

**L'impact de la structure hiérarchique sur la dissimulation des connaissances entre les médecins et les infirmiers dans les services cliniques du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville**

**The impact of hierarchical structure on knowledge hiding between doctors and nurses in clinical services of University Hospital Center of Brazzaville**

**BANZOSSI NIAKA URSULE NUDY**

Docteure en Sciences de Gestion  
Université Marien NGOUABI-République du Congo  
Laboratoire Entreprise et Développement (LAED)/UCAD

**TOKI ROSE**

Maitre de conférences en Sciences de Gestion  
IAE de la Rochelle Université -France  
Laboratoire Interdisciplinaire Territoire Histoire Organisation Regulation Loi (LITHORAL)

**ABOUTOU ANNIE PAULE- CAROLE TEDJI**

Docteure en Sciences de Gestion  
Université Cheick Anta DIOP -Sénégal  
Laboratoire Entreprise et Développement (LAED)

**Date de soumission :** 19/06/2024

**Date d'acceptation :** 04/08/2024

**Pour citer cet article :**

BANZOSSI NIAKA. U. N & AL. (2024) « L'impact de la structure hiérarchique sur la dissimulation des connaissances entre médecins et infirmiers dans les services cliniques du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville », Revue Française d'Economie et de Gestion « Volume 5 : Numéro 8 » pp : 377 – 397.

Author(s) agree that this article remain permanently open access under the terms of the Creative Commons

Attribution License 4.0 International License



## Résumé

Cet article examine l'impact de la structure hiérarchique sur la dissimulation des connaissances entre les médecins et les infirmiers au sein des services cliniques du centre hospitalier universitaire de Brazzaville. Les résultats d'une étude exploratoire auprès de 25 médecins et infirmiers révèlent que les facteurs issus des différentes hiérarchies, impactent la dissimulation des connaissances entre médecins et infirmiers. Les facteurs de la hiérarchie inférieure tels que les relations d'équipe, la structure de l'équipe ainsi que les système et structure organisationnels influencent la dissimulation des connaissances ascendantes. De même, les pratiques cliniques, l'hégémonie médicale et la structure organisationnelle comme facteurs de la hiérarchie supérieure influencent la dissimulation des connaissances descendantes. En outre, les facteurs du même niveau hiérarchique tels que le prestataire des soins (médecin ou infirmier) et l'autorisation de la consultation libérale des agents, influencent la dissimulation des connaissances entre collègues. Ces résultats suggèrent des orientations pour les décideurs politiques, managers et organisations désireux de soutenir la collaboration interprofessionnelle en vue d'optimiser le transfert de connaissances.

**Mots clés :** Structure hiérarchique ; dissimulation des connaissances ; facteurs de la hiérarchie inférieure ; facteurs de la hiérarchie supérieure ; facteurs du même niveau hiérarchique

## Abstract

This article examines the impact of the hierarchical structure on knowledge hiding between doctors and nurses within clinical services at university hospital center of Brazzaville. The results of an exploratory study with 25 doctors and nurses reveal that factors from different hierarchies, impact the knowledge hiding between doctors and nurses. Lower hierarchy factors such as team relationships, team structure, and organizational structure and system influence bottom-up knowledge hiding. Similarly, clinical practices, medical hegemony, and organizational structure as top-hierarchy factors influence top-down knowledge hiding. In addition, factors at the same hierarchical level such as the care provider (doctor or nurse) and the authorization of liberal consultation of agents, influence the knowledge hiding between colleagues.

These results suggest directions for policy makers, managers and organizations wishing to support interprofessional collaboration with a view to optimizing knowledge transfer.

**Keywords:** Hierarchical structure; knowledge hiding; lower hierarchy factors; higher hierarchy factors; same hierarchical level factors

## Introduction

Les établissements de santé en Républiques du Congo sont organisés en des structures hiérarchisées dans lesquelles les professionnels de la santé ont des statuts variés avec des rôles et des pouvoirs divergents. Au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHU-B), un service clinique est structuré en une équipe médicale dirigée par un médecin spécialiste qui est assisté par six médecins généralistes dont le rôle est de diagnostiquer et de définir le protocole des soins et une équipe paramédicale dirigée par un coordonnateur des soins (Major). Le coordonnateur des soins a pour rôle d'assurer l'administration des soins et du service clinique. De ce fait, la hiérarchie est importante car elle façonne entre autres la prestation des services de santé, la manière dont les services de santé sont structurés, les priorités et qui reçoit les soins (Essex et al, 2023). Définie comme un ordre hiérarchique de statut et de pouvoir (Koldny, 2023), la hiérarchie crée des lignes de fracture en matière de communication, que ce soit entre ou au sein des professions entre ceux qui détiennent le pouvoir et ceux qui en ont relativement peu (Essex et al., 2023). Le CHU-B en pratiquant une structure hiérarchisée, les instructions circulent vers le bas et les informations vers le haut. Les infirmiers situés au plus bas niveau de la hiérarchie en matière de prestations de soins, sont réticents à fournir des connaissances aux médecins se situant au plus haut niveau de la hiérarchie. Cependant, la prestation des soins dépend de la collaboration des divers partenaires qui devraient partager leurs connaissances afin de fournir des soins de qualité aux patients (Leila Shahmoradi et al., 2017). Ainsi, le manque de partage des connaissances conduit à la dissimulation de ces connaissances, qui est définie comme une tentative intentionnelle d'un individu de retenir ou de dissimuler les connaissances qui lui ont été demandées par une autre personne (Connelly et al.,2012). En conséquence, une structure hiérarchique peut prévenir le partage des connaissances et donc favoriser le comportement de dissimulation de ces connaissances.

De nombreuses études ont été réalisées sur la dissimulation des connaissances, cependant la plupart d'entre elles portent sur la dissimulation des connaissances entre collègues au niveau horizontale (He et al., 2021). Ces dernières années, un intérêt accru pour la dissimulation des connaissances au niveau vertical (des supérieurs à leurs subordonnés) a émergé chez les chercheurs s'intéressant à la dissimulation des connaissances descendantes (He et al., 2021).

