UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA PROMOTION DE LA SANTÉ POUR LE PERSONNEL SELON L'OMS ET SA MISE EN ŒUVRE DANS UN HÔPITAL PROMOTEUR DE SANTÉ MONTRÉALAIS : UNE « TRADUCTION » DIFFICILE

THÈSE PRÉSENTÉE COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN COMMUNICATION

PAR

NADINE MARTIN

MAI 2018

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

« C'est justement la possibilité de réaliser un rêve qui rend la vie intéressante »
Paulo Coelho, 1994

Ma thèse est à l'image d'une longue traversée, où ma ténacité et ma persévérance ont été mises à l'épreuve par les maints recommencements, les doutes et les défis rencontrés sur le chemin doctoral.

Je tiens donc particulièrement à remercier toutes les personnes qui ont contribué à concrétiser ce projet d'envergure par leur présence, leur soutien, leurs encouragements et leur guidance.

Mes remerciements vont en tout premier lieu à mes directeurs, Lise Renaud et Jacques Réhaume, pour leur guidance, leur réservoir de connaissances, leurs encouragements à aller plus loin, mais aussi à éviter d'aller trop loin!

À Mireille Tremblay, avec qui je travaille avec bonheur depuis plusieurs années. Merci pour nos longues conversations, d'avoir cru au potentiel de ma recherche et de m'avoir encouragée lors de mes moments de doute ainsi que pour ta grande flexibilité afin que je réalise ce grand projet.

Merci à Isis pour les *peps talk* et le soutien. À tous les professeur(e)s et collègues qui, dans les couloirs uqamiens ou dans les projets dans lesquels je travaillais à travers les années, m'ont encouragée à tenir bon!

Je tiens également à remercier particulièrement toutes les personnes qui m'ont si généreusement offert de leur temps et des informations précieuses pour cette recherche au CHU et également au sein du réseau EPS.

Sur une note plus personnelle…

Je souhaite aussi remercier ma fille, Raphaëlle, qui a grandi avec une maman passionnée d'études depuis qu'elle est toute petite. Merci pour ta joie, ta douce présence, ton humour et ton amour.

À ma grand-maman, qui m'a encouragée et soutenue dans mon rêve, pour certains, un peu fou, de faire une thèse. À mon frère, pour ses paroles qui font du bien.

À mes amis, Martin et Richard, pour leurs encouragements, les conversations intéressantes, les rires, leurs points de vue qui m'ont redonné du courage lors des moments d'hésitation.

À mes amies Micheline, Valentina, Corina et Valérie, merci pour les beaux moments, les encouragements, votre présence dans ma vie, la douceur que vous m'apportez.

Magalie, je te remercie pour ton soutien et ton accompagnement depuis plusieurs années, dont celui de m'avoir aidée à concrétiser ce rêve.

Merci à Michaël pour son soutien et tout plein de petites attentions qui ont fait du bien et qui ont apporté de la douceur en cette fin de thèse.

Enfin, cette recherche n'aurait pas été possible sans le support financier reçu du Fonds de recherche sur la société et la culture au Québec (FQRSC).

« *Et quand tu veux quelque chose, tout l'Univers conspire à te permettre de réaliser ton désir* ». Paulo Coelho, 1994

À ma fille Raphaëlle…

Et à tous ceux et celles qui ont rendu cette traversée possible par votre soutien, votre amour, vos encouragements, votre guidance. Merci.

AVANT-PROPOS

La santé et le bien-être au travail m'intéressaient depuis bien des années, comme employée mais aussi comme gestionnaire. C'est lors d'un contrat à l'Université que je me suis sentie particulièrement interpellée pour réorienter le sujet de ma thèse. En écoutant divers professionnels travaillant au sein du système de la santé parler de leur vécu au travail, suite à la réforme de 2003 (Fleury et coll., 2007), c'est leur détresse qui m'a particulièrement touchée. Ils naviguaient bon gré mal gré dans un océan de changements et d'incertitudes qui affectaient pour certains leur santé et leur bien-être. Puis de façon informelle avant mon terrain de recherche, j'ai rencontré des médecins, des infirmières, des spécialistes et du personnel de soutien travaillant dans différents hôpitaux montréalais. Ils étaient tous dévoués à leur travail, mais souvent ils disaient se sentir pris par les lourdeurs administratives, une charge de travail et un stress très élevés, des difficultés à offrir une qualité de services dus au manque de ressources et des difficultés à concilier le travail et la vie personnelle. Parfois s'ajoutait à cela un environnement structurellement délétère pour leur santé. Plusieurs des personnes rencontrées avaient vécu de l'épuisement professionnel, des troubles de l'anxiété, des dépressions ou des départs de nombreux collègues épuisés par des relations toxiques au travail. Pour protéger leur santé et leur bien-être, certaines personnes avaient, entre autres, devancé leur retraite ou elles s'étaient réorientées. D'autres choisissaient de travailler uniquement à temps partiel afin de mieux concilier la vie personnelle et le travail. D'autres encore travaillaient sur la route afin d'éviter un milieu de travail problématique. Ainsi, tous étaient en quelque sorte interpellés, tout comme moi, par ce mouvement qui met au centre de la culture organisationnelle et inscrit dans la mission de l'établissement, la santé et le bien-être des patients, mais aussi celle du personnel en dépassant les frontières de l'approche curative. L'hôpital promoteur de santé me paraissait donc comme une solution pour favoriser la santé et le mieux-être au travail au sein du réseau de la santé. Le sujet de ma thèse était choisi!

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS v

LISTE DES FIGURES xvi

LISTE DES TABLEAUX xvii

LISTE DES ACRONYMES xxi

RÉSUMÉ xxii

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I
PROBLÉMATIQUE 4

1.1 Impact du travail sur la santé et le bien-être 4

1.1.1 Conditions de travail difficiles dans les hôpitaux québécois 6

1.2 Création d'un milieu de travail sain dans un hôpital promoteur de santé 10

1.2.1 Environnement sain de travail selon l'OMS 12

1.2.2 Création de milieux sains dans les HPS : une innovation et maints défis 16

1.3 Justification de la recherche 20

CHAPITRE II
CADRE DE RÉFÉRENCE THÉORIQUE 23

2.1 Posture épistémologique 24

2.2 Notre recherche s'inscrit dans le domaine de la communication 26

2.3 Domaine de la promotion de la santé au travail 28

2.3.1 Composantes de la promotion de la santé 28

2.3.2 Hôpital promoteur de santé : un cadre de vie promoteur de santé 31

2.3.3 Programmes intégrés complets en PST : une denrée rare 32

2.4 Suivi et description de la mise en place d'une innovation, d'un changement planifié 35

2.4.1 Théorie de l'acteur-réseau (TAR) 36

2.4.2 Création d'un milieu sain de travail : une innovation, un changement planifié 50

2.5 Conclusion et objectifs spécifiques 61

2.5.1 Objectifs spécifiques 62

CHAPITRE III
CADRE MÉTHODOLOGIQUE 64

3.1 Approche méthodologique 65

3.1.1 Approche multiméthodes 67

3.2 Terrain de recherche : un centre hospitalier universitaire (CHU) 68

3.2.1 Étudier la mise en œuvre de milieux sains de travail de façon transversale 70

3.2.2 Projet « Ensemble vers la santé » au Département d'hygiène et salubrité 70

3.3 Méthodes de collecte et d'analyse de données pour le volet A 71

3.3.1 Trois instances : de l'OMS à un HPS montréalais 72

3.2.2 Quatre documents analysés 74

3.3.3 Méthode d'analyse des données : analyse de contenu 76

3.4 Méthodes de collecte et d'analyse de données pour le volet B 79

3.4.1 Méthode de l'itinéraire 80

3.3.2 Documents et leur analyse 82

3.4.3 Entretiens semi-dirigés, groupe focus et leur analyse 83

3.5 Limites des méthodes choisies et la crédibilité des résultats 90

CHAPITRE IV
ANALYSE DES TRANSFORMATIONS DU DISCOURS ÉCRIT SELON TROIS INSTANCES 93

4.1 Traduction du concept « milieu de travail sain » d'un même réseau 93

4.2 Instance internationale : Organisation mondiale de la santé (OMS) 95

4.3 Instance régionale : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal 108

4.3.1 Création du Réseau québécois des établissements promoteurs de santé (EPS) 109

4.3.2 Déplacement des objectifs initiaux : stratégies employeurs de choix 111

4.3.3 *Guide pour la promotion de milieux de travail sains* (ASSSM) 113

4.4 Instance locale : un hôpital promoteur de santé à Montréal, le CHU 116

4.4.1 Politique la promotion de la santé au CHU 120

4.5 Conclusion de la première analyse 122

4.5.1 Résumé des références circulantes, des transformations et des ruptures 123

4.6 Circulation, mais interinfluence ténue entre les quatre documents 130

4.6.1 Conclusion de la deuxième analyse transversale des documents 133

4.7 Analyse thématique comparative des quatre documents-clés 134

4.7.1 Éléments du processus d'implantation de milieux de travail sains 136

4.7.2 Éléments de contenu d'un environnement sain de travail : analyse transversale des quatre documents-clés 143

4.7.3 Conclusion de la troisième analyse transversale des documents 172

4.8 Complexité du concept « de milieux sains de travail » 174

4.8.1 Modèle holistique essentiel mais parfois absent des textes du réseau.. 178

4.8.2 Besoin de cohérence et d'uniformité au niveau discours textuel dans le réseau 183

CHAPITRE V
ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE DU CONCEPT D'ENVIRONNEMENT SAIN DE TRAVAIL DANS UN HPS MONTRÉALAIS 188

5.1 Éléments du processus d'implantation de milieux de travail sains 192

5.1.1 Démarche pour l'implantation d'un milieu de travail sain au sein d'un HPS 192

5.2.1 Diffusion de la politique de PS pour le personnel dans un HPS 213

5.2 Éléments d'un environnement sain de travail d'un HPS montréalais 221

5.2.1 Premier élément : coproduction du travail promotrice de santé au sein d'un HPS 222

5.2.2 Deuxième élément : santé et sécurité au travail dans un HPS montréalais 236

5.2.3 Troisième élément : saines habitudes de vie au sein d'un HPS montréalais 246

5.2.4 Quatrième élément : réduire les inégalités sociales de santé au travail dans un HPS 274

5.2.5 Cinquième élément : actions de prévention collectives au sein d'un HPS montréalais 280

5.2.6 Sixième élément : faire des choix verts au sein d'un HPS montréalais .. 282

5.2.7 Septième élément : art et culture au sein d'un HPS montréalais 290

5.3 Projet « Ensemble vers la santé » 293

5.3.1 Enrôlement 295

5.3.2 Impacts du projet 298

5.3.3 Assurer le suivi et la pérennité du projet 300

5.3.4 Bilan du projet « Ensemble vers la santé » au sein d'un HPS à Montréal 301

5.4 Conclusion 304

CHAPITRE VI
MISE EN ŒUVRE D'UN MILIEU DE TRAVAIL SAIN DANS UN HPS MONTRÉALAIS : ENTRE THÉORIE ET RÉALITÉ 307

6.1 Mise en place d'un milieu sain de travail dans un CHU, une innovation ? 308

6.2 Démarche globale de la promotion de la santé au travail au CHU ? 312

6.3 Environnement sain de travail au CHU, un HPS montréalais ? 333

CONCLUSION 337

Objectifs de recherche 337

Principaux résultats 338

Modèle holistique de six éléments absent de certains documents 338

Concept d'environnement sain de travail n'est pas une boîte noire 340

Éléments d'un milieu sain de travail préexistants à l'adhésion HPS 342

Six écueils de la mise en place d'un milieu de travail sain au CHU 343

Limites de notre recherche 345

Pistes de recherche 345

Contributions 346

APPENDICE A1 Guide d'entretien pour la direction de la promotion de la santé 349

APPENDICE A2 Guide d'entretien pour la conseillère et l'éducatrice en PS 352

APPENDICE A3 Guide d'entretien pour la Direction des ressources humaines/ Santé et sécurité au travail 354

APPENDICE A4 Guide d'entretien pour la direction stratégique 357

APPENDICE A5 Guide d'entretien pour la direction des communications..... 359

APPENDICE A6 Guide d'entretien pour les cadres Département d'hygiène et salubrité 361

APPENDICE A7 Guide d'entretien pour les chefs d'équipe Département d'hygiène et salubrité 363

APPENDICE A8 Guide d'entretien pour le groupe focus auprès des employés département d'hygiène et salubrité, hôpital A..... 365

APPENDICE A9 Guide d'entretien Réseau québécois des établissements promoteurs de santé 366

APPENDICE A10 Questionnaire de renseignements complémentaires..... 368

APPENDICE A11 Formulaire d'information et de consentement..... 369

APPENDICE B1 Principes fondamentaux de la Déclaration de Vienne (1997) .. 372

APPENDICE B2 Analyse de contenu du document *Mettre la politique des HPS en action* (OMS, 2006a). Partie - 1er élément : Coproduction de travail promotrice de santé 373

APPENDICE B3 Analyse de contenu du document *Mettre la politique des HPS en action* (OMS, 2006a). Partie 2- 1er élément : Coproduction de travail promotrice de santé 374

APPENDICE B4 Analyse de contenu du *Manuel d'autoévaluation et formulaires* (OMS, 2006b) 1er élément : Coproduction de travail promotrice de santé 375

APPENDICE B5 Analyse de contenu du *Guide pour la promotion de milieux de travail sains* (ASSSM, 2011) 1er élément : Coproduction de travail promotrice de santé 376

APPENDICE B6 Analyse de contenu du *Guide pour la promotion de milieux de travail sains* (ASSSM, 2011) 1er élément : Coproduction de travail promotrice de santé 377

APPENDICE B7 Analyse de contenu de la *Politique en matière de promotion de la santé* du CHU (2009) (partie 1) 1er élément : Coproduction de travail promotrice de santé 378

APPENDICE B8 Analyse de contenu de la *Politique en matière de promotion de la santé* du CHU (2009) (partie 2) 1er élément : Coproduction de travail promotrice de santé..... 379

APPENDICE B9 Analyse de contenu de la *Politique en matière de promotion de la santé* du CHU (2009) (partie 3) 1er élément : Coproduction de travail promotrice de santé 380

APPENDICE 10 Analyse de contenu du document *Mettre la politique des HPS en action* (OMS, 2006a) 2e élément : Santé et sécurité au travail 381

APPENDICE B11 Analyse de contenu du *Manuel d'autoévaluation et formulaires* (OMS, 2006b) 2e élément : Santé et sécurité au travail 382

APPENDICE B12 Analyse de contenu du *Guide pour la promotion de milieux de de travail sains* (ASSSM, 2011) 2e élément : Santé et sécurité au travail..... 383

APPENDICE B13 Analyse de contenu de la *Politique de promotion de la santé* du CHU (2009) 2e élément : Santé et sécurité au travail..... 384

APPENDICE B14 Analyse de contenu du document *Mettre la politique des HPS en action* (OMS, 2006a) 3e élément : Saines habidues de vie 385

APPENDICE B15 Analyse de contenu du *Manuel d'autoévaluation et formulaires* (OMS, 2006a) 3e élément : Saines habitudes de vie 386

APPENDICE B16 Analyse de contenu du *Guide pour la promotion de milieux de travail sains* (ASSSM, 2011) 3e élément : Saines habitudes de vie 387

APPENDICE B17 Analyse de contenu de la *Politique de promotion de la santé* du CHU (2009) 3e élément : Saines habidues de vie 388

APPENDICE B18 Analyse de contenu du document *Mettre la politique des HPS en action* (OMS, 2006a) 4e élément : Réduire les inégalités sociales de santé au travail 389

APPENDICE B19 Analyse de contenu du document *Guide de promotion de milieux de travail sains* (ASSSM, 2011) 4e élément : Réduire les inégalités sociales de santé au travail 390

APPENDICE B20 Analyse de contenu du document *Mettre la politique des HPS en action* (OMS, 2006a) 5e élément : Actions de prévention collective 391

APPENDICE B21 Analyse de contenu du document *Guide de promotion de milieux de travail sains* (ASSSM, 2011) 5e élément : Actions de prévention collective 392

APPENDICE B22 Analyse de contenu du document *Mettre la politique des HPS en action* (OMS, 2006a) 6e élément : Faire des choix verts 393

APPENDICE B23 Analyse de contenu du document *Guide de promotion de milieux de travail sains* (ASSSM, 2001) 7e élément : Faire des choix verts 394

APPENDICE B24 CNESST - Lois et règles correspondants 395

APPENDICE B25 Provenance des références bibliographiques pour les quatre documents analysés 397

APPENDICE C1 Premier élément, coproduction du travail promotrice de santé de l'OMS à un CHU - Organisation du travail 398

APPENDICE C2 Alignement d'intérêts et réseau pour une coproduction du travail PS - Organisation du travail promotrice de santé au CHU 399

APPENDICE C3 Premier élément, coproduction du travail promotrice de santé - Relations de travail saines 400

APPENDICE C4 Premier élément, coproduction du travail promotrice de santé au CHU - Relations saines de travail 401

APPENDICE C5 Alignement d'intérêts et réseau pour le premier élément, coproduction de travail PS relations saines de travail 402

APPENDICE C6 Traduction du premier élément, coproduction du travail PS style de gestion et culture organisationnelle PS 403

APPENDICE C7 Traduction premier élément, coproduction du travail PS au CHU style de gestion et culture organisationnelle PS 404

APPENDICE C8 Alignement d'intérêt pour une coproduction du travail promotrice de santé au CHU style de gestion et culture organisationnelle PS 405

APPENDICE C9 Traduction du troisième élément, saines habitudes de vie, saine alimentation de l'OMS à un CHU (partie 1) 406

APPENDICE C10 Traduction du troisième élément, saines habitudes de vie, saine alimentation de l'OMS à un CHU (partie 2) 407

APPENDICE C11 Alignement d'intérêts et réseau pour l'implantation d'une saine alimentation, saines habitudes de vie 408

APPENDICE 12 Alignement d'intérêts et réseau pour la gestion du poids saines habitude de vie 409

APPENDICE C13 Traduction du troisième élément, saines habitudes de vie : activités physiques de l'OMS à un CHU (partie 1) 410

APPENDICE C14 Traduction du troisième élément, saines habitudes de vie : activités physiques-de l'OMS au CHU (2) 411

APPENDICE C15 Alignement d'intérêts et réseau pour la pratique d'activités physiques 412

APPENDICE C16 Traduction du troisième élément, saines habitudes de vie : non-consommation de tabac de l'OMS AU CHU 413

APPENDICE C17 Traduction du troisième élément, Saines habitudes de vie : non-consommation de tabac au CHU 414

APPENDICE C18 Alignement d'intérêts et réseau pour la mise en œuvre de la non-consommation de tabac 415

APPENDICE C19 Traduction du troisième élément, Saines habitudes de vie : gestion du stress de l'OMS au CHU 416

APPENDICE C20 Traduction du troisième élément, Saines habitudes : gestion du stress au CHU 417

APPENDICE C21 Traduction du troisième élément, Saines habitudes de vie : gestion du stress au CHU 418

APPENDICE C22 Traduction du cinquième élément actions de prévention collectives de l'OMS au CHU 419

BIBLIOGRAPHIE 420

LISTE DES FIGURES

Figure Page

1.1 Impacts des environnements de travail délétères pour la santé 9

4.1 Analyse transversale selon les six éléments de contenu 136

5.1 Analyse transversale selon six éléments de contenu 191

5.2 Alignement d'intérêts et réseau pour la diffusion de la politique PS dans un HPS montréalais 221

5.3 Alignement d'intérêts et réseau pour la mise en œuvre d'une coproduction du travail PS 237

5.4 Alignements d'intérêts et réseau santé et sécurité au travail 243

5.5 Alignement d'intérêts et réseau pour la mise en œuvre du projet « Ensemble vers la santé » 304

6.1 Éléments préexistants d'un milieu sain de travail au CHU avant l'adhésion au réseau HPS-EPS 310

6.2 Éléments préexistants d'un milieu sain de travail au CHU 311

LISTE DES TABLEAUX

Tableau Page

2.1 Composantes de la promotion de la santé 30

2.2 Cadre de vie au travail promoteur de santé 34

2.3 Composantes fondamentales d'un programme global 34

3.1 Échantillon des acteurs-clés 87

4.1 *Mettre la politique des HPS en action* (OMS) : modèle proposé pour la mise en œuvre de la promotion de la santé dans les HPS 101

4.2 *Manuel d'autoévaluation et formulaires* (OMS) : modèle proposé de cinq normes 106

4.3 *Manuel d'autoévaluation et formulaires* : promotion de milieux de travail sains (norme 4) 107

4.4 *Manuel d'autoévaluation et formulaires* : indicateurs complémentaires pour la norme 4 (OMS) 108

4.5 *Manuel d'autoévaluation et formulaires* (OMS) : exemple de plan d'action pour la norme 4 108

4.6 Guide pour la promotion de milieux de travail sains : modèle proposé selon cinq thématiques 116

4.7 Centre hospitalier universitaire (CHU) : responsabilités de la Direction de la promotion de la santé (DPS) 117

4.8 Politique en matière de promotion de la santé (CHU) : responsabilité de la Direction de la promotion de la santé (DPS) 121

4.9 Politique en matière de promotion de la santé (CHU) : principes directeurs visant spécifiquement le personnel 122

4.10 Politique en matière de promotion de la santé (CHU) : quatre objectifs ciblant particulièrement le personnel 122

4.11 Références circulantes et ruptures au niveau des bases conceptuelles 123

4.12 Résumé de l'analyse transversale 127

4.13 Analyse transversale des quatre documents 128

4.14 Convergence et rupture dans la circulation des documents 131

4.15 Processus d'implantation abordé dans les documents 137

4.16 Processus d'implantation dans les documents 138

4.17 Processus d'implantation : analyse transversale des quatre documents des modèles proposés 139

4.18 Processus d'implantation : analyse transversale du contenu des quatre documents 140

4.19 Diffusion de la politique de la promotion de la santé auprès du personnel : analyse transversale des quatre documents 141

4.20 Diffusion de la politique de promotion de la santé auprès du personnel : analyse transversale de contenu 142

4.21 Premier élément : coproduction du travail promotrice de santé 143

4.22 Coproduction du travail promotrice de santé : résultats de l'analyse de contenu transversale 148

4.23 Deuxième élément : santé et sécurité au travail (SST) 150

4.24 Ligne directrices de l'Agence européenne pour la SST 152

4.25 Santé et sécurité au travail : résultat de l'analyse de contenu transversale .. 153

4.26 Troisième élément : saines habitudes de vie 156

4.27 Troisième élément - saines habitudes de vie : résultats de l'analyse transversale de contenu (partie 1) 160

4.28 Troisième élément - saines habitudes de vie : résultats de l'analyse transversale de contenu (partie 2) 161

4.29 Quatrième élément : réduire les inégalités sociales de santé en milieu de travail 162

4.30 Quatrième élément - réduire les inégalités sociales de santé en milieu de travail : résultats de l'analyse transversale de contenu 164

4.31 Cinquième élément de contenu : actions de prévention collective 167

4.32 Cinquième élément - actions de prévention collective : résultats de l'analyse de contenu transversale 168

4.33 Sixième éléments : faire des choix verts 169

4.34 Sixième- faire des choix verts : résultats de l'analyse de conten transversale 171

4.35 Vision holistique de la promotion de la santé 177

4.36 Éléments de vision, essentiels à la création d'un milieu de travail sain 177

4.37 Vision holistiques et balises claires selon les quatre documents-clés 183

5.1 Diffusion de la politique PS de l'OMS à un HPS montréalais 219

5.2 Diffusion de la politique de PS auprès du personnel au CHU 220

5.3 Bilan du premier élément : coproduction du travail promotrice de santé 235

5.4 Troisième élément : santé et sécurité au travail dans un HPS 242

5.5 Bilan de l'analyse comparative entre le discours textuel en matière de SST et sa mise en œuvre dans un HPS 244

5.6 Éléments de contenu pour les saines habitudes de vie 247

5.7 Actions proposées à l'égard du milieu de vie au travail 260

5.8 Bilan des saines habitudes de vie- de l'OMS à un HPS montréalais 270

5.9 Bilan des saines habitudes de vie dans un HPS 273

5.10 Quatrième élément : réduction des inégalités sociales en santé au travail dans un HPS (partie 1) 278

5.11 Quatrième élément : réduction des inégalités sociales en santé au travail de l'OMS à un HPS (2e partie) 279

5.12 Traduction du cinquième élément : actions de prévention collective dans un HPS 282

5.13 Sixième élément : choix verts au sein du CHU 287

5.14 Sixième élément : choix verts de l'OMS à un HPS montréalais 289

5.15 Septième élément : art et culture au sein d'un HPS 293

5.16 Projet « Ensemble vers la santé » 303

5.17 Résumé de l'analyse transversale selon les sept éléments 306

6.1 Éléments préexistants d'un milieu sain de travail au CHU avant l'adhésion au réseau HPS-EPS 311

6.2 Résumé de certaines controverses entourant la mise en place d'environnements sains de travail au CHU 319

6.3 Résumé de certaines contraintes structurelles, paradoxes et de leurs impacts sur la mise en place d'environnements sains de travail au CHU 331

LISTE DES ACRONYMES

ASSSM	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail
DPS	Direction de la promotion de la santé
DRH	Direction des ressources humaines
EPS	Établissements promoteurs de santé
HPS	Hôpital promoteur de santé
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PS	Promotion de la santé
PST	Promotion de la santé au travail

RÉSUMÉ

En 2007, le concept d'hôpital promoteur de santé (HPS) dont la quatrième norme vise la création d'un milieu de travail sain est implanté dans un centre hospitalier universitaire montréalais. Le développement d'un milieu de travail sain dans les HPS s'inscrit dans une volonté plus large d'intégrer la promotion de la santé (PS) au cœur même de la mission d'un hôpital devenant ainsi un cadre de vie promoteur de santé et de bien-être pour le personnel. Or, bien que la création de milieux de travail sains représente une solution à de nombreuses problématiques, sa mise en œuvre rencontre maints défis. Certains disent même que les projets en PS, dont la mise en place d'environnements sains de travail, sont davantage de l'ordre du discours que de la réalité. On mentionne également que l'on trouve dans la pratique des interprétations variables du concept et très peu de programmes intégrés. Or, malgré les études portant sur l'implantation de ce concept, on sait encore très peu de choses sur le processus d'implantation du concept HPS et, corollairement, de la mise en place d'environnements sains de travail. De plus, les études disponibles ne décrivent pas suffisamment les projets visant l'opérationnalisation du concept au sein de l'organisation. Elles n'analysent pas de façon intégrée les facteurs en jeu dans le processus d'implantation. On mentionne également le manque de recherche de haut niveau ainsi que le peu de description et d'analyse en profondeur des projets en PS dont celle orientée vers le personnel.

Cette recherche a donc pour but de mieux comprendre et de décrire la mise en place du concept d'environnement sain de travail de façon transversale dans un hôpital promoteur de santé montréalais. Les objectifs spécifiques de notre recherche se déclinent en deux volets. Le premier volet vise à identifier et à décrire les transformations entre le discours initial textuel émis par l'instance internationale et les discours opérationnels dans les instances régionales et locales. Est-ce qu'à chacune des instances le modèle correspond à un modèle intégré de santé globale et de bien-être au travail ? Les documents permettent-ils une meilleure compréhension du concept afin de faciliter son implantation dans les HPS ? Le second volet trace le réseau du déploiement du concept d'environnements sains de travail de façon transversale dans un hôpital promoteur de santé montréalais. C'est donc l'histoire de la mise en œuvre du concept d'environnement sain de travail dans un HPS que nous avons relatée. Une histoire qui n'est point linéaire où l'on peut voir sa complexité et la multiplicité des points de vue. Comme l'écrit Bruno Latour, nous manquons toujours tragiquement de description et tout bon travail de terrain produit toujours de nombreuses descriptions.

Au niveau méthodologique, nous avons choisi une approche multiméthodes nous permettant d'appréhender la complexité du concept et sa mise en place dans un milieu hospitalier. Puisque seule une vision holistique permet d'appréhender et de décrire de façon détaillée la complexité des réseaux sociaux et de comprendre les phénomènes y étant reliés.

Les résultats de notre analyse transversale de quatre documents-clés du réseau nous ont révélé la présence de six éléments constituant un milieu de travail sain selon les meilleures pratiques. Toutefois, une analyse fine de tous les documents nous a démontré que seulement deux documents du Réseau présentent un modèle holistique abordant les principes-clés d'un environnement sain de travail. Un modèle global en PS orientée vers le personnel qui est donc parfois absent des documents du réseau HPS-EPS même s'il est préconisé pour obtenir des impacts optimaux en matière de milieux de travail sains. La seconde partie de notre analyse démontre que le CHU, un hôpital promoteur de santé, avait déjà, avant l'adhésion HPS, des éléments d'un environnement sain de travail selon la littérature du réseau. Ces éléments n'étaient toutefois pas intégrés dans une vision globale de mise en place de la PS dont celle pour le personnel. Malgré la présence de ces éléments, la création d'un environnement de travail sain représentait un réel défi. Nous avons identifié six écueils à la mise en place d'un milieu de travail sain au CHU qui peuvent expliquer les écarts entre le discours écrit selon les meilleures pratiques en matière de milieu de travail sain et son opérationnalisation dans un HPS montréalais : 1) la complexité du concept d'environnement sain de travail; 2) le financement des projets pour la création de milieux de travail sains; 3) le rôle périphérique de la direction de la promotion de la santé; 4) les changements consécutifs à la direction générale du HPS; 5) le difficile travail de collaboration et les controverses au sein du HPS et 6) la difficile mise en place de la promotion de la santé au cœur même du travail.

Enfin, cette thèse permet de poser un regard nouveau sur la mise en œuvre de milieux de travail sains dans un HPS en contribuant à mieux comprendre par une description et une analyse en profondeur la complexité du concept d'environnement sain de travail et le manque de consensus quant aux éléments-clés au sein d'un même réseau. Elle permet également d'appréhender toute la complexité entourant l'opérationnalisation de ce concept dans un HPS montréalais en analysant de façon intégrée les facteurs en jeu dans le processus d'implantation d'un milieu de travail sain.

Mots clés : Environnements sains de travail, santé et bien-être au travail, hôpital promoteur de santé, changements planifiés, innovation.

INTRODUCTION

Le développement d'un milieu de travail sain dans les hôpitaux selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) vise à intégrer la promotion de la santé au cœur même de la mission de l'hôpital devenant un cadre de vie promoteur de santé et de bien-être pour les patients, le personnel, les médecins et pour la communauté. Or, bien que la création de milieux de travail sains puisse être perçue par l'OMS et le Réseau des établissements promoteurs de santé (EPS) comme une solution pour protéger et améliorer la santé et le bien-être du personnel et des médecins au sein des hôpitaux promoteurs de santé (HPS), ce concept éprouve plusieurs difficultés à s'insérer concrètement dans l'organisation même du travail pour dépasser la seule mise en place d'activités et de services pour promouvoir les saines habitudes de vie du personnel.

Cette recherche vise donc, d'une part, à identifier les transformations textuelles du discours émis par l'instance internationale qu'est l'OMS sur ce que devrait être un environnement sain de travail dans un HPS et le discours opérationnel au niveau régional. Quels sont les éléments retenus, ceux écartés, les similitudes et les écarts ? Est-ce que les modèles privilégiés à chacune des instances correspondent à au modèle holistique en promotion de la santé ? D'autre part, cette thèse vise également à retracer la mise en œuvre du concept d'environnement sain dans un milieu hospitalier montréalais de façon transversale en identifiant les actants tant humains et non-humains facilitants ou posant obstacles à la mise en place du concept dans un HPS. En identifiant aussi les écarts, les similitudes entre les discours textuels et les éléments mis en œuvre afin de créer un milieu sain de travail dans un contexte hospitalier.

La thèse est divisée en six chapitres. Le premier chapitre présentera un état des lieux de la situation trop souvent problématique de la santé et du bien-être du personnel et des médecins dans les hôpitaux tant au niveau international qu'au

niveau provincial et local à Montréal. Dans ce même chapitre nous aborderons aussi à quoi correspond un environnement sain de travail et les défis rencontrés pour sa mise en place. Enfin, nous préciserons notre objectif général de recherche.

Le second chapitre correspond à notre cadre théorique. Afin de mieux comprendre et de décrire la mise en place d'environnements sains de travail dans un HPS montréalais et de pallier au manque de description relatif à l'opérationnalisation du concept, nous nous sommes appuyés principalement sur la théorie de l'acteur-réseau (TAR). Toutefois, malgré le fait que ses auteurs privilégient une approche théorique unique sans cadre explicatif afin que les acteurs fassent tout incluant leurs propres théories pour expliquer un phénomène, nous avons choisi d'intégrer des apports théoriques provenant d'autres champs disciplinaires. Puisqu'à l'instar d'Edgar Morin, nous pensons que nous devons ouvrir le dialogue avec des notions théoriques à la fois complémentaires et contradictoires pour comprendre la complexité de la mise en place d'environnements sains de travail dans les hôpitaux promoteurs de santé. Au second chapitre nous préciserons aussi nos objectifs spécifiques de recherche.

Lors du troisième chapitre, nous abordons notre cadre méthodologique. Nous avons souhaité, dans le cadre de cette recherche, étudier de façon transversale la mise en place du concept d'environnements sains de travail dans un HPS montréalais par une approche multiméthodes nous permettant d'appréhender la complexité du concept et sa mise en place dans un milieu hospitalier.

Le quatrième chapitre présente les résultats de notre analyse des documents-clés du réseau HPS-EPS au niveau international. Les résultats de nos analyses nous permettront de répondre aux objectifs du volet A de notre recherche où l'on vise à identifier et décrire les transformations entre le discours initial textuel émis par l'instance internationale et les discours textuels opérationnels dans les instances régionales et locales.

Au cinquième chapitre, c'est l'histoire de la mise en œuvre du concept d'environnement sain de travail dans un hôpital promoteur de santé que nous allons relater. Une histoire qui sera racontée suivant les éléments décrits au chapitre précédent. Une histoire qui n'est point linéaire où l'on peut voir sa complexité et la multiplicité des points de vue. Le chapitre est divisé en deux sections, la première section fait un inventaire détaillé des éléments constituant un environnement sain de travail selon le Réseau HPS et EPS qui sont implantés ou absents au sein du HPS montréalais. La seconde section de ce chapitre décrit le projet pilote « Ensemble vers la santé » auquel des gestionnaires et des employés du département d'hygiène et salubrité ont participé. Nous avons souhaité comprendre, à l'aide d'une étude de cas, comment s'intégrait la PST au sein de deux équipes ayant participé à ce type de projet. Cela nous permettait d'identifier et décrire les différentes étapes du processus d'implantation, les éléments facilitateurs, les défis, les controverses et les impacts individuels et collectifs entourant le projet pilote.

Le sixième chapitre propose une discussion interprétative, une méta-analyse des résultats présentés au chapitre précédent. Nous répondons à certaines réflexions relatives à l'implantation du concept de milieu de travail sain au CHU. Est-ce que la mise en place d'un environnement de travail sain correspond véritablement à une innovation au CHU ? Une démarche globale en matière de promotion de la santé au travail a-t-elle été utilisée ? Nous aborderons également les six écueils rencontrés lors de l'implantation d'un milieu de travail sain dans le HPS et qui ont émergé de la méta-analyse des résultats. Enfin, nous conclurons ce chapitre en répondant à une toute dernière question à savoir si le CHU, un hôpital promoteur de santé, est un lieu sain où travailler. Enfin, nous terminerons cette recherche par une conclusion où nous présenterons notamment les limites de notre recherche ainsi que les pistes de recherche envisagées.

Bonne lecture!

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

1.1 Impact du travail sur la santé et le bien-être

Travailler c'est, pour la majorité d'entre nous, une nécessité qui revêt plusieurs significations (Brun, 2008; Lamoureux et coll., 1998; Morin, 2008; Morin et coll., 2001) et qui occupe une place importante soit en moyenne le tiers de notre temps et parfois plus (Brun, 2008; MSSS (www.msss.gouv.qc.ca)[12] Vinet, 2003). « Le travail peut nous permettre de répondre aux besoins économiques de la vie quotidienne, favoriser la progression sur le plan socio-économique et l'épanouissement sur le plan personnel » (Organisation internationale pour le travail - OIT, www.ilo.org). Il peut s'avérer bénéfique pour notre santé et notre bien-être en nous permettant de répondre, également, à nos besoins d'appartenance, de réalisation de soi en donnant un sens à notre vie (Brun, 2008; Lamoureux et coll., 1998, Morin, 2008; Morin et coll., 2001). Le sens qu'un individu trouve à son travail et le bien-être qu'il en retire peut ainsi avoir des retombées positives tant pour lui, pour ceux qui l'entourent, que pour l'organisation (Lamoureux et coll., 1998; Morin, 2008; Morin et coll., 2001).

> *There is a strong evidence base showing that work is generally good for physical and mental health and well-being. Worklessness is associated with poorer physical and mental health and well-being. Work can be therapeutic and reverse the adverse health effects of unemployment. That is true for healthy people of working age, for many disable people, for most people with common health problems, and for social security beneficiaries. The provisos are that account must be taken of the*

---

[1] www.msss.gouv.qc.ca/ministere/emploi.php, www.groupeentreprisesensante.com/fr/nouvelles-du-groupe/464-le-msss-une-entreprise-en-sante.

[2] Une étude sur l'équilibre travail-famille [démontre] que 25 % de Canadiens travaillent plus de 50 heures par semaine (Santé Canada, dans Vinet et coll., 2004, p. 13).

> *nature and quality of work and its social context; jobs should be safe and accommodating.* (OMS, 2004, p. 33)

Toutefois, plusieurs auteurs provenant de domaines et d'horizons variés mentionnent que le travail qui peut être source de plaisir, de santé et de bien-être peut être également source de souffrances, de mal-être voire de maladie (ASSSM, 2006; Audet et coll., 2003; Brun, 2008; Clot, 2012; De Gaulejac, 2005; Haubold, 2008; Lamoureux et Morin, 1998; Maranda et coll., 2006; Morin, 2008; Morin et coll., 2001; OMS, 2004; Weiss, 2002). Il est maintenant reconnu et soutenu par de nombreuses recherches provenant de plusieurs domaines que les environnements de travail qui sont néfastes pour la santé et le bien-être pour le personnel occasionnent, par ricochet, de multiples impacts négatifs pour la santé des organisations. Les conséquences sont diverses et s'avèrent dans bien des cas très coûteuses tant pour l'individu (OMS, 2004), sa famille (Harvey et coll., 2006) que l'organisation (Brun, 2008; Duxbury et Higgins, 2001, 2003; Harvey et coll., 2006; Stephens et Joubert, 2001). Les effets négatifs sur l'individu peuvent être de l'ordre de problèmes de santé physique déjà bien connus tels que des troubles musculosquelettiques qui représentent avec les maladies cardiovasculaires deux des trois groupes de problèmes de santé physique les plus invalidants pour les travailleurs (Audet et coll., 2003; Gabriel et Liimatainen, 2000). Il est maintenant reconnu que ces troubles physiques peuvent se trouver exacerbés, entre autres, par un climat de travail tendu, de piètres communications, l'insécurité d'emploi, le stress, une charge excessive de travail et une trop grande pression exercée sur le personnel (Audet et coll., 2003; Molinier, 2006; Schnall et coll., 2000). D'autres problèmes résultant du stress au travail affectent, aussi, les personnels. Ce sont des troubles du sommeil, de la difficulté à se concentrer, de l'isolement, de la fatigue, de l'irritabilité, des relations conflictuelles au travail, des maux et des douleurs face auxquels la médecine se trouve impuissante à soulager et à guérir (Vinet et coll., 2003). De plus, la santé psychologique, notamment, au sein des entreprises et des institutions devient des plus préoccupantes (Harvey et coll., 2006; Vinet et coll., 2003).

> *The facts are clear: work can affect the mental and physical health, safety and well-being of employees, and often, unfortunately, in a very negative way*. (OMS, 2004, p. 34)

> Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la dépression majeure deviendra en 2020 la deuxième cause d'invalidité chez l'humain, après les maladies cardio-vasculaires. Cela constitue un bond phénoménal depuis quelques années. [...] Un travailleur sur deux qui s'absentera du travail en raison de troubles de santé mentale sera absent pour une moyenne de treize jours ou ne reviendra jamais au travail. En moyenne, les coûts associés pour une absence d'environ quarante jours, par employé, sont de l'ordre de dix mille dollars. Une étude récente attribue à la dépression en milieu de travail des coûts de l'ordre de 4,5 milliards $ canadiens. (www.stresshumain.ca)

Les conséquences, pour l'organisation, d'un environnement de travail délétère pour la santé du personnel sont également multiples : insatisfaction, démotivation et démobilisation du personnel (Haubold, 2008; OMS, 2004), baisse de la productivité et de la performance (Audet et coll., 2003; Harvey et coll., 2006; OMS, 2004), diminution de la qualité (ASSSM, 2011), insatisfaction de la clientèle (OMS, 2004), hausse de l'absentéisme (Audet et coll., 2003; Bourbonnais et Mondor, 2001; OMS, 2004) et du présentéisme, difficultés d'attraction et de rétention du personnel ainsi qu'un taux plus élevé de réclamations d'assurance salaire (OMS, 2004), etc.

> Les coûts d'une relation détériorée entre le travail et la santé ne se calculent pas qu'en dollars et en journées de travail perdues. Les personnels affaiblis et fragilisés sont moins dynamiques et productifs. Conscients de leur vulnérabilité, ils adoptent des stratégies défensives dans l'espoir de se protéger. Ces coûts humains doivent aussi être pris en compte; ils se reflètent de toute façon sur la productivité des entreprises. (Vinet et coll., 2003, p. 8)

1.1.1 Conditions de travail difficiles dans les hôpitaux québécois

Le milieu du travail au sein des hôpitaux est reconnu comme étant souvent un environnement délétère pour la santé et le bien-être des employés et des professionnels de la santé à cause, notamment : « de l'intensification du travail qui ne se traduit pas seulement par une course contre la montre [mais qui] s'accompagne également d'une perte de repères sur la finalité du travail, tout aussi épuisante » (Desriaux, 2009). Depuis de nombreuses années, le système de la santé fait face à plusieurs défis concomitants, dont l'accroissement continu des

besoins et des demandes de services en santé, les restrictions financières importantes (Bilterys 2013; Contandriopoulos, 1994; Contandriopoulos et Arveiler, 2009)[3], la pénurie de certains titres d'emploi (infirmière, inhalothérapeute, pharmacien, psychologue, travailleur social, etc.) (ASSSM, 2008, 2011) ainsi qu'à des difficultés grandissantes d'attraction et de rétention du personnel. Ces multiples défis rencontrés par le système de la santé ont des répercussions significatives tant sur l'offre, la qualité des services que sur les conditions de travail du personnel qui vit une surcharge de travail et du stress (ASSSM, 2011; Bilterys 2013; ICHRN, 2007; MSSS, 2010; Santé et travail, 2009). Les employés et les professionnels de la santé se sentant surmenés et découragés (Bilterys, 2013) ont, pour plusieurs, une perception dégradée des conditions de travail due, notamment, à l'ampleur des précédentes réformes (Fleury et coll., 2007; Lamarche, 2009; Lemieux et coll., 2005), des coupes budgétaires, des départs massifs à la retraite et des coupes dans le personnel (Beaulieu et coll., 2010). L'isolement, l'intensification et la rigidité des exigences médico-administratives, la bureaucratisation, la gestion qui exige une haute performance et qui est axée sur l'épuisement des ressources humaines (Maranda et coll., 2006) ainsi que de l'écart entre les normes de bonne pratique et le réel du travail (Carpentier-Roy et Vézina, 2007; Maranda et coll., 2006) contribuent aussi à « l'état de morosité et de démobilisation du personnel du réseau » (Gouvernement du Québec, 2000, p. 274). Les personnels se trouvent donc, pour plusieurs, dans une position inconfortable dans laquelle leur santé et leur bien-être sont menacés (*Ibid.*). Cette situation dite « intenable » par certains (Carpentier-Roy, 1995; Maranda et coll., 2006) a de sérieuses répercussions sur la santé des employés qui souffrent, notamment, d'épuisement, de stress et de maladies professionnelles dues, particulièrement, à l'exposition aux risques professionnels, à la discrimination, à la violence physique et psychologique, à la rupture de l'équilibre vie privée et travail, à la surcharge de travail et à l'absence de développement professionnel (ICHRN, 2007).

---

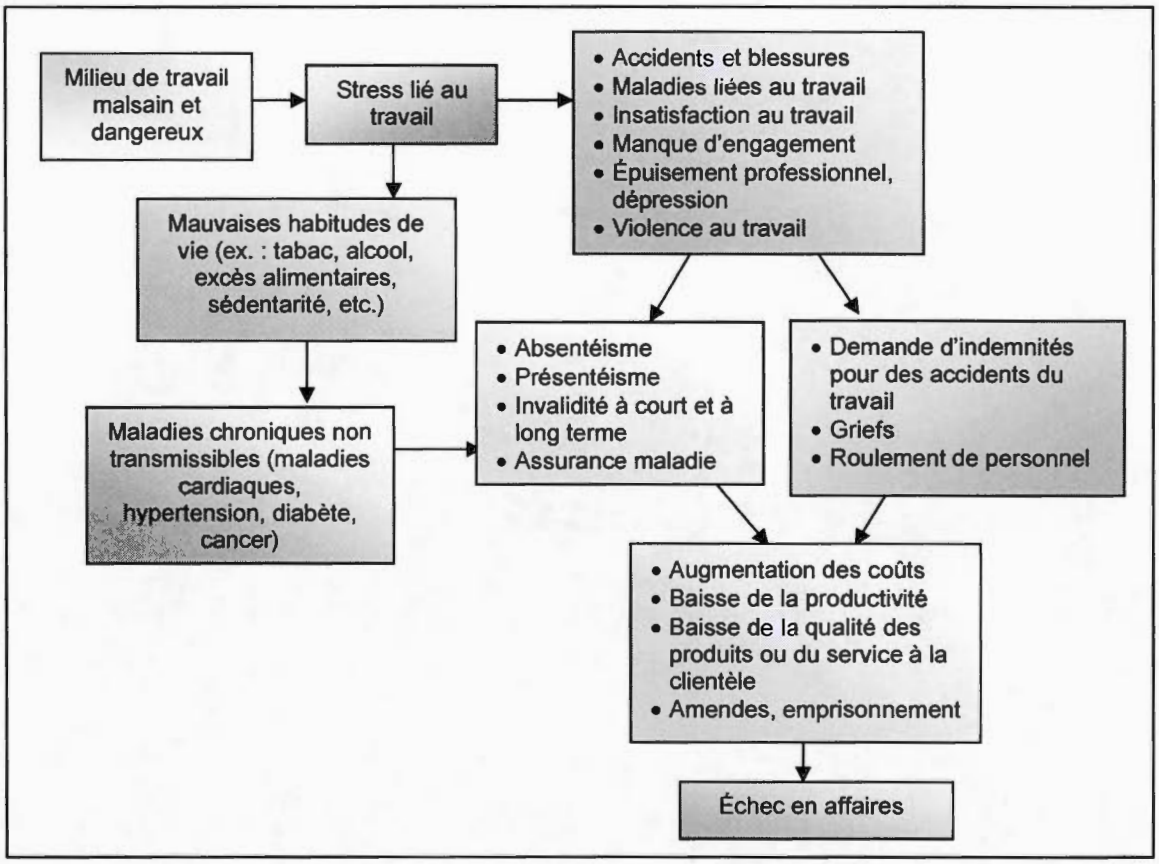
[3] http://www.lepointensante.com/index.php?select=54&language=fr&pub=60.

Corollairement, les hôpitaux qui sont parfois les employeurs les plus importants d'une région peuvent être des endroits dangereux où travailler par l'exposition à différents produits chimiques toxiques et infectieux, mais, aussi, par d'autres facteurs générant du stress qui découlent de la pression relative à la nature du travail en milieu hospitalier et des responsabilités qui lui sont rattachées (OMS, 2006a; Recommandations de Vienne, 1997). Ces situations sont défavorables à la pratique. Ils ont des impacts sur la qualité des services offerts aux patients (Carpentier-Roy et coll., 2007; ICHRN, 2007; Maranda et coll., 2006). Elles contribuent à augmenter les risques d'erreurs (Santé et travail, 2009), diminuer la productivité et les performances globales des établissements (ICHRN, 2007). Elles ont aussi, par voie de conséquence, des impacts négatifs sur la rétention et l'attraction de personnel (*Ibid.*) (voir figure 1).

> *There is a widespread agreement among global agencies, including (WHO) and the International Labour Organization (ILO) that the health, safety and well-being of workers, who make up nearly half the global population, is of paramount importance. It is important not only to individual workers and their families, but also to the productivity, competitiveness and sustainability of enterprises/ organization, and thus to the national economy of countries and ultimately to the global economy.* (OMS, 2004, p. 7)

> Faute de mesures préventives propres à promouvoir et protéger la santé des populations actives, les dépenses de santé liées à l'activité professionnelle et les souffrances humaines ont toutes les chances d'augmenter au cours de ce nouveau millénaire. Pour remédier aux pressions de toutes sortes qui s'exercent dans le monde du travail et à leurs effets sur la santé au travail, les employeurs peuvent appliquer un modèle global intégratif de gestion de la santé au travail. (Gohnet, 2003, p. 1)

Conséquemment, afin de pallier aux conditions de travail qui nuisent tant à la santé et aux bien-être des individus qu'aux entreprises et institutions, de plus en plus d'organisations choisissent de créer des milieux de travail sains afin de favoriser l'attraction et la rétention du personnel, d'améliorer la productivité et d'atteindre les objectifs organisationnels et budgétaires (Castonguay, 2011). Le milieu de la santé n'échappe pas à cette tendance. Au Québec, le gouvernement percevrait ces initiatives comme un moyen permettant de réduire les coûts rattachés à la santé et d'atteindre les objectifs budgétaires (Castonguay, 2011).



Traduction libre de Burton (2009). *Business case in a nutshell. WHO Healthy Workplace. Framework and Model. Background and Supporting Literature and Practices*, p. 6.

Figure 1.1 Impacts des environnements de travail délétères pour la santé

Ainsi, « face à la situation extrêmement préoccupante » relative à la main d'œuvre dans le milieu de la santé (ASSSM, 2010, p. 1), en 2010, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) publiait son *Plan stratégique 2010-2015* dans lequel le cinquième enjeu visait spécifiquement l'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines. Suivant le *Plan stratégique* du MSSS, l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSSM) indiquait dans son *Plan d'action sur la disponibilité de la main d'œuvre à Montréal 2010-2015* que, d'ici 2015, 50 % des établissements publics et privés conventionnés devraient, en plus d'avoir obtenu l'accréditation de l'agrément (MSSS, 2010), être certifiés par l'une des trois stratégies : Planetree, Hôpitaux promoteurs de santé (HPS) ou Entreprise en santé. (ASSSM, 2010, 2012; MSSS, 2010). Ces stratégies dites « employeur de choix »

avaient pour but le développement de milieux de travail sain (ASSSM, 2012) afin d'améliorer le climat de travail, favoriser la santé et le bien-être du personnel, soutenir l'adaptation de la relève professionnelle, diminuer le taux d'assurance salaire et l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante (ASSSM, 2010, 2012; MSSS, 2010).

Dans le cadre de cette recherche, nous explorerons plus spécifiquement la mise en œuvre d'un milieu sain de travail d'après le concept d'Hôpitaux promoteur de santé (HPS) de l'OMS.

1.2 Création d'un milieu de travail sain dans un hôpital promoteur de santé

Le développement d'un milieu de travail sain dans les hôpitaux selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'inscrit dans une volonté plus large d'intégrer la promotion de la santé au cœur même de la mission d'un hôpital devenant ainsi un cadre de vie promoteur de santé et de bien-être pour les patients, les personnels et pour la communauté.

C'est en 1989 que voit le jour le tout premier projet pilote d'hôpital promoteur de santé (HPS) à l'hôpital Rudolfstitung de Vienne en Autriche (www.eps.santemontreal.qc.ca/). Un an plus tard, la division européenne de l'OMS créait le Réseau des HPS (*Ibid.*). Un Réseau qui s'inscrit dans un continuum de promotion de la santé, en s'appuyant sur la Charte d'Ottawa (1986) et en s'inscrivant également dans celui des projets « -cadres de vie en santé (Dedobbeleer et coll., 2008). Le Réseau international des HPS est un réseau de réseaux regroupant actuellement plus de 40 réseaux nationaux et régionaux, et ce dans plus de 40 pays. Ils rassemblent plus de 900 hôpitaux et services de santé ainsi que des Centres collaborateurs qui participent à la gouvernance et à la mise en application du concept HPS (OMS, 2008), visant à réorienter les soins de santé et mettre en action la promotion de la santé (www.hphnet.org/about). Ainsi, un hôpital promoteur de santé cible la santé des individus (patients, personnel et population de la

communauté locale), mais également la santé de l'organisation afin qu'elle soit durable, capable d'apprentissage et d'adaptation face un environnement changeant tout en maximisant, aussi, les gains en santé (Hancok, 1989, dans Dedobbeleer et coll., 2008, p. 5). Quant au terme « promoteur de santé », il est utilisé pour faire référence au caractère processuel des interventions qui incluent également le rôle qu'a un HPS dans l'amélioration de la santé de la communauté locale (Pelikan, 2001, dans Dedobbeleer et coll., 2008, p. 5).

Ainsi, le concept HPS s'associe profondément à l'approche de milieux de vie (Dietscher et coll., 2014, p. 1)[4] selon laquelle « la santé est créée et vécue par les gens à l'intérieur du cadre de leur vie quotidienne; où ils apprennent, travaillent, jouent et aiment [traduction libre, Charte d'Ottawa, 1986] (www.who.int/healthy_settings/en/#)[5].

> *Healthy Settings, the settings-based approaches to health promotion, involve a holistic and multidisciplinary method which integrates action across risk factors. The goal is to maximize disease prevention via a "whole system" approach. The setting's approach has roots in the WHO Health for All strategy and, more specifically, the Ottawa Charter for Health Promotion. Healthy Settings key principles include community participation, partnership, empowerment and equity.*

Le concept HPS a été aussi décrit comme étant une approche parapluie englobant plusieurs autres réformes du milieu de la santé (droits des patients, mouvement de la qualité, hôpitaux verts, littératie en santé, etc. (Dietscher et coll., 2014, p. 1).

> *The current definition of HPH is that it aims at improving the health outcomes of hospital patients, staff, and community, and at enhancing its health impact on the hospital's environment. HPH can be understood as a policy concept with a strong research tradition.* (Dietscher et coll., 2014, p. 1)[6]

En 2005, le Réseau des hôpitaux promoteurs de santé (HPS) fut implanté par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM). En 2012, il est

---

[4] www.oxfordbibliographies.com/view/document/obo-9780199756797/obo-9780199756797-0131.xml.

[5] Charte d'Ottawa (1986). *Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play, and love* (www.who.int/healthy_settings/en/#).

[6] www.oxfordbibliographies.com/view/document/obo-9780199756797/obo-9780199756797-0131.xml)

devenu le Réseau québécois des établissements promoteurs de santé (EPS). Un réseau régional montréalais affilié à l'OMS. Initialement, celui-ci fut mis en place pour répondre aux préoccupations liées à la vulnérabilité de la mission de la promotion de la santé suite à la réforme, en 2003, du système sociosanitaire québécois (Reys, 2013, p. 14). La mission de promotion de la santé se trouvait ainsi préservée et intégrée dans les hôpitaux et services de santé membres du réseau (Reys, 2013) s'actualisant à travers la mise en œuvre de cinq normes[7] ciblant les patients, les personnels et la communauté (OMS, 2006b).

Quelques années plus tard, l'adhésion au réseau HPS par l'intermédiaire de la quatrième norme (développer un milieu de travail sain) devient une des trois stratégies « employeur de choix » visant à « faire face aux pressions exercées sur le système » (MSSS, 2010) par l'amélioration du climat de travail, en favorisant la santé, la sécurité et le bien-être du personnel et, par ricochet, en diminuant l'absentéisme, le présentéisme et le taux d'assurance salaire.

1.2.1 Environnement sain de travail selon l'OMS

Le milieu de vie qu'est le travail est considéré par l'OMS comme étant un environnement stratégiquement prioritaire dans lequel promouvoir la santé (Bilterys, 2013; Déclaration de Jakarta, 1997; OMS, 2004, 2012), car il présente des risques physiques et psychosociaux[8] importants (OMS, 2004) et que la prévalence des lésions professionnelles y est considérable. Ce milieu permet également de rejoindre une grande partie de la population d'une société soit celle au travail (Bilterys, 2013;

---

[7] Norme 1 : Se doter d'une politique de promotion de la santé Norme 2 et 3 : Évaluer les besoins en promotion de la santé des usagers en partenariat avec eux et leur donner de l'information sur les facteurs importants relatifs à leur état de santé Norme 4- environnements sains de travail : Développer un milieu de travail sain Norme 5 : Collaborer de façon continue avec les autres établissements de santé et la communauté (www.eps.santemontreal.qc.ca/documentation/boite-a-outils-hps/).

[8] « On qualifie de "risques psychosociaux" (ou RPS) les éléments qui portent atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des salariés au sein de leur environnement professionnel. Ces risques peuvent recouvrir différentes formes : le stress, parmi les plus connus, mais aussi le harcèlement, l'épuisement professionnel et même la violence au travail. Ils sont la cause de plusieurs maux et pathologies (problèmes de sommeil, dépression, troubles musculosquelettiques, maladies psychosomatiques, etc. » (www.preventica.com).

Chu et coll., 2000; OMS, 2001, 2004). Par ailleurs, selon l'OMS et le plan d'action mondial pour la santé des travailleurs (OMS, 1999, 2004, 2007a et b), « tous les travailleurs devraient pouvoir posséder le meilleur état de santé physique et mental qu'ils sont capables d'atteindre et de bénéficier de conditions de travail favorables » (OMS, 2007a, p. 5). Au Québec, il y a plus de quinze ans, la commission Clair abondait dans le même sens en recommandant de mettre en place des environnements de travail stimulants afin de favoriser l'épanouissement des employés et des professionnels de la santé (Gouvernement du Québec, 2000) et contrer « l'état de morosité et de démobilisation du personnel du réseau » (Ibid., p.274). Or, bien que la création de milieux de travail sains semble faire l'unanimité, il n'existe pas une, mais une multitude de définitions de ce que devrait être un milieu de travail sain (OMS, 2004). Nous allons donc, dans un premier temps, définir ce qu'est globalement un environnement sain de travail selon l'OMS puis, plus spécifiquement, dans un hôpital promoteur de santé (HPS).

L'introduction de la promotion de la santé pour améliorer la santé, la sécurité et le bien-être du personnel au sein des organisations est complexe et relativement récente (OMS, 2004). Complexe puisqu'il n'y a pas de recette à appliquer à tous les milieux en matière de promotion de la santé au travail (PST). Une mise en place sur mesure est requise selon les besoins des employés et de l'organisation (Hawe, 2015; Pettigrew, 2011; Shield et coll., 2008). La PST est aussi faite de plusieurs composantes interdépendantes requérant, pour sa mise en œuvre, plusieurs acteurs. De plus, son processus est non linéaire et lorsqu'elle est mise en place, elle PST évolue de façon imprévisible (Ibid.).

La PST repose, pour l'OMS, sur des chartes[9] et des déclarations[10] qui ont donné la vision, les principes et les objectifs pour la création de milieux sains de travail (Ibid.). Un environnement de travail sain est défini comme étant un milieu composé de gens qui sont engagés dans leurs activités quotidiennes et dans lequel interagissent

[9] Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé (1986).

[10] Déclaration de Jakarta (1997).

divers facteurs qui influencent de façon significative la santé et le bien-être du personnel (Nutbeam, 1998) mais également celle de l'organisation (Brun, 2008). Corollairement, afin de maintenir et d'améliorer la santé du personnel, il est essentiel, selon l'OMS, d'agir directement sur les facteurs socioéconomiques, culturels et environnementaux au travail (OMS, 2002; Paton et coll., 2005) qui ont des répercussions importantes sur la santé des individus. Ainsi, la création de milieux sains de travail qui ne causent aucun préjudice à la santé mentale et physique ainsi qu'à la sécurité et au bien-être des individus au travail n'est pas seulement essentielle, elle est considérée comme un impératif moral pour toutes les organisations (OMS, 2004). Conséquemment, même si certaines stratégies et interventions auront pour objectif d'apporter un changement chez l'individu, la majorité des actions devrait avoir pour but de modifier le contexte dans lequel les individus évoluent et non pas uniquement viser le changement individuel (Cooper et Williams, 1994; Paton et coll., 2005).

Le Réseau européen pour la promotion de la santé au travail (ENWHP) définit la PST comme étant « une combinaison d'efforts des employeurs, des employés et de la société pour améliorer la santé et le bien-être des gens au travail » [traduction libre] (OMS, 2004). Suivant cette définition, un environnement sain de travail serait un endroit dans lequel le personnel et les gestionnaires collaborent pour améliorer de façon continue les processus afin de protéger et promouvoir la santé, la sécurité et le bien-être au travail de tous les membres de l'organisation (www.enwhp.org/). Le bureau de l'OMS de l'Ouest pacifique ajoute à cette définition deux autres dimensions qui apparaissent importantes soit celle de l'atteinte d'une vision commune de la santé et du bien-être au travail de façon participative et collaborative par tous les membres d'une même organisation ainsi que le maintien et le développement de la santé de la communauté environnante. Par voie de conséquence, un milieu de travail sain devrait permettre aux personnels et aux gestionnaires d'augmenter le contrôle sur leur santé et de l'améliorer (OMS, 2004). L'environnement devrait également être inclusif et ouvert, notamment, aux immigrants ainsi qu'aux personnes ayant des habiletés et des expertises différentes

et favoriser l'équité en réduisant ou en éliminant les disparités entre les différents groupes de travailleurs (genre, âge, etc.) (Ibid.).

> [Les stratégies de promotion de la santé au travail] visent avant tout à rendre la vie au travail et les processus quotidiens ainsi que l'hôpital comme environnement de travail (le matériel et le cadre de vie socioculturel hospitalier) aussi promoteur de santé que possible pour le personnel hospitalier, puisque ces facteurs, auxquels le personnel est exposé presque tous les jours, ont un impact majeur sur leur santé [traduction libre]. (OMS, 2006a, p. 6)

Ainsi, un environnement sain de travail dans un HPS est un endroit où le personnel n'est pas uniquement perçu comme une ressource humaine, mais où il est considéré en tant qu'être humain ayant des besoins somatopsychosociaux. Ces besoins doivent être soutenus et des moyens octroyés aux personnels et aux gestionnaires (OMS, 2006a) afin qu'il puisse, sur le lieu de travail, maintenir et améliorer leur santé globale (ASSSM, 2011; OMS, 2006a; Pelikan, 2007). Un environnement promoteur de santé est aussi un lieu où les employés et les professionnels de la santé participent activement aux décisions et où ils s'impliquent comme experts pour développer davantage des processus de travail (Ibid.) Bilterys (2013) définit la création un milieu de travail sain dans les hôpitaux promoteurs de santé (HPS) comme un endroit où sont « mises en œuvre des stratégies qui promeuvent la santé et la sécurité, les saines habitudes de vie, et un environnement physique et psychosocial favorisant le bien-être et la santé, le tout dans une organisation apprenante et performante, et disposant d'une politique de promotion de la santé » (adapté de Dedobbeleer et coll., 2009, dans Bilterys, 2013). Enfin, pour que la promotion de la santé, dont celle au travail, soit implantée de façon efficiente et durable au sein des établissements, il est primordial qu'elle soit intégrée au cœur même des processus, des objectifs institutionnels et à la structure (Pelikan, 2007). Subséquemment, pour créer un milieu sain de travail, il faut un travail intersectoriel, obtenir une vaste mobilisation et des gains à court terme intégrés dans une planification à long terme (St-Léger, 1997).

> *The key intention has been to gain a political commitment to improving the health of the entire organization (a system approach) and developing strategies that allow all parts of the organization to work together to improve the health of the setting.* (Pelikan et Dietscher, 2015, p. 386)

> *Therefore, a hospital dedicated to a comprehensive HPH approach has to integrate health promotion values and principles, goals and targets, standards, criteria and indicators into its written vision, mission statement policies, action plans, guidelines, manuals and protocols. It has to invest to into health promotion programs, projects and dissemination strategies. It has to institutionalize a health promotion manager, a team, a committee and contact person in all its units and, last but not least, a specific budget.* (Pelikan, 2007, p. 267)

1.2.2 Création de milieux sains dans les HPS : une innovation et maints défis

Or, bien que la création de milieux sains de travail représente une solution à de nombreuses problématiques, sa mise en œuvre rencontre maints défis et certains disent même qu'ils sont davantage de l'ordre du discours que de la réalité (O'Neill et coll., 2006). L'OMS souligne par ailleurs un écart entre le discours normatif et la mise en œuvre des projets en promotion de la santé. On mentionne aussi qu'on trouve dans la pratique des interprétations variables du concept d'hôpital promoteur de santé (Pelikan, 1997, 2007). D'autres auteurs et chercheurs ajoutent, eux, que l'on peut dénombrer très peu de programmes intégrés en promotion de la santé au travail (PST) (Kishchuk et Renaud, 2008; Weiss, 2002) au sein des hôpitaux (Rey, 2009). Des recherches mettent par ailleurs en lumière le faible taux d'adoption, d'implantation et de pérennité des stratégies en promotion de la santé, dont celle pour le personnel. Selon la recension des écrits, plusieurs HPS introduiraient les stratégies et les activités en PS et en PST uniquement de façon sélective (Bilterys, 2013; Johnson et Baum, 2001; Lee et coll., 2012; Rey, 2014; Whitelaw et coll., 2006). Somme toute, de façon générale, les projets sont dits épars et sans fil conducteur (Kishchuk et Renaud, 2008). De plus, bien que les programmes-en PST se doivent d'être multistratégiques et holistiques afin d'être efficients (Pelikan, 2007), les interventions visent encore trop souvent uniquement l'individu, par notamment, le développement des saines habitudes de vie (Bilterys, 2013; O'Neill, 1999) plutôt que d'apporter des changements réels à l'organisation, au milieu de travail (Dughill et Spingetti, 2001). Par voie de conséquence, dû à une mise en place partielle, les effets attendus d'un programme global en PST garant de succès pour l'obtention d'un milieu de travail sain pour tous les personnels sont remis en cause (Bilterys, 2013; Johnson et Baum, 2001; Lee et coll., 2012; Rey, 2014; Whitelaw et coll.,

2006). Comme le soulignent Kishchuk et Renaud (2008) « l'atteinte des buts des HPS est loin d'être facile pour la vaste majorité des organisations, des attentes réalistes doivent donc s'imposer ».

Les raisons qui sous-tendent les écarts entre la théorie entourant la création d'environnements sains de travail et la pratique sont complexes et multiples. Dans un premier temps, la mise en œuvre d'un milieu sain de travail est reconnue comme étant une innovation au sein des hôpitaux. Une innovation correspond au processus d'instaurer des changements à quelque chose d'établi en introduisant quelque chose de nouveau. Ce changement peut être radical ou incrémentiel. Il peut être appliqué à des processus, des modes de gestion, à une infrastructure, à l'organisation du travail, à des services, etc. Bien que l'innovation amène un changement, les deux termes ne peuvent pas se substituer l'un à l'autre puisque l'innovation amène toujours un changement positif pour l'organisation et pour les gens qui en bénéficient. Tandis que le changement peut être tantôt positif ou négatif » (O'Sullivan et Dooley, 2009; West et Farr, 1990).

L'introduction de la promotion de la santé dont celle pour le personnel dans un centre hospitalier universitaire est donc perçue comme une innovation puisqu'elle vise à changer véritablement et positivement les pratiques, au quotidien, des acteurs (Ansari et coll., 2010; Becker et coll., 2005; Bilterys, 2013; Rey, 2014) aux différents paliers hiérarchiques, et ce de façon transversale dans un établissement promoteur de santé (OMS, 2008; Rey, 2014). Par un changement planifié, le concept HPS vise ainsi à améliorer et à solutionner des problématiques (Rey, 2014), notamment, de ressources humaines au sein réseau de la santé. Une innovation, « un glissement progressif d'une approche clinique et biomédicale, centrée sur l'individu à une approche sociale, tournée vers le collectif » (Jolivet et Vásquez, 2012, p. 241). La promotion de la santé dont celle pour le personnel doit donc, dorénavant, se trouver au cœur même de la mission et de la vision d'un HPS ainsi que dans chacune des actions et des décisions prises au quotidien (Bilterys, 2013; Hancok, 1999; Kishchuk et Renaud, 2008; OMS, 2008; Pelikan, 2008).

Or implanter une innovation, telle que le concept HPS et par le fait même des milieux de travail sains dans un hôpital, une organisation extrêmement complexe (Bilterys, 2013; de Kervasdoué, 2004; Mintzberg et Glouberman, 2001a et b; Rey, 2014) caractérisée par une vision curative de la santé (Rey, 2014), qui est de plus généralement réfractaire aux changements, mais aussi à l'introduction de la PS et de la PST (Grosjean et coll., 1999) ne va pas de soi (Rey, 2009, 2014). De surcroît, l'hôpital qui est défini comme une bureaucratie professionnelle où l'on travaille généralement en silo (Mintzberg, 2004) doit, pour assurer le succès du programme en PS, favoriser la communication entre les spécialités et travailler en interdisciplinarités, un autre défi de taille pour les HPS (Kishchuk et Renaud, 2008). Ainsi comme le soulignent certaines revues de littérature, le contexte interne de l'organisation peut avoir des impacts déterminants sur la mise en œuvre de stratégies en promotion de la santé, dont celle pour le personnel (Bilterys, 2013).

Aux précédents défis entourant le contexte d'un HPS pour la création d'environnements sains de travail, s'ajoutent également le manque de ressources humaines, les contraintes budgétaires ou encore les priorités financières investies principalement dans les biotechnologies au détriment de la promotion de la santé qui freinent le déploiement des programmes en PST (Bilterys, 2013; Guo et coll., 2007; Whitehead et coll., 2004). La création de milieux de travail sains peut également échouer si la culture de l'établissement n'est pas alignée avec les principes de la promotion de la santé (Kishchuk et Renaud, 2008). Le manque de compréhension des acteurs relative à la promotion de la santé au travail et l'absence de formation en PS sont aussi mentionnés comme étant des obstacles à son implantation (Guo et coll., 2007; Rey, 2014; Whitehead et coll., 2004).

La complexité du déploiement de la PST requiert, également, plusieurs acteurs à de multiples niveaux. Les différents acteurs-clés, eux, provenant de divers groupes professionnels impliqués dans la mise en œuvre de ce concept peuvent avoir, au-delà du consensus de surface, des conceptions, des interprétations et des mises en pratique différentes qui pourront être parfois convergentes, divergentes ou même

antinomiques. On ira jusqu'à dire que « le système de la santé est prisonnier de divers groupes d'intérêt et groupes de pression qui le traversent » (CESSSS, 1998, dans Gaumer, 2008, p. 188). Certains professionnels et gestionnaires vont également être réfractaires à son implantation, car ils considèrent que la PS dont celle pour le personnel, n'est pas l'affaire de l'hôpital. Subséquemment, les divers intérêts et représentations peuvent ainsi contribuer aux écarts mentionnés (Bataille, 2002; Callon et Latour, 1986), mais, également, aux innovations (Callon et Latour, 1986) entre le discours normatif de l'OMS et l'implantation d'environnements sains de travail pour le personnel.

À ces nombreux défis, s'ajoutent, également, la compétions entre les différentes idéologies dont celle de la quête de l'excellence (De Gaulejac, 2005; Morin, 1998) de la rationalisation (Morin, 1998), des autres accréditations organisationnelles (Rey, 2009b) et en santé auxquelles le projet doit venir se joindre et s'intégrer. De plus, les structures et les cultures organisationnelles et professionnelles sont porteuses de normes et de valeurs (Mintzberg, 2007) qui sous-tendent aussi des pratiques qui peuvent être complémentaires ou en opposition avec les valeurs mêmes de la promotion de la santé pour les employés.

Enfin, les écarts entre la théorie et la pratique seraient dus, aussi, à la complexité des concepts et de leur mise en œuvre et aux multiples définitions (O'Neill, 2009) qui sont, pour plusieurs acteurs, floues et ambiguës (Flick, 1997, 2002). Par ailleurs, le manque de clarté conceptuelle de nombreux programmes en promotion de la santé au travail représenterait une entrave à la création de milieux sains de travail (Chu et coll., 2000; Paton et coll., 2005). Même l'OMS présente plusieurs déclinaisons pour la mise en place d'environnements de travail sains (OMS, 2004) dont celle pour les hôpitaux promoteurs de santé (OMS, 2006a et b). L'Agence de la santé et des services sociaux à Montréal (ASSSM), qui est affiliée à l'OMS, a aussi publié un guide, un modèle spécifique pour l'implantation d'un environnement sain de travail pour les établissements promoteurs de santé du réseau québécois (ASSSM, 2011). En fait, même à l'intérieur du milieu de la promotion de la santé, les composantes

d'un environnement de travail sain ne semblent pas faire l'unanimité puisque l'on débat encore sur les éléments d'un programme exhaustif en promotion santé dont celui destiné au personnel afin que le milieu puisse être véritablement reconnu comme étant un milieu promoteur de santé approprié et non pas seulement une suite de projets en promotion de la santé simplement pratique à mettre en place pour l'organisation (Pelikan, 2007).

1.3 Justification de la recherche

Somme toute, bien que la responsabilité de l'environnement de travail sur la santé des individus (OMS, 2004, Santé Canada, 2009) tant physique (Haubold, 2008; OMS, 2004) que mentale (Harvey et coll., 2006; Haubold, 2008; Marchand et coll., 2004; Marchand et coll., 2005b; OMS, 2004; Vinet et coll., 2003) soit reconnue et que ses impacts soient bien documentés et appuyés par les résultats de nombreuses recherches, la prise en compte de la santé globale de l'individu au travail est encore loin d'être pleinement intégrée aux pratiques de gestion et aux multiples facettes que revêt la vie au travail au quotidien (Lowe et coll., 2003) et ce même au sein des HPS (Rey, 2014). Or, afin d'être cohérent avec son discours et sa mission de promotion de la santé, l'hôpital promoteur de santé devrait être un lieu sain où travailler. Un lieu qui respecte l'environnement, qui contribue et est une source de santé dans sa communauté (Hancock, 1999).

Subséquemment, à la lumière des résultats de cette revue de littérature, nous nous interrogeons sur la capacité de l'hôpital de se transformer réellement et de mettre en place des milieux de travail sains pour tous les personnels dans un HPS montréalais. Un projet qui, lorsque mis en œuvre selon les meilleures pratiques, permettrait de résoudre de nombreuses problématiques au sein des établissements du réseau de la santé à Montréal.

Comme nous l'avons vu, la santé et le bien-être au travail ont fait l'objet de nombreuses recherches. Plusieurs études se sont également penchées, en Europe

(Groene et coll., 2010; Pelikan et coll., 2011) et en Asie (Guo et coll., 2007; Lee et coll., 2012), sur l'implantation du concept HPS. Or, plusieurs de celles-ci sont publiées en langues étrangères. D'autres font partie de la littérature grise à laquelle nous n'avons généralement pas accès (Rey, 2014). Ainsi, malgré ces études, on sait encore très peu de choses sur le processus d'implantation du concept HPS (Bilterys, 2013; Rey, 2014; Whitelaw et coll., 2006, 2011) et, corollairement, de la mise en place d'environnements sains de travail. De plus, « les études disponibles ne décrivent pas suffisamment les projets visant l'opérationnalisation du concept au sein de l'organisation ou elles n'analysent pas de façon intégrée les facteurs en jeu dans le processus d'implantation » (Rey, 2014, p. 42). D'autre part, les recherches ont principalement abordé l'introduction d'activités en PS au sein des HPS sans décrire et analyser le processus de transformation qu'un hôpital subit en adhérant au concept HPS (Rey, 2014; Whitelaw, 2012) et plus particulièrement lors de la création de milieux de travail sain. Plusieurs auteurs soulignent, également, le manque de recherche de haut niveau ainsi que le peu de description et d'analyse en profondeur des projets en PS (Rey, 2014). Enfin, au Québec, nous avons recensé uniquement trois études portant sur l'implantation de la PS et de la PST dont deux, au sein d'un HPS. Une de ces études a évalué l'implantation du concept HPS au sein d'un service de périnatalité (Reys, 2013). Tandis que l'autre recherche s'est penchée sur « le contexte interne d'implantation d'un environnement de travail promoteur de santé pour les infirmières au sein d'un HPS » (Bilterys, 2013). Les deux recherches se sont appuyées sur les normes en matière de PS adaptées au contexte québécois développé par une équipe de recherche (Dedobbeleer et coll., 2007) et non pas sur les stratégies et les normes telles que proposées par l'OMS (2006a et b) ou encore par l'ASSSM (2011).

Ainsi malgré le fait que l'OMS et certains auteurs mentionnent des écarts, diverses traductions et peu de programmes intégrés en promotion de la santé notamment au sein des hôpitaux aucune étude, à notre connaissance, ne s'est penchée, sur les différences, les convergences et les interprétations qui révèlent les écarts et les similitudes entre le discours normatif initial émis par l'OMS, l'instance internationale,

et les discours opérationnels dans les instances régionales et locales, notamment dans un contexte montréalais. De plus, aucune recherche ne s'est attardée aux divers intérêts qui sous-tendent la mise en œuvre de la promotion de la santé et la création de milieux de travail sains pour le personnel dont le succès de ce programme d'envergure au sein des hôpitaux promoteurs de santé montréalais est tributaire. Enfin aucune étude, notamment au Québec, n'a décrit et analysé en profondeur de façon globale et transversale la mise en œuvre d'un environnement sain de travail au sein d'un HPS montréalais.

Subséquemment, compte tenu des nombreux défis rencontrés lors de la mise en œuvre de milieux sains de travail joint au manque de recherche sur le sujet, l'objectif général de notre recherche visera *à mieux comprendre et à décrire la mise en place d'un environnement sain de travail de façon transversale au sein d'un HPS montréalais.*

CHAPITRE II

CADRE DE RÉFÉRENCE THÉORIQUE

> [...] le dialogue avec la contradiction est ouvert. Nous sommes amenés à établir une relation à la fois complémentaire et contradictoire entre les notions fondamentales qui nous sont nécessaires pour concevoir notre univers. [...] la complexité nous demande de penser sans jamais clore les concepts, de briser les sphères closes, de rétablir les articulations entre ce qui est disjoint, d'essayer de comprendre la multidimensionnalité, de penser avec la singularité, avec la localité, avec la temporalité, de ne jamais oublier les totalités intégratrices. (Morin, 1988, p. 11 et 16)

La mise en place de milieux sains de travail de façon transversale[11] dans un HPS montréalais est une approche holistique de la santé et du bien-être au travail développée et appliquée au milieu hospitalier qui représente une innovation et un changement planifié (O'Sullivan et Dooley, 2009; West et Farr, 1990).

Ainsi afin de mieux comprendre et de décrire la mise en place d'environnements sains de travail dans un HPS montréalais et de pallier au manque de description relatif à l'opérationnalisation du concept, nous nous sommes appuyés principalement sur la théorie de l'acteur- réseau (TAR). Néanmoins, malgré le fait que ses auteurs privilégient une approche théorique unique sans cadre explicatif afin que les acteurs fassent tout incluant leurs propres théories pour expliquer un phénomène (Latour, 2004), nous avons choisi d'intégrer des apports théoriques provenant d'autres champs disciplinaires. Puisqu'à l'instar d'Edgar Morin (1988), nous pensons que nous devons ouvrir le dialogue avec des notions théoriques à la fois complémentaires et contradictoire pour comprendre la complexité de la mise en place d'environnements sains de travail dans les hôpitaux promoteurs de santé. Ces

---

[11] Transversale : à travers tous les départements, des unités et auprès de tous les médecins, le personnel, les bénévoles, les stagiaires d'un hôpital promoteur de santé.

apports théoriques nous permettent de mieux comprendre et d'expliquer certaines dimensions et certains phénomènes relatifs aux changements planifiés intégrés dans le milieu hospitalier ajoutant de la richesse et de la profondeur à notre analyse. Nous nous sommes donc appuyés sur divers champs disciplinaires qui nous permettent d'appréhender les multiples facettes d'un tel projet en « à savoir économique, organisationnelle, sociologique, politique et bien évidemment communicationnelle » (Alexis, 2005, p. 11). Ainsi étudier la mise en œuvre d'environnements sains de travail, c'est se trouver à la rencontre de plusieurs champs disciplinaires dont celui de la gestion, de la sociologie (Ibid.) mais aussi de la communication (Guillemet, 1993; Laramée, 2002) qui est omniprésente et au cœur même des organisations qui sans celle-ci, n'existeraient pas (Guillemet, 1993; Laramée, 2002; Taylor, 1988).

Ce deuxième chapitre se déclinera en plusieurs temps. Dans un premier temps, nous présenterons la posture épistémologique de cette recherche ainsi que son inscription dans les domaines de la communication et de la promotion de la santé. Ensuite, afin de suivre et de décrire la mise en place de l'innovation et du changement planifié que représente la création de milieux de travail sains dans les HPS, la théorie de l'acteur-réseau sera explicitée. Nous viendrons également trianguler avec la théorie du changement planifié et du développement des organisations pour enfin conclure ce chapitre en présentant les objectifs spécifiques de cette recherche.

2.1 Posture épistémologique

Nous adoptons, dans le cadre de notre recherche, une posture constructiviste selon laquelle la société est composée, établie et maintenue (Latour, 2007) et dans laquelle les faits sont coconstruits (Ibid.). Ce courant de recherche permet d'aborder des phénomènes sociaux, tels que la création d'environnements sains de travail, et d'en faire la genèse afin de montrer que les sciences, les projets, les phénomènes, etc. sont coconstruits et historiquement situés sans nier, pour autant, que la réalité

existe. La connaissance, la science, les projets sont donc intimement liés au contexte dans lequel ils sont créés et tributaires de l'action humaine. Toutefois, la « réalité », selon la posture constructiviste, n'est accessible qu'à travers des grilles de lectures, des représentations, la culture et des façons d'agir et de penser[12].

La théorie de l'acteur réseau (TAR) adopte également une posture constructiviste tout en s'inscrivant en rupture avec le constructivisme social. Selon les auteurs de cette théorie, il est essentiel que le terme « social » ne soit pas joint à celui de « constructivisme ». Puisque selon Latour (2007), il n'est plus du tout évident qu'il existe, de nos jours, des relations suffisamment spécifiques pour être appelées « sociales ». De plus, d'après cette théorie, il n'existe pas de « contexte » social dans lequel s'inscrivent les domaines ou les activités dites « non sociales » (Ibid.). Le social, selon la TAR, c'est en fait un « mouvement très particulier de réassociation ou de réassemblage. » (Latour, 2007, p. 14) Ainsi, la sociologie, la science de la vie ensemble, devrait correspondre et être strictement limitée au suivi d'associations, des connexions entre les choses qui ne sont pas elles-mêmes sociales et à l'architecture créée par leurs assemblages imprévus (Ibid.) : « Autrement dit, il ne faut pas confondre le « constructivisme » avec le « constructivisme social », qui en est l'opposé. [...] de la même façon qu'une République socialiste ou islamique est le contraire d'une République. (Ibid., p. 131). La TAR propose donc de rendre compte d'une réalité objective solide même si elle est coconstruite en mobilisant différentes entités dont l'assemblage peut réussir ou encore échouer (Ibid.).

Enfin, selon la TAR les sites de prédilection auxquels s'applique le mieux le constructivisme sont ceux des laboratoires, des instituts de recherche, des grands instruments, de vastes institutions scientifiques (Ibid.) où la cocréation de projets, de faits scientifiques et d'artefacts peuvent être suivie, étudiée et analysée à travers les traductions successives (Ibid.). Ainsi, cette théorie se différencie des autres approches constructivistes par le rôle actif des entités produites par la science, les

[12] www.hypergeo.eu/spip.php?article407; https://wp.unil.ch/bases/2013/08/constructivisme/.

techniques, les innovations, les projets, etc. par lesquels nous obtenons un point de vue privilégié pour suivre et expliquer la société en train de se faire.

Au-delà de la posture constructiviste, la TAR est une théorie au cadre épistémologique complexe qui rompt avec plusieurs règles en sciences sociales afin de suivre les acteurs (Latour, 2004).

> Elle a pour principe que ce sont les acteurs eux-mêmes qui font tout, même leurs propres cadres explicatifs, leurs propres théories, leurs propres contextes, leurs propres métaphysiques et même leurs propres ontologies... Bref, la seule direction à suivre, j'en ai peur, c'est : encore plus de descriptions. (Latour, 2004, p. 9)

> Ce qui est essentiel avec un point de vue, c'est précisément que l'on peut en changer! Pourquoi en rester prisonnier ? De la position qu'ils occupent sur la terre, les astronomes ont une perspective limitée, par exemple à Greenwich, l'Observatoire en bas de la rivière en partant d'ici – vous devriez y aller, c'est fabuleux. Eh bien, en changeant de perspective grâce à divers instruments, télescopes, satellites, ils sont désormais capables de tracer la carte de la distribution des galaxies dans tout l'univers. Pas mal, non ? Montrez-moi un point de vue, et je vous montrerai trente-six manières d'en changer. Écoutez : pourquoi vous ne laissez pas tomber toute cette opposition entre « point de vue » et « vu de nulle part » ? Et aussi cette différence entre « interprétatif » et « objectiviste » ? Laissez tomber l'herméneutique et revenez à l'objet – ou plutôt à la chose. (Latour, 2004, p. 6)

La TAR est donc une sorte « d'universalisme écologique capable de faire cohabiter sur fond d'incertitude le plus grand nombre de valeurs et de modes d'existence au sein de l'écosystème le plus riche possible » (During et Jeanpierre, 2012, p. 915). Cette théorie met l'accent, par conséquent, sur le mouvement, le flux et le changement (Ibid.).

2.2 Notre recherche s'inscrit dans le domaine de la communication

> *Les organisations n'existent pas indépendamment de leurs membres, mais elles sont créées et recréées dans les actes de communication entre ses membres.* (Jones et coll., 2004, p. 722)

Dans le cadre de cette recherche, nous nous inspirons et appuyons principalement sur la théorie de l'acteur-réseau (TAR[13]) qui nous a permis d'étudier la création de

[13] Aussi connue sous l'acronyme anglophone *ANT : Actor-Network Theory.*

milieux de travail sains dans toute sa complexité. Initialement appelée sociologie de la traduction, la TAR est une approche sociologique développée dans les années 1980 par Michel Callon, Bruno Latour et Madeleine Akrich (Archambault, 2008) qui vise entre autres à étudier différentes formes de véridiction, pour accéder aux différentes formes d'énonciation de la vérité.

Or, bien que nous utilisions une théorie issue du domaine de la sociologie, notre recherche s'inscrit dans le domaine de la communication. Puisque, bien avant d'incarner une entité économique, l'organisation est avant tout une réalité humaine et sociale dans laquelle la communication agit comme « ciment social » liant les membres et toutes les dimensions de l'organisation. Elles forment un couple inséparable puisque l'organisation, la structuration d'un groupe, le changement ou l'implantation d'une innovation impliquent toujours des actes de communication. (Laramée, 2002, p. 89) Comme le mentionnait Watzlawick, de la célèbre école de Paolo Alto, « on ne peut pas ne pas communiquer » :

> La communication constitue l'un des aspects essentiels du processus d'organisation, celui par lequel une certaine vision collective prend forme concrète et devient réalité. [...] Comme le souligne Taylor (1988, p.203) « en dehors de la communication, l'organisation n'est qu'une idée, car l'organisation est avant tout une réalité humaine et collective, une société en miniature, et aucun projet organisationnel, aussi élaboré soit-il, ne peut être mis sur pied sans de multiples communications entre les personnes. (Guillemet, 1993)

Or, il ne suffit pas de communiquer. Il faut que la communication organisationnelle soit bien orchestrée pour favoriser le succès et la qualité du changement (Bareil, 2008; Barrett, 2002), d'un projet ou de la mise en œuvre d'une innovation. De ce fait, la réussite d'un projet ou de l'implantation d'une innovation réside dans une communication au sein d'une organisation ou d'un réseau qui accompagne dès la mise en place d'un projet. Lors d'un processus de changement, une communication transparente, participative et multilatérale (De Crescenzo, 2005) s'avère essentielle (Bareil, 2008). Ainsi, « aucune réforme, aucun changement programmé, ne fait l'économie d'un plan, ou d'une série d'actions de communication » (Ibid., p.26). Les stratégies communicationnelles dites efficientes visent avant tout à impliquer, à susciter l'intérêt, la compréhension et l'adhésion du personnel au projet en

légitimant, en informant et en expliquant les nouvelles orientations stratégiques (Le Borgne, 1999). Or, malgré le fait que la communication organisationnelle soit un incontournable à la réussite de tout processus de changement organisationnel, son absence est néanmoins souvent observée. On retrouve, notamment, des faiblesses au niveau du rythme du changement, au temps d'adaptation ainsi qu'au niveau de la communication, de la formation, de la légitimation et de la réalisation du changement (Ibid.).

2.3 Domaine de la promotion de la santé au travail

Notre recherche s'inscrit également dans le domaine de la promotion de la santé qui vise la santé et le bien-être des employés par, notamment, la création de milieux de travail sains à l'intérieur d'un hôpital promoteur de santé. La promotion de la santé (PS), comme nous l'avons démontré précédemment, « continue à être handicapée par l'absence d'une définition solide, claire et utilisable » (CLICKHP, 2004, cité dans O'Neill et coll., 2006, p. 52) résultant au peu de cohésion dans la compréhension et la signification du concept de promotion de la santé (O'Neill et coll., 2006). Nous allons donc tenter de définir et d'établir une définition de la promotion de la santé sur laquelle s'appuiera le reste de notre cherche en nous référant à la fois au glossaire en promotion de la santé développé par l'OMS (1998) et sur les définitions provenant du milieu scientifique et académique.

2.3.1 Composantes de la promotion de la santé

La promotion de la santé (PS) propose une approche globale en santé comportant quatre éléments dont l'environnement (physique et social), les habitudes de vie, l'organisation des soins de santé et la biologie humaine ainsi que quatre principes fondamentaux qui sont la participation citoyenne, l'autonomisation et l'équité et la justice. Elle rend compte, dorénavant, de cette nouvelle réalité qu'est l'inclusion de l'environnement dans les interventions auprès des individus. Conséquemment, l'approche écologique est adoptée par les planificateurs et les intervenants dans le

but de rendre plus efficaces les interventions en intégrant les composantes sociales, organisationnelles et culturelles de l'environnement pour, notamment, développer des programmes qui incorporent les actions centrées sur les individus avec celles orientées sur les différentes dimensions de l'environnement (O'Neill et coll., 2006). Or, ce passage de l'éducation de la santé vers la promotion de la santé fondée sur une approche écologique[14] qui demande des interventions à de multiples niveaux (individuel, groupal, organisationnel, communautaire, macropolitique) s'avère complexe. Cette complexité est d'autant plus grande que les définitions qui entourent la promotion de la santé et les concepts qu'elle englobe sont multiples et ambiguës (O'Neill et coll., 2006).

On retrouve également cinq domaines d'action pour soutenir les stratégies en promotion de la santé soit l'élaboration de politiques publiques saines; la création de cadres de vie favorables à la santé; le renforcement de l'action communautaire pour la santé ; l'acquisition des aptitudes individuelles en matière de santé et la réorientation des services de santé (Charte d'Ottawa, 1986 ; OMS, 1999). À cela s'ajoutent les cinq priorités suivantes : promouvoir la responsabilité pour la santé ; augmenter les investissements pour le développement sanitaire ; développer les partenariats pour la promotion de la santé ; accroître les capacités des communautés et donner des moyens d'agir aux individus et, enfin, mettre en place une infrastructure de promotion de la santé (Déclaration de Jakarta, 1997) (voir tableau 2.1).

La promotion de la santé est donc « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci » (OMS, 1986) c'est « un concept positif et complet de la santé comme déterminant de la qualité de la vie, qui recouvre également le bien-être mental et spirituel » (Charte de Bangkok, 2005) qui se déploie par une « [...] combinaison

---

[14] « L'approche écologique en promotion de la santé et en éducation pour la santé considère que la santé est le résultat dynamique des interactions entre les individus et leurs environnements » (Green et coll. 2000, *Settings for Health Promotion*). Les idées principales de cette approche sont : les résultats dynamiques, les interactions, les individus et les environnements » (Absil et coll., 2012).

d'actions planifiées de type éducatif, politique, législatif ou organisationnel appuyant des habitudes de vie et des conditions de vie favorables à la santé d'individus, de groupes ou de collectivités » (Green et Kreuter, 2005, p. 462, dans O'Neill et coll., 2006, p. 55).

Tableau 2.1 Composantes de la promotion de la santé

Quatre éléments	Quatre principes fondamentaux
1. L'environnement physique et social 2. Les habitudes de vie 3. L'organisation des soins de santé 4. La biologie humaine	1. La participation citoyenne 2. L'autonomisation 3. L'équité 4. La justice
Cinq domaines d'action	Cinq priorités
1. L'élaboration de politiques saines 2. La création de cadres de vie favorables à la santé 3. Le renforcement de l'action communautaire 4. L'acquisition des aptitudes indiviuelles en matière de santé 5. La réorientation des services de santé	1. Promouvoir la responsabilité pour la santé 2. Augmenter les investissements pour le développement sanitaire 3. Développer les partenariats pour la promotion de la santé 4. Accroître les capacités des communautés et donner des moyens d'agir aux individus 5. Mettre en place des infrastructures de promotion de la santé

D'après O'Neill et coll (2006).

Ainsi, travailler en promotion de la santé, c'est œuvrer dans un champ spécialisé d'interventions qui par des changements planifiés sur les modes et les conditions de vie découlent des impacts significatifs sur la santé des individus, des groupes ou des collectivités. Les planificateurs et les intervenants travaillant en promotion de la santé cherchent à influencer les comportements individuels relatifs à la santé en utilisant une approche dite écologique qui incorporent les actions centrées sur les individus avec celles orientées sur les différentes dimensions de l'environnement (O'Neill et coll., 2006) par un éventail de stratégies dont l'éducation à la santé, le marketing social, la communication de masse, l'action politique et le développement organisationnel (Ibid.) qui diffère du concept « travailler à promouvoir la santé » que les auteurs résument en une phrase toute simple : travailler à promouvoir la santé, c'est le discours sur la place de la santé dans les sociétés appelé également

souvent le discours de la nouvelle santé publique (O'Neill et coll., 2006) qui sommes toutes, selon eux, ne serait qu'un avatar du discours ancien de la santé publique adapté à la modernité (Ibid.).

Les interventions en promotion de la santé qui agissent, par des changements planifiés, sur les modes et les conditions de vie afin de produire des impacts significatifs sur la santé des individus, des groupes ou des collectivités sont déployées dans plusieurs cadres de vie de la société tels que les villes, villages et municipalités en santé qui visent, par diverses stratégies et actions, l'amélioration de façon continue des environnements physiques et sociaux et voient au développent des ressources communautaires afin de permettre à la population de se soutenir mutuellement à travers les diverses fonctions et sphères de la vie pour que tous puissent réaliser pleinement leur potentiel (OMS, 1999).

2.3.2 Hôpital promoteur de santé : un cadre de vie promoteur de santé

Les Hôpitaux promoteurs de santé (HPS) sont des « cadres de vie » au sein desquels « les individus vaquent à leurs activités quotidiennes et où les facteurs environnementaux, organisationnels et personnels influent les uns sur les autres et ont ainsi des effets sur la santé et le bien-être. [...] C'est aussi un lieu où des personnes utilisent ou façonnent l'environnement et ainsi créent ou résolvent des problèmes relatifs à la santé » (OMS, 1999, p. 20). Il est donc important qu'ils soient des « milieux favorables à la santé » (Ibid.) et ce, également, pour le personnel dans le cadre de leur travail (Déclaration de Budapest, 2004).

La santé et le bien-être du personnel, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, a des impacts significatifs sur la qualité des soins, la qualité de présence au travail et sur la productivité, mais elle fait souvent défaut à l'intérieure des diverses accréditations visant la qualité ou l'excellence en gestion des soins (OMS, 2006). L'emphase étant principalement mise sur la productivité, l'efficience, la qualité des soins et la sécurité des patients. Généralement, les divers facteurs de risques tant

physiques, chimiques, biologiques que psychosociaux caractérisant le travail en milieu hospitalier et mettant en danger la santé du personnel sont peu reconnus, malgré les preuves incontestables sur la relation entre la santé du personnel, la productivité et la qualité des soins aux patients (OMS, 2006a; Statistiques Canada, 2005).

Or, si durant les années 1990, « les organisations pouvaient compter sur une surabondance de personnel compétent sans se soucier d'adopter des pratiques exemplaires en matière de gestion des ressources humaines » (Duxbury et Higgins, 2003), aujourd'hui, avec la pénurie de main-d'œuvre, plusieurs reconnaissent l'importance du « capital humain » dont la productivité, l'efficience et l'excellence sont tributaires (Duxbury et Higgins, 2003, 2005). Toutefois, les interprétations et les pratiques organisationnelles relatives à la promotion de la santé pour les employés sont multiples et les programmes complets se font rares (Rey, 2009).

2.3.3 Programmes intégrés complets en PST : une denrée rare

La promotion de la santé en milieu de travail (PST) comme nous l'avons vu au chapitre précédent, c'est des initiatives, des employeurs ayant pour but l'amélioration de la santé et du bien-être du personnel et, parfois, de leurs personnes à charge. Ce sont en fait des stratégies en promotion de la santé, définies dans la première partie de ce chapitre, qui sont adaptées au milieu de vie[15] qu'est le travail, tel qu'à celui des hôpitaux promoteurs de santé (HPS) et incluent divers programmes de prévention des maladies (Goetzel et Ozminkowski, 2008). Ces effets positifs ont été démontrés et certaines études ont noté, en autres, une diminution de 26 % du taux d'absentéisme pour cause de maladie, une réduction des risques de maladie chronique et une amélioration des habitudes de vie à long terme (Aldana, 2001; Aldana et Pronk, 2001; Pelletier, 1999, 2001, 2005; Serxner et coll., 2001).

---

[15] Approche sur les milieux de vie : la santé serait créée à travers les interactions entre les individus et leur milieu de vie (Absil et coll., 2004; Green et coll., 2000).

Toutefois, les programmes intégrés et complets en promotion de la santé au travail se font rares et ils varient beaucoup en intensité, dans la durée et dans leur globalité (Aldana, 2001; Goetzel et Ozminkowski, 2008; Heaney et Goetzel, 1998; Pelletier, 1999, 2001; Serxner et coll., 2006). Nous retrouvons généralement davantage des campagnes d'éducation et de sensibilisation à la santé et l'emphase est, de façon générale, mise sur les habitudes saines de vie (alimentation, activité physique, cessation tabagique) ainsi que sur le dépistage des maladies cardiovasculaires et de certains cancers. Ces programmes visent, notamment, à réduire l'absentéisme, le présentéisme, le recours à l'utilisation des services de santé, à augmenter la productivité et la marge de profit (Bertrand et coll., 2009; Goetzel et Ozminkowski, 2008).

Or, un milieu de travail sain, c'est aussi un cadre de vie qui favorise également la réduction du stress au travail et la conciliation de la vie personnelle et professionnelle (Bertrand et coll., 2009; Déraps, 2009; Duxbury et Higgins, 2003, 2005). C'est un milieu qui offre des programmes de retour au travail et qui est doté d'un système intégré en prévention et en gestion des invalidités (Bertrand et coll., 2009; Déraps, 2009; OMS, 2009). C'est, également, une organisation qui a de saines pratiques de gestion (Bertrand et coll., 2009; WHO, 2006) et une culture qui favorise et supporte la santé et le bien-être du personnel (Duxbury et Higgins, 2003, 2005; WHO, 2006) en intégrant la promotion de la santé (Goetzel et Ozminkowski, 2008; OMS, 2006a; Young, 2006). Les composantes fondamentales d'un programme global en promotion de la santé en milieu de travail sont l'éducation à la santé, les services intégrés, un environnement physique et social supportant pour améliorer la santé et favoriser le bien-être, l'intégration de la promotion de la santé dans la culture organisationnelle ainsi que la surveillance de l'état de santé avec des traitements et des suivis adéquats pour le personnel et, même parfois, pour leurs personnes à charge (Goetzel et Ozminkowski, 2008 ; WHP, www.who.in[16]) (voir tableaux 2.1 et 2.2) :

[16] www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/.

> Un environnement de travail sain est défini comme étant un milieu composé de gens engagés dans leurs activités quotidiennes et dans lequel interagissent divers facteurs qui influencent de façon significative la santé et le bien-être du personnel (Nutbeam, 1998) mais également celle de l'organisation. (Brun, 2008)

Tableau 2.2 Cadre de vie au travail promoteur de santé

Liste non exhaustive
▪ Promotion des saines habitudes ▪ Développement organisationnel ▪ Conciliation de la vie personnelle et professionnelle ▪ Réduction du stress au travail ▪ Programme de retour au travail ▪ Système intégré de prévention et eng estion des invalidités ▪ Saines pratiques de gestion organisationelles ▪ Culture qui favorise et supporte la santé et le bien-être du personnel ▪ Etc.

Tableau 2.3 Composantes fondamentales d'un programme global

Composantes fondamentales d'un programme global en PS en milieu de travail selon la littérature
1. Éducation à la santé 2. Services intégrés 3. Environnement physique et social supportant pour améliorer la santé et favoriser le bien-être 4. Réduction du stress au travail 5. Intégration de la PS de la santé dans la culture organisationnelle 6. Surveillance de l'état de santé avec des traitements et des suivis adéquats pour le personnel et même parfois pour leurs personnes à charge

Or, si c'est un droit fondamental au Québec d'avoir des conditions de travail qui respectent la santé, la sécurité et l'intégrité physique (Loi sur la santé et la sécurité du travail)[17] comme dans plusieurs pays (OMS, 2006), on retrouve souvent peu de cohésion, de compréhension commune et de définition qui fait l'unanimité en ce qui

[17] La présente loi sur la santé et la sécurité du travail met l'emphase plus spécifiquement sur l'environnement, l'élimination de tous les dangers potentiels pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique du personnel (http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-2.1).

concerne la promotion de la santé (O'Neill et coll., 2006), notamment en milieu de travail. L'implication de divers groupes et acteurs (internes, externes) ayant des intérêts tantôt convergents, tantôt divergents et même contradictoires concernant les objectifs, les priorités, les activités et les moyens d'action en promotion de la santé en milieu de travail, la complexité du concept même, les multiples domaines interdisciplinaires impliqués aux mandats variés et aux définitions et représentations diverses du concept de santé (ergonomie, génie, gestion, hygiène industrielle, médecine, psychologie, sciences infirmières, etc.) (Kickbusch et Renaud, 2008) posent de sérieux défis au déploiement de tout projet en promotion de la santé, particulièrement en milieu hospitalier. À ces nombreux défis se joint celui de l'intégration de la promotion de la santé, notamment celle destinée pour le personnel, dans la culture organisationnelle et dans les pratiques de gestions reposant sur des modèles et des philosophies dans lesquelles la santé et le bien-être des employés font souvent défaut (Kickbusch et Renaud, 2008; OMS, 2006a).

2.4 Suivi et description de la mise en place d'une innovation, d'un changement planifié

Nous avons donc choisi de suivre et de décrire la mise en place d'environnements sains de travail, une innovation qui représente un changement planifié en s'appuyant principalement sur la théorie de l'acteur réseau. Or, cette théorie ne vise point à expliquer un phénomène si ce n'est qu'à travers une bonne description. Les théories portant sur le changement planifié et le développement organisationnel permettront de faire le pont entre le phénomène, les faits observés et les processus lors de ce type de changement mis en place plus spécifiquement dans un hôpital. Alors sans enfermer les actants dans un cadre explicatif rigide comme le suggère Latour (2007), les théories complémentaires vont nous permettre de trianguler théoriquement en « utilisant plus d'une perspective théorique pour analyser nos « données » (Olsen, 2004). Une procédure permettant la validation des savoirs produits par la recherche (Ibid.).

Nous allons donc, dans un premier temps, définir la théorie de l'acteur-réseau, puis la création d'un milieu de travail sain comme innovation et changement planifié.

2.4.1 Théorie de l'acteur-réseau (TAR)

La théorie de l'acteur réseau (TAR) a été choisie pour plusieurs raisons. En premier lieu, cette théorie nous permet de suivre les projets, et ainsi combler l'absence de recherche décrivant et analysant le processus de transformation qu'un hôpital subit en adhérant au concept HPS et plus particulièrement lors de la création de milieux de travail sains. Elle nous propose notamment de suivre et de relater de façon descriptive le *making of* de la mise en place d'un projet ou d'une innovation, en offrant un point de vue souvent bien différent de la version officielle, en parcourant les coulisses, donnant ainsi un aperçu sur l'émergence d'un projet, d'une innovation dont la temporalité devient alors clairement marquée (Latour, 2007). Un processus de mise en place dont l'issue est en grande partie indéterminée et dont il faut suivre les associations et l'architecture par leurs assemblages imprévus (Ibid.) pour comprendre la réussite ou l'échec de leur mise en œuvre qui n'est pas tributaire de leurs qualités intrinsèques, mais le résultat toujours provisoire des actions en cours (Ibid.). La théorie de l'acteur réseau nous propose donc en suivant le collectif en train de se faire, un concept de chantier ouvert et non une construction qui serait achevée et fermée (Ibid.).

Un des objectifs de la TAR, est d'expliquer à partir d'études de cas, le processus de fabrication des faits scientifiques, des projets, des innovations pour comprendre comment leur validité et leur efficience sont établies et comment, par la suite, ils sont diffusés. À partir de cette théorie, nous pourrons également décrire et expliquer les écarts et les similitudes entre les discours officiels et leur mise en œuvre, mettre en lumière les diverses traductions ainsi que les facteurs contribuant à ce que peu de programmes en promotion de la santé soient intégrés notamment au sein des HPS.

La théorie de l'acteur réseau nous permettra aussi de nous attarder aux divers intérêts entourant la mise en place d'environnements sains de travail qui sont peu documentés et analysés. Le projet ou l'innovation comme la création d'environnements sains de travail, tel un objet-frontière, doit lutter et convaincre divers groupes d'acteurs aux intérêts variés qu'il sera rentable, efficace et nécessaire. Afin d'assurer sa réussite, il est de ce fait essentiel que les gens y adhèrent, qu'ils croient en son potentiel sans quoi celui-ci peut-être retourner dans les cartons (Callon et Latour, 1986). Le projet devra donc se transformer pour intéresser le plus de gens possible pour assurer sa réussite. Il est donc essentiel, selon la TAR, de suivre les traces du projet laissées dans son sillage en rencontrant des épreuves et recueillir les diverses visions, les nuances quant aux perceptions du projet, de l'artefact, d'une théorie en suivant les controverses qui l'entourent afin de raconter la périlleuse histoire de l'implantation d'un projet, d'une innovation.

> Les auteurs font appel à la notion d'intéressement, le projet va fonctionner comme objet-frontière capable de réunir les acteurs d'une manière où chacun estime y trouver son intérêt. (Coutant, 2015, p. 20)

> Les traces deviennent innombrables et aucune étude ne s'arrêtera par manque d'information sur ces controverses. Chaque entretien, chaque récit, chaque cours d'action, aussi triviaux qu'ils soient, fourniront à l'observateur un éventail stupéfiant d'entités qui rendent compte du pourquoi et du comment d'une action donnée. (Latour, 2007, p. 69)

Enfin, la théorie de l'acteur-réseau se distingue des approches constructivistes par l'importance accordée aux non-humains (lois, textes, finances, etc.). Bien que cette posture soit partagée par de nombreux courants constructivistes, la théorie de l'acteur réseau se distingue par le rôle qu'elle assigne aux non humains dans la composition de la société, de la réussite ou de l'échec d'un projet. Évidemment, ceux-ci sont présents dans d'autres approches, mais « leur présence ressemble à celle des meubles dans un intérieur bourgeois » (Akrisch et coll., 2006).

Ainsi, la notion traditionnelle de société est dès lors élargie par la théorie de l'acteur-réseau par l'introduction de la notion de collectif (société, projet, idées, théorie, etc.)

qui est coconstruit et façonné par des forces extérieures, des entités humaines et non humaines (idéologies, pouvoir, etc.) situées dans cette même société.

1) Des acteurs humains et non humains : des actants

La théorie de l'acteur réseau nous permet donc de joindre au lieu d'isoler les différents facteurs tant humains que non humains pour raconter la périlleuse histoire de la mise-en-œuvre d'environnements sains de travail dans un HPS à Montréal. Ainsi, selon la TAR, il n'y aurait pas de théorie dont celle d'environnements sains au travail ou d'innovation sans l'existence d'acteurs humains individuels ou regroupés qui rendent le tout possible en attribuant des qualifications, un sens, des intentions, des intérêts, etc., et qui donnent naissance à l'action, aux projets, à la société, à la « réalité » qui est en perpétuelle coconstruction. Bien que les êtres humains transforment leur environnement, d'autres entités non humaines (les finances, les textes, les objets, les projets, la réussite ou l'échec, les lois, l'organisation, etc.) par leur présence ou leur absence participent, aussi, à l'élaboration et à la transformation de notre monde. Toutefois, de façon générale, on a tendance à diviser ce monde entre les entités humaines dotées de paroles et celles non humaines. Pourtant ces deux groupes d'entités ont chacun une capacité d'action, de communication dans le monde tout en étant parfois physiquement « muets » (Latour, 1989). Ils se retrouvent, de façon générale, théoriquement cloisonnés quand dans les faits, ils s'imbriquent, se façonnent, se transforment mutuellement. Comme le souligne Latour (2007, p. 132), « pour que n'importe quelle construction soit possible, il faut que les entités non humaines jouent un rôle de premier ordre [...] ».

Une entité humaine ou non humaine devient **un acteur** dans la mesure qu'elle introduise une différence (Latour, 2007) qu'elle joue un rôle dans la réussite ou a contrario dans l'échec de l'acteur-réseau (Akrich et coll., 2006). On peut les nommer aussi « *actants* », un terme emprunté à la sémiotique pour mettre précisément en lumière la dimension active des entités humaines et non humaines (Ibid.), car

lorsque, par exemple, une voiture se met en marche c'est tout le réseau, un concept sur lequel nous reviendrons, qui se met également en mouvement (Ibid.).

Un actant « n'est pas plus grand qu'un autre sinon par une transaction, une traduction » (Ibid., p. 15). Il y aurait donc isomorphisme[18] et symétrie[19] de tous les actants humains et non humains (*I*bid.). Alors, « chaque actant peut se faire connaître la même agentivité, c'est-à-dire la capacité d'une personne à agir sur les autres et le monde » (Ibid.). Cependant, à travers les associations, en s'attachant des matériaux plus solides et moins changeants (des lois, des règlements, des politiques, etc.) et en enrôlant des relations, des alliances cela lui permet d'agir plus durablement sur les autres (Ibid.). Ainsi, si nous souhaitons mettre en place un projet ou implanter un changement au sein d'une organisation, il est important de les attacher à divers actants tels qu'un plan stratégique commun favorisant le changement (Giroux, 1993; Purser et coll., 1992), des objectifs clairs (Temple, 2002), des textes et des affichages (Chanal, 2000), des lois, des décrets ministériels et des études probantes. En fait, il est essentiel de s'assurer que « toute l'organisation devient perméable au changement » (Rondeau, 2008, p. 7). Plus cette construction est large, plus le projet ou le changement devient incontournable.

> Pour construire un Léviathan il faut enrôler un peu plus que des relations, des alliances et des amitiés. Un acteur grandit à proportion du nombre de relations qu'il peut mettre, comme on dit, en boîtes noires. (Latour, 2006, p. 19)
>
> Un acteur [...] est d'autant plus solide qu'il peut associer fortement le plus grand nombre d'éléments- et, bien sûr, dissocier d'autant plus rapidement les éléments enrôlés par d'autres acteurs. (*Ibid.*, p. 25)

Subséquemment, un actant grandit en proportion des relations et des alliances qu'il arrive à mettre en boîtes noires qui renferment ce sur quoi on n'a plus à revenir ; ce dont le contenu est devenu indifférent. Plus l'on met d'éléments en boîtes noires, tels

---

[18] L'isomorphie est un terme emprunté aux mathématiques et à la linguistique « On dit qu'il y a isomorphisme entre deux structures de deux ordres différents de faits quand elles présentent toutes deux le même type de relations combinatoires »(Ling, 1972).(www.cnrtl.fr/definition/isomorphie). Donc, selon l'ANT aucun actant (objet) ou acteur ne serait plus grand qu'un autre.

[19] Symétrie est un terme utilisé en communication interpersonnelle. Les relations symétriques se définissent fondamentalement comme des relations d'égalité (www.systemique.be/spip/spip.php?article810).

des raisonnements, habitudes, forces, objets, plus l'on peut édifier de constructions larges (Akrich et coll., 2006; Latour, 2005), de grands projets, de grandes équipes, etc. La médecine est un exemple de boîte noire attachée à plusieurs boîtes noires (théories, professions, système de la santé, lois, Collège des médecins, etc.). Toutefois, les boîtes noires ne sont jamais tout à fait hermétiques et elles peuvent être rouvertes, leur contenu discuté et même générer des controverses.

Les controverses, loin d'être nuisibles, permettent d'explorer des zones d'un projet, d'une théorie, d'une innovation laissées dans l'ombre (Bilodeau et Potvin, 2016; Lascoume, 2002) et qui sont mises en lumière par leurs opposants ou encore par des sceptiques. « Bien que le terme [controverse] ait souvent le sens d'une vive polémique, il est employé ici dans le sens plus restreint de débat ayant en partie pour objet des connaissances scientifiques ou techniques qui ne sont pas encore assurées » (www.bruno-latour.fr) ou mises en des boîtes noires qui sembleraient indiscutables (Latour, 2005). Les controverses permettent, notamment, de clarifier le contenu d'un énoncé qui est parfois comme un « mot valise » dont le signifiant, le contenant est partagé, mais que les signifiés, les contenus variés, causent des malentendus (Bataille, 2002). La TAR nous propose donc de décrire une controverse sans néanmoins la trancher en cartographiant l'éventail des positions soutenues par les divers actants, en expliquant leurs raisonnements, en offrant une définition des preuves, etc. (Latour, 2005) On pourrait cartographier, par exemple, dans le secteur de la santé les préoccupations des cadres (administratifs ou critiques) qui se distinguent de celles des médecins, des spécialistes et du personnel infirmier, et ce, envers un même projet, un changement, des priorités, des intérêts, des approches à adopter, etc. (Bareil, 2008, p. 97). Ce que certains considèrent comme étant essentiel à un changement, un projet, une transformation, est pour d'autres purement accessoire (Callon et Latour, 1986; Rondeau, 2008) ou même inutile.

