

Partage de connaissances entre centres hospitaliers publics : cartographie des services favorisant la mise en place d'une démarche qualité

Dagou Hermann-Wenceslas DAGOU ¹

¹Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire, ddhqeek@gmail.com

Résumé : Cette recherche analyse le partage de connaissances dans le cadre d'une démarche qualité ISO 9001 entre deux centres hospitaliers publics. Un établissement sollicite l'expertise d'agents d'un autre hôpital afin d'évaluer la maturité de ses services engagés dans la certification. L'étude cherche à comprendre comment s'articulent les préférences des agents experts et les perceptions des agents de l'hôpital bénéficiaire. Les données portent sur dix services hospitaliers. Elles ont été traitées à l'aide d'une cartographie des préférences et complétées par des entretiens. Les résultats identifient une classe de services considérée comme idéale pour le partage de connaissances. Cette configuration favorise l'appropriation des pratiques qualité et l'apprentissage organisationnel. L'analyse met également en évidence une coopération sans procédure dans la dimension tacite et une procédure sans coopération dans la dimension explicite des connaissances.

Mots clés : Partage de connaissances, Démarche qualité, Hôpital public, Apprentissage organisationnel, Cartographie de préférences.

Knowledge sharing between public hospitals: mapping services that support the implementation of a quality management approach

Abstract: This study examines knowledge sharing within an ISO 9001 quality management initiative between two public hospitals. One hospital sought support from experienced staff members of another hospital with expertise in ISO 9001 certification to assess the maturity of its service processes. The study investigates how the preferences of expert staff relate to the perceptions of employees in the recipient hospital. Data were collected from ten hospital departments. Preference mapping techniques were applied and complemented by qualitative interviews. The findings identify an "ideal" class of services that brings together the conditions required for successful knowledge sharing on quality management practices. This configuration supports the appropriation of quality principles and organisational learning. The results also reveal a cooperation without formal procedures in the tacit knowledge dimension, and formal procedures without effective cooperation in the explicit knowledge dimension.

Keywords: Knowledge sharing; Quality management; Public hospital; Organizational learning; Preference mapping.

*This is a PDF file of an article that has undergone enhancements after acceptance, such as the addition of a cover page and metadata, and formatting for readability, but it is not yet the definitive version of record. This version will undergo additional copyediting, typesetting and review before it is published in its final form, but we are providing this version to give early visibility of the article.

Citation: Dagou D. H.-W., (2026). Partage de connaissances entre centres hospitaliers publics : cartographie des services favorisant la mise en place d'une démarche qualité. *Revue Française de Gestion Industrielle*, 40(X), XX-XX. <https://doi.org/10.53102/2026.40.xx.xx>

Historique : reçu le 24/12/2024, accepté le 29/06/2026, en ligne le 29/06/2026

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), permitting all non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

1. INTRODUCTION

La littérature sur la gestion des connaissances (Burgers et al., 2024; Lombardi, 2019; Milagres & Burcharth, 2019), différencie l'intégration des connaissances et leurs processus d'intégration. Alors que le premier concerne les résultats de ces connaissances partagées, utilisées ou intégrées à d'autres connaissances pour générer de nouvelles connaissances (Nonaka et al., 2006), le second représente la procédure par laquelle les acteurs emploient ou partagent des connaissances particulières ou les synthétisent pour déclencher de nouvelles connaissances (Asiaei et al., 2020). Le partage des connaissances est le traitement par lequel les personnes échangent des informations sur des sujets et des expériences particuliers. Il est créé en utilisant la conversation, le partage d'expériences et la compréhension. Le partage de connaissances entre celui qui les détient et celui qui les recherche, ainsi que les relations de coopération permettant d'intérioriser les compétences de l'autre. L'intérêt croissant pour la manière dont les organisations apprennent de leurs partenaires et développent de nouvelles compétences grâce aux collaborations, a conduit à l'émergence d'un courant de recherche distinct. Ce courant s'inscrit dans un débat théorique opposant une vision instrumentale du partage des connaissances, orientée vers la performance et la conformité, à une vision socio-constructiviste centrée sur les dynamiques d'apprentissage et d'identité professionnelles (Korbi & Karim, 2015; Nonaka & Von Krogh, 2009; Pauget & Wald, 2018). Le partage des connaissances est une stratégie ou une action utilisée dans la gestion des connaissances pour fournir et diffuser des informations requérant un certain contrôle, à l'effet de jeter les bases d'une collaboration. Afin de générer des innovations qui contribueront à la durabilité d'une organisation, le partage des connaissances est une composante de la gestion des connaissances (Kosklin et al., 2023). En conséquence, le contrôle des capacités d'une organisation à favoriser le partage des connaissances occupe une place importante dans le programme de transfert des connaissances.

Nonaka et al. (2006) entendent par connaissance, l'ensemble des informations accompagnées, justifiées et assimilées par un individu, de façon à les rendre utilisables pour aboutir à une action. L'idée du contrôle fait que la connaissance opère, par sélection de données significatives et par rejet de données non significatives. Il sépare certaines données et en unit ou associe d'autres en termes de logiques. De même, la connaissance hiérarchise le principal et le secondaire en cherchant à rendre les éléments intelligibles. Cette articulation renvoie à une tension théorique entre un contrôle, mécanisme de conformité, ou un levier d'apprentissage génératif (Bisbe et al., 2019; Nkunkwane & Fombad, 2021). Pour Radtke et al. (2023), le contrôle dans l'organisation est lié à la connaissance pour différentes raisons. Premièrement, le contrôle réagit aux changements en réalisant des distributions de pouvoir. Ensuite, il peut être mis en place pour diffuser de la clarté et du confort afin de confirmer les logiques d'action existantes. Enfin, le contrôle peut être en place et fonctionner comme une pratique défensive de l'organisation pour préserver les routines existantes. Le contrôle peut favoriser la proactivité dans le partage de connaissances en suggérant de nouvelles possibilités d'action et en encourageant l'expérimentation motivée par la curiosité. La littérature sur les systèmes de contrôle de gestion montre ainsi que leurs effets dépendent de leur mode d'usage diagnostique ou interactif, coercitif ou habilitant (Bisbe et al., 2019; Simons, 1995). En particulier, les forces organisationnelles internes, les routines établies, l'inertie et la familiarité du personnel avec les processus existants favorisent la stabilité des organisations (Dal Mas et al., 2020). Simultanément, des forces institutionnelles externes, le gouvernement et le public, demandent de plus en plus aux organisations du secteur public d'apporter la preuve de leurs performances, au travers de la certification (Abbas & Kumari, 2021). La certification devient alors un dispositif hybride, à la fois instrument de légitimation externe et mécanisme interne de structuration des apprentissages organisationnels (Babei & Paché, 2021; Chen et al., 2022; Gong et al., 2025).

La connaissance issue de la certification n'est pas seulement une mémoire, un item figé dans un stock, mais est toujours activable pour une finalité, une intention ou un projet. Traduite par la démarche qualité, elle est un moyen d'obtenir la certification, largement relayée par toutes sortes de stratégies économiques, techniques, managériales (Bron & Salzman, 2006; Varoquaux, 1997). Ce faisant, les organisations de santé s'appuient sur l'apprentissage pour améliorer les services de prestation de soins de santé grâce au partage. De sorte que la connaissance est le résultat d'un processus d'apprentissage dans la mesure où elle est fondamentalement liée à l'expérience. Les connaissances organisationnelles sont ancrées dans les pensées des hospitaliers (Radtke et al., 2023), mais aussi dans les actions, les procédures, les routines, les processus et les normes (Dal Mas et al., 2020). L'échange d'informations implicites et explicites (Asiaei et al., 2020; Michon, 2015), est essentiel pour que les organisations de santé puissent accroître leurs connaissances et fournir à leurs clients des services fondés sur des données probantes. La théorie de la création des connaissances insiste précisément sur la conversion entre tacite et explicite comme condition d'une institutionnalisation durable des apprentissages (Nonaka & Von Krogh, 2009). Les travaux de Simons (1995) constituent une contribution clé à la compréhension du contrôle entre, celui qui détient et celui qui recherche la connaissance. L'auteur perçoit le contrôle comme les routines et les procédures formelles basées sur l'information que les gestionnaires utilisent pour maintenir ou modifier les modèles d'activités organisationnelles. Les leviers qui composent le contrôle autorisent le partage de connaissances dans un sens d'apprentissage (Asiaei et al., 2020). En particulier, le système d'interactivité est un exemple de leviers habilitant qui favorisent le partage de perspectives et de formulation d'initiatives novatrices, cruciale pour la réforme en cours des organisations de santé. Dès lors, la question n'est plus le partage des indicateurs qualité (Bron & Salzman, 2006) mais, dans quelles conditions, un dispositif formalisé de contrôle de conformité devient-il un vecteur d'apprentissage interorganisationnel.

Pour atteindre la réforme hospitalière, la Politique Nationale d'Amélioration de la Qualité des Soins et des Services de Santé (MSHPCMU, 2021) encourage à la collaboration pour un partage de connaissances. Avec environ vingt ans d'expérience dans la démarche qualité, l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA) est perçu comme une référence ayant des connaissances à partager à ses homologues. Cependant, depuis cet appel du ministère, les résultats de la certification ISO 9001 peinent à mobiliser les énergies de tous (RASS, 2024). Cette difficulté empirique renvoie au débat théorique de savoir si le transfert de connaissances est lié au contenu (ce qui est transmis) ou au contexte relationnel et identitaire (comment et par qui cela est transmis) (Milagres & Burcharth, 2019; Pauget & Wald, 2018). La variabilité de l'orientation des professionnels de la santé, du réseautage composite et des processus décisionnels souligne comment ce cadre social de collaboration a besoin de plus que l'exhibition d'une expérience réussie. Pour que le partage de connaissances soit collaboratif, il faut selon Torkezad et Beheshtinia (2019), que les interfaces entre les professions auxquelles il fait appel soient des occasions de progrès et d'amélioration. La maîtrise des interfaces entre les services est une préoccupation sur laquelle les autres centres hospitaliers s'enlisent malgré les volontés affichées de s'inscrire dans une démarche qualité. En effet, les statistiques montrent que la majorité des dysfonctionnements se produisant aux interfaces relève du problème des informations transitant entre deux activités (Burgers et al., 2024; Ferrer-Serrano et al., 2021).