Cependant, peu d'études se sont penchées sur la dissimulation des connaissances issue des différentes hiérarchies, en particulier dans le contexte congolais. L'originalité de cette recherche réside dans l'examen des effets de la hiérarchisation de la structure professionnelle sur la dissimulation des connaissances entre les médecins et les infirmiers au sein des services

cliniques au CHU-B. L'objectif de cette recherche est d'analyser comment la hiérarchisation de la structure professionnelle influence la dissimulation des connaissances entre les médecins et les infirmiers, en identifiant les modèles réguliers de flux de connaissances entre les différents niveaux hiérarchiques au sein des services cliniques. Dans ce contexte, nous cherchons à répondre à la question suivante : comment la hiérarchisation de la structure professionnelle influence la dissimulation des connaissances entre les médecins et les infirmiers au sein des services cliniques ?

Au moyen d'une méthodologie qualitative exploratoire basée sur des entretiens semi -directs auprès des médecins et infirmiers des services cliniques au CHU-B, les questions suivantes seront abordées :

- Comment la hiérarchie supérieure influence la dissimulation des connaissances descendantes dans les services cliniques ?
- Comment la hiérarchie inférieure influence la dissimulation des connaissances ascendantes dans les services cliniques ?
- Comment le même niveau hiérarchique influence la dissimulation des connaissances horizontales dans les services cliniques ?

Cette recherche sera structurée en trois parties. La première partie présentera la dissimulation des connaissances suivant les différentes hiérarchies. La deuxième partie détaillera la méthodologie poursuivie et les résultats. Enfin la troisième et dernière partie sera dédiée à la discussion qui sera suivie par des recommandations managériales.

## **1. Revue de la littérature**

Dans cet article nous avons choisi comme cadre théorique la théorie de la dominance sociale pour la dissimulation des connaissances. En effet, les sociétés sont construites sur des structures hiérarchiques basées sur les groupes. Les établissements de santé sont organisés selon des structures hiérarchiques dans lesquelles les professionnels de la santé ont des statuts variés avec des rôles et des pouvoirs divergents. Ce sont entre autres, les raisons qui justifient notre choix sur la théorie de la dominance sociale.

### **1.1. La dissimulation des connaissances suivant les différentes hiérarchies**

Selon la Théorie de la Dominance Sociale (TDS), les sociétés sont construites sur des structures hiérarchiques basées sur les groupes (Pratto, Sidanius et Levin, 2006 ; Sidanius et al., 2004 ; Sidanius et Pratto, 2001). Certains de ces groupes se situent au niveau supérieur de la hiérarchie qui détiennent le pouvoir et l'autorité, tandis que d'autres se situent au niveau inférieur de la hiérarchie. Dans les systèmes de soins de santé, les médecins prennent régulièrement la position

de leader ou le rôle de décideur (Lancaster, Kolakowsky-Hayner, Kovacich, et Greer-Williams, 2015) et les infirmiers sont des assistants et considérés comme des subordonnés (Aymen Elsous et al., 2017). Cette forte nature hiérarchique des soins de santé est l'un des principaux obstacles à une communication ouverte et à l'affirmation de soi entre les professionnels de santé (Gluyas, 2015). La recherche sur les services de santé indique que les hiérarchies représentent un défi évident pour les modèles de soins collaboratifs. En effet, les hiérarchies agissent contre la collaboration interprofessionnelle qui est essentielle pour offrir les soins de qualité comme l'ont montré Assumpta Yamuragiye et al., (2021) dans les modèles médicaux des soins. Par ailleurs, la hiérarchie dans certaines professions a également été identifiée comme une cause profonde du déséquilibre des pouvoirs et de la communication inefficace dans les soins obstétricaux, où certaines professions considèrent que leur rôle est de donner des ordres plutôt que de collaborer vers un objectif commun (Cronie, D et al.,2019).

### **1.1.1. La dissimulation des connaissances ascendantes par la hiérarchie inférieure**

La dissimulation des connaissances ascendantes peut être définie comme la dissimulation des connaissances des subordonnés (hiérarchie inférieure) à leurs supérieurs (hiérarchie supérieure). Dans les services cliniques, les infirmiers se situent au niveau de la hiérarchie inférieure et par conséquent n'ont pas le pouvoir et l'autorité dans la coordination des soins aux patients. Cela crée des obstacles à la communication et donc empêche le partage des connaissances. En effet, le manque de liens personnels étroits peut également amener les subordonnés à cacher sélectivement des connaissances à leurs superviseurs pour se protéger (He et al., 2018). Les professionnels de santé occupant des postes hiérarchiques inférieurs évitent de formuler des demandes directes aux professionnels occupant des postes hiérarchiques supérieurs (Pichonnaz et coll,2021). Ainsi, la hiérarchie limite l'incitation des professionnels de la santé peu puissants à exprimer leurs opinions (Essex et al., 2023). De ce fait, la structure hiérarchique limite les interactions sociales entre les médecins et les infirmiers qui rendent difficile le transfert des connaissances au sein des services cliniques. D'où la proposition suivante :

P1 : La hiérarchie inférieure influence la dissimulation des connaissances ascendantes.

### **1.1.2. La dissimulation des connaissances descendantes par la hiérarchie supérieure**

La dissimulation des connaissances descendantes signifie que la hiérarchie supérieure dissimule les connaissances à la hiérarchie inférieure. Dans les établissements de soins de santé, les médecins jouent un rôle de premier plan dans les services cliniques et sont à l'initiative du transfert des connaissances. Cela implique que les médecins qui constituent des groupes

professionnels dont les connaissances sont essentielles aux soins des patients, à la qualité des services, à la sécurité des patients, à la réduction des erreurs médicales, transfèrent leurs connaissances au sein des services cliniques. Cependant, la détention des connaissances spécifiques rend les médecins plus puissants et plus importants au sein des services cliniques. Le désir du pouvoir, de la domination, d'une carrière prolongée, la peur d'être exploité et remplacé par des subordonnés compétents, justifient entre autres la dissimulation des connaissances descendantes de la hiérarchie supérieure vers la hiérarchie inférieure (Atif Saleem Butt, 2019 ; Connelly et Zweig, 2015).

