

Analyse de la performance des systèmes de collecte et de traitement des événements indésirables dans les entreprises à Haut Niveau de Risques (HRO)

Auteur : Fakounde, Ulrich

Promoteur(s) : Kamto Kenmogne, Marius

Faculté : HEC-Ecole de gestion de l'Université de Liège

Diplôme : Master en sciences de gestion, à finalité spécialisée en Banking and Asset Management

Année académique : 2018-2019

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/8290>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.



Analyse de la performance des systèmes de Collecte et de traitement des évènements indésirables dans les entreprises à Haut Niveau de Risques (HRO)

Réalisée par

FAKOUNDE Ulrich

Sous le suivi de

Mr KAMTO Marius

Année académique : 2018-2019

Remerciement

Mes remerciements vont à l'endroit de Mr KAMTO Marius pour sa disponibilité et ses conseils.

Executive summary

High Reliability Organization operates in an environment in which they face the daily management of adverse events. Given the importance, they attach to safety, any negligence or misinterpretation can have serious consequences for the company. These consequences can also be financial. They can also affect the company's reputation and enhance its reputation. They have therefore developed solid characteristics that enable them to carry out their activities without having accidents.

It is resilience, and continuous attention to the environment in which they operate. Resilience refers to their ability to resist and recover from the shocks they experienced. This organizational resilience also refers to their ability to prevent shocks.

Two factors enable organizations to develop this resilience. It is the correct processing of information and good managerial decisions.

The second characteristic of the HRO is the perpetual questioning that they operate on everything that happens in their environment. This perpetual questioning allows the members of these organizations to be constantly alert on all events that occur.

Thanks to these characteristics, HRO have been able to make their adverse event management system efficient.

My reflection aims to identify the success factors of the management systems set up by the HRO's, but also to identify the evaluation factors of the systems set up by the HRO's.

Table des matières

I.	Introduction.....	1
II.	Développement	3
1.	Partie théorique	3
1.1.	Revue de littérature	3
1.2.	Les systèmes de gestion d'évènements indésirables.....	10
1.3.	Un exemple de processus de gestion d'évènement : la méthode de résolution de problèmes.....	13
1.3.1.	Le cadrage	14
1.3.1.1.	Les objectifs.....	14
1.3.1.2.	Les phases.....	15
1.3.1.3.	Les outils.....	15
1.3.1.3.1.	Le QQOCQP.....	15
1.3.1.3.2.	Les méthodes de recueil et de traitement de données.....	17
1.3.1.3.3.	Le diagramme de Pareto	18
1.3.1.3.4.	Le QQQQCP.....	20
1.3.2.	L'étape de l'analyse	20
1.3.2.1.	Les outils.....	20
1.3.2.1.1.	La méthode des 5 Pourquoi	20
1.3.2.1.2.	La méthode d'Ishikawa	21
1.3.2.1.3.	L'arbre à cause.....	23
1.3.3.	Les solutions	24
1.3.3.1.	Les outils.....	25
1.3.3.1.1.	Le brainstorming.....	25
1.3.3.1.2.	Une étude de faisabilité	25
1.3.3.2.	Les livrables de l'étape de solutions.....	25
1.3.4.	L'action	26

1.3.4.1.	Les livrables.....	26
1.4.	Les facteurs d'échec des systèmes de gestion d'évènement.....	27
1.5.	Les High Reliability Organization (HRO).....	30
1.5.1.	Les caractéristiques des High Reliability Organization (HRO).....	30
1.5.2.	Les facteurs de fragilité organisationnelle mise en évidence par la pensée des High Reliability Organization	32
1.5.3.	L'importance des évènements indésirables dans la gestion de la sécurité des High Reliability Organization	32
2.	Partie empirique.....	34
2.1.	méthodologie.....	34
2.2.	Analyse des données	35
2.3.	Discussion.....	46
III.	Conclusion.....	56
IV.	Recommandations	61
V.	Bibliographie.....	63
VI.	Annexes.....	67

I. Introduction

Ces derniers mois, une nouvelle a fait la une de l'actualité dans le domaine de l'aéronautique. Il s'agissait du de l'interdiction de vol des avions Boeing 737 max de toutes les compagnies aériennes. Cette décision est survenue après le crash de deux Boeings 737 max, dont l'un appartenait à la compagnie Ethiopian Airlines. D'après les rapports d'analyse, il ressort que le crash était dû à une sonde d'altitude qui envoyait des signaux erronés à la commande d'altitude de l'avion. Des enquêtes menées par les journalistes ont montré que certains pilotes qui avaient vécu ce problème, avaient déclaré ces incidents à leur hiérarchie. Cela n'a malheureusement pas été pris en compte. Il a fallu attendre le crash d'un appareil pour se rendre compte de la véracité des faits déclarés auparavant. Cet exemple illustre parfaitement le fait qu'un évènement indésirable non traité rapidement, peut avoir de graves conséquences économiques pour l'entreprise.

En consultant la littérature, on constate qu'il n'y a pas de définition standardisée d'un évènement indésirable. La (National Academy of Engineering, 2004) définit les évènements indésirables comme des conditions, des événements et des séquences qui précèdent et peuvent mener à un accident. La NASA définit un évènement indésirable comme une anomalie qui signale la possibilité de conséquences plus graves qui pourraient survenir à l'avenir, en raison de causes que l'on peut déceler dès aujourd'hui (Gnoni & Saleh, 2017).

Le système de gestion d'évènement indésirable, peut être défini comme étant une structure organisationnelle et fonctionnelle, composée d'individus, de procédés et supports technologiques, dont l'objectif est de collecter et prioriser les données sur les évènements indésirables, puis d'interpréter et évaluer le niveau de risque de ces évènements, pour servir à la mise en place d'actions correctives ou préventives (Gnoni & Saleh, 2017).

Le système de gestion d'évènements indésirables, a pour objectif d'améliorer la prévention des incidents et de maintenir dans l'organisation la sécurité à divers niveaux (techniques, opérationnels ou organisationnels).

Dans la suite du développement, nous allons tenter d'identifier les facteurs de succès et d'échec des systèmes de gestion d'évènements indésirables. Nous allons à travers le

développement, mettre en lumière les approches managériales, que les HRO adoptent pour la gestion des événements indésirables. Nous découvrirons ensuite, les méthodes appliquées afin que le système de collecte des événements indésirables fonctionne. (Facteurs de motivation des employés et d'évaluation de la performance du système)

II. Développement

1. Partie théorique

1.1. Revue de littérature

Les rapports d'accidents graves survenus au cours du dernier siècle, tels que le crash du concorde en 2000 (Bureau d'enquêtes et d'analyses pour la sécurité de l'aviation civile, 2002), et bien d'autres exemples, ont montré que les accidents survenus sont la conséquence d'une succession d'évènements indésirables. James R. Chiles à travers son ouvrage (Bert, 2001), analyse plusieurs catastrophes technologiques survenues au cours du siècle passé et présent. De son analyse, il ressort que les désastres technologiques survenus, pour la plupart sont le résultat d'une accumulation d'erreurs, de mauvaises décisions et de circonstances qui ont fourni de nombreuses possibilités de correction si seulement la bonne personne avait agi ou écouté ou simplement été plus prudente. Il apparaît de manière évidente, que détecter les signaux précurseurs d'accidents offrent plus de possibilités d'amélioration de la sécurité. Conscient de l'importance des informations que pourrait offrir l'analyse des incidents, des programmes de gestion d'incidents précurseurs d'accidents, ont été mis en place par les entreprises. Les premières industries à mettre en place ce programme sont les industries de l'aéronautique et l'industrie du nucléaire. Ce programme a pour objectif de collecter, filtrer, prioriser les évènements précurseurs lorsqu'ils se produisent ; ensuite évaluer les causes de survenance de ces incidents ; puis identifier et mettre en œuvre des actions correctrices.

Il n'existe pas de définitions formelles des termes « précurseurs d'accidents » et « quasi-accident ». Les auteurs adoptent des interprétations légèrement différentes de ces concepts. Leur signification est néanmoins facilement compréhensible. Par exemple, la National Academy of Engineering définit les précurseurs d'accident comme étant les conditions, les événements et les successions d'évènements qui précèdent et qui peuvent mener à un accident (National Academy of Engineering, 2004). La NASA définit un précurseur d'accident en tant qu'anomalie qui signale la possibilité que de conséquences plus sévères pourraient survenir à l'avenir ; et dont les causes de survenance de l'anomalie peuvent être perceptibles dès sa survenance (Benjamin et al., 2011). L'organisme de réglementation nucléaire Américaine définit un précurseur d'accident comme un évènement observé dans une installation nucléaire,

qui, lorsqu'il est combiné avec un ou plusieurs événements dont la survenance est possible (défaillance d'équipements, erreurs humaines) pourrait causer de graves dommages(Lloyd, Boardman, & Pullani, 2000).

On ne saurait pas évoquer le terme précurseur d'accidents sans parler du système de gestion de la sécurité car, ils sont étroitement liés. Egalement, il n'existe pas de définitions standardisées, mais il existe en fonction de l'industrie dans laquelle on se trouve différentes définitions qui sont similaires. Dans le domaine nucléaire, le système de gestion de la sécurité se définit comme étant des dispositions prises par l'organisation pour la gestion de la sécurité afin de promouvoir une forte culture de la sécurité et d'obtenir de bons résultats en matière de sécurité(International Nuclear Safety Advisory Group, 1999). Dans le domaine des transports routiers, le système de gestion de la sécurité se définit comme étant un ensemble de procédures systématiques conçues pour aider les décideurs à sélectionner des stratégies efficaces pour améliorer l'efficacité et la sécurité du réseau de transport(Depue, 2003). Dans le domaine des transports ferroviaires, le système de gestion de la sécurité se définit comme étant un ensemble de dispositions établies par le gestionnaire du réseau ferroviaire, ou par la compagnie ferroviaire, afin d'assurer un bon déroulement des opérations(Jovicic, 2009). Dans le domaine aérien, le système de gestion de la sécurité se définit comme un ensemble de pratiques, visant à harmoniser, rationaliser et intégrer la gestion des processus, de la culture de sûreté et de l'évaluation des risques opérationnels(Waddington, Lafortune, & Duffey, 2009). De toutes ces définitions, il ressort que le système de gestion de la sécurité est un ensemble de moyens, de procédures et d'activités qui visent à améliorer les mesures de sécurité au sein d'une structure.

Après avoir défini le système de gestion de la sécurité, il serait utile de définir le terme de la sécurité. La sécurité se définit comme étant un état dans lequel les dangers et les conditions entraînant des dommages physiques, psychologiques ou matériels sont maîtrisés afin de préserver la santé et le bien-être des individus et de la communauté. Cette définition comporte deux dimensions :

Une dimension objective qui est évaluée en mesurant des paramètres factuels comme par exemple mesurer le nombre de décès liés à la circulation enregistrés dans une collectivité, mesurer la proportion de conducteurs déclarés sous l'emprise de l'alcool, mesurer le nombre de collisions à un carrefour routier dangereux.

Une dimension subjective qui est évaluée par le sentiment d'être hors de danger. A titre d'exemple on peut citer le sentiment d'insécurité que les parents ressentent en laissant leurs enfants aller tout seul à l'école.

Ces deux dimensions peuvent s'influencer positivement ou négativement. Par exemple accroître le nombre de policiers dans un quartier pour assurer le maintien de l'ordre peut créer chez les habitants du quartier un sentiment de peur. D'un autre côté l'acquisition par une entreprise d'un performant système protection contre les virus pourrait conduire les employés à se sentir dans un état de sécurité totale, ce qui pourrait amener les employés à négliger les bonnes pratiques visant à réduire les intrusions malveillantes(Maurice et al., 2001).

En faisant une rapide comparaison entre la notion de sécurité et de gestion de la sécurité, on retient que la sécurité fait référence à un état, une situation, au fait de se protéger contre des préjudices qui pourraient survenir. La gestion de la sécurité fait référence à un processus, un ensemble d'activités. L'objectif de la gestion de la sécurité, est la protection des êtres humains, de l'environnement, des biens contre la survenance de dommages.

Les préoccupations liées à la gestion de la sécurité en entreprise ne datent pas d'aujourd'hui. La loi Américaine portant sur l'indemnisation des accidents du travail promulgué en 1908, stipulait déjà que tout employé qui est victime d'un accident sur le lieu de son travail, devait être indemnisé par l'entreprise sans considération du fait qu'il soit en tort ou qu'il ait raison (Petersen, 1978). La promulgation de cette loi a marqué le début des prémices en matière de législation sur la sécurité au travail. A travers cette disposition, on sentait déjà une volonté de pousser les entreprises à avoir au cœur de leur préoccupation, la gestion de la sécurité. Au fil des années, cette préoccupation a évolué, au point où aujourd'hui, la gestion de la sécurité est devenue un pilier de toute structure (entreprises, centre hospitalier...).

Au début des années 1970, les nombreux rapports de catastrophes, ajoutés aux besoins de réglementation en matière de sécurité, ajoutés aux besoins d'établissement de standards internationaux en matière de sécurité ont conduit à la mise en place d'organisations spécialisées en matière de sécurité. C'est ainsi que l'Occupational Safety and Health Administration (OSHA) a été créé en 1970 aux États-Unis, la Health and Safety Executive (HSE) a été créée en 1974 au Royaume-Uni, la World Safety Organisation (WSO) a été créé en 1975. Ces organismes de sécurité ont joué et continuent de jouer un rôle essentiel dans la gestion de la sécurité. Elles publient des

lois et réglementations en matière de sécurité, elles collectent des informations sur les incidents et accidents, sensibilisent sur l'importance d'une bonne gestion de la sécurité. Elles servent également de plateformes d'échanges pour les professionnels de la sécurité et leur permet de mettre à jour leurs informations en permanence (Hale, Heming, Carthey, & Kirwan, 1997), (Kuhlmann, 2012). Malgré la création de ces organisations, des catastrophes se sont produites. Mais des leçons ont été tirées de ces catastrophes et de nouvelles lois et réglementations ont été publiées. A titre d'exemple, on peut citer la catastrophe Italienne de Seveso survenue en 1976, à la suite de laquelle la directive Seveso a été publiée (Directive 82/501/EEC) ; la catastrophe indienne de Bhopal survenue en 1984, à la suite de laquelle la directive Seveso-II a été publiée (Directive 96/82/EC) ; la catastrophe française de Toulouse survenue en 2001, à la suite de laquelle la directive Seveso-II a été mise à jour. On peut aussi citer la catastrophe nucléaire Américaine de Three miles island survenu en 1979, et la catastrophe de Chernobyl survenue en 1986 ont conduit en 1988 à l'établissement d'un protocole commun¹ établissant un lien entre la convention de Vienne² et la convention de Paris³(Nuclear Energy Agency & Internationale Atomenergie-Organisation, 2006). On peut également citer la catastrophe de la plate-forme pétrolière Piper-Alpha survenue en 1988, a conduit à l'amélioration des réglementations en matière de sécurité dans le domaine pétrolier(Singh, Jukes, Poblete, & Wittkower, 2010).

En parallèle à la mise en place de ces organisations et aux publications des réglementations, des normes internationales dans divers domaines ont été définies par des organisations spécialisées. Selon le dictionnaire Larousse, une norme désigne une règle, un principe, un critère auquel se réfère tout jugement. Toujours selon le

¹En 1988, suite à un travail conjoint entre l'AIEA et l'OCDE/AEN pour rapprocher ces deux premiers régimes, un protocole commun pour l'application de la Convention de Vienne et la convention de Paris a été adopté. Le Protocole commun permet d'étendre le régime d'indemnisation d'une Convention aux victimes des Parties contractantes de l'autre Convention.

²La Convention de Vienne sur la responsabilité civile en cas d'accident nucléaire a été adoptée le 21 mai 1963 à Vienne et comptait 40 parties contractantes en 2014. L'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA) en assure le secrétariat.

³La Convention sur la Responsabilité Civile dans le domaine de l'Energie Nucléaire (Convention de Paris) a été adoptée le 29 juillet 1960 et elle compte 16 parties contractantes. Elle a été complétée par l'adoption le 31 janvier 1963 de la Convention complémentaire à la Convention de Paris sur la responsabilité civile dans le domaine de l'énergie nucléaire (Convention complémentaire de Bruxelles).

Source : <https://onu-vienne.delegfrance.org/Conventions-sur-la-responsabilite-civile>

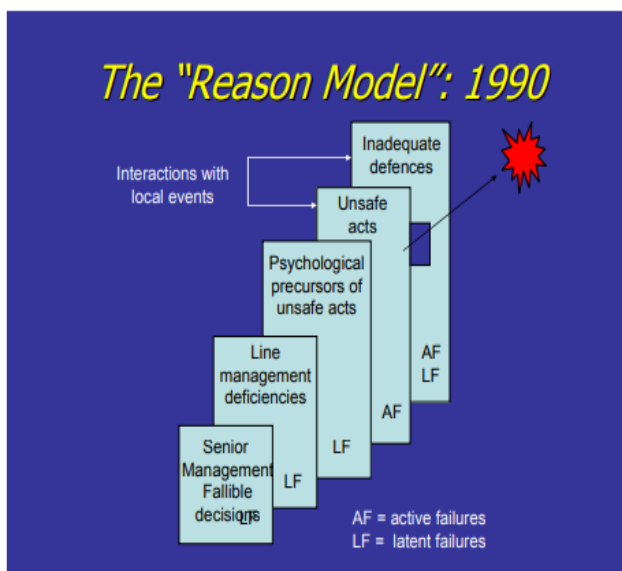
dictionnaire Larousse, dans le domaine de l'industrie, une norme désigne une règle fixant les conditions de la réalisation d'une opération, de l'exécution d'un objet ou de l'élaboration d'un produit dont on veut unifier l'emploi. Au nombre des normes, on peut citer les normes connues sous l'appellation de normes ISO établies par l'Organisation Internationale de Normalisation, les normes établies par l'Organisation de l'Aviation Civile Internationale spécifiques à l'aviation civile, les normes établies par l'Agence Internationale de l'Energie Atomique spécifiques au domaine nucléaire, les normes établies par l'Institution of chemical Engineers spécifiques au domaine chimique, les normes établies par la Society of Petroleum Engineers spécifiques aux produits pétroliers, les normes établies par la National Aeronautics and Space Administration spécifiques au domaine aérien et spatial. Concernant la gestion de sécurité, l'Organisation Internationale du Travail a publié en 1981 une convention et réglementation sur la santé et la sécurité au travail (*Recommendation R171—Occupational Health Services Recommendation, 1985 (No. 171)*, s. d.).

En addition de la mise en place de normes, des outils d'évaluations des systèmes de gestion de la sécurité ont été également mis en place. A cet effet, un outil d'audit appelé International safety Rating System (ISRS) a été développé en 1978. Cet outil d'outil évalue la gestion de la sécurité sur les différents aspects : la planification, l'organisation, la conduite du système de gestion, le contrôle. La mise en place d'outils d'évaluation a permis d'améliorer l'efficacité du système de gestions (Bird, Cecchi, Tilche, & Mata-Alvarez, 1974).

Pour résumer brièvement l'évolution de la gestion de la sécurité jusqu'à ce point ; au début des théories explicatives, ainsi que des méthodes étaient souvent utilisées pour analyser les catastrophes. Par la suite, des normes et des outils d'évaluation sont venus renforcer la gestion de la sécurité. Suite à tout cela, des modèles d'analyse des éléments influençant la sécurité ont fait l'objet de recherches et sont venus étayer l'arsenal de la gestion de la sécurité. Ces modèles établissent des scénarios qui pourraient accroître la survenance d'accidents. A travers l'utilisation des modèles, l'accent est mis sur la mise en place des barrières afin de limiter la survenance des risques.

Les premiers modèles ayant existé, étaient qualifiés de modèles séquentiels. Ils avaient pour objectif de décomposer les évènements survenus avant l'accident en séquences, afin d'analyser et d'apporter des solutions. L'un des plus connus est le modèle Domino. Il subdivise les évènements survenus avant l'accident en cinq étapes : 1)

antécédents et environnement social, 2) la faute humaine, 3) les actes imprudents et/ou les dangers mécaniques ou physiques, 4) l'accident, 5) les dégâts (Heinrich, 1941). Le modèle Domino a par la suite servi de base pour l'élaboration d'autres modèles. On peut citer la théorie du contrôle des pertes, proposée par Bird, qui propose une subdivision des événements qui précèdent l'accident en cinq étapes également : 1) la perte de contrôle, 2) les causes principales, 3) les causes immédiates, 4) l'accident, 5) les dégâts matériels et/ou humains (Bird & Loftus, 1976). Le modèle proposé par Bird à travers les différentes séquences proposées, met l'accent sur l'efficacité des activités organisationnelles, plutôt que sur les erreurs humaines. On peut également citer un autre modèle séquentiel connu : le modèle du fromage Suisse proposé par Reason. La métaphore liée au modèle du fromage Suisse est que la survenance d'un accident est la conséquence de l'alignement de manière simultanée, de défaillances au niveau des défenses. Le modèle du fromage Suisse séquence également les événements en cinq étapes : 1) les erreurs dans les décisions prises au niveau du top management, 2) les erreurs de décisions prises par le management au niveau inférieur, 3) les éléments psychologiques précurseurs d'actes imprudents, 4) les actes imprudents, 5) moyens de protection insuffisants (Reason, Hollnagel, & Paries, 2006).



Titre : Modèle du Fromage Suisse

Source : (Reason et al., 2006)

Ce modèle de causalité des accidents, montre que défaillances latentes au niveau de l'organisation, du lieu de travail, ou du personnel, contribuent à la survenance

d'accidents. Ce modèle montre également que des décisions de gestion, ainsi qu'un processus organisationnel efficace peuvent aider à prévenir des accidents.

Saari a également établi un modèle de causalité d'accidents basé sur la libération de l'énergie. Le modèle établi par Saari se base sur la théorie du transfert d'énergie établie par William HADDON Jr. La théorie du transfert d'énergie suppose, que tous les dangers impliquent de l'énergie, qui transférée ou libérée de manière inattendue cause des accidents. Ainsi tout dégât matériel de même que tout dommage subit par les travailleurs, serait la conséquence d'un transfert d'énergie effectuée de manière incontrôlable. Toujours, selon la théorie, diverses techniques peuvent être appliquées pour réduire les accidents à savoir : la prévention de l'accumulation de l'énergie, la réduction de la quantité initiale d'énergie, la prévention de la libération d'énergie, le contrôle rigoureux de la libération d'énergie, la séparation de l'énergie libérée de l'objet vivant ou non-vivant (Haddon Jr, 1973).

Saari définit un accident comme une série d'évènements consécutifs toujours déclenchés par l'énergie. Son modèle comporte quatre phases, à savoir, la phase normale où le déroulement du travail est sous contrôle, la phase en amont où le contrôle du processus de travail est perdu, la phase de contact où les facteurs accidentogènes libèrent de l'énergie nocive et la phase de lésion où des dégâts matériels et humains surviennent (Saari, 1986).

Au vu de tout ce qui précède, il a été constaté que la gestion de la sécurité s'est progressivement développée grâce à l'amélioration des éléments des théories explicatives des causes d'accidents, des pratiques et des normes de sécurité. Il a été également noté l'idée que les facteurs humains étaient l'unique cause des accidents, a progressivement évolué pour arriver à l'idée que les facteurs humains étaient une cause parmi tant d'autres. Et qu'en plus du facteur humain, il fallait également tenir compte de l'environnement des travailleurs, de l'organisation de la structure dans laquelle évoluent les travailleurs, mais également des décisions prises par le management.

Le contexte étant fixé, nous allons par la suite aborder le concept de système de gestion d'évènements indésirables.

1.2. Les systèmes de gestion d'évènements indésirables

Pour assurer la gestion des risques, il est indispensable pour les entreprises de se doter de mécanisme de retour d'expérience. Le retour d'expérience consiste, à analyser les dysfonctionnements qui se produisent au sein d'une organisation, puis à définir et mettre en œuvre les mesures correctives afin d'éviter que ces dysfonctionnements ne se reproduisent (Dien & Llory, 2005).

Les systèmes doivent être dynamiques. Ils doivent s'adapter à l'évolution des technologies, à l'évolution de la structure organisationnelle, à l'évolution des compétences des acteurs, à l'évolution des méthodes de management, à l'évolution de la gestion des risques. D'autre part, ils doivent être associés à des démarches pro-actives telles que : une analyse des risques, une analyse de la vulnérabilité des barrières et des organisations, des audits. Ils doivent également être réactifs et pro-actifs. La réactivité s'observe par le fait que le processus de gestion des évènements indésirables se met automatiquement en route dès l'occurrence d'un évènement indésirable. Selon (Svedung & Rådbo, 2006), le système est qualifié de réactif parce qu'il se déclenche automatiquement dès la survenance d'un évènement indésirable, mais également parce qu'il permet de prévenir la récurrence d'un évènement identique ou similaire. Le système ne doit pas se limiter à l'analyse d'évènements indésirables. Il doit également être pro-actif. La pro-activité consiste à éviter dans un contexte dynamique, l'occurrence d'évènements indésirables. Pour cela, les acteurs chargés de faire fonctionner le système, recherchent les signaux ou informations, qui pourraient renseigner sur la dégradation de la sécurité, qui pourraient renseigner sur l'occurrence d'un évènement potentiellement grave. Il est important à ce niveau, de bien établir le lien de causalité entre les informations trouvées et l'occurrence de l'évènement. La pro-activité s'observe également par la formalisation des bonnes pratiques (Dechy & Dien, 2007).

Le processus de gestion des évènements indésirables, comporte plusieurs étapes à savoir (Dien, Dechy, & Guillaume, 2007) :

- La définition du type d'évènement à traiter, du montant des ressources à allouer.
- La détection des évènements.
- La collecte des données.

- L'analyse des évènements. A cette étape, l'objectif est de comprendre les causes de l'évènement. Cela passe par l'interprétation des données collectées.
- La définition des mesures correctives.
- La mise en œuvre des mesures correctives.
- L'évaluation à terme de l'efficacité des mesures.
- L'archivage de l'évènement, de ses enseignements et de son traitement.
- La communication des enseignements aux parties prenantes ou intéressées.