Le partage des connaissances de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan, sur son expérience en matière de démarche qualité, pourrait influencer positivement la performance du Centre Hospitalier Universitaire d'Angré (CHUA) grâce à ses expressions implicites et explicites. Toutefois, il est très difficile de combiner simultanément connaissances implicites et explicites, car les capacités de partage et d'acquisition sont limitées. Ainsi, le choix de se concentrer davantage sur l'exploitation des connaissances pour les services est influencé par les bases de connaissances internes de l'ICA et par la capacité à absorber les

connaissances externes du CHUA (Dagou, 2022; Ferrer-Serrano et al., 2021; Howard et al., 2016). En observant les routines de l'ICA, qui possède une expertise particulière sur l'approche processus et en les mettant en pratique, le CHUA peut ensuite déployer des routines similaires pour ses activités d'innovation. Ayant entamé une démarche de certification, le Centre Hospitalier Universitaire d'Angré (CHUA) sollicite l'ICA, au travers de ses agents les plus expérimentés, pour établir une cartographie de ses processus. En agissant ainsi, le CHUA réduit une entrave au partage des connaissances à savoir, une relation difficile entre les détenteurs et les destinataires.

La question de recherche est alors : comment les préférences de services exprimées par les agents de l'ICA et les facteurs d'appréciation des agents du CHUA traduisent-ils les conditions sous lesquelles la certification à la qualité permet un partage de connaissances interorganisationnel ?

Cet article permet d'explorer le partage de connaissances comme un moyen de pérenniser la certification ISO 9001 en contexte africain (Burgers et al., 2024) et en particulier de se concentrer sur les « indicateurs de processus qualité ». Il aidera les managers à identifier les facteurs clés stimulant le partage de connaissances d'une certification qualité de type ISO 9001 au sein des organisations de santé. L'article est structuré ainsi : tout d'abord un focus sur le processus, comme nœud des connaissances (section 2) et un partage entre objet et acteurs (section 3). Puis la démarche empirique est présentée et justifiée (section 4). Puis les résultats sont présentés (section 5) et discutés (section 6). Enfin, la conclusion dresse les implications théoriques et managériales, en indiquant ses limites et des perspectives de recherche (section 7).

2. LE PROCESSUS, UN NŒUD DES CONNAISSANCES À PARTAGER

2.1 Le processus comme support de codification et de structuration des connaissances

Pascal (2003) définit le processus comme un ensemble d'activités organisées en réseau, de manière séquentielle ou parallèle, combinant et

mettant en œuvre de multiples ressources, des capacités et des compétences, pour produire un résultat ayant de la valeur ajoutée. La maîtrise des processus s'inscrit, tout d'abord, dans une approche collaborative et transversale du fonctionnement de l'organisation (Ferrer-Serrano et al., 2021). Pour Cluley et Radnor (2021), il n'y a pas de qualité dans le management sans management par les processus. La représentation d'une organisation comme ensemble de processus permet alors de déployer de façon cohérente les connaissances sur les différentes activités. Dans cette recherche, le processus est un point d'articulation entre gestion des connaissances et systèmes de contrôle. Il est considéré comme le nœud où s'opèrent simultanément la codification des savoirs et leur régulation. Cette perspective permet de structurer le cadre théorique autour des leviers de contrôle (Simons, 1995).

Pour Pascal (2003), chaque processus est examiné en fonction des contributions qu'il peut apporter à la réalisation des objectifs. Ces derniers constituent alors les objectifs de chaque processus. En effet, l'optimisation des processus signifie l'optimisation des interfaces et donc une vision d'ensemble de la prestation fournie (Carstensen et al., 2023; Michon, 2015). Elle suppose donc de mettre en avant les connaissances (Howard et al., 2016), détenues par les unités administratives, voire entre différentes organisations publiques. Le transfert combine l'adoption d'une vision avec l'application des savoirs aux processus clés (Korbi & Karim, 2015). Ce qui est nouveau et distinctif dans cette combinaison, c'est son potentiel à transmettre les codifications qui la fondent. En les réunissant, il s'agit de considérer que les processus constituent l'objet du partage, tandis que les leviers de contrôle sont les mécanismes d'orientation.

Les processus qui impliquent les éléments de front office et de back office traversent les frontières externes des organisations, s'étendant aux fournisseurs et aux clients (Davenport, 2015). Le management par les processus conduit à décrire les processus pour les rendre transparents aux yeux des acteurs. Cette description nécessaire à l'amélioration des performances doit englober à la fois la manière dont l'organisation est perçue et

structurée, et la manière dont elle est améliorée (Carstensen et al., 2023). Dans ce balancier, un environnement favorable au partage des flux d'informations est fourni par les leviers de contrôle (Radtke et al., 2023).

2.2 Les leviers de contrôle comme architecture du partage interorganisationnel

Différentes techniques de gestion peuvent nourrir, développer et améliorer le partage d'informations afin d'harmoniser les objectifs, favorisant ainsi un partage flexible qui permettra à ces pratiques de proliférer (Bisbe et al., 2019). Divers éléments de contrôle, au sens de Dahlgard et al. (2019), peuvent être liés à des perspectives à la fois formelles et informelles de partage des connaissances. Le système frontalier régule la stratégie en tant que position, garantissant que les actions commerciales se déroulent sur des marchés de produits spécifiés et avec un niveau de risque raisonnable (Simons, 1995). Le système de contrôle de diagnostic contrôle la stratégie en tant qu'outil de planification, garantissant que les objectifs de performance planifiés puissent être atteints. L'approche des leviers de contrôle est mobilisée comme cadre intégrateur (Bisbe et al., 2019). Elle permet d'analyser comment la certification ISO 9001 encadre le partage des connaissances entre organisations hospitalières.

La standardisation et la codification des méthodologies de travail sont l'une des façons dont les connaissances liées aux processus se déplacent vers le haut et vers le bas ainsi que latéralement dans l'organisation. Dans la certification à la norme ISO 9001, les processus de travail sont formalisés dans des procédures et règles opérationnelles standard, des routines clairement établies et des descriptions de poste spécialisées (Hamdoun et al., 2018). Ainsi, cette formalisation constitue un support de transfert interorganisationnel en rendant les connaissances comparables et discutables. En ce sens, la certification agit comme un mécanisme de traduction des savoirs organisationnels partageables. Le partage de connaissances, quand ceux-ci combinent des ressources internes (les agents du CHUA) et

externes (les agents de l'ICA), nécessite de prendre des mesures pour s'assurer que les acteurs agissent dans le meilleur intérêt de l'organisation. En faisant de leurs actions elles-mêmes le centre de contrôle, le levier interactif de Simons (1995) favorise l'expérimentation. C'est précisément dans cette tension entre contrôle diagnostique (stabilisation des processus) et contrôle interactif (révision collective des pratiques) que se situe la contribution. Le partage inter hospitalier de connaissances qualité ne semble efficace que lorsque ces deux formes de contrôle communiquent.

Fondée sur le partage, la capacité à générer et à faire circuler les connaissances apparaît comme fondamentale dans le développement de la qualité dans le secteur de la santé. À cet effet, l'analyse des processus pour l'hôpital public le plus ancien dans la démarche qualité a fait l'objet d'une attention particulière (Nkunkwane & Fombad, 2021). Il y a, en premier lieu, l'intention organisationnelle de l'ICA qui traduit son aspiration vers l'excellence du service public. Après la mise en place des processus, les agents disposent d'une certaine autonomie dans les pratiques qualité. Les impacts positifs sont vantés d'une part (Wen et al., 2022) et les impacts négatifs sont évoqués d'autre part (Carstensen et al., 2023), créant ainsi des apprentissages. La systématisation du traitement de ces problèmes d'interfaces de processus et leur succès a conduit le CHUA à rechercher de la collaboration sur ses processus. Dans le souci de consolider sa démarche qualité encore embryonnaire, le CHUA veut s'inspirer d'un ensemble de connaissances (cinq certifications ISO 9001 et plusieurs prix) grâce auxquels, ses activités seraient facilitées puisque quasi analogues à celles de l'ICA. La logique du partage postule le primat de la connaissance comme une ressource à caractéristique intrinsèque qui remplit les conditions d'un contrôle d'interactivité (Bisbe et al., 2019).

3. LE PARTAGE DE CONNAISSANCES, ENTRE L'OBJET ET LES ACTEURS

3.1 L'objet du partage : acquisition, formalisation et internalisation

Les principaux objectifs du partage de connaissances sont de faciliter une transition en douceur, de capturer les connaissances en collectant des informations, en apprenant l'expérience des autres et en identifiant les ressources critiques. Ces connaissances liées aux processus font référence aux moyens et aux comportements par lesquels les objectifs organisationnels sont poursuivis (Dahlgaard et al., 2019). Ces connaissances ont tendance à être observables et peuvent être décomposées en éléments spécifiques compris et articulés. Il est possible de réduire ces connaissances à un ensemble de modes d'action spécifiques et identifiables, donnant aux individus une orientation assez simple pour adopter des procédures précises. Bacon et al. (2019) ont déclaré que le facteur clé du partage de connaissances se trouve dans la manière dont le destinataire les acquiert et les internalise de façon utile dans les opérations. En poursuivant cette idée, l'internalisation dépendrait du dispositif de contrôle qui encadre l'interaction entre détenteurs et destinataires (Gong et al., 2025). Le partage ne relève pas uniquement d'une capacité d'absorption, mais d'une architecture organisationnelle qui rend possible le cadrage et l'appropriation des processus transférés. Ferrer-Serrano et al. (2021) expliquent que le partage des connaissances par combinaison ou contrôles d'action est un concept clé. Pour eux, il commence par l'acquisition de connaissances, suivie d'activités de partage ou de diffusion au sein de l'organisation, puis le cycle se clôture par une application effective. L'idée est donc d'insérer ce cycle dans le cadre des leviers afin de préciser quel type de contrôle soutient chaque phase. Le système de croyances oriente le sens du partage, le système diagnostique structure la formalisation, le système de frontières encadre les marges d'action, et le système interactif stimule l'apprentissage collectif.