P2 : La hiérarchie supérieure influence la dissimulation des connaissances descendantes

### **1.1.3. La dissimulation des connaissances horizontales issue du même niveau hiérarchique**

Les employés sont plus enclins à cacher leurs connaissances à un collègue s'ils perçoivent que cela peut minimiser les risques de perte du pouvoir des connaissances (Lanke 2018). La crainte de perdre leur statut unique conduit les employés à dissimuler leurs connaissances à leurs collègues (Bednall et Sanders, 2017). De même, une faible sécurité psychologique conduit les employés à la suspicion mutuelle et à la concurrence, et les ressources de connaissances qui constituent les principales ressources concurrentielles sur le lieu de travail sont plus susceptibles d'être retenues par eux (He et al., 2020).

P3 : Le même niveau hiérarchique influence la dissimulation des connaissances horizontales.

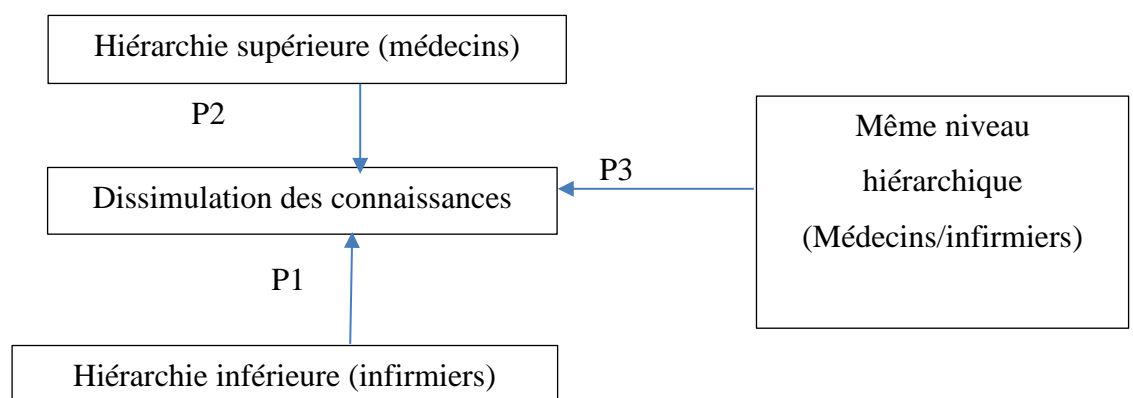
## **1.2. Synthèse des travaux empiriques**

De nombreuses études ont examiné les impacts de la hiérarchie sur la dissimulation des connaissances. Toutefois, nous présentons dans cette section quelques études empiriques.

Selon Butt (2019) et Butt et Ahmad (2019) en explorant la dissimulation des connaissances descendantes ont utilisé les études des cas multiples dans quatre entreprises aux Emirats Arabes Unis. Les résultats de leurs études de cas ont suggéré que les cadres supérieurs cachent intentionnellement leurs connaissances à leurs subordonnés pour cinq raisons individuelles : dissimulation des connaissances des cadres supérieurs aux ont montré que des facteurs personnels tels que les perspectives de carrière, la sécurité de l'emploi, le caractère indispensable, les autorisations restreintes des partenaires commerciaux et les bénéfices propres plus élevés. En s'appuyant sur la théorie de l'échange social et la théorie sociale cognitive, He et al (2020) ont examiné l'impact des relations superviseur- subordonné liés ou non au travail sur la dissimulation des connaissances auprès de 223 employés en Chine. Les résultats de cette étude ont montré que les relations superviseur-subordonné liées ou non au travail ont montré que

deux facteurs majeurs favorisaient la dissimulation des connaissances des superviseurs à leurs subordonnés influencent négativement la dissimulation des connaissances des subordonnés grâce à la sécurité psychologique. Autrement dit, les relations superviseur-subordonné liées ou non au travail influencent négativement la dissimulation des connaissances. Cependant, la sécurité psychologique médiatise pleinement l'impact de la relation superviseur-subordonné liée au travail sur la dissimulation des connaissances alors que la relation superviseur - subordonné médiatise partiellement l'impact de la relation superviseur-subordonné non liée au travail sur la dissimulation des connaissances. Par ailleurs, Lanke (2018), en utilisant la théorie de l'échange social a exploré l'impact du comportement interpersonnel et de l'expertise sur la dissimulation des connaissances. Les résultats de cette étude ont montré que le rôle de l'injustice interpersonnelle entre les collègues et leur expertise individuelle en tant que facteurs importants contribuent au comportement de dissimulation des connaissances horizontales.

**Figure N°1 : Modèle de recherche**



**Source : Auteurs**

## 2. Méthodologie

Les données ont été collectées par le biais des entretiens réalisés auprès des infirmiers et des médecins au sein de dix services cliniques du CHU-B. Le choix des services cliniques, ainsi que des infirmiers et des médecins se justifie entre autres en la hiérarchisation des relations entre médecins et infirmiers au sein des services cliniques. La pratique de la hiérarchisation de la structure professionnelle dans les services cliniques du CHU-B limite les interactions entre les médecins et les infirmiers. Le coordonnateur des soins dont le rôle est d'assurer l'administration des soins et du service a facilement le contact avec les médecins et l'accès à leurs connaissances, comparativement aux infirmiers subalternes.

La durée des entretiens a été en moyenne de 45 min. Le choix de l'échantillon s'est fait après une saturation des données. Les caractéristiques de notre échantillon sont reportées dans le

tableau 1. Au total 25 entretiens ont été réalisés. Ces entretiens ont été enregistrés et transcrits, et une analyse a été réalisée grâce au logiciel NVIVO 14.

**Tableau N°1 : Informations sur les médecins et infirmiers**

Interviewé	Statut	Fonction	Service
1	Infirmière	Collaboratrice	Néphrologie
2	Médecin spécialiste	Chef de service clinique	Néphrologie
3	Médecin spécialiste	Chef de service clinique	Urologie
4	Infirmier	Coordonnateur des soins	Urologie
5	Médecin spécialiste	Collaborateur	Pneumologie
6	Médecin spécialiste	Collaborateur	Pneumologie
7	Médecin spécialiste	Collaboratrice	Cancérologie
8	Médecin spécialiste	Collaboratrice	Neurologie
9	Infirmière	Coordonnatrice des soins	Neurologie
10	Médecin généraliste	Collaboratrice	Gastro-entérologie
11	Médecin spécialiste	Collaboratrice	Gastro-entérologie
12	Médecin spécialiste	Collaborateur	Orthopédie Traumatologie
13	Médecin spécialiste	Collaborateur	Pédiatrie Grand Enfant
14	Infirmier	Coordonnateur des soins	Pédiatrie Grand Enfant
15	Infirmier	Coordonnateur des soins	Chirurgie polyvalente
16	Infirmière	Coordonnatrice des soins	Chirurgie polyvalente
17	Infirmier	Collaborateur	Oto-rhino-laryngologie
18	Médecin spécialiste	Collaborateur	Oto-rhino-laryngologie
19	Infirmière	Collaboratrice	Stomatologie
20	Infirmier	Coordonnateur des soins	Stomatologie
21	Infirmière	Coordonnateur des soins	Orthopédie Traumatologie
22	Médecin spécialiste	Chef de service clinique	Chirurgie digestive
23	Médecin spécialiste	Collaborateur	Chirurgie digestive
24	Infirmière	Collaboratrice	Chirurgie polyvalente
25	Infirmière	Collaboratrice	Oto-rhino-laryngologie