Lorsque l'une de ces étapes, n'est pas bien exécutée, le processus peut être qualifié de défaillant. De même, lorsque des évènements similaires à ceux survenus par le passé, se reproduisent, le système peut être qualifié de défaillant (Dien & Llory, 2005).

Pour (Svedung & Rådbo, 2006), le processus de gestion d'évènements peut être vu comme un processus d'apprentissage. La boucle d'apprentissage est un concept développé par (Argyris & Schon, 1978). Pour Argyris, l'apprentissage est une résultante de l'action. L'apprentissage s'opère au niveau de l'individu, du groupe et de l'organisation. Egalement, l'erreur corrigée serait une façon d'apprendre. Ils relèvent deux façons de corriger les erreurs :

- à travers la modification du comportement. Cette modification du comportement est appelée apprentissage en simple boucle
- à travers la modification du programme qui produit le comportement. Cette modification est appelée apprentissage en double boucle.

(Svedung & Rådbo, 2006) distinguent trois boucles d'apprentissage :

- La boucle d'apprentissage de premier niveau ou simple boucle d'apprentissage : à ce niveau, les membres de l'organisation utilisent les solutions appliquées par le passé pour des situations semblables, à celles qu'ils rencontrent. L'individu prend des décisions en fonction de précédents résultats jugés satisfaisants. Il adapte les modes opératoires. Le processus de prise de décision est individuel et est effectué de manière quotidienne. A ce niveau, il n'y a pas de méthode formelle d'apprentissage.
- La boucle d'apprentissage de second niveau ou double boucle d'apprentissage : elle est effectuée, lorsque les résultats observés à l'issue de la première boucle d'apprentissage, ne correspondent pas aux attentes. A ce niveau, les collectes

de données et les analyses des évènements, sont plus formalisées et plus approfondies. Elles sont réalisées, au sein de l'organisation, pour produire des données adaptées aux besoins des membres de l'organisation. Elle est effectuée dans le but de modifier les habitudes de travail. Elle vise également à produire des effets à long terme sur l'organisation

- La boucle d'apprentissage de troisième niveau ou triple boucle d'apprentissage : elle est effectuée pour identifier les différents obstacles à l'apprentissage double boucle. Comme obstacles, on pourrait citer le conformisme, l'autocensure, la rétention d'informations. La triple boucle d'apprentissage concerne et implique plusieurs organisations et niveaux dans la société.

Pour (Dechy & Dien, 2007), un système de gestion efficace, doit pouvoir aller au-delà de la défaillance technique et de l'erreur humaine, pour définir les causes profondes d'un évènement. De ce fait, les actions de prévention liées aux causes profondes, seront plus durables. (Dien & Llory, 2005) ont identifié, les dimensions selon lesquelles un évènement doit être analysé.

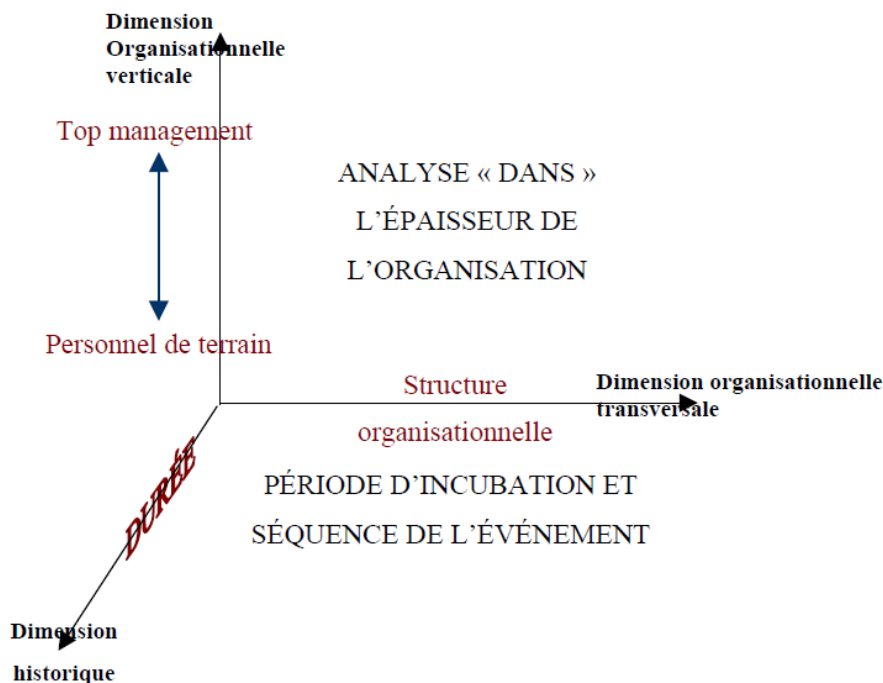


Figure 1: les trois dimensions de l'analyse organisationnelle

Source :(Dien & Llory, 2005)

- La dimension historique

Pour (Dien & Llory, 2005), l'analyse d'un évènement indésirable, nécessite de remonter dans le temps. Le but de cette remontée dans le temps, est d'analyser les phénomènes de dégradation qui se sont manifestés pour aboutir à la survenance de l'évènement.

- La dimension organisationnelle

Dans une organisation, les entités communiquent, échangent des données et collaborent entre elles, pour assurer la sécurité de l'organisation. A travers cette dimension, l'objectif est d'établir le réseau organisationnel des entités concernées par la survenance de l'évènement. Il permet de visualiser les interactions entre les différentes entités. Il permet également d'identifier, les relations entre les entités, qui devraient être effectives, mais qui ne le sont pas (Dien & Llory, 2005).

- La dimension verticale

L'analyse selon la dimension verticale est intéressante, car elle permet de comprendre, les interactions entre d'un côté les instances hiérarchiques qui sont composées des décideurs, des managers, ainsi que des experts et d'un autre côté les travailleurs de terrain. De manière précise, l'analyse selon cette dimension, permet de mettre en lumière les modes de communication, les modes de circulation de l'information spécifique à l'évènement, ainsi que les modes de coopération entre les instances hiérarchiques et les travailleurs de terrain (Y Dien & Llory, 2005).

1.3. Un exemple de processus de gestion d'évènement : la méthode de résolution de problèmes

La maîtrise des accidents et des risques est au cœur de la gestion de la sécurité. La survenance des évènements indésirables dans les entreprises, constitue un problème que les entreprises tentent de résoudre, ou tout au moins de limiter. Pour résoudre ces

problèmes, les entreprises mettent en place des systèmes de résolution des évènements indésirables. Le processus mis en place à travers ces systèmes de gestion d'évènements indésirables, est comparable au processus de la méthode de résolution des problèmes. La méthode de résolution des problèmes est un processus d'identification puis de mise en œuvre d'une ou plusieurs solutions à une difficulté (Crépin, Pernin, & Robin, 2014). Elle se fait en quatre étapes :

- Etape 1 : le cadrage. Au cours de cette étape, les problèmes sont définis et priorisés
- Etape 2 : l'analyse. Au cours de cette étape, les causes des problèmes sont déterminées
- Etape 3 : les solutions. Au cours de cette étape, les solutions possibles sont recherchées, puis la ou les solutions adéquates sont choisies.
- Etape 4 : l'action. Au cours de cette étape, la ou les solutions choisies sont mises en application, puis un suivi et une évaluation des résultats sont effectués. Si les résultats sont concluants, une généralisation des bonnes pratiques est faite pour ne pas retomber dans les mauvaises habitudes.

Le processus de résolution des problèmes peut être répété de manière indéfinie. Le plus important est de le parcourir de manière méthodique et rigoureuse.

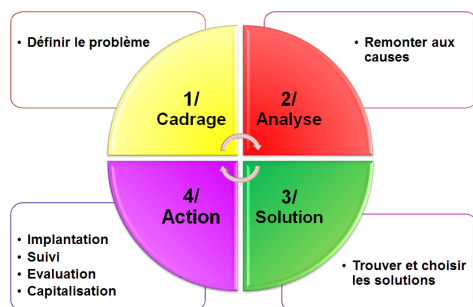


Figure 2: Méthode de résolution des problèmes

Source : (Crépin et al., 2014)

1.3.1. Le cadrage

1.3.1.1. Les objectifs

Le premier objectif de la phase de cadrage est de comprendre la situation. Pour comprendre la situation, il est important de rassembler toutes les informations

nécessaires. Le second objectif est de prioriser les problèmes et trouver le problème pertinent. Le problème pertinent est celui que l'on doit résoudre immédiatement afin d'avoir le maximum de résultats. Le troisième objectif est de définir des objectifs. Les objectifs doivent être cadrés, approuvés, mesurables, réalistes. Ils doivent également avoir une échéance dans le temps. Pour évaluer la réalisation des objectifs, des indicateurs mesurables doivent être déterminés(Crépin et al., 2014).

1.3.1.2. Les phases

La première phase est celle de la définition initiale des problèmes. La deuxième phase est celle de la mesure des problèmes rencontrés. La troisième phase est la priorisation des problèmes. La quatrième phase est la fixation des objectifs et d'un plan de travail.

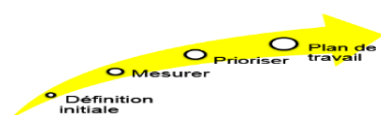


Figure 3: les phases de l'étape de cadrage

Source : (Crépin et al., 2014)

1.3.1.3. Les outils

1.3.1.3.1. Le QQOCQP

Au cours de la phase de définition initiale, l'outil utilisé est le QQOCQP. Le QQOCQP est une démarche méthodique qui permet de guider le questionnement face à un problème. Il permet d'éviter de tirer des conclusions hâtives et de rassembler de manière exhaustive les informations disponibles. Il permet aussi d'identifier les informations indisponibles et donc les données à rechercher. Il est également un outil d'animation de travail en groupe(Crépin et al., 2014).

Les questions posées au cours du questionnement sont les suivantes :

Qui : elle vise à déterminer les responsables, les personnes concernées.

Quoi : elle porte sur l'outil, l'objet, le résultat.

Où : elle porte sur les informations géographiques.

Quand : elle porte sur les informations temporelles.

Comment : cette question s'intéresse aux procédures, aux moyens matériels, aux actes posés.

Pourquoi : cette question s'intéresse aux causes, aux facteurs déclenchants.

Pour quoi : l'idée derrière cette question est de déterminer les objectifs, la finalité du questionnement mené.

Combien : cette question porte sur la mesure

De manière précise, la problématique derrière chaque question est la suivante :

Questions	Réponses
Quoi Quel est le problème ?	
Qui Qui est concerné par le problème ?	
Où Où apparaît le problème	
Quand Quand apparaît le problème ?	
Comment Comment apparaît le problème ?	
Pourquoi ? Pourquoi résoudre le problème ?	

Tableau de clarification de la problématique QOOQCP

Questions	Sous – questions	Exemples
Qui ?	De qui, avec qui, pour le compte de qui...	Responsable, acteur, sujet, cible, personnes concernées ...
Quoi ?	Quoi, avec quoi, en relation avec quoi...	Outil, objet, résultat...
Où ?	Où, par où, venant d'où ...	Lieu, déplacement, environnement...
Quand ?	Tous les..., à partir de..., jusqu'à...	Date, périodicité, durée, cyclique
Comment ?	De quelle façon, dans quelles conditions, par quel procédé...	Procédure, technique, action, moyens matériel...
Pourquoi ? Pour quoi ?	Cause, facteur déclenchant Motif, finalité, objectif	Les causes, la «raison» d'être, objectif...
Combien	Quelle quantité, valeurs, à quelle dose.	Quantités, budget...

Tableau de questionnement détaillé

Le QQQQCP n'est pas seulement utilisé au cours de la phase de cadrage. Il peut être également utilisé à la fin de la phase d'analyse. Cela permet de faire le tour du diagnostic qui a été fait. Il peut être aussi utilisé à la fin de la phase de solution. Son utilisation permettra de définir l'action d'implantation qui sera mise en place.

1.3.1.3.2. Les méthodes de recueil et de traitement de données

Au cours de la phase de mesure, les méthodes de recueil et de traitement des données sont utilisées. L'objectif de cette phase est dans un premier temps de collecter les données qualitatives et quantitatives, dans un second temps de les traiter, puis de les partager à travers des visualisations graphiques. Pour collecter les données, une feuille de relevé peut-être utilisée. La feuille de relevé est un outil permettant de recueillir des informations précises en relation avec un objectif bien défini. Selon la manière dont la collecte va s'effectuer, les données vont varier. Par exemple, si nous prenons la collecte de feuilles de présence à un cours dans le cadre d'un protocole. Selon que les feuilles sont collectées au début du cours, ou à la fin du cours, ou selon qu'il est demandé aux étudiants ayant participé de signer, les données vont varier. Il est important dès le début de la collecte, de prendre en compte l'accès aux données, le traitement des données, l'archivage des données.

Pour assurer une bonne collecte des données, il est important de respecter les étapes suivantes :

- Déterminer les éléments à relever
- Elaborer la fiche de relevé à utiliser. Elle peut être sous forme de tableaux à plusieurs entrées, de questionnaire, de questionnaire comprenant des cases à cocher.
- Déterminer la période et le lieu de collecte des données
- Collecter les données
- Mémoriser les données collectées

Une fois les données collectées, pour assurer un bon traitement des données, il est important de s'assurer à la fois d'avoir eu à collecter les bonnes données, mais

également d'avoir le bon modèle de traitement des données. La collecte des données peut s'effectuer à toutes les étapes de la résolution des problèmes. Au cours de la phase de cadrage, elle est utilisée pour la formulation du problème. Au cours de la phase d'analyse, elle est utilisée pour rechercher et quantifier les causes. Au cours de la phase solution, elle est utilisée pour la recherche de solutions. Au cours de la phase d'action, elle est utilisée pour le suivi.

Une fois les données collectées et traitées, elles sont ensuite présentées visuellement à travers des représentations graphiques telles que les histogrammes, les diagrammes en bâtons, les diagrammes circulaires. L'outil par excellence qui est utilisé pour présenter les résultats est le tableur⁴(Crépin et al., 2014).

1.3.1.3.3. Le diagramme de Pareto

La phase de mesure terminée, arrive la phase de priorisation. La phase de priorisation est décisive dans la phase de cadrage, car c'est au cours de cette phase que l'on décide le ou les problèmes auxquels on doit s'attaquer en priorité. Le critère pour prioriser est la criticité. La criticité est estimée à partir de trois variables à savoir :

La fréquence qui est le nombre d'occurrence d'un problème. La fréquence est estimée à partir des données collectées.

La gravité qui permet d'évaluer l'importance que la survenance d'un évènement peut avoir sur une entreprise et ses composantes. Cela peut être une estimation du temps perdu, du chiffre d'affaires perdu, des clients perdus, de produits gaspillés, lorsqu'on s'intéresse au fonctionnement d'un magasin. Une estimation en euros de ces paramètres permet de mieux appréhender la gravité et de pouvoir consolider la gravité de toutes les conséquences d'un problème. Ainsi, une perte de temps des employés va correspondre à une perte de salaire, une perte de clients va correspondre à une perte de marge, des produits gaspillés vont correspondre à une perte de chiffre d'affaires.

La détection qui est la probabilité que les contrôles mis en œuvre détecteront le dysfonctionnement ou les causes du dysfonctionnement.

⁴Le tableur est outil informatique qui permet de faire des calculs, de faire des statistiques, de présenter des données et des tableaux sous forme graphique.

La criticité est donc évaluée de la manière suivante : $\text{criticité} = \text{fréquence} \times \text{gravité} \times \text{détection}$.

Il existe également un excellent outil qui permet de prioriser les problèmes. Il s'agit du diagramme de Pareto. Le diagramme de Pareto est un histogramme⁵, où les causes de survenance d'un problème sont classées de la gauche vers la droite, par ordre décroissant des fréquences d'occurrence. Sur le même graphe, une courbe correspondant aux fréquences cumulées est tracée. L'interprétation du diagramme obéit à la loi de Pareto également connue sous le nom de loi des 20/80. Elle stipule que 20% des causes génèrent 80% des effets. Il suffit donc de travailler sur les 20% de causes pour influencer fortement le phénomène.

La loi des 20/80 peut s'appliquer pour la gestion des stocks. L'idée dans ce cas est que « 20% des articles contribuent à générer 80% du chiffre d'affaires ». Elle peut être également appliquée pour le suivi de la qualité. « L'idée dans ce cas est que 20% des causes représentent 80% des défauts ». Elle peut être également appliquée lors de l'analyse d'un processus. Dans ce cas, l'idée est que « 20% des opérations accumulent 80% de la valeur ajoutée ». Le diagramme de Pareto est donc un outil efficace de prise de décision, qui permet de consacrer les ressources sur les causes essentielles qui ont un impact prépondérant (Goetsch & Davis, 1997).

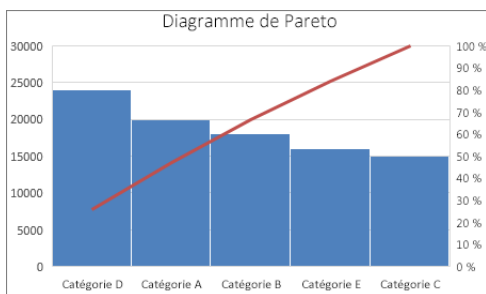


Figure 4: Diagramme de Pareto

Source : (Goetsch & Davis, 1997)

⁵Un histogramme est un type de graphique en colonnes qui montre la répartition des données. En abscisse, on y inscrit les catégories, ou les causes de problèmes et en ordonnée, on inscrit les fréquences de survenance des causes.

1.3.1.3.4. Le QQQQCP

Une fois que les phases précédentes ont été réalisées, une nouvelle série de questionnements est de nouveau effectuée, pour établir le plan d'action à suivre. Il s'agit à travers ces questionnements de déterminer les objectifs à atteindre, mais également le budget alloué à la démarche de résolution des problèmes. Pour suivre la réalisation des objectifs, des indicateurs mesurables doivent être déterminés(Crépin et al., 2014).

1.3.2. L'étape de l'analyse

Une fois le ou les problèmes identifiés, au cours de l'étape d'analyse, les causes principales du problème sont identifiées.

1.3.2.1. Les outils

1.3.2.1.1. La méthode des 5 Pourquoi

La méthode des 5 pourquoi permet de rechercher les causes profondes d'un problème tout en clarifiant les relations entre elles. Elle est facile à mettre en œuvre et ne requiert pas d'analyses statistiques. Elle fonctionne pour des problèmes qui impliquent des personnes, ou dont la source se trouve dans des interactions avec des personnes. Elle consiste à se poser au moins cinq fois la question « pourquoi ? » face à un problème afin de trouver la cause racine. Avant de commencer à poser les questions « Pourquoi ? », il faut d'abord formuler de façon claire le problème à traiter. Une fois le problème formulé, on pose la question pourquoi pour trouver la première cause. Une fois la première cause trouvée, on pose de nouveau la question pourquoi pour découvrir la raison de survenance de la première cause trouvée. On procède de la même manière jusqu'à découvrir la cause racine(Crépin et al., 2014).

1.3.2.1.2. La méthode d'Ishikawa

Egalement appelé diagramme en arête de poisson, ou diagramme de causes à effets, il a été inventé par le professeur Kaoru ISHIKAWA en 1943. Ce diagramme est un outil d'analyse qui permet de révéler les causes profondes d'un problème. Ishikawa a déterminé sept catégories principales de causes pour un problème. Il s'agit de :

- La matière
- Les machines
- Les méthodes
- La main d'œuvre ou le management
- Le milieu
- La mesure
- Les moyens financiers

Grâce à des séances de brainstorming, les causes secondaires sont identifiées et réparties en fonction des huit causes principales. Ainsi tout ce qui concerne les matériaux et consommables, utilisés dans un processus, est lié à la matière. A titre d'exemple de cause liée à la matière, on peut citer les problèmes de qualité des matériaux utilisés. Tout ce qui concerne les moyens techniques et informatiques utilisés est lié aux machines. Tout ce qui concerne l'environnement de travail au sens large sera lié au milieu. De même, les problèmes concernant les clients seront liés au milieu, parce que le client est un partenaire extérieur de l'entreprise. Les problèmes concernant les personnes impliquées directement ou indirectement dans un processus, seront liés à la main-d'œuvre ou au management, en fonction du niveau hiérarchique des personnes impliquées. Il peut s'agir d'un opérateur qui n'a pas reçu la formation nécessaire, d'un manque de communication entre les personnes concernées, d'une démotivation des personnes impliquées. Les problèmes concernant le mode opératoire, le procédé, la conception d'un produit ou d'un processus, seront liés aux méthodes. Les problèmes concernant la vérification de la fiabilité des informations à partir desquelles on travaille, seront liés à la mesure. Par exemple, des problèmes ont été diagnostiqués à partir de fiches remplies ; On peut se poser la question de savoir si ces fiches ont bien été remplies ? Une entreprise utilise un appareil pour mesurer la qualité d'un produit. On peut se demander si l'appareil a bien été étalonné ?

Concernant la cause « les moyens financiers », l'argent n'est pas directement lié à la survenance d'un problème, mais il peut influencer les autres causes. Les problèmes tels que des primes de motivation de la main d'œuvre insuffisantes, ou un budget d'entretien de machines insuffisant, peuvent être rangés dans la cause « les moyens financiers ».

La méthode Ishikawa consiste à :

- Clairement identifier le problème à résoudre
- Faire un brainstorming pour identifier les causes secondaires
- Classer les causes secondaires en fonction des causes principales
- Réagir sur les causes secondaires
- Vérifier sur le terrain
- Etablir un plan d'action

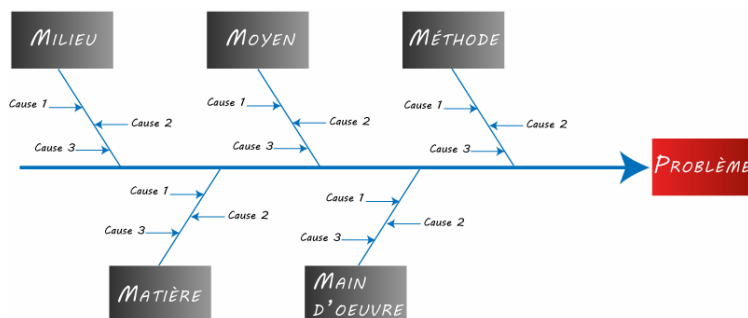


Figure 5: Diagramme d'ISHIKAWA

Source :(Goetsch & Davis, 1997)

L'utilisation du diagramme offre l'avantage de permettre une mise en place rapide, une utilisation immédiate en groupe de travail. Cependant elle ne peut s'appliquer qu'à une action donnée ou une étape de travail donnée.(Goetsch & Davis, 1997)

1.3.2.1.3. L'arbre à cause

Derrière un problème, il n'existe pas que des causes simples et uniques. Ce qui est important, c'est la combinaison des facteurs. L'arbre à cause est très souvent utilisé après la survenance d'un accident. Pour bien utiliser un arbre à cause il faut :

- Recueillir le plus vite possible les faits (se rendre sur place, prendre des échantillons, interrogé des gens)
- Travailler méthodiquement en s'intéressant aux faits inhabituels. Il est important de s'intéresser aux faits inhabituels, car de manière générale, les accidents viennent de la survenance de faits inhabituels.
- Se baser sur des faits précis, avérés. Et ne pas se baser sur des opinions, des jugements, des interprétations.

Les causes identifiées seront classées en deux catégories :

- Les causes directes. Il s'agit des causes qui seront à l'origine du déclenchement du problème.
- Les causes indirectes ou secondaires ou racines.

Le but de la classification des causes, est de trouver les actions correctives appropriées (Crépin et al., 2014).

Pour mieux comprendre la détermination d'un arbre à cause prenons l'exemple de monsieur Y qui travaille dans un abattoir et qui s'est coupé le doigt en travaillant.

La question qu'il faudrait se poser pour trouver la cause directe est « qu'a-t-il fallu pour que cela se produise ? ». La question qu'il faudrait ensuite poser pour identifier les causes indirectes, est « y avait-il d'autres causes qui expliqueraient la survenance des premières causes ? » si oui « qu'a-t-il fallu pour que cela se produise ? »

En réponse à la première question on pourrait avoir comme réponses :

Monsieur Y utilisait un couteau électrique. Cela fait référence au matériel utilisé.

Monsieur Y travaillait au poste de découpe. Cela fait référence à l'environnement de travail.

La carcasse de l'animal a glissé des mains de monsieur Y. Cela peut faire référence à la matière mise en cause.

Nous allons tenter de déterminer les causes secondaires de chaque cause primaire en posant les questions suivantes :

Qu'a-t-il fallu pour que Monsieur Y utilise un couteau électrique ?

La raison pourrait être que la scie électrique était en panne.

Qu'a-t-il fallu pour que Monsieur Y travaille au poste de découpe ?

La raison pourrait être qu'il a dû remplacer un collègue qui était absent

Qu'a-t-il fallu pour que la carcasse ait glissé de la main de Monsieur Y ?

La raison pourrait être que monsieur Y avait des gants déchirés, ou que monsieur Y n'avait pas la bonne technique de prise de la carcasse.

