Journal International des Sachants

REVUE SCIENTIFIQUE PLURIDISCIPLINAIRE

Fréquence
TRIMESTRIELLE

Volume 1,
Numéro 3,
Novembre 2025

ISSN-P : 3079-3009

ISSN-L : 3079-3017

www.revuejds.net

info@revuejds.net

LES ÉDITIONS CROCO

Journal International des Sachants

Revue scientifique pluridisciplinaire

ISSN-P: 3079-3009
ISSN-L: 3079-3017

Site web: https://revuejds.net/
Email : revuejds@gmail.com

Publié en Open Access

Abidjan, République de Côte d'Ivoire

ISSN-P: 3079-3009
ISSN-L: 3079-3017

INDEXATIONS ET REFERENCEMENTS INTERNATIONAUX

Pour toutes informations sur les indexations et référencements internationaux du **Journal International des Sachants (JDS)**, consultez les bases de données ci-dessous :

https://sjifactor.com/passport.php?id=24370

https://journalseeker.researchbib.com/view/issn/3079-3009

https://ascidatabase.com/masterjournallist.php?v=3079-3009

https://ipindexing.com/journal-details/Journal-International-des-Sachants-/2526

https://www.entrevues.org/revues/journal-international-des-sachants/

Impact factor : SJIF 2025 : 3.767

ISSN-P: 3079-3009
ISSN-L: 3079-3017

REVUE ELECTRONIQUE

Journal International des Sachants (JDS)

Revue Scientifique pluridisciplinaire

ISSN-P: 3079-3009 (Print ou imprimé)
ISSN-L: 3079-3017 (Online ou en Ligne)

Equipe Editoriale

Directeur de publication : Les Éditions Croco

Rédacteur en chef : SANOGO Tiantio Epouse BAMBA, INSAAC, Côte d'Ivoire

Chargéde diffusion et de marketing : ETTIEN N'Doua Etienne, UFHB, Côte d'Ivoire

Webmaster : KOUAKOU Kouadio Sanguen, UAO, Côte d'Ivoire

Comité Scientifique

ADOUBI Thierry Hugues, Maître conférences, Université Alassane Ouattara ;

ALLABA Djama Ignace, Maître de Conférences, Université Félix Houphouët-Boigny ;

ASSEKA Tchoman François, Maître de conférences, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (INSAAC) ;

ASSUÉ Yao Jean-Aimé, Maître de Conférences, Géographie, Université Alassane Ouattara ;

BA Idrissa, Professeur Titulaire, Université Cheich Anta Diop ;

BAKAYOKO Mamadou, Maître de Conférence, Université Alassane Ouattara ;

BAMBA Mamadou, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara ;

DIARRASSOUBA Bazoumana, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara ;

FAYE Valy, Maître de Conférences, Université Cheikh Anta Diop de Dakar ;

KAMARA Adama, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara ;

KAZON Diescieu Aubin Sylvère, Maître de Conférence, Université Félix Houphouët-Boigny ;

KOUASSI Kouakou Siméon, Professeur titulaire, Université de San-Pedro ;

N'DAH Didier, professeur titulaire, Université d'Abomey-Calavi ;

OULAI Jean-Claude, Professeur titulaire, Communication, Université Alassane Ouattara ;

SARR Nissire Mouhamadou, Maître de Conférences, Université Cheikh Anta Diop ;

SILUE Oumar, Maître conférences, Université Alassane Ouattara ;

TOPPE Eckra Lath, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara ;

Comité de lecture

AYENON Séka Fernand, Maître de Conférences, Université Félix Houphouët-Boigny ;

KANGA Kouakou Hermann Michel, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara ;

KAZON Diescieu Aubin Sylvère, Maître de Conférences, Université Félix Houphouët-Boigny ;

KONAN Koffi Syntor, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara ;

MAMADOU Bamba, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara ;

MEITÉ Ben Soualiouo, Maître de Conférences, Université Félix Houphouët-Boigny ;

OZOUKOU Koudou François, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara ;

SIDIBÉ Moussa, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara ;

SILUE N'tchabétien Oumar, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara ;

TRAORE Amadou, Maître de Conférences, Université de Ségou

Comité de rédaction

AHOUE Jean-Jacques, Assistant, Université de San-Pedro ;

ASSEKA Tchoman François Maître de conférences, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (INSAAC) ;

BALDÉ Yoro Mamadou, Maître-Assistant, FASTEF, Université Cheikh Anta Diop de Dakar ;

BAMBA Fatoumata, Maître Assistant, Université Péléforo Gon Coulibaly ;

BROU N'Goran Alphonse, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara ;

COULIBALY Wayarga, Assistant, Université Félix Houphouët-Boigny ;

COULIBALY Yallamoussa, Assistant, Université Alassane Ouattara ;

DAO Salifou, Assistant, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (INSAAC) ;

DJE Yao Lopez, Assistant, Université Alassane Ouattara ;

DJIGUE Sidjé Edwige Françoise, Maître-Assistante, Université Alassane Ouattara ;

DJOKOURI Innocent, Maître-Assistante, Université Péléforo Gon Coulibaly ;

GBOLA serge Arnaud, Maître Assistant, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (INSAAC) ;

EHILE Kadja Olivier Maître-Assistant, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (INSAAC) ;

GUEYE Yoro Emmanuel, Maitre-Assistant, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (INSAAC) ;

ISSN-P: 3079-3009
ISSN-L: 3079-3017

KAZIO Djidjé Jean-Jacques, Assistant, Université de Bondoukou ;
KONE Kiyali, Maître Assistant, Université Péléforo Gon Coulibaly ;
KONE Kpassigué Gilbert, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara ;
KONE Tchima Rolland, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara ;
KONE Tiégbè Gaston, Maître-Assistant, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (INSAAC) ;
KOUAME Affoua Eugénie, Assistante, IHAAA, Université Félix Houphouët-Boigny ;
LOBA Léon Fabrice, Attaché de Recherche, Institut d'Histoire d'Art et d'Archéologie Africain (IHAAA) ;
MOULARET Renaud-Guy Ahioua, Maître-Assistant, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (INSAAC) ;
N'DAYE El Hadj Amadou Ba, Maître-Assistant, FASTEF, Université Cheikh Anta Diop de Dakar ;
SANOGO Tiantio épouse BAMBA, Maitre-Assistante, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (INSAAC) ;
SYLLA Makémissa, Assistante, Université Alassane Ouattara ;
TIE BI Galla Guy Rolland Maître-Assistant, Université Félix Houphouët-Boigny ;
TOURE Gninin Aicha, Maître-Assistante, Université Félix Houphouët-Boigny ;
TOURE Kignigouoni Dieudonné Espérance, Maitre-Assistant, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (INSAAC) ;
TRAORE Fanta, Assistante, Université Alassane Ouattara ;
TRAORE Sogotiènin Ramata, Maître-Assistant, Université Péléforo Gon Coulibaly ;
YAO Elisabeth, Maître-Assistante, Université Alassane Ouattara ;
YOKORE Zibé Nestor, Maître-Assistant, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (INSAAC) ;
ZABSONRE Moussa, Maître-Assistant, Université Yembila Abdoulaye Toguyeni.

ISSN-P: 3079-3009
ISSN-L: 3079-3017

COORDINATEUR GENERAL DU NUMERO :

SILUE N'tchabétien Oumar
Maître de conférences CAMES,
Université Alassane Ouattara

.....

Contacts JDS

Site web: **https://revuejds.net/**
Email : **revuejds@gmail.com**
Tél. : + 225 0779360611 / 07480453267

.....

Indexations et référencements internationaux :

Sjifactor: https://sjifactor.com/passport.php?id=24370

ARI : https://journalseeker.researchbib.com/view/issn/3079-3009

ASCI: https://ascidatabase.com/masterjournallist.php?v=3079-3009

IPIndexing: https://ipindexing.com/journal-details/Journal-International-des-Sachants-/2526

Ent'revues: https://www.entrevues.org/revues/journal-international-des-sachants/

ISSN-P: 3079-3009
ISSN-L: 3079-3017

PRESENTATION DE JDS

Le Journal International des Sachants (JDS) est une revue scientifique pluridisciplinaire dédiée à la valorisation et à la vulgarisation des résultats de recherches innovantes, de découvertes de pointe et de productions scientifiques originales et pertinentes dans divers domaines scientifiques. Disposant de comité scientifique et de lecture, la revue **JDS** offre ainsi aux chercheurs du monde entier, une plateforme de publication de haute qualité en favorisant le partage des connaissances et de la collaboration au sein de la communauté scientifique.

JDS est une revue évaluée par des pairs (*blind peer review*) et en libre accès "*Open access"* relevant des Editions Croco. Il publie les articles dans le domaine des Sciences Humaines et Sociales ; Langues et littérature ; Art, patrimoine et culture ; Sciences du Langage et de la Communication ; Sciences Economiques et de Gestion ; Sciences politiques et Juridiques. Dans sa vision d'ouverture, **JDS** encourage la collaboration interdisciplinaire entre les chercheurs de tous les pays africains et du monde.

Les articles proposés doivent respecter la ligne éditoriale de la revue. Ils doivent être originaux et n'avoir jamais fait l'objet d'une acceptation pour publication dans une autre revue à comité de lecture. Ils sont soumis à une sélection initiale par l'éditeur, puis à un processus rigoureux d'évaluation par les pairs en double aveugle avant publication.

