

**JULIEN CUSIN, PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS, IAE BORDEAUX**

**ANNE GOUJON BELGHIT, MAÎTRE DE CONFÉRENCES, IAE BORDEAUX**

**VERS UNE APPROCHE CONTEXTUALISÉE DE LA MISE EN ŒUVRE DU DROIT À  
L'ERREUR**

**Résumé**

De plus en plus d'organisations instaurent une politique de droit à l'erreur individuelle. Les travaux sur le sujet ne tiennent toutefois pas compte des orientations stratégiques spécifiques des organisations concernées, qui peuvent impacter la mise en œuvre d'une telle démarche. À travers l'analyse comparée de deux cas, *via* un logiciel d'analyse de données lexicales, nous distinguons deux orientations stratégiques (l'innovation et la sécurité) et cherchons ainsi à comprendre leurs répercussions sur le déploiement du droit à l'erreur. Nous identifions finalement des paramètres de conception – socialisation, formalisation, outils, mécanismes de liaison et unités – propres à ces deux approches.

**Mots clefs**

Droit à l'erreur, *test and learn*, HRO, comparaison inter-cas, analyse lexicale.

**TOWARDS A CONTEXTUALIZED APPROACH TO THE IMPLEMENTATION OF  
ERROR TOLERANCE**

**Abstract**

A growing number of organizations is adopting an error-management policy. However, academic work on this topic does not take into account the specific strategic orientations of organizations. And yet, the latter can impact the implementation of such an approach. We have carried out a comparative qualitative analysis of two case-studies, through a lexical data analysis software. In one case, the strategy is oriented on innovation and in the other case on security. We are therefore trying to understand the repercussions that these differences can have on the roll-out of error-tolerance. We underline different design parameters (socialization, formalization, tools, coordinating mechanisms and units).

**Keywords**

Error tolerance, test and learn, high reliability organizations (HRO), Inter-cases comparison, lexical analysis.

*Classification JEL : M1 – Business Administration*

## Introduction

La culture du blâme (Provera et al., 2010 ; Zhao et Olivera, 2006) a longtemps prévalu dans notre pays en matière d'attitude adoptée face aux erreurs individuelles. Pourtant, depuis quelques années, certaines entreprises françaises tentent d'instaurer un droit à l'erreur. Ainsi, par exemple, Orange a intégré un item « *encouragement à la prise d'initiatives et reconnaissance du droit à l'erreur* » dans son baromètre social. De façon similaire, la culture de Pernod Ricard « *promeut la prise d'initiative individuelle, encourage la créativité et reconnaît le droit à l'erreur* ». De son côté, dans le cadre de sa démarche « *just and fair* », Air France a instauré une « *charte de non-punition de l'erreur* » afin de favoriser l'amélioration continue des process et la prévention des accidents, *via* une communication beaucoup plus ouverte des collaborateurs. De même, la « *charte d'engagement sur la gestion des événements indésirables associés aux soins* », introduite à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), témoigne de la volonté de l'établissement d'apprendre de ses erreurs pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Ainsi, le constat opéré dans la littérature en organisation et psychologie, il y a 15-20 ans, selon lequel les entreprises ayant mis en œuvre une politique explicite de management positif des erreurs (ex. : droit à l'erreur intégré dans l'énoncé des missions et/ou la vision organisationnelle) sont extrêmement rares (Edmondson, 1999 ; van Dyck et al., 2005), peut être largement remis en question aujourd'hui. À l'heure actuelle, deux approches de la gestion des erreurs individuelles sont d'ailleurs distinguées par les auteurs (Dimitrova et al., 2017 ; Guchait et al., 2015, 2016 ; van Dyck et al., 2005), avec, d'un côté, la culture de prévention des erreurs (*error prevention culture*) et, de l'autre, la culture de management des erreurs (*error management culture*), selon que les erreurs individuelles sont appréhendées comme des signes d'incompétence à blâmer ou comme des sources d'apprentissage à tolérer, voire valoriser.

Si l'approche consistant à accorder un droit à l'erreur aux individus est réputée donner de meilleurs résultats en termes d'affect, d'attitude, de motivation, de cognition, de comportement et de performance (Dimitrova et al., 2017 ; Frese et Keith, 2015 ; Maurer et al., 2017), il apparaît toutefois que cet idéal-type de l'*error management culture* (Frese et Keith, 2015 ; Guchait et al., 2015, 2016 ; van Dyck et al., 2005) offre une image imprécise des politiques de tolérance à l'erreur. En l'occurrence, ce modèle simplifié aide certes à comprendre les vertus de la sécurité psychologique pour favoriser un apprentissage organisationnel (Edmondson, 1999), mais il ne permet pas de saisir, en profondeur, les caractéristiques contextuelles spécifiques dans lesquelles le droit à l'erreur a été mis en œuvre. On voit bien, par exemple, que les orientations stratégiques (Brower et Rowe, 2017 ; Noble et al., 2002) d'Orange et Pernod Ricard, tournées vers l'innovation et l'expérimentation, et celles d'Air France et d'AP-HP, centrées sur la sécurité et la fiabilité opérationnelle, sont très différentes. Or, les différents éléments d'une organisation (systèmes, procédures, structure, technologies, routines...) doivent être cohérents avec sa stratégie pour que cette dernière soit mise en œuvre efficacement. Cet « *ensemble synergique* », autour d'un thème central (ou unificateur), forme ce que Miller et Whitney (1999 : p.5) appellent une configuration. Dès lors, nous pouvons faire l'hypothèse que le déploiement d'une politique de droit à l'erreur se fera différemment selon la logique dominante de l'organisation (Mariadoss et al., 2014). Dans cet article, nous cherchons ainsi à comprendre comment l'orientation stratégique de l'organisation impacte la mise en œuvre concrète d'une politique de droit à l'erreur individuelle.

Pour traiter cette question, nous avons comparé qualitativement le cas de deux organisations ayant explicitement mis en place une politique de droit à l'erreur, la Maif et un CHU de province (CHU-Pro), en utilisant le logiciel d'analyse de données lexicales Iramuteq afin d'analyser les 54 entretiens semi-directifs réalisés (au total). Nos résultats permettent finalement de confirmer

la nécessité d'une sous-segmentation de l'approche de type *error management culture* (Frese et Keith, 2015 ; Guchait et al., 2015, 2016 ; van Dyck et al., 2005) en deux logiques distinctes : la culture du *test and learn* et celle de la haute fiabilité opérationnelle. Plus encore, nous identifions des paramètres de conception propres à chacune de ces deux sous-catégories, par exemple en termes de socialisation narrative, de formalisation des comportements d'apprentissage, d'outils de gestion, de mécanismes de liaison ou encore de saillance des unités impliquées au sein de l'organisation.

## 1. Revue de la littérature

### 1.1. De l'erreur individuelle au droit à l'erreur dans les organisations

Toutes les activités humaines se caractérisent par une certaine probabilité d'erreurs (Provera et al., 2010). Faisant partie du quotidien des organisations (Zhao et Olivera, 2006), celles-ci sont définies comme des déviations involontaires et potentiellement évitables par rapport aux objectifs, aux plans d'action ou aux procédures (Goodman et al., 2011 ; Maurer et al., 2017 ; van Dyck et al., 2005 ; Zhao et Olivera, 2006)<sup>1</sup>. Ces erreurs individuelles peuvent être dues à un défaut d'attention, un trou de mémoire, une mauvaise activation des règles, un manque de connaissances, etc. (Dahlin et al., 2018 ; Reason, 1997), et ont parfois des conséquences graves pour l'organisation (Frese et Keith, 2015 ; Goodman et al., 2011).

La littérature organisationnelle oppose deux modes de gestion des erreurs individuelles (*error handling*), reflétant des cultures distinctes (Dimitrova et al., 2017 ; Guchait et al., 2015, 2016 ; van Dyck et al., 2005) et des « *mindsets* » différents vis-à-vis de ces erreurs (Fischer et al., 2018).

Dans une première approche (*error prevention culture*) – la plus courante au sein des organisations, quoique généralement inconsciente (van Dyck et al., 2005) – aucun droit à l'erreur n'existe pour les individus dans le but de préserver l'organisation. Du fait de cette tolérance-zéro, l'erreur est blâmée, voire même souvent sanctionnée, au moins de façon informelle (Goodman et al., 2011 ; Perreault et al., 2017 ; Provera et al., 2010 ; van Dyck et al., 2005). Très surveillés, les individus sont dissuadés de reconnaître et de partager leurs erreurs auprès de leur hiérarchie, de peur de perdre la face (Frese et Keith, 2015 ; Perreault et al., 2017 ; van Dyck et al., 2005 ; Zhao et Olivera, 2006). Le contrôle des prétendus mauvais comportements – généralement provoqués par les caractéristiques de la situation dans lesquels les individus sont placés (ex. : conception du poste de travail, outils à disposition, procédures en vigueur) – et la réprobation qui en découle ont donc pour conséquence le développement d'un climat de silence, voire d'une véritable omerta (Daniellou, 2017 ; Daniellou et al., 2010 ; Rocha, 2014). En effet, craignant des répercussions négatives pour leur carrière, les employés ont peur de parler des problèmes qu'ils rencontrent à leurs managers. La capacité de l'organisation à détecter et corriger les erreurs s'en trouve alors entravée (Morrison et Milliken, 2000 ; Rocha, 2014).

À l'inverse, dans une seconde approche (*error management culture*), l'erreur individuelle est considérée comme inévitable (Goodman et al., 2011 ; Kalra et al., 2013), en partant du principe que l'être humain est faillible (Perreault et al., 2017 ; Reason, 1997). Au-delà d'être tolérée, l'erreur est surtout perçue, non plus comme une nuisance (Frese et Keith, 2015), mais comme une source de *feedback* (Keith et Frese, 2008 ; van Dyck et al., 2005). L'apprentissage

---

<sup>1</sup> Par définition, les erreurs sont involontaires, à l'inverse des violations des règles. Ces dernières ne sont pas forcément répréhensibles pour autant. En effet, loin de refléter une intention de nuire, elles témoignent parfois de l'intelligence des individus sur le terrain et de leur capacité de récupérer un système perturbé (Daniellou et al., 2010 ; Rocha, 2014).

organisationnel est ainsi favorisé par la communication plus ouverte des individus (Bauer et Mulder, 2013 ; Goodman et al., 2011 ; Guchait et al., 2015, 2016 ; van Dyck et al., 2005), rendue possible par l'existence d'un climat de sécurité psychologique (Edmondson, 1999 ; Rathert et Phillips, 2010), lié au « *framing* » différent des erreurs (Dimitrova et al., 2017 ; Maurer et al., 2017). De façon concrète, Saintoyant et al. (2012) note que l'opérationnalisation de ce processus d'apprentissage *post*-erreur suit plusieurs étapes : (1) l'identification et le signalement de l'erreur, (2) l'analyse de l'erreur, *via* un retour d'expérience multidisciplinaire, pour en tirer des leçons, (3) la conception et la mise en œuvre d'actions d'amélioration visant à éviter la reproduction de l'erreur et (4) le suivi de ces actions et de leurs résultats.