A partir de ces informations on peut réaliser l'arbre de cause suivant :

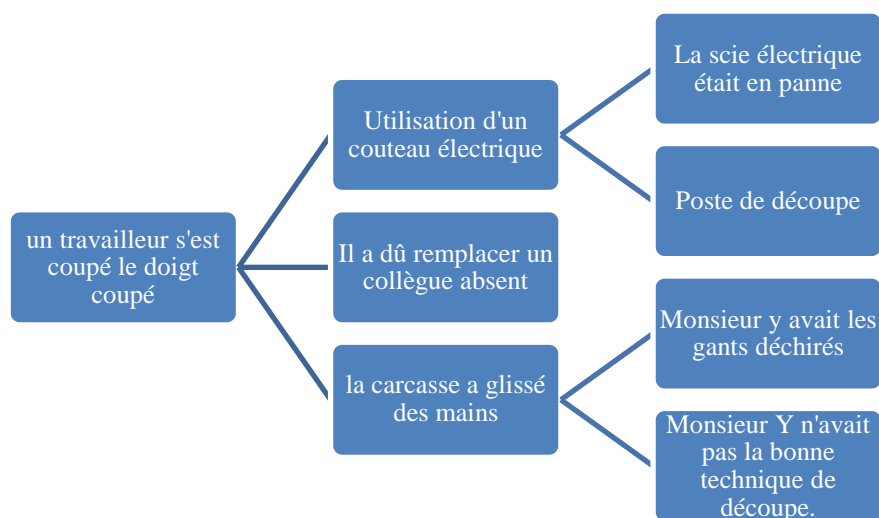


Figure 6: Arbre de causes basé sur l'exemple

1.3.3. Les solutions

L'objectif de cette étape est de rechercher toutes les solutions possibles, puis de sélectionner une ou plusieurs solutions à mettre en place.

1.3.3.1. Les outils

1.3.3.1.1. Le brainstorming

Le brainstorming servira à classer les solutions. La classification des solutions se fera selon les critères de qualité génériques, et les critères de qualité spécifiques.

Les critères de qualité génériques engloberont les solutions rapides, ou faciles à mettre en place. Elles engloberont également les solutions efficaces et mises en place à moindres coûts.

Les critères de qualité spécifiques engloberont les solutions qui iront dans le sens de la stratégie de l'entreprise. Ainsi, si la stratégie de l'entreprise est basée sur l'implication du personnel, les solutions adoptées seront celles qui iront dans ce sens.

Egalement au cours du brainstorming, les critères seront priorisés, en fonction des priorités de l'entreprise.

Des méthodes existent pour classer et prioriser les solutions. Il s'agit de :

- Du vote. Chaque participant possède le même nombre de voix.
- La discussion. Le but de la discussion est d'arriver à trouver un consensus.
- La shortlist. Il s'agit à travers cette méthode de faire une présélection des idées, puis de travailler de manière détaillée sur la présélection.

1.3.3.1.2. Une étude de faisabilité

Une fois les solutions classées et priorisés, une étude de faisabilité sera effectuée. Au cours de cette étude, les objectifs seront présentés, ainsi que les moyens nécessaires à la mise en place.

1.3.3.2. Les livrables de l'étape de solutions

Une fois les solutions définies et classées, un plan d'action sera établi. Ce plan d'action va valider la faisabilité du projet. C'est-à-dire que l'entreprise dispose des moyens nécessaires, du temps nécessaire, des ressources financières et humaines nécessaires.

De plus, des indicateurs mesurables permettant de vérifier le succès des solutions mises en place seront établis. De même, des indicateurs de monitoring permettant de vérifier que le problème ne revienne pas, seront établis (Crépin et al., 2014).

1.3.4. L'action

Les solutions à mettre en œuvre étant définies à l'étape précédente, elles seront mises en œuvre au cours de l'étape d'action. Les principaux objectifs poursuivis au cours de cette étape sont de mettre en œuvre le plan d'actions, d'obtenir, valider et pérenniser les résultats.

1.3.4.1. Les livrables

Le premier résultat concret attendu, est la résolution du problème. Il faut noter qu'il est difficile de résoudre 100% d'un problème. Mais il est important d'obtenir rapidement des premiers succès. Ces premiers succès vont permettre d'avoir une situation positive. Ils vont permettre également d'instaurer une dynamique du progrès.

Il faudra également vérifier que les résultats sont atteints. Pour réaliser la vérification, il faudra faire une nouvelle collecte des données, puis calculer les indicateurs et observer l'évolution des indicateurs.

Une autre action importante à mener durant la phase d'action, sera de communiquer à tous les acteurs. Il est important de communiquer sur les objectifs fixés et sur les objectifs réalisés. Il est également utile de communiquer sur la gestion du budget qui a été alloué.

Une autre action importante à mener, est de verrouiller les résultats. Pour le faire, il faudra mettre en place un système de surveillance, parce qu'il est très facile de retomber dans les mauvaises habitudes.

Egalement, il faudra capitaliser sur les acquis. Pour ce faire, il faudra faire une réunion de bilan, où les personnes concernées donneront leur avis sur ce qui a bien marché, ce qu'il faudra améliorer à l'avenir.

Il est également important d'archiver les données, les indicateurs déterminés, les comptes-rendus. L'idée qui soutient cela est qu'une organisation doit sans cesse mémoriser pour avancer (Crépin et al., 2014).

1.4. Les facteurs d'échec des systèmes de gestion d'évènement

Il est important que les acteurs des organisations, comprennent les enjeux liés à la mise en place de système de gestion d'évènements. Car les politiques mises en place par les organisations, dépendront des enjeux auxquels les organisations font face.

➤ La crainte de sanctions

Le premier facteur d'échec de ces systèmes est, la possibilité d'implication de sanctions (civiles, pénales, ou administratives). Elle est souvent citée comme cause de difficulté dans la collecte des informations, de blocage de la parole, lors de la survenance d'incidents ou d'accidents (Dechy & Dien, 2007).

➤ Les considérations économiques des managers

Les organisations évoluent dans un environnement compétitif. De ce fait, pour certains managers, les impératifs de performance économique, prennent le dessus sur les impératifs de sécurité (Dechy & Dien, 2007).

➤ Un autre facteur d'échec est la difficulté de détection des évènements.

(Pidgeon & O'Leary, 2000) rapportait un constat de Barry Turner qui était le suivant « Parfois les individus ou organisations ne sont pas conscients de leur ignorance : ils opèrent avec des visions de leur environnement qui représentent leur monde sans les risques qui les menacent. Dans ce cas, l'amélioration des flux d'information n'est pas la solution essentielle requise pour arrêter une période d'incubation avant qu'un accident n'arrive. A la place, la représentation du monde doit être quelque part revue de sorte que ces inadéquations soient exposées ». A travers ce constat, Barry Turner mettait en lumière la difficulté qu'avaient les individus et les organisations à détecter des dysfonctionnements.

Pour (Dien et al., 2007), cette difficulté de détection, est due à la difficulté, qu'ont les individus, à interpréter les phénomènes techniques. Elle est également due aux difficultés d'interprétation des phénomènes organisationnels et leur impact possible sur la sécurité. Comme exemples de phénomènes organisationnels, on pourrait citer la restructuration d'un service, la dégradation du climat social, le changement des membres du management, l'augmentation du turnover. Une autre raison qui pourrait expliquer la difficulté de détection, est que les individus font face à une quantité

considérable d'informations. De ce fait, il est difficile de distinguer les informations pertinentes.

➤ Une collecte des données cloisonnée

Pour (Gilbert, 2001), la collecte des données est souvent focalisée sur les aspects techniques et les erreurs des opérateurs. Les descriptions d'incidents ou d'accidents ne prennent pas souvent en compte, les descriptions des accidents du point de vue des acteurs directs. De même, (Dechy & Dien, 2007) déclarent que les collectes de données devraient également porter sur les facteurs humains, organisationnels, culturels.

(Dechy & Dien, 2007) nous font remarquer que, dans les groupes qui disposent de plusieurs sites de production, il peut arriver que les informations ne soient pas accessibles. Ces informations ne sont pas accessibles, parce que les autres entités du groupe sont parfois dépendantes de la volonté de l'entité ayant subi l'évènement. De plus, l'organisation entretient des relations commerciales avec ses clients, ses fournisseurs, ses sous-traitants. L'intérêt commercial qui soutient ces relations peut être aussi un motif d'inaccessibilité de l'information.

➤ La faiblesse de l'analyse de l'évènement

Pour (Gauthey, 2005), les évènements indésirables qui surviennent, ne font pas toujours l'objet d'analyses approfondies. Il explique cela, par le manque de ressources, de méthodes permettant d'identifier d'un côté, les causes directes qui portent sur l'aspect technique et l'aspect « erreur humaine » et d'un autre côté les causes profondes, qui portent sur l'aspect organisationnel, et culturel. (Dien et al., 2007) quant à eux, expliquent que la faiblesse des analyses a une cause culturelle et organisationnelle.

D'un point de vue transversal, l'analyse de l'évènement ne doit pas uniquement servir à éviter qu'un évènement similaire se reproduise. Elle doit également permettre d'identifier des enseignements génériques et transférables à d'autres entités d'un même groupe (Dechy & Dien, 2007).

➤ Identification de mesures correctives efficaces et adaptées à l'organisation

La qualité des mesures correctives dépend de la qualité des analyses effectuées. (Koornneef, 2000) suggère que la définition de mesures correctives se fasse en collaboration avec des experts des systèmes sociotechniques.

D'un point de vue transversal, les enseignements génériques et transférables identifiés, peuvent être confrontés à deux situations. La première est celle du déni total des membres de l'organisation destinée à recevoir les enseignements. La seconde est celle d'une appropriation totale des enseignements. L'objectif est donc d'identifier les mesures qui permettront au niveau des individus de l'organisation réceptrice, de tendre vers une appropriation (Dechy & Dien, 2007).

➤ Une mise en œuvre effective des mesures correctives

L'accident survenu en 1999 à la raffinerie Avon de Tosco, avait comme cause technique, des problèmes de corrosion. Il ressort du rapport, que ces problèmes de corrosion, avaient été repérés et signalés l'année précédente, par des opérateurs et un sous-traitant. Le management avait reconnu le problème, mais n'avait mis en place, aucune action corrective. Un facteur qui permettrait une mise en œuvre effective, des mesures correctives serait que, les autorités de contrôle assurent le suivi de la mise en œuvre de mesures correctrices. Un autre facteur serait, que les autorités définissent des réglementations concernant la mise en œuvre d'actions correctrices (Dechy & Dien, 2007).

➤ Une évaluation adéquate de l'efficacité des mesures correctives

Pour (Dechy & Dien, 2007), l'évaluation de l'efficacité ne doit pas se limiter à des audits. Elle doit être effectuée de manière continue. Car des effets pervers imprévus, peuvent être observés par la suite. L'objectif de l'évaluation de l'efficacité étant d'observer si les solutions mises en place, garantissent une amélioration durable.

➤ Un archivage des causes et solutions efficaces de l'évènement

(Dechy & Dien, 2007) suggèrent que les causes de survenance, les solutions mises en place et qui ont été efficaces, soient conservées dans des bases de données.

➤ Une communication des enseignements

(Dechy & Dien, 2007) suggèrent que les enseignements soient communiqués aux parties concernées par l'évènement, mais aussi, aux différentes parties de l'organisation. Ils suggèrent également que les individus aillent au-delà des considérations d'évaluation des performances entre individus, entre unités de production, pour assurer une meilleure circulation des enseignements.

1.5. Les High Reliability Organization (HRO)

Après les catastrophes de Three Miles Island aux États-Unis et celle de Bhopal en Inde, un groupe de chercheurs Américains, s'est réuni pour mener une réflexion sur un type d'organisation. Il s'agissait, d'organisations qui perduraient, malgré les graves dangers auxquels elles devaient faire face, que ce soit en permanence, ou de façon intermittente. Ces organisations opéraient dans des secteurs, où la moindre erreur pouvait avoir des conséquences dramatiques. A la suite de ces réflexions, le terme « High Reliability Organization » est apparu. (Roberts, 1993) définit ce type d'organisation, comme celles qui ont en commun un haut potentiel pour les erreurs opérationnelles, qui peuvent entraîner des catastrophes, mais qui arrivent à fonctionner sans erreur malgré le haut niveau de complexité.

1.5.1. Les caractéristiques des High Reliability Organization (HRO)

- La résilience

La résilience est la capacité que développent ces organisations, afin de réduire la brutalité des événements inattendus et permettre une récupération rapide après leur survenance (Fanchini, Deltort, & Bulot, 2014) .

Ce concept de résilience ne porte pas uniquement sur la capacité des organisations à résister et à se relever des chocs, mais également sur leur capacité à éviter les chocs. De ce fait, le concept aborde deux dimensions à savoir la dimension réactive à l'évènement et la dimension proactive. Deux facteurs sont nécessaires pour permettre à une organisation de développer une résilience. Il s'agit du traitement de l'information et de la prise de décision (De Bovis, 2009). Ces deux facteurs sont primordiaux, car la notion résilience organisationnelle ne parle pas de manière immédiate aux membres de l'organisation. Il revient aux membres du management de définir cette notion aux membres de l'organisation. Il revient également aux membres du management de clarifier les attentes liées à cette notion et d'assurer la compatibilité de ces attentes avec les objectifs de l'organisation. Il faut ajouter que la résilience organisationnelle ne s'obtient pas instantanément, ou sur injonction managériale. Elle se développe avec le temps (Hollnagel, Journé, & Laroche, 2009).

- La notion d'attention vigilante

Pour (Weick Karl & Sutcliffe, 2001), les HRO accordent une attention totale à tout ce qui arrive. Une organisation attentive et consciente doit avoir la capacité soutenue pour trier le flux des événements en des séquences significatives. A cet effet, elles procèdent à une réactualisation permanente et un approfondissement croissant du contexte, afin d'éviter un oubli de certains phénomènes qui menacent l'organisation. Elle développe donc des capacités pour détecter l'inattendu en train de se produire. Cela est d'autant plus important lorsque les problèmes à peine émergents ne fournissent que des signaux faibles.

Pour (Fanchini et al., 2014), la capacité d'attention vigilante des organisations face aux événements indésirables, est la résultante de la mise en œuvre de cinq principes :

Principe n°1 : se préoccuper plus des défauts que des succès. Tout petit défaut doit être considéré comme un symptôme que quelque chose peut aller de travers dans le système.

Principe n°2 : ne pas se satisfaire de la première cause explicative, multiplier les points de vue dans les analyses. Parce que les HRO privilégient les attitudes interrogatives et consacrent des ressources pour effectuer des doubles contrôles.

Principe n°3 : demeurer sensible aux opérations. L'organisation doit rester attentive à la façon dont les tâches sont réellement effectuées sur le terrain. Cela suppose porter un regard sur l'activité des opérateurs, de s'intéresser à leurs difficultés concrètes et de les résoudre avec pragmatisme.

Principe n°4 : entretenir des capacités de résilience en encourageant la formation, les mises en situation. Les formations et les mises en situation visent à développer chez les individus, des capacités d'improvisation avec ce qui est à portée de main. Ce principe trouve son fondement dans la définition des sources de la résilience de (Weick, 1998) telles que l'improvisation et le bricolage, les systèmes de rôles virtuels, la sagesse comme attitude et l'interaction respectueuse.

Principe n°5 : respecter et valoriser l'expertise. Il importe dans la prise de décision, de donner du poids à l'avis des experts, quel que soit leur rang hiérarchique.

Au regard des principes énumérés, on peut déduire que les trois premiers visent à anticiper les événements et les deux derniers visent à atténuer les effets de leur survenance.

1.5.2. Les facteurs de fragilité organisationnelle mise en évidence par la pensée des High Reliability Organization

Le premier facteur de fragilité identifié est le facteur d'interactions. (Vaughan, 2001) le définit comme un brouillage des signes avant-coureurs de danger dans divers signaux qui tendent, malgré la compétence et le professionnalisme des acteurs, à les neutraliser. Il s'agit de signaux mixtes, c'est-à-dire « un signal de danger potentiel, suivi d'autres signaux qui, laissent penser aux individus que tout va bien et les convainquent que la situation est sûre ».

Des signaux faibles peuvent également survenir. Un signal faible est « un signal difficile à décoder, ou un signal qui, après analyse, paraît si improbable que les opérateurs considèrent qu'il a peu de chances de se reproduire ». Lorsque ces signaux deviennent des signaux de routine pour les individus, la normalisation de la déviance⁶ peut conduire à la survenance d'accidents.

Le second facteur de fragilité est le facteur structurel. Le facteur structurel fait référence au secret qui émerge de la structure d'une organisation. Pour (Vaughan, 2001), la structure organisationnelle, la division du travail, la hiérarchie, la dispersion géographique des unités, limite la capacité des individus situés à un endroit de l'organisation, de bien comprendre ce que font leurs collègues à l'autre bout de l'organisation.

1.5.3. L'importance des événements indésirables dans la gestion de la sécurité des High Reliability Organization

- Un questionnement perpétuel

Les technologies complexes avec lesquelles opèrent ces entreprises, les variations quotidiennes de l'environnement dans lequel ces entreprises évoluent, ainsi que les conséquences graves que subissent ces entreprises en cas de survenance de catastrophes, témoignent de la complexité auxquelles ces entreprises font face. Face à cette complexité et aux événements indésirables qui surviennent de manière imprévue, l'organisation se doit d'être en interrogation perpétuelle. Face à cette interrogation, les

⁶ La normalisation de la déviance peut être définie comme le fait que l'individu repousse de manière progressive, la frontière de ce qu'il perçoit comme risque acceptable (Vaughan, 2001).

activités de ces organisations doivent porter sur une recherche de réponses aux interrogations (Ericksen & Dyer, 2005).

- Un ajustement des routines préétablis

Les HRO sont caractérisées par une vigilance permanente, qui leur permet de détecter et d'anticiper les événements imprévus. La survenance d'événements indésirables, permet à ces entreprises de pouvoir mettre en place de manière rapide des actions nouvelles, mais aussi d'effectuer rapidement des ajustements des routines préétablis (Ericksen & Dyer, 2005).

- Améliorer le lien entre communication et actions

Les HRO évoluent dans un environnement où le droit à l'erreur est quasi inexistant. La survenance de situations nouvelles, nécessite de rassembler les informations collectées au sein de l'organisation, afin d'effectuer en temps réel, une analyse de la situation et d'apporter des réponses adéquates. La survenance d'événements permet donc d'améliorer quotidiennement le lien existant entre la communication et l'action. Ce lien est important pour ces organisations, car les bons mots mis sur une situation permettent sa compréhension. Et la compréhension d'une situation est la base primordiale pour une action (Ericksen & Dyer, 2005).

- Mettre l'accent sur la formation

Les événements indésirables n'étant pas toujours similaires, leur survenance permet à ces entreprises, de mettre l'accent sur la formation. Pour (Bea, 2002), la formation permet de lutter contre l'obsolescence rapide des connaissances qui pourraient amoindrir la vigilance des acteurs (Ericksen & Dyer, 2005).

De ce qui précède, il ressort qu'un système efficace de gestion d'événements indésirables, devrait permettre d'identifier non seulement les erreurs humaines et les causes de défaillances techniques, mais également les causes organisationnelles qui auraient conduit à la survenance d'événement indésirable.

Sur le plan organisationnel, il ressort que les HRO apporteraient des solutions aux différents facteurs d'échec qu'un système de gestion d'événements pourrait avoir. Il apparaît également sur le plan organisationnel, que les HRO développeraient des solutions vis-à-vis des facteurs d'interactions et des facteurs structurels.

2. Partie empirique

2.1. méthodologie

L'objectif de mon analyse de terrain, est d'identifier les facteurs de succès et d'échec des systèmes de gestion d'évènements indésirables mis en place par les HRO.

Pour effectuer la collecte des données, j'ai sélectionné six entreprises. Parmi ces entreprises, j'ai sélectionné des grandes entreprises et des petites entreprises. Pour constituer mon échantillon, j'ai choisi les entreprises dont le domaine d'activité impliquait d'avoir la sécurité comme priorité. J'ai également pris soin d'intégrer dans ma sélection, quelques entreprises qui avaient une position de leader dans leur domaine d'activités. Pour constituer mon échantillon, j'ai choisi l'entreprise SONACA qui est une société Belge active dans le domaine de la construction aéronautique et aérospatiale. Elle est l'une des sociétés leader dans le domaine de la construction aéronautique et spatiale. Elle a un effectif mondial de 4471 employés. Le site de Gosselie qui est le principal site de production de la société a un effectif de plus de 2000 employés. J'ai également choisi la société Thalès Alénia Space. Thalès Alénia Space est un groupe Franco-Italien qui opère dans le domaine spatial. Elle a un effectif mondial de 7980 salariés. L'entreprise Thalès est également un acteur majeur dans le domaine spatial. Elle dispose de sept sites de production en Belgique et emploie 800 personnes sur le territoire Belge. J'ai ensuite choisi l'entreprise Ores. L'entreprise Ores est une société belge, qui est le premier opérateur de réseau de distribution d'électricité et de gaz naturel en Wallonie. Elle emploie 2200 personnes sur toute la Wallonie. J'ai par la suite choisi l'entreprise ArcelorMittal. Arcelormittal est le leader mondial de la sidérurgie. La filiale Belge du groupe embauche 5800 employés sur les sites de Gand et Liège, ainsi que sur les unités de Geel et Genk. J'ai également choisi l'entreprise Hydrogaz qui est une entreprise Belge spécialisée dans les travaux de voirie pour des clients du secteur public et privé. Elle est également spécialisée pour l'installation et l'entretien de réseau souterrain. Elle a un effectif de plus de 400 employés. Pour finir, j'ai choisi l'entreprise Mécaspring, qui est une entreprise Belge qui opère dans le domaine de la mécanique de précision. Elle est spécialisée dans la conception de pièces mécaniques de haute précision. Elle a des clients qui opèrent dans le domaine de l'aérospatiale, l'armement, la construction, l'automobile, la construction métallique. Elle a un effectif de 90 employés.

Pour effectuer la collecte des données, j'ai eu à effectuer des entretiens semi-directifs avec les conseillers en prévention des différentes entreprises. Pour la réalisation des entretiens, j'ai rédigé une série de questions précises. Dans l'optique de comparer les données, j'ai eu à poser les mêmes questions aux personnes interviewées.

Pour analyser les données collectées, je ferai une analyse comparative. Je ferai également un rapprochement entre mes observations et des notions théoriques. Puis, je donnerai mon avis sur le sujet.

2.2. Analyse des données

Pour réaliser ma collecte des données, j'ai eu à rencontrer les conseillers en prévention de Six entreprises. Afin de comprendre le processus de gestion d'évènements indésirables qui a été mis en place dans ces entreprises, j'ai rédigé une liste de questions (confère annexe 1) qui portait sur :

- La définition d'un évènement indésirable
- Le type d'évènements indésirables collectés
- Le support de collecte
- Le mode de signalement privilégié dans l'entreprise
- La stratégie initiale d'implication des travailleurs
- La stratégie mise en place par la suite pour continuer à motiver les travailleurs
- Les méthodes et moyens de traitement des évènements collectés
- Le suivi des actions correctrices
- L'évaluation de la performance du système de collecte.

En observant la définition de chaque entreprise de la notion d'évènement indésirable, on remarque qu'elles prennent en compte trois aspects à savoir l'aspect matériel, l'aspect de l'intégrité physique du travailleur et l'aspect de déviation vis-à-vis des normes existantes. Il ressort de toutes les définitions données, qu'un évènement indésirable est la survenance d'une situation dans laquelle des écarts vis-à-vis des standards préétablis ont été constatés et qui occasionne un dégât matériel, ou amène un danger pour l'intégrité physique du travailleur.

	Entreprise Thalès Alénia space	Entreprise sonaca	Entreprise Arcelormittal	Entreprise Mecaspring	Entreprise hydrogaz	Entreprise Ores
Définition d'un évènement indésirable	Tout évènement ayant entraîné soit un dégât matériel mineur ou majeur, ou tout évènement n'ayant pas entraîné un accident de travail.	Toute situation qui va provoquer une déstabilisation dans un système fonctionnel et habituel. Nous portons une attention particulière sur la potentialité de gravité de chaque incident.	Toute situation dans laquelle, un écart a été constaté par rapport aux standards préétablis, et qui a entraîné la survenance de dégâts matériels, ou un passage à l'infirmerie.	Tout évènement soudain, ou toute déviation par rapport à un cadre fixé, qui amène un danger pour la personne.	Toute situation qui se produirait, et qui pourrait déboucher sur un accident.	Chez Ores, la notion d'accident mineur n'existe pas. Nous utilisons les notions de presque-accident et d'accident. Nous pouvons définir un évènement indésirable comme toute situation mettant en danger la santé et l'intégrité des travailleurs.

Figure 7: Extrait de la grille comparative des entretiens réalisés

En observant le type d'évènements collectés par les entreprises, on constate que les entreprises n'ont pas sélectionné un ou plusieurs types d'évènements à collecter. Elles ont privilégié la collecte de tout type d'évènements. La collecte de tous les types d'évènements a été motivée par le fait que toutes ces entreprises partagent une même idée : « en matière de sécurité, toutes les informations sont utiles ». La collecte de tout type d'évènements permet aux entreprises de collecter le maximum d'information, pour pouvoir mener le maximum d'actions préventives.

	Entreprise Thalès Alénia space	Entreprise sonaca	Entreprise Arcelormittal	Entreprise Mecaspring	Entreprise hydrogaz	Entreprise Ores
Type d'évènements collectés	Les évènements de tout type sont collectés. (tant ceux portant sur les biens matériels que sur les personnes physiques)	Les évènements de tout type sont collectés. (tant ceux portant sur les biens matériels que sur les personnes physiques)	Les évènements de tout type sont collectés. Car en matière de sécurité, toute information est utile. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise information	Les évènements de tout type sont collectés. Car il est utile de collecter tout type d'informations.	Les évènements de tout type sont collectés. Toutes les informations sont utiles pour nous	Nous collectons un maximum d'informations de la part de nos travailleurs et de la part de nos partenaires extérieurs. Nos partenaires extérieurs, ont l'obligation contractuelle de remonter les informations à Ores. Les informations viennent directement au service interne prévention et protection des travailleurs, puis un tri est effectué.

Figure 8: Extrait de la grille comparative des entretiens réalisés

En observant le support de collecte des évènements utilisés par les entreprises, on remarque dans trois entreprises, qu'un formulaire informatisé disponible en version papier est utilisé pour la collecte. Il s'agit des entreprises Sonaca, Mecaspring et Ores. Ce choix a été fait par l'entreprise Sonaca parce que les informations sont collectées à divers endroits et elles sont fournies par différents acteurs. Il a également été fait parce que l'entreprise Sonaca dispose des moyens financiers et humains pour assurer le traitement quotidien de ces informations. Les informations sont collectées au niveau des lignes de production et elles sont fournies par les ouvriers et les responsables de production. Elles sont également collectées au niveau de l'infirmerie et sont fournies par les infirmiers et infirmières. Elles sont également collectées au niveau des

pompiers intervenant sur le site et fournies par les pompiers. Elles sont également collectées au niveau des agents de sécurité du site et fournies par ces agents. Elles sont aussi collectées au niveau des sous-traitants qui opèrent quotidiennement sur le site.