ISSN-P: 3079-3009
ISSN-L: 3079-3017

PROTOCOLE DE REDACTION DE JDS

Le Journal International des Sachants (JDS) n'accepte que des articles inédits et originaux dans diverses langues notamment en allemand, en anglais, en espagnol et en Français. Le manuscrit est remis à deux instructeurs, choisis en fonction de leurs compétences dans la discipline. Le secrétariat de la rédaction communique aux auteurs les observations formulées par le comité de lecture ainsi qu'une copie du rapport, si cela est nécessaire. Dans le cas où la publication de l'article est acceptée avec révisions, l'auteur dispose alors d'un délai raisonnable pour remettre la version définitive de son texte au secrétariat de la revue

Structure générale de l'article :

Le projet d'article doit être envoyé sous la forme d'un document Word, police Times New Roman, taille 12 et interligne 1,5 pour le corps de texte (sauf les notes de bas de page qui ont la taille 10 et les citations en retrait de 2 cm à gauche et à droite qui sont présentées en taille 11 avec interligne 1 ou simple). Le texte doit être justifié et ne doit pas excéder 18 pages. Le manuscrit doit comporter une introduction, un développement articulé, une conclusion et une bibliographie.

Présentation de l'article :

- Le titre de l'article (15 mots maximum) doit être clair et concis. De taille 14 pts gras, il doit être centré.
- Juste après le titre, l'auteur doit mentionner son identité (Prénom et NOM en gras et en taille 12), ses adresses (institution, e-mail, pays et téléphones en italique et en taille 11)
- Le résumé (200 mots au maximum) présenté en taille 10 pts ne doit pas être une reproduction de la conclusion du manuscrit. Il est donné à la fois en français et en anglais (abstract). Les mots-clés (05 au maximum, taille 10pts) sont donnés en français et en anglais (key words)
- Le texte doit être subdivisé selon le système décimal et ne doit pas dépasser 3 niveaux exemples : (1. - 1.1. - 1.2. ; 2. - 2.1. -2.2. - 2.3. - 3. - 3.1. - 3.2. etc.)
- Les références des citations sont intégrées au texte comme suit : (L'initial du prénom suivi d'un point, nom de l'auteur avec l'initiale en majuscule, année de publication suivie de deux points, page à laquelle l'information a été prise). Ex : (A. Kouadio, 2000 : 15).
- La pagination en chiffre arabe apparait en haut de page et centrée.
- Les citations courtes de 3 lignes au plus sont mises en guillemet français («…. »), mais sans italique.

N.B. : Les caractères majuscules doivent être accentués. Exemple : État, À partir de …

ISSN-P: 3079-3009
ISSN-L: 3079-3017

Références bibliographiques

Ne sont utilisées dans la bibliographie que les références des documents cités. Les références bibliographiques sont présentées par ordre alphabétique des noms d'auteur. Les divers éléments d'une référence bibliographique sont présentés comme suit : NOM et Prénom (s) de l'auteur, Année de publication, zone titre, lieu de publication, zone éditeur, pages (p.) occupées par l'article dans la revue ou l'ouvrage collectif.

Dans la zone titre, le titre d'un article est présenté entre guillemets et celui d'un ouvrage, d'un mémoire ou d'une thèse, d'un rapport, d'une presse écrite est présenté en italique. Dans la zone éditeur, on indique la maison d'édition (pour un ouvrage), le Nom et le numéro/volume de la revue (pour un article). Au cas où un ouvrage est une traduction et/ou une réédition, il faut préciser après le titre le nom du traducteur et/ou l'édition (ex : 2nde éd.).

Les références des sources d'archives, des sources orales et les notes explicatives sont numérotées en série continue et présentées en bas de page.

- Pour les sources orales, réaliser un tableau dont les colonnes comportent un numéro d'ordre, nom et prénoms des informateurs, la date et le lieu de l'entretien, la qualité et la profession des informateurs, son âge ou sa date de naissance et les principaux thèmes abordés au cours des entretiens. Dans ce tableau, les noms des informateurs sont présentés en ordre alphabétique
- Pour les sources d'archives, il faut mentionner en toutes lettres, à la première occurrence, le lieu de conservation des documents suivi de l'abréviation entre parenthèses, la série et l'année. C'est l'abréviation qui est utilisée dans les occurrences suivantes :
  Ex. : Abidjan, Archives nationales de Côte d'Ivoire (A.N.C.I), 1EE28, 1899.

- Pour les ouvrages, on note le NOM et le prénom de l'auteur suivis de l'année de publication, du titre de l'ouvrage en italique, du lieu de publication, du nom de la société d'édition et du nombre de page.
  Ex : LATTE Egue Jean-Michel, 2018, *L'histoire des Odzukru, peuple du sud de la Côte d'Ivoire, des origines au XIXe siècle*, Paris, L'Harmattan, 252 p.

- Pour les périodiques, le NOM et le(s) prénom(s) de l'auteur sont suivis de l'année de la publication, du titre de l'article entre guillemets, du nom du périodique en italique, du numéro du volume, du numéro du périodique dans le volume et des pages.
  Ex : BAMBA Mamadou, 2022, « Les Dafing dans l'évolution économique et socio-culturelle de Bouaké, 1878-1939 », *NZASSA*, N°8, p.361-372.

NB : Le non-respect de ces recommandations ci-dessus conduit au rejet systématique du manuscrit.

ISSN-P: 3079-3009
ISSN-L: 3079-3017

SOMMAIRE

SECTION 1 : LANGUES & LITTERATURE

Etudes germaniques

1. **Les rapports nature et pouvoir politique dans la littérature de Bernard Dadié et Friedrich Schiller**
N'Dah Franck Ben Houassa KOUAMÉ & Léon Charles N'CHO…… **1-15**

2. **La politique étrangère de la République fédérale d'Allemagne face au régime d'apartheid en Afrique du Sud de 1949 à 1990**
Jean-Yves KOUASSI & Ardjouman FOFANA…….. **16-32**

Etudes hispaniques

3. **Uso de preposiciones a/en y por/para por los estudiantes marfileños : análisis de errores**
Kouakou Béhégbin Désiré KONAN & Ousmane DIAWARA …… **33-43**

4. **Estudio comparativo entre la sociocrítica de Pierre Zima y el Pachacuti literario agruediano**
Doforo Emmanuel SORO……..... **44-57**

5. **La violencia en la novela testimonial latinoamericana: un estudio de las obras de Manlio Argueta**
Kouassi Abraham PALANGUE……..... **58-72**

Anglais

6. **Femmes, résistance et espoir dans A Lesson Before Dying de l'écrivain afro-américain Ernest J. Gaines**
Adama SORO…….. **73-85**

7. **Epistemic and dynamic markers and their discursive functions in political and legal discourses in 1984**
Kouakou Félix KOFFI…… **86-96**

Lettres Modernes

8. **Lecture transpoétique de chants de brumes de Kama Kamanda**
Carlos SÉKA……..... **97-113**

9. **Paratextualité et significativité textuelle de Le commandant Chaka de BABA Moustapha**
Kouadio Jean Parfait KAKOU……..... **114-139**

10. **De la performance à la sanction du personnage sexué chez Zola : une descente aux enfers ?**
Famahan SAMAKÉ…… **140-158**

ISSN-P: 3079-3009
ISSN-L: 3079-3017

11. Du viol à la survivance :
étude sociolittéraire de cicatrices de Cheikh Omar Zoré
TIBIRI Dieudonné……..... **159-179**

12. Naturalisme zolien et intertextualité romantique :
exemple du roman Le Rêve d'Emile Zola
Assane Faye NDIAYE…… **180-193**

13. Discours intermédiatique comme principe narratif
dans Nouvel an chinois de Koffi Kwahulé
Nancy Mireille Kanon…… **194-207**

14. Le narrateur enfant, porte-voix du chaos socio-politique
africain dans l'écriture mabanckouenne
Angèle Nonnourou COULIBALY Épse KEI…….. **208-221**

15. Fonctionnement des phatèmes d'ouverture et de clôture dans les
échanges conversationnels entre élèves et entre enseignant-élèves
Brighella Jofrène KAYA BOUSSEMBOU, Prisca Aubain MFOUTOU &
Alain Fernand Raoul LOUSSAKOUMOUNOU…… **222-233**

16. Chanter le tabou pour théâtraliser l'indicible en Côte d'Ivoire :
dérision, subversion et engagement dans la musique ivoirienne contemporaine
YOKORE Zibé Nestor, ADJOUMANI Kouassi Martin &
GOH Tianet Yannick Emmanuel…… **234-253**

17. La pérennité des forêts verdoyantes de la région du Tonkpi
en Côte d'Ivoire : une sommation des génies bienfaiteurs
Wato Pierre LIEU……..……..... **254-265**

SECTION 2 : COMMNUNICATION, ARTS, CULTURE ET PATRIMOINE

Sciences du langage et de la communication

18. L'Intelligence artificielle générative, levier de transformation de
l'enseignement-apprentissage et de la communication à l'ENSup de Bamako
Ousmane DRAMANE……..... **266-282**

19. Pour une approche culturelle de l'impact des médias sociaux
sur l'intelligence économique
GUEU Singo Provos & DJE BI Kahou Albert…… **283-299**

20. Revue de l'alphabet de l'Abbey
N'Guessan Edmond APIA…….. **300-314**

21. Information éditoriale et téléphonie mobile en Côte d'Ivoire :
modèle de diffusion avec le « SMSlivres »
Renaud-Guy Ahioua MOULARET……..... **315-337**

22. Pour une herméneutique sémiotique du rite ''kpe sɔsɔ'' du Sud du Togo
Zinsou HOUNZANGBE…… **338-355**

ISSN-P: 3079-3009
ISSN-L: 3079-3017

23. Pratique du bilinguisme en milieu scolaire tchadien : le cas du Lycée Joseph Brahim Seid (Pala) du Mayo-Kebbi Ouest
OUSMANE HASSANE OUSMANE, MOUYEBE OUASSANG & ALI MOUSSA…….……... **356-375**