Plusieurs auteurs soulignent néanmoins que, dans la plupart des activités, il est sûrement préférable de combiner les deux approches dans le temps : d'abord essayer de prévenir les risques d'erreurs individuelles (par exemple, à travers l'instauration de procédures et de règles), puis les appréhender comme des sources d'apprentissage lorsqu'elles ont lieu malgré tout dans une logique d'amélioration continue (Dimitrova et al., 2017 ; Frese et Keith, 2015 ; Goodman et al., 2011 ; Guchait et al., 2016 ; van Dyck et al., 2005). L'opposition manichéenne entre deux cas « *purs* » (van Dyck et al., 2005) – d'un côté, la culture de la prévention de l'erreur et, de l'autre, la culture du management de l'erreur – a donc fait l'objet de critiques dans la littérature en organisation et celle en psychologie. En revanche, les auteurs concernés s'accordent sur le fait qu'une approche « *no blame* » (Provera et al., 2010) est bénéfique pour les organisations en termes d'affect, d'attitude, de motivation, de cognition, de comportement et de performance (Dimitrova et al., 2017 ; Frese et Keith, 2015 ; Maurer et al., 2017). Par exemple, le management positif de l'erreur réduit les émotions négatives des individus concernés et favorise leur adaptation (Dimitrova et al., 2017). Tous ces travaux soulignent donc, en creux, les vertus d'une politique de droit à l'erreur dans les organisations.

Toutefois, cette vision très globalisante du droit à l'erreur – comme idéal culturel pour toutes les organisations apprenantes (Senge, 1991) – ne tient pas assez compte, à notre avis, du rôle du contexte et, plus précisément, des orientations stratégiques (Brower et Rowe, 2017 ; Noble et al., 2002). Pourtant, on sait que ces dernières sont étroitement liées à la culture de l'organisation (Noble et al., 2002). Campbell et Yeung (1991) considèrent, à ce titre, qu'une mission d'entreprise existe lorsque la stratégie et la culture se renforcent mutuellement. Selon Brower et Rowe (2017 : p. 134), « *strategic orientation reflects the firm's philosophy of how to conduct business through a deeply rooted set of values and beliefs that guide the firm's attempts to achieve superior performance.* » En pratique, cette logique dominante – ou cet objectif unificateur – peut tout aussi bien être tourné(e), par exemple, vers l'innovation (*opportunity seeking*) que vers la recherche de sécurité (*problem avoiding*) (Mariadoss et al., 2014 ; Miller et Whitney, 1999 ; Noble et al., 2002). Or, dans une approche configurationnelle, les organisations les plus performantes sont celles qui sont capables de former un tout cohérent avec, en particulier, une structure et des process alignés avec la posture stratégique (Brower et Rowe, 2017 ; Miles et Snow, 2003 ; Miller et Whitney, 1999). À titre d'illustration, Brower et Rowe (2017) mettent en exergue l'influence des orientations stratégiques sur les contours des politiques RSE mises en œuvre par les entreprises.

Une telle perspective invite, par conséquent, à une relecture plus fine de la culture du management positif de l'erreur, en identifiant des caractéristiques spécifiques à chaque situation. À cette fin, nous proposons de faire dialoguer deux champs théoriques qui s'ignorent jusqu'à présent dans la littérature, à savoir celui sur le management de l'innovation, d'une part, et celui sur les *high reliability organizations* (HROs), d'autre part. Chacun d'entre eux aborde, sans réellement l'approfondir, la question du droit à l'erreur. Or, les différences majeures entre ces deux perspectives ne semblent pas avoir été mises en évidence à ce jour. L'originalité de

notre approche consiste, dès lors, à prendre appui sur ces deux courants théoriques afin de mieux comprendre l'impact des orientations stratégiques sur le déploiement du droit à l'erreur.

## ***1.2. Proposition d'une sous-segmentation du droit à l'erreur***

La littérature organisationnelle fait apparaître deux types distincts d'orientations stratégiques, dans lesquels il est question implicitement de droit à l'erreur.

Tout d'abord, dans les entreprises cherchant à innover dans des contextes de forte incertitude, l'erreur à l'occasion d'un projet est perçue comme inévitable et est, à ce titre, tolérée, voire perçue positivement pourvu qu'elle soit analysée et interprétée (Edmondson et Nembhard, 2009 ; Fischer et al., 2018). En effet, *ex-ante*, il est impossible de définir une cible précise, de prévoir le chemin à emprunter pour l'atteindre avec certitude, ainsi que d'anticiper la nature des problèmes qui devront être inévitablement surmontés tout au long du processus (Loch et al., 2006). L'erreur est donc appréhendée comme un moyen d'itérer et d'opérer des ajustements dans une démarche de « *test and learn* », de « *learning journey* » ou de « *learning discovery* ». Prendre conscience – le plus tôt possible – des erreurs liées au lancement d'un nouveau produit/service est donc considéré comme salutaire pour l'organisation afin de corriger rapidement la trajectoire d'innovation et de pouvoir envisager, à terme, un succès commercial (Cooper, 2008 ; Edmondson et Nembhard, 2009 ; Eisenhardt et Tabrizi, 1995 ; Lynn et al., 1996 ; Van de Ven et al., 1999). L'existence d'un droit à l'erreur favorise alors l'exploration et l'expérimentation, et plus généralement les initiatives personnelles, au sein des organisations (van Dyck et al., 2005). Ainsi, comme le résumant les auteurs: « *An organization's innovativeness should be higher when people are confident they will not be blamed or ridiculed when errors occur* » (p. 1230).

Dans les organisations à haute fiabilité opérationnelle (HRO), l'apprentissage par essais-erreurs n'est clairement pas une option envisageable (Khorsandi et Aven, 2014 ; Weick, 1987), compte tenu des conséquences potentiellement dramatiques d'un événement indésirable (Lanaj et al., 2018 ; Provera et al., 2010 ; Roberts et al., 1994). Pour autant, il est également question de droit à l'erreur dans les centrales nucléaires, les compagnies aériennes ou les hôpitaux. En effet, même si l'accent mis sur la sécurité permet aux HROs de connaître des périodes extrêmement longues sans accident grave (Provera et al., 2010 ; Roberts, 1990), aucun système aussi complexe ne peut être parfait, si bien que des erreurs se produisent inévitablement (Frese et Keith, 2015 ; Goodman et al., 2011 ; O'Neil et Krane, 2012 ; Vogus et al., 2010). C'est ce que soulignent, par exemple, Kalra et al. (2013 : p. 1166) dans le secteur hospitalier : « *Errors are inherent to any medical process (...). Patients expect physicians to be perfect, which is an unrealistic expectation (...). Perfection is not attainable because humans are involved in health care delivery.* » Toutefois, en pratique, l'erreur humaine ponctuelle est souvent difficile à isoler de la défaillance du système organisationnel de management de la sécurité (ex. : absence de barrières permettant d'éviter qu'une erreur ait des conséquences néfastes)<sup>2</sup>, rendant *de facto* contre-productive toute politique de sanctions individuelles (Daniellou, 2017 ; Daniellou et al., 2010 ; Rocha, 2014). Dans les HROs, le fait de considérer qu'une erreur humaine est à l'origine d'un accident est d'ailleurs perçu comme un raccourci ne favorisant pas la prévention (Daniellou et al., 2010). Comme le résumant les auteurs (p. 61), « *focaliser l'analyse sur le dernier maillon de la chaîne ne permet pas de tirer les leçons de l'événement et de mettre en place les mesures de prévention susceptibles d'éviter son renouvellement.* » Selon la perspective HRO, des réponses non punitives aux erreurs individuelles constituent, au contraire,

---

<sup>2</sup> Plus encore, il ne faut pas perdre de vue que les individus sur le terrain sont, avant tout, un facteur de fiabilité : ils détectent et gèrent de nombreuses situations à risques, ils récupèrent de nombreuses erreurs, ils en tirent des leçons utiles pour faire face à des situations similaires à l'avenir, etc. (Daniellou et al., 2010).

l'un des piliers de la culture « *juste* »<sup>3</sup>, car les erreurs en question – aussi dramatiques soient-elles parfois – sont perçues comme des facteurs de progrès (en termes de sécurité) si des enseignements techniques et/ou organisationnels sont tirés de ces événements indésirables. L'objectif est ainsi que les individus impliqués dans des incidents (ou des presque-accidents) aient suffisamment confiance envers leur hiérarchie pour accepter de partager librement – c'est-à-dire en toute transparence – leurs informations sur les situations vécues afin d'éviter la reproduction des erreurs à l'avenir (Catino et Patriotta, 2013 ; Gautier, 2015 ; Morel, 2012 ; Weick, 1987). L'encouragement au signalement des erreurs individuelles (et des *near misses*) – en faisant disparaître la crainte de représailles – constitue donc un enjeu majeur pour les HROs afin d'améliorer leurs processus opérationnels à travers une analyse systémique de ce qui s'est passé, et non pas centrée sur la recherche d'éventuels coupables au sein de l'organisation (Dahlin et al., 2018 ; Edmondson, 1996 ; Haunschild et Sullivan, 2002 ; Provera et al., 2010 ; Rathert et Phillips, 2010 ; Zhao et Olivera, 2006). En tant qu'élément phare d'une culture de sécurité intégrée (Rocha, 2014), la tolérance à l'erreur apparaît finalement comme un moyen d'agir sur le *sensemaking* collectif des employés et de modifier leurs perceptions partagées quant aux conséquences de communiquer ouvertement en cas d'incident (Morrison et Milliken, 2000 ; Mulder et al., 2013).

