



---

## Les sources de barrières aux transferts des connaissances à des niveaux d'apprentissage dans les établissements publics de santé en République du Congo

Ursule Nudy **BANZOSSI NIAKA**<sup>1</sup>

---

### *Mots clés:*

*Transfert des connaissances  
Barrières au transfert  
Apprentissage organisationnel  
Etablissement de santé congolais  
Méthode Delphi*

### **RÉSUMÉ**

Cette recherche avait pour objectif d'appréhender les sources susceptibles desquelles proviennent les barrières aux transferts des connaissances ainsi que leur influence sur les niveaux d'apprentissage au CHU-B. Une perspective à plusieurs niveaux d'apprentissage a été donc prometteuse pour déterminer les sources des barrières ainsi que leur influence sur les autres niveaux d'apprentissage afin d'optimiser le transfert des connaissances qui garantirait la continuité et améliorerait la qualité des soins. La méthode Delphi a été utilisée dans la collecte et le traitement des données. Cette démarche a permis d'obtenir un niveau satisfaisant du consensus d'opinions d'experts, en l'occurrence des médecins et des infirmiers. Nous avons dressé une typologie des sources des barrières aux transferts des connaissances. Au total dix-huit (18) sources dont l'influence est maximale sur les différents niveaux d'apprentissage. Trois (3) sources au niveau individuel, quatre (4) sources au niveau de l'équipe, sept (7) sources au niveau organisationnel et quatre (4) sources au niveau inter-organisationnel.

© 2023 RAG – Tout droit réservé.

---

---

Adresse de correspondance de l'auteur :  
banzoussiu@gmail.com  
banzoussiu@hotmail.com

## INTRODUCTION

Pour améliorer la qualité des soins prodigués aux patients, le transfert des connaissances entre les professionnels de santé est indispensable. En effet, le partage d'expériences cliniques, de compétences et de savoir-faire, a un impact sur la prise de décision et l'amélioration de la qualité des services de santé (Zhou, 2017, Burgess et Currie, 2013). Cependant, la mise en œuvre et la pratique du transfert des connaissances dans les établissements de santé ne sont pas sans difficultés. En effet, il a été démontré que le transfert des connaissances dans les établissements de soins de santé est complexe et comporte souvent diverses sources de barrières (Abidi S., 2007; Zhou, 2017). Certaines études antérieures ont suggéré que la culture organisationnelle est de plus en plus perçue comme une source majeure des barrières aux transferts des connaissances (Argyris et Schön, 1995, 1997; Kothari et tous, 2011; Hsia et Chen, 2015; Hojabri et tous, 2014, Asrar-ul-haq et Anwar, 2016). Ceci est contraire à ce que Haleh Ayatollahi et Kimia Zeraatkar (2019, P.4) ont démontré que la culture organisationnelle est l'un des facteurs clé du succès de la gestion des connaissances. Dans la même veine d'idée, Lilleoere et Hansen (2011) ont suggéré que la culture organisationnelle est l'un des catalyseurs les plus importants de transferts des connaissances. D'autres études cependant se sont principalement concentrées sur le climat organisationnel (c'est-à-dire un environnement psychologique sûr), qui est principalement lié à la culture organisationnelle (Schein, 2000,2002).

Parallèlement, les travaux menés sur les barrières aux transferts des connaissances dans les établissements de soins de santé utilisant l'apprentissage organisationnel, sont souvent parvenus à des résultats mitigés du fait que le contexte socio-organisationnel diffère d'un établissement de santé à un autre. En effet, le transfert de connaissances en tant que dimension clé de l'apprentissage organisationnel, prend en considération le contexte socio-organisationnel. Cela a conduit les chercheurs, à l'instar de Riege (2005), à regrouper généralement les barrières aux transferts des connaissances comme barrières intrinsèques (individuels), et extrinsèques (organisationnels et technologiques).

Cependant peu d'études ont déterminé le degré d'influence des sources de barrières aux transferts des connaissances sur les différents niveaux de l'apprentissage (individuel, équipe, organisationnel et inter organisationnel) dans les établissements de santé. Par conséquent, il est

donc question d'analyser comment les sources de barrières au niveau d'apprentissage individuel par exemple, peuvent entraver le transfert des connaissances au niveau de l'équipe, organisationnel et inter organisationnel et vice versa (perspective à plusieurs niveaux). Bien que les niveaux de l'apprentissage soient distincts, ils sont inter reliés (Zheng, 2017) et donc ont une influence les uns sur les autres dans l'apprentissage à double boucle. L'optimisation du transfert des connaissances nécessite, non seulement l'identification des sources de barrières, mais également et surtout de déterminer le degré d'influence de ces sources de barrières sur les différents niveaux d'apprentissage.

À la lumière de ce qui précède, il se dégage que bon nombre d'études réalisées jusqu'à présent sur les sources de barrières aux transferts des connaissances ont été consacrées à des entreprises, aux hôpitaux européens, américains, asiatiques mais très peu dans les hôpitaux africains.

En République du Congo, les études abordant les questions liées aux sources de barrières aux transferts des connaissances dans les établissements de santé sont rares. Or, les intérêts pratiques de transfert des connaissances sont nombreux et leur enjeu dans les établissements de santé en République du Congo à l'heure actuelle, est crucial. Une explication à cela, la complexité de son système, les impacts des erreurs médicales, la croissance substantielle des connaissances dans le domaine médical et l'augmentation des coûts de soins de santé. Cependant, celui-ci est entravé par plusieurs barrières telles que la vétusté des infrastructures, la carence des équipements, l'absence d'une stratégie de développement des ressources humaines en santé qui doivent être prises en compte pour optimiser son efficacité et son efficience dans les établissements de soins de santé.

Cette recherche s'inscrit dans la théorie de l'apprentissage organisationnel, plus précisément celle de l'apprentissage à double boucle. Elle vise à mieux comprendre les sources de barrières aux transferts des connaissances suivant les différents niveaux d'apprentissage au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, en sigle CHU-B. Son objet est d'étudier le transfert des connaissances dans les établissements publics de santé: le CHU-B. Il s'agit d'un établissement public de santé où les connaissances sont transférées suivant les différents niveaux d'apprentissage. Il est question de déterminer le degré d'influence des sources des barrières aux transferts des connaissances sur les différents niveaux d'apprentissage au CHU-B.

## 1. La théorie de l'apprentissage organisationnel comme cadre théorique

Les définitions de l'apprentissage organisationnel expriment souvent des approches théoriques très différentes (Miner et Mezias, 1996). L'approche dominante, considère l'apprentissage organisationnel comme un ajustement du comportement organisationnel, face aux changements que peut connaître l'environnement. La plupart des chercheurs seraient d'accord avec la définition de l'apprentissage organisationnel comme un changement des connaissances organisationnelles qui se produit en fonction de l'expérience (Fiol et Lyles, 1985). Cet article adhère à la définition proposée par Argyris et Schön (1978) selon laquelle, l'apprentissage organisationnel est un processus par lequel les membres d'une organisation détectent des « erreurs » et les corrigent en modifiant leur théorie d'action. Trois types d'apprentissage organisationnel ont été identifiés dans la littérature : l'apprentissage en simple boucle ou boucle unique, en double boucle et en triple boucle.

Dans l'apprentissage en boucle unique, les décisions sont basées uniquement sur des observations et entraînent la correction d'erreurs. L'apprentissage en double boucle encourage une réflexion critique sur les connaissances existantes, qui se sont avérées inadéquates (Argyris, 1977). Enfin, l'apprentissage en triple boucle oblige l'individu à remettre en question des hypothèses et des normes profondément enracinées qui étaient auparavant inaccessibles, car elles étaient, soit inconnues, soit connues mais indiscutables (Argyris et Schön, 1978).

