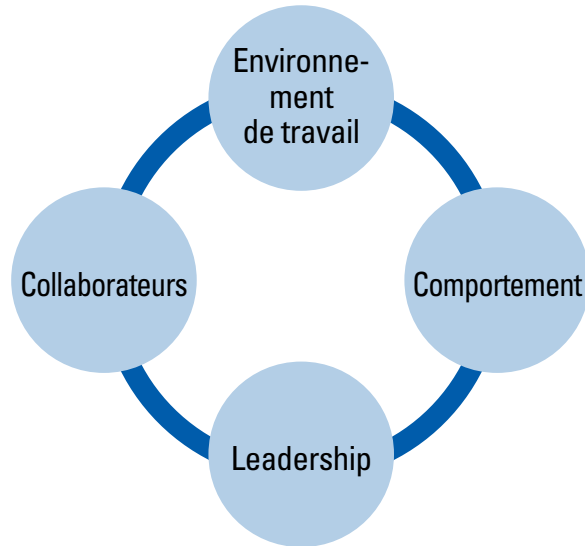


Figure 2 - Facteurs du système de sécurité

Au regard de la Figure 2, nous commençons à comprendre que pour contrôler la variabilité du process et réduire les pertes, nous devons considérer l'environnement de travail, les individus au sein de cet environnement, le comportement organisationnel et des employés et le contrôle de l'encadrement comme autant de composants cruciaux du succès. Ces facteurs sont imbriqués les uns aux autres et si un changement se produit dans l'un, il crée en général un changement dans les autres. Fort de cette logique, demander à un employé d'améliorer son comportement et de travailler de manière sécurisée sans lui fournir le matériel de protection et la formation nécessaire introduit une trop grande variabilité dans le système de travail. Chaque élément du système de sécurité est littéralement le pivot du succès des autres. Alors

que je travaillais comme responsable Sécurité sur deux grands sites de fabrication, l'une des premières choses qui était ressortie des analyses des tendances effectuées sur des incidents passés fut qu'il y avait en réalité très peu d'accidents tant que les machines fonctionnaient correctement. Mais dès que les opérateurs devaient intervenir, le résultat dépendait de la capacité de l'individu à éviter les accidents potentiels. Il m'est alors apparu que la perturbation du process était une variable importante pour contrôler efficacement les incidents et je me suis battu pour impliquer les fabricants d'équipement, les ingénieurs et les spécialistes de process dans l'effort visant à renforcer la fiabilité et l'efficacité du matériel. Ma motivation reposait sur ma conviction que dès qu'un employé travaillait en dehors du système de sécurité, il tirait souvent des conclusions qui lui semblaient raisonnables, bien que potentiellement erronées, qui pouvaient, dans certains cas, occasionner une perte.

En Sécurité, tout comme en Qualité, la variabilité au sein d'un système doit être contrôlée pour aboutir et maintenir les résultats de performance souhaités. Bien que la liste ne soit pas complète, la Figure 3 illustre les possibles variables incontrôlées au sein d'un système de travail. James Reason, professeur de psychologie à l'université de Manchester, indique que les variables incontrôlées sont des facteurs qui interviennent entre la structuration d'un système et le processus de production, créant des situations favorisant les erreurs. Si de bonnes décisions d'encadrement sont nécessaires pour une production sécurisée et efficace, elles ne se suffisent pas à elles seules. Il faut tout autant entretenir correctement et assurer la fiabilité des équipements ; développer les compétences et les connaissances du personnel via des programmes de formation continue ; établir des horaires de travail raisonnables, déterminer les tâches et indiquer clairement les objectifs de performance attendus.

Utiliser la force pour aboutir aux résultats souhaités en termes de sécurité

Environnement de travail	Collaborateurs	Comportement	Leadership
<ul style="list-style-type: none">• Equipement• Outils• Procédures• Achat• Structure du travail• Ingénierie	<ul style="list-style-type: none">• Connaissances• Compétences• Formation• Intelligence• Stress• Motivation• Recrutement	<ul style="list-style-type: none">• Conseil• Encadrement• Coaching• Suivi• Responsabilité• Attente	<ul style="list-style-type: none">• Assistance• Communication• Discipline• Reconnaissance• Evaluation• Analyse• Création de valeur

Figure 3 - Variables du système de sécurité

Alors comment améliorer nos performances en termes de sécurité ? Dans les années 80, la société Motorola, soucieuse de réduire les variations de ces processus métier, fut la première à introduire un système de gestion baptisé **Six Sigma**. La stratégie cherchait à définir le processus de travail de Motorola du début à la fin, ainsi que toutes les étapes critiques intermédiaires. La société a alors compilé les données, puis déterminé le taux de variation qu'elle pourrait tolérer tout en restant performante. Si vous atteignez le plus haut niveau de réussite **Six Sigma**, on dit que vous avez réduit le potentiel de variations et de défauts à tel point que même une variation non détectée aurait peu d'effet sur la valeur de votre process. Dans les cercles de sécurité, cela signifie que vous contrôlez efficacement les variables qui menacent le plus les résultats souhaités.