> Lorsque vos informateurs mêlent dans une même phrase organisation, *hardware*, psychologie et politique, ne commencez pas par trouver qu'ils ont tort de tout mélanger; essayer au contraire de suivre les associations qu'ils font entre ces

> éléments qui vous auraient semblé totalement incompatibles les uns avec les autres si vous aviez suivi la définition usuelle du social. (Latour, 2004, p. 160)

Cette cartographie permet de tracer le réseau afin de comprendre, notamment, la réussite ou l'échec de la diffusion d'un projet, de la science, car chaque fois que l'on entend parler de la réussite d'une théorie, d'une innovation, d'un changement, il faut aller chercher l'extension progressive du réseau. À l'opposé, chaque fois que survient un échec, c'est la partie du réseau qui a cédé qui doit être repérée (Latour, 1987).

Afin de mobiliser et d'enrôler les actants, les auteurs ou les porte-paroles voudront parfois clore les controverses atour d'un projet ou d'une théorie afin que « le sceptique n'ait plus rien à se mettre sous la dent pour critiquer » (Latour, 2005, p. 170). Il y a beaucoup de façons de terminer des controverses (Ibid.). Une de celles-ci consiste à s'attacher des boîtes noires (concepts, éléments adoptés et bien ancrés dans la culture et/ou appuyés scientifiquement). On utilise alors des textes, des dossiers, des statistiques, des faits, des preuves, des articles, etc. (Latour, 2005) L'énoncé devient alors lié à un alignement de boîtes noires qui nombreuses deviennent impossible pour les opposants ou les sceptiques à ouvrir (Ibid.).

> Chaque fait est comme le point de départ d'une nouvelle controverse qui mènerait à un nombre encore plus grand de faits mieux ou plus anciennement accepté, et ainsi de suite jusqu'à l'infini. Le sceptique se trouverait en pratique obligé de remonter une pente de plus en plus abrupte. Il lui fallait soit laisser tomber – et donc se laisser « couler » le long de la pente creusée par l'auteur – soit s'engager dans un énorme travail de terrassement pour en modifier l'inclinaison et les accès. L'énoncé est lié à des alignements de boîtes noires trop nombreuses pour que le sceptique puisse les ouvrir toutes. (Latour, 2005, p. 193)

Ainsi, même si chaque actant peut se faire connaître la même agentivité, concrètement, les actants humains et non humains évoluent dans un contexte où l'isomorphie conceptuelle a laissé place, dore et déjà, à l'hétéromorphie[20] et parfois même à l'asymétrie[21] (Akrich et coll., 2006) puisqu'un actant s'introduit soit dans un

---

[20] Terme emprunté à la biologie qui signifie qu'un corps vivant « diffère par sa forme ou sa structure des éléments normaux ou environnants » (www.cnrtl.fr/definition/hétéromorphie).

[21] Asymétrie : terme emprunté à la communication interpersonnelle qui signifie qu'il n'y a pas de

réseau déjà constitué avec les différences et les similarités que cela sous-tend soit que le réseau est nouvellement constitué. Néanmoins, malgré la naissance d'un réseau les actants qui le constituent ne sont pas tous isomorphes ou symétriques. Un actant selon son titre, son réseau, son rôle et ses mandats n'est pas isomorphe et symétrique à tous les autres membres du réseau soit dans les faits ou symboliquement. L'hétéromorphie et l'asymétrie s'appliquent également aux actants non humains puisque, par exemple, les finances peuvent occuper une place prédominante ou pas selon la valeur qu'on lui accorde, mais aussi selon les enjeux qui lui sont rattachés (jointes à d'autres actants humains et non humains). Un texte ou une théorie qui est lié à d'autres théories en boîtes noires, à des statistiques, etc. aura plus de chance d'être adopté que, par exemple, une approche émergente ayant moins d'appui scientifique.

Enfin, selon la TAR, « c'est toujours la guerre de chacun contre chacun » pour les ressources, pour occuper un espace, pour des intérêts personnels, etc. Afin de remporter cette joute, il faut donc « stabiliser un certain nombre des rapports de forces en associant le plus d'éléments qui sont irréversiblement liés » (Ibid., p.25) (un département, des mandats, des lois, des priorités ministérielles et organisationnelles, etc.).

> On s'attache des matériaux plus solides et moins changeants pour agir plus durablement sur le corps des collègues, parents et amis. Dans l'état de la nature, personne n'est assez fort pour résister à toutes les coalitions. (Ibid. 2006, p. 18)

2) Concept d'acteur-réseau

Tout actant fait aussi partie d'un réseau qu'il soit social, familial, professionnel organisationnel, etc. Le concept de réseau est proche de celui de système qui est défini comme étant un « ensemble d'éléments interdépendants, c'est-à-dire liés entre eux par des relations telles que si l'une est modifiée, les autres le sont aussi et que, par conséquent, tout l'ensemble est transformé. (Borraz, 1990, p. 137, dans

---

relation d'égalité, mais une relation de complémentarité (ex. : position haute et position basse). (http://fredericde marquet.com/sites/default/files/symetrie_complementarite.pdf).

Von Bertalanffy, 1982, p. 50). La TAR va plus loin en affinant le concept de réseau par l'introduction de la notion d'acteur-réseau (Callon et Ferrary, 2006). Une notion très ambiguë et déroutante dont la faiblesse est due aux représentations visuelles qui sont généralement assez pauvres (Latour, 2007). Selon la théorie de l'acteur-réseau, la notion de réseau ne « désigne pas une chose qui se trouverait là et qui aurait vaguement la forme d'un ensemble de points interconnectés, comme le réseau téléphonique » (Latour, 2007, p. 189). Le réseau, d'après la TAR, c'est un concept, un outil qui aide à décrire un phénomène, une théorie, un artefact ou un processus de mise en place d'une innovation. Ce sont les traces laissées derrière par les projets, les artefacts, etc. lors de leur déplacement ou d'une traduction (*Ibid.*). « L'action et le réseau étant les deux faces d'une même réalité : d'où la notion d'acteur-réseau » (Akrich et coll., 2006, p. 267). Par exemple, lorsqu'un conducteur démarre sa voiture, il ne fait pas uniquement démarrer le moteur, il enclenche une action collective parfaitement coordonnée impliquant les compagnies pétrolières, les stations d'essence, les ingénieurs mécaniques, le réseau routier, le ministère, les lois, etc. Chacun des éléments faisant partie d'un même réseau (*Ibid.*). Ainsi, lors de la mise en œuvre d'environnements sains de travail au sein des HPS, c'est aussi tout un réseau qui se met en action regroupant la recherche, les lois, les finances, les professionnels de la santé, les gestionnaires, etc.

D'après la TAR, afin qu'une théorie ou une innovation soit adoptée, diffusée et implantée, il est essentiel que son réseau s'élargisse. Il faut pour se faire, par un processus d'intéressement, enrôler et mobiliser des acteurs afin que le projet puisse être mis en place. C'est-à-dire rendre le projet intéressant à une pléthore d'acteurs ayant parfois des besoins, des visions et des intérêts différents. Ces acteurs deviennent alors des porte-paroles représentant un projet, une organisation, une étude, etc. Les porte-paroles sont en fait des médiateurs et on ne saurait les comptabiliser. Il peut n'y en avoir aucun ou en avoir une infinité (Latour, 2007). « Les médiateurs transforment, traduisent, distordent, et modifient le sens ou les éléments qu'ils sont censés transportés » (Ibid., p. 58). Ils peuvent être humains et transmettre efficacement, par exemple, des données, rassembler des gens autour du projet ou

encore s'opposer à celui-ci. Ils peuvent aussi être non humains et représenter des statistiques fiables sur lesquelles on s'appuie ou encore une enfilade de textes cohérents supportant une innovation ou encore être des textes sans fil conducteur et avec peu d'appuis scientifiques qui pourront nuire à l'adoption et à la diffusion du projet. Subséquemment, la réussite ou l'échec d'un projet et la diffusion d'une théorie, etc. dépendent, entre autres, de la capacité des porte-paroles à communiquer, à rassembler, à enrôler le plus d'acteurs humains et non humains (lois, finances, appuis scientifiques, etc.) possibles pour permettre, par exemple, à un projet de création d'environnements sains de travail de se diffuser et de s'implanter à l'intérieur d'un hôpital. Il est, pour ce faire, essentiel de créer les conditions favorables afin de développer une masse critique d'actants pouvant anticiper les retombées positives de la mise en place d'un projet et d'agir comme des « porteurs », des porte-paroles du projet ou du changement au sein de l'organisation (Rondeau, 2008).

Enfin, l'action d'un « médiateur n'est jamais localisable, mais toujours dislocale. Si l'on dit qu'un acteur est un acteur-réseau, c'est d'abord pour souligner à quel point l'origine de l'action est source d'incertitude » (Ibid., 2007, p. 67). Ainsi, la notion de médiateur s'oppose à celle d'intermédiaire un terme signifiant, selon la TAR, ce qui véhicule du sens sans transformation, sans traduction. On peut toujours définir les entrées et les sorties (outputs) d'un intermédiaire. Tandis qu'il est impossible d'en faire autant pour un médiateur. « On peut donc considérer un intermédiaire comme une boîte noire qui compte pour un même si elle est composée de plusieurs parties » (Ibid.). Subséquemment, un bon compte rendu décrivant, notamment, l'implantation d'une innovation telle que la création de milieux de travail sains tracera un réseau, une chaîne d'action, dans lequel chacun des participants sera traité comme un médiateur (Ibid., p.189).

> Un bon compte rendu, dans notre optique, est un récit, une description ou une proposition dans lesquels tous les acteurs font quelque chose au lieu, si j'ose dire, de rester assis à ne rien faire, de transporter des effets sans les transformer. (Latour, 2007, p. 189)

> Un réseau qualifie le degré d'objectivité d'un récit, c'est-à-dire la capacité de chaque acteur à faire faire des choses inattendues aux autres acteurs. Un bon texte met à jour des réseaux d'acteurs lorsqu'il permet à celui qui l'écrit de tracer un ensemble de relations définies comme autant de traduction. (Latour, 2007, p. 190)

3) Concept de traduction

« Ce sont donc les réseaux qui vont donner leur force et leur forme aux faits scientifiques et aux projets, et former aussi un espace de circulation (Borraz, 1990, p. 137). Toutefois pour enrôler d'autres volontés, des porte-paroles, il faudra, à travers des négociations, traduire ce qu'elles veulent » (Akrich et coll., 2006, p. 19) en transformant l'objet, la théorie, le projet, etc., et de ce fait assurer son adoption, sa diffusion et sa pérennité.

> La traduction c'est l'ensemble des négociations, des intrigues, des actes de persuasion, des calculs, des violences grâce à quoi un acteur ou une force se permet ou se fait attribuer l'autorité de parler ou d'agir au nom d'un autre acteur ou d'une autre force. (Akrich et coll., 2006, p. 12)

> La traduction renvoie à tous les déplacements assurés par d'autres acteurs dont la médiation est indispensable pour qu'une action quelconque ait lieu. Au lieu d'une opposition rigide entre contexte et contenu, les chaînes de traduction renvoient au travail par lequel les acteurs modifient, déplacent et traduisent leurs intérêts variés et contradictoires. (Latour, 2007, 333)

L'opération de traduction consiste donc à ce que des intérêts divergents ou dissemblables pour une recherche, une théorie, une innovation puissent être réunis à l'intérieur d'un même projet et que chacun puisse être satisfait (Latour, 1989). « La traduction est à la fois un moyen d'agréger des acteurs et leurs intérêts et un moyen de contrôler et de rendre prévisible le comportement de ceux qu'on agrège » (Latour, 2005, p. 172). Il est souvent surprenant de constater la liste des êtres et des actants nécessaires au maintien d'un projet ou d'une théorie ainsi que les nombreux obstacles qu'il faut vaincre pour les diffuser (Latour, 2010), et cela à travers de multiples actes de communication.

Au sein du réseau, on trouve également des centres de traduction où convergent les inscriptions et les énoncées sur lesquels s'appuient d'autres entités. Ils peuvent se

connecter à d'autres lieux et à d'autres entités qui ont servi à les faire parler et écrire (Akrich et coll., 2006). Les dispositifs techniques, les théories, les statistiques, les associations, etc. assurent la délégation et la circulation de l'information et de l'action décidée au sein du centre de traduction (Ibid.). « Plus un lieu est connecté, par l'intermédiaire des sciences et des techniques, à d'autres lieux et plus sa capacité de mobilisation est forte » (Ibid., p. 267).

> Le gouvernement peut par exemple sur la base de rapports et des résultats d'expérimentations qu'il reçoit décider de limiter à un niveau donné l'émission de CO^2 par les automobiles : en tant que centre de traduction, il est en mesure d'établir une connexion entre le fonctionnement des moteurs, l'état de la pollution et le réchauffement du climat ; il voit des entités et des relations que personne d'autre ne peut voir et rassembler. (Ibid.)

4) Texte : actant, intermédiaire et porte-parole

Le texte dans le cadre de la mise en œuvre d'un projet ou encore de la production scientifique peut agir comme actant, intermédiaire et porte-parole. Il consiste en la transmission d'informations qui devraient être adaptées à l'auditoire ciblé tant au niveau du contenu que de la forme afin que celle-ci soit efficiente (Barrett, 2002). La communication dont celle textuelle a trois objectifs stratégiques soit informer, faire accepter (convaincre) et faire agir (influencer les acteurs du réseau) (Te'eni, 2005; Te'eni et coll., 2001). Elle permet, également, de clarifier les attentes (Rondeau et coll., 1993) et créer un référentiel commun dans le but de maintenir ou de modifier les comportements des acteurs. Selon Chanal (2000), le texte ou un affichage peut agir comme un vecteur de changement organisationnel.

La communication c'est aussi l'information qui circule ou pas à travers divers médias : recherches, documents officiels, chartes, politiques, intranet, etc., et qui façonnent le monde organisationnel et la vie individuelle et collective (Cooren, 2010). Ce sont aussi les messages, les théories, les définitions qui par leur clarté ou leur ambiguïté facilitent ou posent des obstacles, par exemple, à l'implantation d'un projet. Les textes ne sont jamais totalement explicites, selon Umberto Eco. Par les multiples blancs du texte, ils permettent aux lecteurs de se les approprier, de faire

leurs propres déductions et interprétations : « Le texte n'est pas un monde possible : c'est une portion de monde réel et une machine à produire des mondes possibles » (Eco, 1985 [1979] : 226).

Tous comme les acteurs humains, les textes participent aussi à la transformation de l'organisation, au processus d'implantation d'une innovation, car loin d'être passifs, malgré le fait d'être un objet, le texte viendra appuyer ou non ce que les êtres humains veulent, s'opposent, résistent ou refusent à mettre de l'avant (Cooren, 2010).

> Dans quelle mesure peut-on dire que les textes écrivent l'organisation ? [...] une organisation s'incarne dans un agencement de figures, qu'elles soient textuelles, humaines, architecturales ou machiniques. Le monde organisationnel est donc un monde pluriel, dont le mode d'existence ne se réduit pas à sa seule actualisation communicationnelle. L'agentivité textuelle doit être comprise comme la médiation par laquelle ces figures à ontologie variable sont ventriloquisées dans l'interaction, donnant du poids (et donc de l'autorité) à ce qui est mis de l'avant par les interlocuteurs humains. Si les textes écrivent l'organisation, ils l'écrivent donc à travers toutes les figures qu'ils font et qui les font exister, parler et agir. (Cooren, 2010, p. 15)

Les textes agissent aussi comme des formes de véridiction sur lesquelles s'appuient les acteurs. La théorie entourant la création d'environnements sains de travail dans les HPS, par exemple, repose sur de multiples recherches provenant de domaines variés. Or, malgré les études, la littérature sur les meilleures pratiques, on trouve de nombreuses interprétations sur ce que devrait être un milieu de travail sain, sur les éléments qui devraient le composer. Ces différentes traductions sont, selon Latour, diverses formes de véridiction, un terme créé par Foucault et repris par Latour qui signifie que ce sont des affirmations vraies suivant la vision du monde d'un sujet, d'un centre de recherche, d'une organisation, etc. plutôt qu'une vérité purement objective (Fossier et Gardelle, 2006). En fait, selon les recherches effectuées dans les laboratoires pour observer et d'écrire la science en action, la science en train de se faire, on retrouve le même processus de traduction qui vise à joindre les intérêts et déplacer les gens et les choses par des négociations et des compromis, etc. (Latour, 2007) afin d'arriver à des faits scientifiques. Les travaux de Jonathan Potter (1996) abondent dans le même sens en soulignant que les croyances et les

déclarations scientifiques sont maintenues ensemble et interconnectées dans un réseau complexe. Selon Potter, les faits sont des descriptions d'expériences qui ont rencontré et survécu aux épreuves, aux normes scientifiques établies, à d'autres formes d'entente au sein d'une communauté, d'un réseau. Ces faits sont également utilisés pour obtenir des résultats au sein de cette même communauté. Il est alors préférable de délaisser la notion de « vérité » et d'utiliser plutôt celle de « réalité ». La réalité correspondant aux faits qui ont résisté aux épreuves et qui ont réussi à être adoptés et diffusés (Borraz, 1990).

> L'effort du scientifique consiste à transformer un simple énoncé conjectural en un énoncé accepté par tous, puis en un énoncé implicite pour atteindre le stade ultime de fait scientifique irréfutable sur la base duquel travaillent d'autres chercheurs. (Ibid., p. 136)
>
> La réalité ne sera rien d'autre que l'ensemble des énoncés considérés comme trop coûteux à modifier. (Ibid., p. 139)
>
> La réalité est relationniste en ce sens qu'elle apparaît à travers les relations mises en place par le chercheur entre nombres importants d'éléments dont certains ont aussi été construits antérieurement. (Ibid., p. 139)

Chacun des documents-clés pour la création d'environnements sains de travail au sein du réseau de l'OMS est donc, une forme de véridiction[22]. Ensemble, ils forment une même chaîne de transformation du discours, des énoncés (Latour, 2007). Les recherches, les résultats d'évaluation et les autres preuves agissent comme des témoins silencieux pour chacun des documents. On pourra également trianguler avec d'autres domaines de recherche et d'expertises. Un domaine comme la promotion de la santé au travail (PST) gagne en épaisseur par la superposition de divers domaines comme celui de la santé, de la gestion, de la communication, de la santé et de la sécurité au travail (SST), etc. Plus on ajoute de domaines scientifiques et d'expertises, plus le domaine notamment de la PST gagne en épaisseur en se construisant couche par couche (Ibid.). De sorte que le texte « portera en lui-même sa propre vérification » (Latour, 2007, p.61).

---

[22] Différentes formes d'énonciation de la vérité.

Subséquemment, plus un domaine est relié à d'autres domaines qui sont mis en boîtes noires, plus il devient ardu pour les sceptiques de susciter une controverse[23] (en ouvrant une à une les boîtes noires dont le contenu a déjà été accepté, depuis de nombreuses années, par les chercheurs et d'autres acteurs (Borraz, 1990).

Conséquemment, pour maintenir une idéologie, une théorie, un projet ou pour apporter un changement ou encore pour résister à un changement « il faut faire en sorte que le coût de la controverse soit prohibitif [...] Le fait deviendra alors une boîte noire, dont le coût de déconstruction sera extrêmement élevé. Il aura alors ce caractère intemporel [...] qui se traduit par un durcissement du réseau » (Ibid. p. 139).

Corollairement, à l'instar de la théorie de Khun (2008), l'introduction d'un changement de fond au niveau scientifique, un changement de paradigme, surviendrait que par une rupture où la déconstruction des boîtes noires devient inéluctable.

De plus, bien qu'un texte contienne des preuves bien étayées, on pourra repérer dans un même continuum de documents des transformations selon les objectifs, les centres de recherche ou les organisations qui les ont commandités et le groupe d'experts qui a collaboré à sa rédaction (Latour, 2007). Subséquemment, un texte ou un concept qui est repris par un autre groupe pour être traduit sous une autre forme[24] sera inévitablement plus ou moins transformé au niveau de la forme, mais, également, au niveau de son contenu qui fera l'objet de négociations. Ce que propose la TAR est donc de suivre et de décrire le fil de véridiction entre les différents documents en analysant les énoncés qui ont été repris et ceux qui ont été transformés (Latour, 2007).

---

[23] Controverse : Discussion suivie sur une question, motivée par des opinions ou des interprétations divergentes (www.larousse.fr).

[24] Par exemple, une charte traduite en un document de mise en œuvre.

Enfin, comme le soulignent Latour (2002) et Potter (1996) maintes théories ou innovations géniales restent dans l'ombre, dans les cartons faute d'avoir été défendus et protégés assez longtemps. De ce fait, des théories, des innovations et des projets forts intéressants sont parfois relégués aux oubliettes, tandis que d'autres, moins efficaces, seront mis de l'avant et susciteront l'intérêt et la mobilisation d'acteurs par, notamment, un leadership et une communication efficace (Potter, 1996).

2.4.2 Création d'un milieu sain de travail : une innovation, un changement planifié

La mise en œuvre de milieux de travail sains représente, une innovation et un changement planifié (O'Sullivan et Dooley, 2009; West et Farr, 1990). Une innovation correspond au processus d'instaurer des changements à quelque chose d'établi, comme la création d'environnements sains de travail qui est un nouveau concept mis en place dans les hôpitaux. Le changement peut être radical ou incrémentiel. L'innovation, contrairement au changement qui peut être positif ou négatif, apporte toujours un changement positif pour l'organisation ainsi que pour les personnes qui en bénéficient.

La création de milieux de travail sains s'inscrit dans le cadre d'un processus de changement planifié. Ce type de changement inclut toute tentative délibérée de provoquer rationnellement (démocratiquement ou non) la transformation d'un monde social (Brunet, 1991, p. 316), d'une organisation. Tandis qu'au sens restreint, celui-ci implique des « efforts délibérés des acteurs selon des méthodes démocratiques et coopératives appliquées au problème de changement au sein des organisations » (Ibid., p.328). Changer, épistémologiquement, c'est échanger, substituer, passer d'un état à un autre (Rhéaume, 2002). Lors d'un changement, l'individu, l'organisation ou la société maintient à la fois son identité en même temps que de se transformer en autre chose (Ibid.). Comme le souligne Rondeau (1999, p. 149), il ne faut pas considérer le changement comme une brisure dans la continuité organisationnelle, mais comme faisant partie intégrale de cette continuité.

L'organisation, en fait, n'évolue pas par une simple modification de ses caractéristiques, mais plutôt par un passage par lequel de nouvelles caractéristiques s'imbriquent avec les anciennes (Ibid.). Subséquemment, lorsqu'on modifie une structure, on appose d'une certaine manière une nouvelle structure sur celle préexistante. Progressivement, les nouveaux référents remplacent les anciens et sont intégrés au fonctionnement quotidien des acteurs (Ibid.). Le processus de changement, c'est de passer d'un état antérieur insatisfaisant à un état ultérieur souhaitable (Ibid.). Ce changement peut être radical ou incrémentiel. Il peut être appliqué à des processus, des modes de gestion, à une infrastructure, à l'organisation du travail, à des services, etc. (Ibid.) Il existe un éventail de nuances quant à l'ampleur ou à la profondeur des changements que suggèrent des termes comme déplacement, mouvement, altération, ajustement, modification, évolution, développement, réforme, transformation, mutation, révolution, rupture, métamorphose (Rhéaume, 2002, p. 65).

On peut alors penser que l'intégration des éléments d'un environnement sain de travail qui représente une innovation, un changement de paradigme ainsi qu'un changement planifié va se faire progressivement en se superposant aux structures antécédentes.

1) Changement planifié tributaire d'efforts collectifs

La théorie de l'acteur réseau s'oppose au modèle diffusionniste de l'innovation selon lequel une innovation qu'elle soit technique, juridique, économique ou relative à la santé se présenterait d'une manière unique (Bardini, 1993), c'est-à-dire avec des caractéristiques intrinsèques (rentabilité, efficacité, etc.) qui expliqueraient sa réussite. Ces mêmes caractéristiques assuraient la diffusion de l'innovation et son intégration. Ce modèle néglige toutefois l'incertitude qui attend toute innovation (Callon et Latour, 1986) puisque même si elle est porteuse de changements positifs, souvent celle-ci vient bouleverser les habitudes, une vision du monde ou encore elle vient occuper une place qui peut être convoitée par d'autres pouvant ainsi susciter

les controverses et les résistances (Callon et Latour, 1986). D'autres auteurs abondent dans le même sens et soulignent que le changement, comme l'implantation d'une innovation, ne pénètre pas l'organisation de façon linéaire et progressive. Le changement « contamine » plutôt l'organisation créant par le fait même des capacités nouvelles permettant aux acteurs de faire face aux bouleversements (Rondeau, 1999, p. 149).

Le succès de l'implantation d'une innovation, comme la création d'un environnement sain de travail, est un changement planifié qui est tributaire d'efforts collectifs afin de traduire en actions l'intention stratégique. La capacité d'actions est toutefois tributaire de la capacité de changement de l'organisation (Rondeau, 1999, p. 150). Ainsi, il est impératif pour conduire une démarche de transformation, de bâtir la capacité à changer des acteurs et de l'organisation (Ibid.). Il est donc essentiel de construire un scénario qui va guider le déroulement du changement, l'implantation de l'innovation tout en sachant, à l'avance, que son déroulement sera différent que celui projeté (Callon et Latour, 1986; Latour, 2002; Rondeau, 1999).

Le changement organisationnel est généralement perçu comme étant un phénomène, simple et organisé. Or, il est souvent conflictuel et chaotique. Il se développe rarement selon les plans définis, tel qu'il avait été prévu et conçu au départ (Rondeau, 2008 ; Latour, 2002). En fait, les modèles normatifs décrivant les meilleures pratiques en matière d'implantation de changement tiendraient plutôt de l'anecdote sans que l'on puisse véritablement les généraliser (Rondeau, 2008). Par ailleurs, aucune variable n'explique à elle seule le succès de la mise en place d'un changement (Latour, 2002, 2007a et b; Rondeau, 2008). Pour la gestion d'un changement planifié, l'implantation d'une innovation reste un réel défi (Bareil, 2010) apportant avec elle des effets multidimensionnels (Ibid.) pour l'organisation et les acteurs concernés.

Comme le soulignent Callon et Latour (1986, p. 19) « ceux qui vont s'emparer d'une innovation vont le faire pour leurs intérêts et vont, sauf exception, transformer ladite

innovation en quelque chose d'autre ». Rondeau (1999, p. 149) ajoute à cet effet que « les divers acteurs réinterpréteront chacun à leur façon et selon leur perspective le projet organisationnel. Il est donc futile de vouloir tout simplement remplacer une culture organisationnelle par une autre ». Il est plutôt préférable de mettre en place les conditions nécessaires afin que le changement, l'innovation puisse prendre racine. En fait l'innovation à son arrivée en terrain nouveau est « un monstre prometteur » qui devra se battre, être défendu et protégé suffisamment longtemps et être maintes fois adapté pour répondre et correspondre au contexte dans lequel il vient s'insérer. Son contenu, sa forme et son usage pourront être transformés plus ou moins profondément pour assurer sa pérennité, son utilisation par les utilisateurs sans quoi son échec serait assuré (Callon et Latour, 1986; Latour, 2002).

Il serait donc inutile de juger d'un projet, d'une innovation par ses qualités intrinsèques puisque ce qui importe c'est avant tout dans quelle mesure le projet correspond aux intérêts et besoins organisationnels, économiques, sociopolitiques et individuels (Callon et Latour, 1986). À ses débuts, le projet doit alors lutter pour convaincre les divers groupes d'acteurs aux intérêts variés qu'il sera rentable, efficace et nécessaire. À cette étape, il demeure une possibilité parmi tant d'autres (Latour, 2002). En fait, ce ne sont pas les qualités intrinsèques du projet qui convaincront les différents acteurs, mais ceux qui lui attribueront. Par ailleurs, le changement n'est pas uniquement lié au leadership organisationnel, c'est également un phénomène social qui concerne tous les acteurs concernés (Rondeau, 1999). Afin d'assurer le succès, la démarche pour implanter l'innovation, dont notamment la mise en place de milieux de travail sains dans un HPS, il est essentiel de prendre en compte les différentes croyances et les intérêts des divers actants impliqués afin d'opter pour la meilleure façon de conduire ce changement planifié pour assurer son adoption et la pérennité du projet (Ibid.).

Le projet se dessine donc tout au long de négociations et de compromis suivant les divers intérêts des différents groupes d'acteurs et du contexte dans lequel s'inscrit le

projet (Callon et Latour, 1986). Conséquemment, afin d'assurer la réussite d'une innovation, il est essentiel que les gens y adhèrent, qu'ils croient à son potentiel parce que celui-ci correspond à leurs intérêts, leurs besoins, leurs désirs, etc. (Quéré, 1989). Il faut conséquemment convaincre, mobiliser et satisfaire une pléthore d'acteurs afin que l'innovation puisse s'implanter. Une fois tous les acteurs convaincus, l'innovation devient alors incontournable, un passage obligé (Ibid.)

> Il faut non seulement satisfaire les gens de logiciel, mais aussi les équipes de fabrication, du marketing, les rédacteurs de la documentation technique, les designers chargés de conditionner l'ensemble de la machine dans un boîtier de belle apparence, sans parler des actionnaires et des clients. (Latour, 1987, p. 21)

L'innovation devra également se transformer pour intéresser le plus de gens possible assurant par le fait même sa pérennité. Si à l'opposé l'innovation reste à son état initial sans s'adapter au contexte, aux besoins et aux intérêts des divers acteurs, elle n'intéressera personne et ne durera pas. En fait, tout projet novateur devient l'enjeu de négociation, de compromis et de marchandage (Callon et Latour, 1986, p. 15) le transformant par le fait même en un projet différent.

> Ceux qui vont s'emparer d'une innovation vont le faire pour leurs intérêts et vont, sauf exception, transformer ladite innovation en quelque chose d'autre. (Callon et Latour, 1986, p. 19)
>
> Ou bien le projet demeure en l'état, personne ne s'en saisit et il reste dans les tiroirs : ou bien, il intéresse d'autres personnes, se déplace et se développe, mais alors il devient différent de ce qu'il était initialement. (*Ibid.*)

L'opération de traduction consiste donc à réunir des intérêts qui pourraient apparaître comme étant dissemblables en un intérêt commun « et à faire la preuve que la satisfaction de chacun d'eux ne peut pas aller sans la satisfaction de l'autre ». (Latour, 1989, p. 499) Il est donc important de regarder la mise-en- œuvre d'une innovation au-delà de l'application de connaissances et de la voir plutôt comme une expérimentation sur l'état du rapport des forces en jeu. De plus, le changement s'effectuant généralement lentement, il est préférable d'identifier les alignements d'intérêts et la transformation de l'innovation au lieu de suivre les délais qui découlent des résistances relatives au projet (Callon et Latour, 1986). Si les intérêts s'alignent, le projet pourra se répandre et être mis-en-œuvre rapidement. Sinon,

beaucoup de temps pourra s'écouler avant que celui-ci puisse être diffusé. Peut-être même que le projet retournera à ses cartons le temps que le contexte sociopolitique, économique et organisationnel lui soit plus favorable (Ibid.). L'identification des acteurs intéressés, liés et attachés ensemble par une mission, des politiques, des besoins, des valeurs, des règlements, des alignements d'intérêts, les modifications apportées et la liste des oppositions au projet s'avèrent alors essentiels pour suivre et comprendre une innovation (Callon et Latour, 1986). Subséquemment, selon Latour, chaque fois que l'on entend parler de la réussite de la science, d'une innovation, d'un projet, il faut aller chercher l'extension progressive du réseau. À l'opposé, chaque fois que survient un échec, c'est la partie du réseau qui a cédé qui doit être repérée (Latour, 2007a et b).

Ainsi, le changement planifié lors de la mise en place d'une innovation résulte d'un plan et d'une volonté de résoudre une situation problématique afin d'en arriver à un nouvel état organisationnel souhaité qu'il soit individuel, groupal ou organisationnel (Rondeau, 2008, p. 66). Or, malgré l'abondante littérature proposant une réflexion et un plan rigoureux pour la mise en œuvre de ce type de changement, concrètement celui-ci évolue souvent au gré des décisions qui sont généralement sans fil conducteur, sans véritable lien entre elles (Rondeau, 1999). De plus, bien que l'on puisse reconnaître l'auteur et le porte-parole d'un changement, le changement planifié, la mise en œuvre d'une innovation n'est malgré tout « pas l'apanage d'acteurs spécifiques, mais la manifestation d'un bouleversement qui échappe plus ou moins à ses initiateurs » (Rondeau, 2008, p. 2) et qui est très souvent accompagnée de résistance au changement. En fait, comme le souligne Latour (2005, 2007a et b), tout le monde résiste à une nouveauté, à un changement en fonction de ses intérêts (Callon et Latour, 1986).

2) Résistance au changement

Lorsqu'on aborde la mise en place d'un changement planifié, l'implantation d'une innovation, la résistance au changement est souvent mentionnée, car « les

inquiétudes et les plaintes que le changement suscite sont des préoccupations normales et légitimes » (Bareil, 2010, p. 32; Callon et Latour, 1986; Latour, 2002). Résister, c'est opposer une force à une autre pour ne pas subir les effets d'un projet, d'une action, d'un changement (Bareil, 2008, p. 90; Callon et Latour, 1986) ou pour en modifier le cours selon ses propres intérêts (Callon et Latour, 1986; Latour, 2005, 2007a et b). Selon Donal, Lamoureux et Gosselin (1996, p. 486), la résistance au changement est « l'attitude individuelle ou collective, consciente ou inconsciente, qui se manifeste dès lors que l'idée d'une transformation est évoquée et représente une attitude négative adoptée par les employés lorsque des modifications sont introduites [...] » (Bareil, 2008, p. 90). Elle se traduit de différentes façons soit par des refus, de la critique, des pratiques parallèles, des blocages de l'information, etc. (Ibid.). Cette résistance au changement ne se retrouve pas uniquement au niveau des employés, mais également chez les cadres intermédiaires et au sommet hiérarchique. Les incidences de la résistance au changement se situeraient donc tant sur le plan stratégique qu'opérationnel (Bareil, 2008; Lewis, 1999).

Or, le concept de résistance au changement est critiqué par des auteurs (Billé et Soparnot, 2006) puisque certaines personnes réclament les réformes en y participant activement. En fait, concrètement, il y a toute une gamme de réactions nuancées face au changement allant de l'acceptation, à l'adhésion, au soutien et même au ravissement – des manifestations favorisant le changement. Puis, il a également celles qui sont plus nuisibles et qui visent à freiner ou à renverser celui-ci (Bareil, 2008, p. 92). En fait le destinataire réagirait non seulement à une idée, à un bouleversement ou à un nouveau projet, mais également au contexte dans lequel celui-ci s'inscrit, à la façon de faire et de le communiquer, au porte-parole qui est perçu ou pas comme étant légitime, au contenu et au sens du changement, mais également à l'intention et à la concrétisation de l'idée soumise par son porte-parole (Ibid.). C'est pour cette raison qu'il est important que certains éléments puissent être présents afin d'assurer le succès du changement.

3) Facteurs contribuant au succès ou à l'échec de l'implantation de l'innovation

Le déploiement de nouvelles procédures, une restructuration, de nouveaux modes de travail ou la création d'environnements sains de travail entrainent des efforts de supervision, de formation, etc., et requièrent la modification des façons de faire et parfois des structures au sein de l'organisation tout en continuant d'être performant (Rondeau, 2008). Afin de favoriser le succès de ces transformations organisationnelles, plusieurs éléments sont mentionnés dans la littérature qui permettent d'atteindre les objectifs organisationnels lors de la conduite d'un changement planifié.

Le premier élément est celui de la légitimité du changement que nous avons précédemment abordé. Les changements qui sont perçus ou vécus comme étant trop rapides n'ont pas le temps de construire leur légitimité auprès des acteurs. Tandis que ceux qui au contraire sont trop lents ou qui tardent à produire des résultats positifs ont des effets néfastes sur la mobilisation même des personnes les plus enthousiastes (Rondeau, 1999). La légitimité s'étend aussi aux porteurs du changement, aux porte-paroles dont la légitimité devrait être reconnue et non contestée (Rondeau, 2008) et qui doivent développer et communiquer la vision du changement. Ces porte-paroles sont selon la TAR des macroacteurs assis sur des boîtes noires. On retrouve par ailleurs un consensus dans la littérature mentionnant que le soutien de la direction est essentiel pour assurer le succès de la mise en place de la promotion de la santé, dont la création d'environnements sains de travail dans les HPS (Kishchuk et Renaud, 2008; O'Donnell et coll., 1997; OMS/World Economic Forum, 2008).

> [...] un examen des rapports de l'expérience pilote ayant mené aux Recommandations de Vienne (Pelikan et coll., 1998) a démontré que le soutien et l'engagement de la haute direction ont été des facteurs déterminants du succès dans plusieurs cas. Il est également suggéré que les gestionnaires de tous les niveaux s'engagent et s'impliquent dans la création de milieux de travail sains. (*Partnership for Prevention*, 2006, dans Kishchuk et Renaud, 2008, p. 21)

Il est aussi recommandé pour faciliter l'intéressement, la mobilisation et assurer la diffusion du projet, d'avoir des « champions » qui sont des porte-paroles, des médiateurs convaincus du bien-fondé du changement et qui pourront à leur tour mobiliser d'autres acteurs (Rondeau, 2008). Le changement doit également s'inscrire dans les processus de l'organisation, un plan stratégique avec des objectifs organisationnels bien définis, etc. Il est de plus essentiel que sa progression soit soutenue (Rondeau, 1999). Enfin, le changement est un succès lorsque les individus se l'approprient et que les nouvelles façons de faire sont intégrées à la culture organisationnelle, qu'elles deviennent la norme (Rondeau, 2008).

Or, malgré les théories sur l'implantation du changement, on retrouve un taux très élevé d'échecs ou de demi-succès (Rondeau, 2008) lors d'implantation d'un projet ou d'une innovation. De façon générale, on estime qu'un changement majeur organisationnel sur deux n'atteindra pas les objectifs initiaux (Bareil, 2008). En promotion de la santé au travail, on dénombre, de ce fait, très peu de programmes intégrés (Kishchuk et Renaud, 2008; Weiss, 2002) au sein des hôpitaux (Rey, 2009). Les changements réels au sein de l'organisation sont rarissimes et « l'atteinte des buts des HPS est loin d'être facile pour la vaste majorité des organisations, des attentes réalistes doivent donc s'imposer » (Kishchuk et Renaud, 2008).

Parfois le changement, la mise en place d'une innovation est considérée comme une étant uniquement implanté sur papier « *paper implementation* », s'arrêtant à la prise de décision (Rondeau, 2008). Le changement est donc purement didactique promouvant de nouvelles façons de faire, de penser et d'être sans que l'on puisse observer de réels changements organisationnels (Rondeau, 2008).

Plusieurs causes peuvent expliquer les échecs ou les demi-succès de l'implantation, dont une faible capacité de l'organisation à changer. On retrouve aussi les luttes pour le pouvoir, les coalitions internes et externes, les intérêts divergents, etc. qui peuvent freiner et même renverser le cours du changement (Bareil, 2008; Latour,

2007a et b). D'autres facteurs comme l'absence ou le peu de communication efficiente, le manque de formation qui favorise l'appropriation de nouvelles méthodes de travail, le manque de légitimité perçue du projet ou des porte-paroles, le manque de ressources, le rythme du changement qui s'avère trop rapide ou lent peuvent aussi nuire ou fragiliser le processus d'implantation (Bareil, 2008, p. 91). On souligne aussi qu'un leadership ambivalent ou évanescent ainsi « qu'une inertie organisationnelle forte causée par la culture et la structure en place » (Bareil, 2008, p. 89) sont des facteurs défavorables à la réussite du changement. Enfin, les situations d'urgence engendrent souvent une régression vers des façons de faire et d'être étant plus anciennes et confortables au détriment de celles nouvellement implantées (Rondeau, 2008).

4) Rarissime changement au sein des organisations

En fait, d'après Mintzberg (2004, p. 74), « les variations dans les orientations stratégiques ne se produisent que très rarement », ce que nomme Latour (2002) un éléphant blanc, c'est-à-dire un changement qui ne provoque pas un changement signification et qui par le fait même ne suscite pas de controverse.

Le changement, l'innovation, serait plutôt maîtrisé et assimilé au fonctionnement de l'organisation, et ce jusqu'à ce qu'une révolution stratégique soit devenue vraiment nécessaire et incontournable. On trouverait de ce fait, au sein des organisations, peu de réorientations stratégiques. Les bonds quantiques organisationnels, c'est-à-dire les changements profonds et quasi instantanés de l'organisation étant très rares (Ibid.). Les réorientations stratégiques se produisent, généralement, de façon discontinue par petits bons quantiques. L'organisation va plutôt tenter, lors de périodes de changement, de réconcilier les forces et ramener la stabilité. En fait, selon Mintzberg (Ibid., p. 73), le fait seulement d'avoir une stratégie explicite comme celle d'introduire la promotion de la santé au travail (PST) dans un hôpital va créer une résistance au changement. La majorité du temps, les organisations maintiennent le continuum de leurs orientations stratégiques sans apporter de

changement majeur. Ils pourront, par exemple, accroître un objectif, l'améliorer, mais sans changer la culture organisationnelle ou réorienter la mission de l'organisation à moins qu'un changement de fond soit devenu incontournable pour assurer la pérennité de l'organisation. Alors là seulement une révolution stratégique peut avoir lieu, « une crise de bouleversements révolutionnaires dans laquelle l'organisation voit altérer bon nombre de ses modes d'action habituels » pour ensuite revenir à une période de stabilité (Mintzberg, 2004) avec de nouvelles stratégies, structures et culture. Ainsi, généralement, les changements apportés sont mineurs, parfois même temporaires et rarissimes au sein des organisations, particulièrement dans les hôpitaux.

Les hôpitaux sont décrits comme des bureaucraties professionnelles très complexes où une forte différenciation et la spécialisation des rôles contribuent au travail en silo et corollairement au manque de collaboration, aux difficultés communicationnelles entre les divers directions et paliers hiérarchiques, mais aussi à l'intérieur d'un même service (Baszanger et Peneff, 1992; Mintzberg, 1982; Mintzberg et Glouberman, 2001a et b; Rey, 2014). On trouve également plusieurs groupes d'acteurs composant quatre « mondes distincts »[25] aux valeurs, aux mentalités (*mindset*) et aux intérêts différents qui sont dits irréconciliables (Mintzberg et Glouberman, 2001). Des acteurs qui cohabitent dans un jeu permanent de compétition et de coopération (Contandriopoulos et coll., 2003, dans Rey, 2014). Un contexte organisationnel qui rend ardu voir quasi impossible l'implantation de changements profonds au sein du milieu hospitalier (Mintzberg et Glouberman, 2001). Des changements requérant la modification des structures, des pratiques, des valeurs, des perceptions qu'ont les acteurs de la santé, du travail et de l'implication et de la responsabilité de l'employeur pour favoriser, notamment, la santé et le bien-être des personnels (Denis et coll., 2012). À ces difficultés relatives à la mise en place d'innovation ou de changement inhérent au milieu hospitalier s'ajoutent celles relatives à la priorité accordée à la santé et du bien-être au travail

[25] 1) *Community: trustees, 2) Control: managers, 3) Cure: doctors, 4) Care: nurses* (Mintzberg et Glouberman, 2001).

qui sont très rarement des préoccupations importantes dans le « tableau de bord des directions et des gestionnaires » (Brun, 2008, p. 24).

L'hôpital est donc une organisation extrêmement complexe (Bilterys, 2013; Mintzberg et Glouberman, 2001a et b; Rey, 2014) dans laquelle le changement, qui est un exercice tout aussi complexe, doit être coordonné de manière cohérente tant au niveau des décisions que des actions aux différents niveaux d'exercice de la gouvernance (Denis et coll., 2012). Par ailleurs, l'implantation d'environnements sains de travail dans les HPS ne peut pas être le résultat de l'action d'un groupe en particulier ni se résumer à la simple application de normes ou de procédures (Bilterys, 2013, p. 74). L'engagement des acteurs stratégiques et ceux agissant au niveau opérationnel sont nécessaires pour assurer la réussite de la mise en place de milieux de travail sains dans les HPS (Bilterys, 2013). Or, au fil des années, de nombreuses réformes ont eu lieu, à l'instar de l'adhésion HPS, sans que rien de fondamental n'ait changé (Mintzberg et Glouberman, 2001).

Ainsi, l'innovation telle que la mise en œuvre d'environnements sains de travail dans un hôpital promoteur de santé est donc à son arrivée en terrain nouveau. Il est un monstre prometteur qui devra se battre, être défendu, protégé suffisamment longtemps et maintes fois adapté pour répondre et correspondre au contexte dans lequel il vient s'insérer pour devenir indispensable et se diffuser dans milieu étant reconnu pour sa difficulté à introduire et mettre en place une innovation. Le contenu, la forme et l'usage du concept de milieux de travail sains seront fort probablement transformés plus ou moins profondément pour assurer sa pérennité, son utilisation par les utilisateurs sans quoi son échec serait assuré. Par ailleurs, le plus souvent, les changements sont mineurs et temporaires.

Un projet serait ainsi bien conçu qu'en fin de parcours seulement après avoir traduit les besoins et les intérêts des différents acteurs interpellés (Callon et Latour, 1986). « Chaque fois que quelqu'un d'autre s'y rallie, cela devient progressivement le bon modèle » (Ibid., p. 24). Le « bon modèle » c'est-à-dire celui qui mobilisera le plus

d'acteurs et d'actants possible afin d'assurer sa pérennité. Toutefois, on souligne que de nombreux projets restent dans les cartons faute de place dans l'arène socioéconomique et politique du moment. Potter (1996) ajoute, à cet effet, que des inventions plus efficaces et mieux ficelées que celles des concurrents se trouvent écartées par manque parfois de moyen communicationnel. D'autre fois, les compétiteurs ou les opposants au projet écarteront une innovation menaçant leur pérennité en déconstruisant, en sapant, en dissociant et en retraduisant les besoins de l'organisation, des clients, des gestionnaires, des actionnaires, de la société, etc. en remodelant, à leur avantage, le Léviathan).

Cette lutte « darwinienne » pour la survie d'un projet, d'une organisation, d'une vision du monde ne résulte donc pas toujours en la survie du modèle, de l'innovation, de l'objet le plus performant et efficient. Le succès attendra plutôt celui qui saura convaincre, rassembler et mobiliser le plus d'actants et d'acteurs possible qui le jugeront indispensable. Assurant par le fait même la pérennité de l'innovation ou le statu quo et le maintien d'un ancien modèle, d'une tradition, d'une culture, etc. (Latour, 2002, 2007a et b; Potter, 1996) Ainsi, « personne n'est surpris qu'une innovation prenne du temps pour se diffuser puisqu'elle doit « vaincre » les « pesanteurs sociologiques » qui sont bien « naturelles » puisque les gens n'aiment pas changer leurs habitudes (Latour, 2002, p. 18).

2.5 Conclusion et objectifs spécifiques

Or, un Hôpital promoteur de santé à la promotion de la santé dont celle pour le personnel au cœur même de ses valeurs. Elle est intégrée au centre des processus, des objectifs institutionnels et à la structure (Pelikan, 2007). Ce n'est donc pas simplement un hôpital avec quelques projets épars en promotion de la santé (Rey, 2009; Rushmere, 1996). Toutefois, dû à la complexité de l'organisation qu'est l'hôpital (Contandriopoulos et Trottier, 1998) et à la responsabilité et l'engagement d'une « constellation d'acteurs stratégiques (Hodgson et coll., 1965), le projet de promotion de la santé à travers notamment la création d'environnements sains pour

le personnel au sein d'un HPS devient de la haute voltige puisque la complexité institutionnelle ne permet pas aisément un changement profond de culture (Rey, 2009). On peut donc se questionner quant à la capacité de l'hôpital de se transformer et d'intégrer de façon transversale la promotion de la santé pour le personnel.

De plus, on souligne aussi les multiples définitions souvent ambiguës et le peu de consensus entourant la promotion de la santé, dont celle pour le personnel. Les textes et les concepts qui sont repris par d'autres groupes se trouvent souvent transformés, à travers des négociations, au niveau de la forme, mais, aussi, au niveau du contenu. Alors, quelle est la définition de l'OMS quant à la création d'environnements sains dans les HPS ? Est-ce que la forme et le contenu de ce concept se trouvent transformés à travers les diverses instances du réseau ? Les modèles proposés correspondent-ils au modèle intégré en promotion de la santé ou est-ce que l'on fait la « promotion » de la santé sans véritablement proposer et instaurer un changement de fond ?

Alors, étant donné que la mise en œuvre d'environnements sains de travail représente un changement de fond, un changement de paradigme au sein du milieu hospitalier et suivant notre objectif général qui vise à *mieux comprendre et à décrire la mise en place d'un environnement sain de travail de façon transversale au sein d'un HPS*, nous aborderons les objectifs spécifiques suivants dans le cadre de notre recherche.

2.5.1 Objectifs spécifiques

Volet A : Identifier et décrire les transformations entre le discours initial textuel émis par l'instance internationale et les discours opérationnels dans les instances régionales et locales

5) Identifier décrire les modèles et les éléments retenus et constituants, à chacune des instances, un environnement sain de travail.

6) Identifier et décrire les écarts et les similitudes entre les modèles.
7) Identifier à chacune des instances si le modèle correspond à un modèle intégré de santé global et de bien-être au travail.

Volet B : Tracer le réseau du déploiement du concept d'environnements sains de travail de façon transversale dans un hôpital promoteur de santé montréalais

8) Cerner les traductions et les acteurs intéressés, liés, attachés ensemble et par quoi [actants] (mission, politiques, intérêts, besoins, valeurs, règlements, temps, finances, etc.) pour la mise en place d'environnements sains de travail, de façon transversale, dans un HPS montréalais.
9) Identifier et décrire les écarts et les similitudes entre les modèles issus des documents analysés et ce qui est mis en place dans le HPS.
10) Identifier les convergences et les alignements d'intérêts pour le projet.
11) Identifier les controverses relatives à sa mise en œuvre au sein du HPS.

CHAPITRE III

CADRE MÉTHODOLOGIQUE

> Toute connaissance acquise sur la connaissance devient un moyen de connaissance éclairant la connaissance qui a permis de l'acquérir. [...] (Morin, 1977, p. 114)

Malgré les études sur le sujet, nous savons encore très peu de choses sur la création d'environnements sains de travail pour le personnel et sur les transformations subies par l'organisation en adhérant au concept HPS. On retrouve, par ailleurs, très peu de description et d'analyse en profondeur pour l'opérationnalisation du concept d'environnements sains de travail qui représente un changement de fond qui doit s'intégrer à la culture et à la mission de l'organisation. On souligne aussi le manque d'étude présentant une analyse intégrée des facteurs en jeu dans ce processus.

Nous avons donc souhaité, dans le cadre de cette recherche, étudier de façon transversale la mise en place du concept d'environnements sains de travail dans un HPS montréalais par une approche multiméthodes (de Rosa, 1987, 2003) nous permettant d'appréhender la complexité du concept et sa mise en place dans un milieu hospitalier. Comme le mentionne Gagnon (2012, p. 1) : « les mondes sociaux sont complexes. Pour comprendre les phénomènes y étant reliés, il faut recourir à une vision holistique. Elle permet des descriptions détaillées des situations et des évènements ».

Nous allons dons dans un premier temps, préciser notre approche méthodologique. Puis, nous présenterons chacune des étapes en amont qui ont orienté la collecte de nos données afin de répondre à nos objectifs de recherche : le choix

d'échantillonnage au niveau des textes et des acteurs rencontrés, la grille d'analyse ainsi que le processus analytique.

3.1 Approche méthodologique

Notre recherche est de nature qualitative puisque les recherches en promotion de la santé, selon certains chercheurs (O'Neill et coll., 2006), seraient mieux servies par celle-ci. Elles revêtent des aspects plus expérientiels et personnels qui sont davantage en accord avec la philosophie fondée sur l'expérience de la vie et donc plus subjectiviste de la promotion de la santé (Ibid.). La recherche qualitative permet également d'analyser en profondeur un corpus (Leray, 2008), de comprendre une situation, un phénomène et les propos recueillis (Anger, 1996; Deslauriers, 1991).

> Des approches méthodologiques bien établies en recherche qualitative peuvent permettre de reconsidérer des réalités déjà étudiées selon de nouvelles perspectives ou encore d'explorer de l'intérieur de nouveaux phénomènes autrement inaccessibles. L'innovation vient alors de l'usage de méthodes déjà éprouvées dans des domaines où elles n'avaient pas encore été expérimentées, et ce, afin de pousser la connaissance et la compréhension des phénomènes au-delà de leurs frontières habituelles. (Audet et Parissier, 2013, p. 5)

> Au plan épistémologique, la recherche qualitative appréhende l'objet d'étude de manière globale, proximale, directe et interprétative (Muchielli, 2009). Elle vise à explorer la connaissance du phénomène à l'étude. Au plan méthodologique, la recherche qualitative s'inscrit dans une logique compréhensive en privilégiant la description des processus plutôt que l'explication des causes; inductive, au sens où l'on acquiert la compréhension du phénomène de manière progressive; récursive, invitant à réitérer les étapes de la recherche si nécessaire; et souple en raison de l'absence de rigidité de la démarche le plus souvent inductive. (Imbert, 2010)

Dans le cadre de notre recherche, nous utiliserons, également, un va-et-vient entre une démarche de raisonnement inductif et déductif (Charmillot et Seferdjeli, non daté; Loubet des Bayles, 2000).

> Les démarches dites intellectuelles de type *inductif* et les démarches intellectuelles de type *déductif* [sont] des catégories abstraites destinées à l'exposé didactique, mais que dans la pratique le cheminement concret du chercheur peut mêler ces différents types de démarche. (Loubet des Bayles, 2000, p. 267)

Une démarche inductive puisque l'objectif de cette recherche n'est pas de valider ou d'infirmer des hypothèses fermées liées à la mise en place de milieux de travail sains dans un HPS, mais plutôt à investiguer des questions plus larges qui pourront permettre l'émergence de nouvelles données (Alami et coll., 2009; Apostodilis, 2006). Elle est également déductive puisque celle-ci s'appuie sur des travaux d'autres chercheurs selon lesquels, entre autres, la mise en œuvre d'environnements sains de travail résulterait en des projets épars, sans fil conducteur sans toutefois expliquer et décrire en profondeur les divers facteurs qui entravent leur implantation. Sans valider d'hypothèse, à la lumière des études précédentes (Loubet des Bayles, 2000), nous décrirons la mise en œuvre d'un tel projet afin de mieux comprendre les éléments facilitants et ceux qui posent obstacle à sa mise en place.

Cette recherche s'inscrit également dans une approche compréhensive avec un aller-retour constant entre la théorie et le terrain. La posture compréhensive vise non pas à prélever sur le terrain des réponses à des questions qui sont standardisées, mais un va-et-vient entre l'information, la théorie, les faits et leur interprétation. Les éléments théoriques qui ont été développés au précédent chapitre serviront de cadre d'analyse à la compréhension et à l'interprétation des phénomènes étudiés (Dansereau-Bourassa, 2015). Le but recherché dans l'approche compréhensive est d'explorer le terrain avec le moins d'idées préconçues, l'ouverture d'esprit, un désir d'explorer et de comprendre davantage un phénomène (Kaufmann, 1996). Le travail du chercheur se nourrit des observations et des significations des acteurs eux-mêmes obtenues à partir du matériel discursif issu des entretiens. Cette approche privilégie, notamment, des entretiens semi-directifs et des conversations informelles (Kaufmann, 1996). C'est aussi une approche selon laquelle l'individu est considéré comme ayant une autonomie même s'il s'insère dans un contexte social, organisationnel ou autre pouvant être contraignant. Les motivations, les sentiments, les buts et les intérêts qui animent l'agir individuel sont considérés comment des dimensions essentielles des recherches compréhensives (BRSS, www.msss.gouv.qc.ca/statistique/brss/; Grawitz, 1986). Ce sont des dimensions qui seront présentes

dans le cadre de notre recherche puisque nous prendrons en compte le discours de différents acteurs et nous tenterons de comprendre, notamment, leurs intérêts relatifs à la mise en place d'environnements sains de travail, les valeurs et le sens qu'ils accordent à celui-ci.

Enfin, dans le cadre de cette recherche, nous allons également utiliser une stratégie de recherche issue d'une longue tradition dans les sciences humaines et sociales : l'étude de cas. « L'étude de cas permet une compréhension profonde des phénomènes, des processus les composant et des personnes y prenant part » (Gagnon, 2012, p. 2). C'est principalement une démarche de découverte, une démarche scientifique légitime qui permet de décrire et d'expliquer un phénomène dans toute sa complexité qu'il soit individuel ou collectif (Gagnon, 2012; Thomas, 2011; Woodside et Wilson, 2003). L'étude de cas évolue et s'adapte au contexte et aux particularités du terrain de recherche (Giroux, 2003). Elle nous permettra de dégager des informations, des pistes de réflexion quant aux transformations du concept d'environnements sains de travail, aux négociations entourant sa mise en place ainsi qu'au positionnement des principaux acteurs impliqués dans sa mise en œuvre.

> La première des grandes forces de l'étude de cas comme méthode de recherche est de fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte. La deuxième, elle offre la possibilité de développer des paramètres historiques. La troisième est d'assurer une forte validité interne, les phénomènes relevés étant des représentations authentiques de la réalité étudiée. Ce sont ces forces qui en font une méthode convenant à toutes sortes de contextes et quelles que soient les caractéristiques du chercheur. (Gagnon, 2012, p. 2-3)

3.1.1 Approche multiméthodes

Nous utiliserons, donc, pour cette recherche, une approche multiméthodes (de Rosa, 1987; 2003) puisque c'est seulement à travers une pluralité méthodologique que la complexité, l'incertitude pourront nous être en partie révélées (de Rosa, 2003) comme si le voile de l'arrière-scène était retiré (Latour, 2007). L'approche multiméthodes, aussi appelée triangulation (de Rosa, 2003), sous-entend l'utilisation de plus d'une source de données (journaux médicaux, documents officiels, médias,

etc.), de divers outils de cueillette (entrevues, analyse de documents, etc.), de plusieurs chercheurs ou encore d'un recours à la vérification des analyses et des interprétations par les participant(e)s (Bonardi et Roussiau, 1999; de Rosa, 1987; 2003; Joffe, 2002). Trianguler implique ainsi l'exploration et la validation de connaissances sous plusieurs angles. Elle vient pallier aux défauts incontournables de toutes les méthodes d'investigation en science sociale (Joffe, 2002) puisqu'il est rare de trouver les mêmes défauts d'une méthode à l'autre, ces dernières deviennent alors complémentaires (*Ibid.*).

Dans le cadre de notre recherche, nous allons donc trianguler avec des données provenant de multiples sources (documents du Réseau HPS, articles, thèses, documents du centre hospitalier, etc.). La triangulation avec des données de sources secondaires et divers modes de cueillette (entretiens semi-dirigés et analyse de documents) nous permettra d'enrichir notre vision et notre compréhension du processus d'implantation de milieux de travail sains pour le personnel dans un HPS. Nous pourrons ainsi décrire et comprendre davantage le contexte historique, économique et sociopolitique, mais aussi les intérêts des acteurs impliqués dans la mise en en place d'un tel projet dans un hôpital promoteur de santé montréalais.

Ce qui nous amène à aborder un élément important de notre étude, le terrain de recherche.

3.2 Terrain de recherche : un centre hospitalier universitaire (CHU)

Nous souhaitions étudier la mise en place d'environnements sains de travail dans un HPS dynamique et proactif. Un HPS qui pourrait être perçu comme étant exemplaire au sein du Réseau montréalais des établissements promoteurs de santé. Un contexte où nous pourrions décrire la mise en œuvre de ce type de projet dans les meilleures conditions possibles. À l'ASSSM, on nous a mentionné qu'il était plus facile d'intégrer le concept HPS dans un hôpital d'envergure puisque les ressources

financières et humaines permettent plus aisément l'implantation d'un tel projet. Nous souhaitions également un hôpital où la promotion de la santé, dont celle pour le personnel, serait une priorité organisationnelle intégrée à l'organisation. Selon la littérature, la présence d'une direction de la promotion de la santé est un élément de succès pour ce type de projet (Kishchuk et Renaud, 2008; Pelikan et coll., 1998). On mentionne également que la coordination pour la mise en place du concept HPS, dont un volet, vise spécifiquement le personnel par la création d'environnements de travail sains, doit avoir un niveau de positionnement hiérarchique élevé afin d'accéder aux procédures décisionnelles. Un nombre suffisamment d'heures doit également être consacré à ce projet (Kishchuk et Renaud, 2008). On ajoute, aussi, que pour assurer son succès, le concept HPS devrait être intégré à la culture organisationnelle (Allen et Leutzinger, 1999; ASSSM, 2011; Kishchuk et Renaud, 2008; OMS, 2006a) et soutenue par la direction de l'organisation (Ibid.).

> Il y a un consensus dans la littérature de recherche qui stipule que le soutien de la direction de l'organisation est incontournable dans la réussite des initiatives de promotion de la santé. (O'Donnell et coll., 1997; OMS/World Economic Forum, 2008b, dans Kishchuk et Renaud, 2008, p. 21)

> Malgré la présence d'activités intéressantes et efficaces, des programmes de promotion de la santé peuvent échouer si la culture organisationnelle n'est pas alignée aux changements. Les valeurs organisationnelles des meilleurs employeurs comprennent plusieurs valeurs liées au bien- être : le plaisir sain, le respect mutuel, l'autoresponsabilisation et l'atteinte du plein potentiel (Allen et Leutzinger, 1999); ces valeurs peuvent faciliter la transition d'initiatives distinctes vers l'intégration généralisée de la promotion de la santé. (Kishchuk et Renaud, 2008, p. 19)

Au moment de notre recherche de terrain, un seul HPS à Montréal avait en son sein une direction de la promotion de la santé consacrée entièrement à la mise en œuvre du concept HPS. Celle-ci possédait, aussi, une ressource à temps complet s'occupant du volet de la promotion de la santé (PS) destiné aux personnels. Sans être un établissement exemplaire puisque selon l'ASSSM il était encore trop tôt, le centre hospitalier universitaire (CHU) qui offre des services généraux, spécialisés et supraspécialisés, était perçu comme un des plus dynamique et proactif du Réseau. De plus, selon les documents officiels de l'institution, la promotion de la santé était intégrée à la mission du CHU, et ce, avant même l'obtention de son adhésion au réseau HPS. La création du poste de direction de la promotion de la santé aurait

également été créée cette même année. De plus, l'abondance de documents portant sur la promotion de la santé, notamment pour le personnel, qui sont facilement accessibles via le site Internet de l'hôpital est un facteur qui facilite grandement notre recherche.

3.2.1 Étudier la mise en œuvre de milieux sains de travail de façon transversale

Selon notre revue de littérature, aucune recherche n'a étudié et décrit la mise en œuvre de façon transversale de milieux de travail sains dans un HPS à Montréal. À travers cette recherche, nous souhaitons donc retracer (en rétrospective) et tracer le réseau de la mise en place d'environnements sains de travail aux différents paliers hiérarchiques de l'établissement. On nous a mentionné que certaines activités étaient élaborées en silo dans des départements ou par des équipes. Cependant, quelques-unes d'entre elles n'étaient pas considérées comme de la promotion de la santé par la DPS et parfois celles-ci étaient même aux antipodes des messages qu'on souhaitait véhiculés au sein du CHU (PSC1 et PSC2). Nous allons donc circonscrire notre recherche aux activités et projets qui sont coordonnés par ou en collaboration avec la direction de la promotion de la santé (DPS) et qui visent l'ensemble des personnels de l'établissement.

Afin, d'approfondir un des projets développés par la DPS soit le projet « ensemble vers la santé » destiné aux personnels, une partie de notre recherche s'effectuera au sein du département d'hygiène et salubrité de deux hôpitaux (l'hôpital A et B) du centre hospitalier.

3.2.2 Projet « Ensemble vers la santé » au Département d'hygiène et salubrité

Le projet pilote « Ensemble vers la santé » (EVLS) est un projet ciblé développé par la DPS auquel les employés et les gestionnaires du département d'hygiène et salubrité de deux hôpitaux du CHU ont participé. Le projet EVLS visait à sensibiliser de façon individuelle et collective les membres des équipes concernées en ciblant

les habitudes de vie (HV) ainsi que la qualité de vie au travail (QVT) afin d'améliorer la santé globale de chacun des participants, mais aussi, de façon plus large, le bien-être au travail (PSC2).

Nous avons voulu comprendre, au-delà des différents éléments composant le concept de « milieux de travail sain au CHU », comment s'intégrait la promotion de la santé au travail dans deux équipes. Cette étude de cas nous permettra de décrire le processus sous-jacent à l'implantation de ce type projet : les différentes étapes à franchir, les éléments facilitateurs, les défis, les controverses et les impacts du projet.

Afin d'avoir une vue d'ensemble du processus et de ses impacts, nous avons rencontré, au sein du département d'hygiène et salubrité, quatre gestionnaires ayant participé au projet pilote à trois niveaux hiérarchiques, trois employés dont deux étaient des ambassadeurs ainsi que deux conseillères de la DPS ayant créés et animées le projet « Ensemble vers la santé ».

Nos choix méthodologiques, les outils, l'échantillonnage, les procédures de collecte ainsi que les démarches d'analyse seront regroupés selon deux volets (A et B) correspondant à nos objectifs spécifiques énoncés lors du chapitre précédent.

3.3 Méthodes de collecte et d'analyse de données pour le volet A

Identifier et décrire les transformations du discours textuel de l'OMS à un HPS

La promotion de la santé dont celle orientée pour le personnel est, selon certains, handicapée par l'absence de définition solide, claire et utilisable (Click4HP, 2004, dans O'Neill et coll., 2006, p. 52). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) souligne également des écarts quant aux résolutions mondialement adoptées et les pratiques des États membres. Qu'en est-il au sein même du Réseau créé par l'OMS, soit le Réseau international des hôpitaux promoteurs de santé (HPS) ? Arrive-t-on à obtenir davantage de cohésion dans la compréhension et la signification du concept,

par exemple, de promotion de milieux de travail sains à l'intérieur même du Réseau ? Nous avons donc souhaité, dans le cadre de cette recherche, identifier et décrire les transformations entre le discours textuel initial émis par l'instance internationale qu'est l'OMS et les discours opérationnels émis par l'instance régionale qu'est l'Agence de la Santé et des Services sociaux à Montréal (ASSSM) ainsi qu'au niveau local dans un hôpital promoteur de santé montréalais, un CHU.

Nous avons pour cela procédé à l'analyse de contenu de quatre documents-clés de l'OMS à un HPS, un CHU situé à Montréal pour :

- Identifier et décrire les modèles et les éléments retenus et constituants, à chacune des instances, un environnement sain de travail pour le personnel d'un hôpital promoteur de santé.
- Identifier et décrire les écarts et les similitudes entre les modèles.
- Identifier à chacune des instances si le modèle correspond à un modèle intégré de santé global et de bien-être au travail.

Voici une courte description des trois instances à l'étude, des quatre documents analysés et des méthodes d'analyse utilisées.

3.3.1 Trois instances : de l'OMS à un HPS montréalais

1) Organisation mondiale de la santé (OMS)

L'OMS ne produit pas elle-même de connaissance, mais elle travaille étroitement avec plus de 700 centres collaborateurs dans plus de 80 États membres. Les centres collaborateurs se sont « des institutions, instituts de recherche, départements d'universités ou d'instituts universitaires qui sont désignés par le Directeur général pour mener des activités de soutien en faveur des programmes de l'Organisation » (www.who.int). Pour l'aider dans son action, l'OMS a également six Bureaux régionaux à travers le monde dont le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe qui est constitué de spécialistes dans les domaines de la santé publique, des sciences et des techniques. Ainsi, l'OMS coordonne à travers ses Bureaux

régionaux en s'appuyant et en utilisant les activités des centres spécialisés dans domaines variées (Ibid.) qui agissent, eux, comme centres producteurs de connaissances. Chacun d'eux produisant des connaissances avec des approches et des méthodes variées compatibles avec leur mission, leurs priorités et leurs objectifs, mais, également, ceux de l'OMS. Ces connaissances sont ensuite diffusées à travers le réseau de l'OMS.

Afin d'atteindre ses objectifs en santé au niveau international, national, régional et local, l'OMS a initié le développement conceptuel, entre autres, du Réseau des hôpitaux promoteurs de santé. En 2001, après plus de dix ans d'implication dans les hôpitaux promoteurs de santé, l'OMS a lancé deux groupes de travail pour développer et mettre à jour *le Cadre de vie de travail pour les HPS* (OMS, 2006a) qui sont considérés comme des « documents HPS de base » (OMS,2008c). C'est le Bureau de l'OMS de Barcelone en Espagne qui a commandité les deux documents que nous allons analyser.

2) Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM)[26]

L'ASSSM correspond à l'instance régionale que nous allons analyser. Elle a comme mission d'assurer la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux de la région montréalaise. Elle a la responsabilité d'améliorer la performance du réseau et, ainsi, contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population (http://agence.santemontreal.qc.ca). Afin d'assurer la pérennité de la mission de prévention et de promotion de la santé suite à la vague de réformes de 2003, l'ASSSM a créé le Réseau des CSSS et hôpitaux promoteurs de santé à Montréal (EPSLC1). En 2012, le réseau montréalais s'élargit et se transforme en un réseau provincial. Il devient alors le Réseau québécois des établissements promoteurs de santé (EPS). Le tout premier réseau créé au-delà du continent européen membre du

[26] L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, chapitre 32) et relève du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Réseau international des hôpitaux promoteurs de santé (HPS) (*Ibid.*). L'ASSSM coordonne le réseau et organise des conférences et des formations. Elle publie, également, des outils afin d'aider les établissements membres à mettre en place le concept HPS. En 2011, l'ASSSM a publié un guide, que nous allons analyser, pour faciliter la mise en œuvre d'environnements sains de travail dans le réseau.

3) Centre hospitalier universitaire (CHU) : un hôpital promoteur de santé

Le CHU, un hôpital promoteur de santé montréalais, représente le niveau local où sera étudiée la mise en place de milieux de travail sains. Pour le volet A de notre recherche, nous allons analyser qu'un seul document soit la Politique en matière de promotion de la santé qui est un document-clé incontournable pour tous les établissements membres du réseau.

3.2.2 Quatre documents analysés

Afin de répondre au premier volet de l'objectif spécifique de notre recherche[27], nous avons choisi d'analyser quatre documents-clés de cette chaine de traduction. C'est-à-dire la chaine de documents qui traduisent (éléments-clés, modèle, etc.), transmettent et transforment le concept d'environnements sains de travail. Ce à quoi celui-ci devrait correspondre dans un HPS.

1) Deux documents-clés de l'OMS

Nous avons retenu pour notre analyse deux documents qui ont été commandités par l'OMS Europe pour développer et mettre à jour *le Cadre de vie de travail pour les HPS* (OMS, 2003). Le document *Mettre la politique des HPS en action* (2006a) et le *Manuel d'autoévaluation et formulaires* de la mise en œuvre de la promotion de la santé dans les HPS (2006b) sont tous deux considérés comme des « documents HPS de base » (OMS, 2008c).

[27] Identifier et décrire les transformations entre le discours initial textuel émis par l'instance internationale et les discours opérationnels dans les instances internationales, régionales et locales et au niveau des usagers.

Le premier document *Mettre la politique des HPS en action vise, notamment, à* transformer le discours écrit des chartes et des déclarations en promotion de la santé dont celles destinées aux HPS, constituées d'objectifs et de moyens communs, en un modèle de mise en œuvre explicite pour les gestionnaires et responsables de l'implantation de la PS et de la PST dans les hôpitaux du Réseau. Puisque les établissements du Réseau HPS rencontraient certaines problématiques lors de la mise en œuvre du concept HPS. Ce document vise donc à « expliciter et identifier, plutôt de façon compréhensive, le contenu des stratégies en promotion de la santé pour les hôpitaux. Il présente une version abrégée et ciblée des principaux résultats du groupe de travail [Traduction libre] (OMS, 2006a).

Le second document mandaté par l'OMS Europe, le *Manuel d'autoévaluation et formulaires* (2006 b) vise, lui, à pallier au manque d'outil de gestion abordant explicitement les activités de promotion de la santé (*Ibid.*, p. 8). Le manuel a été élaboré pour tous les hôpitaux et les organismes régissant la qualité et qui sont soucieux d'améliorer la promotion de la santé. Il se veut « un outil autonome permettant d'évaluer, de suivre et d'améliorer les activités de promotion de santé » (Ibid., p. 7).

2) Guide pour la promotion de milieux de travail sains de l'ASSSM

Le troisième document que nous analyserons est celui de l'ASSSM. Le *Guide pour la promotion de milieux de travail sains* (2011). Celui-ci est destiné principalement aux gestionnaires de la haute direction afin de les éclairer dans leurs orientations stratégiques. Il se veut également un document de référence pour ceux et celles qui sont responsables, quel que soit leur niveau décisionnel, de développer et coordonner, en partie ou dans sa totalité, les programmes en promotion de milieu de travail sain (ASSSM, 2011).

3) Politique en matière de promotion de la santé du CHU

Enfin, la Politique en matière de promotion de la santé du CHU est le quatrième et dernier document qui sera analysé. Elle a été rédigée par la direction de la promotion de la santé (DPS). Elle a été émise, le 30 avril 2009, et approuvée par la direction générale par intérim du CHU (2009) afin de répondre aux normes des hôpitaux promoteurs de santé (HPS) selon lesquelles « les établissements doivent prendre certains engagements et s'inspirer de cinq normes, la première étant de se doter d'une politique écrite de promotion de la santé » (ASSSM, 2009, p. 14) s'adressant aux patients, à leurs proches et au personnel. L'objectif de cette politique est donc de préciser, entre autres, la ligne de conduite du CHU en matière de promotion de la santé, de définir les responsabilités de chacun, les mesures à mettre en place ainsi que le cadre pour sa mise en œuvre au sein de l'institution (CHU, 2009).

Chacun des quatre textes, qui seront analysés, représente une forme de véridiction présentant, comme nous le verrons, un modèle et un contenu s'inscrivant dans un contexte sociopolitique et organisationnel qui peut avoir un impact sur les éléments de contenu d'un « environnements sains de travail » pour cette instance. Les documents sont également produits par des organisations, des groupes de travail qui de par leur expertise, leurs mandats pourront aussi privilégier certains enjeux et en délaisser d'autres afin qu'ils puissent s'inscrire dans un domaine de recherche particulier, d'accréditation, etc.

3.3.3 Méthode d'analyse des données : analyse de contenu

L'analyse de contenu est une approche méthodologique qui découle de l'approche qualitative bien qu'elle puisse être également utilisée pour des recherches de type quantitatif (Grawitz, 1986). L'analyse de contenu est « une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste des communications, ayant pour but de les interpréter » (Berelson, dans Bardin, 2007, p. 40). Ce type d'analyse permet de classer et de dénombrer des éléments de

contenu (Bardin, 2007; Leray, 2008), permettant ainsi la mise en ordre du contenu de plusieurs textes en les rendant plus intelligibles et accessibles.

Cette recherche ne vise pas à identifier la signification, le sens ou l'acte qui est produit par un acteur à travers les productions discursives qui serait alors mieux servi par une analyse de discours (Brus-Michel et coll., 2004). Comme nous cherchons à identifier et décrire les modèles et les éléments retenus constituant, à chacune des instances, un environnement sain de travail pour le personnel dans un hôpital promoteur de santé (énoncés des textes traduisant ce que devrait être un milieu de travail sain dans un HPS), la voie de l'analyse de contenu nous a semblé la plus pertinente.

1) Étapes d'analyse

Les documents que nous souhaitions analyser étaient traduits ou publiés en français à l'exception d'un seul document de l'OMS (2006) *Mettre la politique des HPS en action* qui était disponible uniquement en anglais. Nous avons donc, dans un premier temps, traduit en français la partie du document rattaché à notre objet de recherche afin de nous assurer de la correspondance des termes et des catégories avec les autres documents.

Nous avons ensuite procédé à une analyse documentaire. L'analyse documentaire est « une opération ou un ensemble d'opérations visant à représenter le contenu d'un document sous une forme différente de sa forme originelle afin d'en faciliter la consultation ou le repérage dans un stade ultérieur » (Chaumier, 1974, dans Bardin, 2007, p. 50). Ce type d'analyse permet à partir d'un document qu'on dit primaire de créer un document secondaire permettant, par sa transformation, un traitement de l'information plus rapide et une lecture simplifiée (Bardin, 2007).

Nous avons donc, à cette étape, réorganisé le contenu de chacun des documents en commençant par le document de l'OMS (2006a) *Mettre la politique des HPS en action.* Celui-ci proposant un modèle détaillé pour la mise en œuvre du concept HPS

dont une stratégie est consacrée à la promotion de la santé destinée aux personnels. Suivant certaines catégories thématiques déjà proposées par le document, nous avons regroupé l'information sous forme schématique pour que celui-ci offre une lecture simplifiée du contenu.

À partir de cette première analyse, nous avons créé notre première grille d'analyse de contenu pour les trois autres documents. Nous avons ensuite procédé à l'analyse du contenu des autres documents en modifiant, au fur et à mesure, la grille de laquelle a émergé un modèle. Ensuite nous avons procédé à une analyse transversale plus fine pour comparer le contenu de chacun des documents selon notre grille d'analyse composée d'un volet concernant le processus d'implantation, un autre pour la diffusion de la politique de la promotion de la santé et de six éléments de contenu composant un environnement sain de travail dans un HPS. Ainsi, chacun des documents a été analysé selon ces catégories afin de dégager les différences et les similitudes. Un tableau a été élaboré pour chacun des éléments dans le but de faciliter la lecture des résultats (voir chapitre IV).

Afin d'expliquer les différences et les similitudes entre le contenu des différents documents, nous avons triangulé avec d'autres sources documentaires : les sites internet des organismes et des instituts, des articles scientifiques, des rapports de recherche ainsi que des thèses publiées. Nous avons également triangulé par le croisement des données provenant des entretiens semi-dirigés à l'ASSSM et au CHU. Nous avons pu alors reconstituer, tels un casse-tête, les différents éléments connus ayant influencé la création des documents et l'élaboration des différents modèles, leur contenu ainsi que leur circulation au sein du réseau. Les résultats sont ensuite présentés sous forme de tableaux offrant une lecture rapide et synthétique des similitudes et des différences entre les documents (voir chapitre IV).

Nous avons ainsi répondu à notre premier volet qui vise à identifier et décrire les transformations du discours textuel de l'OMS à un HPS montréalais en :

- identifiant et décrivant les modèles et les éléments retenus et constituant, à chacune des instances, un environnement sain de travail pour le personnel dans un hôpital promoteur de santé;
- identifiant et décrivant les modèles et les éléments retenus et constituant, à chacune des instances, un environnement sain de travail pour le personnel d'un hôpital promoteur de santé;
- identifiant et décrivant les écarts et les similitudes entre les modèles;
- identifiant à chacune des instances si le modèle correspond à un modèle intégré de santé global et de bien-être au travail.

3.4 Méthodes de collecte et d'analyse de données pour le volet B

Tracer le réseau du déploiement du concept de milieux de travail sains de façon transversale dans un hôpital promoteur de santé montréalais

Pour ce deuxième volet, nous souhaitons analyser l'opérationnalisation du discours textuel dans un hôpital promoteur de santé à Montréal. Retrouvera-t-on l'entièreté des éléments qui ont émergé au chapitre précédent ? Quelles sont les différences et les similitudes ? Nous partirons des mêmes éléments de contenu ayant émergé au chapitre précédent afin de pourvoir démontrer les transformations et les similitudes entre le discours écrit et son implantation dans un hôpital promoteur de santé à Montréal. Chacun des éléments s'inscrit également dans un contexte particulier dans lequel va s'insérer le concept « d'environnement sain de travail » et où sont réuni, notamment, des enjeux politiques et socioéconomiques, des études, des lois, des objectifs organisationnels, etc. qui influenceront le contenu, la forme et l'étendu du déploiement de ce projet et qui nous seront révélés lors de notre analyse.

Nous allons donc, lors de ce second volet, retracer (de façon rétrospective) le réseau du déploiement du concept de milieux de travail sains de façon transversale dans un hôpital promoteur de santé montréalais ainsi que :

- cerner les traductions et les acteurs intéressés, liés, attachés ensemble et par quoi [actants] (mission, politiques, intérêts, besoins, valeurs, règlements, temps,

finances, etc.) pour la mise en place d'environnements sains de travail, de façon transversale, dans un HPS montréalais;

- identifier et décrire les écarts et les similitudes entre les modèles issus des documents analysés et ce qui est mis en place dans le HPS;
- identifier les convergences et les alignements d'intérêts pour le projet;
- identifier les controverses relatives à sa mise en œuvre au sein du HPS.

Afin de répondre à ces objectifs de recherche, nous utiliserons la méthode des itinéraires.

3.4.1 Méthode de l'itinéraire

La méthode des itinéraires est un outil que nous adapterons à notre recherche. C'est une méthode d'analyse inspirée des itinéraires technique dans le domaine agricole qui décrivent chacune des étapes du travail à partir du labourage de la terre jusqu'à l'entreposage des récoltes (Alami et coll., 2009). Il a été ensuite appliqué à d'autres domaines comme celui de la santé. Cette méthode nous permettra de tracer un itinéraire du déploiement du concept de milieux de travail sains de façon transversale dans un hôpital promoteur de santé montréalais ainsi que de répondre aux autres objectifs spécifiques pour ce volet (voir point 3.5). Ce type d'analyse nous permettra aussi d'identifier les différents acteurs impliqués, leurs rôles quant au déploiement du projet, les programmes, les actions en promotion de la santé pour le personnel ainsi que l'impact du contexte économique, culturel et sociopolitique dans lequel s'inscrit le projet.

> À chaque étape de l'itinéraire, les pratiques sont appréhendées en s'attachant à décrire leur diversité, les objets, les lieux, les moments et les occasions dans lesquels elles se développent, les incertitudes et les contraintes qui les modèlent, les acteurs impliqués et leurs arbitrages. (Alami et coll., p.109)

L'itinéraire sera élaboré, ajusté, corrigé et complété au fil de la collecte des données (entrevues semi-dirigées, documents, etc.). Ainsi, nous pourrons décrire la diversité des programmes, des actions, des objets mobilisés, des endroits, des moments, des occasions qui sont coordonnés par ou en collaboration avec la direction de la

promotion de la santé (DPS) du CHU et qui contribuent à créer un milieu de travail sain favorisant la santé et le bien-être des personnels. Nous indiquerons, également, les facteurs favorables et les diverses contraintes qui modèlent le projet. Nous préciserons les actants et les acteurs impliqués ainsi que leurs arbitrages (Ibid.). C'est donc l'ensemble des étapes constituant l'itinéraire qui nous permettra de retracer et recréer le système d'action relatif à la mise en œuvre d'environnements sains de travail dans un hôpital promoteur de santé à Montréal (Ibid.).

Afin de créer l'itinéraire, nous avons procédé à la collecte de nouveaux documents et à leur analyse ainsi qu'à des entretiens semi-dirigés avec des acteurs-clés à l'ASSSM et au CHU.

3.3.2 Documents et leur analyse

Dans le but d'élaborer l'itinéraire des différents projets, activités, structures et actions qui constituent un milieu de travail sain au CHU coordonné par ou en collaboration avec la direction de la promotion de la santé (DPS), nous avons colligé près de 100 documents. Les documents proviennent principalement de sources internes au CHU et du site internet du centre hospitalier.

Les documents remis par la DPS sont ceux qu'ils ont rassemblés lors de leurs différentes activités ainsi que leur portfolio annuel. Les dates correspondent donc au début des documents disponibles et à la date de fin de notre recherche au CHU. D'autres documents ont été ajoutés par la suite (organigrammes et plan stratégique) afin de suivre le développement et les transformations de la mise en place de ce projet au sein du centre hospitalier universitaire. Voici la liste des documents analysés :

- Le cartable de la DPS avec tous les documents des activités colligés (formations, conférences, ateliers, évènements thématiques, portfolio, information intranet, défis santé, courriels, les projets ensemble vers la santé (projet, déroulement, évaluations, etc.) : 80 documents de 2009 à 2012.

- Deux fiches portant sur les projets au CHU dans le Guide pour la promotion d'environnements sains de travail (ASSSM, 2011).
- Deux organigrammes remis par la direction des communications du CHU (2011).
- Deux organigrammes du CHU, 2012 et 2013 (site internet) pour retracer le déplacement hiérarchique ou pas de la DPS.
- Rapports annuels du CHU disponible sur le site internet du centre hospitalier (2006 à 2011) : pour retracer l'historique (en partie) de l'intégration de la promotion de la santé au sein du centre hospitalier.
- Plan stratégique du CHU 2011-2015 (60 pages) – pour repérer les orientations en matière de promotion de la santé et d'environnements sains de travail – document disponible en ligne.
- Contenu du site internet (information générale) sur la promotion de la santé au CHU pour le personnel.
- Documents remis par la direction des ressources humaines/santé et sécurité au travail portant sur l'offre d'activités physiques au CHU (horaire, cours, etc.) 2011-2012.

Nous avons, dans un premier temps, repéré les informations utiles à notre recherche. Nous avons ensuite codé et classé les documents selon les informations qu'ils contenaient. Puis, nous avons procédé à une première analyse à l'aide d'une grille reprenant les catégories développées lors de l'analyse de contenu des documents-clés au chapitre précédent (voir chapitre IV). Une première ébauche de l'itinéraire prenait forme. Celui-ci a été ensuite bonifié avec l'information issue des entretiens semi-dirigés et d'un groupe focus.

3.4.3 Entretiens semi-dirigés, groupe focus et leur analyse

Afin de compléter l'itinéraire et de répondre à nos objectifs spécifiques pour le deuxième volet de notre recherche, nous avons procédé à des entretiens semi-dirigés avec des acteurs-clés à l'ASSSM et au CHU à différents paliers hiérarchiques.

L'entretien semi-dirigé est « une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives » (Lincoln, 1995, dans Imbert, 2010). Les entretiens constituent des éléments importants de notre démarche scientifique (Imbert, 2010). Elles permettront de recueillir l'information nécessaire avec des personnes-clés impliquées dans la promotion et la création d'environnements sains de travail dans les HPS au niveau régional et local. « Le but de l'entrevue est de savoir ce que la personne pense et d'apprendre des choses qu'on ne peut pas observer directement, comme les sentiments, les idées, les intentions » leurs intérêts, leur positionnement relatif au projet, mais aussi la culture organisationnelle et la trame historique de ce projet (Deslauriers, 1991, p. 34). C'est une technique qui permet de saisir le sens d'un phénomène, d'une situation complexe, de l'appréhender selon les perceptions et l'expérience des participant(e)s dans une dynamique de coconstruction avec le chercheur afin de reconstruire la trame de la mise en œuvre de milieu de travail sain : son contexte, les facteurs facilitants, les défis et les freins à sa mise en place (Imbert, 2010; INSPQ, 2011; Poupart, 1997). Par son côté semi-directif, ce type d'entretien offre, également, une flexibilité adaptative lors de la rencontre en établissant des thèmes et des sous-thèmes tout en permettant de clarifier et d'orienter par des questions et des relances (Bonneville, Grosjean et Lagacé, 2007).

Dans le cadre de notre recherche, nous souhaitions, aussi, rencontrer des employés, plus spécifiquement les « ambassadeurs de la promotion de la santé » ayant participé au projet « Ensemble vers la santé » qui a eu lieu au sein du département d'hygiène et salubrité au sein des hôpitaux A et B. Cette rencontre nous permettrait d'avoir une vue d'ensemble de la mise en œuvre de ce projet ainsi qu'une vision des opinions, des intérêts et des perceptions des individus aux différents niveaux hiérarchiques du CHU. À cause des différentes contraintes de l'emploi, nous pouvions uniquement les rencontrer, ensemble, pour une durée maximale de 30 minutes. Nous avons donc réalisé un entretien de groupe focalisé avec les employés de l'hôpital A. Tandis qu'à l'hôpital B, nous rencontrions un seul

employé puisqu'il y avait qu'un seul ambassadeur. Un entretien semi-dirigé a donc été privilégié.

Le groupe focalisé est une technique qualitative de recueil d'information (http://labos.ulg.ac.be; www.nice.cnge.fr). Il permet d'évaluer, notamment, les besoins, les attentes et les opinions. Ce type de rencontre permet également de comprendre davantage, par exemple, les perceptions et les expériences relatives à la mise en place du projet « Ensemble vers la santé » et, plus globalement, celui de l'implantation d'environnements sains de travail au CHU (www.nice.cnge.fr)

> Cette technique d'entretien repose sur la dynamique de groupe, elle permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. Les échanges favorisent l'émergence de connaissances, d'opinions et d'expériences comme une réaction en chaîne grâce à la réunion de personnalités diverses favorisant l'expression et la discussion d'opinions controversées. Le chercheur est comme un explorateur, il peut connaître en partie le sujet, mais il va aussi découvrir des domaines inconnus. (www.nice.cnge.fr)

Afin de s'assurer de la validité des informations, il est important de respecter certaines règles lors de ce type d'entretien (www.nice.cnge.fr; http://labos.ulg.ac.be) dont celui de la position « neutre » de l'animateur (Angers, 1996) et de la sélection des participant(e)s afin de favoriser les échanges. Il est préférable aussi que l'animateur(trice) soit formée à l'animation de petits groupes. Étant préalablement formée à l'animation, je pouvais donc animer le groupe focalisé en maintenant des conditions favorables aux échanges. Cependant, malgré toutes les précautions, nul n'est à l'abri de certains facteurs pouvant entraver la fluidité de ce type de rencontre : la timidité ou la réticence de certain(e)s participant(e)s à exprimer leurs opinions, leurs perceptions ou leurs idées en groupe. D'autres limites de cette technique sont l'émission d'idées « normatives » ou considérées comme étant socialement et culturellement acceptées au sein du groupe (www.nice.cnge.fr). Malgré ces facteurs potentiellement limitants, l'entretien de groupe focalisé permet l'émergence d'« une information riche et irremplaçable » par le partage en groupe d'une expérience commune (Angers, 1996, p. 144).

1) Échantillon

Lors d'une recherche dans laquelle nous ne vérifions pas d'hypothèse, nous n'avons pas à atteindre une taille d'échantillon mère, une saturation. Par ailleurs, dans le cadre d'une recherche compréhensive on ne cherche pas à constituer un échantillon représentatif, mais plutôt à interroger une sélection raisonnée de sources d'information (Kaufmann, 1996). Ainsi, afin d'avoir une vue d'ensemble du projet, des opinions et du positionnement des différents acteurs-clés pour la mise en œuvre d'environnement de travail pour les personnels au CHU, nous avons rencontré des informateurs-clés (Berthelette, 2011; Bertrand et coll., 2009) au sommet stratégique, à la ligne hiérarchique et à la technostructure qui détiennent une certaine influence (Mintzberg, 2004) sur la mise en place d'un tel projet au CHU. Nous avons également rencontré tous les membres de l'équipe du Réseau québécois des établissements promoteurs de santé (EPS).

Nous avons interviewé cinq personnes-clés au sein du Réseau EPS chargé de sa direction, de la planification stratégique, de la coordination, etc. Chacune des personnes nous recommandant à une autre afin de compléter l'information. Nous avons pris contact directement avec chacune des personnes par courriel.

Au CHU, nous avons soumis la liste des personnes que nous souhaitions rencontrer à la DPS qui l'a bonifié afin que nous puissions avoir accès aux différentes personnes impliquées dans la mise en place de ce projet. Afin de faciliter le recrutement, les personnes étaient contactées par l'adjointe administrative de la DPS par courriel et, au besoin, par voie téléphonique. Un message expliquant le projet de recherche était joint au courriel. Le processus de recrutement a été aisé auprès des gens qui étaient favorables à la création d'environnements sains de travail. Il nous a été toutefois impossible, malgré les nombreuses relances, de recruter les personnes-clés qui étaient perçues ou connues comme étant opposées au projet. Cependant, à travers l'ensemble des entretiens avec 16 personnes à différents niveaux hiérarchiques, les résistances, les oppositions et les controverses entourant le projet ont aussi été énoncées (voir tableau 3.1).

Le recrutement des participants pour l'entretien de groupe focalisé s'est fait par l'entremise du chef de secteur qui a permis une rencontre de 30 minutes pendant leurs heures de travail afin qu'ils puissent participer à cette étude. Les personnes sélectionnées pour l'hôpital A sont les trois employés nommés « ambassadeurs de la promotion de la santé » dans le cadre du projet « Ensemble vers la santé ». Ces employés étaient les personnes ressources auprès de leurs collègues pour parler du projet, répondre aux questions, etc. Ils étaient donc aux faits des diverses opinions, des perceptions et des résistances relatives à ce projet. À l'hôpital B, il avait un seul ambassadeur de la promotion de la santé autoproclamé lors d'une séance d'information. Il a donc été rencontré individuellement.

Tableau 3.1 Échantillon des acteurs-clés

	Nombre de personnes rencontrées
▪ Direction du plan stratégique	1
▪ Direction des ressources humaines et santé et sécurité au travail	2
▪ Direction des communications	2
▪ Direction de la promotion de la santé/éducation à la santé	3
▪ Chef de service du département d'hygiène et salubrité	1
▪ Chef adjointe du département d'hygiène et salubrité	1
▪ Chef de secteur/hygiène et salubrité (hôpital A)	1
▪ Chef de secteur /hygiène et salubrité (hôpital B)	1
▪ Champion, ambassadeur en promotion de la santé/hygiène et salubrité (hôpital A)	3
▪ Champion, ambassadeur en promotion de la santé/hygiène et salubrité (hôpital B)	1
TOTAL	16

2) Guides d'entretiens

Nous avons créé plusieurs guides d'entretien afin de les adapter au milieu (Réseau EPS et CHU) et au niveau hiérarchique des personnes rencontrées. Les rencontres permettant de retracer la genèse de la mise en place de la promotion de la santé

pour le personnel, les acteurs et les actants impliqués (ressources, lois, contraintes, etc.). Le contenu de ces rencontres viendrait aussi compléter et bonifier l'inventaire des activités et des actions en matière d'environnements sains de travail au CHU. Les entretiens nous permettraient également d'obtenir les opinions et les perceptions ainsi que les résistances relatives à la mise en place du concept d'environnements sains de travail.

Les guides d'interview ont donc été orientés tout naturellement afin de répondre à nos objectifs de recherche et en lien, également, avec notre cadre théorique (Flick, 2007) en adaptant le langage de façon à ce que les questions soient sans ambigüités et aisément comprises même par les profanes en matière de PS et de création de milieux de travail sains (De Sardan, 1995; Imbert, 2010).

Les guides ont aussi été adaptés aux différents acteurs-clés tout en ayant, également, plusieurs questions identiques. Puisque, par exemple, un employé n'a pas nécessairement accès à la planification stratégique de l'établissement. Nous avons aussi adapté les guides selon le type d'implication des individus en lien avec le projet (ex. : participation au projet « Ensemble vers la santé », etc.) (voir appendices A1 à A9). Nous avons ensuite prétesté les guides d'entretien auprès de professionnels de la santé provenant d'un autre établissement promoteur de santé au Québec.

Un questionnaire concernant les renseignements complémentaires a aussi été rempli par chacun des participants à la fin de la rencontre. Ces renseignements nous permettaient d'avoir des informations supplémentaires telles que leur formation professionnelle, le nombre d'années à ce poste, leur formation ou l'absence de formation en promotion de la santé, nous permettant, peut-être de faire des liens avec certaines réponses obtenues telles que la connaissance ou pas de ce qu'est la promotion de la santé dans un HPS (voir appendice A9). À ces documents, évidemment, était joint le formulaire de consentement qui était explicité et signé au début des rencontres avant même d'enregistrer l'entretien (voir appendice A11).

Enfin, nous avons procédé à des entretiens de recherche qualitatifs semi-dirigés individuels en face à face avec des acteurs situés au niveau régional et local d'une durée en moyenne de 60 minutes. Une durée qui, selon certains auteurs (INSPQ, 2011), est tout à fait acceptable parce qu'elle assure que la concentration soit maintenue autant chez l'interviewer que chez l'informateur-clé. Certaines personnes ont été rencontrées à deux reprises pour valider ou approfondir l'information reçue lors de la première rencontre. Chaque entretien a été enregistré.

3) Analyse des entretiens

Nous avons procédé, dans un premier temps, à la retranscription des entretiens. Puis, les textes ont été préanalysés, découpés en unités d'analyse (Alami et coll., 2009) et, ensuite, en des catégories plus fines, collant de près à la réalité de la recherche (BRSS, www.msss.gouv.qc.ca/statistique/brss/). Nous avons utilisé, pour une première étape d'analyse, NVivo 10 qui est un logiciel qui soutient les méthodes de recherche qualitatives et mixtes. Il permet de collecter, d'organiser et d'analyser du contenu tel que des interviews, des discussions thématiques de groupes, des enquêtes, des fichiers audio, etc. Ainsi, nous avons obtenu un ensemble de discours qui ont été analysés selon la méthode d'analyse de contenu permettant d'identifier et de décrire les transformations entre le discours initial émis par l'instance internationale et les discours opérationnels au niveau local (Bonardi et Roussiau, 1999).

Après, les résultats d'analyse ont été affinés par une seconde analyse transversale, une métaanalyse, à l'aide d'Excel permettant d'approfondir notre analyse en procédant à une relecture et en faisant émerger de nouveaux thèmes et en affinant d'autres. Ce processus qui est considéré comme titanesque par certains auteurs (Kalampalikis et Buschini, 2002) a permis d'identifier des connexions subtiles, de visualiser clairement l'itinéraire de la mie en place d'environnements sains de travail, ses transformations et de justifier rigoureusement nos résultats.

3.5 Limites des méthodes choisies et la crédibilité des résultats

> *« Derrière l'apparence neutre et objective de la recherche, il y a toujours un « je » qui est engagé et qui se veut réflexif »* (Giroux, 2003, p. 1)

Dans le cadre d'une recherche qualitative, par une approche compréhensive et une étude de cas, l'analyse reste sommaire et ne permet pas de généralisation. Elle peut toutefois apporter un éclairage nouveau, des pistes pour des recherches de plus grande envergure, produire des connaissances (Trudel et coll., 2007; BRSS, www.msss.gouv.qc.ca/statistique/brss/). Ce type de recherche permet, avant tout, d'avoir une compréhension profonde d'un phénomène individuel ou collectif permettant de l'expliquer dans toute sa complexité. Notre recherche peut donc permettre de mieux comprendre, sans pouvoir généraliser les résultats, la mise en place d'environnements sains de travail dans un HPS en retraçant, notamment, les éléments facilitateurs, les obstacles et en décrivant les activités, les actions, ainsi que les structures misent ou non en place au sein de l'organisation (Gagnon, 2012).

Aucune des méthodes qualitatives utilisées en sciences sociales, aussi rigoureuse soit-elle, n'est à l'abri de biais (Abric, 1994, 2003; Alami et coll., 2009) simplement parce que nous allons, même en tant que chercheur (Boutin, 2006), à la rencontre de la subjectivité d'autrui avec notre subjectivité propre à l'aide de la médiation d'outils et de méthodes comportant des limites claires quant à ce qu'ils peuvent révéler comme opinions, conceptions et attitudes du sujet envers un objet. Par une approche multiméthodes, appelée également triangulation, utilisant diverses méthodes de cueillette de données et des données de sources secondaires, nous avons tenté de limiter les biais (de Rosa, 1987, 2003). La triangulation offrant des points de comparaison avec plusieurs types de donnée (de Rosa, 1987, 2003; Morant, 1996) viendra pallier aux défauts incontournables des méthodes d'investigation en science sociale (www.univ-toulouse.fr). Elle permettra ainsi d'enrichir notre vision et notre compréhension de la mise en œuvre de milieux sains de travail dans un CHU.

Le logiciel qui est utilisé comporte aussi dans son objectivité, des limites. Par exemple, l'analyse de contenu classique plus fine qui procède par le sens, puis par la définition de classes et de calculs trouve son contraire informatique où le calcul est établi en premier, puis les classes et en tout dernier le sens (Kalampalikis et Buschini, 2002) pouvant présenter une analyse et une vision différente de l'objet. Bref, les logiciels permettent un traitement plus rapide des données avec des possibilités d'analyses performantes, mais aucun ne se substitue à l'analyse classique de contenu comportant cependant aussi son lot de biais, dont la subjectivité dans l'élaboration des catégories (*Ibid.*). Nous avons donc, dans un premier temps, procéder à une analyse à l'aide du logiciel NVivo 10, suivi d'une métaanalyse de type classique qui nous a permis de raffiner et préciser notre analyse assurant des résultats rigoureux.

Enfin, il nous a été impossible, malgré les nombreuses relances, de recruter les personnes-clés qui étaient perçues ou connues comme étant opposées au projet. Cependant, à travers l'ensemble des entretiens avec 16 personnes à différents niveaux hiérarchiques, les résistances, les oppositions et les controverses entourant le projet ont aussi été énoncées.

Au chapitre IV, nous allons suivre, le fil des transformations et des différents types de véridiction définissant textuellement « ce que devraient être » un environnement sain de travail dans un hôpital promoteur de santé (HPS) à partir de l'OMS jusque dans un HPS montréalais. Nous pourrons alors identifier les références circulantes[28] à travers les divers textes analysés et les transformations textuelles successives relatives aux éléments composant un milieu de travail sain jusque dans un HPS montréalais. Puis, au chapitre V, nous analyserons et décrirons sa mise en place dans un hôpital promoteur de santé montréalais de façon intégrée et transversale. Nous identifierons et décrirons le processus de sa mise en œuvre ainsi que les écarts et les similitudes entre les discours textuels du concept et son

[28] Une référence circulante est une partie de texte, un élément, qui est maintenant à travers une série de documents qui peut aussi se trouver opérationnalisé (Latour, 2007b).

opérationnalisation dans un HPS. Enfin, puisque que nous étudierons en grande partie en rétrospective la mise en place d'un environnement sain de façon dans un CHU, nous avons adapté à l'instar de Figueiro et coll. (2016) l'utilisation de la théorie de l'acteur réseau (TAR) à notre projet de recherche.

CHAPITRE IV

ANALYSE DES TRANSFORMATIONS DU DISCOURS ÉCRIT SELON TROIS INSTANCES

4.1 Traduction du concept « milieu de travail sain » d'un même réseau

La promotion de la santé dont celle orientée vers le personnel est, selon certains, handicapée par l'absence de définition solide, claire et utilisable (CLICKHP, 2004). Par ailleurs, la littérature mentionne qu'il n'y a pas encore de consensus parmi les experts. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) souligne également des écarts quant aux résolutions mondialement adoptées et les pratiques des États membres. Qu'en est-il au sein du réseau créé par l'OMS, soit le Réseau international des hôpitaux promoteurs de santé (HPS) ? Arrive-t-on à obtenir davantage de cohésion dans la compréhension et la signification du concept de milieux de travail sains?

Afin de faciliter l'implantation et l'auto-évaluation des programmes visant notamment, la création de milieux de travail sains dans les établissements membres, le réseau international des hôpitaux promoteurs de santé ainsi que le réseau québécois des établissements promoteurs de santé ont développé des outils pour palier à ces difficultés.

Nous allons donc, dans un premier temps, analyser quatre documents-clés du réseau (voir chapitre III) :

- *Mettre la politique des HPS en action* (OMS, 2006a)
- *Manuel d'auto-évaluation et formulaires* (OMS, 2006b)
- *Guide pour la promotion de milieux de travail sains* (ASSSM, 2011)
- *Politique en matière de promotion de la santé* d'un CHU montréalais (CHU, 2009)

Chacun des textes représente une forme de véridiction présentant, comme nous le verrons, un modèle et un contenu s'inscrivant dans un contexte sociopolitique et organisationnel qui peut avoir un impact sur les éléments de contenu de la boîte noire « environnement sain de travail » pour cette instance. C'est-à-dire sur les éléments qui devraient être présents afin de favoriser la création de milieux de travail sains. Les documents sont également produits par des organisations et des groupes de travail qui, en raison de leur expertise et leurs mandats, pourront aussi privilégier certains enjeux et en délaisser d'autres afin qu'ils puissent s'inscrire dans un domaine de recherche particulier, d'accréditation, etc. Puis, parfois, d'autres acteurs, comme des gestionnaires et des professionnels de la santé, pourront aussi négociés les enjeux et le contenu du concept « d'environnement sain de travail ».

Les résultats de nos analyses nous permettront de répondre aux objectifs du volet A de notre recherche où l'on vise à identifier et décrire les transformations entre le discours initial textuel émis par l'instance internationale et les discours textuels opérationnels dans les instances régionales et locales.

- Identifier et décrire les modèles et les éléments retenus et constituants, à chacune des instances, un environnement sain de travail.
- Identifier et décrire les écarts et les similitudes entre les modèles.
- Identifier à chacune des instances si le modèle correspond à un modèle intégré de santé global et de bien-être au travail.

Les résultats des analyses seront divisés en quatre sections. La première partie de notre analyse présentera chacune des instances, le contexte qui l'entoure, ses mandats et ses priorités ainsi que le ou les documents qu'elle a commandités ou produit. Puis, avant de dévoiler les résultats de l'analyse de contenu, nous allons présenter ceux d'une deuxième analyse dans laquelle nous décrirons la circulation de chacun des documents à l'intérieur du réseau. Ensuite, la troisième section présentera les résultats de l'analyse individuelle et transversale du contenu des quatre documents-clés du même réseau à trois niveaux : international, régional et local. Nous pourrons alors identifier les éléments qui composent le concept de

« milieux sains de travail » à implanter dans les établissements promoteurs de santé pour chacune des instances à travers les quatre documents analysés. Trouverons-nous un consensus ou des écarts, des traductions différentes du concept à l'intérieur d'un même réseau ? Enfin, à la quatrième et dernière section de ce chapitre, nous allons procéder à une métaanalyse en triangulant avec d'autres sources de données. À l'aide de notre cadre conceptuel, nous pourrons tirer des conclusions plus globales de l'analyse des quatre documents-clés.

SECTION 1 : TROIS INSTANCES, QUATRE DOCUMENTS, PLUSIEURS MODÈLES

Cette première partie de notre analyse présente chacune des instances, en débutant par l'OMS, le contexte qui l'entoure, ses mandats et ses priorités ainsi que le ou les documents qu'elle a commandités ou produit. Chacun des documents, en lien avec le concept d'environnement sain de travail sera résumé, ses bases conceptuelles et le modèle proposé, s'il y a lieu, définis. À la fin de cette première partie d'analyse, une analyse transversale permettra d'identifier les références circulantes[29] et les ruptures, le déplacement des buts ainsi que les transformations, notamment au niveau du modèle proposé.

4.2 Instance internationale : Organisation mondiale de la santé (OMS)

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) est un lieu central d'accumulation scientifique (Bonneuil et Thomas, 2009), sans toutefois produire des connaissances. Elle est l'une des plus vieilles organisations à évoluer sous l'égide de l'ONU (http://perspective.usherbrooke.ca) agissant comme autorité directrice et coordonnatrice du domaine de la santé. L'OMS collabore avec « 194 États membres pour déterminer, entre autres, les programmes de recherche en matière de santé, fixer les normes et énoncer des options stratégiques en se fondant sur des bases

[29] « Qui ne désigne pas un référent externe sans signification propre, mais la qualité de la chaîne de transformation qu'elle traverse, la viabilité de sa circulation ». (Latour, 2007, p. 332)

factuelles notamment pour améliorer les conditions de travail dans le monde entier » (www.who.int/about/fr/). Son mandat est d'amener les humains au niveau de santé le plus élevé (http://perspective.usherbrooke.ca) d'où la stratégie énoncée en 1981 « Santé pour tous d'ici l'an 2000 » (OMS, 1981).

Actuellement, l'OMS a six priorités de leadership qui précisent l'orientation de son action. Une de celles-ci est de mener une action multisectorielle coordonnée aux différents paliers (mondial, national, régional et local) pour contrer l'essor des maladies non transmissibles, dont les effets catastrophiques touchent les gens dans leurs différents milieux de vie et pour lequel la solution réside, selon l'OMS dans des modes de vie plus sains (www.who.int/about/agenda/fr) en utilisant une approche socioécologique de la santé. Une approche qui agit sur les déterminants de la santé que sont, entre autres, les conditions de travail (www.pirve.fr/)[30].

Afin de l'aider dans son action, l'OMS a six bureaux régionaux à travers le monde dont le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe qui est constitué de spécialistes dans les domaines de la santé publique, des sciences et des techniques. Ils sont répartis dans quatre bureaux décentralisés et répartis dans 29 États membres (www.euro.who.int/fr/about-us). L'OMS coordonne donc à travers ses Bureaux régionaux en appuyant et utilisant les activités des centres spécialisés dans des domaines variés (Ibid.). Chacun d'eux produisant des connaissances avec des approches et des méthodes variées compatibles avec leur mission, leurs priorités et leurs objectifs, mais, également, ceux de l'OMS. Ces connaissances sont ensuite diffusées à travers le Réseau de l'OMS.

En 1988, l'OMS a initié le développement conceptuel du Réseau des hôpitaux promoteurs de santé pour atteindre ses objectifs en santé au niveau international, national, régional et local (Ibid.). Douze ans plus tard, elle lance deux groupes de travail pour développer et mettre à jour le Cadre de vie de travail pour les HPS (OMS, 2003). C'est le Bureau de l'OMS de Barcelone en Espagne qui a commandité

[30] www.pirve.fr/wp-content/uploads/2010/11/2simos_ville_sante.pdf.

les deux documents que nous allons analyser, soit *Mettre la politique des HPS en action* (2006a) et le *Manuel d'autoévaluation et formulaires* (2006b) qui sont considérés comme des « documents HPS de base » (OMS, 2008).

1) *Mettre la politique des HPS en action* (2006a)

Le premier document, *Mettre la politique des HPS en action* (2006a), est le fruit du travail d'une équipe coordonnée par l'Institut de recherche en promotion de la santé Ludwig Boltzmann (LBI) qui investigue les prérequis et les options en matière de promotion de la santé pour les organisations (ASSSM, 2001). C'est l'un des documents importants du Réseau International HPS s'inspirant, notamment, des documents et des déclarations de l'OMS (OMS, 2008)31.

Un des objectifs de ce document est de transformer le discours écrit des chartes et déclarations en promotion de la santé dont celles destinées aux HPS, constituées d'objectifs et de moyens communs (www.wikipédia.ca) en un modèle de mise en œuvre explicite pour les gestionnaires et responsables de l'implantation de la PS et de la PST dans les hôpitaux du réseau. Puisque les établissements du Réseau HPS rencontraient certaines problématiques lors de la mise en œuvre du concept HPS. Ce document vise donc à « expliciter et identifier de façon compréhensive, le contenu des stratégies en promotion de la santé pour les hôpitaux. (OMS-WG, 2006) Il présente une version abrégée et ciblée des principaux résultats du groupe de travail [traduction libre] (OMS, 2006a).

Les bases conceptuelles. Le domaine de la promotion de la santé (PS) dont celle orientée vers le personnel, repose sur des multiples études et statistiques provenant de domaines de recherche variés ainsi que de Chartes et de Déclarations. Les domaines de la PS et de la PST gagnent donc en épaisseur en se construisant par

---

[31] Documents HPS : Déclaration de Budapest sur les hôpitaux promoteurs de santé (1991); Déclaration de Vienne relative aux hôpitaux promoteurs de santé (1997); *Evidence and Quality Management* (2005); *Standards for Health Promotion in Hospitals* (2004) et *Self-Assessment Tool* (2006); *Putting HPH Policy into Action* (2006); *Towards a more Health-Promoting Health Service* (2006) (OMS, 2008, p. 22).

couche successive, par la superposition d'études, de théories et d'approches provenant de divers domaines de recherche (Latour, 2007b). Les éléments de contenu revêtent alors une dimension essentielle au fil des études, des publications, des lois, des politiques et des règlements, les rendant plus réels et plus crédibles à l'intérieur du réseau (Ibid.).

Ainsi, afin d'élaborer leur modèle de promotion de la santé dans les hôpitaux et services de santé, le groupe de travail s'est appuyé sur des chartes et déclarations qui posent les conditions nécessaires à la santé et au bien-être, notamment, au sein des cadres de vie que sont les établissements de santé pour les patients, le personnel et les membres de la communauté (voir tableau 4.1). Ils ont pris appui, entre autres, sur la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) ainsi que sur deux autres documents produits par le Réseau international des HPS dans le but de soutenir la réorientation des hôpitaux afin qu'ils deviennent des hôpitaux promoteurs de santé. Le document propose donc un modèle dans lequel la promotion de la santé est comprise dans un sens large suivant la définition de la Charte d'Ottawa (OMS, 2006a).

> La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé; son ambition est le bien-être complet de l'individu. (OMS, 1986)

Ceci inclut donc le maintien et l'amélioration de la santé, que ce soit par sa protection ou le développement d'une santé positive ou en référence à certaines maladies à la prévention ou aux traitements et soins, aussi longtemps que ces procédures sont appliquées d'une façon qui donne les moyens d'agir (OMS, 2006a, p. 16) aux patients, au personnel et aux citoyens de la communauté.

La *Déclaration de Budapest* (1991) constitue, également, les bases sur lesquelles s'érige le concept d'hôpitaux promoteurs de santé. Quatre des dix-sept objectifs proposés par cette Déclaration pour les HPS visent particulièrement la santé et le bien-être du personnel. Elles ont été aussi des guides pour l'élaboration du modèle proposé (OMS, 2006a).

- Stratégie 3 : Mettre en place une prise de conscience de l'impact de l'environnement hospitalier sur l'état de santé des patients, du personnel et de la communauté. La construction et la disposition interne de l'hôpital devraient être adaptées pour diminuer les préjudices potentiels.
- Stratégie 6 : Créer des conditions de travail compatibles avec la santé du personnel.
- Stratégie 7 : S'efforcer de faire de l'hôpital un modèle pour les services de santé et les lieux de travail.
- Stratégie 14 : Assurer la qualité de la nourriture des patients et du personnel.

Le groupe de travail s'est également appuyé sur la *Déclaration de Vienne* (1997). Selon ce document qui prend appui « sur la *Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé* (1986), la *Charte de Ljubljana* (1996) sur la réforme des soins de santé et la *Déclaration de Budapest* des Hôpitaux Promoteurs de Santé (1991) », un hôpital promoteur de santé devrait suivre certains principes fondamentaux. Le volet implantation de la stratégie au point 1.3 met de l'avant le principe selon lequel il est important pour les HPS de « créer des conditions de travail qui sont saines pour les membres du personnel, incluant la réduction des risques hospitaliers, ainsi que les facteurs psychosociaux ».

Ils se sont également inspirés des travaux d'un autre groupe de travail européen dirigé par Rootman (2001, 2004) dont l'ouvrage portait sur les principes et perspectives pour l'évaluation en promotion de la santé. Ainsi, suivant les principes énoncés (Rootman et coll., 2001, p. 4, dans OMS, 2006a, p. 16), lorsqu'adéquats, après « avoir donné les moyens pour agir » aux personnes concernées, six autres principes devraient être appliqués en promotion de la santé.