On le voit, un même concept théorique – le droit à l'erreur – peut renvoyer, en pratique, à des orientations stratégiques (Brower et Rowe, 2017 ; Noble et al., 2002) très différentes au sein des organisations (encourager l'innovation *versus* améliorer la sécurité). Un tel constat suggère *a priori* une certaine variance dans le déploiement d'un management positif de l'erreur. Dans cette recherche, nous essayons, par conséquent, de valider l'hypothèse selon laquelle il y aurait – au moins – deux sous-catégories relevant du modèle de l'*error management culture* (Frese et Keith, 2015 ; Guchait et al., 2015, 2016 ; van Dyck et al., 2005), selon que le thème unificateur de l'organisation (Miller et Whitney, 1999) est centré sur l'innovation ou la sécurité. Plus encore, nous cherchons à comprendre comment de telles orientations stratégiques impactent la mise en œuvre concrète d'une politique de droit à l'erreur individuelle.

## 2. Méthodologie

### 2.1. Choix des terrains

Pour répondre à notre question de recherche, nous effectuons une comparaison inter-cas, en étudiant qualitativement deux organisations, qui ont chacune mis en place une politique de droit à l'erreur et relèvent des deux catégories distinguées *supra* (encouragement à l'innovation *versus* amélioration de la sécurité) :

- La Maif est une société d'assurance mutuelle française, qui compte environ 7.500 salariés et réalise un chiffre d'affaires d'environ 3,5 milliards d'euros. En janvier 2014, l'entreprise a introduit la « *tolérance à l'erreur* » dans son accord relatif à la qualité des conditions de vie au travail et à la prévention des risques psychosociaux. Dans ce document, le droit à l'erreur est rattaché explicitement à des enjeux en termes d'innovation, en rappelant le « *risque inhérent à toute initiative* ». De la même façon, le plan stratégique 2015-2018, baptisé « *L'audace de la confiance* » (cf. encadré 1), souligne que le droit à l'erreur encourage l'expérimentation des collaborateurs.

---

<sup>3</sup> Pour que la culture puisse être qualifiée de « *juste* » (*i.e.* ni punitive, ni laxiste), il faut une distinction claire, en amont, entre les comportements acceptables et ceux qui ne le sont pas (Gautier, 2015 ; Reason, 1997 ; Provera et al., 2010).

- 1- Être à l'avant-garde du métier d'assureur en s'adaptant à l'évolution des comportements de consommation ;
- 2- Lancer une dynamique d'innovation dans toute l'entreprise, en s'appuyant sur le principe d'expérimentation et son corollaire, le droit à l'erreur ;
- 3- Accorder sa confiance aux acteurs pour stimuler l'intelligence collective au bénéfice des projets d'entreprise comme du bien-être au travail ;
- 4- Entretenir une relation privilégiée avec les sociétaires en étant au plus près de leurs besoins afin de les fidéliser.

### **Encadré 1 – Les quatre orientations stratégiques interdépendantes de la Maif (2015-2018)**

- Le CHU-Pro est un établissement hospitalier, qui emploie plus de 14.000 personnes et compte environ 2.700 lits. Son projet d'établissement 2016-2020 détaille six orientations stratégiques, la première consistant à « *offrir au patient la meilleure prise en charge* ». Quatre programmes soutiennent, par ailleurs, la mise en œuvre du projet d'établissement. L'un d'entre eux est dédié à la qualité et à la gestion des risques. Son ambition est de « *poursuivre le déploiement d'un dispositif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins* ». Dans cette optique, la politique de droit à l'erreur a commencé, dès 2010, à travers l'instauration d'une charte de non-punition<sup>4</sup>. Celle-ci vise à encourager les agents à signaler les événements indésirables associés aux soins afin qu'ils puissent ensuite faire l'objet d'une analyse systémique approfondie dans une logique d'amélioration continue de la sécurité des soins. À la même époque, un logiciel (Kaliweb) a également été mis en place pour faciliter les déclarations à la Direction Qualité et Gestion des Risques.

Les deux cas étudiés correspondent donc à deux logiques dominantes distinctes (Mariadoss et al., 2014 ; Miller et Whitney, 1999) : d'un côté, la Maif cherche à optimiser la relation client (*via* des réponses innovantes), de l'autre, le CHU-Pro a pour objectif d'optimiser la sécurité patient (*via* une pratique réflexive collective). L'objectif d'une comparaison systématique entre ces deux cas consiste, dès lors, à faire émerger des points de convergence et de divergence dans la mise en œuvre du droit à l'erreur, selon les représentations respectives de cette démarche de part et d'autre. Nous présumons, à ce titre, que ces « *mondes de pensée* » (Bart, 2011 : p. 174) distincts traduisent les différences de contexte entre les deux organisations étudiées.

## **2.2. Collecte des données**

Les deux cas ont été étudiés de façon séquentielle et ont fait l'objet de publications distinctes (Cusin et Goujon-Belghit, 2019a, 2019b). Entre septembre 2016 et mai 2017, nous avons d'abord interrogé 28 collaborateurs de la Maif (14 personnes au sein du siège – DRH, directeur des activités de gestion des sinistres, responsable de l'observatoire du climat social et de la diversité, etc., et 14 personnes au sein du réseau – responsables de centres de gestion de sinistres, responsables d'équipes, conseillers, etc.). Ensuite, entre octobre 2018 et avril 2019, nous avons interrogé 26 personnes travaillant au sein du CHU-Pro (24 employés – Directeur de la qualité et de la gestion des risques, directeurs des soins, DRH, cadres de santé, médecins, infirmières, etc.), ou étant en contact étroit avec l'établissement hospitalier (1 personne de l'ARS et 1 personne de l'HAS). Dans les deux cas, il s'agissait d'entretiens semi-directifs d'une heure, en moyenne, structurés en trois axes : la démarche d'instauration du droit à l'erreur, les outils mobilisés en interne dans le cadre de cette politique de droit à l'erreur et la gestion des paradoxes liés à cette démarche (ex. : paradoxe de performance, paradoxe d'organisation)<sup>5</sup>. Dans un cas comme dans l'autre, les entretiens ont été arrêtés lorsque la saturation a été atteinte.

---

<sup>4</sup> Il s'agit de ne pas sanctionner les professionnels de santé qui signalent un événement indésirable associé aux soins dans lesquels ils sont impliqués ou qu'ils ont constaté. Ce principe de non-sanction ne s'applique pas en cas de manquement délibéré aux règles de sécurité (<https://www.reseau-chu.org>).

<sup>5</sup> La gestion des paradoxes est abordée dans les deux recherches citées *supra*, mais ne constitue pas le point d'entrée de cet article.

## 2.3. Analyse des données

Une fois retranscrits, ces 54 entretiens, au total, forment deux corpus de texte de 347 et 323 pages respectivement (après nettoyage des fichiers). Pour comparer ces deux corpus, nous avons utilisé le logiciel d'analyse lexicale Iramuteq (<http://iramuteq.org/>), qui repose sur le logiciel R et le langage python. Au-delà des statistiques textuelles usuelles (lexicométrie), nous avons également réalisé une analyse factorielle des correspondances (AFC), ainsi que des analyses de similitude (*i.e.* des études de co-occurrence entre les mots) et des nuages de mots (Baril et Garnier, 2015). Par ailleurs, nous avons mobilisé la méthode de classification descendante hiérarchique de Reinert (1983)<sup>6</sup>. Une telle approche, fondée sur des regroupements lexicaux, permet d'identifier ce que l'auteur appelle des « *indicateurs de contexte* » (p. 187). Ce faisant, nous avons fait émerger différentes classes de mots, sous forme de dendogrammes, pour chacun de nos deux corpus de texte. Les pourcentages associés représentent la quantité d'informations résumée pour chaque classe. Le Chi2 exprime, quant à lui, la force du lien entre un mot et une classe.

Mettre en évidence la régularité de l'usage de certains mots et la conjonction de leurs apparitions dans des portions similaires de texte permet finalement de faire émerger des « *mondes lexicaux* » (Bart, 2011 : p. 174), qui ne sont pas influencés par les préconceptions du chercheur (ex. : choix des unités d'analyse dans un codage manuel) et rendent compte objectivement des représentations sociales du droit à l'erreur dans les deux cas étudiés. La section suivante détaille, à ce titre, les similitudes et les contrastes entre la démarche de droit à l'erreur à la Maif et celle au CHU-Pro. Pour donner du sens à ce codage ascendant et éviter le sentiment d'une approche désincarnée, nous apportons toutefois quelques éclairages contextuels à travers des verbatim issus des analyses de contenu réalisées dans le cadre de nos deux premières recherches (Cusin et Goujon-Belghit, 2019a, 2019b). Ce codage descendant permet ainsi d'identifier, de façon plus précise, les principaux thèmes au cœur du management de l'erreur et de mettre l'accent sur les différences observées dans les deux terrains étudiés.

## 3. Résultats

### 3.1. Analyse lexicométrique, nuages de mots et AFC

Tout d'abord, nous avons réalisé une analyse lexicométrique des deux corpus de texte afin de faire apparaître la liste des mots par fréquence décroissante. Dans le tableau 1, ci-dessous, nous faisons apparaître les mots les plus significatifs (parmi ceux cités au moins 50 fois), en les rapprochant par thèmes pour une meilleure lisibilité. Pour chaque cas étudié, la nature et l'occurrence des mots dans chaque thème ainsi que le poids respectif desdits thèmes (ex. : nombre de mots rattachés) permet de faire apparaître quelques premières différences intéressantes.

---

<sup>6</sup> « La classification hiérarchique consiste à effectuer une suite de regroupements en classes de moins en moins fines en agrégeant à chaque étape les objets ou les groupes d'objets les plus proches. Le nombre d'objets n'est pas fixé a priori mais, sera fixé a posteriori. Elle fournit ainsi un ensemble de partitions de l'ensemble d'objets (...). Les algorithmes divisifs [méthodes descendantes, NDLR] commencent par former une seule classe qui englobe tous les objets. Par la suite, ils choisissent une classe de la partition en cours selon un premier critère local. Ils procèdent ensuite à une bipartition successive selon un deuxième critère local des classes choisies. Cette bipartition continue jusqu'à ce que toutes les entités soient affectées à différentes classes. » (Benabbou et al., 2004 : pp. 3-4).