3.2 Les acteurs du partage : contrôle interactif et apprentissage collectif

Pour Nkunkwane et Fombad (2021), ce n'est qu'en veillant à ce que les individus appliquent les procédures établies et en signalant les insuffisances qu'il est possible de transférer les connaissances sur les processus développés. Cette description contient l'interactivité, un facilitateur pour le partage des connaissances.

Le contrôle interactif s'affirme comme outil d'apprentissage organisationnel, mais Simons (1995) ne précise peut-être pas suffisamment quel processus d'apprentissage est mis en œuvre. Cependant Bisbe et al. (2019) soutiennent qu'en passant du contrôle diagnostic au contrôle interactif, Simons quitte le domaine de la contrainte pour investir le champ de l'apprentissage. Secundo et al. (2018) considèrent également le partage comme une caractéristique de la connaissance nécessaire à la création de valeur dans le cadre de son utilisation. Une possible contribution est de montrer que, dans un contexte public hospitalier, le contrôle interactif favorise un apprentissage interorganisationnel centré sur la maîtrise des interfaces de processus. Par ailleurs, la norme ISO exige de déterminer la connaissance nécessaire à la mise en œuvre de ses processus et à l'obtention de la conformité (Abbas & Kumari, 2021; Hussain et al., 2020). De plus, pour faire face à une modification du contrôle des frontières, les connaissances actuelles sont prises en compte pour déterminer les modalités d'accès et d'acquisition aux connaissances supplémentaires. Ainsi, la certification est étudiée comme un dispositif favorisant les dynamiques de partage de connaissances entre organisations publiques. L'établissement d'un contrôle de croyance constitue, comme dans le cas sud-africain, le moyen de l'échange de connaissances (Nkunkwane & Fombad, 2021).

Au vu de ce qui précède, le cas de réussite de l'Institut de Cardiologie montre que les connaissances des services sont mobilisées grâce à l'approche processus de la démarche qualité. Ces leviers de contrôle (Marchiori & Mendes, 2020), en canalisant le partage, conduisent historiquement

l'Institut à regrouper les problèmes d'interfaces des processus de la démarche qualité. Il le fait en débutant par le temps de délivrance des factures et des certificats de décès, des procédures d'engagement et d'ordonnancement des factures d'achat (Matériels) ; le retard de délivrance des tarifs préférentiels aux clients externes et des médecins programmés (Méthode); la mauvaise qualité des repas, des vêtements sortis de lavage et de l'accueil (Milieu) ; l'insuffisance de suivi des hospitalisations et du renseignement des fiches de pharmacovigilance (Main-d'œuvre).

4. LA STRATÉGIE DE COLLECTE ET LA MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES

4.1 La stratégie de collecte

Dans cette recherche, ce cadre institutionnel constitue le contexte empirique du partage interorganisationnel des connaissances. Il ne s'agit pas simplement d'une politique publique, mais d'un dispositif encadrant la circulation des pratiques qualité entre établissements hospitaliers. En effet, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique s'est doté d'un document de Politique Nationale d'Amélioration de la Qualité des Soins et des Services de Santé (MSHP, 2016). Ce dernier oriente le développement de la qualité dans le secteur de la santé avec une mise en œuvre, à travers des stratégies d'amélioration de la qualité, hygiène et sécurité (MSHPCMU, 2021). La stratégie six du document propose l'« Intégration des outils et méthodes d'amélioration de la qualité, hygiène et sécurité dans le mode de gestion des structures sanitaires ». En particulier, l'« amélioration collaborative » y est définie comme « un système d'apprentissage regroupant plusieurs équipes aux fins de collaborer ou de réaliser rapidement des améliorations significatives en termes de processus, de qualité et d'efficacité dans un domaine spécifique en matière de soins » (MSHPCMU, 2021, p. 96). Avec une expérience d'environ vingt ans en matière de démarche qualité, l'Institut de Cardiologie est choisi comme point focal de cette amélioration collaborative. À travers son service communication et relations publiques, il recueille toutes les demandes de résolution de problèmes grâce aux fiches de « Demande de Résolution de

Problèmes » (Voir Extrait en Annexe 1). La compilation des données de 2009 à 2019 montre que les problèmes d'organisation et particulièrement d'interface sont les plus nombreux (MSHP, 2016; RASS, 2024). Notre objectif méthodologique est d'évaluer dans quelles conditions les connaissances issues de l'ICA sont transférées et appropriées par les agents du CHUA. Pour ce faire, nous distinguons deux sources de données et leur rôle respectif dans l'analyse.

La première source de données émane des notes d'acceptabilité attribuées à dix services du CHUA par 106 agents, sur quatre défis liés aux interfaces des processus (Matériels, Méthode, Milieu et Main-d'œuvre). Ces notes sont comprises entre 1 et 10. La seconde source de données provient des notes moyennes attribuées par 15 agents expérimentés de l'ICA aux mêmes dix services, à partir de la grille d'évaluation du système qualité ISO 9001:2015. Autrement dit, les agents du CHUA expriment leur niveau d'acceptabilité des pratiques proposées, tandis que les agents de l'ICA évaluent le niveau de maturité des processus. Ces derniers ont travaillé à partir de la grille d'évaluation du système qualité ISO 9001 : 2015 comme présentée dans le tableau 1. Ce double accès vise à croiser perception et expertise.

La métrologie de la grille d'évaluation du système qualité comportait cinq étapes pour juger de la maturité des processus du CHUA (Davenport, 2015). Le niveau 1 correspond à la mise en œuvre initiale des pratiques. Le niveau 2 insiste sur la discipline d'exécution. Le niveau 3 introduit la standardisation organisationnelle. Le niveau 4 repose sur la modélisation et la stabilisation des variations. Enfin, le niveau 5 vise l'optimisation permanente. Ces niveaux peuvent être compris comme des étapes d'apprentissage organisationnel, allant d'une pratique intuitive à une maîtrise structurée des processus.

Le questionnaire, déposé au service de communication et des relations publiques des deux hôpitaux publics, a été collecté par les surveillants d'unité de soins, avec plusieurs relances. Les services ont collaboré à l'enquête, durant la période entre juillet 2023 et avril 2024.

Tableau 1 : Grille d'évaluation du système qualité ISO 9001 : 2015

Dimension ISO 9001 et dysfonctionnement observé	Code	Énoncé
Leadership et engagement : Le temps de délivrance des tarifs aux clients et des médecins programmés (Méthode)	Methd1	La direction promeut l'approche par les processus et les risques
	Methd2	La direction assure la disponibilité des ressources nécessaires au SMQ
	Methd3	La direction s'assure que le SMQ atteint les résultats attendus
	Methd4	La direction démontre son engagement à satisfaire les exigences des clients.
	Methd5	Les exigences des clients sont déterminées et respectées
Ressources : L'insuffisance du traitement des fiches hospitalisation et de pharmacovigilance (Main-d'œuvre)	Maino1	Les ressources nécessaires à la mise en œuvre du SMQ sont fournies
	Maino2	Les ressources à se procurer en externe sont identifiées
	Maino3	La direction fournit les supports nécessaires à la conformité des services.
	Maino4	Les informations documentées concernant l'adéquation des ressources pour la surveillance et la mesure sont conservées.
	Maino5	Les connaissances nécessaires à la mise en œuvre des processus et à l'obtention de la conformité des produits sont déterminées
Maîtrise des processus externalisés : La mauvaise qualité des repas, des vêtements sortis lavage et de l'accueil (Milieu)	Milie1	Des critères sont établis et documentés pour évaluer, sélectionner et surveiller les performances et la réévaluation des prestataires externes
	Milie2	Les risques de l'externalisation des services sont pris en compte
	Milie3	Des moyens sont définis pour vérifier que le service répond aux exigences
	Milie4	La conformité des services des prestataires externes est vérifiée
	Milie5	Les prestataires externes sont informés des exigences (compétences, moyens de maîtrise, vérification à réaliser)
Production et préparation de service : Le temps de délivrance des factures et des certificats de décès (Matériel)	Mater1	Les activités sont planifiées et mises en œuvre dans des conditions maîtrisées
	Mater2	L'aptitude des processus dont les résultats ne peuvent être vérifiés a posteriori est validée et maîtrisée.
	Mater3	Les éléments de sortie identifiés sont maîtrisés tout au long de la réalisation
	Mater4	La propriété du client ou du prestataire externe est préservée et sous contrôle

4.2 La méthode d'analyse des données

La méthode d'analyse retenue est la cartographie externe des préférences, une approche issue des travaux de Brockhoff et Waldeck (1984) et prolongée par Runkler (2020). Il s'agit de représenter simultanément, dans un même espace graphique, des objets évalués (les services hospitaliers) et les jugements portés sur eux (les évaluations des agents). L'objectif est de visualiser les proximités entre services et préférences afin d'identifier les configurations les plus favorables au partage de connaissances. Ainsi, plus un service est proche d'un groupe d'agents dans cet espace, plus il correspond à leurs préférences ou à leurs évaluations positives.

La première étape de l'analyse consiste à synthétiser l'information décrivant les services. Chaque service est caractérisé par plusieurs dimensions issues de la grille ISO 9001 : Méthode, Main-d'œuvre, Milieu et Matériels. Ces dimensions

étant potentiellement corrélées, une analyse en composantes principales (ACP) est réalisée. L'ACP permet de réduire la complexité des données en construisant un nombre limité d'axes factoriels qui résumant l'essentiel de l'information contenue dans les variables initiales. Les axes obtenus peuvent être interprétés comme des combinaisons synthétiques des caractéristiques qualité des services. Cette étape est fondamentale, car elle construit l'espace commun dans lequel seront projetées les préférences.

La seconde étape concerne les agents du CHUA, dont le nombre est important. Afin d'éviter une dispersion excessive des observations et de rendre l'analyse interprétable, une classification ascendante hiérarchique est réalisée. Cette méthode regroupe les agents ayant des profils d'évaluation similaires en classes homogènes. Chaque classe est ensuite représentée par son barycentre, c'est-à-dire par le profil moyen des agents qui la composent. Cette opération permet de

passer d'une multitude d'évaluations individuelles à un nombre réduit de profils représentatifs, sans perte significative d'information.