Appliquant une approche **Six Sigma** à la sécurité, la question de savoir quel degré de variation autoriser dans le système et quelles variables contrôler en priorité est tout à fait légitime. Dans ce cas, la réussite reposerait sur le plus petit nombre de défauts définis en grande partie par les aspirations du client. En termes de sécurité, le client ne veut, en général, aucune blessure, ni maladie et ni perte.

Pour commencer :

- Reprenez les données issues d'incidents passés et de rapports de quasi-accident, d'inspections planifiées et de journaux de maintenance. Comparez avec des secteurs similaires afin de déterminer les erreurs latentes qui, par le passé, ont favorisé l'introduction de perte dans le système. Dans ce scénario, chaque incident est indépendant mais les erreurs courantes sont probablement identifiables.
- Identifiez les problèmes (erreurs) qui nécessitent d'être résolus et déterminez le niveau de menace pour le système en termes de gravité, de fréquence et de probabilité de répétition.
- Identifiez où réside le problème (erreur) au sein du système de sécurité afin de diagnostiquer les plus grandes anomalies systémiques, Cela inclut les facteurs du système de sécurité liés aux aspects physiques, au personnel, au comportement et au leadership.
- Déterminez les solutions probables et envisagez les conséquences des résultats relatifs à chacune des alternatives proposées.
- Vantez les mérites de vos solutions auprès de vos actionnaires et obtenez leur approbation. Mettez les changements en application pour éliminer la variabilité (écarts) au sein du système de travail.
- Contrôler la conformité; adapter le process si nécessaire pour garantir le succès

Utiliser la force pour aboutir aux résultats souhaités en termes de sécurité

J'aimerais vous citer un exemple concret du temps où je travaillais comme responsable Sécurité. J'avais alors commencé à constater un nombre croissant de coupures à la main dans le service de transformation de l'usine. En 12 mois, les analyses de tendances indiquaient que 72 % des blessures recensées dans l'usine étaient imputées à des employés utilisant des cutters. Une étude approfondie a révélé que les employés utilisaient des cutters pour plus de 100 tâches différentes. Ils ne portaient pas de protection et n'avaient pas ou peu été formés à la manipulation des cutters. Il n'existait également aucune politique ou directive uniforme régissant l'utilisation des cutters. Suite à cela, l'usine a modifié sa structuration et éliminé 98 % des tâches impliquant l'utilisation des cutters en remplaçant les outils ou en modifiant les process. Elle a, de plus, introduit de nouvelles politiques et formations relatives à la sécurité, a établi des exigences de port obligatoire de gants de protection et a adopté des cutters de conception plus sécurisée. Eliminer les variables incontrôlées dans ce cas de figure a permis de limiter le nombre d'erreurs actives et d'atteindre le résultat souhaité par le client, à savoir 0 blessure aux mains.

Depuis l'introduction de ce programme dans les années 90, l'usine n'a déploré aucune blessure résultant de l'utilisation des cutters.

Alors, pouvons-nous en tant que responsables Sécurité, forcer les employés à prendre les bonnes décisions ? C'est une question complexe à laquelle il est difficile de répondre et, en toute franchise, que l'on aimerait éviter d'avoir à se poser. Peut-être pour mieux comprendre la force, faut-il savoir ce qui la définit. Le dictionnaire Webster définit la force comme « l'influence sur un corps ou un système, produisant ou tentant de produire un changement de direction ». Le défi dans notre tentative de contrôler les erreurs est qu'il y a et qu'il y aura toujours des changements au sein du système de travail qui influencent la manière de travailler de chacun. En prenant le système de sécurité dans sa globalité, en évitant d'étudier les aspects de manière isolée pour au contraire les traiter collectivement, nous comprenons que si les éléments sont indépendants les uns des autres, ils influent sur les autres et sont influencés par les autres. Influencer les employés pour que leur travail donne les résultats souhaités consiste tout simplement à reconnaître qu'en grande partie, la variabilité des performances du système dépend de la réaction des employés qui doivent évoluer dans un système défini, que celui-ci soit bien structuré ou pas. La performance sécurisée des employés et leur rapport à l'environnement est fortement influencé par sa structuration. Surmonter les résistances et s'engager sur la voie de la réussite en termes de sécurité, cela revient à limiter la marge d'erreur en éliminant les variables du système qui permettent aux employés de prendre des décisions médiocres et parfois aux conséquences catastrophiques.

Scott Gaddis occupe le poste de Directeur Monde de la Sécurité chez KIMBERLY-CLARK PROFESSIONAL, à Roswell, en Géorgie. Membre de l'association VPPPA (Voluntary Protection Program Participant's Association), il s'est vu décerner le prix « Conseiller de l'année » lors de la conférence régionale de VPPPA à Louisville, dans le Kentucky, en 2008.