

Vers une approche contextualisée de la mise en œuvre du droit à l'erreur

Cusin Julien

Université de Bordeaux - IAE, IRGO

julien.cusin@u-bordeaux.fr

Goujon-Belghit Anne

Université de Bordeaux - IAE, IRGO

anne.belghit@u-bordeaux.fr

Résumé : De plus en plus d'organisations françaises instaurent une politique de droit à l'erreur. Dans la littérature en organisation et en psychologie, de telles initiatives sont systématiquement rattachées à l'approche dite du management positif de l'erreur (*error management culture*). Or, en pratique, lorsque l'on se penche sur la mise en œuvre concrète de ces politiques, il apparaît qu'une image globalisante du droit à l'erreur – comme idéal-type – ne rend pas suffisamment compte des caractéristiques spécifiques des différentes structures s'étant lancées dans une démarche de non-punition des erreurs. A travers l'analyse qualitative comparée de deux cas (la Maif et un CHU de province), *via* le logiciel d'analyse de données textuelles Iramuteq, nous opérons ainsi une distinction nette entre, d'un côté, les organisations cherchant à impulser une dynamique d'innovation à travers une logique « *test and learn* », et, de l'autre, celles aspirant à améliorer la fiabilité opérationnelle. Plus encore, nous identifions des caractéristiques propres à chacune de ces deux sous-catégories, par exemple en termes d'impact émotionnel de l'erreur, de parties prenantes impliquées dans la démarche ou de logiques d'apprentissage sous-jacentes.

Mots clés : droit à l'erreur, *test and learn*, HRO, comparaison inter-cas, Iramuteq.

Vers une approche contextualisée de la mise en œuvre du droit à l'erreur

INTRODUCTION

La culture du blâme (Provera, Montefusco et Canato, 2010 ; Zhao et Olivera, 2006) a longtemps prévalu dans notre pays en matière d'attitude adoptée face aux erreurs individuelles. Pourtant, depuis quelques années, de nombreuses 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 stratégie 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, Frese, Baer et Sonnentag, 2005), peut être largement remis en question aujourd'hui. A l'heure actuelle, deux approches de la gestion des erreurs individuelles sont d'ailleurs distinguées par les auteurs (Dimitrova, van Hooft, van Dyck et Groenewegen, 2017 ; 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.

Si l'approche consistant à accorder un droit à l'erreur aux individus est réputée donner de meilleurs résultats en termes d'affect, de motivation, de cognition, de performance, etc. (Dimitrova *et al.*, 2017 ; Frese et Keith, 2015), il apparaît toutefois que cet idéal-type de l'*error*

management culture (Frese et Keith, 2015 ; van Dyck *et al.*, 2005) offre une image relativement 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 visions organisationnelles (van Dyck *et al.*, 2005) d'Orange et Pernod Ricard, tournées vers l'innovation et l'expérimentation, et celles d'Air France et d'AP-HP, tournées vers la sécurité et la fiabilité opérationnelle, sont très différentes. Dans cette recherche, nous essayons ainsi de dessiner, beaucoup plus nettement, les contours de ces deux sous-catégories relevant du modèle de l'*error management culture* (Frese et Keith, 2015 ; van Dyck *et al.*, 2005). Plus précisément, nous nous posons la question suivante : « *Dans quelle mesure, la mise en œuvre du droit à l'erreur individuelle est-elle liée aux impératifs stratégiques de l'organisation ?* ».

Pour répondre à 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 textuelles 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 ; van Dyck *et al.*, 2005) en deux logiques distinctes : la culture du *test and learn* et celle de la fiabilité opérationnelle. Plus encore, nous identifions des caractéristiques propres à chacune de ces deux sous-catégories, par exemple en termes d'impact émotionnel de l'erreur, de parties prenantes impliquées dans la démarche ou de logiques d'apprentissage sous-jacentes.