Une fois l'espace factoriel construit et les groupes d'agents identifiés, la cartographie externe des préférences peut être réalisée. Elle consiste à superposer la relation entre les évaluations des agents expérimentés de l'ICA et les coordonnées factorielles des services. Autrement dit, il s'agit d'expliquer les notes attribuées par les experts en fonction de la position des services dans l'espace défini par l'ACP. Plusieurs formes fonctionnelles peuvent être envisagées pour représenter cette relation. Le modèle vectoriel suppose une relation linéaire entre les caractéristiques et la préférence. Le modèle circulaire postule l'existence d'un point idéal unique. Le modèle elliptique autorise des préférences orientées différemment selon les axes.

Le modèle quadratique a été retenu car il offre une plus grande souplesse d'interprétation. Il permet de représenter des préférences complexes, incluant un point idéal correspondant à une combinaison optimale des caractéristiques, un point anti-idéal (noté -), ou un point selle (noté 0). En pratique, cela signifie qu'un service peut être jugé optimal à un certain niveau de maturité des processus, tandis qu'un niveau trop faible ou trop élevé peut réduire son attractivité en matière de partage. Cette capacité à modéliser des structures non linéaires justifie le choix du modèle quadratique dans le contexte des dynamiques d'apprentissage organisationnel.

L'estimation du modèle permet ensuite de déterminer, pour chaque point de l'espace factoriel, la valeur prédite de la préférence. Le point pour lequel cette valeur est maximale correspond au profil factoriel optimal, noté F0. Ce point représente la configuration idéale des caractéristiques d'un service du point de vue des agents expérimentés de l'ICA. Il constitue une référence théorique de partage maximal des connaissances. À partir de cette estimation, un score de partage est calculé pour chaque service et pour chaque groupe d'agents du CHUA. Ce score, compris entre 0 et 1, peut être interprété comme un indicateur synthétique de transmissibilité des pratiques

qualité. Une valeur proche de 1 indique que le service se situe à proximité du profil optimal et que les conditions de partage sont favorables. Une valeur proche de 0 suggère un écart important par rapport à la configuration idéale.

La carte obtenue fournit un aperçu des relations entre caractéristiques objectives des services et préférences exprimées par les experts. Elle permet de visualiser les zones de convergence et de divergence, ainsi que les marges de progression.

5. L'ANALYSE DES RÉSULTATS

5.1 Les dimensions en faveur des services pour les agents de l'ICA

Dans un premier temps, la factorisation des variables de la grille d'évaluation de la démarche qualité du CHUA par les agents de l'ICA est présentée. L'analyse factorielle exploratoire atteint 50 % de l'information sur trois facteurs. Une analyse en composantes principales avec rotation varimax donne trois dimensions avec une variance de 62,34%. Les 19 indicateurs sont répartis sur l'analyse des cosinus carrés (Tableau 2), évitant des erreurs d'interprétation dues à des effets de projection.

Tableau 2 : Variance et Cosinus carrés des variables après rotation Varimax

	D1	D2	D3
Variabilité (%)	24,568	22,836	14,935
% cumulé	24,568	47,404	62,339
Methd1	0,076	0,481	0,088
Methd2	0,004	0,084	0,222
Methd3	0,006	0,012	0,665
Methd4	0,039	0,642	0,000
Methd5	0,205	0,114	0,239
Maino1	0,483	0,130	0,016
Maino2	0,823	0,025	0,015
Maino3	0,693	0,091	0,049
Maino4	0,076	0,075	0,331
Maino5	0,070	0,436	0,006
Milie1	0,200	0,586	0,031
Milie2	0,252	0,030	0,385
Milie3	0,062	0,728	0,001
Milie4	0,271	0,102	0,040
Milie5	0,176	0,693	0,010
Mater1	0,296	0,009	0,058
Mater2	0,118	0,091	0,078
Mater3	0,134	0,001	0,543
Mater4	0,683	0,008	0,059

Les valeurs les plus élevées correspondent, pour chaque variable, au facteur pour lequel le cosinus carré est le plus grand.

Tableau 3 : Cosinus carrés et pourcentage de sujets satisfaits pour chaque service

	D1	D2	D3	% des agents satisfaits
Médecine	0,010	0,092	0,000	33%
Urgence	0,225	0,209	0,004	33%
Biologie	0,004	0,193	0,037	50%
Chirurgie	0,220	0,000	0,010	33%
Maternité	0,013	0,169	0,123	50%
Pharmacie	0,024	0,031	0,085	33%
Restauration	0,108	0,205	0,362	50%
Buanderie	0,033	0,060	0,112	50%
BAFS	0,145	0,003	0,025	50%
Hospitalisa	0,264	0,033	0,283	50%

Pour une étude exploratoire, cette variabilité permet de constater que le niveau de maturité de la démarche qualité dans les services a été perçu par les agents de l'ICA comme assez différent. Les contributions montrent peu de redondances qui rendraient ambiguë l'appartenance à un facteur. Grâce à l'analyse des problèmes d'interfaces, l'interprétation des résultats peut se faire.

Les services de la dimension D1 sont les Urgences, la Chirurgie et le bureau des frais de séjour (BAFS). Le type de patients (de ressources) à se procurer en externe, qui doit être référé, est identifié (Maino2) aux urgences. Cependant la bonne prise en charge exige qu'une conformité des prestataires externes soit vérifiée (Milie4). En effet, les ressources nécessaires étant contraintes par les ressources internes (Maino1), cela permet d'avoir la bonne orientation des patients. En ce qui concerne les activités de chirurgie devraient être planifiées et mises en œuvre dans des conditions maîtrisées (Mater1) afin que la direction fournisse les services supports nécessaires à la conformité (Maino3). La propriété du client ou du prestataire externe au niveau du bureau des frais de séjour est préservée et sous contrôle (Mater4). Ainsi, l'aptitude du processus de préparation des services attendus dont les éléments de sortie ne peuvent être vérifiés a posteriori est contrôlée (Mater2). La médecine, la Biologie et la Maternité sont regroupées sur la dimension D2. Les connaissances nécessaires à la

mise en œuvre des processus et à l'obtention de la conformité des services destinés à la mère et à l'enfant sont déterminées (Maino5). Le transfert vers les autres services de prise en charge en cas de survenue de risques (Methd1) est privilégié par la direction. En médecine, la direction démontre son implication relative à l'engagement client (Methd4) et par ce fait, définit des moyens pour vérifier que les consultations répondent à leurs exigences (Milie3). Pour le service de biologie, des critères sont établis et documentés pour évaluer, sélectionner et surveiller les performances et la réévaluation des prestataires externes (Milie1). À cet effet, les autres services sont informés de ces exigences (compétences, moyens de maîtrise, vérification à réaliser) (Milie5).

La dimension D3 comprend la pharmacie, la restauration, la buanderie et l'hospitalisation. Après les chirurgies, les exigences des clients sont déterminées et respectées (Methd5) par la direction qui veille à ce que ceux-ci atteignent le rétablissement de l'état de santé du patient (Methd3). Les informations documentées concernant l'adéquation des ressources pour la pharmacovigilance sont conservées (Maino4). Elles permettent à la direction de s'assurer de la disponibilité des ressources nécessaires (Methd2). Les risques de l'externalisation des services comme la Restauration sont pris en compte (Milie2) ainsi que l'identification des éléments de sortie (Vêtements, blouses...) de la Buanderie, sont maîtrisés tout au long de la réalisation (Mater3).

5.2 La classification du niveau d'appréciation des agents du CHUA

Ensuite, ces mêmes services sont l'objet d'une classification par les agents du CHUA en fonction de leurs perceptions de la démarche qualité (Tableau 4). L'évolution des indices de Silhouette et de Hartigan (Marchiori & Mendes, 2020) permet de choisir six classes pour les agents avec un nombre plus important pour la classe 2. Les agents ayant été codés en fonction de leurs services d'origine, dans ce tableau des centres de classe. Ce sont des agents appartenant aux services d'hospitalisation, de biologie, d'urgence et de restauration. Ils sont des référents pour les autres dans leurs pratiques.

Tableau 4 : Résultats de la classification des agents du CHA (Extrait)

Classe	1	2	3	4	5	6
Nombre d'agents par classe	10	27	15	16	17	14
Variance intra-classe	5,532	7,466	7,691	7,020	8,236	7,267
Distance minimale au barycentre	1,573	1,602	1,400	1,891	1,847	1,964
Distance moyenne au barycentre	2,208	2,647	2,625	2,522	2,753	2,578
Distance maximale au barycentre	2,787	3,700	3,762	3,716	3,415	3,267
Agents centres de classe	(Bio_8)	(Hos_14)	(Hos_7)	(Urg_5)	(Bio_1)	(Res_4)
Agents du CHUA	Med_1	Med_2	Med_3	Med_5	Urg_2	Bio_5
	Med_4	Urg_3	Urg_7	Med_6	Urg_4	Bio_6
	Urg_1	Urg_6	Bio_3	Urg_5	Bio_1	Chi_4
	Bio_8	Med_10	Bio_9	Med_8	Bud_1	Res_7

	Baf_10	Med_11	Baf_12	Chi_16	Bud_4	Baf_1
	Bud_2	Hos_1	Bud_9	Chi_12	Baf_2	

À partir de cette factorisation, les services sont positionnés, permettant de visualiser les profils des classes (Figure1).