Concernant l'entreprise Mecaspring, ce choix a été fait en raison du nombre de ses ouvriers (66), de la petite taille de son site de production.

Concernant l'entreprise Ores, ce choix a été fait en raison du type d'activité de l'entreprise. Les agents d'ores effectuent leur activité en extérieur et la majorité des événements indésirables surviennent au cours de l'exercice de leur activité. Pour que le signalement des événements soit fait de manière pratique et rapide pour les agents, ils disposent d'un lot de formulaires. (Confère annexe 8 « souche réduisons les risques »)

On remarque également que dans trois entreprises, une plateforme interne informatisée est utilisée pour la collecte des événements. Il s'agit des entreprises Thalès Alenia Space, ArcelorMittal et Ores. Ce choix a été fait par ces entreprises pour permettre un traitement rapide des informations collectées.

On remarque que l'entreprise Hydrogaz n'a mis en place aucun support de collecte. Cela a été motivé par le fait que la direction ne soit pas prête à consacrer une partie de son budget à la gestion de la sécurité. Pour la collecte des informations, les moyens de communication sont privilégiés (contact direct, téléphone, mail).

Au vu des entretiens, on constate que le choix du support de collecte peut être influencé par la part du budget que les dirigeants souhaitent consacrer à la gestion de la sécurité.

	Entreprise Thalès Alénia space	Entreprise sonaca	Entreprise Arcelormittal	Entreprise Mecaspring	Entreprise hydrogaz	Entreprise Ores
Support de collecte des évènements	Une plateforme informatique a été mise en place à l'échelle internationale du groupe. Une fiche d'accident est remplie en cas d'accident afin de le caractériser. Un formulaire crée en interne, est rempli en cas d'accident grave.	L'entreprise a recours à un support papier et informatisé. Il s'agit d'un formulaire informatisé disponible en version papier, qui est collecté journalièrement à divers niveaux. Des indicateurs sont ensuite générés à partir des formulaires transcrits. Les audits internes et externes sont également des moyens de collecte d'évènements.	Aucun support papier de collecte d'évènements indésirables n'est utilisé chez nous. Seul un support informatique est utilisé. Il s'agit d'un formulaire informatisé établi par le service interne prévention et protection des travailleurs pour l'Europe sur la base de standards établis par Arcelormittal au niveau mondial et européen. Ces formulaires sont néanmoins adaptés aux sites belges...	Nous avons recours à la fois au support papier et au support informatisé. Pour le support papier, il s'agit d'un questionnaire rédigé par le conseiller en prévention. Ce questionnaire permet d'évaluer les risques éventuels liés à chaque poste de travail dans l'usine. Nous avons également un support informatisé conçu par le conseiller sécurité...	Nous n'avons mis en place aucun support de collecte. Cependant, nous disposons de sources d'information fiables. Nous collectons les informations de manière directe auprès des employés, ou via la délégation syndicale. Elles sont également collectées lors des comités prévention et protection des travailleurs...	Nous avons un carnet à souche, que nos agents de terrain remplissent, et qui peuvent être envoyés anonymement au service prévention et protection des travailleurs. Les contacts mail et téléphoniques des membres du service prévention et protection sont accessibles à tous les travailleurs sur l'intranet. Les travailleurs peuvent donc directement signaler soit par mail, soit par téléphone les évènements constatés. Nous avons également sur l'intranet, un onglet où les travailleurs peuvent également communiquer les problèmes constatés...

Figure 8 : Extrait de la grille comparative des entretiens réalisés

En observant le mode de signalement, on constate que dans les entreprises de grande taille, le mode formel et informel est utilisé. On constate également dans ces entreprises, que le mode informel est souvent utilisé par les ouvriers pour signaler les évènements mineurs. Par évènement mineur, j'entends un évènement sans gravité, auquel un responsable de ligne de production peut trouver la solution sans référer au conseiller prévention ou à son supérieur hiérarchique. Ces constats ont été faits dans les entreprises Thalès Alénia Space, Sonaca, Arcelormittal et Ores.

Cependant, on remarque dans les entreprises de petites tailles, que le mode de signalement d'évènements qui a été privilégié est le mode informel. Il s'agit des entreprises Hydrogaz et Mecaspring. Ce choix du mode informel a été motivé par le fait que l'entreprise privilégie les rapports humains, la proximité avec ses ouvriers.

	Entreprise Thalès Alénia space	Entreprise sonaca	Entreprise Arcelormittal	Entreprise Mecaspring	Entreprise hydrogaz	Entreprise Ores
Mode de signalement des évènements	Un mode formel et informel est utilisé. Le mode formel est observé à travers l'envoi des fiches et formulaires aux supérieurs. Le mode informel est observé à travers le déroulement des animations à intervalle régulier.	L'entreprise a recours au mode formel et informel. Etant donné que l'entreprise dispose d'une population variée, le canal de communication varie en fonction de la population concernée.	Le mode informel et le mode formel sont privilégiés. Pour le signalement d'évènements mineurs, le mode informel est souvent utilisé par les travailleurs. Pour le signalement de tout autre évènement, le mode formel est utilisé	Nous privilégions le mode informel. Le plus important, est la proximité avec les travailleurs, la prise de contact direct avec les travailleurs. De plus nous avons mis en place un système de boîte à suggestions, qui n'a pas eu un grand succès, car les travailleurs préfèrent plus les rapports humains.	Nous privilégions le mode informel. Les employés disposent du numéro de GSM du conseiller en prévention. Ils peuvent à tout moment le contacter et lui communiquer directement les informations. Ils peuvent également passer par la délégation syndicale pour remonter les informations.	Nous avons recours à la fois au mode formel et informel. Le mode formel s'observe à travers l'envoi aux services concernés, des données présentes sur les souches, et qui ont été transcrites. Le mode formel s'observe également à travers l'utilisation de l'onglet de l'intranet pour le signalement d'évènements constatés. Le mode informel s'observe à travers l'utilisation des divers canaux pour contacter le service prévention et protection.

Figure 9: Extrait de la grille comparative des entretiens réalisés

En observant la stratégie mise en place initialement pour impliquer les travailleurs, on remarque, que l'accent est mis en premier lieu sur le rappel régulier des obligations légales et contractuelles en matière de sécurité, des travailleurs. A travers ce rappel, les entreprises essaient d'intégrer dans l'esprit des travailleurs, qu'ils ont l'obligation de respecter les procédures et règles établies, pour le bon déroulement des tâches quotidiennes. Egalement, à travers ce rappel, les entreprises visent à intégrer dans l'esprit des travailleurs, une obligation de prudence dans l'exercice de leurs activités. Il a été également remarqué, que pour impliquer les travailleurs, les entreprises laissent aux travailleurs, une autonomie pour la gestion des événements mineurs. Il a été également constaté dans les petites entreprises, que l'établissement et le maintien d'une bonne ambiance de travail, contribue à impliquer les travailleurs dans le signalement des événements indésirables.

En observant les stratégies mises en place par les entreprises pour continuer à motiver les travailleurs, on remarque que ces entreprises accordent une importance aux retours d'information vers les personnes ayant signalé des événements. L'objectif poursuivi par ces entreprises, est de montrer aux travailleurs qu'ils sont écoutés. Cela les encouragera à continuer à signaler les événements. Comme autre stratégie mise en place, nous avons les formations collectives en matière de sécurité données aux travailleurs de manière régulière. Au cours de ces formations, des mises en situation sont effectuées. Ces mises en situations visent à sensibiliser les travailleurs sur l'importance de l'adoption de bonnes pratiques dans l'exercice de leurs tâches quotidiennes. Elles visent également à améliorer les réflexes et les habitudes des travailleurs face aux risques. De même, des séances quotidiennes de sensibilisation sur la sécurité sont effectuées par les conseillers en prévention. Ces séances de sensibilisation sont également organisées et données au niveau des ateliers de production par les responsables de production. Ces séances de sensibilisation visent également à intégrer les bons réflexes en matière de sécurité, dans les habitudes des travailleurs. Comme autre stratégie de motivation des travailleurs, au niveau de l'entreprise Thalès Alénia Space, une prime est octroyée aux travailleurs ayant fait des suggestions pertinentes. On remarque que dans l'entreprise Thalès Alénia Space, les travailleurs sont intégrés dans l'élaboration des solutions.

	Entreprise Thalès Alénia space	Entreprise sonaca	Entreprise Arcelormittal	Entreprise Mecaspring	Entreprise hydrogaz	Entreprise Ores
Stratégies d'implication et de motivation des travailleurs	Des animations à intervalle régulier sont organisées à différents niveaux hiérarchiques. Des boîtes à suggestions ont également mises à disposition des travailleurs. Des visites sont effectuées par le conseiller en prévention. Des récompenses financières sont accordées aux travailleurs ayant fait les suggestions les plus pertinentes. Apporter de manière systématique, une réponse aux événements déclarés. Une sensibilisation quotidienne des travailleurs est effectuée.	Des séances de sensibilisation sont organisées quotidiennement. Des briefings de sécurité sont effectués avant le début de chaque pause. Des red alert sont également données avant le début de chaque pause. Des réunions quotidiennes sont également organisées entre les chefs d'équipe, le directeur de la production, le conseiller en prévention et sécurité, les délégations syndicales. Des retours sur les informations remontées sont faits tous les jours au début de chaque pause...	Tout agent de maîtrise, en partant du contremaître au CEO a l'obligation de faire un audit par mois, et de faire remonter l'information. S'il ne respecte pas cette règle, un courrier d'avertissement est envoyé au travailleur, et en cas de récidive, une sanction est infligée au travailleur. Le rappel de la législation en vigueur, permet une prise de conscience de tous les acteurs en interaction avec l'entreprise, mais aussi permet une meilleure implication des travailleurs dans la collecte d'événements indésirables...	Faire en sorte qu'il y ait une bonne ambiance de travail, car elle permet une meilleure implication des travailleurs. Nous avons mis à disposition des travailleurs des informations nécessaires relatives à la sécurité. Les responsables de secteur au niveau de l'atelier de production, jouent un rôle important dans l'implication. Ils ont dans leur attribution, l'obligation de veiller à ce que les risques soient minimisés...	Il est important d'établir un climat de confiance avec les travailleurs pour faciliter la remontée d'information. L'aspect social et humain est primordial. Il est également important pour faciliter la remontée d'information d'apporter des réponses et solutions faites par les travailleurs. Cela montre aux travailleurs qu'ils sont écoutés, et cela les encourage à continuer à remonter les informations...	<ul style="list-style-type: none"> - Une collaboration mutuelle a été développée entre le service prévention et protection des travailleurs, et le service document, méthode et formation. Cette collaboration vise à intégrer dans les formations l'aspect prévention et sécurité. - Le service prévention et protection donne une formation collective aux nouveaux travailleurs. - Tous les deux mois, une formation générale est donnée aux travailleurs. - Des formations locales sont également données aux travailleurs, en fonction des spécificités des sites où ils doivent travailler...

Figure 10: Extrait de la grille comparative des entretiens réalisés

L'entreprise Arcelormittal a défini quelques indicateurs permettant d'évaluer les efforts fournis par l'entreprise pour impliquer et motiver ses travailleurs. On peut citer les indicateurs portant sur les formations données.

Formation					
N°	Libellé	Objectif	Indicateur	Résultat à atteindre	Responsable
3.1	Formation (Rafraîchissement) des différents (Fatality Prevention Standard)	Personnel formé (hauteur, EC, Consignation...)	Pourcentage de formation réalisée	90% de personnes concernées formées.	Responsables lignes et maintenance
3.2	Formation (rafraîchissement) à la sécurité (Take care)	Sensibilisation du personnel	Nombre de personnes formées		SMI /SIPPT/DPT

Figure 11: indicateurs portant sur les formations données

Elle a également mis en place des indicateurs portant sur le niveau de respect des règles.

Elever le niveau / Respect des règles					
N°	Libellé	Objectif	Indicateur	Résultat à atteindre	Responsable
2.1	Démarche Safety Steward	Tournée Safety Steward pour chaque cadre	Nombre de tournées réalisées	100% des cadres et maîtrise	Cadres du département

2.2	Améliorer la qualité des modes opératoires et analyses de risques	Standardisation des modes opératoires	Nombre de Modes Opératoires réalisés	Mode opératoire standardisé (Qualité - Sécurité - Environnement)	Ensemble du personnel
2.3	Opération de manutention en toute sécurité	Manutention en toute sécurité	Identification des anomalies ou presque accidents	0 manipulation en insécurité	Responsable maintenance et ligne

Figure 12: indicateur portant sur respect des règles

On peut aussi citer les indicateurs portant sur le management sécurité de la cotraitance

Management sécurité de la cotraitance					
N°	LIBELLE	OBJECTIF	INDICATEUR	Résultat à atteindre	RESPONSABLE
4.1	Renforcer la qualité des ouvertures de chantier (IER) lors d'une intervention avec la cotraitance	Qualité des Ouverture de chantier	Cotation ouverture de chantier	Cotation supérieure à 8 pour tous les chantiers	Responsable des chantiers
4.2	Mettre en place une réunion sécurité avec les cotraitants permanents	Réduction du taux de fréquence	Taux de réalisation des revues	Déploiement Plan sécurité	Cadres Maintenance et Parachèvement

Figure 13: indicateurs portant sur le management sécurité de la cotraitance

En observant le traitement des évènements collectés, on remarque avant tout que pour toutes les entreprises, les évènements sont traités de manière décentralisée. Les évènements mineurs sont traités au niveau inférieur. Pour assurer un traitement efficace des évènements mineurs, des formations sont données aux différents responsables en charge de leur gestion. On remarque également que des comités prévention sont régulièrement réunis pour le traitement des évènements. En effet, le code du bien-être des travailleurs prévoit dans son livre 2, titre 7, toutes les dispositions relatives au comité prévention et protection des travailleurs. La législation prévoit que ces comités se réunissent au moins une fois par an. Ils doivent comprendre comme membres :

- Le conseiller en prévention
- Les membres de la délégation syndicale
- Des membres de la ligne hiérarchique

Il est également constaté que dans les grandes entreprises, les comités prévention sont organisés au niveau des différents départements. Cela permet de traiter de manière décentralisée et efficace, les évènements indésirables.

En observant les outils de traitement des évènements, on remarque que les données collectées par rapport aux évènements déclarés, sont conservées dans des fichiers informatisés. Par la suite, des indicateurs de suivi sont générés. Ces indicateurs serviront ensuite de supports à la prise de décision. A cet effet, le service Public Wallon pour l'emploi, impose aux entreprises de déterminer au moins deux indicateurs à savoir : le taux de fréquence et le taux de gravité. Le taux de fréquence correspond au ratio *(nombre total d'accidents du travail x 1 000 000) / nombre d'heures travaillées*. Le taux de gravité correspond au ratio *(nombre total de jours d'incapacité x 1 000) / nombre d'heures travaillées*. De même, il a été remarqué que les entreprises ayant les moyens de s'offrir des programmes de gestion, font appel à des entreprises extérieures pour le concevoir. Ces programmes génèrent également des indicateurs, qui serviront de support à la prise de décision. A titre d'exemple chez Arcelormittal, des programmes comme Qualiscope, Practeos sont utilisés pour la gestion des actions menées dans le domaine de la Qualité, la Sécurité, l'Hygiène et l'Environnement.

	Entreprise Thalès Alénia space	Entreprise sonaca	Entreprise Arcelormittal	Entreprise Mecaspring	Entreprise hydrogaz	Entreprise Ores
Traitement des évènements collectés	La gestion des évènements est faite de manière décentralisée. Les évènements signalés sont traités lors des animations à intervalle régulier organisées aux différents niveaux hiérarchiques. Une formation sécurité est donnée aux contremaîtres et responsables de ligne pour assurer la gestion des évènements mineurs. Un consultant en ergonomie intervient 4 fois par année pour s'occuper des questions relatives à l'ergonomie.	Pour chaque évènement déclaré, des deadlines sont fixées pour apporter des réponses. Ces deadlines sont établies en fonction des critères d'urgence des évènements. L'autonomie laissée aux responsables de production dans la prise de décision concernant les évènements mineurs. Les réunions quotidiennes organisées entre le conseiller en prévention et les responsables des divers départements, les délégués syndicaux. Les différents indicateurs établis à partir des données collectées constituent un important support pour les prises de décisions.	Les évènements collectés sont enregistrés dans la base de données. Des programmes informatiques, sont ensuite utilisés pour générer des indicateurs. Des réunions de cadres sont organisées une fois par semaine pour discuter des indicateurs générés. Des comités de pilotage sécurité sont également organisés chaque mois au niveau de chaque département, pour examiner les indicateurs de sécurité, et voir comment les améliorer. Des comités prévention et protection des travailleurs se réunissent également au niveau de chaque département chaque mois...	Le traitement dépend des évènements remontés. Pour des évènements au niveau technique, il y a une coordination entre les responsables de secteur et le conseiller en prévention, pour la mise en place de solutions. Pour des évènements au niveau humain, seul le conseiller mets en place les solutions. Pour les décisions qui nécessitent un investissement, une discussion a lieu entre le conseiller en prévention et le directeur, et c'est uniquement le directeur qui prend la décision...	Chaque évènement indésirable signalé, est enregistré. Les évènements qui doivent être déclarés conformément à la loi le sont. Nous recevons de la part de nos clients, des analyses de chantier, qui nous permettent d'avoir l'avis du client, et d'améliorer ce qui doit l'être. Des rencontres avec les chefs de projet et les conducteurs de chantier sont organisés, afin de discuter des évènements survenus sur les chantiers, et de faire en sorte qu'ils ne se reproduisent plus...	Nous disposons d'une base de données destinée aux visites de chantier effectuées par les membres du service prévention, et une base de données destinée aux évènements indésirables. Les évènements ou situations constatés lors des visites sont consignés dans la base de données dédiée aux visites de chantier. Les bases de données comportent plusieurs onglets qui permettent de traiter l'évènement signalé. Dès que les évènements sont signalés, ils sont encodés dans la base de données. Les informations liées à l'agent ayant subi l'évènement sont encodées, ainsi que les informations liées à la nature de l'évènement qui s'est produit...

Figure 144 : Extrait de la grille comparative des entretiens réalisés

L'observation du suivi des actions correctrices nous montre qu'essentiellement, les entreprises observent l'évolution des indicateurs établis. Au nombre de ces indicateurs, on peut citer le nombre de jours passés sans accidents, le taux de fréquence, le taux de gravité, le taux global de gravité, le nombre d'accidents graves, le nombre d'accidents entraînant une incapacité temporaire de travail, le nombre de passages à l'infirmerie. Il faut préciser que le Service Public Wallon pour l'emploi impose aux entreprises l'établissement minimum de deux indicateurs à savoir le taux de fréquence et le taux de gravité. On remarque cependant, qu'au niveau de l'entreprise Hydrogaz, le suivi se fait à partir d'une liste de tâches mise à jour par le conseiller en prévention. Cette liste est mise à jour quotidiennement à partir des visites de chantier qu'elle effectue.

	Entreprise Thalès Alénia space	Entreprise sonaca	Entreprise Arcelormittal	Entreprise Mecaspring	Entreprise hydrogaz	Entreprise Ores
Suivi des actions correctrices	Au niveau des ateliers, des tableaux d'affichages sont présents dans les ateliers. Les solutions adoptées, sont affichées sur le tableau. Le conseiller en prévention, tient à jour un calendrier indiquant les jours avec ou sans accident, ainsi que les jours avec presque-accident. Ce calendrier est affiché aux valves de l'entreprise. L'entreprise dispose d'un plan d'action qui évolue de manière dynamique...	Les audits internes et externes effectués, ainsi que les indicateurs établis quotidiennement, sont d'excellent moyen de suivi pour nous.	Le suivi des actions correctrices se fait à travers l'observation de l'évolution des indicateurs. De même, lorsque des actions correctrices ont été mises en place, des affiches sont posées aux endroits où les actions ont été posées. Le but de ces affiches est d'intégrer les bonnes pratiques dans les habitudes des travailleurs. Un suivi est également effectué en comparant les indicateurs de l'entreprise, aux mêmes indicateurs d'autres entreprises évoluant dans le secteur...	Nous avons mis en place des réunions mensuelles. Ces réunions rassemblent le conseiller en prévention, les membres de la délégation syndicale. Avant la tenue de chaque réunion, le conseiller et la délégation syndicale, font un tour dans l'atelier de production, pour discuter avec les travailleurs pour collecter des informations. Les informations collectées font l'objet d'une discussion au cours de la réunion.	Le suivi des actions correctrices, se fait via une to do list qui est établie par la conseillère en prévention. Cette liste est mise à jour quotidiennement grâce aux visites de chantiers qu'elle effectue, aussi grâce aux rencontres avec les conducteurs de chantier, et aux discussions avec les travailleurs.	Une fois les données encodées dans la base de données, des statistiques sont établies. Le suivi des actions correctrices, se fait à travers l'observation de l'évolution de ces statistiques. La comparaison des statistiques se fait mois par mois, mais également année par année. Des statistiques au niveau régional et au niveau du groupe Ores sont également établies, et des comparaisons mois par mois, année par année sont également faites. Comme indicateurs, nous avons : - Le nombre d'accidents graves ou pas graves. - Le nombre d'accidents avec interruption temporaire de travail...

Figure 15: Extrait de la grille comparative des entretiens réalisés

L'évaluation de la performance des systèmes des différentes entreprises, se fait pour toutes les entreprises observées, grâce à l'évolution des indicateurs précédemment cités. Ainsi, si on observe que l'évolution des indicateurs est maîtrisée, et est en diminution, cela traduit que le système de gestion des événements indésirables fonctionne correctement. De même, pour les grandes entreprises, l'évaluation se fait en comparant l'évolution des indicateurs des différents sites de production. Comme indicateurs permettant d'évaluer la performance du système on peut citer :

- Le pourcentage de personnes ayant subi les formations sécurité et santé au travail
- Le pourcentage d'actions préventives réalisées
- Le degré d'avancement des plans d'action et de retard par rapport aux délais prévus
- Le pourcentage d'investissement en matière de santé et sécurité
- Le nombre de déclarations d'évènements indésirables
- L'évolution du nombre d'accidents de travail
- Le ratio (Nombre de déclarations traitées / Nombre de déclarations d'évènements)
- La probabilité d'occurrence des évènements indésirables.

Il a également été constaté que toutes les entreprises disposent d'un plan d'action évolutif à vision quinquennale. Le plan d'action sert également pour ces entreprises, d'outil d'évaluation du système de gestion. A travers le pourcentage de réalisation des objectifs fixés dans le plan d'action, le système est évalué. Il faut préciser que l'établissement du plan d'action à vision quinquennale est une obligation fixée par le Service Public Wallon pour l'emploi.

	Entreprise Thalès Alénia space	Entreprise sonaca	Entreprise Arcelormittal	Entreprise Mecaspring	Entreprise hydrogaz	Entreprise Ores
Evaluation de la performance du système	l'évaluation de la performance du système se fait à travers l'observation du nombre de passages à l'infirmier, à travers le nombre de jours passés sans qu'aucun accident ne se produise.	La performance du système peut être évaluée à travers l'évolution des indicateurs générés quotidiennement.	L'évaluation de la performance du système se fait à travers l'observation de l'évolution des indicateurs. Elle se fait également grâce à la comparaison des indicateurs aux mêmes indicateurs d'autres entreprises évoluant dans le même secteur. Elle se fait aussi à travers la comparaison des indicateurs des différents sites du même groupe	Au cours des réunions mensuelles entre le conseiller en prévention et la délégation syndicale, du comité de prévention et de protection, la performance du système de collecte est abordée. Chaque année, au mois d'avril, des statistiques annuelles doivent être envoyées au Service Public Fédéral. Nous nous servons également de ces statistiques pour évaluer notre système de collecte d'évènements	Nous disposons d'un plan d'action annuel à vision quinquennale. Chaque année, lors du comité de prévention et de protection des travailleurs, le plan est revu et mis à jour.	Nous avons un système dynamique de gestion des risques. Les solutions mises en place suite aux évènements passés, sont standardisées. Cependant le système est réévalué fréquemment pour améliorer le bien-être des travailleurs. On ne saurait donner une appréciation sur la performance de notre système, puisque nous menons des activités exercées par des hommes, et il serait difficile d'atteindre l'objectif de zéro incident et zéro accident. Cependant, en observant l'évolution des indicateurs ces dernières années, nous pouvons dire que nous avons fait des progrès.

