

Université de Montréal

Le contexte interne d'implantation d'un environnement de travail promoteur de santé pour les infirmières d'un centre hospitalier universitaire du Québec

par
Biltery's Robert

École de Santé Publique, Faculté de Médecine

Thèse présentée à la Faculté des Études Supérieures et Postdoctorales
de l'Université de Montréal
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en santé publique
option organisation des soins

Janvier, 2013

© Robert Biltery's, 2013

Résumé

En 2006, un hôpital universitaire de la région de Montréal a décidé d'implanter le projet « Hôpital Promoteur de Santé » dans un contexte où les conditions de travail des infirmières étaient particulièrement difficiles. Une étude de cas a été menée dans le CHU, afin de mieux comprendre le contexte interne d'implantation du sous-projet 'milieu de travail promoteur de santé'. Des entrevues ont été menées auprès de 7 acteurs-clés du niveau stratégique et 18 infirmières-chefs pour examiner leurs perceptions relativement à l'implantation du projet HPS, et plus particulièrement d'un 'milieu de travail promoteur de santé' pour les infirmières. Un questionnaire a aussi été administré par entrevue à quatre acteurs-clés stratégiques du CHU afin d'évaluer la compatibilité des pratiques organisationnelles avec les critères d'une des dimensions du projet HPS, le milieu de travail promoteur de santé.

Les résultats montrent des similitudes et des différences parmi les perceptions des acteurs stratégiques au sujet du contexte interne d'implantation. Les similitudes portent sur l'utilité, la compatibilité du sous-projet 'milieu de travail promoteur de santé' avec les valeurs de l'organisation, la nécessité d'une implantation graduelle ainsi que sur l'existence d'obstacles à l'implantation. Les différences ont mené à cinq discours d'acteurs stratégiques aux niveaux d'engagement différents, en fonction de facteurs d'intelligibilité (i.e. compréhension du concept HPS, rôle perçu dans l'implantation, stratégie d'implantation, vision des implications du concept HPS).

Les résultats révèlent aussi que toutes les infirmières-chefs perçoivent l'utilité et la compatibilité du sous-projet 'milieu de travail promoteur de santé' avec les valeurs, normes, stratégies et buts organisationnels, ainsi que les mêmes obstacles à son implantation perçus par les acteurs stratégiques. Ils montrent aussi l'existence de deux groupes différents chez les infirmières-chefs quant aux stratégies proposées et utilisées pour implanter un 'milieu de travail promoteur de santé'. Ainsi, les stratégies des infirmières-chefs du groupe 1 peuvent être assimilées à celles de leaders transactionnels, tandis que les infirmières-chefs du groupe 2 peuvent être assimilées à celles de leaders transformationnels.

Finalement, les résultats de l'analyse des données du questionnaire indiquent divers niveaux de compatibilité des pratiques de l'hôpital par rapport aux critères d'un 'milieu de travail

promoteur de santé'. Ainsi, la compatibilité est élevée pour les critères portant sur l'organisation apprenante et performante, les stratégies pour un milieu de travail sain et sécuritaire, les activités liées à la promotion de saines habitudes de vie ainsi que les modifications de l'environnement physique et social. Cependant, elle est faible pour les critères portant sur la politique de promotion de la santé et la participation des infirmières.

Notre étude a souligné l'importance de l'état de préparation d'une organisation de santé à l'implantation d'une innovation, un concept peu étudié dans les études sur l'implantation efficace d'innovations dans les services de santé, plus particulièrement du projet HPS. Nos résultats ont également mis en évidence l'importance, pour un hôpital souhaitant implanter un milieu de travail promoteur de santé, de former son personnel et ses gestionnaires au sujet du projet HPS, de disposer d'un plan de communication efficace, et de réaliser un état des lieux préalablement à l'implantation.

Mots-clés : hôpital promoteur de santé, milieu de travail, infirmières, CHU, innovation, implantation, contexte interne.

Abstract

In 2006, a University Hospital in Montreal decided to implement the "Health Promoting Hospital" project in a context where nurses' working conditions were particularly difficult. A case study was conducted at the University Hospital in order to better understand the internal context of implementation of the subproject 'health promoting workplace'. Interviews were conducted with 7 strategic stakeholders and 18 head nurses to examine their perceptions about the implementation of the HPH project, and particularly of a 'health promoting workplace' for nurses. A questionnaire was administered by interview to four key strategic stakeholders of the hospital to assess the compatibility of organizational practices with the standards and criteria of one dimension of the HPH project i.e. the health promoting workplace.

The results show similarities and differences among strategic stakeholders' perceptions about the internal context of implementation. The similarities are on utility, compatibility of the subproject 'health promoting workplace' with the organizational values, the need for a gradual implementation, as well as obstacles to its implementation. Differences have led to five discourses from strategic actors with different levels of commitment. These levels depend on factors of intelligibility (i.e. understanding of the HPH concept, perceived role in the implementation, implementation strategies, vision of implications of the HPH concept).

The results also reveal that all head nurses perceive the usefulness and compatibility of the subproject 'health promoting workplace' with the organizational values, norms, strategies and goals, as well as the same obstacles to its implementation perceived by the strategic stakeholders. They also show two groups of head nurses differing on proposed and used strategies to implement a 'health promoting workplace'. The strategies of group 1 can be compared to those of transactional leaders, while those of group 2 can be compared to transformational leaders.

Finally, results from the questionnaire show various levels of compatibility between hospital practices and the criteria of a health promoting workplace. Compatibility is high on the criteria for organizational learning and efficiency, health and safety strategies, activities related to health promoting lifestyles, and changes in the physical and social environment. However, it is low for the criteria on health promotion policy and nurses' participation.

Our study has shown the importance of organizational readiness to implement an innovation, a concept hardly considered in the studies about the implementation efficacy of innovations in health services, and particularly the HPH project. Our results also highlighted the importance for a hospital wishing to implement a ‘health promoting workplace’, to train its staff and managers about the HPH project, to have an effective communication plan, and to achieve an organizational diagnostic prior to implementation.

Keywords: Health Promoting Hospital, workplace, nurses, University Hospital, innovation, implementation, context.

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures	ix
Liste des sigles et abréviations	x
Remerciements	xii
Chapitre I. Introduction.....	1
1.1 Une vision renouvelée de l'hôpital	1
1.1.1 Les pressions au changement.....	1
1.1.2 Le projet HPS.....	4
1.2 Identification et formulation du problème.....	7
1.2.1 L'implantation du projet HPS : un défi pour les hôpitaux	7
1.2.2 Le manque d'information sur l'implantation efficace du projet HPS	7
1.3 Plan de la thèse.....	10
Chapitre II. Revue de littérature	11
2.1 Le milieu de travail des infirmières	11
2.1.1 Le milieu de travail : un endroit stratégique d'intervention.....	11
2.1.2 Situation du milieu de travail des infirmières au Québec	12
2.1.3 Changement dans le milieu de travail des infirmières.....	14
2.2 Le projet HPS.....	15
2.2.1 Historique.....	15
2.2.2 Définitions du projet HPS	15
2.2.3 Mesure du projet HPS.....	18
2.3 L'implantation du projet HPS.....	19
2.3.1 Aspects théoriques	20
2.3.2 Études portant sur le contexte d'implantation du projet HPS.....	28
2.4 Conclusion.....	30
Chapitre III. Contexte de l'étude – buts et objectifs.....	32
3.1 Informations générales sur le CHU.....	32
3.2 Le processus décisionnel	33

3.3 Buts et objectifs.....	34
Chapitre IV. La méthodologie	35
4.1 Le devis de recherche.....	35
4.2 Le cas à l'étude et les unités d'analyse	37
4.3 Participants	38
4.4 Instruments et collecte des données	39
4.4.1 Le questionnaire.....	39
4.4.2 Les entrevues	41
4.4.3 Les documents d'archives	42
4.5 Analyses.....	43
4.5.1 Analyse des données quantitatives	43
4.5.2 Analyse des données qualitatives	44
4.6 Qualité de la méthode	44
4.7 Éthique	46
Chapitre V: Résultats	47
Chapitre VI : Discussion générale et conclusion	147
6.1 Le contexte interne	147
6.1.1 L'utilité d'un 'milieu de travail promoteur de santé'	147
6.1.2 La compatibilité	150
6.1.3 L'engagement des leaders	159
6.2 La compréhension du contexte interne de l'implantation	163
6.3 Implications pour la recherche.....	165
6.4 Forces et limites	167
6.5 Conclusions.....	168
Bibliographie	170
Annexes.....	1
Annexe A.....	1
Annexe B.....	1
Annexe C.....	1
Annexe D.....	1
Annexe E.....	1
Annexe F.....	1
Annexe G.....	1

Annexe H	1
-----------------------	----------

Liste des tableaux

TABLEAU 1 CLASSEMENT DES ACTEURS STRATEGIQUES EN FONCTION DES FACTEURS D'INTELLIGIBILITE.....	57
TABLEAU 2 STRATEGIES ENVISAGEES PAR LES INFIRMIERES-CHEFS POUR L'IMPLANTATION DU 'MILIEU DE TRAVAIL PROMOTEUR DE SANTE' POUR LES INFIRMIERES.....	90
TABLEAU 3 SCORES DE COMPATIBILITE DES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES AVEC LES CRITERES D'UN 'MILIEU DE TRAVAIL PROMOTEUR DE SANTE'.....	122

Liste des figures

FIGURE 1 LE CONCEPT « HOPITAL PROMOTEUR DE SANTE »	17
--	----

Liste des sigles et abréviations

CH : Centre Hospitalier

CHSLD : Centre d’Hébergement et de Soins de Longue Durée

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLSC : Centre Local de Santé Communautaire

CSSS : Centre de Santé et de Services Sociaux

CSSSPS : Centre de Santé et de Services Sociaux Promoteur de Santé

DG : Directeur Général

DPS : Direction de la Promotion de la Santé

DRH : Direction des Ressources Humaines

DSI : Direction des Soins Infirmiers

DSP : Direction des Services Professionnels

FERASI : Formation et Expertise en Recherche en Administration des Services Infirmiers

HPHS: Health Promoting Health Services

HPS: Hôpital Promoteur de Santé

INESSS : Institut National d’Excellence en Santé et Services Sociaux

MELS : Ministère de l’Éducation, des Loisirs et du Sport

MSSS : Ministère de la Santé et des Services Sociaux

MUHC : McGill University Health Center

NPO : niveau de préparation organisationnel

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PRICES-HPH: Project on a Retrospective, Internationally Comparative Evaluation Study –
Health Promoting Hospitals

À Véronique, toi qui portes la victoire...

Remerciements

Le mot *philosophiae* – ami de la sagesse – exprime à merveille l'expérience du doctorat. Les rencontres de personnes exceptionnelles, la quantité et la complexité des connaissances, font du doctorat un chemin bordé d'humilité. Cette aventure est donc académique mais également professionnelle...et personnelle.

Pour m'avoir accompagné dans cette aventure, je tiens en tout premier lieu à remercier une de ces personnes exceptionnelles, ma directrice, la Pr Nicole Dedobbeleer, pour son soutien indéfectible. Ses nombreuses lectures et relectures, ses corrections et commentaires, nos nombreuses discussions, m'ont inculqué une rigueur scientifique qui me guidera tout au long de mon existence. Je dois également souligner sa patience et son humanité inspirante !

Je remercie aussi mon co-directeur, le Pr André-Pierre Contandriopoulos, pour m'avoir apporté sa vision stratégique à des moments-clés de mon parcours.

Merci à tous les membres du jury, et particulièrement à Dr Jean Simos et à Dr Raynald Pineault pour avoir accepté de réviser cette thèse. Vos commentaires ont été très appréciés.

Merci à tous les professeurs du DASUM, pour la qualité de leur enseignement, et leur passion contagieuse. Je remercie également l'ensemble du personnel administratif du DASUM, plus particulièrement Linette Cohen, pour sa disponibilité et sa collaboration.

Bien évidemment, je remercie l'ensemble des participants ayant accepté de répondre à mes questions, et sans qui cette thèse n'aurait pas pu être réalisée. Un grand merci à toutes les infirmières-chefs et aux directeurs du CHU !

Je remercie mes partenaires financiers : le centre FERASI, le MELS et l'IRSPUM pour les bourses qu'ils m'ont octroyées.

Merci Annie pour m'avoir accompagné tout au long de ce doctorat.

Merci Véronique pour ta patience, ton courage et ta simplicité, qui m'inspirent à chaque jour de mon existence.

Finalement, je remercie mes parents : vos valeurs sont votre héritage le plus précieux. Je vous dois tout.

Chapitre I. Introduction

Cette thèse s'intéresse au contexte interne d'implantation d'une innovation, le projet « Hôpital Promoteur de Santé » (HPS), et plus particulièrement d'un de ses sous-projets, le 'milieu de travail promoteur de santé', chez les infirmières d'un des plus grands centres hospitaliers universitaires du Canada à Montréal. L'étude est réalisée suite à la dernière réforme du système de santé au Québec.

1.1 Une vision renouvelée de l'hôpital

1.1.1 Les pressions au changement

De nos jours, les systèmes de santé occidentaux semblent être dans un état de réforme permanent, conséquence de la crise qui les affecte. Depuis la fin des années 80, d'après Contandriopoulos, les systèmes de santé font face à une crise structurelle s'amplifiant sans cesse (Contandriopoulos, 2008a). Au Canada, l'Association Médicale Canadienne estime que le système de santé est inadéquat pour les besoins du 21^{ème} siècle et qu'une réforme s'impose de toute urgence (Canadian Medical Association, 2010). Ses principaux constats sont que les usagers attendent trop longtemps pour recevoir des soins, que les ressources humaines sont surmenées et découragées, que pas assez de moyens sont mis en œuvre pour surveiller le rendement du système, et que l'appui technique doit être modernisé. En effet, selon l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (2012), le pourcentage de patients qui attendent au moins quatre heures à l'urgence avant d'être traités, est le plus élevé au Canada par rapport à l'Australie, au Royaume-Uni ou aux États-Unis. De plus, le Canada se classe dernier parmi 11 pays quant à l'accessibilité à un omnipraticien ou un spécialiste (Institut Canadien d'Information sur la Santé, 2012).

Au Québec, la population subit les effets de cette crise et se heurte ainsi notamment à un nombre de lits insuffisant, un manque d'accessibilité aux médecins de famille, et des temps d'attente mettant en péril la qualité des soins.

En France également, les missions de l'hôpital sont de plus en plus difficilement assumées : urgences bondées en raison du manque de structures en aval et du manque de personnel,

recherche clinique ayant du mal à exister, promotion de la santé et prévention des maladies pas encore intégrées dans les pratiques professionnelles (Molinié, 2005).

Selon McKee et Healy, les hôpitaux sont soumis à d'importantes pressions au changement découlant de changements au niveau de la demande de services, de l'offre de services, et au niveau sociétal (McKee & Healy, 2002).

Tout d'abord, des modifications au niveau de la demande en soins font suite aux changements au niveau démographique, ainsi qu'au niveau de la morbidité de la population et des attentes du public. Conjugué à l'augmentation et à la complexité des maladies chroniques, ce vieillissement de la population requiert désormais une gestion multidisciplinaire de l'épisode de soins, centrée sur le patient. Les attentes du public envers l'hôpital ont également changé : les gens souhaitent davantage de médecins, d'infirmières, de médicaments, de technologies et de services aux familles, et veulent aussi pouvoir accéder aux soins dans leur propre communauté (Santé Canada, 2006).

Ensuite, le paternalisme médical est désormais contesté par des patients plus actifs et des associations de patients de plus en plus informés des incertitudes des résultats médicaux, des risques et bénéfices potentiels des thérapies, et des erreurs médicales (Chin, 2002; Elwyn, 2004; McCoy, 2008; Ross, 2009). Les utilisateurs des services médicaux exigent donc des soins de qualité qui impliquent un droit à l'information, un accès au dossier médical et une plus grande participation aux décisions entourant l'épisode de soins.

Il existe également des pressions sociétales découlant de la rationalisation des dépenses publiques, de l'internationalisation des systèmes de santé et de la mondialisation (Contandriopoulos, 2008b). Ainsi, les hôpitaux, en consommant près de la moitié du budget dédié à la santé, sont devenus les cibles légitimes de rationnements budgétaires dictés par les gouvernements. Au Québec, les compressions budgétaires ont débuté en 1976 et entraîné une réduction du nombre de lits dans les hôpitaux. Plusieurs lois ont également tenté de réduire les dépenses en augmentant le pouvoir des administrateurs. Les lois 27 (adoptée en 1981) et 120 (adoptée en 1991) affirment cette rationalisation administrative (Lemieux, 2003). Plus récemment, la loi 25 (adoptée en 2003) ayant entraîné la création des agences de santé et de services sociaux et celle des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux a pour

objectif de mieux coordonner les services et d'en augmenter la performance. Le dépôt du projet de loi 67 sur la création de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) s'inscrit dans cette volonté de l'État de mieux contrôler les dépenses. La mondialisation impose également des pressions sur les hôpitaux qui doivent maintenant dispenser des soins à des patients en provenance d'autres pays, nécessitant une adaptation culturelle mais aussi clinique. La mondialisation touche aussi la recherche médicale effectuée dans les hôpitaux universitaires, qui doivent s'adapter à une compétition internationale féroce au niveau du recrutement de chercheurs de haut calibre et de fonds de recherche.

Finalement, des changements ont eu lieu au niveau de l'offre de soins. Le développement des technologies et des connaissances cliniques a élargi le champ des interventions possibles. Si les nouveaux traitements, médicaments, techniques chirurgicales permettent d'améliorer la santé de nombreux patients, en dépistant et traitant plus rapidement et efficacement, ils peuvent également entraîner des coûts supplémentaires pour le système de santé. En effet, conjugué à l'accroissement du vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques, le développement des technologies accroît la demande en soins auprès du système de santé. Comme Béraud le souligne, alors que les professionnels, inspirés du modèle biomédical qui leur est enseigné, créent une médicalisation de la vie et ne souhaitent aucunement limiter leurs prescriptions, les administrateurs du système de santé tentent de limiter les dépenses au nom de l'intérêt général (Béraud, 2008). Tous ces changements ont finalement des répercussions sur les ressources humaines du système de santé. De fait, les infirmières sont les victimes directes de l'augmentation de la demande en soins et de leur charge de travail, au moment même où les générations X et Y souhaitent un meilleur équilibre entre vie de famille et carrière professionnelle. En raison des coupures budgétaires et de l'augmentation de la population au Canada, le ratio infirmières-population actuel de 787 n'est pas encore revenu à sa valeur de 820 des années 1990 (Institut Canadien d'Information sur la Santé, 2012). Shannon et French (2005) indiquent en effet que les infirmières travaillent plus fort, soignent davantage de patients, tout en passant moins de temps auprès d'eux (Shannon & French, 2005). Ceci a des conséquences néfastes sur les infirmières. Ainsi, une étude québécoise montre que 43 % des nouvelles infirmières éprouvent un degré élevé de détresse psychologique, et que 62 % ont l'intention de quitter leur emploi (Lavoie-Tremblay, O'Brien-

Pallas, Desforges et Marchionni, 2008). Au Québec, les pressions exercées sur les infirmières sont telles qu'elles ont ainsi déclenché une grève illégale (Assemblée Nationale, 1999) et défié une loi spéciale, et que leur syndicat a été le dernier à signer, après des mois de négociation, le renouvellement de leur convention collective en novembre 2010 (Cameron, 2010).