1. REVUE DE LA LITTÉRATURE

1.1. DE L'ERREUR INDIVIDUELLE AU DROIT A L'ERREUR DANS LES ORGANISATIONS

Toutes les activités humaines se caractérisent par une certaine probabilité d'erreurs (Provera *et al.*, 2010). Faisant ainsi 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, Ramanujam, Caroll, Edmondson, Hofmann et Sutcliffe, 2011 ; van Dyck *et al.*, 2005 ; Zhao et Olivera, 2006). 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, Chuang et Roulet, 2018 ; Reason, 1990), 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 ; van Dyck *et al.*, 2005) et des « *mindsets* » différents vis-à-vis de ces erreurs (Fischer, Frese, Mertins et Hardt-Gawron, 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, Wainberg et Luippold, 2017 ; Provera *et al.*, 2010 ; van Dyck *et al.*, 2005). Très contrôlés, les individus sont alors dissuadés de reconnaître et de partager leurs erreurs auprès de leur hiérarchie, de peur de perdre la face, ce qui accroît les risques de reproduction ultérieure des erreurs (Frese et Keith, 2015 ; Perreault *et al.*, 2017 ; van Dyck *et al.*, 2005 ; Zhao et Olivera, 2006).

A l'inverse, dans une seconde approche (*error management culture*), l'erreur individuelle est considérée comme inévitable (Goodman *et al.*, 2011 ; Kalra, Kalra et Baniak, 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 organisationnel est ainsi favorisé par la communication plus ouverte des individus (Goodman *et al.*, 2011 ; Guchait, Paşamehmetoğlu et Madera, 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).

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 ; 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, de motivation, de cognition, de performance, etc. (Dimitrova *et al.*, 2017 ; Frese et Keith, 2015). 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. Pour autant, cette vision très globalisante du droit à l'erreur (comme idéal organisationnel) ne tient pas assez compte, à notre avis, du rôle du contexte, selon que les organisations apprenantes (Senge, 1991) sont, par exemple, tournées vers l'innovation ou la recherche de qualité/sécurité. Une relecture plus fine de la culture du management positif de l'erreur – en identifiant des caractéristiques spécifiques à chaque situation – est justement proposée dans cette recherche.

1.2. PROPOSITION D'UNE SOUS-SEGMENTATION DU DROIT A L'ERREUR

La littérature organisationnelle fait apparaître deux contextes stratégiques distincts, dans lesquels il est question – au moins 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 (Edmondson et Nembhard, 2009 ; Fischer *et al.*, 2018) et est, à ce titre, tolérée, voire perçue positivement. En effet, elle est appréhendée comme un moyen d'itérer et d'opérer des ajustements dans une démarche de « *test and learn* » ou de « *learning journey* ». 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, Morone et Paulson, 1996). 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 (*high reliability organizations* - 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, Foulk et Hollenbeck, 2018 ; Provera *et al.*, 2010 ; Roberts, Stout et Halpern, 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 inmanquablement (Frese et Keith, 2015 ; Goodman *et al.*, 2011 ; O'Neil et Krane, 2012 ; Vogus, Sutcliffe et Weick, 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."* Dans les HROs, des réponses non punitives aux erreurs individuelles constituent l'un des piliers de la culture « *juste* »¹, car les erreurs en question – aussi dramatiques soient-elles parfois – sont perçues comme des facteurs de progrès (en termes de sécurité) si des enseignements 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 organisation pour accepter de partager librement – c'est-à-dire en toute transparence – leur expérience des 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 de la part de la hiérarchie – 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).

On le voit, un même concept théorique – le droit à l'erreur – peut renvoyer, en pratique, à des intentions très différentes au sein des organisations (encourager l'expérimentation *versus* améliorer la sécurité). Un tel constat suggère *a priori* une certaine variance dans l'application du management positif de l'erreur. Dans cette recherche, nous nous posons par conséquent la question suivante : « *Dans quelle mesure, la mise en œuvre du droit à l'erreur individuelle est-elle liée aux impératifs stratégiques de l'organisation ?* ».