Figure 16: Extrait de la grille comparative des entretiens réalisés

A l'issue des entretiens, on remarque sur les différentes composantes d'un système de gestion d'évènements indésirables, qu'il y a des similitudes dans les procédés, mais aussi des différences qui s'expliquent par la taille de l'entreprise, la capacité financière de l'entreprise, la part du budget que les dirigeants choisissent d'allouer à la gestion de la sécurité. Sur la définition de la notion d'évènement indésirable, toutes les entreprises s'accordent sur le fait qu'elle porte sur deux aspects à savoir l'aspect matériel et l'aspect intégrité physique du travailleur. En observant la composante « type d'évènements collectés », les entreprises s'accordent de nouveau. Pour elles, il est utile de collecter tout type d'évènement, afin de collecter le maximum d'information et de mettre en œuvre le maximum d'actions préventives. En observant la composante « support de collecte », on remarque qu'en fonction de la taille de l'entreprise, du type d'employés, des différents acteurs externes qui opèrent dans l'entreprise, elles choisissent un support papier de collecte ou un support informatisé. En observant la composante « mode de signalement des évènements », on a remarqué que, les grandes entreprises optaient pour un mode de signalement formel et informel. On a également constaté que le mode informel était utilisé dans les grandes entreprises pour le signalement d'évènements mineurs. D'un autre côté, on a remarqué que le mode informel était privilégié dans les petites entreprises, dans le but de maintenir une proximité avec les travailleurs. En observant la composante « stratégie d'implication et de motivation », on remarque encore des similitudes entre les entreprises. Les entreprises effectuent de manière systématique des feed-backs aux travailleurs ayant signalé les évènements. Elles font de manière régulière de la sensibilisation sur l'importance des signalements d'évènements indésirables. Elles font également des formations de manière régulière à leurs travailleurs, pour améliorer leurs habitudes et réflexes face au risque. En observant la composante « traitement des évènements », on constate que les entreprises sont soumises aux dispositions du code du bien-être des travailleurs. Parmi ces dispositions, figure l'instauration d'un comité prévention et protection des travailleurs. Quant au suivi des actions correctrices, les entreprises le font en observant l'évolution des indicateurs. Il faut préciser que le service public wallon pour l'emploi, impose aux entreprises d'établir au minimum deux indicateurs à savoir le taux de fréquence et le taux de gravité. Quant aux outils utilisés pour générer ces indicateurs, les entreprises en fonction de leur capacité financière disposent soit d'un fichier informatisé pour servir de base de données, soit de logiciels de gestion de données conçus par des entreprises extérieures. Au final, l'évaluation du système de

gestion des évènements se fait en observant l'évolution des indicateurs générés précédemment. Elle se fait également à travers l'observation de l'atteinte des objectifs fixés dans le plan d'action à vision quinquennale. Ce plan d'action à vision quinquennale est également une obligation fixée par le Service Public wallon pour l'emploi.

2.3. Discussion

Toutes les entreprises contactées, sont soumises aux dispositions du code du bien-être au travail. Le code en son article I.1-4 définit le danger comme la propriété ou la capacité intrinsèque notamment d'un objet, d'une substance, d'un processus ou d'une situation, de pouvoir causer un dommage ou de pouvoir menacer le bien-être des travailleurs. On remarque une similitude avec la conception des entreprises sur un évènement indésirable. On constate que tout comme la définition du danger, donnée par le code, la définition donnée par les entreprises, d'un évènement indésirable porte sur l'aspect matériel, mais également sur l'aspect intégrité physique.

Lorsqu'on porte un regard sur le mode de signalement, adopté dans les petites entreprises, on remarque que le mode informel a été privilégié. La raison qui a motivé ce choix, est la volonté de la part de la hiérarchie d'établir une proximité avec les ouvriers afin de faciliter la remontée d'informations. De même, en observant la stratégie initiale d'implication des travailleurs qui a été mise en œuvre, on constate aussi que cette volonté d'établir une proximité, une bonne ambiance de travail est l'une des premières stratégies mises en place. Cette volonté de la hiérarchie de vouloir instaurer une proximité entre le conseiller en prévention et les travailleurs, peut avoir comme véritable motif, la volonté d'amener les travailleurs à avoir confiance dans le système de gestion des évènements indésirables. Cela me permet de faire un parallèle avec la notion de « système-expert » d'Anthony GIDDENS. Pour lui, la constitution des systèmes experts est un mécanisme associé à la modernité avancée. Au sens de GIDDENS, les systèmes-experts peuvent être définis comme étant des domaines techniques concernant de vastes secteurs de l'environnement matériel ou social, qui sont utilisés par des personnes qui n'ont pas besoin de connaître leurs principes et leurs fondements. Comme systèmes-experts, on peut citer, le système d'assainissement ou les systèmes de santé. Dans le cas de mon analyse, les systèmes de gestion des

événements indésirables peuvent être considérés comme des systèmes-experts au sens de GIDDENS.

Le bon fonctionnement des systèmes-experts repose sur une confiance pragmatique dans un système abstrait et impersonnel que la plupart des acteurs ne maîtrisent pas. Il définit la confiance comme étant un sentiment de sécurité justifié par la fiabilité d'une personne ou d'un système. Cette sécurité exprime une foi dans la probité ou l'amour d'autrui, ou dans la validité de principes abstraits comme le savoir technologique. La confiance dans un système expert dont parle GIDDENS, ne fait pas référence à la confiance dans une relation entre individus, mais d'une confiance dans un système abstrait et impersonnel qui ne dépend ni d'une initiation complète à ces processus, ni d'une maîtrise du savoir qu'ils génèrent. C'est une espèce de foi pragmatique, fondée sur notre expérience du bon fonctionnement de ces systèmes en général (Giddens, 1994).

Tout système de gestion d'événements indésirables pour bien fonctionner a besoin de mettre en place des outils efficaces de traitements, mais a également besoin que les travailleurs continuent à signaler des événements. Un système de gestion d'événements indésirables qui dispose d'outils efficaces, mais qui ne reçoit pas de signalements d'événements, ne fonctionnera pas. Les signalements constituent la matière qui fait fonctionner le système. L'objectif visé par les stratégies d'implication et de motivation des travailleurs, est de motiver les travailleurs à continuer à signaler. Le mot clé à cette étape, est la motivation.

La motivation au travail peut se définir comme un processus qui active, oriente, dynamise et maintient le comportement des individus vers la réalisation d'objectifs attendus (Roussel, Igalens, & Sire, 1996). (Maslow, 1943), dans sa théorie sur les besoins disait que la motivation de tout individu serait suscitée par la volonté de satisfaire des besoins. Il observe que l'individu hiérarchise ses besoins et cherche à les satisfaire, selon un ordre de priorité croissante :

- Les besoins physiologiques.
- Les besoins de sécurité. Il s'agit de la sécurité de ses biens matériels, de la sécurité de son emploi.
- Les besoins d'amour. Ces besoins portent sur les interactions sociales de l'individu. Il peut s'agir aussi des besoins d'affection, d'appartenance à un groupe.

- Les besoins d'estime, de reconnaissance
- Les besoins de réalisations de soi. Ces besoins portent sur le développement personnel, l'épanouissement personnel.

Cela me permet de faire un lien avec la volonté affichée des entreprises Mecaspring et Hydrogaz d'établir une proximité avec leurs travailleurs pour faciliter la remontée des informations. Le fait que cette proximité permette une remontée plus facile des informations, montrent que leurs travailleurs cherchent à satisfaire les besoins d'amour. Dans le même ordre d'idée, un parallèle peut être fait entre cette proximité affichée avec les travailleurs et la théorie ERD⁷ développée par (Alderfer, 1969). D'après cette théorie, la motivation de l'individu est provoquée par la nécessité de satisfaire trois types de besoins :

- Les besoins d'existence
- Les besoins de rapports sociaux
- Les besoins de développement personnel

La différence entre la théorie ERD, et la théorie de Maslow, est qu'avec la théorie ERD, il n'y a pas d'hiérarchisation des besoins. La motivation dépendrait de l'intensité d'un besoin et chaque besoin peut agir de manière simultanée sur la motivation.

Une stratégie d'implication et de motivation adoptée par les entreprises contactées, est d'effectuer un feed-back systématique aux travailleurs sur les événements signalés. Ce feed-back a pour but de montrer aux travailleurs qu'ils ont été entendus, qu'ils n'ont pas signalé les événements de manière vaine. La théorie des caractéristiques de l'emploi a identifié cinq caractéristiques internes qui influenceraient la motivation interne⁸. Il s'agit de la variété des compétences, l'identité de la tâche, le sens de la tâche, l'autonomie et le feed-back. Le feed-back permet à l'individu de prendre connaissance des résultats du travail qu'il réalise. Plus le feed-back effectué est de meilleure qualité, plus le travailleur a une perception claire de ses résultats (Hackman & Oldham, 1976).

⁷ERD : existence, relatedness, & growth.

⁸La motivation interne est une partie du concept de motivation intrinsèque. Elle se limite au « sentiment Positif de fierté personnelle d'avoir réussi telle ou telle performance » (El Akremi, 2000, p.183).

Après avoir fait un lien entre les stratégies d'implication, de motivation et les théories portant sur la motivation des travailleurs, il serait judicieux d'aborder les facteurs qui pousseraient le travailleur à agir sans motivation et susciteraient même chez les travailleurs, de l'indifférence. Il s'agit des facteurs d'hygiène ou d'ambiance (Louart, 2002). Les facteurs d'hygiène se rapportent au contexte du travail, aux circonstances dans lesquelles le travailleur accomplit ses tâches. Ils sont nécessaires au bon équilibre mental de l'individu. Comme facteurs d'hygiène, on peut citer :

- les qualités et les défauts du supérieur hiérarchique,
- La politique et l'administration de l'entreprise,
- Les conditions de travail,
- Les relations avec les collègues,
- Les relations avec les subordonnés, et les supérieurs,
- Le prestige de l'emploi,
- La sécurité de l'emploi,
- La rémunération,
- L'influence de l'entreprise sur la vie personnelle. Par exemple, on peut parler des mutations.

Cela se vérifie aisément dans notre étude, puisque nous avons un mode de signalement informel dans les petites et dans les grandes entreprises. Cela se vérifie surtout à travers la proximité qui est créée avec les travailleurs. Le but de l'établissement de cette proximité pour les entreprises, est de faciliter la remontée d'information. On remarque que la réunion des facteurs d'hygiène facilite la remontée d'information.

Lorsqu'on porte un regard du point de vue de l'organisation, sur les stratégies mises en place pour continuer à motiver les travailleurs, on remarque que des formations sont régulièrement données aux travailleurs. Au cours de ces formations, des mises en situation sont effectuées pour changer les habitudes des travailleurs face aux risques. Ces formations visent également à inculquer aux travailleurs les bons réflexes face aux risques. Toutes ces stratégies visent à ancrer dans les esprits des travailleurs, une solide culture sécurité. La culture sécurité peut être définie comme un ensemble de valeurs partagées et de convictions qui interagissent avec les structures mises en place par l'organisation, les systèmes de contrôle, afin de créer des normes comportementales (Uttal, 1983).

La culture sécurité peut être évaluée par rapport à ce que l'organisation est intrinsèquement, grâce aux croyances, aux attitudes, aux valeurs accordées par ses membres, vis-à-vis de la quête de la sécurité. Elle est ensuite appréhendée par ce que l'organisation possède. Il s'agit ici d'observer les structures, les pratiques, les processus de contrôles et les politiques conçus pour améliorer la sécurité. Ces deux dimensions sont essentielles pour installer une solide culture de la sécurité. Améliorer la première dimension n'est pas aisée, car changer les attitudes et les croyances des travailleurs prend du temps (Thompson, Stradling, Murphy, & O'neill, 1996).

Une culture de la sécurité bien ancrée dans une entreprise, permet aux travailleurs de comprendre et respecter les dangers auxquels ils sont exposés dans le cadre de leur activité. Elle permet également aux travailleurs d'être conscients que les défenses de l'organisation contre le risque, peuvent être contournées. Elle leur permet tout simplement de ne pas oublier d'avoir peur. Car c'est lorsque l'on oublie d'avoir peur, que les mauvaises habitudes s'accroissent (Reason, 1998).

A cet effet, l'entreprise Arcelormittal a mis en place des indicateurs pour évaluer le niveau de culture de sécurité dans l'entreprise.

Culture de la sécurité					
N°	Libellé	Objectif	Indicateur	Résultat à atteindre	Responsable
1.1	Enquête Dupont Enquête Bradley	Positionnement leadership Positionnement Courbe Bradley	Taux de participation	1 an 1 x tous les 2 ans	Système de Management Intégré(SMI)/ Département
1.2	Pilier Hygiene & Sécurité World Class Manufactory - 10 étapes sur ligne de production	1 analyse par mois	Nombre de 10 étapes réalisé	10 étapes WCM réalisé pour chaque ligne définie	Responsable ligne/ SMI
1.3	Communication Sécurité	Communication efficace des différents sujets	Implantation des écrans et panneaux suivant cahier des charges	Communication via écrans télé - affichage panneau	SMI/Département communication
1.4	Analyse Why why avec facteur humain pour chaque passage infirmerie	Chaque passage infirmerie	Nombre de why why réalisé	100%	Responsable ligne/ CTM/GTZ

Figure 17: indicateurs sur le niveau de culture de la sécurité

Pour (Reason, 1998), toute entreprise face aux risques, met en place deux formes de barrière. Des barrières organisationnelles, et des barrières individuelles. Les barrières organisationnelles peuvent être des procédures de contrôle, des systèmes d'alarme. Tandis que les barrières individuelles peuvent être l'ensemble des règles et procédures,

les formations données aux travailleurs. Pour lui, les accidents individuels arrivent fréquemment dans des situations où il y a peu ou pas de barrières individuelles. En faisant un parallèle avec les entreprises étudiées, on peut dire que les formations données aux travailleurs peuvent être considérées comme des barrières individuelles mises en place par l'entreprise face au risque.

Lorsqu'on porte un regard sur le traitement des événements indésirables, on remarque qu'une autonomie est laissée aux travailleurs pour assurer la gestion des événements mineurs. Cette autonomie est laissée, dans le but de maintenir impliqué les travailleurs. Cela me permet de faire un lien avec la théorie de l'évaluation cognitive (Pelletier & Vallerand, 1993). L'hypothèse de cette théorie est que, la motivation intrinsèque serait suscitée par des besoins que chaque individu développe plus ou moins, à savoir ceux de se sentir compétent et autodéterminé. D'après cette théorie, chaque individu, à des degrés divers, cherche à satisfaire des besoins de compétence, c'est-à-dire, à développer ses capacités à interagir efficacement avec son environnement de travail, son environnement relationnel. Ces capacités se développent par l'accumulation de connaissances et d'expérimentations lors ses interactions avec son environnement. Toujours d'après la théorie, en plus du besoin de compétence, chaque individu est aussi motivé par le besoin de se sentir autodéterminé. Par ce besoin, l'individu cherche à développer sa capacité à choisir dans le plus grand nombre de situations possibles. Cela renvoie à la notion d'autonomie. Pour satisfaire ce besoin, l'individu a besoin de percevoir qu'il est à l'origine de ces choix. Il a également besoin de percevoir que l'environnement de travail ne guide pas ses choix. Une fois que cette perception est effective, l'autodétermination de l'individu s'accroît et sa motivation intrinsèque se renforce. A travers cette théorie, on remarque que la perception du contexte de travail par l'individu agit sur son autodétermination.

L'implication des travailleurs dans le traitement des événements, qui s'observe à travers la gestion des événements mineurs, contribue à renforcer le sentiment d'équité qu'ils éprouvent vis-à-vis des processus et procédures. Cela me permet de faire un lien avec la notion de justice procédurale développée par (Greenberg, 1990). D'après Greenberg, selon la place qui est réservée à l'individu dans ces processus, il se sentira équitablement ou inéquitablement traité. Les processus où l'individu participe à la prise de décision, où il bénéficie d'une information, où il peut se justifier, donner une opinion, faire des réclamations, influenceraient positivement l'équité. Il ya également

une autre variable liée au processus, qui influencerait l'équité. Il s'agit de la façon dont le processus est mis en œuvre. Comme déterminants du sentiment d'équité, nous avons l'arbitraire, la cohérence, la morale, l'éthique.

En abordant l'évaluation du système de gestion, les entrevues ont permis de définir deux procédés. L'évaluation de l'évolution des indicateurs générés et l'évaluation de la réalisation des objectifs établis dans le plan d'action. Pour (Locke, Shaw, Saari, & Latham, 1981), la fixation des objectifs dans une organisation améliore la performance des employés quand :

- Les employés considèrent avoir les capacités nécessaires pour atteindre les objectifs
- Un feed-back est constamment effectué vers les employés, pour permettre d'ajuster le niveau d'effort à fournir pour parvenir au but
- des récompenses sont données lorsqu'un objectif est atteint
- l'encadrement de l'organisation soutient les objectifs de ses subordonnés et collabore aux programmes de fixation des objectifs
- les employés acceptent les objectifs qui leur sont fixés sur la base de l'information qui leur est communiquée.

La réalisation des objectifs ne dépend pas uniquement des conditions précédemment citées. Elle dépend également de la qualité des objectifs. On peut identifier quelques-unes :

- L'objectif doit être en mesure d'attirer vers lui l'attention de l'employé
- L'objectif doit avoir la capacité de mobiliser les efforts de l'employé sur les tâches permettant de l'atteindre. (intensité)
- L'objectif encourage la mobilisation des efforts sur les tâches (persistance)
- L'objectif facilite le développement de stratégies

Après avoir observé de près les composantes d'un système de gestion d'évènement indésirable, il serait intéressant d'observer l'organisation qui met en place le système. Une organisation qui met en place un système de gestion efficace et qui souhaite avoir de bons résultats, doit avoir une bonne gestion organisationnelle. Les premiers acteurs qui ont une influence sur l'organisation sont les leaders. Les leaders à travers leurs actions, actes posés, communiquent à leur équipe, ce qu'ils jugent important. Les

préoccupations du leader deviennent donc la priorité des membres de l'organisation, parce que celui qui va dans le même sens que le leader sera récompensé et celui qui va à l'encontre des préoccupations du leader est susceptible de recevoir une sanction. Un élément important pour toute entreprise qui se veut efficiente, est la gestion de l'information. La gestion de l'information ne porte pas seulement sur la quantité d'information, elle porte aussi sur la pertinence de l'information, sur la rapide disponibilité de l'information, mais aussi sur la pertinence de l'information pour le destinataire. Toute organisation qui se veut efficiente se doit d'accorder à ses membres une certaine autonomie, pour avoir un meilleur rendement. Grâce à l'instauration d'une culture de l'efficacité, les individus sont mobilisés pour atteindre les objectifs de l'organisation. Pour faciliter l'atteinte des objectifs, les individus sont encouragés à exprimer leur opinion, à travailler en équipe, à sortir des sentiers battus. (Westrum, 2004) a identifié trois types d'organisation

Pathologique	bureaucrate	Efficiente
Orientée vers la conservation du pouvoir	Orientée vers les règles	Orientée vers la performance
Faible collaboration	Moyenne collaboration	Forte collaboration
Messenger réduit au silence	Messenger négligé	Messenger entraîné
Responsabilité esquivée	Responsabilité restreinte	Risque partagé
Travail d'équipe découragé	Travail d'équipe toléré	Travail d'équipe encouragé
Survenance d'évènements indésirables □ désignation d'un bouc émissaire	Survenance d'évènements indésirables □ équité	Survenance d'évènements indésirables □ en quêtes approfondies

Figure 18: Gestion de l'information par les organisations

Source :(Westrum, 2004)

Bien que la circulation de l'information ait une influence déterminante, cela ne signifie pas toujours qu'une organisation qui a une meilleure gestion de l'information est toujours plus créative, plus harmonieuse ou la plus sûre. La circulation de l'information aide l'organisation à atteindre ses objectifs, quels qu'ils soient. Il a cependant été remarqué dans les études, que les organisations qui avaient une meilleure gestion de l'information, étaient les plus harmonieuses, les plus créatives et les plus sûres. Cela s'explique par le fait que les conditions qui créent une bonne

circulation de l'information sont généralement celles qui favorisent la coopération, la créativité et la sécurité. Tandis que, les conditions qui interfèrent avec la circulation de l'information tendent aussi à diminuer la créativité, à créer des conflits et à rendre l'organisation concernée moins sûre. L'une des fortes caractéristiques d'une organisation efficiente en matière de gestion d'évènements indésirables, est que ses membres considèrent qu'il est de leur devoir d'informer les autres membres de l'organisation, d'un danger potentiel, ou d'une amélioration potentielle. Cette utile et nécessaire communication, permet de résoudre les problèmes, mais également permet de tirer des leçons des expériences passées (Westrum, 2004).

Edmonson a mené une étude dans les hôpitaux pour observer les différentes postures que les organisations adoptaient face aux signalements d'évènements indésirables (Tucker & Edmondson, 2003).



Figure 19: réponse aux anomalies

Source : (Tucker & Edmondson, 2003)

Suppression (répression) : s'attaquer à la personne ayant signalé l'évènement indésirable. Le pousser à garder le silence

Encapsulation (enveloppement) : isoler la personne ayant signalé l'évènement indésirable. Faire en sorte que l'évènement signalé ne soit pas connu

Public relation (communication publique) : replacer le message dans son contexte afin de minimiser son impact

Local fix (solution locale) : apporter une solution ponctuelle à l'évènement signalé, mais ignorer que la même faille peut être découverte ailleurs

Global fix (solution générale) : résoudre le problème aux différents endroits où il pourrait se déclencher.

Inquiry (enquête approfondie) : découvrir les causes racines du problème.

Il ressort de cette étude que, la culture d'une organisation impacte la gestion des événements indésirables. Elle a montré que les organisations de type pathologique optent pour la répression des personnes qui signalent des événements indésirables. Ces organisations ont tendance à décourager la prise de responsabilité et à dissimuler les problèmes. Elle a également montré que les organisations de type efficient optent pour des solutions générales et des enquêtes approfondies pour apporter des solutions aux causes racines. Elles encouragent les discussions sur les erreurs et l'apprentissage organisationnel par la recherche. Les organisations de type bureaucratique quant à elles, préfèrent utiliser d'autres stratégies.

Les analyses de Westrum et Edmondson, me permettent de faire un lien avec mes données collectées. Au niveau de l'entreprise Hydrogaz, la conseillère en prévention fait face à une situation quotidiennement. Elle n'est pas toujours tenue informée de la survenance d'événements indésirables sur les chantiers. Les événements indésirables de faibles gravités, mais potentiellement dangereux sont souvent passés sous silence par les responsables de chantier. Il faut attendre que des événements de moyenne gravité ou des accidents se produisent pour qu'elle soit tenue au courant. Pour trouver une solution à ce problème, elle a prévu de donner aux responsables de chantier des formations. Les formations seront données par des consultants externes et porteront sur les obligations légales et contractuelles qu'ont les travailleurs à signaler les événements indésirables. Il s'agit clairement d'un problème de gestion de l'information. Au vu de l'analyse de la typologie des organisations de Westrum, les actions et mesures prises par les dirigeants influencent le comportement de l'organisation face aux problèmes qu'elles affrontent. On peut conclure que ce problème de gestion de l'information tarde à trouver une solution, parce que la gestion efficace de l'information ne fait peut-être pas partie des priorités actuelles des dirigeants de l'entreprise.

Tout au long de notre analyse, nous avons pu mettre en lumière les différentes théories, qui permettaient d'expliquer les différents constats effectués sur le terrain. Il ressort que toute entreprise qui dispose d'un système de gestion d'événements indésirables, doit avant tout disposer d'outils efficaces de traitement. Il n'est pas suffisant de disposer d'un système efficace pour assurer un bon traitement des événements indésirables. Il faut également que les individus qui composent l'organisation alimentent le système en signalements d'événements indésirables. Pour

que les individus puissent signaler et continuer à signaler les évènements, il faudrait que les facteurs de motivation et d'hygiène soient réunis. Il a été constaté, que les individus ont besoin d'être intégré dans la gestion des évènements indésirables, afin de satisfaire leur besoin de compétence et d'accroître leur autodétermination. Leur intégration contribue à une meilleure gestion des évènements indésirables. Il a également été constaté, que toutes les actions précédentes, seraient inefficaces si l'entreprise n'a pas une solide culture sécurité. Pour asseoir cette culture sécurité, les entreprises donnent des formations sécurité de manière quotidienne à leurs employés. Au cours de ces formations, des mises en situation sont effectuées en plus des notions théoriques. Pour finir, tout système de gestion d'évènements ne peut être efficace, si l'environnement dans lequel il est implanté, n'est pas géré de manière efficiente. Selon Westrum, un élément essentiel qui caractérise une organisation efficiente, est la gestion de l'information. Pour lui, la gestion de l'information conditionne l'attitude qu'une organisation adoptera face aux dangers présents dans son environnement.

III. Conclusion

Mon étude avait pour objet d'identifier les facteurs de succès et d'échec des systèmes de gestion d'évènements indésirables. Pour pouvoir les identifier, j'ai accordé une attention particulière aux facteurs de motivation des individus, ainsi qu'aux facteurs d'évaluation des systèmes. Pour pouvoir réaliser mon étude, j'ai sélectionné six entreprises HRO de différentes tailles. J'ai donc choisi des entreprises évoluant dans le domaine de l'aéronautique, de l'aérospatial, des bâtiments et travaux publics et de l'installation de réseaux électriques et gaz. Pour collecter mes informations, j'ai eu à réaliser des entretiens semi-directifs. Mes questions portaient sur les différentes variables d'un système de gestion d'évènements indésirables. Comme variables, nous avons : la définition donnée par l'entreprise à un évènement indésirable, le mode privilégié de signalement d'évènements, le type d'évènements collectés, les stratégies d'implication et de motivation des travailleurs, le traitement des évènements collectés, le suivi des actions correctrices et l'évaluation de la performance du système.