**Source : auteurs**

L'analyse du contenu thématique a été utilisée comme méthode de recherche pour identifier les résultats des transcriptions des entretiens. Cette méthode implique l'examen d'un ensemble de textes en fonction des sujets préétablis ou identifiés pendant la lecture (Nidaazzi H. et Hourmatallah H,2023). Ainsi notre corpus des données a été organisé autour des catégories ci-dessous (tableau 2).

**Tableau N° 2 : Les facteurs hiérarchiques influençant la dissimulation des connaissances au sein des services cliniques**

Catégorie	Sous-catégorie
<b>Hiérarchie inférieure</b>	
Relations d'équipe	Le manque de confiance et de respect mutuel
	Les aspirations divergentes
Structure de l'équipe	La différence de niveau de qualification
	Perception de catégorie de groupe
Système et structure organisationnels	La culture de blâme
<b>Hiérarchie supérieure</b>	
Pratique clinique	La confidentialité des informations sur les patients
Hégémonie médicale	Le conflit de supériorité et d'infériorité
Structure organisationnelle	La différence de hiérarchisation de la structure professionnelle
<b>Même niveau hiérarchique</b>	
Prestataire des soins	L'affinité personnelle
	Le manque d'altruisme
	La peur de perdre le pouvoir et la position
L'autorisation de la consultation libérale des agents	Les ristournes des médecins et paramédicaux accordées par les formations sanitaires privées

**Source : auteures**

### 3. Résultats

Les résultats de l'étude montrent une énumération des facteurs des différentes hiérarchies qui influencent la dissimulation des connaissances entre les médecins et les infirmiers.

#### 3.1. Les facteurs de la hiérarchie inférieure influençant la dissimulation des connaissances ascendantes

Au regard de nos résultats, les facteurs de la hiérarchie inférieure influençant la dissimulation des connaissances ascendantes ci-après ont été identifiés :

##### 3.1.1. Les relations d'équipe

Les résultats de cette étude montrent que les relations entre les médecins et les infirmiers interagissant au sein des services cliniques du CHU-B, sont affectées par le manque de confiance et de respect mutuel. Cela entrave la collaboration dans la prestation des soins cliniques et donc encourage le comportement de dissimulation des connaissances.

« Dans les services cliniques du CHU-B, travailler avec les membres de l'équipe de manière respectueuse et confiante est un échec qui entrave le transfert des connaissances. Cet échec s'explique par le manque de respect et de confiance pour les opinions et jugements cliniques des infirmiers. » [Entretien 2,00 :55 :23]. Or le respect mutuel implique la connaissance et la

reconnaissance de la complémentarité des contributions des différents professionnels de l'équipe et de leur interdépendance. Ainsi, le manque de compréhension, de respect ou d'appréciation de la contribution des infirmiers constitue un véritable obstacle à la collaboration entre les médecins et les infirmiers. Par conséquent encourage la dissimulation des connaissances ascendantes issues de la hiérarchie inférieure.

Par ailleurs, la divergence de rôle et le degré d'autorité dans la prise de décisions cliniques font que les relations entre les médecins et infirmiers soient caractérisées par la domination des médecins. « *Travailler en équipe consiste pour les médecins à donner des instructions aux infirmiers. Bien que les infirmiers soient là avec les patients vingt-quatre heures sur vingt-quatre, les médecins ne sont là que pour les visites médicales* ». [Entretien 25,00 : 41 :00]

La proximité distante entre les médecins et les infirmiers au CHU-B influe sur la qualité des relations au niveau du service clinique. Celle-ci génère le manque de confiance et l'affinité personnelle qui limitent le transfert des connaissances à l'affichage de procédure, la présentation des malades, les séances matinales et donc favorise la dissimulation des connaissances tacites entre les médecins et les infirmiers.

### **3.1.2. La structure de l'équipe**

La structure des services cliniques au CHU-B est hétérogène en termes de contrat de travail. En se référant aux résultats de notre étude, nous distinguons trois types de personnel : les bi-appartenants ou hospitalo-universitaires relevant de l'autorité conjointe du CHU-B et de l'université Marien NGOUABI selon l'accord de coopération, les contractuels à durée indéterminée relevant uniquement de l'autorité du CHU-B et les fonctionnaires assimilés relevant du ministère de la fonction publique. De cette hétérogénéité en termes de contrat de travail, il ressort que les bi-appartenants, les fonctionnaires assimilés et les contractuels ont des rôles, des rémunérations, des autorités, des responsabilités différentes qui entravent la communication et génèrent des conflits de supériorité et d'infériorité qui favorisent le comportement de dissimulation des connaissances au sein des services cliniques. 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 des décisions cliniques. En effet, « *les relations entre les médecins et les infirmières sont hiérarchisées et caractérisées par la domination des médecins. Les infirmiers sont considérés comme des assistants plutôt que comme des partenaires des soins holistiques aux patients* ». [Entretien 7,00 :40 :00]. Les interactions entre les équipes médicales et paramédicales sont limitées en raison de la formation spécialisée, de l'identité professionnelle, de la position et des rôles des

médecins et infirmiers dans le système des soins de santé au CHU-B. Or, la continuité et la qualité des soins dépendent de la collaboration interprofessionnelle qui favorise le transfert des connaissances. De même, la différence de niveau de qualification entre médecins considérés comme émetteurs des connaissances et les infirmiers qui sont des récepteurs des connaissances, encourage le comportement de dissimulation des connaissances au CHU-B. « *Dans certains services par exemple, les infirmiers ont peur d'essayer la honte en raison de leurs compétences faibles, limitées et par conséquent préfèrent garder leurs connaissances au lieu de les transférer* ». [Entretien 21,00 : 45 :03]

### **3.1.3. Structure et système organisationnels**

La structure organisationnelle du CHU-B favorise le comportement de dissimulation des connaissances. « *Le CHU-B en pratiquant une structure hiérarchique, les instructions circulent vers le bas et les informations vers le haut* ». [Entretien 3,00 : 40 :00]

Les infirmiers situés au plus bas niveau de la hiérarchie en matière de prestations de soins, sont réticents à fournir des connaissances aux médecins au plus haut niveau de la hiérarchie, selon la structure des services cliniques au CHU-B. Cela s'explique par le fait que les médecins répondent négativement aux conseils des infirmiers.