¹ 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).

2. METHODOLOGIE

2.1. CHOIX DES TERRAINS

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons choisi d'opérer une comparaison inter-cas, en étudiant qualitativement deux organisations, qui ont chacune mis en place une politique de droit à l'erreur et relèvent *a priori* des deux catégories distinguées *supra* (encouragement à l'expérimentation *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 de 3,5 milliards d'euros, en 2017. 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* », souligne que le droit à l'erreur encourage l'expérimentation des collaborateurs.

- Le CHU-Pro est un établissement hospitalier, qui emploie plus de 14.000 personnes et compte environ 2.700 lits, en 2017. La politique de droit à l'erreur a commencé, en 2010, à travers l'instauration d'une charte de non-punition². 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. A la même époque, un logiciel (KaliWeb) a également été mis en place pour faciliter les déclarations à Direction Qualité et Gestion des Risques.

L'objectif d'une comparaison systématique entre ces deux cas est de 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 DONNEES

Les deux cas ont été étudiés de façon séquentielle. 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

² 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>).

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). Dans un cas comme dans l'autre, les entretiens ont été arrêtés lorsque la saturation a été atteinte.

2.3. ANALYSE DES DONNEES

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 de texte, nous avons utilisé le logiciel d'analyse textuelle 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). 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.

3. RESULTATS

3.1. ANALYSE LEXICOMETRIQUE, 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.

Maif	CHU
ERREUR ET DROIT A L'ERREUR : 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.	ERREUR ET DROIT A L'ERREUR : 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.
DEGRE DE GRAVITE : grave (88), etc.	DEGRE DE GRAVITE : grave* (258), risque (195), conséquence (132), vivre (78), décès (63), victime (54), etc.
NATURE DU METIER : dossier* (198), technique* (139), gestion (83), gérer (74), pratique (74), assurer (69), contrat (68), compliqué (68), difficile (66), difficulté (64), etc.	NATURE DU METIER : 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.
PARTIES PRENANTES INTERNES : 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.	PARTIES PRENANTES INTERNES : 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.
PARTIES PRENANTES EXTERNES : sociétaire** (295), etc.	PARTIES PRENANTES EXTERNES : patient** (658), famille** (359), ARS* (176), politique* (173), affaire* (125), juridique (111), externe (87), public (74), plaindre (60), pénal (50), enfant (56), etc.
DEPLOIEMENT : 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.	DEPLOIEMENT : 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.
MANAGEMENT DE LA PERFORMANCE : 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.	MANAGEMENT DE LA PERFORMANCE : qualité (143), sécurité (114), procédure (73), vérifier (55), etc.
APPRENTISSAGE : 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.	APPRENTISSAGE : comprendre (233), analyse* (191), expliquer (141), connaître (129), RMM* (110), retour (108), information (108), expérience (104), 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.
INNOVATION : essayer (185), idée (154), initiative* (132), risque (120), projet (95), oser (70), créer (69), expérimentation (67), innovation (61), audace (59), autonomie (56), etc.	INNOVATION : essayer (179), idée (108), etc.
EMOTIONS : sentiment (83), peur (81), ressenti (67), etc.	EMOTIONS : peur (110), sentiment (83), psychologue (60), etc.
SIGNALEMENT : évoquer (86), etc.	SIGNALEMENT : 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.