- Principe 1 : dans l'élaboration des projets, la dimension participative est importante. Les personnes concernées devraient être impliquées à toutes les étapes du processus.
- Principe 2 : Une approche holistique en promotion de la santé suivant lequel la santé physique, mentale, sociale et spirituelle est favorisée.
- Principe 3 : L'intersectorialité où une collaboration impliquant des acteurs-clés de différents secteurs est favorisée dans les projets.
- Principe 4 : L'équité et la justice sociale devraient guider la planification stratégique et les actions en promotion de la santé.
- Principe 5 : Les changements devraient aussi être envisagés selon le critère de durabilité qui permet aux individus et à la communauté à la fin des subventions de maintenir les changements.
- Principe 6 : le dernier principe est celui de la dimension « multistratégique » des stratégies et actions en promotion de la santé qui utilise une variété d'approches en combinaison telles que les politiques de développement, le changement organisationnel, le développement communautaire, les lois, l'éducation, la communication, etc. Cela peut également se traduire par le développement « de politiques thématiques en promotion de la santé ciblée autour de facteurs ou de déterminants spécifiques de santé plutôt qu'autour d'une stratégie » (OMS, 2006a, p. 61).

Le modèle proposé représente donc une transformation de ces diverses connaissances, des chartes et déclarations en une nouvelle traduction comportant 18 stratégies centrales. Ces stratégies centrales visent à permettre de coordonner des actions visant à implanter la promotion de la santé pour tous, de façon transversale et intégrée au sein des établissements promoteurs de santé. Les 18 stratégies sont divisées en trois groupes cibles : celles pour les patients, pour le personnel et pour la communauté (voir tableau 4.1).

> La pensée organisée autour des « groupes cibles » a été une longue tradition dans le réseau des HPS, et cela fait une grande différence pour les décideurs s'ils ont à penser aux patients, au personnel de l'hôpital et aux tierces personnes dans la communauté qui ne sont pas encore clients de l'hôpital. (OMS, 2006a, p. 11)

Tableau 4.1 *Mettre la politique des HPS en action* (OMS) : modèle proposé pour la mise en œuvre de la promotion de la santé dans les HPS

HPS pour... \ HPS par...		PATIENTS	PERSONNEL	COMMUNAUTÉ
Développement des traitements et des soins PS	Donner les moyens d'agir aux personnes concernées pour une gestion et une autoreproduction de la santé promotion de santé	PAT-1 : vie promotrice de santé pour les patients	STA-1 : vie promotrice de santé pour le personnel	COM-1 : Accès promoteur de santé à l'hôpital pour les citoyens
	Donner les moyens d'agir aux personnes concernées pour une coproduction promotrice de santé	PAT-2 Coproduction promotrice de santé des patients en traitement	STA-2 Coproduction du processus de travail promotrice de santé du personnel	COM-2 Coproduction promotrice de santé avec les services en région
	Cadre hospitalier promoteur de santé qui donne les moyens d'agir aux personnes concernées	PAT-3 Cadre promoteur de santé pour les hôpitaux	STA-3 Cadre promoteur de santé pour le personnel	COM-3 Cadre hospitalier promoteur de santé pour les citoyens
Positionnement stratégique	Gestion promotrice de santé des maladies qui donne les moyens d'agir (éducation aux patients) pour les personnes concernées	PAT-4 Gestion des maladies promotrice de santé pour les patients	STA-4 Gestion des maladies promotrice de santé pour le personnel	COM-4 Gestion des maladies promotrice de santé pour les citoyens
	Développement de modes de vie qui donne les moyens d'agir (éducation à la santé) pour les personnes concernées	PAT-5 Développement des modes de vie promoteurs de santé pour les patients	STA-5 Développement de modes de vie promoteurs de santé pour le personnel	COM-5 Développement de modes de vie promoteurs de santé pour les citoyens
	Participation au développement de la promotion de la santé et des moyens pour agir pour les personnes concernées dans la communauté	PAT-6 Cadre communautaire promoteur de santé pour les patients	STA-6 Cadre communautaire promoteur de santé pour le personnel	COM-6 Cadre communautaire promoteur de santé pour les citoyens

OMS (2006, p. 17). Traduction libre.

Chacun de ces trois groupes cibles ne peut toutefois être considéré comme un groupe homogène, car chacun de ces groupes a des besoins qui varient selon l'âge, le genre, la communauté culturelle ou l'appartenance religieuse (Ibid., p. 12). Dans la tradition des HPS, il y a également un quatrième acteur, l'hôpital en tant qu'organisation en santé ayant la capacité de suivre et de s'adapter à un environnement changeant et turbulent. Ce quatrième acteur est représenté, notamment, par les gestionnaires.

Les stratégies pour chaque groupe cible sont également divisées en deux parties soit les stratégies qui visent le développement de la qualité en promotion de la santé et donc le développement d'un cadre hospitalier promoteur de santé et celles qui concernent l'offre de services ou les activités en promotion de la santé. Les stratégies qui composent le cadre hospitalier sont des incontournables pour tous les hôpitaux souhaitant adhérer aux principes des HPS. Le second volet est volontaire et variable selon le positionnement stratégique de l'organisation (voir tableau 4.1).

- *Manuel d'autoévaluation et formulaires* (2006b)

Le *Manuel d'autoévaluation et formulaires* de la mise en œuvre de la promotion de la santé dans les HPS (2006b) a été écrit sous l'égide du réseau danois des HPS regroupant des experts de l'OMS ayant comme mission de développer des normes en promotion de la santé. Ce groupe était sous la direction d'un des membres de l'équipe de travail du (LBIHPR) (OMS, 2006b, p. 17). Il propose une traduction différente de la PS dont celle orientée vers le personnel dans les HPS bien que commandité, à l'instar du premier document, par l'OMS Europe (www.euro.who.int/fr/). Ces différences dans la forme et le contenu s'expliquent, en partie, par les objectifs du document et par les spécificités méthodologiques et théoriques relatives au domaine des normes qui sont, à certains égards, différents du précédent groupe de travail spécialisé en promotion de la santé.

Ce vise à pallier au manque d'outil de gestion abordant explicitement les activités de promotion de la santé (OMS, 2006b, p. 8) car « une recension des normes développées par les organismes d'agrément les plus importants dans différents pays a révélé que les références à des activités de promotion de la santé étaient rares » (Ibid., p. 15). Les normes précisent les exigences minimales (www.health.gov.on.ca) en matière de promotion de la santé dans les HPS et non pas l'éventail complet, comme nous le verrons, d'un programme globale en promotion de la santé dont celle au travail. Le manuel a été élaboré pour tous les hôpitaux et les organismes régissant la qualité soucieux d'améliorer la promotion de la santé. Il se veut « un outil autonome permettant d'évaluer, de suivre et d'améliorer les activités de promotion de santé » (Ibid., p. 7).

Bases conceptuelles. Le *Manuel d'autoévaluation* s'appuie sur la Charte d'Ottawa où il est écrit que la promotion de la santé c'est « le processus qui confère aux personnes le moyen d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de l'améliorer » (OMS, 2006b, p. 12). Une première référence circulante entre les deux documents. L'approche de la promotion de la santé retenue pour le manuel est celle qui combine à la fois l'approche médicale, comportementale (facteurs relatifs aux saines habitudes de vie) et socio-environnementale. Ainsi la promotion de la santé est celle qui « comprend les approches médicales visant à soigner les individus, tout en allant plus loin » (OMS, 2006b, p. 13) sans toutefois préciser que l'on vise, à l'instar de la Charte d'Ottawa le maintien et l'amélioration de la santé positive des individus.

On précise néanmoins que le document *Eighteen Core Strategies for Health Promotion in Hospitals* (2005), qui est la version antérieure du document Mettre la Politique des HPS en action (2006a), présente la démarche globale à l'implantation de la promotion de la santé dans les HPS, tandis que le Manuel d'autoévaluation et formulaires (OMS, 2006b) traite seulement « des enjeux les plus facilement acceptés par les professionnels travaillant avec des patients et au sujet desquels l'expérience clinique la plus solide est disponible » (OMS, 2006b, p. 8), suscitant

ainsi peu de controverses. Certains aspects de la qualité des soins sont aussi exclus de l'autoévaluation (Ibid., p. 13). « Les normes ne couvrent donc pas tout le spectre des activités relatives au Réseau international des hôpitaux promoteurs de santé de l'OMS » (Ibid., p. 13). Les normes, notamment, d'amélioration communautaire et celles relatives aux préoccupations environnementales dans les hôpitaux pourront être développées ultérieurement.

On distingue également deux approches relatives à l'évaluation de la qualité soit celle d'autoévaluation et d'agrément. L'autoévaluation est « un processus utilisé par les établissements de santé pour évaluer avec justesse leur niveau de performance par rapport à des normes établies et pour implanter des actions d'amélioration continue » (Ibid., p. 14). Tandis que la deuxième qui s'appuie sur un processus d'autoévaluation requiert un processus d'évaluation par des pairs (Ibid.). Ainsi, le manuel vise uniquement l'approche d'autoévaluation interne puisque celle-ci est facultative, actuellement pour les membres du Réseau international des hôpitaux promoteurs de santé[32][33].

Le document s'appuie aussi sur deux approches complémentaires de l'évaluation de la qualité soit les normes et les indicateurs.

> Les normes qui expriment des énoncés sur lesquels s'entendent les professionnels et qui portent sur les structures ou les processus de soins qui devraient être implantés, et les indicateurs qui ont trait aux processus et aux résultats en matière de santé et qui constituent un outil d'évaluation quantitative des variations de la performance au fil du temps ou d'un établissement à l'autre. (OMS, 2006b, p. 7)

Les normes en promotion de la santé de l'OMS ont été développées de façon complémentaire à celles des normes d'agréments existants[34][35] et en conformité avec

---

[32] « Cependant, le réseau international des hôpitaux promoteurs de santé pourrait décider de développer un système de reconnaissance du niveau de réalisation en fonction des normes et des indicateurs présentés dans ce document » (OMS, 2006b, p. 10).

[33] « L'OMS n'a pas l'intention d'utiliser les normes et les indicateurs pour évaluer officiellement les hôpitaux membres du réseau des hôpitaux promoteurs de santé, ni pour les agréer ou pour les classer » (OMS, 2006b, p. 15).

[34] Organismes de promotion de la qualité pour les soins hospitaliers : En Australie : Australian Council on Healthcare Standards (ACHS); au Canada : le Conseil canadien d'agrément des services de

la philosophie d'amélioration continue de la qualité. Elles sont également conformes aux exigences du programme ALPHA (Ibid., p. 17). Elles pallient à certains manques relatifs, entre autres, à l'amélioration de la santé du personnel (Ibid., p. 16). De plus, elles visent à introduire la promotion de la santé de façon normative puisque cette dernière s'est montrée peu présente, après une revue de littérature, dans les normes actuelles de qualité pour les hôpitaux.

Les normes développées s'appuient sur des actions en promotion de la santé qui ont fait leur preuve. Les normes et sous-normes s'appliquent à tous les secteurs de l'établissement de façon directe ou indirecte. Elles « prennent en compte le potentiel de santé des individus et soulignent l'importance de les faire participer à l'aide d'information, de motivation, du counselling, de formations ou d'autres activités pour atteindre leur potentiel de santé » (OMS, 2006b, p. 16). Elles décrivent également les principes et les actions qui doivent faire partie intégrante des soins dans tous les hôpitaux (OMS, 2003, 2006b). Le modèle propose également des indicateurs de performance portant essentiellement sur les processus et les résultats des soins. Ils servent « à mesurer les gestes posés et leur qualité » (OMS, 2006b, p. 22). Ainsi, ce modèle permettrait hypothétiquement, selon le groupe de travail, d'atteindre de meilleurs résultats relatifs aux patients, au personnel et pour le public en général (Ibid.).

Le modèle holistique ayant été écarté pour ce document, le groupe de travail est arrivé à un consensus de cinq normes[36] couvrant cinq dimensions devant être abordées dont une norme 4(Environnement sains de travail) concerne le personnel (voir tableaux 4.2 à 4.5). Chacune des normes est accompagnées de sous-normes

---

santé (CCASS); en France, la Haute Autorité de santé (HAS); au Royaume-Uni, le Health Quality Services (HQS); aux États-Unis : la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO) (*Ibid.*, p. 15).

[35] Normes internationales développées par l'Organisation internationale de normalisation et par la division internationale du JCAHO, la Joint Commission International (JCI), etc. (*Ibid.*, p. 15).

[36] Chacune des normes inclut trois niveaux. Le premier niveau correspond à la norme. Au second niveau, on retrouve les sous-normes qui permettent l'opérationnalisation de la norme. Le dernier niveau est celui des éléments mesurables qui décrivent les exigences auxquels on doit répondre pour respecter la norme énoncée.

qui furent développées pour assurer leur opérationnalisation. Le modèle a été implanté dans 36 hôpitaux de neuf pays européens afin de vérifier son applicabilité au sein du milieu hospitalier (Groene et coll., 2006; OMS, 2006b).

Ainsi, on effectue avec ce modèle un déplacement, un changement de position par rapport à l'approche holistique et intégrée préconisée en promotion de la santé en retenant uniquement certains éléments pour l'évaluation de la mise en œuvre de la promotion de la santé dont celle orientée vers le personnel dans les HPS. C'est une première rupture dans la chaîne de traduction étudiée. Une autre transformation relève du mandat d'autoévaluation du document. Le modèle propose cinq normes, sous-normes et indicateurs au lieu de 18 stratégies centrales dont la quatrième vise la PS destinée au personnel qui se traduit plutôt en la *promotion de milieux de travail sains.*

Tableau 4.2 *Manuel d'autoévaluation et formulaires* (OMS) : modèle proposé de cinq normes

Norme 1 :	Politique de gestion de l'hôpital
Norme 2 :	Évaluation des patients, de leurs facteurs de risques et de leurs besoins
Norme 3 :	Information et l'intervention auprès des patients en matière de promotion de la santé
Norme 4 :	Environnements sains de travail : promotion de milieux de travail sains ainsi que continuité et coopération de l'hôpital avec les autres prestataires de soins et de services sociaux extérieurs au réseau
Norme 5 :	Continuité et coopération de l'hôpital avec les autres prestataires de soins et de services sociaux extérieurs au réseau, dont les aidants naturels

Tableau 4.3 *Manuel d'autoévaluation et formulaires* : promotion de milieux de travail sains (norme 4)

Norme 4 : Environnements sains de travail : promotion de milieux de travail sains

OBJECTIFS

1) Favoriser la santé et la sécurité au travail
2) Soutenir les activités de promotion de la santé pour le personnel

Trois sous-normes

4.1 : L'organisation s'assure de créer et de mettre en œuvre une politique de santé et de sécurité au travail
- 4.1.1 Les conditions de travail sont conformes aux directives et aux indicateurs nationaux et régionaux [mesure : les règlementations nationales et internationales (UE) sont reconnues].
- 4.1.2 Le personnel satisfait aux exigences en matière de santé et sécurité et tous les risques en milieux de travail sont reconnus.

4.2 L'organisation assure le développement et la mise en œuvre d'une stratégie complète de ressources humaines qui comprend de la formation et le développement d'habiletés en matière de promotion de la santé
- 4.2.1 Des séances de formation initiale abordant la promotion de la santé sont offertes aux nouveaux employés [mesure : entrevues avec ces employés]
- 4.2.2 Le personnel de tous les départements connaît le contenu de la politique de promotion de la santé de l'organisation [mesure : évaluation annuelle de la performance ou de la participation du personnel au programme de promotion de la santé]
- 4.2.3 Il existe un système d'évaluation de la performance et de développement professionnel continu qui comprend la promotion de la santé [mesure : système documenté par la révision des fiches du personnel ou par des entrevues avec les employés]
- 4.2.4 Des équipes multidisciplinaires élaborent des méthodes de travail (procédures et directives) [mesure : vérifier les procédures, vérifier auprès du personnel]
- 4.2.5 Le personnel participe à l'élaboration de politiques, à leur vérification et à leur révision [mesure : vérifier auprès du personnel; consulter les comptes rendus des groupes de travail afin de vérifier la participation des représentants des employés]

4.3 L'organisation s'assure que des procédures servant à développer et à tenir à jour les connaissances du personnel sur les enjeux de santé sont disponibles
- 4.3.1 Le personnel a accès aux politiques de sensibilisation sur les enjeux de santé [mesure : vérifier les politiques sur la consommation de tabac, d'alcool, de drogue et sur l'activité physique]
- 4.3.2 Des programmes d'arrêt du tabagisme sont offerts [mesure : données sur la disponibilité des programmes]
- 4.3.3 Des sondages annuels sont effectués auprès des membres du personnel pour vérifier notamment leur comportement, leur connaissance des services et des politiques de soutien ainsi que leur recours aux séminaires de soutien [mesure : vérifier le questionnaire et les résultats du sondage auprès des employés]

(OMS, 2006b, p. 50)

Tableau 4.4 *Manuel d'autoévaluation et formulaires* : indicateurs complémentaires pour la norme 4 (OMS)

Norme 4 : Environnements sains de travail : promotion de milieux de travail sains
Indicateurs complémentaires
Pourcentage de fumeurs parmi les employés
_____ Arrêt du tabagisme
_____ Résultat du sondage auprès du personnel sur ses conditions de travail
_____ Pourcentage d'absences à court terme
_____ Pourcentage d'accidents de travail
_____ Résultat relatif au taux d'épuisement professionnel
Indicateurs locaux pouvant être inclus dans le plan d'action (OMS, 2006b, p. 51)

Tableau 4.5 *Manuel d'autoévaluation et formulaires* (OMS) : exemple de plan d'action pour la norme 4

Norme 4 : Environnements sains de travail : promotion de milieux de travail sains Plan d'action				
	Action	Responsables	Échéance	Résultat prévu
Généralités				
4.1				
4.2				
4.3				
4.4				

OMS, 2006b, p. 52.

4.3 Instance régionale : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Nous nous déplaçons maintenant à l'instance régionale. L'Agence de la Santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM)[37] a comme mission d'assurer la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux de la région montréalaise. Elle a la responsabilité d'améliorer la performance du réseau et ainsi contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population (http://agence.

[37] L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, chapitre 32), Elle relève du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

santemontreal.qc.ca). L'ASSSM s'est joint au Réseau international HPS en 2005 en créant le Réseau québécois des établissements promoteurs de santé. Elle coordonne, soutien les membres en produisant du savoir et en le diffusant à travers le Réseau Québécois mais aussi à travers le Réseau International HPS.

4.3.1 Création du Réseau québécois des établissements promoteurs de santé (EPS)

À la fin de l'année 2003, le système sociosanitaire québécois[38] a connu une vaste réforme qui suscita une intense mobilisation et des confrontations (Fleury et coll., 2006), notamment quant à l'avenir de la prévention et de la promotion de la santé dans le réseau de la santé (Gestionnaire Réseau EPS).

> Ce qui m'a amené dans le fond à démarrer un réseau des hôpitaux et CSSS promoteurs de santé à Montréal, c'est que lorsqu'on a eu à mettre sur pied le réseau des CSSS à Montréal qui est né dans le fond de la fusion des CLSC d'une part, des centres d'hébergement de longue durée d'une autre part et aussi dans cinq cas d'un hôpital de courte durée [...] quand on faisait des réunions et des consultations publiques en soirée, les citoyens venaient au micro nous dire : « vous êtes malades de fusionner les CLSC avec des hôpitaux parce que vous allez tout détruire ce qu'on a développé en prévention et en promotion de la santé à Montréal en faisant ça parce qu'il y en aura que pour les docteurs, que pour les urgences et les opérations. » Ça nous a été dit par les employés des CLSC et par les groupes communautaires. Il y a eu aussi plusieurs personnes en santé publique qui partageait cette crainte.

Ainsi, en réponse à cette controverse, on chercha à l'Agence (ASSSM) une solution qui permettrait de « vacciner les organisations contre le risque » (Gestionnaire Réseau EPS). Fruit d'une recherche anecdotique sur Google[39], le Réseau International des hôpitaux promoteurs de santé (HPS) s'avère une solution.

> Je me suis rendu compte dans le fond que c'était (le Réseau International des HPS) un enfant de la Charte d'Ottawa. Puis, dans la Charte d'Ottawa, ils avaient développé le concept de *setting strategy*, c'est-à-dire de transformer un milieu pour en faire un milieu promoteur de santé plutôt que faire des activités de promotion de santé dans le milieu. Ça l'a donné naissance à des villes et villages en santé, à des écoles en santé et au projet pilote d'hôpitaux promoteurs de santé en Europe.

---

[38] À la fin de l'année 2003, 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) et de quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) furent créés (Fleury et coll., 2007).

[39] « J'ai fait « *Health Promotion* » puis *Hospital*, puis je suis tombé sur le réseau international ». (Gestionnaire du réseau EPS)

> Puis ici au Québec, on était déjà actif dans le concept de villes et villages en santé[40]. Puis en 2003, le Ministère (MSSS) avait ressuscité l'idée des écoles en santé au niveau du programme national de santé publique. Ce qui fait que comme les CSSS devaient être impliqués dans les écoles en santé inéluctablement et dans villes et villages en santé, on s'est dit que ça pourrait être une piste. (Gestionnaire Réseau EPS)

Afin d'assurer la pérennité de la mission de prévention et de promotion de la santé suite à la dernière vague de réformes quatre recommandations41 furent présentées au Conseil d'administration (CA) dont celle de la création du Réseau des CSSS et hôpitaux promoteurs de santé à Montréal (Membre de l'équipe Réseau EPS-1). Le réseau a donc été créé dans « le but de renforcer la capacité des établissements en matière de prévention et de promotion de la santé » (http://hps.santemontreal.qc.ca).

> C'est un moyen stratégique de donner dans le fond des leviers aux dirigeants des nouveaux CSSS pour embarquer notamment l'hôpital dont ils héritaient dans un mouvement de promotion de la santé parce qu'on avait observé qu'en Europe, il y avait des hôpitaux qui s'étaient appropriés le concept en l'implantant réellement dans les activités cliniques. (EPS-1)

De plus, selon le gestionnaire rencontré à l'Agence, plusieurs études européennes démontrent que l'épisode de soin est un moment propice au changement d'habitudes de vie dû à l'ouverture des patients à se questionner sur leur mode de vie (cessation tabagique, alimentation saine, etc.).

C'est dans ce contexte et dans le cadre de sa mission et ses responsabilités que l'Agence a créées, en 2005, le Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé (http://hps.santemontreal.qc.ca). En 2012, le réseau montréalais s'élargit et se transforme en un réseau provincial. Il devient alors le Réseau québécois des établissements promoteurs de santé (EPS). Le tout premier réseau créé au-delà du continent européen membre du Réseau international des hôpitaux promoteurs de santé (HPS) (Ibid.).

---

[40] « À Montréal, on a les quartiers en santé, St-Michel en santé, etc. ». (EPS-1)

[41] 1) Développer à Montréal un réseau des CSSS et hôpitaux promoteurs de santé affilié à l'OMS; 2) que chaque CSSS ait un directeur de santé publique membre du comité de direction; 3) interdire les transferts de fonds des programmes autres que la santé physique vers la santé physique; 4) prioriser dans le projet clinique le plan local en santé publique. (Gestionnaire du réseau EPS).

4.3.2 Déplacement des objectifs initiaux : stratégies employeurs de choix

Le réseau EPS a été créé afin de préserver ce qui s'était développé au fil des années en prévention et en promotion de la santé à Montréal. Il agirait aussi comme levier pour les dirigeants des nouveaux CSSS qui intégrerait l'hôpital dont ils héritaient dans un mouvement de promotion de la santé. En se joignant au Réseau les établissements membres devaient respecter les cinq normes proposées dans le *Manuel d'autoévaluation.* Bien qu'une norme, la quatrième, cible la promotion de la santé du personnel, l'objectif premier était de préserver, de façon générale, la dimension prévention et promotion de la santé pour la population desservie par le réseau.

L'Agence relève du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui fixe des objectifs à atteindre, notamment, ceux relatifs à la réduction du taux d'assurance salaire, à l'augmentation de la présence au travail, à la diminution du taux de roulement, etc. (EPS-1). En 2010, le MSSS a fixé des nouveaux objectifs stratégiques. C'est alors que s'est effectué un déplacement des objectifs initiaux à l'adhésion au Réseau par l'intermédiaire du plan stratégique. Comme le précise un gestionnaire à l'Agence, la création du réseau « n'est pas arrivée par les ressources humaines, mais par la planification stratégique » (membre de l'équipe du Réseau EPS-2). Elle est devenue, au fil du temps, une stratégie de type « employeur de choix ». Cette adhésion alors ne signifiait plus seulement assurer la pérennité de la mission de prévention et de promotion de la santé dans le Réseau. Elle devenait une des trois stratégies de type « employeur de choix » dont tous les établissements publics et privés conventionnés doivent se joindre d'ici 2015[42].

Ainsi, le réseau des établissements promoteurs de santé, en 2010, devient l'une des trois stratégies qui incluent un volet de mobilisation des ressources humaines[43]. Le dossier EPS s'inscrit également au plan stratégique du Ministère de la Santé et des

---

[42] 1) Réseau des établissements promoteurs de santé, 2) certification Planetree et 3) certification d'entreprise en santé.

[43] Ibid.

Services Sociaux (MSSS, 2010) et au plan d'action sur la disponibilité de la main-d'œuvre à Montréal (2010-2015) selon lequel, les hôpitaux notamment, doivent « développer des milieux de travail sains et mettre en place les conditions nécessaires à l'implantation de stratégies de type « employeur de choix » (ASSSM, 2010) afin de palier à la problématique de la main-d'œuvre dans le réseau de la santé. Les opérations de traductions transforment donc les objectifs initiaux de la création du réseau en des stratégies « employeur de choix ».

> Dans le fond, une stratégie employeur de choix[44], comporte différentes actions qui mobilisent le personnel. Puis, un employé mobilisé ce n'est pas juste quelqu'un qui est content de faire sa job, c'est quelqu'un qui est fier de travailler et qui en parle positivement, qui pourrait même amener du monde à travailler. Il va vendre son institution dans le fond. (EPS-1)

Selon la mission de chacune des institutions, elles choisissent l'une ou l'autre des trois stratégies de type employeur de choix proposées. Elles peuvent également les jumeler comme l'a fait entre autres l'Hôpital Saint-Justine. Selon ce même gestionnaire de l'Agence, les stratégies Planetree et HPS correspondent davantage à l'univers hospitalier. On se sert donc maintenant des stratégies proposées par le Réseau HPS pour les problématiques liées à la main d'œuvre due à la Norme 4 - Environnements sains de travail.

> Maintenant, quatre ans plus tard, je dirais qu'une des normes qui a pris beaucoup de place, c'est la norme 4 - Environnements sains de travail. Pourquoi ? Parce que bon dans le réseau de la santé, il y a des problèmes assez sérieux d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre. [...] C'est une mesure qui favorise la rétention. [...] Ça aide à retenir le personnel, à réduire le taux d'assurance salaire. Ça favorise une bonne utilisation de la main-d'œuvre indépendante. Là comme gestionnaire, tu y vois un gain, mais assez clairement. (EPS-2)

> Si on creuse et on regarde plus avec les enjeux, on est confronté à toutes sortes d'obstacles et de défis. C'est le vieillissement de la population, l'augmentation des besoins en santé, pénurie ou vulnérabilité de beaucoup de professionnels du milieu de la santé. Donc, c'est d'attacher finalement cet objectif de santé du personnel à des objectifs de ressources humaines. Comment faire pour retenir et attirer le

---

[44] « Les autres éléments, pour une stratégie de type employeur de choix, c'est d'avoir évidemment des stratégies, des outils pour contribuer à la santé et au bien-être des employés. La quatrième c'est d'avoir des programmes pour aider les employés qui ont des problèmes dans le système d'employés : problèmes de toxicomanie, conjugaux, etc. (aide aux employés). D'avoir de bonnes politiques et procédures si quelqu'un se blesse dans un accident de travail, etc. » (Gestionnaire Réseau EPS).

> personnel puis le garder en santé ? Il ne faut pas oublier qu'un personnel en santé c'est aussi ça. Ce n'est pas que des ressources humaines. [...] Il ne faut pas oublier que c'est de donner des exemples aux patients. Des médecins en santé, des infirmières en santé, c'est bon pour eux, c'est bon pour les collègues, c'est bon comme exemple, finalement, c'est bon pour les patients. Ça peut avoir un impact sur la perception, sur l'éducation des patients à la santé. (Membre de l'équipe Réseau EPS-3)

Cette norme permettrait donc de diminuer, de façon prioritaire, les inégalités de santé au travail dans le réseau de la santé, d'aider le personnel avec des difficultés au niveau de la santé psychologique (EPS-3) et de soutenir les cadres intermédiaires dans l'exercice de leur fonction (EPS-2). La norme 4 (Environnements sains de travail) est aussi reliée à la qualité des soins. Un autre enjeu très important (EPS-3).

Les opérations de traductions transforment donc les objectifs initiaux lors de la création du Réseau qui visaient le maintien de la prévention et promotion de la santé en des stratégies « employeur de choix » à travers la norme 4 pour les membres du Réseau EPS par l'intermédiaire du plan stratégique du MSSS.

4.3.3 *Guide pour la promotion de milieux de travail sains* (ASSSM)

Six ans après la création du Réseau EPS et un an après que la norme 4 (Environnements sains de travail) du Réseau HPS soit devenue, selon le MSSS, une des trois stratégies « employeur de choix » à adopter par tous les établissements publics et privés conventionnés, l'Agence publie, en 2011, le *Guide pour la promotion de milieux de travail sains* dans le réseau de la santé et des services sociaux. Il est le troisième document analysé. Ce guide visait, comme nous l'avons mentionné, à définir la norme 4 du *Manuel d'autoévaluation* afin de faciliter sa mise en œuvre dans les établissements du Réseau.

Le *Guide pour la promotion de milieux de travail sains* a donc été publié suite aux travaux du groupe de travail régional ad hoc promotion de milieux de travail sains avec la collaboration du Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs

de santé. Ce groupe de travail dont les membres étaient issus de l'Agence (DSP et DRHIPAJ), deux CHU, un institut, un CSSS et de l'UQAM « avait comme fonction de formuler au Réseau montréalais, ses recommandations sur les modèles et les stratégies de promotion de milieux de travail sains, les plus pertinents dans le contexte montréalais » (ASSSM, non daté, p. 2; Côté, 2009). Le guide est aussi le fruit d'une collaboration très active des établissements du réseau de la santé et des services sociaux montréalais et d'acteurs des autres régions du Québec ainsi que des partenaires du réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé (ASSSM, 2011)[45].

Le *Guide pour la promotion de milieux de travail sains* est destiné principalement aux gestionnaires de la haute direction afin de les éclairer dans leurs orientations stratégiques et, également, pour ceux qui sont responsables, quel que soit leur niveau décisionnel, de développer et coordonner, en partie ou dans sa totalité, les programmes en promotion de milieu de travail sain (ASSSM, 2011). Ce document de 265 pages vise à traduire ce qu'est, selon le Réseau EPS, la mise en œuvre de la norme 4 : l'organisation s'assure de mettre en œuvre les conditions nécessaires pour offrir à son personnel un milieu de travail sain. Une des cinq normes proposées dans le *Manuel d'autoévaluation de l'OMS* (ASSSM, 2011, p. 2) qui souligne la responsabilité de l'établissement de mettre en œuvre les conditions nécessaires pour offrir à son personnel un milieu de travail sain (Groene, 2006, dans ASSSM, 2011). Le guide de l'Agence (ASSSM) se veut donc « un outil pratique et nécessaire pour accompagner les gestionnaires d'établissements de santé et de services sociaux à offrir à leurs employés un milieu propice à l'exercice de leur activité dans les meilleures conditions » (ASSM, 2011, p. 6).

Les bases conceptuelles. La conception du *Guide pour la promotion de milieux de travail sains* dans le réseau de la santé et des services sociaux s'appuie « sur

---

[45] Agence de la santé et des services sociaux : Réseau montréalais des HPS; groupe de travail interne composé de 6 personnes; groupe de travail régional composé de 12 personnes (quatre ASSSM, deux CHU, un Institut, trois CSSS et un UQAM); groupe de travail international composé de neuf personnes : trois du Canada, un de Taiwan, un des États-Unis, un de la Finlande, un de la Suisse et un d'Italie (Alarie et coll., 2009).

l'étude de près de 250 références bibliographiques et la consultation de plus de 45 projets (voir tableau 4.6) menés par des établissements du réseau de la santé et des services sociaux » (ASSSM, 2011, p. 11). Il est aussi le fruit, comme nous l'avons mentionné précédemment, des travaux du groupe de travail régional promotion de milieux de travail sains et d'une collaboration très active entre les différents acteurs du réseau.

Le modèle proposé. Si le document, *Mettre la politique HPS en action*, propose un modèle constitué de stratégies et celui du Manuel d'autoévaluation un, composé de normes, de sous-normes et d'indicateurs couvrant les trois groupes cibles, le présent document définit uniquement la norme 4 destinée au personnel. Selon ce guide, cinq thématiques (Tableau 4.6) devraient être ciblées par les programmes de promotion de la santé destinés au personnel au sein des établissements. Chacune des thématiques est ensuite définie et des pistes d'actions sont proposées (voir l'analyse thématique du Guide - section 3 et appendices B5 et B6). Il y a donc une troisième transformation de la forme et du modèle. Il y a également une rupture entre le Manuel d'autoévaluation dans lequel étaient traités uniquement les enjeux les plus facilement acceptés tandis que le Guide pour la promotion de milieux de travail sains vise plutôt à mettre en évidence les meilleures pratiques dans le domaine en proposant les composantes essentielles mais aussi variées selon les besoins de l'établissement pour la mise en œuvre d'environnements sains. Comme on nous l'a mentionné, les programmes doivent être multistratégiques et intégrés (EPS2, EPS3). Toutefois, les éléments choisis pour ces programmes pourront variés d'un établissement à l'autre selon les besoins, les ressources disponibles, les intérêts, le plan stratégique de l'établissement, etc. Les éléments retenus seront également influencés par les politiques du MSSS, les lois en vigueur, etc.

On retrouve donc une référence circulante avec le premier document Mettre la politique des HPS en action dans lequel on préconise, comme dans le guide du Réseau EPS, une approche holistique de la promotion de la santé au travail.

Tableau 4.6 Guide pour la promotion de milieux de travail sains : modèle proposé selon cinq thématiques

I. Soutenir le bien-être des employés
II. Améliorer l'environnement physique des travailleurs et le rendre le plus sécuritaire
III. Promouvoir les saines habitudes de vie en milieu de travail
IV. Intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé en milieu de travail
V. Faire des choix verts intégrant les principes du développement durable

4.4 Instance locale : un hôpital promoteur de santé à Montréal, le CHU

Enfin, l'instance locale soit le Centre hospitalier universitaire (CHU) représente la dernière instance du Réseau HPS-EPS de laquelle nous analyserons un document pour cette recherche. La promotion de la santé a été ajoutée à la mission du CHU en 2006, le dernier des cinq principaux volets de sa mission[46].

> La promotion de la santé. En tant qu'hôpital promoteur de santé, le CHU favorise pour tous ceux qui le fréquentent - patients, proches, soignants et autre personnel - un cheminement vers un mieux-être global, tant physique que psychologique. L'environnement y facilite les choix sains. Le séjour du patient est saisi comme une occasion privilégiée de mener des interventions concrètes visant à accroître son pouvoir d'agir sur sa santé. On y insiste notamment sur la qualité des informations transmises afin qu'il puisse participer activement aux soins et qu'il puisse prendre des décisions libres et éclairées lui permettant d'améliorer progressivement sa propre santé. » (Site internet institutionnel)

Si en 2006, une Direction de la promotion de la santé (DPS) est ajoutée à l'organigramme, il faudra attendre 2007 (CHU, 2010) pour que cette toute nouvelle direction voit véritablement le jour (CHU, 2011) (site internet institutionnel). Une Direction qui avait comme mandat de soutenir et de conseiller les autres directions de l'institution dans l'implantation et la mise en œuvre de la promotion de la santé (Ibid.) (voir tableau 4.6) dont celle notamment destinée au personnel. « Une approche globale, au-delà du curatif » (CHU, 2010, p. 12) qui permettrait ainsi, selon

[46] Missions du CHU en cinq principaux volets : 1) les soins et les services cliniques, 2) l'enseignement, 3) la recherche, 4) l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, 5) la promotion de la santé.

la direction de la promotion de la santé (DPS), de s'occuper de la santé globale des patients, de leurs proches, des employés et des médecins plutôt qu'uniquement de la maladie, comme on le fait généralement au sein des hôpitaux (CHU1). Suite à notre terrain de recherche au CHU, la Direction de la promotion de la santé s'est transformée. Elle est devenue la Direction de la qualité, de la promotion de la santé et de l'expérience patient (DQPSEP)[47]. Notre terrain de recherche ayant eu lieu avant cette transformation, nous allons donc nous concentrer uniquement sur les mandats que cette direction avait en 2011 (Tableau 4.7).

Tableau 4.7 Centre hospitalier universitaire (CHU) : responsabilités de la Direction de la promotion de la santé (DPS)

Responsabilités de la Direction de la promotion de la santé (DPS)
▪ Effectue le suivi de la mission du CHU en promotion de la santé.
▪ En collaboration et en soutien aux autres directions de l'établissement, détermine les objectifs à atteindre en matière de promotion de la santé.
▪ Veille à la mise en œuvre des objectifs de la politique.
▪ Définit, en collaboration avec la Direction des communications, des stratégies en vue de publiciser les programmes mis en œuvre par le CHU en promotion de la santé, au bénéfice des usagers ou des employés de l'établissement.
▪ Conseille les services cliniques appartenant à la DRC, DSI, DSH et DSP dans l'élaboration et la mise en œuvre des activités et des programmes de promotion de la santé qu'ils créent pour leurs usagers.
▪ Conseille chacune des directions dans l'élaboration de programmes de promotion de la santé destinés aux employés.
▪ Informe, conseille et assiste le personnel, les gestionnaires, les membres des directions de l'établissement et tout autre intervenant en matière de promotion de la santé.
(Politique de promotion de la santé du CHU, 2009)

[47] « La direction de la qualité, de la promotion de la santé et de l'expérience patient (DQPSEP) a pour mission d'élargir et d'enrichir le concept de qualité des soins et des services offerts aux patients à un concept plus global qui tient compte de la perspective des patients. Elle souhaite aussi faire de l'amélioration continue de la qualité un défi quotidien porté par l'ensemble des membres de l'organisation et des patients du CHU. Dans ce contexte, la DQPSEP veille à ce que les patients du CHU aient en tout temps accès à des soins et à des services sécuritaires, prodigués par du personnel hautement compétent » (www.CHU.qc.ca/patients-et-soins/a-propos-du-CHU/dqpsep).

La même année, en février 2007, le CHU est accrédité en tant qu'hôpital promoteur de santé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (CHU, 2009). Il participe depuis aux activités du Réseau québécois des établissements promoteurs de santé (EPS) (site internet institutionnel). En 2011, la promotion de la santé est également intégrée à trois des neuf stratégies du plan stratégique 2011-2015 de l'institution ciblant les trois groupes cibles soit le patient, le personnel et le lien avec la communauté (CHU, 2011, p. 14)[48].

Ainsi, la mise en œuvre de milieux de travail sains pour le personnel, dimension de la promotion de la santé sur laquelle nous nous concentrons dans le cadre de cette recherche, suscite de l'intérêt également au CHU. Cet intérêt est motivé entre autres, par différents facteurs dont d'importantes préoccupations au niveau des ressources humaines. Actuellement, il y a une pénurie, notamment, d'infirmières, de cadres, de pharmaciens et de préposés aux bénéficiaires (MSSS, 2010, CHU, 2009) ainsi que des problèmes de rétention et de roulement de personnel (CHU, 2009) qui représentent des coûts importants (Fiche Agence, 2011). De plus, « une part importante de la productivité et de l'expertise en milieu de travail est sous-utilisée en raison des maladies physiques et mentales, de la détresse psychologique, des problèmes organisationnels qui contribuent à l'absentéisme et au présentéisme » (CHU, 2009, p. 20).

De nombreux impacts sont attendus de cette approche notamment celle visant le bien-être des travailleurs (CHU, 2011). Premièrement, d'après la DPS, c'est un cadeau à offrir aux employés qui sont une des principales priorités pour l'organisation. C'est en fait, de trouver le moyen de leur faciliter la vie, d'invertir pour leur propre santé. Or, investir dans leur santé, c'est aussi atteindre d'autres objectifs organisationnels tels que celui de « la primauté de l'expérience du patient et de la

[48] Stratégie 5 (groupe cible : les patients) : Primauté de l'expérience du patient et de la promotion de la santé. Faire du CHU un modèle hospitalier universitaire promoteur de santé où l'expérience patient est optimale. Stratégie 6 (groupe cible : la communauté) : Dynamisme de nos partenariats. Renforcer notre approche de collaboration, notre réseau de partenariat et notre rôle de CHU citoyen. Stratégie 7 (groupe cible : le personnel) : Reconnaissance du CHU comme milieu de travail exceptionnel. Attirer et retenir le personnel et les médecins, et offrir les meilleures occasions de développement personnel (CHU, 2011, p. 14).

promotion de la santé au CHU » (CHU, 2011). En effet, après avoir vécu lui-même l'expérience de la promotion de la santé, « chacun des employés va devenir un extraordinaire ambassadeur auprès des patients. C'est bien démontré dans la littérature que quelqu'un qui a un mode de vie sain est beaucoup plus crédible dans la transmission du message. (CHU-1) ». De plus, les « employés étant mieux formés aux pratiques qui sont préventives, deviennent de meilleurs ambassadeurs pour faire en sorte que le séjour du patient soit un moment privilégié d'apprentissage et non pas uniquement un moment de crise et d'épisode aigue de maladie (CHU-2).

Par ailleurs, lorsque les employés sont heureux, ils s'absentent moins, il y a plus d'entraide, ils sont plus efficaces et le climat de travail s'en trouve amélioré. Il y aurait aussi plus de chance que le niveau d'absentéisme diminue à court, moyen et long terme (CHU-2) et que les objectifs des ressources humaines soient atteints. Enfin, l'enseignement et la recherche sont tous deux, également, des missions du CHU. Devenir un modèle hospitalier universitaire promoteur de santé passe aussi par la recherche et la dissémination des connaissances. Ainsi les projets en promotion de la santé, notamment ceux destinés au personnel, pourront servir à établir des données probantes dans le monde de la santé en milieu du travail (CHU-1).

Il y a donc ici un maintien des buts à l'instar de l'ASSSM pour la mise en œuvre de la norme 4 qui vise à diminuer l'absentéisme et à atteindre des objectifs des ressources humaines, un des buts du MSSS. Cette norme se trouve également intégrée aux objectifs des normes 2 et 3 qui visent la promotion de la santé des patients puisqu'elle devient un intermédiaire à travers duquel le personnel qui se sent bien au travail et dont la santé est prise en considération devient un ambassadeur de promotion de la santé auprès des patients. « C'est alors l'action humaine qui est réduite à la condition d'intermédiaire » (Latour, 2007, p. 188) pour l'atteinte d'un autre but soit la promotion de la santé auprès des patients. On allie donc à la fois cette norme aux besoins des ressources humaines, à la commande du MSSS et à la mission du CHU qui se veut un établissement « favorisant pour tous

ceux qui le fréquentent – patients, proches, soignants et autre personnel – un cheminement vers un mieux-être global, tant physique que psychologique » (site internet institutionnel).

4.4.1 Politique la promotion de la santé au CHU

La politique de la promotion de la santé du CHU a été rédigée par la Direction de la promotion de la santé (DPS). Elle a été émise, le 30 avril 2009 et approuvée par la direction générale par intérim du CHU (2009) afin de répondre aux normes des hôpitaux promoteurs de santé (HPS) selon lesquelles « les établissements doivent prendre certains engagements et s'inspirer de cinq normes, la première étant de se doter d'une politique écrite de promotion de la santé » (ASSM, 2009, p. 14) s'adressant aux patients, à leurs proches et au personnel. L'objectif de cette politique est donc de préciser, entre autres, la ligne de conduite du CHU en matière de promotion de la santé, de définir les responsabilités de chacun, les mesures à mettre en place ainsi que le cadre pour sa mise en œuvre au sein de l'institution (CHU, 2009). Ainsi :

> en conformité avec les orientations et les politiques au Québec en matière de promotion de la santé et de saines habitudes de vie, et à titre d'Hôpital promoteur de santé, le CHU souhaite saisir le moment du passage à l'hôpital de ses patients et de leurs proches pour leur faire la promotion de saines habitudes de vie et leur offrir une éducation pour la santé. Cette politique s'adresse également aux médecins et aux employés, chercheurs, stagiaires et bénévoles du CHU, auxquels l'établissement souhaite offrir un milieu de travail sain et faire auprès d'eux la promotion de la santé et de saines habitudes de vie. (CHU, 2009, p. 1)

Les bases conceptuelles. Afin d'élaborer la présente politique, la direction de la promotion de la santé s'est appuyée sur divers documents, lois et programmes (CHU, 2009, p. 1-2) (Tableau 4.8) ainsi que sur des lectures d'auteurs québécois qui abordent la santé psychologique au travail dont Jean-Pierre Brun, Michel Vézina, etc. (CHU-1).

Tableau 4.8 Politique en matière de promotion de la santé (CHU) : responsabilité de la Direction de la promotion de la santé (DPS)

Fondements de la politique de promotion de la santé du CHU
▪ Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2).
▪ Programme national de santé publique 2003-2012.
▪ Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids- investir pour l'avenir 2006-2012.
▪ Normes de promotion de la santé dans les hôpitaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).
▪ Déclaration de Vienne (1997), précisant les caractéristiques d'un hôpital promoteur de santé.
▪ Charte de Budapest (1992), définissant les objectifs du réseau des hôpitaux promoteurs de santé.
▪ Charte d'Ottawa, Canada (novembre 1986), pour la promotion de la santé.
▪ Politique générale en matière de gestion de la santé et sécurité au travail du personnel, portant le numéro 80 9000, publié par le CHU.
▪ Démarche d'amélioration continue de la qualité, CHU (2003).

Le modèle proposé. La politique en promotion de la santé du CHU ne propose pas de modèle, mais plutôt des principes et des objectifs. C'est donc une autre transformation dans la chaîne de traduction où la forme et le contenu du document est modifié selon les objectifs de celui-ci. Le politique est ainsi composée de neuf principes dont deux visent particulièrement le personnel (CHU, 2009, p. 2) (voir tableau 4.8) et 12 objectifs dont quatre ciblent spécifiquement les membres du personnel, les médecins, les stagiaires et les bénévoles (Tableau 4.9). La gestion des programmes en promotion de la santé se veut également décentralisée (Ibid.) ce qui représente un nouvel élément de traduction. Les directions du Centre Hospitalier Universitaire de Montréal ont ainsi la responsabilité de « s'inspirer de la politique (de la promotion de la santé) dans le cadre de leur gestion » (CHU, 2009, p. 5). Ils doivent également, « avec la collaboration et le soutien de la DPS, veiller à faciliter la participation à des activités mises en œuvre dans l'établissement en promotion de la santé au bénéfice du personnel, à instaurer et à organiser des

activités pour le personnel sous leur responsabilité, en tenant compte de leurs besoins » (CHU, 2009, p. 5).

Tableau 4.9 Politique en matière de promotion de la santé (CHU) : principes directeurs visant spécifiquement le personnel

1) Le CHU souhaite assurer un environnement, un climat de travail et des pratiques conformes aux normes d'Hôpitaux promoteurs de santé de l'OMS et à celles d'Agrément Canada.
2) Le CHU désire favoriser chez les usagers, les employés, les médecins, les stagiaires et les bénévoles le développement d'aptitudes leur permettant d'exercer un plus grand contrôle sur leur état de santé.

Tableau 4.10 Politique en matière de promotion de la santé (CHU) : quatre objectifs ciblant particulièrement le personnel

1) Aider les usagers, les employés, les médecins, les stagiaires et les bénévoles à adopter un mode de vie plus sain et à mieux comprendre les facteurs qui agissent de façon positive sur leur santé
2) Faire des employés, des médecins et des étudiants en stage dans l'établissement des ambassadeurs en promotion de la santé
3) Maintenir un environnement sain, tant pour les usagers que pour les employés, les médecins, les chercheurs, les étudiants, les stagiaires et les bénévoles du CHU, ainsi que de favoriser un meilleur état de santé global
4) Assurer la diffusion de la politique auprès du personnel, des médecins, des stagiaires et des bénévoles et offrir l'encadrement nécessaire par les gestionnaires

4.5 Conclusion de la première analyse

Cette première étape d'analyse a permis d'identifier le contexte et les enjeux de chacune des instances et des groupes de travail ayant commissionné ou produit les quatre documents-clés et qui ont influencé les modèles proposés. Cette analyse transversale nous a aussi permis d'identifier les références circulantes et les ruptures, le déplacement des buts ainsi que les transformations au niveau notamment du modèle proposé. Voici un résumé des références circulantes et ruptures au niveau des bases conceptuelles ainsi que du déplacement des buts

sous-jacents au concept « d'environnement sain de travail » selon les instances et documents analysés d'un même réseau.

4.5.1 Résumé des références circulantes, des transformations et des ruptures

Les tableaux (4.11 et 4.12) mettent en lumière, pour les quatre documents, les références circulantes, mais également les ruptures et les transformations au niveau des bases conceptuelles, des modèles proposés, des objectifs et des intérêts entourant le concept d'environnement sain de travail.

Tableau 4.11 Références circulantes et ruptures au niveau des bases conceptuelles

	OMS (2006a)	OMS (2006b)	EPS	CHU
Références circulante	- Charte d'Ottawa (1986) - Charte de Budapest (1992) - Charte de Ljubljana (1996) - Déclaration de Vienne (1997) - Travaux d'Irving Rootman (2001, 2004)	- Charte d'Ottawa (1986) - Déclaration de Vienne (1997) - *Eighteen Core Strategies for HPS* (2005, 2006)	- Traduction de la Norme 4 - Environnements sains de travail (OMS, 2006b)	- Charte d'Ottawa (1986) - Déclaration de Budapest (1992) - Déclaration de Vienne (1997) - Normes de PS dans les HPS (OMS)
Ruptures		- Aucune mention des travaux d'Irving Rootman - Aucune mention de la charte de Ljubljana ou de Budapest - *Forward* programme (2005); OMS (2004)	- Aucune mention des Chartes et déclarations dans le Guide - Aucune mention des 18 stratégies centrales du premier document de l'OMS (2006a)	- Aucune mention des 18 stratégies centrales du premier document de l'OMS (2006a)

Au niveau des bases conceptuelles (Tableau 4.10), on note deux références circulantes présentes dans trois des documents analysés soit la Charte d'Ottawa (1986) et la Déclaration de Vienne (1997). La Charte d'Ottawa mentionne, entre autres, que l'ambition visée est le bien-être complet de l'individu. Il est donc important de sensibiliser, des créer les conditions favorables et indispensables à l'épanouissement de la santé des individus, notamment, au travail. Les conditions de travail doivent donc être sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables. Sans mentionner l'approche holistique, on indique qu'il est important d'agir à différents niveaux et dans les divers milieux de vie de l'individu. Tandis que La Déclaration de Vienne « établie les principes fondamentaux et certaines recommandations pour l'actualisation des réseaux » (www.eps.santemontreal.qc.ca). Elle fixe les principes fondamentaux d'après la Chartes d'Ottawa. Elle énonce notamment comme troisième principe que les HPS devraient « se focaliser sur la santé dans une approche holistique et pas uniquement sur l'aspect curatif » (www.ulb.ac.be/assoc/hps/hps-vienne.htm).

On peut également identifier, lors de cette première analyse, le **déplacement des buts** (voir tableaux 4.10 à 4.12) Ce déplacement des objectifs dans le développement des documents et des intérêts entourant la création de milieux de travail sains auront des impacts sur les modèles proposés ainsi que sur les éléments de contenu retenus. Trois documents proposent la vision holistique préconisée par la Charte d'Ottawa et la Déclaration de Vienne pour la mise en œuvre de la PS dont celle orientée pour le personnel[49] Cependant, on note des écarts entre les objectifs mis de l'avant par la direction de la promotion de la santé et le contenu de la politique en matière de PS du CHU. Ainsi, lors des entretiens on mentionne vouloir mettre de l'avant une approche holistique, au-delà du curatif qui permettrait de s'occuper de la santé globale des patients, de leurs proches, des employés et des médecins plutôt qu'uniquement de la maladie, comme on le fait généralement au sein des hôpitaux (CHU-1). Toutefois, la Politique en matière de promotion de la

[49] OMS (2006). *Mettre la politique des HPS en action* et l'ASSSM (2011). *Guide pour la promotion de milieux de travail* sains. CHU (2009). *Politique en matière de promotion de santé du CHU.*

santé du CHU indique que les programmes en PS s'appuieront sur des données probantes et conforment aux normes HPS et celle d'Agréments Canada. Ce que nous s'avons déjà, c'est que Manuel d'autoévaluation de l'OMS offre une vision plus restreinte de celle-ci en indiquant uniquement les exigences minimales en matière de promotion de la santé dans les HPS et non pas l'éventail complet d'un programme globale en promotion de la santé dont celle au travail. Il traite seulement des enjeux les plus facilement acceptés par les professionnels travaillant avec des patients et au sujet desquels l'expérience clinique la plus solide est disponible ainsi que ceux qui sont le plus facilement acceptés par les professionnels de la santé. Suivant les objectifs et les critères méthodologiques de ce document, nous pouvons nous demander quel sera le contenu retenu par celui-ci pour la création d'environnements sains de travail. Présentera-t-il une innovation ou un contenu déjà appliqué au sein des établissements à Montréal ? Ce que nous savons déjà, pour l'instant, c'est que les éléments de son contenu seront différents de ceux proposés par les documents présentant une approche globale en matière de promotion de milieux de travail sains. Tandis que la Politique en PS du CHU, qui devrait avoir par son mandat un contenu plus synthétique pourra mentionner la dimension globale des programmes reflétant la vision de la direction de la promotion de la santé de l'établissement ou présenter un éventail d'éléments plus restreint à l'instar du *Manuel d'autoévaluation* sur lequel la politique mentionne, notamment, s'appuyer.

Enfin, c'est au niveau des modèles que nous trouvons le plus de variations de par les buts poursuivis mais aussi le type de documents analysés : des stratégies, des normes et des indicateurs, des thèmes ou encore des objectifs et des principes (voir tableau 4.12). Ce qui rejoint un aspect soulevé par l'OMS soit la multitude de modèles et de définitions en matière de promotion de la santé au travail. Cette diversification et le manque de consensus de ce que devrait être la PS ou encore un milieu de travail sain seraient également à l'origine des écarts entre la théorie et la pratique (voir chapitre 1). Les différences au niveau des bases conceptuelles et des modèles entre les documents analysés d'un même réseau pourraient donc

représenter un défi supplémentaire lors de la mise-en-œuvre de ce concept dans les établissements membres.

Ce qui nous amène maintenant à la seconde étape de notre analyse soit celle de la circulation des documents au sein du Réseau international auquel chacune des instances appartient. Cette analyse nous permettra d'expliquer d'avantage les références circulantes, les transformations et les ruptures aux niveaux des modèles mais aussi, éventuellement, au niveau des éléments de contenu qui seront mis en œuvre dans un HPS montréalais.

Tableau 4.12 Résumé de l'analyse transversale

	OMS (2006a)	OMS (2006b)	EPS	CHU
Enjeux auxquels répond la PS	- Milieux de vie promoteur de santé dans les HPS	- Création de normes en promotion de la santé pour l'auto-évaluation de la mise en œuvre de la PS dans le réseau	- Maintien de la dimension « Prévention et promotion de la santé » dans le réseau de la santé suite à la réforme - MSSS : « employeur de choix » - Utilisation de la Norme 4 (Environnements sains de travail) environnement sains de travail	- Mission de promotion de la santé - MSSS : stratégies « employeur de choix » - Problématiques de ressources humaines et taux d'assurance salaire élevé - Santé du personnel pour qu'ils deviennent des ambassadeurs en PS auprès des patients
Objectifs du document	- Faciliter la mise en œuvre de la PS dans les HPS	- Outil d'autoévaluation pour les membres du Réseau HPS	- Norme 4 - Environnements sains de travail du *Manuel d'autoévaluation* (OMS 2006b)	- Norme 4 - Environnements sains de travail du *Manuel d'autoévaluation* (OMS 2006b)
Approche	- Modèle holistique suivant les chartes et déclarations de l'OMS et du Réseau international HPS	- Ce qui est le plus facilement accepté et au sujet desquels l'expérience clinique la plus solide est disponible	- Modèle holistique multistratégique et intégrée	- Programmes en PS qui s'appuient sur des données probantes et conforment aux normes HPS et de celles d'Agréments Canada
Modèle propose	- 18 stratégies. Les stratégies 6-12 visent la PS pour le personnel	- Cinq normes dont la quatrième vise le personnel	- Cinq thèmes	- Objectifs et principes

Tableau 4.13 Analyse transversale des quatre documents

	Mettre la politique en action (OMS)	Manuel d'autoévaluation (OMS)	Guide pour la promotion de milieux de travail sains (ASSM)	Politique de promotion de la santé (CHU)
Nombre de pages	73	92	265	10
Date d'édition	2006a	2006b	2011	2009
Type de document	- Mise en œuvre de la promotion de la santé dans les HPS. - Informer les directeurs et les professionnels qui ont une vision stratégique au sein des hôpitaux, mais aussi les acteurs des départements gouvernementaux et politiques qui sont responsables du développement de la santé et des politiques sociales	- Un outil autonome permettant d'évaluer, de suivre et d'améliorer les activités de promotion de la santé dans les hôpitaux	- Mise en œuvre de la promotion de la santé dans les HPS - Un outil qui vise à soutenir les établissements dans leurs efforts de planification et d'implantation de la Norme 4 (Environnements sains de travail)	- Texte court qui précise les objectifs poursuivis et les moyens à mettre en place pour les atteindre - Réponds à la norme 1 (OMS, 2006 b) qui stipule que les membres du Réseau HPS doivent se doter d'une politique en promotion de la santé
Populations-cibles	- Patients, personnel et communauté	- Patients, personnel et communauté	- Personnel (norme 4 : Environnements sains de travail)	- Patients, personnel, médecins, stagiaires, bénévoles et lien avec la communauté

	Mettre la politique en action (OMS)	Manuel d'autoévaluation (OMS)	Guide pour la promotion de milieux de travail sains (ASSM)	Politique de promotion de la santé (CHU)
Bases conceptuelles	- Charte d'Ottawa (1986); Charte de Ljubljana (1991); Charte de Budapest (1992); Déclaration de Vienne (1997) et travaux d'Irving Rootman (2001, 2004)	- Charte d'Ottawa (1986); Déclaration de Vienne (1997); *Eighteen Core Strategies for HPS* (2005); *Forward programme* (2005). OMS (2004)	- 250 références bibliographiques et 45 projets menés par des établissements du réseau de la santé et des services sociaux	- Charte d'Ottawa (1986); Normes de PS dans les HPS de l'OMS, Déclaration de Vienne (1997); Charte de Budapest (1992); etc. (voir tableau 4.9)
Modèles proposés	18 stratégies centrales divisées selon trois groupes cibles. Six stratégies sont proposées pour chacun des trois groupes cibles - Stratégie centrale pour les patients - Stratégie centrale pour le personnel. - Stratégie centrale orientée pour la communauté	Modèle d'évaluation selon cinq normes + indicateurs - Norme 1 : politique de gestion - Norme 2 : Évaluation des patients - Norme 3 : Information et intervention auprès des patients - Norme 4 : Environnements sains de travail : Promotion de milieux de travail sains - Norme 5 : Continuité et coopération	Cinq chapitres thématiques - Soutenir le bien-être des employés et les pratiques de gestion efficace - Améliorer l'environnement physique des travailleurs et le rendre plus sécuritaire - Promouvoir de saines habitudes de vie - Intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé en milieu de travail - Faire des choix verts intégrant les principes du développement durable	- Aucun modèle - Principes - Objectifs - Responsabilités - Gestion décentralisée des programmes de promotion de la santé

SECTION 2 : CIRCULATION DES DOCUMENTS AU SEIN DU RÉSEAU

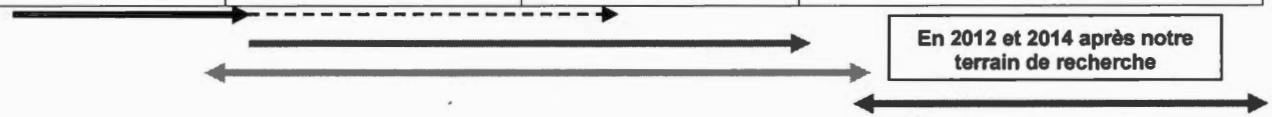
4.6 Circulation, mais interinfluence ténue entre les quatre documents

Dans cette deuxième partie de l'analyse, nous allons décrire la circulation de chacun des documents à l'intérieur du Réseau. Ceci nous permettra d'expliquer, ultérieurement, certaines références circulantes, ruptures ou transformations au niveau du contenu.

Le tableau 4.14 met en évidence une rupture dans la circulation des documents au sein du Réseau international des HPS. Par exemple, le document *Mettre la politique des HPS en action* de l'OMS (2006a) était méconnu par plusieurs personnes rencontrées au CHU et au sein du Réseau EPS. On disait en avoir vaguement entendu parler ou encore ne pas connaître l'existence de ce premier document de l'OMS (CHU-1; CH-2; EPS-1; EPS-2; EPS-3). Or, un rapport commandité par l'ASSSM (Kishchuk et Renaud, 2008), avant la rédaction du *Guide pour la promotion de milieux de travail sain*, en fait mention. Comment alors expliquer cette apparente rupture dans la circulation du document ? Quels facteurs ont contribué à ce que le Réseau EPS propose un tout nouveau modèle sans s'appuyer, selon les entretiens, sur celui de l'OMS qui était disponible en ligne sur le site international ? On s'interroge également sur la méconnaissance de ce document et du modèle holistique proposé par l'OMS puisque des conférences ont eu lieu, notamment en Europe, pour présenter le document de l'OMS (2006). Un membre du Réseau EPS a même suivi des cours à l'école d'été de l'OMS en lien avec les hôpitaux promoteurs de santé sans qu'un lien, semble-t-il, soit fait entre les besoins d'outils pour soutenir l'implantation de la PS dans les établissements québécois et ce document. Il a fallu attendre 2012 pour qu'un hyperlien soit indiqué sur le site du réseau EPS vers la *toolbox* du réseau international HPS. Puis, 2014, pour que ce modèle soit présenté aux membres du Réseau québécois lors d'une conférence.

Tableau 4.14 Convergence et rupture dans la circulation des documents

	Mettre la politique en action (OMS, 2006a)	Manuel d'autoévaluation (OMS, 2006b)	Guide pour la promotion de milieux de travail sains (ASSM)	Politique de promotion de la santé (CHU)
Communication et circulation du document dans son réseau immédiat	• Site internet du Réseau International des HPS • L'OMS Europe et le Réseau international des HPS ont assuré la circulation du document et du modèle auprès des membres du Réseau international[50] notamment par des conférences et une accessibilité aux documents sur internet • Le modèle a été présenté, notamment en 2003, lors d'une conférence organisée par le Réseau international des HPS en Europe	• Site internet du Réseau international des HPS • Site internet du Réseau montréalais des établissements promoteurs de santé depuis sa parution	• Site internet du Réseau International des HPS • Conférence Réseau International des HPS	• Présente à titre d'exemple dans *Guide pour la norme 1* du Réseau Québécois EPS. • Activités en PS pour le personnel disponibles dans le *Guide pour la promotion de travail sains* (ASSSM, 2011) disponible en ligne pour le Réseau québécois EPS et traduit en anglais et disponible en ligne pour le Réseau international HPS
Présence du document dans un ou des documents de la chaîne de traduction	Manuel d'autoévaluation (OMS, 2006b)	Guide pour la promotion de milieux de travail sains (ASSM) qui traduit la Norme 4 CHU : Politique de promotion de la santé	Site internet du Réseau montréalais des établissements promoteurs de santé depuis sa parution	Manuel de gestion du CHU
Communication et circulation du document à l'extérieur de son réseau immédiat	Site internet du Réseau montréalais des établissements promoteurs de santé depuis 2012 Le modèle a été présenté lors d'une conférence du Réseau EPS en 2014	CHU : Certains membres du personnel de la Direction de la promotion de la santé connaissent le manuel	CHU : Certains membres du personnel de la Direction de la promotion de la santé connaissent le guide	Membres du CA du CHU. Certains membres du personnel de la Direction de la promotion de la santé Peu de membres du personnel



[50] Le réseau international offre des cours et des séminaires, notamment dans le cadre de l'école HPS avec des sessions à l'hiver, à l'automne et à l'été. Il organise également des conférences, publie des lettres d'information, etc. (www.hphnet.org/events/schools).

Le second document de l'OMS, le *Manuel d'autoévaluation et formulaires* (2006b) circule davantage que le document précédent (voir tableau 4.14). Il est connu et utilisé malgré certaines de ses limites (EPS-2), à la fois par le Réseau québécois EPS que par le CHU dû entre autres à la nécessité des membres du Réseau International d'inclure les cinq normes dans leur plan d'action, mais aussi par la circulation de l'information à travers les différents documents développés par l'ASSSM (2008, 2011) dans lesquels on définit chacune des normes. Les normes sont donc prises une à une pour être développées et adaptées au contexte québécois. On invite également les membres du Réseau régional à inclure ces normes dans leur politique de promotion de la santé (norme 1) en fournissant un guide et des exemples types auxquels ils peuvent se référer. Le CHU a inclus cette référence, comme nous l'avons vu, dans sa politique de promotion de la santé. Ainsi, les membres du réseau international doivent se conformer aux normes présentant un éventail restreint en matière de promotion de la santé, dont celle destinée au personnel. Tandis que l'utilisation du premier document offrant un modèle global en PS et en PST est laissée à la discrétion des membres du réseau. Peut-être est-ce là une première réponse à la rupture de circulation du premier document. C'est-à-dire que les documents qui circulent sont ceux qui sont jugés comme étant incontournables. Ainsi, au sein du Réseau HPS-EPS étudié, seul le second document est connu et utilisé par les membres. De plus, les documents n'étant pas complémentaires. On ne peut pas, par exemple, utiliser le guide de l'OMS pour faire un plan global en PST en utilisant les diverses stratégies et utiliser l'autre document, le manuel d'autoévaluation pour évaluer selon les indicateurs le programme mis en œuvre dans l'établissement. Puisque les normes et les indicateurs développés par l'OMS englobent que partiellement les différentes stratégies pour le développement d'un environnement sain au travail.

Le modèle thématique proposé par le réseau EPS circule au sein du réseau régional et aussi dans le réseau international sans qu'on puisse toutefois connaître dans le cadre de cette recherche ses impacts et ses influences sur la mise en œuvre de la

promotion de milieux de travail sains. Une version française et anglaise est offerte aux membres du réseau québécois mais également du réseau international. Le guide a été développé ultérieurement, entre autres, à la publication des documents précédents et à la création de la *Politique du CHU en matière de promotion de la santé.* Il n'a donc eu aucune influence sur les trois autres documents analysés. Toutefois, le soutien du Réseau et la mise en ligne des différents projets ainsi que les réflexions du groupe de travail régional ont nourri notamment les réflexions d'un des membres à la Direction de la promotion de la santé du CHU (CHU-1).

Enfin, la diffusion de la *Politique en promotion de la santé* du CHU, adoptée en 2009, connaît certains défis dus aux diverses clientèles cibles parmi le personnel, au nombre d'employés répartis sur trois sites ayant des cultures différentes, aux divers intérêts entourant la promotion de milieux de travails sains, à l'importance qu'on lui accorde et aussi à l'abondance des informations circulant dont le personnel fait le tri selon ses intérêts (CHU-1, CHU-2, CHU-3, CHU-4, CHU-6, CHU-7). Malgré une approche multimodale pour la diffusion de l'information, peu de membres du personnel savent qu'ils travaillent dans un hôpital promoteur de santé et qu'une politique de promotion de la santé existe au CHU (CHU-6, CHU-7). La connaissance de la promotion de la santé, notamment, pour le personnel est alors principalement connue par les différentes activités qui ont lieu au CHU ciblant parfois spécifiquement un département, des équipes (CHU-1, CHU-2). La Politique du CHU, comme d'autres établissements membre, est disponible sur le site du Réseau EPS. Toutefois, dû à son mandat et à sa date de parution, ce document n'a eu aucune influence sur les autres documents analysés.

4.6.1 Conclusion de la deuxième analyse transversale des documents

Finalement, suite à l'analyse de la circulation des documents-clés, nous nous interrogeons, notamment, sur le contenu de ces documents en lien avec le concept « environnement sain de travail ». Existe-t-il des spécificités au niveau des éléments de contenu qui sont rattachés au contexte québécois ou international ? Quels sont

les éléments retenus pour un modèle dit holistique selon l'OMS et l'ASSSM ? Quelles sont les similitudes et les différences au niveau des éléments de contenu constituant un environnement de travail sain entre les quatre documents d'un même réseau ? Enfin, quels sont les éléments retenus étant présentés comme des exigences minimales en matière d'environnements sains de travail dans les HPS par le document d'autoévaluation de l'OMS proposant une vision plus retreinte de la PST. Un modèle qui selon le groupe d'experts ayant développé les normes et les indicateurs permettrait hypothétiquement, selon le groupe de travail, d'atteindre de meilleurs résultats relatifs notamment au personnel. Un modèle par ailleurs accepté par les professionnels de la santé ayant participé à leur étude. Nos interrogations vont certes trouver des réponses dans la troisième section de cette analyse où l'on présentera les résultats de l'analyse de contenu des quatre documents-clé de cette étude.

SECTION 3 : ANALYSE THÉMATIQUE TRANSVERSALE

4.7 Analyse thématique comparative des quatre documents-clés

Cette troisième section d'analyse présentera les résultats de l'analyse individuelle et transversale du contenu des quatre documents-clés du même réseau à trois niveaux : international, régional et local. Nous pourrons alors identifier les éléments qui constituent les « milieux sains de travail » à implanter dans les établissements promoteurs de santé pour chacune des instances à travers les quatre documents analysés. Nous allons, également, repérer les références circulantes, les ruptures et les transformations au niveau des éléments, mais également, plus en profondeur, au niveau des dimensions que sous-tend chacun des éléments pour chacun des documents.

Au lieu de présenter les résultats de façon synthétique, nous avons délibérément choisi de présenter une analyse en profondeur des différents éléments composant ce que devrait être un environnement sain de travail d'après l'analyse transversale

de quatre documents-clés d'un même réseau. Plusieurs raisons motivent ce choix. La première est le manque d'étude décrivant en profondeur les projets en promotion de la santé dont celle visant le personnel. La deuxième réside dans le fait que le concept de « milieux de travail sains » est un « mot matrice » à significations multiples, hautement polysémiques (Bataille, 2002) qui est handicapée par l'absence de définition claire, solide et utilisable. C'est-à-dire que l'on peut obtenir un consensus de surface sur les bienfaits de ce concept sans pour autant s'entendre sur son contenu. Ce qui peut créer des malentendus et des défis pour l'implantation de ce concept (Ibid.). Comme le mentionnait une gestionnaire, « tout le monde est pour la vertu! » (CHU-6). Toutefois, on retrouve comme l'indique la littérature peu de consensus, même de la part des experts, sur les éléments qui devraient constituer un « environnement sain de travail ». Quels sont les éléments incontournables afin que le milieu de travail dans les établissements promoteurs de santé soit sécuritaire et qu'il favorise la santé et le bien-être de tous ceux qui y travaillent ? C'est ce que nous allons explorer dans cette troisième partie de notre analyse. Trouverons-nous un consensus ou des écarts, des traductions différentes du concept à l'intérieur d'un même réseau ?

Les résultats des analyses individuelles et transversales des quatre documents sont divisés en deux parties. La première partie présente les éléments du processus pour l'implantation du concept d'environnement sain de travail ainsi que la diffusion de la politique en matière de promotion de la santé. La deuxième partie est divisée en six éléments de contenu (voir figure 4.1) qui ont émergé suite aux analyses de contenu individuelles et transversales des quatre documents. On présente, pour chacun des éléments, les résultats globaux de l'analyse sous forme de tableau. Une analyse plus fine des diverses dimensions abordées pour chaque élément est ensuite présentée.

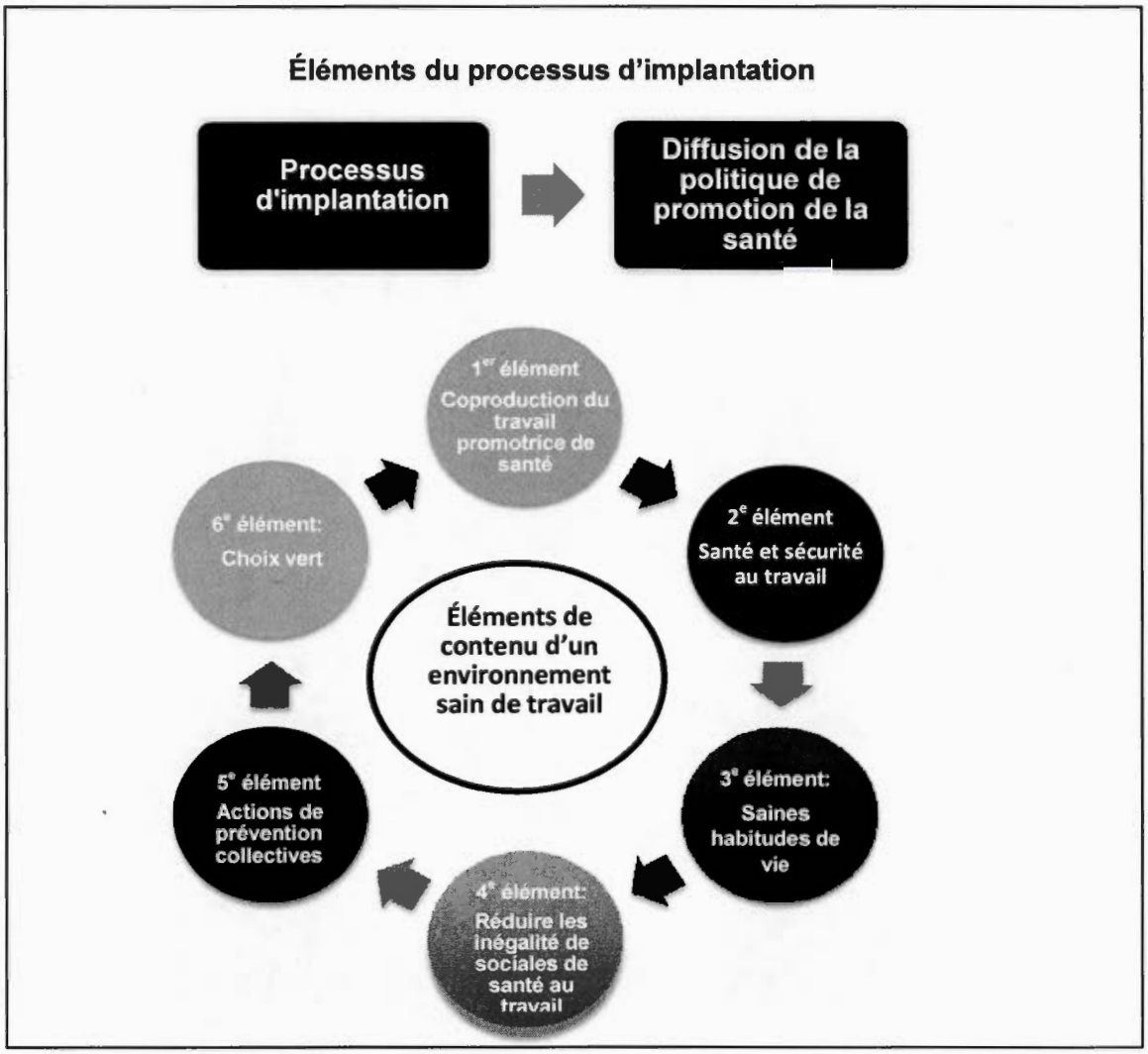


Figure 4.1 Analyse transversale selon les six éléments de contenu

4.7.1 Éléments du processus d'implantation de milieux de travail sains

Cette analyse regroupe deux dimensions présentes dans un ou plusieurs des documents analysés soit le processus d'implantation pour la mise en œuvre d'un milieu sain de travail et la politique en matière de promotion de santé qui est obligatoire pour tous les établissements membres du réseau HPS-EPS.

1) Processus d'implantation

Une démarche selon le dictionnaire Larousse (www.larousse.fr), c'est la manière de cheminer, de progresser vers un but. Tandis qu'implanter c'est « introduire et faire se développer d'une manière durable dans un nouveau milieu » (Petit Robert, 2007). Nous pourrions ainsi définir ce deuxième élément « démarche pour l'implantation » comme étant la manière de progresser, le cheminement vers l'introduction et le développement durable de la promotion de la santé dans les établissements promoteurs de santé du réseau. Cet élément est présent dans trois des quatre documents analysés (voir tableaux 4.15 à 4.18)

Tableau 4.15 Processus d'implantation abordé dans les documents

PROCESSUS D'IMPLANTATION	
« Mettre la politique des HPS en action » (OMS, 2006a)	Oui
« Manuel d'autoévaluation » (OMS, 2006b)	Oui
Guide pour la promotion de milieux de travail sains (ASSSM, 2011)	Oui
Politique de promotion de la santé (CHU, 2009)	Non

Les deux documents de l'OMS Europe abordent celui-ci de façon global en traitant du processus d'implantation de la promotion de la santé dans un HPS. Tandis que le guide produit par l'ASSSM aborde spécifiquement l'implantation de milieux de travail sains (Tableau 4.14). Les trois documents présentent aussi cet élément de manière différente selon soit une approche plus scientifique pour le document *Mettre la politique des HPS en action* ou rattachée au processus d'évaluation pour le second document de l'OMS. Tandis que le guide de l'ASSSM aborde le processus d'implantation sous l'angle d'une démarche s'inscrivant dans un processus de certification bien que la démarche du Réseau EPS résulte uniquement en une adhésion. C'est un document qui guide les gestionnaires et les responsables de la PS à travers les différentes étapes de l'implantation de la norme 4 (Environnement sain de travail) dans un établissement promoteurs de santé. Enfin, le but de la

politique du CHU en PS n'étant pas celui des autres documents cette dimension est éclipsée.

On peut noter également des transformations au niveau de l'approfondissement. Celle-ci varie énormément d'un document à l'autre. Le premier document de l'OMS consacre environ sept pages à définir les différents concepts-clés entourant le modèle proposé sans inclure les étapes à franchir, les clés d'une implantation réussie ou encore l'équipe à créer pour mettre en œuvre la PS. Le second document aborde que brièvement l'implantation de la PS sur plus ou moins trois pages. À l'instar du document précédent on définit en profondeur l'approche méthodologique. Son apport principal est de proposer la création d'une équipe pour l'implantation du projet (Tableau 4.16). Enfin, le guide de l'ASSSM consacre un chapitre à l'implantation. Il présente « une proposition simplifiée qui, tout en laissant une grande marge de manœuvre au gestionnaire, respecte néanmoins les étapes clés de la gestion d'un projet » (ASSSM, 2011, p. 23).

Tableau 4.16 Processus d'implantation dans les documents

PROCESSUS D'IMPLANTATON			
	Nombre de pages consacré à l'implantation	Cadre méthodologique du modèle proposé	Étapes à franchir pour une implantation réussie
Mettre la politique des HPS en action (OMS)	7	En profondeur	Non
Manuel d'autoévaluation (OMS)	3	En profondeur	Oui, brièvement
Guide pour la promotion de milieux de travail sains (ASSM)	26 (Démarche de certification et d'implantation de milieux de travail sains)	Non	Oui, chaque étape est définie en profondeur
Politique de promotion de la santé (CHU)	0	Définition de la promotion de la santé...	Non

Tableau 4.17 Processus d'implantation : analyse transversale des quatre documents des modèles proposés

PROCESSUS D'IMPLANTATION			
Mettre la politique en action (OMS)	Manuel d'autoévaluation (OMS)	Guide pour la promotion de milieux de travail sains (ASSSM)	Politique de promotion de la santé (CHU)
Modèle scientifique Promotion de la santé	Modèle scientifique Normes et accréditation	Modèle en gestion de projet pour cet élément	Démarche d'implantation absente

Tableau 4.18 Processus d'implantation : analyse transversale du contenu des quatre documents

Contenu	Mettre la politique en action (OMS)	Manuel d'autoévaluation (OMS)»	Guide pour la promotion de milieux de travail sains (ASSSM)	Politique de promotion de la santé (CHU)
Groupes cibles : définition des trois groupes cibles	X	Démarche d'évaluation	Le guide vise uniquement le personnel	On identifie les groupes cibles
Cadre de vie : définition	X	-	X	-
Promotion de la santé comme stratégie versus les services en promotion de la santé	X	-	-	-
Empowerment qui est un concept central	X	-	-	-
Présentation du modèle global proposé	X	Démarche d'évaluation	Présentation de cinq thématiques	Principes et objectifs
Situer le projet dans son contexte : le moment pour débuter les travaux	-	-	X	-
Démarche multistratégique intégrée	Holistique	Enjeux dont l'expérience la plus solide est disponible et les plus facilement acceptés des professionnels de la santé	X	-
Changement : les conditions de succès	-	-	X	-
Changement individuel : les trois conditions	-	-	X	-
Comment débuter les travaux ? Cinq étapes	-	Implantation du projet	X	-
Des outils pour l'implantation en complément	-	-	X	-
Des projets d'implantation en complément	Moyens suggérés pour chacune des stratégies	-	X	-
Des lectures pour l'implantation en complément	-	-	X	-
Différentes certifications	-	-	X	-

2) Diffusion de la politique de PS auprès du personnel

Diffuser, selon le Petit Robert (2007), c'est propager, disséminer l'information notamment de la politique de promotion de la santé auprès du personnel.

Tableau 4.19 Diffusion de la politique de la promotion de la santé auprès du personnel : analyse transversale des quatre documents

Mettre la politique des HPS en action (OMS, 2006a)	Non
Manuel d'autoévaluation (OMS, 2006b)	Oui
Guide pour la promotion de milieux de travail sains (ASSSM, 2011)	Non *Guide du participant visant l'élaboration de la politique PS (norme 1)*
Politique de promotion de la santé (CHU, 2009)	Oui

Cet élément du contenu de la promotion de la santé auprès du personnel est intégré à partir du second document produit par un des centres collaborateurs de l'OMS Europe. Ainsi, le *Manuel d'autoévaluation* indique une première transformation du contenu de la promotion de la santé destinée au personnel dans un HPS puisque le document de mise en œuvre de la PS dans les HPS (OMS, 2006) omet cette dimension. Afin d'en faire une référence et d'établir son importance, on relie la diffusion de la politique en promotion de la santé à d'autres savoir établis, notamment, en science organisationnelle. Cet élément sera repris par les deux autres instances même si, au document suivant, celui-ci est absent. Cette absence du Guide pour la promotion de milieux de travail sains pourrait nous faire penser à une rupture dans la chaine de traduction. Or, cette omission pourrait s'expliquer par le fait que cet élément ait été développé dans le guide du participant pour l'élaboration de la politique en promotion de la santé (norme 1) produit également par l'ASSSM (2007)[51]. Subséquemment, même si celui-ci est manquant dans le document analysé de l'ASSSM, il est mentionné dans un autre document du Réseau

[51] « Prévoyez-vous des activités de communication sur la politique de promotion de la santé durant la période d'élaboration » (ASSSM, 2007, p. 18).

EPS qui produit pour chacune de cinq normes de l'OMS un document ou un outil. Le dernier document analysé, la *Politique en PS* du CHU, s'inspire du modèle proposé par l'ASSSM (2007) pour l'élaboration d'une politique (norme 1) qui définit la première norme du *Manuel d'autoévaluation*. Le CHU ajoute à cette thématique la notion de rétroaction du personnel quant à l'application de la politique en PS en faisant part de ses observations et suggestions à la DPS. Ce qui représente une légère transformation.

Tableau 4.20 Diffusion de la politique de promotion de la santé auprès du personnel : analyse transversale de contenu

	Mettre la politique en action (OMS)	Manuel d'autoévaluation (OMS)	Guide pour la promotion de milieux de travail sains (ASSSM)	Politique de promotion de la santé (CHU)
Le personnel de tous les départements connaît le contenu de la politique de promotion de la santé de l'organisation	Non	Oui	Non[52]	Oui
La transmission de cette information se fait, notamment, lors de l'accueil de nouveaux employés	Non	Oui	Non	Oui
Tout employé, médecin, stagiaire ou bénévole est invité à faire connaître ses observations et ses suggestions, quant à l'application de la présente politique, à la direction de la promotion de la santé	Non	Vague[53]	Non[54]	Oui

[52] Guide norme 1 : Activités de diffusion et norme 4 : approche participative.

[53] Sous-norme 4.2.5 : Le personnel participe à l'élaboration de politiques, à leur vérification et à leur révision (OMS, 2006b, p. 50). On ne spécifie pas si leur participation est en lien avec la politique de la promotion de la santé.

[54] L'approche participative est un élément essentiel de la mise en œuvre de la promotion de la santé dans un établissement promoteur de santé. « Elle doit engager les différents groupes d'employés tout au long du processus et favoriser les échanges entre les employés et les gestionnaires » (ASSSM, 2011, p. 22).

4.7.2 Éléments de contenu d'un environnement sain de travail : analyse transversale des quatre documents-clés

Cette deuxième partie des résultats de l'analyse de contenu transversale présente les éléments de contenu d'un environnement sain de travail à mettre en place dans les établissements promoteurs de santé du réseau selon quatre documents-clé du réseau.

1) Premier élément : Coproduction du travail promotrice de santé

Comme le souligne le réseau québécois EPS :

> de façon générale, promouvoir la santé au travail procure des avantages notables tels que la réduction de la détresse psychologique, du stress, de l'anxiété, de la dépression, de l'épuisement professionnel, du roulement de personnel et une augmentation de la qualité des soins [...] des actions de prévention collective devraient [donc] être privilégiées. (ASSSM, 2011, p. 62)

Ce premier élément est présent dans les quatre documents analysés. Cependant, le contenu et particulièrement l'approfondissement de celui-ci sont très variables. Cet élément est développé et précisé uniquement dans deux documents soit celui de l'OMS *Mettre la politique des HPS en action* (2006) et celui du Réseau EPS (ASSSM, 2011) (voir tableau 4.20). En fait, il représente la dimension la plus élaborée de ces deux documents. Tandis que dans les deux autres documents, la coproduction du travail est abordée de façon imprécise (voir les tableaux 4.21 et 4.22 ainsi que les appendices B2 à B9).

Tableau 4.21 Premier élément : coproduction du travail promotrice de santé

Mettre la politique des HPS en action (OMS, 2006a)	OUI
Manuel d'autoévaluation (OMS, 2006b)	Imprécis et uniquement le volet coproduction du travail
Guide pour la promotion de milieux de travail sains (ASSSM, 2011)	OUI
Politique de promotion de la santé (CHU, 2009)	Imprécis et uniquement le volet coproduction du travail

Les documents *Mettre la politique des HPS en action* (OMS, 2006a) et *Guide pour la promotion de milieux de travail sains* (ASSSM, 2011) ont un contenu similaire (voir tableaux 4.21 et 4.22, appendices B2, B3, B5 et B6). On note néanmoins certaines différences. Une de ces différences est la place accordée dans le guide de l'ASSSM aux définitions et aux faits saillants relatifs à une coproduction du travail promotrice de santé sur le plan national et provincial. Le *Guide pour la promotion de milieux de travail sains* qui réserve un chapitre à cet élément propose en effet des définitions et explique pourquoi il est important, par exemple, de se préoccuper de la santé psychologique au travail. Soixante-trois références bibliographiques provenant de divers domaines tels que la gestion, la psychodynamique du travail, la psychologie ainsi que des études quantitatives et qualitatives en provenance du Canada, du Québec, mais aussi des États-Unis, de la France, de l'Allemagne, etc. viennent corroborer l'importance de soutenir le bien-être du personnel et d'adopter des pratiques efficaces de gestion.

On énonce également dans le document de l'OMS (2006a) *Mettre la politique des HPS en action*, l'importance d'une coproduction du travail promotrice de santé qui vise à optimiser les impacts des processus de travail afin de maintenir ou d'améliorer la santé du personnel. La deuxième stratégie centrale du modèle composée de six stratégies est consacrée à cet élément qui est identifié comme étant incontournable pour tous les établissements membres. Cet élément est également inclus dans deux autres stratégies essentielles pour tous les hôpitaux promoteurs de santé soit la première et la troisième. Le thème de la coproduction du travail PS se trouve également dans la quatrième stratégie qui est considérée comme étant optionnelle pour les membres du réseau HPS. Bien qu'il y ait des références à l'appui, on en compte moins que pour le document de l'ASSSM. En fait, il y a 50 références bibliographiques répertoriées dans tout le document qui viennent appuyer la promotion de la santé pour les patients, le personnel et la communauté, dont 8 sont utilisées pour soutenir la deuxième stratégie- coproduction de travail promotrice de santé. Il y a donc moins d'arguments, de données, d'études, etc. pour convaincre,

mobiliser et assurer, peut-être, la référence circulante du contenu de cet élément pour le second document de l'OMS ?

Au niveau du contenu, on peut noter plusieurs références circulantes entre ces documents, bien qu'il semble y avoir peu d'interinfluence entre ceux-ci et que le croisement des références bibliographiques soit rare. Par exemple, 22 % des 50 références bibliographiques pour le document *Mettre la politique des HPS en action* proviennent de l'OMS et 78 % de l'international, dont 34 % de l'Europe, 28 % des États-Unis et 8 % du Canada. Quant au *Guide pour la promotion de milieux de travail sains*, il s'appuie sur 250 références principalement du Canada (63,6 %, dont 41,6 % du Québec) et 36,4 % à l'international, dont seulement 6 % de l'OMS. Ainsi, malgré le peu de croisement bibliographique, l'étendue des recherches effectuées dans plusieurs pays tant en Europe qu'en Amérique démontre l'importance de cette dimension pour la création d'environnements sains de travail. Il est donc intéressant de constater que les deux documents ayant comme objectifs de faciliter la mise en œuvre de la PS avec peu de références communes et une interinfluence ténue ou quasi absente ont, au niveau du contenu, une traduction très similaire de ce premier élément. Alors que les deux autres documents, le *Manuel d'autoévaluation* de l'OMS et la *Politique de PS* du CHU, abordent la coproduction du travail de façon imprécise (voir tableaux 4.21 à 4.22 et appendices B5 à B9).

Le *Manuel d'autoévaluation* ne reflète point la diversité des dimensions abordées par le premier document du réseau. Est-ce parce que certains éléments de contenus manquaient de données probantes ou plutôt parce que certains enjeux étaient plus dérangeants pour les professionnels des hôpitaux qui ont évalué les normes ? Comme on nous le mentionnait à l'ASSSM et au CHU, cet élément- coproduction du travail promotrice de santé- est litigieux. Certains gestionnaires redoutent l'ingérence dans leur travail (EPS-2, EPS-3, CHU-1, CHU-3). De plus, aborder cette thématique requiert aussi souvent la participation des ressources humaines et certaines composantes du contenu des guides de mise en œuvre sont parfois difficilement

conciliables avec la réalité de certaines professions (conciliation travail-famille, flexibilité de l'horaire, etc.).

Enfin, la *Politique en matière de santé* du CHU s'appuie uniquement sur le second document de l'OMS soit le Manuel d'autoévaluation. Le *Guide pour la promotion de milieux de travail sains* ayant été publié deux ans après la rédaction de la politique. Le guide n'a donc pas eu d'influence directe sur le contenu de la politique en matière de santé au CHU. Néanmoins la responsable de la promotion de la santé au CHU a fait partie d'un des comités ayant participé à l'élaboration du guide.

Il est difficile de comparer le contenu des deux documents avec les documents précédents dû au manque de précision et clarté du contenu. Par exemple, à la sous-norme 4.2 du *Manuel d'autoévaluation*[55], il est écrit que l'on doit autoévaluer s'il « existe un système d'évaluation de la performance et de développement professionnel continu qui comprend la promotion de la santé » qui est au CHU une responsabilité, notamment, des ressources humaines. Toutefois, on ne précise pas ce qu'est un système d'évaluation de la performance qui inclut la promotion de la santé? Que doit-on évaluer : la communication, l'impact positif des gestionnaires sur la santé et le bien-être du personnel, l'organisation du travail ? Ensuite, l'autre élément de mesure indique de vérifier si « des équipes multidisciplinaires élaborent des méthodes de travail ». On peut alors se demander, en quoi est-ce promoteur de santé ? Est-ce que les méthodes ont pour but de faciliter le travail, la fluidité des communications, la collaboration entre les membres de l'équipe ? Rien, encore une fois, n'est précisé. La politique du CHU en matière de PS est tout aussi vague. Par exemple, il est écrit que « le CHU souhaite assurer un environnement, un climat de travail et des pratiques conformes aux normes d'Hôpitaux promoteurs de santé de l'OMS et à celles d'Agréments Canada »[56]. On sait qu'en ce qui concerne les

[55] L'organisation assure le développement et la mise en œuvre d'une stratégie complète de ressources humaines qui comprend de la formation et le développement d'habiletés en matière de promotion de la santé. (OMS, 2006b, p.48)

[56] Guide de correspondance entre les normes d'agrément CQA et les normes de la promotion de la santé de l'OMS-HPS (ASSSM, 2012, p. 13-14). Norme CQA #5 : la gestion et la valorisation des ressources humaines. La philosophie de gestion est écrite, diffusée, validée par le personnel et intégrée.

normes de l'OMS, le contenu est plutôt restreint et vagues. Tandis que savons que plusieurs dimensions sont abordées avec les normes d'agréments Canada. La politique du CHU reste toutefois imprécise (Appendices B5 à B9) sans les précisions apportées par les normes d'agrément.

2) Deuxième élément de contenu : Santé et sécurité au travail (SST)

La santé et sécurité au travail est définie selon le guide pour la promotion de milieux de travail sains comme étant le domaine qui :

> concerne les facteurs de risque de lésions professionnelles présents dans l'environnement de travail. L'objectif des activités qui s'inscrivent dans ce contexte est d'offrir aux employés des conditions de travail sécuritaire, et d'ainsi diminuer le nombre et la gravité des lésions professionnelles, soit les accidents de travail et les maladies professionnelles, de même que les séquelles pouvant en résulter. (ASSSM, 2011, p. 97)

La santé et sécurité au travail est une référence circulante tout au long de la chaîne de traduction (Tableau 4.22). C'est-à-dire un élément dont la circulation semble assurée peut-être par une boîte noire plutôt hermétique et opaque, un contenu accepté dû aux études probantes, aux lois, aux règlements, etc. Toutefois, comme nous le verrons, l'approfondissement de cet élément varie néanmoins selon le document analysé.

Elle permet d'identifier les attentes du personnel et présente, les attentes, les exigences ainsi que les engagements de l'organisation envers celui-ci. Elle inclut les modalités de soutien et de valorisation. Les mécanismes et les outils de gestion du personnel sont adéquats et favorisent la valorisation et la mobilisation du personnel. Les attentes de l'organisation et les mécanismes de collaboration intra-inter-équipes sont clairs et les responsabilités sont identifiées.

Dominante en lien avec le processus 16 (P15) : L'offre de service et les informations relatives aux activités sont connues et comprises par les usagers, la population (en cas de responsabilité populationnelle), le personnel et les partenaires. La communication interne (transversale, descendante, montante) est réfléchie, pensée et organisée

Dominante en lien avec le processus 18 (P17) : Le personnel dispose de mécanismes de feedback.

Dominante en lien avec le processus 19 (P 18) : Le personnel clinique dispose de mécanismes de rétroaction sur la pratique clinique en vue d'assurer la pertinence et la qualité des interventions effectuées auprès des usagers.

Tableau 4.22 Coproduction du travail promotrice de santé : résultats de l'analyse de contenu transversale

CONTENU	Mettre la politique en action (OMS)	Manuel d'autoévaluation (OMS)	Guide pour la promotion d'environnements sains de travail (ASSSM)	Politique de promotion de la santé (CHU)
Soutenir le personnel à garder un équilibre entre la vie personnelle et le travail : horaires de travail promoteurs de santé	X	-	X	Imprécis : on ne peut pas savoir si cette dimension est incluse
Service de coaching, de thérapie et/ou d'assistance pour le personnel	X	X	-	Idem
Soutenir le personnel dans son développement professionnel : mentorat et formation	X	-	X	Idem
Offrir une charge de travail adaptée	-	-	X	Idem
Soutenir le développement des relations au travail (soutien social): évènements sociaux au travail	X	-	X	Idem
Attitudes des gestionnaires	X	-	X	Idem
Communication et interactions adéquates	X	-	X	Idem
Soutien des gestionnaires favorisant l'autogestion et la santé globale de la santé du personnel	X	-	X	Idem
Reconnaissance au travail	-	-	X	X
Développement des rôles, dont le style de gestion (rôle des gestionnaires) : formation	X	-	X	X
La culture organisationnelle	X	-	X	Imprécis : on ne peut pas savoir si cette dimension est incluse
Flux de l'information	X	-	X	Idem
Transparence des décisions	X	-	X	Idem
Engagement participatif du personnel dans la prise de décision	X	-	X	Idem

CONTENU	Mettre la politique en action (OMS)	Manuel d'auto-évaluation (OMS)	Guide pour la promotion d'environnements sains de travail (ASSSM)	Politique de promotion de la santé (CHU)
Flexibilité dans l'organisation du travail	-	-	X	Vague : on ne peut pas savoir si cette dimension est incluse
Engagement participatif du personnel dans le processus de travail.	X	-	X	Idem
Bien définir les rôles et les responsabilités	-	-	X	Idem
Donner un sens au travail	-	-	X	Idem
Prévention et gestion des conflits : outiller	X	-	X	Idem
Contrer le harcèlement et la violence	X	-	X	Idem
Justice organisationnelle	-	-	X	Idem
Faciliter le retour au travail	-	-	X	Idem
Système d'évaluation existant de la performance et de développement professionnel continu qui comprend la promotion de la santé	-	X	-	X
Des équipes multidisciplinaires élaborent des méthodes de travail (procédures et directives)	-	X Vague	-	X Participation des différentes Directions
Faire des employés, des médecins et des étudiants en stage dans l'établissement des ambassadeurs en promotion de la santé	-	-	-	X

Tableau 4.23 Deuxième élément : santé et sécurité au travail (SST)

Mettre la politique des HPS en action (OMS, 2006a)	OUI
Manuel d'autoévaluation (OMS, 2006b)	OUI
Guide pour la promotion de milieux de travail sains (ASSSM, 2011)	OUI
Politique de promotion de la santé (CHU, 2009)	OUI mais imprécis

Les deux documents de l'OMS revoient aux lignes directrices nationales et régionales puisque les lois, normes et règlements varient d'un pays à l'autre. Néanmoins, le premier document, *Mettre la politique des HPS en action*, va un peu plus loin en suggérant, notamment, que le style de travail soit favorable à la santé physique, l'environnement ergonomique et autrement adéquat et que des formations soient offertes relatives aux techniques de soulèvement et aux soins du dos. La SST est ainsi incluse dans trois des six stratégies centrales orientées vers le personnel (voir tableaux 4.25 à 4.27 et appendice B10).

Le second document de l'OMS, qui a comme objectif *l'autoévaluation de la mise en œuvre de la promotion de la santé*, aborde cette thématique de façon plutôt générale. L'OMS étant l'instance internationale, elle peut uniquement proposer des lignes directrices générales, car les lois et les règlements varient d'un pays à l'autre. Ainsi, le document indique des éléments de mesures généraux et deux indicateurs plus spécifiques soit évaluer le pourcentage d'accidents du travail en recensant annuellement le nombre d'accidents percutanés et faire l'inventaire de l'épuisement professionnel dans l'établissement (voir tableaux 4.25 à 4.27 et appendice B11). Un travail qui est sous la responsabilité du secteur santé et sécurité au travail au sein des établissements au Québec.

C'est le *Guide pour la promotion de milieux de travail sains* qui approfondit le plus cette thématique. Un chapitre de 24 pages est consacré à l'amélioration de l'environnement physique des travailleurs afin de le rendre plus sécuritaire. Sans

aborder les lois et réglementations en vigueur au Québec, on met entre autres de l'avant certains principes à respecter, les éléments pour une compréhension plus fine des circonstances, etc. (voir les tableaux 4.25 à 4.27 et appendice B12).

La *Politique en promotion de la santé du CHU* reste le document le plus vague quant à cette thématique. En effet, qu'est-ce qu'un environnement de travail sain pour le CHU ? Néanmoins, même si ce document ne se prête pas aux grandes définitions, on peut penser que le CHU respecte les lois et les réglementations au Québec ayant au sein de l'établissement un Service de santé et de sécurité au travail sous la direction des Ressources humaines. Cependant nous ne pouvons aller plus loin dans la traduction de l'énoncé de ce document qui reste imprécis (voir les tableaux 4.24 à 4.27 et appendice B13).

Globalement, on trouve pour ce troisième élément huit références circulantes qui sont présentes dans trois ou quatre des documents analysés (voir tableaux 4.24 à 4.27). Ainsi éviter le contact avec les substances et matériaux dangereux, procurer de l'air propre, la gestion des risques, etc. semblent être des éléments de contenu incontournables pour les établissements du réseau. Peut-être parce que ce contenu correspond étroitement au contenu des normes, lois et règlements d'un grand nombre de pays. Par exemple, les lignes directrices de l'Agence européenne pour la santé et sécurité au travail (https://osha.europa.eu/fr/legislation/guidelines) (voir tableau 4.28) ainsi que celles de la (CSST www.csst.qc.ca) font écho à ces références circulantes (voir appendice B24).

Tableau 4.24 Ligne directrices de l'Agence européenne pour la SST

- Directive-cadre de la SST
- Lieux de travail, équipement, panneaux, équipement de protection individuelle
- Exposition à des agents chimiques et sécurité chimique
- Exposition à des dangers physiques
- Exposition à des agents biologiques
- Dispositions relatives à la charge de travail et aux risques ergonomiques et psychosociaux
- Dispositions spécifiques au secteur et liées aux travailleurs

On note également pour ce troisième élément des transformations au niveau du contenu en lien avec les objectifs du troisième document *Guide pour la promotion de milieux de travail sains*. On trouve donc les éléments à considérer lors d'une démarche pour établir le portrait de l'établissement en matière d'environnement sécuritaire et pour avoir une compréhension plus fine des circonstances. C'est donc un contenu spécifique à ce document de par le mandat de l'ASSSM qui souhaite guider et soutenir les membres réseau EPS dans le développement d'un milieu de travail sain.

Tableau 4.25 Santé et sécurité au travail : résultat de l'analyse de contenu transversale

CONTENU	Mettre la politique en action (OMS)	Manuel d'autoévaluation (OMS)	Guide pour la promotion d'environnements sains de travail (ASSSM)	Politique de promotion de la santé (CHU)
Formations diverses : technique de soulèvement, pour les soins du dos, etc.	X	-	-	-
Gestion des risques (accidents et contaminations)	X	X Tous les risques sont reconnus	X	CSST
Offrir des services de santé comme la vaccination, la prévention des infections	X	-	-	-
Éviter pour le personnel, le contact avec les substances dangereuses	X	X Tous les risques sont reconnus	X	CSST
Remplir tous les aspects légaux de la sécurité au travail selon le pays	X	X	X	CSST
Créer et de mettre en œuvre une politique de santé et sécurité au travail	-	X	-	CSST
Les conditions de travail sont conformes aux directives et indicateurs nationaux et régionaux	-	X	X	CSST
Le personnel satisfait aux exigences en matière de santé et de sécurité et tous les risques en milieu de travail sont reconnus	-	X	X	CSST
Étudier, notamment, les données sur les accidents de travail	-	X	X	CSST
Style de travail favorable à la santé physique	X	-	-	-
Offrir des services en santé et sécurité au travail (vaccination, prévention des infections)	X	Aucune précision Conformité aux directives et indicateurs nationaux	-	-
Environnement ergonomique et autrement adéquat	X	-	X Démarche multi-stratégique	-

CONTENU	Mettre la politique en action (OMS)	Manuel d'autoévaluation (OMS)	Guide pour la promotion d'environnements sains de travail (ASSSM)	Politique de promotion de la santé (CHU)
Évitant le contact avec les substances et matériaux dangereux	X	X Tous les risques sont reconnus	X	CSST
Procurant de l'air propre	X	X Conformité aux directives et indicateurs nationaux	X	CSST
Procurant des dispositifs ergonomiques (chaises, leviers, etc.)	X	-	X	CSST
Formation relatives aux techniques de soulèvement ainsi que pour l'utilisation adéquate des équipements	X	-	X	CSST
Formation pour les soins du dos	X	-	-	-
Mesurer les absences à court et à long terme ainsi que les résultats d'épuisement professionnel	-	X	-	-
Définitions et quelques données en santé et sécurité au travail	-	-	X	-
Neuf éléments pour que l'établissement, au début de sa démarche, puisse procéder à un premier portrait de la situation de l'organisation en matière d'environnement sécuritaire	-	-	X	-
Les facteurs de succès de cette démarche étant que celle-ci soit participative, multistratégique, intégrée, centrée sur la population cible, etc.	-	-	X	-
Procéder à une évaluation plus détaillée » afin d'avoir une compréhension plus fine des circonstances des accidents	-	-	X	-

CONTENU	Mettre la politique en action (OMS)	Manuel d'auto-évaluation (OMS)	Guide pour la promotion d'environnements sains de travail (ASSSM)	Politique de promotion de la santé (CHU)
Aspects multifactoriels des accidents regroupés selon cinq causes : personne, tâche, organisation du travail, environnement et équipement	-	-	X	-
Environnement un des cinq aspects et indices multifactoriels des accidents (encombrement des locaux, bruits environnants, éclairage, etc.)	-	-	X	-
Plan d'action global et intégré articuler avec les autres éléments qui influent sur l'aspect sécuritaire de l'exercice de la profession des différents employés ainsi qu'avec la démarche générale de promotion de milieu de travail sain de l'établissement	-	-	X	-
Cinq types de risque sont répertoriés	-	-	X	-

3) Troisième élément : saines habitudes de vie

Les saines habitudes de vie représentent le troisième élément de contenu d'un environnement sain de travail dans un HPS. Cet élément est présent dans les quatre documents analysés. Comme le souligne l'ASSSM, « l'importance accordée actuellement aux initiatives en promotion de la santé en milieu de travail est le reflet des préoccupations de santé des populations occidentales (ASSSM, 2011, p. 140). Toutefois, même si ce thème est commun à tous les documents, le contenu qu'il renferme et son approfondissement est variable d'un document à l'autre (voir tableau 4.26).

Tableau 4.26 Troisième élément : saines habitudes de vie

SAINES HABITUDES DE VIE	
Mettre la politique des HPS en action (OMS, 2006a)	OUI
Manuel d'autoévaluation (OMS, 2006b)	OUI Restreint et imprécis
Guide pour la promotion de milieux de travail sains (ASSSM, 2011)	OUI
Politique de promotion de la santé (CHU, 2009)	OUI Saine alimentation Imprécis pour le reste

Le premier document de l'OMS *Mettre la politique des HPS en action* indique que cet élément est essentiel pour tous les établissements membres du Réseau HPS. Il est présent dans cinq des six stratégies orientées vers le personnel (appendice B14). Ainsi, soutenir la santé psychologique et physique, la formation en gestion du stress, l'offre de nourriture saine, un cadre hospitalier promoteur de santé et une gestion des maladies promotrice de santé pour le personnel sont des priorités à mettre en œuvre dans les HPS. Tandis que certains services tels que l'assistance à la cessation tabagique et le soutien en prévention de la toxicomanie sont laissés à la discrétion des établissements. Enfin, offrir des clubs d'exercices pour la pratique d'activités physiques ainsi que l'offre de nourriture saine sont indiqués paradoxalement à la fois comment étant un incontournable pour tous les HPS (Stratégie 1) mais aussi un service laissé à la discrétion des établissements (Stratégie 5).

Le *Manuel d'autoévaluation* (OMS, 2006b) propose un spectre plus restreint du contenu pour ce troisième élément, les saines habitudes de vie (voir appendice B15). On indique que le personnel devrait avoir accès à la politique sur les enjeux de la santé (consommation de tabac, d'alcool, de drogue et sur l'activité physique). On propose, également, de procéder à des sondages annuels auprès de ces derniers pour connaître, entre autres, leur comportement en matière de santé et leur

connaissance des services et des politiques en matière de soutien. Seuls les programmes d'arrêt du tabagisme y sont mentionnés comme devant, à l'opposé du document précédent, faire partie des HPS (voir appendice B15). Ainsi, le soutien à l'activité physique est absent même si plusieurs domaines de recherche démontrent le bien-fondé d'une pratique régulière d'activités physiques pour réduire le risque d'hypertension, le diabète, le cancer du sein, le cancer du côlon, la dépression en plus d'être un déterminant clé de la dépense et l'équilibre énergétique (www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr/). En fait, la seule mesure pour ce troisième élément est que le personnel ait accès à la politique sur l'activité physique (voir appendice B15). Subséquemment, malgré le fait que cet élément soit reconnu , c'est-à-dire que les éléments de contenu correspondent à des recherches probantes, des programmes en matière de santé dans plusieurs pays[57], le soutien à la pratique d'activité physique au travail n'apparait pas comme norme ou indicateur pour vérifier les actions concrètes pour soutenir la pratique d'activités physiques chez le personnel. Peut-être est-ce dû au fait qu'il ait été décidé, pour ce manuel, de limiter le spectre des enjeux à ceux qui sont le plus facilement acceptés par les professionnels de la santé ? Peut-être est-ce, à l'instar du premier document de l'OMS (2006), considéré comme étant une stratégie supplémentaire (stratégies 5 et 6) et non pas une stratégie essentielle pour les établissements du Réseau. C'est-à-dire que la présence d'un gymnase dans les murs de l'établissement n'est pas considérée comme étant essentielle. Seule la diffusion de la politique sur les enjeux de la santé auprès du personnel devrait être obligatoire pour tous les

---

[57] Recommandations de l'OMS au niveau international pour la pratique d'activités physiques www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/.

Placer la pratique d'activités physiques au cœur des politiques de santé publique. Gouvernement- France www.sports.gouv.fr/accueil-du-site/a-la-une/article/Placer-la-pratique-des-activites-physiques-et-sportives-au-coeur-des-politiques-de-sante-publique-15906.

(INSPQ) Répertoire des plans d'action gouvernementaux en matière d'alimentation, d'activité physique et d'obésité. Québec www.inspq.qc.ca/pag

Plan d'action en matière d'alimentation et d'activité physique – Luxembourg. Belgique www.inspq.qc.ca/ pag/plan-daction-en-matiere-dalimentation-et-dactivite-physique-luxembourg

Politiques en matière d'activités physiques- Australie www.physicalactivityaustralia.org.au/ policies-and-guidelines/

Program and Policy Options for Preventing Obesity in China www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/ PMC4048452/

"+10 min of Physical Activity per Day": Japan Is Looking for Efficient but Feasible Recommendations for Its Population www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26598893

établissements. D'autres dimensions sont également absentes telles que l'offre alimentaire saine, la gestion du stress, un cadre matériel promoteur de santé, etc. même si plusieurs études viennent également corroborer leurs impacts sur la santé. Il y a donc une rupture relative au contenu de ces deux documents de l'OMS. Une traduction différente quant au contenu.

Le *Guide pour la promotion de milieux de travail sains* du Réseau EPS consacre à cet élément un chapitre complet afin de promouvoir les saines habitudes de vie en milieux de travail. On indique que « les saines habitudes de vie sont des pratiques visant la non-détérioration, le maintien ou l'amélioration de la santé » (ASSSM, 2011, p. 141). Le chapitre de 16 pages est divisé en cinq sections abordant quelques définitions, les résultats les plus fréquemment observables des programmes sur les saines habitudes de vie dont la diminution de l'absentéisme, l'amélioration de la productivité, du moral et de la satisfaction au travail du personnel. On indique également les stratégies efficaces et les conditions contribuant aux chances de succès. La cinquième section traite, elle, des quatre habitudes de vie ciblées « étant donné leur impact sur le développement des maladies chroniques et leur positionnement au cœur des priorités ministérielles et régionales [...]. ». Tout au long de ce chapitre, on indique des références, des résultats de recherche et d'autres projets qui agissent comme témoins silencieux et qui donnent de l'épaisseur en ajoutant des couches de savoir issu de différents domaines. On retrouve donc au niveau du contenu, à l'instar du premier document de l'OMS, la saine alimentation, la pratique d'activité physique, la non-consommation de tabac et la gestion du stress. Les dimensions de la norme 4- *développement d'un milieu de travail sain-* du *Manuel d'autoévaluation* de l'OMS sont ainsi traduite différemment en s'appuyant sur des priorités ministérielles et sur des études de divers domaines (voir appendice B16).

La promotion des saines habitudes de vie est également incluse dans la *Politique de la promotion de la santé du CHU* (2009) (voir appendice B17). Déjà, dans le préambule de cette politique il est écrit :

> En conformité avec les orientations politiques en vigueur au Québec en matière de promotion de la santé et de saines habitudes de vie, et à titre d'Hôpital promoteur de santé, le CHU souhaite saisir le moment du passage de ses patients et de leurs proches pour leur faire la promotion de saines habitudes de vie et leur offrir une éducation pour la santé. Cette politique s'adresse également aux médecins et aux employés, chercheurs, stagiaires et bénévoles du CHU, auxquels l'établissement souhaite offrir un milieu de travail sain et faire auprès d'eux la promotion de la santé et de saines habitudes de vie. (CHU, 2009, p. 1)

Cette dimension est également indiquée dans les principes directeurs de la politique. Toutefois, ce qu'elle sous-tend reste vague. Ainsi, il est écrit que le CHU désire favoriser chez les usagers, les employés, les médecins, les stagiaires et les bénévoles, le développement d'aptitudes leur permettant d'exercer un plus grand contrôle sur leur état de santé (voir appendice B17). On retrouve également deux objectifs directement liés à la thématique des saines habitudes de vie pour et par le personnel parmi les 12 objectifs sans toutefois que l'on sache ce qu'ils traduisent précisément. Inclut-on ou pas dans ce thème l'alimentation, la pratique d'activités physiques, la gestion du stress, le soutien aux problèmes de toxicomanie et d'alcool? Enfin, à la septième section-responsabilités (voir appendice B17), il devient plus clair qu'un accent est mis sur la saine alimentation de par, notamment l'offre alimentaire sans que soient précisées et développées les autres dimensions. L'offre alimentaire saine dans les cafétérias du CHU y est notamment inscrite suivant une demande ministérielle (MSSS) s'adressant à tous les établissements du réseau.