Dans les établissements de soins de santé, l'apprentissage organisationnel n'est pas une intervention ponctuelle, mais un phénomène organisationnel continu qui se produit par l'apprentissage formel et informel réciproquement associé au changement organisationnel. En effet, le changement organisationnel suscite l'apprentissage organisationnel qui à son tour met en œuvre de nouvelles connaissances et pratiques pour créer le changement organisationnel. La démarche du changement organisationnel est propice aux interactions, aux adaptations continues, aux remises en cause qui favorisent l'apprentissage en « double boucle » tel que le formalisent Argyris et Schön (2002). En conséquence, le changement organisationnel permet à l'organisation de se développer, de modifier ses modes de fonctionnement pour en intégrer de nouveaux, compatibles avec sa culture, ses systèmes et ses structures. C'est en cela que notre

recours à l'apprentissage à double boucle comme ancrage théorique pour analyser le phénomène de transfert des connaissances trouve sa justification.

Bien que les points de vue concernant le transfert des connaissances sont divergents, certains chercheurs ont considéré le transfert des connaissances comme le partage des connaissances entre les peuples (Huber, 1991). Alors que Szulanski (1996) a porté son attention sur l'aspect de la relation de transfert des connaissances, en définissant le transfert des connaissances comme échanges dyadiques de connaissances entre une source et un destinataire. D'autres auteurs se concentrent sur les changements qui en résultent pour le destinataire en voyant le transfert des connaissances comme le processus par lequel une unité est affectée par l'expérience d'une autre (Argote et Ingram, 2000). Nous adhérons à la définition d'Hubert(1991) qui considère le transfert des connaissances comme le partage des connaissances entre les peuples. En effet, transférer les connaissances est considéré comme l'acte de rendre les connaissances disponibles aux autres membres de l'organisation. D'où le transfert des connaissances est essentiel pour garantir que les informations pertinentes parviennent aux bonnes personnes et soient utilisées aux bonnes fins au bon moment (Du Plessis, 2007). De même, pour améliorer la qualité des soins prodigués aux patients, le transfert des connaissances entre les professionnels de santé est indispensable. En l'occurrence, le transfert des connaissances tacites entre médecins, comme le partage d'expériences cliniques, de compétences, de savoir-faire, est connu pour avoir un impact significatif sur la qualité du diagnostic médical et des décisions (Burgess et Currie, 2013). Selon la théorie de l'apprentissage organisationnel, les individus dans les organisations peuvent avoir un comportement en déphasage avec la culture organisationnelle (Argyris, 1995) et donc favoriser ou empêcher le transfert des connaissances. L'optimisation du transfert des connaissances en vue de garantir la continuité et la qualité des soins exige que les barrières soient identifiées et leurs sources déterminées afin de favoriser les apprentissages continus. En effet, le manque de culture de transfert des connaissances dans l'organisation a pour conséquence la rétention des connaissances favorisant ainsi les comportements opportunistes qui ne peuvent garantir la continuité et la qualité des soins. La littérature existante met en évidence un certain nombre de sources desquelles proviennent les barrières suivant les niveaux d'apprentissage.

### **1.1. Les sources de barrières aux transferts au niveau individuel**

Le transfert des connaissances au niveau individuel résulte des interactions entre individus ou entre individus et groupe d'individus (Nonaka et Takeuchi, 1995). Ce transfert des connaissances donne lieu à l'apprentissage individuel, processus par lequel les individus génèrent de nouvelles idées et connaissances à partir des informations et des connaissances tacites ou explicites existantes. Cependant, le transfert des connaissances issu des interactions entre les individus ou individus et groupes d'individus (Nonaka et Takeuchi, 1995) peut être entravé par plusieurs barrières telles que le manque de confiance, le manque de temps, la différence de niveau d'expérience, le manque de motivation, le pouvoir, le manque de communication (Zhou et tous, 2015 ; Ömer Gider et tous 2015; Jawad Karamat et tous 2018 ; Kothari et tous 2011) ayant pour sources les caractéristiques individuelles, les compétences, les personnes (Maiga et Mutuwa, 2015; Yih-Tong Sun et Scott, 2005; Olugbenga, 2017; Riege, 2005).

### **1.2. Les sources de barrières aux transferts au niveau de l'équipe**

L'apprentissage au niveau de l'équipe implique que les individus transfèrent leurs connaissances individuelles au sein de l'équipe afin que tous les membres développent une compréhension partagée (Huber, 1991, Crossan et tous, 1999, Kiessling et tous, 2009). Toutefois, cet apprentissage peut être inhibé par des facteurs controversés tels que le pouvoir positionnel, faibles compétences en communication, le manque de confiance et respect mutuel, le manque de coordination, l'identité du groupe, la différence de la hiérarchisation professionnelle (Omisore et tous, 2017 ; Gotlib-Conn et tous, 2014 ; Tasseli 2015) ont pour source le climat de l'équipe, la structure de l'équipe et les relations d'équipes (Yih-Tong Sun et Scott, 2005; Olugbenga, 2017, Tasseli, 2015).

### **1.3. Les sources de barrières aux transferts des connaissances au niveau de l'organisation**

L'apprentissage au niveau organisationnel implique d'intégrer dans l'apprentissage individuel et de l'équipe, les aspects de l'organisation tels les systèmes, structures, stratégie, culture et procédures (Bontis et tous 2002). Cet apprentissage peut rencontrer des barrières telles que

l'injustice procédurale, l'insuffisance de l'infrastructure technologique, la faible utilisation des nouvelles technologies de l'information, l'absence d'un plan de formation professionnelle continue, le manque de système de récompense (Woocheol Kim et Jiwon Park, 2017; Léonard Baatiema et tous, 2017, Maïga et Mutuwa, 2015; Germaine Tuyisenge et tous, 2018; Teklit Gebretsadik et tous 2014). Ils ont pour sources: la structure organisationnelle, la culture organisationnelle, la technologie (Maiga et Mutuwa, 2015; Kothari et tous, 2011; Hsia et Chen, 2015; Hojabri et tous, 2014; Asrar-ul-haq et Anwar, 2016).

#### **1.4. Les sources de barrières aux transferts des connaissances au niveau inter organisationnel**

L'apprentissage inter organisationnel fait référence au processus d'apprentissage issu des connaissances et des expériences des autres organisations. Il est donc associé au transfert des connaissances d'entités extérieures à l'organisation. Le transfert des connaissances inter-organisationnel est défini comme un mouvement ou un flux de connaissances à travers des frontières organisationnelles (Easterby-Smith et tous, 2008). Celui-ci peut être inhibé par les barrières telles que le manque de confiance envers les preuves médicales produites par d'autres hôpitaux, l'absence de politiques locales et nationales pour le transfert des connaissances inter hôpital, la faible culture de collaboration et de coopération, le manque de capacité d'absorption du destinataire ( Zhou et tous, 2015). Ces barrières ont pour sources les relations inter organisationnelles, le climat organisationnel, la gouvernance du système de santé (Yih-Tong Sun et Scott, 2005; Carolin Auschra, 2018; Michael Harrison et Stephen Shotell 2020).

Peu importe l'approche adoptée, il existe sur le terrain un consensus croissant sur les conceptualisations de l'apprentissage organisationnel qui ont besoin de considérer les multiples niveaux d'analyse au sein de l'entreprise : individus, équipe, organisation et inter organisation (Argote, 2011 ; Crossan et tous, 1999, Bontis et tous, 2002; Bell et tous, 2010). Pour ce faire, nous examinerons quelques modèles d'apprentissage organisationnel. Nonaka et Takeuchi ont proposé un modèle d'apprentissage organisationnel en tant que processus de gestion des connaissances où ils discutent de la spirale de la connaissance. Dans leur étude, la connaissance tacite d'un individu devient une connaissance explicite par le biais d'un processus de

socialisation et d'externalisation. Elle est à son tour diffusée par l'intermédiaire de l'organisation qui encourage l'organisation à apprendre.