De même, le manque de sécurité psychologique et la culture de blâme encouragent le comportement de dissimulation des connaissances entre les médecins et les infirmiers. « *La peur d'être blâmé ou sanctionné fait que les médecins et les infirmiers dissimulent leurs erreurs médicales qui ne peuvent garantir le transfert des connaissances* ». [Entretien 13,00 : 40 :00]

## **3.2. Les facteurs de la hiérarchie supérieure influençant la dissimulation des connaissances descendantes**

Partant de nos résultats, les facteurs de la hiérarchie supérieure influençant la dissimulation des connaissances descendantes sont :

### **3.2.1. Les pratiques cliniques**

La confidentialité des informations sur les patients en tant que pratique clinique induit un manque d'échange d'informations entre les professionnels de santé, notamment sur les patients transférés d'un service clinique à un autre mais également d'un hôpital au CHU-B. L'absence d'échange d'informations entrave la collaboration entre les professionnels de santé qui est essentielle dans la promotion des services de santé intégrés. « *Les médecins spécialistes assurant les soins de troisième échelon au CHU-B, gardent l'information sur les patients transférés afin de l'utiliser à des fins personnelles sans pour autant la partager avec les*

*médecins issus des autres services cliniques, hôpitaux généraux ayant initié le transfert des patients* ». [Entretien 8,00 : 50 :00]

### **3.2.2. L'hégémonie médicale**

La domination des médecins au CHU-B rend les infirmiers incapables d'influencer considérablement le processus décisionnel. Cela a des conséquences fondamentales sur la qualité de prise de décisions en équipe et sur l'efficacité de nouvelles méthodes de travail interprofessionnel tributaires du transfert des connaissances. Cependant, le rôle des soins infirmiers tout en étant essentiel dans la mise en œuvre des décisions cliniques, est resté non reconnu et dévalué. Par ailleurs, il résulte des résultats de notre recherche que la domination des médecins spécialistes du CHU-B ne se limite pas seulement sur les infirmiers mais s'étend également sur les autres hôpitaux généraux. « *Le manque de médecins spécialistes et l'insuffisance de plateaux techniques adéquats, les décisions cliniques sont prises par les médecins généralistes. Ces décisions cliniques sont remises en question en raison des compétences insuffisantes des médecins généralistes initiant le transfert des patients vers le CHU-B* ». [Entretien 10,00 : 43 :00]

L'hégémonie médicale au CHU-B encourage le comportement de dissimulation des connaissances entre les médecins et les infirmiers mais également des médecins spécialistes du CHU-B aux médecins généralistes des autres hôpitaux généraux.

### **3.2.3. La structure organisationnelle**

La différence de hiérarchisation de la structure professionnelle au CHU-B constitue une entrave au transfert des connaissances. En effet, la structure professionnelle des infirmiers étant plus hiérarchisée, les connaissances circulent du coordonnateur des soins aux infirmiers. « *Le coordonnateur des soins a plus facilement l'accès aux médecins et à leurs connaissances, comparativement aux infirmiers subalternes* ». [Entretien 16,00 : 45 :00]

Cette hiérarchisation favorise peu d'échanges des connaissances des infirmiers avec les médecins. En revanche, la structure professionnelle des médecins est moins hiérarchisée. Les médecins ont la facilité de s'adresser à d'autres médecins pour obtenir des informations. Ainsi, la différence de hiérarchisation de la structure professionnelle des médecins et des infirmiers facilite la dissimulation des connaissances descendantes issues de la hiérarchie supérieure faute d'interactions directes entre les médecins et les infirmiers.

### **3.3. Les facteurs du même niveau hiérarchique influençant la dissimulation des connaissances horizontales**

En considération de nos résultats, les facteurs du même niveau hiérarchique ci- dessous ont été identifiés :

#### **3.3.1. L'autorisation de la consultation libérale des agents du CHU-B**

Elle a provoqué une baisse des consultations externes et un taux d'absentéisme important au profit des formations sanitaires privées. L'autorisation de la consultation libérale des agents du CHU-B a provoqué des comportements opportunistes chez le personnel médical aussi bien que chez le personnel paramédical. « *Les agents orientent les malades vers les formations sanitaires privées qui leur accordent en retour des ristournes espérées* ». [Entretien 17,00 : 45 :00]

Les ristournes accordées par ces formations sanitaires privées tant au personnel médical qu'au personnel paramédical du CHU- B, favorisent le comportement de dissimulation des connaissances, entravant ainsi le transfert des connaissances qui devraient garantir la continuité et la qualité des soins au CHU-B.

#### **3.3.2. Le prestataire des soins(médecin/infirmier)**

Transférer les connaissances pour ces seuls spécialistes est synonyme de perdre le pouvoir dès lors que les connaissances confèrent un certain pouvoir à ses détenteurs. Ces maîtres du savoir pour leur promotion et pour augmenter le degré d'employabilité, sont réticents au partage de leurs connaissances. « *Les médecins ayant des connaissances rares signifient pour le CHU-B être le seul spécialiste. Les médecins seuls spécialistes au CHU-B ont une haute réputation et un monopole de la connaissance les conduisant à la thésaurisation de la connaissance au lieu de la transférer* ». [Entretien 12,00 : 55 :00]. Dissimuler les connaissances et l'expérience aux collègues pose un défi personnel, préjudiciable à la continuité et à la qualité des soins au sein du service clinique. De plus, dans les pratiques de soins de santé, une forte affinité tend à favoriser et à soutenir l'individualisme qui concourt à la dissimulation des connaissances.