Il est clair que l'objectif de ce document requiert un contenu plus synthétique que les trois autres documents analysés. De plus, celui-ci ayant été publié avant la publication du *Guide pour la promotion de milieux de travail sains* du Réseau québécois EPS et s'appuyant, entre autres, sur le *Manuel d'autoévaluation* de l'OMS a pu retreindre, également, des enjeux. Toutefois, bien qu'il fasse référence au deuxième document de l'OMS (2006b), on ne retrouve aucune mention des sondages à effectuer annuellement auprès du personnel. Comme on nous l'a précisé au CHU, soumettre 16 000 employés, médecins, stagiaires et bénévoles répartis sur trois sites travaillant sur des quarts de travail différents était une pratique difficile qui demandait beaucoup de ressources dont celles financières qui sont

actuellement restreintes. Des évaluations étant déjà faites par Agrément Canada, on pensait ajouter des volets au questionnaire existant.

Tableau 4.27 Troisième élément - saines habitudes de vie : résultats de l'analyse transversale de contenu (partie 1)

CONTENU	Mettre la politique en action (OMS)	Manuel d'auto-évaluation (OMS)	Guide pour la promotion de milieux de travail sains (ASSSM)	Politique de promotion de la santé (CHU)
Saine alimentation : offre d'aliments sains	X	-	X	Mentionnées sans précision
Pratique d'activité physique	X	Vérifier la politique en matière d'activité physique	X	Ibid.
Non-consommation de tabac	X Programme optionnel pour les HPS	X	X	Ibid.
Gestion du stress	X	-	X	Ibid.

Ainsi, on retrouve dans cette chaîne de traduction deux références circulantes, celle de la non-consommation de tabac et de l'activité physique. La première semble être maintenue tout au long de la chaine de traduction sans qu'on en soit totalement certain puisque le document du CHU est vague (voir les tableaux 4.27 à 4.29). On présume seulement que les saines habitudes de vie incluent la non-consommation de tabac au CHU dû notamment à une loi et à des programmes provinciaux. De plus, trois autres dimensions (saine alimentation, activité physique et gestion du stress) sont présentes dans les deux documents de mise en œuvre de la PS : *Mettre la politique des HPS en action* et le *Guide pour la promotion de milieux de travail sains* (voir les tableaux 4.27 à 4.29). Elles sont néanmoins, comme nous l'avons mentionné, approfondies davantage dans le document de l'ASSSM.

Subséquemment, même si ce troisième élément- les saines habitudes de vie- est présent dans les quatre documents analysés, le contenu varie et se transforme et ce malgré les études, les données probantes disponibles, certaines dimensions sont absentes (voir tableau 4.28 et 4.30). On peut donc penser qu'au-delà des statistiques, des données probantes, il faut également convaincre les collègues d'un groupe de travail (Latour, 2007) mais aussi de nombreux tiers afin qu'ils deviennent parties prenantes (Ibid.). C'est peut-être là que réside une des réponses aux ruptures et aux références circulantes dans les documents. Enfin, les objectifs du document ont possiblement aussi des impacts sur le contenu qui pourraient expliquer le flou quant au contenu de la *Politique en promotion de la santé* du CHU.

Tableau 4.28 Troisième élément - saines habitudes de vie : résultats de l'analyse transversale de contenu (partie 2)

CONTENU	Mettre la politique en action » (OMS)	Manuel d'auto-évaluation (OMS)	Guide pour la promotion de milieux de travail sains (ASSM)	Politique de promotion de la santé (CHU)
Saine alimentation	Oui	Non	Oui	Oui
Accès à la politique de sensibilisation en matière de saine alimentation.	-	-	x	Politique PS
Programme, activités, services et installations pour une saine alimentation	X	-	X	X
Sondage annuel sur les comportements, la connaissance des services et des politiques en matière d'alimentation	-	-	-	-
Pratique de l'activité physique	Oui	?	Oui	Ne mentionne pas précisément l'AP
Accès à la politique de sensibilisation en matière d'activité physique	X	X	-	Idem
Programme, activités, services et installation pour l'activité physique	X	-	X	Idem
Promouvoir les modes de transport actifs	-	-	X	-
Non-consommation de tabac	Oui	Oui	Oui	Ne mentionne pas la N-CT
Accès à la politique de sensibilisation pour la non-consommation de tabac	-	X	X	Idem
Programme, activités, services et installation pour la non-consommation de tabac	X	X	X	Idem
Sondage annuel sur les comportements, la connaissance des services et des politiques en matière de non-consommation de tabac	-	x	-	-
Gestion du stress	Oui	Non	Oui	Ne mentionne pas la GT

4) Quatrième élément : réduire les inégalités sociales de santé en milieu de travail

La réduction des inégalités sociales de santé en milieu de travail est le quatrième élément de contenu d'un milieu sain de travail. Les inégalités sociales se sont des : « écarts, pourtant évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socio-économiques et entre territoires, qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations » (Centre de recherche Léa Roback, cité dans ASSSM, 2011, p. 161).

Ce quatrième élément est présent uniquement dans deux des quatre documents analysés (voir tableau 4.28). Le premier document de l'OMS *Mettre la politique des HPS en action* (2006) inclut cet élément à la troisième stratégie qui est un incontournable pour tous les établissements membres du Réseau HPS et à la quatrième stratégie qui est optionnelle. Ainsi, il serait essentiel pour les établissements d'offrir des périodes de travail qui correspondent à l'âge du personnel. Tandis que deux autres dimensions sont laissées à la discrétion des HPS : la *gestion promotrice de santé des troubles de santé sociale du personnel* ainsi que la *réorganisation des processus de travail afin de permettre au personnel de rester au travail en prenant en considération les problèmes de santé* (voir appendice B18).

Tableau 4.29 Quatrième élément : réduire les inégalités sociales de santé en milieu de travail

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL	
Mettre la politique des HPS en action (OMS, 2006a)	OUI
Manuel d'autoévaluation (OMS, 2006b)	NON
Guide pour la promotion de milieux de travail sains (ASSSM, 2011)	OUI
Politique de promotion de la santé (CHU, 2009)	NON

Cet élément de contenu est considéré comme étant essentiel pour le réseau EPS (EPS-1). Le *Guide pour la promotion de milieux de travail sains* approfondit davantage le sujet en lui consacrant un chapitre intitulé – intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé en milieu de travail (ASSSM, 2011). On indique que « l'équité en santé passe par un travail sûr, sans danger et correctement rémunéré, des possibilités d'emploi tout au long de l'année et un juste équilibre entre vie professionnelle et vie privée pour tous » (OMS, 2008, cité dans ASSSM, 2011, p. 160). On aborde, entre autres, dans ce chapitre l'impact du titre d'emploi, le vieillissement de la main-d'œuvre, etc. (voir appendice B19). Nous retrouvons également des dimensions qui étaient présentes au sein d'autres chapitres comme le stress, les troubles musculosquelettiques (TMS), l'équilibre travail-vie personnelle, etc.

On note ainsi cinq références circulantes entre les deux documents, dont trois étaient abordées dans le contenu de l'un des cinq autres éléments analysées précédemment (voir les tableaux 4.29 et 4.30). Il y a aussi des transformations. On ne parle pas ici de rupture au niveau du contenu, mais plutôt d'ajouts. La réduction des inégalités qui consistait à quelques lignes est développée, comme nous l'avons mentionné, en un chapitre de 20 pages dans lequel sont ajoutées, aussi, de nouvelles dimensions (voir les tableaux 4.31 et 4.32). Cet élément est documenté bien qu'avec moins de références à l'appui que d'autres chapitres du guide de l'ASSSM. Les 29 références sont principalement issues du Canada (17, dont 11 du Québec) et de l'international (huit, dont deux de l'OMS). Peut-être est-ce le manque d'études probantes sur ces diverses dimensions qui a fait que ce cinquième élément est absent du *Manuel d'autoévaluation* de l'OMS sur lequel s'appuie, entre autres, la *Politique en PS* du CHU ? Peut-être est-ce encore le fait, comme on nous l'a mentionné lors des entretiens que pour un établissement cela fait trop d'éléments à prendre en considération même si celui-ci représente pour l'ASSSM un élément essentiel à considérer (EPS-2)?

Tableau 4.30 Quatrième élément - réduire les inégalités sociales de santé en milieu de travail : résultats de l'analyse transversale de contenu

CONTENU	Mettre la politique en action » (OMS)	Manuel d'auto-évaluation (OMS)	Guide pour la promotion de milieux de travail sains (ASSM)	Politique de promotion de la santé (CHU)
Observer la composition de sa main-d'œuvre et dégager des hypothèses sur les écarts entre les différentes catégories de personnel	-	-	X	-
Impact du titre d'emploi	NON	NON	OUI	NON
Conditions psychosociales et stress Les conditions difficiles ont de tout temps nui aux groupes socioéconomiques les moins favorisés plutôt qu'aux mieux nantis. - Développer des programmes de prévention du stress - Pour les cadres, développer des mesures adaptées pour mieux les soutenir dans l'exercice de leur rôle - Adapter les modèles d'organisation du travail de certains groupes de travailleurs, etc.	X (référence à la gestion du stress/ soutien au personnel sans approfondir : thématique saines habitudes de vie)	-	X	-
Les troubles musculosquelettiques (TMS) Une grande portion des lésions dues au travail est observée chez les travailleurs de la santé qui transportent et soulèvent des patients. - Favoriser les interventions dans lesquelles toute l'organisation est impliquée - Mettre l'accent sur l'aménagement ergonomique des lieux de travail et sur la formation des employés à des méthodes sécuritaires	X (thématique sur la santé et sécurité)	-	X	-

CONTENU	Mettre la politique en action(OMS)	Manuel d'auto-évaluation (OMS)	Guide pour la promotion de milieux de travail sains (ASSM)	Politique de promotion de la santé (CHU)
Le travail par quarts de soir et de nuit et le travail par rotation. Des conséquences négatives sur la santé sont associées aux horaires de travail par quarts de soir et de nuit ainsi qu'aux horaires en rotation. - Développer un programme de promotion de la santé et du bien- être au travail adapté aux travailleurs par quart de soir, de nuit, par rotation - Aménager des espaces physiques sur le lieu de travail, etc.	-	-	X	-
Impact du genre	NON	NON	OUI	NON
Situation de travail et le revenu	-	-	X	-
Équilibre travail-vie personnelle	Sans le lier au genre. Élément précédent	-	X	-
La violence et le harcèlement Présence importante de niveaux de violence subie par les travailleurs du secteur de la santé - Adopter des mesures pour contrer la violence - Adopter une politique de civilité	X	-	X	-
Impact de l'âge des travailleurs	Oui Très brièvement	NON	OUI	NON
Vieillissement de la main d'œuvre et ses impacts sur la santé Pour la première fois, il y aura plus de travailleurs de 55-64 ans que de 20-26 ans - Réduire le stress en appliquant des mesures d'équilibre travail/vie personnelle - Adapter les conditions de travail - Éliminer les facteurs de dissuasion relative à la retraite	X	-	X	-
Équipes de générations différentes Cette diversité entraine certains défis puisque chaque génération se caractérise par ensemble de croyances, de valeurs, de préférences. - Adapter les pratiques de gestion - Intervenir dans les relations de travail, le développement des compétences, etc.	-	-	X	-

CONTENU	Mettre la politique en action(OMS)	Manuel d'auto-évaluation (OMS)	Guide pour la promotion de milieux de travail sains (ASSM)	Politique de promotion de la santé (CHU)
Impact de l'immigration et de l'appartenance à une minorité culturelle	Oui Très brièvement	NON	OUI	NON
Immigration et diversité culturelle Malgré leur niveau de scolarité généralement élevé, les nouveaux arrivants et les immigrants installés ici depuis moins de cinq ans présentent un taux de chômage important - Loi sur l'accès à l'égalité d'emploi dans les organismes publics - Élaboration d'un programme d'accès à l'égalité au sein de l'institution	Brièvement	-	X	-
Intégration au marché du travail	-	-	X	-

5) Cinquième élément : actions de prévention collective

Le cinquième élément, Actions de prévention collective, est présent uniquement dans deux documents. Dans le premier document analysé de l'OMS *Mettre la politique des HPS en action*, la sixième stratégie qui lui est consacrée est laissée à la discrétion des établissements. Les établissements membres sont donc libres de la mettre en œuvre ou non des actions de prévention collectives selon leurs besoins et leurs ressources (voir tableau 4.30). Le second document incluant ce cinquième élément est le *Guide pour la promotion de milieux de travail sains* (voir tableau 4.30 et 4.31). On indique que les actions de prévention collective ce sont toutes les « actions qui visent à réduire les facteurs néfastes pour la santé psychologique en agissant directement sur l'organisation » (ASSSM, 2011, p. 62). Ces actions sont considérées comme étant efficaces et leurs effets positifs perdurent dans le temps (Ibid.). On retrouve dans sa dimension sociale et communautaire entre autres, l'accès au personnel au service de santé, aux organismes communautaires, au logement et à l'éducation mais aussi l'accès à des garderies et au transport en commun le jour comme la nuit (OMS, 2006a). Tandis qu'au niveau politique ce sont

les lois, les règlements et les normes qui influencent de façon significative la culture de la promotion de la santé au travail (Ibid.).

Tableau 4.31 Cinquième élément de contenu : actions de prévention collective

ACTIONS DE PRÉVENTION COLLECTIVE	
Mettre la politique des HPS en action (OMS, 2006a)	OUI
Manuel d'autoévaluation (OMS, 2006b)	NON
Guide pour la promotion de milieux de travail sains (ASSSM, 2011)	OUI
Politique de promotion de la santé (CHU, 2009)	NON

Tableau 4.32 Cinquième élément - actions de prévention collective : résultats de l'analyse de contenu transversale

PROJETS COMMUNAUTAIRES PROMOTEURS DE SANTÉ POUR LE PERSONNEL				
CONTENU	Mettre la politique en action(OMS)	Manuel d'auto-évaluation (OMS)	Guide pour la promotion de milieux de travail sains (ASSM)	Politique de promotion de la santé (CHU)
Améliorer la commutation du et vers le lieu de travail (réverbères/éclairage sécuritaire; transport en commun 24h/24h)	X	-	-	Vague : on ne peut pas savoir si cette dimension est incluse
Faciliter la vie au quotidien du personnel - garderie; banques et magasins avec des heures d'ouverture adaptées/prolongées	X	-	-	Idem
Contribuer davantage à la promotion de la santé pour le personnel hospitalier - en offrant au personnel l'accès, entre autres, à un local pour la pratique de sports et des installations pour la mise en forme à prix réduit	X	-	X	Idem
Faciliter la vie au quotidien du personnel - Logement	X	-	X	Idem
Accès aux services de santé	-	-	X	Idem
Accès aux organismes communautaires	-	-	X	Idem
Accès à l'éducation	-	-	X	Idem
Au niveau politique : établissement de loi, règlements et normes favorisant la promotion de la santé	-	-	X	Idem
Politique : - Établissement de lois, règlements et normes qui influencent positivement la culture de la promotion de la santé (ex. : norme BNQ)	-	Vague[58]	X	Mission de promotion de la santé au CHU

[58] OMS (2006b). Le personnel participe à l'élaboration de politiques, à leur vérification et à leur révision : des politiques en lien avec quelle thématique ? Est-ce au niveau de la promotion de la santé. Aucune définition n'est donnée.

6) Sixième élément : faire des choix verts

Le dernier élément abordé est celui des choix verts. Comme on le mentionne dans le guide produit par l'Agence « au cours des dernières décennies, les pressions exercées par l'espèce humaine sur les écosystèmes mondiaux se sont fait ressentir partout sur la planète. Les prochaines années sont cruciales selon plusieurs scientifiques » (ASSSM, 2011, p. 184). Il est donc essentiel individuellement et collectivement d'apporter des changements profonds (Ibid.).

Tableau 4.33 Sixième éléments : faire des choix verts

FAIRE DES CHOIX VERTS	
Mettre la politique des HPS en action (OMS, 2006a)	OUI
Manuel d'autoévaluation (OMS, 2006b)	NON
Guide pour la promotion de milieux de travail sains (ASSSM, 2011)	OUI
Politique de promotion de la santé (CHU, 2009)	NON

Le sixième élément à l'instar du cinquième est présent uniquement dans deux des quatre documents analysés (voir tableau 4.33) soit celui *Mettre la politique des HPS en action* (OMS, 2006a) et le *Guide pour la promotion de milieux de travail sains* qui approfondi de nouveau davantage le sujet (ASSSM, 2011). Si le document de l'OMS traite très brièvement du sujet (voir appendices B22 et B23), le *Guide pour la promotion de milieux de travail sains* lui consacre un chapitre. Intitulé faire *des choix verts intégrant les principes du développement durable*, le cinquième chapitre qui comprend 17 pages est sous-divisé en neuf parties où l'on donne quelques définitions et développe sept dimensions à considérer pour les EPS. On souligne que :

> étant l'un des principaux employeurs au Québec [...] et du fait que son fonctionnement requiert des investissements financiers importants (40 % du budget de l'état québécois en 2008-2009, le réseau de la santé et des services sociaux a un rôle à jouer afin de réduire les impacts négatifs sur l'environnement. Par ailleurs, étant garants de la santé de la population, les établissements se doivent de montrer

> l'exemple à la population et d'informer celle-ci des effets potentiels de leurs actions sur leur propre santé et sur celle de leurs proches. (ASSSM, 2011, p. 185)

On note une seule référence circulante, entre les deux documents, relatives aux activités de construction et de rénovation (voir tableau 4.34). Le document de l'ASSSM fait donc une nouvelle traduction des éléments importants à considérer lors de la mise en œuvre de milieux de travail sains dans les établissements promoteurs de santé. Si pour l'OMS (2006), construire vert en évitant les matériaux toxiques est la seule dimension furtivement abordée, ce sixième élément apparait comme étant une préoccupation importante pour l'ASSSM revêtant plusieurs aspects tels que la gestion des matières résiduelles, la consommation d'eau, les approvisionnements écoresponsables, etc. On appuie encore les énoncés par 23 références dont la majorité provient du Canada (14, dont 9 du Québec) et de l'international (cinq, dont trois de l'OMS 2009, 2010a et b).

L'absence de ces dimensions dans les autres documents, malgré les pressions internationales afin que les individus, les organisations et les sociétés deviennent écoresponsables, peut être troublante. Toutefois, on peut noter dans les références liées à l'OMS que certains documents traitant du sujet ont été produit après la publication du *Manuel d'autoévaluation* de l'OMS[59]. Ce qui pourrait expliquer l'absence de cet élément dans le manuel paru en 2006. La Politique en PS du CHU qui s'appuie, entre autres, sur le *Manuel d'autoévaluation* ne fait aucune mention de cet élément. De plus, lorsque l'on regarde les normes de base d'Agrément Canada sur lesquelles le CHU s'appuie également pour mettre en œuvre la promotion de la santé, on réalise que cet élément est également inexistant. C'est donc ces divers facteurs qui font en sorte que malgré qu'il soit essentiel individuellement et collectivement d'apporter des changements profonds, le sixième élément est absent ou peu présent dans la majorité des documents analysés.

---

[59] OMS (2009). *Healthy hospitals, healthy planet, healthy people*; HPS (2010) *New international HPH Task force on environment. HPH Newsletter*, 44, 6 p. OMS (2010b). Protéger la santé des effets du changement climatique - dix mesures essentielles à prendre par les professionnels de la santé

Tableau 4.34 Sixième- faire des choix verts : résultats de l'analyse de contenu transversale

FAIRE DES CHOIX VERTS				
CONTENU	Mettre la politique en action(OMS)	Manuel d'auto-évaluation (OMS)	Guide pour la promotion de milieux de travail sains (ASSM)	Politique de promotion de la santé (CHU)
La gestion des matières résiduelles Collecte des déchets biomédicaux, ultimes, récupération du papier, etc., récupération des matières compostables, etc.	-	-	X	-
La consommation d'eau Éduquer le personnel, réparer les fuites, installer des toilettes et des urinoirs à faible débit. Installer des réducteurs de flux et des aérateurs sur les robinets	-	-	X	-
Les activités de construction et de rénovation Favoriser la lumière naturelle, localiser les nouveaux projets à moins d'un km d'une station de métro, fournir des supports à vélo en nombre suffisant, planter de la végétation sur le site, procurer aux patients et aux employés des locaux de repos intérieurs et extérieurs avec vue directe sur la nature, etc.	Uniquement : - locaux de repos - construction verte (sans matériaux toxiques)	-	X	-
Les approvisionnements écoresponsables Opter pour des produits moins toxiques, qui polluent moins, qui sont efficaces en énergie, qui possèdent un plus grand contenu recyclé, qui sont moins emballés, etc.	-	-	X	-
Le transport durable Inciter les employés à faire du covoiturage (site de jumelage, etc.), inciter les employés à venir travailler en vélo (douches, casiers, supports à vélo, etc.); inciter les employés à utiliser le transport en commun	-	-	X	-

FAIRE DES CHOIX VERTS	FAIRE DES CHOIX VERTS	FAIRE DES CHOIX VERTS	FAIRE DES CHOIX VERTS	FAIRE DES CHOIX VERTS
L'efficacité énergétique Éteindre toutes les lumières du bureau lorsqu'on quitte le travail le soir, configuration de veille sur l'ordinateur, etc.	-	-	X	-
Les certifications et reconnaissances Boma Best : programme de normes environnementales LEED : système nord-américain de standardisation de bâtiments à haute qualité environnementales, etc.	-	-	X	-

4.7.3 Conclusion de la troisième analyse transversale des documents

Le concept d'environnement sain de travail est un « mot matrice » à significations multiples, hautement polysémique. Cette troisième analyse transversale des documents nous a donc permis d'identifier six facteurs constituant un milieu de travail sain dans un établissement promoteur de santé du Réseau.

L'analyse met en évidence que seuls deux facteurs sont des références circulantes dans les quatre documents analysés soit la santé et sécurité au travail et les saines habitudes de vie. Par ailleurs, ceux-ci ne sont pas approfondis de la même manière dans tous les documents. De plus, la coproduction du travail qui est considérée comme un des facteurs incontournables d'un environnement sain de travail (ASSSM, 2011; OMS, 2006a) est abordée de façon imprécise dans les deux autres documents.

Conséquemment, nous nous retrouvons, au sein du Réseau international-régional-local étudié avec des définitions multiples de ce que devrait être un environnement sain de travail dans un HPS quand pourtant l'on souhaite rendre plus facile la mise en œuvre du concept (ASSSM, 2006a, b, 2011).

À la quatrième et dernière section de ce chapitre, nous allons donc procéder à une méta-analyse en triangulant avec d'autres sources de données et, à l'aide de notre cadre conceptuel, nous pourront tirer des conclusions plus globale de l'analyse des quatre documents-clés

SECTION 4 : DISCUSSION

Le quatrième chapitre nous a permis de répondre aux objectifs du volet A de notre recherche qui visaient à identifier et à décrire les transformations entre les discours initiaux textuels émis par l'instance internationale et les discours textuels opérationnels à l'instance régionale (ASSSM - Réseau EPS) ainsi qu'à l'instance locale au sein d'un CHU montréalais. Nous avons donc identifié et décrit :

- les modèles et les éléments retenus et constituants, à chacune des instances, un environnement sain de travail;
- les écarts et les similitudes entre les modèles.

Cette quatrième section nous permettra de répondre à notre dernier objectif spécifique pour ce volet en identifiant, à l'aide des éléments de visions pour ce type de programme (chapitre I), si le modèle proposé à chacune des instances du réseau étudié correspond au modèle holistique considéré essentiel pour les programmes en promotion de la santé, dont ceux visant la création d'environnements sains de travail. En triangulant avec d'autres sources de données et en nous appuyant sur notre cadre conceptuel, nous allons également discuter de la complexité du concept d'environnement sain de travail d'un même réseau. Les modèles proposés ciblent-ils un réel changement organisationnel ou sont-ils axés davantage sur le changement individuel ? Représentent-ils une véritable innovation, un changement de paradigme dans un contexte montréalais ou correspondent-ils davantage, comme certains programmes, à promouvoir la santé au lieu de mettre en œuvre des programmes en promotion de la santé (O'Neill et coll., 2006). Trouve-t-on, dans ces outils, un consensus dans les définitions et dans les éléments dits essentiels à un milieu sain de travail au sein du réseau ? Finalement, est-ce qu'à travers ces documents, les

responsables de l'implantation du concept et les gestionnaires peuvent avoir une idée claire et précise des éléments-clés à mettre en œuvre dans leur établissement afin que le milieu de travail soit sain ?

4.8 Complexité du concept « de milieux sains de travail »

Un des obstacles à l'implantation réussie de la promotion de la santé par, notamment, la création d'environnements sains de travail dans les HPS est sans aucun doute la complexité des concepts aux multiples définitions (O'Neill et coll., 2009) qui sont, pour plusieurs acteurs, floues et ambiguës (Flick, 1995, 2002). Par ailleurs, à l'intérieur même du milieu de la PS, les composantes d'un environnement sain de travail ne font pas l'unanimité. On débat donc encore sur les éléments essentiels d'un programme exhaustif en promotion de la santé au travail (Pelikan, 2007). Quels sont les éléments considérés essentiels pour que le milieu de travail dans les hôpitaux, par exemple, puisse être considéré comme étant salutogène, c'est-à-dire bénéfique à la santé et au bien-être du personnel ?

Le Réseau international des hôpitaux promoteurs de santé ainsi que le réseau québécois des établissements promoteurs de santé ont voulu appuyer les membres et faciliter l'implantation du concept, notamment, « d'environnements sains de travail » par la création d'outils que nous avons analysés. Ces documents avaient pour but de rendre plus claires, accessibles et concrètes les Chartes et les Déclarations entourant le PS en transformant le discours composé de principes, d'objectifs et d'éléments de vision en des modèles concrets.

Or, les textes, comme le mentionne Uberto Éco, ne sont jamais totalement explicites. Par leurs multiples blancs, ils nous permettent, à nous lecteurs, de se les approprier, de faire nos propres déductions, nos propres interprétations. Ainsi, loin d'être des acteurs passifs, les documents produits par le réseau HPS-EPS ainsi que par le CHU viendront appuyer et bonifier ou non les meilleures pratiques en matière de promotion de la santé au travail. Ils pourront permettre par leur clarté, leur

cohérence, les appuis théoriques, la superposition de faits, de statistiques, de références et de tests soutenir les gestionnaires et les responsables de la mise en œuvre d'environnements sains de travail à implanter ce concept complexe dans leur établissement. A contrario, ils pourront par un manque de cohérence, de fil conducteur, de clarté ou d'ambiguïté dans les définitions ou le modèle proposé maintenir la confusion qui entoure encore la promotion de la santé, dont celle orientée vers le personnel.

Les textes agissent ainsi comme des formes de véridiction sur lesquelles s'appuient les acteurs, c'est-à-dire des affirmations vraies suivant la vision du monde d'un sujet, d'un centre de recherche. Or bien que les documents révèlent bien peu sur leur processus de création, plusieurs étapes de traduction ont eu lieu en coulisse afin de déterminer le contenu soit les éléments retenus pour un environnement sain de travail dans un HPS, le modèle qui sera proposé et la forme du document. Chaque groupe d'expert a donc pour se faire « mobilisé le monde », au sens latourien, c'est-à-dire rassembler, les données (Desrosières, 1993, dans Latour, 2007) pour ensuite les convertir en arguments, en un modèle. Plusieurs négociations ont également eu lieu au sein du groupe de travail. Les décisions prises ont dû, aussi, satisfaire aux normes et aux critères d'évaluation et de pertinences de l'institution ou de l'organisation. Ce processus est donc une des raisons pouvant expliquer les écarts ou les transformations du discours écrit entre les quatre documents analysés au sein d'un même réseau. La circulation d'une référence n'est donc pas acquise. Il faut toujours convaincre d'autres collègues, d'autres institutions, d'autres professionnels de la valeur, de la pertinence, de l'intérêt à utiliser un élément, une théorie, etc. Plus que cet élément, cette référence circulante enrôlera des chercheurs, des professionnels de la santé, des gestionnaires, des experts en matière de normes, des politiques, des intérêts, des lois plus celle-ci deviendra un élément incontournable d'un environnement sain de travail. Or, avant de devenir un élément essentiel, l'élément pourra susciter des controverses et être omis d'un modèle faute de preuve suffisante, d'alliance ou d'intérêt. De plus, si cet élément propose un changement, une innovation, certains pourront lui résister en fonction de leurs

intérêts propres pour tenter de garder le statu quo. Les éléments retenus pour un environnement sain de travail dans un HPS à l'intérieur de chacun des quatre documents du Réseau international HPS sont donc ceux qui ont résisté aux épreuves et qui ont réussi à être adoptés et diffusés (Borraz, 1990).

Définir ce qu'est un milieu sain de travail représente donc un défi de taille où le consensus, même entre les experts, est absent. On mentionne néanmoins que les programmes pour la création d'environnements sains de travail devraient être multistratégiques et holistiques afin d'être efficients. C'est-à-dire qu'ils devraient utiliser plusieurs types de stratégie afin que l'organisation et son travail aient des répercussions favorables sur la santé physique, psychologique et sociale des individus. Ainsi, un programme efficient s'appuyant sur les meilleures pratiques ne cible pas uniquement les individus. C'est néanmoins une des erreurs communes des programmes que de viser uniquement le changement individuel par des stratégies abordant, par exemple, la gestion du stress, la pratique d'activités physiques et la saine alimentation. Seuls les programmes globaux apportant des changements réels au milieu de travail ainsi que des changements individuels sont garant de succès pour l'obtention d'un milieu de travail sain. En fait, la promotion de la santé dont celle orientée vers le personnel doit se trouver au cœur même de la mission, de la vision stratégique, des actions et des décisions d'un établissement promoteur de santé (voir tableaux 4.34 et 4.35).

Un environnement de travail sain est donc défini comme étant un milieu composé de gens qui sont engagés dans leurs activités quotidiennes et dans lequel interagissent divers facteurs qui influencent de façon significative la santé et le bien-être du personnel, mais également celle de l'organisation. Voici un tableau (4.34) récapitulatif des éléments de vision essentiels à la création d'un milieu de travail sain selon notre revue de littérature et notre cadre théorique (voir chapitres I et II).

Tableau 4.35 Vision holistique de la promotion de la santé

Éléments-clés	Multistratégique les stratégies visent conjointement	Éléments fondamentaux	Intégration des stratégies de PS
Environnement physique	Individu	Participation citoyenne	Niveau individuel
Environnement social	Environnement de travail	Autonomisation	Niveau organisationnel
Habitudes de vie	Environnement au sens plus large	Équité	Niveau culturel
Organisation des soins de santé		Justice	Niveau social

Tableau 4.36 Éléments de vision, essentiels à la création d'un milieu de travail sain

i. Programme multistratégiques

ii. Programme holistique

- Environnement organisationnel considérant le personnel non pas uniquement comme une ressource humaine, mais comme des êtres humains ayant des besoins somatopsychosociaux
- Atteinte d'une vision commune de la santé et du bien-être au travail de façon participative et collaborative avec tous les membres de l'organisation
- Programme qui agit sur les aspects environnementaux au travail : environnement qui ne cause aucun préjudice à la santé mentale, physique ainsi qu'à la sécurité et au bien-être d'un individu
- Programme ciblant des changements organisationnels réels favorisant la santé et le bien-être global de l'individu
- Programme ciblant aussi le changement individuel (ex. : saines habitudes de vie)
- Agir directement sur les facteurs socioéconomiques (réduire les inégalités en matière de santé au travail)
- Favoriser l'équité en réduisant ou en éliminant les disparités entre les différents groupes de travailleurs (genre, âge, etc.) (réduire les inégalités au travail)
- Environnement organisationnel ouvert et inclusif aux immigrants et aux personnes ayant des habiletés et des expertises différentes
- Programme agissant sur les aspects culturels favorisant la santé au travail
- Programme donnant aux individus le pouvoir d'agir sur leur propre santé et bien-être
- Participation active des employés et des professionnels de la santé aux décisions
- Participation active des employés et des professionnels de la santé pour développer des processus de travail promoteurs de santé

4.8.1 Modèle holistique essentiel mais parfois absent des textes du réseau

Or, suivant notre analyse, seulement deux documents du Réseau présentent un modèle global en promotion de la santé au travail abordant les principes-clés d'un environnement sain de travail. Un modèle holistique en PS qui est donc parfois absent des documents même s'il est préconisé pour obtenir des impacts optimaux en matière de milieux de travail sains.

Le premier document *Mettre la politique des HPS en action* propose, un modèle composé de six stratégies pour la création d'un milieu sain de travail pour le personnel. Les trois premières stratégies sont dites incontournables tandis que les trois dernières sont laissées à la discrétion des établissements. Le modèle reflète clairement les principes en promotion de la santé en proposant un programme global pour apporter des changements réels au milieu de travail avant de cibler le changement individuel qui est indiqué comme étant secondaire. Ainsi, la stratégie 1 met de l'avant l'importance de l'impact de l'hôpital sur la santé du personnel au travail par, notamment, un horaire promoteur de santé, un environnement ergonomique, une gestion saine des ressources humaines, la SST, etc. La stratégie 2 vise une coproduction promotrice de santé afin d'optimiser les impacts des processus de travail, des interactions et de la gestion des ressources humaines, et ce à tous les niveaux hiérarchiques. La troisième stratégie dite essentielle pour les HPS vise quant à elle à optimiser l'impact de l'hôpital sur la santé du personnel en développant des infrastructures, des constructions écologiques, etc. qui sont promotrices de santé. Ainsi, les trois premières stratégies dites incontournables pour les HPS visent clairement à modifier le contexte hospitalier dans lequel le personnel évolue. Les trois dernières stratégies, qui sont laissées à la discrétion des établissements membres, visent quant à elles le développement communautaire, le soutien ainsi que le changement individuel. On retrouve à la stratégie 4 une gestion promotrice de santé des troubles de santé physiques et psychologiques pour le personnel. Tandis que la stratégie 5 a comme objectif le développement d'un style de vie promoteur de santé : non-consommation de tabac, alimentation, alcool,

exercice physique et gestion du stress. Enfin, la sixième et dernière stratégie a pour but de développer un cadre communautaire promoteur de santé par des projets locaux, le développement d'infrastructures dans la communauté afin de mieux répondre aux besoins spécifiques en santé et bien-être du personnel (logement, garderie, transport en commun, accès à un local de sport, etc.). Le modèle correspond donc tant par ses stratégies que ses interventions proposées aux composantes de la promotion de la santé (voir tableau 2.1) ainsi qu'aux éléments de vision d'un environnement sain de travail (voir tableaux 4.34 et 4.35). On peut donc dire qu'il propose un programme holistique en matière de promotion de la santé au travail.

On serait en droit de penser que le second document commandité par l'OMS le *Manuel d'autoévaluation et formulaires* serait complémentaire au premier document puisqu'il a pour objectif de fournir des normes et des indicateurs aux établissements membres afin qu'ils puissent évaluer l'implantation des cinq normes qui s'appuient sur des actions en PS qui ont fait leur preuve. Elles décrivent aussi les principes et les actions qui doivent faire partie intégrante d'un HPS dont celles, avec la quatrième norme, devant contribuer à créer un environnement sain de travail dans un hôpital promoteur de santé. Or, comme notre analyse le démontre, le modèle holistique a été écarté pour ce document en préservant uniquement les enjeux les plus facilement acceptés par les professionnels de la santé et ceux rencontrant l'expérience clinique la plus solide (chapitre IV). De plus, le manuel ayant été rédigé par l'instance internationale, il renvoie aux réglementations, aux conditions et aux exigences nationales et régionales qui peuvent différer d'un pays à l'autre (la SST, les normes du travail, le système d'évaluation et de performance et de développement professionnel continu, etc.). Le manuel reste vague également quant aux actions à entreprendre en PS afin que le milieu de vie qu'est le travail permette aux personnels et aux gestionnaires d'augmenter le contrôle sur leur santé et leur bien-être et de l'améliorer. Ainsi, il est proposé dans le manuel d'offrir des séances de formation initiale en PS aux nouveaux employés et de favoriser l'accès aux politiques en matière de promotion de la santé et de sensibilisation sur les enjeux de

santé. On indique aussi d'utiliser des sondages pour vérifier leurs comportements et leur connaissance des services et des politiques. Toutefois, on ne mentionne aucunement le contenu à inclure lors des séances d'information afin que celles-ci s'inscrivent véritablement en PS en s'appuyant sur les fondements et les principes définis, bien que le problème de complexité conceptuelle entourant la PS et la PST soient bien documentés. Enfin, les stratégies et les interventions pour une coproduction du travail PS qui visent, entre autres, à réduire le stress, l'épuisement professionnel et le roulement de personnel sont imprécises et quasi absentes du document : les équipes multidisciplinaires élaborent des méthodes de travail (mesure : vérifier les procédures). Les indicateurs d'une méthode de travail PS ne sont cependant pas indiqués. Une autre sous-norme indique que le personnel doit participer à l'élaboration de politique et à leur révision. Lesquelles ? Il est vrai que la participation et l'élaboration de politiques saines font partie des composantes de la PS. Toutefois, aucune indication n'est offerte pour guider et clarifier le contenu et les objectifs de ces politiques.

Ainsi, l'adhésion HPS, tout comme la création de milieux de travail sains dans les hôpitaux, représente une innovation, c'est-à-dire un changement positif par la mise en place de stratégies et d'intervention en PS dans le cadre d'un processus de changement planifié. Le changement doit viser l'obtention d'impacts significatifs sur la santé et le bien-être du personnel au travail afin de passer d'un état antérieur insatisfaisant à un état ultérieur souhaitable relatif à la santé et au bien-être des médecins, des employés, des professionnels de la santé dans leur milieu de travail. Or, le manuel d'autoévaluation ne propose pas, à l'exception de la création d'une politique en PS et d'une séance d'information en PS pour les nouveaux employés, des stratégies et des interventions novatrices pour la création d'un environnement sain de travail. C'est-à-dire des changements qui peuvent avoir des impacts significatifs sur la rétention, la santé et le bien-être du personnel. Les sous-normes présentées n'ont, de façon générale, rien de novateur pour un hôpital à Montréal qui doit se conformer dore et déjà aux normes du travail, à la SST et qui est doté, également, d'un système d'évaluation de la performance. L'ASSSM nous

mentionnait que plusieurs pays, notamment, d'Europe avaient un système comparable au nôtre.

Subséquemment, suite à notre analyse, il apparaît clairement que le second document de l'OMS ne propose pas une vision globale de la PST en s'appuyant sur les composantes de la PS et des éléments de vision d'un milieu de travail sain. Si nos hôpitaux rencontraient, avant leur adhésion HPS, les critères du manuel d'autoévaluation, à l'exception des séances d'information et de la politique en matière de PS, et que le système de la santé était considéré comme étant souffrant : taux élevé de roulement de personnel, d'absentéisme et d'assurance salaire, comment une séance d'information et une politique peuvent-elles amener des changements positifs et des impacts significatifs sur la santé et le bien-être du personnel ?

De plus, la PST doit, selon les meilleures pratiques, être intégrée de façon transversale dans le HPS, se traduisant par des actions et des décisions PS pour le personnel qui sont arrimées à un plan stratégique et coordonnées de façon cohérente et intégrée. Il est aussi essentiel que la culture de l'hôpital favorise la santé et le bien-être du personnel. Le changement peut se faire de façon radicale ou incrémentielle en étant appliqué aux processus, aux modes de gestions, aux infrastructures (Rondeau, 1999), afin de contaminer l'organisation dans le but de créer des capacités nouvelles pour les acteurs et d'intégrer le changement au quotidien (Ibid.). Cependant, aucune sous-norme, indicateur ou élément de mesure n'aborde ce type de changement pour l'organisation.

Or, afin d'implanter une innovation par un processus de changement planifié, il est essentiel de bâtir la capacité de changer des acteurs (Rondeau, 1999), par notamment des modes communicationnels, dont font partie les documents de l'OMS, qui devraient susciter l'intérêt, la compréhension et l'adhésion (Bareil, 2008) par un scénario, un modèle, des normes, des indicateurs, des définitions qui vont guider le déroulement du changement (Rondeau, 1999). Le manuel

d'autoévaluation, par les nombreux blancs du texte, ne permet donc pas de clarifier le concept de milieu sain de travail et de véritablement guider les établissements membres lors de l'autoévaluation de leur implantation. Si le manuel d'autoévaluation propose une vision restreinte des stratégies et des interventions pour la création d'un milieu de travail, c'est pourtant ce dernier qui circule le plus au sein du réseau. Il est aussi un des documents sur lequel s'appuient les membres du réseau EPS et de l'hôpital promoteur de santé étudié dans le cadre de cette recherche. Le premier document, proposant une vision holistique, était méconnu de toutes les personnes interrogées au moment des entretiens.

Le *Guide pour la promotion de milieux de travail sains* de l'ASSSM publié cinq ans après ceux de l'OMS propose, à l'instar du premier document de l'instance internationale, une vision holistique pour la création d'environnements sains de travail qui couvre les six éléments. Bien que l'on mentionne que les programmes globaux doivent être multistratégiques et intégrés, aucune information n'est offerte quant au nombre de stratégies et d'interventions à implanter pour que le milieu de travail soit sain. Le réseau EPS nous mentionnait que l'on souhaitait donner une marge de manœuvre aux établissements membres du réseau afin que ceux-ci, selon leurs besoins et le contexte, puissent implanter un programme qui leur corresponde. Bien que les responsables de la mise en place de milieux de travail sains vont choisir des stratégies et des interventions en fonction de leurs intérêts et vont, sauf, exception transformer et adapter le concept en quelque chose d'autre (Callon et Latour, 1986), on nous a mentionné que les balises n'étaient pas toujours claires pour les établissements. À l'opposé du document pour l'implantation du concept HPS de l'OMS, le guide de l'ASSSM n'indique pas les stratégies et les interventions considérées comme étant incontournables pour tous les HPS versus celles qui sont laissées à la discrétion des membres. Or, à l'instar de la littérature (voir chapitre 1 et 2) souvent les projets sont orientés vers les saines habitudes de vie, la sensibilisation et l'événementiel qui sont plus faciles à mettre en place (EPS 1-2-3). Les stratégies et les interventions visant, par exemple, la conciliation vie personnelle

et travail, la gestion des conflits, la surcharge de travail, etc. se font plus rares (EPS 1-2-3).

Enfin, le CHU à l'instar des établissements du réseau international HPS a dû rédiger et adopter une politique en matière de promotion de la santé dont celle orientée vers le personnel. La politique qui fut adoptée en 2009, de par ses objectifs et son format donne la vision, les principes et les objectifs poursuivis en matière de PS et de milieux de travail sains au CHU. C'est un document qui reste imprécis couvrant uniquement trois des éléments d'un environnement sain de travail (voir tableau 4.37). Toutefois, on sait que la DPS a approfondi le concept par des lectures, une formation à la maîtrise et la participation à un groupe de travail. Ainsi, bien que l'emphase soit mise sur les saines habitudes de vie afin que le personnel devienne un ambassadeur de PS de la santé auprès des patients (DPS-1-2), on souhaitait faire de la santé psychologique au travail une priorité même si l'aborder est litigieux et qu'elle requiert la collaboration, notamment, de la DRH.

Tableau 4.37 Vision holistiques et balises claires selon les quatre documents-clés

	Vision holistique	Balises claires
Mettre la politique des HPS en action (OMS, 2006a)	OUI	OUI
Manuel d'autoévaluation et formulaires (OMS, 2006b)	NON	NON
Guide pour la promotion de milieux de travail sains (ASSSM, 2011)	OUI	NON
Politique en matière de PS du CHU (2009)	NON	NON

4.8.2 Besoin de cohérence et d'uniformité au niveau discours textuel dans le réseau

Ainsi, seulement deux des quatre documents analysés au sein du réseau HPS et EPS proposent un modèle holistique et intégré de la promotion de la santé au travail (voir tableau 4.40). On retrouve également une cohérence au niveau du contenu de ces deux documents malgré des modèles différents dans leur forme et leur typologie. Toutefois, le *Manuel d'autoévaluation et formulaires* de l'OMS proposant

des normes et des indicateurs pour que les établissements membres puissent autoévaluer la mise en place, notamment, de milieux de travail sains, propose un modèle qui est incomplet et qui ne représente pas un changement de fond, une innovation pour les établissements promoteurs de santé particulièrement à Montréal.

Les ruptures au niveau du contenu de ce document avec l'autre publication de l'OMS, peuvent s'expliquer, entre autres, par le processus de traduction qui visait à obtenir un consensus des professionnels de la santé et d'autres centres de normalisation selon la tradition normative. On ne souhaitait donc pas proposer un modèle innovant selon les assises conceptuelles de la promotion de la santé et des éléments de vision d'un environnement sain de travail, mais plutôt à ce que les normes et les indicateurs retenus soient appuyés par des études probantes et d'emblée acceptés par les professionnels de la santé.

Or, le domaine de la PS et le concept d'environnement sain de travail, bien qu'ils soient tous deux appuyés par de nombreuses recherches internationales provenant de plusieurs domaines, ne représentent pas encore une boîte noire. C'est-à-dire un domaine ou un concept dont le contenu est accepté et sur lequel on ne revient pas parce qu'il est lié par de nombreuses boîtes noires et à des matériaux solides (Lois, théories, études probantes, règlements, ancienneté du concept, priorités en santé, etc.). En fait, c'est la SST auquel le concept d'environnement sain de travail est lié qui représente une des boîtes noires. C'est l'élément qui est présent dans tous les documents et qui est soutenu et lié à d'autres boîtes noires et à des matériaux solides comme des études probantes, des lois dans de nombreux pays ainsi que les coûts rattachés aux manquements à la santé et la sécurité au travail qui peuvent s'avérer élevés tant d'un point de vue humain que financier. Les saines habitudes de vie pourraient aussi représenter une boîte noire puisqu'elles correspondent à des priorités de l'OMS, mais aussi en santé publique. Toutefois, malgré le fait que cet élément soit présent dans tous les documents, on négocie encore son contenu à mettre en place dans les hôpitaux : gestion du stress, alimentation, activités physiques, etc. Ce qui semble manquer c'est des lois qui viennent appuyer cet

élément. Par exemple, on ne retrouve pas de loi qui stipule que l'on doit faire de l'activité physique au travail. Cette dimension des saines habitudes de vie est souvent laissée à la discrétion des établissements. Toutefois, au Québec, le ministère a demandé à ce que l'alimentation offerte dans les établissements de santé soit promotrice de santé devenant de la sorte un élément incontournable. Ainsi, le contenu des saines habitudes de vie soulève encore des débats tout comme celui d'une coproduction du travail PS. Un élément présent uniquement dans trois documents et qui ne représente pas un concept correspondant à un passage obligé, une boîte noire, pour certaines des raisons mentionnées précédemment, mais aussi parce que certains gestionnaires souhaitent préserver leur autonomie et peuvent être réfractaires à des stratégies et des interventions qu'ils peuvent considérer comme étant de l'ingérence (DPS, EPS). Le *Manuel d'autoévaluation* aborde cet élément de façon restreinte et imprécise.

Nous pouvons également soumettre l'hypothèse que les éléments de contenu ayant été écartés du *Manuel d'autoévaluation* parce qu'ils n'étaient pas acceptés par la majorité des professionnels de la santé interrogés l'ont été parce qu'ils étaient aussi porteurs de changements. Même si ces changements s'avéraient positifs pour le personnel et l'organisation, certains venaient bouleverser, entre autres, une vision du travail, des priorités et des façons de faire, pouvant ainsi susciter des controverses et des résistances (Callon et Latour, 1986). À ces difficultés s'ajoute celle de la priorité de la santé et du bien-être au travail qui sont rarement des priorités stratégiques pour les gestionnaires et la direction (Brun, 2006).

Ainsi, il y a au-delà de la science des faits, une science qui est issue d'une coconstruction qui traduit les intérêts personnels des professionnels de la santé et des gestionnaires, les enjeux du moment, etc. Comme l'écrit Latour (2007), les opérations de conviction mobilisent un amalgame d'agents humains et non humains qui transforment les faits scientifiques. Subséquemment, les deux documents de la même instance présentent une traduction différente du contenu d'un milieu de travail sain avec certaines références circulantes. On se retrouve alors avec le *Manuel*

d'autoévaluation qui traduit le concept innovant de création d'environnement sain de travail qui suscite peu ou pas la controverse chez les professionnels de la santé, par son contenu imprécis qui se veut accepté de tous. Or, comme le souligne Latour (2002), si un changement ne soulève pas de controverse, de débat, de résistance et qu'il est d'emblée accepté, c'est qu'il ne correspond pas à un véritablement changement, à une innovation.

Toutefois, l'OMS représente, de par son statut et ses fonctions, un centre de traduction où convergent les inscriptions et les énoncées sur lesquelles s'appuient les établissements membres du réseau HPS-EPS. En tant que centre de traduction, l'OMS voit des informations, des liens et des relations que personne d'autre ne peut voir et rassembler. Puis, comme porte-parole dont la légitimité est reconnue et en tant que médiateur de la PS et du concept d'environnement sain de travail, elle peut traduire, transformer, distordre et modifier le sens et les éléments transportés (Latour, 2007). Elle peut donc transmettre de façon cohérente, accessible et claire l'information en matière d'environnement sain de travail aux autres entités qui sont connectées à elle ainsi qu'aux autres actants du réseau par, notamment, des textes cohérents ou nuire à la diffusion et à l'adhésion au concept et à la transformation véritable des HPS par la diffusion de textes pouvant manquer de fil conducteur ou dont la diffusion est mitigée (*Ibid.*). Or, la communication constitue l'un des aspects essentiels et incontournables du processus de changement et d'organisation, celui par lequel la vision collective est communiquée et prend forme concrète pour devenir réalité (Taylor, 1988).

Ainsi, bien que l'opération de traduction consiste à ce que des intérêts divergents ou dissemblables pour notamment le concept d'environnement sain de travail puissent être réunis afin que chacun puisse être satisfait (Latour, 1989) et que, inévitablement un texte qui est repris par un autre groupe sera traduit sous une autre forme, il nous apparaît important afin de réduire la confusion entourant la PS et le concept d'environnement sain de travail que les documents de l'OMS offre une complémentarité, une continuité. C'est-à-dire que l'OMS qui parle au nom de la PS

et des milieux de travail sains comme changement novateur pour les HPS pour atteindre un meilleur état de santé possible, notamment, pour le personnel puisse donner des balises claires et cohérentes entre ses documents soit celui pour la mise en place du concept HPS et celui pour l'autoévaluation de sa mise en œuvre. Un document d'autoévaluation complémentaire au guide pour l'implantation de milieux de travail sains de l'ASSSM pourrait également favoriser la compréhension du concept et guider les responsables de la PS dans les HPS quant aux éléments essentiels et ceux secondaires d'un environnement de travail sain.

Il y a donc, comme le soulignait l'OMS, plusieurs interprétations de ce que veut dire « la promotion de milieux de travail sains », plusieurs modèles, outils et informations, et ce même à l'intérieur du réseau de l'OMS. En fait, cet énoncé est comme un « mot valise » dont le signifiant, le contenant est partagé, mais que les signifiés, les contenus, variées suscite des négociations, des débats. Nous nous interrogeons donc sur les éléments qui seront négociés et mis en place au sein du HPS montréalais. Retrouvera-t-on chacun des six éléments de contenu d'un milieu de travail sain? Nous proposons donc, au cinquième chapitre, d'identifier et de décrire les transformations de l'énoncé « développement de milieux de travail sains » dans un HPS montréalais, un CHU.

CHAPITRE V

ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE DU CONCEPT D'ENVIRONNEMENT SAIN DE TRAVAIL DANS UN HPS MONTRÉALAIS

Au chapitre précédent, nous avons analysé quatre documents afin d'identifier et décrire les transformations entre le discours initial émis par l'instance internationale et les discours opérationnels dans les instances régionales et locales pour la promotion de la santé destinés au personnel. Deux éléments pour le processus d'implantation ont émergé ainsi que six éléments de contenu pour la mise en œuvre d'un programme exemplaire pour la norme 4 (environnements sains de travail) au sein d'un établissement promoteur de santé sans qu'ils soient tous intégrés dans chacun des documents. On peut alors se demander comment le discours écrit se transpose dans un hôpital promoteur de santé à Montréal. Retrouve-t-on l'entièreté des éléments qui ont émergé au chapitre précédent ? La littérature et certains entretiens nous ont portés à croire que « nous devions avoir des attentes réalistes » (Kishchuk et coll. 2008, p. 23), car « l'atteinte des buts des HPS est loin d'être facile pour la vaste majorité des organisations » (Ibid.) Certains auteurs et l'OMS soulignent, également, de façon générale, des écarts entre le discours écrit et la pratique en PS due, notamment, à l'absence de définition solide, claire et utilisable. De plus, au moment de notre recherche, le Réseau québécois des établissements promoteurs de santé (EPS) considérait qu'aucun établissement n'était encore exemplaire quant à la mise- en-œuvre de la norme 4. Toutefois, le CHU était considéré comme un établissement dynamique et proactif dans ce domaine (EPS-5) possédant plus d'un élément essentiel au succès de l'implantation de la PS dont celle d'avoir une Direction de la promotion de la santé (Kishchuk et coll,. 2008). Enfin, bien que la Politique de la promotion de la santé du CHU fût analysée au chapitre précédent, le document de par son mandat propose un contenu imprécis

avec comme contour des éléments de vision, des objectifs et des principes. Cependant, un énoncé de cette politique peut nous laisser penser qu'au sein de cet établissement promoteur de santé, l'environnement sain tant pour les employés, les médecins, les étudiants, les stagiaires et les bénévoles est déjà concrétisé puisque l'on « maintient un environnement sain afin de favoriser un meilleur état de santé globale des personnes » sans toutefois expliciter concrètement ce que représente cet énoncé (CHU, 2009). Nous proposons donc de découvrir la traduction, au sens latourien, de la mise en place la norme 4, Environnements sains de travail, au sein de cet hôpital promoteur de santé montréalais dont le contenu évolue au fil du temps. Nous allons ainsi pouvoir répondre à notre premier objectif spécifique qui constitue à décrire les transformations du discours jusqu'au niveau d'un établissement promoteur de santé montréalais. Nous partirons des mêmes éléments de contenu ayant émergé au chapitre précédent (voir graphique 5.1) afin de pourvoir démontrer les transformations et les similitudes entre le discours écrit et son implantation dans un hôpital promoteur de santé. Nous pourrons ainsi répondre, également, au second objectif de cette recherche qui consiste à tracer le réseau de déploiement de la promotion de la santé au travail (PST) au sein d'un établissement promoteur de santé (EPS) à Montréal.

Chacun des éléments s'inscrit aussi dans un contexte particulier dans lequel va s'insérer la PST et où sont réunis, notamment, des enjeux politiques et socioéconomiques, des études, des lois, des objectifs organisationnels, etc. qui influenceront le contenu de ce que revêt la promotion de la santé au travail au CHU. Il a aussi fallu convaincre différents acteurs aux intérêts variés que la PST sera rentable, efficace et nécessaire. En fait, comme nous le verrons, ce ne sont pas les qualités intrinsèques de la PST qui convaincront les acteurs impliqués, mais celles qui lui seront attribuées (atteintes d'objectifs ministériels, régionales, locales ou d'une Direction, lois, cadre ministériel, etc.). Ainsi, les éléments composant un « milieu sain de travail » se mettent en place et disparaissent tout au long des négociations, des compromis, mais aussi de l'arrivée de nouveaux éléments de contexte comme une loi, un plan stratégique ministériel, une nouvelle direction, etc.

Nous allons donc, afin de répondre au deuxième volet des objectifs spécifiques, cerner les « traductions » au sens latourien des acteurs intéressés, liés, attachés ensemble par des mandats, des objectifs, des lois, etc. Puis, identifier les oppositions pour chacun des éléments, les controverses et les alignements intérêts.

Ce chapitre est divisé en deux sections, la première section fait un inventaire détaillé des éléments constituant un environnement sain de travail selon le Réseau HPS et EPS qui sont implantés ou absent au sein du HPS montréalais. On décrit chacun des éléments à l'instar du chapitre précédent en lien avec son réseau d'acteurs et d'actants qui le rendent plus solide et indispensable ou, par leur absence, expliquent sa vulnérabilité actuelle. Bref, le contexte dans lequel s'inscrit cette composante d'un milieu de travail sain. Nous avons choisi cette approche détaillée puisque, comme le souligne Rey (2014, p. 120), « on sait encore peu de choses sur le processus d'implantation des dimensions du projet HPS » (Whitelaw et coll., 2001, 2006.) La majorité des études ne dérivant pas suffisamment les projets qui visent à opérationnaliser le concept HPS au sein des hôpitaux ou si elles le font l'analyse et la description des facteurs en jeu lors de la mise en place de tel programme manquent de profondeur (Ibid.).

La seconde section de ce chapitre décrit le projet pilote « Ensemble vers la santé » auquel des gestionnaires et des employés du département d'hygiène et salubrité ont participé. Nous avons souhaité comprendre, à l'aide d'une étude de cas, comment s'intégrait la PST au sein de deux équipes ayant participé à ce type de projet. Cela nous permettait d'identifier et décrire les différentes étapes du processus d'implantation, les éléments facilitateurs, les défis, les controverses et les impacts individuels et collectifs entourant le projet pilote.

C'est donc l'histoire de la mise en œuvre du concept d'environnement sain de travail dans un hôpital promoteur de santé que nous allons relater. Une histoire qui sera racontée suivant les éléments décrits au chapitre précédent. Une histoire qui n'est point linéaire où l'on peut voir sa complexité et la multiplicité des points de vue.

Comme l'écrit Bruno Latour, nous manquons toujours tragiquement de description et tout bon travail de terrain produit toujours de nombreuses descriptions. Celles-ci, nous l'espérons, permettra de poser un regard nouveau sur la mise-en-œuvre de la norme 4 dans un HPS à Montréal.

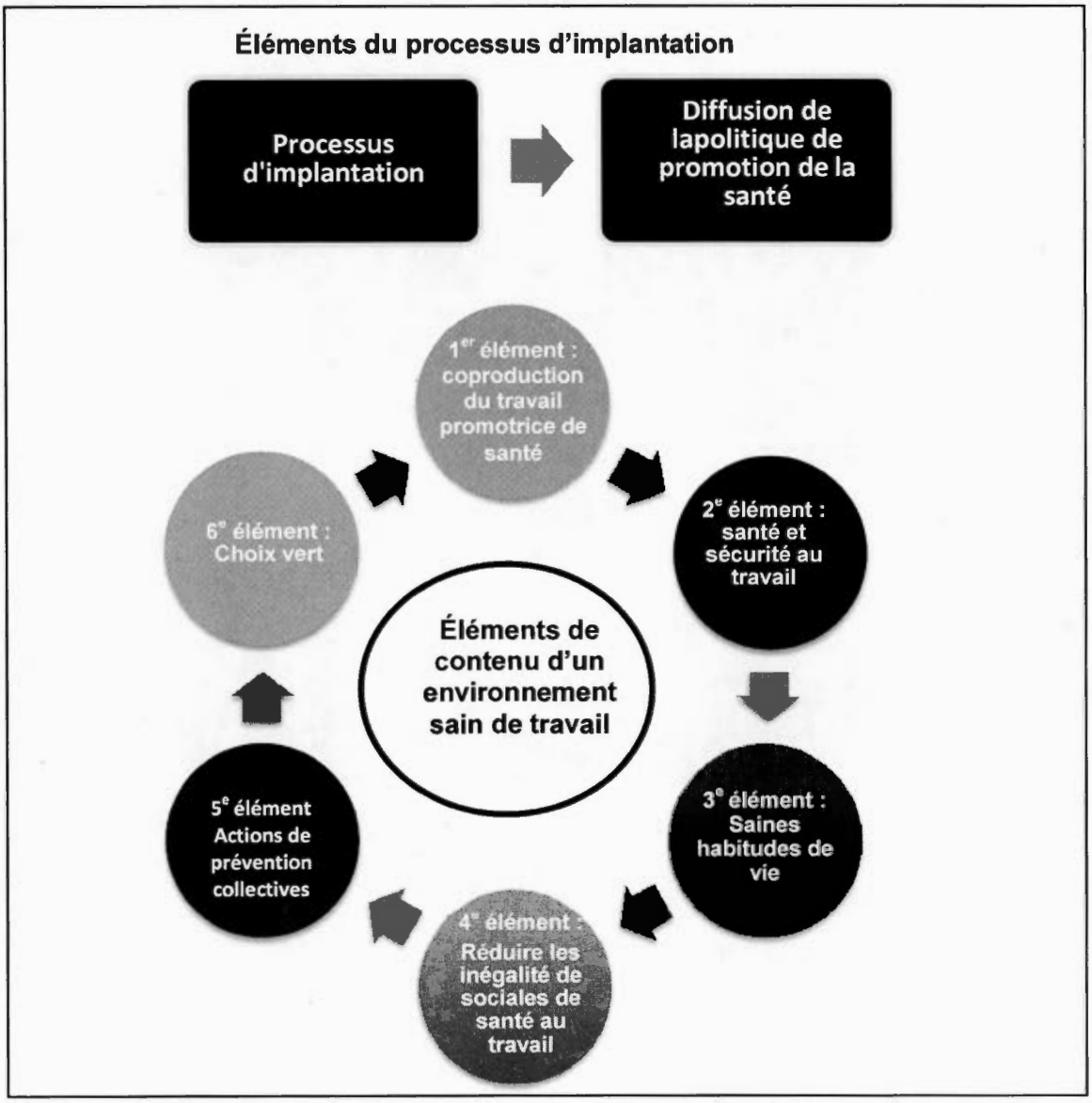


Figure 5.1 Analyse transversale selon six éléments de contenu

SECTION 1 : RÉSULTAT DE L'ANALYSE THÉMATIQUE AU SEIN D'UN HPS

5.1 Éléments du processus d'implantation de milieux de travail sains

Certains documents analysés au chapitre précédent font mention de deux éléments impliqués dans la mise en place, notamment d'un milieu de travail sain soit la démarche pour l'implantation qui est décrite comme étant un processus linéaire et la diffusion de la politique de promotion de santé qui est considérée comme étant essentielle pour tous les hôpitaux promoteur de santé. En décrivant ces éléments, nous allons pouvoir comparer et suivre les transformations du discours écrit jusqu'à son opérationnalisation dans un HPS montréalais. Comprendre les similitudes, mais aussi l'histoire derrière les transformations qui sont nécessaires à son opérationnalisation ou tout simplement tributaires du contexte dans lequel s'inscrit la création d'un milieu de travail sain.

5.1.1 Démarche pour l'implantation d'un milieu de travail sain au sein d'un HPS

Le premier élément, la démarche d'implantation, est abordé dans trois des quatre documents analysés. Le *Guide pour la promotion de milieux sains de travail* de l'ASSSM propose même une démarche en six étapes qui synthétise les différentes phases d'un processus de planification pour entreprendre les travaux afin de mettre en œuvre la promotion de la santé, dont celle orientée vers le personnel au sein des établissements du Réseau. Concrètement, l'implantation de la PS se traduit plutôt par un processus parsemé d'opportunités et de défis dont les solutions façonnent la programmation et les stratégies. Comme Lhomme et Fleury (1999, p. 114) « [...] le mentionnent, dans une innovation, il ne s'agit pas d'empiler les contraintes, mais plutôt de partir d'un creuset qui permet de jouer sur toutes les contraintes simultanément et d'aboutir à un compromis ou à un équilibre ». Ainsi, bien que la Direction de la promotion de la santé effectue autant que possible, depuis sa création, une planification pour intégrer la PS de façon transversale, multistratégique

et intégrée au sein de l'organisation, plusieurs défis furent rencontrés dus, notamment, à l'hétérogénéité des différents acteurs concernés. Les intérêts variés, mais aussi les enjeux de ressources et de pouvoir ont orienté, comme nous le verrons, l'implantation de la PS et de la PST. Loin de mettre fin aux controverses, par des appuis théoriques et des études probantes, l'implantation de la PS a suscité des débats même si plusieurs des acteurs rencontrés se sont dits convaincus de sa pertinence. Ils se sont saisis du projet et ont, selon leurs intérêts, fondé leur résistance et négocié des adaptations et des transformations (Callon et coll., 1999) de la mise en œuvre d'environnements sains de travail au CHU.

Lors du processus d'implantation, c'est aussi l'entrée en jeu d'actants comme les finances qui contribuent à l'orientation des projets puisque « les éléments non humains, que nous appelons les « actants » sont bien actifs. Ils prennent part, comme les acteurs humains, au succès ou à l'échec d'une innovation » (Ibid., p. 115). Enfin, les changements successifs à la Direction générale du CHU ont, aussi, influencés grandement sa mise en œuvre en positionnant stratégiquement, notamment, la Direction de la promotion de la santé (DPS), puis en la déplaçant hiérarchiquement moins favorablement. C'est donc l'histoire de l'implantation de la PS au CHU, dont celle pour le personnel que nous allons maintenant relater. Une histoire qui, comme nous le verrons, n'est point linéaire. Elle se développe au gré du financement, des alliances et des changements organisationnels. Le chemin est sinueux. Les retours en arrière pour cet élément sont fréquents.

Enfin, bien que plusieurs dimensions du processus d'implantation puissent être abordées, nous allons uniquement présenter les cinq facettes ayant eu le plus d'impact sur la mise en œuvre d'environnements sains de travail au CHU :

- les finances qui orientent les stratégies et les activités,
- des partenariats pour pallier aux ressources restreintes de la DPS,
- l'approche participative,
- la haute direction : les changements et le positionnement stratégique.

1) Les finances qui orientent les stratégies et les activités

Les finances sont des actants qui, comme nous le verrons, jouent un rôle central dans la mise en place de la mise en place de la promotion de la santé donc celle pour le personnel au sein d'un HPS montréalais. Leur histoire commence, en 2005, lorsqu'un spécialiste du CHU qui travaillait pour la Fondation Chagnon entreprend des pourparlers avec des centres hospitaliers universitaires afin d'intégrer la promotion de la santé dans leur mission. Il propose au directeur du centre hospitalier à l'époque d'incorporer dans la mission de l'établissement la promotion de la santé, de se joindre au réseau des hôpitaux promoteurs de santé instigué par l'OMS et de créer un centre de promotion de la santé qui serait en partie financée par la Fondation Chagnon. C'est la proposition de financement de la Fondation Chagnon qui a été le moteur principal de l'amorce de ce changement. C'est alors le début du processus de réflexion pour la direction de l'établissement.

Une première réflexion a été entreprise par des groupes d'experts et de professionnels du CHU accompagnés, entre autres, par des membres de la santé publique qui se sont réunis. Ils ont réfléchi la façon dont pourrait se traduire la promotion de la santé au sein du centre hospitalier universitaire. Puis, tranquillement, ils sont venus à la conclusion qu'une direction de la promotion de la santé (DPS) serait pertinente. Celle-ci serait en partie financée par la Fondation Chagnon. Sans attendre la confirmation de financement de la Fondation, la Direction du CHU décide de nommer un directeur de la promotion de la santé qui entra en poste au mois de janvier 2007 (CHI-1). C'est ainsi que la Direction de la promotion de la santé (DSP)[60] voit le jour et que le CHU se joint au Réseau établissement promoteurs de santé (EPS)[61]. Cette direction était en lien direct avec la direction générale du centre hospitalier. Or, pour qu'une direction soit opérationnelle, il lui faut du financement. Un financement qui malheureusement était manquant. C'est l'entrée

[60] La DPS a le mandat de soutenir et de conseiller les autres directions de l'institution dans l'implantation de la promotion de la santé.

[61] À l'époque, le réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé.

en scène d'un actant[62] important, les finances, qui viendra, comme nous le verrons, influencer et orienter les stratégies, les activités et les projets en promotion de la santé. Un actant absent des documents analysés.

La DPS voit alors le jour, mais, entre-temps, la Fondation Chagnon a réorienté sa mission. La Fondation a choisi de se concentrer plutôt sur la jeune enfance (0 à 5 ans) et sur la grossesse, le succès scolaire et la prévention de la pauvreté par des interventions précoces. Le CHU se retrouve donc avec une direction de la promotion de la santé sans financement. À la DPS on doit regarder les options disponibles rapidement pour trouver des subventions. On crée un tout premier projet, un centre d'excellence en promotion de la santé, correspondant aux nouvelles orientations de la Fondation Chagnon. Ainsi, on transforma le centre de naissances existant qui était situé dans une zone urbaine relativement vulnérable avec de jeunes mamans démunies qui venaient y accoucher et qui pourraient bénéficier d'interventions en promotion de la santé en un centre d'excellence en PS. Ce premier projet permettait à la fois d'intervenir en PS auprès d'une clientèle vulnérable et de développer des compétences du personnel. Il servirait également de laboratoire pour les autres unités du CHU. « Ça devenait un peu notre laboratoire où l'on pouvait tester certaines stratégies » (DPS). C'est ainsi que le centre hospitalier put aller chercher une subvention de 1 476 000 $ de la Fondation Lucie et André Chagnon suivant une contribution du CHU de 1 876 000 $ étalée sur cinq ans (/www.chu.qc.ca)[63]. Il y a, ici, une première adaptation de la forme et du contenu d'un projet qui vise les patients, mais aussi le personnel afin de correspondre aux critères requis pour l'obtention d'une subvention. C'est donc l'actant, les finances qui a orienté la création de ce projet. Cette somme ne permettant pas toutefois de financer, pour l'ensemble de l'organisation, des projets en promotion de la santé (PS), d'autres projets ont été créés ainsi que des demandes de financement soumises pour des

---

[62] « Les éléments non humains, que nous appelons les « actants » (pour souligner qu'ils sont actifs et qu'ils prennent part au succès ou à l'échec de l'innovation) ont souvent un rôle aussi important que les humains » (Callon, 1999, p. 115).

[63] www.chu.qc.ca/salle-de-presse/medias/communiques/.

activités en promotion de la santé destinées aux patients[64] et à leurs proches que nous n'exposerons pas dans le cadre de cette recherche qui cible uniquement le personnel.

Les finances, comme nous l'avons vu, orientent le développement de projets. Or, l'implantation réussie de projets a aussi des impacts, notamment, sur le financement interne, par la direction générale, de la DPS. C'est donc l'entrée en scène d'un autre actant, les projets à succès. Ces projets porteurs pour l'ensemble du centre hospitalier, comme on nous l'a mentionné, témoignent du sérieux de la démarche de la DPS permettant, de ce fait, l'obtention de financement pour agrandir cette jeune direction. Comme le soulignent, Kishchuk et Renaud (2008, p. 16), le fait d'avoir démontré que des projets spécifiques ont été complétés avec succès a été cité comme facteur de réussite dans les expériences pilotes des HPS (Pelikan et coll., 1998). Les ressources humaines de la DPS bonifiée, il a été alors essentiel pour cette direction de se préoccuper et de prioriser la santé des employés, de réfléchir à des offres de services, à des stratégies pour améliorer la santé du personnel. Toutefois, comme on le souligne à la Direction de la promotion de la santé, ce sont uniquement les ressources humaines qui sont financées. Le budget annuel qu'avait la DPS pour les projets et les activités pour l'ensemble du personnel était de 35 000 $. Il y avait environ alors au CHU 10 000 employés, 900 médecins, 270 chercheurs, 6 000 étudiants et stagiaires en plus des bénévoles[65].

> C'est un mini budget. Le budget couvre à toute fin pratique, seulement les humains qui y travaillent. Alors, on est obligé de faire avec peu. Donc, ça couvre les ressources humaines. J'ai une conseillère à temps plein en promotion de la santé sur une équipe de 1-2-3. Il y a seulement un agent administratif puis deux postes dans ma structure de poste, puis le mien. Donc, trois postes avec un agent administratif. On a le tiers qui est quand même dédié à la promotion de la santé des employés avec une préoccupation quand même de bien-être des employés dans les autres projets [...] Au centre des naissances, il y a une partie du temps de la responsabilité de la conseillère, en fait à peu près 25 % de son temps qui devrait être consacré à ça (à la promotion d'environnements sains de travail). (DPS)

---

[64] Normes 2 et 3 : Évaluer les besoins en promotion de la santé des usagers en partenariat avec eux et leur donner de l'information sur les facteurs importants relatifs à leur état de santé (www.eps.santemontreal.qc.ca).

[65] www.arrondissement.com/montreal/centrehospitalierdeluniversite.

D'autres sources de financement pouvaient toutefois venir bonifier ce montant dont celles des autres projets subventionnés en promotion de la santé auxquels on y intègre obligatoirement la promotion de santé orientée vers le personnel. Ainsi, la question des finances est toujours sous-jacente à toutes les initiatives en promotion santé. La DPS veut améliorer son offre, « mais tout ça doit être financé » (CHU-1). L'impact monétaire des projets et des activités est donc continuellement dans la mire. C'est la question principale pour eux, mais aussi pour les gestionnaires auxquels ils présentent leurs projets. La direction de la PS essaie donc de financer les projets et les activités en faisant preuve de créativité

> On présente notre projet à tous les gestionnaires. Ils sont toujours wow! wow! wow! en faveur. Puis après aaaaah! Combien que ça coûte ? Ah non ce n'est pas payé. Ouf! Ok. Fait que lorsqu'on déploie en projet pilote, on trouve une façon de financer le tout parce que les gestionnaires auraient peu de moyens de se l'offrir parce que ça ne fait pas encore partie des mœurs. En même temps, on ne veut pas que les gestionnaires fassent payer les employés. (DPS)

Dans le cadre du projet pilote, par exemple, qui a eu lieu au sein du service d'hygiène et salubrité à l'hôpital A et B de jour, lequel nous décrirons ultérieurement, les coûts étaient minimes une fois que les ressources de la DPS ou plus largement du CHU étaient mises dans l'équipe.

> Ça ne coûte pas très cher. On avait calculé que pour le projet hygiène et salubrité ça coûtait en plus de l'investissement des directions qui sont présentes, 5 $ par individu par semaine. Ce qui n'est pas très cher. Ça correspond à un budget reconnaissance qui vient du fond de qualité de vie des employés. (DPS)

Cependant, le projet pilote n'a pas pu se déployer en même temps dans les trois hôpitaux faute, notamment, de ressources financières.

> J'avais dit à la conseillère en PS que j'étais intéressée de faire à l'hôpital C ce qu'on avait fait dans les deux autres sites. Malheureusement, la DPS n'avait pas les sous. Puis, c'est normal. On ne peut pas faire tout l'hôpital. (CHU-8)

Les gestionnaires du CHU ont également une marge de manœuvre, la possibilité de financer des projets et des activités pour le personnel de leur équipe à même de leur budget reconnaissance. Ce budget est un montant payé par l'organisation qui est établi selon le nombre d'employés permanents de l'équipe. Le gestionnaire a donc

un budget discrétionnaire qu'il peut investir pour financer un projet en promotion de la santé ou pour acheter des fleurs, du gâteau de la pizza en guise de geste de reconnaissance envers son personnel et pour améliorer la qualité de vie au travail.

> Le gestionnaire d'équipe a un portefeuille, un montant d'argent. Le montant d'argent est calculé par employé permanent. Il peut choisir de l'utiliser comme il le veut : faire venir de la pizza, donner un cadeau, des fleurs quand il y a une naissance. C'est son budget discrétionnaire avec lequel il peut faire des activités de reconnaissance. Puis, il y a une certaine latitude budgétaire au sein des directions. Ainsi, le gestionnaire peut choisir de prioriser des projets en PS plutôt que d'autres choses. (CHU7)

Certains gestionnaires étaient ravis que des projets pilotes en promotion de la santé au sein des départements et des unités aient lieu pour le personnel.

> Enfin, on a une idée quoi faire avec notre budget reconnaissance ! Au lieu d'acheter de la pizza, du gâteau à leur fête, on va se payer un projet de santé pour nos employés. On a l'impression que c'est gagnant. (CHU7)

Toutefois, on a appris par la suite que ce budget avait été réduit de 50 %. Il était initialement de « 50 $ par employé à temps plein puis là c'est rendu à 25 $. C'est une politique qui est arrivée en décembre 2010. Ça fait que ça change la donne » (CHU-2).

Il y a également un fond de la qualité de vie au travail qui est géré par la Direction des ressources humaines. Les gestionnaires peuvent ainsi soumettre des projets pour obtenir un budget non récurrent pour démarrer des projets. Ce budget permet de financer une partie du projet. Les gestionnaires doivent alors trouver d'autres fonds pour compléter celui fourni par la DRH. Ils doivent, également, pour assurer la pérennité de leur projet trouver des subventions ou une source de financement récurrente. Ce qui, selon plusieurs, n'est pas chose facile.

> Le fonds de la qualité de vie au travail est géré par la DRH. On nous soumet des projets et, avec le comité de direction, on évalue si les projets contribuent à l'amélioration de la rétention des ressources ou à la vie au travail. À ce moment, on donne des budgets en conséquence. C'est des enveloppes budgétaires non récurrentes pour aider au démarrage de projet. Ce n'est pas pour financer l'entièreté des projets. Il faut que les directions se prennent en main et assurent la pérennité en tant que telle des projets. Donc, il faut voir ça comme un éventail de moyens. (CHU-3)

Par conséquent, déployer des projets en promotion de la santé pour le personnel dans tout le centre hospitalier représente un réel défi. Un défi encore plus grand au niveau financier, semble-t-il, que ceux pour les patients auxquels des subventions importantes, de plus d'un million, ont été offertes par notamment la Fondation Chagnon, mais aussi par une compagnie pharmaceutique.

> Si on déploie le projet pilote dans les autres unités, il va falloir voir comment on va financer le tout parce que si les gens décident de se mobiliser au niveau de la nutrition ou de la gestion du stress, le bien- être psychologique et qu'il faut faire venir des massothérapeutes, des spécialistes, ça coûte des sous. (CDL)

C'est dû à ce contexte de précarité financière que l'ASSSM a libérée des fonds qui permettent de soutenir, temporairement, des projets en promotion de la santé au travail (PST). Ainsi, bien que l'impact des finances sur le développement de programmes et de projets en promotion de santé pour le personnel soit absent des documents analysés, lors des entretiens à l'Agence, on mentionne les finances comme étant un obstacle à la mise en œuvre de la promotion de la santé dans les établissements.

> Les obstacles, c'est peut-être le contexte budgétaire actuel. [...] On a sorti un guide qui avait demandé deux-trois ans d'effort, la mobilisation de beaucoup de gens pour réfléchir aux orientations, puis suivre un peu les travaux. Puis, là est venu le budget avec les coupures (la loi 100). Donc, c'est sûr qu'on s'est dit quel mauvais timing ! C'est un obstacle parce qu'on s'est dit, il y a des coupures d'un bord puis en même temps on leur lance un outil pour développer des programmes. C'est pour ça qu'on a libéré des fonds pour soutenir les projets avec les programmes de mesure de soutien régional. (EPS-3)

> C'est sûr qu'on est dans des périodes restreintes financièrement. On a tellement de préoccupations avec les coupures! Parce qu'on est dans un contexte de restriction budgétaire et que l'on a de la difficulté à assurer le niveau de soin et de services requis au quotidien. (EPS-2)

L'ASSSM a donc décidé de libérer des fonds pour soutenir les projets avec les programmes de mesure de soutien régional soit 75 000 $ pour deux ans aux établissements qui vont déposer un projet qui s'inscrit dans une stratégie intégrée et qui touche plusieurs dimensions de l'établissement dont celle de la norme 4 (environnements sains de travail), pour ceux qui sont HPS. Ce montant vise à leur

permettre de déployer des efforts et des ressources pour l'implantation de la PST. Neuf établissements ayant soumis des projets ont été retenus dont le CHU.

> C'est un peu d'argent pour supporter, c'est très peu, c'est vraiment pour supporter l'implantation, la mise en place de tout ça. [...] Un peu de fond qui est investi de façon non récurrente pour deux années. Ça pourrait être renouvelable pour deux autres années, mais ça ne serait pas le même établissement que l'on va soutenir pendant quatre ans. On pourrait en soutenir une dizaine d'autre. (EPS-2)

La subvention non récurrente sera donc utilisée au centre hospitalier pour poursuivre le projet « Ensemble vers la santé ».

> On met la subvention purement pour « Ensemble vers la santé » pour nous permettre d'avoir un devis évaluatif, un psychologique qui nous aide à bien interpréter nos grilles, avoir une grille d'analyse de notre questionnaire. Fait que ça nous prend un petit peu d'accompagnement professionnel puis aussi offrir bon... maintenant j'ai une nutritionniste dans mon équipe fait que ça l'aide. Mais le massothérapeute, le programme d'aide aux employés, la conciliation travail-vie personnelle... ça coûte des sous. Puis, si on va chercher des consultants aussi... (EPS-2)

Ainsi, tôt ou tard, la DPS devra de nouveau envisager d'autres sources de financement pour déployer les projets en promotion de la santé notamment ceux destinés au personnel. La recherche de financement à l'opposé des subventions est récurrente et pose un défi d'envergure pour la mise en œuvre, notamment, d'environnements sains de travail. Or, bien que l'on puisse penser que l'on investit peu en promotion de la santé au travail au CHU, on nous a dit, au contraire, que le budget global s'avérait élevé. On peut s'en étonner après ce qui a été précédemment écrit. C'est que la mise en œuvre de milieux de travail sains dépasse les frontières de la direction de la promotion de la santé. Comme nous le verrons, l'exercice de quantifier ce budget est complexe, car plusieurs directions y participent avec chacune leur propre budget. Ainsi, les changements apportés aux cafétérias entrent dans ce volet, les interventions des ressources humaines, le centre d'activités physiques, la clinique de cessation tabagique, le secteur de la SST, etc. Toutes ces structures sont financées, hors évidemment du budget de la Direction de la promotion de la santé. Le défi, comme nous le verrons ultérieurement, c'est d'intégrer dans un tout cohérent les divers projets, activités, amélioration d'infrastructures, etc. afin qu'il y ait un fil directeur entre eux et que la promotion de

la santé deviennent une valeur clé du CHU. Un défi que rencontrent plusieurs hôpitaux promoteurs de santé (HPS) (Kishchuk et Renaud, 2008). Ainsi, le budget global en promotion de la santé qui dépasse les activités et les projets spécifiques de la DPS est difficile à évaluer, mais il peut être estimé, selon la Direction des ressources humaines (DRH), à quelques millions de dollars.

> Le plan budgétaire, là c'est difficile à dire. Par exemple, je siégeais sur un comité pour le développement durable qui, selon l'angle qu'on le prend : économique, qualité, socialisation ou sous l'angle de l'environnement peut être contributif à la promotion de la santé. Mais il y a des budgets qui sont au service de la direction technique. Il y a des budgets octroyés à la direction des soins, d'autres aux ressources humaines. Comme celui en santé et sécurité où on s'est dit qu'on donnait un coup de barre et on a investi 500 000 en petits équipements. [...] Donc l'idée, c'est qu'il faut voir que situer l'enveloppe budgétaire qui est réellement consacrée à la promotion de la santé, ça reste assez complexe. (DRH)

> Combien coûte notre programme d'aide chaque année ? Combien nous coûtent la gestion du centre d'activités physiques et toutes les infrastructures ? Combien nous coûtent tous les projets ad hoc ? Il faudrait mettre tout ça dans la balance et toutes les interventions. Dire un chiffre... est-ce un million, deux millions? Moi quand je mets un conseiller en développement organisationnel dans une intervention, dans un service parce qu'il y a un problème de climat, de résistance au changement, de gestionnaires ou de gestion médicoadministrative. Quand je mets un conseiller qui fait un diagnostic, qui fait un plan d'intervention, qui fait un plan d'accompagnement [...]. Je viens de contribuer à la promotion de la santé de cette équipe-là, mais qu'est-ce que je consacre comme budget par rapport à ça ? Je dirais que c'est fluctuant selon les types d'intervention qu'on fait. (DPH)

Subséquemment, la Direction de la promotion de la santé a des ressources restreintes soit budget évalué à 35 000 $ annuellement pour mettre en œuvre des activités et déployer des projets en promotion de la santé au travail. Toutefois, le budget global au CHU pour la promotion de la santé, dont celle pour le personnel, s'élèverait vraisemblablement à quelques millions de dollars. Un budget qui est néanmoins difficile à quantifier puisqu'il dépasse les frontières de celui de la Direction de la promotion de la santé en englobant celui des différents directions et services. Or, bien qu'il existe, plusieurs interventions, activités, programmes et projets qui touchent la PST, l'arrimage et la cohérence entre ceux-ci et leur intégration dans une valeur commune de PS au sein du centre hospitalier représentent un réel défi. La DPS a donc développé des partenariats afin de pallier

aux ressources restreintes et pour faciliter le déploiement de projets et d'activités cohérents en PS dont ceux pour le personnel.

2) Des partenariats pour pallier aux ressources restreintes de la DPS

La DPS qui est, comme nous l'avons vu, une petite direction a peu de ressources tant humaines que financières. Elle doit donc développer des partenariats pour faciliter le déploiement de projets et d'activités en promotion de la santé. Elle s'est jointe, entre autres, à la Direction des ressources humaines et aux services alimentaires pour déployer des projets et des activités. La DSP a ainsi développé avec la DRH une collaboration commune qui vise uniquement le personnel. De plus la Direction des ressources humaines, comme nous le verrons ultérieurement, gère une grande partie des volets entourant la promotion de la santé pour le personnel. Un volet qui est ainsi identifié, mais dont certaines des composantes existaient bien avant que le CHU adhère au concept d'hôpital promoteur de santé.

> On s'aperçoit vite que la DPS, ça reste une petite direction. Dans le sens qu'il y a peu de ressources dedans. Donc, pour réaliser les activités, ils ont besoin de se mettre en partenariat. Donc, ils se mettent en partenariat avec le centre d'activités physique et le secteur santé- sécurité. Elle peut aussi se mettre avec le département de service clientèle parce qu'il y a l'axe PS pour le patient, pour les employés et pour le développement, la sensibilisation et l'information. Donc, par exemple, les services alimentaires, il y a eu un partenariat de fait avec la DPS pour l'amélioration de toutes les habitudes de consommation. (CHU-3)

Ce sont donc des acteurs qui se sont joints à la *Direction de la promotion de la santé* pour développer des programmes, des projets et des activités correspondant à leurs intérêts et priorités. Ces partenariats bien qu'ils permettent une implantation plus vaste et plus rapide de la promotion de la santé au sein du CHU et une richesse d'expertises représentent aussi certains défis. Le développement de partenariat prend, notamment, du temps. Parfois, il se vit harmonieusement permettant de développer des projets dynamiques où l'empowerment, la reconnaissance des ressources humaines et le développement de projets, d'activités et de programmations promotrices de santé sont au rendez-vous. D'autres fois, il y a du « sable dans l'engrenage » (CHU-2) dû, entre autres, au chevauchement des

responsabilités, mais aussi aux ressources limitées qui créent quelquefois une certaine rivalité au sein des partenariats (CHU-5), des diverses directions au CHU.

Ainsi, bien que la participation interdisciplinaire des différentes directions soit enrichissante et nécessaire pour la mise en œuvre de la PS, une réelle collaboration représente un autre défi. Il y a, par exemple, des initiatives qui sont prises par d'autres directions en silo sans consulter ou inclure la DPS, dont celui des salles de repos peinturées et réaménagées sans considérer les diverses dimensions comme le confort, la luminosité, le bruit, etc. Après coup, il est difficile pour la direction de la promotion de la santé d'intervenir. C'est selon eux litigieux. Puisque même si la DPS a un mandat d'influence et une expertise, les limites de ses mandats et responsabilités sont floues. De plus, la DPS veut collaborer sans toutefois susciter trop de résistances et que leurs interventions soient perçues pour de l'ingérence. C'est donc souvent des situations très délicates à gérer.

> On fait beaucoup de projets en collaboration. Ça fonctionne bien, mais il y a un peu de sable dans l'engrenage (CHU-2)

En lien avec la création d'environnements sains de travail, ce fut souvent la Direction des Ressources humaines (DRH) avec qui une alliance s'est créée de par les mandats respectifs. Ce partenariat a suscité une émulation et une certaine compétition. Une des difficultés soulevées toutefois est celle de l'intégration, à la convergence de mandats respectifs similaires sans que la Direction de la promotion de la santé (DPS) soit perçue comme étant en compétition avec la DRH.

> Comme il y avait déjà des initiatives fortes avec les ressources humaines... C'est eux qui avaient créé le centre d'entrainement au CHU. C'est eux qui ont pris en charge via la santé et la sécurité au travail du programme d'aide aux employés... L'intégration a donc été plus difficile parce qu'on ne voulait pas être perçu comme étant en compétition. On veut être vu comme des gens inspirants, mais on veut que ça l'arrive aussi. (DPS) .

La DPS étant jeune, également, il semble que cela ajoute au défi. Un cadre de la haute direction nous a dit à ce sujet que « ça pouvait jouer du coude parce que les ressources tant humaines que financières parfois sont moindres. [...], il faut donc, selon ce cadre, que la DPS livre ses batailles » (CHU-3). Ainsi, comme il a été

constaté lors des expériences pilotes HPS, « des difficultés surgissent parfois au sein des processus impliquant de nombreux intéressés hétérogènes » (Kishchuk et Renaud, 1998, p. 16). Alors, bien que la promotion de la santé dont celle pour le personnel se veut transversale à toute l'organisation et le processus de son implantation participatif, il est parfois difficile de collaborer de façon collégiale.

3) L'approche participative : un défi

Tant le *Manuel d'autoévaluation et formulaires* (OMS, 2006b) que le guide publié par l'Agence mentionnent l'importance de constituer un comité de travail pour la mise en œuvre de la promotion de la santé. Celui-ci devrait être composé d'acteurs-clés comme nous l'avons vu au chapitre précédent. L'Agence va plus loin en indiquant qu'il devrait être représentatif de l'ensemble du personnel de l'établissement selon les différents titres d'emploi, les divers niveaux hiérarchiques, les quarts de travail, etc. (ASSSM, 2011, p. 31). Or, comme nous le verrons, bien que l'approche participative fut souhaitée à travers des partenariats, mais aussi en lien avec d'autres acteurs concernés par la PST, elle représente un défi de taille.

Au sein du CHU, la première réflexion quant à l'implantation possible de la PS a été suivie par la création, comme nous l'avons vu, d'une Direction de la promotion de la santé. La directrice dit avoir réfléchi, suivant son entrée en poste, à la façon de traduire la promotion de la santé dans un CHU, dont celle pour le personnel. Les concepts de la santé, comme tous ceux en promotion de la santé, sont autant divergents que variés de par les différents contextes qui la déterminent et les acteurs qui la définissent. Ces interprétations et définitions diverses, tout aussi ambigües les unes que les autres (O'Neill et coll., 2006) varient en fonction des professions et du contexte, contribuant à créer, comme le soulignent certains auteurs, le peu de cohésion et surtout la confusion relative à la compréhension de la signification opérationnelle du concept de promotion de la santé (O'Neill et coll., 2006). La théorie entourant la promotion de la santé dont celle pour le personnel dans les HPS est donc un actant dont le flou et les multiples définitions ont des impacts sur

l'implantation du concept et, comme nous le verrons, sur la capacité des acteurs de travailler de façon participative. Il a fallu, dans un premier temps, à la DPS s'approprier les différents concepts entourant la promotion de la santé. Ensuite, il a fallu choisir parmi les différentes définitions celles qui correspondaient davantage à la réalité d'un CHU et lui donner les couleurs du centre hospitalier. C'est à travers les lectures de différents auteurs, notamment québécois, abordant la santé psychologique au travail, de par sa formation professionnelle et suite aux expériences de ses stages internationaux à la maîtrise, que ce processus s'est poursuivi. Les discussions lors de sa participation au groupe de travail pour l'élaboration du guide de l'Agence pour traduire la norme 4 l'ont aussi beaucoup inspirée. Ce fut également des réflexions en équipe pour réfléchir à ce qu'est un hôpital promoteur de santé au-delà de ce concept. En fait qu'est-ce qu'un CHU promoteur de santé. Qu'est-ce qu'un centre hospitalier universitaire promoteur de santé dont la vocation est principalement tertiaire et quartenaire dans les types de pathologies qu'on rencontre ? Quel est le lien avec la prévention et la promotion de la santé ? Pourquoi ne laisse-t-on pas la PS à la communauté ? Pourquoi serait-on préoccupé par ça au CHU ? Il a donc fallu réfléchir puisque pour la DPS le positionnement dans les HPS en Europe n'était pas très clair quant aux mandats précis des établissements promoteurs de santé et ce malgré les documents de l'OMS disponibles. Les HPS européens étaient, selon la DPS, très habitudes de vie. Le discours européen était aussi très axé sur l'autonomisation et l'empowerment mais pas, d'après eux, aussi profondément qu'ils souhaitaient le faire à la DPS. Cette réflexion a eu lieu en silo avec des gens que ce sujet intéressait. Ils ont tenté d'impliquer différentes directions, d'être le plus participatifs possible, mais finalement, la définition a été celle de quelques personnes se sentant interpellées et qui ont réfléchi à cela. La Direction de la promotion de la santé (DPS) était, lors de notre passage au CHU, à l'étape de vérifier si cela avait du sens pour le reste de l'organisation. Elle s'était déjà dotée d'une série de définitions rédigées dans un langage claire et simple qu'elle souhaitait valider avec les autres membres de l'établissement et, vérifier si l'organisation voulait suivre.

> Il fallait mettre la table. Puis, maintenant, on veut voir si l'organisation veut s'assoir à cette table-là ou bien en remettre une différente parce que ça ne colle pas. (DPS)

Toutefois, même si certaines étapes ont été faites en silo, dans le cadre de l'organisation des différents projets, il y avait toujours une représentation d'autres directions. La DPS a beaucoup travaillé avec les ressources humaines pour la mise en œuvre d'environnements sains de travail. Elle a aussi travaillé en interdisciplinarité au centre des naissances qui est leur « petit laboratoire ». Une réflexion s'est faite tout au long du processus d'implantation du centre d'excellence en PS. Puis, ils ont essayé de réfléchir de façon participative à la PS dans son aspect holistique, mais cela prenait toutes sortes de direction. La DPS a donc poursuivi les réflexions en vase clos.

> Je pense en rétrospective, on regarde puis on ferait les choses différemment, mais je pense que c'était en partie parce qu'il y avait tellement de flous. Il fallait que je me fasse une idée. (DPS)

Il y a également d'autres projets qui se veulent PS portés par du personnel bien intentionné. Cependant, ces projets n'ont rien à voir avec la PS. Certaines personnes refusent parfois d'adhérer à une définition commune de la promotion de la santé. Elles veulent pouvoir travailler en solo et définir eux-mêmes comment se traduit la PS dans leur département. La DPS donne alors son opinion, sans toutefois que les gens soient d'accord avec celle-ci. Certains ne reconnaissent pas non plus, comme on nous le souligne, l'expertise de la Direction de la promotion de la santé. La DPS agit donc en porte-parole pour la mise en œuvre de la PS dont celle pour le personnel. Toutefois, il est parfois difficile d'élargir le réseau pour l'implantation, notamment, d'environnements sains de travail lorsque le porte- parole n'est pas reconnu ou écouté. L'action concertée devient alors plus laborieuse voir par moment impossible. Selon la Direction de la promotion de la santé, il reste beaucoup de travail à faire afin que la collaboration entre les différents acteurs du CHU facilite l'implantation, entre autres, d'environnements sains de travail.

Ensuite, il y a des membres de la direction, des gestionnaires, des médecins et des membres du personnel qui ne croient pas en la pertinence de la promotion de la

santé. En fait, il n'y a pas de consensus général au sein du CHU, pas plus qu'au sein des membres de l'équipe de la haute direction comme on nous l'a indiqué. Nous avons tenté de rencontrer, sans succès, ceux qui étaient clairement contre son implantation. Tous ceux que nous avons rencontrés dans le cadre de notre recherche étaient donc pour la mise en œuvre de la promotion de la santé dont celle orientée pour le personnel. Toutefois, ces personnes bien qu'elles affirmaient être favorables à la PS et PST n'étaient pas toutes du même avis quant à l'ampleur, à la forme, au budget et à la priorité qu'on devait lui accorder. Certains gestionnaires se questionnaient sur l'équité que représentaient les activités pour les employés : ceux qui pouvaient y participer et les autres qui ne pouvaient pas. Plusieurs priorisaient la promotion de la santé pour les patients. Tandis que d'autres voyaient les projets de promotion de la santé pour la promotion de la santé pour le personnel comme des initiatives stimulantes et essentielles et d'autres encore les percevaient comme étant intéressantes sans plus.

> Sur le plan des individus... C'est sûr que si j'irais faire des entrevues auprès des 311 cadres sur les croyances individuelles par rapport au programme en santé, il y en a quelques-uns qui trouvent que c'est du bla-bla-bla et que ça ne donne rien. (DRH)

Enfin, certains gestionnaires souhaitaient être activement impliqués dans le processus, mais pas toujours au même niveau. D'autres trouvaient leur charge bien assez lourde. On proposait alors de vendre le projet sans avoir à réfléchir aux activités, sans avoir à le mettre à l'agenda.

> Je n'ai pas envie de chercher les idées. Je suis du style, il y a de la promotion de la santé, emmenez-moi quelque chose, je vais vous les vendre. Je vais m'arranger pour le vendre. Si je ne suis pas capable de le vendre, je vais me servir d'une autre personne. (CHU-10)

Ainsi, le processus se voulait participatif, mais le flou entourant la mise en œuvre de la promotion de la santé dans un CHU, les définitions multiples, l'appropriation de cet univers conceptuel joint à la difficulté à réfléchir à plusieurs acteurs à la fois à favoriser, par moment, un travail en silo. De plus, la participation du personnel et des gestionnaires a aussi été un défi de taille dû, entre autres, aux quarts de travail et à la surcharge de travail, mais également « au sable dans l'engrenage » lors des

collaborations avec, notamment, différentes Directions où l'on jouait parfois du coude dû au manque de ressources. On ne retrouve pas non plus de véritable consensus entre les différents acteurs impliqués, et ce, même à la haute direction, quant à l'implantation de la promotion de la santé dont celle pour le personnel au CHU. Il faut également surmonter le scepticisme le plus complet de certains acteurs qui ne sont guère convaincus de la pertinence de la mise en œuvre de la PS et de la PST au sein du centre hospitalier.

Enfin, suite à nos entretiens au CHU, lors de ce processus de planification stratégique, plusieurs ateliers ont permis aux gestionnaires de se rencontrer et de discuter des priorités à vernir au centre hospitalier. La promotion de la santé avait son propre atelier où ont été discutées les orientations proposées par la Direction de la promotion de la santé, mais aussi où s'est joué en quelque sorte l'avenir de la DPS qui a pris un autre nom avec, également, une modification de ses mandats. Puis, cette direction a disparu complètement de l'organigramme.

4) La haute direction : changements et positionnement stratégique

Les changements à la haute direction, dont celle du directeur général du CHU, ont eu également des impacts, comme nous le verrons, sur la vision et sur le positionnement de la DPS au sein de l'établissement. Ceci n'est point surprenant puisque, selon le *Manuel d'autoévaluation et formulaires* (OMS, 2006 b) ainsi que le *Guide pour la promotion de milieux de travail sains*, l'engagement, le soutien et la participation de la direction de l'établissement sont nécessaires à la réussite de la démarche. Il y a par ailleurs « un consensus dans la littérature de recherche qui stipule que le soutien de la direction de l'organisation est incontournable dans la réussite des initiatives de la promotion de la santé » (Kishchuk et Renaud, 2008, p. 21). De plus, la mise en œuvre d'environnements sains au travail est avantagée lorsque celle-ci est intégrée à la mission de l'établissement (Ibid.).

L'implantation de la PS devrait ainsi être facilitée au CHU puisqu'elle est inscrite dans sa mission qui se décline en cinq volets. La promotion de la santé constitue le cinquième volet de cette dernière.

> En tant qu'hôpital promoteur de santé, le CHU favorise pour tous ceux qui le fréquentent - patients, proches, soignants et autre personnel - un cheminement vers un mieux-être global, tant physique que psychologique. L'environnement y facilite les choix sains. Le séjour du patient est saisi comme une occasion privilégiée de mener des interventions concrètes visant à accroître son pouvoir d'agir sur sa santé. On y insiste notamment sur la qualité des informations transmises afin qu'il puisse participer activement aux soins et qu'il puisse prendre des décisions libres et éclairées lui permettant d'améliorer progressivement sa propre santé. (www.chu.qc.ca)

Une mission qu'ils souhaitent faire rayonner internationalement par une expertise qui pourrait être exportée devenant, par le fait même, une source de financement.

> Pour que l'on puisse rayonner et exporter ce qu'on a réussi à faire (en promotion de la santé) parce qu'on veut être de calibre international, il faut qu'on affirme ça à travers nos cinq missions, dont celle de la promotion de la santé. Ça dépasse beaucoup le secteur des ressources humaines. (DRH)

Toutefois, le changement de direction générale à trois reprises, en moins de cinq ans, a eu des impacts sur le positionnement stratégique de la promotion de la santé. Au CHU, comme nous l'avons mentionné auparavant, c'est le directeur général, il y a quelques années, qui a souhaité mettre de l'avant l'implantation de la promotion de la santé au sein de l'établissement parce qu'il y croyait fermement. Selon son poste et ses responsabilités, il agissait comme porte-parole de l'organisation, un acteur-clé du réseau pour la mise en œuvre de la promotion de la santé, dont celle pour le personnel, au sein du centre hospitalier. La DPS, selon sa vision et l'importance qui lui accordait, était alors en lien hiérarchique directe avec la direction générale. Selon Kishchuk et Renaud (2008, p.16), le positionnement du poste de coordination, soit la DPS au CHU, joue un rôle clé dans la réussite des initiatives HPS. Il est nécessaire que son positionnement hiérarchique soit suffisamment élevé pour faciliter la prise de décisions. Le positionnement de la Direction de la promotion de la santé était donc idéal pour favoriser la réussite de cette initiative. Puis, le directeur a quitté précipitamment ses fonctions. Instigateur de la PS au sein du centre hospitalier, il est remplacé par un directeur intérim. C'est alors l'introduction d'un autre acteur

dans le récit qui, comme tout acteur, aura un impact sur l'implantation de la promotion de la santé au CHU, dont celle orientée pour le personnel (*Ibid.*). Le directeur intérim, qui a voulu réorganiser la direction de l'établissement comme tout directeur par intérim, tel qu'on me l'a souligné, a fait son possible sans pouvoir s'occuper de toute l'organisation. Il a donc revu l'organigramme pour rendre la direction de l'établissement plus fonctionnelle. Il accorda stratégiquement une place différente, que celle de son prédécesseur, à la promotion de la santé au sein du CHU. À ce moment-là, la direction de la PS a été déplacée sous le directeur général adjoint aux affaires académiques et de la recherche qui relève du DG. Le nouveau directeur général en poste, ce positionnement de la DPS n'a pas changé. La DPS se trouve ainsi regroupée avec la direction de l'enseignement et la direction des technologies et des modes d'intervention en santé. Un positionnement qu'on dit moins stratégique pour une mise en œuvre transversale de la PS au sein du CHU et qui est remis en question par certains acteurs du centre hospitalier. D'après eux, ce positionnement dans l'organigramme en dit long sur la priorité qu'occupe la promotion de la santé au sein du centre hospitalier universitaire. Ainsi, le changement d'un acteur, comme le DG, peut avoir des répercussions sur l'implantation de la PS et sur l'importance stratégiquement qu'on lui accorde.

Bien que la DPS n'ait pas retrouvé sa position stratégique de jadis, on nous a mentionné que le nouveau directeur, lors de notre passage au CHU, avait des valeurs qui « collent tout à fait avec la culture de la promotion de la santé. Tout son discours est promoteur de santé ». Cependant, il ne fait pas le lien dans son discours avec la PS. C'est donc en quelque sorte des rendez-vous manqués pour clarifier, notamment pour le personnel, ce qu'est la promotion de la santé qui dépasse la représentation que peuvent avoir certaines personnes au CHU de celle-ci.

> Malheureusement, le DG n'appelle pas ça de la promotion de la santé. Alors dans son discours, il escamote ces mots-là qui sont promoteurs de santé. Alors, quand il cite des missions, malheureusement, il l'oublie, mais tout son discours est clairement ça (promoteur de santé). Alors c'est l'image qu'on est en train de développer. Je ne suis pas trop désespérée, mais il ne fait pas le lien que c'est ça. [...] ou bien il ne fait pas le lien verbal en tous les cas. De l'exprimer et de dire que

> c'est ça un hôpital promoteur de santé pour aider les gens à faire du sens. » Ça m'aiderait parce que les gens ne savent ce que c'est. (CHU-1)

> On manque des petites opportunités de clarifier dans l'esprit des gens et de simplifier. Les gens pensent que c'est de la prévention. C'est sûr que le CHU ne peut pas faire de la prévention à l'échelle de toutes les visites qu'on a, mais c'est plus que ça. C'est une approche sur l'environnement, sur les humains, c'est du respect. C'est plein de choses la promotion de la santé qu'on vit au quotidien. Mais bon, un moment donné, il va l'intégrer dans son discours. Je ne perds pas confiance. Il n'est pas là. (CHU-1)

Or, comme le précisent Kishchuk et Renaud, « la communication efficace fait partie des facteurs de réussite pour les initiatives HPS (2008, p. 16) de la promotion de la santé en milieu de travail (Golaszewski et coll., 2008, dans Kishchuk et Renaud, 2008, p. 16). Ainsi, le directeur général qui agit comme porte-parole s'exprimant au nom du CHU tant à l'interne qu'à l'externe (Latour, 2007) aurait pu favoriser davantage, lors de ses discours, l'enrôlement de nouveaux acteurs pour agrandir le réseau de la PS en mentionnant, notamment, le volet promoteur de santé de la mission du centre hospitalier. Comme le précise Rey (2009, p. 3), le pilotage d'un tel changement implique la responsabilité et l'engagement d'une « constellation d'acteurs stratégiques » que les discours clairs pourraient rapprocher davantage. Il aurait pu également saisir ces opportunités pour définir le concept HPS, de PS et de PST en des termes simples et faciles à comprendre facilitant ainsi la compréhension et la diffusion de ce qu'est la promotion de la santé au CHU auprès, notamment, des professionnels de la santé qui sont pour la plupart réticents à l'intégrer au quotidien (Rey, 2009). Néanmoins, malgré les liens escamotés, pour plusieurs, comme ce gestionnaire, le DG fait de la promotion de la santé une priorité :

> On a une rencontre à chaque trois mois. On pourrait parler de 3 000 sujets. Mais on laisse le temps à la DPS de venir expliquer le programme, de débloquer des fonds et d'encourager. (CHU-8)

Cependant, bien que la direction générale de l'établissement semble pour plusieurs convaincue de la pertinence de la promotion de la santé au CHU, on nous mentionne aussi certains écueils, dont celui des actions, des situations qui ne sont pas toujours cohérentes avec la promotion de la santé. On souligne aussi le besoin

d'aller au-delà du discours pour le concrétiser au sein de l'établissement pour qu'il devienne une réalité concrète au quotidien.

5) Bilan du processus d'implantation d'un milieu sain de travail dans un HPS

Le processus d'implantation n'est donc pas un processus linéaire, une succession de six étapes bien découpées comme le propose l'ASSSM (2011), mais un processus qui est hautement influencé par divers actants comme les finances, le contexte sociopolitique, les lois et les différents acteurs impliqués dans sa mise en œuvre. Une fois analysée, la mise en œuvre de la PST nous laisse voir une multiplicité de décisions hétérogènes qui sont prises par plusieurs acteurs différents qui s'avèrent parfois des partenaires, mais aussi des antagonistes (Latour, 2002). On découvre aussi dans cette histoire un actant, les finances, ayant des impacts sur la création, notamment, d'environnement sain de travail au CHU. Des projets voient le jour pour correspondre aux sources de financements, d'autres sont offerts gratuitement au gré des fonds disponibles à l'interne favorisant l'adhésion, d'autres encore doivent attendre faute, entre autres, de budget. On développe alors des partenariats pour faciliter la mise en œuvre de la PST qui malgré la richesse d'expertises et de ressources mises en commun représentent un défi. L'approche participative est également préconisée sans qu'elle soit facile à appliquer dû à l'appropriation de l'univers conceptuel en promotion de la santé, aux difficultés du travail en équipe et au fait que parfois certains acteurs souhaitent travailler en silo et ne reconnaissent pas, nécessairement, l'expertise du porte- parole en PS soit la DPS. Enfin, plusieurs changements à la haute direction ont eu des impacts sur le positionnement stratégique de la DPS. Toutefois, bien que celle-ci ne soit plus en lien direct avec la direction générale du CHU facilitant une mise en œuvre transversale de la promotion de la santé, la PS demeure une priorité au centre hospitalier bien qu'elle rencontre certains écueils dont la cohérence au sein de l'organisation et le besoin d'aller au–delà du discours pour l'inscrire concrètement dans tous les choix et les actions de l'établissement.

On peut ainsi comprendre comment a été adoptée la promotion de la santé au CHU, dont celle pour le personnel, comment elle s'est déplacée, comment elle s'est répandue et comment elle a été transformée progressivement en un élément de mission qui se concrétise peu à peu. Comme le souligne Latour, « adopter une innovation, c'est l'adapter. Et cette adaptation résulte en général d'une élaboration collective, fruit d'un intéressement de plus en plus large » (2002, p.26)

5.11 Diffusion de la politique de PS pour le personnel dans un HPS

Le second élément du processus d'implantation concerne la diffusion de la politique de promotion de la santé auprès des membres du personnel du centre hospitalier. Chaque établissement qui se joint au Réseau des établissements promoteurs de santé doit respecter cinq normes (ASSSM, 2009) qui sont abordées dans le *Manuel d'autoévaluation* de l'OMS (2006b) dont la première, se doter d'une politique de promotion de la santé. Elle stipule que l'établissement membre doit posséder une politique écrite de promotion de la santé (OMS, 2006b, p. 34) dont le contenu devrait être connu, selon la norme 4 et la sous-norme 4.2.2., par le personnel de tous les départements (OMS, 2006b, p. 49). « Cette politique est mise en œuvre dans le cadre du système global d'amélioration de la qualité de l'organisation et vise à améliorer les résultats en matière de santé » (ASSSM, 2011, p. 17).

Ainsi, en 2009, soit environ quatre ans après, la création de la Direction de la promotion de la santé, le CHU adopte une *Politique en matière de promotion de la santé.* Elle s'appuie, entre autres, sur le document de l'OMS en ajoutant que « tout employé, médecin, stagiaire ou bénévole est invité à faire connaître ses observations et ses suggestions, quant à l'application de la présente politique, à la direction de la promotion de la santé » (CHU, 2009, p. 4) De plus, bien que l'ASSSM omet cet élément dans son guide pour promouvoir la promotion de milieux sains de travail, elle souligne que « l'ensemble des activités de communication va favoriser la visibilité des programmes et leur rayonnement. Plus le nombre d'employés au courant de ce programme est important, plus ses chances de succès sont grandes »

(ASSSM, 2011, p. 35). Qu'en est-il concrètement au sein d'un centre hospitalier universitaire montréalais ?

1) Diffusion de la politique de promotion de la santé dans un HPS : un défi de taille

La diffusion et la connaissance de la politique en promotion de la santé auprès du personnel du Centre hospitalier universitaire représentent un défi. Lors de nos rencontres au CHU peu de gens connaissaient la politique en promotion de la santé de l'institution. La très grande majorité des gens, à l'exception des gens de la haute direction du centre hospitalier universitaire, ne savait pas qu'ils travaillaient dans un hôpital promoteur de santé. À la direction des communications, on mentionne à cet effet que peu de membres du personnel savent qu'ils travaillent dans un hôpital promoteur de santé malgré les annonces à ce sujet.

> Si, on faisait un sondage actuellement, d'après-moi s'il y a 2-3 % qui répondent qu'on l'est (HPS), je serais déjà enchantée parce que d'après moi 1 % puis gros maximum qui le savent et ça je suis certaine. (CHU-6)

Il est donc certain que la majorité du personnel, des médecins, des stagiaires et des bénévoles ne connaissent pas la politique de promotion de la santé, notamment, pour le personnel. Par ailleurs, la plupart des gens rencontrés, à l'exception du personnel de la direction de la promotion de la santé, connaissaient la promotion de la santé qu'à travers les activités offertes au CHU. La définition donnée à la promotion de la santé au travail était donc étroitement liée à leur vécu personnel et professionnel, leurs besoins, les besoins de l'équipe, etc. Certains diront ainsi que la promotion de la santé pour le personnel ce sont les activités comme les midis musicaux, l'activité physique ou encore l'alimentation saine telle que vécue, par exemple, lors du projet pilote. Comme l'explique la direction des communications du centre hospitalier, la circulation du document à l'interne représente en soi un défi de taille. Selon elle « les gens n'ont pas tendance à lire parce qu'ils sont tellement submergés d'information ». Ce propos trouve écho aussi à la direction des ressources humaines (DRH) où on nous mentionne que même si l'information est

diffusée, que les réseaux sont accessibles, les gens ne s'informent pas. Les gens ne lisent pas puisqu'il y a trop d'informations.

L'autre défi rencontré entourant la diffusion de cette politique est celui de la priorité qu'on lui accorde selon les divers acteurs au CHU. Par exemple, lorsqu'interrogés au sujet de l'intégration de la promotion de la santé et du concept HPS lors la journée d'accueil pour les nouveaux employés tel qu'indiqué dans le manuel d'autoévaluation[66] (OMS 2006b), des gestionnaires nous ont répondu que ce volet est important, mais qu'il n'y a pas que ça. En fait, d'après certaines personnes au CHU, ce volet fait partie de toutes les facettes de la santé. Il se greffe à un ensemble d'éléments lors des campagnes de recrutement et au moment de l'accueil des nouveaux employés sans toutefois être mis davantage en valeur que les autres éléments. Comme, un des gestionnaires le mentionne :

> Si l'on est rendu à mettre des millions pour dire ça au monde [promotion de la santé], ça doit être que la promotion de la santé, ce n'est pas une priorité pour les gens en général. Est-ce que j'ai besoin de mettre *front HPS* ? Non, parce que ce n'est pas ça qu'ils veulent d'abord [les employés potentiels], c'est un défi, une occasion de se développer, une occasion de carrière [...]. Tu as un programme privilège, tu as la promotion de la santé, tu as un centre d'activités physiques, tu as une garderie [...], ils vont dire : pourquoi pas!

D'autres abondent dans le même sens. Ainsi, bien qu'ils soient favorables à la mise en œuvre de la promotion de la santé pour le personnel, ils soulignent qu'actuellement le CHU ne recrute pas de nouveaux employés dus à la promotion de la santé. Néanmoins, même si la promotion de la santé n'occupe pas encore une place privilégiée lors de la journée d'accueil des nouveaux employés, on nous mentionne que l'aspect santé et sécurité au travail est abordé, tout comme les services offerts par le centre d'activités physique et les diverses cliniques et services de soutien aux employés (PAE, clinique de cessation tabagique, etc.) qui sont sous la responsabilité de la Direction des ressources humaines (DRH).

---

[66] Sous-norme 4.2.1 : Des séances de formation initiale abordant la promotion de la santé sont offertes aux nouveaux employés (OMS, 2006b, p. 49).