Peter Senge introduit le terme organisation apprenante comme un scénario dans lequel les individus apprennent continuellement ensemble pour les meilleurs résultats possibles de l'organisation (Senge, 1990). La réussite d'une organisation apprenante dans la théorie du système de Senge se traduit en la capacité de changer et de gérer le changement là où les individus dans l'organisation adoptent le système de pensée, atteignent la maîtrise de soi, partagent les modèles mentaux et ont une vision partagée. Ils apprennent en équipe (Savithiri Ratnapalan et Elizabeth Uleryk, 2014, p.26).

Crossan et tous (1999) ont proposé le modèle de 4I (Intuition, Interprétation, Intégration et Institutionnalisation), un processus dynamique qui se produit au fil du temps à travers trois niveaux : l'individu, le groupe et l'organisation. La création des connaissances individuelles est le processus d'intuition et d'interprétation de la nouvelle information. Les processus d'interprétation et d'intégration de la nouvelle information dans les interactions avec les autres, créent des nouvelles connaissances au niveau de l'équipe. Au niveau organisationnel, les connaissances sont créées grâce aux processus d'intégration et d'institutionnalisation. Les différents niveaux d'apprentissage (individuel, groupe et organisationnel) ainsi que leurs impacts les uns sur les autres, ont été rassemblés au moyen d'une matrice d'apprentissage.

Cette recherche s'inspire du modèle de la matrice d'apprentissage de Crossan et Hulland's (1996), comme modèle de recherche à plusieurs niveaux des sources de barrières afin de montrer leur impact sur les niveaux d'apprentissage individuel, de l'équipe, de l'organisation et de l'inter organisation au CHU-B.



Tableau 1 : Modèle conceptuel de la recherche

	Prestataire des soins(1)	Equipe(2)	Organisation(3)	Inter organisation(4)
<b>Prestataire des soins(1)</b>	(1.1)	(1.2)	(1.3)	(1.4)
<b>Equipe(2)</b>	(2.1)	(2.2)	(2.3)	(2.4)
<b>Organisation(3)</b>	(3.1)	(3.2)	(3.3)	(3.4)
<b>Inter organisation(4)</b>	(4.1)	(4.2)	(4.3)	(4.4)

Source : L’auteur

Partant de ce modèle, les propositions suivantes ont été formulées :

**Proposition 1 :** Le prestataire des soins (médecin/infirmier) est source de barrière à tous les niveaux d’apprentissage.

**Proposition 2 :** L’équipe (médicale/paramédicale) est source de barrières à tous les niveaux d’apprentissage

**Proposition 3 :** L’organisation est source de barrières à tous les niveaux d’apprentissage

**Proposition 4 :** L’inter organisation est source de barrières à tous les niveaux d’apprentissage

## 2. Méthodologie de la recherche de terrain

Pour identifier les barrières aux transferts des connaissances suivant les différents niveaux d’apprentissage au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville ainsi que leurs sources, la méthode Delphi a été choisie comme technique de collecte et de traitement des données. Cette méthode a permis de mettre en évidence des convergences d’opinions et de dégager certains consensus sur les barrières aux transferts des connaissances aussi bien que sur l’influence des sources de barrières sur les différents niveaux d’apprentissage au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. Et cela grâce à l’interrogation des médecins et des infirmiers (experts Delphi), à l’aide des questionnaires successifs. L’objectif le plus fréquent des études Delphi est d’apporter l’éclairage des experts sur des zones d’incertitude, en vue d’une aide à la décision.

## 2.1. La sélection des experts Delphi

La population cible de notre étude est principalement composée de médecins, d'infirmières et d'infirmiers issus des douze services cliniques du CHU-B: oncologie, chirurgie digestive, chirurgie polyvalente, chirurgie orthopédie-traumatologie, gastro-entérologie, néphrologie, neurologie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie grand enfant, pneumologie, stomatologie et urologie. Le choix des médecins et des infirmiers se justifie entre autres par la collaboration interprofessionnelle au sein des services cliniques afin de prodiguer les soins de qualité aux patients. Le service de gynécologie ne faisant pas partie de notre cible, cela justifie l'absence des sages femmes comme population cible. En effet, la clinique médicale dans le système de santé congolais est une section dans laquelle les soins sont prodigués, mais aussi l'enseignement à des étudiants des 1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> cycles en médecine ainsi que la recherche biomédicale. Ainsi, du point de vue structurel, la clinique médicale a une culture complexe qui combine environnement hospitalier et académique. C'est en cela que se justifie le choix des services cliniques comme notre unité d'enquête dans notre recherche. Au total quarante (40) experts ont été sélectionnés grâce à l'échantillonnage à boule de neige. L'échantillonnage de boule de neige engage les membres du groupe initial à identifier les membres supplémentaires en tenant compte des critères de l'enquête (Dooley, 2007). Pour atteindre la fiabilité d'opinions de 0,9 selon Dalkey (2002), il est indispensable d'avoir au moins un panel de 13 experts. La taille idéale de l'échantillon d'experts est celle qui est assez large pour représenter la population, mener la recherche souhaitée, et encore gérable par le chercheur (O'Leary, 2014). La perception des médecins et des infirmiers sur les barrières au transfert des connaissances suivant les niveaux d'apprentissage, dépend donc des interprétations des expériences que les infirmiers et les médecins ont du transfert des connaissances ; c'est en cela que le critère de sélection de 5 ans d'expérience professionnelle minimum trouve sa justification.

Pour atteindre notre objectif d'identification des barrières aux connaissances suivant les niveaux d'apprentissage, les experts Delphi ont été soumis à un questionnaire subdivisé en deux parties. La première partie était liée aux informations démographiques des participants. La deuxième partie s'articulait autour des questions ouvertes sur les barrières aux transferts de connaissances suivant les niveaux d'apprentissage.

Lors du processus Delphi, plus précisément au premier tour, le questionnaire a été envoyé à 40 médecins et infirmiers. Le taux de réponse est de 75% soit 30 médecins et infirmiers ont répondu au questionnaire. Ce taux de réponse a connu une baisse lors du deuxième tour du processus Delphi, passant de 75% à 62.5%, soit 25 experts médecins et infirmiers. Le taux de participation reste invariable au troisième tour du processus Delphi.

Au premier tour de la première phase, sur les 30 participants à cette recherche, 53 % des experts étaient de sexe masculin et 47 % de sexe féminin. La tranche d'âge la plus représentative est 41-45 ans avec 30% d'experts. Cependant nous avons 13% d'experts dont la tranche d'âge est 31-35 ans représentant les experts les plus jeunes du panel et 3% d'experts plus âgés avec une tranche d'âge comprise entre 61 ans et 65 ans. Les services de néphrologie et d'oto-rhinolaryngologie étaient les plus représentés avec 13 % des participants chacun, suivis des services d'Urologie, de pédiatrie grand enfant et chirurgie polyvalente avec 10 % des participants. Le service de la cancérologie a été le moins représenté avec 3% des participants. Le panel des experts Delphi est essentiellement constitué de 83 % de contractuels, 13% de bi-appartenant et 3% de fonctionnaires assimilés. Aussi, 63% des participants sont des collaborateurs, 23% des participants occupent la fonction de coordonnateur des soins, 7% des participants occupent la fonction de chef de service et 3% des participants occupent respectivement les fonctions de chef de section médico-technique et chef clinique. En outre le panel d'experts Delphi est fortement représenté par des infirmiers avec un taux de participation de 50%, suivi de 43% de médecins spécialistes, enfin 7% de médecins généralistes. Enfin le critère de sélection des experts Delphi retenu de 5 ans d'expérience professionnelle minimum a été respecté. 43% des participants ont une expérience professionnelle comprise entre 5 ans et 10 ans. 10% des participants ont une expérience professionnelle comprise entre 31 ans et 35 ans.

## **2.2. Le processus Delphi**

Le processus Delphi comprend deux étapes impliquant chacune trois tours de questionnaire afin d'obtenir un consensus d'opinions des médecins et infirmiers des douze services cliniques sélectionnés. Selon Geist (2010), trois tours de questionnaires sont suggérés comme appropriés pour atteindre le consensus d'experts. L'administration du questionnaire s'est faite par courrier

électronique du fait qu'elle nécessite peu de dépenses mais aussi élimine les frontières géographiques.