Maif	CHU
<b>ERREUR ET DROIT À L'ERREUR</b> : erreur** (2314 fois – mot n°1), droit** (554), tolérance** (288), tromper* (243), culture* (198), accepter* (137), problème (109), sinistre (98), responsable (88), tolérer (77), etc.	<b>ERREUR ET DROIT À L'ERREUR</b> : erreur (1698 fois – mot n°1), événement** (462), droit (313), indésirable* (190), problème (150), faute (133), punition* (117), sanction (104), culture (94), responsabilité (78), incident (74), tromper (68), etc.
<b>DEGRÉ DE GRAVITÉ</b> : grave (88), etc.	<b>DEGRE DE GRAVITE</b> : grave* (258), risque (195), conséquence (132), vivre (78), décès (63), victime (54), etc.
<b>NATURE DU METIER</b> : dossier* (198), technique* (139), gestion (83), gérer (74), pratique (74), assurer (69), contrat (68), compliqué (68), difficile (66), difficulté (64), etc.	<b>NATURE DU METIER</b> : soin** (245), santé (167), pratique (166), médicament* (112), compliqué (97), difficile (94), dossier (88), gestion (81), prescription (69), gérer (65), urgence (59), traitement (58), difficulté (57), etc.
<b>PARTIES PRENANTES INTERNES</b> : manager** (810), collaborateur** (336), collègue (274), management* (216), équipe (216), direction (187), gestionnaire* (183), cadre (156), salarié (77), service (84), interne (63), siège (62), etc.	<b>PARTIES PRENANTES INTERNES</b> : service** (557), agent** (343), professionnel** (343), cadre* (329), médecin** (321), infirmier** (237), collègue (219), soignant* (167), équipe (161), interne (160), direction (127), encadrement (84), personnel (81), directeur (66), hiérarchie (56), etc.
<b>PARTIES PRENANTES EXTERNES</b> : sociétaire** (295), etc.	<b>PARTIES PRENANTES EXTERNES</b> : patient** (658), famille** (359), ARS* (176), politique* (173), affaire* (125), juridique (111), externe (87), public (74), plaignre (60), pénal (50), enfant (56), etc.
<b>DEPLOIEMENT</b> : confiance** (447), outil (170), formation (145), accompagnement (127), plan (121), accompagner (110), changer (110), accord (105), repère* (103), posture (100), communication (83), discours (79), RH (74), démarche (68), compétence (64), vision (55), etc.	<b>DEPLOIEMENT</b> : charte* (153), accord (129), formation (126), accompagner (118), démarche (115), outil (113), communication (86), confiance (70), communiquer (66), changer (78), frein (59), accompagnement (58), etc.
<b>MANAGEMENT DE LA PERFORMANCE</b> : objectif** (327), performance** (321), entretien* (154), contrôle (106), process (103), qualité (86), résultat (74), échec (71), évaluation (64), indicateur (60), règle (55), commercial (51), etc.	<b>MANAGEMENT DE LA PERFORMANCE</b> : qualité (143), sécurité (114), procédure (73), vérifier (55), etc.
<b>APPRENTISSAGE</b> : comprendre (145), partager* (139), connaître (122), expérience (115), expliquer (87), réunion (81), apprendre (79), retour (62), information (58), échange (65), améliorer (55), chercher (52), etc.	<b>APPRENTISSAGE</b> : comprendre (233), analyse* (191), expliquer (141), connaître (129), RMM* (110), retour (108), information (108), expérience (104), document (92), discuter (85), analyser (79), améliorer (76), cause (75), chercher (70), connaissances (69), amélioration (63), CREX (62), écrire (59), informer (59), réunion (53), système (53), apprendre (50), etc.
<b>INNOVATION</b> : essayer (185), idée (154), initiative* (132), risque (120), projet (95), oser (70), créer (69), expérimentation (67), innovation (61), audace (59), autonomie (56), etc.	<b>INNOVATION</b> : essayer (179), idée (108), etc.
<b>EMOTIONS</b> : sentiment (83), peur (81), ressenti (67), etc.	<b>EMOTIONS</b> : peur (110), sentiment (83), psychologue (60), etc.
<b>SIGNALEMENT</b> : évoquer (86), etc.	<b>SIGNALEMENT</b> : déclarer** (276), déclaration** (246), signalement** (232), signaler* (116), évoquer (84), transparence (64), Kaliweb (62), remonter (66), cacher (60), etc.

**Tableau 1 : Analyse lexicométrique comparative des deux cas**

\*\* Différentiel supérieur ou égal à 200 mots.

\* Différentiel compris entre 100 et 199 mots.

Sur la base de la liste de mots significatifs identifiés dans le tableau 1, nous avons réalisé des nuages de mots pour chaque corpus de texte, en ne retenant que les termes cités au moins 100 fois dans l'un et/ou l'autre des cas (cf. figure 1). La taille des mots est proportionnelle à leur fréquence, sachant que les mots les plus cités sont placés au centre (Baril et Garnier, 2015). Une lecture synoptique permet ainsi de se rendre compte que, pour un même mot central (en l'occurrence, « erreur »), les autres mots les plus souvent cités peuvent largement différer d'un corpus à l'autre, suggérant ainsi des approches différentes du management positif de l'erreur.

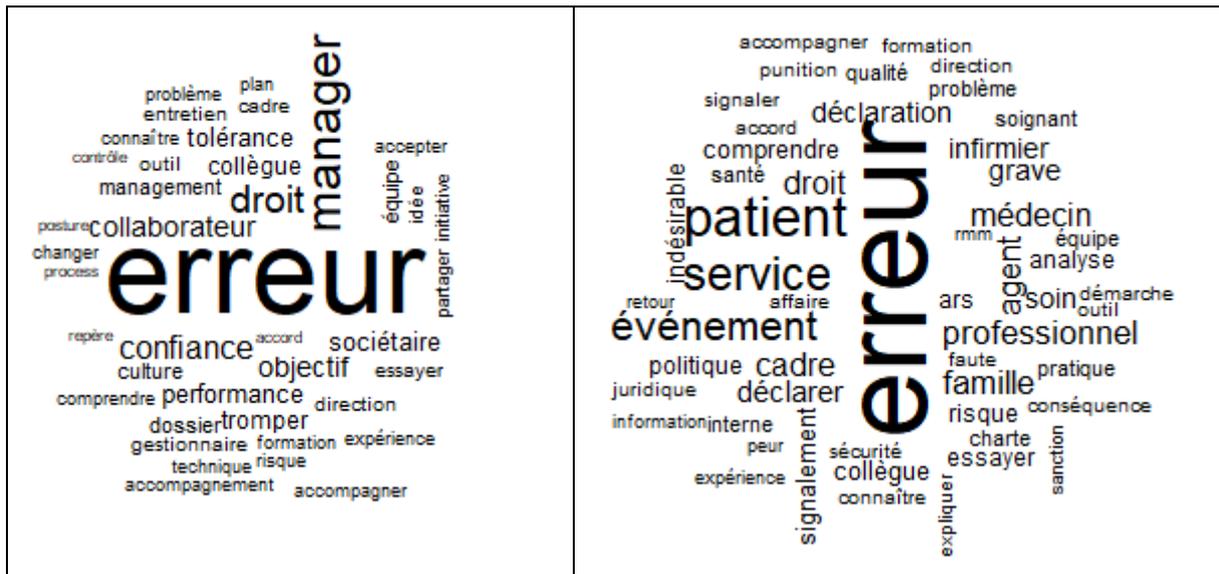


Figure 1 : Nuages de mots pour la Maif et le CHU

Une AFC, selon la loi hypergéométrique, réalisée à partir des deux corpus de texte agrégés, nous a ensuite permis de confirmer l’existence de mots spécifiques pour chaque modalité (en l’occurrence, Maif ou CHU). Ainsi, dans le tableau 2, ci-dessous, plus la valeur est élevée (en valeur absolue), plus le mot est spécifique de la modalité. Le signe + signifie que le mot est plus cité dans ce corpus que dans l’autre, le signe – signifie que le mot est moins cité dans ce corpus que dans l’autre (Baril et Garnier, 2015).

Mot	Maif	CHU	Mot	Maif	CHU
Patient (n1)	- 201,7535	201,7535	Manager (u1)	179,3625	- 179,3625
Événement (c1)	- 143,039	143,039	Sociétaire (n3)	85,81115	- 85,81115
Famille (n2)	- 99,7246	99,7246	Tolérance (k1)	76,5408	- 76,5408
Déclarer (w1)	- 86,4899	86,4899	Performance (t1)	75,5944	- 75,5944
Signalement (w2)	- 73,2452	73,2452	Confiance (q)	60,2576	- 60,2576
Indésirable (c2)	- 71,781	71,781	Objectif (v1)	55,1147	- 55,1147
ARS (o1)	- 57,3446	57,3446	Management (u2)	31,8515	- 31,8515
Déclaration (w3)	- 44,2854	44,2854	Sinistre (j1)	28,4978	- 28,4978
Charte (m)	- 40,2339	40,2339	Initiative (s1)	27,4881	- 27,4881
Analyse (x1)	- 35,2523	35,2523	Repère (v2)	26,829	- 26,829
Punition (l)	- 34,6749	34,6749	Tromper (b1)	22,0298	- 22,0298
Médicament (i1)	- 33,751	33,751	Entretien (v3)	20,0771	- 20,0771
RMM (z1)	- 32,5195	32,5195	Echec (s2)	19,0934	- 19,0934
Signaler (w4)	- 30,6789	30,6789	Audace (s3)	17,1558	- 17,1558
Affaire (p1)	- 24,4724	24,4724	Oser (s4)	16,476	- 16,476
Grave (a)	- 24,359	24,359	Tolérer (k2)	15,6465	- 15,6465
Incident (d)	- 21,4684	21,4684	Process (j2)	15,4304	- 15,4304
Sécurité (y)	- 20,3048	20,3048	Innovation (s5)	15,055	- 15,055
Kaliweb (w5)	- 19,3187	19,3187	Autonomie (r1)	14,8311	- 14,8311
Juridique (p2)	- 19,265	19,265	Commercial (v4)	14,8294	- 14,8294
Prescription (i2)	- 18,9739	18,9739	Contrat (j3)	14,1201	- 14,1201
Psychologue (g)	- 17,941	17,941	Expérimentation(s6)	13,8596	- 13,8596
Décès (e)	- 17,1792	17,1792	Erreur (b2)	13,1307	- 13,1307
Victime (f)	- 17,1374	17,1374	Célébrer (h)	12,7938	- 12,7938
CREX (z2)	- 15,5307	15,5307	Triptyque (t2)	12,0052	- 12,0052
HAS (o2)	- 14,9561	14,9561	Marge (v5)	11,7922	- 11,7922
Urgence (i3)	- 14,6574	14,6574	Contrôle (j4)	11,4137	- 11,4137
Potassium (i4)	- 14,6445	14,6445	Projet (s7)	10,422	- 10,422
Pénal (p3)	- 14,4577	14,4577	Expérimenter (s8)	10,3184	- 10,3184
Analyser (x2)	- 13,9039	13,9039	Libérer (r2)	9,7512	- 9,7512