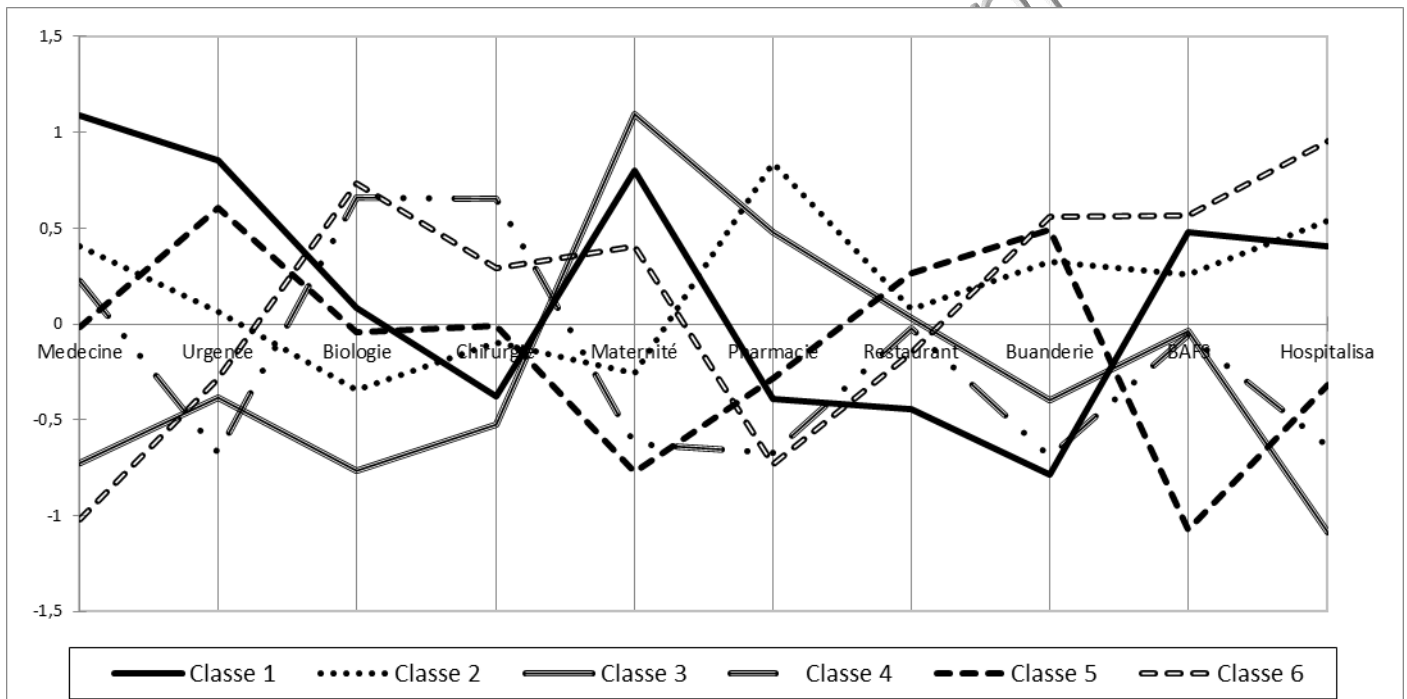


Figure 1 : Profil des classes

La mise en relation des classes avec les services présente le profil des classes (Figure 1) à savoir la classe 1 pour la médecine et l'urgence ; la classe 2 pour Pharmacie ; la classe 3 pour Maternité ; la classe 4 pour la Chirurgie ; la classe 5 pour la Restauration et la classe 6 pour la Biologie, la Buanderie, la BAFS et l'Hospitalisation. Ce contraste

dans la classification montre que, la manière dont l'agent du CHUA codé « Bio_8 » fait usage des processus en place, convient à la médecine et aux urgences.

L'estimation des différentes classes, avec le modèle quadratique, d'après la sélection ci-dessous

(tableau 5) montre qu'il est le plus performant. Toutefois, la portée des résultats doit être interprétée avec prudence. L'analyse de variance montre que seuls les modèles associés aux classes 1, 2 et 6 sont statistiquement significatifs ($p < 0,05$). Les classes 3, 4 et 5 présentent des niveaux de significativité insuffisants pour conclure à l'existence d'une structure préférentielle. Dans celles-ci, les configurations de type « point-selle » doivent être considérées comme des tendances exploratoires, des profils de préférence non stabilisés. Ainsi, le point idéal identifié pour la classe

2 constitue le résultat solide du modèle. Il traduit l'existence d'une cohérence dans les appréciations des agents de cette classe, orientées vers les services de la dimension D3 (hospitalisation, pharmacie, restauration et buanderie) ainsi que vers le BAFS. À l'inverse, les classes 1 et 6, statistiquement significatives, sont caractérisées par des points anti-idéaux révélant des zones de moindre préférence ou de plus forte distance vis-à-vis des pratiques qualités observées.

Tableau 5 : Sélection des modèles par classes

	Y	Classe1	Classe2	Classe3	Classe4	Classe5	Classe6
Analyse de la variance	Modèle quadratique						
	Type de point	Anti-idéal	Idéal	Selle	Selle	Selle	Anti-idéal
	D1	0,802	-1,777	1,01	-1,62	-2,68	0,977
	D2	1,151	3,064	0,331	0,133	-2,819	-0,833
	R ²	0,423	0,222	0,354	0,56	0,635	0,351
	F	2,741	13,389	0,439	1,02	1,392	4,568
	Pr > F	0,013	<0,0001	0,805	0,507	0,385	0,000
Rang des scores de préférence	Médecine	4	4 (D2)	9	8	6	2
	Urgence	8	2 (D1)	3	3	10	6
	Biologie	7	5 (D2)	7	6	4	4
	Chirurgie	5	3 (D1)	4	10	7	1
	Maternité	10	1 (D2)	10	4	2	8
	Pharmacie	6	6 (D3)	8	9	5	3
	Restauration	1	8 (D3)	5	5	8	5
	Buanderie	2	7 (D3)	6	1	9	7
	BAFS	3	9 (D1)	2	7	3	9
Hospitalisa	9	10 (D3)	1	2	1	10	

Concernant les classes 3, 4 et 5, l'absence de significativité statistique indique que les préférences des agents apparaissent moins structurées. Cela pourrait traduire une hétérogénéité des expériences professionnelles ou une appropriation inégale de la démarche qualité entre services. Dès lors, ces classes apportent une intuition sur la diversité des perceptions plutôt qu'une validation statistique de profils de préférences distincts.

Ces résultats conduisent à considérer le modèle quadratique comme un outil de repérage des configurations dominantes de la démarche qualité. L'interprétation doit donc s'appuyer prioritairement sur les classes significatives, tandis que les autres

classes indiquent en complément, les zones d'incertitude ou de transition dans l'appropriation de la démarche qualité.

5.3 Le partage de connaissances de la démarche qualité : l'improbable modèle idéal

La superposition graphique de ces deux résultats précédents donne la cartographie externe des préférences. Il s'agit de positionner l'appréciation globale des services par les classes des agents du CHUA devant faire avancer la démarche qualité et le jugement de ceux qui ont déjà une expérience de cette démarche, les agents de l'ICA. À la suite de la sélection, la carte de préférence présente le zonage

des points idéaux figurés par (+), les points anti-idéaux par (-) et les points selles par (o). Ainsi, le profil de la classe 2 est considéré comme idéal avec les services hospitalisation, restauration, buanderie et pharmacie de la dimension D3, mais aussi avec le service BAFS sur D1. En restant sur ces cinq premiers services, la carte des préférences de la (figure 2) montre une représentation qui peut apparaître trompeuse du fait que ces services sont situés sur la dimension D3.

Les agents du CHUA peuvent tirer parti de leurs connaissances de la démarche de certification qualité embryonnaire et élargir leurs connaissances en fonction de l'expertise existante puis s'appropriier les connaissances des partenaires

comme l'ICA afin de développer une expertise entièrement contextuelle. Lors de la conception du processus de partage des connaissances, représenté par les auréoles des classes 1 ; 2 et 6, le CHUA doit tenir compte des contraintes liées aux caractéristiques des connaissances elles-mêmes. Les résultats peuvent être conceptuellement différenciés pour la classe idéale en deux sous-dimensions : stratégie orientée vers l'intérieur (la pharmacie et l'hospitalisation) et vers l'extérieur (la restauration et la buanderie). En particulier, le CHUA démontre que des connaissances hétérogènes améliorent le partage de connaissances en offrant des opportunités d'apprentissage interne et en diversifiant les risques externes.

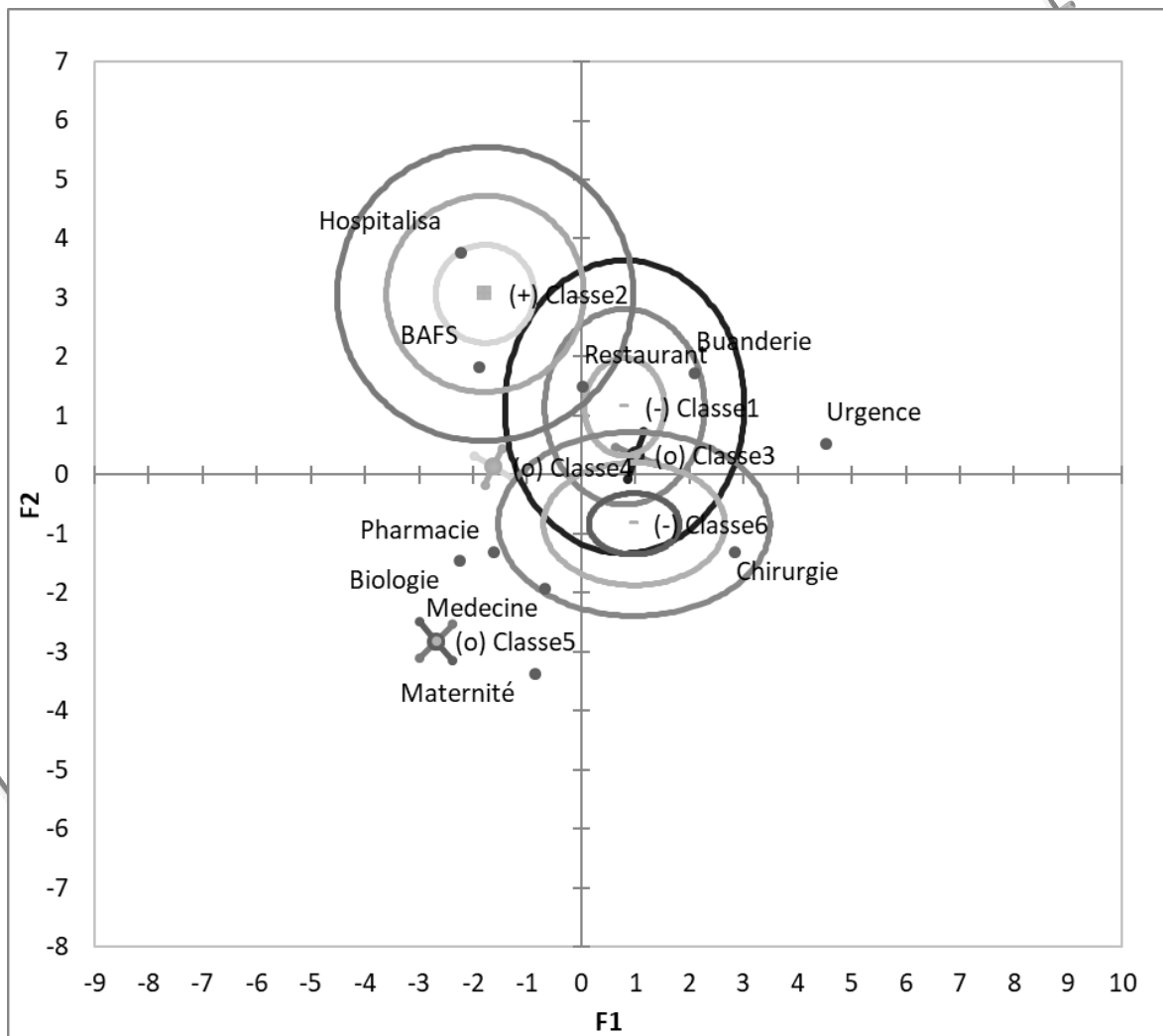


Figure 2 : Carte des préférences

En fait, les connaissances issues de la certification ISO 9001 sont censées se présenter sous deux

formes différentes, implicites ou explicites, en distinguant selon qu'il est possible ou non de codifier des connaissances.