Toutes ces pressions sont autant d'enjeux majeurs, qui, si on ne parvient pas à y faire face, sont susceptibles d'hypothéquer l'avenir des systèmes de santé, voire de nos sociétés. Il est donc nécessaire de repenser en profondeur le système de santé et de le réformer.

1.1.2 Le projet HPS

Face à ces pressions au changement, une vision différente de l'hôpital se propage actuellement sur divers continents. En réaction à ces pressions exercées sur les hôpitaux, un réexamen du rôle et de la mission des systèmes hospitaliers s'est produit vers la fin des années 80. Le Bureau Européen de l'Organisation Mondiale de la Santé a été le catalyseur de ce réexamen, et a ainsi recommandé le projet « Hôpitaux promoteurs de santé » (Pelikan, Krajic, & Dietscher, 2001). Depuis lors, le projet HPS a été étudié dans plusieurs pays. En Europe, l'étude pilote menée par Groene dans 36 hôpitaux de 9 pays a révélé que les normes du projet HPS étaient applicables et considérées comme pertinentes par les organisations participantes (Groene, Jorgensen, Fugleholm, Moller, & Garcia-Barbero, 2005). En Afrique du Sud et au Canada, le projet HPS a été adapté aux exigences culturelles et structurelles. L'étude sud-africaine a montré qu'il est faisable de transformer un hôpital en un HPS et que ceci s'intègre parfaitement avec la recommandation d'engager les communautés locales dans la promotion de la santé (Delobelle, Onya, Langa, Mashamba, & Depoorter, 2011). Au Québec, l'étude menée par Dedobbeleer et al. (2009) a montré que l'adaptation du projet HPS aux Centres de Santé et de Services Sociaux était non seulement faisable mais aussi utile et compatible avec les politiques, programmes et services déjà existants (Dedobbeleer et al., 2009).

Le concept HPS est défini par Lobnig comme « *une vision, un ensemble de stratégies permettant à l'hôpital de mieux s'adapter à un environnement interne et externe exigeant et très changeant, et de s'impliquer dans la promotion de la santé des patients, du personnel, de la communauté et de la santé de l'organisation elle-même* » (Lobnig, 1998). L'adoption du

concept HPS mène donc l'hôpital à agir au niveau de quatre dimensions: l'organisation elle-même, les soins, le milieu de travail et la communauté dans laquelle l'hôpital se situe.

La thèse porte sur le projet HPS et ses principes sont de :

« Fournir des services médicaux et infirmiers de haute qualité, développer une identité comprenant les buts de la promotion de la santé, développer une structure et une culture organisationnelles promotrices de santé, à donner des rôles participatifs aux patients et à tous les membres du personnel, se développer en un milieu physique promoteur de santé, et coopérer activement avec sa communauté » (Nutbeam, 1998, traduction libre, p 357) ».

Ainsi, il n'est pas uniquement question d'agir sur l'adoption de modes de vie sains, comme le laissent entendre certaines définitions de la promotion de la santé au Québec (O'Neill, 1999).

Être un HPS implique de considérer le patient et sa famille comme des partenaires de soins, d'informer le patient pour qu'il puisse effectuer des choix éclairés, de s'assurer de la continuité des soins grâce à la collaboration des partenaires dans la communauté, et de s'assurer que l'environnement hospitalier soit favorable aussi bien aux patients qu'au personnel. Au moment de l'étude, les conditions de travail précaires des professionnels de santé du CHU, et plus particulièrement des infirmières, ont décidé le CHU à prioriser une des dimensions du projet HPS, soit le sous-projet 'milieu de travail promoteur de santé'. En effet, selon les acteurs du CHU, en agissant sur cette dimension, il serait possible d'atténuer les impacts de la pénurie de main d'œuvre mais aussi d'améliorer la qualité des soins et de diminuer les coûts.

Ce projet constitue une innovation puisqu'il redéfinit radicalement la vision et la mission de l'hôpital dans ses diverses composantes. En effet, d'une organisation traditionnellement orientée vers les soins curatifs, le travail en silos et l'urgence, le projet HPS propose à l'hôpital un renouvellement de sa mission en le considérant comme un environnement propice à la guérison, dispensant des services de haute qualité, mais également un milieu de travail sain, agissant de manière responsable au sein de son environnement et contribuant à la santé de l'ensemble de la communauté en tant que partenaire de celle-ci (Hancock, 1999). Selon Hancock, il doit ainsi passer d'une approche exclusivement biomédicale et pathogénétique vers

une approche plus holistique et salutogénétique, ne plus prendre en compte les seuls déterminants de la maladie mais également les déterminants de la santé, passer d'une approche paternaliste à une approche habilitante, amener un meilleur équilibre entre traitement/soins et promotion/prévention, et entre institutionnalisation/soins dans la communauté.

Au niveau de l'environnement de travail, il amène les employeurs à progresser d'une vision historiquement axée sur la prévention des risques à la santé et sécurité au travail vers une vision davantage holistique en faisant du milieu de travail un lieu où l'on met non seulement l'accent sur la santé et la sécurité au travail mais également sur la promotion du bien-être et la satisfaction au travail, les saines habitudes de vie, des conditions de travail physiques et psychosociales de bonne qualité et la participation du personnel aux décisions. Finalement, le projet HPS amène l'hôpital, au même titre que d'autres organisations présentes sur son territoire, à promouvoir en partenariat la santé de la population qu'il dessert.

Le projet HPS constitue une des avenues possibles pour améliorer la situation vécue dans les hôpitaux, notamment au niveau du milieu de travail. Selon Pelikan, le projet HPS peut être utilisé en combinaison avec d'autres approches en gestion de la qualité, afin de transformer les hôpitaux en des organisations capables de mieux survivre dans un environnement dynamique et complexe (Pelikan et al., 2001). Toujours selon Pelikan, le projet HPS est également intégrateur, en étant capable de regrouper d'autres concepts ou approches tels que les 'hôpitaux verts', les 'hôpitaux magnétiques', la gestion de la qualité, ou encore les 'soins centrés sur le patient' (Pelikan et al., 2012). Cette faculté d'intégration provient du fait que le projet HPS se concentre non pas sur une dimension en particulier mais considère plutôt l'organisation dans son ensemble et de manière dynamique, les différentes dimensions s'influencent entre elles. Les quatre dimensions du projet HPS sont en étroite et forte interdépendance, et l'organisation fonctionnera selon un arrangement dépendant des quatre dimensions la composant et des relations entretenues entre elles. En réalité, l'action sur l'une d'entre elles a la capacité d'influencer les autres. Grâce à la forte interdépendance des différentes dimensions du projet HPS, on présume que l'organisation progressera en même temps dans les autres dimensions. À travers la redéfinition de la vision et de la mission de l'hôpital, le projet HPS a le pouvoir de transformer l'organisation, la culture et les pratiques des professionnels.

1.2 Identification et formulation du problème

1.2.1 L'implantation du projet HPS : un défi pour les hôpitaux

Les hôpitaux au Québec font face aux pressions au changement. Au niveau de l'offre de services, les hôpitaux sont confrontés à ce que Kervasdoué appelle une crise des professions de santé (Kervasdoué, 2003). En effet, les hôpitaux éprouvent de grandes difficultés à attirer et retenir les professionnels de santé. La crise des ressources humaines touche particulièrement les infirmières, victimes d'une pénurie essentiellement causée par l'augmentation du rythme des départs à la retraite et la croissance des besoins en soins de la population (Comité consultatif des ressources humaines en santé, 2002).

Face à ces différentes pressions, des établissements de santé de la région de Montréal ont décidé d'adopter le concept HPS et de se regrouper en un réseau, le réseau québécois des établissements promoteurs de santé. Actuellement, 33 organisations, dont 3 CHU, en font partie, et le réseau est rattaché au réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé de l'OMS depuis 2005 (Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal, 2012b). Le projet HPS constitue une solution attrayante pour les hôpitaux en raison de son caractère intégrateur et innovateur. Cependant, l'implantation du projet HPS reste un défi pour les hôpitaux. En effet, les changements sont difficiles à mener dans les hôpitaux en raison de leurs différentes missions, des différents groupes d'intérêts, de l'autonomie des différents professionnels, et du manque d'information sur la façon d'implanter les changements (Golden, 2006).

1.2.2 Le manque d'information sur l'implantation efficace du projet HPS

De manière générale, comme le note McHugh, il existe un manque d'études portant sur le projet HPS (McHugh, Robinson, & Chesters, 2010), et a fortiori sur son implantation. Comme le soulignent Whitelaw et al., *“The concept is still alien to many settings, practical delivery often remains problematic and an understanding of optimal means of delivery and implementation is still emerging”* (Whitelaw et al., 2012). C'est d'ailleurs en raison de cette lacune que l'étude PRICES-HPH a été menée auprès des réseaux HPS. PRICES-HPH est une étude d'évaluation comparative rétrospective effectuée auprès de 28 réseaux et 180 hôpitaux au niveau international, et visant à évaluer le degré d'implantation des stratégies HPS

(Pelikan, Dietscher, Schmied, & Röthlin, 2011). Avec un faible taux de réponse, les résultats ont montré une grande variation dans le degré d'implantation des stratégies HPS, ainsi que dans la perception des coordinateurs hospitaliers que l'appartenance à un réseau renforçait l'implantation du projet HPS.

À notre connaissance, une seule étude a analysé le contexte avant l'implantation du projet HPS, et suggère aux hôpitaux souhaitant devenir promoteurs de santé d'y porter attention, étant donné l'influence dominante de facteurs organisationnels internes sur l'implantation (Whitelaw et al., 2012; Whitelaw et al., 2006). Les résultats des études ayant été réalisées après l'implantation du projet HPS montrent qu'il existe plusieurs éléments propres au contexte interne influençant l'implantation, tels que l'importance accordée au projet et sa compréhension par les gestionnaires de tous les niveaux, l'engagement et le soutien des gestionnaires de tous les niveaux de l'organisation, la formation du personnel, les ressources financières et humaines, le leadership des gestionnaires, les stratégies mises de l'avant, la communication intra organisationnelle, ou encore la participation du personnel à la prise de décision (Aujoulat, Le Faou, Sandrin-Berthon, Martin, & Deccache, 2001; Guo et al., 2007; Johnson & Baum, 2001; Lin & Lin, 2011; Lin, Huang, & Tung, 2009; Pölluste et al., 2007; Tountas, Pavi, Tsamandouraki, Arkadopoulos, & Triantafyllou, 2004; Whitehead, 2004; Whitehead, 2006; Whitelaw et al., 2012; Whitelaw et al., 2006).

Dans les écrits portant sur l'implantation d'innovations dans les services de santé, des revues de littérature ont été effectuées sur les théories et sur les résultats d'études empiriques, et révèlent que le contexte interne peut avoir une influence prédominante lors du stade préliminaire de l'implantation. En effet, un niveau de préparation organisationnel insuffisant (une des composantes du contexte interne) entraîne une grande part des échecs d'implantation d'une innovation dans les services de santé (Weiner, 2009; Kotter, 1996 ; Jennett et al., 2003). Le contexte externe semble quant à lui agir davantage au niveau de l'adoption et des stades plus avancés de l'implantation, selon Greenhalgh et al. (2004). Bien que le lien entre contexte interne et externe est très ténu et dynamique (Damschroder et al., 2009), en promotion de la santé, l'accent a souvent été mis sur le contexte externe (Riley, 2003). En raison de son influence prédominante, il a ici été décidé d'étudier le contexte interne.

Selon plusieurs auteurs, des construits propres au contexte interne nécessitent davantage de recherche, et sont à considérer lors du début de l'implantation d'une innovation, en raison de leur influence: la perception du besoin de changement, la compatibilité, les priorités, l'engagement des acteurs, le leadership, les ressources disponibles, l'importance perçue et l'accès à l'information et aux connaissances (Damschroder et al., 2009; Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004). De plus, des études montrent que les infirmières-chefs jouent un rôle prépondérant dans l'implantation d'innovations dans les hôpitaux (Currie & Procter, 2005; Dopson & Fitzgerald, 2006; Wooldridge & Floyd, 1990).

Étant donné l'importance du contexte interne, et le fait que le contexte d'implantation du sous-projet 'milieu de travail promoteur de santé' dans un hôpital universitaire n'a pas encore été étudié au Québec, il semble pertinent de mieux comprendre le contexte interne d'implantation du sous-projet 'milieu de travail promoteur de santé' chez les infirmières du CHU.

Le centre hospitalier universitaire ayant décidé d'implanter le projet HPS, a accepté d'être le site de recherche pour notre étude, dans le cadre d'un partenariat avec le Centre FERASI. Le 'milieu de travail promoteur de santé' revêt une importance particulière pour l'organisation, étant donné la situation de crise aiguë affectant ses ressources humaines et notamment les infirmières. Cette situation se traduit par des impacts au niveau de l'accessibilité aux soins ou encore un engorgement régulier de ses services d'urgence. Le CHU accuse un déficit de plusieurs centaines d'infirmières et éprouve une grande difficulté à les attirer et les retenir. Étant donné la situation précaire du plus grand groupe de professionnels de l'établissement – au moment de l'étude, il existait un manque à gagner de 121 infirmières (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2008) – et de la popularité dont ce groupe jouit auprès de la population, le CHU s'intéresse particulièrement à l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' chez les infirmières. En effet, selon Tigert, la qualité de l'environnement de travail peut accentuer ou atténuer, à l'interne, l'impact d'une pénurie générale d'infirmières (Tigert & Laschinger, 2004). Grâce à la mise en place d'un 'milieu de travail promoteur de santé', l'établissement espère non seulement améliorer le recrutement et la rétention des infirmières mais aussi influencer positivement son image auprès de la population, sa culture organisationnelle, et ainsi la qualité des soins dispensés.

Le projet HPS en général, et le 'milieu de travail promoteur de santé' en particulier,

apparaissent comme des éléments de réponse prometteurs à une meilleure participation du patient et de sa famille, une meilleure continuité des soins avec la communauté et à l'atténuation de la pénurie de professionnels de santé. Ils ont le potentiel de susciter l'enthousiasme des administrateurs, des soignés, du personnel et de la population.

Notre étude vise donc à contribuer à une meilleure compréhension de l'implantation du sous-projet 'milieu de travail promoteur de santé' en examinant le contexte interne.

1.3 Plan de la thèse

La thèse comporte 6 chapitres. Le premier chapitre porte sur la problématique de la thèse. Ensuite, le deuxième chapitre porte sur la recension des écrits. Le troisième chapitre expose le contexte de la thèse, le but et les objectifs. Ensuite, le quatrième chapitre se penche sur les méthodes. Les trois articles forment le cinquième chapitre. Finalement, le sixième chapitre présente la discussion et la conclusion générale de la thèse.

Chapitre II. Revue de littérature

Cette étude porte sur le contexte interne d'implantation du projet HPS, et plus particulièrement du sous-projet 'milieu de travail promoteur de santé' chez les infirmières d'un centre hospitalier universitaire de la région de Montréal.

Cette revue de littérature, qui tout en ayant recensé les écrits les plus significatifs, ne prétend pas être exhaustive, portera sur trois thèmes. Dans un premier temps, nous présentons le milieu de travail des infirmières comme un lieu posant actuellement problème, et devant dès lors être la cible prioritaire d'interventions promouvant la santé des infirmières.

Ensuite, nous définissons le projet HPS et ses différentes dimensions, et en particulier celle qui nous préoccupe dans cette étude, le 'milieu de travail promoteur de santé'. Nous présentons également les mesures de ce sous-projet de HPS à travers l'adaptation des normes proposées par l'OMS au contexte du Québec.

Finalement, nous discutons de l'implantation du projet HPS, et plus particulièrement du sous-projet 'milieu de travail promoteur de santé', à travers les études précédentes portant sur l'implantation du projet HPS et sur les aspects théoriques de l'implantation d'une innovation.

2.1 Le milieu de travail des infirmières

2.1.1 Le milieu de travail : un endroit stratégique d'intervention

D'après l'OMS, le milieu de travail est l'environnement prioritaire dans lequel promouvoir la santé au 21^{ème} siècle (World Health Organization, 2012). C'est pourquoi la déclaration de Jakarta (World Health Organization, 1997) considère désormais le milieu de travail comme étant un endroit stratégique pour promouvoir la santé. Parce qu'une grande partie de la population humaine est au travail, et que la prévalence des lésions professionnelles est importante, le milieu de travail est un lieu privilégié d'interventions portant sur la promotion de la santé (World Health Organization, 2001; Harden, 1999; Eakin, 2001). Chu et al. (2000) écrivent:

“the workplace is one of the most important settings affecting the physical, mental, economic and social well-being of workers, and in turn the health of their families, communities and society”.

Le milieu de travail influence directement le bien-être physique, mental, économique et social des travailleurs, mais aussi de leurs familles, des communautés et de la société.