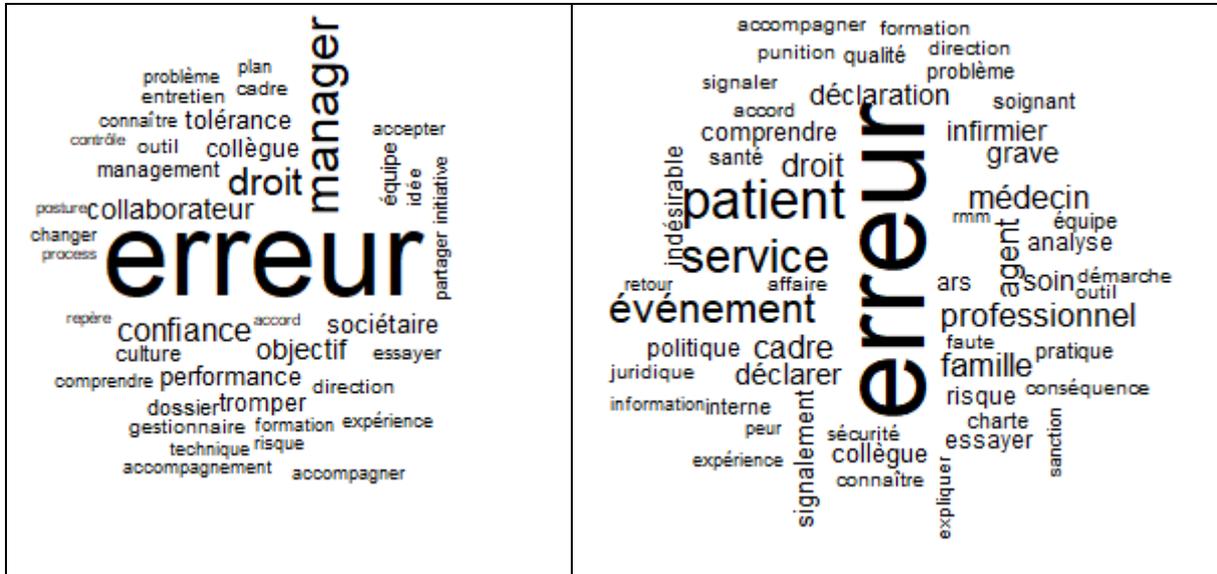


Figure 1 : Nuages de mots pour la Maif et le CHU

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	- 201,7535	201,7535	Manager	179,3625	- 179,3625
Événement	- 143,039	143,039	Sociétaire	85,81115	- 85,81115
Famille	- 99,7246	99,7246	Tolérance	76,5408	- 76,5408
Déclarer	- 86,4899	86,4899	Performance	75,5944	- 75,5944
Signalement	- 73,2452	73,2452	Confiance	60,2576	- 60,2576
Indésirable	- 71,781	71,781	Objectif	55,1147	- 55,1147
ARS	- 57,3446	57,3446	Management	31,8515	- 31,8515
Déclaration	- 44,2854	44,2854	Sinistre	28,4978	- 28,4978
Charte	- 40,2339	40,2339	Initiative	27,4881	- 27,4881
Analyse	- 35,2523	35,2523	Repère	26,829	- 26,829
Punition	- 34,6749	34,6749	Tromper	22,0298	- 22,0298
Médicament	- 33,751	33,751	Entretien	20,0771	- 20,0771
RMM	- 32,5195	32,5195	Echec	19,0934	- 19,0934
Signaler	- 30,6789	30,6789	Audace	17,1558	- 17,1558
Affaire	- 24,4724	24,4724	Oser	16,476	- 16,476
Grave	- 24,359	24,359	Tolérer	15,6465	- 15,6465
Incident	- 21,4684	21,4684	Process	15,4304	- 15,4304
Sécurité	- 20,3048	20,3048	Innovation	15,055	- 15,055
Kaliweb	- 19,3187	19,3187	Autonomie	14,8311	- 14,8311
Juridique	- 19,265	19,265	Commercial	14,8294	- 14,8294
Prescription	- 18,9739	18,9739	Contrat	14,1201	- 14,1201
Psychologue	- 17,941	17,941	Expérimentation	13,8596	- 13,8596
Décès	- 17,1792	17,1792	Erreur	13,1307	- 13,1307
Victime	- 17,1374	17,1374	Célébrer	12,7938	- 12,7938
CREX	- 15,5307	15,5307	Triptyque	12,0052	- 12,0052
HAS	- 14,9561	14,9561	Marge	11,7922	- 11,7922
Urgence	- 14,6574	14,6574	Contrôle	11,4137	- 11,4137
Potassium	- 14,6445	14,6445	Projet	10,422	- 10,422
Pénal	- 14,4577	14,4577	Expérimenter	10,3184	- 10,3184
Analyser	- 13,9039	13,9039	Libérer	9,7512	- 9,7512