La dimension tacite de la connaissance regroupe des éléments difficiles à formaliser, tels que l'expérience, les opinions et le savoir-faire, car ils sont profondément ancrés dans les individus. Cette dimension interne met l'accent sur le partage des connaissances à partir de l'évaluation des capacités et des ressources de l'organisation. Ainsi, la direction veille à identifier et satisfaire les exigences des clients afin de contribuer au rétablissement de l'état de santé des patients. Elle s'assure également de la disponibilité des ressources nécessaires au bon fonctionnement du système qualité, notamment grâce à la conservation des informations documentées relatives à la pharmacovigilance. À l'inverse, la dimension explicite de la connaissance est formalisable, codifiable et facilement transmissible sous forme de documents ou de procédures. Orientée vers l'environnement externe, elle favorise l'apprentissage, l'imitation et les échanges entre services. Cette dynamique permet notamment de maîtriser les risques liés à l'externalisation de certaines prestations, comme la restauration, ainsi que les activités de la buanderie tout au long de leur réalisation.

Ces résultats mettent en évidence deux situations face à la diversité des agencements de la classe idéale 2 au niveau du CHUA. Dès que l'on s'éloigne de ceux qui pilotent la démarche, pour s'approcher des services d'hospitalisation et celui de la maternité, les témoignages gagnent en contrastes. Le chef de service et une infirmière ont bien voulu traduire des dynamiques locales d'une démarche générale, dont une coopération sans procédure pour la dimension frontière-diagnostic et une procédure sans coopération pour la dimension croyance-interaction.

Dans le service d'hospitalisation, le personnel soignant possède une ancienneté jusqu'à 15 ans. Le chef de service est arrivé en fin de la procédure de certification ISO 9001 et s'attend à trouver un service presque conforme à l'image d'excellence de l'établissement. Mais, il découvre que les infirmières œuvrent sans prescriptions et que les

documents de référence sont approximatifs. C'est la cohésion de l'équipe qui, du médecin aux aides-soignantes, tient lieu de garantie collective. La qualité des prestations laisse à désirer, notamment sur l'aspect pédagogique de la formation et de l'information des patients. La communication avec les patients est minimale comme le montre une infirmière :

« Les demandes de consentement, on les fait par communication de documents standards sur un type d'examen : on fait signer le document, on le met dans le dossier et tout le monde est content. Mais est-ce que le patient, lui, est content ? Est-ce qu'il n'aurait pas préféré une autre façon de faire ? J'ai peur que le fait de donner des documents dédouane les personnels d'une communication avec les patients ».

Le chef de service fait vivre à son équipe le déroulé d'un procès, impliquant médecins et soignants pour fautes ou manquements graves. « Là, on a attiré leur attention sur le vif ! » affirme-t-il, en vantant la nouvelle dynamique qualité au sein du service. La mise en route du processus qualité, s'appuie sur un travail managérial visant à impliquer les personnels dans les activités de mise au point des procédures et mettant en avant l'importance d'une politique de formation pour les soignants. Les personnels coopèrent quand on le leur demande même si celle-ci ne se confond pas avec des relations interpersonnelles harmonieuses. L'information des patients paraît quelque peu négligée. Cette orientation du management s'opère sur fond de coopération entre équipe médicale et soignante déjà ancienne dont, sans procédure objective et probante en matière de démarche qualité.

Au service de maternité, les procédures de travail ont été élaborées et sont déposées dans des classeurs auxquels les soignants ont accès. Pour l'infirmière : « Ah ça, les procédures, les référentiels, on n'en manque pas. Je peux vous dire qu'ils sont même très détaillés. Par exemple, il faut que l'on indique très précisément l'endroit où l'on pique un malade. Bientôt faudra qu'on indique dans quelle partie on a piqué ! ».

Cependant la situation de cette unité est délicate sur la démarche qualité. Un groupe clanique

d'infirmières, toutes très anciennes dans le métier comme dans le service, font corps pour s'opposer aux démarches proposées. Selon le chef de service : « Elles ne veulent pas changer leur attitude vis-à-vis des familles ou des patients qu'elles traitent vraiment de façon inadmissible ». Elles exercent, par ailleurs, une pression sur tous les personnels du service, au point que le chef de service lui-même renonce à obtenir ce qu'elles ne veulent pas faire. En parallèle, ce dernier se décharge sur le cadre de toutes les activités d'écriture en ces propos : « Je coûte cher donc je ne vais pas passer mon temps à remplir les papiers, mais puisqu'il faut que ce soit rempli, je vous laisse faire ».

La coopération entre les professionnels semble orchestrée, mais apparaît tendue. Les relations sont vécues comme très hiérarchiques, mais la coopération se fait néanmoins. Du point de vue de l'existence des procédures de travail, le service est en conformité avec les exigences requises. Pour ce qui est du fonctionnement d'équipe, la situation présente est peu favorable à une dynamique qualité, mobilise les ingrédients suivants. Les procédures existent, elles sont déposées dans des classeurs et peu regardées par les professionnels qui n'ayant pas participé à leur élaboration ne se sentent pas concernés par leur actualisation. La forte cohésion d'un groupe de travail ne se confond pas avec la coopération active des personnels de l'unité et s'apparente plutôt à du repli. Le chef de service est isolé avec ses procédures et est le seul à entretenir le discours sur la démarche qualité qui, pour partie, devient une fiction coopérative.

6. DISCUSSION

Le partage cohérent de connaissances pour les services hospitaliers publics combine des ressources internes (les acteurs du CHUA) et externes (les agents de l'ICA) grâce à un cadre. L'identification des connaissances utiles, leur accès, leur assimilation (c'est-à-dire leur traitement, leur compréhension et leur absorption) constituent des dimensions essentielles du partage des connaissances (Chen et al., 2022; Milagres & Burcharth, 2019). Les savoirs incorporés dans la certification ISO 9001 ne sont qu'une pluralité de savoirs organisationnels dont il faut identifier les plus utiles (Carstensen et al.,

2023). Le partage de connaissances de l'ICA vers le CHUA est une acquisition de savoirs générés de l'extérieur. Les connaissances implicites détenues par les agents de l'ICA sont diagnostiquées et de ce fait transformées en connaissances interactives de sorte qu'elles peuvent être partagées avec d'autres organisations de santé. Elles sont ensuite partagées par un plus grand nombre de personnes, en particulier les agents du CHUA comme des croyances nouvelles et plus riches sur la démarche qualité, qui deviennent la base d'un autre nouveau cycle de création de connaissances. En ce sens, les leviers de contrôle du partage de connaissances sur la démarche qualité à partir de la nature des problèmes liés aux processus se structurent en quatre points. On note le partage par socialisation de la méthode (coordination des activités et la gestion des interfaces) et le partage par intériorisation du milieu (condition de travail, sécurité et locaux). Mais aussi, le partage par combinaison de la main-d'œuvre et enfin le partage par extériorisation du matériel (dépannage et rupture d'équipements).

Le partage par socialisation de la méthode repose sur le contrôle diagnostic. Il implique de renforcer l'engagement de la direction envers le partage de connaissances sur la démarche qualité, en fixant des objectifs relatifs à la performance (Babei & Paché, 2021). C'est en quelque sorte le système d'information formel que le CHUA utilise pour surveiller les résultats et corriger les écarts. La conséquence diversement appréciable est l'invitation au développement des compétences organisationnelles (Abbas & Kumari, 2021; Dagou, 2022). Les connaissances implicites sur le diagnostic sont échangées dans le cours des interactions sociales quotidiennes. Cette capacité de faire comprendre aux autres l'intérêt et les enjeux de la formation continue. Les agents de l'ICA doivent faire preuve d'une réelle pédagogie pour déployer des messages avec comme principal objectif pour Nonaka et Von Krogh (2009), la vulgarisation, en évitant une sémantique réservée aux experts. Il faut au sens de Bacon et al. (2019) et Michon (2015), prendre du temps pour expliquer les raisons et les finalités de la démarche qualité. Ces interactions font émerger de nouvelles connaissances implicites

en supposant que selon Lombardi (2019), le simple partage d'informations n'a pas de sens s'il n'est pas lié à un contexte spécifique. Ainsi, les expériences partagées et les modèles mentaux (Korbi & Karim, 2015) favorisent la socialisation par la création d'une communauté entre les agents du CHUA et l'ICA. Ce partage oriente bien l'attention de la direction vers des variables critiques de la démarche qualité afin d'assurer l'atteinte des résultats attendus (Methd3), tout en ayant la disponibilité des ressources nécessaires (Methd2) pour que les exigences des clients déterminées soient respectées (Methd5).