La diffusion de la politique en promotion de la santé est aussi parfois perçue comme une obligation que doit remplir l'institution membre du réseau international des HPS et qui est fait « bon gré, mal gré ». Comme l'OMS le souligne :

> Une grande connaissance de la politique de direction parmi les membres du personnel témoigne d'une bonne communication entre la direction et ses employés, ce qui en soi est un enjeu important qui suscite le soutien aux décisions de la direction, qui contribue à bâtir une identité commune et à établir des processus organisationnels d'apprentissage. (OMS, 2006b, p. 63)

Or, malgré parfois certaines résistances à la diffusion de la politique en promotion de la santé, l'institution utilise une diffusion multimodale, c'est-à-dire qu'elle utilise plusieurs modes de diffusion (articles, internet, par les gestionnaires, discours, etc.) de celle- ci. Comme le souligne la Direction de la promotion de la santé (DPS), les activités en promotion de la santé (PS) représentent une vitrine pour la DPS. Elles font connaître à la fois la direction, les services offerts et la promotion de la santé. Cette vitrine permet également d'enrôler des gestionnaires dans le processus de mise en œuvre ainsi que des membres du personnel à participer aux activités et à adopter de saines habitudes de vie, et, ultimement, à devenir des ambassadeurs de promotion de la santé auprès des patients. D'autres soulignent enfin que plusieurs moyens sont déployés afin d'informer le personnel sur les outils, les services et les activités offerts au sein ou à l'extérieur du CHU. Le personnel devrait donc sentir et percevoir que l'institution intègre la promotion de la santé comme le souligne ce gestionnaire.

> Il y a une brochure ça d'épais sur le lieu d'accueil. Il y a notre site intranet qui donne des nouvelles. Il y a les bandeaux qui lancent les campagnes. Il y a des semaines de la santé. Il y a des semaines d'activités. Il y a les réalisations du fond de qualité de vie. Donc le personnel le voit, le sent et le perçoit.

Cependant, il dit ne pas savoir ce que retiennent les employés des informations et des activités de promotion de la santé au sein du centre hospitalier.

> Si tu te promenais à travers nos employés, quels sont ceux qui seraient capables de nommer les six activités qu'on a faites dans les derniers mois, je ne sais pas à ce que tu arriverais.

À la Direction des communications où la promotion de la santé est perçue comme une priorité à mettre en œuvre dans le CHU, la diffusion de l'information représente un réel défi pour diverses raisons, dont celles du nombre de personnes, aux services des patients soit 16 000 personnes incluant 5 000 résidents (CHU, 2011). Ce sont ainsi 16 000 personnes aux divers profils professionnels auprès desquels l'information doit être diffusée. Comme on le précise, « il y a des villages au Québec qui sont pas mal plus petits que ça! On dirait un village dans une ville! » (CHU-6) Ce n'est donc pas seulement un simple document, une politique que l'on fait circuler auprès du personnel qui submergé par l'information choisie de lire ce qui retient le plus son attention, mais un message adapté. D'après eux adapter le message par exemple en promotion de la santé requiert d'adapter et de développer plusieurs outils pour un même message qui sera ainsi véhiculé différemment selon, par exemple, s'il s'adresse à un médecin ou à un membre du personnel en hygiène et salubrité. C'est donc un défi qui se résout en faisant preuve d'imagination, mais aussi en mobilisant les cadres intermédiaires qui eux sollicitent les autres cadres aux différents paliers hiérarchiques. Cependant, comme on le souligne :

> Il faut que le patron de chaque secteur, que pour lui ça soit important aussi. [...] Après ça, tout le monde doit être concerné par ça également. [...] Si le message passe à ce niveau bien les autres vont pouvoir le transmettre ou l'avoir en tête plus régulièrement aussi.

Un gestionnaire au département d'hygiène et salubrité ajoute que l'intérêt pour la promotion de la santé au travail dépend aussi du chef de service.

> Moi, j'ai beaucoup d'intérêt dans la promotion de la santé parce que je travaille avec du monde qui travaille physiquement, mais je ne sais pas si le chef de service des laboratoires serait aussi intéressé.

Ainsi, la Direction des communications espère que l'information se rende aux employés, mais ce n'est pas toujours le cas selon eux. Il y a du travail à faire à ce niveau. C'est un réel défi d'atteindre tout le monde puisqu'il y a aussi trois sites, trois cultures, etc.

2) Bilan de la diffusion de la politique de PS pour le personnel dans un HPS

Ce premier élément, diffusion de la politique de PS auprès du personnel, est mentionné dans deux des documents analysés et mis-en-œuvre au CHU. Toutefois, on s'aperçoit que la diffusion de la politique rencontre plusieurs défis (voir tableaux 5.1 et 5.2). En fait, la politique en matière de promotion de la santé est peu connue du personnel du centre hospitalier malgré une diffusion multimodale. On attribue sa méconnaissance, entre autres, à la surinformation qui fait en sorte que le personnel ne lit plus.

Il rencontre également des résistances auprès de certains gestionnaires pour qui, entre autres, la diffusion représente une obligation à remplir auprès de l'OMS. Ils s'opposent donc plus ou moins ouvertement à la mise en œuvre de la PS pour des raisons diverses. La diffusion de la politique suscite aussi des débats, des controverses, auprès d'autres gestionnaires de la haute direction qui soutiennent son implantation tout en ayant des opinions et des interprétations divergentes relatives, notamment, à la priorité que l'on pourrait lui accorder. Selon un gestionnaire de la haute direction, par exemple, la promotion de la santé n'est pas une priorité pour les gens en général puisqu'on y investit des millions. Puis, à l'instar d'un autre cadre de la haute direction, il souligne qu'il est inutile de mentionner l'affiliation HPS puisque celle-ci ne favorisera pas le recrutement de nouveaux employés.

La figure (5.1) montre que malgré certaines recherches et l'obligation en tant que membre du Réseau HPS-EPS aucun autre règlement et aucune loi ne vient régir la diffusion de la politique de la PS. Par ailleurs, l'adhésion HPS n'est pas une accréditation. Aucune vérification externe n'est faite par le réseau hormis un rapport d'autoévaluation par les établissements membres. La diffusion de la politique est donc requise, sa diffusion encouragée, mais c'est les établissements qui, selon leur intérêt, peuvent diffuser et mettre l'emphase sur l'importance de cette politique ou encore en faire un volet parmi tant d'autres.

Tableau 5.1 Diffusion de la politique PS de l'OMS à un HPS montréalais

DIFFUSION DE LA POLITIQUE DE PS AUPRÈS DU PERSONNEL				
Contenu	Mettre la politique en action (OMS)	Manuel d'auto-évaluation (OMS)	Réseau EPS Guide pour la promotion de milieux de travail sains	HPS montréalais
Le personnel de tous les départements connaît le contenu de la politique de promotion de la santé de l'organisation	Non	Oui	Non[67]	Non
La transmission de cette information se fait, notamment, lors de l'accueil de nouveaux employés	Non	Oui	Non	Oui
Tout employé, médecin, stagiaire ou bénévole est invité à faire connaître ses observations et ses suggestions, quant à l'application de la présente politique, à la direction de la promotion de la santé	Non	Vague[68]	Non[69]	Oui

[67] Guide norme 1 : activités de diffusion et norme 4 : approche participative.

[68] Sous-norme 4.2.5 : Le personnel participe à l'élaboration de politiques, à leur vérification et à leur révision (OMS, 2006b, p.50). On ne spécifie pas si leur participation est en lien avec la politique de la promotion de la santé.

[69] L'approche participative est un élément essentiel de la mise en œuvre de la promotion de la santé dans un établissement promoteur de santé. « Elle doit engager les différents groupes d'employés tout au long du processus et favoriser les échanges entre les employés et les gestionnaires ». (ASSSM, 2011, p.22)

Tableau 5.2 Diffusion de la politique de PS auprès du personnel au CHU

PREMIER ÉLÉMENT : DIFFUSION DE LA POLITIQUE DE PS AUPRÈS DU PERSONNEL AU CHU		
Implantation	Oui	• Dans un document • Lors de l'accueil • Il y a une brochure sur le lieu d'accueil. • On informe de façon multimodale le personnel sur les outils, les services et les activités offerts au CHU
Défis	Peu connus du personnel	On attribue sa méconnaissance, entre autres, à la surinformation qui fait en sorte que le personnel lit peu
Résistances et controverses	Un volet comme les autres	Lorsqu'interrogés au sujet de l'intégration de la promotion de la santé et du concept HPS lors la journée d'accueil pour les nouveaux employés [...] des gestionnaires nous ont répondu que ce volet est important, mais qu'il n'y a pas que ça
	Perçu comme une obligation en lien avec l'OMS (normes 1 et 4)	La rédaction et la diffusion de la politique en promotion de la santé sont perçues comme une obligation et non pas une nécessité
	Peu attractif pour de nouveaux employés potentiels	Est-ce que j'ai besoin de mettre *front HPS* ? Non, parce que ce n'est pas ça qu'ils veulent d'abord [les employés potentiels], c'est un défi, une occasion de se développer, une occasion de carrière [...]. Tu as un programme privilège, tu as la promotion de la santé, tu as un centre Acti-Santé, tu as une garderie [...], ils vont dire : « pourquoi pas! » D'autres abondent dans le même sens. Ainsi, bien qu'ils soient favorables à la mise en œuvre de la promotion de la santé pour le personnel, ils soulignent qu'actuellement le CHUM ne recrute pas de nouveaux employés dû à la promotion de la santé
	Pas une priorité	Si l'on est rendu à mettre des millions pour dire ça au monde [promotion de la santé], ça doit être que la promotion de la santé, ce n'est pas une priorité pour les gens en général
Alignement d'intérêts	On l'intègre à l'accueil sans plus On la diffuse puisque c'est une obligation envers l'OMS	
Éléments facilitateurs	Gestionnaires	Lorsque les gestionnaires font circuler le message Lorsque les gestionnaires croient à la PST Réseau HPS (norme 1) Réseau EPS (guide pour la norme 1, atelier, soutien, etc.)
Transformation/ ajout	Non	

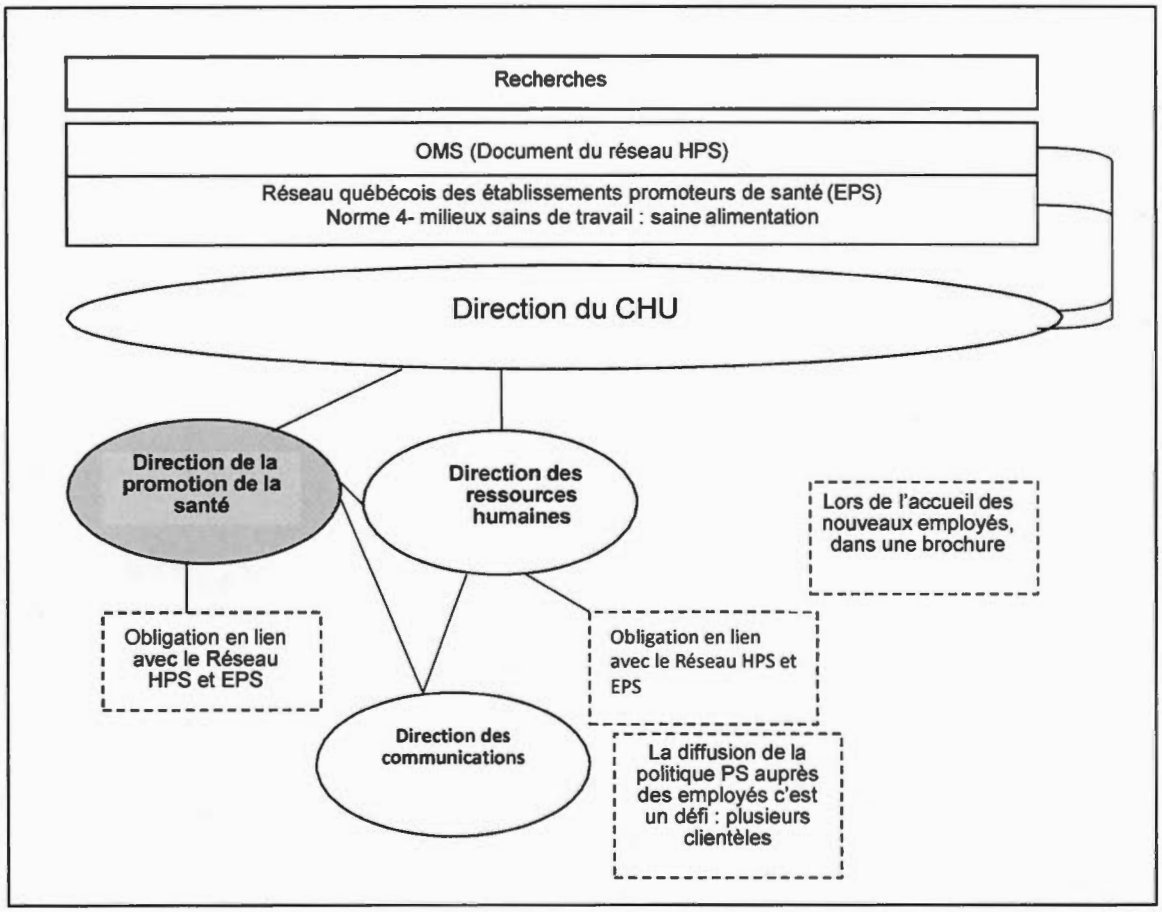


Figure 5.2 Alignement d'intérêts et réseau pour la diffusion de la politique PS dans un HPS montréalais

5.2 Éléments d'un environnement sain de travail d'un HPS montréalais

L'analyse transversale au chapitre précédent à fait ressortir six éléments de contenu selon les meilleures pratiques en matière de milieu de travail sain pour les hôpitaux promoteurs de santé (voir figure 5.1). Nous allons, à travers cette nouvelle analyse dans un HPS montréalais, découvrir un nouvel élément de contenu soit les arts et la culture qui ont été implantés au CHU.

Cet inventaire détaillé de chacun des éléments de contenu, nous permettra, encore une fois, d'identifier les similitudes et les différences entre le discours initial et sa mise en œuvre dans un HPS ainsi de saisir le jeu des acteurs et des actants

favorables ou non à la mise en place d'une vision holistique de la promotion de la santé pour le personnel.

5.2.1 Premier élément : coproduction du travail promotrice de santé au sein d'un HPS

Une des composantes essentielles d'un environnement sain de travail dans hôpital promoteur de santé est une *coproduction du travail promotrice de santé* (OMS, 2006). Cet élément est mentionné dans les quatre documents analysés au chapitre précédent. Toutefois, deux des documents analysés, soit le *Manuel d'autoévaluation* et la *Politique de promotion de la santé* du CHU, présentent un contenu vague relatif à la coproduction du travail. L'importance d'une coproduction saine au travail est bien appuyée par de nombreuses recherches multidisciplinaires qui reconnaissent que le travail et la culture organisationnelle ont des impacts importants sur le bien-être et sur la santé psychologique d'un individu (ASSSM, 2011; Brun, 2008) et l'efficacité des organisations (Brun, 2008). On reconnait aussi que la santé psychologique d'un individu a des impacts sur les relations qu'il entretient avec ses collègues, la qualité du travail, la productivité, etc. On retrouve également un alignement d'intérêts puisque la santé mentale est l'une des principales causes d'absentéisme, de présentéisme, de roulement de personnel, etc.

> Selon l'OMS Europe, both the Mental Health Declaration for Europe and Mental Health Action Plan for *Europe (WHO Regional Office for Europe, 2005a, b) and the European Pact for Mental Health and Well- being (European Commission, 2008) recognize the importance of mental health and well-being and prevention of mental health problems at the workplace as well as overcoming stigma, discrimination and reintegration. The reasons are easy to explain. Globally, mental disorders are leading causes of disability. In some high-income countries, as much as 40% of disability can be attributed to mental disorders. In the WHO European Region, depression alone causes 13.7% of all years lived with disability, the leading cause. […] It is no surprise that policy-makers are concerned about the effects of mental disorders on society and on the economy. Associated with the level of disability, mental health problems have become one of the leading causes for absenteeism from work and early retirement all over the European Region. Mental health problems in the workplace have serious effects not only for the individual but also for the productivity and competitiveness of businesses and thus the economy and society as a whole. Employees' mental health status affects employees' performance and rates of illness, absenteeism and staff turnover.*
> (www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0018/124047/e943 45.pdf?ua=1)

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) abonde aussi dans le même sens que l'OMS.

> Non seulement le milieu de travail est-il un endroit de socialisation par excellence, mais le travail lui-même constitue un moyen crucial de réalisation de soi, d'engagement et de valorisation sociale. Malheureusement, le milieu de travail peut également s'avérer une source importante de stress et susciter souffrance et déception : on parle alors de problèmes de santé mentale ou psychologique liés au travail. Les exigences liées au travail seules ou conjuguées à celles de la vie familiale et à d'autres impératifs sociaux peuvent avoir sur l'individu des conséquences allant d'un inconfort passager jusqu'au trouble mental. En plus des conséquences sur l'individu, les problèmes de santé mentale au travail ont un impact négatif sur les organisations [...] (www.msss.gouv.qc.ca)

Brun (2008) souligne à cet effet qu'il existe des mélanges toxiques au sein des organisations, des conditions de travail, qui portent atteinte à la santé et au bien-être du personnel et qui, corolairement, affectent l'efficacité des établissements. Au CHU, la santé psychologique représente plus d'un tiers des problématiques. C'est donc un sujet sur lequel on souhaite travailler, mais qui est délicat à aborder comme le soulignent la Direction des ressources humaines (DRH) et la Direction de la promotion de la santé (DPS).

> La santé psychologique représente 32 % de mes problématiques en santé actuellement au CHU. Euh... Ouf! On a un vouloir de travailler là-dessus. Ce n'est pas facile de travailler là-dessus. On ne peut pas aller loin nécessairement. (DRH)

Un établissement promoteur de santé (EPS) vise, par une approche holistique, l'ensemble des risques par des stratégies qui vont bien au-delà des saines habitudes de vie. Puisqu'il est prouvé que les saines habitudes de vie bien que favorables à la santé d'un individu, « n'éliminent aucunement les risques qui portent atteinte au bien-être au travail » (Brun, 2008, p. 25). Le but d'un établissement promoteur de santé (EPS) est donc de développer des infrastructures et un environnement de travail qui favorisent la promotion de la santé et le bien-être au travail (Golaszewski et coll., 2008; Kishchuk et coll., 2008). Subséquemment, un EPS agit sur les saines habitudes de vie, la santé et la sécurité au travail, mais également sur les conditions de travail telles que la communication, les règles, les procédures, les processus de travail, la charge de travail, la gestion des ressources humaines, les interactions et la culture organisationnelle afin de favoriser la santé

tant physique que mentale du personnel (ASSSM, 2011; Brun, 2008; Kishchuk et coll., 2008; OMS, 2006).

Plusieurs facteurs organisationnels ont une incidence sur la santé psychologique et le bien- être au travail. Notre analyse portera sur cinq facteurs organisationnels qui s'interinfluencent et sur lesquels il est important d'agir à plusieurs niveaux simultanément (ASSSM, 2011) au sein d'un hôpital promoteur de santé.

a) organisation du travail et flexibilité dans l'organisation du travail PS,
b) relations de travail promotrices de santé,
c) style de gestion et culture organisationnelle promotrices de santé.

Décrire les différents facteurs organisationnels composant une coproduction promotrice de santé au sein du centre hospitalier universitaire de façon nuancée est une tâche colossale qui dépasse le mandat de cette recherche. Le fonctionnement interne d'un CHU est le plus souvent décrit par le modèle développé par Mintzberg soit la bureaucratie professionnelle (Contandriopoulos et Souteyrand, 1996). Au sein de ce type d'organisation, plusieurs professionnels, tels les médecins, ont beaucoup d'autonomie. De nombreux médecins considèrent par ailleurs n'avoir aucun vis-à-vis (Mintzberg et Glouberman, 2001). Tandis que d'autres employés travaillant, par exemple, au sein des unités de support comme à la cuisine et à la maintenance peuvent être dirigés de façon plus étroite (Mintzberg, 1995) et ont, de ce fait, moins d'autonomie. L'hôpital est également composé de quatre « mondes » distincts[70] ayant leurs propres modes d'organisation du travail et des visions différentes dites irréconciliables (Mintzberg et Glouberman, 2001). Nous sommes donc face à un univers complexe de travail. Subséquemment, nous allons décrire succinctement et, uniquement de façon globale, les stratégies, les programmes et les projets relatifs à une coproduction saine de travail au CHU. Ceux qui ont été mis en œuvre par la Direction des ressources humaines en collaboration, pour certains projets, avec la

[70] 1) *Community – trustees 2) Control – manager 3) Cure- doctors 4) Care- nurses* (Mintzberg et coll. 2004).

Direction de la promotion de la santé. Nous allons également relater certains faits qui ont été mentionnés lors des entretiens au CHU.

a) Organisation du travail promotrice de santé

La première dimension d'une coproduction de travail promotrice de santé est une organisation du travail qui est saine pour le personnel et, corollairement, pour l'établissement. L'organisation du travail a des impacts significatifs sur la santé et le bien- être des individus au travail. Les risques psychosociaux au travail sont par ailleurs bien documentés et suscitent de plus en plus d'intérêts (ASSSM, 2011). On retrouve, notamment, dans cette catégorie la reconnaissance, une charge adaptée de travail, une bonne définition des rôles et des responsabilités, la participation active du personnel dans les décisions et dans le processus de travail et le sens au travail.

La reconnaissance au travail fait partie intégrante d'une organisation du travail promotrice de santé. Elle est un élément majeur favorisant la santé psychologique au travail (ASSSM, 2011; Brun, 2008). Au sein du centre hospitalier, la reconnaissance est soulignée par des prix annuels qui visent à reconnaître l'excellence au travail. La Direction des ressources humaines a aussi implanté un programme organisationnel de reconnaissance pour la population œuvrant au centre hospitalier. Le projet qui est destiné à toute la communauté du CHU a vu le jour dans un contexte de pénurie de main d'œuvre et d'une volonté organisationnelle d'améliorer, notamment, la qualité de vie au travail et la rétention. Il a comme objectif de « créer une culture de reconnaissance par l'adoption de comportements nouveaux, de favoriser la mobilisation de la communauté du CHU et de créer un environnement salutogène » (ASSSM, 2011, p. 214) en développant, notamment, « les capacités managériales » (Ibid.). La reconnaissance au travail c'est aussi des gestes et des paroles au quotidien qui valorisent la valeur, la pratique du travail, l'investissement dans le travail ou les résultats obtenus des gestionnaires et des membres du personnel (Brun, 2008). Comme le souligne un gestionnaire, c'est

« dans les petites choses du quotidien » et dans les « petits et grands gestes » que se traduit la reconnaissance au travail (CHU-10). Un autre gestionnaire mentionnait que : « mettre beaucoup d'énergie sur le bien-être au travail ça ne prend pas nécessairement des spas, des gymnases. Ça prend de l'écoute, de la reconnaissance, du respect. Souvent c'est déjà beaucoup » (Gestionnaire 3). Bien qu'essentielle, la reconnaissance au travail est un élément, nous dit-on, qui varie au CHU selon les gestionnaires et les équipes dont le manque de temps peut accentuer l'absence (Brun, 2008).

Les autres éléments de ce volet varient aussi dans leur application et leur étendue puisqu'ils dépendent des gestionnaires et aussi du type de travail. Par exemple, on nous a mentionné que la charge de travail qui est définie comme étant « la combinaison de ce qui est demandé et de ce qui est vécu et ressenti par l'individu » (Brun, 2008, p. 130) était adaptée à la Direction de la promotion de la santé et aussi, autant que possible, au service d'hygiène et salubrité. Tandis que les infirmières au centre des naissances étaient souvent débordées. Plusieurs gestionnaires mentionnaient avoir également une charge de travail très élevée (Gestionnaires 2-3-4 et 8) qui les empêchaient de faire preuve de créativité et d'être physiquement actifs ou de prendre le temps pour participer aux activités de promotion de santé offertes sur l'heure de la pause-midi ou de maintenir une saine conciliation travail-vie personnelle. Cette charge élevée de travail avait eu également des répercussions sur la santé de certains gestionnaires qui ont vécu un épuisement professionnel (gestionnaire 3) et qui, dorénavant, veillaient à leur santé et à leur bien-être. Comme le mentionne Brun (2008, p. 125), « il est intéressant de constater qu'une charge de travail adéquate et un rythme de production adapté aux capacités humaines sont liés à une bonne performance économique. Moins de travail pour le personnel n'entraîne donc pas moins de capital pour l'organisation ».

À l'instar d'une bureaucratie professionnelle, la flexibilité dans l'organisation du travail est variable selon le type de travail. De façon générale la coordination est assurée par des standards, dont ceux professionnels qui déterminent le travail qui

doit être effectué (Mintzberg, 1995). Les médecins, par exemple, ont beaucoup de flexibilité dans l'organisation de leur travail. Chacun travaillant avec les patients avec comme contrôle collectif, de façon générale, ses collègues (Ibid.). Ils disposent donc de beaucoup d'autonomie. À la Direction de la promotion de la santé, la conseillère dit aussi bénéficier d'une grande autonomie, une valeur qui tient à cœur de son supérieur immédiat. Son horaire de travail est aussi très flexible de par l'ouverture du gestionnaire, mais aussi, comme elle le souligne, parce que son travail n'est pas en lien direct avec les patients. Certaines tâches peuvent même être faites de la maison en mode télétravail.

> Moi, j'ai de la facilité à offrir à mes collaborateurs d'avoir un contrôle sur leur horaire. Alors, dans la latitude, dans la conciliation travail-famille, j'ai un immense respect pour ça. (DPS)

Tandis qu'au département d'hygiène et salubrité, le niveau de flexibilité dans l'organisation du travail est moindre, car ils doivent suivre les indications de leurs supérieurs, des différents protocoles de travail et les multiples demandes des professionnels. Les infirmières ont moins d'autonomie et de latitude décisionnelle que les médecins (Lemieux et coll., 2005). Une autonomie que le gouvernement du Québec souhaite élargir pour toutes les infirmières (www.ledevoir.com[71]). La flexibilité de l'horaire des infirmières est, également, moindre que celle d'autres professionnels et employés puisqu'elles sont assujetties au temps supplémentaire obligatoire. Parfois, cela devient réellement problématique, dû au manque de ressources humaines. Certaines « infirmières ne peuvent (d'ailleurs) plus quitter leur poste parce qu'il n'y a personne pour prendre le relais » (www.lapresse.ca[72]). Le CHU offre donc « des horaires de travail flexibles dans de nombreuses unités de soins et dans plusieurs secteurs d'activité. Horaire comprimé, semaines de 32 heures avec statut de temps complet ou quarts de 12 heures » (www.chu.qc.ca), sans que tous les membres du personnel puissent en bénéficier. On retrouve donc des inégalités relatives à l'organisation du travail.

---

[71] http://www.ledevoir.com/societe/sante/428518/les-infirmieres-investies-de-nouveaux-pouvoirs, 9 janvier 2015.

[72] http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201311/14/01-4710953-heures-supplementaires-obligatoires-les-infirmieres-.

La participation active du personnel aux décisions et aux processus de travail est la capacité pour le personnel « d'avoir une influence sur le degré de responsabilité, la possibilité de participer à la prise de décisions et de commenter l'information reçue du supérieur immédiat et de la direction de l'entreprise » (Brun, 2008, p. 149). Encore une fois, celle-ci est variable selon les gestionnaires, les équipes, le type de profession ou le type de travail. Comme on nous le mentionnait lors des entretiens, la participation active aux décisions est souvent souhaitée, mais difficile parfois à mettre de l'avant dû, entre autres, à la charge de travail élevé, aux urgences et à la complexité du travail interdisciplinaire.

Enfin, donner un sens au travail « se définit par la valeur du travail aux yeux de l'individu, ce qu'il recherche dans le travail, et la cohérence entre l'individu, ses attentes, ses valeurs et les gestes qu'il exécute quotidiennement dans son milieu de travail » (Morin et coll., cités dans ASSSM, 2011, p. 73). Un employé qui perçoit du sens dans son travail « a des chances élevées de présenter un état de bien-être psychologique au travail » (Ibid.). Au CHU, encore une fois, sa mise en place semble inégale. Le sens au travail représente toutefois une dimension importante pour certains gestionnaires, notamment au sein du département d'hygiène et salubrité. À cet effet, un d'entre eux raconte qu'il rencontre régulièrement ses employés pour leur signifier l'importance de leur travail qui peut parfois sembler banal « nettoyer », mais qui est ô combien important pour assurer la réussite des interventions biomédicales. (DPS).

> Je les ai tous rencontrés ce matin. Mes 30 employés et j'ai tout expliqué ce qui en était, l'importance de notre travail. C'est important de toujours tenir compte de ça. C'est une autre approche de promotion de la santé qui se fait. (CHU-10)

On peut donc conclure que les différentes dimensions d'une organisation promotrices du travail sont présentes au sein du centre hospitalier, mais de façon très inégale. Elles varient selon la profession, le type de travail et sont aussi tributaires du mode de gestion des gestionnaires. Elles sont aussi fortement touchées par le contexte de pénurie de ressources humaines.

b) Relations de travail promotrices de santé

Les relations de travail saines sont une autre composante importante d'une coproduction promotrice de santé. Ce type de relation se traduit, entre autres, par du *soutien social* au travail. Un élément important contribuant à favoriser la santé psychologique du personnel. (ASSSM, 2011, p. 73). On identifie deux types de soutien soit le soutien instrumental pour effectuer les tâches au quotidien et le soutien émotionnel qui est, lui, centré sur la personne (ASSSM, 2011; Marchand et coll., 2005).

Afin de favoriser le développement de lien au travail, le sentiment d'appartenance et la santé sociale, la Direction de la promotion de la santé a développé plusieurs activités comme la distribution de pommes à la rentrée, la fête foraine ou encore le dépouillement d'arbre-de-Noël avec les enfants des employés du CHU. Ce sont des gestes simples et des activités qui, selon la DPS, ont un impact important auprès du personnel et un grand succès.

> [Distribution de pommes] On a reçu plein de courriels, wow! Vous pensez à nous. Des employés de soir, des employés de nuit. Incroyable, jamais on ne reçoit rien. Les employés de jour ont un peu plus généralement que ceux de soir et de nuit. On nous a dit :Merci! Bravo! (DPS)

> On a, par exemple, créé la fête de Noël, le père Noël pour les enfants avec les familles. Une fête de famille qui avait déjà existé auparavant, mais qui n'avait plus lieu depuis plusieurs années. Puis, contre vent et marrée, je dirais. Les gens disaient que c'était *out*. Puis, finalement, on a eu un grief du syndicat parce qu'il n'y avait pas assez de places. Beau grief! Cool à gérer! C'est promoteur de santé parce que c'est un regroupement de familles de travailleurs, puis il y a de l'amusement. C'est cool parce qu'il y a eu assez de succès pour que ça soit repris par les ressources humaines. (DPS)

L'objectif est donc de créer un environnement de travail le plus chaleureux possible pour permettre aux employés de s'y retrouver et d'être heureux. Toutefois, le soutien social ne se résume pas uniquement à l'événementiel. C'est un soutien qui se traduit au quotidien par des paroles et des gestes. Un soutien qui est également variable selon les départements, les équipes, les professionnels et les individus. À l'instar de ce que soulignait (Maranda et coll., 2006), certaines personnes rencontrées

mentionnaient qu'au sein de certains groupes de professionnels ou certaines équipes, le soutien des pairs ou des gestionnaires peut être absent (CHU-1 et 10). On évite, par exemple, de s'intéresser au bien-être des collègues parce que l'on est déjà submergé par le travail. En évitant de demander comment son collègue se porte, on évite ainsi qu'il puisse nous demander de l'aide. Une aide que l'on a soi-même besoin et que l'on peut difficilement offrir dû une charge de travail déjà très élevée (CHU-1). Tandis que d'autres mentionnent, comme au sein du département d'hygiène et salubrité et à la DPS, l'importance du soutien des gestionnaires pour leur équipe ainsi que l'esprit d'équipe (CHU-10 et 11).

Afin d'instaurer ou de maintenir des relations saines de travail, il est également important *d'outiller son personnel pour prévenir et gérer les conflits.* Comme le souligne le réseau EPS (ASSSM, 2011, p. 75) « les conséquences négatives de conflits non réglés sont nombreuses : stress, frustration, relations tendues, absentéismes, réclamation d'invalidité et hausse du nombre de plaintes pour harcèlement psychologique » (ASSSM, 2011, p. 75). Or, les habiletés communicationnelles dont celles pour gérer efficacement les situations conflictuelles varient, d'après certains gestionnaires rencontrés, selon les individus (gestionnaires 2, 3 et 4). La DRH offre donc des formations aux cadres abordant notamment les relations de travail et le centre d'apprentissage du CHU propose des formations sur la gestion de conflit et sur la civilité en milieu de travail. Toutefois, malgré le soutien et les formations certaines situations perdurent, d'autres prennent du temps à se régler. Il arrive que ces situations touchent la santé et le bien-être du personnel et des gestionnaires et que parfois certains choisissent de partir pour préserver leur santé.

> Ce qui me tient à cœur c'est que les gens se sentent à l'aise de parler, de dire... Moi, je le vis à l'étape de la table de direction où est- ce qu'on n'a pas toujours un bien-être à parler. Où on peut se sentir juger, bafouer. C'est pour moi extrêmement important l'aspect de la sécurité de la communication. (CHU-1)

> Ma patronne qui est maintenant partie, on ne se parlait plus verbalement. J'avais X qui était à mon bureau ici puis ça me donnait, ça me créait une grosse pression parce que ce n'était pas méchant. C'était un bon gestionnaire. Je trouvais qu'il y avait une pression qui se faisait. Donc, j'ai formulé des demandes. Ça, c'est fait.

> Elle n'est plus ici depuis 15 jours. De soir, un autre collègue était plus capable de travailler avec elle. Il a maudit son camp. Il a donné sa démission. Il a dit, c'est moi ou c'est elle. Ce n'est pas facile, je te le disais. (CHU-10)
>
> C'était pour ma santé mentale parce que ça n'allait plus en dernier. Peut-être depuis deux-trois mois, je rentrais ici, si je voyais la lumière allumée, je me disais que ma journée était *flushée*. Ce n'est pas correct ça. Ce n'est pas correct pour le mental d'une personne humaine. (CHU-10)
>
> C'est toujours une minorité d'individus qui ont souvent des cas disciplinaires qui sont traités par les cadres. Dans la majorité des cas, c'est l'approche. Puis les cadres c'est évident que la mesure disciplinaire ce n'est pas la chose la plus intéressante à faire. Je pense que parfois quand ils le font, ils s'y prennent mal. (CHU-9)

Enfin, *contrer le harcèlement et la violence* est un autre volet important des relations de travail promotrices de santé. Une étude commune OIT/CII/OMS/ISP indique que partout la violence incite les agents de santé à abandonner leur profession et l'offre en soins de qualité s'en ressent (OMS, 2002). Au Québec, d'après la Loi (www.cnt.gouv.qc.ca)[73], l'employeur est ainsi obligé de fournir à ses salariés un milieu de travail exempt de harcèlement psychologique. Il s'agit toutefois d'une obligation de moyens et non de résultats. Au CHU, on retrouve, suivant la Loi, une politique émise par la DRH visant à contrer le harcèlement, l'abus et la violence en milieu de travail (CHU, 2004).

c) Style de gestion et culture organisationnelle promotrices de santé

La troisième dimension abordée pour une coproduction du travail promotrice de santé est celle du style de gestion et de la culture organisationnelle au sein d'un HPS. Ce sont deux autres composantes dites essentielles d'un hôpital promoteur de santé que l'on trouve dans deux des documents analysés au chapitre précédent soit le document *Mettre la politique des HPS en action* (OMS, 2006a) et le guide produit par le réseau EPS (ASSSM, 2011). On mentionne que cet aspect est essentiel pour une coproduction du travail promotrice de santé, car « les employés qui se sentent soutenus par leurs supérieurs auront moins tendance à ressentir de la détresse psychologique » (Ibid., p. 78).

[73] http://www.cnt.gouv.qc.ca/en-cas-de/harcelementpsychologique/index.html#c4659.

> Inversement, un style de management directif qui ne favorise pas la participation des employés aux décisions concernant l'exécution de leur travail peut contribuer à une augmentation du niveau de tension psychologique des travailleurs, ainsi qu'à l'apparition de tensions et de conflits. (Ibid.)

Au centre hospitalier, la DRH offre aux cadres une variété de services de développement professionnel et de coaching personnalisé par le biais du Service aux cadres. Selon la Direction des ressources humaines, il est important que les gestionnaires soient bien outillés afin d'accompagner les équipes. Dès leur entrée en poste les gestionnaires bénéficient donc d'un accompagnement, et ce tout au long de leur parcours professionnel au centre hospitalier (d'aide technique et logistique dans l'organisation d'activités, de conseils professionnels ou de l'accueil de nouveaux employés et stagiaires).On propose aussi différentes formations (gestionnaire coach, relation de travail, distanciation psychologique, relations intergénérationnelles, etc.). Comme le précise la DRH, ce processus est souvent à recommencer dû à un « roulement naturel chez nos cadres autour de 12 % ».

> C'est beaucoup de jeunes. Il y a beaucoup d'accompagnement, comme l'équipe, des relations de travail... on est obligé de prendre par la main les gestionnaires pour leur montrer leur ABC d'une gestion disciplinaire, d'une gestion de changement, d'une gestion d'intervention, d'une gestion de crise. [...] 57 % de nos gestionnaires ont moins de cinq ans d'expérience. (DRH)

Le CHU favorise aussi le réseautage entre pairs et la collaboration interprofessionnelle, toujours dans le but d'offrir des soins et des services de la plus haute qualité (www.chu.qc.ca) Enfin, une semaine des gestionnaires est organisée annuellement afin de permettre aux cadres d'échanger et de se ressourcer.

Or, bien que le centre hospitalier offre une large gamme de formations et de services aux cadres, certaines personnes rencontrées, comme nous l'avons vu au point précédent, nous mentionnaient que le style de gestion des cadres était variable. Certaines personnes attribuant ces différences à une génération, d'autres au genre, à la personnalité ou encore à la situation vécue dans l'équipe, au stress élevé, à l'approche, etc.

> Ma porte est habituellement ouverte. Les employés ajustent leur horaire comme ils le souhaitent. Ils ont la latitude, une conciliation des horaires, etc. La capacité à

> exprimer sa créativité. Le respect infini des individus. Ce n'est pas toujours facile, mais j'essaye. La reconnaissance. J'aime la reconnaissance au quotidien. J'aime que les autres se sentent à l'aise de parler, de dire. Pour moi c'est extrêmement important l'aspect de la sécurité de la communication, de la relation dans l'équipe. Qu'on puisse dire les choses. On a le droit de ne pas être d'accord. C'est mes valeurs que je porte comme gestionnaire. (CHU-1)

> Les cas disciplinaires qui sont traités par les cadres, dans la majorité des cas c'est l'approche [...] Je pense qu'ils s'y prennent mal. Puis, c'est ça qu'on veut travailler. C'est comment le faire parce que je crois que c'est ça qui crée des frictions. Donc, de façon générale, je dirais que c'est le gros problème. [...] Mais de toute façon, j'en reviens à dire que c'est l'approche qui est le problème. (CHU-8)

D'autres ont mentionné le besoin d'inscrire une gestion promotrice de santé dans l'évaluation des cadres, mais aussi dans le plan annuel des gestionnaires comme objectif.

> Chaque gestionnaire devrait avoir un plan pour l'année, devrait avoir un plan aussi de ce qui va se faire comme actions de promotion de la santé auprès des patients, puis auprès de son personnel. Déjà, l'avoir, le planifier. C'est gênant quand tu ne le fais pas, quand ça fait partie de ton plan de l'année. (CHU1)

> On évalue les gens. On devrait commencer à se faire évaluer aussi comme gestionnaire. On pourrait être évalué sur une donnée, jusqu'à quel point mon gestionnaire favorise ma santé globale, qu'il est préoccupé par ma conciliation travail-famille dans la mesure où l'on peut? Est-ce qu'il est préoccupé par ce qui est équitable que j'aie des chances de progresser dans ma profession qui sont louables. Je pense que ça va faire en sorte que le milieu va être de plus en plus salutogène. (CHU-1)

> Peut-être aussi on devrait demander des plans d'action aux chefs de dire : « C'est quoi votre plan d'action? Mais là, on n'a pas le choix. Mais là on a un autre dossier sur le bras, mais je me dis... on nous demande constamment des plans d'action pour si ou pour ça, pour l'agrément... Donc, on pourrait peut-être se faire demander « est-ce que le chef à un plan d'action pour la promotion de la santé pour le personnel ? [...] Je me dis que ça pourrait être une façon... (CHU-9)

Enfin, bien que la promotion de la santé soit la cinquième mission du CHU certains mentionnent qu'il existe des contradictions au sein de l'organisation (CHU-1, CHU-3, CHU-6). À la fois, c'est une organisation où l'on dit qu'y travailler « c'est du haut voltige ». Si on y travaille, « on a du sang bleu positif qui coule dans nos veines, c'est-à-dire qu'on carbure aux défis, on déteste la routine, on est inventif et avide d'apprendre. On a l'attitude et la couleur du CHU » (CHU, 2010, p. 10). Ainsi, le centre hospitalier universitaire cultive et valorise « le désir de l'excellence et du

dépassement de soi » (www.chu.qc.ca) où le personnel travaille souvent sous pression, dans les urgences et où comme nous l'avons vu, la charge de travail pour plusieurs est élevée. Ce sont des facteurs, bien que stimulant, pouvant avoir des effets délétères sur la santé du personnel. Comme le souligne l'ASSSM (2011, p. 83), « même si un individu apprend la maîtrise de diverses techniques de gestion du stress, si la culture organisationnelle va à contresens, les résultats risques d'être plutôt limités, voir nuls ». Alors, peut-on dire que la culture du centre hospitalier est alignée sur la promotion de la santé pour le personnel? La majorité des personnes rencontrées nous ont dit qu'il y avait encore du chemin à faire pour que cela devienne réalité.

> Tout le monde est pour la vertu, mais dans le concret, il faut poser des gestes, il faut poser des actions. (Membre de la haute direction 1)
>
> Il ne faut pas seulement que ça soit dans le discours (la promotion de la santé). Il faut que ça soit dans l'action. (Ibid.)
>
> Il faut que les babines suivent les bottines! (Membre de la haute direction 2)

Certains ajoutent également que la haute direction n'a pas toujours un comportement promoteur de santé. Que la façon d'être et la communication entre ses membres ne sont pas toujours empreintes de respect et d'ouverture. Selon ces derniers, il faudrait que celle-ci change au même rythme que celui qui est demandé sur les étages de l'établissement. Bref, qu'elle devienne un modèle et qu'elle soit elle-même cohérente avec la mission de promotion de la santé de l'organisation. Jean-Pierre Brun écrit que le manque de respect peut être symptomatique d'une surcharge de travail, du manque de temps, du stress, du manque d'habiletés relationnelles, du manque de communication, etc. Or, comme le souligne Rey (2009, p. 2), « la qualité d'une politique de promotion de la santé au sein de l'hôpital dépend tant des procédures que de la culture volontairement promotrice de santé des structures pour réaliser cet objectif ».

1) Bilan du premier élément : coproduction du travail promotrice de santé dans un HPS

Ainsi, on retrouve un alignement d'intérêts afin que le style de gestion favorise un bon climat de travail, la productivité, de bonnes relations de travail, etc. et une offre de services diversifiée pour les cadres au CHU (voir tableaux 5.3 et figure 5.3). Toutefois, malgré le soutien, les modes de gestions sont variables. De plus, les leviers favorisant la santé mentale et physique au travail (Brun, 2005) tel que les règles, les directives, les procédures et les pratiques promotrices de santé et de bien-être et synonymes de santé organisationnelle sont mise en place de façon irrégulière au sein du HPS montréalais. Plusieurs nous ont dit travailler de longues heures sous pression. Ce contexte de travail affectait parfois leur santé et les empêchait de prendre soin d'eux, de faire de l'exercice, de bien manger, d'avoir un équilibre de vie, de participer aux évènements promoteurs de santé offerts au CHU. En fait, le contexte hospitalier et la culture organisationnelle, nous disait-on, n'étaient pas encore promoteurs de santé pour le personnel. Enfin, on suggérait que la dimension de PS soit incluse dans les évaluations des gestionnaires et aussi dans les plans d'action annuels. Une suggestion qui est, selon la DRH, trop hâtive.

Tableau 5.3 Bilan du premier élément : coproduction du travail promotrice de santé

COPRODUCTION DU TRAVAIL PS DE SANTÉ		
Implantation	Oui/ variable	• Soutien, formations, réseautage pour les cadres • Flexibilité de l'horaire (variable) • Modes de gestion sains (Variables) • Etc.
Défis	Oui	• Taille de l'organisation et sa structure • 16 000 membres du personnel sur trois sites • Le contexte budgétaire restreint • Pénurie d'employés • Objectifs et vision de la DRH et de la DPS ne sont pas toujours alignés • Résistance de certains cadres à adopter un style de leadership positif

COPRODUCTION DU TRAVAIL PS DE SANTÉ		
Résistance et controverses	Oui	• Modes de gestion sains • Évaluation des cadres à être promoteurs de santé • Inclusion dans le plan annuel des gestionnaires de la dimension de la PS au travail
Alignement d'intérêts	Oui	• Attraction et rétention du personnel
Éléments facilitateurs	Oui	• MSSS (stratégies employeur de choix)
Transformation/ ajout	Souhaité	• Évaluation des cadres comme acteur PS • Inclusion dans le plan annuel des gestionnaires de la dimension de la PS au travail

5.2.2 Deuxième élément : santé et sécurité au travail dans un HPS montréalais

Le deuxième élément, santé et sécurité au travail, est une autre composante essentielle d'un environnement sain de travail dans un HPS. Un élément présent dans chacun des quatre documents analysés au chapitre précédent. Toutefois, l'approfondissement de cet élément variait selon le document analysé. Les deux documents de l'OMS renvoient les établissements aux lignes directrices nationales et régionales puisque les lois, les normes et les règlements varient d'un pays à l'autre. Néanmoins, le premier document, *Mettre la politique des HPS en action*, va un peu plus loin en suggérant, notamment, que le style de travail soit favorable à la santé physique, l'environnement ergonomique et autrement adéquat et que des formations soient offertes relatives aux techniques de soulèvement et aux soins du dos. C'est le *Guide pour la promotion de milieux de travail sains* qui approfondissait le plus cette thématique. Sans aborder les lois et réglementations en vigueur au Québec, on met entre autres de l'avant certains principes à respecter, les éléments pour une compréhension plus fine des circonstances, etc.

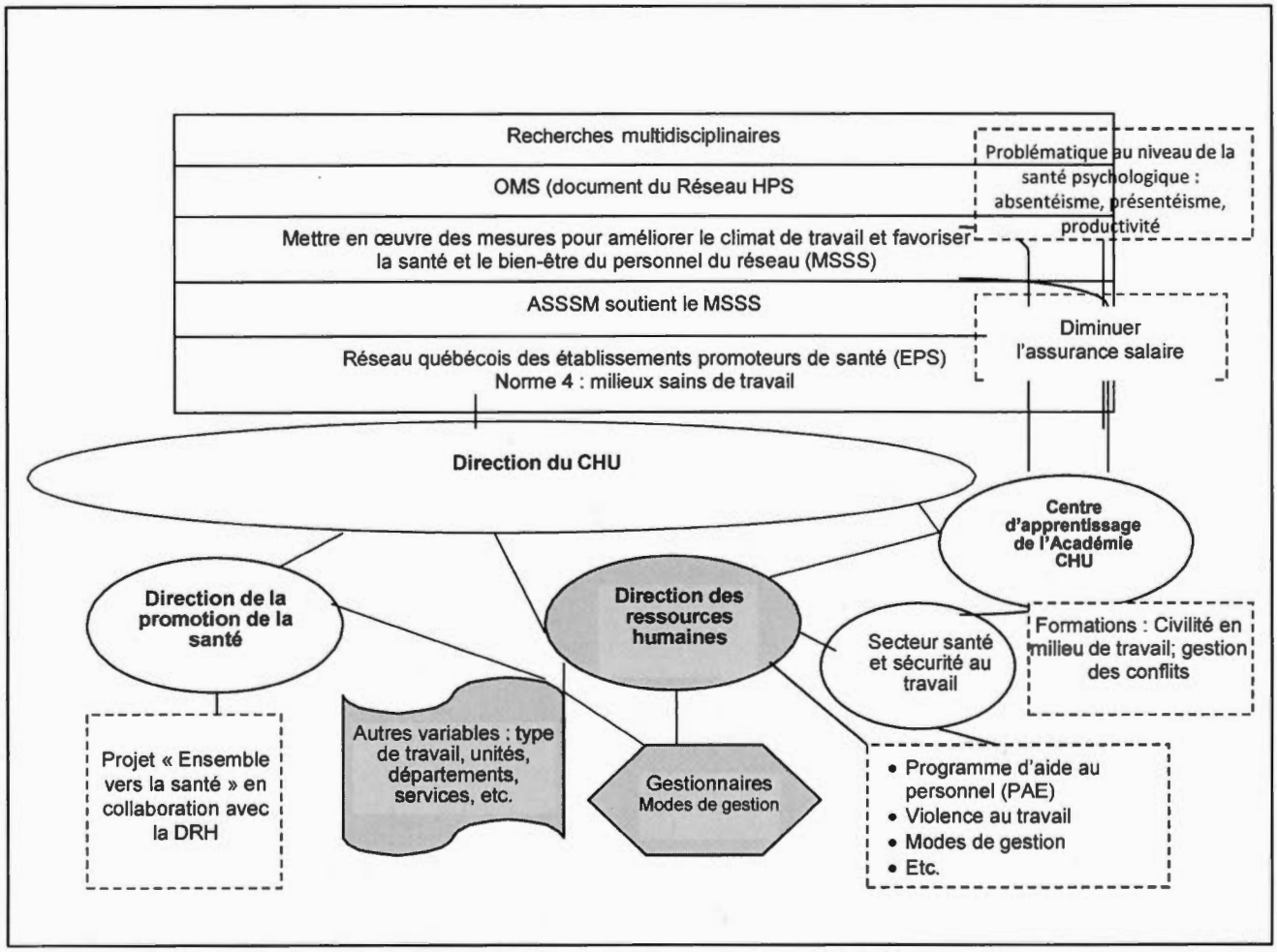


Figure 5.3 Alignement d'intérêts et réseau pour la mise en œuvre d'une coproduction du travail PS

En pratique, au Québec, les établissements sont, de façon générale, liée à la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) qui « est l'organisme auquel le gouvernement du Québec a confié l'administration du régime de santé et de sécurité au travail.

À cette fin, elle voit notamment à l'application de ces deux lois :

- Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST), qui a pour objet l'élimination à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs;

- Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP), qui a pour objet la réparation des lésions professionnelles et des conséquences qui en découlent pour les travailleurs ainsi que la perception, auprès des employeurs, des sommes nécessaires pour financer le régime (www.csst.qc.ca/la-csst).

Selon le réseau québécois EPS, la santé et de la sécurité au travail sont toutefois rarement bien intégrées à la promotion de la santé. Les démarches sont souvent faites en parallèle et les structures sont différentes. Malgré les fonds injectés et les mesures mises en place, de façon générale, les taux d'accidents au travail sont assez élevés dans le réseau de la santé avec peu d'améliorations significatives (EPS-2, EPS-3 et EPS-4). Bien que l'on mentionne que des fonds soient injectés, on souligne que les contraintes budgétaires ont des incidences sur, notamment, le remplacement de certains équipements comme des lèves-personne désuets. Parfois, l'équipement est adéquat, mais la formation pour l'utiliser est déficiente. D'autres établissements, de par l'âge et l'état de leurs infrastructures sont aussi des environnements moins favorables à la santé, entre autres, du personnel (EPS-1, EPS-2, EPS-3 et EPS-4). La SST demeure donc une grande préoccupation pour la majorité des établissements. « Ça reste une préoccupation parce que comme je le disais, c'est variable d'un établissement à l'autre, mais il y a beaucoup d'accidents au travail, de maladies professionnelles aussi » (EPS-2). Qu'en est- il au CHU ?

Le centre hospitalier universitaire est, à l'instar des établissements du réseau de la santé et des services sociaux québécois, lié à la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST). La santé et sécurité au travail (prévention, gestion de la présence au travail) est un grand secteur de la Direction des ressources humaines (DRH). À la DRH, on vise la rétention, l'attraction et l'amélioration de la force de travail et de la productivité. Les priorités d'action sont liées au diagnostic et orientées sur l'éducation, la formation en alliant aussi des moyens comme les petits équipements, l'accompagnement, l'analyse en cas d'accidents, la sensibilisation, etc. Le secteur santé et sécurité au travail inclut donc, entre autres, le volet de l'assurance salaire et des maladies des employés. Il gère également les accidents

de travail ainsi que la prévention des accidents qui consiste, notamment, à faire des interventions dans le milieu pour s'assurer de diminuer les accidents. Il s'assure aussi que le personnel accidenté puisse bénéficier des meilleures conditions lors de son retour au travail. Si l'employé à des séquelles permanentes, on s'assure de le réintégrer dans le milieu en tenant compte de son état de santé. La SST est aussi étroitement liée à un volet qui découle de la DRH soit la présence au travail.

> On a la fonction d'assureur, mais on a aussi la fonction de s'assurer que les employés ont des bons traitements. On peut les orienter vers les bons moyens pour qu'effectivement, ils puissent revenir au travail. On s'assure aussi que le retour au travail se fasse de la meilleure façon possible. On a un rôle de suivi par rapport aux gestionnaires et à ces dossiers. (SST)

Afin de réduire le niveau d'assurance salaire, de réduire les accidents au travail et d'augmenter la présence au travail, ils ont notamment investi massivement au niveau des petits équipements et pour former le personnel sur l'utilisation des équipements et les interventions lors d'accidents au travail. Ce qui leur a permis de baisser leur taux d'accident de travail de 20 %. Leur ratio d'assurance salaire s'est également amélioré.

> On gère tout ce qui en lien avec les accidents du travail et de la prévention : comment prévenir les accidents. On fait aussi des interventions dans le milieu pour s'assurer de diminuer le nombre d'accidents du travail. (SST)

Ils allaient également acquérir un nouveau logiciel (SIMDUT)[74] pour la sécurité face aux matières dangereuses afin d'être davantage à la fine pointe. Puis, ils ont choisi comme stratégie d'action, le système de management en santé et sécurité. Un choix organisationnel qui est soutenu par la direction générale et promu par l'association québécoise des établissements de santé (AQESS). C'est un levier, qui selon la DRH, leur permettra comme équipe de renforcir le volet de la prévention et de la documentation, mais aussi celui des alliances.

---

[74] Le système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) est la norme nationale canadienne en matière de communication des renseignements sur les dangers. Les éléments essentiels du SIMDUT se composent de la classification des dangers, de mises en garde sur les étiquettes des contenants, de fiches signalétiques/fiches de données de sécurité (FS/FDS) et de programmes d'éducation et de formation pour les travailleurs (www.hc-sc.gc.ca/ewh- semt/occup-travail/whmis-simdut/index-fra.php.

> On a décidé aussi qu'on allait embarquer dans le système de management dans le système de santé et sécurité qui nous permet de nous auditer nous-mêmes tant sur le plan de la prévention que sur le plan de la gestion et sur le plan de nos interventions. C'est porteur sur le plan de l'intervention parce que le programme management va nous obliger à travailler en partenariat, en alliance avec des choix stratégiques avec l'approvisionnement, avec les services techniques. Ce sont des choses qu'avant on faisait peu! Là on a des obligations de résultat du fait qu'on embarque dans le système de management. (DRH)

Nous pouvons constater aux tableaux (5.4 à 5.7) que tous les éléments de contenu proposé dans les documents analysés au chapitre précédent sont mis en place au CHU sans pouvoir, dans le cadre de cette recherche, analyser leur implantation. Un élément fait exception à ce constat. Le « style de travail favorable à la santé physique » n'a pas été considéré puisque la définition laisse une vaste place pour l'interprétation, car l'on pourrait y inclure tant la prévention des accidents, des maladies professionnelles, celles causées par un agent physique (www.centrepatronalsst.qc.ca), celle causée par le stress, etc. On peut présumer qu'au centre hospitalier, d'après les autres informations reçues, que cet aspect est, de façon générale, inclus dans le plan d'action de la SST.

La DRH et la SST rencontraient trois principaux défis relatifs à la santé et la sécurité au travail dont celui des invalidités et des absences liées aux problématiques de santé psychologique qui représentaient 32 % des maladies et des absences. Il était difficile, selon eux, de travailler sur ces problématiques. Les troubles musculosquelettiques étaient une autre cause d'invalidité. On utilisait diverses stratégies et moyens pour diminuer les risques et les invalidités : l'éducation, la formation, l'accompagnement, de petits équipements adaptés, l'analysent en cas d'accident, la sensibilisation, mais aussi l'activité physique. L'activité physique était perçue comme un moyen de prévenir, entre autres, les maux de dos, les maladies chroniques, mais aussi comme favorisant la productivité au travail et de meilleures relations entre collègues. On offrait donc au centre d'activités physiques du CHU, qui était géré par le secteur santé et sécurité au travail, une gamme d'activités variées. Le projet, *mobile pour la santé*, permettrait aussi d'aller à la rencontre du personnel au sein des départements, des unités, des services pour proposer des tests et des

exercices à faire au travail. Des capsules étaient aussi disponibles sur le site intranet ainsi que des conférences offertes en collaboration avec la Direction de la promotion de la santé (DPS) (« Plus en forme à votre poste de travail; pour vaincre les maux de dos, bouger! » etc.). Le vieillissement représentait également un autre défi puisque le personnel vieillissant avait parfois de la difficulté à soulever certaines charges ou des patients. Il fallait donc trouver des solutions pour favoriser le maintien au travail tout en ajustant la tâche.

1) Bilan du deuxième élément : santé et sécurité au travail dans un HPS

Aucune controverse n'a été soulevée, lors des entretiens au centre hospitalier, lié à l'implantation de ce troisième élément. On pourrait attribuer cela au fait que ce domaine d'expertise existe depuis de nombreuses années. « Le premier régime d'indemnisation des travailleurs accidentés (sans égard à la faute) remonte aux années 30 ». Tandis que l'actuelle loi constitutive de la CSST fut adoptée par l'Assemblée nationale du Québec, il y a plus de trente ans, en 1980. La santé et sécurité au travail est également un domaine qui réunit des milliers de professionnels (www.csst.qc.ca) ayant des expertises variées, souvent liées aux sciences dures (biologie, biochimie, ingénierie, toxicologie, etc.). Il y a donc une superposition de connaissances qui peuvent inspirer confiance (Latour, 2007). De plus, comme on nous le mentionnait, les lois qui sont souvent accompagnées de conséquences lorsqu'elles sont enfreintes facilitent la mobilisation, l'octroi de budget et les suivis. Des lois, des normes, des orientations et des priorités ministérielles découlent aussi des responsabilités et des mandats que doivent assurer, notamment, la Direction des ressources humaines et le secteur santé et sécurité au travail. On rejoint de la sorte les intérêts de nombreux acteurs, au sein du CHU, qui doivent assurer ou faciliter la santé et la sécurité du personnel dans l'établissement (voir figure 5.4). Les différentes études multidisciplinaires, les lois, les priorités ministérielles constituent également des matériaux solides et moins changeants qui permettent d'agir plus durablement et rendent l'élément santé et sécurité au travail incontournable (Akrich et coll., 2006).

Au niveau des stratégies et des moyens qui n'ont pas été mentionnés au chapitre précédent pour cet élément, on retrouve une emphase sur l'activité physique pour la prévention, notamment, des maux de dos par une offre de service avec le Centre Acti-Santé et le projet Santé mobile (voir tableau 5.4).

Enfin, la santé psychologique qui représente 32 % des problématiques et des absences semble poser problème. On tente de trouver des moyens de l'aborder, mais on nous mentionnait que ce volet était délicat. On offrait un soutien psychologique (PAE) et un projet « ensemble vers la santé » était élaboré pour aborder cet aspect de la santé au travail.

Tableau 5.4 Troisième élément : santé et sécurité au travail dans un HPS

SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL DANS UN HPS		
Implantation	Oui	• Diagnostique • Plan d'action • Multistratégique[75] • Services pour répondre aux différents besoins • Etc.
Défis	Santé psychologique	• La santé psychologique représente 32 % des problématiques et des absences, mais, selon la DRSH et la SST, il n'est pas facile de travailler ces problématiques • Le vieillissement du personnel : certaines personnes commencent à avoir de la difficulté à lever des patients, à soulever des charges, etc.
Résistance et controverses	Aucune résistance ou controverse soulevée lors des entretiens	

[75] De façon générale, les programmes de PS jugés exemplaires sont multistratégiques. Ils combinent des activités visant à créer des environnements de travail positifs. C'est-à-dire qui témoignent de l'engagement de la direction. Des activités de sensibilisation qui donnent aux employés les renseignements dont ils ont besoin pour faire des choix éclairés. Des activités centrées sur l'acquisition d'habiletés, qui incitent les gens à s'impliquer activement dans la modification de leurs habitudes (ASSSM, 2011, p. 25).

SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL DANS UN HPS		
Alignement d'intérêts	Mandats de la DRH Mandats du secteur SST • Lois (CSST) • Cadre et priorités ministériels (MSSS) • Priorités régionales (ASSSM) • Normes d'Agrément Canada	• Attractions, rétentions et amélioration de la force de travail et de la productivité • Assureur : diminué les accidents et le taux d'assurance salaire. Améliorer la présence au travail • Conformité avec les lois de la CSST
Éléments facilitateurs	• Lois (CSST) • Cadre et priorités ministériels (MSSS) • Priorités régionales (ASSSM) • Normes d'Agrément Canada	
Transformation /ajout	Centre d'activités physiques Projet mobile pour la santé	Au niveau des stratégies et des moyens qui n'ont pas été mentionnés au chapitre précédent pour cet élément : • On mise sur l'activité physique pour la prévention, notamment, des maux de dos • Une offre de service avec le Centre Acti-Santé est proposée et le projet mobile pour la santé

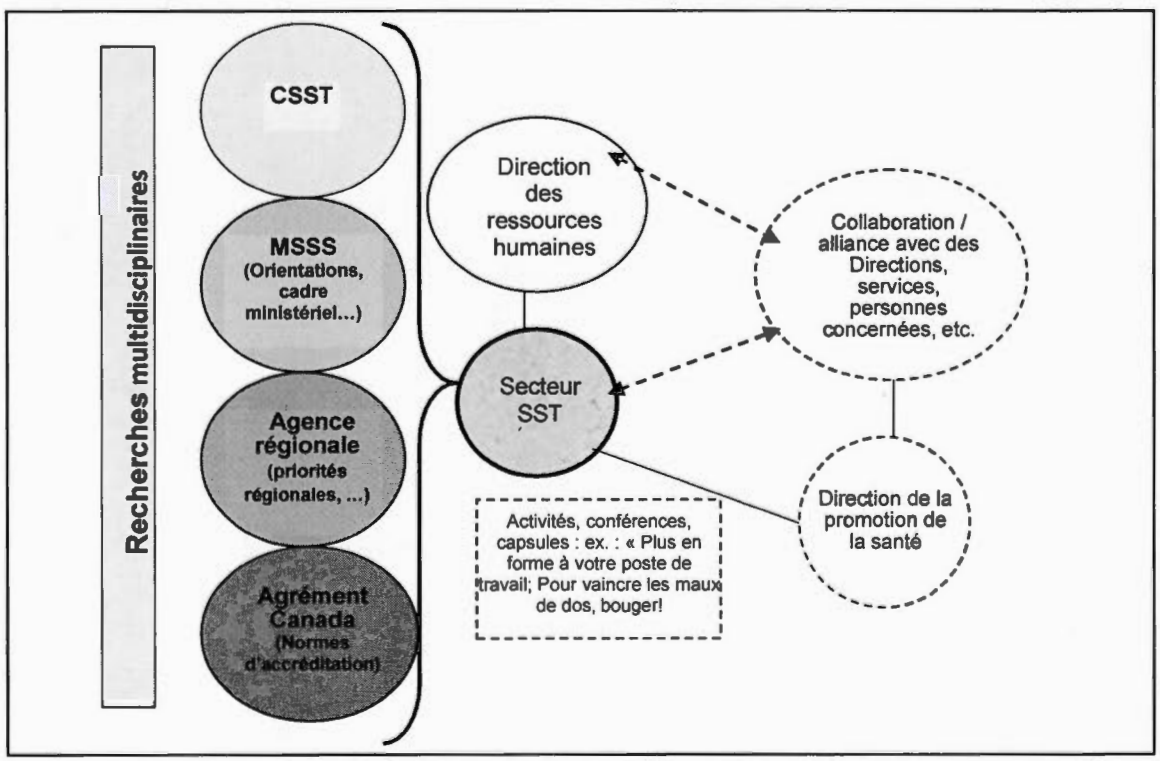


Figure 5.4 Alignements d'intérêts et réseau santé et sécurité au travail

Tableau 5.5 Bilan de l'analyse comparative entre le discours textuel en matière de SST et sa mise en œuvre dans un HPS

CONTENU SELON L'ANALYSE THÉMATIQUE DES QUATRE DOCUMENTS (CHAPITRE IV)	CONTENU DANS UN HPS MONTRÉALAIS
Formations diverses : technique de soulèvement, pour les soins du dos, etc.	Activités et conférences Secteur de la santé et sécurité, DRH (CHU) et Direction de la promotion de la santé. Formation, sensibilisation Ex. : « Plus en forme à votre poste de travail; Pour vaincre les maux de dos, bouger! »
Gestion des risques (accidents et contaminations)	CSST/Secteur de la santé et sécurité, DRH (HPS montréalais) : SIMDUT
Offrir des services de santé comme la vaccination, la prévention des infections	Oui/Campagne de vaccination pour le personnel (ex : grippe)
Éviter pour le personnel, le contact avec les substances dangereuses	CSST/Secteur de la santé et sécurité, DRH (HPS montréalais) : SIMDUT
Remplir tous les aspects légaux de la sécurité au travail selon le pays	CSST/Secteur de la santé et sécurité, DRH (HPS montréalais)
Créer et de mettre en œuvre une politique de santé et sécurité au travail	CSST/Secteur de la santé et sécurité, DRH (HPS montréalais)
Les conditions de travail sont conformes aux directives et indicateurs nationaux et régionaux	CSST/Secteur de la santé et sécurité, DRH (HPS montréalais)
Le personnel satisfait aux exigences en matière de santé et de sécurité et tous les risques en milieu de travail sont reconnus	CSST/Secteur de la santé et sécurité, DRH (HPS montréalais)
Étudier, notamment, les données sur les accidents de travail	CSST/Secteur de la santé et sécurité, DRH (HPS montréalais)
Style de travail favorable à la santé physique	N/A
Environnement ergonomique et autrement adéquat	Oui (nouveau CHU des tests ont été faits[76])

[76] https://www.aruc.rlt.ulaval.ca/sites/aruc.rlt.ulaval.ca/files/jocelyn_villeneuve_ppt.pdf.

CONTENU SELON L'ANALYSE THÉMATIQUE DES QUATRE DOCUMENTS (CHAPITRE IV)	CONTENU DANS UN HPS MONTRÉALAIS
Procurant des dispositifs ergonomiques (leviers, etc.)	CSST/Oui (dans les nouveaux bâtiments)
Évitant le contact avec les substances et matériaux dangereux	CSST/Secteur de la santé et sécurité, DRH (CHU)
Procurant de l'air proper	CSST/Secteur de la santé et sécurité, DRH (CHU)
Formation relative aux techniques de soulèvement ainsi que pour l'utilisation adéquate des équipements	CSST/Secteur de la santé et sécurité, DRH (CHU)
Mesurer les absences à court et à long terme ainsi que les résultats d'épuisement professionnel	Secteur de la santé et sécurité, DRH (CHU)
Neuf éléments pour que l'établissement, au début de sa démarche, puisse procéder à un premier portrait de la situation de l'organisation en matière d'environnement sécuritaire	Secteur de la santé et sécurité, DRH (CHU) : suivant le modèle adopté au CHUM
Les facteurs de succès de cette démarche étant que celle-ci soit participative, multistratégique, intégrée, centrée sur la population cible, etc.	Oui : multistratégique, avec des collaborations, des alliances, utilisation de divers moyens
Procéder à une évaluation plus détaillée » afin d'avoir une compréhension plus fine des circonstances des accidents	SIDMUT
Aspects multifactoriels des accidents regroupés selon cinq causes : personne, tâche, organisation du travail, environnement et équipement.	Secteur de la santé et sécurité, DRH (CHU) : suivant le modèle adopté au CHU
Environnement un des cinq aspects et indices multifactoriels des accidents (encombrement des locaux, bruits environnants, éclairage, etc.)	Secteur de la santé et sécurité, DRH (CHU) : suivant le modèle adopté au CHU
Plan d'action global et intégré articuler avec les autres éléments qui influent sur l'aspect sécuritaire de l'exercice de la profession des différents employés ainsi qu'avec la démarche générale de promotion de milieu de travail sain de l'établissement	Secteur de la santé et sécurité, DRH (CHU)
Cinq types de risque sont répertoriés	N/A

5.2.3 Troisième élément : saines habitudes de vie au sein d'un HPS montréalais

Les saines habitudes de vie sont le troisième élément que doit mettre de l'avant un établissement promoteur de santé pour favoriser la santé et le bien-être global du personnel. Les saines habitudes de vie, comme le mentionne Brun (2008, p. 25), n'éliminent aucunement les risques qui portent atteinte au bien-être au travail, mais elles agissent comme effet protecteur sur la santé du personnel.

> Un grand nombre de maladies chroniques sont en partie évitables : les maladies cardiovasculaires, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, l'asthme, le cancer, le diabète, l'obésité, l'ostéoporose et les maladies buccodentaires. Il est possible de prévenir ces maladies en modifiant les habitudes de vie qui y sont communes, dont le tabagisme, la sédentarité et l'alimentation non équilibrée, et en améliorant les conditions de vie et l'environnement dans lequel évoluent les individus. (www.santelanaudiere.qc.ca, p. 71)[77]

Les habitudes de vie des membres du personnel ont aussi des répercussions pour l'organisation. Les recherches démontrent qu'un employé physiquement actif a une productivité plus élevée. Tandis qu'un employé qui fume coûte plus cher à l'organisation qu'un employé non-fumeurs. Les habitudes de vie du personnel peuvent ainsi constituer des facteurs qui améliorent la santé de l'organisation ou occasionner des coûts directs et indirects (absentéisme, baisse de la productivité, etc.) (ASSSM, 2011). La promotion des saines habitudes de vie représente donc une priorité pour le réseau de la santé, mais aussi pour plusieurs employeurs (Ibid.).

Cette composante d'un établissement promoteur de santé est présente dans les quatre documents analysés au chapitre précédent. Le contenu variant d'un document à l'autre. Selon l'analyse transversale, quatre éléments de contenu ont émergé soit : la saine alimentation, l'activité physique, la gestion du stress et la non-consommation de tabac. Toutefois, on retrouve uniquement deux références circulantes au niveau du contenu de cet élément soit la non-consommation de tabac et la pratique d'activités physiques (voir chapitre 4). Il était difficile, dû à l'objectif et au format de la *Politique de promotion de la santé* du CHU, de présumer du contenu

[77] http://www.santelanaudiere.qc.ca/ASSS/Publications/03_03%20%20Les%20habitudes%20de%20vie%20et%20les%20maladies.pdf

de ce troisième élément mis en œuvre au sein du centre hospitalier. On pouvait uniquement présumer que les saines habitudes de vie incluaient la non-consommation de tabac au CHU dû notamment à une loi et à des programmes provinciaux. Dans les faits, le centre hospitalier universitaire traduit aussi les saines habitudes de vie, un peu à sa façon, tout en ayant de manière générale un contenu similaire à celui ayant émergé lors de l'analyse transversale (voir chapitre IV et tableau 5.6).

Un nouvel élément de contenu a aussi émergé soit, la gestion du poids pour le personnel (Tableau 5.6).

Tableau 5.6 Éléments de contenu pour les saines habitudes de vie

ÉLÉMENTS DE CONTENU SELON LES QUATRE DOCUMENTS ANALYSÉS (CHAPITRE 4)	ÉLÉMENTS DE CONTENU LORS DE LA MISE EN ŒUVRE DANS UN HPS À MONTRÉAL
Saine alimentation	Saine alimentation
Activité physique	Activité physique
Non-consommation de tabac	Non-consommation de tabac
-	La gestion du poids
Gestion du stress	Gestion du stress

La mise en œuvre des saines habitudes de vie découle, comme nous le verrons, d'une responsabilité partagée entre la Direction de la promotion de la santé et la Direction des ressources humaines (secteur SST), mais aussi d'autres collaborations internes et externes. Le secteur santé et sécurité au travail qui est rattaché à la DRH voit un intérêt tout particulier pour les saines habitudes de vie puisque les problématiques liées à la une mauvaise alimentation, à la sédentarité ont des impacts, notamment, sur le taux d'absentéisme, mais aussi sur la qualité de présence au travail. On nous soulignait à cet effet, au CHU, que les gens qui étaient

actifs étaient généralement plus dynamiques et entretenaient de meilleures relations interpersonnelles que ceux qui étaient plus sédentaires.

> Nous d'autant plus qu'on gère l'assurance salaire et maladie, on sait pourquoi les gens sont malades à la grandeur de l'établissement. Ce qu'on a n'est pas tellement différent de ce qui se passe dans la société. On a des problématiques d'obésité, des problématiques psychologiques. On a beaucoup d'absence de ce côté-là, quoiqu'on se compare très bien de ce qui se passe de façon générale ailleurs. (DRH)

> Plus on va stimuler notre personnel vers de bonnes habitudes plus ça va avoir des incidences sur les amis, les familles, leur entourage et pus ça va avoir un effet sur la dynamique d'équipe parce que le camp santé est habituellement plus effectif que le camp moins en santé. Le camp est plus alerte. Il y a moins de conflits, il y a moins de tension... Donc, ça l'a des effets tout à fait bénéfiques. (DRH)

> C'est certain qu'on ne peut pas se mettre à la place de la personne. C'est la personne qui décide ce qu'elle veut faire de sa santé. Mais c'est d'offrir toutes les possibilités pour qu'elle se prenne en charge. C'est ce qu'on fait quand on a une programmation. On tente d'aller vers les gens, mais c'est les gens qui décident en fin de compte. (DRH)

Voici, les cinq éléments de contenu mis en œuvre au CHU relatifs aux saines habitudes de vie.

1) Offre alimentaire saine

La mise en œuvre de l'offre alimentaire saine a suscité peu de controverses dues à un alignement d'intérêts (Callon et Latour, 1986). Premièrement, plusieurs recherches multidisciplinaires établissent une corrélation entre certaines problématiques de santé chronique et une mauvaise alimentation (ASSSM, 2011; OMS, 2005). Deuxièmement, bien que la saine alimentation soit absente de certains des documents analysés, elle reste un incontournable que la conjoncture d'évènements et un alignement d'intérêts au niveau provincial, régional et local ont favorisé. Ainsi, une alimentation favorable à la santé s'est avérée être une priorité au CHU. Le centre hospitalier lié au MSSS a dû appliquer, comme tous les autres établissements du réseau de la santé, le cadre de référence du MSSS (2009)[78] et

[78] Mise sur une saine alimentation : une question de qualité (2009) http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-289-02.pdf.

répondre aux priorités d'action de la santé publique (ASSSM)[79]. Les établissements du réseau de la santé avaient jusqu'au mois de mars 2012 pour appliquer l'ensemble des orientations du cadre de référence du MSSS qui s'inscrivaient dans les activités du *Programme national de santé publique* 2003-2012 et du *Plan d'action gouvernemental pour la promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids* 2006-2012 (Ibid.). Le cadre ministériel s'inscrivait aussi dans la foulée des initiatives relatives à la promotion de saines habitudes de vue au travail. « Il s'appuie sur le fait qu'une alimentation saine contribue à la santé des travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux québécois » (MSSS, 2009, p. 18).

> En 2006, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a lancé le Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006- 2012 [...] Celui-ci présente les orientations gouvernementales et propose des actions afin de favoriser la saine alimentation et un mode de vie physiquement actif, tout en adoptant une approche axée [...] (aussi) sur les milieux de vie des secteurs de la santé [...] De nos jours, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux font face à des défis importants en ce qui a trait à l'alimentation. D'une part, les enjeux relatifs aux dépenses de santé qui ne cessent de croître sont préoccupants. On vise à offrir les meilleurs soins à la fine pointe de la technologie dans un contexte de ressources limitées. Devant ces dépenses d'envergure, l'alimentation est souvent reléguée au second plan. [...] Plus que jamais, le souci de la qualité doit être au cœur de toutes les étapes entourant la préparation et le service des repas et des collations. La présence d'aliments et de boissons ayant une faible valeur nutritive dans les établissements compromet la qualité de l'offre alimentaire et semble contraire à la mission et aux responsabilités des établissements du réseau[80].

Ainsi, le centre hospitalier universitaire devait à l'instar des établissements du réseau adopter une politique alimentaire d'ici 2010 offrir des repas santé qui respectent les principes du *Guide alimentaire canadien.* Le CHU qui était déjà membre du Réseau québécois des établissements promoteurs de santé (EPS), depuis 2007, avait déjà entrepris des actions de mobilisation afin de proposer des repas sains. La Direction de la promotion de la santé avec le service alimentaire et des nutritionnistes avait commencé à réfléchir à un virage santé, à une transformation des cafétérias où il y

---

[79] ASSSM. Plan régional de santé publique 2010-2015. Un système de santé qui sert aussi à prévenir. http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-094-0.pdf

[80] http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-289-02.pdf.

aurait une offre alimentaire saine pour tous dont pour le personnel du CHU. Cette transformation des cafeterias fut le fruit d'un activisme et d'une approche participative qui dura trois ans qu'une nouvelle position ministérielle[81] permit de concrétiser rapidement. Il y a donc eu pour que ce projet prenne forme, un peu d'activisme, de travail en inspiration en faisant connaître les politiques, puis en mettant un peu de pression et en influençant (DPS1).

> On est en train de parler de modes de gestion. On est en train de parler de mobilisation des bases, d'approches participatives pour emmener des changements qui sont plus faciles, plus souples, plus durables. C'est de la promotion de la santé quand même...
>
> Ils ont dit « on va faire un virage santé.» Ils ont alors redéfini le virage santé et c'est eux (les services alimentaires) qui l'ont proposé à la direction en même temps que le cadre de référence ministériel s'en venait. Puis, ça l'a été très facilitant parce que quand est arrivé le moment de dire « on fait un virage santé », toute la gang du terrain était mobilisée puisqu'ils l'attendaient par opposition à faire face à du changement avec « Oh! Non! Pas du changement! » [...] Fait que de s'occuper de ces gens-là, leur santé, la latitude décisionnelle, s'en est de la promotion de la santé. (DPS1)

Cette transformation de l'environnement alimentaire au CHU a coûté près de six millions de dollars. Elle visait à ce que le lieu physique soit promoteur de santé et également écologique. Un lieu de santé aussi dans le sens où l'on pourrait y trouver un apaisement. Un endroit de repos, de réunion, de réseautages pour les employés. L'offre et l'environnement physiques des cafétérias du centre hospitalier sont donc en cohérence avec la mission de promotion de la santé de l'institution.

> Je suis convaincue que l'on doit être dans un environnement qui parle, qui est cohérent avec un discours promoteur de santé. Ce qui signifie que l'offre alimentaire, pour moi, c'était majeur. On ne peut pas avoir un discours promoteur de santé, de saines habitudes de vie, puis on parle de ça et ensuite ne rien faire. La malbouffe dans nos cafétérias ça ne faisait pas de sens. Ensuite, je pense que c'était une opportunité à saisir extraordinaire que de se préoccuper de la santé des employés dans le milieu de la santé. (CHU- 1)
>
> Le partenariat avec le service alimentaire, c'est ce qui fait qu'on a un méga projet au niveau de la cafétéria. On va investir presque six millions de dollars pour refaire

---

[81] MSSS (2009) Miser sur une saine alimentation : une question de qualité. Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées. http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-289-02.pdf.

> toute la configuration de toutes nos cafétérias et refaire l'offre alimentaire, le design des fluidités au niveau des clientèles puis la modification des produits avec la création puis la modification des produits avec la création d'un café jeunesse où il y aura des ordinateurs pour qu'on puisse faire en sorte de faire de la sensibilisation et de l'éducation tout en fournissant un service additionnel. (CHU-1)

La DPS ayant participé à l'élaboration du *Guide pour la promotion de milieux de travail sains* (ASSSM, 2011), le CHU est allé plus loin dans l'accès à une saine alimentation. On retrouve plusieurs des suggestions d'action proposées implantées au centre hospitalier qui rejoignent des préoccupations régionales dont celles du difficile accès à des fruits et des légumes frais. À Montréal, « 40 % des ménages n'auraient pas accès à des aliments santé à une distance de marche » (Ibid.). La Direction de la promotion de la santé (DPS) a donc mis de l'avant le projet FRUXI. Il était sur le point de prendre forme lors de notre passage au centre hospitalier. L'idée est née d'une discussion avec des membres de la communauté. C'est un projet qui a été mené par le Marché F et un étudiant de l'école polytechnique qui a finalement gagné un prix d'excellence avec celui-ci. Les FRUXI c'est des triporteurs de la même couleur et avec la même identité visuelle que les BIXI. Il était prévu que les FRUXI se stationnent sur le parvis du CHU tous les vendredis pendant l'été pour la vente de fruits et de légumes à faibles coûts. Ceux-ci seraient vendus à prix réduit soit entre 20 %-25 % moins cher qu'au super marché. C'était pour la DPS une façon de véhiculer un message promoteur de santé. À travers ce projet, la Direction de la promotion de la santé prévoyait exercer également sa mission d'enseignement en créant des capsules avec des aliments vedettes chaque semaine (valeurs nutritives, etc.). Ils collaboraient aussi avec le service alimentaire afin de proposer une recette avec les aliments vedettes qui pourraient potentiellement se retrouver dans les menus des cafétérias. On retrouve ainsi l'aspect multistratégique considéré comme étant essentiel par l'ASSM lors de la mise en œuvre de la norme 4. La DPS a également développé le projet *Ensemble vers la santé* qui visait, par une démarche participative collective, à améliorer la santé globale du personnel, notamment, du service d'hygiène et salubrité. Selon les besoins manifestés, certains participants ont travaillé de concert avec une nutritionniste à améliorer leurs habitudes alimentaires.

Ainsi, peu de transformations ont été apportées par le CHU en lien avec les documents analysés, dont le *Guide de la promotion de milieux de travail sains* (ASSSM, 2011) dû à un alignement d'intérêts. Bien que la *Politique de la promotion de la santé du CHU* laisse une vaste place à l'interprétation de par son contenu, il est clair que cet élément de contenu est implanté (voir appendices C9, C10, C11).

2) Gestion du poids

La gestion du poids pour le personnel au sein des établissements promoteurs de santé n'est mentionnée dans aucun des quatre documents analysés. En fait, ce projet est né d'un besoin des employés du CHU.

> On a remarqué qu'on avait un groupe d'employé à l'hôpital C qui suivait un programme *Weight Watchers*. Elles sont venues nous voir en nous disant qu'elles n'avaient pas le goût de rappeler *Weight Watchers*, mais à savoir si la Direction de la promotion de la santé pourrait développer un projet axé sur la gestion du poids. Donc, moi je me suis dit que j'irais chercher une nutritionniste. [...] C'est une nutritionniste qui travaille en oncologie et comme thérapeute en relation d'aide. (CHU-15)

Le projet *Être en équilibre* est une démarche de saine gestion du poids animée par une kinésiologue et éducatrice pour la santé ainsi qu'une nutritionniste et thérapeute en relation d'aide à laquelle la direction de la promotion de la santé a collaboré. C'est une démarche qui comprend 12 séances hebdomadaires de groupe (10 à 15 employés) qui sont aux frais du personnel (http://www.chu.qc.ca). L'approche préconisée est celle de l'acceptation de soi et de la compréhension des raisons pour lesquelles on ne mange pas toujours sainement.

> On s'est dit qu'on allait implanter un programme de saine gestion du poids, mais axé beaucoup plus sur l'équilibre, les saines habitudes de vie dans la gestion du poids. Apprendre à écouter ses signaux de faim, de satiété, d'intégrer l'activité physique. C'est comme si on va avec une méthode antirégime, antirestriction puis on essaye d'adopter des saines habitudes de vie à long terme. (CHU-15)

Afin de vérifier l'intérêt du personnel, la DPS a fait, dans un premier temps, des conférences-midi. « Ils ont embarqué énormément comme si c'était un besoin très fort » (CHU-15). Beaucoup d'employés avaient une préoccupation avec leur poids,

dont plusieurs femmes qui avaient une mauvaise image d'elles et de leur apparence. Ce projet a connu un franc succès.

> On l'a fait l'année passée et ça eut un succès fou et le refait encore une fois cette année. (CHU-15)

Ainsi, un projet peut naître d'un alignement d'intérêts plus restreint lorsqu'il correspond spécifiquement aux besoins du personnel et aux mandats, notamment, de la Direction de la promotion de la santé, mais aussi d'une préoccupation, plus large, de la santé publique de travailler sur les problématiques liées au poids. De plus, ce projet, qui s'inscrit dans la durée ne nécessite aucune ressource externe. Étant autofinancé, le salaire de la nutritionniste et de la kinésiologue est payé par les participants. Le projet étant ciblé, le succès a donc été assuré (voir appendice C12).

3) Non-consommation de tabac

La non-consommation de tabac est présente dans les quatre documents analysés. C'est un volet des saines habitudes de vie qui est bien documentée et légiféré puisque le tabagisme est reconnu comme l'un des principaux facteurs de risques, répandu à travers le monde, de plusieurs maladies chroniques, tel que le cancer, les affections pulmonaires et les maladies cardiovasculaires (www.who.int/topics/tobacco/fr/). Selon les recherches, « un employé fumeur couterait 3 150 $ de plus par année aux organisations qu'un employé non- fumeur. » (ASSSM, 2011, p. 140) Afin, de contrer l'épidémie du tabagisme, un traité international pour la lutte antitabac a été adopté en 2003.

> La convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac est le premier traité international négocié sous les auspices de l'Organisation mondiale de la Santé. Elle a été adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé le 21 mai 2003 et est entrée en vigueur le 27 février 2005. Elle est devenue depuis l'un des traités ayant remporté la plus rapide et la plus large adhésion dans l'histoire des Nations Unies. La Convention-cadre de l'OMS a été élaborée à la suite de la mondialisation de l'épidémie de tabagisme. Il s'agit d'un traité fondé sur des données factuelles qui réaffirme le droit de tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. La Convention représente un jalon dans la promotion de la santé publique et apporte une dimension juridique nouvelle à la coopération internationale en matière de santé. (OMS, www.who.int/fctc/about/fr/)

Au niveau provincial, le Québec a adopté une Loi sur le tabac pour son usage dans les lieux publics en 1998 qui a été profondément modifiée en 2005 (www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca). Ainsi depuis 2006, il est, notamment, défendu de fumer au Québec, dans tout lieu de travail qui n'est pas situé à domicile ainsi qu'à moins de 9 mètres de toute porte d'un établissement de santé, d'enseignement postsecondaire et de lieux où se déroulent des activités destinées aux mineurs. « Quiconque fume dans un lieu où il est interdit de le faire [...] est passible d'une amende de 50 $ à 300 $ et, en cas de récidive, d'une amende de 100 $ à 600 $ (Ibid.). De plus plusieurs mesures ont été mises en place au niveau provincial et régional pour lutter contre le tabagisme.

> Les activités d'implantation et de surveillance de la Loi sur le tabac, l'adoption à l'unanimité par l'Assemblée nationale, en juin 2005, de mesures de renforcement de cette loi, les hausses de taxes sur le tabac, l'intensification de la mobilisation des jeunes contre le tabagisme, la réalisation de campagnes médiatiques visant les jeunes et les adultes dans leur entourage, la mise en œuvre du Plan québécois d'abandon du tabagisme, le soutien à des activités de promotion de l'abandon tabagique ainsi que le développement d'une expertise québécoise en monitorage, recherche et évaluation. Au chapitre des réalisations québécoises, et non des moindres, on doit prendre en compte le remarquable partenariat établi entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et nombre d'organismes gouvernementaux, non gouvernementaux et du réseau de la santé et des services sociaux, une collaboration qui est à la base même de la mise en œuvre et de la réussite des interventions auprès des clientèles visées. » (MSSS, 2006b, p. 6)

> Les racines culturelles du problème du tabagisme rendent exigeants, tant en nature qu'en intensité et en persistance, les efforts à fournir pour le combattre. La recherche spécialisée, les connaissances en marketing et en promotion de la santé, les leçons tirées d'expériences gouvernementales de lutte contre le tabagisme (Finlande, France, Canada, Norvège, Australie, États américains de la Californie, du Massachusetts et de la Floride, etc.), les révélations d'anciens employés de fabricants de produits du tabac et l'étude de la documentation interne de l'industrie du tabac ont permis l'élaboration et la diffusion de cadres stratégiques d'intervention efficaces. (MSSS, 2006, 24)

Au CHU, la non-consommation de tabac sous la responsabilité de la Direction des ressources humaines, plus spécifiquement du secteur de la santé et la sécurité au travail. Il est premièrement interdit de fumer dans l'hôpital et dans certaines zones externes en conformité avec la Loi sur le tabac. Ils ont également adopté une *Politique sur le tabac* qui était, au moment de notre passage, retravaillée dues à certaines demandes et des plaintes reçues. En retravaillant la politique, le CHU

souhaitait aller au-delà de la loi en établissant une politique interne plus sévère. Toutefois, on nous mentionne que cela sera plus difficile à implanter et faire respecter que les zones sans fumée qui sont prescrites par la loi du MSSS. Le présent volet des saines habitudes de vie, la non-consommation de tabac, est donc bien réglementé et la santé publique, s'appuyant sur de multiples études et expériences internationales, propose trois axes d'intervention.[82]

> Le tabac est un bon exemple. On a une clinique antitabac. On encourage ce programme, mais on s'entend que sur le plan historique, si l'on compare à il y a 20 ans jusqu'à aujourd'hui, avant ça on avait des cendriers un peu partout même dans les cafétérias. Là maintenant, on a un ticket de 10 000 $ si on voit un mégot de cigarette à terre. On est plus dans la même *game*. Ça, on l'a construit avec le temps. On l'a construit avec des choix de société. On l'a construit sur de la documentation probante sur la détérioration de la santé. Les organisations se sont appropriées (la non-consommation de tabac) comme étant une valeur et une chose qu'il fallait travailler. Ce qui fait qu'à l'heure actuelle, au CHUM, on ne fume quasiment pas. On a des zones bleues qui définissent des limites. On a des inspecteurs et toutes sortes d'affaires. Ce qu'on n'avait même pas il y a à peine cinq ans. (Secteur SST)

Ainsi, peu de transformations ont été apportées relatives à la non-consommation de tabac par le CHU en lien avec les quatre documents analysés au chapitre précédent (voir appendice C16). Bien que la *Politique de la promotion de la santé* du CHU laisse une vaste place à l'interprétation de par son contenu, il est clair que cet élément de contenu est mis en œuvre au centre hospitalier. Celui-ci ayant été favorisé notamment par la Loi sur le tabac et le *Plan québécois contre le tabagisme* (MSSS), le *Plan de lutte contre le tabagisme* (ASSM) et les amandes pour les personnes contrevenant à la loi. Ici, encore une fois, les actants que sont les recherches multidisciplinaires, les statistiques, les lois, les politiques, les coûts des soins et les statistiques contribuent clairement à la mise en place d'environnement sans fumée et au soutien pour conscientiser et aider les gens à cesser de fumer (voir appendices C16, C17, C18).

---

[82] Trois axes d'intervention : 1) Politiques et législation 2) Information et sensibilisation 3) Éducation et soutien (MSSS, 2006b, p. 25).

4) Gestion du stress

La gestion du stress est abordée dans le premier document analysé de l'OMS Mettre la politique des HPS en action ainsi que dans le Guide pour la promotion de milieux de travail sain de l'ASSSM. La Politique du CHU en matière de promotion de la santé, comme nous l'avons mentionné, est vague quant au contenu des saines habitudes de vie. Ce volet des saines habitudes de vie est aussi très bien documenté, et ce, depuis plusieurs années. Selon l'organisation mondiale du travail (OIT), « le stress au travail est reconnu comme un problème majeur pour la santé des travailleurs et celle de l'organisation qui les emploie (OIT, 1986, cité dans OMS, 2004, p. 6). L'OMS (2004, p. 6) écrit également à ce sujet que :

> Les travailleurs stressés ont davantage de risques d'être en mauvaise santé, peu motivés, moins productifs et moins respectueux des règles de sécurité au travail. Leurs employeurs ont des chances d'être moins performants face à la concurrence du marché. [...] Le stress au travail peut être un réel problème pour l'organisation que pour les employés. Une bonne gestion et une bonne organisation du travail sont les meilleurs moyens de prévenir le stress.

Au Québec, selon les statistiques du MSSS :

> En 2009-2010, un peu plus du quart (26,8 %) de la population de 18 ans et plus éprouve un stress quotidien élevé. Ce pourcentage est comparable à ceux de 2005 et de 2007-2008 (26,1 % et 26,7 %), mais il est inférieur à ceux de 2000-2001 et de 2003, soit 30,1 % et 28,8 % respectivement. En 2002, au Québec, les trois plus importantes sources de stress quotidien des hommes et des femmes sont liées à leur activité principale (26,6 %); une contrainte de temps (18,4 %); des problèmes financiers (14,3 %). (www.msss.gouv.qc.ca)

Au sein du milieu de la santé, selon les études canadiennes, le niveau de stress augmenterait chez les prestataires de soins de santé en fonction du nombre d'heures qui sont travaillées (ASSSM, 2011, p. 154). Le personnel ayant un horaire de travail irrégulier est, également, plus sujet à indiquer un niveau de stress élevé. Enfin, les professionnels de la santé indiquent vivre, de façon générale, un niveau élevé de stress quotidien les rendant souvent insatisfaits ou très insatisfaits de leur vie (Ibid.)[83].

---

[83] 67 % des infirmières-chefs et des infirmières surveillantes ont indiqué un niveau élevé de stress. 78 % des travailleurs en santé indique aussi un niveau élevé de stress. 75 % des prestataires

Or, à l'opposé des autres dimensions des saines habitudes de vie et malgré les faits et les nombreuses études scientifiques, aucun plan d'action ciblant la gestion du stress, au sein du réseau de la santé, n'a été développé par le MSSS et l'ASSSM. On aborde le fait qu'une réflexion s'impose quant à la charge de travail des cadres dans le réseau. On reconnaît qu'il est important de développer des conditions de travail qui permettent un équilibre entre la vie personnelle et le travail (2007). Il n'est pas question spécifiquement de gestion du stress, mais d'établir les conditions pour un mieux-être au travail. Le *Plan d'action 2010-2014* (MSSS, p. 41) inscrit, comme axe d'intervention pour la rétention et le mieux-être au travail : « Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé ». Un plan que soutien l'ASSSM par notamment le réseau EPS.

L'adhésion au Réseau EPS est une des mesures préconisées par le MSSS pour la rétention et le mieux-être au travail au sein du réseau. Le Guide du réseau EPS pour la mise en œuvre de la norme 4 aborde spécifiquement cette dimension des saines habitudes de vie : le stress et ses effets négatifs, les facteurs de stress en milieu de travail et la gestion du stress. Ainsi, bien qu'aucun cadre ministériel ou plan stratégique ne vienne baliser ou suggérer des mesures pour réduire les facteurs de stress au travail au sein du réseau ou encore pour la mise en place d'un soutien pour la gestion du stress au travail, le réseau EPS suggère des actions pour soutenir le personnel dans la gestion du stress au travail.

Au CHU, plusieurs des personnes interrogées nous ont mentionné que le stress élevé était omniprésent au quotidien (gestionnaires 2, 3, 4, 8 et 9). Certains disent, notamment, avoir souffert d'épuisement professionnel, que les infirmières pour certaines n'avaient pas le temps de manger (employés 1, 2,3 et 6) et que certains étaient en période de déséquilibre dû à une surcharge de travail et au manque de ressources (gestionnaire 2 et employé 4). La gestion du stress peut donc s'avérer

---

de soins de santé ayant des niveaux de stress élevés sont insatisfaits ou très insatisfaits de leur vie (ASSM, 2011, p.154).

importante. Au CHU, bien que la *Politique en matière de promotion de la santé* ne faisait aucune mention de ce volet des saines habitudes de vie, la gestion du stress y est présente. Les formations, des ateliers, des conférences étant offerts par différents services, unités et directions. Par exemple, le Centre d'apprentissage du CHU offre une formation sur la gestion du stress (www.chu.qc.ca). *L'Éthique par le cœur* (www.ethiqueparlecoeur.com) propose aussi des ateliers de méditation de 30 minutes au CHU. Ces ateliers payants sont inspirés de deux approches les mieux adaptées au monde du travail : la méditation de Pleine conscience et la cohérence cardiaque. L'équipe du Centre cardiovasculaire a présenté une visioconférence pour le personnel. La Direction de la promotion de la santé en partenariat avec Passeport- santé offrait des capsules de méditations-relaxation-visualisation. Lors de la Semaine de la santé, des ateliers d'approches alternatives en santé étaient offerts qui permettent la gestion du stress soit la zoothérapie et l'art thérapie. Enfin, lorsqu'un membre du personnel éprouve des difficultés, la Direction des ressources humaines offre un programme d'aide au personnel (PAE) avec une firme externe.

En conclusion, il semble que la gestion du stress au CHU ne soit pas coordonnée ni par la DPS ou encore la DRH comme c'était le cas pour les autres dimensions des saines habitudes de vie. On retrouve donc des formations, des ateliers, des capsules offertes par divers acteurs intéressés au CHU, dont la DPS (voir appendice C20, C21, C22). Au-delà des saines habitudes de vie, les conditions de travail au CHU génèrent, nous dit-on, un niveau de stress élevé qui, dans certains cas, ont porté atteinte à la santé du personnel. Comme le souligne Jean-Pierre Brun, « la santé au travail doit être considérée comme une fonction de gestion » que les saines habitudes de vie, comme la gestion du stress ne peuvent pas à elles seules éliminer les risques qui portent atteinte à la santé et au bien-être au travail 2008, p.25).

5) Activité physique : une offre bonifiée et plus ludique

La mise en œuvre de la dimension « activité physique » des saines habitudes de vie a suscité beaucoup de controverses au CHU, et ce malgré un certain alignement

d'intérêts (voir appendices C13, C14, C15 et tableau 5.9). Ici aussi, plusieurs recherches multidisciplinaires établissent une corrélation entre certaines problématiques de santé chronique et la sédentarité. L'activité physique est aussi reconnue comme favorisant une bonne santé psychologique, physique et émotionnelle. Sa pratique régulière permet aussi de réduire les risques de maladie (www.participaction.com/fr/get-moving/benefits-of-physical- activity/).

> La sédentarité est l'un des facteurs qui contribuent à la mauvaise santé dans le monde le plus répandu et les plus persistants. Est sédentaire une personne qui ne parvient pas à pratiquer l'activité physique minimale recommandée, c'est-à-dire, pour les adultes, 150 minutes d'exercice aérobique modéré ou 75 minutes d'exercice aérobique intensif par semaine, soit une combinaison équivalente. [...] Selon les estimations de l'OMS, la sédentarité est le quatrième facteur de risque de mortalité au niveau mondial. En 2002, on estimait qu'elle était responsable de 1,9 million de décès dans le monde et avait représenté 19 millions d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY). (OMS, 2013)[84]

Cette dimension des saines habitudes de vie est également mentionnée dans trois documents analysés au chapitre précédent. La *Politique en matière de promotion de la santé* du CHU, qui est le quatrième document analysé, reste vague en abordant uniquement les saines habitudes de vie sans définir véritablement son contenu. Il était difficile de prévoir ce qui serait mis en œuvre au sein du centre hospitalier en matière d'activité physique puisque, à l'opposé de la saine alimentation, aucun cadre ministériel ne vient baliser l'offre de service bien que l'activité physique soit un axe prioritaire du Ministère de la Santé et des services sociaux au sein des milieux de vie dont au travail (MSSS, 2006). De plus, bien que l'on indique dans le *Plan stratégique de santé publique 2010-2015* souhaiter influencer « les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être à l'échelle municipale, régionale et nationale pour améliorer les conditions de vie des personnes, créer des milieux favorisant des modes de vie sécuritaires adéquats et durables » (ASSSM, 2011), aucune politique à l'instar de celle pour l'offre alimentaire dans le réseau de la santé n'a été produite pour l'offre d'activités physiques au sein du réseau. On fait uniquement référence au plan stratégique du MSSS lequel propose certaines actions au sein, notamment, du milieu de travail pour « encourager les milieux de travail à adopter une philosophie et

[84] OMS, www.who.int/bulletin/volumes/91/6/13-120790/fr/.

des mesures qui favorisent un mode de vie physiquement actif » (MSSS, 2006, p. 28).

> Le milieu de travail est un bon moyen de rejoindre les parents. L'aménagement de supports a vélo et de douches (qui contribuent à faciliter les déplacements actifs), l'affichage incitant à utiliser l'escalier, la diffusion d'information sur les possibilités d'activité physique près du lieu de travail, l'incitation à se joindre à une équipe sportive ou à s'inscrire à un centre d'entrainement, voire une participation financière de l'employeur sont autant de mesures favorables à la pratique d'activité physique. Ces mesures sont également intéressantes pour les entreprises, car dans celles qui investissent dans la promotion de la santé et la prévention auprès de leurs employés, on constate une augmentation de la productivité, une diminution de l'absentéisme et une amélioration du climat de travail. (http://publications.msss.gouv.qc.ca)[85]

Tableau 5.7 Actions proposées à l'égard du milieu de vie au travail[86]

PROPOSITIONS DU MSSS (2006)	COLLABORATEURS	
Encourager les milieux de travail à adopter une philosophie et des mesures qui favorisent un mode de vie physiquement actif (ex. : supports à vélo, douches, vestiaires, offre d'activités sur le lieu de travail, horaire flexible, incitation à l'utilisation des escaliers, diffusion de l'information sur les activités de la municipalité, etc.)	MSSS	MELS
Faire connaître le programme Employeur (transport MTQ, alternatif du domicile vers le travail)	MTQ	
Promouvoir des ententes entre les organismes communautaires et les milieux de travail visant à faciliter la participation des employés à des activités physiques et sportives	MSSS	MELS

Au CHU, le volet « activité physique » des saines habitudes de vie inclut tout ce qui entoure l'exercice physique, mais aussi le transport actif et collectif. Ce volet des saines habitudes de vie est également une responsabilité partagée entre la DRH et la Direction de la promotion de la santé. La DRH y voit une opportunité de favoriser la santé du personnel tout en réduisant le coût lié aux absences puisque, selon eux, « si on met le chapeau du mieux-être des employés, il y a définitivement tout le volet

---

[85] http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-289-08W.pdf).

[86] MSSS (2006) Investir pour l'avenir. *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*, p. 28 http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-289-08W.pdf.

de l'amélioration de la condition physique, de l'amélioration des saines habitudes de vie, etc. ». C'est donc le secteur santé et sécurité sous la direction de la DRH qui gère notamment le centre d'activités physiques pour les employés du CHU qui est autofinancé. Ce centre devient aussi « un levier additionnel pour améliorer la sensibilisation, la formation et l'éducation » en santé auprès du personnel (DRH-1).

> Les ressources humaines ont un éducateur physique dans leur équipe. Ils font la promotion de l'exercice. Puis, on travaille en collaboration avec eux. (CHU-2)
>
> Puis, la DPS anime sur une autre thématique. On a un éducateur à la santé qu'on a rendu disponible pour les employés afin qu'ils puissent faire un bilan de leurs propres habitudes de vie. (DPS-2)
>
> C'est de rendre conscient les employés qu'ils peuvent faire quelque chose pour leur santé. C'est promoteur de santé parce que si tu es en santé et bien en termes de coûts, de coûts d'absence... Il y a moins de monde qui va à l'hôpital. (CHU-1)

La programmation et les services développés visent à rejoindre le plus de membres du personnel possible en offrant des activités qui sont diversifiées[87] et, pour certaines, ludiques afin que ce soit agréable d'adopter des saines habitudes de vie. L'offre de services du centre d'activités physiques a été revue environ 15 fois (CHU-4). Ils se sont adaptés à la réalité et aux besoins des employés qui sont de plus en plus de jeunes (CHU-4). Même si selon certaines personnes l'offre n'est pas encore optimale, elle rejoint environ 1000 personnes annuellement.

> J'ai travaillé avec le responsable du centre sportif pour que l'on mette des cours de Hip-hop, de salsa dans la programmation. Pas juste des cours d'aérobie pur et dur! (DPS-2)

Les activités sont principalement déployées à l'Hôpital C qui dispose, entre autres, d'une piscine et d'un gymnase. À l'hôpital A qui ne dispose pas de telles installations, une salle de cours est mise à la disposition pour qu'aient lieu des activités le midi.

On retrouve aussi dans le volet activité physique le *projet mobile pour la santé* sous la responsabilité du secteur santé et sécurité au travail ainsi que le projet d'un site intranet en santé pour le personnel qui était, pour ce dernier, encore à la phase

[87] Salle de musculation, piscine, badminton, baladi, cardiostep, etc.

d'élaboration par la DPS et la DRH. Le projet *Mobile pour la santé* avait pour but d'aller à la rencontre du personnel plus sédentaire dans les divers unités et services afin de les inciter à bouger davantage. Les intervenants se déplaceraient dans les services pour faire de la promotion de la santé, répondre aux questions des gens, faire des petits tests et offrir certains exercice rapport au type de travail qu'ils peuvent faire dans leur service. Un petit kiosque pourrait aussi être créé afin de permettre aux gens d'obtenir de l'information. Il pourrait aussi y avoir une consultation avec un spécialiste en kinésiopathie. Ce projet vise à informer le personnel sur l'offre de services disponible au CHU pour l'activité physique, mais aussi proposer des exercices qu'ils peuvent faire à la maison ou au travail durant la journée. Par exemple, une des problématiques qui est très bien connue ce sont les maux de dos. Alors, dans le cadre du *Projet mobile pour la santé* un pourra proposer une série de petits exercices, des étirements sous forme de petites capsules vidéo. Ensuite, il est prévu de mesurer les impacts de ce projet. Est-ce que certains membres du personnel ont changé leurs habitudes de vie depuis ce projet ? On tente aussi dans ce projet de convaincre les gestionnaires d'inclure l'activité physique lors, par exemple, d'une activité d'équipe. Ce projet était, lors de notre passage, en voie de développement.

> Je pense qu'il y a une préoccupation de plus en plus grande, surtout des jeunes qui entrent au CHU. Il y a beaucoup de jeunes qui entrent depuis les deux, trois, quatre dernières années. Il y a pour eux une notion effectivement plus grande de l'importance de la santé. Ils utilisent beaucoup le centre sportif. Il y a toutefois encore une population où les gens sont un peu plus réfractaires. Il faut essayer de les faire bouger et de démontrer qu'il est possible. (DRH-2)

> C'est aussi de convaincre les gestionnaires. Leur dire, « quand tu organises une activité d'équipe, tu pourrais peut-être inclure une petite activité physique qui serait soit sur le bord de la sensibilisation, de l'information ou de l'activité elle-même. Par exemple, tu peux faire une activité de reconnaissance. Tu peux mixer reconnaissance et activité physique » [...] C'est de convaincre sur place les gestionnaires de se prendre en main. (DRH-1)

Afin de favoriser la pratique d'activité physique au CHU, les modes de transports actifs étaient aussi mis de l'avant par l'utilisation, entre autres, des BIXIS pour voyager entre les trois sites du centre hospitalier. On retrouve également des places

sécurisées pour les vélos, des cartes proposant différents itinéraires entre les trois sites du CHU créés par le secteur de la santé et de la sécurité au travail.

> Bonne nouvelle pour l'environnement! La moitié de la communauté du CHU utilise les transports en commun pour se rendre au travail. En y ajoutant les marcheurs, les cyclistes et les covoitureurs, c'est plus des 2/3 des employés qui se déplacent autrement que seuls en voiture! (CHU-1)

> Le jour où on a décidé de dire le vélo, c'est quelque chose qui est intéressant, on a rendu accessible des places sécurisées pour les vélos avec des racks à vélo. Le centre sportif a aussi défini des parcours entre nos trois sites sur des cartes avec le nombre de calories dépensées selon que la personne marche, utilise son vélo, etc. (CHU-1)

Or, concrètement, la pratique régulière d'activité physique était souhaitée par plusieurs gestionnaires et membres du personnel rencontrés. Toutefois, une pratique régulière était, notamment pour certains gestionnaires, difficile à réaliser dus à la charge élevée de travail, et ce, malgré les installations et les activités ponctuelles au CHU. Par exemple, des gestionnaires mentionnaient travailler environ 12 heures par jour. Ce rythme de travail les empêchait d'être aussi physiquement actifs qu'ils le désiraient. D'autres mentionnaient souhaiter pouvoir avoir le temps de pratiquer le yoga deux soirs par semaine. D'autres encore disaient que leur charge de travail dû au manque de ressources humaines était importante et qu'ils tapaient des doigts sur le clavier en guise d'exercice. Enfin, des membres du personnel avaient plus de latitude au niveau de leur horaire et de leur charge de travail pour faire de l'exercice de façon régulière.

> [...] il y a beaucoup, beaucoup de choses à faire, il y avait pas mal de réorganisation. [...] On se dit toujours qu'on voudrait faire plus d'exercice, mais là bon. C'est ça. Mais pour l'instant on s'exerce sur le téléphone sur l'ordinateur! On travaille sur les doigts! (Membre de la haute direction 4)

> (Je vais être satisfaite de la mise en œuvre de la PST) quand je pourrai faire ma séance de yoga assuré deux dans la semaine. Ça serait super! (Membre de la haute direction 1)

> [...] Je pourrais en faire plus... mais moi, je rentre ici à 7 ou heures le matin et je sors d'ici à 7 ou 8 heures le soir. (Gestionnaire 2)

> On est en pénurie pas mal. Alors, on n'est pas en période d'équilibre actuellement. Ce qui n'est pas toujours le cas. [...] J'ai perdu l'équilibre que je tente de maintenir normalement. Mais c'est quand même temporaire. (Employé-1)

> J'ai une latitude pour pouvoir m'entrainer, une valorisation à cet effet-là. (Employé-2)

Ainsi, même si un espace pour la pratique d'activités physiques est, selon le MSSS, le réseau EPS ainsi que plusieurs acteurs au CHU, dont la DPS et la DRH, un atout important pour contrer la sédentarité, d'autres facteurs comme la charge de travail et le manque de temps dû aux longues heures de travail agissent aussi comme un frein à la pratique d'activités physiques.

La pratique de l'activité à l'intérieur des murs de l'établissement ne fait également pas l'unanimité. En fait, elle suscitait la controverse. On débattait notamment sur l'absence de gymnase au sein du nouveau centre hospitalier montréalais. Ainsi, bien que les bienfaits de l'activité physique soient reconnus et documentés depuis plusieurs années et que le MSSS suggère aux organisations d'encourager sa pratique sur le lieu de travail à l'instar du Réseau EPS, la pérennité de sa mise en œuvre au CHU n'était pas assurée. Même si des acteurs-clés à la mise en œuvre de la PST nous avaient mentionné que le centre sportif était une structure permanente autofinancée qui était là pour rester (CHU-3, CHU-4). Les plans du nouveau centre hospitalier, au moment de notre passage, n'incluaient pas de gymnase pour le personnel.

> Ce que je te dirais par rapport à la continuité, c'est qu'au-delà des individus, c'est que les individus passent, mais je pense que les choses qui ont été mises en place restent parce que ce sont des entités permanentes lorsque tu les mets en place. Ce n'est pas juste un projet, le centre sportif est permanent. Il y a une programmation offerte chaque année et ce n'est pas juste un projet. Malheureusement, dans tous les projets de promotion de la santé, c'est qu'on essaie quelque chose, on a plus d'argent et c'est fini. Tandis qu'autant la direction de la promotion de la santé que le centre sportif, autant dans les fonctions dans les fonctions en ressources humaines, c'est des éléments permanents. Les choses ont une pérennité. (CHU-3)

> Une structure permanente, ça ne s'enlève pas, mais... je pense que tout peut se faire, mais... c'est un peu plus difficile et que ça s'est installé au fil des ans. Je pense que ces structures sont solides, bien ancrées et font partie de la vie du CHU. Je pense que la pérennité est plus assurée qu'un établissement qui va décider à commencer à le faire, mais un petit peu par morceaux, pas attachés. Moi, je considère que c'est attaché et bien ancré. (CHU-3)

Il existait plusieurs enjeux que nous pouvons identifier (Latour, 2010) contribuant à la controverse relative à la création d'un espace pour la pratique d'activités physiques au sein du nouveau CHU. Le premier actant est le manque d'espace. Le second étant le contexte budgétaire, et ce, même si le centre sportif s'autofinançait depuis plusieurs années. Le troisième enjeu serait, à notre avis, le manque de consensus au sein de la haute direction. Certains gestionnaires y voyaient toute la pertinence et la cohérence d'offrir un milieu de vie et de travail où la pratique d'activités physiques serait favorisée et accessible. Cette dimension s'inscrivant dans la mission même du centre hospitalier qui vise à faire de la promotion de la santé une priorité. C'était aussi une opportunité de recherche, de publication et de diffuser les bonnes pratiques. D'autres gestionnaires semblaient s'interroger sur la pertinence d'un gymnase à l'intérieur du CHU. Un gestionnaire se questionnait aussi sur l'étendue des services à offrir et à leurs impacts négatifs. Créerait-on des inégalités parmi les employés qui pourraient participer aux activités tandis que d'autres ne pourraient pas dû, entre autres, à leur travail ? Ce gestionnaire restait ambigu entre les pour et les contre des activités de PS et d'un gymnase au CHU.

> Je suis emballée en tant qu'employée du CHU (que l'on fasse de la PST), mais je me dis en même temps jusqu'où on va aller là-dedans. (Membre de la haute direction 3)

> Je me disais, a-t-on vraiment l'obligation en tant qu'employeur, en tant qu'hôpital de délivrer toutes ces prestations de gymnase, d'activités, de ressources expertes, etc. ? Est-ce que ce n'est pas favorable de favoriser ça, mais sans les délivrer nous-mêmes ? C'est-à-dire permettre l'accès, encourager mais auprès de ressources dans le milieu. Ailleurs finalement. Je ne sais pas. (Membre de la haute direction 1)

> (Ça l'a des impacts) de surface, de ressources internes, de temps aussi parce que quelqu'un qui va faire sa séance de yoga, est-ce qu'il le fait sur son temps de travail ou personnel ? Ça peut être désorganisant, dysfonctionnel. Ça peut créer des inégalités aussi avec les autres employés. Ça peut être une source de tensions. Donc, ça, c'est ma première réflexion. Ma deuxième réflexion, c'était de dire qu'on est un CHU. C'est une formidable opportunité d'évaluer, de publier et je trouve que c'est super important. Je pense que l'on a toutes les compétences, toute l'expertise ici pour avoir ce regard-là, cette méthodologie et puis diffuser les bonnes pratiques. (Membre de la haute direction 3)

En l'absence d'un lieu voué à la pratique d'activités physiques dans le nouveau centre hospitalier, des pourparlers avaient lieu pour déterminer les options

disponibles afin d'offrir à l'externe des services d'activités physiques accessibles aux employés et abordables. On négociait. Certains proposant des alternatives qui seraient trop dispendieuses pour plusieurs employés du centre hospitalier. D'autres envisageaient un partenariat avec le YMCA pour bonifier l'offre de l'organisme et du CHU avec des coûts réduits et plus accessibles pour le personnel. Toutefois, beaucoup plus dispendieux que ceux que pouvait offrir à ce moment le centre sportif du CHU. Rien n'était assuré. Les négociations étaient ouvertes. Ce changement qui était perçu comme une perte pour plusieurs résultait en des choix organisationnels, un manque d'espace ou le choix d'aménager l'espace différemment avec d'autres priorités.