2.1.2 Situation du milieu de travail des infirmières au Québec

Depuis les années 1990, on assiste à une restructuration du réseau de la santé du Québec, et celle-ci s'est accompagnée d'une rationalisation des ressources et des dépenses de santé (Fleury, 2007). Cette réorganisation, notamment accompagnée par un programme du gouvernement Bouchard en 1997 incitant les infirmières ayant le plus d'années d'expérience à prendre leur retraite, a entraîné des impacts sur l'environnement de travail des soignants. Une pénurie est ainsi apparue, avec en 2007, un manque à gagner d'environ 2000 infirmières sur un total de 70 000 infirmières inscrites au tableau de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, 2007). Au niveau des autres catégories professionnelles, on estimait en 2007 qu'il manquait 445 préposés aux bénéficiaires au Québec pour combler les besoins du moment (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2007). Quant aux infirmières auxiliaires, elles ne semblent pas affectées par une pénurie, d'après les chiffres les plus récents (Service Canada, 2012). Finalement, il semble plus pertinent de parler de difficultés d'accessibilité que d'une pénurie de médecins omnipraticiens au Québec. En effet, le Québec comptait 16 % d'omnipraticiens de plus que les autres provinces canadiennes en 2005, tandis qu'elle obtenait le pire score pour la proportion de la population n'ayant pas accès à un médecin de famille (Gladu, 2007). La pénurie d'infirmières touche particulièrement la région de Montréal. En effet, sur le déficit de 1807 infirmières touchant le Québec en 2007, il en manquait 671 pour la seule région de Montréal. L'hôpital dans lequel se déroule l'étude est l'établissement où le déficit d'infirmières était le plus élevé parmi l'ensemble des établissements de santé du Québec, avec un manque de 121 infirmières (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2008). Selon Viens et al (2002), les infirmières doivent depuis faire face à des conditions de travail difficiles, une démobilitation et une déresponsabilisation des effectifs. Elles tendent ainsi à limiter leur investissement au sein des organisations de santé et canalisent davantage leur énergie vers leur vie personnelle (Viens, Lavoie-Tremblay, & Mayrand Leclerc, 2002). La situation prévalant dans les services de soins intensifs et des urgences ainsi que les conditions de travail éprouvantes des infirmières sont régulièrement dépeintes dans les médias du Québec. Ainsi, en

mai 2010, l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC) lançait un avertissement aux organisations du système de santé et aux gouvernements au sujet de la fatigue des infirmières, attribuable en grande partie à « *la lourdeur de la charge de travail des infirmières et aux exigences cognitives, psychosociales et physiques de plus en plus lourdes de leur travail* » (Association des Infirmières et Infirmiers du Canada, 2010). L'étude de l'AIIC menée auprès de 7000 infirmières au Canada a montré que 55,5% d'entre elles ressentaient en permanence de la fatigue au travail. De plus, selon Cho, les deux tiers des nouvelles infirmières présentent des symptômes d'épuisement professionnel et beaucoup démissionnent dans les deux années suivant leur diplomation (Cho, Laschinger, & Wong, 2006). Pourtant, les infirmières constituent le groupe de prestataires de soins le plus important en nombre et jouent un rôle crucial dans la dispensation des soins (Kurtzman, Dawson, Johnson & Sheingold, 2010). Au Québec, il y avait en effet 67 111 infirmières autorisées en 2011, comparativement à 21 394 infirmières auxiliaires et 18 496 médecins (9098 médecins de famille et 9398 spécialistes) durant la même période (Institut Canadien d'Information sur la Santé, 2013).

Depuis les années 2000, deux rapports de recherche du Canadian Policy Research Networks, un du Comité Consultatif Canadien sur les Soins Infirmiers, et un de la Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé ont fait état des conditions de travail difficiles des infirmières et ont émis des recommandations sur l'amélioration des conditions de travail pour les professionnels de la santé (Baumann, 2001; Comité consultatif des ressources humaines en santé, 2002; Canadian Policy Research Network, 2002; Koehoorn, 1999). Ces rapports soulignent l'importance de valoriser les infirmières, de financer la formation continue, de promouvoir la santé et la sécurité en milieu de travail, d'attribuer des charges de travail raisonnables ou encore d'améliorer la qualité de vie (i.e. en offrant des horaires de travail flexibles). Dès lors, le milieu de travail des infirmières constitue une cible prioritaire des interventions destinées à promouvoir leur santé. Étant donné les problèmes du milieu travail des infirmières, davantage de recherche est nécessaire, non pas pour déterminer quelles interventions mettre en place, mais plutôt pour comprendre le contexte et le processus d'implantation de ces interventions.

2.1.3 Changement dans le milieu de travail des infirmières

Les hôpitaux du Québec font face à de multiples pressions au changement. Au niveau de l'offre de services, les hôpitaux sont confrontés à ce que Kervasdoué appelle une crise des professions de santé (Kervasdoué, 2003). En effet, les hôpitaux éprouvent de grandes difficultés à attirer et retenir les professionnels de santé. La crise des ressources humaines touche particulièrement les infirmières, victimes d'une pénurie essentiellement causée par l'augmentation du rythme des départs à la retraite et la croissance des besoins en soins de la population (Comité consultatif des ressources humaines en santé, 2002).

Le milieu de travail revêt une importance particulière pour les CHU du Québec, étant donné la situation de crise aigue affectant leurs ressources humaines et notamment les infirmières (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2008). Cette situation se traduit par des impacts au niveau de l'accessibilité aux soins, un engorgement régulier de leurs services d'urgence, mais surtout par un déficit de plusieurs centaines d'infirmières et une grande difficulté à les attirer et les retenir.

Un CHU de la région de Montréal a donc décidé d'implanter le projet « hôpital promoteur de santé », dans un contexte de réforme du système de santé et de services sociaux du Québec, en 2006. Cette réforme a été rendue nécessaire en raison des problèmes d'accessibilité et de continuité des soins affectant la population, mais également en raison des conditions éprouvantes touchant les professionnels de la santé. La surcharge de travail, l'instabilité des équipes et la pénurie d'infirmières contribuent en effet fortement à miner le moral des professionnels. La commission Clair recommandait déjà en 2000 de mettre en place des environnements de travail stimulants, avec une organisation du travail moderne, flexible et adaptée (Clair, 2000). Dans le cas des infirmières, ceci pourrait constituer un préalable à une qualité des soins optimale. Dans ce contexte, le CHU a décidé d'accorder sa priorité au milieu de travail, particulièrement celui des infirmières. Le CHU croit en effet, comme Tigert, que la qualité de l'environnement de travail peut atténuer l'impact d'une pénurie générale d'infirmières sur l'organisation (Tigert & Laschinger, 2004), mais aussi que cela permettra d'améliorer la qualité des soins et de diminuer les coûts (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002; Buerhaus et al., 2007; Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart, & Zelevinsky, 2002).

Etant donné la situation difficile que vivent les infirmières dans leur environnement de travail, le projet HPS apparaît au CHU comme une des avenues possibles pour améliorer le milieu de travail du personnel des établissements de santé, notamment en raison de son potentiel intégrateur. En effet, des changements positifs dans la dimension 'milieu de travail' du projet HPS peuvent à leur tour entraîner des impacts bénéfiques sur les autres dimensions du projet, et notamment celle portant sur les soins dispensés aux patients.

2.2 Le projet HPS

2.2.1 Historique

Le projet « *hôpital promoteur de santé* » prend une place de plus en plus importante dans le monde. De nombreux hôpitaux, en Asie, en Australie, en Europe, et aussi au Canada, ont décidé de l'implanter au sein de leur organisation (World Health Organization, 2007). Le projet «*hôpital promoteur de santé*» a vu le jour en 1988 lors d'un atelier organisé par l'OMS à Copenhague. Conçu dans la lignée des "*cadres de vie*" (i.e. le développement d'une série d'initiatives de promotion de la santé basées dans les milieux : les villes et villages en santé, écoles en santé, milieux de travail en santé), soutenu par la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health, 1986), le projet des hôpitaux promoteurs de la santé fut officiellement lancé par l'OMS en 1991. Depuis sa création, des réseaux d'hôpitaux promoteurs de santé ont été créés, principalement en Europe, et sont devenus des acteurs importants. En 2011, on comptait 840 hôpitaux participants dans 40 pays. Au Québec, il existe désormais un réseau québécois des établissements promoteurs de santé depuis janvier 2012, comptant 33 établissements membres (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2012c).

2.2.2 Définitions du projet HPS

Dans la littérature, on retrouve diverses appellations pour l'hôpital, parfois utilisées indistinctement. Hancock différencie un hôpital sain (*'healthy hospital'*) qui crée un environnement thérapeutique pour les patients, un milieu de travail sain pour le personnel et agit comme un citoyen responsable au niveau de l'environnement, d'un hôpital promoteur de santé (*'health promoting hospital'*) qui se situe quant à lui dans un cadre plus large et devient un partenaire parmi d'autres présents dans la communauté (Hancock, 1999). Autrement dit, un

hôpital promoteur de santé reconnaît que les déterminants de la santé les plus importants se situent en dehors du domaine des soins, tel qu'Evans le propose (Evans, Barer, & Marmor, 1994). Pour sa part, Pelikan préfère le terme '*health promoting*' à celui de '*healthy*' en raison de sa connotation davantage dynamique (Pelikan et al., 2001a).

Un hôpital promoteur de santé est défini par Lobnig comme celui qui

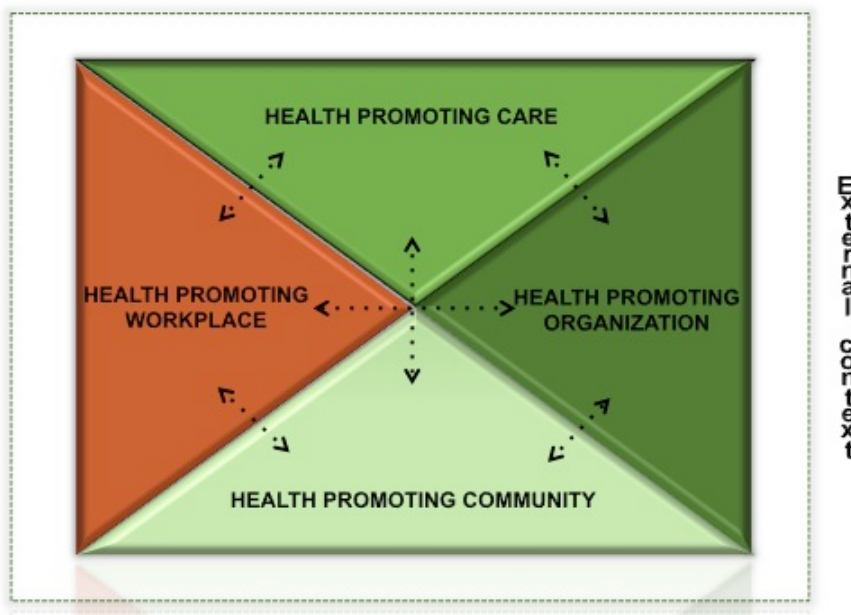
cible la santé des individus (patients, personnel et population de la communauté locale) mais également la santé de l'organisation hospitalière dans le sens de créer une organisation durable, capable d'apprentissage et d'adaptation à un environnement changeant, et combinant le besoin de s'adapter avec l'objectif de maximiser les gains en santé (Lobnig, 1998).

L'implantation du projet HPS mène donc l'hôpital à agir au niveau de quatre dimensions: l'organisation elle-même, les soins, le milieu de travail et la communauté dans laquelle l'hôpital se situe.

Les buts, contenu et critères du projet HPS furent formalisés dans la déclaration de Budapest sur les hôpitaux promoteurs de la santé (World Health Organization, 1991) tandis que ses principes fondamentaux ainsi que ses stratégies d'implantation et de participation au réseau des HPS sont présents dans « *les Recommandations de Vienne sur les hôpitaux promoteurs de santé* » (World Health Organization, 1997). Celles-ci redéfinissent la vision de l'hôpital et exigent (1) de 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) d'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 devenir une organisation apprenante, (3) de se focaliser sur la santé dans une approche holistique et pas uniquement sur l'aspect curatif, (4) se centrer sur le personnel qui offre les meilleurs services de santé possibles aux patients et leurs proches, afin de faciliter le processus de guérison et contribuer à l'empowerment des patients, (5) d'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; (6) de former des liens aussi étroits que possible avec les autres niveaux du système de santé ainsi que la communauté.

Le projet HPS se concentre non sur une dimension en particulier mais considère plutôt l'organisation dans son ensemble et de manière dynamique, les différentes dimensions s'influencent entre elles. Cela amène l'organisation à fonctionner selon un arrangement dépendant des quatre dimensions du projet et des relations entretenues entre ces dimensions. Ainsi, l'action dans une dimension du projet aura pour effet de faire progresser les autres dimensions également. Grâce à la forte interdépendance des différentes dimensions du projet HPS, on présume que l'organisation progressera en même temps dans les autres dimensions. Le projet HPS redéfinit donc la vision et la mission hospitalière, en transformant profondément l'organisation, sa culture et les pratiques de ses professionnels. Selon Pelikan, le projet HPS peut être utilisé en combinaison avec d'autres approches en gestion de la qualité, afin de transformer les hôpitaux en des organisations capables de mieux survivre dans un environnement dynamique et complexe (Pelikan et al., 2001). Toujours selon Pelikan, le projet HPS est également intégrateur pouvant regrouper d'autres approches telles que les hôpitaux verts, les hôpitaux magnétiques, la gestion de la qualité, ou encore les soins centrés sur le patient (Pelikan et al., 2012).

Figure 1 Le concept « Hôpital Promoteur de Santé »



Adapté de © 2006 N. Dedobbeleer, A.-P. Contandriopoulos, L. Lamothe, H. N'Nguyen, L. Rousseau, M. Beaumont, R. Bilteys, Z. El M'Mala. (Adaptation de Lobnig et al. (1999))

Si le projet HPS comporte plusieurs dimensions, celle portant sur le milieu de travail est particulièrement importante à examiner. Celle-ci correspond à une préoccupation de nombreux établissements de santé souhaitant améliorer le milieu de travail de leur personnel en général (Whitehead, 2006), et de leurs infirmières en particulier (Parsons, Cornett, & Golightly-Jenkins, 2006). Le projet HPS semble prometteur. Grâce à son importance pour les hôpitaux, la dimension du milieu de travail peut véritablement constituer une porte d'entrée pour le projet HPS, et grâce à son caractère intégrateur, il a le pouvoir d'influencer positivement la qualité des soins prodigués aux patients.

2.2.3 Mesure du projet HPS

A la suite de consultations menées auprès de nombreux experts, l'OMS a développé des normes qui ont fait l'objet d'une étude pilote auprès de 36 hôpitaux européens (Groene, Jorgensen et al., 2005) ayant montré leur pertinence et leur applicabilité. Ces normes ont ensuite été incluses dans un outil d'autoévaluation destiné aux hôpitaux souhaitant mesurer leur capacité à être promoteur de santé (World Health Organization, 2004). Cet outil comporte cinq normes, une sur l'organisation, deux sur les patients, une sur le milieu de travail, et une sur la communauté. Chaque norme comprend un objectif ainsi que des critères. Au Québec, une étude effectuée en Montérégie a mené à certains changements dans l'outil de l'OMS (Dedobbeleer et al., 2009). Groene, dans son étude pilote, reconnaît d'ailleurs qu'il peut être nécessaire d'adapter les normes de l'OMS selon les régions dans lesquelles se trouvent les hôpitaux (Groene, Jorgensen et al., 2005). Ainsi, après avoir montré la compatibilité du projet HPS avec la culture, les pratiques et les besoins des CSSS, ainsi que sa capacité d'intégration, un outil d'autoévaluation a été développé pour les CSSS du Québec, à partir des normes de l'OMS. En effet, un CSSS diffère des établissements de santé retrouvés dans d'autres pays, et comprend habituellement trois missions distinctes, soit une mission de soins de courte durée (un centre hospitalier), une mission de soins ambulatoires (un centre local de services communautaires) et une mission de longue durée (un centre d'hébergement et de soins de longue durée). Cet outil a ramené le nombre de normes de 5 à 4, soit une pour l'organisation, une pour les soins, une pour le milieu de travail et une pour la communauté. Pour la norme portant sur l'organisation, deux critères ont été ajoutés soit 'une organisation performante et apprenante' et 'une organisation protectrice de l'environnement'. En effet, ces critères

reflètent les préoccupations actuelles des établissements de santé (Brault, Roy, & Denis, 2008; Davie & Nutley, 2000; Laustsen, 2010). Pour toutes les normes, les concepts de protection, prévention et de promotion de la santé ont été utilisés dans ce nouvel outil afin de refléter les variations dans la définition de la promotion de la santé au Québec (Colin, 2004).

Selon l'outil d'autoévaluation développé pour les CSSSPS du Québec, un milieu de travail promoteur de santé doit assurer un milieu sain et sécuritaire, disposer de stratégies pour promouvoir de saines habitudes de vie, mettre en place un environnement physique et social favorisant le bien-être et la santé, et faire participer le personnel à la prise de décision, le tout dans une organisation apprenante et performante et engagée politiquement envers la promotion de la santé. Dès lors, dans le cadre de cette étude, il semblait pertinent de définir un milieu de travail promoteur de santé comme

un milieu où sont mises en œuvre des stratégies pour promouvoir un milieu de travail sain et sécuritaire, de 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 al., 2009)

Cette définition reflète la teneur des Recommandations de Vienne. Il est ainsi nécessaire à la fois de contrôler les risques en santé et sécurité au travail et de promouvoir de saines habitudes de vie chez les infirmières à travers le développement d'habiletés, des modifications environnementales physiques et sociales et la participation des infirmières au développement des pratiques de travail. Cette définition est privilégiée car elle comprend les différentes composantes d'un milieu de travail promoteur de santé (The Health Communication Unit, 2004) mais également parce qu'elle établit le lien avec d'autres dimensions du projet HPS (World Health Organization, 1997).

2.3 L'implantation du projet HPS

Dans notre étude, l'hôpital avait adopté l'innovation, c'est-à-dire le projet HPS, et commençait à l'implanter. Des travaux théoriques sur l'implantation d'innovations dans les organisations de santé et les résultats d'études sur l'implantation du projet HPS nous ont guidé à mener

l'étude sur le contexte interne d'implantation du sous-projet 'milieu de travail promoteur de santé' chez les infirmières.

2.3.1 Aspects théoriques

Le projet HPS est une innovation, car il constitue « *une idée, une pratique, perçue comme nouvelle par un individu ou une quelconque autre unité d'adoption* » (Rogers, 2003). West, quant à lui, parle de l'innovation comme

l'introduction ou l'implantation intentionnelle d'une idée, d'un processus, d'un produit ou d'une procédure, perçu comme nouveau pour l'unité d'adoption, à l'intérieur d'un rôle, d'un groupe ou d'une organisation, ceci de telle sorte que l'individu, le groupe, où la société en bénéficie de manière significative (West & Farr, 1990).