Tableau 2 : Sélection de 30 mots significatifs par modalité après AFC

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. D'ailleurs, le terme d'erreur est plus volontiers utilisé au sein de l'assureur que de l'établissement hospitalier (+/- 13,1307 selon l'AFC). En effet, au CHU, il est souvent question d'événement indésirable ou d'incident, dont les conséquences sont parfois dramatiques (ce qui se manifeste notamment à travers des mots tels que décès ou victime). Dès lors, la dimension émotionnelle des erreurs est beaucoup plus aigüe au CHU, où les agents sont accompagnés par des psychologues, alors qu'à la Maif la direction envisage de les célébrer. 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, urgence ou potassium, dans le cas du CHU, par opposition à process, contrôle ou contrat, dans le cas de la 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). En effet, l'établissement hospitalier insiste davantage sur l'importance de la non-punition (*via* la signature d'une charte). 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

sociétaire et patient, selon le cas) du fait de l'obligation du CHU de rendre des comptes à l'ARS, voire du risque juridique (notamment pénal) d'une affaire ayant entraîné des préjudices importants pour la victime de l'erreur.

- Enfin, il apparaît qu'à la Maif le droit à l'erreur s'inscrit dans une logique de management par la confiance et de libération, visant à encourager l'expérimentation (ex. : initiatives, innovation) – voire l'audace – à des fins de performance économique et/ou sociale pour l'entreprise. Dans cette perspective, le rôle des managers apparaît crucial au sein de la société d'assurance mutuelle. A l'inverse, au CHU, le droit à l'erreur vise principalement à favoriser le signalement des agents (*via* Kaliweb), 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, on peut noter que l'accent mis sur l'analyse approfondie des erreurs, en vue d'améliorer la sécurité des soins, est beaucoup plus important au CHU, notamment à travers des outils formels tels que les RMM ou les CREX.

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 cooccurrents (Baril et Garnier, 2015).

engagée [1]. 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 distincts : 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 Ethiques) [4].

3.3. CLASSIFICATION HIERARCHIQUE DESCENDANTE

Les deux tableaux, 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 :

- A 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 formations, du coaching, des ateliers, 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 afin de favoriser une amélioration continue, *via* des analyses approfondies (ex. : CREX) (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).

Classe (%)	Classe 1 (31,54%)	Classe 2 (28,52%)	Classe 3 (12,39%)	Classe 4 (27,55%)
Titre classe	CHAMP DU DROIT A L'ERREUR	CULTURE DE LA CONFIANCE	ACCOMPAGNEMENT MANAGERIAL	SATISFACTION CLIENTS
Nuage de mots les plus significatifs (n _i > 30)				
Mots clefs les plus significatifs (Chi ² > 50)	Erreur (795,6), grave (126,06), commettre (121,79), accepter (113,37), foi (94,79), tromper (97,83), faute (73,62), tolérer (65,88), tolérable (65,77), sanction (63,79), difficile (55,19), peur (52,02).	Culture (226,93), Maif (202,19), confiance (146,25), entreprise (145,29), idée (91,71), droit (91,6), esprit (82,05), penser (70,52), libérer (61,72), sentiment (56,55), initiative (55,14), concept (53,53).	Plan (485,01), repère (457,34), accompagnement (348,28), outil (277,79), formation (249,02), item (245,89), manager (243,07), stratégique (210,57), PAM ³ (197,19), managérial (167,23), baromètre (148,96), séminaire (143,89), RH (124,97), management (116,11), accompagnateur (113,46), université (104,87), construction (104,34), atelier (100,34), apprentissage (90,01), coaching (83,68), soutenir (69,5), inciter (63,31), organiser (59,86), évaluation (53,4).	Sociétaire (553,76), Objectif (234,35), dossier (221,54), sinistre (210,41), gestion (167,22), indicateur (128,96), appel (116,8), téléphone (116,53), déclaration (103,2), marge (101,74), taux (95,22), commercial (93,25), chiffre (90,71), contrat (95,61), qualité (75,13), satisfaisre (71,31), relation (64,73), satisfaction (58,92), téléphonique (58,06), flux (58,06), conseil (54,86), client (52,24), traiter (52,2).