A l'issue des entretiens, nous avons remarqué sur les différentes composantes du système de gestion d'évènements indésirables, qu'il y a eu des similitudes dans les procédés, mais aussi des différences. Sur la définition de la notion d'évènement indésirable, toutes les entreprises s'accordent sur le fait qu'elle porte sur deux aspects

à savoir l'aspect matériel et l'aspect intégrité physique du travailleur. En observant la composante « type d'évènements collectés », les entreprises s'accordent de nouveau. Pour elles, il est utile de collecter tout type d'évènement, afin de collecter le maximum d'information et de mettre en œuvre le maximum d'actions préventives. En observant la composante « support de collecte », on remarque que parmi les grandes entreprises sélectionnées, celles qui optaient pour un support papier de collecte en plus d'un support informatisé, étaient celles qui disposaient de personnel pour encoder les données. Pour exemple, la Sonaca dispose d'un service dédié à la prévention et la protection des travailleurs. Ce service regroupe une trentaine d'employés dont huit conseillers en prévention. De même, l'entreprise Ores qui a opté pour un support papier, en plus d'un support informatisé, dispose d'un service prévention et protection, composé de sept conseillers en prévention et trois cadres. Indépendamment de ce critère, nous n'avons pas observé de caractéristiques particulières qui poussent les entreprises à choisir un support papier de collecte. Quant au support informatisé de collecte, le critère de sélection est la rapidité de traitement qu'il offre dans le traitement des données, face à la quantité d'information à recueillir. L'entreprise Arcelormittal a fait ce choix, car elle ne dispose pas d'un service dédié à la prévention et la protection. En observant la composante « mode de signalement des évènements », on a remarqué que, les grandes entreprises optaient pour un mode de signalement formel et informel. On a également constaté que le mode informel était utilisé dans les grandes entreprises pour le signalement d'évènements mineurs. D'un autre côté, on a remarqué que le mode informel était privilégié dans les petites entreprises, dans le but de maintenir une proximité avec les travailleurs. En observant la composante « stratégie d'implication et de motivation », on remarque encore des similitudes entre les entreprises. Les entreprises effectuent de manière systématique des feed-backs aux travailleurs ayant signalé les évènements. Elles font de manière régulière de la sensibilisation sur l'importance des signalements d'évènements indésirables. Elles font également des formations de manière régulière à leurs travailleurs, pour améliorer leurs habitudes et réflexes face au risque. En observant la composante « traitement des évènements », on constate que les entreprises sont soumises aux dispositions du code du bien-être des travailleurs. Parmi ces dispositions, figure l'instauration d'un comité prévention et protection des travailleurs. Ce comité doit réunir le ou les conseillers en prévention, les membres de la délégation syndicale, un ou quelques membres de la ligne hiérarchique. D'après les dispositions du code, ce comité doit se réunir au moins

une fois par année. Au cours de ces comités, des réflexions sur les événements indésirables survenus sont faites. Quant au suivi des actions correctrices, les entreprises le font en observant l'évolution des indicateurs. Il faut préciser que le service public wallon pour l'emploi, impose aux entreprises d'établir au minimum deux indicateurs à savoir le taux de fréquence et le taux de gravité. Le taux de fréquence correspond au ratio (*nombre total d'accidents du travail x 1 000 000*) / *nombre d'heures travaillées*. Le taux de gravité correspond au ratio (*nombre total de jours d'incapacité x 1 000*) / *nombre d'heures travaillées*. Quant aux outils utilisés pour générer ces indicateurs, les entreprises en fonction de leur capacité financière disposent soit d'un fichier informatisé pour servir de base de données, soit de logiciels de gestion de données conçus par des entreprises extérieures. Au final, l'évaluation du système de gestion des événements se fait en observant l'évolution des indicateurs générés. Hormis le suivi du taux de fréquence et de gravité, les indicateurs suivants s'avèrent intéressants pour l'évaluation d'un système. Il s'agit du nombre de déclarations d'événements indésirables, de l'évolution du nombre d'accidents de travail, du ratio (Nombre de déclarations traitées / Nombre de déclarations d'événements), du pourcentage de récurrence des événements similaires. L'évaluation du système se fait également à travers l'observation de l'atteinte des objectifs fixés dans le plan d'action à vision quinquennale. Ce plan d'action à vision quinquennale est également une obligation fixée par le Service Public wallon pour l'emploi. L'observation de certains indicateurs d'imprégnation culturelle d'une organisation, peut également orienter sur la contribution du système dans l'amélioration de la culture sécurité. Il s'agit du pourcentage de personnes ayant subi les formations sécurité et santé au travail, du pourcentage d'actions préventives réalisées, du pourcentage d'investissement en matière de santé et sécurité.

Tout au long de la discussion, nous avons pu mettre en lumière les différentes théories, qui permettaient d'expliquer les différents constats effectués sur le terrain. Il ressort que toute entreprise qui dispose d'un système de gestion d'événements indésirables, doit avant tout disposer d'outils efficaces de traitement. Il n'est pas suffisant de disposer d'un système efficace pour assurer un bon traitement des événements indésirables. Il faut également que les individus qui composent l'organisation, alimentent le système en signalements d'événements indésirables. Dans notre étude,

nous avons pu identifier que les individus avaient besoin de satisfaire les besoins physiologiques et d'amour (Maslow, 1943), les besoins d'existence, les besoins de rapport sociaux, les besoins de développement personnel (Alderfer, 1969), les besoins de justice procédurale (Greenberg, 1990), et les besoins d'hygiène (Louart, 2002). Il a été également remarqué que les petites entreprises privilégiaient un mode de signalement informel. Ces entreprises adoptaient le maintien de la proximité avec les travailleurs, comme stratégie d'implication et de motivation. Ce constat a pu être expliqué par (Giddens, 1994). Il a avancé l'idée que tout système-expert, pour bien fonctionner, a besoin que les individus qui composent l'organisation aient confiance dans le système. Dans notre cas ce système-expert est le système de gestion d'évènements. Il a également été constaté, que toutes les actions précédentes, seraient inefficaces si l'entreprise n'a pas une solide culture sécurité. La culture sécurité d'une organisation est évaluée sur deux aspects : ce que l'organisation est intrinsèquement, et ce que l'organisation possède (Thompson et al., 1996). Ce que l'organisation est intrinsèquement peut être évalué par les croyances, les attitudes, de ses membres vis-à-vis de la quête de la sécurité. Ce que l'organisation possède est évalué par les structures, les processus de contrôle, les politiques conçus pour améliorer la sécurité. Pour asseoir cette culture sécurité, les entreprises donnent des formations sécurité de manière quotidienne à leurs employés. Au cours de ces formations, des mises en situation sont effectuées en plus des notions théoriques qui sont données. Pour finir, tout système de gestion d'évènements ne peut être efficace, si l'environnement dans lequel il est implanté, n'est pas géré de manière efficiente. Selon (Westrum, 2004), un élément essentiel qui caractérise une organisation efficiente, est la gestion de l'information. Pour lui, la gestion de l'information conditionne l'attitude qu'une organisation adoptera face aux dangers présents dans son environnement. Il explique cela par le fait que les conditions qui créent une bonne circulation de l'information sont généralement celles qui favorisent la coopération, la créativité et la sécurité. Tandis que, les conditions qui interfèrent avec la circulation de l'information tendent aussi à diminuer la créativité, à créer des conflits et à rendre l'organisation concernée moins sûre. Un autre élément essentiel retenu par Westrum, est l'ensemble des actes et mesures que prend la ligne hiérarchique. Selon lui, les actes et mesures que prend la ligne hiérarchique, influencent le comportement des membres de l'organisation.

Nous pouvons retenir de notre discussion, que le bon fonctionnement d'un système de gestion dépend des individus qui composent l'organisation, dépend de la culture sécurité de l'organisation et dépend de la gestion de l'information qui est effectuée dans l'entreprise. Pour qu'un système de gestion fonctionne correctement, il faudrait avant tout que les individus soient motivés à signaler les événements. Pour motiver les individus, nous avons retenu que l'organisation devrait offrir des facteurs de motivation et d'hygiène aux individus. Les facteurs de motivation se rapportent essentiellement au contenu du travail. Ils sont associés à la satisfaction au travail et tendent à susciter des sentiments de développement personnel. Les facteurs d'hygiène, se rapportent au contexte du travail, aux circonstances dans lesquelles l'individu l'accomplit. Aussi, nous avons admis que les actes et mesures pris par les dirigeants, influencent le comportement des membres de l'organisation. Il est donc important que les dirigeants affichent clairement, que la sécurité est leur priorité. Pour finir, il ressort de la discussion, qu'une meilleure gestion de l'information influence positivement l'attitude d'une organisation face aux dangers

Au regard des résultats présentés et de la discussion menée, nous pouvons conclure qu'une flexibilité organisationnelle, constitue un facteur de succès d'un système de gestion d'événements. La délégation aux travailleurs de terrain, de la gestion d'événements mineurs contribue à la performance d'un système de gestion d'événements. Egalement, le travail d'équipe constitue un autre facteur de performance des systèmes de gestion d'événements. Les réunions quotidiennes effectuées par les travailleurs de terrain, pour assurer la gestion des événements mineurs créent une émulation au niveau de ces travailleurs. Les formations sécurité données aux responsables de terrain, constituent un outil essentiel pour une gestion des événements indésirables. Par la même occasion, elles contribuent de manière indirecte à la performance des systèmes de gestion d'événements. Les feed-backs réguliers effectués vers les travailleurs ayant signalé les événements constituent également des facteurs de succès des systèmes de gestion d'événements. Les briefings sécurité effectués avant chaque prise de pause de travail, contribuent également à la performance des systèmes de gestion d'événements.

Concernant l'évaluation du système de gestion d'événements, au regard des résultats présentés et de la discussion menée, l'observation de l'évolution d'indicateurs

constitue un moyen d'évaluation du système. Comme exemple d'indicateurs, nous pouvons énumérer :

- le nombre et l'évolution des déclarations d'évènements indésirables
- l'évolution du nombre d'accidents de travail
- le ratio (Nombre de déclarations traitées / Nombre de déclarations d'évènements)
- la probabilité d'occurrence d'évènements indésirables similaires.

Malheureusement, nous n'avons pas pu avoir des données chiffrées pour illustrer leur utilité dans l'évaluation d'un système de gestion d'évènements. Cependant, de l'avis de certains conseillers, d'autres indicateurs d'évaluation font leur preuve. Il s'agit du nombre de passages à l'infirmerie. Cet indicateur est actuellement utilisé dans l'entreprise Thalès Alenia. De l'avis du conseiller en prévention de la Sonaca, l'évolution des remarques reçues lors des audits externes peut servir d'indicateur. Pour exemple, il y a huit années en arrière, la Sonaca avait reçu lors d'un audit externe, plus de deux cents remarques. Au cours de cette année 2019, elle a eu un audit ISO 9001, et elle a reçu l'appréciation Très Bien avec aucune remarque.

Le but ultime de toute entreprise est qu'il n'y ait plus d'incidents ou d'accidents. Malgré la mise en place de ces mesures, on ne peut malheureusement pas affirmer qu'il n'y aura plus d'incidents ni d'accidents. Toutes les organisations sont des structures dans lesquelles les êtres humains interagissent. Tout être humain étant faillible, n'avons-nous pas atteint les limites de nos possibilités en matière de prévention ?

IV. Recommandations

Toute organisation qui souhaite mettre en place un système de gestion d'évènements indésirables doit prendre en compte deux aspects. L'importance portée à la sécurité et une flexibilité organisationnelle. Concernant l'importance de la sécurité, ces organisations doivent trouver un équilibre entre les impératifs de productivité économique et les exigences de sécurité. Quant à la flexibilité organisationnelle, elle doit s'opérer à travers une décentralisation dans la gestion des tâches. L'une des caractéristiques des HRO est le questionnement perpétuel qu'elles opèrent et la quête de signaux faibles. Tout système de gestion d'évènements, pour être pleinement

performant, ne doit pas se limiter à la gestion d'évènements, il doit pouvoir déceler les signaux faibles qui sont peu quantifiables et difficilement observables. De même, pour une meilleure performance des systèmes, les individus en charge de la gestion des systèmes, doivent effectuer de manière fréquente, des immersions dans les unités de production, afin de développer les approches pratiques sur le terrain.

V. Bibliographie

- Alderfer, C. P. (1969). An empirical test of a new theory of human needs. *Organizational behavior and human performance*, 4(2), 142-175.
- Argyris, C., & Schon, D. (1978). D.(1974) Theory in Practice. Increasing professional effectiveness. *San Francisco, Estados Unidos: Jossey Bass*.
- Bea, R. G. (2002). Human and organizational factors in reliability assessment and management of offshore structures. *Risk Analysis*, 22(1), 29-45.
- Benjamin, A., Dezfuli, H., Everett, C., Smith, C., Stamatelatos, M., & Youngblood, R. (2011). *NASA System Safety Handbook. Volume 1; System Safety Framework and Concepts for Implementation*. Consulté à l'adresse <https://ntrs.nasa.gov/archive/nasa/casi.ntrs.nasa.gov/20120003291.pdf>
- Bert, R. (2001). Inviting Disaster (Book Review). *Civil Engineering (08857024)*, 71(10), 72. Consulté à l'adresse buh.
- Bird, F. E., Cecchi, F., Tilche, A., & Mata-Alvarez, J. (1974). *Management guide to loss control*. Institute Press.
- Bird, F. E., & Loftus, R. G. (1976). *Loss control management*. Institute Press.
- Bureau d'enquêtes et d'analyses pour la sécurité de l'aviation civile. (2002). *Accident on 25 July 2000 at La Patte d'Oie in Gonesse (95) to the Concorde registered F-BTSC operated by Air France (Rapport d'enquête N° REPORT translation f-sc000725a; p. 187)*.
- Crépin, D., Pernin, F., & Robin, R. (2014). *Résolution de problèmes : Méthodes, outils, retours d'expérience*. Editions Eyrolles.
- De Bovis, C. (2009). D'une prévention des risques classique à des organisations à haute fiabilité. *Management Avenir*, (7), 241-259.
- Dechy, N., & Dien, Y. (2007). *Les échecs du retour d'expérience dans l'industrie : Problème de verticalité et ou de transversalité*. 13-14.
- Depue, L. (2003). *Safety Management Systems : A Synthesis of Highway Practice*. Transportation Research Board.
- Dien, Y., & Llory, M. (2005). *Veille technologique et scientifique, accidents, incidents et crises, Les "marqueurs" de facteurs organisationnels pathogènes : Cas de la NASA à partir des données de l'accident de la navette Columbia, rapport EDF R&D HT-52*.
- Dien, Y., Dechy, N., & Guillaume, E. (2007). *Accident investigation : From searching direct causes to finding in-depth causes. Problem of analysis or/and of analyst?*

- Ericksen, J., & Dyer, L. (2005). Toward a strategic human resource management model of high reliability organization performance. *The international journal of human resource management*, 16(6), 907-928.
- Fanchini, H., Deltort, B., & Bulot, M. (2014). Organisation à haute fiabilité (HRO) : Quelles pratiques opérationnelles? *Congrès Lambda Mu 19 de Maîtrise des Risques et Sûreté de Fonctionnement, Dijon, 21-23 Octobre 2014*.
- Gauthey, O. (2005). Le retour d'expérience. État des pratiques en milieu industriel. *Collection Cahiers de la Sécurité Industrielle*, (2).
- Giddens, A. (1994). *Les conséquences de la modernité* (l'harmattan).
- Gilbert, C. (2001). *Retours d'expérience : Le poids des contraintes*. 22.
- Gnoni, M. G., & Saleh, J. H. (2017). Near-miss management systems and observability-in-depth : Handling safety incidents and accident precursors in light of safety principles. *Safety Science*, 91, 154-167. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2016.08.012>
- Goetsch, D. L., & Davis, S. B. (1997). Introduction to total quality. *New Jersey, Prentice Hall*.
- Greenberg, J. (1990). Organizational justice : Yesterday, today, and tomorrow. *Journal of management*, 16(2), 399-432.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work : Test of a theory. *Organizational behavior and human performance*, 16(2), 250-279.
- Haddon Jr, W. (1973). Energy damage and the ten countermeasure strategies. *Human Factors*, 15(4), 355-366.
- Hale, A. R., Heming, B. H. J., Carthey, J., & Kirwan, B. (1997). Modelling of safety management systems. *Summa Summarum*, 26(1), 121-140. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(97\)00034-9](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(97)00034-9)
- Heinrich, H. W. (1941). Industrial Accident Prevention. A Scientific Approach. *Industrial Accident Prevention. A Scientific Approach.*, (Second Edition).
- Hollnagel, E., Journé, B., & Laroche, H. (2009). La fiabilité et la résilience comme dimensions de la performance organisationnelle. *M@n@gement*, 12(4), 224-229.
- International Nuclear Safety Advisory Group (Éd.). (1999). *Management of operational safety in nuclear power plants : INSAG-13: a report*. Vienna: International Atomic Energy Agency.

- Jovicic, D. (2009). *Guide for the application of the Commission Regulation on the adoption of a common safety method on risk evaluation and assessment as referred to in Article 6(3)(a) of the Railway Safety Directive*. European Railway Agency.
- Koornneef, F. (2000). Learning from small-scale incidents. *Proefschrift. Sectie Veiligheidskunde, Technische Universiteit Delft*.
- Kuhlmann, A. (2012). *Introduction to safety science*. Springer Science & Business Media.
- Lloyd, R. L., Boardman, J. R., & Pullani, S. V. (2000). *DRAFT Report-Causes and Significance of Design -Basis Issues at U.S. Nuclear Power Plants-0037*. Consulté à l'adresse <https://www.nrc.gov/docs/ML0037/ML003711881.pdf>
- Locke, E. A., Shaw, K. N., Saari, L. M., & Latham, G. P. (1981). Goal setting and task performance : 1969–1980. *Psychological bulletin*, 90(1), 125.
- Louart, P. (2002). Maslow, Herzberg et les théories du contenu motivationnel. *Les cahiers de la recherche*, 1-18.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of motivation. *Psychological review*, 50(4), 370-396.
- Maurice, P., Lavoie, M., Laflamme, L., Svanström, L., Romer, C., & Anderson, R. (2001). Safety and safety promotion : Definitions for operational developments. *Injury Control and Safety Promotion*, 8(4), 237-240. <https://doi.org/10.1076/icsp.8.4.237.3331>
- National Academy of Engineering. (2004). *Accident Precursor Analysis and Management : Reducing Technological Risk Through Diligence*. <https://doi.org/10.17226/11061>
- Nuclear Energy Agency, & Internationale Atomenergie-Organisation (Éd.). (2006). *International nuclear law in the post-Chernobyl period : A joint report*. Paris.
- Pelletier, L., & Vallerand, R. (1993). Une perspective humaniste de la motivation : Les théories de la compétence et de l'autodétermination. *Introduction à la psychologie de la motivation*, 233-281.
- Petersen, D. (1978). *Techniques of safety management*. McGraw-Hill Companies.
- Pidgeon, N., & O'Leary, M. (2000). Man-made disasters : Why technology and organizations (sometimes) fail. *Safety Science*, 34(1), 15-30. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00004-7](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00004-7)
- Reason, J., Hollnagel, E., & Paries, J. (2006). Revisiting the Swiss cheese model of accidents. *Journal of Clinical Engineering*, 27(4), 110-115.

- Reason, J. (1998). Achieving a safe culture : Theory and practice. *Work & Stress*, 12(3), 293-306. <https://doi.org/10.1080/02678379808256868>
- Recommendation R171—Occupational Health Services Recommendation, 1985 (No. 171).* (s. d.). Consulté à l'adresse http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312509
- Roberts, K. H. (1993). *New challenges to understanding organizations*. Macmillan Coll Division.
- Roussel, P., Igalens, J., & Sire, B. (1996). *Rémunération, motivation et satisfaction au travail*. Economica.
- Saari, J. (1986). Accident epidemiology. *Epidemiology of occupational health*, 299-316.
- Singh, B., Jukes, P., Pobleto, B., & Wittkower, B. (2010). 20 Years on lessons learned from Piper Alpha. The evolution of concurrent and inherently safe design. *Papers Presented at the 2009 International Symposium of the Mary Kay O'Connor Process Safety Center*, 23(6), 936-953. <https://doi.org/10.1016/j.jlp.2010.07.011>
- Svedung, I., & Rådbo, H. (2006). Feedback for Pro-activity : Who Should Learn What from Events, When and How. *Nordic perspectives on safety management in high reliability organizations: Theory and applications*, 21.
- Thompson, N., Stradling, S., Murphy, M., & O'neill, P. (1996). Stress and organizational culture. *The British Journal of Social Work*, 26(5), 647-665.
- Tucker, A. L., & Edmondson, A. C. (2003). Why hospitals don't learn from failures : Organizational and psychological dynamics that inhibit system change. *California management review*, 45(2), 55-72.
- Uttal, B. (1983). The corporate culture vultures. *Fortune*, 108(8), 66-72.
- Vaughan, D. (2001). La normalisation de la déviance : Une approche d'action située. *Organiser la fiabilité*, 201-234.
- Waddington, J. G., Lafortune, J. F., & Duffey, R. B. (2009). *Institutional failure : Are safety management systems the answer?* 275Megabytes. Consulté à l'adresse http://inis.iaea.org/search/search.aspx?orig_q=RN:41007269; Available in slide presentation also.; the Canadian Nuclear Society, Toronto, Ontario (Canada).
- Weick, K. E. (1998). Introductory essay—Improvisation as a mindset for organizational analysis. *Organization science*, 9(5), 543-555.

Weick , E., & Sutcliffe, K. M. (2001). *Managing the unexpected : Assuring high performance in an age of complexity. San Francisco.*

Westrum, R. (2004). A typology of organisational cultures. *BMJ Quality & Safety*, 13(suppl 2), ii22-ii27.

VI. Annexes

Annexe 1: Questionnaire d'entretien

- 1) Comment définissez-vous un évènement indésirable ? pourquoi ?
 - Un incident ?
 - Un presque-accident ?
 - Un accident mineur ?
- 2) Quel type d'évènements indésirables il est utile pour vous de collecter ? pourquoi ?
- 3) Quel support avez-vous mis en place pour la collecte des évènements indésirables ?
 - S'il s'agit d'un support papier, qu'est ce qui a motivé un tel choix ?
 - Qui a rédigé le formulaire ?
 - Une fois les informations traitées, que faites-vous des formulaires ?
 - S'il s'agit d'un support informatisé, qu'est ce qui a motivé un tel choix ?
 - Qui a conçu le support informatisé ?
 - Que faites-vous des fichiers informatisés une fois les informations traitées ?
- 4) Quel mode de signalement vous privilégiez ?
 - Un mode formel où l'employé transmet l'information à son supérieur hiérarchique direct en utilisant le support de collecte mis à disposition ?
 - Un mode informel privilégiant les échanges oraux informels entre employés et supérieur hiérarchique ?
 - Un mode informel où l'usage des boîtes à suggestions est privilégié ?

- 5) Qu'avez-vous mis en place au départ pour impliquer les travailleurs dans la collecte des évènements indésirables ?
- 6) Qu'avez-vous mis en place pour continuer de motiver les employés à signaler les évènements indésirables ?
 - S'agit-il d'un système de compensation lié aux nombres d'évènements indésirables pertinents déclarés ?
 - S'agit-il d'une publication au tableau d'affichage de l'entreprise du matricule des employés ayant signalé un certain nombre d'évènements indésirables ?
 - S'agit-il d'autres choses ?
- 7) Quels critères avez-vous établis pour permettre aux employés de bien caractériser un évènement indésirable afin de limiter le signalement d'évènements pas indésirables ?
 - Lorsque des signalements d'évènements pas indésirables sont effectués, que faites vous de ces signalements ?
- 8) Qu'avez-vous mis en place pour le traitement des évènements indésirables signalés ?
- 9) Qu'avez-vous mis en place pour assurer le suivi des actions correctrices ?
- 10) Quels sont les objectifs que vous poursuivez à travers la mise en place d'un système de collecte d'évènements indésirables ?
- 11) Comment évaluez-vous la performance de votre système de collecte d'évènements indésirables ?

Annexe 2 : Entretien avec le conseiller en prévention de l'entreprise Thalès Alénia Space

1) Comment définissez-vous un évènement indésirable ?

Nous n'avons pas une définition prédéfinie d'un évènement indésirable. Pour nous, un incident est un évènement qui n'a pas généré d'accidents de travail. Nous parlons également d'incident lorsqu'il y a eu un dégât matériel mineur ou majeur qui s'est produit. Nous parlons de presque-accident lorsqu'il y a eu une déviation par rapport aux règles de sécurité. Un exemple de déviation qui s'est produit récemment : dans les vestiaires des travailleurs, des pas de cadenas ont été installés, et un travailleur s'est accroché le vêtement sur le pas de cadenas. Le travailleur a remonté l'information à ses supérieurs hiérarchiques. Les pas de cadenas ont ensuite été changés. Cet évènement était

sans gravité pour le travailleur, mais il aurait pu être plus grave si c'était une partie du corps qui avait été touchée. J'ai parlé d'accident mineur tantôt, il s'agit ici d'accidents qui n'ont pas nécessité pour le travailleur, un arrêt de travail.

2) Quel type d'évènements indésirables il est utile pour vous de collecter ? Pourquoi ?

Il est utile pour nous de collecter tous les évènements indésirables qui permettront de mettre en place ou d'améliorer nos procédures de sécurité. En tant que responsable hygiène, sécurité et environnement, il est intéressant pour moi de savoir si l'entreprise prend en charge les mesures de prévention sur les évènements réalisés, pour pouvoir donner mon avis sur ces mesures. En plus des évènements impliquant des dégâts matériels, les déviations comportementales nous intéressent également, car cela cache un problème organisationnel qu'il serait utile de vite régler.

3) Quels supports avez-vous mis en place pour la collecte des évènements indésirables ?

Au niveau du groupe à l'échelle internationale, une plateforme informatique, a été mise en place. Sur cette plateforme, chaque travailleur indique les incidents qu'il a vécus ou dont il a été témoin. Ces données sont ensuite collectées par le service Hygiène Sécurité et Environnement de chaque pays dans lequel l'entreprise est implantée.

En cas d'accident grave ou très grave, un formulaire créé en interne est rempli par les responsables concernés allant de la base au management. Il est ensuite diffusé dans l'entreprise pour informer qu'un accident est survenu.

Des fiches d'accident sont également remplies par le management, et visées par le responsable Hygiène Sécurité et Environnement de l'entreprise. Le responsable HSE y indique des codes de risque. Ces codes de risque sont déterminés à partir du type de lésion, et du type de déviation constatée. Ils permettent de caractériser l'accident survenu.

Une fois cela fait, un rapport circonstancié est rédigé par le responsable HSE, et envoyé au Service Public Fédéral, plus précisément au département emploi et concertation du travail. Le rapport circonstancié est également présenté au Comité Prévention de l'entreprise.

Des animations à intervalle court sont également organisées à différents niveaux hiérarchiques. Les principaux thèmes abordés lors de cette réunion sont la sécurité, la qualité du travail, la revue des indicateurs. On distingue le niveau 1 où les réunions sont organisées tous les jours entre Opérateurs et Contremaîtres, le niveau 2 où les réunions

sont organisées une fois par semaine entre Contremaîtres et Responsables de ligne, et le niveau 3 où les réunions sont organisées une fois par mois au niveau du management.