La nouveauté est le dénominateur commun de ces deux définitions, ce qui distingue l'innovation du changement, deux notions parfois conflictuelles dans la littérature. L'innovation ne doit pas avoir été récemment développée mais doit seulement être nouvelle pour les individus ou l'organisation qui en prennent connaissance, ce qui est le cas du projet HPS pour le CHU à l'étude. Dans le cadre de notre étude, on peut également parler d'une innovation perturbatrice, telle que Christensen la définit, puisqu'elle transforme profondément l'organisation des soins et des services, réoriente la vision de l'organisation, et lui donne une nouvelle mission (Christensen, Grossman, Hwang & Books, 2009).

L'implantation d'une innovation

L'implantation d'une innovation fait partie de ce que Rogers appelle la diffusion qu'il définit comme « *le processus par lequel une innovation est communiquée au cours du temps à travers certains canaux parmi les membres d'un système social* » (Rogers, 2003). L'implantation d'une innovation réfère à la mise en œuvre d'un projet, c'est-à-dire son intégration dans les structures et les activités organisationnelles (Weiner, Lewis, & Linnan, 2009). En fait, jusqu'à l'implantation, tout n'est encore qu'un exercice de réflexion et de décision selon Rogers alors que l'implantation elle-même implique un changement de comportement (Rogers, 2003). Dans le cadre de cette étude, toute intervention ayant eu lieu à la suite et en raison de l'adoption du concept HPS de l'OMS, et destinée à promouvoir la santé dans le milieu de travail des

infirmières, pouvait donc être considérée comme faisant partie de l'implantation du sous-projet 'milieu de travail promoteur de santé'.

Une théorie sur l'implantation permet d'expliquer ou prédire la réussite de l'implantation d'une innovation (Weiner et al., 2009). Deux récentes revues de littérature sur les théories sur la diffusion et de l'implantation d'une innovation, celles de Greenhalgh et al. et Damschroder et al., et un modèle théorique portant sur les déterminants organisationnels de l'implantation efficace d'une innovation (Weiner et al., 2009), ont retenu le contexte interne comme un déterminant important de la réussite de l'implantation d'une innovation dans les organisations de santé. Les innovations s'implantent en effet dans un contexte organisationnel pouvant avoir une incidence positive ou négative sur sa mise en œuvre (Berthelette, Bilodeau, & Leduc, 2008). Nous retenons dans cette revue de littérature les cadres de référence de Greenhalgh et al. et de Damschroder et al. car ils ont chacun été construits à partir des revues exhaustives de la littérature les plus récentes. La théorie de Weiner et al. a quant à elle été retenue car il s'agit de la seule portant sur l'implantation de programmes de promotion de la santé en milieu de travail.

Le modèle conceptuel de Greenhalgh et al.

Greenhalgh et al. (2004) ont effectué une synthèse des résultats théoriques et empiriques récents trouvés dans la littérature portant sur la diffusion, et particulièrement l'implantation d'une innovation dans les services de santé (Greenhalgh et al., 2004). Les études recensées dans leur analyse proviennent de plusieurs domaines, dont notamment la sociologie, la psychologie, l'épidémiologie, la gestion, la promotion de la santé, et l'administration de la santé. Grâce à une revue systématique de la littérature, ils ont créé un modèle unifié permettant d'appréhender la diffusion (c'est-à-dire lorsque l'innovation se propage de façon non planifiée, informelle, décentralisée et horizontalement ou via les pairs), la dissémination (c'est-à-dire lorsque des efforts planifiés sont faits dans le but de persuader des groupes-cibles d'adopter une innovation), et l'implantation (c'est-à-dire lorsque des efforts planifiés sont faits dans le but d'institutionnaliser l'innovation dans l'organisation) d'une innovation dans les services de santé.

Leur cadre de référence comprend sept catégories: les caractéristiques de l'innovation, les caractéristiques de l'adopteur, la communication et l'influence, le contexte interne, le contexte externe, le processus d'implantation, et l'articulation entre les différentes composantes. La première composante porte sur l'innovation elle-même, étant donné que cette dernière est souvent adoptée en raison de ses caractéristiques. Parmi celles-ci, on retrouve notamment sa compatibilité avec les normes, valeurs et pratiques organisationnelles ; sa complexité, son avantage, ou encore les connaissances nécessaires pour l'utiliser. La deuxième composante porte sur les caractéristiques de l'adopteur puisque celui-ci n'est pas un récepteur passif de l'innovation. Ainsi, on y retrouve la signification que l'individu accorde à l'innovation, ses préoccupations, et les antécédents psychologiques. Une troisième composante porte sur la communication et l'influence, dans laquelle on retrouve notamment les réseaux sociaux, les champions, ou encore les agents de changement. Dans la quatrième composante, le contexte interne (c'est-à-dire organisationnel) recoupe deux dimensions, soient les antécédents pour l'innovation et le niveau de préparation de l'organisation (NPO). Les antécédents à l'innovation comprennent des caractéristiques structurelles et culturelles présentes dans le contexte et influençant l'assimilation de l'innovation (c'est-à-dire son adoption par tous les acteurs-clés et son intégration dans les affaires courantes de l'organisation). Dans ces caractéristiques, on distingue la structure, la capacité d'absorption de nouvelles connaissances, et le contexte réceptif au changement. Bien qu'une organisation puisse être favorable aux innovations de manière générale et posséder ces trois caractéristiques, elle peut ne pas être prête ou souhaiter assimiler une innovation en particulier. Dès lors, pour assimiler une innovation particulière, l'organisation doit également montrer un NPO adéquat. Le contexte externe est la cinquième composante, et consiste en l'influence d'éléments extérieurs à l'organisation, tels que le climat sociopolitique, des variables environnementales, des normes et réseaux interorganisationnels. Le processus d'implantation est la sixième composante, et ses caractéristiques influencent les étapes subséquentes à la décision d'adopter une innovation. Finalement, la dernière composante consiste en deux articulations entre les composantes du modèle. Plus ces articulations seront fortes, plus elles permettront d'assurer le succès de l'implantation de l'innovation. Tout d'abord, une première articulation doit être établie au stade de développement de l'innovation. En effet, selon les auteurs, une innovation a plus de chance d'être adoptée si les concepteurs d'une innovation sont liés aux adopteurs potentiels.

Deuxièmement, si un agent de changement extérieur intervient, il doit exister une articulation entre ce dernier et les adopteurs potentiels. Plus les agents de changement extérieurs seront sélectionnés rigoureusement, plus ils seront efficaces.

Greenhalgh et al. mettent en évidence différentes dimensions de l'implantation sur lesquelles davantage de recherche est nécessaire. Dans ces dimensions, ils font tout particulièrement ressortir l'importance du contexte interne d'implantation. Selon les résultats obtenus par la revue de littérature de Greenhalgh et al., le contexte interne est au centre de l'implantation des innovations complexes, et ce sont les interactions ayant lieu dans ce contexte interne qui détermineront le succès ou l'échec de l'implantation. Ainsi, d'après ces résultats, il n'est pas possible pour les chercheurs de guider le comportement des acteurs sans tenir compte du contexte interne dans lequel ils agissent. À ce sujet, les auteurs distinguent plusieurs éléments. Tout d'abord, au niveau de la dimension portant sur les antécédents systémiques (*system antecedents*), ils mettent en évidence la structure organisationnelle (grandeur, maturité, différenciation fonctionnelle), la capacité d'absorption des nouvelles connaissances par l'organisation, et le contexte réceptif au changement. Ce contexte réceptif comprend, plus particulièrement, un leadership fort, une vision stratégique claire, de bonnes relations managériales, du personnel visionnaire à des postes-clés, un climat propice à l'expérimentation et à la prise de risque, et des systèmes permettant de saisir des données de manière efficace. Dans leur modèle, on retrouve ensuite la composante portant sur le NPO (*system readiness*), une dimension également pertinente aux premières étapes de l'implantation. Dans cette dimension, les auteurs identifient le besoin de changement (i.e. la situation est perçue comme intolérable par le personnel), la concordance entre l'organisation et l'innovation (i.e. la compatibilité des valeurs, normes, compétences, technologies, stratégies, buts et pratiques de l'organisation avec l'innovation), l'évaluation des implications de l'implantation, l'équilibre des forces (i.e. le nombre de partisans vs d'opposants), le temps et les ressources consacrées, et la capacité de l'organisation à suivre et à évaluer l'impact de l'innovation.

La composante portant sur le NPO, et deux dimensions des antécédents systémiques soient la capacité d'absorption des connaissances par l'organisation et le contexte réceptif au changement sont pertinentes pour notre étude. En effet, les résultats de la revue de littérature

de Greenhalgh et al. identifient ces éléments du contexte interne comme étant pertinents au stade préliminaire de l'implantation d'une innovation. La partie des antécédents systémiques portant sur les déterminants structurels de la capacité d'innovation (*structural determinants of innovativeness*) a une influence plus modeste sur l'implantation (moins de 15 %), d'après Greenhalgh et al.). De plus, ces auteurs ne recommandent pas de recherches complémentaires dans ce domaine étant donné que l'effet des déterminants structurels est maintenant bien établi.

Le cadre de référence pour la recherche sur l'implantation de Damschroder et al. (2009)

Un autre modèle d'implantation spécifique aux services de santé, et postérieur au début de notre étude est celui de Damschroder et al., construit à partir du modèle de Greenhalgh et al. Ces derniers ont voulu développer un modèle basé sur les données probantes et identifier les lacunes pour les avenues de recherche futures. Leur modèle porte aussi bien sur la diffusion, la dissémination et l'implantation d'une innovation, et admet que de nombreux facteurs influençant d'autres étapes de la diffusion (i.e. adoption, assimilation, routinisation) influencent également l'implantation. Le modèle de Damschroder et al. a, quant à lui, voulu offrir une typologie à travers une liste de construits, pour promouvoir le développement de théories sur l'implantation et pour vérifier ce qui fonctionne où et pourquoi, à travers de multiples contextes.

Grâce à une synthèse des théories existantes sur l'implantation, ils ont pu construire un cadre de référence pour la recherche sur l'implantation d'innovations dans les services de santé, dans lequel ils identifient cinq domaines interagissant entre eux lors de l'implantation d'une innovation (Damschroder et al., 2009).

Tout d'abord, ils distinguent l'intervention elle-même (c'est-à-dire l'innovation), souvent complexe et comprenant plusieurs dimensions, et nécessitant une adaptation avant son implantation.

Deuxièmement, ils distinguent les contextes externe et interne. Le contexte externe comprend les milieux socio-économique et politique dans lequel l'organisation vit, tandis que le contexte interne comprend des caractéristiques structurelles et culturelles, les caractéristiques des

réseaux et des communications, et le climat d'implantation dans lequel le processus d'implantation se déroule au niveau local. Les auteurs effectuent une distinction entre la notion de culture et celle de climat d'implantation, la culture étant un ensemble de normes et de valeurs s'appliquant à l'ensemble de l'organisation tandis que le climat d'implantation s'applique à un niveau davantage local et peut varier d'un endroit à un autre (ex. unités de soins). Dans le climat d'implantation, ils distinguent le NPO (*readiness for implementation*), qui comprend trois indicateurs tangibles de l'engagement organisationnel envers l'implantation de l'innovation, soit l'engagement des leaders, les ressources et pratiques disponibles et l'accès à l'information et aux connaissances. Tandis que les résultats obtenus dans la revue de littérature de Greenhalgh et al. réfèrent à un ensemble de facteurs contenus dans le 'contexte réceptif au changement' et à la 'capacité d'absorption de nouvelles connaissances', Damschroder et al. ont réuni dans le contexte interne le climat d'implantation et le NPO.

Troisièmement, Damschroder et al. identifient les individus impliqués dans l'implantation de l'innovation. Selon eux, ces derniers sont en effet porteurs de normes et d'intérêts, leur conférant un rôle significatif dans l'implantation. À ce sujet, les résultats obtenus dans la revue de littérature de Damschroder et al. sont semblables à ceux de Greenhalgh et al., considérant les individus non pas comme des récepteurs passifs de l'innovation mais plutôt comme des personnes ayant diverses perceptions à son sujet (Greenhalgh et al., 2004).

Quatrièmement, Damschroder et al. identifient le processus d'implantation. En effet, selon eux, l'implantation réussie d'une innovation nécessite un processus de changement visant l'utilisation de l'innovation non seulement au niveau individuel mais également organisationnel.

Damschroder et al. estiment que peu de recherches systématiques ont été menées au sujet des construits relevant du contexte interne. Dans le cas de notre étude où l'innovation vient d'être adoptée et où l'implantation se trouve encore dans une phase initiale, une dimension du cadre conceptuel de Damschroder et al. nous intéresse plus particulièrement, soit le climat d'implantation, dans lequel ils incluent également le NPO. Cette dimension correspond à une partie du contexte interne agissant au tout début de l'implantation d'une innovation. Dans le climat d'implantation, ils distinguent le besoin de changement, la compatibilité, la priorité, les

incitatifs organisationnels, les buts et la rétroaction, et le climat d'apprentissage. Dans une section spécifique du climat d'implantation, ils identifient le NPO, dans lequel ils discernent trois sous dimensions : l'engagement des acteurs, les ressources disponibles, et l'accès à l'information et aux connaissances.

Les revues de littérature de Greenhalgh et al. et Damschroder et al. identifient toutes les deux le contexte interne comme un des facteurs les plus influents agissant sur l'implantation d'une innovation. Tandis que Greenhalgh et al. parlent de contexte réceptif au changement et de NPO, Damschroder et al. parlent de climat d'implantation et de NPO. Cependant, dans les deux cas, on retrouve des éléments communs : le besoin de changement, la compatibilité, l'engagement et le leadership, la vision, un climat propice à l'apprentissage, et les ressources disponibles.

Ces éléments sont très pertinents pour notre étude, car nous sommes au début de l'implantation du projet HPS.

La théorie d'implantation de Weiner

Un article théorique écrit par Weiner et al. est le seul à avoir mis en relation les théories de l'innovation avec l'implantation de programmes de promotion de la santé en milieu de travail (Weiner et al., 2009). Il présente une théorie des déterminants organisationnels de l'implantation efficace de programmes socioécologiques de promotion de la santé en milieu de travail. Dans son modèle, l'implantation efficace est fonction de quatre dimensions.

Tout d'abord, elle est fonction du NPO (*organizational readiness for change*). Pour Weiner et al., cette dimension reflète la disposition psychologique des acteurs-clés à effectuer des changements au niveau des politiques et pratiques organisationnelles pour implanter l'innovation, c'est-à-dire leur engagement envers l'implantation. Plus ce niveau d'engagement sera élevé, plus l'innovation sera implantée avec succès.

Deuxièmement, l'implantation est une fonction de la qualité des politiques et pratiques d'implantation employées par l'organisation, c'est-à-dire la planification, les pratiques, les structures et les stratégies qu'une organisation utilise afin d'implanter l'innovation.

Troisièmement, l'implantation est fonction du climat d'implantation, c'est-à-dire la perception partagée par les acteurs-clés que l'innovation est valorisée et soutenue par l'organisation (e.g. grâce à des politiques, des pratiques, du budget).

Finalement, l'implantation est fonction de la congruence de l'innovation avec les valeurs des employés.

Weiner conçoit le NPO comme un construit multi niveaux (hôpital, unité, équipe, individu) et pluridimensionnel, référant à la fois à l'engagement et à l'efficacité du changement des acteurs-clés (Weiner, 2009). Pour lui, l'engagement envers le changement réfère à la volonté commune des acteurs-clés d'entreprendre les interventions nécessaires à l'implantation du changement. L'engagement est lui-même fonction de ce que Weiner appelle la valeur accordée au changement (*change valence*), c'est-à-dire si les acteurs-clés jugent le changement nécessaire, important, ou encore bénéfique pour l'organisation. L'efficacité du changement (*change efficacy*), quant à elle, réfère aux croyances partagées par l'ensemble des acteurs-clés dans leur capacité collective à organiser et exécuter les interventions nécessaires à l'implantation du changement. Cette efficacité du changement est elle-même fonction de leur confiance à mener le changement, étant donné la disponibilité des ressources (*resource perceptions*), des facteurs situationnels (*situational factors*), et de l'ampleur de la tâche à accomplir (*task demands*). Tandis que plusieurs auteurs incluent les ressources financières, humaines, matérielles et informationnelles dans le NPO (Bloom, Devers, Wallace, & Wilson, 2000; Damschroder et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004; Snyder-Halpern, 2001), Weiner préfère les concevoir comme des facteurs contextuels influençant le NPO. Pour lui, en effet, le NPO est avant tout une disposition psychologique des acteurs-clés. À cet effet, Weiner estime que le NPO est crucial lors de l'implantation d'une innovation, car une mauvaise préparation entraîne un échec d'implantation dans la moitié des cas (Weiner, 2009).

Pour notre étude, plusieurs éléments du modèle de Weiner ont retenu l'attention. Premièrement, étant donné que l'implantation d'une innovation (le projet HPS) se déroule dans un contexte complexe (taille de l'organisation, nombre d'acteurs, complexité de l'innovation), que son usage entraîne un changement de comportement au niveau collectif, et que son processus est soumis aux interventions de plusieurs acteurs, Weiner suggère l'utilisation d'une théorie organisationnelle. En effet, d'après lui, un modèle de diffusion des

innovations tel que celui développé par Rogers (2003) s'applique davantage au cas d'un individu prenant la décision d'adopter une innovation relativement simple et pouvant être implantée facilement. Weiner considère l'implantation d'un milieu de travail promoteur de santé comme une entreprise organisationnelle, dont le succès ou l'échec d'implantation est un enjeu organisationnel.

Deuxièmement, le modèle de Weiner montre lui aussi, comme les résultats de la revue de littérature de Damschroder et al., l'importance de l'engagement des acteurs-clés, aussi bien au niveau stratégique que tactique, dans l'implantation de l'innovation. Il s'agit donc d'un élément du contexte interne, et plus particulièrement du NPO, dont il faut tenir compte lors de la définition des thèmes à explorer. Finalement, Weiner offre un modèle rassembleur, comblant ainsi les ambiguïtés conceptuelles de Greenhalgh et al. et Damschroder et al. En effet, les différents facteurs influençant les premières étapes de l'implantation et identifiés par ces auteurs, peuvent être regroupés dans la partie du modèle que Weiner identifie comme les 'facteurs contextuels possibles'.