Tableau 3 : Classification hiérarchique descendante dans le cas de la Maif
³ Plan d'accompagnement managérial.

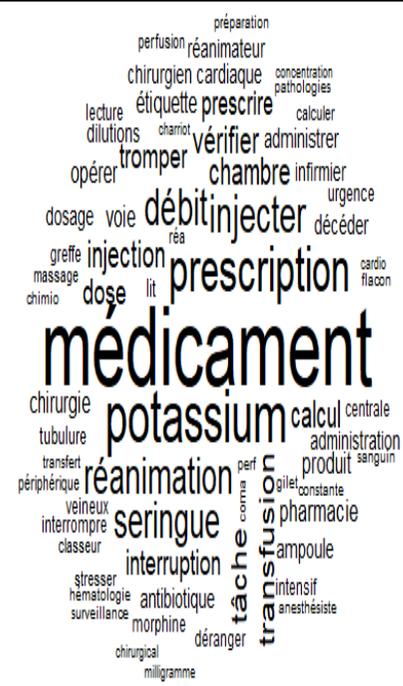
Classe (%)	Classe 1 (15,5%)	Classe 2 (40,3%)	Classe 3 (32,42%)	Classe 4 (11,78%)
Titre classe	RISQUE JURIDIQUE	EVENTUALITE PERÇUE	APPRENTISSAGE	COMPLEXITE DU SOIN
Nuage de mots les plus significatifs (n _i > 30)				
Mots clefs les plus significatifs (Chi ² > 50)	Faute (189,3), famille (176,42), plaindre (176,37), victime (139,44), erreur (127,55), commettre (123,02), sanctionner (97,4), acte (97,06), pénal (93,91), fautif (90,02), coupable (68,71), détachable ⁴ (58,68), réputation (58,18), intentionnalité (54,24), transparent (52,83), public (52,01).	Chose (136,37), penser (131,8), erreur (81,49), arriver (71,08), passer (68,24), peur (67,91), soignant (59,04), situation (54,7), sentir (52,61), gens (51,46).	Événement (398,94), signalement (295,35), indésirable (268,36), ARS (225,66), qualité (208,85), santé (150,82), direction (148,97), soin (137), déclaration (128,55), charte (126,37), cadre (112,47), gestion (95,95), directeur (92,97), arbre ⁵ (86,32), décisionnel (79,99), analyse (70,9), HAS (64,98), CREX (63,21), psychologue (61,26), sécurité (58,85), Kaliweb (53,08), retour (52,23).	Médicament (470,48), potassium (298,76), prescription (251,31), injecter (201,57), réanimation (192,62), débit (188,06), seringue (186,48), injection (133,76), transfusion (133,07), calcul (126,25), tromper (117,48), interruption (112,64), dose (112,46), prescrire (105,11), voie (89,89), produit (85,79), étiquette (82,54), opérer (82,54), administrer (81,16), décider (75,56), dosage (72,41), dilutions (67,51), tubulure (60), veineux (52,49), morphine (52,49).

Tableau 4 : Classification hiérarchique descendante dans le cas du CHU

⁴ Il est question ici d'une faute « détachable » du service.