**Tableau 2 : Sélection de 30 mots significatifs par modalité après AFC<sup>7</sup>**

Les tableaux 1 et 2 font finalement apparaître quelques premiers résultats intéressants :

- Le degré de gravité de l'erreur ressort comme un élément de différence majeur entre la Maif et le CHU (a). D'ailleurs, le terme d'erreur – ou « *se tromper* » – (b) est plus volontiers utilisé au sein de l'assureur (ex. : commettre une erreur dans l'enregistrement d'un sinistre, se tromper sur un règlement, appliquer un process erroné, donner un mauvais renseignement à un sociétaire, imaginer une réponse innovante aux besoins du sociétaire qui se révèle finalement inadaptée). En effet, au CHU, il est souvent question d'événement indésirable (c)<sup>8</sup> ou d'incident (d) (lié aux médicaments, à la transfusion, à la perfusion, à l'identification du patient, à l'alimentation, à la contention, etc.), dont les conséquences sont parfois dramatiques. Cela se

<sup>7</sup> Les différents codes (a, b, c...) permettent de faire des renvois au tableau dans le texte ci-dessous.

<sup>8</sup> Dans 95,8% des cas (182 fois sur 190), l'adjectif « *indésirable* » est associé au mot « *événement* » au CHU.

manifeste notamment à travers des mots tels que décès (e) ou victime (f). Dès lors, la dimension émotionnelle des erreurs est beaucoup plus aigüe au CHU, où les agents sont accompagnés par des psychologues (g). Sur ce point, il convient de préciser qu'au CHU, dans 59,3% des cas (32 fois sur 54), le mot « *victime* » est associé à « *seconde* » ou « *deuxième* » (seconde victime/deuxième victime), illustrant le fait qu'un professionnel de santé peut être marqué psychologiquement par le dommage qu'il a causé au patient. Dès lors, ce mot aurait pu tout aussi bien être classé dans la catégorie « *émotions* » dans le tableau 1.

« *Il y a le patient qui est vraiment la première victime (...). Mais c'est aussi un véritable séisme pour les professionnels quand ça s'est mal passé, quand il y a des conséquences d'erreur dramatiques. Donc on essaye de travailler sur comment accompagner ces professionnels à dépasser ça et à reconstruire derrière un événement souvent dramatique.* » (Médecin CHU)

À l'inverse, à la Maif la direction envisage de célébrer les erreurs, sans forcément y parvenir à ce jour (h). Dans la même veine, l'analyse lexicométrique suggère aussi une différence de complexité dans la nature du métier, à travers des mots tels que prescription, médicament, urgence ou potassium (i), dans le cas du CHU, par opposition à process, contrôle, contrat ou sinistre, dans le cas de la Maif (j).

« *Le droit à l'erreur nécessite aussi de célébrer ces moments-là. C'est-à-dire qu'on ne cache pas. On dit : "Tiens, t'as fait un truc qui n'a pas marché, explique-nous pourquoi ! C'est intéressant, qu'est-ce que t'en as appris ?" (...). Célébrer les erreurs, c'est une maturité qu'on n'a pas encore (...). On n'est pas complètement à l'américaine, dans laquelle on fait des célébrations cathédrales là-dessus : on fait une scène, on chante l'erreur, etc. On n'en est pas là du tout ! (...). Je crois que ça fait partie des points culturels sur lesquels il faut évoluer.* » (DRH Maif)

- En outre, à la Maif, le droit à l'erreur est assimilable à une forme de tolérance vis-à-vis des collaborateurs, alors que ce vocable est très peu présent au CHU (de même que le verbe tolérer) (k). En effet, l'établissement hospitalier insiste davantage sur l'importance de la non-punition (l), *via* la signature d'une charte (m). On note également qu'au CHU le poids des parties prenantes externes est bien plus significatif qu'à la Maif (en dehors de l'opposition naturelle entre, d'un côté, le sociétaire et, de l'autre, le patient et sa famille (n), selon le cas). Cela tient à l'obligation du CHU de rendre des comptes à l'ARS et à l'HAS (o), voire au risque juridique (notamment pénal) d'une affaire ayant entraîné des préjudices importants pour la victime de l'erreur (p).

- Enfin, il apparaît qu'à la Maif le droit à l'erreur s'inscrit dans une logique de management par la confiance (q) et de libération (r). En donnant plus d'autonomie (r) à ses collaborateurs, la Maif vise à encourager l'expérimentation (ex. : audace, initiatives, innovation, oser, projet) (s) à des fins de performance économique et/ou sociale pour l'entreprise, conformément au triptyque que l'entreprise affiche dans son plan stratégique : satisfaction des sociétaires, performance de l'entreprise et épanouissement des acteurs (t). Elle accepte, à ce titre, le risque d'échec (s).

« *Plus on va autoriser un certain droit à l'erreur auprès de nos salariés, plus ils vont oser innover, parce qu'ils n'auront pas la peur de se tromper. Et plus ils vont innover, plus ils vont aider la Maif à passer ces 10-20 ans qui viennent pendant lesquelles il va y avoir de forts changements.* » (Responsable Centre de gestion des sinistres Maif)

Dans cette perspective, le rôle des managers (u) – à travers la définition d'objectifs commerciaux, la réalisation d'entretiens, le calcul des marges (v) – apparaît crucial au sein de la société d'assurance mutuelle. À cette fin, ils s'appuient sur les repères du plan d'accompagnement managérial (v). À l'inverse, au CHU, le droit à l'erreur vise principalement à favoriser le signalement (ou la déclaration) des agents (*via* le logiciel Kaliweb) (w), qui est un terme quasiment absent des entretiens réalisés à la Maif (de même que le verbe signaler). Si les deux organisations insistent, en revanche, sur les opportunités d'apprentissage (le terme « *apprendre* » étant cité dans des proportions analogues dans les deux corpus) (cf. tableau 1),

on peut noter que l'accent mis sur l'analyse approfondie des erreurs (x), en vue d'améliorer la sécurité des soins (y), est beaucoup plus important au CHU, notamment à travers des outils formels tels que les RMM ou les CREX, qui ont vocation à laisser des traces écrites<sup>9</sup> (z).

« En travaillant sur le droit à l'erreur, on permet aux pratiques de s'améliorer, puisqu'on incite au signalement sans le stigmatiser (...). On a vraiment une amélioration en termes de sécurisation des soins apportés aux patients. » (Psychologue en santé au travail CHU)

### 3.2. Analyse de similitudes

Nous avons également réalisé une analyse des cooccurrences, présentée sous formes de graphiques de mots associés. Pour plus de clarté, nous nous sommes limités aux mots les plus significatifs des deux corpus, cités au moins 100 fois (cf. tableau 1). Dans les figures 1 et 2, ci-dessous, les liens entre deux mots représentent les cooccurrences. Par ailleurs, plus la taille des mots est grande, plus ils sont fréquents dans le corpus analysé. Enfin, plus les liens entre les mots sont épais, plus ces derniers sont cooccurents (Baril et Garnier, 2015).

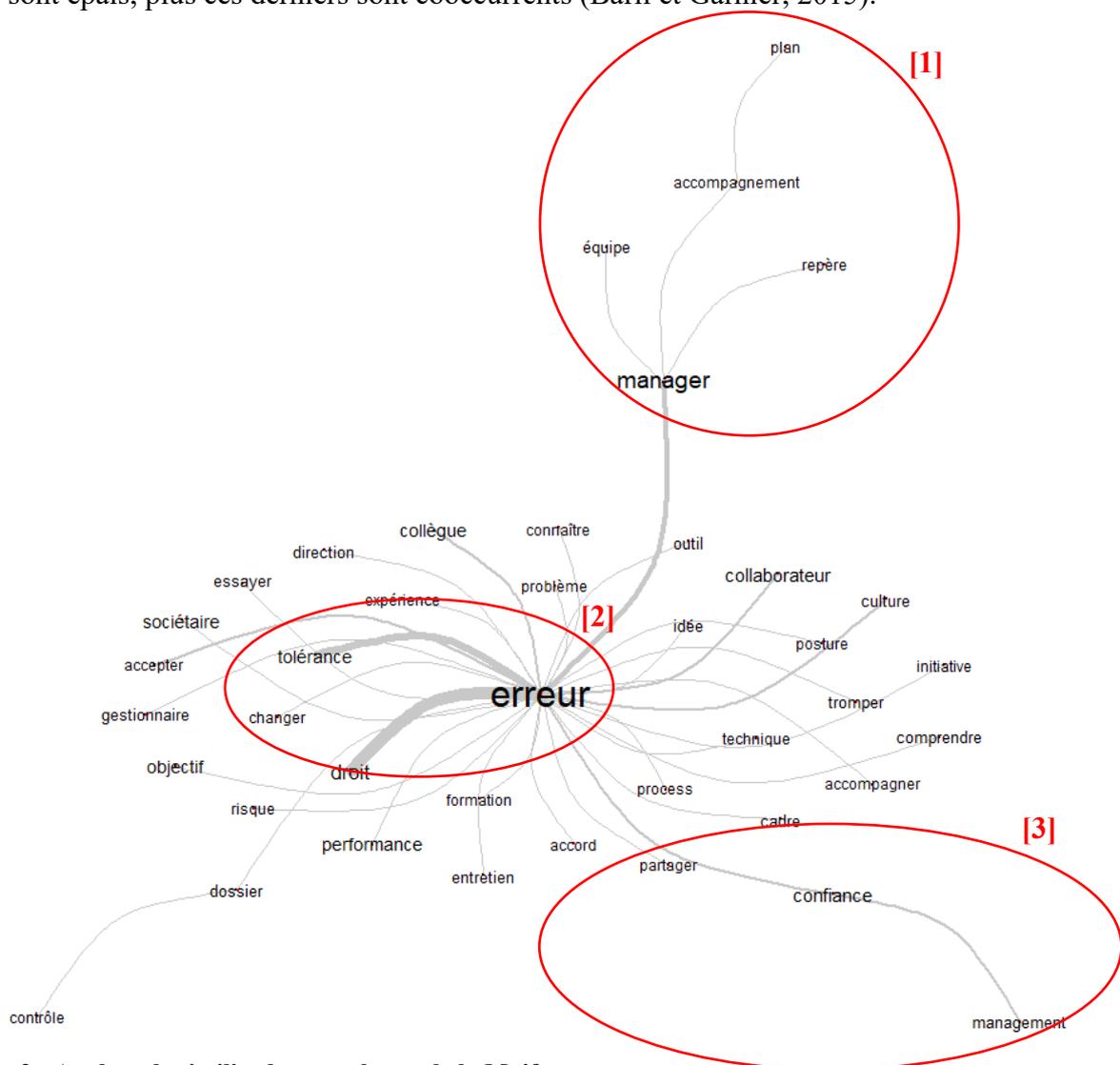


Figure 2 : Analyse de similitudes pour le cas de la Maif

<sup>9</sup> A l'inverse, pour reprendre les propos d'un responsable de laboratoire d'expérimentation, le retour d'expérience « *reste assez informel* » à la Maif. A cet égard, l'AFC fait ressortir que le mot « *document* » est beaucoup plus souvent utilisé au CHU qu'à la Maif (+/- 13, 4862).