Au niveau 1, au cours des réunions, les opérateurs portent à la connaissance des contremaîtres, les différents incidents qu'ils ont vécus et dont ils ont été témoins, et ensemble avec le contremaître, des solutions sont proposées et consignées sur des post-it et affichés dans les ateliers concernés. La réunion suivante, un point est effectué sur les problèmes solutionnés lors de la précédente réunion, ainsi que l'évolution de la situation. Une fois que les solutions proposées sont encrées dans les habitudes, les post-it sont jetés. Les incidents mineurs (qui n'impliquent pas des blessures ou des dégâts matériels énormes) sont gérés à ce niveau.

Au niveau 2, au cours des réunions, les incidents survenus au niveau de la ligne de production sur une période donnée sont discutés entre Contremaître et Responsable de ligne.

Au niveau 3, au cours des réunions au niveau du management, un point est fait sur les incidents peu importe la gravité, qui sont survenus dans l'entreprise.

4) Quel mode de signalement vous privilégiez ?

Un mélange du mode formel et informel est pratiqué dans l'entreprise et porte ses fruits. Un mode formel à travers les formulaires qui sont remplis ainsi que les rapports circonstanciés envoyés, mais également à travers les réunions organisées à différents niveaux hiérarchiques pour remonter les informations.

Un mode informel, en raison des réunions orales organisées au niveau 1.

5) Qu'avez-vous mis en place au départ pour impliquer les travailleurs dans la collecte des évènements indésirables ?

En plus des réunions organisées au niveau 1, des boîtes à suggestion ont été mises à disposition des employés dans l'entreprise, où les employés peuvent faire des suggestions portant sur tous les sujets. Egalement, des visites inopinées sont effectuées par le responsable HSE sur les lignes de production, au cours desquelles un travail de sensibilisation est également effectué par le responsable HSE par rapport à l'importance de la remontée d'information concernant les incidents qui surviennent.

6) Qu'avez-vous mis en place pour continuer de motiver les employés à signaler les évènements indésirables ?

Parmi les suggestions proposées par les employés, les plus pertinentes, sont étudiées et implémentées. Les travailleurs dont les idées ont été sélectionnées sont récompensés financièrement. Il a été constaté que la plupart des idées qui étaient sélectionnées étaient celles qui avaient été le fruit d'une réflexion d'équipe, ou qui favorisent une équipe.

Un effort est fait également au quotidien pour trouver des solutions rapides aux incidents ou problèmes que font part les employés. Cet effort permet également de montrer aux employés que leurs préoccupations sont prises en compte. Cela les encourage à signaler les incidents.

A cela s'ajoute une sensibilisation quotidienne sur l'importance de déclarer les incidents et de remonter les informations. Egalement, des réunions entre le responsable HSE et les responsables de ligne sont effectuées une fois par mois, ainsi que des visites inopinées du responsable HSE sur les différents sites.

7) Quels critères avez-vous mis en place pour permettre aux employés de bien caractériser un évènement indésirable afin de limiter le signalement d'évènements pas indésirables ?

Il n'y a pas de critères préétablis. Toutes les informations sont récoltées. Elles sont ensuite filtrées lors des réunions de terrain.

8) Qu'avez-vous mis en place pour le traitement des évènements indésirables signalés ?

Il faut dire que la gestion de la sécurité dans l'entreprise est décentralisée. Cette décentralisation permet au système d'être géré de manière dynamique et de vivre localement. Grâce à cette décentralisation, les incidents mineurs et sans gravité sont gérés aux niveaux inférieurs. Cette décentralisation est également utile compte tenu du fait qu'il n'y ait que 2 responsables Sécurité, Prévention et Protection des travailleurs pour une entreprise qui compte deux sites d'activité et 800 employés. Il faut dire également que les contremaîtres et les responsables de ligne ont reçu une formation sécurité, ce qui leur permet aisément d'animer les réunions et de pouvoir gérer les problèmes qui leur sont soumis.

Comme moyens mis en place, on a principalement les réunions quotidiennes effectuées aux niveaux inférieurs, la formation sécurité donnée aux contremaîtres et aux responsables de ligne, les réunions entre les différents niveaux hiérarchiques pour permettre une remontée de l'information.

Concernant les aspects ergonomiques, l'entreprise a recours à un consultant externe qui intervient 4 fois par an. Le responsable HSE discute également avec l'ergonome sur des situations sur lesquelles il n'a pas pu trouver de solutions.

9) Qu'avez-vous mis en place pour assurer le suivi des actions correctrices ?

Aux niveaux inférieurs, nous avons le collage des post-it mentionnant le problème soulevé ainsi que la solution à appliquer. Nous avons également des calendriers avec des codes couleurs indiquant les jours avec ou sans accidents, ainsi que ceux avec presque-accidents.

Egalement, au niveau du responsable HSE, un calendrier est également tenu, où sont marqués avec des codes couleurs, les jours avec ou sans accidents, et les jours avec presque-accidents survenus. Tous les mois, ce calendrier est affiché aux valves et permet aux employés d'être informés.

Un plan d'action est également rédigé pour une période de 5 années, et est présenté au comité prévention et protection des travailleurs de l'entreprise chaque mois d'octobre. Chaque fois qu'une action correctrice a été mise en place suite à un incident ou un accident survenu, elle est intégrée au plan d'action. Chaque année, ce plan est revu et réévalué par le comité prévention et protection des travailleurs. Ce comité est composé de représentants des travailleurs, des responsables HSE, et du management. Chaque mois, une réunion est organisée au niveau de la ligne hiérarchique pour évaluer le suivi du plan d'action.

10) Quels sont les objectifs que vous poursuivez à travers la mise en place d'un système de collecte d'évènements indésirables ?

De manière générale, l'objectif est d'éviter que tout type d'accident survienne, de vérifier que le système fonctionne bien. De manière pratique et efficiente, l'objectif est de travailler localement, et d'apporter rapidement des solutions aux problèmes lorsqu'ils sont décelés. Les problèmes qui ne peuvent être traités localement, sont remontés au conseiller prévention, soit par la ligne hiérarchique, soit de manière informelle.

11) Comment évaluez-vous la performance de votre système de collecte d'évènements indésirables ?

Nous évaluons essentiellement la performance de notre système à travers le nombre de passages à l'infirmierie par exemple, mais aussi à travers le nombre de jours passés sans qu'un accident ne se produise.

Annexe 3 : Entretien avec le conseiller en prévention de la Sonaca

1) Comment définissez-vous un évènement indésirable ?

Dans notre conception des choses, malgré toutes les analyses de risques, un évènement ne peut être totalement prévu. Le plus important, c'est de pouvoir gérer l'évènement, et d'apporter une réponse rapide et adéquate.

Un évènement indésirable est toute situation qui va provoquer une déstabilisation dans un système fonctionnel et habituel. Pour éviter d'avoir une onde de choc dans l'entreprise, on doit palier de manière préventive à tous ces évènements. A titre d'exemple, nous pouvons citer tout problème de maintenance, tout bris matériel, ou toute blessure physique subie par les travailleurs.

Un accident mineur, est tout accident qui entraîne une blessure mineure. La notion de gravité n'est pas définie sur la nature de la blessure subie, mais sur la potentialité de gravité de l'accident. A titre d'exemple, un travailleur qui a reçu une goutte d'acide sur le bout des doigts, aurait pu la recevoir dans les yeux et la situation aurait été plus désastreuse.

2) Quel type d'évènements indésirables il est utile pour vous de collecter ?

Nous collectons tout type d'évènements. Par la suite, des analyses sont menées et des actions prises. Les informations sont souvent collectées au niveau de l'infirmierie, des personnes ressources au niveau de la production, du support logistique, au niveau du service de gardiennage, du service incendie...

3) Quel support avez-vous mis en place pour la collecte des évènements indésirables ?

Nous avons recours à un support papier et un support informatisé. Les formulaires papier sont collectés journalièrement à divers niveaux, et les informations sont encodées dans la base de données. Des statistiques sont ensuite tirées des données encodées. Le formulaire papier a été rédigé par le conseiller en prévention. Le traitement des données est fait de manière informatisée, et cela offre une rapidité de traitement des informations, ainsi qu'une rapidité dans l'établissement des mesures qui pourraient être mises en place. La forme et le fond des supports papier et informatisé ont été initiés par le conseiller en prévention. La customisation a été laissée aux travailleurs afin de les impliquer dans le processus.

Des audits internes et externes sont organisés régulièrement. Ils constituent également un moyen de collecte d'évènements indésirables. Les audits internes sont réalisés par les employés de l'entreprise. Le principe appliqué est que l'audit d'un département est effectué par les employés d'autres départements. Les supports d'audit interne sont préétablis par le conseiller en prévention, et leur customisation est effectuée par la ligne hiérarchique. Les audits externes sont réalisés par des entreprises privées, mais aussi par l'inspection du travail.

4) Quel mode de signalement vous privilégiez ?

Nous avons recours à tous les modes de signalement. L'entreprise dispose d'une population variée, donc le canal de communication varie en fonction de la population.

5) Qu'avez-vous mis en place au départ pour impliquer les travailleurs dans la collecte des évènements indésirables ?

Des séances de sensibilisation sont organisées quotidiennement, des briefings de sécurité sont organisés à chaque lancement de pause. Des red alerts sont également données à chaque lancement de pause. La red alert est un rapport notifiant les incidents ou accidents survenus avant la prise de pause dans tous les départements de production. Le chef d'équipe avant chaque prise de pause, prends la red alerte, et discute avec son équipe des incidents notifiés, afin de les alerter et éviter que cela se reproduise.

Des réunions quotidiennes sont également organisées entre les chefs d'équipe, le directeur de la production, le conseiller en prévention et sécurité, les délégations syndicales, afin de discuter des indicateurs établis grâce aux données, et discuter

également du plan d'action à adopter. Il n'y a pas seulement le département production qui est concerné par ces réunions, le département support et logistique l'est également.

6) Qu'avez-vous mis en place pour continuer de motiver les employés à signaler les évènements indésirables ?

L'aspect le plus important pour les travailleurs, est le retour sur les informations remontées. C'est ce que nous nous attelons à faire. Ces retours sont faits tous les jours en prise de pause, à travers des explications, des analyses. Même si pour certaines informations remontées, des mesures immédiates ne sont pas prises, une explication est donnée aux travailleurs. Ces retours d'information permettent d'éviter que des frustrations naissent.

Un brainstorming est aussi organisé pendant une semaine. Au cours de ce brainstorming, des travailleurs d'un même secteur, s'attèlent à améliorer l'organisation du secteur, à rendre le secteur plus performant.

Une autonomie est laissée aux responsables de production pour la gestion des incidents mineurs. Lorsque les mesures proposées par le responsable de production nécessitent une allocation de budget, les mesures sont remontées à la direction du département concerné, pour une prise de décision. Toute action intentée est faite de manière traçable. Un numéro de suivi est attribué la tâche effectuée, une description de la tâche est également disponible, la date à laquelle la tâche a été effectuée est également présente, les informations sur la personne ayant effectué la tâche sont également disponibles.

7) Quels critères avez-vous établi pour permettre aux employés de bien caractériser un évènement indésirable afin de limiter le signalement d'évènements pas indésirables ?

Nous n'avons établi aucun critère. Parce que nous pensons que peu importe l'évènement qui se produit, il doit être traité. Pour le responsable hiérarchique, l'évènement déclaré n'est peut-être pas important, mais pour la personne qui a signalé l'évènement, c'est peut-être important. L'objectif est d'apporter une réponse.

8) Qu'avez-vous mis en place pour le traitement des évènements indésirables signalés ?

Pour chaque évènement déclaré, nous fixons des deadlines pour apporter des réponses. Ces deadlines sont établies en fonction des critères d'urgence des évènements. Comme mesures, nous avons l'autonomie laissée aux responsables de production dans la prise de

décision concernant les évènements mineurs. Les réunions quotidiennes organisées entre le conseiller en prévention et les responsables des divers départements, les délégués syndicaux. Nous avons également les différents indicateurs établis à partir des données collectées. Ces indicateurs constituent un important support pour des prises de décisions futures. Les séances de brainstorming organisées, sont également des mesures de traitement d'évènements indésirables.

9) Qu'avez-vous mis en place pour assurer le suivi des actions correctrices ?

Les audits servent également de moyen de suivi. Les indicateurs établis quotidiennement servent également de moyen de suivi.

10) Quels sont les objectifs que vous poursuivez à travers la mise en place d'un système de collecte d'évènements indésirables ?

L'objectif idéal est qu'il n'y ait aucun incident ou accident. Cependant, nous nous attelons à ce qu'il y ait le minimum d'incidents sans gravité.

11) Comment évaluez-vous la performance de votre système de collecte d'évènements indésirables ?

Nous disposons d'un plan d'action annuel glissant. Chaque année, il est amélioré en fonction des évènements survenus. Lors des discussions concernant le plan d'action annuel, tout le monde est représenté.

Juste pour information, il y a de cela 8 années, nous avons eu plus de 200 remarques lors d'un audit externe. Cette année, nous avons eu un audit iso 9001, et nous avons reçu la mention très bien et aucune remarques. C'est vous faire remarquer l'importance que nous accordons à la sécurité, et les améliorations que nous nous efforçons de réaliser.

Annexe 4 : Entretien avec le conseiller en prévention de la société Ores

1) Comment définissez-vous un évènement indésirable ?

Chez Ores, la notion d'accident mineur n'existe pas. Nous utilisons les notions de presque-accident et d'accident. Nous pouvons définir un évènement indésirable comme toute situation mettant en danger la santé et l'intégrité des travailleurs.

2) Quel type d'évènements indésirables il est utile pour vous de collecter ?

Nous collectons un maximum d'informations de la part de nos travailleurs et de la part de nos partenaires extérieurs. Nos partenaires extérieurs, ont l'obligation contractuelle de remonter les informations à Ores. Les informations viennent directement au service interne prévention et protection des travailleurs, puis un tri est effectué. Le service comprend sept conseillers en prévention, un responsable pour les conseillers en prévention, et trois cadres. Un cadre qui s'occupe du volet administratif, un cadre qui s'occupe du volet environnement, un cadre qui s'occupe de l'établissement des statistiques.

3) Quel support avez-vous mis en place pour la collecte des évènements indésirables ?

Nous avons un carnet à souche, que nos agents de terrain remplissent, et qui peut être envoyé anonymement au service prévention et protection des travailleurs. Les données sur les souches, sont transcrites dans la base de données du service prévention et protection, puis envoyées au service concerné. Un retour est ensuite fait à l'agent de terrain qui a transmis l'information, pour lui montrer qu'elle a été prise en compte.

Les contacts mail et téléphoniques des membres du service prévention et protection sont accessibles à tous les travailleurs sur l'intranet. Les travailleurs peuvent donc directement signaler soit par mail, soit par téléphone les évènements constatés.

Nous avons également sur l'intranet, un onglet où les travailleurs peuvent également communiquer les problèmes constatés. Cet onglet est dédié aux évènements qui ne sont pas directement liés à la sécurité, mais qui de manière indirecte touchent à la sécurité. Par exemple, il peut être utilisé pour signaler une ampoule défectueuse dans un local, un fil électrique qui pend à un endroit, une fuite d'eau, une rampe d'escalier mal fixé... etc. Pour ce faire, chaque travailleur doit indiquer son numéro d'utilisateur, le lieu où l'évènement a été constaté, la date d'intervention souhaitée, les commentaires du plaignant.

Ores dispose également d'un call center accessible 24heures sur 24. Une ligne est dédiée aux signalements concernant le gaz, et une autre aux dépannages électriques.

Ores dispose également d'une ligne directe avec les pompiers et les bourgmestres. Les pompiers et les agents communaux participent donc aux signalements d'évènements indésirables.

4) Quel mode de signalement vous privilégiez ?

Nous avons recours à la fois au mode formel et informel. Le mode formel s'observe à travers l'envoi aux services concernés, des données présentes sur les souches, et qui ont été transcrites. Le mode formel s'observe également à travers l'utilisation de l'onglet de l'intranet pour le signalement d'évènements constatés. Le mode informel s'observe à travers l'utilisation des divers canaux pour contacter le service prévention et protection.

5) Qu'avez-vous mis en place au départ pour impliquer les travailleurs dans la collecte des évènements indésirables ?

Une collaboration mutuelle a été développée entre le service prévention et protection des travailleurs, et le service document, méthode et formation. Cette collaboration vise à intégrer dans les formations l'aspect prévention et sécurité.

Le service prévention et protection donne une formation collective aux nouveaux travailleurs.

Tous les deux mois, une formation générale est donnée aux travailleurs.

Des formations locales sont également données aux travailleurs, en fonction des spécificités des sites où ils doivent travailler.

Les travailleurs suivent également des formations techniques, et elles abordent également les prescriptions en matière de sécurité.

- Un parrainage des nouveaux travailleurs a été mis en place. Ce parrainage vise à accentuer cet esprit de formation et mettre à l'accent sur la sécurité.

6) Qu'avez-vous mis en place pour continuer de motiver les employés à signaler les évènements indésirables ?

Tous les mois, des réunions d'équipe sont organisées. La sécurité est au cœur des discussions. Les discussions portent sur les évènements qui se sont déroulés le mois précédent, mais également sur les nouvelles consignes de sécurité mises en place.

Un programme appelé vigilance partagée a été mis en place. Ce programme est destiné au personnel administratif et aux techniciens. Il s'agit d'une mise en situation où le

personnel administratif vivra pendant deux ou trois jours les contraintes liées aux tâches des techniciens. De même, pendant une journée, les techniciens vont également vivre les contraintes liées aux tâches administratives.

Au niveau régional, des ½ journées sécurité sont mises en place. Lors de ces ½ journées, les travailleurs régionaux, sont réunis pour une formation théorique, et des mises en situation.

Des journées entrepreneurs sont également organisées. Au cours de ces journées, les partenaires extérieurs d'Ores sont réunis pour suivre une formation théorique, et vivre des mises en situation.

Des objectifs portant sur les visites de chantier et le nombre de retour d'expérience hors accident sont fixés. Il est demandé de faire au moins 570 visites par quadrimestre, et 16 retours d'expérience par quadrimestre. Ces objectifs ont été fixés par le conseil d'entreprise sur base de l'historique des années antérieures. Lorsque ces objectifs sont atteints, une prime est octroyée à tous les travailleurs.

Des visites de chantier, sont également effectuées par les membres du service prévention et protection. A chaque visite, les travailleurs sont sensibilisés sur l'importance de signaler tout évènement constaté, pour permettre au service prévention de pleinement jouer son rôle.

7) Quels critères avez-vous établi pour permettre aux employés de bien caractériser un évènement indésirable afin de limiter le signalement d'évènements pas indésirables ?

Il n'y a pas de critères établis. On laisse tout dire. Un tri est effectué par la suite par notre service.

8) Qu'avez-vous mis en place pour le traitement des évènements indésirables signalés ?

Nous disposons d'une base de données destinées aux visites de chantier effectuées par les membres du service prévention, et une base de données destinées aux évènements indésirables. Les évènements ou situations constatés lors des visites sont consignés dans la base de données dédiées aux visites de chantier. Les bases de données comportent plusieurs onglets qui permettent de traiter l'évènement signalé.

Dès que les évènements sont signalés, ils sont encodés dans la base de données. Les informations liées à l'agent ayant subi l'évènement sont encodées, ainsi que les informations liées à la nature de l'évènement qui s'est produit.

Encodage

Données Agent/Évènement | Description | ITT/TA-Comm | Ret.Expérience | Soins | Analyse

Agent Nom: Prénom: Matricule:

Né(e) le: ... ans Sexe Homme Femme

En ORES depuis: ... ans

Dans la fonction depuis: ... ans Fonction: Code :

Zone: Service:

Région/PC/Dpt: Site:

District: Conseiller en Prévention: Police (Ouest - Est) 6570784 6570786

Mutuelle:

Évènement Num. ORES: Date: 19/07/2019 Heure: 12:04:04

Type ITT avec ITT Évènement à considérer Société

Registre de soins Acc. route Tf élargi ORES Sous-traitant

Dysfonctionnement Ou Règles vitales en jeu Tiers

Presqu'accident Accident grave

Accident du travail Ou

Chemin du travail

Fluide Non TBT Eau

BP BT Vapeur

MP HT Rayonnement

Décès Oui Lié à l'accident

Sinistre Ass.Loi: Position Assureur-Loi N/A En Suspens Accepté Refusé

Nouvel évènement Enregistrer données Communication Annuler/Terminer

Ensuite, dans un autre onglet, les informations liées à la description de l'évènement, ainsi qu'au lieu de survenance de l'évènement sont encodées.

Données Agent/Évènement | Description | ITT/TA-Comm | Ret.Expérience | Soins | Analyse

Résumé des faits:

Agent matériel (32): Nature lésions (37): Circonstances (36):

Déviation (31): Siège lésions (38): Sous-circonstances (36):

Mesure préventive: Autres:

Environnement:

Activité générale:

Activité spécifique:

Évènement:

Contacts, objets:

Lieu Adresse: Code postal: Commune:

Causes:

Nouvel évènement Enregistrer données Communication Annuler/Terminer

Dans un autre onglet, les informations sur les conséquences de la survenance de l'évènement sur le travailleur sont encodées. Ici est enregistré, le fait que l'évènement

survenu ait entraîné ou pas une interruption temporaire de travail, un travail adapté, une incapacité permanente. La durée d'incapacité de travail est également consignée.

The screenshot shows a software window titled 'Encodage' with several tabs: 'Données Agent/Événement', 'Description', 'ITT/TA-Comm', 'Ret.Expérience', 'Soins', and 'Analyse'. The 'Données Agent/Événement' tab is active. It contains two main sections: 'Interruption temporaire de travail' and 'Travail adapté'. Each section has a table with columns for 'Début', 'Fin', '%', and 'Durée'. Below these are fields for 'ITT du:' and 'TA du:' with 'au:' and 'à:' indicators. There is also a section for 'Incapacité permanente' with 'Taux (%)' and 'ITT global:' fields. At the bottom, there are fields for 'Communication à la hiérarchie' (Nom, Date, Heure) and 'Communication dates et heures' (SIPP, Constat, Cadres, LH, Visite de terrain, Déclaration SPF). The 'Ethias' logo is visible in the bottom left. At the very bottom, there are four buttons: 'Nouvel événement', 'Enregistrer données', 'Communication', and 'Annuler/Terminer'.

Dans un autre onglet, les informations liées aux solutions à mettre en œuvre sont encodées. Le service dispose de deux solutions en fonction de la gravité de l'évènement. Pour les évènements de moindre gravité, il peut mettre en place un flash prévention. Les flashes prévention, sont des affiches sur lesquelles sont inscrits des messages de prévention clairs et précis. Ils sont diffusés par mail à tous le personnel. Pour les évènements de moindres gravités survenues dans les locaux de l'entreprise, les affiches sont posées dans l'entreprise. Pour les évènements de moyenne gravité ou graves, un retour d'expérience est créé. Dès qu'un retour d'expérience est créé, un flash prévention est automatiquement créé.

La base de données dispose également d'un onglet dédié aux soins donnés. Ici les informations portant sur le fait que l'évènement ait nécessité ou pas des soins, sont enregistrés. Les informations portant sur la nature des soins ainsi que la partie du corps du travailleur ayant reçu les soins sont également enregistrés.

Dans un autre onglet, une analyse est faite pour voir si le travailleur ayant subi l'évènement a respecté les mesures de protection, ainsi que les procédures normales.

9) Qu'avez-vous mis en place pour assurer le suivi des actions correctrices ?

Une fois les données encodées dans la base de données, des statistiques sont établies. Le suivi des actions correctrices se fait à travers l'observation de l'évolution de ces statistiques. La comparaison des statistiques se fait mois par mois, mais également année par année. Des statistiques au niveau régional et au niveau du groupe Ores sont également établies, et des comparaisons mois par mois, année par année sont également faites.

Comme indicateurs, nous avons :

Le nombre d'accidents graves ou pas graves.

Le nombre d'accidents avec interruption temporaire de travail.

Le nombre d'accidents sans interruption de travail

Le nombre d'accidents liés aux fluides.

Le nombre de jours d'incapacité temporaire de travail.

Le nombre de jours de travail adapté.

Le taux de fréquence

Le taux de Fréquence (Tf) est une mesure du nombre d'accidents du travail ayant entraîné la mort ou une incapacité totale d'un jour au moins (hors jour de l'accident), d'un groupe de travailleurs pendant une certaine période (généralement 1 an). L'établissement du taux de fréquence est une mesure obligatoire fixée par le Service Public Fédéral pour l'emploi aux entreprises.

$Tf = (\text{Nombre total d'accidents du travail} \times 1000\ 000) / \text{Nombre d'heures travaillées}$

Le taux de fréquence élargie qui tient compte de la potentialité de gravité.

Le taux de fréquence élargie, est un taux qui a été institué par Ores afin de prendre en compte la potentialité de gravité des événements qui ne nécessitent pas d'interruption temporaire de travail.

$Tf \text{ élargie} = [(\text{Nombre total d'accidents du travail} + \text{Nombre total d'accidents sans interruption temporaire de travail}) \times 1000\ 000] / \text{Nombres d'heures travaillées}$

Le taux de gravité réel

Le taux de gravité réel est une mesure de la gravité des accidents des employés sur une certaine période de temps.

$Tg = (\text{nombre total de jours d'incapacité} \times 1000) / \text{nombre d'heures travaillées.}$

Le nombre de jours d'incapacité de travail est le nombre de jours indemnisés par l'assureur accidents du travail et correspond au nombre de jours calendaires (samedi et dimanche + jours fériés, hors jour d'accident) pour lesquels le salarié accidenté est absent du fait de cet accident.

Le ratio [taux de fréquence/ taux de gravité]

10) Quels sont les objectifs que vous poursuivez à travers la mise en place d'un système de collecte d'évènements indésirables ?