Pour identifier les barrières aux transferts des connaissances suivant les niveaux d'apprentissage au CHU-B ainsi que pour déterminer les sources susceptibles desquelles peuvent provenir ces barrières, trois tours de questionnaire ont été réalisés lors de la première étape du processus Delphi.

La deuxième étape du processus Delphi a consisté à déterminer le degré d'influence des sources des barrières aux transferts des connaissances identifiées lors de la première étape du processus Delphi sur les différents niveaux d'apprentissage au CHU-B. Comme lors de la première étape du processus Delphi, trois tours de questionnaire ont été également réalisés durant la deuxième étape du processus Delphi.

### **2.3. Analyse des données**

Dans la méthode Delphi, l'analyse des données se fait simultanément avec la collecte des données, étant donné que l'élaboration du questionnaire du tour suivant dépend des conclusions du tour précédent. L'objectif est de transformer les réponses données en un ensemble sensible d'informations que les participants peuvent facilement lire, comprendre et utiliser lors des tours suivants. Par conséquent, l'analyse des données a été effectuée lorsque la phase de collecte des données a été finalisée.

Un questionnaire ouvert a été utilisé lors de la première phase Delphi, plus précisément pendant le premier tour du processus Delphi, connu également sous le nom d'étape générative (Geist, 2010; Linstone et Turoff, 2002). Il encourageait les médecins et infirmiers à énumérer les barrières aux transferts des connaissances suivant les différents niveaux d'apprentissage au CHU-B, selon leur perception basée sur l'expérience au sein des équipes de travail. Autant que le questionnaire fermé avec l'utilisation de l'échelle de Likert 5 points (où 1 représente l'accord total et 5 représente le désaccord total) qui grâce à la moyenne du type de classement, permettra d'analyser quantitativement et statistiquement les réponses issues des deuxième et troisième tours de questionnaire.

Nous disposons alors des données quantitatives et des données qualitatives faisant l'objet des

analyses spécifiques.

S'agissant des données qualitatives, nous avons utilisé le logiciel NVIVO 12 pour analyser les réponses relatives aux questions ouvertes sur l'identification des barrières aux transferts des connaissances suivant les niveaux d'apprentissage au CHU-B. Ces réponses ont été classées par thèmes principaux avec des réponses répétitives consolidées. Un codage in vivo a été utilisé pour créer les catégories. Le codage in vivo consiste à utiliser les mots du participant pour créer des catégories (Creswell, 2014; Bryman, 2012).

L'analyse des données quantitatives a été faite en utilisant le logiciel SPSS 20. Les statistiques descriptives telles que les pourcentages en termes de pourcentage d'accord ont été utilisées pour analyser les données nominales issues des deuxième et troisième tours Delphi. En revanche, les données ordinales issues des deuxième et troisième tours Delphi ont été analysées en recourant aux statistiques descriptives suivantes: la moyenne et la médiane. De plus, le coefficient de Kendall W a été utilisé via le logiciel SPSS.20 pour mesurer le niveau de consensus global. Ce coefficient W de Kendall permet de mesurer si le niveau de consensus global augmente d'un tour à un autre et de mesurer sa robustesse (statistiquement significative ou pas).

### **3. Résultats de la recherche**

#### **3.1. Résultats du premier tour du questionnaire Delphi**

A l'issue des réponses du premier tour du questionnaire Delphi, cinquante (50) barrières ont été identifiées :

##### **A. Au niveau du prestataire des soins**

Les barrières suivantes ont été identifiées:

1. Manque de confiance entre les médecins et les infirmiers mais aussi envers les équipes médicales et paramédicales;
2. Image et réputation: les médecins et les infirmiers attendent de recevoir de la part de leurs pairs la reconnaissance et la dédicace;
3. Peur de perdre le pouvoir et la position : les connaissances confèrent un certain pouvoir à ses détenteurs qui, pour leur promotion et pour augmenter le degré d'employabilité, sont réticents au partage de leurs connaissances;

4. Manque de temps: l'augmentation de la pression au travail fait que les individus ont des difficultés à s'engager dans les activités de partage de connaissances faute de temps à y consacrer;
5. Culte de la personnalité: je suis le seul spécialiste;
6. Différence d'âge: Les jeunes ont du mal à exercer leur pouvoir et les aînés, à se soumettre à l'autorité d'un jeune;
7. Manque d'altruisme : manque de volonté d'aider les autres sans rien attendre en retour;
8. Affinité personnelle : lien étroit entre la manière de se comporter et le type de relations interpersonnelles existant entre les professionnels de santé au CHU-B;
9. Manque de motivation: les médecins et les infirmiers ne peuvent pas anticiper les bénéfices réciproques de leur partage de connaissances;
10. Manque de compétence : la nette différence du niveau de compréhension entre la source et le récepteur;
11. Appartenance ethnique : sentiment de solidarité qui consiste à sacrifier les intérêts organisationnels au profit de ceux des membres de son ethnie;
12. Troc traditionnel: les détenteurs des connaissances croient qu'ils ne peuvent pas gagner quelque chose de réaliste en retour, ils résistent alors quant à l'idée de transférer leurs connaissances;
13. Résistance au changement : les médecins et les infirmiers développent des attitudes négatives à l'égard des changements structurels, dirigeants, et processus, en collaborant de moins en moins et en ayant peu de confiance au CHU-B;
14. Conflit de générations ou d'écoles: certains médecins et infirmiers pensent être les anciens avec une bonne expérience, d'autres médecins et infirmiers pensent être ceux nouvellement formés avec une nouvelle technologie.

### **B. Au niveau de l'équipe**

Les barrières aux transferts des connaissances identifiées au niveau du service clinique sont les suivantes:

1. Faibles compétences en communication: la qualité de la communication est inhérente au transfert des connaissances au sein de l'équipe;

2. Manque d'harmonie et de coopération : la culture relationnelle basée sur l'harmonie favorise le transfert des connaissances;
3. Perception de catégorie du groupe: les médecins et infirmiers partagent et coopèrent généralement davantage avec les membres de leur propre groupe par rapport à ceux qui ne le sont pas;
4. Différence de hiérarchisation de structure professionnelle : la différence de hiérarchisation de structure professionnelle favorise moins le transfert des connaissances des infirmières avec les médecins;
5. Différence des niveaux d'éducation individuelle : un médecin ou un infirmier ayant un bagage éducatif différent du reste de l'équipe est peu susceptible de participer au partage des connaissances;
6. Manque de socialisation parmi les collègues;
7. Aspirations divergentes : les intérêts des employés sont incompatibles avec le processus du partage des connaissances;
8. Manque de confiance et de respect mutuel;
9. Culture de blâme : les médecins et les infirmiers sont souvent blâmés pour des erreurs médicales qui sont généralement attribuées à leur incapacité, l'oubli, l'inattention ou leur faiblesse morale;
10. Absence de réseau social : manque d'outil de collaboration offrant aux professionnels de santé des occasions de dialoguer avec leurs pairs et collègues ainsi que de suivre le rythme de développement en matière de santé, peu importe la distance;
11. Absentéisme des médecins et des paramédicaux: les médecins et paramédicaux assurent la consultation dans des formations sanitaires privées aux heures légales de travail au CHU-B;
12. Manque de culture organisationnelle: la culture de transfert des connaissances est basée sur la confiance et la solidarité;
13. Manque de volonté à collaborer: une culture de non coopération peut dégrader le niveau de communication entre les professionnels de santé et donc entraver le transfert des connaissances;

14. Sous-effectif du personnel médical : les départs à la retraite ne se traduisent pas en recrutement ou en formation continue du personnel médical;
15. Les ristournes : les formations sanitaires privées accordent des ristournes aux médecins et aux paramédicaux suite aux transferts des consultations externes et examens de laboratoire initialement prévus au CHU-B;
16. Conflit de supériorité et d'infériorité : le conflit de supériorité et d'infériorité entre médecins et infirmiers résulte des différents types de connaissances utilisées, la divergence des rôles et le degré d'autorité dans la prise de décisions cliniques.