« *L'affinité personnelle favorise le transfert des connaissances entre les médecins, les infirmiers connaissant des relations d'affinité (amis). En revanche, les médecins et les infirmiers (non-amis) élaborent une solution sur un mode excluant l'autre* ». [Entretien 1,00 : 42 :05]. Cette attitude favorise le comportement de dissimulation des connaissances au sein des services cliniques faute d'absence d'interactions sociales récurrentes.

De même, le manque d'altruisme contribue à la dissimulation des connaissances entre les médecins et les infirmiers au sein des services cliniques.

« Le manque d'altruisme s'explique entre autres par une rémunération insatisfaisante ainsi que l'absence d'une politique de motivation intrinsèque de la part de la direction des ressources humaines ». [Entretien 9,00 : 50 :08]

#### 4. Discussion

Les résultats de notre étude mettent en lumière plusieurs facteurs importants concernant l'impact de la structure hiérarchique sur la dissimulation des connaissances entre les médecins et les infirmiers dans les services cliniques du CHU-B. En s'appuyant sur le cadre théorique de la dominance sociale (Sidanius et Pratto, 2001), notre étude montre bien l'influence de la structure hiérarchique sur la dissimulation des connaissances entre les médecins et les infirmiers. La dissimulation des connaissances ascendantes par les infirmiers au sein des services cliniques du CHU-B découle des relations d'équipe, de la structure de l'équipe et des système et structure organisationnels. Les services cliniques du CHU-B étant des structures professionnelles hiérarchisées entravent la collaboration interprofessionnelle qui se traduit par de faibles compétences en communication. En effet, la communication au sein des services cliniques du CHU-B se résume essentiellement en des séances matinales et aux staffs qui ne peuvent favoriser le transfert effectif des connaissances. Cependant, le transfert des connaissances nécessite une communication positive et effective qui augmente la proximité relationnelle et la confiance. A leur tour, ces dernières favorisent le transfert effectif des connaissances. En revanche, la proximité relationnelle distante entre médecins et infirmiers au CHU-B contribue à la dissimulation des connaissances ascendantes. Ce résultat concorde avec les conclusions de He et al (2018) qui affirment que le manque de liens étroits peut également amener les subordonnés à cacher sélectivement des connaissances à leurs supérieurs pour se protéger. Dans le même sillage, Butt et Ahmad (2019) ont montré que de mauvaises relations personnelles entre les cadres supérieurs et leurs managers pouvaient prédire la dissimulation des connaissances. De même, la dissimulation des connaissances ascendantes par les infirmiers au sein des services cliniques résulte également de la structure de l'équipe composée des hospitalo-universitaires, des fonctionnaires assimilés et des contractuels. Les hospitalo-universitaires ont pour mission première de former et de faire de la recherche biomédicale. En revanche, les fonctionnaires assimilés et les contractuels ont pour mission principale la prestation des soins. Cette hétérogénéité en termes de contrat de travail concourt à la dissimulation des connaissances ascendantes au sein des services cliniques. En effet, les services cliniques du CHU-B sont dotés du personnel aux statuts variés ayant des rôles, des rémunérations, des autorités, des responsabilités distinctes, entravent la communication et

gènèrent des conflits de supériorité et d'infériorité au sein des services cliniques. Ce résultat est cohérent avec ceux de Lyndon Morley et Angela Cashell (2017) qui ont montré dans les équipes de soins de santé où les professionnels de santé impliqués ont une formation, des rôles, des responsabilités, une autorité, un prestige, une rémunération variée, entravent la communication et gènèrent des conflits. Par conséquent influent sur la collaboration interprofessionnelle déterminante dans le transfert des connaissances en vue d'améliorer la qualité des soins. Néanmoins, la collaboration professionnelle et le partage de connaissances vérifiées sont des éléments essentiels du transfert des connaissances, des projets d'amélioration et de la gestion du changement. (Manghoum. S. et Mokhli C.E., 2023). De surcroît, la dissimulation des connaissances ascendantes par les infirmiers au sein des services cliniques émane de la structure et du système organisationnels du CHU-B qui agissent contre le développement des relations de collaboration au sein des équipes interprofessionnelles. La domination des médecins s'explique par la hiérarchisation de la structure professionnelle qui entrave la collaboration interprofessionnelle, favorisant ainsi la dissimulation des connaissances ascendantes. Cela ne peut garantir la qualité et la continuité des soins prodigués aux patients. En réalité, le modèle hiérarchique de soins aux patients considère les infirmiers comme des subordonnés et assistants médicaux.

Ce résultat corrobore le résultat de Tasseli (2017) qui révèle que les formations et les rôles organisationnels distincts conduisent les équipes médicales et les équipes paramédicales à développer des identités professionnelles, ce qui rend difficile pour les professionnels de santé le transfert des connaissances à d'autres groupes professionnels. Ainsi, la structure et le système organisationnels contribuent à la dissimulation des connaissances ascendantes.

Toutefois, la dissimulation des connaissances descendantes par les médecins au sein des services cliniques, émane des pratiques cliniques, de l'hégémonie médicale et de la structure organisationnelle. Les pratiques cliniques contribuent à la dissimulation des connaissances descendantes par les médecins mais également à la dissimulation horizontale des connaissances entre les services cliniques et au-delà des frontières du CHU-B. Précisément, la confidentialité des informations sur les patients en tant que pratique clinique induit au manque d'échange d'informations entre les médecins et les infirmiers. Par conséquent, la confidentialité des informations sur les patients encourage la dissimulation verticale (descendante) et horizontale des connaissances par les médecins, ne peut promouvoir les services de santé intégrés. De plus, la confidentialité des informations sur les patients transférés permet aux médecins du CHU-B de faire une course aux publications scientifiques pouvant être qualifiée de concurrence