⁵ L'arbre décisionnel est un outil d'aide à la décision. Il permet aux cadres de santé d'adopter la bonne posture selon le type d'erreur médicale.

4. DISCUSSION

Notre étude permet finalement de compléter les travaux sur la culture du management positif de l'erreur (Dimitrova *et al.*, 2017 ; 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 mis en œuvre. Plus précisément, nous identifions ici deux approches distinctes de la tolérance à l'erreur, selon que la stratégie de l'entreprise est tournée 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).

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

Caractéristiques	Approche <i>test & learn</i>	Approche fiabilité opérationnelle
Intention 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.	La non-punition des erreurs vise à renforcer la qualité/sécurité des soins aux patients, en encourageant le signalement qui rend possible l'apprentissage.
Degré de gravité de l'erreur	Les erreurs sont le plus souvent mineures.	Les erreurs sont parfois dramatiques (ex. : décès), voire sont des fautes pénales.
Impact émotionnel de l'erreur	Les erreurs sont parfois mal vécues par les collaborateurs, mais ne sont que très rarement traumatisantes.	Les agents sont considérés comme des « <i>secondes victimes</i> » et sont accompagnés par des psychologues du travail.
Complexité du métier	Le métier de conseiller est répétitif et consiste à gérer des contrats et des dossiers de sinistres avec un risque d'erreur limité (process largement définis).	Le métier de soignant est extrêmement complexe (ex. : gestion de situations d'urgence) et le risque d'erreur est omniprésent.
Représentation de l'erreur	Le personnel a conscience que le risque d'erreur existe. Ce n'est pas du tout un sujet d'inquiétude au quotidien. La direction cherche à dédramatiser les erreurs et souhaiterait même les « <i>célébrer</i> » (sans succès toutefois).	Le personnel a conscience que le risque d'erreur est très élevé. C'est une source d'inquiétude importante au quotidien. Le terme d'événement indésirable est souvent utilisé au détriment de celui d'erreur médicale, beaucoup plus sensible.
Parties prenantes ayant un rôle clef dans la démarche de 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.
Apprentissage lié à l'erreur	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 peu de partage collectif des erreurs.	L'apprentissage collectif est la priorité de la démarche à travers une analyse systémique approfondie des causes. Les leçons de l'erreur donnent lieu à une amélioration des pratiques dans tous les services.
Outils propres à la démarche de droit à l'erreur	La transformation culturelle est accompagnée à travers des outils RH à destination des managers, 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.	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). Le signalement est, par ex., jugé crucial pour enclencher le processus d'apprentissage.
Services impliqués dans la	Le service RH pilote la démarche de droit à l'erreur à travers une cellule dédiée,	La Direction Qualité et Gestion des Risques coordonne le retour d'expérience.

démarche de droit à l'erreur	chargée d'accompagner les managers, qui incarnent concrètement le dispositif sur le terrain.	La Direction des Affaires Juridiques et Ethiques gère les dossiers faisant l'objet de plaintes.
------------------------------	--	---

Tableau 5 : Le droit à l'erreur selon son contexte organisationnel de mise en œuvre

En définitive, notre article montre qu'une approche globalisante du droit à l'erreur – se limitant à réduire 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 – 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. 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 ; van Dyck *et al.*, 2005) formeraient une catégorie une et indivisible, est donc quelque peu battue en brèche dans cette recherche. En effet, nous avons 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 (modèle fiabilité opérationnelle) ou, à l'inverse, à un souhait d'inciter la prise de risque (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) et, dans l'autre, de ne jamais en commettre car cela traduirait *de facto* un défaut d'innovation. 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'*exemplum*.

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'un côté, 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, en soulignant l'importance d'une certaine congruence dans le déploiement d'une politique de droit à l'erreur. Ainsi, par exemple, si celle-ci 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 philosophie ou 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. A titre d'illustration, il pourrait être intéressant de se pencher notamment 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.