#### **D. Au niveau de l'organisation**

Au niveau de l'organisation, les experts Delphi ont identifié les barrières ci-dessous:

1. Manque de traitement équitable du personnel et des services;
2. Insuffisance de l'infrastructure technologique (manque d'équipement, vétusté du plateau technique);
3. Faible utilisation des technologies de l'information;
4. Manque de leadership: manque d'influence significative sur les employés ainsi que sur leur motivation à transférer les connaissances;
5. Manque de plan de formation continue tant pour le personnel médical que pour le personnel paramédical;
6. Manque de plan de recrutement des ressources humaines;
7. Manque de plan de la relève des ressources humaines;
8. Manque d'engagement de la part de la direction;
9. Sanction due à l'emploi des ressources humaines peu compétentes;
10. Pas de soutien de la part des dirigeants pour la création des normes et des procédures permettant de transférer les connaissances;
11. Le recrutement des retraités;
12. Mauvaises conditions de travail;
13. Manque de système de récompense (le transfert des connaissances ne peut se produire sans un mécanisme de récompense).



## **E. Au niveau inter organisationnel**

Au niveau inter organisationnel, les barrières suivantes ont été identifiées:

1. Distance géographique (la distance géographique entre la source et le récepteur) est de compliquer les interactions de face à face et donc de limiter le transfert des connaissances;
2. Manque de capacité d'absorption du destinataire, est lié au manque des médecins et des infirmiers qualifiés ainsi qu'à une insuffisance du matériel médical et paramédical;
3. Manque de motivation;
4. Faible culture de collaboration et de coopération;
5. Confidentialité des informations sur les patients transférés;
6. Absence de politiques locales et nationales pour le transfert des connaissances inter hôpital;
7. Manque de confiance envers les preuves médicales produites dans d'autres établissements de santé.

Les cinquante(50) barrières aux transferts des connaissances identifiées suivant les différents niveaux d'apprentissage au CHU-B ont été classées par les participants Delphi au deuxième tour du questionnaire Delphi.

### **3.2. Identification des barrières aux transferts des connaissances suivant les niveaux d'apprentissage au CHU-B**

À l'issue des réponses des experts au premier tour du questionnaire Delphi, (tableau 1), 50 barrières ont été identifiées. Ces barrières ont été soumises aux participants afin de les classer en fonction de l'impact perçu sur les barrières lors du transfert des connaissances (deuxième tour du questionnaire Delphi). La convergence de classement est de 70% (Yih-Tong Sun and Scott, 2005). Les 50 barrières ont atteint la convergence de classement. Le coefficient de Kendall W est de 0,17 montrant un consensus global faible des opinions d'experts.

Un Troisième tour Delphi a été réalisé. La convergence de classement n'a pas changé, 44 barrières ont été identifiées (confère tableau 2). Le coefficient de Kendall W est égal à 0.72,

montrant un consensus global très fort des opinions des experts.

Tableau 2 : Les barrières aux transferts des connaissances suivant les différents niveaux d'apprentissage au CHU-B

<b>Barrières aux transferts des connaissances suivant les niveaux d'apprentissage</b>	<b>Pourcentage des panelistes ayant classé parmi les dix premiers les barrières</b>
<b>Au niveau du prestataire des soins</b>	
Manque de confiance	100%
Peur de perdre le pouvoir et la position	96%
Manque de temps	96%
Différence d'âge	96%
Manque d'altruisme	96%
Affinité personnelle	100%
Manque de motivation	92%
Manque de compétence	96%
Appartenance ethnique	91%
Troc traditionnel	84%
Conflits de générations ou d'écoles	92%
<b>Au niveau de l'équipe</b>	
Faibles compétences en communication	96%
Manque d'harmonie	92%
Perception de catégorie du groupe (différence de groupe)	92%
Différence de la hiérarchisation de la structure professionnelle	96%
Différence des niveaux d'éducation individuelle	100%
Manque de socialisation parmi les collègues	100%
Divergence des aspirations	100%
Manque de confiance et de respect mutuel	92%
Culture de blâme	96%
Absence de réseau social	100%
Absentéisme des médecins et paramédicaux	92%
Manque de culture organisationnelle	100%
Manque de volonté à collaborer	92%
Les ristournes des médecins et paramédicaux accordées par les formations sanitaires privées	92%
Conflit de supériorité et d'infériorité	96%
<b>Au niveau organisationnel</b>	
Manque de traitement équitable du personnel, des services	100%
Manque d'équipement, vétusté du plateau technique	100%
Faible utilisation des nouvelles technologies de l'information	100%
Manque d'influence significative sur les employés ainsi que sur leur motivation à partager les connaissances	92%

Manque d'un plan de formation continue	100%
Manque d'un plan de recrutement	100%
Manque d'un plan de la relève	100%
Manque d'engagement de la part de la direction	100%
Sanction due à l'emploi des ressources humaines peu compétentes	92%
Recrutement des retraités	92%
Mauvaises conditions de travail	100%
Manque de système de récompense	92%
<b>Au niveau inter organisationnel</b>	
Distance géographique	92%
Manque de capacité d'absorption	96%
Faible culture de collaboration et de coopération	100%
Confidentialité des informations sur les patients transférés	92%
Absence de politiques locales et nationales pour le transfert des connaissances inter hôpital	100%
Manque de confiance envers les preuves médicales produites dans d'autres établissements de santé	92%

Source: auteur

### 3.3. Identification des sources des barrières aux transferts des connaissances

Les quarante-quatre (44) barrières aux transferts des connaissances suivant les niveaux d'apprentissage au CHU-B ont été soumises par la suite à six questionnaires de six établissements de santé en république du Congo, afin de confronter leurs points de vue et surtout garantir une opinion représentative. Les six participants sélectionnés à ce stade ont été mandatés pour répertorier les sources potentielles de ces barrières. Les critères de sélection n'ont pas changé. Au total, dix-huit (18) sources de barrières ont été déterminées à l'unanimité par les six participants issus des six autres établissements de santé. Le tableau 3 ci-après illustre ces sources des barrières suivant les niveaux d'apprentissage au CHU-B.

**Tableau 3** : Les sources des barrières suivant les différents niveaux d'apprentissage au CHU-B

Niveaux d'apprentissage	Sources de barrières
Au niveau du prestataire des soins	Les valeurs culturelles, les compétences et les personnes
Au niveau de l'équipe	Le climat d'équipe, les relations d'équipe et la structure de l'équipe
Au niveau organisationnel	Le climat organisationnel, les relations

	organisationnelles, la mauvaise politique de GRH, l'autorisation de la consultation libérale des agents, la technologie, les pratiques cliniques, l'hégémonie médicale, la justice organisationnelle, les système et structures organisationnels.
Au niveau interorganisationnel	Les relations inter organisationnelles, la gouvernance du système de santé, le climat inter hôpital.

Source : auteur

### 3.3.Détermination du degré d'influence des sources des barrières

La deuxième phase du processus Delphi nous a permis de déterminer le degré d'influence des sources des barrières. Les participants ont été invités à noter de 1 à 5 (1 signifie peu d'influence et 5 signifie maximum d'influence), le degré d'influence des sources des barrières sur les niveaux d'apprentissage. La convergence de pensée était supposée pour chaque source de barrière classée, d'obtenir une moyenne supérieure ou égale à 3.75 des participants (Yih-Tong Sun et Scott, 2005). Le tableau 4 illustre le niveau de consensus global des opinions des experts.

Tableau 3: test de coefficient de Kendall pour les trois tours .

Critères	Premier tour	Deuxième tour	Troisième tour
Nombre des participants	25	25	25
Nombre de sources de barrières	38	36	36
Coefficient de concordance de Kendall W	0,532	0,706	0,751
$X^2$	491,654	617,442	657,102
P-value	0.000	0.000	0.000

Source: auteur

Confrontation de notre modèle conceptuel sur le degré d’influence des sources des barrières sur les différents niveaux d’apprentissage au CHU-B.