**Figure 3 : Analyse de similitudes pour le cas du CHU**

Les deux figures, ci-dessus, permettent de confirmer l'existence de deux cultures différentes en matière de gestion de l'erreur, quand bien même les deux organisations adoptent un management positif de l'erreur. Ainsi, à la Maïf, le droit à l'erreur relève du management par la confiance, en écho au plan stratégique 2015-2018 [3].

*« Je vois un changement en termes de type de management. Avec un management un peu plus libéré, une posture beaucoup plus en écoute. Je suis facilitateur du travail de mes collaborateurs. Si jamais ils ont un souci, je suis là pour résoudre leurs problèmes et leur permettre de bien travailler. Il y a eu cette rupture-là et c'est bien entré dans la tête de beaucoup de managers. »* (Responsable Centre de gestion des sinistres Maïf)

Au CHU, en revanche, il relève d'une culture de la sécurité/qualité des soins. À ce titre, on retrouve clairement ici l'accent mis, lors des entretiens au CHU, sur l'importance du signalement, puis de l'analyse en cas d'événement indésirable grave [6].

*« Je pense que cette culture de l'analyse d'événements indésirables est vraiment ancrée (...). En interne, les professionnels de santé ont bien compris que plus un établissement signale en interne et plus il déclare en externe, plus ça veut dire que le niveau de sécurité, au final, est élevé. Voilà, on ne cache pas les choses. On les analyse, on fait du retour d'expérience. »* (Directrice de la qualité et de la gestion des risques CHU)

L'analyse comparée des cooccurrences permet, en outre, de mettre en exergue le poids respectif des parties prenantes internes et externes. À la Maïf, le point saillant est le nécessaire

accompagnement des managers de proximité afin de décliner la nouvelle politique de droit à l'erreur dans toutes les entités de la société. L'enjeu ici étant de leur donner de nouveaux repères pour agir efficacement dans le cadre de la transformation culturelle engagée [1].

*« Il y a huit repères qui ont été définis. Ça, c'est un outil managérial qui existe : huit repères permettant de définir ce qu'est la posture d'un manager par la confiance (...). Et nous avons proposé à l'ensemble de nos managers de s'auto-positionner par rapport à ces huit repères. Ensuite, nous leur avons recommandé de le faire par l'effet miroir de leurs pairs et de leurs collaborateurs et de restituer tout ça (...). De façon à ce qu'ils puissent identifier les endroits où ils sont un peu en difficulté et construire le plan d'accompagnement qui va les aider à progresser sur ces points (...). Dans l'un des huit repères figure cette logique de bienveillance et de droit à l'erreur. »*  
(Directeur des activités de gestion des sinistres Maif)

En effet, la tolérance à l'erreur revient à changer profondément les représentations individuelles au sein de l'entreprise [2]. Au CHU, en revanche, l'élément clef ressortant de l'analyse du corpus de texte est la gestion de la relation avec le patient et/ou sa famille, à qui il va falloir expliquer ce qui s'est passé en toute transparence [5]. En définitive, l'analyse des entretiens réalisés au CHU souligne l'existence de deux enjeux bien distincts, pris en main par des services dédiés : d'un côté, les RMM (coordonnées par la Direction Qualité et Gestion des Risques) et, de l'autre, l'éventuelle judiciarisation de l'affaire (gérée par la Direction des Affaires Juridiques et Éthiques) [4].

*« Il y a le diagnostic de [la DQGR - Direction de la Qualité et de la Gestion des Risques] (pour voir) comment améliorer et sécuriser (suite à l'événement indésirable) (...). Et il y a un service qui s'occupe de tous les aspects juridiques ou assurantiels [la DAJE - Direction des Affaires Juridiques et Éthiques]. Eux, n'ont pas accès aux dossiers, ils ne sont pas dans la démarche de gestion des risques. Ils ont des interlocuteurs bien précis, que sont les avocats, la famille, l'assureur, etc., et ils répondent à une demande précise. »* (Médecin CHU)

### **3.3. Classification hiérarchique descendante**

Les tableaux 3 et 4, ci-dessous, présentent la classification hiérarchique descendante dans les cas respectivement de la Maif et du CHU. Une telle analyse permet ainsi de faire apparaître des spécificités dans le management positif de l'erreur selon les contextes organisationnels :

- À la Maif, la culture du droit à l'erreur est indissociable du management par la confiance. L'objectif premier est ainsi de libérer les collaborateurs sur le terrain afin de les encourager à prendre des initiatives et à faire preuve d'audace (classe 2). Une telle démarche suppose, non seulement, de s'entendre sur ce qui est tolérable ou non (classe 1) – selon la bonne foi du collaborateur, sa propension à ne pas répéter les erreurs, ou encore le niveau de gravité de l'événement – mais aussi de mettre l'accent sur l'accompagnement des managers *via* des outils (formations, coaching, ateliers, repères, etc.) qui sont chargés de mettre en œuvre cette nouvelle culture au plan opérationnel (classe 3). La finalité ultime de la politique du droit à l'erreur est de contribuer à l'amélioration de la satisfaction des clients au plan commercial, à travers une meilleure gestion des dossiers de sinistres (classe 4).

- Au CHU, le droit à l'erreur renvoie plutôt à une culture de la sécurité imposée par l'ARS et l'HAS. Le principal enjeu de la charte de non-punition est alors d'encourager le signalement des événements indésirables sur le logiciel Kaliweb afin de favoriser une amélioration continue, *via* des analyses approfondies (ex. : CREX). Les outils créés servent, avant tout, une logique d'apprentissage organisationnel à travers la déclaration et l'analyse des causes (classe 3). Les erreurs commises sont directement liées à la complexité du soin dans le milieu hospitalier. En particulier, il y a un risque élevé d'erreur au niveau de la prescription ou de l'administration des médicaments (ex. : voie, dose, débit) (classe 4). De ce fait, le personnel soignant a conscience que de telles situations font malheureusement partie des choses susceptibles d'arriver au cours d'une carrière, au point d'ailleurs d'en avoir peur au quotidien (classe 2). Au CHU, les événements indésirables apparaissent d'autant plus sensibles qu'ils peuvent potentiellement donner lieu à des plaintes, au plan juridique, de la part des familles de victimes, si celles-ci

considèrent qu'une faute a été commise et que le préjudice subi doit faire l'objet d'une réparation (classe 1).





**Tableau 4 : Classification hiérarchique descendante dans le cas du CHU**

## 4. Discussion

Notre étude permet finalement de compléter les travaux sur la culture du management positif de l'erreur (Dimitrova et al., 2017 ; Guchait et al., 2015, 2016 ; van Dyck et al., 2005), en montrant qu'en pratique le droit à l'erreur peut prendre des formes très variées selon le contexte organisationnel dans lequel il est déployé. En l'occurrence, nous identifions ici deux approches dissemblables de la tolérance à l'erreur, selon que la stratégie de l'entreprise est orientée vers l'innovation, à travers une approche essais-erreurs (Edmondson et Nembhard, 2009 ; Eisenhardt et Tabrizi, 1995), ou vers la recherche de très haute fiabilité opérationnelle (Weick, 1987 ; Vogus et al., 2010). Nous caractérisons ainsi ce qui change entre les deux organisations étudiées du fait de leurs orientations stratégiques respectives (Brower et Rowe, 2017 ; Noble et al., 2002), en détaillant les mécanismes concrets de mise en œuvre de la politique de droit à l'erreur individuelle.

Notre article décline, en fait, le principe de cohérence interne (Mintzberg, 1982) dans le cas spécifique de la mise en œuvre d'une politique de droit à l'erreur. En effet, à l'issue de cette recherche, nous sommes en mesure d'identifier des facteurs de contingence et des paramètres de conception distincts selon l'orientation stratégique de l'organisation. L'efficacité du déploiement d'un droit à l'erreur individuelle dépend alors de la cohérence entre les facteurs de contingence (stratégie, système technique, besoin des membres...) et les paramètres de conception (socialisation, formalisation des comportements, mécanismes de liaison...), qui s'articulent autour d'un thème unificateur (Miller et Whitney, 1999), tel que l'innovation ou la sécurité dans les deux cas étudiés ici. En ce sens, notre article suggère que le droit à l'erreur n'est pas performatif. Le proclamer au niveau de la direction générale ne peut produire des effets vertueux que si cette politique de tolérance à l'erreur trouve écho dans une configuration organisationnelle adaptée à sa mise en œuvre.

Le tableau 5, ci-dessous, permet ainsi de résumer les principales caractéristiques de ces deux modèles, telles qu'elles ressortent de notre recherche qualitative<sup>13</sup>.