Le partage par intériorisation du milieu est basé sur les croyances, c'est-à-dire les cartes mentales, normes et valeurs au fil du temps. En confirmant nos résultats, Kosklin et al. (2023) estiment nécessaire que cette connaissance dans les services hospitaliers devienne une ressource du milieu et pas seulement des individus directement impliqués. Le partage par intériorisation du milieu nécessite un ensemble explicite de définitions organisationnelles que le CHUA communique formellement et renforcent systématiquement pour fournir les valeurs de base, le but et la vision sur la démarche qualité. Ainsi, Howard et al. (2016) trouvent aussi que ces définitions implicites qui ont émergé pour les novices dans les interactions sociales, sont converties en connaissances explicites par les anciens. Comme le confirme Torkzad et Beheshtinia (2019), il ne s'agit plus d'un partage direct de connaissances, mais de donner un élan et de diriger la recherche d'opportunités individuelles. Celle-ci prend la forme d'un langage, d'images, ou de modèles qui sont partagés chez les hospitaliers. Selon Wen et al. (2022), la création de savoirs en donnant forme aux connaissances implicites communiquées plus facilement les connaissances partagées au niveau tacite et interindividuel. Et cela, grâce à des interactions formelles entre les services du CHUA, telles que des réunions ou des groupes de travail. Ces derniers sont combinés et modifiés pour générer de nouvelles connaissances explicites, qui sont ensuite partagées avec les membres d'autres services (Hamdoun et al., 2018). Ce partage basé sur les croyances est rendu possible par l'approche factuelle de l'organisation comme le soulignent

Gong et al. (2025). Ce qui confirme dans le cas présent, le fait que les éléments de sortie identifiés sont maîtrisés tout au long de la réalisation (Mater3).

Le partage par combinaison de la main-d'œuvre est une dissémination rationnelle des connaissances collectées et formellement structurées, à l'intérieur ou à l'extérieur. Le taux élevé de formalisation de ces savoirs garantit leur diffusion même en l'absence de relations interpersonnelles. Comme le montrent Cluley et Radnor (2021), cette étape objective de stimuler la créativité des acteurs organisationnels et individuels, du CHUA dans les limites prédéfinies. À partir des indicateurs de processus, les résultats suggèrent avec Torkzad et Beheshtinia (2019), que la capacité d'absorption est le critère le plus important. L'acquisition de nouvelles connaissances explicites par les individus amplifie leurs connaissances implicites et relance le partage et d'application dans des situations pratiques (Cohen & Levinthal, 1990). Nos résultats font penser que le partage par combinaison de la main-d'œuvre peut être développé, lorsque le comportement excessif de recherche d'opportunités met en danger les ressources. Ferrer-Serrano et al. (2021) suggéraient dans la même veine que la gestion basée sur les personnes, améliore les relations avec les employés et la participation des fournisseurs. Ainsi, Chen et al. (2022) soutiennent que les informations documentées concernant l'adéquation des ressources pour la surveillance et la mesure sont conservées (Maino4). En effet, il est difficile de prôner des principes fédérateurs comme la simplicité, la rationalité, l'efficacité... si ces informations ne sont pas véhiculées par les pilotes qualité du CHUA (Korbi & Karim, 2015). Ils veillent en permanence à une parfaite cohérence entre d'une part, la teneur des messages (Bacon et al., 2019) et d'autre part, les applications en situation réelle (Pauget & Wald, 2018).

Pour que le CHUA intériorise de nouvelles connaissances, une implication étroite des agents de l'ICA dans les activités de décision des acteurs du CHUA est nécessaire. En particulier, l'apprentissage individuel peut être facilité par des expériences pratiques, l'observation, des interactions sociales

directes et des programmes de formation (Babei & Paché, 2021; Dahlgard et al., 2019). Cette étape est le partage par extériorisation du matériel. Pour Asiaei et al. (2020), elle détermine la mise en pratique à travers l'action, des connaissances codifiées en connaissances implicites. Cette étape peut être comprise comme un contrôle interactif, quand la connaissance est utilisée dans des situations pratiques et devient une base pour de nouvelles routines (Davenport, 2015). La mise en pratique des connaissances codifiées permet l'émergence de connaissances implicites permettant d'amorcer l'interactivité du contrôle dans le partage. En particulier, les conclusions de Dal Mas et al. (2020) suggèrent que le partage par extériorisation du matériel s'appuie, pour assurer l'amélioration continue. Elle comprend la mesure des performances, l'obtention des commentaires des clients à l'aide d'enquêtes et d'audits, et l'accent mis sur les besoins des clients. Pour favoriser ce partage, Secundo et al. (2018) estiment nécessaire d'adopter une documentation et des manuels à travers lesquels les agents peuvent apprendre de l'expérience des clients. Les interactions entre les agents du CHUA et de l'ICA permettent de créer de nouvelles connaissances au sein des organisations. Contrairement à nos résultats, Cohen et Levinthal (1990) et Hussain et al. (2020), indiquent qu'une homogénéité, qu'il s'agisse des clients ou de leurs connaissances, peut entraver ces interactions dynamiques. Les risques de l'externalisation des services, dont l'essence réside dans l'existence de diverses contradictions et différences qui amorcent de telles interactions, sont pris en compte (Milie2).

En synthèse, cette recherche apporte une triple contribution. Sur le plan théorique, elle enrichit les travaux sur le partage de connaissances dans les organisations hospitalières en montrant comment les mécanismes de socialisation, d'intériorisation, de combinaison et d'extériorisation s'articulent autour des exigences d'une démarche qualité ISO 9001. Sur le plan méthodologique, elle propose une démarche combinant analyse factorielle, classification et cartographie des préférences. Cette démarche, par le modèle quadratique, permet d'identifier les configurations dominantes de partage des connaissances, en distinguant les profils

robustes des tendances plus exploratoires. Enfin, sur le plan managérial, l'étude souligne l'importance pour les établissements hospitaliers publics d'encadrer les échanges entre experts qualité et professionnels de santé, de renforcer les capacités d'absorption des connaissances et d'adapter les dispositifs de pilotage aux spécificités des services afin de favoriser une appropriation durable des pratiques qualité.

7. CONCLUSION

Cette recherche analysait le partage de connaissances entre deux centres hospitaliers engagés dans une dynamique de certification ISO 9001. L'objectif était de comprendre comment l'expérience d'un établissement certifié (ICA) peut contribuer à structurer les processus qualité d'un établissement en cours de transformation (CHUA). La cartographie des préférences a permis d'identifier des classes idéales et anti-idéales, facilitant la mise en relation entre détenteurs et récepteurs de connaissances. Le processus collaboratif a été interprété à la lumière du modèle SECI, mettant en évidence l'articulation continue entre connaissances implicites (expériences, routines, savoir-faire) et explicites (procédures, protocoles, documents qualité).

Les résultats suggèrent que le CHUA gagnerait à renforcer son ouverture au partage afin d'intégrer davantage de connaissances formalisées issues des services spécialisés, tout en valorisant les savoirs tacites portés par les services en interaction directe avec les patients. Toutefois, la conception d'un dispositif efficace de transfert doit tenir compte des caractéristiques intrinsèques des connaissances. Celles issues d'une certification ISO 9001 prennent des formes codifiées mais reposent également sur des apprentissages tacites. Même lorsqu'elles sont formalisées, leur appropriation dépend de la capacité des acteurs à reconnaître la valeur d'une connaissance externe, à l'assimiler et à l'exploiter. Ainsi, les connaissances explicites peuvent aussi susciter des résistances, en raison d'une faible familiarité avec sa codification ou d'un déficit de compétences organisationnelles.

L'ouverture du réseau collaboratif apparaît déterminante. L'ICA occupe une position ambivalente de fournisseur et de récepteur de connaissances, dans un flux dynamique d'échanges favorisant l'innovation organisationnelle. Un environnement propice aux interactions, à la confiance et à la réciprocité constitue une condition essentielle de l'efficacité du partage. Les agents du CHUA participent ainsi à des flux entrants et sortants de connaissances qui dépassent les frontières organisationnelles traditionnelles.

Pour les décideurs, l'enjeu réside dans l'évaluation du potentiel de diffusion de telles démarches qualité. Si l'ICA constitue un cas exemplaire, la transférabilité de son expérience à d'autres établissements reste une question ouverte. Le partage des meilleures pratiques se heurte à des mécanismes de rétention, de dissimulation voire des logiques de secret entourant l'expertise. Le partage engage non seulement des savoirs, mais aussi une forme de propriété symbolique des connaissances, parfois difficile à expliciter. L'exploration des communautés de pratiques pourrait offrir une piste pour comprendre les dynamiques de circulation et d'appropriation. De futures recherches pourraient également approfondir le rôle de la capacité d'absorption du CHUA, l'incertitude liée aux effets des connaissances transférées entre les deux centres.

Certaines limites méthodologiques doivent être soulignées. La cartographie externe des préférences repose sur une réduction dimensionnelle qui, malgré sa puissance synthétique, entraîne une perte partielle d'information. De plus, le recours à un modèle quadratique pour représenter les préférences suppose des hypothèses paramétriques spécifiques susceptibles d'influencer les résultats. Une comparaison avec d'autres formes fonctionnelles renforcerait les analyses.

La classification ascendante hiérarchique utilisée pour regrouper les agents dépend de choix méthodologiques (mesure de distance, méthode d'agrégation) pouvant affecter la composition des classes. Si les barycentres facilitent l'interprétation, ils peuvent masquer des hétérogénéités internes. Enfin, les données reposent sur des évaluations

déclaratives, potentiellement influencées par des biais sociaux ou organisationnels. L'intégration d'indicateurs objectifs de performance post-transfert (qualité mesurée, délais, réduction des dysfonctionnements) permettrait de compléter l'analyse perceptuelle par une évaluation plus comportementale.

En définitive, cette recherche met en évidence que la réussite d'un transfert de connaissances en contexte hospitalier ne dépend pas uniquement de la formalisation des procédures, mais de la qualité des interactions, des capacités d'absorption et de la structuration d'un réseau collaboratif durable.

8. REMERCIEMENTS

L'auteur remercie l'éditeur et les reviseurs anonymes.