	<b>Prestataire des soins (1)</b>	<b>Equipe (2)</b>	<b>Organisation (3)</b>	<b>Inter organisation (4)</b>
<b>Prestataire des soins(1)</b>	SP, VC, Com	SP, VC, Com,	VC, Com	(1.4)
<b>Equipe(2)</b>	SE,RE,	SE, RE CE	RE	(2.4)
<b>Organisation(3)</b>	RO, CO	JO, RO,CO SSO, MPGRH,ACL, HM, Tech	JO,MPGRH,S SO,ACL,PC, HM, Tech, RO,CO	MPGRH, PC, HM, Tech
<b>Inter organisation (4)</b>	(4.1)	(4.2)	(4.3)	GSS, RI

*SP: Source personnelle; VC: valeurs culturelles; Com: Compétences; SE: structure de l’équipe; RE: Relations d’équipe; CE: Climat d’équipe; SSO Structure et système organisationnels; RO: Relations organisationnelles; CO: Climat organisationnel; JO: Justice organisationnelle; Tech: technologie; MPGRH: Mauvaise politique de gestion des ressources humaines; HM: Hégémonie médicale; ACL: Autorisation de la consultation libérale des agents ; PC: Pratiques cliniques; GSS: Gouvernance du système de santé; RI: Relations inter organisationnelles.*

#### 4. Discussion des résultats

L’analyse de nos résultats a démontré que les sources des barrières aux transferts des connaissances déterminées au niveau du prestataire des soins, les valeurs culturelles, les compétences et les personnes influencent non seulement, l’apprentissage individuel mais également les apprentissages au niveau de l’équipe et de l’organisation qui garantiraient la continuité et la qualité des soins. Nos résultats montrent que seule une approche à plusieurs niveaux peut tenir compte de manière adéquate de l’influence des sources des barrières aux transferts des connaissances au niveau de l’apprentissage du prestataire des soins sur les niveaux d’équipe et de l’organisation. Nos résultats corroborent ceux de l’étude d’Isaac Vaghefi, Liette Lapointe et Hamidreza Shahbaznezhad (2018, PP.9). Pour ces auteurs, les caractéristiques individuelles telles que la capacité et la volonté de transférer les connaissances n’influencent pas seulement le niveau d’apprentissage individuel mais également le niveau d’apprentissage organisationnel. Contrairement à Maiga et Mutuwa, 2015; Martin-Rodriguez

et tous 2005; Olugbenga, 2017; Zhou, 2017 qui ont déterminé diverses sources de barrières aux transferts des connaissances telles que les compétences, les caractéristiques individuelles influençant uniquement le niveau d'apprentissage individuel (perspective à un seul niveau).

Nos résultats donnent un support partiel pour la proposition 1 de notre recherche. Celle-ci prend en charge les arguments théoriques qui sous-tendent que le prestataire des soins est source de barrières à tous les niveaux d'apprentissage.

Au regard de nos résultats, nous suggérons que le transfert effectif des connaissances au niveau du prestataire des soins, de l'équipe et de l'organisation, doit minimiser les sources de barrières (les valeurs culturelles, les compétences et personnes) en tenant compte de contexte socio culturel du prestataire des soins. Celui-ci exerce une influence maximale sur les niveaux d'apprentissage individuel, de l'équipe et de l'organisation.

Au niveau de l'apprentissage de l'équipe, les résultats montrent que les relations d'équipe, le climat d'équipe et la structure de l'équipe n'influencent pas uniquement le niveau d'apprentissage de l'équipe mais aussi ceux de l'individu et de l'organisation.

Nos résultats révèlent qu'une approche à multiple niveaux est plus appropriée pour soupeser le degré d'influence des sources des barrières issues du niveau d'équipe sur les niveaux d'apprentissage du prestataire des soins, de l'équipe et de l'organisation. Nos résultats confirment ceux de l'étude d'Isaac Vaghefi, Liette Lapointe et Hamidreza Shahbaznezhad (2018, PP.9). Pour ces auteurs, les sources de barrières au niveau de l'équipe agissent à un niveau intermédiaire entre le niveau d'apprentissage individuel et le niveau d'apprentissage organisationnel. La proximité des relations par exemple détermine les caractéristiques individuelles telles que le manque de confiance qui inhibe le transfert des connaissances. A contrario, O'connor et tous (2016, p.342), Tasseli (2015, p. 857) ont montré que les sources des barrières aux transferts des connaissances au niveau de l'équipe influencent uniquement le niveau d'apprentissage de l'équipe. Ces études manquent de fournir l'influence des sources des barrières aux transferts des connaissances du niveau de l'équipe sur les autres niveaux d'apprentissage (perspective à un seul niveau). Nos résultats permettent de confirmer partiellement notre proposition de recherche 2, laquelle avançait que l'équipe est source de barrières à tous les niveaux d'apprentissage. Ainsi l'optimisation du transfert des connaissances

au niveau individuel, de l'équipe et de l'organisation doit minimiser les sources des barrières aux transferts des connaissances (relations d'équipe, la structure d'équipe et le climat d'équipe) tout en considérant les caractéristiques de l'équipe susceptibles d'impacter ces niveaux d'apprentissage.

Il ressort également de l'analyse de nos résultats que le climat organisationnel, les relations organisationnelles, l'autorisation de la consultation libérale des agents, l'hégémonie médicale, la technologie, la mauvaise politique de gestion des ressources humaines, du système et structure organisationnels, de la justice organisationnelle et les pratiques cliniques n'influencent pas uniquement le niveau d'apprentissage organisationnel mais également les niveaux d'apprentissage individuel, de l'équipe et de l'inter organisation.

Nos résultats illustrent bien que la perspective à plusieurs niveaux rend bien compte de l'influence des sources des barrières issues du niveau organisationnel sur les niveaux du prestataire des soins, de l'équipe, de l'organisation et de l'inter organisation. Ces résultats correspondent à ceux d'Isaac Vaghefi, Liette Lapointe et Hamidreza Shahbaznezhad (2018, PP.9). Ils ont montré que la culture et la structure organisationnelles impactent non seulement le niveau d'apprentissage organisationnel mais également les niveaux d'apprentissage individuel et de l'équipe. Dans le même élan d'idée, Michael Harrison et Stephen Shotell (2020, P.7-9), en analysant l'apprentissage du système de santé à multi niveaux, montrent les effets du leadership, des incitations et de la culture sur les niveaux d'apprentissage individuel, de l'équipe, de l'organisation et de l'inter organisation. En revanche, les études de Maïga et Mutuwa (2015); Kothari et tous(2011); Ömer Gider, Saffet Ocak et Mehmet Top (2015); Haleh Ayatollahi et Kimia Zeraatkar (2019) ont considéré que les sources des barrières aux transferts des connaissances identifiées au niveau de l'apprentissage organisationnel agissent simplement à un niveau unique, celui de l'organisation. Nos résultats permettent de confirmer notre proposition de recherche 3, laquelle anticipait que l'organisation est source de barrières à tous les niveaux d'apprentissage. Partant de nos résultats, nous proposons que pour optimiser le transfert des connaissances dans les établissements des soins de santé publics en général, et au CHU-B en particulier, il est important de minimiser les sources des barrières au niveau organisationnel (le climat organisationnel, les relations organisationnelles, l'autorisation de la consultation libérale des agents, l'hégémonie médicale, la technologie, la mauvaise politique

de gestion des ressources humaines, du système et de la structure organisationnels, de la justice organisationnelle et les pratiques cliniques) tout en considérant le contexte organisationnel ayant une influence sur les niveaux d'apprentissage individuel, de l'équipe, de l'organisation et de l'inter organisation.

Au niveau inter organisationnel, les relations inter organisationnelles et le système de gouvernance ont été déterminés comme sources de barrières aux transferts des connaissances ayant une influence maximale uniquement sur le niveau inter organisationnel.