24. Les pratiques journalistiques en Afrique face à l'émergence de l'intelligence artificielle
Maimouna DIA & Abdou DIAW…… **376-387**

Patrimoine, art, culture, cinéma & tourisme

25. Augustin Kassi : odyssée d'un peintre naïf dans le monde de l'art
Krou Eugène ASSOUMOU……..... **388-401**

26. Le conte, moyen d'éducation et d'enracinement culturel de la jeunesse en Côte d'Ivoire
Ahouné Aké Marx……..... **402-416**

27. Le Tangani, identité culturelle des Baoulé Ayaou de Bouaflé à l'épreuve de la modernité
Didier Patrick ABBÉ & Kiklan Désiré TOURÉ…….. **417-430**

SECTION 3 : SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

Archéologie

28. Les maisons coloniales commerciales de Dimbokro : un patrimoine négligé
Nagnénégué KONE..... **431-440**

Histoire

29. Les forces de sécurisation des élections présidentielles (FOSEP) au Togo : entre heurs et heurts (1993-2020)
Kouamé Jean Luc KOUASSIBLE & DIAKITE Brahima……... **441-458**

30. Savoirs et savoir-faire indigènes au Khasso : cas de la prise de culotte et de pagne
DIANKA Balla…… **459-476**

31. La vie socioculturelle des populations transfrontalières : Cas des Nafana, Mo-Degha et Koulango (XIXe-XXe siècle)
Mamadi Noumtchè OUATTARA & Adja Doubia Angèle KOUAKOU……. **477-488**

32. La Trajectoire de la filière industrielle du cycle au Burkina Faso, de 1963 à 2009
Alphonse BONI & Boubacar SAMBARE……... **489-505**

33. Une relecture de l'ambassade britannique en pays ashanti en 1817
Kouamé Kossonou Frédéric SECRE……... **506-522**

34. Intervention des grandes puissances dans les crises en Afrique centrale : entre partenariats et enjeux géopolitiques ?
METSENA NDJAVOUA & Fodé Bangaly KEITA…… **523-533**

ISSN-P: 3079-3009
ISSN-L: 3079-3017

35. L'évolution historique des relations économiques transsahariennes avec la partie occidentale du bassin du lac Tchad
Aboukar ABBA TCHELLOU…… **534-546**

36. Rituel du couronnement du pharaon Horemheb dans l'Égypte du Nouvel
Assa Dramane TRAORE…… **547-561**

Géographie

37. Variabilité climatique et saisons pluvieuses dans les régions du Gontougo et de l'Indenié-Djuablin (Est de la Côte d'Ivoire)
Ali Kouabenan KOUAKOU, Kouakou Charles KONAN,
Kouadio Philippe Michael KONAN & Arsène DJAKO…… **562- 579**

38. Pêche et changement climatique dans le delta central du Niger : cas de la commune de Djenné au Mali
Idrissa Issa CISSE & Mahamar ATTIN …… **580- 593**

39. Cartographie de l'érosion hydrique par application du modèle RUSLE à Akouai-Santai (Bingerville)
Kobenan Etienne BINI, Kouadio Eugène KONAN,
Seydou Alassane SOW & Tiyégbo TOURE…… **594-610**

40. Les conditions de vie des personnes déplacées dans l'ouest du Niger (Gothèye)
DAOUDA BANA ASKANDARA &
ABDOULAYE BOUREIMA HASSANE…….. **611-625**

41. Perception des nuisances socio-environnementales des déchets d'emballages plastiques dans la ville de bouaké (Côte d'Ivoire)
Bakary FOFANA, Angby Koffi Sidoine YAO &
Ahou Wlibly Ferdinand-Marcelle TAÏ & Bazoumana DIARRASSOUBA……. **626-641**

42. Perception des populations sur la gestion des services sanitaires et la qualité de soins dans la commune urbaine de Koudougou (Centre-Ouest du Burkina Faso)
Sylvain Roger BONKOUNGOU & Mathieu NAMA…….. **642-657**

43. État des lieux de la gestion des ordures ménagères au port d'Abidjan
YRO Koulai Hervé, DJORO-DJAPI Élodie Ange Éléonore &
TOURE Noun Nadine Vanessa……... **658-670**

44. Rôle stratégique des radios locales dans la reconstruction sociale à Toulepleu
GAHIÉ Gnantin Mathias, KOFFI Assoumou André Luc,
Yaraba YEO KOFFI Brou Émile & LOUKOU Alain François……... **671-688**

45. Typologie résidentielle et dynamiques socio-spatiales de l'habitat dans la commune de Port-Bouët (Abidjan, Côte d'Ivoire)
Ohomon Bernard EVIAR & N'Dri Ernest KOUADIO…..... **689-706**

ISSN-P: 3079-3009
ISSN-L: 3079-3017

46. Dynamiques d'occupation et réorganisation des activités touristiques sur le littoral de Port-Bouët à Abidjan (Sud-Côte d'Ivoire)
Kouassi Aimé YAO…… **707-721**

47. Effets environnementaux des activités économiques transfrontalières à Igolo (commune d'Ifangni)
QUENUM Comlan Irené Eustache Zokpénou, SABO Denis & DOSSOU GUEDEGBE Odile V…… **722-740**

48. Migration planifiée et stress foncier dans le département de Bouaflé, centre-ouest ivoirien
Ouattara Issa BOURAHIMA, Kouassi Combo MAFOU & Coulibaly SEIDOU…… **741-758**

49. Problèmes environnementaux à Abobo-Sagbé : former à l'écocitoyenneté, une urgence éducative et sanitaire en Côte d'Ivoire
Tintcho Assetou KONE épouse BAMBA……..…. **759-776**

50. Pratiques agricoles et dégradation des terres dans le canton Bénoye (département de Ngourkosso au sud du Tchad)
KELGUE Salomon, DJEMON Model & NODJIHOUDOU Alexis …….... **777-793**

51. Facteurs morpho-climatiques du risque d'inondation de la plaine alluviale sur l'axe Bakel-Matam (fleuve Sénégal)
Gallo NIANG, Seydou Alassane Sow, Mbagnick FAYE & Mamadou NDIAYE……..... **794-812**

52. Facteurs climato-marins et dynamique côtière de Grand-Bassam de 1980 à 2023
Abazé Henri-Joël BEDA, Yao Dieudonné KOUASSI & Kouamé Fulgence KOUAME…… **813-826**

53. Maraîchage des femmes à Karakoro : entre opportunités économiques et fragilités structurelles
Kouakou Camille GOLI, Tiécoura Hamed COULIBALY, Yao Mathias LOUKOU, Tchérégnimin Alidjata YEO & Koffi Simplice YAO…… **827-843**

Philosophie

54. Le féminisme en contexte africain : vers une égalité réelle entre l'homme et la femme ?
Christ Guy Roland GBAKRÉ …… **844-858**

55. De la culture du blâme à la culture positive de l'erreur : enjeux d'une conscience éthique d'amélioration continue en milieu médico-hospitalier
Keumian Anicet DAGUI…… **859-875**

ISSN-P: 3079-3009
ISSN-L: 3079-3017

56. La valeur sociale du darwinisme au-delà des frontières de la lutte et de la sélection
Bourahima Ouattara N'GUETTIA…….. **876-888**

57. L'Afrique et le défi de développement social
Firmin Konan YAO……..... **889-901**

58. L'éthique à l'épreuve des stratagèmes bioéconomiques de l'industrie biotechnologique chez Céline Lafontaine
Attchoumounan Paulin OUATTARA……. **902-916**

59. Violence par les élèves dans les écoles secondaires du Sénégal : le paradoxe de l'enseignement des valeurs morales
Guène FAYE & Ousmane KANTE ……..... **917-934**

60. Probabilisme et démocratie en Afrique : Quelle contribution ?
Koffi Mathurin N'GUESSAN……. **935-945**

61. Technosolutionnisme et environnement : enquête d'éthique des technologies vertes
Sionfoungon Kassoum COULIBALY…… **946-958**

Anthropologie et sociologie

62. Foi, pratiques religieuses et performances des étudiants du département de Sociologie de l'université de Kara (Togo)
Nadiédjoh TCHELEGUE, Tamégnon YAOU & Yarou GUERA CHABI YORO……... **959-975**

63. Protection et prise en charge de l'enfant au Mali : services et établissements étatiques et conventionnés
Drahmane Fondo……..... **976-996**

64. Les élèves acteurs et victimes. Une analyse sur les expériences de consommation de drogues au Collège Catholique Monseigneur René Kouassi de Dabou
ZEZE Marie-Thérèse Dahonnon & NIAMKE Jean Louis…… **997-1018**

65. Radicalisation des groupes islamiques au nord du Mali : une analyse socio-politique du phénomène
KONE Drissa & TOUKPO Guy Oscar Sical……... **1019-1030**

66. Mutations foncières et reconfiguration des rapports à la terre à Gokra (centre-ouest ivoirien)
BRIGNON TAPE Gboua Axel-wilfried & KONE Moussa …… **1031-1049**

67. L'accompagnement numérique des enfants par les parents : fracture ou continuité éducative ?
GNAHORE Batty Gervais…….. **1050-1064**

ISSN-P: 3079-3009
ISSN-L: 3079-3017

68. **CMU et non-recours : analyse sociologique des perceptions et pratiques des premiers étudiants bénéficiaires de Bouaké (Côte d'Ivoire)**
Amenan Ruth Marylise KOUASSI, Sandra Méledje MEL & Attia Michel AKABILE **1065-1085**