> Présentement, il n'y a rien de prévu dans la maquette. Il n'y a rien. Si ce n'est qu'un espace pour un gymnase pour la cardiologie. Donc, pour les patients uniquement. Il y a des projets en cours parce que la vocation de l'édifice « x » à côté du nouveau centre hospitalier n'est pas encore établie. Il y aurait donc une possibilité de faire un aménagement pour les patients et pour les employés, mais ce n'est pas clair encore. Il y a aussi un autre projet d'entente avec une organisation externe. (CHU-1)

> Présentement, on travaille sur la possibilité pour le CHU d'avoir des installations sportives puis un programme de prévention puis de promotion de la santé. Que ce soit à l'intérieur des murs du CHU ou à l'extérieur des murs du centre hospitalier pour donner une offre de services en kinésiologie, en nutrition, en psychologie, massothérapie, abandon tabagique, art thérapie autant pour nos employés, la population environnante que pour nos patients. Et par le biais de ce projet on espère offrir une programmation pour des patients très, très malades et pour qui la littérature n'a pas encore été écrite en termes de pratique d'activité physique, de certaines médecines alternatives, etc. (CHU-2)

Les employés rencontrés lors des entretiens souhaitaient de leur côté que le nouveau CHU soit doté d'un gymnase pour pratiquer des sports d'équipe comme le hockey cosom ou tout simplement faire de la musculation, du vélo stationnaire ou suivre des cours. Selon certains, avoir un gymnase accessible au travail permettrait au personnel qui travaille de pouvoir avant ou après le travail de faire de l'exercice. Un souhait mentionné par plus d'un employé (CHU-12, CHU-13, CHU-14).

> Ce qui manque c'est un gymnase vraiment pour le personnel. Ça serait essentiel. (CHU-13/ employés hôpital B sans gym)

> Tout le monde vit des vies « speedées ». Tu cours pour venir au travail. Tu cours en finissant parce qu'il y en a qui ont des enfants à la garderie, tu as le souper, etc.

> Fait que nous, si on peut prendre un moment à notre heure de lunch même si ce n'est que 30 minutes au moins tu le fais. Si on avait un gymnase, on pourrait le faire. (CHU-12/ employés hôpital B sans gym)
>
> Tsé, l'hôpital C, il y en a un qui est quand même très beau. Puis ici ça manque beaucoup. Fait que j'espère, qu'éventuellement dans le nouveau centre hospitalier, ils vont avoir pensé à ça. Un gymnase vraiment approprié. (CHU-12/ employés hôpital B sans gym, établissement sans gym)

Ainsi, on retrouve, encore une fois, un alignement d'intérêts au niveau international, provincial et régional sans toutefois qu'un cadre ministériel comme pour la saine alimentation ou encore des lois comme pour la CSST viennent établir des balises claires pour les établissements du Réseau en matière d'activité physique. Certains membres de la haute direction sont également ambivalents quant à la place à octroyer à la PS, PST et aux activités et installations dont celles pour l'activité physique. Jusqu'où doit-on et veut-on aller ? Tandis que d'autres Directions sont convaincues de sa pertinence.

> Il y en a (à la haute direction) des archi convaincus, des apôtres de la promotion de la santé [...] et puis, à l'autre bout du spectre, il y a des gens qui disent « c'est n'importe quoi. C'est vraiment n'importe quoi. On est sur la lune! C'est notre préoccupation? Si on avait que ça à se préoccuper ça serait génial parce qu'avant d'en arriver là, on a tellement de poutine à démêler. (Membre de la haute direction 3)
>
> Comme nous l'avons déjà mentionné, l'appui de la direction est essentiel pour l'implantation de projets et d'infrastructures. Bien qu'on souhaite que la PS devienne une priorité du CHU dans l'avenir. C'est un sujet qui a été... tout le monde est pour la vertu, mais dans le concret, il faut poser des gestes, il faut poser des actions. Moi, je suis membre de la haute direction et c'est une priorité qu'on a mise de l'avant [...] (Membre de la haute direction 2)

Dans l'absence de consensus au sein de la haute direction du CHU quant à la place que doit occuper la PS dont, également la pratique d'activité physique dans les murs du centre hospitalier, les négociations allaient bon train. C'est qu'en fait les divers acteurs impliqués négocient le peu de ressources disponibles. Si le budget était illimité, il est fort probable que cette négociation n'aurait pas lieu. On offrirait peut-être un gymnase d'avant-garde. Or, les actants sont au cœur des négociations. Il n'y a pas suffisamment de ressources financières, les priorités sont trop nombreuses. De plus, l'offre d'activités physiques et d'un gymnase n'est rattachée à aucune contrainte ministérielle. Cela ne constitue pas non plus une priorité pour

l'accréditation à l'agrément ni pour devenir membre des établissements promoteurs de santé. Le CHU a donc le choix d'offrir ou pas, dans ses murs, un gymnase et de l'activité physique. Par ailleurs, les plans du nouveau centre hospitalier ont été conçus et malgré plusieurs présentations, rapports et demandes de différents acteurs, aucun espace pour un gymnase n'a été prévu.

> Par rapport au nouveau centre hospitalier, moi j'ai présenté, il y a une dizaine d'années, par rapport à l'importance d'avoir quelque chose dans le nouveau CHU. Je suis certaine que ça s'est perdu quelque part un moment donné. Il y a eu tellement de monde. Ç'a été dit. Ç'a été redit avec la nouvelle direction de la promotion de la santé. Ça serait important qu'il y ait... Qu'on ne peut pas croire qu'on s'en va dans un édifice tout moderne et tout ça et qu'on n'ait pas pensé à ça! Sauf que bon, ils ont dit : On n'a pas la place. Donc... (CHU-4)

On pourrait toujours apporter des modifications, mais quels en seraient les coûts financiers et quels seraient les impacts au niveau des soins, de la recherche, etc. Devrait-on renoncer à autre chose pour s'offrir un gymnase ? Il manque aussi terriblement de temps pour apporter des changements puisqu'on est dans un milieu plongé dans l'urgence. Apporter des changements au CHU même ceux ardemment souhaités devient difficile (Membre de la haute direction 3). Alors, lorsque ce changement soulève des controverses au sein de la haute direction, il est probable que le projet subisse des transformations. Un peu à l'instar du contenu de la promotion de la santé dont celle au travail, de manière générale, les éléments de contenu n'ayant aucune législation ou n'étant point une priorité pour l'organisation peuvent se voir reléguer derrière d'autres priorités plus importantes. En fait, comme le soulignent Callon et Latour (1986), même si le projet semble fort intéressant, en quoi correspond-il à l'état actuel du plateau ? Rejoint-il les intérêts de plusieurs acteurs-clés pour qui sa mise en œuvre est importante voir essentiel ? Il est donc inutile de juger ce projet par ses qualités intrinsèques. Il faut plutôt regarder celles que les acteurs impliqués lui accordent.

> L'encouragement à la pratique sportive sur le lieu de travail. C'est bien aussi. C'est bien que ça l'existe. Après il faut pouvoir se le permettre. Ça devient plus compliqué parce que c'est vrai qu'on a des contraintes fortes. (Membre de la haute direction 3)

> Je pense que les gestionnaires diraient qu'il faut être clair dans les priorités qu'on en a tellement que c'est difficile en fait à concilier, mais il faut l'afficher comme une

> priorité et je pense qu'il faut aussi avoir des ressources concrètes matérielles dans les murs : un gymnase, une cafétéria adéquate, etc. (Membre de la haute direction 3)

Ainsi, au moment des entretiens, le gymnase était l'enjeu de négociations, d'une série de compromis et de marchandage (Callon et Latour, 1986) pour un projet idéal rencontrant les intérêts des uns et des autres et correspondant aux contraintes actuelles. Le projet a donc été remanié et transformé à plusieurs reprises.

> Est-ce que ça va changer entre aujourd'hui ? La pression va-t-elle être assez grande ? Le projet avec le pavillon à côté pourrait être viable. Il reste peut-être certains espoirs. Bon, mais enfin... Mais s'il n'y a rien quant à moi, ça va être la perte importante de quelque chose. (CHU-4)

> Je sais qu'ils travaillent beaucoup là-dessus (la DPS et la DRH) pour dire que... ben la qualité des soins ça passe par des employés en santé et puis que... au contraire, il faut garder une place pour ce centre-là (sportif) qui est là depuis des années, mais qui ne fait pas partie des plans pour le nouveau centre hospitalier. Alors, je pense, qui sont en train de travailler là-dessus pour qu'éventuellement, ils changent leur fusil d'épaule. (CHU-15)

Les pourparlers étant toujours en cours et la construction du nouveau centre hospitalier en devenir, nous n'étions pas en mesure de prévoir le dénouement même si une offre externe semblait, pour plusieurs des personnes rencontrées, fort probable. Comme le soulignait un des acteurs impliqués dans ce dossier :

> Si un employé veut se mobiliser au niveau de l'activité physique, bien tant mieux si son milieu de travail lui offre ça, mais en même temps si cette offre est disponible dans la communauté, je pense que ce n'est pas un incontournable à l'intérieur des murs de son environnement de travail. Par contre, je pense que l'on a le devoir comme HPS de faire connaître cette offre de services qui peut se présenter à l'extérieur des murs du CHU. Donc, c'est de faire connaître aux gens, les sensibiliser, mais pas nécessairement les garder captifs de leur milieu de travail. (CHU-2)

6) Bilan des saines habitudes de vie au sein d'un HPS montréalais

Nous avons vu que le centre hospitalier qui souhaite, selon sa *Politique de promotion de la santé* (2009, p. 1), « faire auprès des médecins et des employés, chercheurs, stagiaires et bénévoles du CHU la promotion de la santé et de saines habitudes de vie », a déployé diverses stratégies qui vont au-delà des dimensions

couramment abordées (voir tableaux 5.8 et 5.9). Le volet sensibilisation et éducation à la santé pour les saines habitudes de vie est aussi abordé sous forme de conférences, de kiosque, d'évènement ponctuel comme la *Semaine de la santé* qu'organise la DPS en collaboration avec, entre autres la DRH, les Services alimentaires, les bénévoles du CHU. Cet évènement a trois visées: sensibiliser les gens à bien manger en leur donnant des idées, valoriser le potentiel et mettre en valeur les chefs du centre hospitalier ainsi qu'assurer une visibilité de la Direction de la promotion de la santé (DPS) auprès notamment des employés. L'offre est renouvelée chaque année avec des activités variées pour sensibiliser le personnel à de nouvelles approches qui pourront aussi être utilisées auprès des patients comme l'art thérapie, la zoothérapie, etc. C'est aussi le temps pour des activités de plaisir et de bien-être, comme un atelier de photographie. C'est un évènement pour le personnel qui favorise aussi les liens et la santé sociale des employés du CHU. Toutefois, comme le souligne la DPS, ils doivent constamment renouveler l'offre afin de garder les employés captifs. De plus, le taux de participation aux activités, de façon générale, est bas (DPS-1). C'est pour cette raison que la DPS à développer un projet ciblé « Ensemble vers la santé » que nous aborderons plus en détail à la fin de ce chapitre.

Tableau 5.8 Bilan des saines habitudes de vie- de l'OMS à un HPS montréalais

ÉLÉMENTS DE CONTENU SELON LES QUATRE DOCUMENTS ANALYSÉS (CHAPITRE IV)	ÉLÉMENTS DE CONTENU LORS DE LA MISE EN ŒUVRE DANS UN HPS
Saine alimentation	Saine alimentation
Activité physique	Activité physique
Non-consommation de tabac	Non-consommation de tabac
-	Gestion du poids
Gestion du stress	Gestion du stress

La mise en œuvre des saines habitudes de vie rencontre aussi certains défis comme celui de rejoindre les employés qui sont déjà débordés dus au manque de ressources humaines, à une réorganisation ou tout simplement avec une charge de travail élevé. Alors, même s'ils souhaitent ardemment avoir un équilibre et pratiquer, par exemple, du yoga, le temps manquait. Il est aussi difficile, comme nous l'avons vu, d'agir sur les pratiques de gestion pour diminuer le stress au travail. Puis, comme le soulignait la DRH, rejoindre les employés qui sont peu ou pas actifs représentait un autre défi qu'on souhaitait relever avec le projet de santé mobile où un intervenant irait rencontrer directement le personnel dans les différents unités et services.

Un des volets des saines habitudes de vie- l'activité physique- occasionnait, également, des controverses, comme nous l'avons vu dû à l'absence probable de gymnase dans le nouveau centre hospitalier. Au niveau des résistances à l'égard des saines habitudes de vie, on retrouve aussi celles des employés qui peuvent parfois percevoir que le centre hospitalier au lieu de leur fournir un environnement sain de travail, leur demande d'avoir de saines habitudes de vie afin, notamment, de diminuer le taux d'absentéisme et d'assurance salaire et d'augmenter la qualité des soins et la productivité. Comme le souligne la DPS,

> c'est une partie de la résistance qu'on a quand on fait la promotion des saines habitudes de vie. Les employés nous voient arriver avec nos gros sabots, puis ils se disent « tiens, l'organisation plutôt que nous donner un milieu de travail promoteur de santé, elle me dit à moi de faire de la promotion de ma santé. Fait qu'il faut que je mange mieux moi. Il faut que je fasse de l'exercice, moi. Il faut que je renforce mon dos, moi. Il faut que j'arrête de fumer. Pas pour moi, mais pour le bien de l'organisation, pour qu'il y ait moins de primes d'invalidité, d'assurance salaire, etc. » Puis j'ai dit, c'est évident que c'est choquant! C'est une évidence. (DPS-1)

Certains employés ajoutaient à ces propos que des membres du personnel comme les infirmières au centre des naissances n'avaient pas le temps de participer aux activités proposées puisque souvent elles n'ont même pas le temps de manger. Elles souhaitaient donc avant tout avoir le temps de manger et avoir accès à un

gymnase avec des heures flexibles pour pouvoir s'entrainer avant ou après avoir terminé de travailler.

> À la salle d'accouchement les infirmières s'il y a un accouchement, elles ne peuvent pas aller diner. Elles ne peuvent pas dire « excuser », on remet ça à plus tard. [...] Ç'a été très difficile au cinquième. Je sais en tous les cas, j'avais vu des grandes affiches. Puis, elles pouvaient appliquer dessus... Mais elles se désistaient toutes. Les horaires ne fonctionnaient pas. Elles sont fatiguées les infirmières. (CHU-13/Employé)

> Il y a beaucoup de manque de temps... Les infirmières au [...] sont... de ce qu'elles me disaient, elles sont ultras débordées et elles n'ont souvent pas le temps de manger. Elles font du temps supplémentaire obligatoire. Donc, elles ont beaucoup de fatigue. Il y a en a une qui me disait « donner-moi un temps de diner et après on parlera d'alimentation et de saine alimentation et d'aller prendre un cours d'aérobie, etc. » [...] Quand je parlais de reconnaissance, je pense que ça passe un peu par là aussi. Elles n'ont même pas le temps de manger. Il y avait de la frustration dans ce qu'elle me disait. (CHU-15)

Somme toute, on retrouve un alignement d'intérêt pour la mise en œuvre de le quatrième élément, *saines habitudes de vie*, car de nombreuses recherches multidisciplinaires démontrent leurs bienfaits sur la santé et le bien-être, mais aussi leurs incidences pour diminuer le taux d'absentéisme et augmenter la productivité. On découvre également plusieurs autres actants solides comme un cadre ministériel ou encore des priorités stratégiques du MSSS qui favorisent la mise en œuvre des saines habitudes de vie en donnant des balises claires et en créant un alignement d'intérêts. Tandis que l'absence de balises claires peut laisser place à des controverses ou à des projets sans fil conducteur comme ceux proposés pour la gestion du stress qui sont initiés par différents acteurs internes et externes sans que ceux-ci soient rattachés et coordonnés par une Direction spécifique. Un autre élément qui permet semble-t-il une implantation plus aisée de projets, c'est leur autofinancement (médiation, gestion du poids, etc.). La Direction de la promotion de la santé qui agit en porte-parole pour ce volet assure aussi une continuité et une cohérence. Enfin, selon Latour, un projet peut se déplacer que s'il se transforme. Un des ajouts que le CHU fait par rapport aux saines habitudes de vie, c'est d'ajouter la gestion du poids. Un projet autofinancé qui à l'opposé des autres volets ne provient pas d'une priorité ministérielle, mais d'une demande exprimée par des employés et

par une ouverture de la Direction de la promotion de la santé à créer un projet qui correspond à ses mandats et dont les ressources sont disponibles au CHU.

Tableau 5.9 Bilan des saines habitudes de vie dans un HPS

SAINES HABITUDES DE VIE-		
Implantation	Oui	• Saine alimentation • Activité physique • Non-consommation de tabac • Gestion du poids • Gestion du stress
Défis	Oui	• Rejoindre les employés qui sont déjà débordés • Difficulté à agir sur les pratiques de gestion : manque de ressources • Rejoindre les employés qui ne sont pas actifs • Etc.
Résistance et controverses	Oui	• Certains gestionnaires disent avoir déjà trop de travail pour ajouter davantage de volets. • Un gymnase à l'interne ou à l'externe du CHU ? • Faire la promotion des saines habitudes de vie sans changer les pratiques de gestion.
Alignement d'intérêts	Oui	• Diminuer le taux d'absentéisme • Augmenter la productivité • Répondre au MSSS : santé et mieux-être au travail
Éléments facilitateurs	Oui	• Projets organisés par divers acteurs • Projets autofinancés • Priorités du MSSS auxquelles les établissements sont liés • Priorités de l'Agence • Priorités du réseau EPS • Plusieurs recherches viennent appuyer les méthodes en gestion du stress : cohérence cardiaque et méditation de Pleine conscience
Transformation/ajout	Oui	• Gestion du poids

5.2.4 Quatrième élément : réduire les inégalités sociales de santé au travail dans un HPS

Le quatrième élément constituant un environnement sain pour le personnel dans un hôpital promoteur de santé concerne la réduction des inégalités sociales de santé au travail. Cet élément est mentionné dans deux des quatre documents analysés soit le document *Mettre la politique des HPS en action* et celui du Réseau EPS pour la promotion de milieux de travail sains. Selon l'OMS (2011) :

> Il est amplement démontré que les facteurs sociaux, y compris le niveau d'études, la situation professionnelle, le niveau de revenu, le sexe et l'appartenance ethnique ont une nette influence sur la santé de l'individu. Dans tous les pays, quel que soit leur niveau de revenu, il existe de fortes disparités en matière d'état de santé entre les différents groupes sociaux. Moins le niveau socio-économique d'une personne est élevé, plus le risque de mauvaise santé est grand. Les inégalités en santé sont des différences systématiques observées dans l'état de santé des différents groupes de population. Elles ont des coûts sociaux et économiques importants tant pour l'individu que pour la société (OMS, 2011). Les inégalités en santé sont d'*évitables* injustices en matière de santé (OMS, http://www.who.int).
>
> L'équité en santé passe par un travail sûr, sans danger et correctement rémunéré, des possibilités d'emploi tout au long de l'année et un juste équilibre entre vie professionnelle et vie privée pour tous. (OMS, 2008, cité dans ASSM, 2011, p. 160)

Au Québec, la réduction des inégalités sociales en santé est une priorité pour le MSSS. Elle constitue le premier enjeu du plan stratégique 2010-2015 et une priorité pour l'ASSSM inscrite au plan régional de santé publique 2010-2015. Au sein des établissements promoteurs de santé, la réduction des inégalités pour le personnel, vise « à ne pas accentuer les inégalités dans le milieu de travail. » (EPS -1).

> Je crois que c'est intéressant que l'on aborde cette dimension pour dire qu'on ne travaillera pas juste avec les gens qui sont déjà en santé. Ceux de qui on a à se préoccuper c'est peut-être les employés, le personnel qui est le plus vulnérable. [...] Puis ça ne peut pas être le personnel individuellement, mais les groupes de personnes. Si tu regardes les rapports hommes-femmes, c'est que ce sont souvent elles qui ont les responsabilités des proches et de la famille. Est-ce qu'on peut offrir des conditions qui vont prendre en compte leur réalité et ne pas les limiter au niveau du travail ? [...] Les personnes plus âgées, comment peut-on s'assurer que l'expertise d'un et la nouveauté de l'autre soient mises à contribution ? (EPS 1)

Quatre thématiques sont visées soit l'impact du titre d'emploi, du genre, de l'âge des travailleurs ainsi que de l'immigration et de l'appartenance à une minorité culturelle (ASSSM, 2011).

Au CHU, la réduction des inégalités est une préoccupation pour la SST et certains gestionnaires, dont ceux que nous avons rencontrés au département d'hygiène et salubrité. Au fil de cette analyse, nous avons déjà mentionné certaines inégalités dues, notamment, au *titre professionnel*. Nous avons vu que pour certaines infirmières la flexibilité de l'horaire n'était pas au rendez-vous et que les pauses-midi n'étaient pas toujours assurées. Tandis que celles-ci sont assurées pour le personnel d'hygiène et salubrité. L'accès également à gymnase hors du CHU soulevait des controverses relatives, entre autres, à l'accessibilité d'une telle offre pour l'ensemble du personnel puisque, notamment, certains membres du personnel dont les *revenus* sont moindres ne pourraient pas s'offrir un abonnement à un centre de conditionnement privé. De façon plus large, l'équité au niveau du revenu homme-femme est régie au Québec, depuis 1996, par une loi portant sur l'équité salariale (www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca). L'aspect du *genre*, qui est soulevé par l'ASSSM (2011), n'a jamais été mentionné lors des rencontres au centre hospitalier comme une cause directe d'inégalité. Le *vieillissement* était, néanmoins, une préoccupation pour certains puisque la charge de travail devait parfois être adaptée. Comme le souligne la SST « nous, notre problème c'est qu'on a du personnel vieillissant et les gens commencent à avoir de la difficulté à soulever des charges ». L'intégration des personnes immigrantes a été uniquement mentionnée au sein du département d'hygiène et salubrité où le projet développé par la DPS *Ensemble vers la santé* avait favorisé l'intégration de membres de l'équipe en provenance d'autres pays qui avaient de la difficulté à s'intégrer. Le projet avait alors permis à ces personnes de tisser des liens et de se sentir intégrer dans leur milieu de travail.

> Nous on a des gens qui viennent d'autres pays. Puis, ça leur a permis de s'intégrer à l'équipe parce qu'ils n'étaient pas mis de côté. C'est que veut, veut pas, ils étaient à part. Puis là, en participant à cet atelier, puis même à l'autre atelier, ça l'a tissé

> des liens entre les employés. Puis, ça renforce l'esprit d'équipe. (Gestionnaire hôpital A)

Cependant, bien que certaines dimensions de la réduction des inégalités n'aient pas été mentionnées lors des entretiens, un programme d'accès à l'égalité en emploi existe au CHU pour les femmes, les autochtones, les membres de minorités visibles et ethniques et les personnes handicapées. Un programme qui s'inscrit dans une volonté politique au Québec d'accès à l'égalité d'emploi par l'adoption, en 2000, d'une loi s'appliquant aux organismes publics qui emploient au moins 100 personnes afin de :

> corriger la situation des personnes faisant partie de certains groupes victimes de discrimination en emploi, soit les femmes, les personnes handicapées au sens de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. (chapitre E-20.1, www2.publications duquebec.gouv.qc.ca/

Le travail par quarts de soir et de nuit et le travail par rotation a aussi des impacts sur la santé des travailleurs. La DSP développait diverses stratégies pour réduire ce type d'inégalité. On travaillait pour créer des salles de repos plus chaleureuses, avec de la musique relaxante, une lumière tamisée, mais ce n'était chose facile.

> Un de mes projets, c'est éventuellement de réaménager les salles de repos : avoir des lumières tamisées, des fauteuils confortables, des couleurs qui sont apaisantes, un système de musique où l'on peut écouter différentes musiques. [...] de relaxation pour que les employés puissent écouter de la musique sans que ça hurle dans la salle de repos, créer une atmosphère apaisante et relaxante. Il y a un fond de qualité de vie où l'on peut présenter des demandes. J'ai déjà répertorié les salles de repos. Ici c'est comme des bancs droits avec des murs et des néons blancs. Il y a donc un potentiel d'amélioration, mais ce que j'ai entendu par la bande c'est qu'ils avaient déjà tout repeinturé les salles de repos puis mis un mobilier qui n'était pas défraichi : des bancs droits, mais ils ne sont pas vieux! Donc, j'ai mis ça sur la glace pour le moment parce que je ne voulais pas que ça soit perçu comme si la DPS passait en arrière de leur travail. Deux Directions ont travaillé sur ce projet, mais c'est encore très, très froid et très peu chaleureux. (DPS-2)

Puis, la Direction de la promotion de la santé se rendait disponible également le soir et la nuit pour, notamment, consulter le personnel, distribuer des pommes comme nous l'avons vu précédemment et offrir des périodes d'information sur les

problématiques de sommeil. Puisque le personnel de nuit, c'est celui qui, selon eux, reçoit le moins, car les activités ont lieu principalement le jour.

> Je vais faire un projet, une espèce de période d'information par rapport au sommeil auprès des employés de soir, de jour, de nuits, alors j'interagis avec un spécialiste du sommeil qui est le directeur de la clinique du sommeil. (DPS-2)

Bilan du quatrième élément : réduction des inégalités sociales au travail dans un HPS

Ainsi au CHU, la réduction des inégalités sociales en santé au travail est, en partie, régie par des lois provinciales. Bien que l'on trouve un certain alignement d'intérêts, ce sixième élément ne semble pas encore une priorité pour le centre hospitalier au-delà de ce que prescrivent les lois. Cependant, le vieillissement du personnel commence à avoir certains impacts. Actuellement, pour la première fois, il y aura plus de travailleurs de 55-64 que d'employés de 20-26 ans (ASSSM, 2011). Cela devient donc une préoccupation pour des gestionnaires et la SST sans que soient développés, au moment de notre passage, des stratégies, des ressources et des outils. L'intégration des personnes immigrantes, au-delà de la loi de l'accès à l'emploi, ne semble pas non plus très développée. C'est parfois à travers un projet comme celui d'*Ensemble vers la santé* que cette intégration se fait et peut-être de façon informelle au sein d'autres départements, services ou unités.

Tableau 5.10 Quatrième élément : réduction des inégalités sociales en santé au travail dans un HPS (partie 1)

RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES EN SANTÉ AU TRAVAIL		
Implantation	Oui Variable	• Programme d'accès l'emploi • Stratégies, activités et projet de la DPS • Accommodements variables selon les services et les besoins
Défis	Oui	• Égalité avec de nombreuses contraintes • Égalité pour les gens de soir et de nuits • Réaménagement des salles de repos : la DPS n'est pas impliquée.
Résistance et controverses	N/A	
Alignement d'intérêts	Oui	• Attraction et rétention du personnel • Loi
Éléments facilitateurs	Oui	• Loi
Transformation/ ajout	Non	-

Tableau 5.11 Quatrième élément : réduction des inégalités sociales en santé au travail de l'OMS à un HPS (2e partie)

Contenu	Mettre la politique en action (OMS)	Manuel d'auto-évaluation (OMS)	MSSS	Plan stratégique (ASSM)	Réseau EPS	HPS montréalais
Impact du titre d'emploi	NON	NON	N/A	N/A	OUI	OUI
Le travail par quarts de soir et de nuit et le travail par rotation. - Développer un programme de promotion de la santé et du bien-être au travail adapté aux travailleurs par quart de soir, de nuit, par rotation - Aménager des espaces physiques sur le lieu de travail, etc.		-			X	X DPS
Impact du genre	NON	NON	NON	NON	OUI	NON
Situation de travail et le revenu	-	-	-	-	X	N/A
Équilibre travail-vie personnelle	Pour tous	-	-	-	X	Variable
Impact de l'âge des travailleurs	Oui	NON	-	-	OUI	NON
Vieillissement de la main-d'œuvre et ses impacts sur la santé - Réduire le stress en appliquant des mesures d'équilibre travail/vie personnelle - Adapter les conditions de travail - Éliminer les facteurs de dissuasion relative à la retraite	X	-	-	-	X	Variable
Équipes de générations différentes - Adapter les pratiques de gestion - Intervenir dans les relations de travail; le développement des compétences, etc.	-	-	-	-	X	Variable
Impact de l'immigration et de l'appartenance à une minorité culturelle	Oui	NON	-	-	OUI	NON
Immigration et diversité culturelle présentent un taux de chômage important - Loi sur l'accès à l'égalité d'emploi dans les organismes publics - Élaborer un programme d'accès à l'égalité au sein de l'institution	Brièvement	-			X	Programme d'accès
Intégration au marché du travail	-	-	-	-	-	X

5.2.5 Cinquième élément : actions de prévention collectives au sein d'un HPS montréalais

Les actions de prévention collective constituent le cinquième élément d'un environnement sain de travail. Cet élément est présent dans deux des documents analysés soit le document *Mettre la politique des HPS en action* (OMS, 2006a) et celui du réseau EPS, *Guide pour la promotion de milieux de travail sains.* Selon l'ASSSM (2011, p. 88), « la dimension sociale et communautaire représente un facteur déterminant de la promotion de la santé lorsque l'on pense à l'accès aux services de santé et aux organismes communautaires, au logement et à l'éducation, etc. Au niveau politique, on retrouve aussi les lois, les règlements et l'établissement de normes en santé et en promotion de la santé dont celles appliquées au milieu de travail (Ibid.).

Les actions de prévention collectives se différencient du précédent élément visant à réduire les inégalités sociales de santé au travail. Elles visent notamment des objectifs différents bien qu'ils puissent être complémentaires. Les actions de prévention collectives permettent de faciliter la vie du personnel au quotidien par, notamment, l'accès à un logement plus proche du lieu de travail. Elles constituent aussi des éléments d'attraction et de rétention pour la Direction des ressources humaines : garderie, gymnase, etc. Comme le soulignait la DRH :

> C'est sûr que l'avantage d'un employeur, c'est les services qu'il offre. Nous avons un programme privilège, le fait qu'on a une caisse d'économie, qu'on a une garderie, des activités, un centre d'activité physique… c'est sûr qu'on met ça en valeur. Ça fait partie de notre package qui nous différencie des autres établissements et ça fait partie de notre programme d'attraction. (DRH-1)

Le CHU offre ainsi au personnel, à l'instar des propositions de l'OMS (2006a), des *garderies* pour les enfants âgés de 3 mois à 5 ans. Un partenariat a été, également, conclu entre le centre hospitalier et la Ville de Montréal afin de « *faciliter l'accès à la propriété aux employés* qui souhaiteraient se rapprocher de leur lieu de travail (www.chu.qc.ca). On aimerait également que des appartements à proximité du centre hospitalier soient disponibles à un prix accessible pour la majorité du

personnel afin de faciliter l'attraction de la main-d'œuvre en provenance de l'extérieur de Montréal.

> Pour notre attraction, le fait d'être au centre-ville, c'est plus difficile pour l'accès, le stationnement aussi... si tu es dans un petit milieu, toute la question du logement, logement abordable, la distance par rapport au lieu de travail, le milieu de vie, c'est beaucoup plus facile à intégrer. Mais nous au centre-ville, le logement, le milieu de vie, veut, veut pas, nos gens viennent de loin. Puis, c'est hors de prix de vivre autour. Fait est-ce qu'on peut avoir du logement abordable ? Est-ce qu'on peut engager localement ? Peut-être ? Il faudrait changer nos vues sur un plan plus communautaire et citoyen. [...] Un rapprochement d'une communauté de gens. Il peut y avoir une proximité qui est sympathique. Nous ne l'avons pas. (DPS-1)

Enfin, certains mentionnent aussi qu'il serait intéressant d'avoir un *service de santé* au sein du centre hospitalier pour le personnel afin que les employés n'aient pas à prendre une journée de congé pour aller voir un médecin quand ils travaillent dans un hôpital qui est « bourré de médecins! » (DPS-1). Cette proposition rassemble plusieurs personnes, mais elle ne fait pas encore l'unanimité certains y voyant, par exemple, un problème d'éthique tandis que pour d'autres ça s'impose puisque pour soigner le personnel doit être en santé. Le service de santé pour le personnel, suite à notre passage, n'était qu'à l'état de projet.

> Je ne sais pas si les citoyens, les électeurs vont nous permettre ça, mais j'aimerais offrir ça au personnel. Qu'ils puissent aussi avoir accès à leurs soins de santé comme plus-value. J'avais une secrétaire qui avait un abcès à la haine. Il fallait qu'elle se fasse mettre une mèche tous les jours. Elle voulait travailler, mais il fallait qu'elle retourne à son CLSC pour faire changer sa mèche. On est dans le plus gros hôpital, mais il n'y avait personne qui voulait changer sa mèche parce qu'elle n'était pas une patiente de l'hôpital. Ça faisait 25 ans qu'elle travaillait ici. [...] La secrétaire voulait travailler, mais elle était obligée de prendre trois semaines de congé. (CHU-1)

> Au moment de H1N1, je parlais de ça à une de mes collègues en santé publique puis je me suis fait dire que ça ne serait pas éthique. Puis, quand j'en ai parlé à ma chum, elle m'a dit : voyons, c'est éthique au contraire. On veut qu'ils soient en santé s'ils soignent le monde. Puis, quand ils ont fait des focus groupe dans la population pour savoir si ça les insulterait les gens, la population, que les employés de la santé se fassent vacciner en premier, les gens disaient unanimement : non. Si je veux qu'ils me vaccinent, ils ont besoin d'être vaccinés. Je vais essayer de voir quel beau service offrir aux employés. (CHU-1)

1) Bilan des actions de prévention collectives au sein d'un HPS à Montréal

Ainsi, au sein de cet établissement promoteur de santé, on retrouve différentes actions de prévention collective qui ont comme objectifs l'attraction et la rétention du personnel, mais aussi d'assurer la présence au travail et de rendre service au personnel en facilitant, par exemple, l'accès à des soins sur place. Un projet que la DPS souhaitait implanter au CHU, mais qui pourrait susciter la controverse.

Tableau 5.12 Traduction du cinquième élément : actions de prévention collective dans un HPS

ACTION DE PRÉVENTION COLLECTIVE		
Implantation	Oui	• Service de garderie • Partenariat avec la ville de Montréal pour faciliter l'accès la propriété
Défis	Oui	• Localisation (centre-ville de Montréal) • Implanter un service de santé pour le personnel
Résistance et controverses	Oui	• Autour d'un service en santé pour le personnel (éthique ou pas)
Alignement d'intérêts	Oui	• Attraction et rétention du personnel
Éléments facilitateurs	Oui	• Centre-ville : transport en commun 24h/24h
Transformation/ajout	Souhaité	• Service de santé pour le personnel

5.2.6 Sixième élément : faire des choix verts au sein d'un HPS montréalais

Faire des choix verts, des choix écologiques, fait également partie intégrante d'un établissement promoteur de santé puisque le système de la santé au Québec est l'un des principaux employeurs de la province requérant des investissements substantiels (ASSSM, 2011). Le réseau de la santé a donc « un rôle à jouer afin de réduire les impacts négatifs sur l'environnement » (Ibid., p. 185). Il a été par ailleurs démontré que les bonnes pratiques en matière de choix verts, au sein des établissements, ont des répercussions positives non seulement sur l'environnement, mais aussi sur la santé et sur le moral du personnel (OMS, 2010).

Cet élément est présent uniquement dans deux des quatre documents analysés soit celui *Mettre la politique des HPS en action* (OMS, 2006a) et le *Guide pour la promotion de milieux de travail sains* qui approfondi davantage le sujet en lui consacrant un chapitre (ASSSM, 2011). Même si cet élément est peu ou pas développé dans les trois autres documents, on retrouve un alignement d'intérêts du niveau international au niveau local. L'OMS recommande notamment aux professionnels de la santé de montrer l'exemple pour protéger la santé contre les changements climatiques (ASSSM, 2011, p. 185; OMS, 2010).

> Les établissements de santé – des centres à forte visibilité et gros consommateurs d'énergie – peuvent servir de modèles en réduisant leurs propres émissions de carbone, en améliorant la santé et en faisant des économies (voir www.corporatecitizen.nhs.uk). Il existe sept domaines d'action potentiels à savoir : la gestion de l'énergie, les transports, les achats (y compris les denrées alimentaires et l'eau), l'évacuation des déchets, les bâtiments et le paysage, l'emploi et les compétences, et l'engagement communautaire. De bonnes pratiques dans ces domaines ont montré qu'elles permettaient d'améliorer à la fois la santé et le moral du personnel, d'améliorer la santé des populations locales, de favoriser une guérison plus rapide des patients et d'économiser de l'argent (voir www.globalclimate@hcwh.org).

En 2010, le réseau international HPS a créé un groupe d'experts sur l'environnement ayant pour mission d'élaborer des critères permettant de déterminer si un établissement est écologique, développer des politiques et des programmes s'appuyant sur des données probantes (www.eps.santemontreal.qc.ca)[88] :

> *Environment related mortality stems from a multitude of factors - including unsafe water, air pollution, waste disposal, toxic substances and so forth. The health care sector plays a major part in global environment, and thus we, as health professionals, can make a real change for the better. Hospitals are among the most intensive energy-consuming buildings and by products of health care industries include toxins, hazardous substances, polluted water, massive amounts of waste etc. The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH) focuses on actively promoting the health of patients, staff, communities and environment – wherever possible and however possible.* (http://hphnet.org)[89]

---

[88] www.eps.santemontreal.qc.ca/section-thematique/developpement-durable/.

[89] http://hphnet.org/index.php?option=com_content&view=article&id=143%3Atf-on-hph-a-environment&catid=20&Itemid=95.

Au niveau provincial, le gouvernement a adopté, en 2006, une loi pour le développement durable dont quatre des seize principes concernent spécifiquement l'environnement (www.mddelcc.gouv.qc.ca/developpement/principes.pdf) :

- Respect de la capacité de support des écosystèmes
- Production et consommation écoresponsables
- Pollueur payeur
- Internalisation des coûts

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a également publié, en 2009, un plan d'action de développement durable 2009-2013. Puisque :

> La main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux représente à elle seule 6,8 % de la population active du Québec avec, entre autres, plus de 950 employés au Ministère et plus de 240 000 salariés dans les agences et les établissements publics. Ces personnes travaillent au sein de près de 1 700 installations ou lieux physiques où sont offerts des soins de santé et des services sociaux à la population du Québec. La simple lecture de ces données illustrant l'ampleur du défi, mais aussi tout le potentiel qui s'offre au Ministère et au réseau de la santé et des services sociaux en matière de répercussions sociales, écologiques et économiques de leurs actions pour les années à venir. (MSSS, 2009, p. 7)

Puis, le réseau EPS propose diverses stratégies et actions afin que les établissements de santé puissent jouer un rôle important dans la réduction des effets des changements climatiques (ASSSM, 2011, p. 185). Ils ont créé notamment un groupe de travail sur l'environnement. On propose aussi aux établissements membres du réseau d'adopter une politique de développement durable et de santé. Ils peuvent également consulter le Plan de développement durable de la Ville de Montréal et devenir, s'ils le souhaitent, partenaire ou encore, demander l'appui de l'équipe de Synergie santé environnement, « une entreprise d'économie sociale qui a pour mission d'accompagner le milieu de la santé à réduire son empreinte écologique et à améliorer ses pratiques environnementales »[90]

[90] http://synergiesanteenvironnement.org/a-propos/mission/.

Les principales dimensions qui sont abordées pour ce sixième élément dans le *Guide pour la promotion de milieux de travail sains* (2011) et dans le document de l'OMS (2006) sont :

- la gestion des matières résiduelles
- la consommation d'eau
- les activités de construction et de rénovation
- les approvisionnements écoresponsables
- le transport durable
- l'efficacité énergétique
- les certifications et les reconnaissances
- construire vert (réseau HPS)

Au niveau local, le CHU a adopté, en 2011, une politique de développement durable avec un plan d'action constitué de 12 volets (http://www.chu.qc.ca).

• Santé et qualité de vie • Gestion de l'eau Gestion de l'énergie • Entretien préventif	• Approvisionnements communication et sensibilisation Qualité de l'air • Couche d'ozone et gaz à effet de serre	• Transport • Déchets de construction • Recyclage • Produits dangereux

Au niveau de la certification, on vise pour les nouvelles installations la certification LEED Argent (Ibid.). La certification LEED (*Leadership in Energy and Environmental Design*) a pour but « d'amener les entrepreneurs à adopter des pratiques de construction et d'aménagement plus durable » (www.apchq.com/estrie/fr/leed-canada.html). Le CHU est également partenaire du Plan de développement durable de la Ville de Montréal. Un projet d'efficacité énergétique a également été entrepris à l'hôpital C qui fera de celui-ci un modèle de performance énergétique engendrant des économies substantielles (www.chu.qc.ca).

Dans les faits, même si le centre hospitalier fait beaucoup d'efforts pour être « plus vert », il reste selon certaines personnes rencontrées encore beaucoup à faire afin de rejoindre la société même s'il y a une nette amélioration depuis quelques années (CHU-1). Les changements s'effectuent lentement au gré des alignements d'intérêts et avec un DG qui soutien ce type d'initiative. Le projet Allégo est bon un exemple. Le projet de *transport collectif* a été développé en collaboration avec la Direction de la promotion de la santé, la direction générale, le comité environnement du CHU ainsi que l'AMT. Ce projet vise à promouvoir des choix de transport plus sains pour l'environnement et pour la santé des individus (transport en commun, vélo, marche, covoiturage).

> Le CHU lancera le programme de transport actif ce printemps pour continuer de minimiser l'usage de transports qui polluent. (https://www.facebook.com/chu, 7 mai 2010)

Or, même si ce projet représente une alternative favorable, lorsque celui-ci a été initialement proposé par la DPS, il n'a pas reçu l'approbation souhaitée de l'organisation. C'est finalement dû à une problématique de stationnement, à un alignement d'intérêts, que ce projet a pu voir le jour (DPS-1).

> Il y a cinq ans, je voyais qu'on était des Marciens quand on proposait des idées comme celle d'emmener la promotion du transport actif, les projets alternatifs au déplacement en voiture vers le CHU. Puis, ça l'a été accepté finalement surtout parce qu'on avait à l'époque une préoccupation de stationnement avec la construction du nouveau centre hospitalier. Puis, maintenant on est rendu plus loin avec le reste de la société qui évolue, mais aussi avec le DG. On voit plus la pertinence. (DPS-1)

En 2010, avant le lancement du projet, déjà la moitié de la communauté du CHU utilisait le transport en commun pour aller travailler (https://www.facebook.com/chu, 7 mai 2010). D'autres employés ont dit utiliser également les BIXIS pour voyager entre les trois sites du centre hospitalier. D'autres encore, vont utiliser la navette interCHU. « Un service de transport qui est mis à la disposition de tous les employés, médecins, résidents, externes, stagiaire et toute autre personne détenant une carte d'identité du CHU valide » (/www.chu.qc.ca/communaute/navettes).

Depuis le projet de transport actif, des places sécurisées pour les vélos ont été spécialement aménagées au centre hospitalier universitaire. Des cartes proposant différents itinéraires entre les trois sites du CHU ont été également créées par le secteur de la SST.

> Le jour où on a décidé de dire le vélo, c'est quelque chose qui est intéressant, on a rendu accessible des places sécurisées pour les vélos avec des racks à vélo. Le centre Acti-Santé a aussi défini des parcours entre nos trois sites sur des cartes avec le nombre de calories dépensées selon que la personne marche, utilise son vélo, etc. (DRH-2)

1) Bilan pour le sixième élément : choix verts au sein d'un HPS à Montréal

Bref, le CHU a pris un virage vert qui s'inscrit à la fois dans une mouvance internationale, nationale, provinciale et locale pour le développement durable. Au Québec, depuis 2006, ce sont des actants tels qu'une loi, un plan d'action du MSSS, un programme municipal qui viennent appuyer et favoriser le développement durable. Au niveau local, au CHU, ce sont aussi des contraintes économiques, de nouvelles normes sociales, mais aussi un contexte organisationnel et un DG qui facilitent la mise à l'agenda et la concrétisation de projets pour le développement durable.

Tableau 5.13 Sixième élément : choix verts au sein du CHU

CHOIX VERTS		
Implantation	Oui	• Gestion de l'eau • Gestion de l'énergie • Entretien préventif • Approvisionnements • Communication et sensibilisation • Qualité de l'air • Couche d'ozone et gaz à effet de serre • Transport • Déchets de construction • Recyclage • Produits dangereux
Défis	N/A	• Convaincre de la pertinence d'un projet

CHOIX VERTS		
Résistance et controverses	Oui	• Initialement, résistance au projet ALLÉGO
Alignement d'intérêts	Oui	• Loi sur le développement durable • Plan d'action du MSSS • Contexte organisationnel • DG
Éléments facilitateurs	Oui	• DG qui croit à ce type de projet • Contexte organisationnel
Transformation/ ajout	Non	

Tableau 5.14 Sixième élément : choix verts de l'OMS à un HPS montréalais

CONTENU	Mettre la politique en action (OMS)	Manuel d'auto-évaluation (OMS)	Plan d'action développement durable (MSSS)	Réseau EPS	HPS montréalais
Gestion des matières résiduelles	-	-	X	X	X Politique
Consommation d'eau	-	-	X	X	X
Activités de construction et de rénovation	X	-	X	X	X LEED
Approvisionnements écoresponsables	-	-	X	X	X
Transport durable	-	-	N/A	X	X
Efficacité énergétique	-	-	X	X	X
Certifications et les reconnaissances	X	-	X Organisation en santé	X	X

5.2.7 Septième élément : art et culture au sein d'un HPS montréalais

Art et culture est un élément nouveau qu'on ne retrouve dans un aucun des quatre documents analysés au chapitre précédent. On vient donc, ici, ajouter une facette au concept d'environnement sain de travail au sein d'un hôpital promoteur de santé. Bien que l'ajout de l'art et la culture représente une transformation au concept initial de l'OMS, cet élément s'inscrit à l'intérieur d'un projet international celui de l'Agenda 21 de la culture de Cités et gouvernements locaux Unis (CGLU), adopté à Barcelone en 2004, cet Agenda vise à mettre « l'accent sur les enjeux culturels dans un contexte de développement durable dans les villes » (http://pourlaculture.ville.montreal.qc.ca/agenda-21.php).

> Montréal est coprésidente de la Commission Culture de CGLU et a été l'une des premières villes au monde à adopter l'Agenda 21 de la culture en 2005. Depuis, quelque 500 villes et associations dans le monde y adhèrent. À titre de coprésidente, Montréal a pu défendre la place de la culture jusqu'aux Nations Unies en 2013. (Ibid.)

Le Québec avait déjà également adopté, en 1961, une mesure gouvernementale qui permet d'allouer 1 % du budget de construction ou d'aménagement d'un site public pour la création d'œuvres d'art qui s'harmonisent à l'architecture, aux espaces, à la vocation des lieux et des usagers (.www.mcc.gouv.qc.ca/?id=59)

L'art et la culture s'inscrivent aussi dans le Plan d'action du MSSS pour le développement durable (2009) puisqu'elles favorisent notamment la qualité de vie au travail et qu'elles contribuent à l'humanisation des soins et la qualité des services au sein des établissements.

> L'Agenda 21 de la culture (A21C) est un cadre de référence qui précise les principes à respecter et les objectifs à viser pour intégrer pleinement la culture dans le développement durable de la société québécoise. Le gouvernement québécois s'est engagé en novembre 2011 dans la reconnaissance de la culture comme une composante transversale, intégrée aux dimensions sociale, économique et environnementale du développement durable, et dans la mise en œuvre de l'A21C conformément à la stratégie gouvernementale de développement durable. La culture et les arts favorisent la qualité de vie au travail pour le personnel des établissements, des agences et du Ministère, objectif poursuivi en vertu de la

> certification « Entreprise en santé » (voir l'action 2). De plus, pour les usagers du réseau de la santé et des services sociaux, la culture et les arts contribuent à la qualité de la vie des personnes et des communautés et peuvent même favoriser leur bien-être et leur rétablissement lorsqu'elles sont en contexte de vulnérabilité. De son côté, le courant d'humanisation des soins, qui réserve une place importante aux arts, contribue à améliorer la qualité des services. Déjà, quelques établissements ont intégré des projets artistiques en milieu de soins, ce qui suscite de la satisfaction autant chez le personnel soignant que chez les usagers ou les visiteurs. Il s'avère donc important de valoriser la place de l'art au sein des établissements de santé et de services sociaux (objectif 10 de l'A21C). [...] (MSSS, 2009, p. 10) Ainsi, le Ministère saisit l'occasion d'accorder une place à la culture et aux arts dans ses activités, dans une perspective de bien-être. Pour ce faire, il contribuera plus particulièrement à l'atteinte de l'objectif 10 soit de « Promouvoir le rôle de la culture comme déterminant de la santé. Valoriser la place de l'art au sein des établissements de la santé et des services sociaux. Multiplier les partenariats entre les artistes, les organismes culturels et ce milieu. (MSSS, 2009, p. 10)

Au CHU, l'intégration des arts et de la culture est née à l'automne 2010 d'une vision du directeur général qui fut impliqué dans le développement de tels projets en Europe et qui croyait fermement à l'impact de l'art sur le milieu de vie, pour les gens qui y travaillent et pour la qualité de vie des patients. La même année, le CHU souhaitait également se doter d'une Politique d'intégration des arts (www.culturepourtous.ca)[91].En 2011, un poste de délégué culturel fut créé afin d'assurer la concrétisation de cette vision. Cette initiative s'est faite en parallèle de celles de la Direction de la promotion de la santé qui, une fois avisée, a travaillé en collaboration avec le délégué à l'art et la culture.

> Il y a maintenant un délégué de l'art au CHU, mais il y a six mois ce n'était pas encore ça. Donc, à la [Direction de la promotion de la santé] on s'était donné un peu la mission d'intégrer les arts et la culture. Dans notre programmation d'activités pour nos employés, il y avait de l'art-thérapie et des concerts dans les cafétérias. On a mis aussi une programmation de concerts au salon LL pour les employés et les patients. C'est pour le bien-être psychologique. Ça se traduit de diverses façons. On peut l'atteindre de différentes façons. C'est des modes d'expression : le chant, la musique, le dessin, etc. (DPS-2)

Intégrer l'art et la culture peut susciter toutefois des controverses dues notamment au contexte budgétaire restreint. L'art est parfois perçu comme un luxe et pour certaines personnes les sommes investies peuvent paraître futiles au regard d'autres priorités comme les soins (www.chu.qc.ca). C'est pour cette raison que les

[91] http://mediationculturelle.culturepourtous.ca.

projets d'art et de culture au sein du centre hospitalier universitaire sont autofinancés par des partenaires externes, des entreprises, des programmes culturels gouvernementaux, etc. Afin de mettre de l'avant les projets d'arts et de culture, plusieurs partenariats ont donc été nécessaires tant pour assurer le financement que pour valider les approches artistiques adaptées au milieu hospitalier. De plus, un groupe de travail, Art et culture, formé d'acteurs internes et de représentants d'organismes culturels, valide les projets.

- Société pour les arts en milieux de santé (spécialisée dans l'organisation de concerts professionnels)
- Fondation de l'art pour la guérison (vouée à l'installation d'œuvres d'art dans des établissements de santé)
- Divers organismes culturels montréalais.
- Faculté des arts de l'UQAM
- Etc.

Enfin, « la meilleure façon de convaincre les sceptiques du bien-fondé d'une telle démarche consiste à mettre en lumière les réactions et l'émotion que suscitent les projets » (Ibid.). Les personnes rencontrées au centre hospitalier nous ont dit apprécier, notamment, les midis musicaux au CHU. Toutefois, comme le précisait un gestionnaire, se libérer pour y assister était parfois difficile.

> À l'heure du diner, j'ai vu qu'il y avait des pauses musicales. Ça l'aurait été bien. À deux reprises, je voulais y aller. Puis bang! On m'a cédulée! Donc, j'étais en réunion sur l'heure du diner. Je ne suis donc jamais allée. Mais j'ai vu ça et j'ai dit c'est bon, c'est relaxant. (CHU-9)

1) Bilan du septième élément : art et culture au sein d'un HPS à Montréal

Ainsi, au CHU on ajoute l'art et la culture au concept de milieux sains, notamment, au travail. Cet ajout représente un défi et suscite la controverse dans un contexte de contrainte budgétaire. C'est toutefois grâce à des acteurs et des actants tels qu'un alignement d'intérêts, à des mesures gouvernementales, au projet Agenda 21, au

contexte organisationnel favorable, à la vision et l'expérience du DG dans ce domaine ainsi qu'à de multiples partenariats que le projet a pu voir le jour.

Tableau 5.15 Septième élément : art et culture au sein d'un HPS

ART ET CULTURE		
Implantation	Oui	• Midis musicaux • Danse • Œuvres d'art • Etc.
Défis	N/A	• Convaincre de la pertinence d'un projet • Trouver le financement
Résistance et controverses	Oui	• Controverse autour de la pertinence de l'art et de la culture au CHU
Alignement d'intérêts	Oui	• Agenda 21 • Plan d'action du MSSS • Vision et expérience du DG dans ce domaine • Humanisation des soins • Qualité de vie au travail • Qualité de vie pour les patients à l'hôpital
Éléments facilitateurs	Oui	• DG qui croit à ce type de projet • Agenda 21 au niveau international, provincial et montréalais • Mesure gouvernementale • Plan d'action pour le développement durable du MSSS : volet art et culture • Nouveau CHU : intégration d'œuvres d'art : mesure du Québec 1 % du budget de la nouvelle construction peut être investi pour acquérir des œuvres, etc.
Transformation/ajout	Oui	• Ce septième élément

SECTION 2 : PROJET CIBLÉ AU DÉPARTEMENT D'HYGIÈNE ET SALUBRITÉ

5.3 Projet « Ensemble vers la santé »

Le projet pilote « Ensemble vers la santé » ne constitue pas un huitième élément, mais un projet ciblé de la Direction de la promotion de la santé (DPS) auquel les

employés et les gestionnaires du Département d'hygiène et salubrité de deux hôpitaux du CHU ont participé. Nous avons voulu comprendre, au-delà des différents éléments composant le concept de « milieux de travail sain au CHU », comment s'intégrait la promotion de la santé au travail au sein de deux équipes. Cette étude de cas nous permettait de décrire le processus sous-jacent à l'implantation d'un tel projet : les différentes étapes à franchir, les éléments facilitateurs, les défis, les controverses et les impacts du projet. Afin d'avoir une vue d'ensemble du processus et de ses impacts, nous avons rencontré, au sein du département d'hygiène et salubrité, quatre gestionnaires ayant participé au projet pilote à trois niveaux hiérarchiques, trois employés dont deux étaient des ambassadeurs ainsi que deux conseillères de la DPS ayant créés et animées le projet « Ensemble vers la santé ».

Ce projet a été créé afin de pallier au faible taux de participation lors d'activités de PS à grand déploiement offert dans le cadre de la programmation annuelle de la DPS. Ce taux « varie entre 5 % et 40 % (Chapman, 1998). (http://jasp.inspq.qc.ca/.aspx), attirant toujours les mêmes personnes (http://publications.santemontreal.qc.ca). La Direction de la promotion de la santé a donc lancé un projet pilote « Ensemble vers la santé » (EVLS), à l'automne 2009, afin d'adapter son offre de service en ciblant les besoins spécifiques du personnel, et ce, par une approche participative et collective. On supposait à la DPS qu'une telle approche favoriserait davantage la participation des employés et un meilleur taux de réussite au niveau des habitudes de vie (Audet-Lapointe et coll., non daté) ainsi qu'un effet d'entraînement vers un but commun soit celui d'améliorer leur bien-être (DPS, 2010, p. 8).

Le projet EVLS visait à sensibiliser de façon individuelle et collective les membres des équipes concernées en ciblant les habitudes de vie (HV) ainsi que la qualité de vie au travail (QVT) afin d'améliorer la santé globale de chacun des participants, mais aussi, de façon plus large, le bien-être au travail (Ibid.). Le projet « Ensemble vers la santé » a été initialement financé par le fonds de qualité de vie. Il ciblait, au

départ, les employés qui travaillaient à temps plein qui étaient éligibles à ce budget, mais qui, aussi, pouvaient être évalués six mois plus tard (Gestionnaires 8). Ensuite, il a été financé par l'ASSSM, dans le cadre des stratégies « employeur de choix » (Lefebvre et coll., 2015). Il propose une approche qui s'appuie sur l'accompagnement personnalisé de services ou d'unités ciblés (http://jasp.inspq.qc.ca/ensemble-vers-la-sante.aspx). Un projet qui a été, dans un premier temps, initié au département d'hygiène et salubrité, un milieu perçu comme étant favorable à ce type projet.

> Les gens d'hygiène et salubrité sont souvent oubliés de la gang. On les critique, mais on ne voit pas à quel point tous nos succès dépendent deux. Quand on empêche qu'une éclosion se passe sur un étage d'une bactérie multirésistante parce que le personnel a particulièrement bien fait son travail, bien on augmente l'efficience complète de l'organisation parce qu'on n'a pas à bloquer de lits. (DPS-1)

5.3.1 Enrôlement

L'enrôlement des gestionnaires et des employés est une étape cruciale du projet. Lors de la phase préparatoire, la DPS rencontre ainsi les différentes personnes concernées par le projet pour vérifier auprès d'eux la faisabilité du projet et leur ouverture (Audet-Lapointe et coll., non daté) et aussi le niveau d'implication dans ce projet (Document DPS). Les chefs adjointes pour l'hôpital A et B a donc été approchées par la DPS. Physiquement actives et sensibilisées, notamment, à l'impact de l'activité physique, elles se sont avérées ouvertes au projet. Or, bien qu'elle fût favorable à celui-ci, il fallait vérifier auprès des chefs de secteurs et des employés l'intérêt pour un tel projet. Suite à la rencontre avec la DPS, elle a donc proposé aux chefs de secteur à l'hôpital A et B de participer au projet pilote qui ciblerait, cette fois, les employés volontaires travaillant à temps plein de jour. Un projet qui rejoignait les intérêts des deux chefs de secteur qui furent, dès le départ, très intéressés dû notamment au stress quotidien que vivent les employés au service d'hygiène et salubrité, mais aussi parce qu'exceptionnellement, ils initiaient un projet au sein du service au lieu d'être, comme on le mentionnait, mis de côté.

> Il y a beaucoup de pression sur les unités de soin parce que quand les urgences sont pleines, ils ont besoin de lits pour monter les patients sur les étages puis on

> est impliqué directement parce qu'entre deux patients, on doit faire la biodécontamination. Il faut s'assurer que ça soit bien fait. On se fait pousser dans le dos parce qu'ils ont besoin de lit rapidement. Il faut quand même que le travail soit bien fait. Souvent, les employés vont en avoir plusieurs à faire rapidement. Puis, ils se font pousser par les infirmières pour que ça soit fait vite, mais il faut en même temps que ça soit bien fait. Donc, il y a énormément de pression. Donc la gestion du stress c'est très important au niveau de la promotion de la santé. (Chef de secteur H&S - hôpital A)

> Moi, quand j'ai distribué le sondage, j'étais clair avec les gens. Je leur dis : « Écoutez, on nous propose des activités. Souvent on est mis de côté veut, veut pas à cause qu'on est un service tertiaire, mais là on est en premier. C'est le temps d'en profiter. Donc, j'ai encouragé mes gens à remplir le questionnaire en leur disant que oui, il faut le faire et que c'est important. (Chef de secteur H&S - hôpital B)

Afin de faciliter l'enrôlement du personnel, deux ambassadeurs avaient été désignés à l'hôpital A et un qui s'est autoproclamé à l'hôpital B. Ils ont été préalablement informés du projet et pouvaient donc répondre aux questions d'autres employés et interpeler leurs collègues afin qu'ils participent au projet pilote. Bref, faire connaître le projet aux gens (DPS, 2010).

> Avant ça l'autre ambassadeur et moi, on a été dans une réunion avec les personnes qui étaient concernées. Puis à partir de là, nous on a embarqué. Puis ça nous intéressait. Puis c'est là que ça l'a déboulé. (CHU-13/employé - hôpital A)

> Notre rôle, c'était d'essayer d'embarquer le monde dans les ateliers, de former des groupes. Puis, vu que moi ça fait au-dessus de 30 ans que je travaille ici, fait que j'avais comme de la facilité pour aller chercher les personnes. C'était quand même des bons groupes. (CHU-12/employé - hôpital A)

Le projet a ensuite été proposé aux employés permanents à temps plein de quart de jour, à l'hôpital A, par le chef de secteur. Ceux qui étaient intéressés s'inscrivaient et un questionnaire leur était remis (CHU-13/employé). Le questionnaire est un outil de mesure développé par la DPS, en collaboration avec une psychologue (CHU-15), pour évaluer les besoins selon certaines composantes pour le projet : les habitudes de vie dont, entre autres, la pratique de l'activité physique et la gestion du stress) (Audet-Lapointe et coll., non daté). Cela permet aux employés, à la lumière des résultats, de se positionner et de choisir sur quoi ils aimeraient travailler. Dans un premier temps, suite à la présentation du projet, les employés étaient hésitants, mais comme le souligne le chef de secteur, c'est le lien de confiance établi qui a permis

que les employés le suivent dans ce projet. Les réticences venaient notamment des questions pointues au niveau de la santé physique des participants. Selon lui, le personnel a pu penser que c'était un type d'enquête. De plus, certains étaient sceptiques quant à sa pérennité.

> Souvent ce qu'ils disaient, c'était : « on le sait bien, vous partez des choses puis vous ne les finissez pas! » Mais ce projet, on l'a fini. Fait que si jamais, il y a un deuxième projet ou autre chose qui se présente, ils vont se rappeler que la première fois ça l'a fonctionné. (Chef de secteur H&S - hôpital A)

À l'hôpital B, la résistance du personnel au projet fut plus grande et le gestionnaire à dû faire appel à son ambassadeur, un chef d'équipe, pour convaincre les employés d'adhérer au projet. La DPS a aussi été interpelée.

> Il faut dire que j'ai eu de l'aide sur mon côté parce que la première fois que j'ai expliqué ça à mes gens quand même d'une manière générale, les gens n'ont pas voulu embarquer. Alors j'ai eu un chef d'équipe qui était aussi ambassadeur sur le projet pour m'aider. Peut-être que je me suis mal exprimé ou peut-être que les gens ne sont pas habitués à ça et ils ont reculé. (Chef de secteur H&S - hôpital B)

> L'ambassadeur à fait le tour des gens pour voir qu'elle était la pensée réelle des gens. Il est allé récupérer douze personnes comme ça. [...] C'est un gars convainquant, mais qui est proche des gens. (Chef de secteur H&S - hôpital B)

De plus, le syndicat s'est initialement interposé au projet pensant que l'on procédait à une enquête sur la santé pour éventuellement, peut-être, remercier certains employés ayant des problématiques de santé. La DPS est donc venue appuyer le gestionnaire pour expliquer davantage le projet « Ensemble vers la santé». Ils ont alors spécifié que c'est leur bien-être qui importait et que la DPS proposait uniquement d'examiner leurs habitudes de vie afin d'améliorer leur santé et leur bien-être en proposant un projet gratuit pour lequel la participation est entièrement volontaire. Afin d'éviter ce type de problématique lors du processus d'enrôlement des participants, la DRH a proposé à la DSP de présenter les projets subséquents au comité où siège chacun des présidents syndicaux (DPS-2).

> Pour le secteur de l'hôpital B, il y avait un représentant syndical dans le groupe d'employés où le gestionnaire avait présenté le projet. Ce représentant c'est un peu ouvertement opposé au projet en disant que c'était une enquête sur la santé. [...] Ils peuvent avoir un grand pouvoir d'influence. Après ça, il a fallu faire du rattrapage, mais ça part mal quand tu es obligé de défendre ton point de vue en

> partant. Il pensait que c'était une enquête sur la santé. Ils vont évaluer nos blessures et nous remercier. Parfois, ça peut être mal perçu. (DPS-2)

En totalité, 33 employés de l'hôpital A et B ont participé au projet sur une base volontaire (DPS, 2010, p. 8) dont 12 de l'hôpital B. Peu de gens ont quitté le projet. Par exemple, à l'hôpital B seulement deux employés ont quitté le projet, dont une personne pour cause de congé de maladie (Audet-Lapointe et coll., non daté).

Une fois les questionnaires individuels complétés par l'ensemble des employés, les résultats des questionnaires ont été compilés et présentés aux équipes. Une programmation sur douze semaines a ensuite été établie à raison d'un atelier de 30 minutes par semaine offert à l'heure du diner [...] (CHU-15). Quinze minutes supplémentaires ont été accordées aux participants pour faciliter leur participation aux ateliers. Puis, à la lumière des résultats individuels, chaque participant a rencontré une éducatrice à la santé pour déterminer ses objectifs personnels. « Ce sont donc les employés qui choisissaient de se mobiliser, de faire une liste de ce qu'ils avaient envie d'avoir comme ateliers » (Ibid.). Par exemple, à l'hôpital A, les participants se sont mobilisés autour de deux thématiques soit la gestion du stress et l'alimentation.

5.3.2 Impacts du projet

À la fin du projet, « la démarche a été évaluée par un questionnaire de satisfaction puis, 6 mois plus tard, par la passation par le personnel du même questionnaire qu'en début de projet » (DPS, 2010, p. 8). Le projet dans les deux hôpitaux a connu un franc succès (DPS). À l'hôpital A, le taux de participation de 54,5 % avec un taux de réussite au niveau des objectifs personnels de 86 %. À l'hôpital B, le taux de participation a été plus élevé soit de 100 % avec un taux de réussite des objectifs personnels de 75 % (Audet-Lapointe et coll., non daté). Lors de ce projet, certains ont dit avoir été motivés par celui-ci, d'avoir arrêté de fumer ou perdu du poids, d'autres ont formé un groupe de hockey cosom qui a persisté même après la fin du

projet et d'autres se sont découvert des affinités culinaires et partagent encore des recettes.

> Bien des impacts sont toujours présents. Présents le mois suivant le projet. Présents un petit peu moins là. [...] Ici ça l'a été le fun. Puis, ça, c'est comme éloigné. Puis là ça fait un bon bout de temps. (CHU-9)

> Un des deux groupes jouait au hockey cosom. Puis, ça fait un an de ça et ils ont continué à la faire. Puis même hier, il y avait encore une partie d'organisée. Fait que c'est quelque chose qui se parle encore au quotidien parce qu'ils continuent de pratiquer l'activité. Par contre au niveau des activités de relaxation ou de la nutrition, on en parle peu. On échange encore des recettes, mais ce n'est pas quotidiennement. (CHU-10)

> Le projet c'est un motivateur. Ça motive à faire autre chose que faire le travail en tant que tel. (CHU-12/employé 1 - hôpital A)

> Ça nous motive à nous prendre en main aussi un peu. Je sais qu'il y a des choses que l'on fait dans les ateliers qu'on a pu continuer à la maison. Je sais qu'on avait un atelier sur le hockey cosom pour la gestion du stress et ça l'a continué. Les gens ont continué à faire ça à l'extérieur. Donc, ça motive. Ça l'a vraiment motivé les gens. (CHU-13/employé – hôpital A)

Au-delà de l'atteinte des objectifs personnels, le projet « Ensemble vers la santé » a permis de tisser des liens, d'apprendre à se connaître davantage dans un autre contexte que le travail et de briser l'isolement.

> Le projet a quand même tissé certains liens. On a appris à se connaître. Il y en a qui ont vu qu'ils avaient des intérêts communs au niveau du hockey. [...] J'ai trouvé ça super le fun. Puis, on a appris à se connaître en dehors du milieu de travail, du cadre « patron- employé ». On participait à un atelier puis on était tous égaux. [...] Puis, au niveau des employés, je vous dirais qu'il y en a qui sont très, très ferrés. Puis ça je n'étais pas au courant. Ça beau être des gens qui font du ménage, ils ont quand même de bonnes connaissances. (CHU-11)

> Nous on a des gens qui viennent d'autres pays. Puis ça leur a permis de s'intégrer à l'équipe parce qu'ils n'étaient pas mis de côté. [...] En participant à l'atelier ça l'a permis de tisser des liens entre les employés. Puis, ça l'a comme renforci l'esprit d'équipe. (CHU-11)

> Juste le fait qu'on faisait le projet pilote, les autres services autour regardaient ça et nous posaient des questions : « Qu'est-ce que vous faites ? » Puis, les gens étaient curieux. Puis, il y avait des gens qui disaient : « On aimerait ça nous aussi le faire ». C'est surtout que c'est notre service qui commençait. Habituellement, on est tout le temps les derniers. Là, on était les premiers. Ça piquait la curiosité des gens. (CHU-11)

5.3.3 Assurer le suivi et la pérennité du projet

Lors de notre passage au CHU, une seconde phase du projet était planifiée « auprès d'une clientèle hétérogène pour intervenir au niveau des caractéristiques du travail » (http://publications.santemontreal.qc.ca). On prévoyait ainsi déployé, entre autres, un projet au service d'hygiène et salubrité à l'hôpital C avec, cette fois, des employés permanents à temps plein de soir. Le climat et les relations de travail seraient abordés, il a donc fallu que la DPS travaille en étroite collaboration avec la DRH. « D'où l'intégration de ce projet au plan stratégique des ressources humaines » (Ibid.).

Enfin, plus d'un an s'était écoulé depuis la fin du projet à l'hôpital A et B. Les gestionnaires et les employés bien qu'enthousiastes à propos de leur expérience souhaitaient qu'un suivi soit effectué afin qu'il y ait, par exemple, « un rebondissement à chaque trois mois » (CHU-10). Cela permettrait ainsi d'aller chercher d'autres personnes (Ibid.), de maintenir la promotion de la santé au sein des équipes leur permettant, selon certains, de s'épanouir et de penser à leur santé. Une initiative qui est pour plusieurs gagnante tant pour le personnel, les gestionnaires et l'organisation (CHU-12/employé - hôpital A).

> Tu vois, on dirait que des fois, il y a des choses qui se font ici puis... pouf! On n'en entend plus parler parce que peut-être un a débarqué, l'autre qui rentre sur un autre poste ou ailleurs ou différentes choses. Là, je me trompe peut-être. On essaye de faire le suivi. Mais, ici oublie les suivis parce qu'un moment donné... bon. Il y a tellement de travail qu'on fait autre chose et on oublie la promotion de la santé. (CHU-10)

> Moi, je pense que la promotion de la santé est là pour rester. Par contre, il faudrait peut-être organiser d'autres activités dans l'avenir. Ça ne serait pas juste de dire le projet est ici. On n'en parle plus. Peut-être attendre un peu et faire d'autres ateliers sur la nutrition. Puis, je suis convaincue qu'avec tous les gens qui ont participé la première fois, ils vont revenir. (CHU-11)

> Moi, je pense que c'est essentiel dans un milieu de travail d'avoir des choses comme ça où les employés peuvent s'épanouir, aller chercher quelque chose en étant au travail. Fait que t'as un attachement beaucoup plus profond à ton travail parce que tu es ici. C'est autant pour eux autres, les patrons. Je veux dire que si on est en forme puis que l'on est actif et productif, c'est aussi bon pour eux finalement. (CHU-12/employé - hôpital A)

Or, à notre connaissance, aucun autre projet n'était prévu avec ces équipes. Comme le soulignait la DPS, il était impossible de déployer, en même temps, ce type de projet à la grandeur du centre hospitalier. « Il fallait y aller petite bouchée par petite bouchée en créant une émulation » (DPS-1). Ces projets requièrent des ressources humaines et financières qui sont limitées même si ce type de projet est, de façon générale, peu dispendieux (Audet- Lapointe et coll., non daté). Cinq ans plus tard, soit en 2014, le projet a continué à se développer, « plusieurs équipes au CHU « avaient été amenées à initier une démarche préventive d'amélioration continue de leur climat de travail. Près de 250 intervenants issus de six équipes aux titres d'emploi et aux horaires variés avaient participé au projet *Ensemble vers la santé* » (http://jasp.inspq.qc.ca/ aspx.). Bien que ce type de projet requiert du temps, on mentionne qu'ils sont perçus comme étant un geste de reconnaissance et de soutien de la part de l'employeur (www.eps.santemontreal.qc.ca) et que malgré les périodes de turbulence du système de santé, il était important de se préoccuper de la santé du personnel dont la qualité des soins est tributaire (*Ibid.*).

5.3.4 Bilan du projet « Ensemble vers la santé » au sein d'un HPS à Montréal

Ainsi, le projet « Ensemble vers la santé » a été créé pour pallier au faible taux de participation aux activités de PS à grand déploiement. Or, mettre en œuvre ce type de projet requiert l'enrôlement de gestionnaires et d'employés. Il a donc fallu à la DPS cibler, dans un premier temps, un service pour lequel le projet correspondrait à leurs intérêts comme le fait d'être les premiers à qui on offre de participer au projet pilote, le besoin de reconnaissance, la gratuité de l'offre, etc. Les gestionnaires étant convaincus, il reste à enrôler le personnel. Bien que le projet soit offert gratuitement, il faut les convaincre du bien-fondé du projet, et ce parfois même à travers une controverse suscitée par la crainte d'être évalué au niveau de sa santé et peut-être même congédié. C'est un travail de persuasion et de liaison qui ne coule pas toujours de source. (Latour, 2007). Il a donc fallu parfois que la DPS se joigne à un gestionnaire pour convaincre les employés que le projet correspondait à leurs intérêts. Les ambassadeurs qui comme les gestionnaires ont perçu le projet comme

étant favorable à leurs besoins, valeurs et intérêts (Fleury et coll., 1999) sont devenus des alliés et des porte-paroles capables de représenter le projet auprès de leurs collègues (*Ibid.*) favorisant, de ce fait, l'adhésion au projet. Le déploiement du projet a aussi été facilité par d'autres éléments de contexte comme l'horaire plus stable des employés en hygiène et salubrité, des pauses pour le diner fixes et bonifiées, la disponibilité ainsi que les ressources financières afin que celui-ci puisse être offert gratuitement. Une des contraintes est celle de ne pouvoir offrir ce projet simultanément à l'ensemble du personnel du CHU et d'être retreint dans les suivis ne pouvant offrir, pour le moment, un rappel du projet à chaque trois mois comme le suggérait un gestionnaire et comme le souhaitaient des participants.

Tableau 5.16 Projet « Ensemble vers la santé »

ENSEMBLE VERS LA SANTÉ		
Implantation	Oui	• Phase I : Hygiène et salubrité (saines habitudes de vie) • Phase II : Habitudes de vie et climat de travail
Défis	N/A	Phase I • Enrôlement de participants au sein de l'hôpital A et B • Convaincre que c'est pour le bien-être et non pas une enquête pour éventuellement licencier des membres du personnel • Le déployer à la grandeur du CHU simultanément est impossible dû aux ressources limitées
Résistance et controverses	Oui	• Controverse à l'hôpital B avec un représentant syndical qui pensait que le questionnaire était une enquête sur la santé du personnel pouvant résulter au licenciement de certaines personnes
Alignement d'intérêts	Oui	• Gestionnaires : on est les premiers enfin à participer à un projet. C'est motivant • On se rend à terme avec un projet, c'est aussi une source de motivation pour d'autres projets • Pour les employés, c'est motivant et perçu comme étant gagnent pour l'organisation et pour eux • Beaucoup de stress au travail : la gestion du stress est donc perçue positivement, notamment, par les gestionnaires pour les employés
Éléments facilitateurs	Oui	• Projet pilote gratuit • Gestionnaires dynamiques qui ont participé activement au projet • « Au niveau d'hygiène et salubrité, ils ont leurs 45 minutes chaque jour et peu importe ce qui arrive, ils vont le pendre » (CHU-15)
Transformation/ajout	Projet novateur au CHU	• Un projet novateur de la DPS du CHU

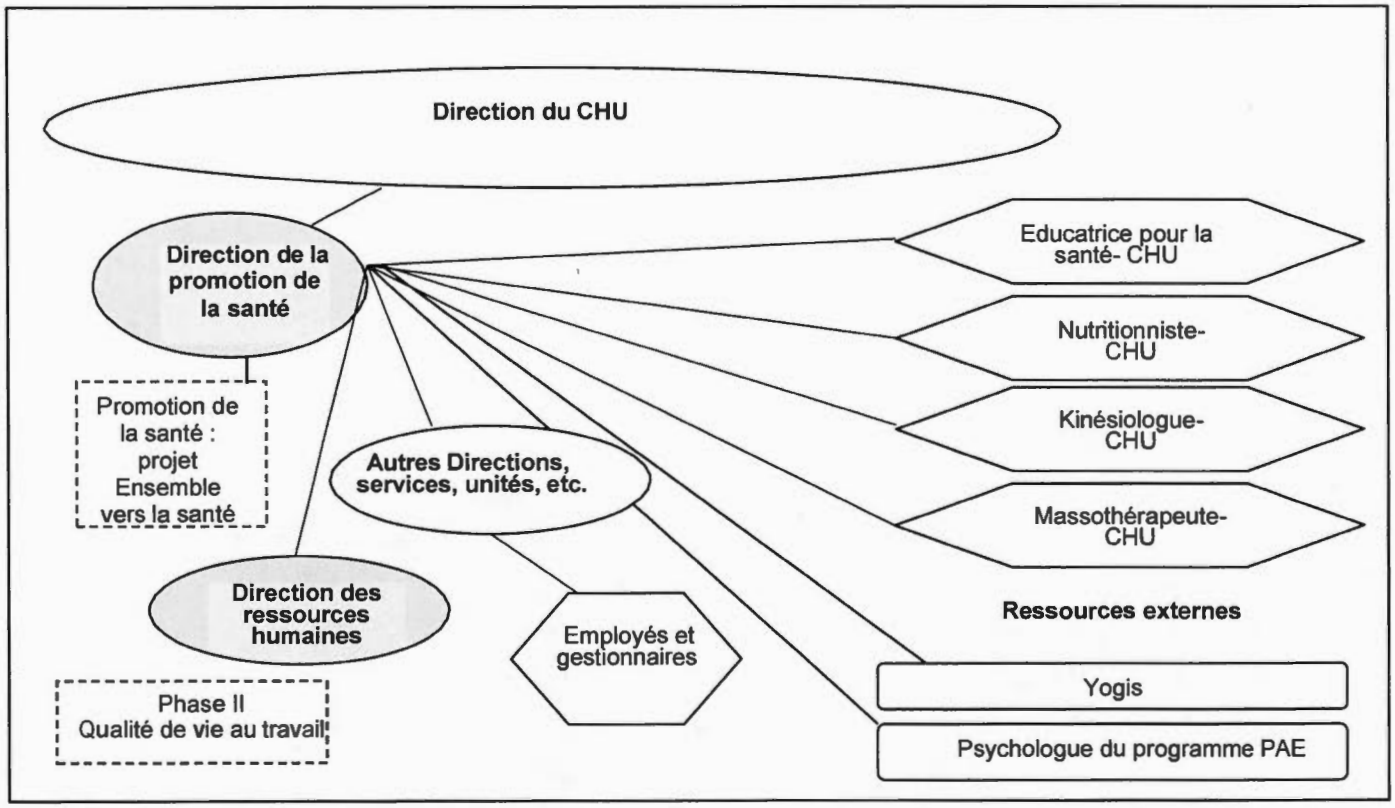


Figure 5.5 Alignement d'intérêts et réseau pour la mise en œuvre du projet « Ensemble vers la santé »

5.4 Conclusion

Ce chapitre nous a permis d'identifier et de décrire les transformations du discours au niveau local, dans un HPS montréalais relatif à la mise en œuvre de la norme 4, Environnements sains de travail, en le comparant avec ceux de l'instance internationale et régionale. Nous avons découvert des similitudes, mais également des transformations comme l'ajout d'un septième élément de contenu pour un milieu de travail sain dans un HPS soit l'art et la culture. Nous avons également tracé les réseaux du déploiement de la promotion de la santé pour le personnel au sein du CHU. Ce qui a mis en évidence le rôle de porte-parole et d'intermédiaire de la Direction de la promotion de la santé, mais aussi la nécessité de développer des partenariats pour déployer à plus grande échelle la PS dont celle pour le personnel. On a pu également saisir l'importance du rôle de la Direction des ressources humaines et de la SST dont un des mandats est d'assurer la santé et le bien-être au

travail du personnel à travers divers programmes, formations et une saine gestion. Néanmoins, la PST, selon les propos recueillis, n'est pas encore mise en œuvre de façon intégrée dans la culture organisationnelle, les choix et les actions au quotidien au CHU. Bien que plusieurs éléments composant la norme 4- *environnements sains de travail* (élément 3, quatre activités physiques, 5 et 6) soit présents et ce même avant l'adhésion au Réseau HPS et EPS, ceux-ci sont souvent mis en place de façon variable et dépendaient des acteurs, comme les gestionnaires, mais aussi du contexte organisationnel dans lequel s'insérait la PST. La charge de travail élevé, le manque de ressources humaines et financières, les urgences et la forte pression avaient aussi des impacts importants sur la santé et le bien-être du personnel. La culture organisationnelle, nous disait-on, devait également évoluée pour être plus alignée sur la mission de PS du CHU.

Enfin, nous avons identifié différents acteurs impliqués dans l'implantation de la promotion de la santé au CHU, et ce même à travers un projet pilote au sein de deux équipes au département d'hygiène et salubrité ainsi que divers actants comme les lois, les cadres ministériels, les recherches, les finances, etc. qui jouent également un rôle important dans l'orientation et la mise en place de projets et de programmes visant à créer un milieu de travail sain. Certaines convergences et alignements d'intérêts pour la promotion de la santé orientée vers le personnel ont aussi été identifiés. Comme une innovation suscite toujours des controverses (Latour, 2002), la mise en œuvre de la PST au CHU n'a pas fait figure d'exception soulevant son lot de débats dont celui entourant l'absence de gymnase dans le nouveau CHU ou encore celui concernant la pertinence de la PST comme élément attractif auprès de nouveaux employés. Somme toute, malgré la présence des composantes d'un milieu de travail sain au CHU, plusieurs personnes rencontrées ont mentionné qu'elle souhaiterait que la PST dépasse le discours et qu'elle se concrétise davantage au quotidien faisant de ce HPS montréalais un milieu de travail sain.

Tableau 5.17 Résumé de l'analyse transversale selon les sept éléments

	ÉLÉMENTS DU PROCESSUS D'IMPLANTATION DE MILIEUX DE TRAVAIL SAINS		ÉLÉMENTS D'UN ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL SAIN AU SEIN D'UN ÉTABLISSEMENT PROMOTEUR DE SANTÉ						
	Diffusion de la politique en promotion de la santé auprès du personnel	Démarche pour l'implantation de la norme 4	1er élément Coproduction du travail	2e élément Santé et sécurité au travail	3e élément Habitudes de vie	4e élément Réduire les inégalités sociales de	5e élément Actions de prévention collective	6e élément Faire des choix verts	7e élément Arts et culture
OMS - « Mettre la politique des HPS en action »	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON
OMS- « Manuel d'autoévaluation »	OUI	OUI	Imprécis et uniquement le volet coproduction du travail	OUI	OUI Restreint et imprécis	NON	NON	NON	NON
Réseau Québécois des établissements promoteur de santé – Guide	NON *Guide du participant visant l'élaboration de la politique en PS (norme 1)*	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON
CHU - politique de promotion de la santé	OUI	NON	Imprécis et uniquement le volet coproduction du travail	OUI Mais imprécis	OUI Saine alimentation, imprécis pour le reste	NON	NON	NON	NON
Mise en œuvre au CHU	OUI Peu de gens la connaissent	Processus non linéaire	OUI De façon variable	OUI	OUI	OUI Mais très peu	OUI De façon variable	OUI	OUI

Projet «tous pour la santé » visant les saines habitudes de vie, les modes de gestion et la santé psychologique

CHAPITRE VI

MISE EN ŒUVRE D'UN MILIEU DE TRAVAIL SAIN DANS UN HPS MONTRÉALAIS : ENTRE THÉORIE ET RÉALITÉ

Ce dernier chapitre propose une discussion interprétative des résultats de l'analyse présentée au chapitre précédent qui avait comme premier objectif de décrire en profondeur, d'amener le lecteur dans les coulisses de la mise en œuvre d'un milieu de travail sain avec les négociations, les controverses, les intérêts et les actants qui guident et influencent sa mise en place dans un HPS. Un inventaire détaillé des éléments constituant un environnement sain de travail selon la littérature étudiée des meilleures pratiques du réseau HPS-EPS a également été effectué. Enfin, les écarts et les similitudes entre les modèles textuels et celui mis en place dans le HPS ont été identifiés.

Ce chapitre présente une méta-analyse des résultats présentés au chapitre précédent. Nous répondons à certaines réflexions relatives à l'implantation du concept de milieu de travail sain au CHU. Est-ce que la mise en place d'un environnement de travail sain correspond véritablement à une innovation au CHU? Une démarche globale en matière de promotion de la santé au travail a-t-elle été utilisée ? Nous aborderons également les six écueils[92] rencontrés lors de l'implantation d'un milieu de travail sain dans le HPS et qui ont émergé de la méta-analyse des résultats. Enfin, nous conclurons ce chapitre en répondant à une toute dernière question à savoir si le CHU, un hôpital promoteur de santé, est un lieu sain où travailler.

---

[92] Le terme écueil est utilisé par Latour (2002) La Fabrique du droit. Écueil : Tout ce qui fait obstacle (Larousse).

6.1 Mise en place d'un milieu sain de travail dans un CHU, une innovation ?

Un HPS doit, selon la Déclaration de Vienne (OMS, 1987), « créer des conditions de travail saines pour les membres du personnel, incluant la réduction des risques hospitaliers, ainsi que les facteurs psychosociaux ». Telle une valeur ajoutée, la promotion de la santé serait intégrée à la mission, à la culture, aux stratégies institutionnelles, au milieu de vie qu'est le HPS « en établissant la santé comme axe stratégique de développement de l'organisation » (Jolivet et Vasquez, 2012, p. 241) se traduisant, entre autres, par des directives, des règles et des pratiques qui favorisent la santé physique et mentale du personnel. En retour, le personnel contribue à l'atteinte des objectifs institutionnels du HPS, à l'efficacité de l'organisation et au bien-être de la société (Brun, 2006, p.26)

> Le concept HPS est un concept intégrateur qui innove en établissant des liens entre les différents éléments (regroupés sous un même parapluie) relatifs à l'organisation promotrice de santé, à la promotion de la santé des patients et du personnel ainsi qu'au sein de la communauté. (Rey, 2014, p. 41)

Il y a là une opération de traduction qui consiste à agencer de nouveaux intérêts à des éléments déjà existants. Un changement qui modifie un système de valeurs, des perceptions qu'ont les acteurs du milieu de travail, ainsi que des structures et des pratiques au sein du centre hospitalier (Denis, 2002). Ce travail de traduction au sens latourien ne se fait pas de façon isolée. Cette conception que le travail doit non seulement assurer la productivité et la qualité des services, mais aussi promouvoir la santé et le bien-être du personnel doit se faire avec le soutien de la haute direction, la Direction de la promotion de la santé ainsi qu'en collaboration avec les différentes directions impliquées dont la Direction des ressources humaines sans oublier les membres du personnel.

L'introduction de la promotion de la santé dont celle pour le personnel dans un centre hospitalier universitaire est donc perçue comme une innovation puisqu'elle vise à changer véritablement les pratiques au quotidien des acteurs (Bilterys, 2013; Rey, 2014) aux différents paliers hiérarchiques, et ce de façon transversale dans un établissement promoteur de santé (OMS, 2008; Rey, 2014). Par un changement

planifié, le concept HPS vise ainsi à améliorer et à solutionner des problématiques (Rey, 2014), notamment, de ressources humaines au sein réseau de la santé. Une innovation (Rey, 2009) et « un glissement progressif d'une approche clinique et biomédicale, centrée sur l'individu à une approche sociale, tournée vers le collectif » (Jolivet et Vasquez, 2012, p. 241).

Or, notre analyse a révélé la présence, au CHU, de six éléments constituant un milieu de travail sain selon l'OMS et le Réseau EPS avant même de joindre le Réseau des établissements promoteur de santé (voir figure 6.1 et tableau 6.1). La majorité de ces éléments étaient rattachés à des actants solides comme des lois ou des structures dites permanentes. Ils étaient, également, pour la plupart, rattachés à la Direction des ressources humaines. On retrouve ainsi un fil conducteur reliant plusieurs d'entre eux aux mandats, aux intérêts et aux besoins de la DRH dont ceux de la productivité, de l'attraction, de la rétention du personnel, de la diminution de l'assurance salaire et de la santé et sécurité au travail (SST) (voir figure 6.1 et tableau 6.1). Ces éléments étaient, de fait, préexistant à l'adhésion au réseau HPS sans toutefois qu'ils soient reliés à un milieu de travail sain. On trouvait donc principalement une direction porte-parole, la DRH, qui parlait au nom de tous en matière notamment de mode de gestion, d'actions de prévention collective, de santé et sécurité au travail et même d'activité physique en lien avec ses mandats, la vision de sa direction et ses intérêts.

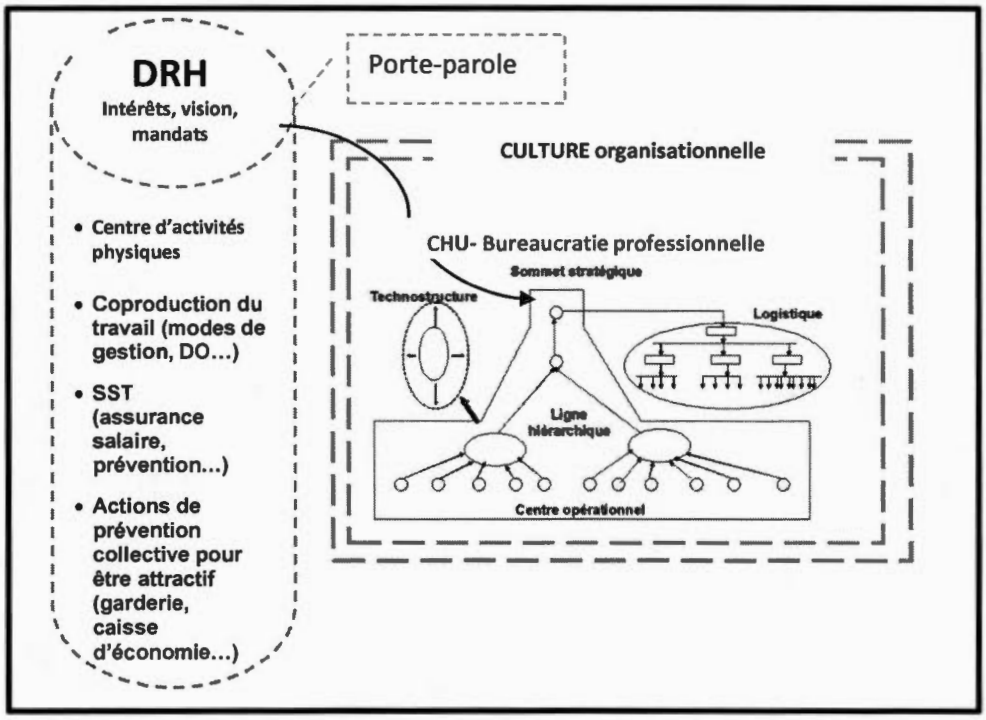


Figure 6.1 Éléments préexistants d'un milieu sain de travail au CHU avant l'adhésion au réseau HPS-EPS

Lorsqu'en 2006, le CHU introduisit dans sa mission la promotion de la santé et créa l'année suivante une Direction de la promotion de la santé (DPS 1), les six éléments-clés d'un milieu de travail sain étaient ainsi déjà implantés. On pourrait alors penser que l'innovation que représente l'adhésion HPS, en 2007, n'est en fait qu'un avatar d'un ancien système qui n'apporterait, concrètement, aucun changement et ne susciterait aucune controverse puisque le système maintiendrait le statu quo (Latour, 2002). Or, un environnement sain de travail, selon le concept HPS, comporte des éléments préexistants qui sont investis d'un rôle plus large. On assiste alors, avec l'introduction de la PST, à une transformation des valeurs, des intérêts, du milieu du travail qui deviennent porteurs de santé et de bien-être. Ainsi, on ne vise plus seulement les intérêts de l'organisation soit la productivité, la qualité des soins, l'attraction et la rétention du personnel ainsi qu'une diminution de l'assurance salaire, mais, également, la santé et le bien-être du personnel. Le milieu de vie

qu'est le HPS est ainsi investi d'une nouvelle mission soit de contribuer à construire la santé du personnel et non un lieu où on peut l'altérer (Brun, 2006, p.26).

Tableau 6.1 Éléments préexistants d'un milieu sain de travail au CHU avant l'adhésion au réseau HPS-EPS

ÉLÉMENTS D'UN ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL SAIN						
1er élément Coproduction du travail PS	2e élément Santé et sécurité au travail	3e élément Habitudes de vie	4e élément Réduire les inégalités sociales de santé au travail	5e élément Actions de prévention collective	6e élément Faire des choix verts	7e élément Arts et culture
Élément présent de façon variable	Loi CSST	•Tabac : lois •Activité physique : plan ministériel (MSSS)	• Lois (genre-équité salariale, accessibilité d'emploi, minorité visible, etc.) • Loi paradoxale à l'équité : temps supplémentaire obligatoire		Virage vert à partir de 2011 soit 6 ans après l'adhésion au Réseau EPS	Élément novateur au CHU qui était absent avant l'adhésion au Réseau EPS
Mandat de la DRH	Mandat de la DRH Division santé et sécurité au travail	Centre pour l'activité physique/ DRH- Division santé et sécurité au travail Clinique antitabac	Mandat de la DRH	Mandat et intérêts de la DRH pour être plus attractif		

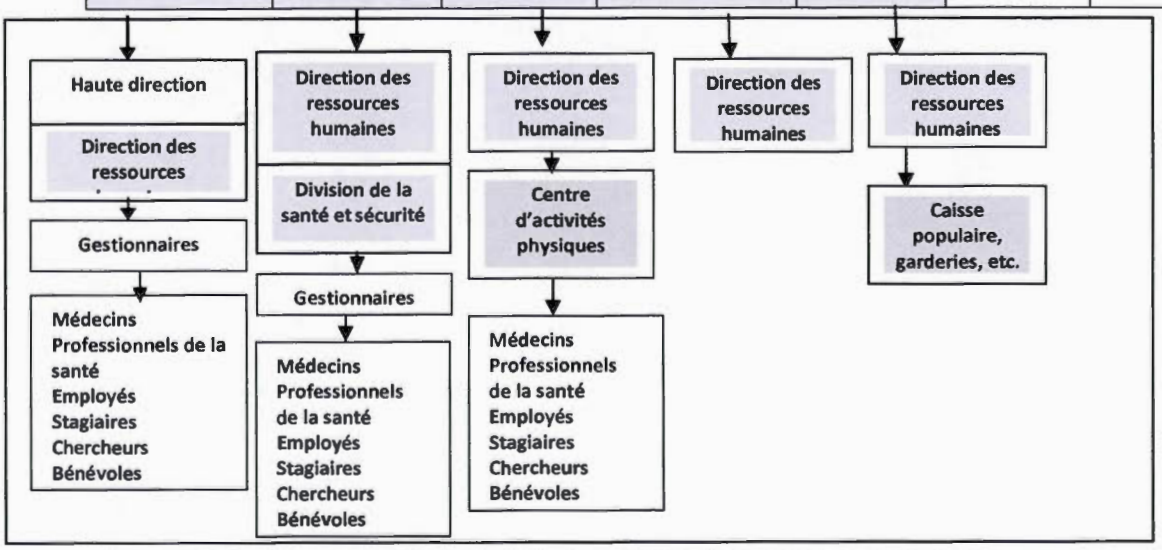


Figure 6.2 Éléments préexistants d'un milieu sain de travail au CHU

6.2 Démarche globale de la promotion de la santé au travail au CHU ?

Un milieu de travail sain est en fait constitué d'éléments qui sont préexistants à l'adhésion HPS. Souvent le travail se fait en silo (Mintzberg et Glouberman, 2001) même si l'on vise globalement l'atteinte des objectifs organisationnels où le bien-être au travail est rarement considéré comme une préoccupation importante (Brun, 2006). Or, l'adhésion au réseau des établissements promoteurs de santé a pour objectif d'implanter de façon transversale la promotion de la santé dont celles pour le personnel, dans la culture, le plan d'action organisationnel, dans le milieu de vie qu'est l'hôpital ainsi que dans la communauté. La mise en œuvre de la norme 4 (environnement sain de travail), ne devrait donc pas être constituée de stratégies, d'actions et de projets épars et sans fil conducteur, mais bien d'éléments regroupés sous un même parapluie, celui de la promotion de la santé tant pour les usagers, le personnel, l'organisation et la communauté. De plus, afin d'obtenir des résultats tangibles, les établissements PS devraient adopter une démarche multistratégique intégrée de la promotion de la santé au travail (ASSSM, 2011). Cela sous- tend que :

> chaque projet ne doit pas être conçu comme une succession d'actions sur un même thème, mais comme un ensemble cohérent et organisé d'actions rejoignant un même but global : procurer aux prestataires de soins de santé et de services sociaux des conditions physiques, culturelles, psychosociales et professionnelles permettant de maximiser leur santé et leur bien-être, la qualité de services fournis aux usagers ainsi que le rendement professionnel. (Ibid., p.25)

Or, s'il est essentiel de construire un scénario qui va guider le déroulement du changement, il se met en place rarement selon les plans définis, tel qu'il avait été prévu et conçu au départ (Callon et Latour, 1986; Latour, 2002; Rondeau, 2008). En fait, les modèles normatifs décrivant les meilleures pratiques en matière d'implantation de changement tiendraient plutôt de l'anecdote sans que l'on puisse véritablement les généraliser (Rondeau, 2008). L'implantation d'un changement planifié représente de ce fait un réel défi (Bareil, 2010). Comme le soulignaient certains gestionnaires, bien que tout le monde soit pour la vertu, la concrétisation d'un plan global en promotion de la santé rencontre plusieurs écueils dont certains sont bien documentés (Bilterys, 2013; Kishchuk et Renaud, 2008; Rey, 2014).

Voici six écueils qu'a rencontrés la mise en place d'un environnement sain de travail au CHU, qui peuvent expliquer les écarts entre le discours écrit, selon les meilleures pratiques en matière de milieu de travail sain (ASSSM, 2011; OMS, 2006), et son opérationnalisation dans un HPS à Montréal.

1) Premier écueil : complexité du concept d'environnement sain de travail

Des concepts à s'approprier et à transformer avec une couleur CHU

> Un agencement hétérogène d'éléments jusqu'alors disparates se trouve à présent lié par un même destin au sein d'un même collectif. (Akrich et coll., 2006)

Afin de mettre en œuvre un environnement sain de travail au CHU, la Direction de la promotion de la santé est « chargée de soutenir et de conseiller les autres directions dans la mise en place d'initiatives en promotion de la santé » (CHU). C'est l'entrée en scène d'un nouveau porte-parole pour l'intégration de la promotion de la santé (Goetzel et coll., 2008; Young, 2008) dont celle pour le personnel. À ses débuts la DPS est composée uniquement d'un professionnel de la santé pour qui les saines habitudes de vie revêtaient certes une importance, mais qui souhaitait mettre de l'avant une vision holistique de la santé et du bien-être au CHU, notamment, pour le personnel. N'ayant pas de formation spécifique en promotion de la santé, comme la très grande majorité des personnes rencontrées pour cette recherche, ce nouveau porte-parole de la PS a dû s'approprier un vaste univers conceptuel (O'Donnel et coll., 2006). Puisque l'actant, le concept de milieu de travail sain, est composé de diverses théories, de définitions vagues et multiples pour lesquelles on trouve très peu de consensus (Ibid.). En fait, comme nous l'avons vu, il n'existe pas de « recette toute faite » quant à la mise en œuvre optimale de la promotion de la santé, dont celle pour le personnel, au sein d'un HPS. Comme le soulignait le réseau EPS, c'est toujours du cas par cas. Les programmes globaux en PS et dits exemplaires doivent toutefois cibler des éléments-clés afin qu'ils contribuent pleinement à la santé et au bien-être des individus adaptés au contexte organisationnel et de la clientèle cible. De plus, bien que certaines stratégies et interventions auront pour objectif d'apporter un changement chez l'individu, la majorité des actions devrait avoir pour

but de modifier le contexte dans lequel les individus évoluent et non pas uniquement viser le changement individuel (Cooper et Williams, 1994; Paton et coll., 2005)

La DPS a donc dû, dans un premier temps, s'approprier les différents concepts à l'aide des documents et des échanges au sein du Réseau EPS, mais aussi par des lectures qui ont influencé la conception des dimensions à aborder pour implanter un milieu de travail sain. Les principaux documents du Réseau sur lesquels elle s'est appuyée sont les chartes et les recommandations ainsi que le document de l'OMS pour l'autoévaluation de la mise en œuvre de la promotion de la santé dans les HPS présentant une vision partielle et non pas holistique de la PST. Le document présentant une vision globale de la PS, dont celle pour le personnel était encore inconnu de la DP, alors que le guide de l'ASSSM, qui vise à appuyer les membres dans la mise en œuvre de la norme 4, n'était pas encore publié. Ainsi, les textes entourant la PST dont ceux de l'OMS ne sont pas tous explicites ni toujours en cohérence les uns avec les autres. Par leurs multiples blancs et leur ambiguïté, ils permettent aux lecteurs de se les approprier, de faire leurs propres déductions et interprétations créant de ce fait des transformations entre le discours initial et celui, par exemple, d'un HPS. Les textes venant à la fois appuyer la mise en place de la PST, mais également la freiner par les multiples définitions, les divers modèles au sein d'un même réseau et hors réseau ainsi que par le manque de circulation de certains documents.

Suite à cette première étape d'appropriation a eu lieu un autre processus de traduction, de transformation du concept d'environnements sains de travail pour que celui-ci corresponde aux intérêts, aux valeurs, à la mission et à la culture d'un centre hospitalier universitaire. À cette nouvelle étape, la DPS a dû choisir parmi les différentes définitions celles qui correspondaient davantage à la réalité d'un CHU et lui donner les couleurs du centre hospitalier. C'est à travers les lectures de différents auteurs, notamment québécois, abordant la santé psychologique au travail, de par sa formation professionnelle et suite aux stages internationaux à la maîtrise, que ce processus s'est poursuivi. Les discussions lors de sa participation au groupe de

travail pour l'élaboration du guide de l'Agence pour traduire la norme 4 l'ont aussi beaucoup inspirée. Il fallut réfléchir à ce que devrait être un Centre hospitalier universitaire promoteur de santé au-delà des concepts ? Quel est le lien avec la prévention et la promotion de la santé ? Pourquoi serait-on préoccupé par la création, notamment, d'environnements sains de travail ?

L'opération de traduction consiste alors à transformer le discours et à adapter les définitions et le plan d'action pour la mise en place, notamment, d'environnements sains de travail afin qu'ils correspondent aux intérêts pluriels et parfois divergents au CHU. La création d'un lexique et d'une politique en PS adaptés au contexte du CHU et vulgarisés avait pour but de rendre accessible l'information. Les textes étant une portion de monde réel et une machine à produire des mondes possibles (Echo, 1985), au CHU ils ont agi comme une forme de véridiction sur laquelle se sont appuyés les actants concernés par le projet. L'effort de la DPS consistait alors à transformer les énoncés flous et ambigus en des énoncés accessibles qui pourront être acceptés par une pléthore d'acteurs au sein du CHU. Un processus effectué en vase clos dû au contexte hospitalier, mais aussi au fait « qu'il avait tellement de flous » (DPS) entourant les concepts de PS, PST et HPS qu'ils devaient, dans un premier temps, être élucidés.

La DPS a donc mis la table en proposant un plan d'action, des définitions et une Politique en matière de promotion de la santé. Toutefois, l'exercice de traduction n'était pas terminé puisque comme la DPS le souligne, « il fallait mettre la table. Puis [...] voir si l'organisation veut s'asseoir à cette table-là ou bien en remettre une différente parce que ça ne colle pas ».

Ainsi l'appropriation des concepts d'un environnement sain de travail demeure complexe, et ce malgré les divers outils mis à la disposition des établissements dont la traduction, la transformation et la circulation du discours contribuent paradoxalement à clarifier le concept et, en même temps, à maintenir la confusion conceptuelle. La complexité du concept d'environnement sain de travail est donc un

actant qui par la difficulté d'intégration théorique et pratique retarde le processus de mise en place de milieux de travail sain : il « faut se faire une tête, plusieurs définitions selon les écoles de pensée, etc. De plus les intermédiaires que sont les documents du réseau HPS-EPS sont: peu utilisés et certains, peu ou pas connus. L'implantation d'environnements sains de travail au sein d'un HPS rencontre donc plusieurs défis de taille (Rey, 2014) dont, celui des finances qui représente le second écueil.

2) Deuxième écueil : controverses au sein d'un HPS

Une autre des difficultés rencontrées qui est bien documentée est celle de la collaboration qui est nécessaire et enrichissante pour mettre en place un environnement sain de travail à la grandeur d'un CHU, un hôpital promoteur de santé. Un travail qui ne peut pas se faire de façon isolée et en silo, mais par un travail en réseau (Callon et Latour, 1986). Or, un des écueils rencontrés lors de la mise en œuvre de projets en promotion de la santé au sein d'un HPS montréalais est celui de la collaboration impliquant de nombreux acteurs hétérogènes (Kishchuk et Renaud, 2008) qui ont, pour certains, opposés une résistance à l'implantation de l'innovation (Argyris, 1993; Grol et coll., 2004; Rey, 2014). Tandis que d'autres l'ont perçu comme étant favorable. Il y a en fait toute une gamme de réactions nuancées face au changement, comme le démontre l'analyse au chapitre V, allant de l'acceptation, l'adhésion, au soutien et même à l'enthousiasme (Bareil, 2008). Puis, il y a celles qui sont plus nuisibles et qui visent à freiner ou à renverser celui-ci (Bareil, 2008). Résister c'est opposer une force à une autre pour ne pas subir les effets d'un projet, d'une action, d'un changement (Bareil, 2008). La résistance envers le projet de création d'environnements sains de travail au CHU traduisait un scepticisme, un manque de légitimité du changement pour certains acteurs qui croyaient que celui-ci n'était pas pertinent dans un CHU, que d'autres priorités étaient plus essentielles. On retrouvait aussi le besoin de maintenir des frontières pour éviter l'ingérence, préserver l'autonomie, des ressources, du pouvoir ou pour avoir la latitude d'interpréter et d'intégrer la PS sans la collaboration de la DPS. Comme le souligne

Callon et Latour (1986, p. 21), la résistance au changement, est inévitable puisque « chacun résiste à l'innovation en fonction de ses intérêts propres, car celle-ci a pour but d'occuper une position et de déplacer à la fois des gens et des choses ». La résistance à l'implantation d'un milieu de travail sain s'est traduite de différentes façons par des refus, de la critique, des pratiques parallèles, etc. (Bareil, 2008). Elle s'est retrouvée à tous les paliers hiérarchiques, et ce même au sommet stratégique. Ainsi, bien qu'il y ait un consensus dans la littérature stipulant que le soutien de la haute direction est un des facteurs déterminants à la réussite de l'implantation de la promotion de la santé, dont celle pour le personnel (Kishchuk et Renaud, 2008), on retrouve des positionnements très variés parmi les acteurs concernés par l'implantation d'un environnement sain de travail, et ce même à la haute direction de l'établissement. On soulignait à ce sujet que certains membres de la haute direction étaient archi-convaincus, des apôtres de la PS. D'autres, à l'autre extrémité du spectre pensaient qu'introduire la PS était plutôt futile en rapport au maintes priorités d'un CHU. On était en quelque sorte sur la lune! Bref, pour ces acteurs investir en promotion de la santé au travail était futile et inutile. D'autres acteurs à la haute direction comme à d'autres paliers hiérarchiques étaient ambivalents. L'adhésion HPS paraissait une opportunité pour mettre en œuvre des pratiques exemplaires, pour faire de la recherche et pour rayonner, mais on se questionnait sur les moyens, les limites à respecter, le budget à y consacrer. On souhaitait s'appuyer sur des recherches probantes notamment dans le domaine des finances pour appuyer un tel projet. Or, de ce type de recherche, il y en a très peu (Rey, 2014). C'est le talon d'Achille de la PS et de la PST.

En fait la PS et la PST ne représentent pas encore des boîtes noires dues au manque de définition claire et utilisable, mais aussi à l'absence de consensus parmi les experts quant aux éléments essentiels, entre autres, d'un milieu de travail sain. Les boîtes noires renferment ce sur quoi on n'a plus à revenir, dont le contenu est accepté et devenu indifférent. Plus on met d'éléments en des boîtes noires (études probantes, statistiques, lois, etc.), plus celles-ci devient hermétiques et le coût de leur déconstruction élevé. La PST contient un élément-clé, la santé et sécurité au

travail, représentant une boîte noire à laquelle elle est liée. Cette boîte noire à des actants solides comme des lois, des études probantes de plusieurs domaines, des statistiques, une reconnaissance légale, etc. Tandis que les autres éléments d'un environnement sains de travail n'ont pas encore, malgré plusieurs recherches, cet effet de boîtes noires. Bien que les saines habitudes de vie lorsque rattachées à des politiques ou à des plans ministériels deviennent des actants liés à des matériaux solides dont l'implantation est dorénavant un passage obligé.

Ainsi, la PST n'étant pas encore une boîte noire, elle soulève plusieurs controverses, des débats, comme résumé au tableau 6.2, entourant la mise en place du concept HPS dont, certaines relatives à l'implantation d'environnements sains de travail. Les controverses permettent, notamment, de clarifier le contenu d'un énoncé, les priorités, les zones d'un projet, etc. On a ainsi longuement débattu concernant la création d'un centre d'activité physique dans le nouveau bâtiment. Comme l'ancien était déjà équipé d'un gymnase et d'une piscine qui s'autofinançaient, on pourrait penser que le nouvel édifice aurait été conçu avec un centre d'activité physique. Or, les plans du nouveau bâtiment ne faisaient aucune place à un tel projet. Les arguments qui ont été soulevés étaient ceux du manque d'espace, des finances et aussi de l'équité pour tous les employés. L'équité était reprise par les deux camps pour ou contre le projet de gymnase. On soulevait l'équité en soulignant qu'il pourrait être injuste que certains employés s'entraînent possiblement sur leur temps de travail. Tandis que l'équité était aussi utilisée pour favoriser un accès à un centre sportif sur le lieu de travail à un prix accessible pour tous les employés. On se demandait aussi jusqu'où l'organisation devait aller pour favoriser la santé du personnel. Devrait-on promouvoir l'activité physique sans qu'un centre sportif soit disponible dans les murs du CHU ? L'actant les finances, au moment de notre recherche, tenant les cordons de la bourse semblaient l'avoir emporté et d'autres options, comme un partenariat avec le YMCA, étaient envisagées.

Tableau 6.2 Résumé de certaines controverses entourant la mise en place d'environnements sains de travail au CHU

DÉBATS ET RÉSISTANCES	ACTANTS HUMAINS	ACTANTS INVOQUÉS
Concepts HPS (comme image de marque)	DRH Direction des communications	• Défis • Carrières • Garderie • Concept qui n'est pas vendeur, pas attractif
Création d'environnements sains de travail	Direction de la planification stratégique	• Manque d'études probantes • Les finances • « Jusqu'où va-t-on en tant qu'hôpital ? » • La priorité est aux patients
Centre d'activités physiques	Direction de la planification stratégique	• « Jusqu'où va-t-on en tant qu'hôpital ? » • Possibilité d'iniquités parmi les employés • Autres priorités
	DRH	• Importance d'un centre d'activité physique : équité parmi les employés (accessibilité du prix pour tous) • Il est préférable d'avoir le centre d'activités physiques au CHU : pour offrir le meilleur prix et pour l'accessibilité
	Direction de la promotion santé	• S'il n'est pas possible d'avoir un centre d'activités physiques au CHU : nous allons regarder d'autres avenues, des partenariats, etc.

Une autre controverse concernait l'utilisation « HPS » comme image de marque, comme incitatif pour l'attraction et la rétention du personnel. Les références au Réseau HPS étaient, au moment de cette recherche, presque absentes du site internet et la majorité des personnels n'étaient pas au courant qu'ils travaillaient dans un hôpital promoteur de santé. On expliquait ceci par des défis communicationnels au sein d'une organisation complexe composée de plusieurs types de professions, mais surtout au fait que l'adhésion HPS n'était pas

« attractive ». Même ceux qui étaient convaincus de la pertinence de la PS soulignaient que l'on n'attire pas de nouvelles recrues en étant un hôpital promoteur de santé. En fait, la DRH utilisait des éléments du concept HPS sans faire nécessairement le lien avec celui-ci. Comme la DRH le soulignait, dans la mesure où le CHU offre de bons défis, des avantages sociaux, des garderies, un centre d'activités physiques, etc., on présente une offre compétitive et attractive. Ainsi, il est inutile de considérer un projet comme celui HPS par ses qualités intrinsèques, puisque ses qualités vont lui être données, dans le futur, par les divers acteurs qui vont s'emparer de l'innovation pour leurs intérêts propres et vont, sauf exception, transformer ladite innovation en quelque chose d'autre (Callon et Latour, 1986, p. 19).

Suivant le positionnement des différents acteurs impliqués dans la mise en place de la norme 4, la collaboration interdirection représentait, elle aussi, un défi. Puisque même si la création d'un milieu de travail sain au CHU représente un changement positif, elle vient bouleverser les habitudes, les cadres de référence et occuper une place convoitée par d'autres pouvant susciter des controverses et des résistances (Callon et Latour, 1986). Comme on le soulignait à la Direction de la promotion de la santé, bien que les collaborations soient nécessaires et souhaitables pour implanter de façon transversale un environnement sain de travail au CHU, il y avait souvent du « sable dans l'engrenage », d'autres ajouteront que « ça joue du coude » entre les directions pour des ressources qui sont restreintes. Ainsi, la DPS devait, selon eux, livrer ses batailles. Toutefois, comme certains acteurs le mentionnaient, la DPS était une petite direction avec peu de ressources tant financières qu'humaines. Afin de mettre en place un milieu sain de travail sur trois sites et pour 16 000 personnes, on trouvait un directeur de la PS et un conseiller rattaché à celle destinée aux personnels. Bien que la littérature indique qu'un poste à temps pour la coordination des initiatives HPS est garant de succès (Kishchuk et Renaud, 2008), on nous indiquait que la DPS « manquait de bras » pour déployer le projet à la grandeur d'un CHU. On pouvait donc mettre en place des projets de PST « un petit pas à la fois ».