2.3.2 Études portant sur le contexte d'implantation du projet HPS

On retrouve une seule étude, celle de Whitelaw et al. (2006), portant spécifiquement sur le contexte prévalant avant l'implantation du projet HPS, et reflétant l'importance d'évaluer ce contexte préalablement à l'implantation. Une autre étude, celle de Lin et al. (2009), porte sur l'utilisation d'un modèle de diagnostic organisationnel lors de l'implantation du projet HPS.

Whitelaw et al. ont écrit deux articles au sujet d'un projet sur l'évaluation de l'implantation du projet HPS dans plusieurs organisations de santé en Écosse. Le premier article rapporte les résultats d'une étude de cas de deux ans menée auprès de 9 organisations de santé écossaises ayant décidé d'implanter un cadre de référence, le Health Promoting Health Service Framework (Whitelaw et al., 2006). L'objectif principal de ce premier article était de décrire et évaluer la forme optimale de soutien requis pour l'implantation organisationnelle efficace du projet HPS et d'évaluer les résultats à différents niveaux. Pour réaliser cette étude, Whitelaw et al. ont utilisé un processus itératif et réflexif, et adopté une approche socioécologique. Plusieurs méthodes ont été utilisées, telles que des entrevues semi-structurées, de l'observation participante, des questionnaires, et de l'analyse documentaire. Après avoir développé leur

cadre de référence HPHS, les auteurs ont réalisé que sa seule introduction dans les organisations de santé n'aurait pas pour effet d'entraîner le changement. Dès lors, ils reformulèrent la question de recherche de manière plus holistique et se demandèrent quelles seraient les conditions nécessaires à une implantation efficace. Ils le firent en se basant sur le cadre de référence développé par Pawson et Tilley, dans lequel il est suggéré que les résultats de l'implantation sont dépendants du contexte (Pawson & Tilley, 1997). Whitelaw et al. soulignent l'importance de l'évaluation du contexte dans une étude sur l'implantation du projet HPS. Pour eux, il existe un ensemble de conditions permettant une implantation efficace du projet, comprenant à la fois un contexte pratique et des mécanismes (c'est-à-dire des activités et des procédures). Dans ce contexte pratique, ils identifient la pertinence de l'engagement organisationnel envers la promotion de la santé et l'amélioration de la santé, ainsi que la réactivité au sujet d'un agenda politique relié à l'amélioration de la santé. Au sujet des mécanismes présents dans le contexte, ils insistent sur l'importance des ressources, et d'ainsi développer les compétences en promotion de la santé, de fournir de l'expertise, d'encourager le leadership et la mobilisation des équipes, et de développer une masse critique de personnes travaillant dans l'organisation et comprenant le projet. À ce sujet, ils notent qu'un contexte favorable à l'implantation du projet se développe mieux lorsqu'une personne est en charge de la coordination de la promotion de la santé, et peut promouvoir sa visibilité à travers l'organisation. Au niveau des résultats obtenus, les participants ont fait preuve d'une meilleure compréhension de la promotion de la santé et ont également ressenti quelques impacts au niveau des politiques et pratiques organisationnelles. Whitelaw et al. insistent sur l'importance d'un contexte pratique sans lequel les acteurs ne pourront comprendre et encore moins implanter un outil/cadre de référence relatif au projet HPS. Ils montrent particulièrement l'influence dominante de 'facteurs organisationnels internes' sur l'implantation du projet.

Une autre étude, utilisant un devis quantitatif et effectuée par Lin et al. (2009) à Taïwan, ne porte pas spécifiquement sur le contexte interne d'implantation mais sur l'utilisation d'un modèle de diagnostic organisationnel lors de l'implantation du projet HPS. Les auteurs définissent leur diagnostic organisationnel comme un processus systématique permettant d'effectuer un diagnostic global précis des forces et faiblesses de l'organisation en matière de

pratiques de promotion de la santé. Dans ce dernier, les auteurs distinguent les inputs, la transformation, et les outputs. Dans leur modèle, les inputs correspondent à une étape de planification pré diagnostique pouvant être associée au NPO de l'hôpital avant l'implantation du projet HPS. Lin et al., dans leurs conclusions, suggèrent qu'avant de débiter l'implantation du projet HPS, les hôpitaux devraient réaliser un diagnostic systématique et précis des problèmes de l'organisation (Lin et al., 2009). En effet, ce diagnostic permet ensuite de planifier des interventions facilitant l'implantation réussie du projet HPS. Selon eux, un diagnostic organisationnel portant sur les pratiques organisationnelles compatibles avec le projet HPS permet d'établir une compréhension commune de la situation, mais également d'améliorer l'efficacité et d'assurer une amélioration continue des services de promotion de la santé. Ce diagnostic systématique de la promotion de la santé au niveau organisationnel peut notamment être mené grâce à l'outil d'autoévaluation de l'OMS. Selon les auteurs, un échec d'implantation est susceptible de se produire dans les hôpitaux n'ayant pas utilisé un diagnostic organisationnel préalablement à l'implantation du projet HPS. Cette recommandation est particulièrement importante et vient renforcer l'intérêt d'une étude portant sur l'analyse du contexte interne d'implantation du projet HPS.

2.4 Conclusion

D'après les études existantes et les données statistiques sur la charge de travail des infirmières, il existe un réel besoin d'améliorer l'environnement de travail des infirmières au Québec. L'implantation du projet HPS, et plus particulièrement du sous-projet 'milieu de travail promoteur de santé', constitue une des avenues possibles. Cependant, le manque d'information au sujet de l'implantation d'une innovation dans les services de santé en général, et le projet HPS en particulier, ainsi que le nombre d'échecs d'implantation des innovations dans les services de santé, indiquent le besoin de recherches sur le contexte d'implantation d'une innovation, plus particulièrement du 'milieu de travail promoteur de santé'. Étant donné que notre étude est réalisée au tout début de l'implantation, le contexte interne semble être un élément particulièrement pertinent. Or, aussi bien dans la littérature portant sur l'implantation d'innovations dans les services de santé que dans celle portant sur le projet HPS, il existe très peu d'information sur le contexte interne, en particulier sur le NPO. Les deux revues de littérature de Greenhalgh et al. et Damschroder et al. sur les théories, ainsi que la théorie de

Weiner, considèrent le contexte interne comme un des facteurs les plus influents agissant sur l'implantation d'une innovation, et ont permis d'identifier des thèmes que nous avons décidé d'explorer dans notre étude : les perceptions des acteurs stratégiques et des infirmières-chefs sur l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé', et l'appréciation de la compatibilité des pratiques du CHU pour implanter le 'milieu de travail promoteur de santé' chez les infirmières. Pour ce dernier point, une adaptation de l'outil destiné aux CSSS s'impose toutefois pour l'hôpital à l'étude, et en particulier pour l'objet à l'étude : le 'milieu de travail promoteur de santé' chez les infirmières.

Chapitre III. Contexte de l'étude – buts et objectifs

3.1 Informations générales sur le CHU

L'étude se déroule dans un centre hospitalier à vocation universitaire de la région de Montréal. La région de Montréal est la région comptant la taille de population la plus importante au Québec avec 3 635 571 habitants pour une densité de population de 853,6 habitants par km² (Statistique Canada, 2007). La région de Montréal constitue le cœur économique du Québec avec une concentration importante des ressources éducatives et économiques.

Le CHU résulte de la fusion de trois hôpitaux dans le contexte d'un vaste programme de compressions budgétaires. Le CHU employait au moment de l'étude environ 10 000 travailleurs dont 900 médecins et 4 200 infirmières ainsi que 270 chercheurs, 6 000 étudiants et 700 bénévoles. Le CHU dispense des services généraux, spécialisés et ultraspécialisés aux niveaux local, régional et suprarégional. Il fait partie de l'un des quatre Réseaux Universitaires Intégrés en Santé (RUIS) ayant pour mission d'offrir, grâce à leurs hôpitaux d'enseignement affiliés, des services cliniques hiérarchisés à une partie du territoire québécois. Ainsi, c'est 40 % de la population québécoise qui dépend présentement du RUIS en matière de services spécialisés et ultraspécialisés. Le CHU, agréé par Agrément Canada, est un pôle important en matière de transfert des connaissances puisqu'il forme 50 % des effectifs médicaux et professionnels du Québec et que plus de 500 000 patients y transitent chaque année. Ici, il est pertinent de relever que selon plusieurs participants, la fusion des trois hôpitaux n'a pas encore résulté en une seule culture organisationnelle. Les trois sites restent en effet empreints de leur propre culture identitaire, historiquement acquise. Ainsi, selon plusieurs infirmières-chefs interrogées, l'un des hôpitaux est considéré comme le plus prestigieux des trois, et possède une hiérarchie plus marquée que les deux autres. Un autre est considéré comme ayant une vocation davantage sociale et communautaire, avec une hiérarchie moins importante et une plus grande proximité entre professionnels de la santé. Finalement le troisième site est considéré comme un lieu axé sur la formation et la qualité des soins, dont le personnel possède un esprit d'équipe très développé, qui en fait un endroit presque « familial ».

3.2 Le processus décisionnel

Le CHU a décidé d'adopter le projet HPS en 2006, par la volonté de la direction générale de l'époque. Les documents examinés (bulletins internes du CHU, rapports internes) indiquent que plusieurs éléments semblent avoir influencé l'adoption du projet HPS par la direction générale. Premièrement, une fondation privée, par l'intermédiaire d'un de ses membres, a incité l'hôpital à adopter le projet HPS. Deuxièmement, l'Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal a également incité le CHU à adopter le concept HPS. Une année avant l'adoption du concept HPS par le CHU, en 2005, l'Agence de Montréal avait en effet signé une entente officielle avec l'OMS pour être reconnue comme organisation coordonnatrice chargée d'un réseau régional, et souhaitait diffuser le projet HPS auprès des établissements de santé de l'île de Montréal, en faisant du milieu de travail une priorité (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2012a). Le milieu de travail était prioritaire pour l'ASSS de Montréal car elle collaborait également au projet « Entreprise en santé », un corollaire du projet HPS destiné à améliorer le milieu de travail du personnel hospitalier. Le projet HPS a été considéré par l'ASSS de Montréal et par le CHU comme une des avenues possibles pour améliorer le milieu de travail du personnel des établissements de santé. L'adoption du projet HPS revêtait d'autant plus d'importance pour ces organisations que de la qualité du milieu de travail peut dépendre la qualité des soins (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002; Buerhaus et al., 2007; Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart, & Zelevinsky, 2002). Finalement, la dernière réforme du système de santé a également encouragé l'hôpital à adopter le projet HPS, comme ce fut le cas dans le cadre d'une étude menée auprès de trois CSSS de la Montérégie (Dedobbeleer et al., 2009).

Ainsi, plusieurs éléments du contexte externe, tels que la réforme, l'ASSS de Montréal, et une fondation privée, ont influencé l'adoption du concept par le CHU.

Les documents (bulletins internes du CHU) montrent que le CHU, immédiatement après cette adoption, a mis en place une direction de la promotion de la santé (DPS) chargée de soutenir et de conseiller les autres directions du CHU dans la mise en place d'initiatives en promotion de la santé. Cette décision a été prise au niveau du conseil d'administration, sans toutefois avoir obtenu au préalable le consensus de l'ensemble des directions de l'établissement. Au moment des entrevues, l'équipe de la direction se composait de 4 personnes, issus du monde médical et

paramédical. Le directeur était ainsi médecin, tandis que ses deux conseillers étaient issus du monde paramédical.

Au niveau de la DPS, il a été décidé de privilégier la dimension du projet HPS portant sur le milieu de travail. Selon les acteurs stratégiques interviewés, cette décision a été prise en raison des conditions difficiles affectant les ressources humaines, particulièrement les infirmières. Selon eux, il était en effet nécessaire d'agir sur cette dimension dans le but d'attirer et retenir des professionnels de qualité, mais aussi d'améliorer la qualité des soins et l'image de l'hôpital.

3.3 Buts et objectifs

Le but principal de cette thèse est de mieux comprendre le contexte interne d'implantation du sous-projet 'milieu de travail promoteur de santé' chez les infirmières du CHU. Cette étude comporte trois objectifs dont les réponses seront apportées dans 3 articles.

Le premier article est intitulé « Un 'milieu de travail promoteur de santé' pour les infirmières : la perception des acteurs stratégiques d'un CHU » et a pour objectif (1) d'examiner l'engagement des acteurs-clés de la gouvernance dans l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' pour les infirmières.

Ensuite, les opératrices du changement, soit les infirmières-chefs, planteront un 'milieu de travail promoteur de santé' localement dans leurs unités de soins respectives. Dès lors, le deuxième article, intitulé « Un 'milieu de travail promoteur de santé' : les perceptions des infirmières-chefs » a pour objectif (2) d'examiner le leadership des infirmières-chefs au sujet de l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' pour les infirmières.

Finalement, le troisième article intitulé « L'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' pour les infirmières d'un CHU : pratiques compatibles » a pour objectif (3) d'apprécier la compatibilité des ressources organisationnelles pour l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' pour les infirmières. Pour réaliser ce troisième objectif, la compatibilité des ressources existantes sera examinée en regard des normes et critères d'une version adaptée de l'outil d'autoévaluation du projet HPS de l'OMS pour le milieu de travail des infirmières du CHU.

Chapitre IV. La méthodologie

Dans ce troisième chapitre, nous présentons le devis de recherche, la sélection des unités d'analyse et des participants, les instruments et la collecte des données, les stratégies de contrôle de la qualité des données, l'analyse des données ainsi que les dimensions éthiques.

4.1 Le devis de recherche

La présente étude est une étude de cas unique avec niveaux d'analyse imbriqués, portant sur une meilleure compréhension du contexte interne d'implantation d'une innovation, le projet « Hôpital promoteur de santé » de l'OMS, et particulièrement d'une de ses dimensions, le sous-projet 'milieu de travail promoteur de santé'.

Étant donné que le but de l'étude est principalement de comprendre le contexte interne dans lequel se déroule le processus d'implantation d'une innovation, la stratégie la plus appropriée est celle de l'étude de cas (Miles & Huberman, 2003; Yin, 2009). Elle permet en effet de répondre à des questions de recherche portant sur la description d'un phénomène lorsque le chercheur exerce peu ou pas de contrôles expérimentaux, c'est-à-dire qu'il ne peut manipuler les comportements des personnes qu'il observe (Yin, 2009). Ceci est rendu possible grâce à un recueil systématique d'informations détaillées sur chaque cas. Yin suggère l'étude de cas notamment en raison de son pouvoir explicatif et de sa capacité à répondre aux questions « pourquoi » et « comment ». Alors que Gerring définit l'étude de cas comme l'étude approfondie d'un cas permettant ensuite de comprendre et d'inférer vers une population de cas (Gerring, 2007), Creswell la définit de manière plus précise comme :

a qualitative approach in which the investigator explores a bounded system (a case) or multiple bounded systems (cases) over time, through detailed, in-depth data collection involving multiple sources of information (e.g., observations, interviews, audiovisual material, and documents and reports), and reports a case description and case-based themes (Creswell, 2007).

Le contexte d'implantation d'une innovation peut être défini comme « *un ensemble de circonstances ou de facteurs uniques entourant un effort d'implantation particulier* »¹

¹ « For implementation research, 'context' is the set of circumstances or unique factors that surround a particular implementation effort »

(Damschroder et al., 2009). Selon Damschroder et al., on peut distinguer le contexte interne, qui comprend les éléments structurels, culturels et politiques à travers lesquels l'implantation se fera, et le contexte externe, c'est-à-dire celui économique, politique et social dans lequel l'organisation réside. L'étude est de nature qualitative. Un devis qualitatif est pertinent car il permet d'approfondir des phénomènes complexes, plus particulièrement organisationnels (Marshall & Rossman, 2006). Denzin et Lincoln estiment qu'un avantage des méthodes qualitatives réside dans la possibilité d'explorer et analyser la multiplicité des significations de différents acteurs par rapport à un même phénomène (Denzin & Lincoln, 1994). De plus, Berthelette et al. soulignent la nécessité d'entreprendre des études qualitatives dans le domaine de la santé au travail, étant donné la difficulté des études quantitatives à répondre aux interrogations des gestionnaires concernant l'adoption de nouvelles interventions (Berthelette et al., 2008). Les données qualitatives ont ainsi permis d'examiner la perception des acteurs stratégiques et des infirmières-chefs sur l'implantation d'un milieu de travail promoteur de santé.

Dans notre étude de cas unique, le contexte interne d'implantation a également bénéficié de l'apport de données quantitatives. Ces données, obtenues grâce à un questionnaire, ont permis d'identifier les ressources disponibles pour l'implantation d'un milieu de travail promoteur de santé et de savoir si les politiques et pratiques existantes sont compatibles avec les normes et critères d'un tel milieu. Cet état des lieux est important, car sans lui, le projet HPS ne peut s'implanter puisque le personnel ne saisit alors ni le sens ni l'ampleur de la réforme proposée (Whitelaw et al., 2006). Plus particulièrement en ce qui concerne le 'milieu de travail promoteur de santé', les ressources, politiques, programmes et pratiques existants influenceront le NPO (Weiner et al., 2009).

Tandis que les données quantitatives permettent d'identifier les ressources disponibles en dressant un état des lieux, les données qualitatives permettent de comprendre les éléments davantage politiques et culturels du contexte influençant l'implantation d'un milieu de travail promoteur de santé.

4.2 Le cas à l'étude et les unités d'analyse

Etant donné les problèmes d'épuisement professionnel (Cho et al., 2006), de fatigue au travail (Association des Infirmières et Infirmiers du Canada, 2010), d'attraction et de rétention des infirmières (Baumann, 2001; Canadian Policy Research Network, 2002) présentés dans le chapitre précédent, un CHU de Montréal a décidé d'implanter le projet HPS, en commençant par sa dimension 'milieu de travail promoteur de santé', et particulièrement celui des infirmières. Le lieu d'observation de l'implantation de cette innovation a donc été le milieu de travail des infirmières dans un CHU de Montréal. La période d'observation s'est étalée de mars à août 2009.