	<b>APPROCHE TEST &amp; LEARN (MAIF)</b>	<b>APPROCHE HRO (CHU)</b>
<b>FACTEURS DE CONTINGENCE LIÉS AU DROIT À L'ERREUR</b>		
Orientation stratégique liée au droit à l'erreur	La tolérance à l'erreur vise à encourager l'expérimentation/la prise d'initiatives afin d'améliorer la satisfaction des clients (optimisation de la relation client).	La non-punition des erreurs vise à renforcer la qualité/sécurité des soins aux patients, en encourageant le signalement qui rend possible l'apprentissage <i>via</i> une analyse collective approfondie (optimisation de la sécurité patient).
Sophistication du système technique et risque d'erreur	- Le métier de conseiller consiste à gérer des contrats et des dossiers de sinistres avec un risque d'erreur limité (process largement définis). - Le personnel a conscience que le risque d'erreur existe malgré tout. Pour autant, ce n'est pas du tout un sujet d'inquiétude au quotidien.	- Le métier de soignant est extrêmement complexe (ex. : gestion de situations d'urgence) et le risque d'erreur est omniprésent. - Le personnel a conscience que le risque d'erreur est très élevé. C'est une source d'inquiétude importante au quotidien.

<sup>13</sup> En pratique, après avoir fait émerger toutes les différences entre les deux cas étudiés à travers notre analyse lexicale, complétée par une analyse de contenu, nous les avons structurées conformément à la grille de lecture de Mintzberg (1982), selon un codage de type descendant.

Criticité des erreurs	Les erreurs sont le plus souvent mineures.	Les erreurs sont parfois dramatiques (ex. : décès), voire sont des fautes pénales.
Besoins psychologiques des membres de l'organisation suite aux erreurs	Les erreurs sont parfois mal vécues par les collaborateurs, mais ne sont que très rarement traumatisantes.	En cas d'erreur, les agents sont considérés comme des « <i>secondes victimes</i> » et sont accompagnés par des psychologues du travail.
<b>PARAMÈTRES DE CONCEPTION DU DROIT À L'ERREUR INDIVIDUELLE</b>		
Socialisation par la narration autour des erreurs	La direction cherche à dédramatiser les erreurs et souhaiterait même les « célébrer » (sans succès toutefois).	Le terme d'événement indésirable est souvent utilisé au détriment de celui d'erreur médicale, beaucoup plus sensible.
Formalisation des comportements d'apprentissage liés aux erreurs	L'apprentissage est très informel. Il se fait essentiellement à l'échelle de l'individu ayant commis l'erreur, en concertation avec son manager-coach. Il y a assez peu de partage collectif des erreurs.	L'apprentissage collectif est la priorité de la démarche à travers une analyse systémique approfondie des causes <i>via</i> des outils formels. Les leçons de l'erreur donnent lieu à une amélioration des pratiques dans tous les services.
Outils de gestion propres à la démarche de droit à l'erreur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La transformation culturelle est accompagnée à travers des outils RH à destination des managers (ex. : formation, ateliers, coaching, outil de feedback à 360° à travers les huit repères du management), mais une grande liberté leur est laissée pour mettre en œuvre la politique de droit à l'erreur sur le terrain, en cohérence avec la politique de management par la confiance.</li> <li>- Les outils créés par l'organisation ne sont pas dédiés spécifiquement à la gestion des erreurs en tant que telles. Le droit à l'erreur individuelle est simplement l'une des dimensions abordées par ces différents outils.</li> </ul>	<p>L'accent est mis sur le formalisme et l'uniformisation des process (ex. : charte de non-punition, arbre de décision pour catégoriser les erreurs, logiciel de signalement, RMM, CREX). En particulier, toutes les phases amont du processus d'apprentissage par l'erreur s'accompagnent d'un outil spécifique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la charte de non-punition et le logiciel Kaliweb pour encourager et faciliter le signalement des erreurs ;</li> <li>- les dispositifs de retour d'expérience pour favoriser une pratique réflexive collective ;</li> <li>- l'élaboration de documents écrits pour permettre la diffusion des « leçons à retenir » (y compris en externe auprès de l'ARS), etc.</li> </ul>
Mécanismes de liaison avec les parties prenantes clefs dans le déploiement du droit à l'erreur	Les managers jouent un rôle majeur dans la transformation culturelle impulsée par la direction et sont chargés de porter le sens de la démarche auprès des collaborateurs, au sein des agences.	La démarche fait écho à des injonctions institutionnelles (ex. : ARS, HAS, droit de la santé). L'établissement doit aussi créer une relation de confiance avec les familles pour limiter les risques de judiciarisation.
Unités saillantes dans le déploiement du droit à l'erreur	Le service RH pilote la démarche de droit à l'erreur à travers une cellule dédiée, chargée d'accompagner les managers, qui incarnent concrètement le dispositif sur le terrain.	La Direction Qualité et Gestion des Risques coordonne le retour d'expérience. La Direction des Affaires Juridiques et Éthiques gère les dossiers faisant l'objet de plaintes.

**Tableau 5 : Adéquation entre les facteurs de contingence et les paramètres de conception dans la mise en œuvre du droit à l'erreur**

En définitive, notre article montre les limites d'une approche globalisante du droit à l'erreur, réduisant simplement cette démarche à la création d'une atmosphère de sécurité psychologique

(Edmondson, 1999 ; Rathert et Phillips, 2010) pour favoriser l'apprentissage *via* une communication plus ouverte (Bauer et Mulder, 2013). En effet, une telle approche ne permet pas d'intégrer à la réflexion le contexte organisationnel dans lequel une telle politique a émergé. En effet, en pratique, les modalités d'application du droit à l'erreur peuvent se révéler très différentes, malgré une volonté commune d'encourager l'apprentissage individuel et/ou organisationnel (Senge, 1991). L'idée implicite de la littérature en organisation et en psychologie, selon laquelle les organisations relevant de l'approche *error management culture* (Frese et Keith, 2015 ; Guchait et al., 2015, 2016 ; van Dyck et al., 2005) formeraient une catégorie une et indivisible, est donc quelque peu battue en brèche dans cette recherche. Nous avons effectivement identifié ici (au moins) deux sous-catégories, qui révèlent des caractéristiques très différentes en termes d'opérationnalisation de la politique de droit à l'erreur. En ce sens, notre principale contribution est de dépasser une lecture idéale-typique du droit à l'erreur, celui-ci pouvant tout aussi bien renvoyer à une volonté de maîtriser le risque *via* des outils centrés sur la gestion de l'erreur en tant que telle (modèle haute fiabilité opérationnelle) ou, à l'inverse, à un souhait d'inciter la prise de risque à travers des outils d'accompagnement de ceux qui sont chargés de dédramatiser l'erreur au quotidien (modèle *test and learn*). En d'autres termes, le danger pour l'organisation est, dans un cas, de perpétrer trop souvent des erreurs (notamment des erreurs graves) par défaut d'apprentissage à partir des incidents passés et, dans l'autre cas, de ne jamais en commettre par manque d'innovation car cela limiterait l'apprentissage itératif. Le lien entre le droit à l'erreur et la performance – exprimée, dans un cas, en termes d'innovation et, dans l'autre, en termes de sécurité – s'opère donc à travers des mécanismes très différents, selon que l'organisation est dans une optique *opportunity seeking* ou *problem avoiding* (Noble et al., 2002).

Cette recherche apporte ainsi des éléments de réflexion sur la question ontologique de l'erreur individuelle. Jusqu'à présent, rares étaient effectivement les auteurs ayant étudié – de façon approfondie, concrète et opérationnelle – le processus de déploiement du management positif de l'erreur, la littérature sur le sujet étant plutôt incantatoire et relevant souvent de l'*exempling*.

## Conclusion

L'objectif de cette recherche consistait, en quelque sorte, à opérer un tri entre les différentes politiques visant à instaurer un droit à l'erreur et relevant de l'*error management culture* (Frese et Keith, 2015 ; van Dyck et al., 2005). Il apparaît finalement que derrière ce terme unique de droit à l'erreur – commun à de nombreuses organisations – se cachent, en pratique, des réalités très différentes lorsqu'il s'agit d'étudier son application concrète sur le terrain. En l'occurrence, nous montrons ici que le droit à l'erreur répond – *a minima* – à deux logiques distinctes, à savoir la mise en œuvre d'une dynamique d'innovation à travers le « *test and learn* », d'une part, et l'amélioration de la fiabilité opérationnelle, d'autre part.

Au-delà de permettre une lecture plus fine des contributions théoriques sur la gestion de l'erreur individuelle (Dimitrova et al., 2017 ; Fischer et al., 2018 ; van Dyck et al., 2005), notre article se révèle également utile au plan managérial. Il souligne ainsi l'importance d'une adéquation étroite entre les facteurs de contingence et les paramètres de conception (Minzberg, 1982) dans le déploiement d'une politique de droit à l'erreur ayant donné, dans les deux cas étudiés, de bons résultats au plan opérationnel (Cusin et Goujon-Belghit, 2019a, 2019b). Par exemple, si cette démarche vise à libérer les individus dans le but qu'ils soient plus créatifs, il ne sera pas forcément opportun de mettre l'accent sur le formalisme (ex. : arbre décisionnel pour définir précisément quelles erreurs sont tolérables ou non par le manager, méthodes d'analyse des erreurs très encadrées), car cela serait *a priori* contraire à la promotion d'un management par la confiance encourageant l'autonomie et la responsabilisation des individus. Dans un tel cas

de figure, le droit à l'erreur relève plus d'une posture managériale visant à promouvoir la bienveillance, le développement des collaborateurs, l'exemplarité et l'humilité.