Subséquemment, la Direction de la promotion de la santé a dû convaincre les directions de travailler de concert avec elle. Elle a établi des collaborations fructueuses avec quelques directions et services, dont certaines, avec la DRH qui a travaillé avec la DPS sur différents dossiers (offre diversifiée d'activités physiques plus ludiques, projet « Ensemble vers la santé », etc.) sans toutefois que le cœur des mandats de la DRH, comme nous l'avons vu, soit touché. Or, « selon l'OMS, la réalisation du plein potentiel du concept HPS exige que l'implantation ne se limite pas à de simples projets, mais s'étende à l'échelle des organisations, et ce de façon globale et intégrée dans les trajectoires de services et les processus de gestion de la qualité » (WHO, 2008, dans Rey, 2014, p. 32). Un processus rarement implanté au sein du HPS montréalais si ce n'est lors du changement imposé par le MSSS pour une offre alimentaire saine à laquelle a participé étroitement la DPS. On peut attribuer le déploiement limité et périphérique de la PST, entre autres, aux résistances des acteurs, mais aussi aux ressources humaines limitées de la DPS. Il aurait peut-être fallu, à l'instar d'autres directions, jumeler des conseillers de la DPS aux directions et services pour que le changement puisse véritablement se disséminer et s'implanter à la grandeur de l'organisation, de trois hôpitaux. Toutefois, il fallait déjà convaincre les acteurs du bien- fondé de l'intégration de la PS dont celle pour le personnel, pour que l'innovation puisse se déployer davantage. Certains gestionnaires ont aussi mentionné que la promotion de la santé devrait être inscrite dans le plan d'action annuel de chacun des gestionnaires. Une proposition que la DRH considérait trop hâtive. On a aussi suggéré que les gestionnaires soient évalués sur leur capacité à favoriser un milieu de travail sain dans leurs relations, leur mode de communication et de gestion. Toutefois, comme on le soulignait, il faudrait que la haute direction puisse elle-même être un modèle, ce quoi selon plusieurs, elle n'incarnait pas encore.

La DPS ne participait donc pas à la vision d'ensemble d'un milieu de travail sain, mais seulement aux éléments périphériques, dont les saines habitudes de vie qui, comme le souligne Brun (2013), n'ont pas d'effet à moyen et long terme sur la santé et le bien-être au travail même si celles-ci ont un effet protecteur sur la santé d'un

individu. On peut alors s'interroger sur la capacité de l'organisation de développer et de mettre en œuvre un programme intégré en promotion de la santé notamment pour le personnel de façon transversale au CHU. Une difficulté rencontrée généralement par les hôpitaux promoteurs de santé et qui est bien documentée (Kishchuk et Renaud, 2008; Rey, 2014). Le HPS montréalais ne fait pas figure d'exception. L'hôpital est ainsi décrit comme une bureaucratie professionnelle très complexe où une forte différenciation et la spécialisation des rôles contribuent au travail en silo et corollairement au manque de collaboration, aux difficultés communicationnelles entre les divers directions et paliers hiérarchiques, mais aussi à l'intérieur d'un même service (Bergman et coll., 1997; Glouberman et Mintzberg, 2001; Mintzberg, 1982; Peneff, 1992, Rey, 2014). On trouve également plusieurs groupes d'acteurs composant quatre « mondes distincts » aux valeurs, aux mentalités (*mindset*) et aux intérêts différents qui sont dits irréconciliables (Glouberman et Mintzberg, 2001). Des acteurs qui cohabitent dans un jeu permanent de compétition et de coopération (Contandriopoulos, 2003b, dans Rey, 2014). Il est donc difficile pour ce HPS montréalais, à l'instar de plusieurs établissements du milieu de la santé, d'apporter des changements profonds à l'organisation comme le propose l'adhésion HPS. Un changement qui requiert la modification des structures, des pratiques, d'un système de valeurs, des perceptions qu'ont les acteurs de la santé, du travail et de l'implication et de la responsabilité de l'employeur pour favoriser la santé et le bien-être des personnels (Denis et coll., 2012). Un contexte organisationnel qui rend ardu voir quasi impossible l'implantation de réels changements au sein d'un milieu hospitalier (Glouberman et Mintzberg, 2001) dont l'implantation du concept HPS (Rey, 2014)

3) Troisième écueil : financement des projets en promotion de la santé au travail

L'actant les finances représente un réel défi pour la mise en place de la promotion de la santé au travail de façon transversale, multistratégique et intégrée au sein du HPS montréalais. Cet actant est l'une des barrières qui, selon certaines études, freine l'implantation du concept HPS (Stanton, 1996; Guo et coll., 2007). Notre

analyse montre que l'actant les finances orientent les stratégies et les projets en promotion de la santé dont ceux pour le personnel. On recherche des subventions qui se font plus rares que pour la promotion de la santé pour les patients où, notamment, les grandes compagnies pharmaceutiques appuient parfois généreusement les projets. Certains budgets non récurrents sont toutefois offerts par le réseau EPS et par le CHU. La recherche de financement était donc, pour la DPS, une constante préoccupation. Toutefois, cette recherche de financement de la Direction de la promotion de la santé se limite principalement aux projets qui découlent directement de ses mandats: fête de Noël, semaine de la santé, "une pomme à la rentrée", fête foraine, conférences, défis sportifs, etc. ciblant principalement les saines habitudes de vie et la prévention, mais également un environnement social promoteur de santé pour les individus qui y travaillent. Toutefois, lors des entretiens, on nous mentionnait que l'événementiel bien qu'il apporte « du bonheur, de la magie » n'était pas là pour rester (DPS-1). Peut-être est-ce en partie parce que l'actant qu'est l'événementiel n'est rattaché à aucune prescription légale, cadre ministériel, que les études montrent leurs impacts limités sur la santé et le bien-être (EPS-1) et que l'actant les finances est restreint. Néanmoins, la Fête de Noël ayant connu un vif succès, elle a été reprise par la DRH qui assurait sa pérennité.

Somme toute, le budget pour les divers éléments composant un milieu de travail sain est significatif puisqu'il est réparti, comme le soulignait la DRH, dans les différentes directions du CHU : Direction des ressources humaines et division santé et sécurité au travail, Direction des approvisionnements, Direction des services techniques, etc. Chacune des directions travaillant, généralement en silo (Mintzberg, 1986), la Direction de la promotion de la santé devenait le porte-parole qui avait pour mandat de les accompagner à intégrer, dans leurs stratégies et actions, la PS afin que le milieu de vie qu'est l'hôpital soit promoteur de santé pour ceux qui y travaillent, et ce de façon transversale.

Les projets en PS, dont ceux pour le personnel, sont composés au fur et à mesure de compromis entre de très nombreux intérêts (Callon et Latour, 1986) et suivant l'actant, les finances, est souvent restreinte et convoité. Ceci pourrait, expliquer, en partie, le manque de fil conducteur de certains projets, comme le mentionnent certains auteurs (Kishchuk et Renaud, 2008).

4) Quatrième écueil : rôle périphérique de la Direction de la promotion de la santé

Un autre écueil pour la mise en place d'environnements sains de travail au CHU est le rôle périphérique qu'occupe la Direction de la promotion de la santé. Ainsi, bien que la DPS se soit vue confier le mandat de mettre en œuvre la promotion de la santé dont celle destinée au personnel de façon transversale au sein de l'organisation suivant les normes établies par l'OMS (Rey, 2014), elle intervient principalement sur des éléments (saines habitudes de vie, santé sociale, événementielle, projet « Ensemble vers la santé ») sans toucher au cœur du travail. Or, idéalement, comme le mentionne la littérature (ASSSM, 2011; Rey, 2014) la DPS devrait jouer un rôle-clé dans la coordination des initiatives HPS (Kishchuk et Renaud, 2008) afin que la promotion de la santé dont celle destinée aux personnels puisse être intégrée dans chacune des activités de l'organisation (ASSSM, 2011) (réaménagement des salles de repos, de la cafétéria, développement durable, organisation du travail, communication entre collègues et les gestionnaires, priorités organisationnelles, etc.).

Plusieurs raisons peuvent expliquer le rôle périphérique de la DPS au sein du CHU. La première concerne son positionnement dans l'organigramme organisationnel qui a changé au fil du temps et qui, selon certains, reflète stratégiquement la priorité qu'occupe la PS au sein de l'organisation. Un changement qui n'a certainement pas été sans conséquence puisque les acteurs concernés par la création d'environnements sains de travail au CHU n'ont pas seulement réagi à une idée, à un projet, mais au contexte dans lequel celui-ci s'est inscrit, à la façon de l'implanter, de le communiquer, au sens du changement, etc. (Bareil, 2008). Ils ont réagi

également à la légitimité du porte-parole. La légitimité s'étend aux porteurs du changement, aux porte-paroles dont la légitimité devrait être reconnue et non contestée pour favoriser le succès d'un projet, d'une innovation (Rondeau, 1999). Or, si le porte-parole de la DPS était considéré par plusieurs comme étant légitime et compétent, d'autres remettaient en question l'expertise de la DPS souhaitant plutôt travailler en silo ou d'après leur propre conception de la promotion de la santé au travail sans consulter la DPS. D'autres encore travaillaient de concert avec celle-ci, mais certaines collaborations s'avéraient plus difficiles. Par exemple, la Direction des ressources humaines qui est responsable de la majorité des éléments d'un environnement sain de travail, même avant l'entrée en scène du concept HPS et de milieux sains de travail, comme le démontre le tableau 6.2., collaborait avec la DPS. Toutefois, comme on le soulignait, il y a eu du sable dans l'engrenage : de la résistance, les collaborations étaient parfois tendues, etc. Il faut dire que la DPS arrivait dans un terrain déjà occupé, depuis longtemps, par la DRH (Callon et Latour, 1986). Or, le pouvoir c'est l'addition des associations faibles (Callon et Ferrari, 2006). Ainsi, par un processus de traduction la DRH va déplacer la DPS : en attaquant la légitimité de la DPS, en attaquant ses réussites et en récupérant ses succès (ex. : les Fêtes de Noël).

D'autres étaient septiques ou ne croyaient tout simplement pas en la mise en place de la promotion de la santé au CHU. Ce sont, notamment, ces luttes pour le pouvoir, les coalitions internes, les intérêts divergents, les visions différentes de la PST et de son importance au sein de l'institution qui ont pu freiner ou même reverser l'évolution de l'implantation (Bareil, 2008; Callon et Latour, 1986; Latour, 2007b) de milieux de travail sains au CHU.

Enfin, la légitimité peut être également symbolique puisqu'un positionnement sous la direction générale est symboliquement et stratégiquement différent que située périphériquement. Initialement, en 2006, le Directeur général du CHU qui croyait fermement en la PS avait placé stratégiquement la DPS en lien direct avec le DG. Ce positionnement hiérarchique élevé joint à un soutien de la direction permettait à

la DPS de participer aux processus décisionnels et favorisait, de ce fait, le succès de la mise en œuvre de la promotion de la santé, dont celle pour le personnel, au sein du CHU (Kishchuk et Renaud, 2008). Lorsque le Directeur général quitta ses fonctions, en 2008, le directeur par intérim procéda à une réorganisation et la DPS perdit son positionnement privilégié. La direction se trouva ainsi déplacée sous le Directeur général adjoint aux affaires médicales et académiques. Un positionnement dit moins favorable stratégiquement pour implanter de façon transversale la PST. Un positionnement qui fut maintenu par le nouveau Directeur général qui entra en poste en 2009.

Ainsi, aux divers défis rencontrés lors de l'implantation d'environnements sains de travail s'ajoutent celle de la place accordée à la santé et au bien-être du personnel qui sont, selon Brun (2006) que très rarement des préoccupations importantes dans le « tableau de bord » des directions et des gestionnaires. La perte du positionnement privilégié de la DPS peut en être un symbole.

5) Cinquième écueil : changements consécutifs à la direction générale du HPS

Le changement successif de dirigeant, soit trois au cours des deux premières années de l'adhésion HPS (2007-2009), pourrait être considéré également comme un écueil à la création d'environnements sains de travail. Puisque les changements de dirigeant à la tête de l'organisation ont des impacts tant stratégiques que managériaux. Chacun réinterprétant à sa façon et selon ses perspectives le projet organisationnel (Callon et Latour, 1986; Rondeau, 1999). Ce qui peut s'avérer favorable ou défavorable pour la pérennité de toute innovation qui, à ses débuts, doit être protégée suffisamment longtemps (Latour, 2002), soutenue par la direction (Kishchuk et Renaud, 2008), afin que celle-ci puisse se mettre en place au sein de l'organisation (Latour, 2002). Par ailleurs, selon O'Donnel et coll. (2006), la promotion de la santé dont celle orientée vers le personnel serait tributaire d'un leadership fort. D'autres auteurs abondent dans le même sens, soulignant que l'engagement et le soutien des acteurs stratégiques sont essentiels pour assurer la

réussite de la mise en place de milieux de travail sains (Bareil, 2008; Bilterys, 2013; Kishchuk et Renaud, 2008). A contrario, un leadership ambivalent ou évanescent joint à une inertie organisationnelle s'avère défavorable à tout processus de changement (Bareil, 2008). Les changements successifs au sommet organisationnel au CHU ont donc entraîné dans leurs sillages des changements défavorables à la diffusion de la PST en déplaçant, notamment, la DPS sur l'organigramme. Tandis qu'une réinterprétation du projet par le directeur général, en 2009, est venue bonifier le concept au sein du HPS en intégrant dans sa vision de la PS et la PST une vision où l'art et la culture avaient une place de choix. En travaillant toutefois initialement, en silos, en parallèle de la DPS au lieu de collaborer avec celle-ci.

Ce même directeur avait aussi, selon les personnes rencontrées, une vision de la promotion de la santé qu'il souhaitait développer au CHU, mais qui, toutefois, était rarement communiquée en lien avec le concept de PS, car il escamotait, dans son discours, les mots « promotion de la santé » « adhésion HPS ». Des mots qui auraient pu permettre aux gestionnaires, partenaires, médecins et membres du personnel de faire le lien entre l'adhésion HPS et le concept de promotion de la santé implantés au CHU. On souligne par ailleurs qu'afin d'assurer la réussite du changement, le succès de l'implantation du concept d'environnements sains de travail, il est de ce fait essentiel que les gens y adhèrent, qu'ils croient en son potentiel pour qu'ils puissent se diffuser sans quoi celui-ci peut être retourné dans les cartons (Callon et Latour, 1986). En fait, aucune réforme, aucun changement programmé, ne peut faire l'économie d'un plan, ou d'une série d'actions de communication. (Bareil, 2008) Or, il ne suffit pas de seulement communiquer. Il faut que la communication organisationnelle soit bien orchestrée pour favoriser le succès et la qualité du changement (Bareil, 2008; Barett, 2002). Les stratégies communicationnelles dites efficientes visent avant tout à impliquer, à susciter l'intérêt, la compréhension et l'adhésion du personnel au projet en légitimant, en informant et en expliquant les nouvelles orientations stratégiques (Le Borgne, 1999). La réussite d'un projet ou de l'implantation d'une innovation réside donc, entre autres, dans une communication au sein d'une organisation qui accompagne dès la

mise en place d'un projet. Ainsi, une communication efficace, notamment, du directeur général, un porte-parole dont la légitimité est reconnue, aurait pu susciter davantage l'adhésion au projet HPS et la participation aux activités (Kishchuk et Renaud, 2008). Comme le souligne l'ASSSM (2011, p. 28), « il est important que la direction élabore efficacement ses objectifs de changement pour l'organisation de même que sa capacité à les communiquer à ses membres à travers une vision stimulante ». Ces manquements au niveau de la communication au sein du CHU, par notamment le DG, se reflètent, par la méconnaissance de la grande majorité du personnel que le centre hospitalier universitaire, au sein duquel ils travaillent, est un hôpital promoteur de santé dans lequel la promotion de la santé doit être intégrée de façon transversale, dans toutes les actions et les décisions au quotidien. Un hôpital dont la culture, les infrastructures, les actions, les décisions et la gestion du personnel favorisent, notamment, la création d'un milieu sain de travail. Un environnement qui devrait permettre au personnel et aux gestionnaires d'augmenter le contrôle sur leur propre santé et leur bien-être et de l'améliorer (OMS, 2004). Un élément incontournable pour tous les HPS (OMS, 2006a).

Ainsi, les changements de direction apportent avec eux de la turbulence, des transformations, des périodes d'adaptation qui peuvent agir comme catalyseur pour ce type de projet (ASSSM, 2011) ou encore, affaiblir son déploiement en changeant, entre autres, le simple positionnement stratégique de l'intermédiaire qui coordonne sa mise en œuvre. En freinant aussi sa diffusion et l'adhésion à celui-ci en omettant, dans le discours de la direction, d'informer, de clarifier, de légitimer un projet comme celui de la création d'environnements sains de travail au sein d'un HPS.

6) Sixième écueil : insuffisances des réponses de l'organisation à la création de milieux sains de travail en raison des contraintes structurelles

Une coproduction du travail promotrice de santé est considérée comme un élément incontournable, par l'OMS (2006) et le réseau EPS (2011), pour créer un environnement de travail sain dans un HPS. Cet élément est également appuyé par

de nombreuses recherches multidisciplinaires qui reconnaissent que la culture organisationnelle et le travail ont des impacts importants sur le bien-être et la santé psychologique d'un individu. On reconnaît aussi que la santé psychologique d'un individu a des impacts sur les relations qu'il entretien avec ses collègues, la qualité du travail, la productivité, etc. On retrouve également pour ce volet un alignement d'intérêts, car la santé psychologique est l'une des principales causes d'absentéisme, de présentéisme et de roulement de personnel.

La Direction de la promotion de la santé a agi comme porte-parole dans la mise en œuvre de plusieurs projets contribuant à créer un milieu de travail sain. Cependant, pour le volet « coproduction du travail promoteur de santé », seule la Direction des ressources humaines instiguait les programmes, les projets selon les lois, les « bonnes pratiques » en matière de gestion, les objectifs organisationnels, etc. Selon les acteurs interrogés, la DRH était déjà, avant l'arrivée de la DPS, sensibilisée et proactive en matière de santé et bien-être au travail. Bien que la DPS ait une expertise en PST, la DRH intervenait seule dans ce domaine considérant que de nombreuses actions entreprises par la Direction des ressources humaines étaient, de ce fait, de la promotion de la santé au travail (les modes de gestion, le développement organisationnel, etc.). On s'interrogeait aussi sur la pertinence entourant la l'adhésion HPS qui était perçue comme étant, en quelque sorte, accessoire puisque les éléments pour un environnement de travail sain étaient déjà présents au CHU sans être rassemblés sous le parapluie de la PS qui pourrait, en fait, être celui du développement durable ou de toute autre appellation (DRH1). L'expertise de la DPS, sans être ouvertement remis cause, n'était donc pas requise.

Bien que la coproduction du travail soit un mandat de la DRH, le volet « promoteur de santé » semblait absent lors des entretiens. Si la santé était abordée à travers, notamment, le centre d'activité physique, c'était pour contrer les maux de dos qui ont des effets sur l'absentéisme et le taux d'assurance salaire (DRH2). L'activité physique était aussi perçue comme un moyen pour améliorer la productivité, le dynamisme et favoriser de meilleures relations (DRH2). Ce qui est en soit favorable

à la santé. Toutefois, ici, « la santé apparaît comme une nouvelle variable, voire un nouvel outil pour l'organisation au même rang que les technologies, que les fonds financiers » (Jolivet et Vasques, 2012, p. 245). Une ressource que l'on cherche à promouvoir pour les bienfaits de l'organisation (Ibid.). Tandis que pour la DPS, « le bien-être des individus était le principe fondateur de la politique menée, les considérations de performance organisationnelle restaient secondaires » (Ibid.).

Si la Direction des ressources humaines considère que les éléments d'une coproduction du travail promotrice de santé étaient déjà pris en compte sans être rattachés à l'adhésion HPS et corollairement à l'approche parapluie qu'est la promotion de la santé dont celle pour le personnel, peut-on dire alors que travailler au CHU est promoteur de santé ? C'est-à-dire que les « directives, les règles, les procédures, les ressources et les pratiques favorisent la santé physique et mentale des employés, des professionnels de la santé, des gestionnaires, des médecins, des chercheurs et des stagiaires ? (Brun, 2006, p. 26) C'est ce qu'on pourrait penser à la lecture de la *Politique de promotion de la santé* de ce HPS montréalais qui mentionne que l'on vise à maintenir au CHU un environnement sain de travail (CHU, 2009). Or, selon notre analyse (voir chapitre 5) le cœur du travail, les leviers qui améliorent le bien-être et l'efficacité au travail (Brun, 2006), ne sont pas tous présents. Certaines dimensions d'une coproduction du travail promotrice de santé sont mises en place, mais de façon variable, tandis que d'autres facteurs contribuent à créer un mélange dit délétère par des employés et gestionnaires, tel que nous le démontre le tableau 6.3, portant atteinte au bien-être au travail et corollairement à la santé de l'organisation (Ibid.) Plusieurs gestionnaires et membres du personnel nous ont mentionné, entre autres, une charge de travail élevée où l'urgence était un élément quotidien. Une situation qui était indiquée comme étant problématique pour le changement, même celui qui est ardemment souhaité, au CHU, puisque toutes les énergies sont mises au fonctionnement quotidien et à « éteindre des feux » (haute direction 1, gestionnaire 3-4-5). La charge de travail élevée était également une entrave, selon des gestionnaires, à la créativité (gestionnaire 4). À l'instar de la littérature, de nombreux employés et gestionnaires

surchargés de travail n'ont pas le temps de s'occuper de leur santé et de leur bien-être (Brun, 2006) ou d'apporter les changements souhaités dans leur milieu de travail. Certains mentionnaient avec humour faire de l'exercice avec les doigts sur le clavier faute de temps pour pratiquer une activité physique.

Tableau 6.3 Résumé de certaines contraintes structurelles, paradoxes et de leurs impacts sur la mise en place d'environnements sains de travail au CHU

ACTANTS	EXTRAITS
1. Demandes paradoxales du MSSS	Coupures, meilleur service, temps restreint, lourdeurs administratives, faire plus avec moins = stress
2. Manque de ressources humaines	Ex. : déséquilibre depuis un an : « je fais de l'exercice avec mes doigts sur le clavier » (Direction des communications)
3. Charge de travail élevée	Ex. : « entre les médecins, on n'ose même pas se demander comment ça va ? » (charge de travail trop élevée, malade avec fièvre: on opère...). On ne veut pas qu'on nous demande plus [spécialiste] rejoint les propos de Maranda et coll. (2006) sur la détresse des médecins « Donnez-nous le temps de manger! » (infirmières Centre des naissances) « J'ai fait un burnout » (Chef de secteur H&S) « Je rentre au travail à 7h le matin et quitte à 22h le soir. J'ai juste le goût de m'assoir et de regarder la télévision en arrivant pourtant j'étais et je suis une fille active » (Gestionnaire H&S)
4. Temps supplémentaire	Ex. : « Pour terminer le travail : il y a des gestionnaires qui se mettent en danger » (H&S) Temps supplémentaire obligatoire

D'autres disaient être trop fatigués pour faire de l'exercice ou simplement ne pas avoir le temps pour en faire de façon régulière. Dû à des changements et à une pénurie de personnel, certains vivaient un déséquilibre depuis plusieurs mois. D'autres encore souhaitaient profiter des activités de promotion de la santé offertes sur les heures du midi, comme les midis musicaux, mais des réunions programmées à l'heure du repas les empêchaient d'assister à ces évènements. Certaines

infirmières ne pouvaient simplement pas prendre leur pause repas, parfois, dû à la nature de leur travail et au manque de ressources humaines qui perdure depuis des années. La loi sur les heures supplémentaires obligatoires agissait aussi, tel un frein, à la santé et au bien-être des infirmières. Ainsi, la surcharge de travail, les urgences, les relations tendues ou conflictuelles jointes à des longues heures de travail avaient raison de la santé tant physique que mentale de certains gestionnaires, médecins, professionnels de la santé et des employés au sein de ce HPS montréalais.

On pourrait penser que ces témoignages sont des cas isolés. Or, ils rejoignent de nombreux autres témoignages abordant l'alourdissement et les longues heures de travail, le manque de ressources, le poids des exigences médicoadministratives, la bureaucratisation, le manque de soutien ayant, depuis plusieurs années déjà, des impacts sur la santé tant physique que mentale des professionnels de la santé (Audet et coll., 2003; Carpentier-Roy et coll., 2006; Lemieux et coll., 2005; Maranda et coll., 2006) et du personnel, mais aussi sur celle des hôpitaux (Lemieux et coll., 2005).

> Les difficultés imposées au personnel sont souvent énormes et menacent leur qualité de vie : appel au jour le jour et à toutes les heures, horaires variables, incapacité de répondre à certaines obligations familiales. Ces différents facteurs conjugués à la surcharge de travail, à l'alourdissement de la clientèle, à l'instabilité des équipes et aux pénuries manifestées dans certaines catégories professionnelles, ont contribué à créer une situation de risque élevé pour la santé physique et mentale des personnels et à entretenir un sentiment d'insatisfaction, d'épuisement, de morosité dans les établissements [...]. (Lemieux et coll., 2005, p. 247)

Ainsi bien que la coproduction du travail au CHU soit un mandat et une priorité de la Direction des ressources humaines, cette coproduction du travail n'est pas nécessairement promotrice de santé pour les personnels du HPS montréalais. En fait l'adhésion HPS ne semble pas avoir apporté de réels changements pour une coproduction du travail PS. À l'instar des recherches sur le sujet, l'innovation introduite dans le milieu hospitalier rencontre maints obstacles (Denis, 2002; Mintzberg et Glouberman, 2001; Rey, 2014) dont celui du contexte de pénurie des ressources où l'on tente de « faire plus avec moins ». Moins de ressources

financières et humaines et des demandes croissantes ainsi qu'un alourdissement des cas à traiter (Lemieux et coll., 2005). Il est également difficile d'agir sur l'ensemble des 16 000 individus qui travaillent au CHU. Agir, notamment, sur les modes de gestion requiert des efforts renouvelés dus notamment au taux de rotation des cadres (DRH1). On trouve aussi des acteurs qui résistent en fonction de leurs intérêts propres à ladite innovation (Callon et Latour, 1986 ; Rey, 2014) ni voyant que très peu de bénéfices et gardant, par le fait même, le statu quo.

6.3 Environnement sain de travail au CHU, un HPS montréalais ?

> *Les sociétés hypermodernes ne sont pas économiquement fragiles. En revanche, elles semblent perdre le sens d'elles-mêmes. La mobilisation sur le travail conduit à inverser l'ordre des priorités, comme si la société tout entière devait se mettre au service de l'économie.* (De Gaulejac, 2005)

Afin d'implanter un milieu de travail sain au CHU, il est primordial de renouveler les formes et des pratiques (Ibid.) puisque celles mises en place ne semblent pas contribuer, selon plusieurs acteurs au niveau national, régional et local, de façon optimale à la santé et au bien-être du personnel et corollairement à l'attraction, la rétention du personnel ainsi qu'à la qualité des soins et des services, à la santé globale de l'organisation (Rey, 2014). Or, l'hôpital est, comme nous l'avons mentionné, une organisation extrêmement complexe (Bilterys, 2013; Glouberman et Mintzberg, 2001; Rey, 2014) dans laquelle le changement, qui est un exercice tout aussi complexe, doit être coordonné de manière cohérente tant au niveau des décisions que des actions aux différents niveaux d'exercice de la gouvernance (Denis et coll., 2012). Or, au fil des années, de nombreuses réformes ont eu lieu, à l'instar de l'adhésion HPS, sans que rien de fondamental n'ait changé (Glouberman et Mintzberg, 2001). Selon Brun, « ce n'est pas parce qu'on ne connaît pas la solution que rien n'est fait, mais plutôt parce qu'on ne sait pas comment élaborer un processus de changement visant l'amélioration du bien-être » (, 2006, p. 180) qui est, en fait, rarement une préoccupation importante dans le « tableau de bord des directions et des gestionnaires » (Ibid., p. 24).

Au CHU, un hôpital promoteur de santé montréalais, le rideau est tombé. La Direction de la promotion de la santé ayant, au tout début, en 2007, un rôle principal a dû longuement faire ses preuves, susciter l'intérêt, enrôler des membres pour une vision holistique de la santé et du bien-être au travail. Toutefois, les recherches probantes, le manque d'évaluations positives significatives révélant l'indispensable atout que représente la promotion de la santé au travail pour le CHU étaient manquants. Les études économiques démontrant la rentabilité d'un tel projet dans un hôpital se faisaient rares. L'actant, les finances, était aussi restreint et la compétition pour les ressources était forte. « L'implantation d'une telle innovation [...], ne pouvait être le résultat de l'action d'un groupe en particulier ni se résumer à la simple application de normes ou de procédures » (Bilterys, 2013, p. 74). L'engagement des acteurs stratégiques et ceux agissant au niveau opérationnel pour la réussite de la mise en place d'un milieu de travail sain était nécessaire (Ibid.). Or, comme l'analyse l'a démontré, à partir de 2008, suite aux changements à la haute direction, la DPS fut stratégiquement déplacée. Bien que la mise en œuvre de la PS et d'un milieu de travail sain semblait toujours être une priorité, aucune vision d'ensemble ne semblait réunir les acteurs concernés afin que la PST puisse être intégrée dans toutes les dimensions de l'hôpital. La DPS joua alors un rôle d'intermédiaire sur des dossiers périphériques à la santé et au bien-être au travail sans que le contexte entourant le travail et le cœur du travail soit modifié. En 2011, lors des chantiers pour la planification stratégique 2012-2015, l'avenir de la DPS s'est encore une fois joué. La DPS fut transformée en Direction de la qualité, de la promotion de la santé et de l'expérience patient. On assista également à une nouvelle traduction, au sens latourien, de l'énoncé « milieu de travail sain » pour « la reconnaissance du CHU comme milieu de travail exceptionnel ». On pourrait croire que la vision holistique de la santé et du bien-être au travail serait préservée. Néanmoins, il semble que l'énoncé qui définit ce qu'est un milieu de travail exceptionnel préserve peu de choses de cette vision qui se traduit maintenant par « attirer et retenir le personnel et les médecins et offrir les meilleures occasions de développement professionnel. » (CHU, 2012). En 2015, une autre transformation a été apportée à l'organigramme où la DPS et même la Direction de la qualité, de la

promotion de la santé et de l'expérience patient ne sont plus. Que reste-t-il de la conception d'un milieu de travail sain selon le réseau HPS et EPS, sinon les vestiges de l'ancienne organisation ? On retrouve, comme auparavant, les éléments d'un milieu de travail sain où s'est ajouté le volet « art et culture » un projet porté par un des anciens directeurs généraux. Toutefois, certaines dimensions du volet saines habitudes de vie sont menacées par le départ de la DPS mais aussi par l'absence de centre sportif dans le nouveau bâtiment. On peut alors se demander si le CHU, qui est toujours considéré comme un hôpital promoteur de santé, est un milieu de travail sain. Un milieu où les besoins biopsychosociaux du personnel sont priorisés (OMS, 2006a), un environnement de travail où les directives, les règles, les procédures, les ressources et les pratiques favorisent la santé physique et mentale des employés, des professionnels de la santé, des gestionnaires, des médecins, des chercheurs et des stagiaires ? Lors des entretiens, la majorité des personnes rencontrées disaient qu'il restait beaucoup à faire afin que le CHU devienne un milieu de travail sain. De plus, le contexte entourant le travail et le cœur du travail n'a pas changé : pénurie de ressources, urgences, charge et pression de travail élevées, longues heures, heures supplémentaires obligatoires, etc. En l'absence de Direction de promotion de la santé, suite aux modifications de l'énoncé, on peut s'interroger sur la priorité désormais accordée à la santé au bien-être au CHU.

Ainsi, bien que l'implantation de la promotion de la santé au travail par l'adhésion au Réseau HPS-EPS dans un CHU soit une innovation, qu'elle représente une lueur d'espoir, une solution aux problématiques de ressources humaines, faute d'avoir été protégée assez longtemps (Brun, 2006; Latour, 2002), soumise au rapport de force interne à l'organisation (Ibid.), ceux qui s'en sont emparés pour leurs intérêts ont transformé ladite innovation en quelque chose d'autre (Ibid.). Réaffirmant la mission d'excellence de l'établissement où la santé et le bien-être au travail ne semblent malheureusement pas encore être « attractif », l'organisation à l'image de sa structure a gardé en quelque sorte le statu quo (Mintzberg, 1986). Peut-être comme le soulignait un gestionnaire faudra-t-il que la société qui évolue pousse l'organisation à changer, à opérer une révolution stratégique (Ibid.). Un saut

quantique organisationnel (Ibid.) où la santé et le bien-être du personnel sera désormais considérés comme une ressource à préserver (OMS, 2006a) où l'organisation trouvera son compte, car, comme le souligne O'Donnel (2001, cité dans ASSSM, 2011, p. 7), « le rendement humain est meilleur lorsque les personnels sont physiquement et émotivement en mesure de travailler et qu'elles souhaitent travailler ». D'ici là, rien de fondamental ne semble avoir changé.

CONCLUSION

Notre recherche nous a permis de mieux comprendre et de décrire la mise en place du concept d'environnement sain de travail de façon transversale dans un hôpital promoteur de santé montréalais. Dans ce chapitre, en guise de conclusion, nous proposons un retour sur les principaux éléments de notre recherche. Dans un premier temps, nous rappellerons les objectifs de cette recherche, puis, les principaux résultats, les limites de la recherche les pistes pour des recherches ultérieures ainsi que la contribution de notre thèse à la recherche.

Objectifs de recherche

Les objectifs spécifiques de notre recherche se déclinaient en deux volets. Le premier visait à identifier et à décrire les transformations entre le discours initial textuel émis par l'instance internationale et les discours opérationnels dans les instances régionales et locales. Nous souhaitions vérifier, notamment, si à chacune des instances le modèle correspondait à un modèle intégré de santé globale et de bien-être au travail. Les documents permettent-ils une meilleure compréhension du concept de PST afin de faciliter son l'implantation dans les HPS? Le second volet, visait à tracer le réseau du déploiement du concept d'environnements sains de travail de façon transversale dans un hôpital promoteur de santé montréalais. C'est donc l'histoire de la mise en œuvre du concept d'environnement sain de travail dans un HPS que nous avons relatée. Une histoire qui n'était point linéaire où l'on a pu voir sa complexité et la multiplicité des points de vue quant à la mise en place de cette innovation dans un centre hospitalier universitaire montréalais.

Principaux résultats

Dans cette section, nous soulignerons les principaux résultats de notre recherche. Nous aborderons, dans un premier temps, la composition d'un modèle holistique selon les documents relatifs aux meilleures pratiques en matière de milieux de travail sains du réseau HPS-EPS. Un modèle qui n'est toutefois pas présent dans tous les documents analysés. Ensuite, nous reviendrons sur le constat que le domaine de la promotion de la santé (PS) et le concept d'environnement sain de travail ne représentent pas encore une boîte noire. Ce qui représente un défi supplémentaire et soulève des débats. Puis, comme nous l'a démontré notre analyse au cinquième chapitre, certains éléments-clés d'un milieu de travail sain étaient déjà préexistants au CHU avant l'adhésion HPS. Tandis qu'un autre élément, l'art et la culture est venu bonifier le concept de PST. Enfin, la mise en œuvre d'un environnement sain de travail au sein de ce HPS montréalais représente, comme nous l'avons décrit, un défi de taille. Six écueils ont émergé de notre analyse sur lesquels nous reviendrons brièvement, pouvant expliquer les écarts entre le discours écrit, selon les meilleures pratiques et son opérationnalisation dans le HPS

Modèle holistique de six éléments absent de certains documents

Un des obstacles à l'implantation réussie de la promotion de la santé, par notamment, la création d'environnements sains au travail dans les HPS est, comme nous l'avons vu, la complexité des concepts aux multiples définitions qui sont pour plusieurs flous et ambiguës. Notre revue de littérature (chapitre I) a révélé que même parmi les experts, on n'obtient pas de consensus quant aux éléments d'un milieu de travail sain. Toutefois, on mentionne que les programmes devraient être multistratégiques et holistiques afin d'être efficients. C'est-à-dire que c'est à travers de multiples stratégies et interventions ciblant les différentes facettes de la santé et du bien-être au travail pour le personnel, et non pas visant uniquement le changement individuel, que sont obtenus les meilleurs résultats.

Le réseau international HPS ainsi que le réseau québécois des établissements promoteurs de santé ont produits des documents, des guides, des manuels afin de faciliter l'implantation du concept HPS ainsi que celui de création d'environnement sain de travail. Les résultats de notre analyse transversale de quatre documents-clés du réseau nous ont révélé la présence de six éléments constituant un milieu de travail sain qui font état des meilleures pratiques d'après le réseau HPS-EPS.

Le premier élément vise une coproduction du travail promotrice de santé au sein des HPS (leadership, communication, charge de travail, conciliation travail et vie personnelle, etc.). Le deuxième élément est celui de la santé et de la sécurité au travail qui est lié à des actants solides comme des prescriptions légales. Les saines habitudes de vie correspondent au troisième élément. Tandis que réduire les égalités sociales en santé est le quatrième élément qui a comme objectif de réduire les écarts évitables qu'ils soient relatifs au genre, aux situations socioéconomiques, etc. Le cinquième élément est celui des actions de prévention collectives au travail qui correspondent à toutes les actions visant à réduire les facteurs néfastes pour la santé psychologique en agissant directement sur l'organisation. On retrouve dans sa dimension sociale et communautaire pour faciliter la vie au travail du personnel, entre autres, l'accès à un service de santé pour le personnel, à un logement abordable près du travail, à des garderies à horaire adapté, etc. Enfin, le sixième élément d'un milieu de travail sain est celui des choix verts qui préconise une gestion écoresponsable des déchets, de la consommation d'eau, des approvisionnements, des constructions et des rénovations, etc.

Une analyse fine de tous les documents a cependant démontré que seulement deux documents du réseau proposent un modèle holistique abordant les six éléments-clés d'un milieu sain de travail. Ainsi, le modèle global en promotion de la santé orientée vers le personnel est parfois absent des documents du réseau HPS-EPS même s'il est préconisé afin d'obtenir des impacts optimaux en matière de milieux de travail sains.

Or, la communication constitue l'un des aspects essentiels et incontournables du processus de changement et d'organisation, celui par lequel la vision collective est communiquée et prend forme concrète pour devenir réalité. De plus, le réseau HPS-EPS étant des centres de traduction où convergent les inscriptions et les énoncés sur lesquelles s'appuient les établissements membres du réseau, il nous est donc apparu important que les documents d'un même réseau soient à la fois complémentaires et cohérents en incluant dans chacun d'eux, notamment, une vision et les éléments d'un modèle holistique en matière de PS et d'environnement sain de travail offrant des résultats optimaux. Ceci permettra, entre autres, de pallier à l'ambiguïté et aux difficultés conceptuelles et opérationnelles entourant la PS et la création de milieux de travail sains au sein du réseau.

Concept d'environnement sain de travail n'est pas une boîte noire

Un autre résultat que notre recherche a soulevé c'est que le domaine de la promotion de la santé (PS) et le concept d'environnement sain de travail ne représentent pas encore une boîte noire malgré qu'ils soient tous deux appuyés par de nombreuses recherches régionales, nationales et internationales provenant de plusieurs domaines. Une boîte noire représente, par exemple, un domaine ou un concept dont le contenu est accepté et sur lequel on est devenu indifférent parce qu'il est lié par de nombreuses boîtes noires et à des matériaux solides (lois, plans stratégiques, études probantes, etc.).

En fait seule la SST, un des éléments-clés d'un milieu de travail sain, correspond au concept de boîte noire, à un passage obligé. C'est un élément qui est présent dans tous les documents du réseau EPS-HPS puisqu'il est lié à d'autres boîtes noires ainsi qu'à des lois dans de nombreux pays, etc. A contrario, une coproduction du travail promotrice de santé pour le personnel au sein des HPS, un autre élément-clé d'un milieu de travail sain, ne correspond pas à une boîte noire et suscite par le fait même des débats quant à l'étendu et aux capacités de l'organisation et des acteurs de la mettre en œuvre. Ainsi, il y a au-delà des faits, une science qui est issue d'une

coconstruction qui traduit les intérêts personnels des professionnels de la santé et des gestionnaires, les enjeux du moment, etc.

Cette absence de boîte noire en de promotion de la santé ainsi que pour la création de milieux de travail sains a eu, comme notre recherche l'a démontré, des impacts au niveau du discours textuel au sein du réseau HPS-EPS mais aussi lors de la mise-en-œuvre d'un environnement sain de travail au CHU en suscitant, par le blanc des textes, mais aussi par l'absence d'actants solides, des controverses. On a ainsi débattu sur la pertinence d'avoir entre les murs du CHU un gymnase. Puisque les plans pour le nouveau bâtiment n'incluaient pas d'espace pour la pratique d'activités physiques pour le personnel. Les arguments pour et contre soulignaient l'équité pour le personnel, mais aussi appelait l'actant les finances à la barre pour défendre l'option d'un abonnement à un centre d'activités physiques hors du CHU.

L'autre controverse soulevée concernait l'utilisation « HPS » comme image de marque, comme incitatif pour l'attraction et la rétention du personnel au CHU. L'adhésion HPS faisait partie des options proposées par le MSSS afin que les établissements du réseau deviennent des « employeurs de choix » d'ici 2015. L'ASSSM qui coordonne le réseau EPS voyait également l'adhésion au réseau HPS comme une stratégie pour préserver la mission de PS, notamment, des hôpitaux, mais aussi pour sa dimension attractive et pour favoriser une diminution de l'assurance salaire, etc. Or, au CHU on mentionnait que l'adhésion au réseau HPS n'était pas attractive. Même certains acteurs qui étaient convaincus de la pertinence de la PS dont celle pour le personnel, soulignaient que l'on n'attire pas de nouvelles recrues en étant un hôpital promoteur de santé. Ainsi, lors de notre passage au CHU, la majorité des employés, médecins, gestionnaires et professionnels de la santé ne savait pas qu'elle travaillait dans un hôpital promoteur où la PS dont celle orientée vers le personnel doit être au cœur de sa mission, de sa culture, des décisions et des actions.

Éléments d'un milieu sain de travail préexistants à l'adhésion HPS

Un autre résultat intéressant de cette recherche concerne l'existence de plusieurs éléments d'un milieu de travail sain au CHU avant son adhésion au réseau HPS-EPS. Ces éléments n'étaient toutefois pas intégrés dans une vision globale de la mise-en-oeuvre de la promotion de la santé dont celle spécifiquement orientée pour le personnel. De plus, la majorité des éléments d'un milieu sain de travail déjà préexistants au CHU étaient rattachés à des actants solides comme des lois ou des structures dites permanentes. La plupart d'entre eux étant liés à la DRH. On retrouve ainsi un fil conducteur reliant plusieurs d'entre eux aux mandats, aux intérêts et aux besoins de la DRH dont ceux de la productivité, de l'attraction, de la rétention du personnel, de la diminution de l'assurance salaire et de la santé et sécurité au travail (SST).

Toutefois, ces éléments constituants un milieu de travail sain n'étaient pas intégrés dans une vision globale pour la mise en place de la PS dont celle orientée vers le personnel. De plus, malgré la présence de ces éléments, la création d'un environnement de travail sain représentait un réel défi pour le centre hospitalier qui n'était pas reconnu, par les personnes interrogées, comme un milieu de travail sain. Ce constat était fait, entre autres, dues aux difficultés relatives au premier élément-coproduction promotrice de santé. Tant les gestionnaires que les employés interrogés disaient que souvent la charge de travail était très élevée causant des déséquilibres et de l'épuisement. Il était alors pour certains acteurs, dans ce contexte organisationnel, plus difficile de prendre soin de leur santé et de leur bien-être au travail. Les relations tendues au travail ou encore les difficultés communicationnelles engendraient aussi des tensions tout comme les demandes paradoxales auxquelles il était difficile de répondre par moment.

Art et culture comme nouvel élément d'un environnement sain de travail

L'art et la culture est un élément nouveau qu'on ne retrouvait pas dans aucun des quatre documents analysés du réseau HPS-EPS. Celui-ci fut intégré au CHU grâce à la vision d'un de ses directeurs généraux qui fut impliqué dans le développement de projets similaires sur le continent européen. Le CHU a donc bonifié le concept d'environnement sain de travail à l'intérieur d'un HPS par l'ajout de cette nouvelle dimension. L'art et la culture s'inscrivant, notamment, à l'intérieur du projet international *Agenda 21* de la culture des Cités et Gouvernements Locaux Unis (CGLU) ayant comme objectif de mettre l'accent sur les enjeux culturels dans un contexte de développement durable dans les villes. Intégrer l'art et la culture peut toutefois susciter des controverses dues notamment au contexte budgétaire restreint. L'art est parfois perçu comme un luxe et pour certaines personnes les sommes investies peuvent paraître futiles au regard d'autres priorités comme les soins. C'est pour cette raison que les projets d'art et de culture au sein du CHU sont autofinancés par des partenaires externes, des entreprises, des programmes culturels gouvernementaux, etc.

Six écueils de la mise en place d'un milieu de travail sain au CHU

Enfin, malgré la présence de plusieurs éléments d'un environnement de travail sain au CHU avant l'adhésion HPS, la mise en place de milieux de travail sains n'est pas encore actualisée au sein de l'hôpital promoteur de santé étudié. Cette recherche a soulevé six écueils qui peuvent expliquer les écarts entre le discours écrit, selon les meilleures pratiques et son opérationnalisation dans le HPS. Puisque comme le soulignaient certains gestionnaires, bien que tout le monde soit pour la vertu, la concrétisation d'un plan global en promotion de la santé pour le personnel rencontre plusieurs écueils dont certains étaient déjà documentés.

Le premier écueil est celui de la complexité du concept d'environnement sain de travail. Notre recherche démontre, à l'instar d'autres études, que l'appropriation des

concepts, notamment, de milieux sains de travail demeure complexe, et ce malgré les outils mis à la disposition des établissements membres du réseau. Le second est celui du financement des projets en promotion de la santé au travail. L'actant que sont les finances représente un réel défi pour la mise en place de la PS destinée au personnel de façon transversale, multistratégique et intégrée au sein du HPS montréalais. Notre analyse montre clairement que l'actant les finances a freiné et orienté l'implantation du concept HPS ainsi que la création de milieux de travail sains au CHU. Le troisième écueil est celui du rôle périphérique qu'occupe la direction de la promotion de la santé. Ainsi, bien que la DPS se soit vu confier le mandat de mettre en œuvre la PS dont celle pour le personnel de façon transversale au sein de l'organisation suivant les normes et les stratégies établies par l'OMS, elle intervient principalement sur des éléments tels que les saines habitudes de vie, la santé sociale, l'événementiel sans réellement toucher au cœur du travail, c'est-à-dire aux éléments favorables à une coproduction du travail promotrice de santé pour le personnel. Le quatrième écueil est celui des changements consécutifs à la direction générale des HPS, *q*ui sont considérés comme un obstacle à la mise en place de la PST. Les changements successifs au sommet organisationnels au CHU ont entraîné dans leurs sillages, notamment, des changements défavorables à la diffusion et l'implantation de la PST en déplaçant, entre autres, la DPS sur l'organigramme à une position stratégiquement moins favorable. La communication du DG a aussi été soulevée comme étant un frein à la diffusion, à la compréhension et à l'adhésion des concepts HPS et de PST. Le cinquième écueil met en lumière la difficile travail de collaboration et les controverses entourant l'adhésion HPS ainsi que la création d'un milieu de travail sain. Enfin, le sixième écueil est celui de la difficile mise en place de la promotion de la santé au cœur même du travail afin d'assurer une coproduction du travail, pour le personnel, promotrice de santé (horaire, conciliation travail-vie personnelle, charge de travail, leadership, communication, etc.)

Limites de notre recherche

La première limite de cette recherche est l'utilisation de l'étude de cas qui ne permet pas de généraliser les résultats de cette recherche. Toutefois, à l'aide de la triangulation nous avons pu voir que certains de nos résultats concordaient avec ceux d'autres études.

Lors de la collecte de données, nous avons été également confrontés à certaines contraintes, dont celle de la disponibilité de personnes uniquement intéressées par la mise en place d'environnements sains de travail au CHU. La DPS, qui agissait comme intermédiaire auprès des divers acteurs à rencontrer au sein du centre hospitalier, a tenté à plusieurs reprises de contacter des gestionnaires qui se disaient contre son implantation sans toutefois que ceux-ci soient intéressés à participer à cette recherche. Toutefois, lors des entretiens tant les gestionnaires que les employés rencontrés nous ont offert des points de vue nuancés en abordant aussi celui des personnes qui se disaient contre une telle initiative.

Pour terminer, dans le cadre de cette recherche, nous avons choisi de nous attarder uniquement aux projets mis en œuvre par la DPS. Ainsi, les projets, les stratégies et les interventions mis en place en silos par d'autres directions ou département au CHU n'ont pas été colligés.

Pistes de recherche

Différentes pistes de recherche ont émergé de nos données. Initialement nous avions prévu une étude comparative de deux hôpitaux promoteurs de santé montréalais que les contraintes, notamment de temps, mais aussi l'ampleur de la tâche dans le cadre d'une recherche doctorale, ne nous permettait pas d'entreprendre. Il serait donc intéressant d'étudier, la création d'environnements sains de travail à l'intérieur d'un autre centre hospitalier universitaire afin de comparer les données et d'enrichir notre vision de ce processus complexe.

Il serait également intéressant d'étudier l'évolution et la transformation du milieu de travail au CHU après la disparition de la direction de la promotion de la santé. Que reste-il des initiatives en matière de PST ? Est-ce que d'autres initiatives ont vu le jour ? Comment se traduit le concept d'environnement sain de travail dix ans après son implantation au CHU ? Comment la dernière réforme du système de santé affecte-t-elle la santé et le bien-être du personnel au travail ?

Enfin, il serait intéressant d'étudier les stratégies communicationnelles qui faciliteraient la compréhension, la diffusion et l'adhésion au concept HPS et d'environnement sain de travail au sein du réseau.

Contributions

En conclusion, cette recherche contribue à l'avancement de la recherche en posant un regard nouveau sur la mise-en-œuvre de milieux de travail sains permettant de mieux comprendre, par une description et une analyse fine et en profondeur la complexité du concept implanté dans un HPS montréalais. C'est en racontant la périlleuse histoire de la mise en place d'un environnement sain de travail au CHU, en fournissant de nombreuses descriptions que l'on peut appréhender les défis rencontrés, les nombreuses négociations ainsi que les facteurs en jeu lors du processus d'implantation d'un milieu de travail sain.

Cette recherche offre également une analyse en profondeur des documents-clés d'un même réseau révélant les éléments transversaux de contenu pour la création d'un environnement sain de travail d'après la littérature relative aux meilleures pratiques du réseau HPS-EPS reflétant aussi le manque de consensus et de cohérence des documents-clés devant guider les responsables de sa mise en place.

L'originalité de cette thèse est, également, d'avoir étudié et analyser la mise en place de la promotion de la santé orientée vers le personnel, celle coordonnée par la DPS, de façon transversale dans un hôpital promoteur de santé montréalais.

D'autres études ont ciblé plus particulièrement un département ou un projet pilote. Cette recherche offre donc une vue d'ensemble de l'implantation du concept qui se doit d'être intégré à la culture, aux décisions, aux actions du HPS de façon transversale.

Au niveau méthodologique, l'étude de cas a permis une compréhension profonde des phénomènes, des processus les composant ainsi que des personnes y prenant part. À travers les entretiens nous avons pu rassembler et reconstruire l'histoire de la mise en œuvre du concept HPS et celui de la création de milieux de travail sains au CHU. C'est une démarche de découverte, une démarche scientifique légitime qui permet de décrire et d'expliquer le phénomène dans toute sa complexité. Enfin, l'approche multiméthode, qui sous-entend l'utilisation de plus d'une source de données et de divers outils de cueillettes utilisés dans le cadre de cette recherche permet également à la complexité du phénomène étudié de se révéler, mais elle vient aussi pallier aux défauts incontournables des méthodes d'investigation en sciences sociales. Puisqu'il est rare de trouver les mêmes défauts d'une méthode à l'autre, les multiples méthodes deviennent alors complémentaires assurant la rigueur et la profondeur de la recherche.

Enfin, cette recherche met en lumière l'intérêt que représente la création d'environnements sains de travail au sein des HPS, mais aussi les nombreux défis et la complexité qui guettent l'implantation de ce type d'innovation, qui introduite dans un centre hospitalier, a été maîtrisée et assimilée au fonctionnement de l'organisation sans que des changements de fond au niveau de la culture, des actions et de la prise de décision aient lieu afin de rendre le milieu de travail véritablement promoteur de santé pour les médecins, les gestionnaires, les professionnels de la santé et les employés au CHU. Alors, même si, comme le souligne O'Donnell (2001), « le rendement humain est meilleur lorsque les personnes sont physiquement et émotivement en mesure de travailler et qu'elles souhaitent travailler », le cœur du travail et ses conditions parfois délétères pour la santé n'ont pas changé. Un élément incontournable de tout milieu de travail sain,

mais ô combien complexe à modifier dans le contexte actuel de coupes budgétaires, de la réduction des effectifs et d'urgences quotidiennes où la santé et le bien-être du personnel ne sont pas encore perçus par tous comme étant une ressource et une priorité organisationnelle.

APPENDICE A1

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LA DIRECTION DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Bonjour,

Mon nom est Nadine Martin, je fais présentement ma thèse de doctorat. Dans le cadre de ma thèse doctorale, je cherche à comprendre comment se déploie, se traduit et est mise-en œuvre la promotion de la santé pour le personnel (Norme 4- environnements sains de travail) à partir de l'OMS jusqu'au CHU, un hôpital promoteur de santé montréalais.

Lors de cet entretien qui se déroulera en trois temps, j'aimerais aborder avec vous deux thèmes principaux. Le premier est celui de la promotion de la santé au travail. Le second, celui du contexte dans lequel s'inscrit la Norme 4- environnements sains de travail d'environnement sain de travail.

La troisième partie de cet entretien consiste en une brève rétroaction ainsi qu'un court questionnaire sur les données sociodémographiques.

Donc ayant le premier thème en tête, la promotion de la santé au travail...

PREMIÈRE PARTIE : Promotion de la santé au travail

1. Pouvez-vous me parler de vos responsabilités, de votre rôle au CHU...

2. Qu'est-ce que pour vous un hôpital promoteur de santé comme le CHU?
   - Quels sont ses principaux mandats?
   - Selon vous, quelles sont les priorités d'un hôpital promoteur de santé?
   - Quelles valeurs sont au cœur d'un hôpital promoteur de santé comme le CHU?
   - Qu'est-ce que vous pensez de cette initiative?

3. Qu'évoque pour vous la promotion de la santé au travail (Norme 4- environnements sains de travail)?

4. Selon vous, quel est le cœur de la Norme 4- environnements sains de travail / promotion de la santé pour le personnel
   - Éléments fondamentaux
   - Les éléments secondaires
   - Les éléments négociables
   - Les priorités
   - Comment ses priorités sont –elles présentement actualisées au CHU?

5. De quelles façons la PST est-elle communiqués?
   - Vos sources d'information et d'inspiration
   - Au sein de votre département
   - Aux autres départements et membres du personnel

6. Quel est le pourcentage du budget de la DSP attribué à la mise en œuvre de la Norme 4- environnements sains de travail?
   - Ressources financières (sources de revenus : subvention, CHU etc.)
   - Ressources humaines
   - Temps (combien (%) de votre temps est consacrez à la Norme 4- environnements sains de travail)

7. Quels sont les projets qui visent la Norme 4- environnements sains de travail au CHU?
   - Pourquoi ces projets?
   - Sur quoi vous êtes-vous appuyées pour élaborer les projets?

8. Quelles dimensions de la promotion de la santé au travail sont plus :
   - Facilement misent en œuvre?
   - Plus difficile ?

9. Dans la mise en œuvre de la promotion de la santé au travail?
   - Quelles résistances rencontrez-vous?
   - Comment les interprétez-vous/ les percevez-vous?
   - Quelles sont vos stratégies pour faire face à ces résistances?
   - Quels sont les éléments facilitateurs?
   - Pour quelles raisons?

10. Vous devez négocier la mise en œuvre de la Norme 4- environnements sains de travail avec quels groupes d'acteurs au sein du CHU?
    - La Direction de la Promotion de la Santé relève de qui? (CA?)
    - Avec qui devez-vous négocier les différents projets?
    - Quelles sont vos marges de manœuvre?
    - Qui sont vos alliés?
    - Qui sont le (s) groupe (s) d'acteurs qui opposent le plus de résistance au projet?

DEUXIÈME PARTIE : LE CONTEXTE

Maintenant, j'aimerais voir avec vous certains éléments de contexte...

11. En quoi les grandes orientations, l'histoire, les valeurs institutionnelles du CHU favorisent-elles la PST ?

12. Idéalement, pour faciliter l'implantation de la PST, les stratégies organisationnelles au CHU devraient ... ?

13. Dans une grande structure organisationnelle comme celle du CHU, quels sont les facteurs (les secteurs, les acteurs) les plus susceptibles de faciliter la PST ?
    - De la rendre plus difficile ?
    - Votre stratégie est de...

14. Dans le contexte social montréalais la mise en œuvre de la PST est?
    - Plus facile dû ... ?
    - Plus difficile parce que... ?
    - Votre stratégie est...

15. Quelles sont les lois qui viennent soutenir la mise en œuvre de la Norme 4- environnements sains de travail ?
    - Loi sur les cafétérias
    - CSST
    - Projets de loi à venir...

16. Comment avez-vous adapté le projet de PST afin qu'il puisse s'insérer plus aisément dans l'environnement (politique, social, organisationnel) dans lequel il se trouve ?
    - Modifications
    - Stratégies

17. Globalement, à qui revient la responsabilité de la santé au travail pour le personnel ?

18. Dans la mise en œuvre de la Norme 4- environnements sains de travail, vous serez satisfaite quand... ?
    - Qu'est-ce qui va faire que vous allez avoir l'impression du devoir accompli, d'une réussite ?

APPENDICE A2

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LA CONSEILLÈRE ET L'ÉDUCATRICE EN PS

PREMIÈRE PARTIE : Promotion de la santé au travail

1. Pouvez-vous me parler de vos responsabilités, de votre rôle au CHU...

2. Qu'est-ce que pour vous un hôpital promoteur de santé comme le CHU?
   - Quels sont ses principaux mandats?
   - Selon vous, quelles sont les priorités d'un hôpital promoteur de santé?
   - Quelles valeurs sont au cœur d'un hôpital promoteur de santé comme le CHU?
   - Qu'est-ce que vous pensez de cette initiative?

3. Qu'évoque pour vous la promotion de la santé au travail?

4. Selon vous, quel est le cœur de la Norme 4- environnements sains de travail / promotion de la santé pour le personnel
   - Éléments fondamentaux
   - Les éléments secondaires
   - Les éléments négociables
   - Les priorités
   - Comment ses priorités sont –elles présentement actualisées au CHU?

5. De quelles façons la PST est-elle communiquée?
   - Vos sources d'information et d'inspiration
   - Au sein de votre département
   - Aux autres départements et membres du personnel

6. Pouvez-vous me parlez des projets en PST auxquels vous avez personnellement participés (autre H & S) ?

7. Qu'est-ce quelles sont les dimensions/éléments qui ont contribué au succès du projet au sein du département H & S et aux difficultés rencontrées au Centre des Naissances...

8. De façon générale, quelles dimensions de la promotion de la santé au travail sont plus:
   - Facilement misent en œuvre?
   - Plus difficiles ?

9. Globalement, dans la mise en œuvre de la promotion de la santé au travail ?
   - Quelles résistances rencontrez-vous?
   - Comment les interprétez-vous/ les percevez-vous?
   - Quelles sont vos stratégies pour faire face à ces résistances?

- Quels sont les éléments facilitateurs?
- Pour quelles raisons?

DEUXIÈME PARTIE : LE CONTEXTE

Maintenant, j'aimerais voir avec vous certains éléments de contexte...

10. Globalement, à qui revient la responsabilité de la santé au travail pour le personnel ?

11. Comment, d'après vous, la promotion de la santé pour le personnel pourrait-elle devenir un changement durable, en profondeur au
    - Au CHU
    - Dans la société en générale

12. Qu'est-ce qui ferait qu'elle soit plutôt un changement précaire, en surface, qui risque de passer plus ou moins rapidement sans trop d'effet ?

13. Dans la mise en œuvre de la PST, vous serez satisfaite quand... ?
    - Qu'est-ce qui va faire que vous allez avoir l'impression du devoir accompli, d'une réussite ?

14. Avons-nous fait le tour selon vous...

APPENDICE A3

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES/ SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

PREMIÈRE PARTIE : Promotion de la santé au travail

1. Pouvez-vous me parler de vos responsabilités, de votre rôle au CHU...

2. Qu'est-ce que pour vous un hôpital promoteur de santé comme le CHU?
   - Quels sont ses principaux mandats?
   - Selon vous, quelles sont les priorités d'un hôpital promoteur de santé?
   - Quelles valeurs sont au cœur d'un hôpital promoteur de santé comme le CHU?
   - Qu'est-ce que vous pensez de cette initiative?

3. Qu'évoque pour vous la promotion de la santé au travail?

4. Selon vous, quel est le cœur de la promotion de la santé pour le personnel
   - Éléments fondamentaux
   - Les éléments secondaires
   - Les éléments négociables
   - Les priorités
   - Comment ses priorités sont –elles présentement actualisées au CHU?

5. De quelles façons la PST vous est-elle communiquée?
   - Vos sources d'information et d'inspiration
   - Au sein de votre département, comment la communiquez-vous?
   - Aux autres départements et membres du personnel

6. Quel est l'intérêt des projets en PST pour la DRH et la SST?

7. Quel est le rôle de la DRH et la SST dans la mise en œuvre de la PST?

8. Quel est le pourcentage du budget de votre direction/ département attribué à la mise en œuvre de la PST?
   - Ressources financières (sources de revenus : subvention, CHU etc.)
   - Ressources humaines

9. Pouvez-vous me parlez des projets que la DRH et la SST développe en PST?
   - Pourquoi ces projets?
   - Sur quoi vous êtes-vous appuyées pour élaborer les projets?

10. De quelles façons la DRH/ Santé et sécurité au travail travaille-t-elle avec la DSP dans la mise en œuvre de la PST?
    - Vision globale stratégique
    - Définitions
    - Élaboration des projets?

11. Quels projets développez-vous conjointement avec la DSP?
    - Avec d'autres départements?
    - Sur quoi vous êtes-vous appuyées pour élaborer les projets?

12. Comment percevez-vous le rôle de la DRH dans la mise en œuvre de la PST?
    - Quel est votre rôle à vous dans la mise en œuvre de la PST?

13. Quelles dimensions de la promotion de la santé au travail sont plus :
    - Facilement misent en œuvre?
    - Plus difficiles ?

14. Dans la mise en œuvre de la promotion de la santé au travail?
    - Quelles résistances rencontrez-vous?
    - Comment les interprétez-vous/ les percevez-vous?
    - Quelles sont vos stratégies pour faire face à ces résistances?
    - Quels sont les éléments facilitateurs?
    - Pour quelles raisons?

15. Vous devez négocier la mise en œuvre de la PST avec quels groupes d'acteurs au sein du CHU?
    - Avec qui devez-vous négocier les différents projets?
    - Quelles sont vos marges de manœuvre?
    - Qui sont vos alliés?
    - Qui sont le (s) groupe (s) d'acteurs qui opposent le plus de résistance au projet?

DEUXIÈME PARTIE : LE CONTEXTE

Maintenant, j'aimerais voir avec vous certains éléments de contexte...

16. En quoi les grandes orientations, l'histoire, les valeurs institutionnelles du CHU favorisent-elles la PST ?

17. Idéalement, pour faciliter l'implantation de la PST, les stratégies organisationnelles au CHU devraient ... ?

18. Dans une grande structure organisationnelle comme celle du CHU, quels sont les facteurs (les secteurs, les acteurs) les plus susceptibles de faciliter la PST ?
    - De la rendre plus difficile ?
    - Votre stratégie est de...

19. Dans le contexte social montréalais la mise en œuvre de la PST est?
    - Plus facile dû ... ? (génération Y ?)
    - Plus difficile parce que... ?
    - Votre stratégie est...

20. Quelles sont les lois qui viennent soutenir la mise en œuvre de la PST?
    - CSST
    - Loi en RH
    - Projets de loi à venir...

21. Comment avez-vous adapté les projets de PST afin qu'ils puissent s'insérer plus aisément dans l'environnement (politique, social, organisationnel) dans lequel il se trouve ?
    - Modifications
    - Stratégies

22. Globalement, à qui revient la responsabilité de la santé au travail pour le personnel ?

23. Comment, d'après vous, la promotion de la santé pour le personnel pourrait-elle devenir un changement durable, en profondeur au
    - Au CHU
    - Dans la société en générale

24. Qu'est-ce qui ferait qu'elle soit plutôt un changement précaire, en surface, qui risque de passer plus ou moins rapidement sans trop d'effet ?

25. Dans la mise en œuvre de la promotion de la santé au travail, vous serez satisfait(s) quand... ?
    - Qu'est-ce qui va faire que vous allez avoir l'impression du devoir accompli, d'une réussite ?

26. Avons-nous fait le tour selon vous...

APPENDICE A4

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LA DIRECTION STRATÉGIQUE

PREMIÈRE PARTIE : Promotion de la santé au travail

1. Qu'est-ce que pour vous un hôpital promoteur de santé comme le CHU?
   - Quels sont ses principaux mandats?
   - Selon vous, quelles sont les priorités d'un hôpital promoteur de santé?
   - Quelles valeurs sont au cœur d'un hôpital promoteur de santé comme le CHU?
   - Qu'est-ce que vous pensez de cette initiative?

2. Qu'évoque pour vous la promotion de la santé au travail (Norme 4- environnements sains de travail)?

3. Selon vous, quel est le cœur de la promotion de la santé pour le personnel
   - Éléments fondamentaux
   - Les éléments secondaires
   - Les éléments négociables
   - Les priorités
   - Comment ses priorités sont –elles, d'après vous, présentement actualisées au CHU?

4. Au CHU de quelles façons la PST vous est-elle communiquée?
   - Comment est-elle communiquée au sein de votre département

5. Comment la direction du CHU participe, appuie les projets en PST?

6. Que connaissez-vous des projets qui visent la PST au CHU?
   - Que pensez-vous de ces initiatives?

7. Quelles dimensions de la promotion de la santé au travail sont, selon vous, plus :
   - Facilement misent en œuvre au CHU?
   - Plus difficiles ?

8. Dans la mise en œuvre de la promotion de la santé au travail?
   - Quelles résistances, selon-vous, rencontre la mise en œuvre du projet?
   - Comment les interprétez-vous/ les percevez-vous?
   - Quels sont, d'après vous, les éléments facilitateurs?
   - Pour quelles raisons?

DEUXIÈME PARTIE : LE CONTEXTE
Maintenant, j'aimerais voir avec vous certains éléments de contexte...

9. En quoi les grandes orientations, l'histoire, les valeurs institutionnelles du CHU favorisent-elles, selon vous, la PST ?

10. Actuellement, quelles sont les grandes lignes, les priorités du plan stratégique du CHU ?

11. Comment la PST vient-elle s'insérer dans le plan stratégique du CHU?

12. Idéalement, pour faciliter l'implantation de la PST, les stratégies organisationnelles au CHU devraient ... ?

13. Dans une grande structure organisationnelle comme celle du CHU, quels sont les facteurs (les secteurs, les acteurs) les plus susceptibles de faciliter la PST ?
    - De la rendre plus difficile ?

14. Dans le contexte social montréalais la mise en œuvre de la PST est?
    - Plus facile dû ... ?
    - Plus difficile parce que... ?

15. Comment, selon vous, le projet de PST doit/ a été adapté afin qu'il puisse s'insérer plus aisément dans l'environnement (politique, social, organisationnel) dans lequel il se trouve ?
    - Modifications
    - Stratégies

16. Globalement, à qui revient la responsabilité de la santé au travail pour le personnel ?

17. Comment, d'après vous, la promotion de la santé pour le personnel pourrait-elle devenir un changement durable, en profondeur au
    - Au CHU
    - Dans la société en générale

18. Qu'est-ce qui ferait qu'elle soit plutôt un changement précaire, en surface, qui risque de passer plus ou moins rapidement sans trop d'effet ?

19. Dans la mise en œuvre de la PST, vous serez satisfaite quand... ?

APPENDICE A5

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LA DIRECTION DES COMMUNICATIONS

PREMIÈRE PARTIE : Promotion de la santé au travail

1. Pouvez-vous me parler de vos responsabilités, de votre rôle au CHU...

2. Qu'est-ce que pour vous un hôpital promoteur de santé comme le CHU?

3. Qu'évoque pour vous la promotion de la santé au travail?
   - Éléments fondamentaux
   - Les éléments secondaires
   - Les éléments négociables
   - Les priorités
   - Comment ses priorités sont –elles présentement actualisées au CHU?

4. De quelles façons la PST vous est-elle communiquée?
   - Au sein de votre département, comment la communiquez-vous?
   - Aux autres départements et membres du personnel

5. Quel est l'intérêt des projets en PST pour la Direction des Communications?

6. Quel est le rôle de la Direction des Communications dans la mise en œuvre de la PST?

7. Pouvez-vous me parlez des projets en PST sur lesquels la Direction des Communications a travaillée?

8. Quelle importance revêt la PST, selon vous, pour le personnel du CHU
   - Au niveau du recrutement
   - De la rétention du personnel et des cadres

9. Quel est l'impact de l'accréditation HPS sur l'image du CHU auprès des futurs employés potentiel ?
   - Impact sur l'image à l'interne

DEUXIÈME PARTIE : LE CONTEXTE

Maintenant, j'aimerais voir avec vous certains éléments de contexte...

10. Idéalement, pour faciliter l'implantation de la PST, les stratégies organisationnelles au CHU devraient ... ?

11. Dans une grande structure organisationnelle comme celle du CHU, quels sont les facteurs (les secteurs, les acteurs) les plus susceptibles de faciliter la PST ?
    - De la rendre plus difficile ?
    - Votre stratégie est de...

12. Dans le contexte social montréalais la mise en œuvre de la PST est?
    - Plus facile dû ... ? (génération Y ?)
    - Plus difficile parce que... ?
    - Votre stratégie est...

13. Globalement, à qui revient la responsabilité de la santé au travail pour le personnel ?

14. Comment, d'après vous, la promotion de la santé pour le personnel pourrait-elle devenir un changement durable, en profondeur au
    - Au CHU
    - Dans la société en générale

15. Qu'est-ce qui ferait qu'elle soit plutôt un changement précaire, en surface, qui risque de passer plus ou moins rapidement sans trop d'effet ?

16. Dans la mise en œuvre de la Norme 4- environnements sains de travail, vous serez satisfaite quand... ?
    - Qu'est-ce qui va faire que vous allez avoir l'impression du devoir accompli, d'une réussite ?

17. Avons-nous fait le tour selon vous...

APPENDICE A6
GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES CADRES
DÉPARTEMENT D'HYGIÈNE ET SALUBRITÉ

PROMOTION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

1. Pouvez-vous me parler de vos responsabilités, de votre rôle au sein du CHU?

2. Qu'est-ce que pour vous un hôpital promoteur de santé comme le CHU?
   - Quels sont ses principaux mandats?
   - Selon vous, quelles sont les priorités d'un hôpital promoteur de santé?
   - Quelles valeurs sont au cœur d'un hôpital promoteur de santé comme le CHU?
   - Qu'est-ce que vous pensez de cette initiative?

3. Qu'évoque pour vous la promotion de la santé au travail?

4. Selon vous, quel est le cœur de la promotion de la santé pour le personnel
   - Éléments fondamentaux
   - Les éléments secondaires
   - Les éléments négociables
   - Les priorités
   - Comment ses priorités sont –elles présentement actualisées au sein de votre département; CHU?

5. De quelles façons la PST vous est-elle communiquée?
   - Au sein de votre département, comment la communiquez-vous?

6. Quel est l'intérêt des projets en PST pour le département d'Hygiène et salubrité?

7. Quel est le pourcentage du budget du département attribué au projet de PST?

8. Pouvez-vous me parlez du contexte entourant le projet qui a eu lieu au sein du département en PST?
   - Qui l'a instigué?
   - Comment s'est-il développé?
   - Quels étaient les objectifs de ce projet?
   - Pourquoi ce projet en PST au sein du département?
   - Sur quoi vous êtes-vous appuyées pour élaborer le projet?
   - Quel était votre rôle?
   - Qu'est-ce que vous pensez de cette initiative?

9. Quels étaient les effets que vous attendiez d'un tel projet
   - Les effets (impacts) que vous attendiez d'un tel projet (importants, secondaires)?

10. Quels sont les impacts (effets) que vous avez pu constater suite au projet en PST?

11. Quelles suites prévoyez-vous à ce premier projet?

12. Comment percevez-vous le rôle du département H & S dans la mise en œuvre de la PST?
    - Quel est votre rôle à vous dans la mise en œuvre de la PST?
    - Au quotidien?

13. Au sein de votre département, quelles dimensions de la promotion de la santé au travail sont plus :
    - Facilement misent en œuvre?
    - Plus difficiles ?

14. Dans la mise en œuvre de projets en promotion de la santé au travail au sein de votre département?
    - Quelles résistances rencontrez-vous?
    - Comment les interprétez-vous/ les percevez-vous?
    - Quelles sont vos stratégies pour faire face à ces résistances?
    - Quels sont les éléments facilitateurs?
    - Pour quelles raisons?

15. Vous devez négocier les projets en PST avec quels groupes d'acteurs au sein du CHU?
    - Le département d'hygiène et salubrité relève de qui?
    - Avec qui devez-vous négocier les différents projets?
    - Quelles sont vos marges de manœuvre?
    - Qui sont vos alliés?
    - Qui sont le (s) groupe (s) d'acteurs qui opposent le plus de résistance au projet?

16. Globalement, à qui revient la responsabilité de la santé au travail pour le personnel ?

17. Comment, d'après vous, la promotion de la santé pour le personnel pourrait-elle devenir un changement durable, en profondeur au
    - Au CHU
    - Dans la société en générale

18. Qu'est-ce qui ferait qu'elle soit plutôt un changement précaire, en surface, qui risque de passer plus ou moins rapidement sans trop d'effet ?

19. Selon vous, vous percevez la PST au sein de votre département comment un changement en profondeur ou un changement précaire, de surface ?
    - Pour quelles raisons ?

20. Dans la mise en œuvre de la PST, vous serez satisfait quand... ?

Qu'est-ce qui va faire que vous allez avoir l'impression du devoir accompli, d'une réussite ?

21. Avons-nous fait le tour selon vous

APPENDICE A7
GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES CHEFS D'ÉQUIPE
DÉPARTEMENT D'HYGIÈNE ET SALUBRITÉ

PROMOTION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

1. Pouvez-vous me parler de vos responsabilités, de votre rôle au sein du CHU?

2. Qu'est-ce que pour vous un hôpital promoteur de santé comme le CHU?
   - Quels sont ses principaux mandats?
   - Selon vous, quelles sont les priorités d'un hôpital promoteur de santé?
   - Quelles valeurs sont au cœur d'un hôpital promoteur de santé comme le CHU?
   - Qu'est-ce que vous pensez de cette initiative?

3. Qu'évoque pour vous la promotion de la santé au travail?

4. Selon vous, quel est le cœur de la promotion de la santé pour le personnel
   - Éléments fondamentaux
   - Les éléments secondaires
   - Les éléments négociables
   - Les priorités
   - Comment ses priorités sont –elles présentement actualisées au sein de votre département; CHU?

5. De quelles façons la PST vous est-elle communiquée?
   - Au sein de votre département, comment la communiquez-vous?

6. Quel est l'intérêt des projets en PST pour le département d'Hygiène et salubrité?

7. Pouvez-vous me parlez du contexte entourant le projet qui a eu lieu au sein du département en PST?
   - Qui l'a instigué?
   - Comment s'est-il développé?
   - Quels étaient les objectifs de ce projet?
   - Pourquoi ce projet en PST au sein du département?
   - Sur quoi vous êtes-vous appuyées pour élaborer le projet?
   - Quel était votre rôle?
   - Qu'est-ce que vous pensez de cette initiative?

8. Quels étaient les effets que vous attendiez d'un tel projet
   - Les effets (impacts) que vous attendiez d'un tel projet (importants, secondaires)?

9. Quels sont les impacts (effets) que vous avez pu constater suite au projet en PST?
10. Quelles suites prévoyez-vous à ce premier projet?

11. Comment percevez-vous le rôle du département H & S dans la mise en œuvre de la PST?
    - Quel est votre rôle à vous dans la mise en œuvre de la PST?
    - Au quotidien?

12. Au sein de votre département, quelles dimensions de la promotion de la santé au travail sont plus :
    - Facilement misent en œuvre?
    - Plus difficiles ?

13. Dans la mise en œuvre de projets en promotion de la santé au travail au sein de votre département?
    - Quelles résistances rencontrez-vous?
    - Comment les interprétez-vous/ les percevez-vous?
    - Quelles sont vos stratégies pour faire face à ces résistances?
    - Quels sont les éléments facilitateurs?
    - Pour quelles raisons?

14. Vous devez négocier les projets en PST avec quels groupes d'acteurs au sein du CHU?
    - Le département d'hygiène et salubrité relève de qui?
    - Avec qui devez-vous négocier les différents projets?
    - Quelles sont vos marges de manœuvre?
    - Qui sont vos alliés?
    - Qui sont le (s) groupe (s) d'acteurs qui opposent le plus de résistance au projet?

15. Globalement, à qui revient la responsabilité de la santé au travail pour le personnel ?

16. Comment, d'après vous, la promotion de la santé pour le personnel pourrait-elle devenir un changement durable, en profondeur au
    - Au CHU
    - Dans la société en générale

17. Qu'est-ce qui ferait qu'elle soit plutôt un changement précaire, en surface, qui risque de passer plus ou moins rapidement sans trop d'effet ?

18. Selon vous, vous percevez la PST au sein de votre département comment un changement en profondeur ou un changement précaire, de surface ?
    - Pour quelles raisons ?

19. Dans la mise en œuvre de la PST, vous serez satisfait quand... ?
    - Qu'est-ce qui va faire que vous allez avoir l'impression du devoir accompli, d'une réussite ?

20. Avons-nous fait le tour selon vous...

APPENDICE A8

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LE GROUPE FOCUS AUPRÈS DES EMPLOYÉS DÉPARTEMENT D'HYGIÈNE ET SALUBRITÉ, HÔPITAL A

PROMOTION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

1. Qu'évoque pour vous la promotion de la santé au travail?

2. De quelles façons la PST vous est-elle communiquée?
   - Au sein de votre département
   - Au CHU en général
   - Qu'est-ce qui retient le plus votre attention
   - Qu'est-ce qui vous intéresse le plus dans ce qui est proposé?
   - Qu'est-ce qui est le + important en PST selon vous?

3. Pouvez-vous me parlez des projets en PST auxquels vous avez personnellement participés?
   - Quel était votre rôle : responsabilités, etc.?
   - Comment le projet vous a-t-il été communiqué?
   - Comment avez-vous perçu le projet (intérêt, etc.)
   - Comment a-t-il été perçu, selon vous, par vos collègues (commentaires, etc.)?
   - Selon vous, quels ont été les impacts/effets de ce projet (équipe, entre collègue, individuellement, au niveau du travail...)
   - Les suites attendues

4. Selon vous, à qui revient, globalement, la responsabilité de la santé au travail pour le personnel ?

5. Comment, d'après vous, la promotion de la santé pour le personnel pourrait-elle devenir un changement durable au CHU?

6. Dans la mise en œuvre de la PST, vous serez personnellement satisfait quand... ?

7. Avons-nous fait le tour selon vous...

APPENDICE A9

GUIDE D'ENTRETIEN

RÉSEAU QUÉBÉCOIS DES ÉTABLISSEMENTS PROMOTEURS DE SANTÉ

Bonjour,

Mon nom est Nadine Martin, je fais présentement ma thèse de doctorat. Dans le cadre de ma thèse doctorale, je cherche à comprendre comment se déploie, se traduit et est mise-en œuvre la promotion de la santé pour le personnel (Norme 4- environnements sains de travail) à partir de l'OMS jusqu'à un hôpital promoteur de santé montréalais.

Lors de cet entretien de 60 minutes, j'aimerais aborder avec vous deux thèmes principaux. Le premier est celui de la promotion de la santé au travail. Le second, celui du contexte dans lequel s'inscrit la promotion de la santé au travail au CHU.

PREMIÈRE PARTIE : Promotion de la santé au travail

1. Pouvez-vous me parler de vos responsabilités, de votre rôle au sein du Réseau montréalais des HPS?

2. Pourquoi un Réseau montréalais d'Hôpitaux promoteurs de santé?
   - Motivation
   - Objectifs

3. Qu'est-ce que pour vous un Réseau d'hôpitaux promoteurs de santé à Montréal?
   - Quels sont ses principaux mandats?
   - Selon vous, quelles sont les priorités d'un hôpital promoteur de santé?
   - Quelles valeurs sont au cœur d'un hôpital promoteur de santé comme le CHU?
   - Qu'est-ce que vous pensez de cette initiative?

4. Pouvez-vous me parler du contexte entourant l'adhésion du CHU au Réseau des HPS

5. Qu'évoque pour vous la promotion de la santé au travail (Norme 4- environnements sains de travail)?

6. Selon vous, quel est le cœur de la Norme 4- environnements sains de travail (PST) / promotion de la santé pour le personnel
   - Éléments fondamentaux
   - Les éléments secondaires
   - Les éléments négociables
   - Les priorités
   - Comment ses priorités sont –elles présentement actualisées au sein du Réseau?

7. Quels étaient les effets attendus de la mise en œuvre de cette norme (4)?
   - Constats actuels?

8. Quel est le rôle de l'Agence dans le déploiement et la mise en œuvre de la Norme 4- environnements sains de travail?

9. De quelles façons la PST est-elle communiqués au sein du Réseau des HPS?
   - Tous des autodidactes...
   - Vos sources d'information et d'inspiration
   - Est-ce important que le personnel des établissements sachent qu'ils travail au sein d'un HPS?

10. Dans la mise en œuvre de la promotion de la santé au travail au sein des HPS à Montréal?
    - Quelles résistances rencontrez-vous?
    - Comment les interprétez-vous/ les percevez-vous?
    - Quelles sont vos stratégies pour faire face à ces résistances?
    - Quels sont les éléments facilitateurs?
    - Pour quelles raisons?

DEUXIÈME PARTIE : LE CONTEXTE

Maintenant, j'aimerais voir avec vous certains éléments de contexte...

11. Dans le contexte social montréalais la mise en œuvre de la PST au sein des HPS est?
    - Plus facile dû ... ?
    - Plus difficile parce que... ?
    - Votre stratégie (Agence, professionnelle) est...

12. Dans une grande structure organisationnelle comme celle des HPS, quels sont les facteurs (les secteurs, les acteurs) les plus susceptibles de faciliter la PST ?
    - De la rendre plus difficile ?
    - Votre stratégie (Agence, professionnelle) est de...

13. Quelles sont les lois qui viennent soutenir la mise en œuvre de la Norme 4- environnements sains de travail ?
    - Loi sur les cafétérias

14. Globalement, à qui revient la responsabilité de la santé au travail pour le personnel ?

15. Dans la mise en œuvre de la Norme 4- environnements sains de travail, vous serez satisfaite quand... ?

Qu'est-ce qui va faire que vous allez avoir l'impression du devoir accompli, d'une réussite ?

APPENDICE A10

QUESTIONNAIRE DE RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Sexe

☐ Homme ☐ Femme

Âge

☐ 20-24 ans ☐ 24-29 ans ☐ 30-34 ans ☐ 35-39 ans
☐ 40-44 ans ☐ 45-49 ans ☐ 50-54 ans ☐ 55-59 ans
☐ 60-64 ans ☐ 65 et plus

Poste actuel
Cochez toutes les réponses qui s'appliquent
☐ Cadre supérieur (haute direction) ☐ Cadre intermédiaire ☐ Cadre ☐ Médecin ☐ Spécialiste ☐ Infirmière
☐ Syndicat ☐ Autre, précisez _____

Ancienneté au sein de l'organisation

☐ < 1 an ☐ 1-3 ans ☐ 3-5 ans ☐ 6-9 ans
☐ 10-15 ans ☐ 15 ans et plus

Années d'expérience dans le poste actuel

☐ < 1 an ☐ 1-3 ans ☐ 3-5 ans ☐ 6-9 ans ☐ 10-15 ans ☐ 15 ans et plus

Études
Cochez toutes les réponses qui s'appliquent

☐ Administration ☐ Communication
☐ Médecine ☐ Sciences infirmières ☐ Ingénieur
☐ Psychologie ☐ Ergonomie
☐ Autre, précisez _____.

Le diplôme le plus élevé
☐ DES (secondaire) ☐ DEP (secondaire professionnel) ☐ DEC ☐ DEC professionnel
☐ BAC ☐ Maîtrise ☐ Doctorat ☐ Post-doctorat ☐ Aucun diplôme
☐ Autre, précisez _____.

Formation en promotion de la santé
☐ Oui ☐ Non
☐ Si oui, précisez _____.

Formation hôpitaux promoteurs de santé
☐ Oui ☐ Non
☐ Si oui, précisez _____.

APPENDICE A11

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

UQÀM

« Entre le discours normatif initial et le discours opérationnel utilisé dans la mise en œuvre de la promotion de la santé pour les employés dans un hôpital promoteur de santé (HPS) montréalais, quel est le rôle spécifique des représentations sociales, mises en contexte, des principaux acteurs impliqués? »

Titre abrégé :
Traduction et mise en œuvre de la promotion de la santé pour le personnel de l'OMS à un hôpital promoteur de santé montréalais

IDENTIFICATION

Responsable du projet : **Nadine Martin, doctorante**
Département, centre ou institut : **Département de communication publique et sociale, UQAM**
Adresse postale :
Département de communication sociale et publique
Université du Québec à Montréal
Case postale 8888, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3P8 Canada

Adresse courriel : nm_communicationetsante@live.ca

Directeurs :
Lise Renaud, professeure, UQAM renaud.lise@uqam.ca
Jacques Rhéaume, professeur, UQAM rheaume.jacques@uqam.ca

BUT GÉNÉRAL DU PROJET

Vous êtes invité à prendre part à ce projet visant à comprendre les interprétations et le positionnement des différents acteurs-clés dans la mise en œuvre de la promotion de la santé pour le personnel au sein d'un hôpital promoteur de santé (HPS) montréalais.

PROCÉDURE(S)

Votre participation consiste à une entrevue de type semi-dirigée durant laquelle vous répondrez à quelques thèmes et sous-thèmes relatifs au sujet exploré. Vous remplirez, également, un court questionnaire. Cette entrevue sera enregistrée sur un support audio et prendra environ 1 heure de votre temps.

AVANTAGES et RISQUES

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances par une meilleure compréhension du déploiement, de la traduction et de la mise en œuvre de la promotion de la santé pour le personnel (Norme 4- environnements sains de travail) à partir de l'OMS jusqu'au CHU, un hôpital promoteur de santé montréalais. Il n'y a aucun risque d'inconfort important associé à votre participation à cette rencontre. Vous demeurez libre de ne pas répondre à une question que vous estimez embarrassante sans avoir à vous justifier.

CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que les renseignements recueillis lors de l'entrevue sont confidentiels et que seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès à votre enregistrement et au contenu de sa transcription. Le matériel de recherche (enregistrement audio codé et transcription) ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément pour une durée totale de 5 ans.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure, et que par ailleurs vous être libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette entrevue. Votre accord à participer implique également que vous acceptez que l'équipe de recherche puisse utiliser aux fins de la présente recherche (articles, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de votre part.

COMPENSATION FINANCIÈRE

Il est entendu qu'aucune compensation ne saura offerte pour votre contribution au projet.

DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS?

Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter le Président du Comité institutionnel d'éthique de la recherche, Joseph Josy Lévy, au numéro (514) 987-3000 # 4483. Il peut être également joint au secrétariat du Comité au numéro (514) 987-3000 # 7753.

SIGNATURES :

Je, _____ reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que l'interviewer à répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il me suffit d'en informer la responsable du projet.

Signature du participant : _____ Date : _____

Nom (lettres moulées) et coordonnées :

Signature du responsable du projet ou de son, sa délégué(e) : _____

Date : _____

Veuillez conserver le premier exemplaire de ce formulaire de consentement pour communication éventuelle avec l'équipe de recherche et remettre le second à l'interviewer.

APPENDICE B1

PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA DÉCLARATION DE VIENNE (1997)

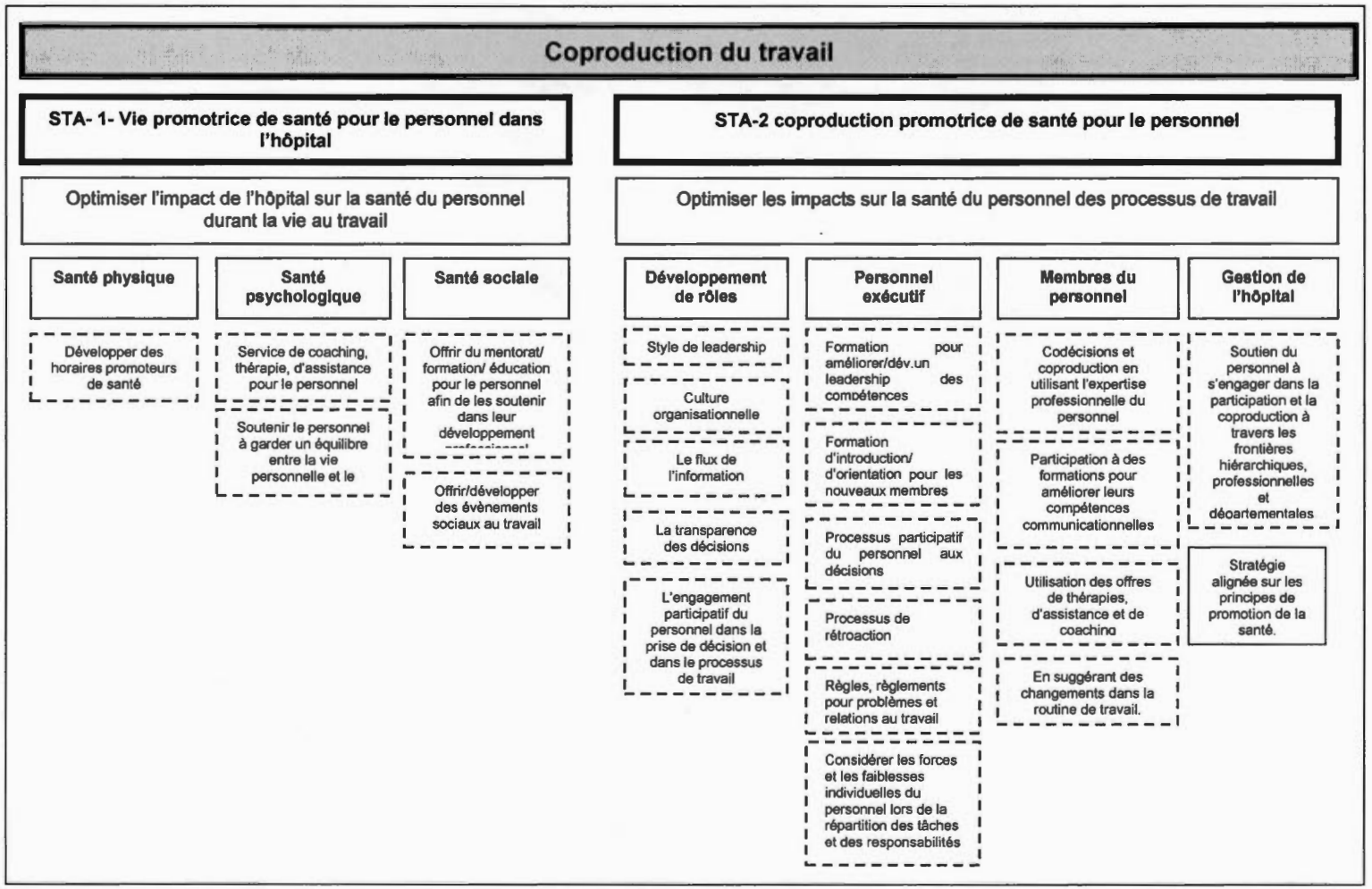
Principes fondamentaux de la Déclaration de Vienne (1997)

D'après la charte d'Ottawa sur la Promotion de la Santé (1986), la charte de Ljubljana sur la réforme des soins de santé et la déclaration de Budapest des Hôpitaux Promoteurs de Santé (1991), un hôpital promoteur de santé devrait :

1. Promouvoir la dignité humaine, l'équité et la solidarité, l'éthique professionnelle, reconnaître les différences dans les besoins, les valeurs et les cultures des différentes populations.
2. Être orienté vers le développement de la qualité, le bien-être des patients, des proches et du personnel, vers la protection de l'environnement et la concrétisation du rôle d'enseignement de l'organisation.
3. Se focaliser sur la santé dans une approche holistique et pas uniquement sur l'aspect curatif Se centrer sur l'offre des meilleurs services de Santé possibles afin de faciliter le processus de guérison et contribuer à la prise en charge de leur Santé par les patients.
4. Utiliser les ressources de manière efficiente en respectant l'aspect coût-efficacité, et attribuer les ressources avec, comme critère, la contribution à l'amélioration de la santé.
5. Entretenir des collaborations étroites avec les autres niveaux des services de santé ainsi que la communauté.

APPENDICE B2

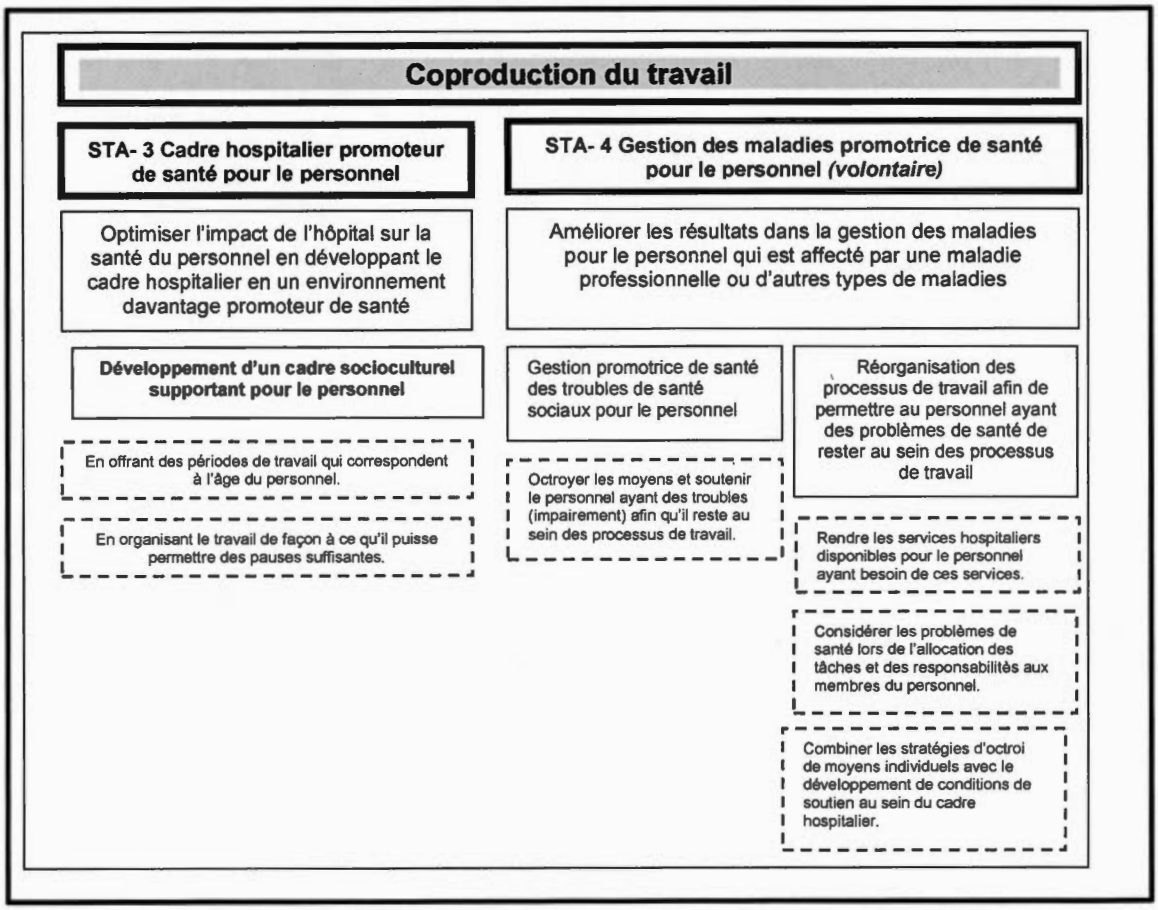
ANALYSE DE CONTENU DU DOCUMENT *METTRE LA POLITIQUE DES HPS EN ACTION* (OMS, 2006a). PARTIE 1 - 1er ÉLÉMENT : COPRODUCTION DE TRAVAIL PROMOTRICE DE SANTÉ



APPENDICE B3

ANALYSE DE CONTENU DU DOCUMENT *METTRE LA POLITIQUE DES HPS EN ACTION* (OMS, 2006a). PARTIE 2 -

1er ÉLÉMENT : COPRODUCTION DE TRAVAIL PROMOTRICE DE SANTÉ



APPENDICE B4

ANALYSE DE CONTENU DU *MANUEL D'AUTOÉVALUATION ET FORMULAIRES* (OMS, 2006b)

1er ÉLÉMENT : COPRODUCTION DE TRAVAIL PROMOTRICE DE SANTÉ

Coproduction de travail

Sous-norme 4.2 – *l'organisation assure le développement et la mise en œuvre d'une stratégie complète de ressources humaines qui comprend de la formation et le développement d'habileté en matière de promotion de la santé.*

Éléments de mesurable :

« 4.2.3. Il existe un système d'évaluation de la performance et de développement professionnel continu qui comprend la promotion de la santé » [mesure : système documenté par la révision des fiches du personnel ou par des entrevues avec les employés];

« 4.2.4. Des équipes multidisciplinaires élaborent des méthodes de travail (procédures et directives) [mesure : vérifier les procédures, vérifier auprès du personnel].

APPENDICE B5

ANALYSE DE CONTENU DU *GUIDE POUR LA PROMOTION DE MILIEUX DE TRAVAIL SAINS* (ASSSM, 2011)

1er ÉLÉMENT : COPRODUCTION DE TRAVAIL PROMOTRICE DE SANTÉ

Chapitre 1
Soutenir le bien-être des employés et les pratiques de gestion efficaces

1. Introduction

2. Définitions

3. Le stress : un facteur majeur pour la santé psychologique
   - 3.1. Quels sont les effets émanant d'un stress négatif?
   - 3.2. Facteurs de stress en milieu de travail

4. Pourquoi est-ce important de se préoccuper de la santé psychologique au travail?

5. Intervenir sur les facteurs influençant la santé psychologique

   5.1. Facteurs organisationnels
   - 5.1.1. Organisation du travail
   - 5.1.2. Relations de travail
   - 5.1.3. Style de gestion
   - 5.1.4. Flexibilité dans l'organisation du travail
   - 5.1.5. Culture organisationnelle

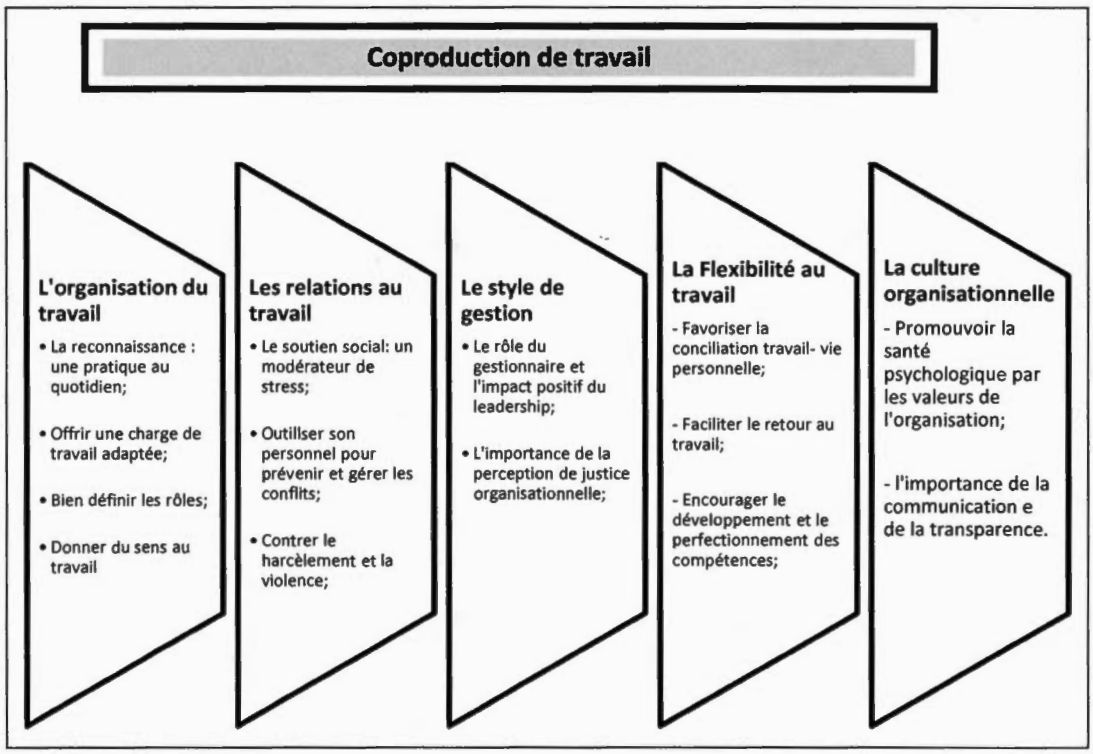
   5.2. Facteurs individuels
   - 5.2.1. L'influence de la personnalité sur la santé psychologique
   - 5.2.2. Comment l'âge et le sexe jouent-ils un rôle auprès de la santé psychologique?
   - 5.2.3. Quel est l'impact des habitudes de vie et de la dépendance sur la santé psychologique?

   5.3. Facteurs communautaires et politiques

APPENDICE B6

ANALYSE DE CONTENU DU *GUIDE POUR LA PROMOTION DE MILIEUX DE TRAVAIL SAINS* (ASSSM, 2011)

1er ÉLÉMENT : COPRODUCTION DE TRAVAIL PROMOTRICE DE SANTÉ



APPENDICE B7

ANALYSE DE CONTENU DE LA *POLITIQUE EN MATIÈRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ* DU CHU (2009) (PARTIE 1)

1er ÉLÉMENT : COPRODUCTION DE TRAVAIL PROMOTRICE DE SANTÉ

Coproduction du travail

Principes directeurs

- Le CHU souhaite assurer un environnement, un climat de travail et des pratiques conformes aux normes d'Hôpitaux promoteurs de santé de l'OMS et à celles d'Agrément Canada.
- Le CHU désire favoriser chez les usagers, les employés, les médecins, les stagiaires et les bénévoles, le développement d'aptitudes leur permettant d'exercer un plus grand contrôle sur leur état de santé.
- Le CHU réalise sa mission en promotion de la santé en conformité avec les orientations et les politiques gouvernementales en vigueur et coordonne ses actions avec les initiatives instaurées au niveau régional.
- L'application de la présente politique s'inscrit dans l'approche préconisée par l'établissement en gestion de la qualité et de la performance.

Coproduction du travail

Objectifs

- Aider les usagers, de même que les employés, médecins, stagiaires et bénévoles, à adopter un mode de vie plus sain et à mieux comprendre les facteurs qui agissent de façon positive sur leur santé.
- Maintenir un environnement sain, tant pour les usagers que les employés, les médecins, les chercheurs, les étudiants, les stagiaires et les bénévoles du CHU, ainsi que favoriser un meilleur état de santé global des personnes.

Coproduction du travail

Énoncé de politique

Mesure propre au développement propre à l'application des programmes

- Chacune des directions veille à faciliter la participation à des activités mises en œuvre dans l'établissement en promotion de la santé au bénéficie du personnel, à instaurer et à organiser des activités pour le personnel sous leur responsabilité, en tenant compte de leurs besoins.

APPENDICE B8

ANALYSE DE CONTENU DE LA *POLITIQUE EN MATIÈRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ* DU CHU (2009) (PARTIE 2)

1er ÉLÉMENT : COPRODUCTION DE TRAVAIL PROMOTRICE DE SANTÉ

Coproduction du travail

Responsabilités

Toutes les directions du CHU

- S'inspirent des orientations de la politique dans le cadre de leur gestion.
- Avec la collaboration et le soutien de la DPS, veillent à faciliter la participation à des activités mise en œuvre dans l'établissement en promotion de la santé au bénéfice du personnel, à instaurer et à organiser des activités pour le personnel sous leur responsabilité, en tenant compte de leurs besoins.

Direction de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (DETMIS)

- Conseille la DPS, afin que les données probantes guident les modes d'interventions préconisés dans l'établissement en promotion de la santé.
- Collaborent, de concert avec la DPS, à l'élaboration d'une méthodologie propre à l'évaluation des interventions menées en promotion de la santé au sein de l'établisse de l'établissement.
- En collaboration avec la DPS et les autres directions du CHU, évalue les interventions réalisées dans l'établissement en promotion de la santé.

Direction générale (DG)

- Appuie la mise en œuvre des objectifs de la politique.

Direction de la gestion de l'information et de la qualité – performance (DGIQP)

- Collabore à l'élaboration et à la mesure d'indicateurs en vue de l'analyse des résultats des interventions et des programmes en promotion de la santé.

Direction de la promotion de la santé (DPS)

- Conseille chacune des directions dans l'élaboration de programmes de promotion de la santé destinés aux employés.
- Informe, conseille et assiste le personnel, les gestionnaires, les membres des directions de l'établissement et tout autre intervenant en matière de promotion de la santé.
- priorités retenues, l'accès à des programmes de développement professionnel favorisant une meilleure intégration, dans l'exercice de leurs fonctions, des modes de gestion promoteurs de santé.

APPENDICE B9

ANALYSE DE CONTENU DE LA *POLITIQUE EN MATIÈRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ* DU CHU (2009) (PARTIE 3)

1er ÉLÉMENT : COPRODUCTION DE TRAVAIL PROMOTRICE DE SANTÉ

Coproduction du travail

Responsabilités

Direction de la planification stratégique et des services techniques (DPSST)

- Appuie la DPS dans son rôle- conseil auprès de la communauté du CHUM en vue de faciliter la mise en œuvre de sa mission en promotion de la santé, notamment quant à la gestion des espaces.
- Avec la collaboration de la DPS, veille à ce que les infrastructures du CHUM et son environnement procurent un milieu de vie sain à ses usagers, au personnel, aux stagiaires et aux bénévoles qui y travaillent.

Direction des ressources humaines

- S'assure dans le respect des priorités retenues et dans un souci d'amélioration continue, que les modes de gestion des ressources humaines au sein de l'établissement soient compatibles avec les objectifs de la présente politique.
- Offre aux gestionnaires, selon les priorités retenues, l'accès à des programmes de développement professionnel favorisant une meilleure intégration, dans l'exercice de leurs fonctions, des modes de gestion promoteurs de santé.

APPENDICE 10

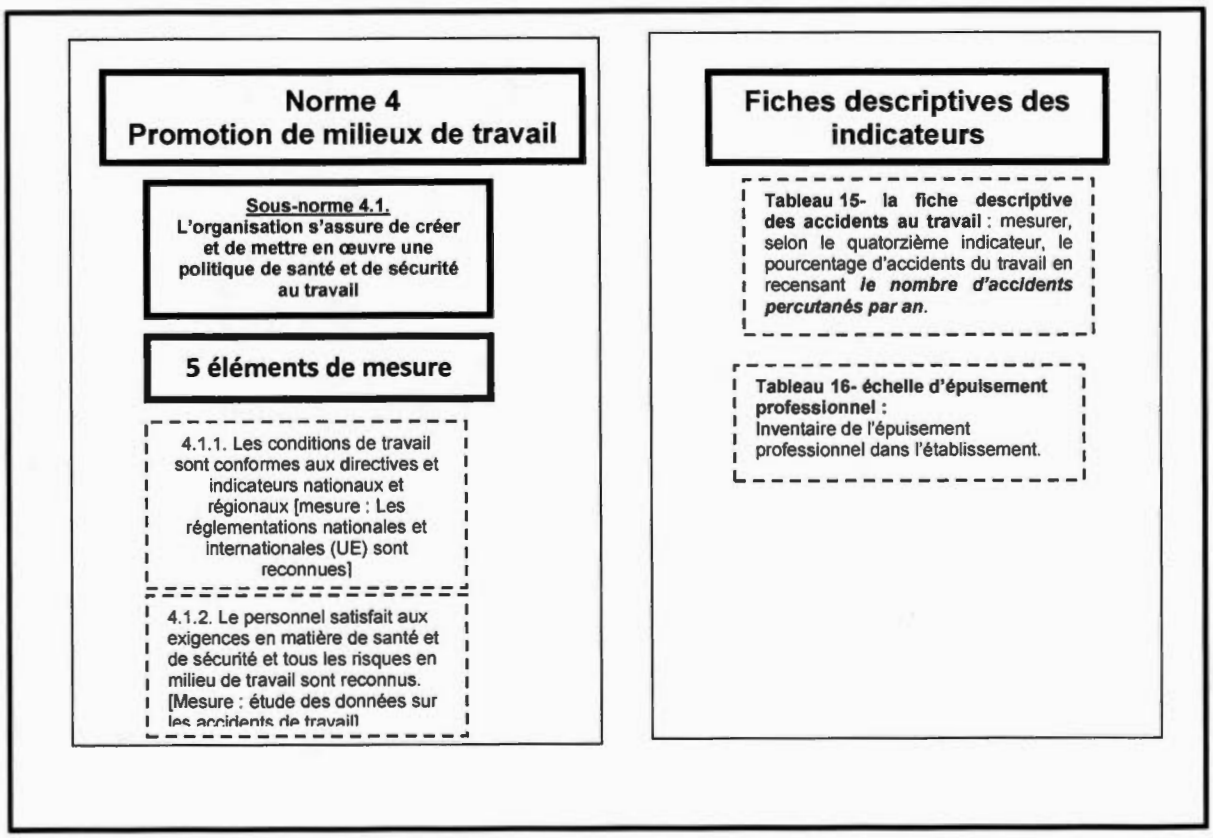
ANALYSE DE CONTENU DU DOCUMENT *METTRE LA POLITIQUE DES HPS EN ACTION* (OMS, 2006a)

2e ÉLÉMENT : SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

APPENDICE B11

ANALYSE DE CONTENU DU *MANUEL D'AUTOÉVALUATION ET FORMULAIRES* (OMS, 2006b)

2e ÉLÉMENT : SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL



APPENDICE B12

ANALYSE DE CONTENU DU *GUIDE POUR LA PROMOTION DE MILIEUX DE DE TRAVAIL SAINS* (ASSSM, 2011)

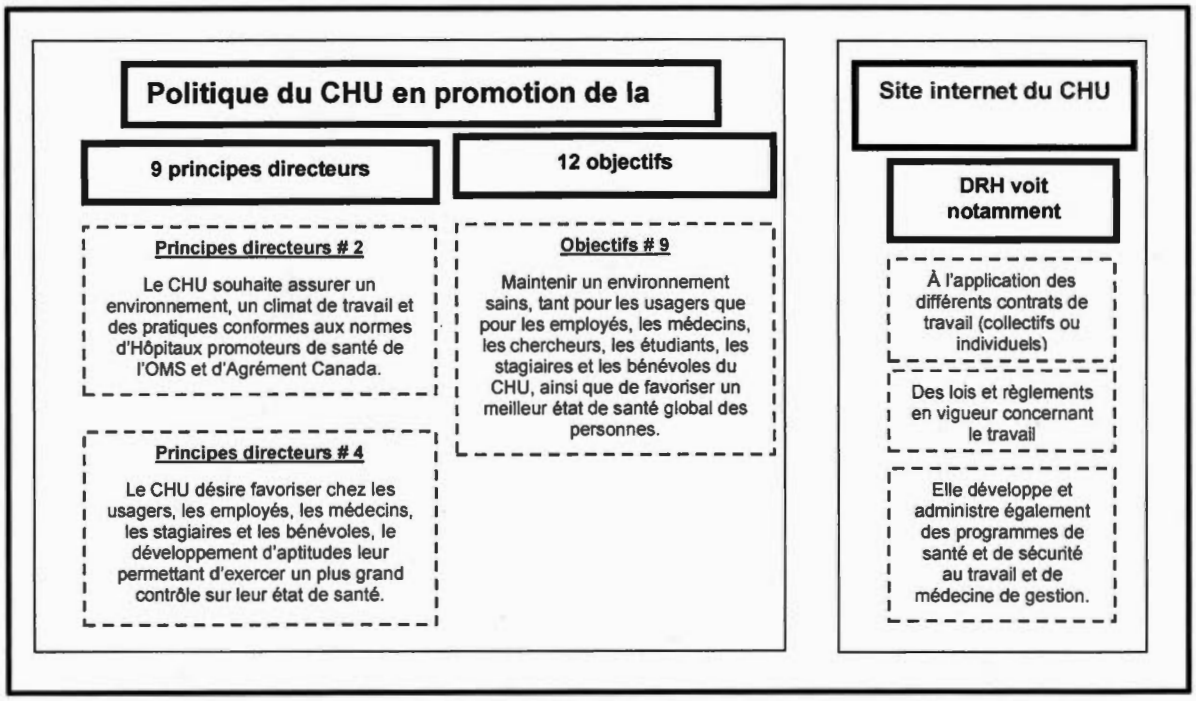
2e ÉLÉMENT : SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

1. **Introduction**
2. **Définitions**
3. **Quelques données**
4. **Un premier portrait de votre établissement**
5. **Pour une compréhension plus fine des circonstances**
   - 5.1. Aspect multifactoriel des accidents
   - 5.2. Évaluation des risques et intervention – La gestion intégrée des risques
   - 5.3. Évaluation des risques et intervention- Ergonomie participative
6. **Les principes à respecter**
   - 6.1. Vision globale de l'établissement
   - 6.2. Respecter les spécificités
   - 6.3. La multiplicité des normes
   - 6.4. Le non-respect des normes
7. **Les types de risque et les moyens d'action**
   - 7.1. Les risques ergonomiques
   - 7.2. Les risques biologiques
   - 7.3. Les risques chimiques
   - 7.4. Les risques physiques
   - 7.5. Les risques psychosociaux
8. **Après l'accident**
   - 8.1. Prise en charge de l'employé et enquête
   - 8.2. Réintégration au travail
9. **En complément : des exemples**

APPENDICE B13

ANALYSE DE CONTENU DE LA *POLITIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ* DU CHU (2009)

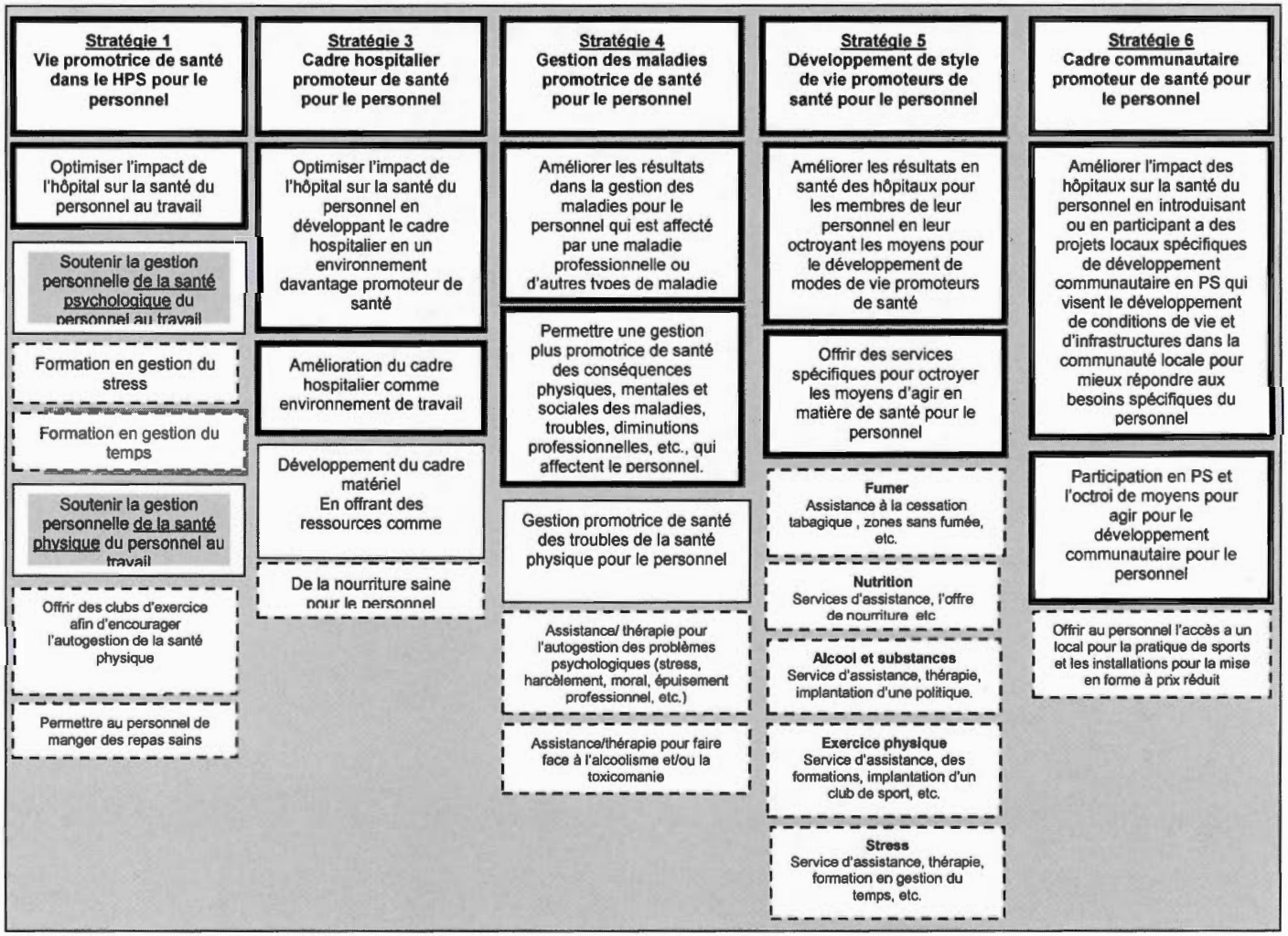
2e ÉLÉMENT : SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL



APPENDICE B14

ANALYSE DE CONTENU DU DOCUMENT *METTRE LA POLITIQUE DES HPS EN ACTION* (OMS, 2006a)

3e ÉLÉMENT : SAINES HABIDUES DE VIE



APPENDICE B15

ANALYSE DE CONTENU DU *MANUEL D'AUTOÉVALUATION ET FORMULAIRES* (OMS, 2006a)

3e ÉLÉMENT : SAINES HABITUDES DE VIE

Éléments mesurables

4.3.1. **Le personnel a accès aux politiques de sensibilisation sur les enjeux de santé** [mesure : vérifier la politique sur la consommation de tabac, d'alcool, de drogue et sur l'activité physique];

4.3.2. **Des programmes d'arrêt du tabagisme sont offerts** [mesure : données sur la disponibilité des programmes];

4.3.3. **Des sondages annuels sont effectués auprès des membres du personnel pour vérifier notamment leur comportement, leur connaissance des services et des politiques de soutien ainsi que leur recours aux séminaires de soutien** [mesure : vérifier le questionnaire et les résultats du sondage auprès des employés].