69. **Gouvernance des Dros et résilience des victimes à Bouaké**
JOSELINE SAGOUHI GNAKA, MANAN Gnamien Elie & TCHETCHE Obou Mathieu..... **1086-1102**

70. **Enjeux et défis de stabilisation des rapports sociaux dans le milieu rural ivoirien**
Roméo BIE & Ludmilla Yaa Kra Mensan Adjéi..... **1103-1118**

71. **Résilience des populations riveraines dans la gestion des ressources de l'Okpara à Tchaourou au Bénin**
Amoussoun Zacharie BADJAGOU, Abdel Aziz MOSSI & Okry Brice IDJIWA..... **1119-1137**

72. **Diversité de formes de gestion conjointe de la famille chez les couples mariés d'Air-France (Bouaké, Côte d'Ivoire)**
KONAN Yao Escar, YEBOUA Atta Kouassi Didier & KOUAKOU Konan Jérôme..... **1138-1155**

Psychologie

73. **Réseaux sociaux, organisation du travail et procrastination chez les élèves de 3e à Adjamé**
Yemou Jeanne N'TAIN..... **1156-1173**

74. **Intelligence émotionnelle, Motivation et Investissement Subjectif chez les enseignants du secondaire public de Côte d'Ivoire**
Aya Michèle Edith Koffi..... **1174-1188**

75. **Vécu psychique du trauma de la violence sexuelle chez une survivante de l'ONG Bloom**
Kouakou Alain PRAO, Ekissi Jean Armel KOFFI & Marie-Joelle Akiapo AKIAPO..... **1189-1206**

76. **Mécanismes endogènes de santé mentale en contexte de crise sécuritaire : Cas de Kaya (Burkina Faso)**
Ali TAO, Marian BELEM, Daouda KOUMA & Rasmata NABALOUM BAKYONO..... **1207-1221**

Science de l'éducation

77. **Résoudre la crise des séries scientifiques aux lycées de Toliara par le renforcement du matériel didactique**
Bastoine CHADHOULI & Marinah NANTENAIKO..... **1222-1238**

78. **Les usages de l'intelligence artificielle et leur incidence sur les performances scolaires des élèves du secondaire au Burkina Faso**
Adama TRAORE & Benjamin SIA..... **1239-1256**

ISSN-P: 3079-3009
ISSN-L: 3079-3017

SECTION 4 : SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION

79. Cadre conceptuel et théorique de la gouvernance des marchés publics : une esquisse littéraire
Soumaïla ONGOÏBA, Houdou Attikou DIALLO & Abdoulaye MAIGA…... **1257-1274**

80. Vers une meilleure accessibilité aux services de santé grâce aux énergies renouvelables au Mali : cas de la commune rurale de Kalaban Coro
Ahmadou Abdourahimi DIALLO, Bokary DIALLO,
Adama DIABATÉ & Houdou Attikou DIALLO……. **1275-1288**

81. Contribution des institutions de microfinance au bien-être des femmes en Guinée
Diarra ZOUMANIGUI & Fatoumata Kenda DIA…… **1289-1305**

ISSN-P: 3079-3009
ISSN-L: 3079-3017

Journal International des Sachants
859
ISSN-P: 3079-3009
ISSN-L: 3079-3017

De la culture du blâme à la culture positive de l'erreur : enjeux d'une conscience éthique d'amélioration continue en milieu médico-hospitalier

Keumian Anicet DAGUI
Université Alassane Ouattara,
Bouaké - Côte d'Ivoire,
Email : kadag92@gmail.com

Date de soumission : 08-09-2025
Date de publication : 30-11-2025

Résumé

La qualité et la sécurité des soins sont aujourd'hui des enjeux majeurs dans les organisations médico-hospitalières inscrites à l'ordre du droit des patients, elles constituent une obligation éthique et professionnelle pour le corps médical. Or, la promesse de sécurité et de qualité des soins se heurte souvent à une culture managériale du blâme, encore très présente. Cette approche punitive considère l'erreur comme une faute individuelle à sanctionner, créant un climat de peur, de culpabilité et de silence organisationnel. À l'inverse, une culture positive de l'erreur propose une approche constructive : l'erreur est perçue non plus comme un acte isolé, voire une faute intentionnelle, mais comme des signes d'alerte, un point d'entrée vers la compréhension des fragilités systémiques, et une opportunité d'apprentissage organisationnel. Ce changement de paradigme favorise une conscience éthique tournée vers l'amélioration continue, la coopération et la résilience organisationnelle. Cette recherche s'inscrit dans une perspective critique et philosophique, en analysant les effets délétères de la culture du blâme et en défendant une alternative managériale fondée sur la compréhension, le dialogue et l'apprentissage. Elle invite à repenser la gestion des erreurs non comme des fautes à punir, mais comme des leviers pour renforcer la qualité des conditions de vie et de travail (QVCT) ainsi que la sécurité et la qualité des pratiques de soin.

Mots clés : Culture du blâme, Culture positive de l'erreur, Conscience éthique, Amélioration continue, Qualité et sécurité des soins

From the blame culture to the positive error culture: challenges of an ethical consciousness for continuous improvement in the medical-hospital environment

Abstract

The quality and safety of care are today major issues in medical and hospital organizations. Enshrined in patients' rights, they constitute an ethical and professional obligation for the medical profession. However, the promise of safe and high-quality care often clashes with a managerial culture of blame, which is still very present. This punitive approach views errors as individual faults to be punished, creating a climate of fear, guilt, and organizational silence. In contrast, a positive error culture proposes a constructive approach: the error is no longer seen as an isolated act, or even an intentional fault, but as warning signs, an entry point for understanding systemic weaknesses, and an opportunity for organizational learning. This paradigm shift fosters an ethical awareness focused on continuous improvement, cooperation, and organizational resilience. This research is framed within a critical and philosophical perspective, analyzing the harmful effects of a blame culture and advocating for a managerial alternative based on understanding, dialogue, and learning. It calls for a reconsideration of error

management, not as mistakes to be punished, but as opportunities to enhance the quality of life and work conditions (QVCT) as well as the safety and quality of care practices.

Keywords: Blame culture, Positive error culture, Ethical awareness, Continuous improvement, Quality and safety of care

Introduction

Les enjeux sanitaires dans nos sociétés sont de plus en plus complexes. Ils ne se traduisent plus uniquement en termes d ' offre de soins médicaux, mais englobent désormais des exigences croissantes en matière de qualité et de sécurité des soins. Comme le souligne L. D emart (2023 : 1) , « les attentes à l ' égard des professionnels de santé n'ont cessé de croître avec une recherche de sécurité et de qualité de soin s toujours plus importante. » Dans ce contexte médico - hospitalier marqué par une exigence croissante, l'erreur — longtemps considérée comme inhérente à l'activité humaine — tend désormais à être perçue comme inacceptable, voire comme une faute individuelle à sanctionner.

Cette vision punitive, héritée d'une culture de blâme profondément ancrée, tend à enfermer les professionnels de santé dans une posture défensive. Elle nuit au dialogue, entrave l'analyse collective et freine l'apprentissage organisationnel. En alimentant un climat de peur et de méfiance, elle inhibe la remontée d ' incidents, et freine l'amélioration continue des pratiques. Si la culture du blâme peut donner l'illusion d ' une plus grande rigueur ou d'un meilleur contrôle de la qualité, elle engendre en réalité des effets contre - productifs : peur, culpabilité, silence, et rupture du dialogue au sein des équipes.

Cependant, une approche pédagogique de l'erreur propose une lecture différente : l'erreur y devient un indicateur des fragilités systémiques et une opportunité d'apprentissage organisationnel. Il ne s'agit plus de sanctionner une faute, mais de comprendre ce qui dysfonctionne dans les processus, afin d'améliorer durablement la qualité des soins Cette transition paradigmatique ne relève pas d ' un simple changement de procédure : elle engage une transformation éthique profonde des représentations, des pratiques et des responsabilités dans le soin. Dès lors, une question centrale se pose : peut-on transformer la culture du blâme en une culture de l'erreur constructive au sein des établissements de santé ? Comment inscrire l'erreur dans une démarche éthique d'amélioration continue ? Quels sont les enjeux éthiques, organisationnels et professionnels d'une telle transformation ?

Cet article a pour objectif de contribuer à la réflexion éthique appliquée au management de la qualité dans les établissements de santé. Il s'agit plus précisément de promouvoir une conscience éthique de l'amélioration continue, nourrie par une culture positive de l'erreur.

En adoptant une approche critique qui vise à questionner la culture du blâme et une recherche appliquée qui vise à construire une conscience éthique d'amélioration continue en contexte médico-hospitalier, notre raisonnement sera construit autour de trois parties. La première s'intitule : Comprendre la culture du blâme : entre réflexe défensif et impasse organisationnelle. Quant à la deuxième, elle s'intitule La culture positive de l'erreur : principes éthiques et facteur du changement et enfin la troisième partie Construire une conscience éthique d'amélioration continue : pratiques et conditions.

1. Comprendre la culture du blâme : entre réflexe défensif et impasse organisationnelle

Blâmer un individu, c'est souvent plus simple que de remettre en cause un système. C'est ainsi que la culture du blâme prospère dans certaines organisations hospitalières, transformant l'erreur en faute, et la faute en stigmate. Ce réflexe défensif, loin d'être neutre, alimente des logiques de contrôle, de peur et d'isolement. Or, en masquant les causes profondes des dysfonctionnements, il devient lui-même un obstacle à l'amélioration. D'où l'urgence de le comprendre, pour mieux le dépasser.

1.1. La culture du blâme en milieu hospitalier : définition et enjeux

La culture du blâme, longtemps dominante dans le monde médico-hospitalier, repose sur une approche punitive de l'erreur. Dans ce contexte, toute erreur implique une responsabilité individuelle à situer et/ou à sanctionner. Autrement dit, cette culture cherche à identifier les personnes fautives plutôt qu'à comprendre les mécanismes ayant permis à l'erreur de se produire.