Le cas est, selon Gerring, un phénomène spatialement délimité et observé à un moment précis ou au cours d'une période de temps. Ici, le cas à l'étude est un CHU de la région de Montréal au Québec. L'étude de cas unique se justifie par la présence d'une gouverne commune aux différents hôpitaux composant le CHU. On retrouve ainsi une seule direction pour l'ensemble du CHU et non pour chaque hôpital comme cela était le cas avant la fusion des établissements de santé. Au moment de notre étude, deux centres hospitaliers universitaires, un francophone et l'autre anglophone, commençaient à implanter le projet HPS. Cependant, d'un point de vue chronologique, le cas à l'étude peut être considéré comme le pionnier, étant donné qu'il fut le premier à adopter le projet HPS. La sélection du cas nous apparaît intéressante car, selon Yin (2009), il nous donne la possibilité d'observer et d'analyser un phénomène auparavant inaccessible : l'implantation du projet HPS dans un CHU francophone du Québec. Ensuite, la vocation universitaire de l'hôpital rend le cas intéressant en raison de sa mission d'enseignement et de recherche. En effet, étant donné cette mission et le nombre de professionnels de la santé travaillant dans le CHU, nos résultats pourront être diffusés à un grand nombre d'étudiants et profiter à leur formation, ainsi qu'encourager la recherche dans ce domaine.

Au sein du cas constitué par le CHU, il y a lieu de distinguer de multiples unités d'analyse imbriquées (*nested cases*). Ce cas unique comprendra donc plusieurs unités d'analyse imbriquées, soit une première située au niveau stratégique comprenant la gouverne du CHU, et une deuxième située au niveau tactique et comprenant différentes unités de soins. Le choix de ces unités d'analyse est justifié par la nécessité de comprendre les perceptions des acteurs

stratégiques (acteurs de la gouverne) et tactiques (infirmières chef) sur le contexte d'implantation du sous-projet 'milieu de travail promoteur de santé', et d'examiner l'état des lieux (ressources, opérations actuelles).

4.3 Participants

Durant la première étape, quatre acteurs-clés stratégiques du CHU ont été recrutés comme informateurs-clés en raison de leur autorité et de leur compétence à fournir de l'information sur les ressources et politiques, programmes et pratiques existants pour implanter un 'milieu de travail promoteur de santé'. En effet, de par la fonction qu'ils occupent dans l'organigramme du CHU et leur rôle dans l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' (soins infirmiers, promotion de la santé, ressources humaines, santé et sécurité au travail), ces quatre acteurs constituaient les meilleurs interlocuteurs pour donner les réponses les plus complètes et précises possible.

Dans la seconde étape de la collecte des données, un total de 25 participants a été recruté, dont 7 au niveau stratégique et 18 au niveau tactique. Au niveau stratégique, 3 acteurs-clés rajoutés aux 4 premiers, ont également été recrutés en raison de leur rôle clé dans l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé'. Ces acteurs provenaient des secteurs des soins infirmiers, ressources humaines, santé et sécurité au travail, promotion de la santé, affaires cliniques, direction générale, et du syndicat.

L'échantillonnage des acteurs tactiques, c'est-à-dire des infirmières-chefs, a été réalisé selon la technique de variation maximale. Cette technique, recommandée par plusieurs théoriciens du domaine qualitatif (Guba & Lincoln, 1989; Miles & Huberman, 2003) et qualifiée par Miles et Huberman comme « *une quête délibérée de contre-exemples ou de variations* », est fréquemment utilisée dans les recherches qualitatives portant sur les soins infirmiers (Sandelowski, 1995). Elle permet de transformer la grande hétérogénéité d'un échantillon de petite taille en un avantage pour le chercheur, et d'éviter de sélectionner un échantillon trop homogène en matière de caractéristiques (Bruce, Langley, & Tjale, 2008). Les infirmières-chefs ont été sélectionnées à partir de 3 critères : la variation dans la qualité du milieu de travail, la répartition du personnel dans les divers sites, et la variation maximale d'expériences de travail en gestion. Le premier critère reflète la variation de la capacité d'un milieu de travail

à promouvoir la santé de ceux qui y sont exposés (Chu et al., 2000b; Chu, Driscoll, & Dwyer, 1997). Pour ce critère, nous avons identifié des infirmières-chefs en fonction de deux indicateurs obtenus à partir du tableau de bord de gestion informatisé des ressources humaines, soit le taux d'absentéisme (pourcentage des heures d'absentéisme global sur les heures travaillées) et le taux de roulement (pourcentage que représente le nombre de personnes quittant définitivement l'établissement par année financière donnée par rapport au nombre de personnes à l'emploi de l'organisation au cours de cette même année financière). Ces indicateurs ont été utilisés car ils font consensus auprès de plusieurs auteurs comme étant des indicateurs de la qualité de vie au travail des infirmières (Agrément Canada, 2007; Hall, 2005). Ensuite, étant donné la répartition des unités de soins sur différents lieux différents, les infirmières-chefs ont été sélectionnées selon un deuxième critère, soit la localisation de leur unité de soins, afin d'assurer une représentativité équitable des sites géographiques. Finalement, après cette première sélection basée sur les deux critères cités précédemment, trois informatrices-clés du niveau stratégique de l'organisation ont aidé à effectuer une dernière sélection afin d'obtenir une variation maximale d'expériences de gestion des infirmières-chefs dans les unités de soins. En effet, les infirmières-chefs varient non seulement selon leur ancienneté mais aussi selon le type et le nombre d'unités de soins qu'elles gèrent. Cette sélection était basée sur ce qu'Huberman et Miles qualifient comme étant leur 'réputation', c'est à dire selon la recommandation d'informatrices-clés (Miles & Huberman, 2003), et a permis d'obtenir une liste finale de 18 infirmières-chefs.

4.4 Instruments et collecte des données

4.4.1 Le questionnaire

Dans la première étape de la collecte des données, un questionnaire a été administré par entrevue (voir annexe B). Le questionnaire utilisé est une adaptation mineure d'un outil d'autoévaluation (Dedobbeleer et al., 2007), destiné à dresser un inventaire des politiques, programmes et activités de promotion de la santé des CSSS. Cet outil destiné aux CSSS est lui-même une adaptation d'un outil de l'OMS, originellement destiné aux hôpitaux européens, et qui comportait cinq normes (c'est-à-dire politique de gestion, évaluation des patients, information et intervention auprès des patients, promotion d'un milieu de travail sain, continuité des soins et coopération). L'outil de l'OMS n'étant pas adapté au contexte

québécois, une étude effectuée au Québec a ramené le nombre de normes de 5 à 4, soit une pour l'organisation, une pour les soins, une pour le milieu de travail et une pour la communauté (Dedobbeleer et al., 2009). De plus, inspirés par les recommandations de Vienne, deux critères ont été ajoutés à la norme portant sur l'organisation, soit 'une organisation performante et apprenante' et 'une organisation protectrice de l'environnement'.

Dans notre étude, une adaptation de l'outil destiné aux CSSS a également été nécessaire en raison du contexte dans lequel se déroule l'étude, différent du contexte d'un Centre de Santé et de Services Sociaux. En effet, contrairement à un CSSS, un CHU ne comprend pas de CLSC et de CHSLD dans sa structure, mais uniquement un ou des hôpitaux fusionnés. Si après un examen attentif du questionnaire, la majorité des questions pouvait être utilisée autant pour les CSSS que les CHU, il a toutefois été nécessaire de le modifier. Ainsi, dans le cadre de cette étude, deux normes du questionnaire ont été retenues, soit celles portant sur l'organisation et sur le milieu de travail. Les deux autres, soit celles portant sur les soins et la communauté, ont été écartées. En effet, notre objectif, dans le cadre de cette thèse, est de mieux comprendre le contexte interne d'implantation du sous-projet 'milieu de travail promoteur de santé'. Bien qu'on ne puisse nier l'existence d'interdépendances entre les différentes dimensions du concept HPS, il aurait été prématuré d'observer les effets sur les autres dimensions étant donné que nous nous situons au tout début de l'implantation du milieu de travail promoteur de santé. Cette sélection a été basée sur l'approche conceptuelle utilisée par l'unité de promotion de la santé de l'Université de Toronto (The Health Communication Unit, 2004), qui considère qu'il existe trois dimensions agissant sur un milieu de travail promoteur de santé, soit la santé et sécurité au travail, les habitudes de vie du personnel, et l'environnement organisationnel (ex. leadership, pratiques de gestion, soutien social, participation des employés, etc.). Nous avons ainsi retenu la dimension milieu de travail qui comporte 4 critères et 16 sous-critères: les stratégies pour créer un milieu de travail sain et sécuritaire, les stratégies de promotion de saines habitudes de vie, les modifications de l'environnement physique et social et la participation des infirmières. La dimension portant sur l'organisation a aussi été retenue car elle constitue la pierre angulaire du projet HPS. En effet, cette dimension comporte deux critères : un sur la politique de promotion de la santé, et un sur la capacité de l'organisation à être performante et apprenante. On retrouve 14 sous-critères dans ces 2

critères. Le critère portant sur une organisation respectueuse de son environnement externe n'a pas été retenu car il s'agit de mesures de l'organisation prises pour protéger l'environnement externe de l'hôpital, alors que notre étude porte sur le contexte interne de l'implantation. L'outil adapté qui a été utilisé comporte 63 questions fermées (oui-non) ainsi que 44 questions ouvertes permettant aux répondants de préciser les réponses apportées aux questions fermées ou de citer d'autres exemples absents dans la liste des réponses possibles.

Le questionnaire a permis d'estimer le degré de compatibilité des politiques, programmes et activités avec les différents critères d'un 'milieu promoteur de santé'. Ce dernier a été défini comme

un milieu où sont mises en œuvre des stratégies pour promouvoir un milieu de travail sain et sécuritaire, de 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 al., 2009)

Le questionnaire a été administré par entrevue pour deux raisons : motiver les participants du niveau stratégique à répondre aux questions dont les réponses pouvaient s'avérer être longues, et assurer une meilleure qualité des données.

4.4.2 Les entrevues

Dans la deuxième étape, des entrevues individuelles semi-structurées ont été menées auprès de deux groupes d'acteurs-clés provenant du niveau stratégique d'une part, et tactique d'autre part.

Les entrevues constituent un excellent moyen pour rendre compte en profondeur des perspectives riches, complexes et nuancées des acteurs (Yin, 2009). Des guides d'entrevue ont été développés (voir annexes C et D). Ils se sont inspirés du cadre de référence développé par Greenhalgh et al. (2004). Ce cadre de référence résulte de la revue de la littérature la plus exhaustive que nous ayons pu trouver au sujet de l'innovation dans les services de santé, au moment de l'étude.

Les thèmes explorés dans l'entrevue sont reliés à l'implantation d'une innovation, et sont inspirés du cadre de référence de Greenhalgh et al., et plus particulièrement des dimensions

influençant les débuts de l'implantation d'une innovation : ainsi, les questions du guide d'entrevue portent sur la capacité d'absorption des nouvelles connaissances (*absorptive capacity for new knowledge*), le contexte réceptif au changement (*receptive context for change*), et le NPO (*system readiness*). Afin d'explorer le NPO, des questions du guide d'entrevue portent sur la tension pour le changement, l'ajustement entre l'organisation et l'innovation (i.e. ajustement entre les valeurs, normes, et stratégies de l'organisation et l'innovation), l'anticipation des effets qu'aura l'implantation, le soutien et la sensibilisation à l'innovation, les ressources consacrées, et la capacité d'évaluer les effets de l'innovation.

Les guides d'entrevue ont été pré-testés auprès de deux experts. Celui destiné aux acteurs stratégiques l'a été auprès d'un acteur stratégique appartenant à une organisation de santé en milieu urbain, située dans une région administrative au sud de Montréal (région 16). Quant au guide d'entrevue destiné aux infirmières-chefs, il a été testé auprès d'une infirmière-chef en provenance de l'organisation étudiée, mais ne faisant pas partie de l'échantillon sélectionné. Les entrevues semi-structurées se sont toutes déroulées en face à face et avaient une durée comprise entre 45 et 90 minutes, avec une durée moyenne de 60 minutes. Chaque entrevue a été enregistrée intégralement sur support numérique, après le consentement de chaque participant, et a ensuite été retranscrite en assurant l'anonymat des participants (Abashin, 1998). Pour nous assurer de la fiabilité des résultats, une brochure explicative a été distribuée aux infirmières-chefs pour les sensibiliser au projet HPS, au 'milieu de travail promoteur de santé', et au projet de recherche.

À travers les entrevues, on a cherché à connaître les perceptions des acteurs stratégiques dans l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé', ainsi que celles des infirmières-chefs.

4.4.3 Les documents d'archives

Lors de l'administration du questionnaire, des documents faisant état d'interventions ayant lieu dans l'hôpital et compatibles avec le 'milieu de travail promoteur de santé' (organigramme, bulletin interne du CHU, journal de la direction des soins infirmiers, document sur les efforts du CHU en matière d'habitudes de vie, d'équilibre travail-vie personnelle, de pratiques de gestion et modalités d'organisation du travail, et d'environnement de travail ; document sur les activités de la direction de la promotion de la santé, et l'énoncé de la politique de promotion de la santé), ont été remis au chercheur par les participants. Ces

documents ont été apportés par les participants pour étayer leurs réponses, et ont été utilisés pour trianguler les réponses fournies. En effet, ces documents ont permis non seulement de compléter les réponses données par les participants, mais aussi de les comparer avec ces dernières.

Afin d'aider à la préparation des entrevues et à corroborer les informations fournies par les participants, des documents d'archive ont été utilisés, tels que des rapports gouvernementaux (Ministère de la Santé et des Services Sociaux), des rapports internes (Direction des Soins Infirmiers, Direction de la Promotion de la Santé), ainsi que des comptes rendus de réunion (Comité de la recherche en sciences infirmières). Ces documents ont fourni des données sur le contexte général (structure des services cliniques et de gestion, priorité accordée à l'innovation, acteurs impliqués, nombre et fonctions des unités de soins). Les documents ont également permis d'améliorer les questions des entrevues en les ponctuant d'éléments contextuels susceptibles de relancer et d'aiguiller les participants, tels que l'existence d'interventions ou de politiques destinées à promouvoir la santé des infirmières en milieu de travail. Cela a également permis de corroborer ou d'expliquer certaines informations obtenues de la part des participants, au sujet d'éléments contextuels (Yin, 2009). Des données clinico administratives (taux d'absentéisme, taux de roulement) en provenance du tableau de bord de gestion informatisé des ressources humaines ont aussi été exploitées, afin d'aider à la sélection des infirmières-chefs à interviewer. Finalement, des notes de terrain, rédigées au gré des entrevues individuelles, ont permis de se rappeler des participants et des contextes d'entrevue (empressement à répondre, ton de voix, expression faciale, moment de la journée, endroit de l'entrevue). Lors de l'analyse des données, les notes de terrain ont permis d'enrichir l'interprétation des perceptions des acteurs.

4.5 Analyses

4.5.1 Analyse des données quantitatives

Le contexte interne d'implantation a bénéficié de l'apport de données quantitatives. Ces données ont permis de dresser un état des lieux des ressources disponibles (politiques, programmes et activités) pour l'implantation d'un 'milieu de travail promoteur de santé', ainsi que de savoir si les politiques et pratiques existantes sont compatibles avec les normes et critères du 'milieu de travail promoteur de santé'.

Les réponses au questionnaire ont été enregistrées sur support numérique, et transcrites, afin de faciliter l'analyse. Nous avons examiné le degré de compatibilité des pratiques (i.e. politiques, programmes, services et activités) du CHU avec les critères des normes organisation et milieu de travail de la version adaptée aux hôpitaux de l'outil d'autoévaluation destiné aux CSSS promoteurs de santé. Pour chaque sous-critère, un score a été calculé sous forme binaire (oui=1, non=0). Ensuite la moyenne des scores pour les sous-critères a permis de calculer un score global pour chaque critère, compris entre 0 et 1, auquel ont été ajoutés l'écart type et le nombre de sous-critères (n). Les questions ouvertes présentes dans certains sous-critères ont apporté une information complémentaire de nature qualitative. Cette information a permis de compléter l'information recueillie par les scores obtenus aux questions de forme binaire (oui-non).

4.5.2 Analyse des données qualitatives

Après retranscription, les verbatims ont été lus à de multiples reprises et les réponses des participants ont été codées. Lors de cette étape, nous avons donc procédé à la catégorisation des données en fonction des thèmes de recherche (compatibilité, utilité, obstacles, compréhension de l'innovation, rôle perçu, stratégies d'implantation). Une première liste de codes a ainsi été créée, en s'inspirant des variables présentes dans le modèle de Greenhalgh et al., et a été contre vérifiée par la directrice de thèse de l'étudiant chercheur. Une grille de codage fut développée et les verbatims ont été analysés en utilisant une approche mixte. Une telle approche est conseillée par Miles and Huberman (Miles & Huberman, 2003) et Van der Maren (Van der Maren, 1996), car elle comporte une liste initiale de codes pouvant être modifiée, complétée ou réduite en cours d'analyse, et se prête donc davantage aux exigences méthodologiques de la recherche exploratoire (Van der Maren, 1996). Le logiciel QDA Miner v.3.2.3 a été utilisé afin de faciliter l'étape du codage. Les similitudes et les divergences entre les perceptions des acteurs ont été identifiées, discutées au sein de l'équipe de recherche, et ensuite comparées à la littérature scientifique existante.

4.6 Qualité de la méthode

Au niveau de la partie qualitative, il existe plusieurs critères pour établir la qualité des données. Selon, Miles et Huberman, on peut les regrouper en 5 catégories : objectivité, fiabilité, validité interne, validité externe, et utilisation.

Le premier critère, celui de l'objectivité, consiste à rendre compte des biais existants. Selon (Guba & Lincoln, 1981), il s'agit de savoir si les conclusions de l'analyse dépendent davantage des participants à l'étude et des conditions de recherche que du chercheur lui-même. Pour s'assurer de l'objectivité, les méthodes de collecte et d'analyse des données ont été décrites de manière explicite et détaillée.

Le deuxième critère, la fiabilité, cherche à établir s'il est possible d'arriver aux mêmes conclusions en faisant analyser les données par un autre chercheur (fiabilité interne) et si les mêmes résultats peuvent être obtenus en utilisant une méthode identique (fiabilité externe). La fiabilité ne garantit pas la validité mais est une condition nécessaire à la validité. Pour s'assurer de la fiabilité interne, nous avons eu recours à l'enregistrement des données sur support numérique et avons retranscrit intégralement les entrevues. Tout au long de l'étude, des discussions avec un autre chercheur expérimenté en recherche qualitative (la directrice de thèse de l'étudiant) ont eu lieu au sujet du processus de recherche, des résultats, et des analyses. Selon plusieurs auteurs, cette façon de procéder améliore la fiabilité de l'étude (Krefting, 1991; Lincoln & Guba, 1985). Au niveau de la fiabilité externe, le processus de sélection des informateurs a été détaillé et la stratégie de collecte des données a été précisée.