Nos résultats correspondent à ceux de Michael I. Harrison et Stephen M. Shortell (2020, P.4), Carolin Auschra (2018, P.1). Ceux-ci ont montré que la qualité des relations inter organisationnelles détermine le comportement des organisations partenaires. Pour ces auteurs, la concurrence peut décourager les organisations innovantes à partager les connaissances et les pratiques bénéfiques les uns avec les autres. Contrairement aux relations inter organisationnelles coopératives où la collaboration inter organisationnelle encourage le transfert des connaissances. Nos résultats révèlent que les relations inter organisationnelles et la gouvernance du système des soins de santé en tant que sources de barrières aux transferts des connaissances au niveau inter organisationnel n'influencent pas les niveaux d'apprentissage du prestataire des soins et de l'équipe. Par conséquent, notre proposition de recherche selon laquelle l'inter organisation est source de barrières aux transferts des connaissances à tous les niveaux d'apprentissage n'est pas affirmée. Au regard de nos résultats, nous suggérons que les sources de barrières telles que les relations inter organisationnelles et la gouvernance du système de santé soient minimisées afin d'optimiser le transfert des connaissances au niveau inter organisationnel. Cela nécessite que soit formalisée la collaboration inter organisationnelle au moyen d'outils tels que les politiques et les procédures, ainsi que le besoin de clarifier les rôles professionnels pour une optimisation du transfert des connaissances au niveau inter organisationnel. En effet, le transfert des connaissances inter organisationnel renvoie au transfert des connaissances entre organisations partenaires. Il s'agit là d'une collaboration inter organisationnelle où les professionnels de santé représentent plusieurs organisations qui s'engagent à travailler de manière interdépendante sur les soins aux patients (Keyton et tous cités par Karam et tous, 2018. p.71).



En considération de ce qui précède, nous notons que le prestataire des soins, l'équipe et l'organisation sont des sources de barrières qui influent sur le transfert des connaissances intra organisationnel quel que soit le niveau d'apprentissage. En effet, l'apprentissage organisationnel relie ces trois niveaux distincts : individuel, d'équipe et organisationnel (Aragón, Jiménez et Valle 2014). Ainsi, les approches à plusieurs niveaux incluent souvent les sources de barrières aux transferts des connaissances influentes et reconnaissent les relations possibles entre elles. Tandis que nos résultats montrent que le prestataire des soins, l'équipe, ne sont pas sources de barrières aux transferts des connaissances qui influent sur le transfert des connaissances inter organisationnel, étant donné qu'il implique directement les organisations partenaires.

## Conclusion

Notre recherche visait principalement à répondre à la question suivante: Comment les sources des barrières aux transferts des connaissances influencent-elles les différents niveaux d'apprentissage au CHU-B?

Pour répondre à cette problématique, nous avons réalisé une étude Delphi visant l'atteinte des trois objectifs suivants: l'identification des barrières aux transferts des connaissances suivant les niveaux d'apprentissage au CHU-B; la détermination des sources des barrières aux transferts des connaissances suivant les niveaux d'apprentissage; et la détermination du degré d'influence maximale des sources de barrières d'un niveau d'apprentissage donné sur les autres niveaux d'apprentissage au CHU-B. A la lumière de nos résultats, nous avons proposé un modèle des sources de barrières suivant les différents niveaux d'apprentissage au CHU-B. Ce modèle à plusieurs niveaux de sources de barrières montre l'influence de chacune de sources de barrières sur le niveau individuel, de l'équipe, de l'organisation et de l'inter organisation. A titre d'illustration, l'organisation en tant que source des barrières aux transferts des connaissances a une influence maximale sur les niveaux d'apprentissage individuel, de l'équipe, de l'organisation et de l'inter organisation. En revanche le prestataire des soins et l'équipe en tant que sources de barrières aux transferts des connaissances ont une influence maximale sur les niveaux d'apprentissage individuel, de l'équipe et de l'organisation. Cependant, l'inter organisation en tant que source de barrières aux transferts des connaissances, a une influence

maximale uniquement sur le niveau d'apprentissage inter organisationnel.

Malgré l'attention de la recherche sur les sources de barrières aux transferts des connaissances, la recherche existante a principalement fourni une perspective à un niveau d'apprentissage et a supposé que leurs effets sur le transfert des connaissances sont instantanés. La contribution majeure de cette étude est l'élaboration d'un modèle conceptuel du degré d'influence des sources de barrières issues d'un niveau d'apprentissage sur les autres niveaux d'apprentissage au CHU-B. Le modèle a été validé par les médecins et infirmiers issus des douze services cliniques du CHU-B. Pour répondre à la rareté des recherches offrant une approche globale et un examen approfondi des sources de barrières aux transferts des connaissances ainsi que leur degré d'influence sur les niveaux d'apprentissage, nous avons dressé une typologie des sources de barrières aux transferts des connaissances au CHU-B.

### **Bibliographie**

- Abidi, S.S.R; (2007). Healthcare Knowledge Management: The Art of the Possible. In David Riano (Ed.), Knowledge management for health care procedures, (pp. 1-20), Berlin, Germany, Springer.
- Aragón M.I.B., Jiménez D., Valle R.S. (2014). Training and Performance: The Mediating Role of Organizational Learning. *Business Research Quarterly*, 17,161-173.
- Argote L (2013). *Organizational learning: Creating, retaining and transferring knowledge*. New York, Springer New York, 218 P.
- Argote L and Ingram P (2000). Knowledge transfer: A basis for competitive advantage in firms. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 82(1), 150-169.
- Argote, L (2011). Organizational learning research: Past, present and future. *Management Learning*, 42(4), 439-446.
- Argyris, C and Schön, D. A (1978). *Organizational learning: A theory of action perspective*, Vol. 173. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Argyris, C et Schön, D. A. (2002). *Apprentissage organisationnel. Théorie, méthode et pratique*. Paris, De Boeck université, 380P.

- Argyris, C. (1995). Action science and organizational learning. *Journal of Managerial Psychology*, 10(6), 20-26.
- Asrar-ul-Haq, Muhammad and Sadiar A (2016). A systematic review of knowledge management and knowledge sharing: Trends, issues, and challenges, *Cogent Business & Management*, 3(1):1127744.
- Auschra, C. (2018). Barriers to the Integration of Care in Inter-Organisational Settings: A Literature Review. *International Journal of Integrated Care*, 18(1), 1-14.
- Ayatollahi, H., and Zeraatkar, K. (2019). Factors influencing the success of knowledge management process in health care organizations: a literature review. *Health information and libraries journal*, 1-20.
- Baatiema, L., de-Graft Aikins, A., Sav, A., Mnatzaganian, G., Chan, C.K.Y., And Somerset, S. (2017). Barriers to evidence-based acute stroke care in Ghana: a qualitative study on the perspectives of stroke care professionals. *BMJ Open*, 7, 1-11.
- Bell, S.J., Mengüç, B. and Widing, R.E. (2010). Salesperson learning, organizational learning, and retail store performance. *Journal of the Academy Marketing Science*, 38:187-201.
- Bontis, N, Crossan, M.M, and Hulland, J. (2002). Managing an organizational learning system by aligning stocks and flows. *Journal of Management Studies*, 39, 437-469.
- Bryman, A. (2012). *Social research methods*. 4<sup>th</sup> Ed, New York, Oxford University Press.
- Burgess, N and Currie, G. (2013). The knowledge brokering role of the hybrid middle level manager: The case of healthcare. *British Journal of Management*, 24, 132-142.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Londre, Sage publication.
- Crossan, M. M, Lane, H. W., and White, R. E. (1999). An organizational learning framework: From intuition to institution. *Academy of Management Review*, 24(3), 522-537.
- Dalkey, N. C. (2002). Toward a theory of group estimation. In H. A. Linstone & M. Turoff (Eds.).
- Dooley, K. E. (2007). Viewing Agricultural Education Research through a Qualitative Lens. *Journal of Agricultural Education*, 48(4), 32-42.
- Du Plessis, M. (2007). The role of knowledge management in innovation. *Journal of Knowledge Management*, 11(4), 20-29.