Face à cette approche, C. Morel préconise le principe de la « non-punition » (2021 : 344). Selon lui, seule la faute intentionnelle à but personnel est sanctionnée. En effet, l'institutionnalisation du blâme favorise le manque de transparence et empêche d'apprendre des incidents. Elle repose sur la conviction que l'erreur est le résultat d'un manque d'attention ou d'une négligence personnelle, et que seule la sanction pourra empêcher sa récurrence.

Sans être un indicateur de performance professionnelle et organisationnelle, elle donne une illusion apparente de qualité et de sécurité de soin. Contre-productive, elle nourrit une ambiance de peur, de crise de sécurité organisationnelle et entrave la remontée des incidents. La tendance à désigner des coupables isole les erreurs de leur contexte, empêche d'en comprendre les causes profondes et bloque toute dynamique d'amélioration. Selon J. Reason : « blâmer les individus est émotionnellement plus satisfaisant que de cibler les institutions. » (2000 : 768-770).

ISSN-P: 3079-3009
ISSN-L: 3079-3017

La recherche obstinée d'un porteur de faute entrave l'examen systémique des systèmes de production et d'offre de soins. Elle banalise les facteurs contextuels sous-jacents ou structurels susceptibles d'avoir contribué à l'erreur (comme charge excessive de travail, défaut de communication, équipements défectueux, etc.). Cependant, cette conception individualisante et culpabilisante de l'erreur peut-elle théoriquement se justifier.

1.2. La culture du blâme, genèse et théorie

Pour comprendre l'émergence de la culture du blâme en milieu médico-hospitalier, il faut remonter à la naissance de la médecine moderne construite autour des fondements d'autorité médicale. Le blâme s'enracine dans une double tradition inspirée du modèle de soins paternalistes, et la pression croissante liée à la judiciarisation des pratiques médicales.

Depuis l'envol de la médecine occidentale, la figure du médecin traitant est présentée comme celle d'un savant, c'est-à-dire un détenteur de savoir absolu. Maître et détenteur du savoir médicale, il serait au summum de la hiérarchie de l'art clinique. Dans ce contexte, toute remise en question serait perçue comme une censure et donc, une atteinte à l'autorité médicale.

Cette conviction d'autorité et d'asymétrie du soin renforce une culture de la maîtrise, de la qualité et de la sécurité des soins. L'erreur y est vécue comme révélatrice de lacunes, voire une transgression répréhensible. Or, « la pensée disjonctive, héritée du paradigme classique, sépare l'erreur de la vérité, la faute de la complexité, et empêche de penser l'erreur comme inhérente à l'acte humain. » (E. Morin, 1999 : 78). Une telle représentation de l'erreur, loin d'offrir une occasion d'apprentissage et d'amélioration des pratiques, traduit l'expression d'un échec qui déconstruit le mythe de l'autorité médicale.

Si l'émergence d'une médecine d'autorité a favorisé une culture punitive de l'erreur, cette conception s'est vue institutionnalisée par la judiciarisation croissante de l'acte médical. Cette évolution a intensifié les logiques de défense, de méfiance et de blâme. La menace d'une sanction juridique ou disciplinaire renforce la peur de parler des erreurs. Cela entretient une culture où l'on préfère se taire plutôt que risquer des conséquences personnelles. Portée par l'évolution du droit des patients, cette dynamique a profondément transformé les rapports au risque, à la responsabilité, et à la transparence dans les organisations de soins. Pris de peur et redoutant des poursuites pénales ou civile, certains professionnels adoptent des postures défensives, préférant cacher ou minimiser les incidents. Cette logique tend à légitimer la culture du blâme dans un contexte où la tête du porteur de l'erreur est mise à prix, au lieu d'une analyse systémique de l'erreur. Alors que la judiciarisation renforce la peur des sanctions juridiques et

favorise les postures défensives, elle se combine à une autre pression tout aussi forte : l'idéologie de l'infaillibilité médicale.

La théorie de l'infaillibilité médicale conçoit le personnel soignant comme un professionnel hautement qualifié. Cette représentation place le professionnel de santé à rang d'excellence, rendant toute erreur non seulement impossible, mais profondément blâmable. La figure symbolique du praticien infaillible participe également à l'ancrage de la culture du blâme. En d'autres termes, la formation médicale valorise l'expertise technique, la rigueur, et laisse peu de place au doute et à la vulnérabilité. Cette idéologie crée une pression implicite à l'excellence et rend l'aveu d'erreur particulièrement stigmatisant. Or, comme la pratique médicale est traversée par une tension constante : d'une part, une aspiration à l'excellence et à l'infaillibilité médicale et d'autre part, la réalité clinique, faite d'incertitudes, de décisions complexes et de zones grises.

Ancrée dans la tradition médicale, l'exigence d'infaillibilité favorise une interprétation subjective de l'erreur, ignorant la complexité inhérente des contextes cliniques. Elle entraîne une confusion permanente entre culpabilité morale, erreur humaine inhérente et les défaillances structurelles, obscurcissant les repères nécessaires à une analyse éthique rigoureuse et multidimensionnelle des situations indésirables.

Sans tenir compte des conditions de travail, des protocoles de soins et des interfaces homme-machine, cette logique laisse croire que seul l'individu doit être tenu responsable en cas d'erreur constatée. Pourtant, « punir les individus pour des erreurs issues de systèmes défaillants revient à blâmer les derniers maillons d'une chaîne longue et complexe. » (J. Reason, 1997 : Xi). Une telle culture a des conséquences individuelles et organisationnelles.

1.3. Impacts individuels et organisationnels d'une culture managériale du blâme

La culture du blâme, en entretenant une confusion continue entre écart moral, erreur humaine et carence organisationnelle, va bien au-delà de la simple incompréhension des événements indésirables. Elle crée de réels impacts préjudiciables tant pour les individus ainsi que sur les équipes professionnelles, compromettant ainsi la santé des soignants et la performance des structures de soins. Sans garantir la sécurité ou la qualité des soins, elle nourrit un climat d'angoisse, de retrait et de fracture contraire aux principes de transparence et de responsabilité partagée.

Le silence organisationnel et la peur du jugement sont des impacts non visibles de la culture du blâme. Dans un contexte où règnent la crainte du jugement et la peur de la sanction, le *reporting*

des erreurs ou incidents devient un pari professionnel hautement risqué quand bien que cela présente une occasion d'apprentissage collectif. Connu sous le nom de *« organizational silence »,* ce phénomène est défini par E. W. Morrison & F. J. Milliken, comme un choix dominant à l'intérieur de beaucoup d'organisations où les employés préfèrent garder pour eux leurs opinions et préoccupations par rapport aux problèmes organisationnels. (2000 : 708). V. Charles précise d'ailleurs que : « Le personnel peut se sentir découragé de signaler un incident s'il pense qu'il en subira les conséquences négatives, même en l'absence de faute grave. » (Op.cit., 2010 : 45). En effet, lorsque les gens ont peur d'être blâmés, ils sont réticents à partager de mauvaises nouvelles ou à admettre leurs erreurs. Dans une entrevue à la *Revue Gestion HEC Montréal,* A. Edmondson (2022), explique que : « la punition a pour principal effet d'empêcher les gens de s'exprimer. » Autrement dit, lorsqu'on punit ou qu'on stigmatise les erreurs, les prennent peur et ont de plus en plus tendance à ne rien dire. Cette crainte entrave toute démarche légitime d'amélioration continue des pratiques. Par ailleurs, cette culture de culpabilité en milieu médical comme dans tout autre contexte porte symboliquement atteinte à l'identité professionnelle et peut conduire à son effondrement.

Dans une culture du blâme, l'erreur est vécue comme une défaillance individuelle : elle stigmatise non seulement l'acte, mais le professionnel lui-même. Ce stigmate symbolique fragilise durablement son identité professionnelle en le plaçant sous le signe de l'incompétence et du reproche, au détriment du travail collectif et du retour d'expérience. La situation prend parfois la forme d'un choc plus ou moins traumatique ou encore de « mauvaise nouvelle » au sens d'information qui modifie le regard sur son parcours et sur son avenir. » (É. Galam, 2012 : 157). Cela conduit à l'isolement, à une souffrance psychologique, voire à un mal-être professionnel et donc à une perte de confiance en soi, qui à terme, devient un facteur d'épuisement professionnel (burnout). Le soignant qui commet une erreur vit un double traumatisme : celui d'avoir atteint un patient, et celui d'être jugé comme incompétent ou fautif sans analyse globale de la situation.

> Il est ainsi littéralement condamné non seulement au silence mais aussi à encore plus de perfection puisque lui-même, ses collègues, les patients et les juristes vont porter un regard aigu, global et prolongé sur sa pratique. Il est donc doublement victime puisque, « coupable » ou susceptible de l'être, il n'a cependant pas le droit de se plaindre ni de demander de l'aide. (É. Galam, 2012 : 157).

Cette situation crée non seulement un sentiment de non-appartenance au groupe, mais aussi une perte du sens de travail, ce qui est contraire à la réflexivité professionnelle, pourtant nécessaire à la sécurité des soins t des pratiques professionnelles.