Le troisième critère, la validité interne, est particulièrement important et assure que les résultats de l'étude soient attribuables à l'intervention, et non à des biais ou d'autres phénomènes. Un cadre théorique, celui de Greenhalgh et al. (2004), a servi de guide pour l'identification des thèmes à explorer et une sélection rigoureuse des participants a été effectuée pour assurer la validité interne. Cette dernière a également bénéficié de la triangulation des sources lors de l'analyse des données. La triangulation est en effet une des forces de l'étude de cas, et permet d'assurer la crédibilité et la neutralité des résultats. Elle consiste en l'utilisation de plusieurs sources de données, permettant ainsi la compréhension d'un phénomène contemporain selon des perspectives différentes (Stake, 1995; Yin, 2009). Anthony et Jack notent en effet que les études de cas ayant utilisé plusieurs sources de données se sont avérées méthodologiquement solides (Anthony & Jack, 2009). Bien qu'une réalité ne puisse jamais être parfaitement objectivement capturée, l'utilisation de la triangulation des méthodes permet une compréhension en profondeur du phénomène en question (Denzin & Lincoln, 2005).

Le quatrième critère, la validité externe, est la capacité d'une stratégie de recherche à fournir des résultats généralisables à d'autres populations, à d'autres contextes, à d'autres périodes (Contandriopoulos, 2005). Si Patton estime que l'on ne peut généraliser à partir d'un cas unique ou de très petits échantillons (Patton, 2002), Stake rappelle que le véritable objectif d'une étude de cas est la particularisation et non la généralisation (Stake, 1995).

Finalement, le dernier critère, celui de l'utilisation, consiste à s'assurer que l'étude est utile à ses participants, aux chercheurs et à la communauté en général. En effet, la validité externe ne garantit en rien que les résultats seront utilisés. En matière d'utilisation des résultats, ceux-ci font l'objet de trois articles scientifiques, permettant leur utilisation par la communauté scientifique mais aussi les gestionnaires. Les résultats ont également fait l'objet de présentations informelles auprès d'acteurs-clés de l'établissement hospitalier, ainsi que de présentations à l'occasion de congrès scientifiques.

4.7 Éthique

Le projet de thèse a été soumis au comité d'éthique du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal et a été approuvé (voir lettre en annexe H). Tous les participants à l'étude ont donné leur consentement informé et ont été assurés du respect de leur anonymat et de la confidentialité de leurs propos, en signant un formulaire de consentement (disponible en annexes E, F et G).

L'ensemble des enregistrements et des formulaires de consentement a été mis sous clé dans un bureau accessible uniquement par l'auteur. De plus, l'accès aux données brutes n'est permis que pour l'auteur et ses directeurs académiques, tous tenus au secret professionnel.

Chapitre V: Résultats

Article 1

Un milieu de travail promoteur de santé pour les infirmières : la perception des acteurs stratégiques d'un CHU

Biltery R, MS.c¹, Dedobbeleer N, Sc.D², Contandriopoulos A-P, Ph.D²

¹ Université du Québec en Outaouais, Département des sciences infirmières

² Université de Montréal, École de santé publique, Département d'administration de la santé

Article 2

Un milieu de travail promoteur de santé : les perceptions des infirmières-chefs

Biltery R, MS.c¹, Dedobbeleer N, Sc.D², Contandriopoulos A-P, Ph.D²

¹ Université du Québec en Outaouais, Département des sciences infirmières

² Université de Montréal, École de santé publique, Département d'administration de la santé

Article 3

L'implantation d'un milieu de travail promoteur de santé pour les infirmières d'un CHU : pratiques compatibles

Biltery R, MS.c¹, Dedobbeleer N, Sc.D², Contandriopoulos A-P, Ph.D²

¹ Université du Québec en Outaouais, Département des sciences infirmières

² Université de Montréal, École de santé publique, Département d'administration de la santé

Un ‘milieu de travail promoteur de santé’ pour les infirmières : la perception des acteurs stratégiques d’un CHU

RÉSUMÉ

En 2006, un hôpital universitaire de la région de Montréal a décidé d’implanter le projet Hôpital Promoteur de Santé dans un contexte où les conditions de travail des infirmières étaient particulièrement difficiles. Une étude a été menée dans le CHU afin de mieux comprendre le contexte d’implantation du sous-projet ‘milieu de travail promoteur de santé’. Une étude de cas unique a été choisie et 7 acteurs stratégiques ont été interviewés, afin d’examiner leurs perceptions sur l’implantation du sous-projet chez les infirmières.

Les résultats des entrevues ont montré des similitudes mais également des différences parmi les perceptions des acteurs stratégiques au sujet du contexte d’implantation. Les similitudes observées portent sur la compatibilité du ‘milieu de travail promoteur de santé’ avec les valeurs de l’environnement de travail des infirmières, son utilité, ainsi que sur la nécessité d’une implantation graduelle et trois barrières à son implantation. Les différences ont permis d’identifier cinq types de discours chez les acteurs stratégiques, en fonction de facteurs d’intelligibilité (i.e. compréhension de l’innovation, rôle perçu dans l’implantation, stratégie d’implantation). Ces cinq discours illustrent un continuum allant de l’engagement le plus fort à celui le plus faible.

Pour les organisations de santé, ces résultats montrent que de la formation est nécessaire pour améliorer la compréhension du projet HPS des acteurs stratégiques, et susciter leur engagement. Nos résultats suggèrent aussi l’importance d’élaborer une politique de promotion de la santé lors de l’implantation du ‘milieu de travail promoteur de santé’ et qu’il ne peut y avoir d’engagement à implanter si les acteurs de la gouverne n’en font pas une priorité organisationnelle. Au niveau théorique, il a été possible d’identifier différents niveaux d’engagement chez les acteurs stratégiques envers l’implantation d’une innovation.

1. Introduction

Le projet HPS

Au Québec, à la suite de la dernière réforme entreprise par le gouvernement, plusieurs organisations de santé ont décidé d'adopter une innovation, le concept Hôpital Promoteur de Santé (HPS). Ce concept, formalisé dans les recommandations de Vienne (World Health Organization, 1997), a été développé par l'OMS en 1991 à la suite de l'adoption de la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (World Health Organization, 1986). Un hôpital promoteur de santé :

*cible la santé des individus (personnel, patients, communauté locale) mais aussi la santé de l'organisation hospitalière en créant une organisation durable, capable d'apprendre et de s'adapter à un environnement changeant, en combinant le besoin de s'adapter avec l'objectif de maximiser les gains en santé*² (Traduction libre de Lobnig, 1998).

Les acteurs-clés dans l'implantation

Un hôpital universitaire de la région de Montréal a décidé d'implanter le projet HPS en 2006, dans un contexte de réforme du système québécois de santé et des services sociaux. Cette réforme a été rendue nécessaire en raison des problèmes d'accessibilité et de continuité des soins affectant la population, mais également en raison des conditions éprouvantes touchant les professionnels de la santé. La surcharge de travail, l'instabilité des équipes et la pénurie d'infirmières contribuent fortement à miner le moral des professionnels. Dans ce contexte, le CHU a décidé d'accorder sa priorité aux activités reliées au changement dans le milieu de travail, afin d'améliorer la qualité des soins et de diminuer les coûts (Aiken et al., 2002; Buerhaus et al., 2007; Needleman et al., 2002).

Un projet de recherche a été développé afin de mieux comprendre le contexte interne d'implantation du sous-projet 'milieu de travail promoteur de santé' chez les infirmières de ce CHU. Le contexte interne d'implantation, a été retenu par deux revues de littérature comme un

² « A Health Promoting Hospital “targets the health of individuals (staff, patients, local community) but also the health of the hospital organization by creating a sustainable organization, capable of learning and adapting to changing environments, combining the need to adapt with the aim of maximizing health gain »

des construits jouant un rôle important dans l'efficacité de l'implantation d'une innovation dans les services de santé (Damschroder et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004). Dans le niveau de préparation organisationnel à l'implantation d'une innovation (NPO), un des sous-construits du contexte interne, on retrouve en particulier la vision et l'engagement des leaders. Weiner, dont la théorie porte sur l'implantation de programmes de promotion de la santé en milieu de travail, estime que l'engagement des acteurs-clés est une dimension cruciale du NPO (Weiner, 2009). Dans les théories sur le changement, les acteurs stratégiques sont d'une grande importance puisque ce sont leurs attitudes, leur comportement et leurs perceptions qui influenceront le processus de changement (Collerette, Delisle, & Perron, 1997).

Quelques articles portant sur l'implantation du projet HPS ailleurs dans le monde, montrent l'importance de l'engagement et du soutien des acteurs de la gouverne. Une étude quantitative a été menée en Chine parmi 281 gestionnaires de 24 hôpitaux pilotes et 78 gestionnaires d'hôpitaux contrôles dans trois régions urbaines et trois régions semi urbaines, afin d'investiguer les attitudes et la compréhension des gestionnaires envers le projet HPS, ainsi que leurs perceptions des obstacles à l'implantation (Guo et al., 2007b). Les résultats montrent l'importance du niveau d'engagement des acteurs stratégiques et d'un environnement organisationnel favorable. En Écosse, Whitelaw et al. ont mené une étude qualitative évaluative (étude de cas) afin de décrire et d'évaluer le niveau de soutien requis pour l'implantation organisationnelle d'un cadre de référence portant sur la promotion de la santé dans les services de santé écossais, le *Health Promoting Health Service Framework* (HPHS) (Whitelaw et al., 2006). L'étude a été menée dans neuf sites différents, et a utilisé des entrevues semi-structurées ainsi qu'une enquête parmi les responsables de projet. Les auteurs ont trouvé que l'engagement organisationnel envers la promotion de la santé était crucial. Finalement, en Australie, grâce à une étude qualitative (étude de cas), Johnson a construit une typologie comprenant quatre types d'arrangements organisationnels pour la promotion de la santé dans les hôpitaux. Un élément-clé menant à l'implantation d'un hôpital promoteur de santé était la nécessité d'obtenir un engagement organisationnel fort à travers le leadership des acteurs stratégiques de l'hôpital (Johnson & Baum, 2001).

Étant donné l'importance du contexte interne et plus particulièrement de l'engagement des acteurs de la gouverne dans l'implantation d'un 'milieu de travail promoteur de santé',

l'objectif de cet article est d'examiner la mobilisation des acteurs-clés de la gouverne dans l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé'.

Cet article porte sur les perceptions des acteurs-clés sur l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' et souligne l'importance de l'engagement organisationnel dans cette implantation.

2. Méthodes

Une étude de cas a été utilisée pour mieux comprendre le contexte d'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' dans un CHU au Québec. Ce devis est particulièrement approprié puisque nous investiguons un phénomène contemporain (l'implantation du sous-projet 'milieu de travail promoteur de santé') en profondeur et dans son contexte réel (Yin, 2009). Il s'agit de la méthode la plus utilisée lors de l'étude de l'implantation d'une intervention (Contandriopoulos, 1990).

Le cas est un hôpital universitaire de la région de Montréal. Cet hôpital universitaire résulte de la fusion de trois hôpitaux, et inclut une structure de gouvernance unique. Il n'y a donc qu'un conseil d'administration pour l'hôpital. L'hôpital a été choisi parce qu'il s'agit du premier hôpital universitaire au Québec ayant décidé d'adopter le concept HPS au sein de son organisation au début de notre étude. En effet, en 2007, l'hôpital a rejoint le réseau québécois des hôpitaux et des CSSS promoteurs de santé, affilié avec l'Organisation Mondiale de la Santé. Cela signifie que l'hôpital était engagé à utiliser une approche holistique envers la santé, à travers son observance des normes du projet HPS. La sélection du cas nous apparaît intéressante car, selon Yin (2009), sa nature 'révélatrice' nous donne la possibilité d'observer et d'analyser un phénomène auparavant inaccessible : l'implantation du projet HPS dans un CHU francophone du Québec. Grâce à un tel cas, il est possible d'envisager une transférabilité des résultats à d'autres hôpitaux universitaires francophones. Cependant, selon Yin (2009), les résultats de notre étude devraient préalablement être répliqués dans un autre cas similaire.

Dans cet article, nous avons analysé les données collectées auprès des acteurs stratégiques. En plus des entrevues, des documents d'archives (rapports gouvernementaux, rapports internes, minutes de réunion) ont été utilisés, pour effectuer une triangulation, dans le but d'assurer la crédibilité et la neutralité des résultats. Ces documents ont fourni des données sur la structure

des services cliniques et structure managériale, la priorité accordée à l'innovation, et la fonction des acteurs stratégiques. Ils ont aidé à corroborer ou expliquer l'information obtenue de la part des participants (Yin, 2009). Tout au long de l'étude, nous avons également utilisé un journal de bord comprenant une description claire et détaillée du processus de l'étude. Finalement, des notes de terrain, écrites lors des entrevues individuelles, ont permis de se rappeler des participants, des contextes d'entrevue, lors de l'analyse des données (propension à répondre, ton de voix, expression faciale, heure de la journée, lieu de l'entrevue). Le journal de bord et les notes de terrain ont permis d'accroître la fiabilité des résultats. Les participants font partie d'un groupe de personnes occupant une position stratégique dans la gestion de l'organisation. Ils ont été choisis en raison de leur rôle dans le processus d'implantation et à la suite des recommandations de la direction de la promotion de la santé. Les participants sélectionnés proviennent de plusieurs départements (soins infirmiers, ressources humaines, promotion de la santé, affaires cliniques, direction générale, syndicat des infirmières). Tous les participants ont consenti à leur participation à l'étude, à travers la signature d'un formulaire de consentement.

Nous avons développé un guide d'entrevue pour lequel le modèle de Greenhalgh et al. a servi de base à l'identification des thèmes à explorer (Greenhalgh et al., 2004) : la capacité d'absorption des nouvelles connaissances, le contexte réceptif au changement, et l'état de préparation du système. Nous avons exploré les perceptions des acteurs stratégiques sur l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' chez les infirmières, à partir de ces trois thèmes.

Les entrevues ont toutes été menées par le premier auteur et ont été enregistrées sur support numérique, et ensuite retranscrites. Un schéma de codage a été développé et les verbatims ont été analysés en utilisant une approche mixte telle que conseillée par Miles and Huberman (Miles & Huberman, 2003) et Van der Maren (Van der Maren, 1996), avec le logiciel QDA Miner v.3.2.3. Grâce à l'approche de codage mixte, une liste de codes initialement établie a été modifiée en fonction de l'apparition de nouvelles unités de signification. Les verbatims ont été lus à de multiples reprises et les réponses ont été codées selon les 3 thèmes. Les données des entrevues ont été regroupées selon ceux-ci et ont ensuite été discutées au sein de l'équipe de recherche, et comparées avec la littérature existante et les documents d'archives. Des

similarités entre les perceptions des acteurs stratégiques, de même que des contributions uniques ont été relevées.

3. Résultats

Les résultats des entrevues ont montré des similitudes mais également des différences parmi les perceptions des acteurs stratégiques au sujet du contexte d'implantation.

Similitudes

Les similitudes observées portent sur la compatibilité du 'milieu de travail promoteur de santé' avec les valeurs de l'environnement de travail des infirmières, l'utilité du projet, ainsi que sur la nécessité d'une implantation graduelle et trois barrières à l'implantation.

La compatibilité du 'milieu de travail promoteur de santé' avec les valeurs, mais non les pratiques du milieu de travail des infirmières du CHU

L'ensemble des répondants croit que le sous-projet est compatible avec les valeurs de l'organisation concernant le milieu de travail des infirmières. Toutefois, l'ensemble des répondants questionne la compatibilité du 'milieu de travail promoteur de santé' avec les pratiques actuelles de l'organisation, et croit qu'une opérationnalisation concrète du discours théorique est encore à venir. En effet, les participants ont l'impression que la situation prévalant dans le milieu de travail des infirmières n'est actuellement pas en adéquation avec les idéaux relayés par les valeurs de l'organisation. Les résultats suggèrent que le discours ne reflète pas la réalité :

« Bien, je pense que sa compatibilité est parfaite avec les valeurs. Mais on n'est pas dans l'application courante en résonance parfaite avec les valeurs ».

[Acteur 2]

L'utilité de l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' pour l'organisation

Les acteurs interviewés reconnaissent l'utilité de l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' à trois niveaux : l'organisation elle-même, la santé des infirmières, et celle des patients.

Premièrement, l'ensemble des répondants pense que l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' profitera à la santé psychosociale des infirmières. Ils croient que de meilleures conditions de travail amélioreront leur qualité de vie, leur satisfaction, leur sentiment d'appartenance à l'organisation, leur fierté, ainsi que leur épanouissement et développement personnel.

Au niveau organisationnel, le 'milieu de travail promoteur de santé' est vu comme étant capable d'effectuer une transition d'une vision exclusivement curative vers une vision préventive. Cette vision est considérée par les répondants comme ayant le potentiel de susciter davantage d'enthousiasme parmi le personnel et de revigorer l'organisation, qui pourrait alors jouer pleinement son rôle d'hôpital universitaire.

“Bien, à long terme, [...] je pense que les gens vont peut-être être plus...je dirais pas plus heureux, mais moins cyniques de venir travailler à l'hôpital”.

[Acteur 5]

En réalité, le 'milieu de travail promoteur de santé' est perçu comme un cadre intégrateur des interventions existantes ciblant le milieu de travail.

“Ça donne plus de lumière sur des interventions qui étaient déjà faites mais comme je le disais précédemment, c'est un cadre plutôt intégrateur”.

[Acteur 1]

Le 'milieu de travail promoteur de santé' est également vu comme un levier permettant d'améliorer l'attraction et la rétention des infirmières.

“Si t'es heureux dans ton milieu de travail, [...] C'est sûr que les filles vont rester. [...] tu te sens tellement intégré dans ton milieu que t'as hâte de venir travailler, voir le monde.”.

[Acteur 7]

Les acteurs-clés voient un lien clair entre un 'milieu de travail promoteur de santé' et des soins promoteurs de santé.

« Si on est capable de transformer progressivement la culture pour vraiment centrer nos interventions sur les besoins des patients [...], il va y avoir un retour sur la qualité des soins, la qualité perçue par les patients ».