- Easterby-Smith, M., Marjorie A. Lyles, M.A., Eric W. K. Tsang, E.W.K. (2008). Inter-Organizational Knowledge Transfer: Current Themes and Future Prospects. *Journal of Management studies*, 45(4), 677-690.
- Fanelli, S., Lanza, G., Enna, C., and Zangrandi, A.(2020). Managerial competences in public organisations: the healthcare professionals' perspective. *BMC Health Services Research*, 20(303), 1-9.
- Fiol, C. M., & Lyles, M. A. (1985). Organizational learning. *The Academy of Management Review*, 10(4), 803-813.
- Gebretsadik, T., Mirutse, G., Tadesse, K., Terefe, Z. (2014). Knowledge Sharing Practice and its Associated Factors of Healthcare Professionals of Public Hospitals, Mekelle, Northern Ethiopia. *American Journal of Health Research*, 2(5), 241-246.
- Geist, M.R. (2010). Using the Delphi method to engage stakeholders: a comparison of two studies. *Evaluation and Program Planning*, 33 (2), 147-154.
- Harrison, M.I., and Shortell, S.M. (2020). Multi-level analysis of the learning health system: Integrating contributions from research on organizations and implementation. *Learning Health Systems*.1-11.
- Hojabri, R., Eftekhari, F., Sharifi, M., Hatamian, A. (2014). Knowledge Management in an Iranian Health organization: Investigation of Critical Success Factors. *International Journal of Industrial Distribution & Business*, 5(4), 31-42.
- Hsiao, JL, and Chen; RF. (2015). Critical factors influencing physicians' intention to use computerized clinical practice guidelines: An integrative model of activity theory and the technology acceptance model. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, (16)3, 1-15.
- Huber, G. P. (1991). Organizational learning: The contributing processes and the literatures. *Organization Science*, 2(1), 88-115.
- Karamat, J., Tong, S., Naveed, A., Abdul, W., and Shahbaz, K. (2018). Barriers to Knowledge Management in the Health Sector of Pakistan. *Sustainability*, 10(4155), 1-22.
- Karam, M., Brault, I., Van, D., T., Macq, J. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative

- research. *International Journal of Nursing Studies*, 79, 70-83.
- Kothari, A., Hovanec, N., Hastie, R., and Sibbald, S. (2011). Lessons from the business sector for successful knowledge management in health care: A systematic review. *BMC Health Services Research*, (11)173, 1-11.
- Kiessling, T.S., Richey, R.G., Meng, J., Dabic, M. (2009). Exploring knowledge management to organizational performance outcomes in a transitional economy. *Journal of World Business*, 44, 421-433.
- Kim, W., Park, J. (2017). Examining Structural Relationships between Work Engagement, Organizational Procedural Justice, Knowledge Sharing, and Innovative Work Behavior for Sustainable Organizations. *Journal of sustainability*, 9(2), 205.
- Kim, Y., Newby-Bennett D and Song H. (2012). Knowledge sharing and institutionalism in the healthcare industry. *Journal of Knowledge Management*, 16(3), 480-494.
- Lilleoere, AM., and Hansen, E.H. (2011). Knowledge-sharing enablers and barriers in pharmaceutical research and development. *Journal of Knowledge Management*; 15(1), 53-70.
- Linstone, H., & Turoff, M. (2002). *The Delphi method: Techniques and applications*.
- Maiga, G. and Mutuwa, P. (2015). An integrating model of knowledge management for improved pediatric healthcare practice. *Journal of Information & Knowledge Management*, 14(2), 1-15.
- Miner, A.S., and Meziar, S.J. (1996). Ugly duckling no more: Past and futures of organizational learning research. *Organization Science*, 7, 88-99.
- Nonaka I. and Takeuchi H (1995). *The Knowledge Creating Company*. Oxford University Press, 284p.
- O’Conner, P., O’Dea, A., Lydon, S., Offiah, G., Scott, J., Flannery, A., Lang, B., Hoban, A., Armstrong, C., Byrne, D. (2016). A mixed-methods study of the causes and impact of poor teamwork between junior doctors and nurses. *International Journal of Quality in Health Care*, 28(3), 339-345.
- O’Leary, S.J., Dunton, K.J., King, T.L., Frisk, M.G., and Chapman, D.D.(2014). Genetic diversity and effective size of Atlantic sturgeon, *Acipenser oxyrinchus Oxyrinchus* River spawning populations estimated from the microsatellite genotypes of marine-

- captured juveniles. *Conserv Genet*, 15, 1173-1181.
- Gider, O., Ocak, S., and Top, M. (2015). Perceptions of Physicians about Knowledge Sharing Barriers in Turkish Health Care System. *Journal of Medical Systems*, 39(42), 1-13.
- Gotlib Conn, L., Kenaszchuk, C., Dainty, K., Zwarenstein, M., Reeves, S. (2014). Nurse-Physician Collaboration in General Internal Medicine: A Synthesis of Survey and Ethnographic Techniques. *Health and Interprofessional Practice*, 35(2), 66-72.
- Olugbenga, J.O. (2017). Barriers to Tacit Knowledge Sharing in Geographically Dispersed Project Teams in Oil and Gas Projects. *Project Management Journal*, 48(3), 41-57.
- Omisore, A.G., Adesoji, R.O., Abioye-Kuteyi, E.A. (2017). Interprofessional Rivalry in Nigeria's Health Sector: A Comparison of Doctors and Other Health Workers' Views at a Secondary Care Center. *International Quarterly of Community Health Education*, 38(1), 9-16.
- Ratnapalan, S. and Uleryk, E. (2014). Organizational Learning in Health Care Organizations. *Systems*, 2, 24-33.
- Riege, A. (2005). A Threedozenknowledgesharing barriers manager must consider. *Journal of Knowledge Management*, 9(3), 18 -35.
- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M., D'Amour, D., Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*; 19,132-147.
- Schein, E.H. (2002). Models and Tools for Stability and Change in Human Systems. *Reflections the SoL Journal*, 4(2), 34-46.
- Senge, P. (1990). *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. New York: Doubleday.
- Spender, J.C., and Grant, R.M. (1996). Knowledge and the Firm: An Overview. *Strategic Management Journal*, 17, 5-9.
- Szulanski, G. (1996). Exploring Internal Stickiness: Impediments to the transfer of best practice within the firm. *Strategic Management Journal*, 17, 27-43
- Tasselli, S. (2015). Social Networks and Inter-professional Knowledge Transfer: The Case of Healthcare Professionals. *Organization Studies*, 36(7), 841–872.

- 
- Tuyisenge, G., Hategeka, C., Luginaah, I., Babenko-Mould, Y., Cechetto, D., Rulisa, S. (2018). Continuing Professional Development in Maternal Health Care: Barriers to Applying New Knowledge and Skills in the Hospitals of Rwanda. *Maternal and Child Health Journal*, 22, 1200-1207.
- Vaghefi, I., Lapointe, L., and Shahbaznezhad, H. (2018). A multilevel process view of organizational knowledge transfer: enablers versus barriers. *Journal of Management Analytics*, 5(1), 1-17.
- Yih-Tong Sun, P. and Scott, J.L. (2005). "An investigation of barriers to knowledge transfer". *Journal of Knowledge Management*, 9 (2), 75-90.
- Zheng, T.T. (2017). A Literature Review on Knowledge Sharing. *Open Journal of Social Sciences*, 5, 51-58.
- Zhou, L. (2017). Patient-centered knowledge sharing in healthcare organizations: identifying the external barriers. *Informatics for Health and Social Care*, 42(2), 409-420.
- Zhou, L. & Nunes, M.B. (2016). Barriers to knowledge sharing in Chinese healthcare referral services: an emergent theoretical model. *Global Health Action*, 9, 1-14.