Il n'en demeure pas moins que notre étude ne couvre évidemment pas tous les contextes organisationnels et mériterait, à ce titre, d'être complétée en intégrant d'autres facteurs de contingence ignorés dans cette recherche, tels que le pouvoir, par exemple. Il pourrait notamment être intéressant de se pencher sur la mise en œuvre du droit à l'erreur dans des collectivités territoriales, où la dimension politique (à travers le rôle des élus) ajoute certainement une dimension cruciale à l'analyse. En effet, faire son *mea culpa* – pour incarner le principe d'un droit à l'erreur aux yeux des membres de l'organisation – ne paraît pas naturel dans un contexte où les actes de contrition peuvent alimenter la critique des adversaires politiques, voire même être perçus comme un signe de faiblesse<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> <https://www.20minutes.fr/politique/1773111-20160125-mea-culpa-politique-strategie-forcement-payante>

## Références

- Baril E. et Garnier B. (2015), « IRaMuteQ 0.7 alpha 2 : Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires », avril, p.1-31, <http://www.iramuteq.org/>
- Bart D. (2011), « L'analyse de données textuelles avec le logiciel Alceste », *Recherches en didactiques*, vol. 2, n°12, p. 173-184.
- Bauer J. et Mulder R. (2013). « Engagement in Learning after Errors at Work: Enabling Conditions and Types of Engagement », *Journal of Education and Work*, vol. 26, n°1, p. 99-119.
- Benabbou L., Guitouni L. et Lang P. (2004). « Méthodes de classification : Revue de la littérature, essai de caractérisation et de comparaison », *Working Paper*, <http://www.fsa.ulaval.ca/sirul/2004-023.pdf>
- Brower J. et Rowe K. (2017). « Where the Eyes Go, the Body Follows? Understanding the Impact of Strategic Orientation on Corporate Social Performance », *Journal of Business Research*, vol. 79, p. 134-142.
- Campbell A. et Yeung S. (1991). « Brief Case: Mission, Vision and Strategic Intent », *Long Range Planning*, vol. 24, n°4, p. 145-147.
- Catino M. et Patriotta F. (2013), « Learning from Errors: Cognitions, Emotions and Safety Culture in the Italian Air Force », *Organization Studies*, vol. 34, n°4, p. 437-467.
- Cooper R. (2008), « Perspective: The Stage-Gate Idea-to-Launch Process – Update, what's New, and NexGen System », *Journal of Product Innovation Management*, vol. 25, n°3, p. 213-232.
- Cusin J. et Goujon-Belghit A. (2019a), « Error Reframing: Studying the Promotion of an Error Management Culture », *European Journal of Work and Organizational Psychology*, vol. 28, n°4, p. 510-524
- Cusin J. et Goujon-Belghit A. (2019b), « L'application du droit à l'erreur dans un établissement hospitalier : une approche par la théorie des paradoxes », *Actes du XXXème congrès AGRH*, Bordeaux, 13-15 novembre.
- Dahlin K., Chuang Y.-T. et Roulet T. (2018), « Opportunity, Motivation, and Ability to Learn from Failures and Errors: Review, Synthesis, and Ways to Move Forward », *Academy of Management Annals*, vol. 12, n°1, p. 252-277.
- Daniellou F. (2017), « Le silence organisationnel est le meilleur ennemi de la sécurité », *Convictions ICSI*, n°26, p. 1-2.
- Daniellou F., Simard M. et Boissières I. (2010). « Facteurs humains et organisationnels de la sécurité industrielle : un état de l'art », *Les Cahiers de la Sécurité Industrielle*, n°2, p. 1-125.
- Dimitrova N., van Hooft E., van Dyck C. et Groenewegen P. (2017), « Behind the Wheel: What Drives the Effects of Error Handling? », *Journal of Social Psychology*, vol. 157, n°6, p. 658-672.
- Edmondson A. (1999), « Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams », *Administrative Science Quarterly*, vol. 44, n°2, p. 350-383.
- Edmondson A. (1996), « Learning from Mistakes is Easier Said than Done: Group and Organizational Influences on the Detection and Correction of Human Error », *Journal of Applied Behavioral Science*, vol. 32, n°1, p. 5-28.

- Edmondson A. et Nembhard, I. (2009), « Product Development and Learning in Project Teams: The Challenges Are the Benefits », *Journal of Product Innovation Management*, vol. 26, n°2, p. 123-138.
- Eisenhardt K. et Tabrizi B. (1995), « Accelerating Adaptive Processes: Product Innovation in the Global Computer Industry », *Administrative Science Quarterly*, vol. 40, n°1, p. 84-110.
- Fischer S., Frese M., Mertins J. et Verena Hardt-Gawron J. (2018), « The Role of Error Management Culture for Firm and Individual Innovativeness », *Applied Psychology: An International Review*, vol. 67, n°3, p. 428-453.
- Frese M. et Keith N. (2015), « Action Errors, Error Management and Learning in Organizations », *Annual Review of Psychology*, vol. 66, n°1, p. 661-687.
- Gautier A. (2015), « L'erreur dans la prise de décision en situation : Le cas d'une collision aviaire en phase d'écopage », *Revue française de gestion*, vol. 41, n°246, p. 41-62.
- Goodman P., Ramanujam R., Carroll J., Edmondson A., Hofmann D. et Sutcliffe K. (2011), « Organizational Errors: Directions for Future Research », *Research in Organizational Behavior*, vol. 31, p. 151-176.
- Guchait P., Paşamehmetoğlu A. et Lanza-Abbott J. (2015), « The Importance of Error Management Culture in Organizations: The Impact on Employee Helping Behaviors During Service Failures and Recoveries in Restaurants », *Journal of Human Resources in Hospitality & Tourism*, vol. 14, n°1, p. 45-67.
- Guchait P., Paşamehmetoğlu A. et Madera J. (2016), « Error Management Culture: Impact on Cohesion, Stress, and Turnover Intentions », *Service Industries Journal*, vol. 36, n°3-4, p. 124-141.
- Haunschild P. et Sullivan B. (2002), « Learning from Complexity: Effects of Prior Accidents on Organizational Learning », *Administrative Science Quarterly*, vol. 47, n°4, p. 609-643.
- Kalra J., Kalra N. et Baniak N. (2013), « Medical Error, Disclosure and Patient Safety: A Global View of Quality Care », *Clinical Biochemistry*, vol. 46, n°13-14, p. 1161-1169.
- Keith N. et Frese M. (2008), « Effectiveness of Error Management Training: A Meta-Analysis », *Journal of Applied Psychology*, vol. 93, n°1, p. 59-69.
- Khorsandi J. et Aven T. (2014), « A Risk Perspective Supporting Organizational Efforts for Achieving High Reliability », *Journal of Risk Research*, vol. 17, n°7, p. 871-884.
- Lanaj K., Foulk T. et Hollenbeck J. (2018), « The Benefits of not Seeing Eye to Eye with Leadership: Divergence in Risk Preferences Impacts Multiteam System Behavior and Performance », *Academy of Management Journal*, vol. 61, n°4, p. 1554-1582.
- Loch C., DeMeyer A. et Pich M. (2006), *Managing the Unknown. A New Approach to Managing High Uncertainty and Risks in Projects*, John Wiley & Sons.
- Lynn G., Morone J. et Paulson A. (1996), « Marketing and Discontinuous Innovations: The Probe and Learn Process », *California Management Review*, vol. 38, n°3, p. 8-37.
- Mariadoss B., Johnson J. et Martin K. (2014), « Strategic Intent and Performance: The Role of Resource Allocation Decisions », *Journal of Business Research*, vol. 67, n°11, p. 2393-2402.
- Maurer T., Hartnell C. et Lippstreu M. (2017), « A Model of Leadership Motivations, Error Management Culture, Leadership Capacity, and Career Success », *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 90, n°4, p. 481-507.

- Miller D. et Whitney J. (1999), « Beyond Strategy: Configuration as a Pillar of Competitive Advantage », *Business Horizons*, vol. 42, n°3, p. 5-17.
- Mintzberg H. (1982), *Structure et dynamique des organisations*, Editions d'Organisation.
- Morel C. (2012), *Les décisions absurdes II – comment les éviter*, Gallimard.
- Morrison E., Milliken F. (2000), « Organizational Silence: A Barrier to Change and Development in a Pluralistic World », *Academy of Management Review*, vol. 25, n°4, p. 706-725.
- Noble C., Sinha R. et Kumar A. (2002), « Market Orientation and Alternative Strategic Orientations: A Longitudinal Assessment of Performance Implications », *Journal of Marketing*, vol. 66, n°3, p. 25-39.
- O'Neil P. et Krane D. (2012), « Policy and Organizational Change in the Federal Aviation Administration: The Ontogenesis of a High-Reliability Organization », *Public Administration Review*, vol. 72, n°1, p. 98-111.
- Perreault S., Wainberg J. et Luippold B. (2017), « The Impact of Client Error-Management Climate and the Nature of the Auditor-Client Relationship on External Auditor Reporting Decisions », *Behavioral Research in Accounting*, vol. 29, n°2, p. 37-50.
- Provera B., Montefusco A. et Canato A. (2010), « A 'No Blame' Approach to Organizational Learning », *British Journal of Management*, vol. 21, n°4, p. 1057-1074.
- Rathert C. et Phillips W. (2010), « Medical Error Disclosure Training: Evidence for Values-Based Ethical Environments », *Journal of Business Ethics*, vol. 97, n°3, p. 491-503.
- Reason J. (1997), *Managing the Risks of Organizational Accidents*, Ashgate.
- Reinert A. (1983), « Une méthode de classification descendante hiérarchique : application à l'analyse lexicale par contexte », *Les cahiers de l'analyse des données*, vol. 8, n°2, p. 187-198.
- Roberts K. (1990), « Some Characteristics of One Type of High-Reliability Organizations », *Organization Science*, vol. 1, n°2, p. 160-176.
- Roberts K., Stout S. et Halpern J. (1994), « Decision Dynamics in Two High Reliability Military Organizations », *Management Science*, vol. 40, n°5, p. 614-624.
- Rocha R. (2014), *Du silence organisationnel au développement du débat structuré sur le travail : les effets sur la sécurité et sur l'organisation*, Thèse de l'université de Bordeaux.
- Saintoyant V., Duhamel G. et Minvielle E. (2012), « Gestion des risques associés aux soins : état des lieux et perspectives », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 43, n°1, p. 35-45.
- Senge P. (1991), *La cinquième discipline : l'art et la manière des organisations qui apprennent*, Éditions Générales First.
- Van de Ven A., Polley D., Garud R. et Venkataraman S. (1999), *The Innovation Journey*, Oxford University Press.
- van Dyck C., Frese M., Baer M. et Sonnentag S. (2005), « Organizational Error Management Culture and Its Impact on Performance: A Two-Study Replication », *Journal of Applied Psychology*, vol. 90, n°6, p. 1228-1240.
- Vogus T., Sutcliffe K. et Weick K. (2010), « Doing No Harm: Enabling, Enacting, and Elaborating a Culture of Safety in Health Care », *Academy of Management Perspectives*, vol. 24, n°4, p. 60-77.

Weick K. (1987), « Organizational Culture as a Source of High Reliability », *California Management Review*, vol. 29, n°2, p. 112-127.

Zhao B. et Olivera F. (2006), « Error Reporting in Organizations », *Academy of Management Review*, vol. 31, n°4, p. 1012-1030.