L'objectif serait de ne plus avoir d'accidents et d'incidents. Etant donné, qu'il s'agit d'activités humaines, il est malheureusement impossible d'atteindre cet objectif.

11) Comment évaluez-vous la performance de votre système de collecte d'évènements indésirables ?

Nous avons un système dynamique de gestion des risques. Les solutions mises en place suite aux événements passés, sont standardisées. Cependant le système est réévalué fréquemment pour améliorer le bien-être des travailleurs. On ne saurait donner une appréciation sur la performance de notre système, puisque nous menons des activités exercées par des hommes, et il serait difficile d'atteindre l'objectif de zéro incident et

zéro accident. Cependant, en observant l'évolution des indicateurs ces dernières années, nous pouvons dire que nous avons fait des progrès.

Annexe 5 : Entretien avec le conseiller en prévention de la société Mecaspring

1) Comment définissez-vous un évènement indésirable ?

Un incident est une action qui amène une blessure ou pas, mais qui n'engrange aucun coût médical.

Un presque-accident est un accident évité. C'est toute déficience de machine qui amène un danger pour la personne. Ici, c'est uniquement l'aspect matériel qui est considéré, et qui peut amener un danger pour la personne.

Un accident mineur, est un accident qui n'amène aucune incapacité de travail.

Un accident est tout évènement soudain, ou toute déviation par rapport à un cadre fixé.

2) Quel type d'évènements indésirables il est utile pour vous de collecter ?

Nous collectons tout type d'informations. Car pour nous il est utile de collecter tout type d'informations. De plus, notre assureur nous oblige à appliquer directement des mesures dès que les informations remontent.

3) Quel support avez-vous mis en place pour la collecte des évènements indésirables ?

Nous avons recours à la fois au support papier et au support informatisé. Comme support papier, nous avons un questionnaire rédigé par le conseiller en prévention. Ce questionnaire porte sur tous les risques éventuels liés à chaque poste dans l'usine. Avec ce questionnaire, le conseiller suit chaque travailleur à son poste de travail, et passe une journée avec lui, afin de lui poser des questions sur tous les risques éventuels qui peuvent survenir.

Nous avons également un autre support papier qui est un formulaire que nous devons remplir en cas d'accident. Ce formulaire se remplit conformément à la procédure que nous impose notre assureur.

Le support informatisé lui, est conçu par le conseiller sécurité. Il a été conçu sur la base du modèle établi par le service public fédéral, puis a été adapté à l'entreprise.

Une fois les données transcrites, elles sont conservées dans la base de données indéfiniment. La base de données de collecte d'évènements, a été mise en place par le conseiller en prévention.

4) Quel mode de signalement vous privilégiez ?

Nous privilégions le mode informel. Le plus important, est la proximité avec les travailleurs, la prise de contact direct avec les travailleurs. Nous avons également un système de boîte à suggestions, qui n'a pas de grand succès, car les travailleurs préfèrent plus les rapports humains.

5) Qu'avez-vous mis en place au départ pour impliquer les travailleurs dans la collecte des évènements indésirables ?

Une bonne ambiance de travail permet une meilleure implication des travailleurs. Nous avons mis à disposition des travailleurs des informations nécessaires relatives à la sécurité. Nous avons également établi des règles de base. Les responsables de secteur au niveau de l'atelier de production, ont dans leur attribution, l'obligation de veiller à ce que les risques soient minimisés. Cela passe le contrôle du respect des procédures, le contrôle du respect des règles établies, le contrôle du bon déroulement des tâches quotidiennes. Il est important que les responsables de secteur, aient de bons rapports humains avec les travailleurs pour permettre une bonne remontée de l'information.

6) Qu'avez-vous mis en place pour continuer de motiver les employés à signaler les évènements indésirables ?

Dans notre entreprise, la proximité du conseiller prévention avec les travailleurs fonctionne très bien. En effet, le conseiller en prévention de l'entreprise est un travailleur avec une certaine ancienneté, qui a suivi une formation de conseiller en prévention de risque niveau 2 (qui est obligatoire pour exercer la fonction). Il exerce des activités dans l'atelier de production 4 jours par semaine, et le dernier jour de la semaine, il exerce les tâches administratives liées à sa fonction de conseiller prévention.

Nous avons choisi de ne pas mettre en place de mesures financières pour encourager le signalement d'évènements indésirables. Nous partons du principe que nos employés sont

de bonne foi, et que tout accident qui survient n'est pas volontaire. Cependant, nous avons mis en place des mesures financières par rapport à la productivité et l'absentéisme.

7) Quels critères avez-vous établi pour permettre aux employés de bien caractériser un évènement indésirable afin de limiter le signalement d'évènements pas indésirables ?

Nous n'avons établi aucun critère. Tout type d'information est collecté. Il est difficile de prévoir tous les risques. Nous partons du principe, qu'un bon travailleur à son poste, permet de minimiser les risques. Alors nous nous attachons à transmettre les bonnes informations afin de minimiser les risques dans l'exécution des tâches. Les responsables de secteur sont expérimentés, et jouent un rôle essentiel dans la transmission des informations et des bonnes pratiques.

8) Qu'avez-vous mis en place pour le traitement des évènements indésirables signalés ?

Le traitement dépend des évènements remontés. Pour des évènements au niveau technique, il y a une coordination entre les responsables de secteur et le conseiller en prévention, pour la mise en place de solutions.

Pour des évènements au niveau humain, seul le conseiller mets en place les solutions. Pour les décisions qui nécessitent un investissement, une discussion a lieu entre le conseiller en prévention et le directeur, et c'est uniquement le directeur qui prend la décision.

Il y a également un comité de prévention et de protection qui est également mis en place dans l'entreprise. D'après la législation, la mise en place d'un comité de prévention et de protection est obligatoire dans toutes les entreprises. Ce comité reprend 3 personnes de la direction, 3 personnes de la délégation syndicale, et le conseiller en prévention. Il se déroule chaque mois, et au cours de ce comité, une discussion sur tous les problèmes et la mise en place des solutions a lieu.

Il y a également un plan d'action annuel sécuritaire qui a été mis en place par le conseiller en prévention. Ce plan d'action est présenté à la direction par le conseiller en prévention. En plus des mesures sécuritaires, ce plan d'action aborde également les mesures liées à l'environnement de travail des employés.

Chaque mois, un suivi du plan d'action est effectué.

9) Qu'avez-vous mis en place pour assurer le suivi des actions correctrices ?

Nous avons mis en place des réunions mensuelles. Ces réunions rassemblent le conseiller en prévention, les membres de la délégation syndicale. Avant la tenue de chaque réunion, le conseiller et la délégation syndicale, font un tour dans l'atelier de production, pour discuter avec les travailleurs et ainsi collecter des informations. Les informations collectées font l'objet d'une discussion au cours de la réunion.

Nous avons également mis en place des affichages humoristiques dans l'atelier de production. Ces affichages portent sur les bonnes pratiques à avoir au quotidien. Nous avons choisi un ton humoristique pour permettre aux travailleurs d'être plus réceptif, et par la même occasion éviter que s'installent dans leur esprit, l'idée de répression.

Nous avons également fait le choix de ne pas publier des statistiques sur les accidents survenus, ainsi que sur le nombre de jours sans accidents et incidents. Par contre des statistiques liées à la productivité et l'absentéisme sont affichés. L'absentéisme a été ciblé, parce que c'est un problème que nous rencontrons. L'absence de tout travailleur de son poste de travail, entraîne des coûts pour l'entreprise. A titre d'exemple, lorsqu'un travailleur est absent de son poste de travail pour des raisons légitimes, l'entreprise ira embaucher un intérimaire, ce qui a un coût. Il faudra également prendre en compte le temps qu'il faudra pour former l'intermédiaire.

10) Quels sont les objectifs que vous poursuivez à travers la mise en place d'un système de collecte d'évènements indésirables ?

Les principaux objectifs sont de diminuer les accidents et incidents. Une fois ces objectifs atteints, la rentabilité s'améliore automatiquement.

11) Comment évaluez-vous la performance de votre système de collecte d'évènements indésirables ?

Au cours des réunions mensuelles citées préalablement, du comité de prévention et de protection, la performance du système de collecte est abordée. Egalement chaque année, au mois d'avril, des statistiques annuelles doivent être envoyées au Service Public Fédéral. Nous nous servons également de ces statistiques pour évaluer notre système de collecte d'évènements.

Annexe 6 : Entretien avec le conseiller en prévention de la société Hydrogaz

1) Comment définissez-vous un évènement indésirable ?

Un évènement indésirable, peut être défini comme toute situation qui va entraîner une blessure et/ou un arrêt de travail.

Un incident peut être défini comme toute situation qui va entraîner une blessure légère. Il faut ajouter, que cette situation ne va pas entraîner un arrêt de travail, ni de déclaration d'accidents, et ne va pas nécessiter une visite chez le médecin.

Un presque accident est toute situation qui se produirait, et qui pourrait déboucher sur un accident.

2) Quel type d'évènements indésirables il est utile pour vous de collecter ?

Nous collectons tout type d'évènements. Toutes les informations sont utiles pour nous.

3) Quel support avez-vous mis en place pour la collecte des évènements indésirables ?

Nous n'avons mis en place aucun support de collecte. Cependant, nous avons des sources d'information fiable. Les analyses d'accidents sont de bonnes sources d'information. Les informations sont également collectées de manière directe auprès des employés, ou via la délégation syndicale. Elles sont également collectées lors des comités prévention et protection des travailleurs. Elles sont également collectées lors des ateliers de partage qui se déroulent durant la semaine sécurité que l'entreprise organise. Durant ces ateliers, la conseillère en prévention rencontre les employés par équipe de 8 personnes.

4) Quel mode de signalement vous privilégiez ?

Nous privilégions le mode informel. Les employés disposent du numéro de GSM du conseiller en prévention. Ils peuvent à tout moment le contacter et lui communiquer directement les informations. Ils peuvent également passer par la délégation syndicale pour remonter les informations.

L'entreprise a l'intention de mettre en place prochainement un système de communication via une tablette.

5) Qu'avez-vous mis en place au départ pour impliquer les travailleurs dans la collecte des évènements indésirables ?

Il est important d'établir un climat de confiance avec les travailleurs pour faciliter la remontée d'informations. L'aspect social et humain est primordial. Il est également important pour faciliter la remontée d'informations d'apporter des réponses et solutions aux remarques faites par les travailleurs. Cela montre aux travailleurs qu'ils sont écoutés, et cela les encourage à continuer à remonter les informations. Des visites spontanées des chantiers sont également organisées avec le médecin du travail, afin de voir les conditions de travail des employés, et de discuter avec eux.

Chaque année, une semaine de la sécurité est organisée. Au cours de cette semaine, des ateliers de partage sont organisés. Au cours de ces ateliers de partage, les travailleurs rencontrent la conseillère en sécurité pour discuter.

Les relations entre le conseiller en prévention et les conducteurs de chantier, ne sont pas toujours aisées, car les conducteurs de chantier n'arrivent pas à percevoir l'importance du rôle qu'ils doivent jouer pour le maintien de la sécurité. Afin de clarifier les choses, une formation donnée par un consultant externe est prévue prochainement. Elle aura pour but de mettre l'accent sur les obligations légales et contractuelles qu'ont les conducteurs de chantier vis-à-vis du maintien de la sécurité.

6) Qu'avez-vous mis en place pour continuer de motiver les employés à signaler les évènements indésirables ?

Nous continuons d'exploiter les méthodes citées précédemment au point 5. Nous n'avons mis en place aucune autre stratégie.

7) Quels critères avez-vous établi pour permettre aux employés de bien caractériser un évènement indésirable afin de limiter le signalement d'évènements pas indésirables ?

Nous n'avons mis en place aucun critère. Nous collectons tout type d'information, puis le tri est fait par la conseillère en prévention.

8) Qu'avez-vous mis en place pour le traitement des évènements indésirables signalés ?

Chaque évènement indésirable signalé, est enregistré. Les évènements qui doivent être déclarés conformément à la loi le sont. Nous recevons de la part de nos clients, des analyses de chantier, qui nous permettent d'avoir l'avis du client, et d'améliorer ce qui doit l'être. Des rencontres avec les chefs de projet et les conducteurs de chantier sont organisés, afin de discuter des évènements survenus sur les chantiers, et de faire en sorte

qu'ils ne se reproduisent plus. Les conducteurs de chantier à leur niveau transmettent les solutions et méthodes proposées à leur équipe. Un comité prévention et protection des travailleurs se réunit une fois par année. Ce comité regroupe la direction, la conseillère en prévention, et la délégation syndicale. Au cours de cette réunion, des discussions sur les événements survenus au cours de l'année, et sur les solutions pour éviter qu'ils ne se reproduisent ont lieu.

9) Qu'avez-vous mis en place pour assurer le suivi des actions correctrices ?

Le suivi des actions correctrices, se fait via une to do list qui est établie par la conseillère en prévention. Cette liste est mise à jour quotidiennement grâce aux visites de chantiers qu'elle effectue, aussi grâce aux rencontres avec les conducteurs de chantier, et aux discussions avec les travailleurs.

10) Quels sont les objectifs que vous poursuivez à travers la mise en place d'un système de collecte d'événements indésirables ?

L'objectif principal est de conscientiser les travailleurs sur l'importance de la sécurité dans l'environnement de travail, mais aussi de réduire les risques d'accidents.

Le milieu de la construction est un milieu où les mentalités tardent à évoluer. L'idée qui est transmise par les plus anciens dans le métier aux plus jeunes, est que plus on a de cicatrices dans l'exercice de son activité, plus on est aguerri. Une autre difficulté à laquelle est confrontée la conseillère, est que tous les accidents ne sont pas déclarés par les travailleurs.

Malheureusement, il a été remarqué chez les jeunes travailleurs, qu'il faut attendre que leur collègue subisse un accident grave, ou qu'eux même subisse un accident, pour qu'il prenne conscience de l'importance de la sécurité dans leur environnement de travail.

11) Comment évaluez-vous la performance de votre système de collecte d'événements indésirables ?

Nous disposons d'un plan d'action annuel à vision quinquennale. Chaque année, lors du comité prévention et protection des travailleurs, le plan est revu et mis à jour

Annexe7 : Entretien avec le conseiller en prévention de l'entreprise Arcelormittal

1) définissez-vous un évènement indésirable ?

Nous considérons qu'il y a un incident, lorsque dans une situation donnée, un écart par rapport aux standards préétablis a été constaté. Nous allons plus loin en considérant comme incident, toute remarque sécurité effectuée de manière formelle ou informelle.

Nous considérons comme presque-accident, une situation où un écart par rapport aux standards préétablis a été constaté, mais qui a entraîné la survenance de dégâts matériels ou de blessures humaines.

Nous considérons comme accident, tout passage à l'infirmerie, ou tout dégât matériel survenu au cours d'une situation donnée.

2) Quel type d'évènements indésirables il est utile pour vous de collecter ?

Il est utile pour nous de collecter tout type d'évènement. Car en matière de sécurité, toute information est utile à prendre. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise information.

3) Quel support avez-vous mis en place pour la collecte des évènements indésirables ?

Aucun support papier de collecte d'évènements indésirables n'est utilisé chez nous. Seul un support informatique est utilisé. Il s'agit d'un formulaire informatisé établi par le service interne prévention et protection des travailleurs pour l'Europe sur la base de standards établis par ArcelorMittal au niveau mondial et européen. Ces formulaires sont néanmoins adaptés aux sites belges. Nous disposons également de 2 bases de données, dont l'une est nommée practeos, et l'autre Qualiscope sur laquelle sont stockées toutes les informations collectées. Ces bases de données ont été développées par un consultant externe. L'actuelle base de données étant vétuste, nous allons évoluer d'ici peu vers de nouvelles bases de données nommées isowat, et Qualishare. Toutes ces bases de données (actuelles et futures) sont et seront conçues et installées par des consultants externes.

Le support informatisé, a été privilégié compte tenu de la quantité importante d'informations à traiter, de la rapidité de traitement des informations qu'il offre.

Il faut préciser que les seuls formulaires papier qui sont utilisés, sont ceux qui sont remplis en cas de survenance d'accidents.

4) Quel mode de signalement vous privilégiez ?

Le mode informel et le mode formel sont privilégiés. Pour le signalement d'évènements mineurs, le mode informel est souvent utilisé par les travailleurs. Pour le signalement de tout autre évènement, le mode formel est utilisé.

5) Qu'avez-vous mis en place au départ pour impliquer les travailleurs dans la collecte des évènements indésirables ?

Chez ArcelorMittal, tout agent de maîtrise, en partant du contremaître au CEO a l'obligation de faire un audit par mois, et de faire remonter l'information. S'il ne respecte pas cette règle, un courrier d'avertissement lui est envoyé, et en cas de récidive, une sanction lui est infligée. L'audit est un moyen formel de collecte d'informations dans l'entreprise. Egalement, la relation contractuelle qui lie ArcelorMittal à tous ses partenaires, participe à une meilleure collecte des évènements.

- Entre ArcelorMittal et ses employés, il existe une relation contractuelle de travail d'employeur à employé. D'après la réglementation belge en vigueur, tout employeur a l'obligation de former ses employés, et tout employé a l'obligation de remonter toute anomalie constatée.
- Entre ArcelorMittal et ses cotraitants, le contrat qui les lie, oblige tout cotraitant, à échanger avec l'entreprise tout type d'information.
- Entre ArcelorMittal et ses sous-traitants, le contrat qui les lie, oblige l'entreprise à exercer un contrôle sur les actes posés par le sous-traitant. Pour nuancer, ArcelorMittal ne donne pas d'instructions aux sous-traitants, mais une coordination s'opère entre les employés d'ArcelorMittal et les sous-traitants.

On constate que le rappel de la législation en vigueur, permet une prise de conscience de tous les acteurs en interaction avec l'entreprise, mais aussi permet une meilleure implication des travailleurs dans la collecte d'évènements indésirables.

Tout travailleur qui doit effectuer une prestation sur les sites ArcelorMittal, doit être détenteur obligatoirement d'un passeport sécurité. Avant le début de sa prestation, il suit une formation sécurité, puis le jour de la prestation, reçoit un accueil sécurité de la ligne hiérarchique. L'accueil sécurité est un speech donné par la ligne hiérarchique pour bien relever les consignes de sécurité à respecter sur le site où la prestation doit s'effectuer.

Le passeport sécurité s'obtient après la réussite du test sur ordinateur que fait passer ArcelorMittal.

Ces mesures permettent d'éveiller la conscience des travailleurs sur l'importance de la sécurité pour l'entreprise, mais aussi sur l'importance de remonter tout type d'information.

6) Qu'avez-vous mis en place pour continuer de motiver les employés à signaler les évènements indésirables ?

Depuis trois années, une formation sécurité appelée SMART est donnée pendant une semaine aux employés. Au cours de cette formation, l'employé est sorti de son cadre habituel de travail. Les objectifs de cette formation sont :

- de réapprendre à l'employé à identifier les risques,
- d'améliorer les réflexes, les habitudes face à différentes situations.
- d'observer l'impact des émotions dans l'action
- d'améliorer le niveau de conscience du risque

Pour réaliser ces objectifs, des mises en situation à travers des exercices interactifs sont effectuées. Comme exemple on peut citer un appartement en fumée, avec des mannequins à sauver ; ou le rangement d'un garage en désordre comprenant un maximum de danger.

Les employés vont sur le terrain avec un conseil sécurité pour réaliser un audit. Par cette occasion, ils se rendent compte des attentes et difficultés liées à la réalisation d'un audit.

A la fin de la formation, un débriefing est fait entre les employés et la ligne hiérarchique.

D'autres formations sur la sécurité sont également données aux employés.

Des primes annuelles sont octroyées aux travailleurs sur la base du nombre d'accidents chômants ou adaptés survenus dans l'entreprise. En dessous d'un certain seuil d'accidents chômants ou adaptés, la prime est octroyée. D'autres primes sont également octroyées aux groupes de travailleurs qui font le moins d'accidents.

Malgré toutes ces mesures, il est important de garder à l'esprit que trop de récompenses au niveau de sécurité peuvent constituer de manière indirecte des pressions. Et trop de

pression au niveau sécurité, accroît le risque de laisser passer sous silence certaines informations.

Malgré le bien-fondé de ces mesures, certaines variables viennent annihiler les efforts fournis. Par le passé, il y a eu plusieurs restructurations chez ArcelorMittal. Ces restructurations ont entraîné des incertitudes chez les employés. Ces incertitudes liées à la conservation de l'emploi étant constamment présentes, il se pose la question pour l'employé de pouvoir continuer à satisfaire ses besoins. Une fois que la question liée aux besoins est résolue, les employés sont plus réceptifs aux méthodes de motivation pour signaler d'avantage tout type d'évènement.

L'objectif est que les employés intègrent l'alerte sécurité de manière permanente ; de sorte que même en dehors du site, ils soient toujours en alerte sécurité, et qu'ils aient constamment les bons réflexes.

7) Quels critères avez-vous établis pour permettre aux employés de bien caractériser un évènement indésirable afin de limiter le signalement d'évènements pas indésirables ?

Il n'y a pas de critères établis. On laisse tout dire. Tout le monde a accès à l'intranet. Après une décantation, une classification est effectuée par la hiérarchie. (Par exemple, lorsqu'un employé soulève un problème qui peut être considéré comme mineur, et qui n'a aucun impact sur le déroulement des activités, le responsable hiérarchique notifie de manière souvent verbale que le message a bien été enregistré, et que le problème soulevé est mineur et n'aura pas de réels impacts, et que des solutions seront trouvées). Le plus important, c'est que l'employé sente écouté. Cela empêche la frustration.

8) Qu'avez-vous mis en place pour le traitement des évènements indésirables signalés ?

Tout incident qui ne peut trouver de solutions immédiates, est enregistré dans la base de données. Ensuite, les programmes comme Qualiscope et Qualigest sont utilisés pour générer des indicateurs. Des codep qui sont des réunions de cadre, sont organisées une fois par semaine, et permettent de discuter de ces indicateurs. Des comités de pilotage sécurité sont organisés chaque mois au niveau de chaque département pour examiner les indicateurs de sécurité, et voir comment les améliorer. Des comités prévention et protection des travailleurs qui comprennent pour moitié les délégués du personnel, et pour l'autre moitié les membres de la ligne hiérarchique, ainsi que du conseiller prévention, se réunissent chaque mois, et à l'occasion de situations particulières comme

des accidents. Il est discuté au cours de ces comités, l'évaluation des indicateurs, ainsi que les solutions à mettre en place pour améliorer les indicateurs. Des comités prévention et protection du travail sont également organisés au niveau de chaque département, et ont pour but de suivre l'évolution des indicateurs au niveau du département. Egalement, un comité de direction a lieu chaque semaine. Il regroupe les membres de la direction, ainsi que le conseiller en prévention. Il est également abordé lors de ce comité de direction, la question de la sécurité.

Il a été constaté que 95 % des accidents survenus, avaient une cause humaine. On constate également, que des réunions ont lieu à tous les niveaux hiérarchiques, et que la sécurité était abordée de manière obligatoire à ces réunions.

9) Qu'avez-vous mis en place pour assurer le suivi des actions correctrices ?

Le suivi des actions correctrices se fait à travers l'observation de l'évolution des indicateurs. De même, lorsque des actions correctrices ont été mises en place, des affiches sont posées aux endroits où les actions ont été posées. Sur ces affiches, on y distingue une photo avant la mise en place de l'action correctrice, et une photo après la mise en place de l'action correctrice. Le but de ces affiches est d'intégrer les bonnes pratiques dans les habitudes des travailleurs. Un suivi est également effectué en comparant les indicateurs de l'entreprise, aux mêmes indicateurs d'autres entreprises évoluant dans le secteur. Un suivi est également effectué en comparant les indicateurs des différents sites du groupe. Egalement, des statistiques sont mises à jour tous les mois, et sont affichées dans l'entreprise, et disponibles sur l'intranet.

10) Quels sont les objectifs que vous poursuivez à travers la mise en place d'un système de collecte d'évènements indésirables ?

L'idéal serait de ne pas avoir d'incidents ou d'accidents. Cependant, la situation socio-économique de l'entreprise affecte les esprits des travailleurs. Et malheureusement cela se ressent sur le taux de survenance d'incidents et d'accidents. Depuis l'annonce du rachat de 60 % de l'entreprise, le nombre de passages à l'infirmerie a augmenté.

11) Comment évaluez-vous la performance de votre système de collecte d'évènements indésirables ?

L'évaluation de la performance du système se fait à travers l'observation de l'évolution des indicateurs. Elle se fait également grâce à la comparaison des indicateurs aux mêmes indicateurs d'autres entreprises évoluant dans le même secteur. Elle se fait aussi à travers la comparaison des indicateurs des différents sites du groupe ArcelorMittal

Annexe 8 : Formulaire d'information « réduisons les risques »

ORES
OPÉRATEUR DES RÉSEAUX GAZ & ÉLECTRICITÉ

RÉDUISONS LES RISQUES
« ÉLIMINONS LES SITUATIONS DANGEREUSES »

S.D. N° : **000102**

Région / District :

SITUATION DANGEREUSE

→ **Détectée par :**
Nom : Prénom :
Service : Date : / / 20.....

→ **Concerne :**
Une installation → GRD Client

ÉLECTRICITÉ HT CABINE N° ÉQUIPEMENT ACCÈS

ÉLECTRICITÉ BT
 Raccordement aérien Raccordement souterrain
 Coffret / comptage Éclairage public Support N° :

GAZ MP GAZ BP

DIVERS

→ **Lieu et adresse précise :**

→ **Description :**

Documents annexés : OUI NON

ORIGINE DU DANGER → Appréciation et commentaire de l'agent

Organisation Préparation Conception Matériel Réalisation
 Environnement Charroi Tiers Procédures Autres

Action immédiate (si oui, laquelle) : OUI NON

SOLUTIONNÉ **SANS SUITE** **RETOUR** info vers l'agent - Date : / / 20.....

Folio blanc → Agent Folio vert → SIPP Folio rose → LH N° SAP : 16099