déguisée. Ainsi, le manque d'échange d'informations entre les professionnels de santé peut augmenter le risque d'erreur et les erreurs médicales influant sur la qualité des soins tout en mettant en péril la sécurité d'emploi des agents de la santé. Ce résultat vient corroborer les résultats de Carolin Auschra (2018) qui a montré que, le manque d'échange d'informations peut augmenter le risque d'erreurs concernant les soins de santé mentale. La dissimulation des connaissances descendantes par les médecins au sein des services cliniques du CHU-B provient également de l'hégémonie médicale. En effet, les interactions entre les équipes médicales et paramédicales sont limitées en raison de la formation spécialisée, de l'identité professionnelle, de la position et des rôles des médecins et infirmiers dans le système des soins de santé au CHU-B. Or, la continuité et la qualité des soins dépendent de la collaboration interprofessionnelle qui favorise le transfert des connaissances et donc les apprentissages au sein du service clinique. Ainsi, l'hégémonie médicale favorise la dissimulation des connaissances descendantes dans la mesure où les infirmiers sont considérés comme des assistants plutôt que des partenaires des soins holistiques aux patients. En outre, la différence de hiérarchisation de la structure professionnelle issue de la structure organisationnelle du CHU-B ne favorise pas la proximité entre médecins et infirmiers dans les services cliniques du CHU-B qui aurait permis aux médecins et aux infirmiers de mieux se connaître afin d'établir une confiance mutuelle. Car la qualité des relations en équipe repose sur la confiance dont le manque a été identifié comme obstacle majeur au transfert des connaissances au niveau du médecin et de l'infirmier au CHU-B (U. N. Banzoussi, 2023). Le manque de confiance au CHU-B résulte des faibles compétences en communication se résumant essentiellement dans la prestation des soins. La définition des protocoles des soins au CHU-B ne résulte pas de la communication entre médecins et infirmiers. Nos résultats rejoignent ceux de Atif Saleem Butt (2019) qui a illustré que la dissimulation descendante des connaissances découle des facteurs personnels tels que les perspectives de carrière, la sécurité de l'emploi, le caractère indispensable, les autorisations restreintes des partenaires commerciaux et les bénéfices propres plus élevés. Cependant la dissimulation des connaissances horizontales est déterminée par l'autorisation de la consultation libérale des agents et le prestataire des soins. Le prestataire des soins (infirmiers et médecins) constitue lui-même un facteur prédictif au comportement de dissimulation des connaissances entre collègues issus du même niveau hiérarchique. Les médecins et infirmiers manquent de motivation à l'idée de transférer leurs connaissances, en raison de la peur de perdre le pouvoir et la position, du manque d'altruisme et d'affinité personnelle. Ne pas échanger les connaissances et l'expérience avec les collègues pose un défi personnel, préjudiciable à la

continuité et à la qualité des soins au sein du service clinique. Ce résultat est en harmonie avec les recherches récentes confirmant que les caractéristiques individuelles sont des prédicteurs importants du comportement de dissimulation des connaissances (Fauzi, 2022, Iqbal et al., 2022). Par ailleurs, l'autorisation de la consultation libérale des agents au CHU-B a provoqué des comportements opportunistes chez le personnel médical aussi bien que chez le personnel paramédical. Les médecins et les infirmiers orientent les malades vers les formations sanitaires privées qui leur accordent en retour des ristournes espérées. Les ristournes accordées par ces formations sanitaires privées tant au personnel médical qu'au personnel paramédical du CHU-B, entravent le transfert des connaissances qui devraient garantir la continuité et la qualité des soins au CHU-B et par conséquent favorise la dissimulation des connaissances horizontales. Ce résultat est spécifique au contexte du CHU-B dès lors que les études sur les obstacles aux transferts des connaissances dans les établissements des soins de santé relevant la consultation libérale des agents de santé comme déterminant dans le comportement de dissimulation des connaissances, sont presque inexistantes.

Les implications managériales de notre recherche sont multiples. Tout d'abord, les établissements de soins de santé qui soutiennent la collaboration interprofessionnelle en vue d'optimiser le transfert des connaissances peuvent tirer parti de notre étude pour mieux identifier les entraves liées à la dissimulation hiérarchique des connaissances. Par conséquent, les surmonter en abandonnant les hiérarchies telles que l'hégémonie médicale et l'autorité exclusive de certaines professions.

En outre, nos résultats peuvent aider les décideurs politiques et les gestionnaires à élaborer des politiques de motivation visant à encourager la collaboration interprofessionnelle plutôt qu'à rivaliser. Cela favoriserait un climat positif afin d'éviter les conséquences destructrices de la dissimulation hiérarchique des connaissances.

### **Conclusion**

En conclusion, notre étude a examiné l'impact de la hiérarchisation de la structure professionnelle sur la dissimulation des connaissances entre les médecins et les infirmiers dans les services cliniques du CHU-B. Les principaux résultats montrent que les facteurs issus des différentes hiérarchies impactent la dissimulation des connaissances entre médecins et infirmiers. Les relations d'équipe, la structure de l'équipe ainsi que les système et structure organisationnels impactent la dissimulation des connaissances ascendantes par la hiérarchie inférieure. De même, les pratiques cliniques, l'hégémonie médicale et la structure organisationnelle influencent la dissimulation des connaissances descendantes par la hiérarchie

supérieure. Néanmoins, la dissimulation des connaissances horizontales issue du même niveau hiérarchique est influencée par le prestataire des soins et l'autorisation de la consultation libérale des agents. En dépit de ces contributions, notre étude présente certaines limites. En priorité, elle se concentre sur un échantillon limité des médecins et infirmiers dans les services cliniques du CHU-B, ce qui rend difficile la généralisation des résultats à d'autres contextes. Notre étude adopte aussi une approche qualitative exploratoire, ce qui limite notre capacité à établir des relations causales entre hiérarchisation de la structure professionnelle et dissimulation des connaissances entre médecins et infirmiers.

Les perspectives pour les recherches futures incluent l'élargissement de l'échantillon à d'autres établissements de santé de la République du Congo ou d'autres pays d'Afrique pour comparer le comportement de dissimulation des connaissances issu des différentes hiérarchies. Il serait également intéressant d'utiliser des méthodes quantitatives pour étudier les liens de causalité entre dissimulation des connaissances, hiérarchie inférieure, hiérarchie supérieure. Enfin, des recherches supplémentaires pourraient être menées pour étudier la façon de créer des environnements dans lesquels différentes hiérarchies sont habilitées à contribuer aux décisions cliniques et à partager les connaissances au-delà des frontières professionnelles. Par ailleurs, des recherches sur la dissimulation hiérarchique des connaissances pourront analyser si les infirmiers se situant niveau inférieur de la hiérarchie cachent-ils plus de connaissances ou les médecins de niveau supérieur de la hiérarchie cachent-ils plus de connaissances ?