BIBLIOGRAPHIE

Baril E. et Garnier B., 2015, "IRaMuteQ 0.7 alpha 2 : Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires", avril, 1-31, <http://www.iramuteq.org/>

Bart D., 2011, "L'analyse de données textuelles avec le logiciel Alceste", *Recherches en didactiques*, 2(12), 173-184.

Catino M. et Patriotta F., 2013, "Learning from errors: cognitions, emotions and safety culture in the italian air force", *Organization Studies*, 34(4), 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*, 25(3), 213-232.

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*, 12(1), 252-277.

Dimitrova N., van Hooft E., van Dyck C. et Groenewegen P., 2017, "Behind the wheel: What drives the effects of error handling?", *The Journal of Social Psychology*, 157(6), 658-672.

Edmondson A., 1999, "Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams", *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 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*, 32(1), 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*, 26(2), 123-138.

Eisenhardt K., Tabrizi B., 1995, "Accelerating adaptive processes: Product innovation in the global computer industry", *Administrative Science Quarterly*, 40(1), 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*, 67(3), 428-453.

Frese M. et Keith N., 2015, "Action Errors, Error Management and Learning in Organizations", *Annual Review of Psychology*, 66(1), 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*, 41(246), 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*, 31, 151-176.
- Guchait P., Paşamehmetoğlu A. et Madera J., 2016, "Error Management Culture: Impact on Cohesion, Stress, and Turnover Intentions", *The Service Industries Journal*, 36(3-4), 124-141.
- Haunschild P. et Sullivan B., 2002, "Learning from complexity: effects of prior accidents on organizational learning", *Administrative Science Quarterly*, 47(4), 609-643.
- Kalra J., Kalra N. et Baniak N., 2013, "Medical error, disclosure and patient safety: A global view of quality care", *Clinical Biochemistry*, 46(13-14), 1161-1169.
- Keith N. et Frese M., 2008, "Effectiveness of Error Management Training: A Meta-Analysis", *Journal of Applied Psychology*, 93(1), 59-69.
- Khorsandi J. et Aven T., 2014, "A risk perspective supporting organizational efforts for achieving high reliability", *Journal of Risk Research*, 17(7), 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*, 61(4), 1554-1582.
- Lynn G., Morone J. et Paulson A., 1996, "Marketing and discontinuous Innovations: The probe and learn process", *California Management Review*, 38(3), 8-37.
- Morel C., 2012, *Les décisions absurdes II – comment les éviter*, Gallimard, Paris.
- 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*, 72(1), 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*, 29(2), 37-50.
- Provera B., Montefusco A. et Canato A., 2010, "A ‘No Blame’ Approach to Organizational Learning", *British Journal of Management*, 21(4), 1057-1074.
- Rathert C. et Phillips W., 2010, "Medical error disclosure training: Evidence for values-based ethical environments", *Journal of Business Ethics*, 97(3), 491-503.
- Reason J., 1997, *Managing the Risks of Organizational Accidents*, Aldershot, Hampshire: Ashgate.

Reinert A., 1983, "Une méthode de classification descendante hiérarchique : application à l'analyse lexicale par contexte", *Les cahiers de l'analyse des données*, 8(2), 187-198.

Roberts K., 1990, "Some characteristics of one type of high-reliability organizations", *Organization Science*, 1(2), 160-176.

Roberts K., Stout S. et Halpern J., 1994, "Decision Dynamics in Two High Reliability Military Organizations", *Management Science*, 40(5), 614-624.

Senge P., 1991, *La cinquième discipline : l'art et la manière des organisations qui apprennent*, Éditions Générales First, Paris.

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*, 90(6), 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*, 24(4), 60-77.

Weick K., 1987, "Organizational Culture as a Source of High Reliability", *California Management Review*, 29(2), 112-127.

Zhao B. et Olivera F., 2006, "Error Reporting in Organizations", *Academy of Management Review*, 31(4), 1012-1030.