(OMS, 2006b, p.50)

APPENDICE B16

ANALYSE DE CONTENU DU *GUIDE POUR LA PROMOTION DE MILIEUX DE TRAVAIL SAINS* (ASSSM, 2011)

3e ÉLÉMENT : SAINES HABITUDES DE VIE

Chapitre 3
Promouvoir les saines habitudes de vie en milieu de travail

1. Introduction
2. Définitions
3. Résultats les plus fréquemment observables des programmes sur les saines habitudes de vie en milieu de travail
4. Stratégies efficaces et conditions contribuant aux chances de succès
5. Intervenir sur les habitudes de vie
   - *5.1. La saine alimentation*
   - *5.2. La pratique d'activité physique*
   - *5.3. La non-consommation de tabac*
   - *5.4. La gestion du stress*

APPENDICE B17

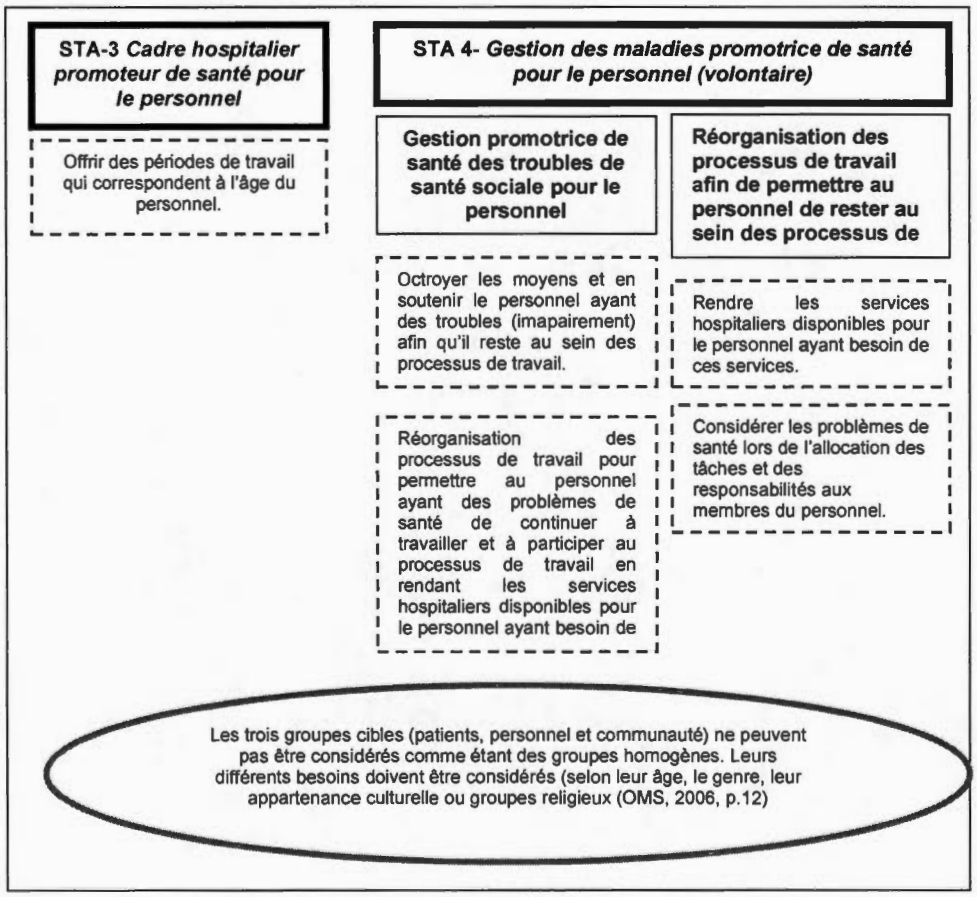
ANALYSE DE CONTENU DE LA *POLITIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ* DU CHU (2009)

3e ÉLÉMENT : SAINES HABIDUES DE VIE

APPENDICE B18

ANALYSE DE CONTENU DU DOCUMENT *METTRE LA POLITIQUE DES HPS EN ACTION* (OMS, 2006a)

4e ÉLÉMENT : RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ AU TRAVAIL



APPENDICE B19

ANALYSE DE CONTENU DU DOCUMENT *GUIDE DE PROMOTION DE MILIEUX DE TRAVAIL SAINS* (ASSSM, 2011)

4e ÉLÉMENT : RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ AU TRAVAIL

Chapitre 4
Intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé en milieu de travail

1. Que sont les inégalités sociales de santé?

2. Les inégalités chez le personnel de la santé et des services sociaux
   - *2.1. Les inégalités et le milieu de travail*
   - *2.2. Qu'en est-il des travailleurs de la santé et des services sociaux*
   - *2.3. Intervenir pour réduire les inégalités et améliorer la santé du personnel*

3. Impact du titre d'emploi
   - *3.1. Conditions psychosociales et stress*
   - *3.2. Les troubles musculosquelettiques*
   - *3.3. Le travail par quarts de soir et de nuit et le travail par rotation*

4. Impact du genre
   - *4.1. La situation de travail et le revenu*
   - *4.2. L'équilibre travail-vie personnelle*
   - *4.3. La violence et le harcèlement*

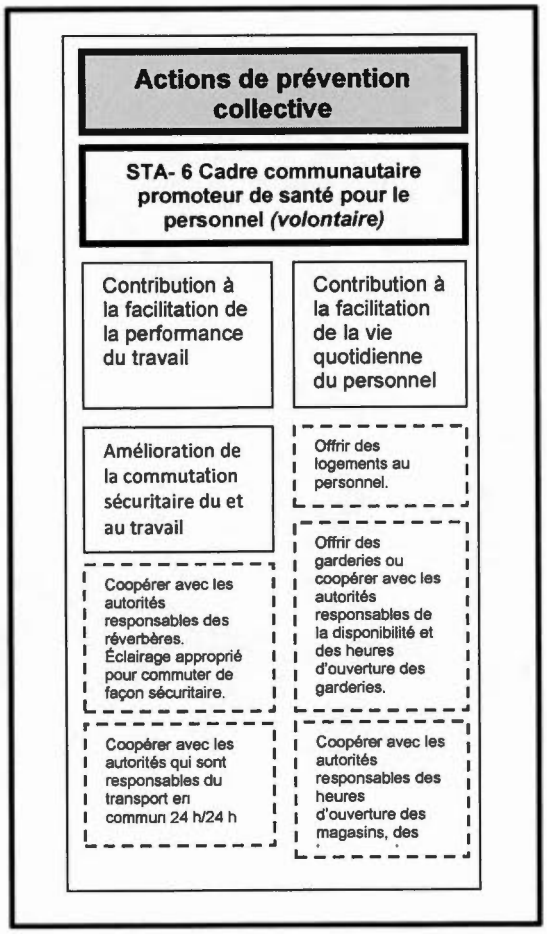
5. L'impact de l'âge des travailleurs
   - *5.1. Le vieillissement de la main-d'œuvre et ses impacts sur la santé*
   - *5.2. Les équipes de générations différentes*

6. Impact de l'immigration et de l'appartenance à une minorité culturelle
   - *6.1. L'immigration et la diversité culturelle*
   - *6.2. L'intégration au marché du travail*
   - *6.3. La gestion de la diversité culturelle*

APPENDICE B20

ANALYSE DE CONTENU DU DOCUMENT *METTRE LA POLITIQUE DES HPS EN ACTION* (OMS, 2006a)

5e ÉLÉMENT : ACTIONS DE PRÉVENTION COLLECTIVE



APPENDICE B21

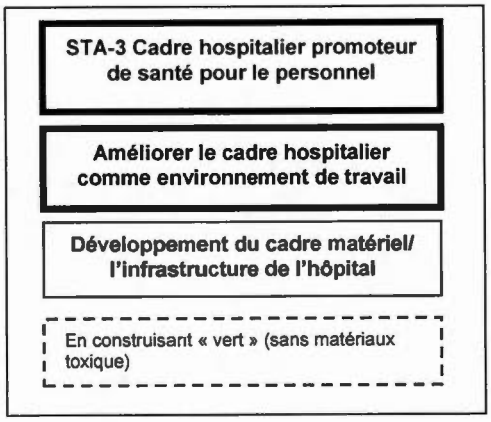
ANALYSE DE CONTENU DU DOCUMENT *GUIDE DE PROMOTION DE MILIEUX DE TRAVAIL SAINS* (ASSSM, 2011)

5e ÉLÉMENT : ACTIONS DE PRÉVENTION COLLECTIVE

APPENDICE B22

ANALYSE DE CONTENU DU DOCUMENT *METTRE LA POLITIQUE DES HPS EN ACTION* (OMS, 2006a)

6e ÉLÉMENT : FAIRE DES CHOIX VERTS



APPENDICE B23

ANALYSE DE CONTENU DU DOCUMENT *GUIDE DE PROMOTION DE MILIEUX DE TRAVAIL SAINS* (ASSSM, 2001)

7e ÉLÉMENT : FAIRE DES CHOIX VERTS

Chapitre 5
Faire des choix verts intégrant les principes du développement durable

1. Introduction
2. Définitions
3. La gestion des matières résiduelles
4. La consommation d'eau
5. Les activités de construction et de rénovation
6. Les approvisionnements écoresponsables
7. Le transport durable
8. L'efficacité énergétique
9. Les certifications et les reconnaissances.

Pour en savoir plus

Références bibliographiques

APPENDICE B24

CNESST - LOIS ET RÈGLES CORRESPONDANTS

Lois et règlements correspondants

Les textes des lois et des règlements auxquels vous aurez accès proviennent des Publications du Québec si le signe de l'Éditeur officiel apparaît au document.

Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) (LRRQ, chapitre S-2.1)

Adoptée en 1979, cette loi porte avant tout sur la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Elle a créé la CSST et lui a confié ses différents mandats.

- Détails
- Règlements correspondants
- Règlement sur l'application d'un Code du bâtiment
- Règlement de régie interne de la Commission de la santé et de la sécurité du travail

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP) (LRRQ, chapitre A-3.001)

Entrée en vigueur en 1985, cette loi instaure un régime de réparation pour des blessures ou maladies causées par le travail. Elle prévoit le paiement d'indemnités lorsque nécessaire, la fourniture de soins de santé, l'aide à la réadaptation.

Loi sur les accidents du travail (LAT) (LRRQ, chapitre A-3)

Cette loi, adoptée en 1931, a été remplacée par la LATMP le 19 août 1985, mais elle est toujours en vigueur pour les accidents et les maladies ayant eu lieu avant cette date.

Loi sur l'indemnisation des victimes d'amiantose ou de silicose dans les mines et les carrières (LRRQ, chapitre I-7)

En 1975, cette loi établissait un régime spécial d'indemnisation pour les travailleurs des mines et carrières. Comme la LAT, elle continue de s'appliquer pour les blessures ou maladies professionnelles ayant eu lieu avant le 19 août 1985.

Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels (LRRQ, chapitre I-6) et Loi visant à favoriser le civisme (LRRQ, chapitre C-20)

Ces 2 lois visent respectivement l'indemnisation des victimes d'actes criminels et celle des sauveteurs qui se blessent en portant secours à quelqu'un. Elles se réfèrent à la LAT pour les principes d'indemnisation.

Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels

Loi visant à favoriser le civisme

Loi sur l'indemnisation des agents de l'État (L.R.C., 1985, c. G-5)

Loi fédérale autorisant la CSST à fixer les indemnités à verser aux employés du gouvernement fédéral selon les taux et les conditions prévus par la loi québécoise. L'application de cette loi fait l'objet d'une entente entre le ministère fédéral qui en est responsable et la CSST.

Actualisation de la loi – Hausse des amendes

Avant que la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST), adoptée en 1979, ne soit actualisée en 2009, le montant des amendes imposées aux entreprises qui ne respectent pas certaines de ses dispositions n'avait jamais été révisé. Pour cette raison, les amendes n'avaient plus le même effet dissuasif et n'encourageaient pas les entreprises à investir en santé et en sécurité du travail.

La Loi a donc fait l'objet d'une révision pour mieux inciter les employeurs à prendre les mesures de prévention voulues afin d'assurer la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs et pour réduire ainsi le nombre d'accidents du travail.

Soucieuse de soutenir les employeurs et les travailleurs dans leurs efforts et leurs investissements en prévention et en gestion de la santé et de la sécurité du travail, la CSST présente dans cette section différentes publications qui pourront les aider dans ce sens.

http://www.csst.qc.ca/lois_reglements_normes_politiques/Pages/lois_reglements_correspondants.aspx

APPENDICE B25

PROVENANCE DES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES POUR LES QUATRE DOCUMENTS ANALYSÉS

Provenances des références bibliographiques

Mettre la politique des HPS en action (OMS, 2006)
50 références bibliographiques
OMS : 22 %
International : 78 %, dont 34 % de l'Europe, 28 % des États-Unis, 8% du Canada

Manuel d'autoévaluation et formulaires (OMS, 2006b)
60 références bibliographiques
OMS : 32,7%
International : 67,3% dont 24,18% de l'Europe et 24,18% des États-Unis, 0% Québec

Guide pour la promotion de milieux de travail sains (ASSSM, 2011)
250 références bibliographiques
Canada : 63,6% dont 41,6% du Québec
International : 36,4% dont 6% de l'OMS

APPENDICE C1

PREMIER ÉLÉMENT, COPRODUCTION DU TRAVAIL PROMOTRICE DE SANTÉ DE L'OMS À UN CHU

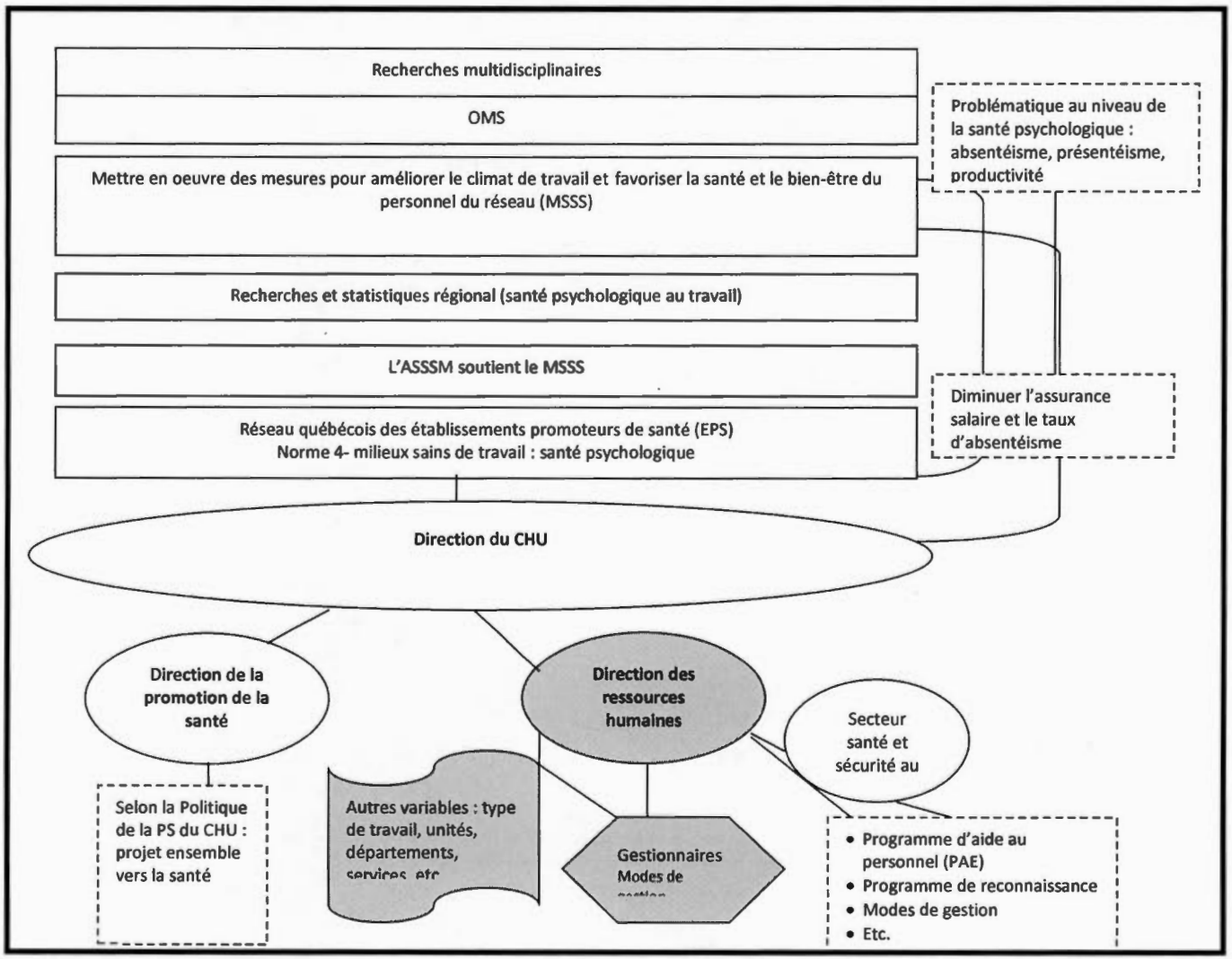
ORGANISATION DU TRAVAIL

Organisation du travail	Mettre la politique en action (OMS)	Manuel d'auto-évaluation (OMS	MSSS	Réseau EPS	Plan régional ASSSM	CHU
Offrir une charge de travail adaptée	-	-	-	X	-	N/A
Reconnaissance au travail	-	-	-	X	-	X
Transparence des décisions	X	-	-	X	-	N/A
Engagement participatif du personnel dans la prise de décision	X	-	-	X	-	Variable et difficile
Engagement participatif du personnel dans le processus de travail.	X	-	-	X	-	Variable
Bien définir les rôles et les responsabilités	-	-	-	X	-	Variable
Donner un sens au travail	-	-	-	X	-	Variable
Des équipes multidisciplinaires élaborent des méthodes de travail (procédures et directives)	-	X Vague	-	-	-	X
Flexibilité dans l'organisation du travail						

APPENDICE C2

ALIGNEMENT D'INTÉRÊTS ET RÉSEAU POUR UNE COPRODUCTION DU TRAVAIL PS

ORGANISATION DU TRAVAIL PROMOTRICE DE SANTÉ AU CHU



APPENDICE C3

PREMIER ÉLÉMENT, COPRODUCTION DU TRAVAIL PROMOTRICE DE SANTÉ

RELATIONS DE TRAVAIL SAINES

RELATIONS AU TRAVAIL	OMS - « Mettre la politique en action »	OMS- « Manuel d'autoévaluation »	MSSS Certification de type entreprise en santé	Réseau EPS	Plan régional ASSSM	Au CHU
Service de coaching, de thérapie et/ou d'assistance pour le personnel	X	X	-	-	-	X
Soutenir le personnel dans son développement professionnel : mentorat et formation (DRH pour les cadres et l'Académie CHU pour tous)	X	-	-	X	-	X
Soutenir le développement des relations au travail (soutien social): évènements sociaux au travail.	X	-	-	X	-	X
Attitudes des gestionnaires	X	-	-	X	-	Variable
Communication et interactions adéquates	X	-	-	X	-	Variable
Développement des rôles, dont le style de gestion (rôle des gestionnaires) : formation	X	-	-	X	-	X
Prévention et gestion des conflits : outiller	X	-	-	X	-	X
Contrer le harcèlement et la violence	X	-	Loi CSST	X	Loi CSST	Politique
Observer et analyser le climat de travail et réagir promptement;	-	-	-	X	-	Variable

APPENDICE C4

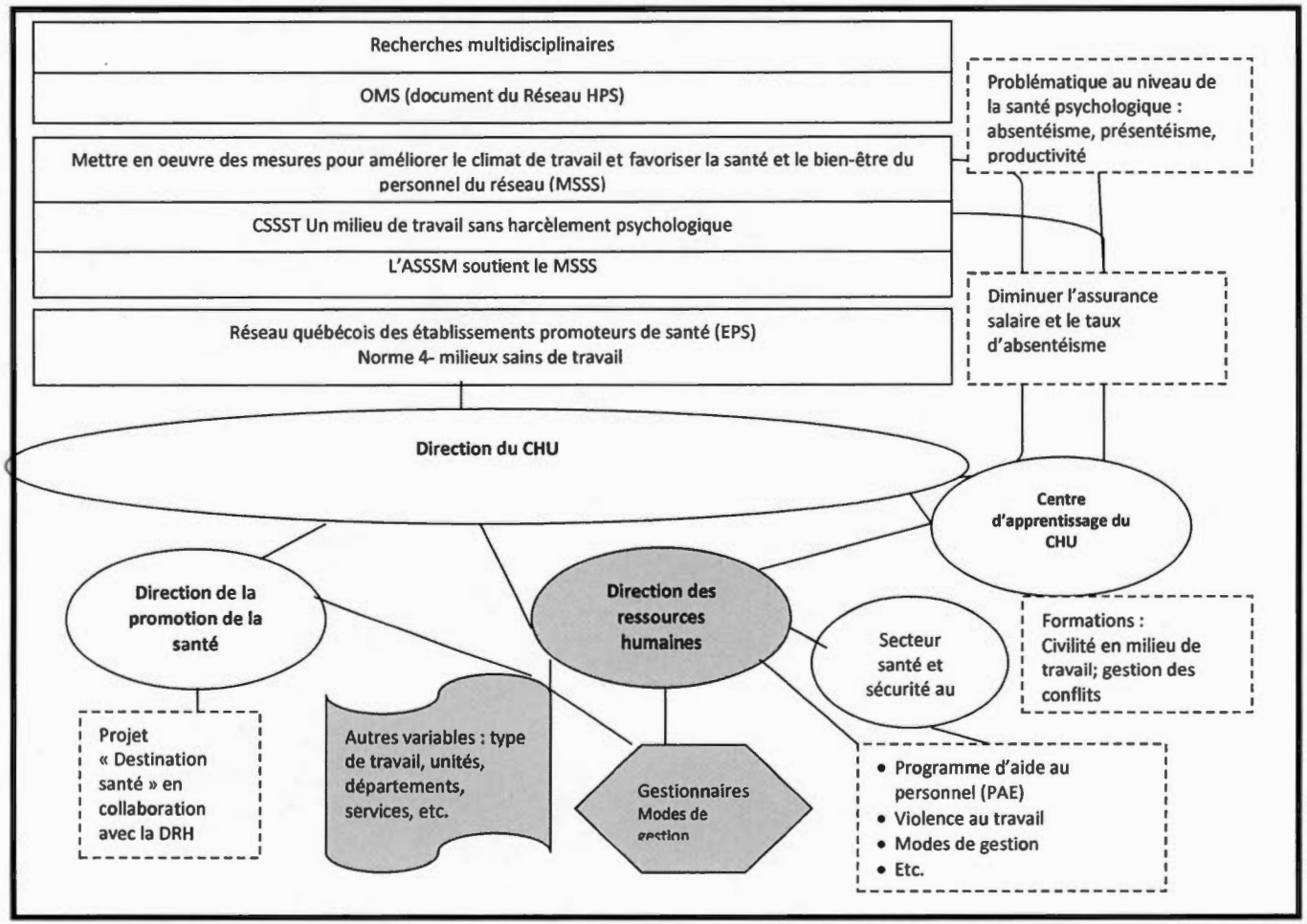
PREMIER ÉLÉMENT, COPRODUCTION DU TRAVAIL PROMOTRICE DE SANTÉ AU CHU

RELATIONS SAINES DE TRAVAIL

Implantation	Oui	• Politique visant à contrer le harcèlement • Évènements sociaux • Formation sur les relations au travail, la gestion des conflits et civilité en milieu de travail
Défis	Oui	• Certains gestionnaires sont réfractaires à changer leur mode communicationnel et de gestion • Niveau de stress généralement élevé
Résistances et controverses	Oui	• Résistance, notamment, chez certains gestionnaires • La haute direction demande que les relations soient respectueuses et la communication saine, mais elle ne donne pas le bon exemple.
Alignement d'intérêts	Oui	• Réduction de l'absentéisme • Diminution de l'assurance salaire • Loi • Attraction et rétention • Climat de travail
Éléments facilitateurs	Oui	• Alignement d'intérêts • Loi (CSSST) • L'aspect ludique (évènements sociaux)
Transformation/ ajout	Non	

APPENDICE C5

ALIGNEMENT D'INTÉRÊTS ET RÉSEAU POUR LE PREMIER ÉLÉMENT, COPRODUCTION DE TRAVAIL PS RELATIONS SAINES DE TRAVAIL



APPENDICE C6

TRADUCTION DU PREMIER ÉLÉMENT, COPRODUCTION DU TRAVAIL PS

STYLE DE GESTION ET CULTURE ORGANISATIONNELLE PS

Style de gestion	OMS - « Mettre la politique en action »	OMS- « Manuel d'autoévaluation »	MSSS Certification de type entreprise en santé	Réseau EPS	Plan régional ASSSM	Au CHU
Service de coaching, de thérapie et/ou d'assistance pour le personnel	X	X	-	-	-	X
Soutenir le personnel dans son développement professionnel : mentorat et formation (DRH pour les cadres et l'Académie CHU pour tous)	X	-	-	X	-	X
Former et encourager les gestionnaires à utiliser une style de leadership positif	X	-	-	X	-	X
Attitudes des gestionnaires	X	-	-	X	-	Variable
Communication et interactions adéquates entre les gestionnaires et le personnel	X	-	-	X	-	Variable
Développement des rôles, dont le style de gestion (rôle des gestionnaires) : formation	X	-	-	X	-	X
Les gestionnaires tiennent régulièrement des réunions	-	-	-	X	-	Variable
Mettre en place des mécanismes pour évaluer et donner suite aux suggestions des employés	-	-	-	X	-	X Variable
Gérer rapidement les conflits et servir de médiateur	-	-	-	X	-	Variable
Culture organisationnelle promotrice de santé	-	-	-	X	-	Variable

APPENDICE C7

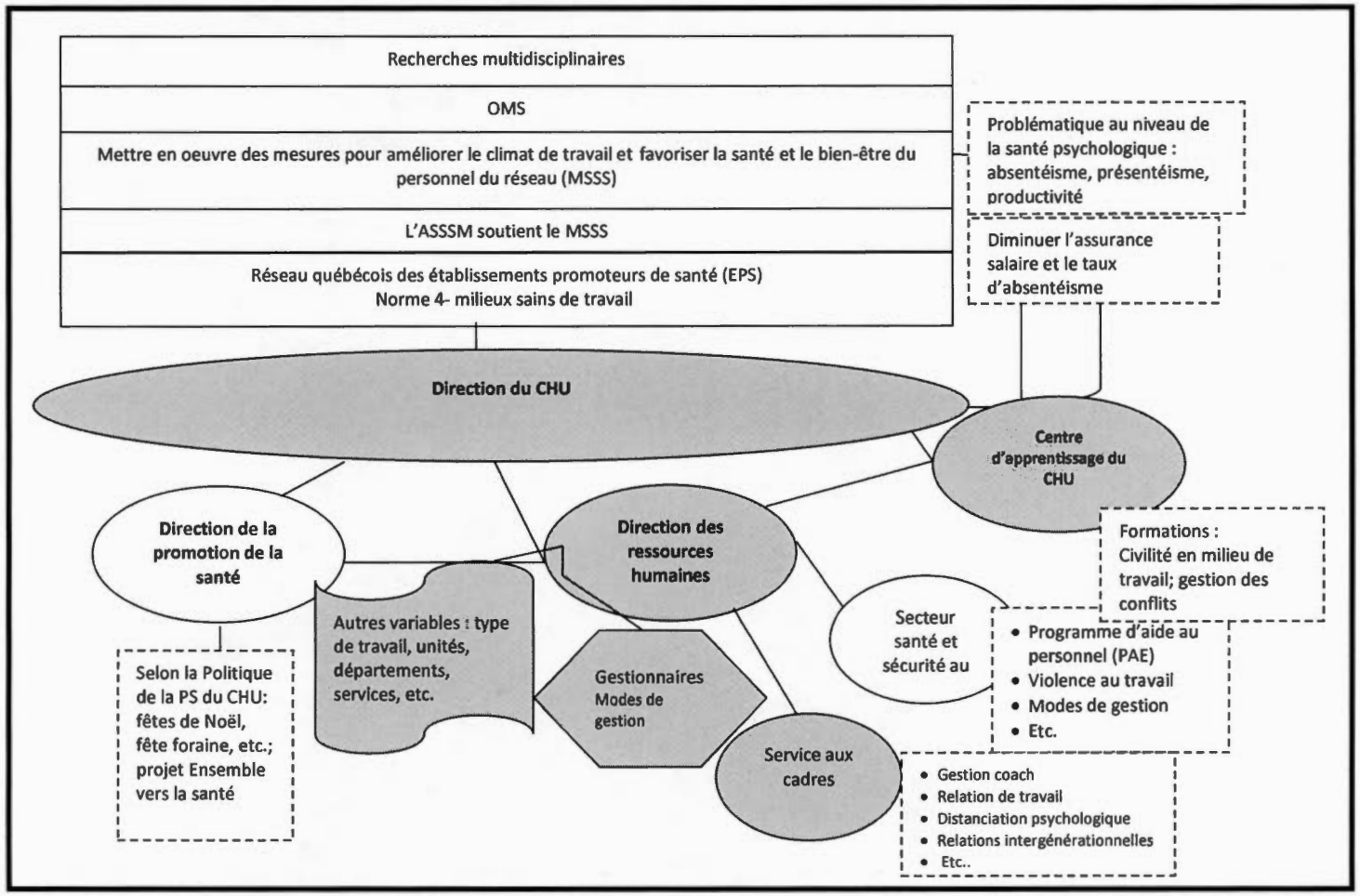
TRADUCTION PREMIER ÉLÉMENT, COPRODUCTION DU TRAVAIL PS AU CHU STYLE DE GESTION ET CULTURE ORGANISATIONNELLE PS

Implantation	Oui	• Variété de services de développement professionnel et de coaching personnalisé • Formations variées • Semaine des gestionnaires
Défis	Oui	• Certains gestionnaires sont réfractaires à adopter un mode de gestion positif • Charge de travail élevée • Niveau de stress élevé • Haut taux de rotation des gestionnaires
Résistances et controverses	Oui	• Résistance, notamment, chez certains gestionnaires
Alignement d'intérêts	Oui	• Réduction de l'absentéisme • Diminution de l'assurance salaire • Attraction et rétention • Climat de travail • Taux de roulement • Performance
Éléments facilitateurs	Oui	• Alignement d'intérêts
Transformation/ ajout	Souhaité	• Ajouter la dimension promotion de la santé aux évaluations des gestionnaires

APPENDICE C8

ALIGNEMENT D'INTÉRÊT POUR UNE COPRODUCTION DU TRAVAIL PROMOTRICE DE SANTÉ AU CHU

STYLE DE GESTION ET CULTURE ORGANISATIONNELLE PS



APPENDICE C9

TRADUCTION DU TROISIÈME ÉLÉMENT, SAINES HABITUDES DE VIE, SAINE ALIMENTATION DE L'OMS À UN CHU (PARTIE 1)

Actions pour une saine alimentation	Mettre la politique des HPS en action (OMS)	Manuel d'autoéval-uation (OMS)	MSSS	Réseau EPS	Plan régional-Santé publique 2010-2015	CHU
Travailler de pair avec les gestionnaires de cafétérias, de services alimentaires ou avec les traiteurs	-	-	X	X	-	X
Politique alimentaire	-	-	X	X	X	X
Offrir des repas sains dans les cafétérias	X	-	X	X	X	X
Réviser le contenu des machines distributrice	-	-	X	X	X	X
Faire des aires de repas des endroits agréables et conviviaux	-	-	-	X	-	X
Favoriser l'accès à de l'information nutritionnelle	X	-	X	X	-	X
Organiser la vente d'aliments sains et produits locaux sur le lieu de travail	-	-	-	X	-	X
Adaptation culturelle de l'offre alimentaire	-	-	X	-	-	N/A
Développement durable	-	-	X	X	-	X
Assurer le développement des compétences du personnel	X	-	X	X	-	X
Processus d'implantation mobilisateur- saine alimentation	-	-	X	X	-	X
Évaluation périodique, suivi de la politique	-	Pas en lien avec l'aliment	X	X	-	N/A

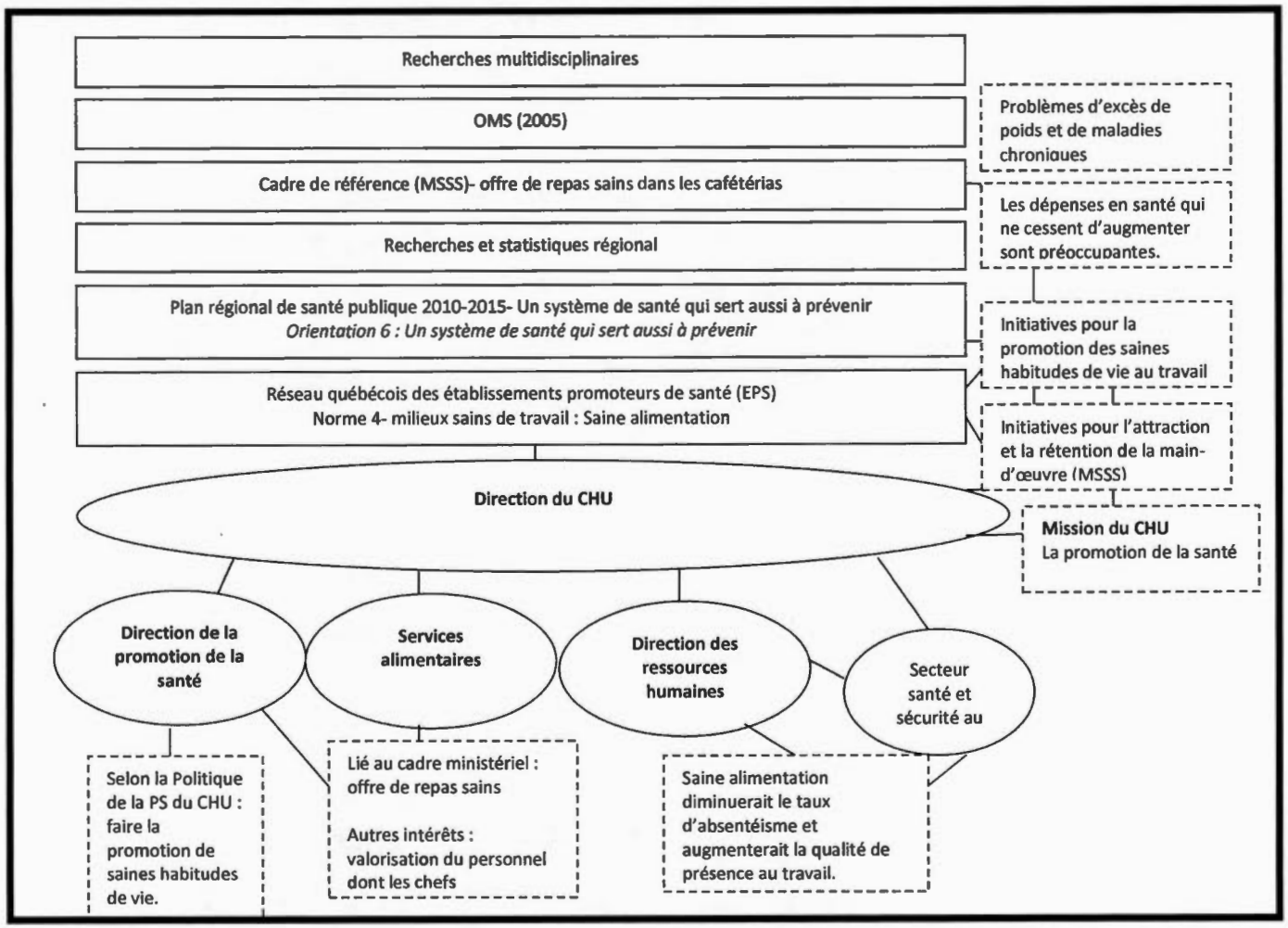
APPENDICE C10

TRADUCTION DU TROISIÈME ÉLÉMENT, SAINES HABITUDES DE VIE, SAINE ALIMENTATION DE L'OMS À UN CHU (PARTIE 2)

Implantation	Oui	• Cafétéria avec une offre saine • Kiosques de fruits frais • Capsules avec des aliments- vedettes • Évènements : semaine de la santé, Atelier de cuisine, etc. • Projet ciblé « Destination santé » • Processus participatif qui permet de toucher également les modes de gestion, la latitude décisionnelle, etc.
Défis	Oui	• Mobiliser les gens prend beaucoup de temps et d'énergie (+/- 4 ans) • Investissement important : 6 M$ • 7 enjeux soulevés par le MSSS (2009) dont l'enjeu économique : « une marge de profit élevée était associée à la vente d'aliments et des boissons à faible valeur nutritive [...]. »
Résistances et controverses	N/A	
Alignement d'intérêts	Oui	• Pour diminuer l'absentéisme dû aux maladies chroniques. • Qualité de présence au travail • Diminution des coûts relatifs aux soins • Cadre de référence du MSSS et plan régional de la santé publique • Adhésion au Réseau EPS • Mission de promotion de la santé du CHUM
Éléments facilitateurs	Oui	• Activisme, mobilisation • Cadre ministériel (MSSS)
Transformation/ ajout	Oui	• Projet ciblé « Ensemble vers la santé »

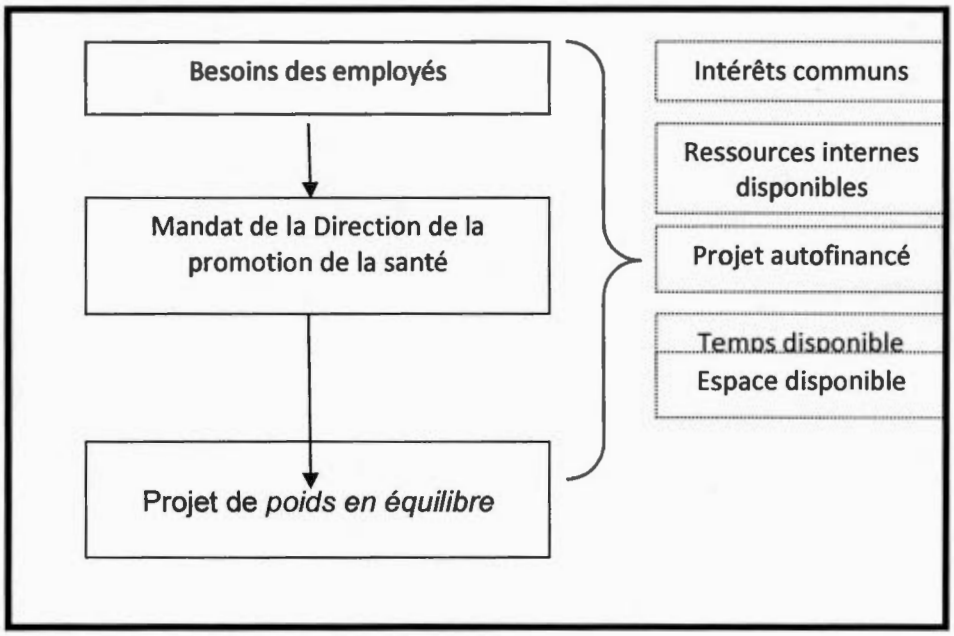
APPENDICE C11

ALIGNEMENT D'INTÉRÊTS ET RÉSEAU POUR L'IMPLANTATION D'UNE SAINE ALIMENTATION SAINES HABITUDES DE VIE



APPENDICE 12

ALIGNEMENT D'INTÉRÊTS ET RÉSEAU POUR LA GESTION DU POIDS SAINES HABITUDE DE VIE



APPENDICE C13

TRADUCTION DU TROISIÈME ÉLÉMENT, SAINES HABITUDES DE VIE :

ACTIVITÉS PHYSIQUES DE L'OMS À UN CHU (PARTIE 1)

Actions pour la pratique d'activités physiques	Mettre la politique des HPS en action (OMS)	Manuel d'autoéval-uation (OMS)	MSSS	Réseau EPS	Plan régional-Santé publique 2010-2015	CHU
Accès à la politique de sensibilisation en matière d'activité physique.	X	X	-	-	-	N/A
Programme, activités, services et installation pour l'activité physique	X	-	X	X	Réf. au MSSS	X
Promouvoir les modes de transport actifs	-	-	X	X	Ibid.	X
Encourager les milieux de travail à adopter une philosophie et des mesures qui favorisent un mode de vie physiquement actif (ex. : supports à vélo, douches, vestiaires, incitation à l'utilisation des escaliers, diffusion de l'information sur les activités de la municipalité, etc.)	-		X	X	*Ibid.*	X
Faire connaitre le programme- Employeur (transport MTQ, alternatif du domicile vers le travail).	-	-	X	X	*Ibid.*	X
Promouvoir des ententes entre les organismes communautaires et les milieux de travail visant à faciliter la participation des employés à des activités physiques et sportives.	-	-	X	X	*Ibid.*	X
Offrir des activités ponctuelles en plus d'une programmation annuelle.	-	-	-	X	-	X

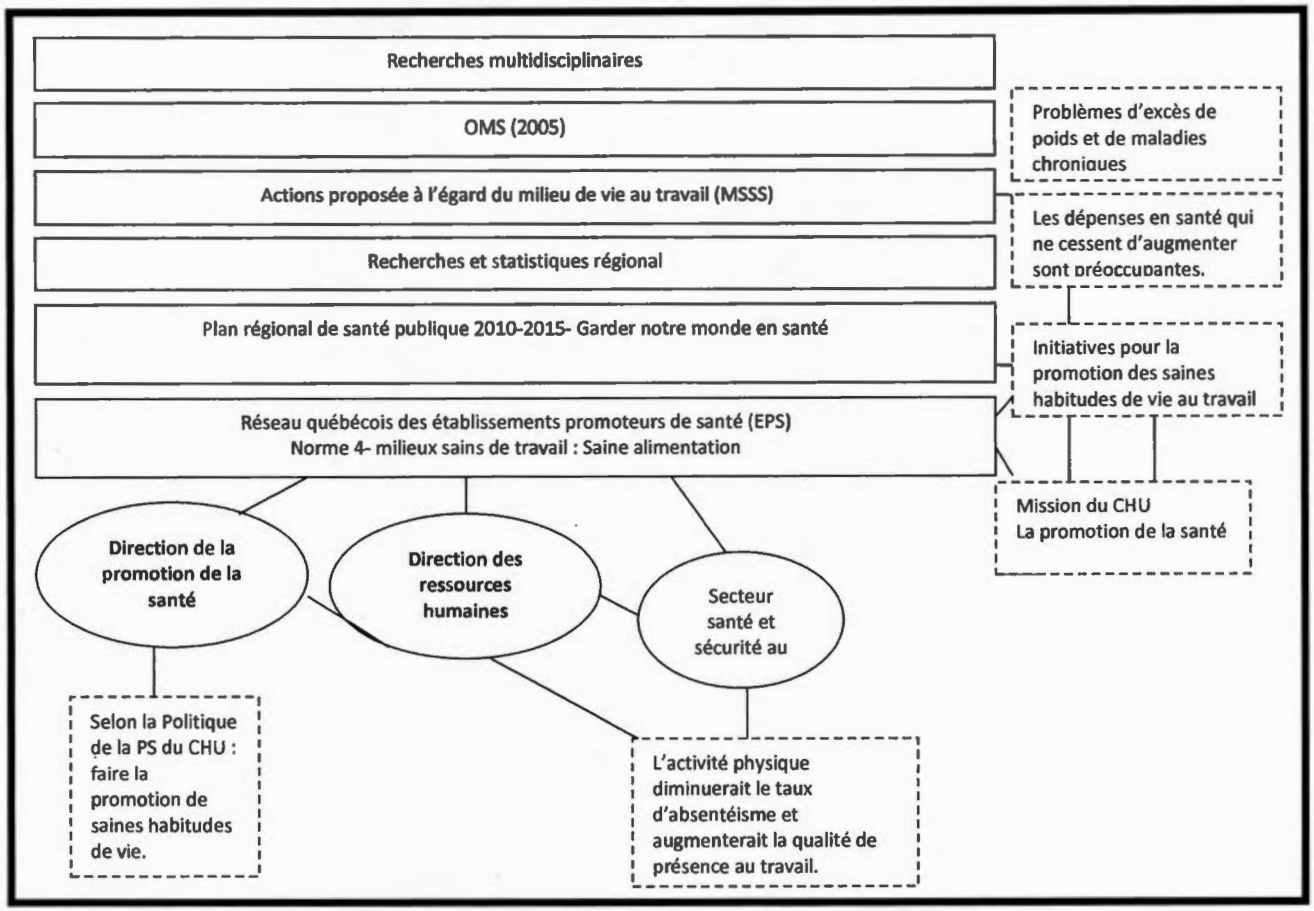
APPENDICE C14

TRADUCTION DU TROISIÈME ÉLÉMENT, SAINES HABITUDES DE VIE ACTIVITÉS PHYSIQUES-DE L'OMS AU CHU (PARTIE 2)

Implantation	Oui	• Centre d'activités physique • Projet mobile pour la santé • Capsules santé • Entente corporative • Stationnement pour vélo, BIXI • Carte intersites (trajets) • Activités ponctuelles
~~**Défis**~~	Oui	• Rejoindre le personnel moins actif
Résistances et controverses	Oui	• Négociation d'un lieu (espace) dans le nouveau CHU pour l'activité physique. • Jusqu'où va-t-on pour offrir des services au personnel • Le CHU crée-t-il des inégalités en proposant des activités et des services au niveau de l'activité physique?
~~**Alignement d'intérêts**~~	Oui	• Pour diminuer l'absentéisme dû aux maladies chroniques. • Qualité de présence au travail
Éléments facilitateurs	Oui	• Une des priorités de la DRH et du secteur santé et sécurité au travail • Mandat de la DSP • Installations présentes à l'hôpital Notre-Dame
Transformation/ ajout	Oui	• Projet mobile pour la santé • Projet destination santé • Intranet santé pour le personnel • Carte intersites • Clinique de kinésiologie • Programme articulation

APPENDICE C15

ALIGNEMENT D'INTÉRÊTS ET RÉSEAU POUR LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES



APPENDICE C16

TRADUCTION DU TROISIÈME ÉLÉMENT, SAINES HABITUDES DE VIE :

NON-CONSOMMATION DE TABAC DE L'OMS AU CHU

La non -consommation de tabac	Mettre la politique des HPS en action (OMS)	Manuel d'autoéval-uation (OMS)	MSSS	Réseau EPS	Plan régional-Santé publique 2010-2015	CHU
Accès à la politique antitabac	X	X	X	X	X	X
Programme, activités, services et installation pour la non-consommation de tabac	X	X	X	X	X	X
Sondage annuel sur les comportements, la connaissance des services et des politiques en matière de non-consommation de tabac.	-	X	-	-	-	-
Information et sensibilisation	X	-	X	X	X	X
Éducation et soutien	X	-	X	X	X	X
Mobilisation	-	-	X	X	X	X

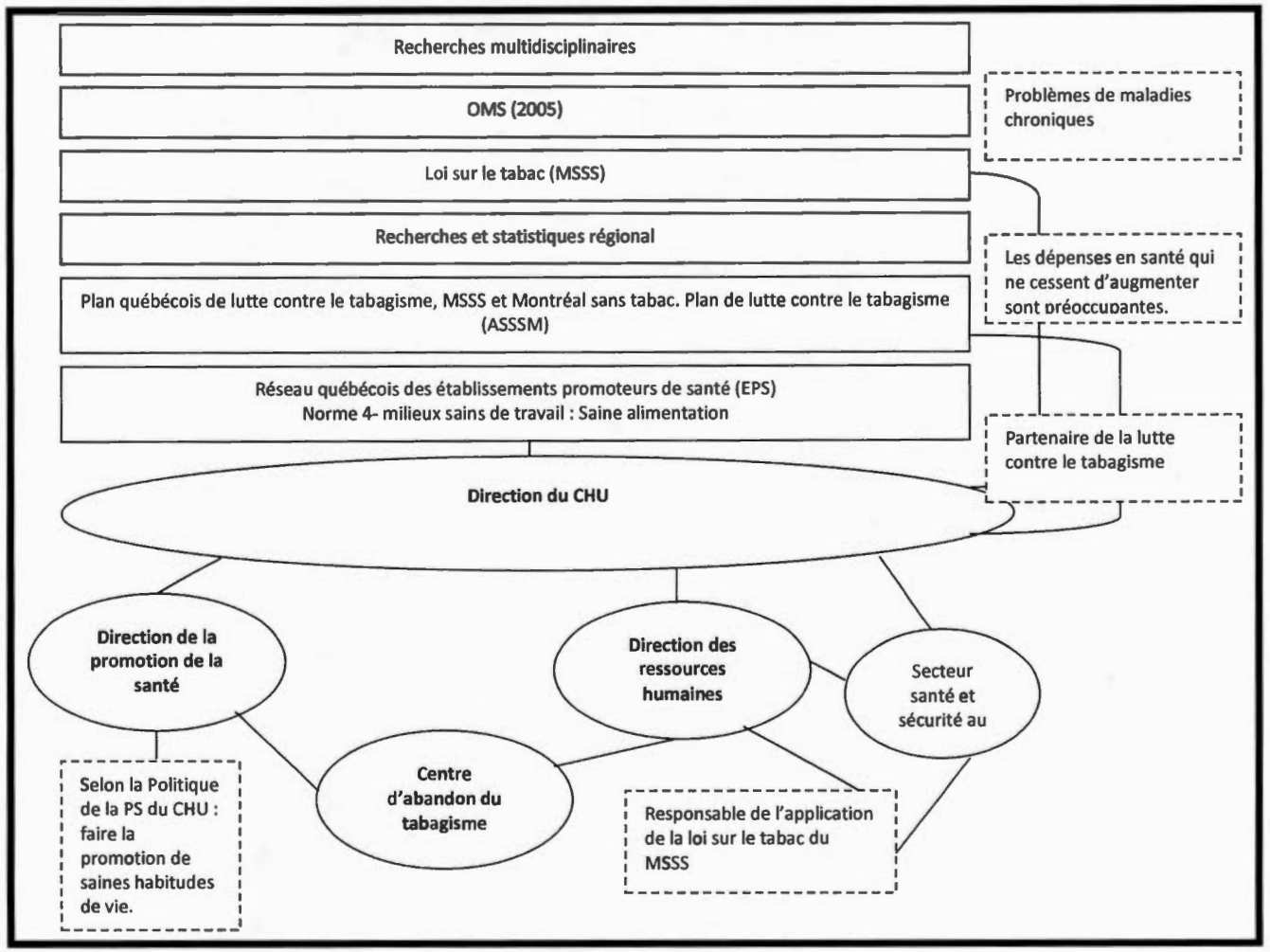
APPENDICE C17

TRADUCTION DU TROISIÈME ÉLÉMENT, SAINES HABITUDES DE VIE : NON-CONSOMMATION DE TABAC AU CHU

Implantation	Oui	• Information, sensibilisation • Campagne de prévention • Participation à la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac* • Centre d'abandon du tabagisme • Application de la loi sur le tabac • Politique sur le tabagisme
Défis	Oui	• Appliquer des mesures plus strictes que celles du MSSS
Résistances et controverses	Oui	• Difficulté parfois à faire respecter la politique
Alignement d'intérêts	Oui	• Lutte contre le tabagisme : facteurs à une variété de maladies chroniques • Diminution des coûts liés au soin
Éléments facilitateurs	Oui	• Une des priorités de la DRH et du secteur santé et sécurité au travail • Mandat de la DSP • Obligation ministérielle • Loi sur le tabac • Contravention
Transformation/ ajout	Oui	• Une politique antitabac plus stricte que celle du MSSS

APPENDICE C18

ALIGNEMENT D'INTÉRÊTS ET RÉSEAU POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA NON-CONSOMMATION DE TABAC



APPENDICE C19

TRADUCTION DU TROISIÈME ÉLÉMENT, SAINES HABITUDES DE VIE :

GESTION DU STRESS DE L'OMS AU CHU

Gestion du stress	Mettre la politique des HPS en action (OMS)	Manuel d'autoéval-uation (OMS)	MSSS	Réseau EPS	Plan régional-Santé publique 2010-2015	CHU
Informer les employés et leur fournir des outils pour diminuer et mieux gérer leur stress.	X	-	N/A	X	N/A	X
Apprendre aux gestionnaires à reconnaître et à gérer les manifestations de stress chez les employés	X	-	N/A	X	N/A	N/A
Offrir le programme d'aide aux employés en tant que ressource utile pour les employés et les gestionnaires.	X	-	N/A	X	N/A	X
Adapter les pratiques de gestion pour limiter les sources de stress	X	-	N/A	X	N/A	N/A

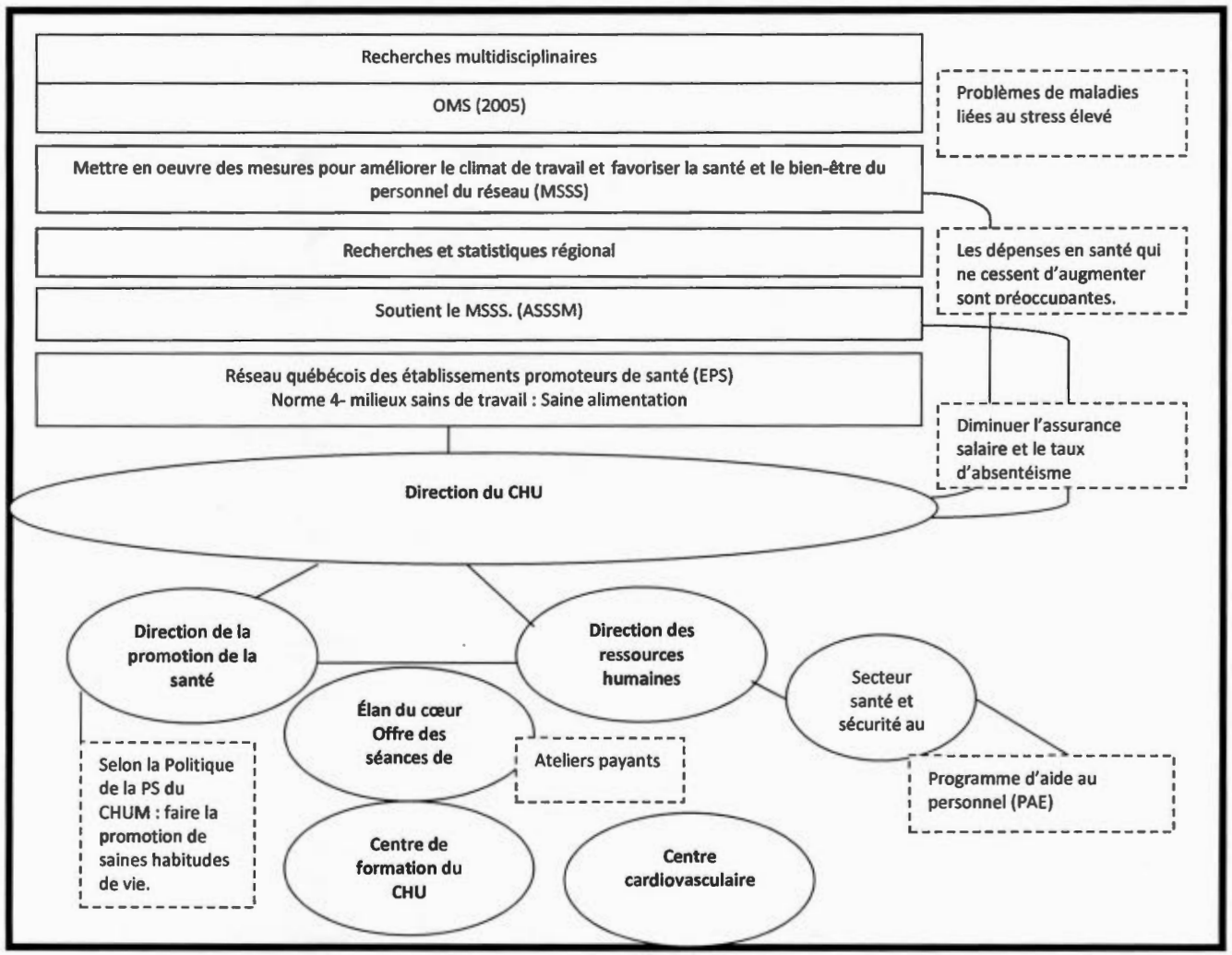
APPENDICE C20

TRADUCTION DU TROISIÈME ÉLÉMENT, SAINES HABITUDES : GESTION DU STRESS AU CHU

Implantation	Oui	• Méditation • Formation en gestion du stress • Capsules de méditation-relaxation-visualisation avec Passeport-Santé • Introduction à la zoothérapie et l'art thérapie • Programme d'aide pour les employés (PAE) • Visioconférences
Défis	Oui	• Milieux avec haut niveau de stress • Rejoindre les employés qui sont déjà débordés • Difficulté à agir sur les pratiques de gestion : manque de ressources • Assurer un fil conducteur puisqu'il y a plusieurs acteurs qui ne sont pas toujours coordonnés
Résistances et controverses	Oui	• Certains gestionnaires disent avoir déjà trop de travail pour ajouter davantage de volets.
Alignement d'intérêts	Oui	• Diminuer le taux d'absentéisme • Augmenter la productivité • Répondre au MSSS : santé et mieux-être au travail
Éléments facilitateurs	Oui	• Projets organisés par divers acteurs • MSSS : santé et mieux-être au travail • Une des priorités du réseau EPS • Plusieurs recherches viennent appuyer les méthodes en gestion du stress : cohérence cardiaque et méditation de Pleine conscience
Transformation/ ajout	Oui	• Formation en gestion du stress qui va plus loin que la simple information de base. • Atelier de méditation • Semaine de la santé : zoothérapie et art thérapie comme approche alternative à la gestion du stress.

APPENDICE C21

TRADUCTION DU TROISIÈME ÉLÉMENT, SAINES HABITUDES DE VIE : GESTION DU STRESS AU CHU



APPENDICE C22

TRADUCTION DU CINQUIÈME ÉLÉMENT

ACTIONS DE PRÉVENTION COLLECTIVES DE L'OMS AU CHU

Actions de prévention collectives	OMS - « Mettre la politique en action »	OMS- « Manuel d'autoévaluation »	MSSS	ASSSM Plan régional	Réseau EPS	Au CHU
Améliorer la commutation du et vers le lieu de travail (réverbères/ éclairage sécuritaire; transport en commun 24 h/24 h).	X	-	-	-	-	X Éclairage Transporte STM
Faciliter la vie au quotidien du personnel -garderie; banques et magasins avec des heures d'ouverture adaptées/prolongées.	X	-	-	-	-	X
Contribuer davantage à la promotion de la santé pour le personnel hospitalier - en offrant au personnel l'accès, entre autres, à un local pour la pratique de sports et des installations pour la mise en forme à prix réduit.	X	-	-	-	X	X
Faciliter la vie au quotidien du personnel - Logement	X	-	-	-	X	Seul. l'achat de maison
Accès aux services de santé	-	-	-	-	X	-
Accès aux organismes communautaires	-	-	-	-	X	X
Accès à l'éducation	-	-			X	X
Politique : - Établissement de lois, règlements et normes qui influencent positivement la culture de la promotion de la santé (ex. : norme BNQ)	-	Vague			X	X

BIBLIOGRAPHIE

Abric, J. C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF, Psychologie sociale, 252 p.

Abric, J. C. (2003). *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Paris : Érès, 295 p.

Absil, G., Vandoorne, C. et Demarteau, M. (2012). *Bronfenbrenner, écologie du développement humain. Réflexion et action pour la promotion de la santé*. Liège : École de santé publique.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) (non daté). http://agence.santemontreal.qc.ca [site consulté le 10 avril 2012].

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) (2009). *Guide d'élaboration d'une politique de promotion de la santé et recueil de politiques* (Norme 1 : se doter d'une politique de promotion de la santé). Montréal. 180 p. www.eps.santemontreal.qc.ca/fileadmin/hps/boiteoutil/isbn978-2-89510-318-9.pdf [consulté le 10 mai 2011].

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) (2010a). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants*. Résultats d'une réflexion commune. www.ipcdc.qc.ca/sites/default/files/files/cadre conceptuel.pdf [consulté le 10 avril 2012].

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) (2010b). *Planification stratégique 2010-2015. Observations et suggestions. Avis commission multidisciplinaire régionale de Montréal*. http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-717-02.pdf [consulté le 10 avril 2012].

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) (2010c). *Plan d'action sur la disponibilité de la main-d'œuvre à Montréal- 2010-2015*. http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications_/isbn978-2-89510-776-7.pdf [consulté le 10 avril 2012].

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) (2011a). *Guide pour la promotion de milieux de travail sains dans le réseau de la santé et des services sociaux*. Québec, 265 p.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) (2011b). *Plan régional de santé publique 2010-2015. Garder notre monde en santé.* http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-084-1.pdf [consulté le 10 avril 2012].

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) (2012). *Réunion ordinaire du conseil d'administration.* Rapport du comité d'allocation des ressources et de suivi des ententes de gestion. 26 p. http://pro.santemontreal.qc.ca/fileadmin/asssm/Info-CA/2012/2012-05-02-vol7no6/CA2012-05_08.9_employeur_choix.pdf [consulté le 10 avril 2012].

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) (2013). *Montréal sans tabac. Plan de lutte contre le tabagisme 2012-2013.* http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/isbn978-2-89673-249-4.pdf [consulté le 10 avril 2012].

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (non daté). *Lignes directrices européennes SST.* https://osha.europa.eu/fr/legislation/guidelines [consulté le 20 avril 2011].

Akrich, M., Callon, M. et Latour, B. (2006). *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs.* Paris : Presses Mines, collection sciences sociales, 301 p.

Alami, D. et Garabuau-Moussaoui (2009). *Les méthodes qualitatives.* Paris : PUF.

Aldana, S. G. (2001). Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. *Am. J. Health Promot.* 15:296-320.

Aldana, S. G. et Pronk N. P. (2001). Health promotion programs, modifiable health risks, and employee absenteeism. *J. Occup. Environ. Med.* 43:36-46

Alexis (2005). *La communication des organisations à la croisée des chemins disciplinaire.* Groupe de recherche en Communication des organisations (GREC/O). Paris : L'Harmattan, collection Communication, 152 p.

Allen, J. et Leutzinger, J. (1999). The role of culture change in health promotion. *The Art of Health Promotion, 3*(1), 1-12.

Amblard, H., Bernoux, P., Herreros, G. et Livian, Y. F (1996). *Les nouvelles approaches sociologiques des organisations.* Paris : Seuil.

Anger, M. (1996) *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines.* Montréal : Éditions CEC, 381 p.

Apostodilis, T. (2006). *Méthodologies appliquées à psychologie sociale de la santé*. Paris : Laboratoire de psychologie sociale.

Audet, M. et Parrissier, C. (2013). La recherche qualitative dans les sciences de la gestion : de la tradition à l'originalité. *Recherches qualitatives, 32*(2). La recherche qualitative dans les sciences de la gestion. De la tradition à l'originalité. www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/editionreguliere/numero32(2)/32-2-numero-complet.pdf [consulté le 10 mai 2011].

Audet, M., Brun, J. P., Blais, C., Montreuil, S. et Vinet, A. (2003). *L'urgence de penser autrement l'organisation*. Québec : Presses de l'Université Laval, 173 p.

Audet-Lapointe, M., Lefebvre, D. et Nadeau, M. E. (non daté). *Ensemble vers la santé. Projet pilote hygiène et salubrité*. CHU (présentation PPT).

Banque de recherche sociale et en santé (BRSS). www.msss.gouv.qc.ca/statistique/brss/ [consulté le 10 juin 2012].

Bardin, L. (2007). *L'analyse de contenu*. Paris : PUF, 291 p.

Bardini, T. (1993). Changement et réseaux sociotechniques : de l'inscription à l'affordance. *Réseaux. 1996/2*, 76, 125-155.

Bareil, C. (2008). Démystifier la résistance au changement : questions, constats et implications sur l'expérience du changement. La gestion du changement stratégique dans les organisations publiques. *Téléscope*, automne.

Bareil, C. (2010). Décoder les préoccupations et les résistances à l'égard des changements. *Gestion, (34)*, hiver.

Barrett, D. J. (2002). Change communication : Using strategic employee communication to facilitate major change. *Corporate Communications : An International Journal, 7*(4), 219-231. www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/13563280210449804 [consulté le 7 juin 2010].

Barus-Michel, J., Enriquez, E. et Levy, A. (2006). *Vocabulaire de psychosociologie*. Saint-Agne : Érès, Positions et références. 590 p.

Baszanger, I. et Peneff, J. (1993). L'hôpital en urgence. Étude par observation participante. *Revue française de sociologie*, *34*(1), 162-164.

Bataille, M. (2002). Un noyau peut-il ne pas être central ? Dans C. Garnier et W. Doise (dir.). *Les représentations sociales. Balisage du domaine d'études*. Montréal : Éditions Nouvelles.

Baulieu, M. et Landry, S. (2010). Le déploiement d'une stratégie logistique à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. *Revue internationale de cas en gestion*, *8*(1).

Beaulieu, M. D., Contandriopoulos, A. P., Denis, J. L., Haggerty, J., Lamarche, P. A. et Pinault, R. (2003). *Sur la voie du changement : pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (www.fcrss.ca).

Beaulieu, M., Chaussé, S., Landry, S. et Madore, P. (2011). L'implantation de l'approche Lean : le cas de la pharmacie de l'Hôpital Fleurimont au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. *Pharmactuel, 44*(3), 217-220.

Beaulieu, M., Roy, J., Landry, S., Michaud, M. et Roy, C. (2014). La logistique hospitalière au Québec : passé, présent et futur. *Revue Internationale de gestion, 39*(3), 56-62.

Berelson, B. (1971). *Content analysis in Communication Research.* New York : Hafner Publ. Co.

Berthelette, D. (2011*). Enjeux et perspectives liant la santé et la sécurité du travail et la promotion de la santé*. Montréal : Université du Québec à Montréal.

Bertrand, R., Malette, S. et Pelletier, M. C. (2009). *Rencontre thématique (ASSSM) Volet : promotion de la santé dans les milieux de travail*. Montréal : ASSSM.

Billé, J. et Soparnot, R. (2006). La gestion de la relation client ou *customer relationship management*, une source d'innovation ? Le cas de la banque société générale. *Revue des sciences de la gestion, 1*(217), 101-110.

Bilodeau, A. et Potvin, L. (2016). Unpacking complexity in public health interventions with the Actor-Network Theory. *Health Promotion International Advance Access*, 1-9.

Bilterys, R. (2013). *Le contexte interne d'implantation d'un environnement de travail promoteur de santé pour les infirmières d'un centre hospitalier universitaire du Québec*. Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université de Montréal. 244 p. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/10495/Bilterys_Robert_2013_these.pdf?sequence=4&isAllowed=y [consulté le 10 décembre 2014].

Bonardi, C. et Roussiau, N. (1999). *Les représentations sociales*. Paris : Dunod, 124 p.

Bonneuil, C. et Thomas, F. (2009). *Gènes, pouvoirs et profits. Recherche publique et régimes de production des savoirs de Mendel aux OGM*. Versailles : Éditions Quae, 624 p.

Bonneville, L., Grosjean, S. et Lagacé, M. (2007). *Introduction aux méthodes de recherche en communication*. Québec, 256 p.

Borraz, O. (1990). La science est-elle une sociologie ? À propos des travaux de B. Latour et M. Callon. Politix. *Revue des sciences sociales du politique*, 10-11, 135-144. https://www.persee.fr/doc/polix_0295-2319_1990_num_3_10_2131

Bourbonnais, R., Brisson, C., Vinet , A., Vézina, M., Abdous, B. et Gaudet, M. (2006). Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. *Occupational and Environmental Medicine*, *63*(5), 335-342.

Bourbonnais, R. et Mondor, M. (2001). Job strain and sickness absence among nurses in the province of Quebec. *American Journal of Industrial Medicine,* 39, 194-202.

Boutin, G. (2006). L'entretien de recherche qualitatif (2e édition). Sainte-Foy, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Brunet, J. P. (1991). Phénomène de l'organisé : changement planifié et spontané. Dans R. Tessier et Y. Tellier, Y. (dir.), *Changement planifié et développement des organisations. Changement planifié et évolution spontanée*. Tome 6. Montréal : Presse de l'Université du Québec, 474 p.

Brun, J. P. (2008). *Les sept pièces manquantes du management. Une stratégie d'amélioration du bien-être au travail et de l'efficacité des entreprises*. Québec : Éditions Transcontinental, 200 p.

Buschini, F. et Kalampalikis, N. (2002). *Penser la vie, le social, la nature. Mélanges en l'honneur de Serge Moscovici*. Paris : Éditions de la Maison des sciences de l'homme.

Callon, M. et Ferrary, M. (2006). Les réseaux sociaux à l'aune de la théorie de l'acteur-réseau. *Sociologies pratiques*, 2(13), 37-44.

Callon, M. et Latour, B. (1986). Les paradoxes de la modernité. Comment concevoir les innovations ? *Perspective et santé*, 36.

Callon M., Lhomme R. et Fleury J. (1999). Pour une sociologie de la traduction en innovation. Dans F. Cros (dir.), *Recherche et Formation*, *Innovation et formation des enseignants*, 31, 113-126.

Caron-Bouchard, M. et Renaud, L. (non daté) *Un modèle dynamique interactif écosocial pour mieux comprendre l'apport des médias dans le façonnement des normes sociales en matière de santé*. https://comsante.uqam.ca/upload/files/livres/1-1_FN_A_modele_dynamique.pdf [consulté le 20 mars 2014].

Carpentier-Roy, M. C. (2001). *Le travail et ses malentendus. Enquêtes en psychodynamique du travail au Québec. Sciences de l'administration*. Québec : Presses de l'Université Laval, 162 p.

Carpentier-Roy, M. C. et Vézina, M. (2007). *Le travail et ses malentendus. Psychodynamique du travail et gestion.* Québec : Presses de l'Université Laval, 162 p.

Castonguay, J., Dostie, B. et Moroy, C. (2011) *Initiatives de Promotion de la santé au travail : un examen des enjeux et du contexte au Québec et au Canada.* Rapport de projet. Montréal : CIRANO, 40 p. www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2011RP-15.pdf [consulté le 20 avril 2004].

Centre d'étude sur le stress humain (CESH) www.stresshumain.ca.

Chanal, V. (1999). Management de l'innovation : la prise en compte du langage des acteurs des projets. *Actes de la VIII^e Conférence internationale de management stratégique.* Paris, mai.

Chanal, V. (2000). Langage, changement organisationnel et innovation. *Management international*, *4*(2).

Chapman, L. S. (2012). Meta-evaluation of worksite health. Promotion economic return studies : 2012 update. *The Art of Health Promotion*, 12 p.

Charmillot, M. et Seferdjeli, L. (non daté). *Démarches compréhensives : la place du terrain dans la construction de l'objet.* Université de Genève, 17 p. https://www.unige.ch/fapse/publications-ssed/files/4614/1572/5493/Pages_de_187_EXPCOM.pdf [consulté le 12 avril 2013].

Chaumier, J. (1974) *Les techniques documentaires.* Paris : PUF.

Chu, C., Breucker, G., Harris, N., Stitzel, A., Gan, X., Gu, X. et Dwyer, S. (2000). Health promoting workplaces : International settings development. *Health Promotion International*, 15, 155-167.

Clot, Y. (2010) *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux.* Paris : La Découverte, 192 p.

Commission des nomes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST). *Centre patronal de la santé et de la sécurité du travail du Québec.* www.centrepatronalsst.qc.ca/accueil.html [consulté le 10 mars 2012].

Commission des nomes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST). *Harcèlement psychologique* www.cnt.gouv.qc.ca/en-cas-de/harcelement-psychologique/index.html#c4659 [consulté le 10 mars 2012].

Commission des nomes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST). *Portail.* www.csst.qc.ca [consulté le 12 janvier 2012].

Contandriopoulos, A. P. (1994). Réformer le système de santé: une utopie pour sortir d'un statut quo impossible. *Ruptures, 1*(1), 8-26.

Contandriopoulos, A. P, Denis, J. L., Touati, N. et Rodriguez, C. (2003). *The Integration of Healthcare : Dimensions and Implentation.* Working paper. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Secteur santé publique. Université de Montréal, Faculté de médecine (GRIS). 31 p. www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/N04-01.pdf [consulté le 15 février 2013].

Contandriopoulos, A. P. et Arweiler, D. (2009). Gouvernance, régulation et incitatifs – Un modèle à réinventer. *Le Point en administration de la santé*, *4*(4), 30-33. www.lepointensante.com/index.php?select=54&language=fr&pub=60 [consulté le 12 avril 2013].

Contandriopoulos, A. P. et Trottier, L. H. (1998). L'hôpital dans le système de soins de demain. *Ruptures, 5*(1), 115.

Cooper, C. L. et Williams, S. (dir.) (1994). *Creating healthy work organizations*. New York : Wiley.

Cooren, F. (2010). Comment les textes écrivent l'organisation. Figures, ventriloquie et incarnation. Études de communication. Langages, information. *Médiations,* 34, 23-40. https://edc.revues.org/1891?lang=en [consulté le 12 janvier 2012].

Coutant, A. (2015). Les approches sociotechniques dans la sociologie des usages en SIC. *Revue française des sciences de l'information et de la communication* [En ligne], 6. www.journals.openedition.org/rfsic/1271 DOI : 10.4000/rfsic.1271.

Dansereau-Bourassa, C. (2015). *L'amour chez les jeunes adultes issus de l'immigration : lorsqu'aimer, c'est négocier ses relations et son identité*. Thèse de docotrat, Université du Québec à Montréal, 312 p.

De Crescenzo, J. C. (2005). *Les réseaux clandestins de salariés. Étude d'une forme de réponse organisationnelle face aux régimes managériaux de mobilisation de la force de travail.* Thèse de doctorat, Université Lille 3.

De Gaulejac, V. (2005) *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire. Pouvoir managérial et harcèlement social*. Paris : Seuil.

de Kervasdoué, J. (2004). Politique de régulation et systèmes d'information. *Revue d'économie financière*, 76, 267-278.

De Rosa, A. S. (1987). Différents niveaux d'analyse du concept de représentation sociale en relation aux méthodes utilisées. Dans G. Bellelli (dir.), *La représentation sociale de la maladie mentale* (p. 47-63). Napoli : Liguori.

De Rosa, A. S. (2003). Le réseau d'association. Dans J. C. Abric (dir.), *Méthodes d'étude des représentations sociales* (p. 81-117). Paris : Édition Érès.

De Sardan J. P. O. (1995). La politique du terrain. *Enquête*, 1, 71-109.

Dedobbeleer, N. et coll. (2007). *Les CSSSS promoteurs de santé au Québec : un outil d'autoévaluation*. Rapport de recherche. Montréal : Université de Montréal.

Dedobbeleer, N., Contandriopoulos , A. P., Lamothe, L., Nguyen, H., Rousseau, L. et Bilterys, R. (2008). *La dernière réforme dans le système de santé et des services sociaux au Québec et la fenêtre d'opportunité pour l'adoption du concept de l'OMS « hôpital promoteur de santé ».* Rapport final. Université de Montréal, Faculté de médecine, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS). Secteur santé publique, 69 p. www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/R08-01.pdf [consulté le 3 mars 2010].

Denis, J. L et Champagne, F. (1990). Pour comprendre le changement dans les organisations. *Gestion, 15*(1), 44-55.

Denis, J. L. et Sullivan, T. (dir.) (2012). *Améliorer le leadership dans les services de santé au Canada : la preuve en œuvre.* Montréal : McGill-Queen's University Press pour la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (Publié aussi en anglais, sous le titre : *Building Better Health Care Leadership for Canada : Implementing Evidence*, 2011). (RA 184 B932 2012 et RA 184 B932 2011. Québec/Montréal).

Deslauriers, J. P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*. Montréal . McGraw-Hill, 142 p.

Desraps, S. (2009). *Regard croisé sur le réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé (HPS) et Planetree Inc.* [ressource électronique] Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal : Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé.

Desriaux, F. (2009). Épuisement, stress, risques d'erreurs.... Malaise à l'hôpital. *Santé et travail*, 66, 25-33.

Dietscher, C., Pelikan, J. et Schmied, H., (2014) *Health promoting hospitals.* http://oxfordindex.oup.com/view/10.1093/obo/9780199756797-0131 [consulté le 10 mars 2015].

Direction de la promotion de la santé (DPS) (2010). *Portfolio de la Direction de la promotion de la santé*. Montréal : CHU.

During, É. et Jeanpierre, L. (2012). Bruno Latour ou la pluralité des mondes. *Critique*, *11*(786), 915. https://www.cairn.info/revue-critique-2012-11-page-915.htm [consulté le 10 juin 2013].

Duxbury, L. et Higgins, C. (2003). *Le conflit entre le travail et la vie personnelle au Canada durant le nouveau millénaire : État de la question.* Rapport final. Ottawa : Santé Canada

Duxbury, L. et Higgins, C. (2005). *Qui sont les personnes à risque ? Les variables prédictives d'un haut niveau de conflit entre le travail et la vie personnelle.* Rapport no 4. Ottawa : Santé Canada.

Eco, U. (1985). *Lector in fabula.* (1ère édition, 1979). Paris : Grasset

Éthique par le cœur. http://www.ethiqueparlecoeur.com consulté le 10 mars 2012].

Figueiro, A. C., Rosana de Araujo Oliveira, S. R., Hartz, Z., Couturier, Y., Bernier, J., Do Soccoro Nachado Freire, M., Samico, I., Guadalupe, M., Franco de Sa, R. et Potvin, L. (2017). A tool for exploring the dynamics of innovative interventions for public health: the critical event card. *International Journal of Public Health,* 62, 177-186.

Fleury, M. J., Tremblay, M., Nguyen, H. et Bordeleau, L. (dir.) (2007). *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation.* Québec : Gaëtan Morin éditeur, 513 p.

Flick U. (1999). Social constructions of change. *Qualitative Methods for Analysing Developmental Processes, 38*(4), 631-658.

Flick U. (2002). *An Introduction to Qualitative Research*. London: SAGE, 310 p.

Flick U. (dir.) (2007). *The SAGE Qualitative Research Kit* (8 cols). London : SAGE.

Gabriel, P. et Liimatainen, M. R. (2000). *Mental Health in the Workplace*. Genève : Bureau International du Travail.

Gagnon, Y. C. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche.* Québec : Presses de l'Université du Québec, 123 p.

Giroux, N. (1993). Communication et changement dans les organisations. *Communication et organisation* [En ligne], 33. http://journals.openedition.org/communicationorganisation/1615 [consulté le 22 avril 2018].

Giroux, N. (2003). L'étude de cas. Dans Y. Giordano (dir.), *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative* (p. 41-84). Colombelles : EMS.

Global Occupational Health Network (GOHNET) (2003). From Workplace Health Promotion to Integrative Workplace Health Management. *Trends and Development*, 6. GOHNET Newsletter. www.who.int/occupational_health/publications/newsletter/en/gohnet6e.pdf?ua=1 [consulté le 2 juillet 2010].

Glouberman, S. et Mintzberg, H. (2001a). Managing the care of health and the cure of disease. Part I : Differentiation. *Health Care Management Review, 26*(1), 56-69.

Glouberman, S. et Mintzberg, H. (2001b). Managing the care of health and the cure of disease. Part II : Intregration. *Health Care Management Review*, *26*(1), 70-84.

Goetzel, R. Z. et Ozminkowski, R. J. (2008). The health and cost benefits of work site health-promotion programs. *Annual Review of Public Health*, 29:303-23. www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090930 [consulté le 2 juillet 2010].

Gometz, A. (2008). *La mobilisation des savoirs chez les retraités à travers la pratique bénévole.* Mémoire. Paris : Paris 8, Vincennes Saint-Denis. www.memoireonline.com/07/09/2346/m_La-mobilisation-des-savoirs-chez-les-retraites-a-travers-la-pratique-beneacute14.html [consulté le 2 juillet 2010].

Gordon C. R. et Breslow L. (2007). Can health promotion programs save medicare money ? *Clin. Interv. Aging Review, 2*(1), 17-22. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2684089/ [consulté le 15 juillet 2010].

Gouvernement du Québec (non daté). *Agenda 21. Culture aujourd'hui demain.* www.agenda21c.gouv.qc.ca/wp-content/themes/agenda21c/pdf/A21C- Brochure-FR-WEB.pdf [consulté le 22 février 2012].

Gouvernement du Québec (non daté). *Les principes du développement durable.* www.mddelcc.gouv.qc.ca/developpement/principes.pdf [consulté le 22 mars 2010].

Gouvernement du Québec. (non daté). Loi sur la santé et la sécurité du travail. http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-2.1 [consulté le 3 décembre 2013].

Gouvernement du Québec Québec. *Arts visuels, architecture et métiers d'art.* http://www.mcc.gouv.qc.ca/?id=59 [consulté le 22 février 2012].

Gouvernement du Québec (1996, 2015) *Loi sur l'équité salariale.* www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/E_12_001/E12_001.html [consulté le 22 mars 2010].

Gouvernement du Québec (2000). *Rapport Clair. Les solutions émergentes*. Rapport et recommandations. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. 454 p. http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-109.pdf [consulté le 22 mars 2010].

Gouvernement du Québec (2006). *Loi sur le développement durable.* www.mddelcc.gouv.qc.ca/developpement/loi.htm [consulté le 22 mars 2010].

Gouvernement du Québec (2015). *Loi sur l'accès à l'égalité en emploi dans les organismes publics* www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type= 2&file=/A_2_01/A2_01.html [consulté le 18 février 2016].

Grawitz, M. (1986) *Méthodes des sciences sociales* (7e éd). Paris : Dalloz, 384 p.

Green, L. et Kreuter, M. (2005). *Health Program Planning an Educational and Ecological Approach*. New York : McGraw-Hill Education, 458 p.

Green, L., Poland, B. et Rootman, I. (2000). The settings approach to health promotion. Dans B. Poland, L. Green et I. Rootman I (dir.), *Settings for Health Promotion : Linking Theory and Practice*. London :Sage.

Groene, O. et Jorgensen, S. J. (2005). Health promotion in hospitals - a strategy to improve quality in health care. *European Journal of Public Health, 15 (1)*, 6-8. https://doi.org/10.1093/eurpub/cki100 [consulté le 2 juillet 2010].

Guillemet, P. (1993). *Organisation et contexte québécois. Une perspective communicationnelle*. Québec : Université du Québec. Télé-université, 626 p.

Guo, X. H., Tian, X. Y., Pan, Y. S., Yang, X. H., Wu, S. Y., Wang, W. et Lin, V. (2007). Managerial attitudes on the development of health promoting hospitals in Beijing. *Health Promotion International*, 22(3), 182-190. https://doi.org/10.1093/heapro/dam010. [consulté le 2 juillet 2010].

Hancock, T. (1999). Creating health and health promoting hospitals: a worthy challenge for the twenty-first century. *Int. J. Health Care Qual. Assur. Inc. Leadersh Health Serv. 2*(2-3). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10537852 [consulté le 2 juillet 2010].

Harvey, S., Courcy, F., Petit, A., Hudon, J., Teed, M., Loiselle, O. et Morin, A. (2006). Interventions organisationnelles et santé psychologique au travail : une synthèse des approches au niveau international. *Études et recherches, IRSST*, Rapport R-474. Montréal, 57 p. www.irsst.qc.ca/fr/_projet_3403.html [consulté le 2 juillet 2010].

Haubold B. (2008). *Les risques psychosociaux*. Identifier, analyser, prévenir les risques humains. Paris : Éditions d'Organisation, Groupe Eyrolles.

Hawe, P. (2015). Lessons from complex interventions to improve health. , 36, 307-323. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25581153. [consulté le 2 juillet 2010].

Heibron, J. et Sapiro, G. Pour une sociologie de la traduction : bilan et perspectives. CNRS, Centre de sociologie européenne http://cse.ehess.fr/ [consulté le 2 mars 2011].

Hodgson, R. C., Levinson, D. J. et Zaleznik, A. (1965). *The Executive Role Constellation: An Analysis of Personality and Role Relations in Management.* Boston : Harvard University, 548 p.

HPH. *HPH and Environment.* http://hphnet.org/index.php?option=com_content&view=article&id=143%3Atf-on-hph-_a-environment&catid=20&Itemid=95 [consulté le 22 février 2012].

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Association de recherche en soins infirmiers (ARSI), 3* (102), 22-34. https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm [consulté le 16 mars 2011].

Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ) (2011) *Trousse diagnostique de sécurité à l'intention des collectivités locales.* Guide d'organisation d'entretiens semi-dirigés avec des informateurs-clés (2e édition). Québec : INPQ, 50 p.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2015). *19e journée annuelle de santé publique. Ensemble vers la santé! Une approche innovante et flexible en promotion de la santé globale au travail* http://jasp.inspq.qc.ca/ensemble-vers-la-sante.aspx [consulté le 5 février 2016].

Joff, H. (2002) Social representations and health psychology. *Social Science Information*, *41*(4), 559-580. https://www.researchgate.net/publication/258190166_Social_Representations_and_Health_Psychology [consulté le 2 novembre 2010].

Johnson, A. et Baum, F. (2001). Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Health Promotion International*, *16*, 3, 281-287. https://doi.org/10.1093/heapro/16.3.281 [consulté le 2 décembre 2010].

Jolivet A. et Vásquez C. (2011). Reconfiguration de l'organisation : suivre à la trace les figures textualisées – le cas de la figure du patient. *Études de communication*, *1*(36), 129-146. https://www.cairn.info/revue-etudes-de-communication-2011-1-page-129.htm [consulté le 2 octobre 2014].

Jolivet, A. et Vásquez, C. (2013). La santé organisante : enjeux organisationnels d'un travail de déplacement. *Questions de communication* [En ligne], 23. http://journals.openedition.org/questionsdecommunication/8468. [consulté le 2 octobre 2014].

Jones, E., Watson, B., Gardner, J. et Gallois, C. (2004) Organizational communication : Challenges for the new century. *Journal of Communication, 54*(4), 722-750. https://academic.oup.com/joc/article-abstract/54/4/722/4102943?redirectedFrom=fulltext [consulté le 2 octobre 2012].

Kalampalikis, N. (2010). Des représentations sociales. Ancrages, terrains, tensions. *Bulletin de psychologie, 4*(508), 289-292.

Kalampalikis, N. et Buschini, F. (2002). The Prospero software program: An alternative tool for the study of social representations. *European Review of Applied Psychology, 52*(3/4), 241-251.

Kaufmann, J. C. (1996). *L'entretien compréhensif.* Paris : Nathan.

Khun, T. S. (1962 [2008]). *La structure des révolutions scientifiques*. Champs sciences. Paris : Flammarion. 284 p.

Kishchuk, N. (2003). The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *American Journal of Public Health Peer Reviewed. Models for Population Health*, *93*(3). www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12604477/ [consulté le 2 octobre 2010].

Kishchuk, N. et Renaud, L. (2008). *La prévention et la promotion de la santé des employés des organisations de santé : recension des pratiques exemplaires.* http://www.eps.santemontreal.qc.ca/fileadmin/hps/boite_outil/recension_pratiques_exemplaires.pdf [consulté le 2 octobre 2010].

Lamarche, P. (2009). Comment va le système de santé québécois ? *Vie économique. 3.* www.eve.coop/mw-contenu/revues/12/115/RVE_vol3_no1_Lamarche.pdf.

Lamoureux, C. et Morin, E. (1998) *Travail et carrière en quête de sens.* Québec : Presses interuniversitaires.

Laramée, A. (2002). *La communication dans les organisations. Une introduction théorique et pratique.* Québec : Université du Québec, Télé-université, 266 p.

Lascoume, P. (2002). Chapitre 7. De l'utilité des controverses sociotechniques. *Journal international de Bioethiques*, 3, 68-79.

Latour, B. (1987). *La science en action.* Harvard : Havard University Press, 288 p. https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00081741/document [consulté le 2 décembre 2013].

Latour, B. (1989). *La science en action. Introduction à la sociologie des sciences.* Paris : La Découverte Poche, 663 p.

Latour, B. (2002). L'impossible métier de l'innovation technique. Dans P. Mustar et H. Penan (dir.), *Encyclopédie de l'innovation* (p. 9-36). Paris : Economica.

Latour, B. (2004). *Politique de la nature. Comment faire entrer les sciences en démocratie.* Paris : La Découverte, 392 p.

Latour, B. (2005). *Reassembling the Social*. Oxford : Oxford University Press, 320 p.

Latour, B. (2007a). *Changer de société refaire de la sociologie*. Paris : La Découverte, collection La Découverte Poche, 400 p.

Latour, B. (2007b). *L'espoir de Pandore. Pour une révision réaliste de l'activité scientifique*. Paris : La Découverte, collection La Découverte Poche, 347 p.

Latour, B. (2010-2011). *Qu'est-ce que la cartographie des controverses ?* http://controverses.sciences-po.fr/archive/pointg/index.php/presentation/qu-est-ce- que-la-cartographie-des-controverses-scientifiques/ [consulté le 2 décembre 2013].

Latour, B. (non daté). Comment finir une thèse de sociologie. Petit dialogue entre un étudiant et un professeur (quelque peu socratique). *Dialogues sur l'acteur réseau*, 19 p. www.bruno-latour.fr/sites/default/files/downloads/90-DIALOGUE-ANT-FR.pdf [consulté le 2 décembre 2013].

Le Borgne, M. (1999). *Planification stratégique, communication et intervention d'un agent de changement lors d'une fusion/acquisition d'entreprises : le cas de la fusion du groupe vie Desjardins-Laurentienne*. Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures, Université Laval, 137 p.

Le Devoir (2013). Lille, ville culturelle- La culture comme quatrième pilier du développement durable, 18 mai. www.ledevoir.com/politique/quebec/378265/la-culture-comme-quatrieme-pilier-du-developpement-durable [consulté le 18 mai 2013].

Lee, J. et Smith, J. P. (2012). The effect of health promotion on diagnosis and management of diabetes. *Journal of Epidemiology and Community Health, 66*(4), https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3619717/ [consulté le 2 décembre 2013].

LEED (non daté). *LEED Canada pour les habitations*. www.apchq.com/estrie/fr/leed-canada.html [consulté le 2 décembre 2013].

Lefebvre, D. et Bergeron, S. (2015). *Démarche « Ensemble vers la santé! » auprès d'un groupe de professionnels du CHU* www.eps.santemontreal.qc.ca/fileadmin/hps/autre/evenements/Conference_annuelle_2015/CHU.pdf [consulté le 15 décembre 2016].

Lemieux, V., Bergeron, P., Bégin, C. et Bélanger, G. (2005). *Le système de santé au Québec. Organisation, acteurs et enjeux*. Québec : Presses de l'Université Laval.

Leray, C. (2008) *L'analyse de contenu de la théorie à la pratique. La méthode Morin-Chartier*. Québec : Presse de l'Université du Québec, 180 p.

Lewis, B. (1999). Change can be painful, so it's natural for people all over the company to resist. *InfoWorld, Framingham, 21* (24), 83-84.

Lincoln Y. S. (1995), Emerging criteria for quality in qualitative and interpretive research. *Qualitative Inquiry*, 1, 275-289.

Loubet des Bayles, J. L. (2000). *Initiation aux méthodes des sciences sociales. Les classiques des sciences sociales. Une bibliothèque numérique*. Chicoutimi : Cégep de Chicoutimi et Université du Québec à Chicoutimi, 386 p. http://classiques.uqac.ca/contemporains/loubet_del_bayle_jean_louis/initiation_metho_sc_soc/initiation_metho_sc_soc.pdf [consulté le 5 mars 2010].

Lowe, Graham, S., Schellenberg, G. et Shannon, H. S. (2003). Correlates of employees' perceptions of a healthy work environment. *American Journal of Health Promotion. 17*(6), 390-399. http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.4278/0890-1171-17.6.390 [consulté le 5 mars 2011].

Maranda, M. F., Gilbert, M. A. et St-Arnaud, L. (2006). *La détresse des médecins : un appel au changement*. Québec : Presses de l'Université Laval.

Marchand, A. (2004). *Travail et santé mentale : une perspective multiniveaux des déterminants de la détresse psychologique*. Thèse de doctorat. Université de Montréal.

Marchand, A., Durand, P. et Demers, A. (2005). Work and Mental Health: The Experience of the Quebec workforce between 1987 and 1998. *Work*, *25*(2), 135-142.

Martineau, S. (2012). Trigulation en recherche quantitative. *Propos sur le monde.* http://propossurlemonde.blogspot.ca/2012/02/triangulation-en-recherche-qualitative.html [consulté le 5 mai 2013].

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Site. www.msss.gouv.qc.ca [consulté le 5 mars 2012].

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Santé mentale au travail.* www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?sante_mentale_au_travail [consulté le 25 mai 2012].

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (1998). *Loi sur le tabac.* www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/T_0_01/T0_01.htm [consulté le 25 mai 2012].

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2006a) *Investir pour l'avenir.* Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012. http://publications.msss.

gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-289-08W.pdf [consulté le 6 mars 2012].

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2006b) *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010* http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-006-17.pdf [consulté le 16 mars 2010].

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2007) *La planification de la main-d'œuvre du personnel d'encadrement. Regard sur l'avenir.* Orientations et planification 2007-2010. http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-514-02.pdf [consulté le 22 mars 2010].

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2009) Miser sur une saine alimentation : une question de qualité. Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées. http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-289-02.pdf [consulté le 22 mars 2010].

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2010). *Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux.* http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-717- 02.pdf [consulté le 22 mars 2010].

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2011a). *Statistiques relatifs au stress 2009-2010* http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Evolution-du- stress-quotidien-eleve-selon-le-sexe [consulté le 22 mars 2010].

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2011b) *Statistiques des principales sources de stress quotidien, selon le sexe 2009-2010* http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Principales-sources-de-stress-quotidien-selon-le-sexe [consulté le 22 mars 2010].

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2011c). *Plan régional de santé publique 2010-2015. Un système de santé qui sert aussi à prévenir.* http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673- 094-0.pdf [consulté le 25 mai 2012].

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2013). *Plan d'action et de développement durable 2009-2015. Prévenir et agir, pour la santé de notre avenir* http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-733-01F.pdf [consulté le 5 mars 2012].

Mintzberg, H. (1982). If you're not serving Bill and Barbara, then you're not serving leadership. Dans J. G. Hunt, U. Sekaran et C. Schriesheim (dir.), *Leadership : Beyond Establishment Views.* Illinois : Southern Illinois University Press.

Mintzberg, H. (2004) *Le management. Voyage au centre des organisations.* Eyrolles : Editions d'Organisation, 703 p.

Mintzberg, H. (2007). *Mintzberg on Management.* New York : The Free Press, Simon & Schuter inc.

Molinier, P. (2006). *Les enjeux psychiques du travail. Introduction à la psychodynamique du travail.* Paris : Petite Bibliothèque Payot.

Morant, N. J. (1996). *Social representations of mental illness. A study of British and French mental health professionals.* Thèse de doctorat, University of London, Department of Social P sychology, London School of Economics and Political Science. 344 p.

Morin, E (1977). *La Nature de la nature* (tome 1). Paris : Le Seuil, Nouvelle édition, coll. Points.

Morin, E. (1992). *Method towards a Study of Humankind* (Volume 1 : The nature of nature) (1ère édition, 1977). New York : Peter Lang.

Morin, E. (2008). Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel. IRSST. Santé psychologique. *Étude et recherches.* Rapport R-543. Québec, 62 p. www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/R-543.pdf [consulté le 5 mars 2010].

Morin, E., Archambault, M., Giroux, H., Ricard, G. et Rousson, M. (2001). *Sens au travail. Cadre du réseau. Projet QVT.* Rapport final. HEC, 123 p. http://web.hec.ca/criteos/fichiers/upload/qvt_msss_01.pdf [consulté le 5 mars 2010].

Muchielli, A. (dir.) (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (3e édition). Paris : Armand Colin.

Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International,* V 0113, 4. Oxford University Press. www.ais.up.ac.za/med/scm870/nutbeam.PDF [consulté le 22 mars 2010].

O'Donnell, M., Bishop, C. et Kaplan, A. (1997). Benchmarking best practices in workplace health promotion. *The Art of Health Promotion, 1*(1), 1-8.

O'Neill et coll. (2006). *Ontario Health Promotion e-bulletin*, 52. www.ohpe.ca/node/2980 [consulté le 2 avril 2010].

O'Neill, M., Dupéré, S., Pederson, A. et Rootman, I. (2006*). Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques.* Québec : Les Presses de l'Université Laval, 510 p.

O'Sullivan, D. et Dooley, L. (2009). *Applying Innovation*. London : Sage publications. http://dx.doi.org/10.4135/9781452274898 [consulté le 1er décembre 2012].

Olsen, W. (2004). Triangulation in social research : Qualitative and quantitative methods can really be mixed. *Developments in Sociology*. 20, 103-118.

One (non daté) *The Multimethod Approach and Its Promise*. www.oatao.univ-toulouse.fr/ [consulté le 1er décembre 2011].

Organisation internationale pour le travail (OIT). www.ilo.org [consulté le 22 mars 2010].

Organisation mondiale de la santé (OMS). Site *Activité physique*. www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr/ [consulté le 22 mars 2010].

Organisation mondiale de la santé (OMS) (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf [consulté le 1er novembre 2010].

Organisation mondiale de la santé (OMS) (1997). *Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXe siècle*. www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_fr.pdf [consulté le 1er novembre 2010].

Organisation mondiale de la santé (OMS) (1998). *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève : OMS. www.who.int/iris/handle/10665/67245 [consulté le 1 novembre 2010].

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2002). *Selon une étude récente, la violence à l'encontre du personnel soignant menace les services de santé*. Genève : OMS.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2004). *Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé*. Budapest, Hongrie et Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe, 23-25 juin. Copenhague : OMS, Bureau régional de l'Europe. http://www.who.int/iris/handle/10665/107578 [consulté le 1 novembre 2010].

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2004). *Organisation du travail et stress. Approches systémiques du problème à l'intention des employeurs, des cadres dirigeants et des représentants*. www.who.int/occupational_health/publications/en/pwh3f.pdf?ua=1 [consulté le 23 novembre 2012].

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2005). *Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*. www.who.int/health

promotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/ [consulté le 1er novembre 2010].

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2006a). *Putting HPH Policy into Action.* Working paper of the WHO collaborating center on health promotion in hospitals and health care. University of Vienna. Austria. ASSSM (2013) Montréal sans tabac. Plan de lutte contre le tabagisme 2012-2013. http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/isbn978-2-89673-249-4.pdf [consulté le 23 novembre 2012].

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2006b). *Mise en œuvre de la promotion de la santé dans les hôpitaux. Manuel d'autoévaluation et formulaires.* OMS-Bureau régional de l'Europe. Division des services sanitaires des pays. Politiques, systèmes et services relatifs aux pays. Bureau de Barcelone. 96 p. www.eps.santemontreal.qc.ca/fileadmin/hps/boite_outil/OMS_manuel_16janvier07.pdf [consulté le 1 novembre 2010].

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2008a). *Les inégalités « tuent à grande échelle ».* www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr29/fr/ [consulté le 23 novembre 2012].

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2008b). *Le réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé : intégrer la promotion de la santé dans les hôpitaux et les services de santé,* 23 p.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2009) *La santé mentale et le bien-être sur le lieu de travail : protection et intégration en période difficile.* Bureau régional de l'Europe, 52 p. www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/124047/e94345.pdf?ua=1 [consulté le 23 novembre 2012].

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2009). *WHO Healthy Workplace Framework and Model : Background and Supporting Literature and Practices.* www.who.int/occupational_health/healthy_workplace_framework.pdf [consulté le 23 novembre 2012].

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2010). *Protéger la santé des effets du changement climatique- dix mesures essentielles à prendre par les professionnelles de la santé.* www.who.int/globalchange/publications/10_actions_final_fr.pdf [consulté le 23 novembre 2012].

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2011) *Dix faits sur les inégalités en matière de santé.* www.who.int/features/factfiles/health_inequities/fr/ [consulté le 23 novembre 2012].

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2013) Pourquoi ne parvenons-nous pas à promouvoir l'activité physique au niveau mondial ? *Bulletin,* 91(6).

http://www.who.int/ bulletin/volumes/91/6/13-120790/fr/ [consulté le 23 octobre 2014].

Organisation mondiale de la santé (OMS) (non daté). *À propos de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*. www.who.int/fctc/about/fr/ [consulté le 23 novembre 2012].

Organisation mondiale de la santé (OMS) (non daté). Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé. www.who.int/social determinants/ thecommission/finalreport/key concepts/fr/ [consulté le 23 novembre 2012].

Organisation mondiale de la santé (OMS) (no daté). *Tabagisme*. www.who.int/topics/tobacco/fr/ [consulté le 1 novembre 2010].

Organisation mondiale de la santé (OMS) World Economic Forum (2008). *Preventing Non-Communicable Disease in the Workplace through Diet and Physical Activity*. Rapport WHO/WEF. www.weforum.org/pdf/Wellness/ WHOWEF report.pdf, [consulté le 23 novembre 2012].

Parissier, C. et Audet, M. (2013). La recherche qualitative dans les sciences de la gestion. De la tradition à l'originalité. *Association pour la recherche qualitative, 32*(32). www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition reguliere /numero32(2)/32-2-numero-complet.pdf [consulté le 15 décembre 2014].

Participaction (non daté). *On s'active. L'activité est bonne pour votre santé* www.participaction.com/fr/get-moving/benefits-of-physical-activity/ [consulté le 1er novembre 2010].

Paton, K., Sengupta, S. et Hassan, L. (2005). Setting, systems and organization development : The healthy living and working model. *Health Promotion International, 20*(1) 81-89. https://www.researchgate.net/publication/8049894 Settings systems and organization development The Healthy Living and W orking Model [consulté le 1er novembre 2010].

Pelikan, J. (2007). Health promotion hospitals. Assessing developments in the network. *Italian Journal of Public Health*, *4*(4), 261-270. www.oalib.com/paper/2825997#.V4lhQKUVGP8 [consulté le 18 mars 2012].

Pelikan, J., Dietscher, C., Schmied, H. et Röthlin, F. (2001). A model and selected results from an evaluation study on the International HPH Network (PRICES-HPH). *Research and Best Practices, 1*(1), 9-15. https://www.researchgate.net/ publication/236272025 A model and selected results from an evaluation st udy on the International HPH Network PRICES-HPH [consulté le 18 mars 2012].

Pelikan, J., Krajic, K. et Diestcher, C. (dir.). (1998). *Pathways to a health promoting hospital: experiences from the European Pilot Hospital Project*. Health Promotion Publications www.euro.who.int/document/ihb/hphseriesvol2.pdf. [consulté le 18 mars 2012].

Pelletier, K. R. (1999). A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: 1995-1998 update (IV). *Am. J. Health Promot.*, 13,333-345.

Pelletier, K. R. (2001). A review and analysis of the clinical- and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: 1998-2000 update. *Am. J. Health Promot.*, 16,107-116.

Pelletier, K. R. (2005). A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite : Update VI 2000-2004. *J. Occup. Environ. Med.*, 47,1051-1058.

Pettigrew, M. (2011). When are complexe interventions « complex »? When are simple interventions "simple" *? European Journal of Public Health, 21*(4), 397-399.

Potter, J. (1996). *Representing Reality : Discourse, Rhetoric and Social Construction*. London : Sage, 253 p.

Poupart J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J. Poupart, J. P. Deslaurier, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A.P. Pires (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 173-209). Montréal : Gaëtan Morin.

Purser, R., Pasmore, W. et Tenkasi, R. V. (1992), The influence of deliberations on learning in new product development teams. *Journal of Engineering and Technology Management*, 9, 1-28.

Quéré, L. (1989). Les boîtes noires de Bruno Latour ou le lien social dans la machine. *Réseaux, 4*(36), 95-117.

Radio-Canada (2013). *Des conditions de travail qui menacent infirmières et patients au CHU*. 6 novembre http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/sante/2013/11/06/001-infirmieres-plaintes-csst-surcharge-hopital-saint-luc.shtml [consulté le6 novembre 2013].

Réhaume, J. (2002). Changement. Dans J. Barus-Michel, E. Enriquez. et A. Levy. (dir.), *Vocabulaire de psychologies, références et positions*. Paris : Érès. 592 p.

Renaud, L. et Lafontaine, G. (2011). *Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique*. REFIPS. http://refips.org/files/international/Guidepratique_IntervenirPSapprocheecologique.pdf [consulté le 22 février 2012].

Réseau EPS (2011). Destination Santé Montréal. « Ensemble vers la santé ». *Cybertlettre semestrielle 4*(1). Novembre 2011 http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/Destination_sa_nteVol4no1_F_Nov2011.pdf [consulté le 22 février 2012].

Rey, L. O. (2014). *Évaluation du projet d'hôpital promoteur de santé en contexte de périnatalité. Analyse logique et analyse d'implantation*. Thèse de doctorat Université de Montréal, Faculté de médecine, École de santé publique. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/10563/Rey_Lynda_2014_these.pdf [consulté le 26 mai 2015].

Rondeau, A. (1999a). *L'évolution de la pensée en gestion du changement : leçons pour la mise en œuvre de changements complexes*. Montréal : HEC Montréal.

Rondeau, A. (1999b). Transformer l'organisation vers un modèle de mise en œuvre. *Gestion, 24*(3).

Rondeau, A. (2008). L'évolution de la pensée en gestion du changement : leçons pour la mise en œuvre de changements complexes. *Téléscope*, *14*(3). www.telescope.enap.ca/Telescope/docs/Index/Vol_14_no_3/Telv14n3_changement.pdf [consulté le 2 février 2011].

Rushmere, A. (1996). Health promoting hospitals in the South and West Region of England. *WHO Health Promoting Hospitals Newsletter*, 8, 11-12.

Schnall, P. et Belkie, K. (2000). Obtaining a CVD history : Obstacles and challenges. *Occ. Med state of the Art Review*, 15, 189-190.

Schneider, R., Collerette, P. et Legris, P. (2002). La gestion du changement organisationnel. Deuxième partie : Choisir la stratégie de changement. *Management Systems*, mars-avril, 45-53.

Serxner, S., Anderson, D. R. et Gold, D. (2004). Building program participation: strategies for recruitment and retention in worksite health promotion programs. *Am. J. Health Promot. 18*, 1-6.

Shield, A., Hawe, P. et Gold, L. (2008). Complex interventions or complex systems ? Implications for health economic evaluation. *BMJ. 336*(7656), 1281-1283. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2413333/ [consulté le 5 novembre 2010].

Statistiques Canada (2005). *Rapport sur l'état de la population du Canada : 2005 et 2006*. https://www.statcan.gc.ca/pub/91-209-x/91-209-x2004000-fra.htm [consulté le 5 novembre 2010].

Stephens, T. et Joubert, N. (2001). Le fardeau économique des problèmes de santé mentale au Canada. *Maladies chroniques au Canada, 22*(1), 18-23.

Taylor, J. R. (1988). Une organisation n'est qu'un tissue de communications. Essais théoriques. *Cahiers de recherches en communication*. Montréal : Université de Montréal.

Te'eni, D. (2001). Review : A cognitive-affective model of organizational communication for designing IT. *MIS Quarterly, 25*(2), 251-312.

Te'eni, D., Sagie, A. et Schwartz, D. G. (2001). The process of organizational communication : a model and field study. *IEEE Transaction on Professional Communication, 44*(1), 6-20.

Temple, R. K. (2002). Setting clear goals : The key ingredient to effective communications planning. *Public Relations Quarterly*, *47*(2), 32-34.

Thomas, G. (2011). A typology for the case study in social science following a review of definition, discourse and structure. *Qualitative Inquiry, 17*(6), 511-521.

Trudel, L., Simard, C. et Vonarx, N. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire ? *Recherche qualitatives*, hors-série 5, 38-45.

Université de Toulouse (non daté). *ABC doc. Guide méthodologique de recherche et de traitement de l'information scientifique et technique*. Service universitaire de pédagogie. www.univ-toulouse.fr http://sup.ups-tlse.fr/abcdoc/rechercher-traiter-information/index.html [consulté le 15 novembre 2010].

Université de Toulouse (non daté). *One. The multimethod approach and its promise.* www.oatao.univ-toul.fr/ www.oatao.univ-toul.fr/1355/1/Korichi_1355.pdf [consulté le 15 novembre 2010].

Ville de Montréal (sans date). *Montréal engagé pour la culture*. http://pourlaculture.ville.montreal.qc.ca/agenda-21.php [consulté le 6 mars 2012].

Vinet, A. (2004) *Travail, organisation et santé*. Québec : Presse Université Laval, 386 p.

Weiss, J. (2002). La promotion de la santé au travail. Un indicateur de la durabilité économique. La vie économique. *Revue politique économique*, 12. www.compasso.ch/cm_data/fr_Betriebliche_Gesundheitsforderung_Indikator_fur_wirtschaftliche_Nachhaltigkeit_von_Unternehmen.pdf [consulté le 5 février 2010].

West, M. A. et Farr, J. L. (1990). Innovation at work. Dans M. A. West et J. L. Farr (dir.), *Innovation and Creativity at Work : Psychological and Organizational Strategies* (p. 3-13). Chichester, England : Wiley.

Whitelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., MacHardy, L., Young, I.. et Witney, E. (2001). Settings' based health promotion : A review. *Health Promotion International, 16*(4), 339-353.

Whitelaw, S., Graham, N., Black, D., Coburn, J. et Renwick (2012). Developing capacity and achieving sustainable implementation in healthy 'settings': insights from NHS Health Scotland's Health Promoting Health Service project. *Health Promotion International*, *27*(1), 127–137, https://doi.org/10.1093/heapro/dar038

Whitelaw, S., Martin, C., Kerr, A., Wimbush, E. (2006). An evaluation of the Health Promoting Health Service framework : The implementation of a settings based approach within the NHS in Scotland. *Health Promotion International, 21*(2), 136-144.

Wikipédia. *Agenda 21 de la culture*. https://fr.wikipedia.org/wiki/Agenda_21_de_la_culture [consulté le 27 juillet 2015].

Woodside, A. G. et Wilson, E. J. (2000) Constructing thick description of marketer's and buyers decision processes in business-to-business relationship. *Journal of Business and Industrial Marketing*, 15(5), 354-369.

World Help Organization (WHP). Site www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/.