En somme, notre étude contribue à la compréhension de la dissimulation hiérarchique des connaissances entre médecins et infirmiers dans les services cliniques du CHU-B. Les résultats offrent des pistes pour les décideurs politiques, les gestionnaires et les organisations qui cherchent à optimiser le transfert des connaissances entre médecins et infirmiers et soulignent l'importance de surmonter tous ces facteurs hiérarchiques agissant comme prédicteurs au comportement de dissimulation des connaissances.

## **BIBLIOGRAPHIE**

**Assumpta Yamuragiye, Lloy Wylie, Elizabeth Anne Kinsella, &Lorie Donelle (2021).** A scoping review of interprofessional collaboration in hospital-based obstetric care with a particular focus on Africa. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 24.

**Auschra Carolin (2018).** Barriers to the Integration of Care in Inter-Organisational Settings: A Literature Review. *International. Journal of Integrated Care*, 18(1), 1-14.

**Banzoussi Niaka, U. N. (2023).** Les sources de barrières aux transferts des connaissances à des niveaux d'apprentissage dans les établissements publics de santé en République du Congo. *Revue Africaine de Gestion*,6(1) ,67-97.

**Bednall, T.C. & Sanders, K. (2017).** Do opportunities for formal learning stimulate follow up participation in informal learning? A three-wave study. *Human Resource Management*, 56 (5),803-820.

**Butt, A. & Ahmad, A. (2019).** Are there any antecedents of top-down knowledge hiding in firms? Evidence from the United Arab Emirates. *Journal of Knowledge Management*, 23(8),1605-1627.

**Connelly, C. E. Zweig, D., Webster, J., & Trougakos, J. P. (2012).** Knowledge hiding in organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 33, 64-88.

**Connelly, C. E. & Zweig, D. (2015).** How perpetrators and targets construe knowledge hiding in organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 24(3), 479-489.

**Cronie, D., Rijnders M., Jans S., Verhoeven, C. J., & De Vries, R. (2019).** How good is collaboration between maternity service providers in The Netherlands? *Journal of Multidisciplinary Healthcare* ,12 ,21-30.

**Elsous, A. Radwan, M. & Mohsen, S. (2017).** Nurses and Physicians Attitudes toward Nurse-Physician Collaboration: A Survey from Gaza Strip, Palestine. *Nursing Research and Practice*, 2017(6), 1-7.

**Essex, R., Kennedy, J., Miller, D., & Jameson, J. (2023).** A scoping review exploring the impact and negotiation of hierarchy in healthcare organisations. *Nursing Inquiry*, 30, 1-10.

**Fauzi, M. A. (2022).** Knowledge hiding behavior in higher education institutions: A scientometric analysis and systematic literature review approach. *Journal Knowledge Management*,27(2),302-327.

**Filizli, G. & Önler, E. (2020).** Nurse-physician collaboration in surgical units: A questionnaire study. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 21, 100386.

**Gluyas, H. (2015).** Effective communication and teamwork promote patient safety. *Nursing Standard*, 29(49), 50-57.

**He, P., Wang, X., Li, Z., Wu, M., & Estay, C. (2018).** Compulsory citizenship behavior and employee silence: The roles of emotional exhaustion and organizational identification. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 46(12), 2025-2047.

**He, P.,** Sun, R., Zhao, H., Zheng, L., & Shen, C. (2020). Linking work-related and non-work-related supervisor–subordinate relationships to knowledge hiding: a psychological safety lens. *Asian Business & Management*, 21(8),525-546.

**He, P.,** Jiang C., Xu Z. & Shen. C. (2021). Knowledge Hiding: Current Research Status and Future Research Directions. *Frontiers Psychology*, 12,748237.

**Iqbal O,** Ali Z & Azam A. (2022). Exploring the underlying mechanism between fear of losing power and knowledge hiding. *Frontiers Psychology*, 13,1069012.

**Kolodny, N. (2023),** The pecking order: Social hierarchy as a philosophical problem, Harvard University Press.

**Lancaster G.,** Kolakowsky-Hayner S., Kovacich J., & Greer-Williams N. (2015). Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personnel. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(3) ,275-84.

**Lanke Parijat (2018).** Knowledge hiding: impact of interpersonal behavior and expertise. *Human Resource Management International Digest*, 26 (2), 30-32.

**Manghoun S. & Mokhlis C.E. (2023).** Le Knowledge Management, comme outil d'aide à l'amélioration de la performance des organisations de soins de santé publiques au Maroc : Approche théorique et perspectives d'améliorations. *Revue Française d'Economie et de Gestion*, 4(8), 94-110.

**Morley, L. & Cashell, A. (2017).** Collaboration in Health Care. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*,48(2), 207-216.

**Nidaazzi H. & Hourmatallah H. (2023).** Racines Conservatrices, Branches Resilientes: Exploration de l'Impact du Conservatisme sur la Resilience des Entreprises Familiales. *Revue Internationale des Sciences de Gestion*, 6 (4), 613–634.

**Pichonnaz, D.,** Staffoni, L., Greppin-Bécherraz, C., Menia-Knutti, I., & Schoeb, V. (2021). You should maybe work together a little bit: Formulating requests in interprofessional interactions. *Qualitative Health Research*, 31(6), 1094–1104.

**Pratto, F.,** Sidanius, J., & Levin, S. (2006). Social dominance theory and the dynamics of intergroup relations: Taking stock and looking forward. *European Review of Social Psychology*, 17, 271-320.

**Shahmoradi, L.,** Safadari, R., & Jimma, W. (2017). Knowledge Management Implementation and the Tools Utilized in Healthcare for Evidence-Based Decision Making: A Systematic Review. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 27(5),541-558

**Sidanius, J.**, Pratto, F., van Laar, C., & Levin, S. (2004). Social Dominance Theory: Its Agenda and Method. *Political Psychology*, 25(6), 845-880.

**Sidanius, J.** & Pratto, F. (2001), *Social dominance: An intergroup theory of social hierarchy and oppression*, New York: Cambridge University Press.

**Tasselli Stefano** (2015). Social Networks and Inter-Professional Knowledge Transfer: The Case of Healthcare Professionals. *Organization Studies*, 36(7), 841-872.