9. REFERENCES

- Abbas, J., & Kumari, K. (2021). Examining the relationship between total quality management and knowledge management and their impact on organizational performance: a dimensional analysis. *Journal of Economic and Administrative Sciences*, 39(2), 426-451. <https://doi.org/10.1108/JEAS-03-2021-0046>
- Asiaei, K., Bontis, N., & Zakaria, Z. (2020). The confluence of knowledge management and management control systems: A conceptual framework. *Knowledge and Process Management*, 27(2), 133-142. <https://doi.org/10.1002/kpm.1628>
- Babei, J., & Paché, G. (2021). Engagement de la direction générale et climat de travail : quelle maîtrise des accidents en rétro-logistique hospitalière ? *Revue Française de Gestion Industrielle*, 35(1), 07-23. <https://doi.org/10.53102/2021.35.01.863>
- Bacon, E., Williams, M. D., & Davies, G. H. (2019). Recipes for success: Conditions for knowledge transfer across open innovation ecosystems. *International Journal of Information Management*, 49, 377-387. <https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2019.07.012>
- Bisbe, J., Kruis, A.-M., & Madini, P. (2019). Coercive, enabling, diagnostic, and interactive control: Untangling the threads of their connections. *Journal of Accounting Literature*, 43(1), 124-144. <https://doi.org/10.1016/j.acclit.2019.10.001>
- Brockhoff, K., & Waldeck, B. (1984). The robustness of PREFMAP-2. *International Journal of Research in*

Marketing, 1(3), 215-233. [https://doi.org/10.1016/0167-8116\(84\)90046-6](https://doi.org/10.1016/0167-8116(84)90046-6)

Bron, J.-Y., & Salzman, B. (2006). Démarche qualité et management d'un service commun inter-établissement universitaire. *Revue Française de Gestion Industrielle*, 25(3), 87-102. <https://doi.org/10.53102/2006.25.03.562>

Burgers, J. H., Arundel, A., & Casali, G. L. (2024). Effect of knowledge search depth, user co-creation and moderating factors on the outcomes of service innovations by European public sector organizations. *Public Management Review*, 26(3), 746-769. <https://doi.org/10.1080/14719037.2022.2118820>

Carstensen, K., Kjeldsen, A. M., Lou, S., & Palmhøj Nielsen, C. (2023). Implementation through translation: a qualitative case study of translation processes in the implementation of quality improvement collaboratives. *BMC Health Services Research*, 23(1), 241. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09201-4>

Chen, C.-K., Reyes, L., Dahlgaard, J., & Dahlgaard-Park, S. M. (2022). From quality control to TQM, service quality and service sciences: a 30-year review of TQM literature. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 14(2), 217-237. <https://doi.org/10.1108/IJQSS-09-2021-0128>

Cluley, V., & Radnor, Z. (2021). Rethinking co-creation: the fluid and relational process of value co-creation in public service organizations. *Public Money & Management*, 41(7), 563-572. <https://doi.org/10.1080/09540962.2020.1719672>

Cohen, W., & Levinthal, D. (1990). Absorptive capacity: A new perspective on learning and innovation. *Administrative Science Quarterly*, 128-152. <https://doi.org/10.2307/2393553>

Dagou, D. H.-W. (2022). La quête du service idéal par l'innovation collaborative dans un business model public avec l'intendance des clients-Le cas d'un hôpital universitaire ivoirien. *Revue Européenne d'Économie et Management des Services*, 1(13), 119-150. <https://doi.org/10.48611/isbn.978-2-406-13090-1.p.0119>

Dahlgaard, J. J., Reyes, L., Chen, C.-K., & Dahlgaard-Park, S. M. (2019). Evolution and future of total quality management: management control and organisational learning. *Total Quality Management & Business Excellence*, 30(sup1), S1-S16. <https://doi.org/10.1080/14783363.2019.1665776>

Dal Mas, F., Biancuzzi, H., Massaro, M., & Miceli, L. (2020). Adopting a knowledge translation approach in healthcare co-production. A case study. *Management Decision*, 58(9), 1841-1862. <https://doi.org/10.1108/MD-10-2019-1444>

Davenport, T. (2015). Process management for knowledge work. In B. Jan Vom & M. Rosemann (Eds.), *Handbook on business process management* (pp. 17-35). Springer Berlin. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-45100-3>

Ferrer-Serrano, M., Fuentelsaz, L., & Latorre-Martinez, M. P. (2021). Examining knowledge transfer and networks: an overview of the last twenty years. *Journal of Knowledge Management*, 26(8), 2007-2037. <https://doi.org/10.1108/JKM-04-2021-0265>

Gong, L., Zhang, S., Guang, J., Liu, Z., & Fu, L. (2025). Where does individual ambidexterity come from under digital work context? Inclusive leadership, team knowledge acquisition, and team knowledge sharing. *Journal of Knowledge Management*, 29(4), 1162-1190. <https://doi.org/10.1108/JKM-05-2024-0621>

Hamdoun, M., Chiappetta Jabbour, C. J., & Ben Othman, H. (2018). Knowledge transfer and organizational innovation: Impacts of quality and environmental management. *Journal of Cleaner Production*, 193, 759-770. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2018.05.031>

Howard, M., Steensma, K., Lyles, M., & Dhanaraj, C. (2016). Learning to collaborate through collaboration: How allying with expert firms influences collaborative innovation within novice firms. *Strategic Management Journal*, 37(10), 2092-2103. <https://doi.org/10.1002/SMJ.2424>

Hussain, T., Edgeman, R., & Eskildsen, J. K. (2020). Knowledge-based intellectual structure of research in business excellence (1995–2015). *Total Quality Management & Business Excellence*, 31(11-12), 1171-1194. <https://doi.org/10.1080/14783363.2018.1468752>

Korbi, F. B., & Karim, S. (2015). La place du système d'information dans le pilotage des alliances asymétriques: le cas des alliances agroalimentaires euro-tunisiennes. *Revue Française de Gestion Industrielle*, 34(4), 25-38. <https://doi.org/10.53102/2015.34.04.841>

Kosklin, R., Lammintakanen, J., & Kivinen, T. (2023). Knowledge management effects and performance in health care: a systematic literature review. *Knowledge Management Research & Practice*, 21(4), 738-748. <https://doi.org/10.1080/14778238.2022.2032434>

Lombardi, R. (2019). Knowledge transfer and organizational performance and business process: past, present and future researches. *Business Process Management Journal*, 25(1), 2-9. <https://doi.org/10.1108/BPMJ-02-2019-368>

Marchiori, D., & Mendes, L. (2020). Knowledge management and total quality management: foundations, intellectual structures, insights regarding evolution of the literature. *Total Quality Management &*

Business Excellence, 31(9-10), 1135-1169.
<https://doi.org/10.1080/14783363.2018.1468247>

Michon, V. (2015). La mutualisation logistique concertée est-elle un espace de concurrence attractif pour les prestataires de services logistiques en France? *Revue Française de Gestion Industrielle*, 34(4), 09-24.
<https://doi.org/10.53102/2015.34.04.840>

Milagres, R., & Burcharth, A. (2019). Knowledge transfer in interorganizational partnerships: what do we know? *Business Process Management Journal*, 25(1), 27-68.
<https://doi.org/10.1108/BPMJ-06-2017-0175>

MSHP. (2016). Politique nationale d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé en Côte d'Ivoire. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

MSHPCMU. (2021). Plan National de Développement Sanitaire 2021-2025 (Vol. 26). Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle.

Nkunkwane, N. N., & Fombad, M. C. (2021). Knowledge Sharing for Maternal Health at a Public Hospital in South Africa. *Journal of Information & Knowledge Management*, 21(1), 1-21.
<https://doi.org/10.1142/S021964922250006X>

Nonaka, I., & Von Krogh, G. (2009). Perspective - Tacit knowledge and knowledge conversion: Controversy and advancement in organizational knowledge creation theory. *Organization Science*, 20(3), 635-652.
<https://doi.org/10.1287/ORSC.1080.0412>

Nonaka, I., Von Krogh, G., & Voelpel, S. (2006). Organizational knowledge creation theory: Evolutionary paths and future advances. *Organization Studies*, 27(8), 1179-1208.
<https://doi.org/10.1177/0170840606066312>

Pascal, C. (2003). La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur. *Revue Française de Gestion*, 146(5), 191-204.
<https://doi.org/10.3166/rfg.146.191-204>

Pauget, B., & Wald, A. (2018). Creating and implementing organizational innovation: the role of professional identity and network embeddedness in healthcare organizations. *European Journal of Innovation Management*, 21(3), 384-401.
<https://doi.org/10.1108/EJIM-06-2017-0068>

Radtke, R. R., Speklé, R. F., & Widener, S. K. (2023). Flourish or flounder: Do trust-centric management controls encourage knowledge sharing and team performance? *Accounting, Organizations and Society*, 107, 101429.
<https://doi.org/10.1016/j.aos.2022.101429>

RASS. (2024). Rapport Annuel sur la situation Sanitaire 2023. Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle.

Runkler, T. A. (2020). PrefMap: Visualization of fuzzy pairwise preference structures. *Journal of Intelligent & Fuzzy Systems*, 39(3), 4027-4040.
<https://doi.org/10.3233/JIFS-200189>

Secundo, G., Toma, A., Schiuma, G., & Passiante, G. (2018). Knowledge transfer in open innovation: A classification framework for healthcare ecosystems. *Business Process Management Journal*, 25(1), 144-163.
<https://doi.org/10.1108/BPMJ-06-2017-0173>

Simons, R. (1995). *Levers of Control :How Managers Use Innovative Control Systems to Drive Strategic Renewal*. Harvard Business School Press.

Torkzad, A., & Beheshtinia, M. A. (2019). Evaluating and prioritizing hospital service quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(2), 332-346.
<https://doi.org/10.1108/IJHCQA-03-2018-0082>

Varoquaux, W. (1997). Une brève histoire du TQM. *Revue Française de Gestion Industrielle*, 16(4), 59-65.
<https://doi.org/10.53102/1997.16.04.277>

Wen, D., Sun, X., & Yan, D. (2022). The quality movement: where are we going? Past, present and future. *Total Quality Management & Business Excellence*, 33(1-2), 92-112.
<https://doi.org/10.1080/14783363.2020.1801342>

10. BIOGRAPHIE



Dagou Hermann-Wenceslas

Dagou est Maître de Conférences Agrégé CAMES à l'UFR des sciences économiques et de gestion de l'Université Félix Houphouët-Boigny. Il s'intéresse

aux appropriations différenciées des normes et aux perspectives critiques des systèmes de contrôle dans les organisations publiques africaines.

¹*Dagou Hermann-Wenceslas Dagou*, CREMIDE, Université Félix Houphouët-Boigny, ddhgeek@gmail.com,

 <https://orcid.org/0000-0003-1107-2096>