Comme le rappelle (J. Reason, 1997 : 91), « blâmer les individus affaiblit la confiance entre membres d'une équipe, et compromet l'apprentissage organisationnel. ». En effet, contraire à l'esprit d'équipe, le blâme marque une rupture avec les principes de cohésion et d'appartenance au groupe. Cette logique cultive un environnement de méfiance entre collègues. Cela compromet une communication et coopération interdisciplinaire, et l'échange des vécus professionnels, pourtant indispensables dans des situations cliniques complexes. Dans ce cadre, l'erreur acquiert le statut d'un tabou institutionnel commun et devient un cycle vicieux de silence et d'évitement. Pourtant, « la contradiction entre le respect des règles et les écarts inévitables est résolue non par la dissimulation des écarts (comme c'est le cas traditionnellement) mais par le débat interne. » (C. Morel, 2014 : 344.).

Enfin, pour la sécurité et la qualité des soins, la culture du blâme est une approche contre-productive pour les organisations de soins et les équipes soignantes. Elle alimente une « médecine défensive » (J. Barbot & E. Fillion. 2006 : 5-33.), renforce la crise de l'identité et de l'épuisement professionnel, brouille les occasions d'apprentissage continu, socle du développement des compétences et de l'expertise métier. À l'inverse, une culture de responsabilité mutuelle et de sécurité, fondée sur le *Just culture* (Khatri N., et al, 2009 : 312-322.) ou la culture positive de l'erreur, permet de tirer des enseignements de l'erreur sans stigmatiser les soignants, renforçant à terme la confiance, l'expression des incidents et le management de la qualité des soins.

Si le blâme peut être perçu comme une réponse défensive de protection de soi contre l'autre ou face aux pressions institutionnelles, il traduit l'expression d'une situation d'angoisse professionnelle et d'une carence systémique. En refusant d'admettre la complexité variante des situations cliniques, les défaillances structurelles pour ne chercher que la responsabilité individuelle de l'erreur, la culture du blâme révèle une impasse individuelle et structurelle. Ainsi, elle entrave l'apprentissage collectif, fragilise la communication, l'esprit d'équipe et la confiance mutuelle. S'impose dès lors une redéfinition de paradigme. Une culture positive de l'erreur notamment. Cela amène à requalifier l'erreur non comme un acte à punir, mais plutôt comme une alerte, un indicateur d'amélioration des pratiques. Construite sur des principes éthiques — transparence, responsabilité collective, respect, justice, bienveillance — cette logique offre une approche inédite de management de la qualité continue des soins et des services de santé.

ISSN-P: 3079-3009
ISSN-L: 3079-3017

2. La culture positive de l'erreur : principes éthiques et facteur du changement

Apprendre de ses erreurs est une des bases de la progression des individus et des organisations. C'est aussi un fondement de la démarche Qualité. Cela implique d'instaurer un management positif de l'erreur et développer une culture organisationnelle qui considère l'erreur comme un point de départ d'amélioration. Cette approche repose sur des principes éthiques solides et constitue un levier puissant pour le changement organisationnel et individuel.

2.1. Construire une culture de l'erreur positive

Vouloir construire une « culture de l'erreur positive » en milieu médico-hospitalier peut paraître contradictoire dans un domaine où le professionnalisme, la compétence, la conformité et la maîtrise des risques sont valorisés au détriment du droit à l'échec. La culture positive de l'erreur n'est pas une promotion de l'erreur. Il ne s'agit pas de célébrer l'erreur, mais de l'exploiter intelligemment. En effet, une culture positive de l'erreur renvoie à une approche managériale qui promeut un environnement organisationnel où l'erreur sans être individuelle, est ouverte à l'analyse, partagée mutuellement et explorée au bénéfice professionnel de l'organisation et de ses membres. D'ailleurs, de nombreux travaux en sociologie des organisations, en psychologie du travail et en management indiquent de considérer l'erreur comme une opportunité unique d'apprentissage et une condition essentielle à l'innovation, à la résilience collective et à la performance organisationnelle et non comme un échec à punir.

L'erreur est par ailleurs un symptôme de dysfonctionnement organisationnelle. Elle ne serait donc pas une incompétence professionnelle individuelle encore moins un échec isolé. En effet, « l'erreur est un produit inévitable de l'imperfection humaine, mais aussi un indicateur des failles dans les systèmes qui entourent cette humanité » (J. Reason, 1990 : 173). L'admettre comme symptôme d'un dysfonctionnement systémique participe à la construction d'une conscience éthique de l'erreur et au changement de paradigme managérial. Constructive, cette logique systémique permet de tirer des enseignements des erreurs commises sans indûment chercher un bouc émissaire.

Mais très souvent, il arrive que l'on fasse un amalgame entre l'erreur, la faute et la négligence. Ainsi, il est important de distinction entre ses trois notions. Cela permet une parfaite compréhension organisationnelle et contextuelle des incidents afin d'apporter des réponses adéquates. Selon A. Edmondson « une organisation qui confond erreur et faute empêche ses membres de parler ouvertement de ce qui ne va pas » (2019 : 112).

L'erreur est définie comme un écart involontaire entre l'action réalisée et celle attendue. Elle se rapporte généralement à des distorsions cognitives, un excès d'information, ou à la mauvaise qualité de vie et des conditions de travail (QVCT). La faute quant à elle, suppose une volonté manifeste d'enfreindre à une norme ou à une règle établie. Elle interroge la responsabilité éthique et professionnelle de l'individu. La négligence elle, se distingue par une ignorance intentionnelle ou l'indifférence à une règle de sécurité ou de qualité connue ou un risque identifiable. Face aux conséquences de la logique punitive de l'erreur émerge le besoin d'un nouveau paradigme construit autour des principes éthiques.

2.2. Les fondements éthiques d'une culture positive de l'erreur

Le développement d'une culture positive de l'erreur repose sur des principes visant à instaurer un cadre en vue de stimuler l'apprentissage collectif et de prévenir les risques. Pour cela, il est essentiel de construire un cadre de travail psychologiquement sécurisé. La sécurité psychologique au travail stimule la performance opérationnelle et nourrit l'engagement au travail, l'échange d'informations, l'apprentissage et le changement. (A. Edmondson. 1999; Frazier et al., 2017; Newman et al., 2017; Sher et al., 2019; Zhang et al., 2021). Il s'agit donc de déculpabiliser l'erreur qui n'est pas fautive. De la dissocier de l'acte involontaire ou du manque de compréhension.

Au vu de ce qui précède, l'erreur sans être un acte individuel à sanctionner, l'erreur est « le dernier maillon visible d'une chaîne de défaillances latentes » (J. Reason, 1997 : 10). C'est d'ailleurs sous cet angle d'analyse que s'inscrit le modèle " *Swiss Cheese Model* " ou " fromage suisse " de James Reason, dont l'étude est essentielle pour une culture managériale constructive de l'erreur dans un système organisé à haute fiabilité (HRO). Le *Swiss Cheese Model* offre un cadre méthodologique de management des accidents organisationnel. Selon cette allégorie, un système organisé n'est exempt de tout risque. En effet, chaque niveau d'un système organisé, que ce soit à travers des process, des mesures, la formation ou le contrôle comporte des carences et des trous qui, lorsqu'ils s'alignent, sont susceptibles de causer un accident. C'est dans cette représentation que s'inscrit *High Reliability Organizations* (Organisations à haute risque) à l'image des unités nucléaires et compagnies aériennes. Si ces organisations réussissent, malgré leur complexité à enregistrer un faible taux d'incident, c'est justement parce qu'elles développent une attention continue aux potentiels risques d'échecs, une sensibilité aux opérations quotidiennes et une capacité à improviser face à l'imprévu (K. Weick &K. Sutcliffe : 17).

Ces principes requièrent une logique de gestion des erreurs qui repose sur l'examen collectif, la transparence, le respect et la coopération interdisciplinaire. La mise en avant des feedbacks,

ISSN-P: 3079-3009
ISSN-L: 3079-3017

le développement d'un cadre de confiance, la sécurité psychologique, le respect de la dignité professionnelle et droit à l'erreur et une communication ouverte sont des outils d'un management pouvant transformer les erreurs en recette de progrès.

2.3. Dynamique d'inertie et résistance au changement

Si les principes éthiques d'une culture positive de l'erreur offrent une approche constructive plus humaine et consciente de l'erreur, leur déploiement se heurte à un certain nombre de barrières. Autrement dit, toute transition culturelle, même motivée par de bonnes intentions, doit composer avec des résistances individuelles, collectives et structurelles, ainsi qu'avec des logiques parfois contradictoires. Il convient donc de constater les entraves au déploiement d'une véritable conscience éthique d'une culture positive de l'erreur dans organisations sanitaires.

La dynamique d'inertie et la résistance au changement face à la construction d'une conscience éthique de l'erreur sont ancrées dans une culture professionnelle plus large, des formes de management déshumanisantes et une dette de formation à l'éthique des soins ainsi qu'à l'éthique organisationnelle. En effet, dans de nombreux systèmes organisés, et tout particulièrement dans les domaines à haut risque tels que le secteur des soins, les pratiques restent souvent dominées par une vision normative et par l'importance accordée à l'expertise.

Dans ce contexte, l'erreur tend à être confondue avec une faute personnelle, perçue comme une atteinte à la réputation ou comme un signe d'incompétence professionnelle. Dans certaines organisations, la reconnaissance d'une erreur expose immédiatement à des sanctions implicites, ce qui empêche toute dynamique d'amélioration collective. Cette peur nourrie combinée aux principes d'une médecine verticale, constitue une entrave invisible au développement d'une conscience éthique de l'erreur. Admettre l'erreur dans un contexte pareil pourrait fait l'objet d'une récupération managériale technocratique sournoise. Cachée derrière un pseudo « droit à l'erreur ou tolérance aux erreurs », cette technocratie managériale à visée rhétorique est parfois déconnectée de la réalité c'est-à-dire du vécu et des dilemmes.

Enfin, l'une des vicissitudes face à la culture positive de l'erreur est le déficit de formation éthique du soin et vivante. Une formation continue à l'éthique du soin permet dans des situations de dilemmes cliniques, de nourrir une réflexion clinique et critique partagée vitale aux décisions cliniques et à la validation des protocoles de soin. Ainsi, elle participe à l'éveil d'une conscience éthique de l'erreur car, « cette réflexion rétrospective ou prospective « or le feu de l'action » favorise l'apprentissage à partir de l'expérience et permet un réajustement permanent des professionnels à la complexité des situations auxquelles ils sont confrontés. » (I. Galvão, 2014 : 127-147.) L'approche réflexive permet d'élaborer des plans d'action capables

de susciter un engagement professionnel partagé et stable. « Cette disposition à la réflexivité suppose de rompre avec le « pilotage automatique » de la routine dans laquelle les actions humaines ont tendance à s'inscrire. Elle suppose également la transformation des pratiques. » (I. Galvão, 2014 : 127-147.). Si les dynamiques d'inertie et les résistances au changement témoignent de la complexité des mutations structuro-culturelles dans le cadre du soin, elles ne doivent pas pour autant annihiler l'action. En revanche, elles témoignent de la nécessité de mettre en place un climat professionnel et des conditions objectives encourageant l'éveil d'une conscience éthique vivante, enracinée dans la pratique, et tournée vers une amélioration continue des pratiques.

3. Construire une conscience éthique d'amélioration continue : pratiques et conditions

L'amélioration continue ne peut se limiter à des procédures techniques ou à des outils de gestion. Elle s'ancre dans une conscience éthique qui engage les professionnels à agir avec responsabilité, transparence et vigilance. Développer cette conscience suppose de mettre en place des conditions favorables où la qualité et la sécurité deviennent des repères partagés, soutenus par un cadre professionnel structurant et des pratiques quotidiennes cohérentes.

3.1. Bâtir un cadre professionnel propice à la qualité et la sécurisé

Dans une organisation sanitaire, la notion de sécurité de soin est liée à la sécurité des soins. Elles s'inscrivent dans une démarche d'amélioration continue des pratiques de soin. Cela implique la mise en place des actions concrètes notamment, un cadre professionnel bien défini où chaque acteur du soin se distingue comme membre d'un collectif. Cette démarche est nécessaire pour promouvoir un sentiment d'appartenance et l'adhésion du personnel aux objectifs de l'organisation. Autant, cette démarche est essentielle pour construire un cadre organisationnel bien structuré qui favorise la qualité et la sécurité des soins et qui, assure la pérennité et la performance des équipes, ce qui laisse peu de place à l'erreur. Un cadre professionnel bien organisé favorise non seulement le respect des exigences de qualité, mais également les conditions propices à la sécurité psychologique et professionnelle du personnel. En effet, la culture de la sécurité des soins dans un établissement sanitaire est profondément liée à la façon dont il traite son personnel et la sécurité de ceux-ci.

Au-delà des standards scientifiques et protocoles cliniques, le succès opérationnel d'un collectif professionnel doit se nourrir d'une conscience éthique d'amélioration continue. Ce succès ne peut être effectif que dans une volonté partagée et la mise en place de dispositifs d'alerte et veille qui garantissent un cadre de travail efficace et sécurisé. Cela passe par un système de

ISSN-P: 3079-3009
ISSN-L: 3079-3017

communication fluide, des process clairs, l'évaluation régulière des pratique, la formation continue des employés et la reconnaissance de la pluralité des savoirs (savoirs d'usage, savoirs professionnels, savoirs scientifiques…). Il s'agit de construire des outils ou des mécanismes de signalement non-punitifs. Ces dispositifs doivent garantir un cadre protecteur des lanceurs d'alerte, et doit servir à l'analyse systémique des incidents, des risques et des erreurs. Les EIG : Déclarations d'Événements Indésirables Grave), les RMM : Revues de Morbidité-Mortalité et le CREX : Comités de Retour d'Expérience (HAS, 2022 ; B. Boussat & P. François, 2016) sont des outils opérationnels d'un management collaboratif. Sur le plan communicationnel, ils permettent la remontée des incidents sans crainte de jugement, de stigmatisation ou de représailles encore moins d'atteinte à l'image ou à la réputation professionnelle. La mise en place de ces outils permet d'anticiper les risques avérés ou potentiels, qu'ils soient d'ordre sanitaire, humain ou technologique.

Promouvoir un cadre professionnel, favorable à la qualité et à la sécurité est une condition fondamentale ; partant de là, il est envisageable de concevoir un espace de dialogue ouvert et une réflexivité éthique, garant de l'émergence d'une conscience éthique d'amélioration continue.

3.2. Encourager le dialogue et la réflexivité éthique

L'exercice professionnel, singulièrement dans le domaine clinique et médico-social, implique des choix dans des contextes d'incertitude le plus souvent, traversés par des dilemmes éthiques. Dans cette optique, il est fondamental de favoriser le dialogue et la réflexivité éthique. Ceci est nécessaire est une étape importante qui participe à la promotion du respect de la dignité et des droits des parties prenantes. Dans une organisation de santé, le dialogue éthique favorise une communication ouverte entre les membres du collectif professionnel. Fondé sur une approche délibérative, il vise à faire émerger et confronter les différents points point de vue sur des situations cliniques ou organisationnelles données.

La Haute Autorité de Santé recommande ainsi de « favoriser des espaces d'échanges pluridisciplinaires autour des situations complexes afin de garantir des décisions respectueuses des droits des personnes et cohérentes avec les valeurs de l'institution » (HAS, 2018). Ces espaces d'échange cultivent une intelligence collective car, ils s'inscrivent dans une perspective de co-construction des décisions, surtout face aux dilemmes éthiques ou lorsqu'il existe des conflits de valeurs. D'ailleurs, « l'éthique est d'abord une visée de la vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes » (P. Ricoeur, 1990 : 202). Échanger sur une question ou une situation ne consiste pas à rechercher une vérité absolue, mais à examiner collectivement ce qui paraît le plus approprié au regard du contexte. Dans ces circonstances, ce n'est pas la

règle qui définit l'éthique, mais l'éthique qui interroge et façonne la règle. Les comités de réflexion éthique, à l'image des groupes de parole, les instances d'analyse de pratiques favorisent cette confrontation constructive. Ils permettent aux participants une prise de recul et dépasser les réactions immédiates, souvent empreintes d'émotion ou routinières, afin de remettre en cause et réévaluer ses pratiques.

Dans un contexte médico-hospitalier en évolution permanente, où les nomes semble être parfois floues, incomprises et paradoxales, la réflexivité éthique devient une posture professionnelle indispensable et une grille d'analyse critique et d'amélioration des pratiques. Elle développe la capacité à questionner ses pratiques, ses valeurs et représentations au regard des contextes cliniques complexes. Cela sous-entend une réflexion continue sur le sens profond de ses actions, sa portée, et ses finalités. La réflexivité aide à prévenir le piège d'une éthique strictement procédurale ou instituée, en visant une éthique circonstancielle incarnée, axée sur l'engagement collectif et individuel. Elle permet par ailleurs une conscience éthique partagée.

La promotion du dialogue et la réflexivité éthique, c'est bien évidemment contribuer à l'émergence d'une culture éthique partagée, où chaque employé du collectif se sent légitime d'émettre ses doutes, partager ses inquiétudes, ses appréciations et ses interrogations. Cela fait de tous des acteurs de la vie d'organisation et de la construction d'un cadre professionnel plus confiant et rassurant. En tant que mécanisme d'écoute, de dialogue et d'intelligence collective, la réflexivité éthique et les groupes de parole ont une portée significative sur la dynamique interne des équipes où, chaque acteur devient ambassadeur de la qualité sécurité.

La réflexivité éthique, en tant que capacité d'examiner ses actions, ses intentions et le contexte de ses choix, représente une compétence prépondérante dans le contexte des soins. En tenant compte des valeurs en présence, elle permet avec discernement de faire face aux situations cliniques complexes. Toutefois, afin que cette dynamique réflexive s'ancre véritablement au sein des équipes, il est essentiel qu'elle soit véhiculée et vécue dans les pratiques managériales quotidiennes. C'est dans ce contexte qu'intervient le leadership éthique des managers. À la croisée des exigences institutionnelles, des besoins des équipes et des attentes des patients, les managers dans les établissements de soin, incarnent une figure essentielle. Du fait de leur posture, leur conduite et engagement doivent incarner un rôle central dans la transmission de cette culture éthique. Le leadership soignant, étant tout d'abord la capacité de faire de soi-même une référence éthique pour les autres, les managers ont par conséquent, la responsabilité de faire ancrer cette posture éthique dans des pratiques de soins qui allient responsabilité, humanité et cohérence.

Encourager le dialogue et la réflexivité éthique des organisations sanitaires participe à l'instauration d'un environnement de travail plus confiant, favorable au partage d'idées et ou les soignant peuvent collectivement réfléchir sur le sens, la portée et la finalité de leurs actions. Cette dynamique collective va bien au-delà du cadre unique de consolidation des postures éthique. Elle constitue le socle d'un fonctionnement organisationnel plus ouvert, capable d'apprendre de ses expériences, d'admettre ses erreurs et de se transformer. C'est dans cette optique que se développe l'idée d'un hôpital apprenant, responsable, impliqué dans une culture positive de l'erreur.

3.3. Vers un hôpital apprenant, responsable et résiliant

Face à la judiciarisation croissante de l'acte médical, aux exigences de sécurité et à l'évolution des aspirations sociétales, les établissements de santé sont appelés à devenir des organisations apprenantes et responsables. Cela requiert une mutation profonde de la culture du blâme vers celle de culture positive de l'erreur. Dans cette nouvelle reconfiguration organisationnelle et managériale, la culture positive de l'erreur est le levier de performance organisationnelle et professionnelle. Car « il ne suffit pas d'ajouter des connaissances pour comprendre. Il faut les organiser, les relier, les contextualiser. » (E. Morin, 1977 : 22). Cette mutation nécessite de mettre en contexte les savoirs acquis à partir des expériences et des échecs vécus, afin d'en tirer des enseignements utiles et productifs au bénéfice de l'organisation et des patients.

Entre une culture du blâme qui fige les responsabilités dans la punition et une culture positive de l'erreur qui encourage l'apprentissage organisationnel, il s'agit d'incarner une conscience éthique d'amélioration continue. Celle-ci se fonde sur une compréhension objective des échecs, sur la reconnaissance des vulnérabilités humaines et sur la promotion d'une responsabilité partagée plutôt que d'une culpabilité individuelle. Pour C. Fleury, « ll ne s'agit pas de punir pour punir, mais de faire émerger une responsabilité réflexive qui permette d'apprendre de l'erreur sans humilier. » (2015 : 142). Concrètement cela suppose d'intégrer la culture positive de l'erreur dans la démarche qualité. L'intégration de la culture positive dans la conduite de la démarche qualité est une condition fondamentale dans le cadre de d'édification d'une organisation sanitaire humanisante. Cette approche permet aux établissements de questionner ses échecs, d'analyser les causes systémiques des événements indésirables afin d'en tirer des enseignements pour prévenir leur résurgence. Cela contribue également à la maturité éthique des organisations collectives.

Enfin, l'hôpital ne pourra qualitativement répondre aux exigences de sécurité et de qualité que s'il s'engage dans un partenariat de qualité et de sécurité avec le patient. Ce partenariat doit être

une relation symétrique et complémentaire, fondée sur le savoir médical des professionnels et sur l'expérience vécue du patient. Autrement dit, si la maladie est un objet de soin et de savoir pour la science médicale, elle est autant pour le malade une expérience totale, qui l'expose dans ses dimensions corporelle, psychique, sociale, existentielle et/ou spirituelle.

Cette relation de soin à l'avantage d'offrir au patient une opportunité de participation : il s'agit de coconstruire un plan de soin partagé. Sa participation aux politiques de qualité, au comité d'éthique et au groupe de parole et au processus décisionnel qui participe à renforcer la crédibilité, la confiance et l'efficacité des actions engagées et donc à la démocratie sanitaire. Il ne s'agit plus d'une médecine qui décide pour, mais d'une médecine qui agit avec, dans une démarche de démocratie sanitaire qui reconnaît au patient un rôle actif. Ainsi, les organisations de santé peuvent s'adapter aux défis actuels et évoluer vers une institution performante, humaine et responsable en unissant la culture de l'apprentissage collectif, exigences éthiques et démocratie sanitaire.

Conclusion

De plus en plus instituée, le blâme dans les organisations médico-hospitalières tend à s'ériger en une culture managériale. Cette tendance, loin de favoriser un climat de collaboration, installe une atmosphère de défiance où chaque faux pas devient l'occasion de désigner un responsable. En analysant cette dynamique, il devient fondamental de questionner les répercussions d'une telle culture sur la performance individuelle, organisationnelle et sur la qualité et la sécurité des soins.

Portée par les pressions institutionnelles, une idéologie d'infaillibilité médicale, la médecine d'autorité, la judiciarisation médicale et l'émergence du droit des malades, la culture du blâme semble offrir une illusion de rigueur, de sécurité et de qualité des soins. Le blâme produit une souffrance psychologique, un mal-être professionnel, un sentiment de culpabilité, un silence contre-productif face aux évènements indésirables. Ainsi, il alimente une crise de dialogue au sein des équipes de soin et constitue une menace pour la sécurité des patients. Elle tend à masquer la complexité clinique et le caractère systémique des organisations de sanitaires. Face à cette tendance, il est nécessaire de réinventer un nouveau paradigme managérial inspiré d'une culture positive de l'erreur et d'une conscience éthique d'amélioration continue des pratiques médicales.

Passer de la culture du blâme à une culture positive de l'erreur, c'est choisir l'intelligence collective plutôt que la sanction individuelle. C'est reconnaître que l'erreur, loin d'être une faute à punir, peut constituer un levier éthique d'apprentissage, de prévention et de transformation

organisationnelle. D'ailleurs, la seule vraie erreur est celle qui n'offre aucune opportunité d'apprentissage. C'est pourquoi, il est nécessaire de promouvoir une conscience éthique de l'erreur pour construire des organisations sûres.

En milieu médico-hospitalier, cette évolution est non seulement une exigence de sécurité, mais un marqueur de maturité managériale et professionnelle. Citant le " Dalaï Lama " B. Tabuteau, (2018) rappelle que « les seules vraies erreurs sont celles que nous commettons à répétition. Les autres sont des occasions d'apprentissage. »

Références bibliographiques

ALAM Sher, SHABANA Gul, MUHAMMAD Khan Riaz, MUHAMMAD Naeem., 2019, « Psychological safety: a cross-level study of a higher educational institute (HEI) », in *Journal of Management Sciences,* Vol. 6, n°1, p. 30-49.

ALEXANDER Newman, ROSS Donohue, NATHAN Eva, 2017*,* « Psychological safety: a systematic review of the literature», *Human Resource Management Review,* Vol.27, n°3 p.521-535.

BARBOT Janine & FILLION Emmanuelle, 2006, « La « médecine défensive » : critique d'un concept à succès », *Sciences sociales et santé*, Vol. 24, n° 2, p. 5-33

BOUSSAT Bastien & FRANÇOIS Patrice, 2016. « Gérer la sécurité du patient en équipe : la Revue de morbidité et de mortalité (RMM) et le comité de retour d'expérience (CREX) », *Techniques Hospitalières – La revue des technologies de la santé,* n° 755, p. 32-36.

CHARLES Vincent, 2010. *Patient Safety*, 2nd Éd, Londres, Churchill Livingstone, 268 p.

DEMARET Loane, 2023, *La culture positive de l'erreur, est-elle possible au sein de la société moderne ?* Caen, in *UniCaen – AREN*, 84 p.

EDMONDSON Amy, 2022, « Les bons et les mauvais échecs », in *Revue Gestion HEC Montréal :https://www.revuegestion.ca/amy-edmondson-les-bons-et-les-mauvais-echecs*, Consulté le 24 août 2025 à 13h41.

EDMONDSON Amy C, 1999, « Psychological safety and learning behavior in work teams », *in Administrative Science Quarterly,* Vol. 44, n°2, p. 350-383.

FEURY Cynthia, 2015. *Les Irremplaçables*, Paris, Gallimard, 224 p.

GALAM Eric, 2012. *L'erreur médicale, le burnout et le soignant : de la seconde victime au premier acteur*, Paris, Springer-Verlag, 327 p.

GALVÃO Izabel. 2014. « Mise en réflexivité... un pas de côté. Le sujet dans la cité », *Actuels*, Vol.2, n°1, p. 127-147.

HAS, 2009, *Revue de mortalité et de morbidité (RMM). Outil d'amélioration des pratiques professionnelles*, Paris, (actualisé février 2022). Version longue en PDF.

HAS, 2018, « Démarche éthique en établissements et services sociaux et médico-sociaux » : https://www.has-sante.fr, consulté le 23 août 2025 à 18h25.

M. LANCE Frazier, STAV Fainshmidt, RYAN L. Klinger, AMIR Pezeshkan, VESELINA Vracheva, 2017, « Psychological safety : A meta-analytic review and extension », *Personnel Psychology,* Vol. 70, n°1, p. 113-165.

MOREL Christian, 2014. *Les décisions absurdes. Tome 2 : Comment les éviter*, Paris, Gallimard, Collection folio Essai, 384 p.

.MORIN Edgar, 1977. *La Méthode 1. La Nature de la Nature*, Paris, Seuil, 416 p.

MORIN Edgar, 1999*, La tête bien faite : repenser la réforme, réformer la pensée*, Paris, Seuil, 160 p.

MORRISON Elizabeth Wolfe Morrison & Frances J. Milliken, 2000. « Organizational Silence: A Barrier to Change and Development a Pluralistic World », *The Academy of Management Review*, Vol. 25, n°4, p.706-725.

NARESH Khatri., GOEDON D. Brown Halbesleben., LANIS L. Hicks, 2009, « From a blame culture to a just culture »*, Health Care Management Review*, Vol. 34, n°4, p. 312-322.

REASON James, 1997. *Managing the Risks of Organizational Accidents*, Royaume-Uni, Ashgate, 252 p.

REASON James, 1990. *Human Error*. Cambridge, Cambridge University Press, 320 p.

REASON James, 2000, « *Human error: model sand management », BMJ,* 320, p. 768–70

RICOEUR Paul, 1990. *Soi-même comme un autre*. Paris : Éd du Seuil, 432 p.

TABUTEAU Bernard, juillet 2018, in TURBEL Loic et SURUN *Philomène* « Comment promouvoir la culture de « l'erreur apprenante » dans les établissements de santé ? », *ManagerSante.com : https://managersante.com/2018/07/16/21548/,* consulté le 25 août 2025 à 13h10.

WEICK Karl Edward & KATHLEEN Sutcliffe M, 2007**,** *Managing the unexpected: Resilient performance in an age of uncertainty (2nd Éd.),* San Francisco, Jossey-Bass, 208 p.

YEJUN John Zhang, MIN (Maggie) Wan, 2021 « The double-edged sword effect of Psychological safety climate: a theoretical framework. Team Performance Management », *An International Journal,* Vol.27, n°5/6, p. 377-390.