[Acteur 2]

L'implantation graduelle du 'milieu de travail promoteur de santé'

D'après l'ensemble des acteurs stratégiques interrogés, l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' est faisable mais est contrainte par les ressources organisationnelles. Face à cette difficulté, tous les répondants préfèrent une implantation graduelle et itérative des interventions, ce qui aura pour conséquence un effet d'entraînement et de réellement concrétiser la mission de promotion de la santé que l'organisation s'est donnée.

Trois barrières au processus d'implantation

L'ensemble des acteurs stratégiques interrogés perçoivent que l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' chez les infirmières n'est pas une tâche aisée. Plusieurs difficultés sont reliées à la pénurie de ressources, l'environnement dynamique, et l'absence d'une compréhension commune du projet HPS en général.

D'après chaque répondant, la pénurie de ressources humaines et financières affecte l'implantation du sous-projet.

« Les obstacles...bien, c'est le manque de financement [...]. On met un individu porteur de la mission [...], mais pas de budget. Ça, ça marche pas. Il faut mettre l'individu porté avec un budget ».

[Acteur 2]

L'environnement rapidement changeant et le nombre de priorités sont également considérés comme des obstacles :

« Puis le fait qu'on est une organisation qui est en changement quasi perpétuel. [...] Fait que pour implanter la promotion de la santé là, ça prend du courage »

[Acteur 3]

« Les obstacles qu'on a, je pense, c'est... Trop courir de lapins à la fois. Puis, je te dis ça, mais en même temps, je ne saurais pas quel lapin enlever ».

[Acteur 4]

Tous les répondants croient que le manque de soutien actuel est un obstacle considérable au processus d'implantation. Ils attribuent cela à un manque de compréhension de l'innovation.

« Alors, en ce moment, il y a une difficulté avec ça depuis le départ de X il y a près d'un an, parce que Y ne comprend pas le concept. Alors, il ne le porte pas par conviction ».

[Acteur 2]

Les résultats ont montré que ce manque de compréhension était présent parmi les acteurs moins impliqués dans le processus d'implantation.

Différences

Bien que les participants s'accordent sur certains éléments, ils se distinguent sur d'autres. Nous avons pu identifier 5 types de discours en fonction de caractéristiques spécifiques définies par Peto comme facteurs d'intelligibilité (Peto, 1992). Ces facteurs représentent tout ce qui est susceptible d'intervenir dans la détermination des perceptions et à être pris en compte pour les déterminer. Les facteurs suivants ont émergé de l'analyse: la compréhension de l'innovation, le rôle perçu des acteurs stratégiques dans l'implantation, leurs stratégies d'implantation, et leur vision des implications. Nous présentons donc ci-dessous ces 5 types de discours en fonction des facteurs d'intelligibilité.

Tableau 1 Classement des acteurs stratégiques en fonction des facteurs d'intelligibilité

Facteurs d'intelligibilité	Discours 1 (n=1)	Discours 2 (n=1)	Discours 3 (n=2)	Discours 4 (n=2)	Discours 5 (n=1)
Compréhension du projet HPS	Un projet autre que celui de la maladie	Un projet transformant la culture organisationnelle	Une norme	Une mode, une approche économiquement motivée	Ne connaît pas le projet
Rôle perçu dans l'implantation du sous-projet	Faire adopter le projet par l'organisation	Faire comprendre le projet	Une courroie de transmission	Soutenir les infirmières dans l'implantation	Attend d'être appelé à participer
Stratégies d'implantation du sous-projet	Stratégie d'autorité	Stratégie de coopération	Stratégie d'opportunisme	Stratégie d'opportunisme	Stratégie d'affrontement concurrentiel
Vision des implications	Un hôpital sans patients	Sentiment de fierté et d'appartenance à l'organisation	Amélioration du climat de travail	Sentiment d'appartenance	Amélioration du climat de travail

Discours 1

Pour ce premier type de discours, au niveau de la compréhension, le projet HPS est avant tout considéré comme un projet différent de la maladie, capable de susciter davantage d'enthousiasme parmi les professionnels.

C'est un concept qui a pris corps, certainement en Europe et aux États-Unis, qui fait en sorte que les hôpitaux qui reçoivent le titre « Hôpital promoteur de la santé » sont des hôpitaux qui ont réussi à améliorer non seulement la qualité de vie au travail des gens par toutes sortes de moyens mais aussi ont réussi à introduire un concept...un concept autre que celui de la maladie.

[Acteur 5]

Dans ce discours, l'introduction du projet HPS dans l'organisation semble avoir été effectuée par un acteur ayant joué un rôle de pionnier. Ce dernier, grâce à sa position hiérarchique et sa conviction, a imposé le projet comme une priorité organisationnelle.

Je savais ...quand j'ai fait passer ça au conseil d'administration et que nous avons commencé à en parler, je savais que c'était pour provoquer des sursauts, des

soubresauts, des commentaires cyniques [...] Vous savez, il fallait que ça soit fait. J'avais pas besoin d'être convaincu.

[Acteur 5]

Pour faire adopter le projet, cet acteur a utilisé une stratégie d'autorité. Il a en effet imposé ses choix auprès des autres acteurs stratégiques, en étant conscient que cela pourrait soulever des objections voire de la résistance. Cette stratégie d'autorité s'est concrétisée par la création d'une direction de la promotion de la santé.

[...] je me suis aperçu au cours des années que les choses qui sont priorisées par la direction X, il faut qu'elles soient proches de la direction X, sans ça, ça se perd dans la masse. Alors, [...] j'ai décidé d'en faire une direction séparée dont la directrice était pour être assise pas loin de mon bureau. Ça envoie le message : ça c'est intouchable.

[Acteur 5]

En implantant le projet, cet acteur s'attendait à réduire le cynisme ambiant vis-à-vis de la situation difficile prévalant dans l'organisation, de même qu'à réduire la pénurie de personnel et à améliorer la qualité des soins. Mais son objectif ultime était de pouvoir influencer positivement sa communauté.

Moi ce que je voudrais, c'est qu'ultimement on voit plus de ce que c'est qui est réfléchi et accompli au CHU se fasse ailleurs...se fasse ailleurs.

[Acteur 5]

Cet acteur va jusqu'à souhaiter que la promotion de la santé soit tellement efficace que la population n'ait jamais à fréquenter l'hôpital. Ce dernier deviendrait donc vide de patients.

[...] ça va vouloir dire que la pénurie des ressources humaines va s'amenuiser. Ça veut dire ça que l'absentéisme va diminuer. [...] Je pense que les patients vont en profiter aussi. Moi j'aimerais ça que l'hôpital, le CHU, soit vide de patients [...]

[Acteur 5]

Discours 2

Dans ce discours, le projet HPS est avant tout perçu comme étant capable de transformer la culture organisationnelle, de favoriser l'empowerment des patients.

Donc, on va vraiment beaucoup avec la notion d'empowerment, de dire qu'est-ce qui est meilleur pour moi, pour ma santé, quels sont les moyens que je puisse prendre avec l'aide de l'organisation pour prendre les meilleures décisions [...]

[Acteur 2]

Pour être un hôpital promoteur de santé, ça doit être inscrit puis ancré dans la culture de l'organisation bien sûr. Chaque individu qui y gravite doit être un peu porteur de cette mission-là.

[Acteur 2]

Dans ce deuxième type de discours, la mission d'implanter le projet HPS dans l'organisation a été déléguée à un des acteurs stratégiques. Ce dernier perçoit donc son rôle comme étant de faire prendre conscience aux autres acteurs stratégiques de l'existence du projet, ainsi que de le faire comprendre de la manière la plus adéquate possible.

Servir d'initiateur, de moteur, de faire prendre conscience. Nous, on est [...] une direction conseil qui va plus amener des concepts de promotion de la santé, les faire comprendre sur le terrain, véhiculer l'importance de toujours ajouter ce volet-là chaque fois qu'on a des discussions autour de projets de service, de créer des initiatives par service avec des plans bien précis [...]

[Acteur 2]

Le rôle de cet acteur a également été de tenter d'obtenir du financement interne et externe pour faciliter l'implantation du projet.

Notre rôle, ça a été aussi aller chercher des sous [...] parce qu'on peut pas juste aller demander aux gens d'en faire plus.

[Acteur 2]

Grâce à sa présence sur différents comités, cet acteur crée aussi des liens avec les acteurs stratégiques, qui sont des collègues, pour renforcer leur conviction de la nécessité d'implanter le projet. Bien que se trouvant sur la même ligne hiérarchique que les autres acteurs interrogés, cet acteur ne dispose pas de la même influence. En effet, son accès aux processus de décision a été réduit lors de l'arrivée de la nouvelle direction, nuisant ainsi à sa crédibilité.

Donc, si on veut enraciner ça comme il faut, faut que ça soit enraciné dans plus qu'une personne. Il faut que ça soit porté par beaucoup plus qu'une personne. [...] Il faut lui [à l'acteur 2] donner une crédibilité dans l'organisation, donc il faut lui donner un accès aux processus décisionnels, ce qui a été réduit dans la dernière année.

[Acteur 2]

Pour vaincre cet obstacle, une stratégie se déclinant de différentes manières est mise de l'avant. Tout d'abord, il s'agit de se mettre à l'écoute du personnel, en cherchant à cibler ses véritables besoins et à favoriser la participation à l'implantation du changement.

Écouter les besoins. Puis là, on est en train de le faire avec [le département d'] hygiène et salubrité. On leur fournit un questionnaire pour connaître mieux leur état de santé, leurs habitudes de vie, leur niveau de stress. On va leur donner les résultats et puis on va leur demander collectivement : « qu'est-ce que ça vous suscite comme intérêts. Est-ce que ça vous tente de vous mobiliser collectivement? »

[Acteur 2]

Deuxièmement, une approche qualifiée d'activisme est utilisée, afin de créer des liens avec des acteurs du niveau opérationnel, qui une fois convaincus des bénéfices de l'implantation du sous-projet, font du lobbying auprès des acteurs stratégiques pour promouvoir l'institutionnalisation du projet.

On a évidemment fait beaucoup de lobbying auprès des services alimentaires, pour modifier les contenus des machines distributrices, pour intensifier le virage santé. Puis ça, ça a été super beau parce qu'effectivement par cette approche d'activisme, c'est parti du middle management vers le haut, puis maintenant la pression vient d'eux pour exercer le changement, ce qui est très bien.

[Acteur 2]

Dans ce 2^{ème} type de discours, l'acteur souhaite que l'implantation du projet puisse améliorer la qualité du milieu de travail et ainsi renforcer le sentiment d'appartenance à l'organisation. Dans ce discours, on souhaite également améliorer la qualité des soins par l'entremise d'un changement de la culture organisationnelle, et en mettant le patient au cœur des décisions.

Je pense que le milieu promoteur de santé va tranquillement pas vite permettre une certaine affiliation à l'organisation, c'est-à-dire un sentiment de fierté, un sentiment d'appartenance.

[Acteur 2]

Discours 3

Dans le troisième type de discours, la promotion de la santé est avant tout considérée comme une norme édictée par l'OMS, visant à promouvoir la santé parmi les patients et le personnel. Selon ce discours, la promotion de la santé devrait être ancrée dans les politiques et les procédures ayant trait à la gestion des ressources humaines.

Hôpital Promoteur de Santé, c'est une norme. [...] Le concept de la promotion de la santé doit être vu comme étant la qualité de vie au travail. Puis la qualité de vie ça peut être sur la base de la gestion, la présence au travail, ça peut être la gestion des accidents au travail, ça peut être la gestion du développement de bonnes habitudes, ça peut être la gestion de la déviance, [...]. Moi la promotion de la santé c'est très large.

[Acteur 3]

[...] C'est un hôpital qui, par l'ensemble de différents types d'activités, qui promeut effectivement la santé autant chez les employés que chez les patients.

[Acteur 6]

Dans ce discours, le rôle des acteurs est considéré comme une courroie de transmission, responsable de la programmation d'activités de promotion de la santé. Leur rôle n'est pas d'initier le processus d'implantation, mais plutôt de travailler en collaboration avec les autres acteurs.

Q : Quel est votre rôle dans le processus d'implantation d'un milieu de travail promoteur de santé ?

R : Bien moi je pense que je suis une courroie de transmission indirectement, [...]

[Acteur 3]

Bon, c'est sûr qu'on a un rôle indirect de promotion de la santé parce qu'on s'occupe du programme d'aide aux employés, on organise certaines conférences, on essaye que les gens puissent revenir au travail en forme [...]

[Acteur 6]

Dans ce discours, le sous-projet est considéré comme un levier, une opportunité, au même titre que d'autres outils, et est utilisé pour servir les intérêts des acteurs, en nourrissant les interventions planifiées ou déjà mises en place. En retour, les interventions bonifiées par l'utilisation du projet HPS nourrissent l'implantation de ce dernier.

La promotion de la santé est un levier [...] Moi de mon bord, [...] ça m'a permis de questionner l'offre de services du service X, ... qui existe depuis des années, mais qui avec l'arrivée de la promotion de la santé a pris un nouvel élan, un nouveau souffle.

[Acteur 3]

Dans le discours 3, les acteurs adhèrent aux principes du projet HPS et agissent parce qu'ils croient que c'est raisonnable. Ils estiment cependant nécessaire d'utiliser une stratégie d'implantation prudente, qualifiée de 'méthode des petits pas', ou encore 'méthode champignon', par le biais d'actions locales très concrètes.

Je ne peux pas dire que ça a été fait avec un grand plan et toutes sortes d'étapes [...] Ça se fait plutôt à la 'méthode champignons qui poussent un peu partout' et qui vont faire un tout à un moment donné.

[Acteur 6]

Une approche top down est privilégiée, dans laquelle l'initiative doit venir du sommet de l'organisation.

Comment est-ce qu'on fait? Bien d'abord, on adopte, on se dote d'une mission, ce qui est le cas. On se dote d'une structure, ce qui est le cas aussi. On a une direction. On se dote d'une politique, elle est rédigée.

[Acteur 3]

Le discours 3 reflète une approche plutôt pragmatique envers l'implantation du projet HPS, passant par un respect des normes du projet.

*On cherche à respecter les normes qu'édicte le volet de la promotion de la santé, [...]
On a une programmation dans l'action, ce qui est le cas. La programmation dans l'action doit être ciblée, financée et affectée en ressources, ce qui est le cas.*

[Acteur 3]

Dans le discours 3, les acteurs souhaitent, grâce à l'implantation d'un milieu de travail promoteur de santé, améliorer la qualité de vie au travail et agir favorablement sur la pénurie de professionnels. Ils espèrent aussi développer les saines habitudes de vie chez les employés. En fait, les attentes véhiculées dans ce discours correspondent aux intérêts stratégiques des acteurs et font partie de la mission des directions qu'ils occupent.

C'est sûr que ça peut jouer dans la diminution de l'absentéisme et dans la présence au travail [...]

[Acteur 6]

Mais je pense qu'elle va aider à faire vivre ce qu'on appelle la qualité de vie au travail puis l'équilibre travail-famille, puis elle va soutenir ou elle va aider à minimiser les impacts de la pénurie.

[Acteur 3]

Discours 4

Dans le quatrième discours, l'existence du projet HPS est connue mais n'est pas comprise. Dans ce discours, le projet HPS est surtout considéré comme une mode, une tendance actuellement suivie par les organisations de la santé, dont les normes manquent de spécificité et dont l'opérationnalisation est ardue. Ici, l'implantation du projet est avant toute une décision

économiquement motivée. En effet, d'après les acteurs stratégiques ayant ce type de discours, le projet HPS bénéficiant d'une image positive auprès de plusieurs bailleurs de fonds, cela a entraîné son adoption par l'organisation, au même titre que d'autres projets l'ont été par d'autres organisations.

[...] il n'y avait pas de processus d'accréditation à l'époque, il n'y avait pas nécessairement de critères très spécifiques, des choses générales. [...] C'était un concept général qui, en tout cas en Europe, avait de la misère à atterrir.

[Acteur 1]

C'est pour ça que je dis que les raisons qui motivent les individus à adopter un concept, des fois c'est aussi le cash qu'il y a là [...].

[Acteur 1]

Dans le discours 4, les acteurs perçoivent avoir un rôle de conseil et de soutien auprès des infirmières gestionnaires et des infirmières lors de l'implantation du projet, pour s'assurer que leurs interventions soient cohérentes avec les directives de l'organisation.

[...] il y a un changement de rôle important pour les infirmières puis je pense qu'elles doivent être accompagnées là-dedans, ce qu'on s'efforce à faire. On s'efforce d'être très cohérent aussi [...] c'est extrêmement important quand tu travailles dans un milieu professionnel.

[Acteur 1]

Dans ce type de discours, les acteurs ne possèdent pas de stratégie globale ou systémique pour mettre en place le changement, mais privilégient, comme dans le discours 3, des actions locales, ciblées, répondant à des problèmes immédiats et urgents. Des changements permettant de s'ajuster au climat prévalant dans certaines unités de soins de l'organisation sont ainsi privilégiés.

Moi je dirais que c'est les grandes étapes qui ont été faites là [...] on a plus fait des interventions ponctuelles dans les secteurs...il y a des unités...il y a un climat qui est difficile: là, on va faire des interventions...

[Acteur 4]

[...] je n'ai pas d'action globale systémique auprès des infirmières.

[Acteur 4]

Comme le précédent, le quatrième discours est également empreint de pragmatisme. En effet, pour les acteurs ayant ce type de discours, les paroles doivent se refléter en actions concrètes, ce qui, selon eux, n'est pas encore le cas actuellement.

Ce qui fait que je dis ce que je pense, je pense ce que je dis, je fais ce que je dis. Puis, bon. Et ça, [...] c'est ma façon de le faire mais je n'ai pas un mandat spécifique [...].

[Acteur 1]

Finalement, dans le discours 4, on s'attend à ce que l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' puisse renforcer le sentiment d'appartenance à l'organisation, et ultimement d'améliorer la qualité des soins.

C'est que les gens vont vouloir venir travailler ici. Les gens vont se réaliser ici et vont avoir un sentiment d'appartenance à leur établissement. Et, j'aurais donc des équipes qui seront soudées plus étroitement et qui vont se concerter donc pour le patient. Tu sais, automatiquement tu aimes plus faire ce que tu fais, tu es plus engagé avec ton équipe, donc tu es engagé envers la clientèle.

[Acteur 4]

Discours 5

Dans le cinquième discours, le projet HPS apparaît inconnu. Une fois le projet HPS expliqué par l'étudiant chercheur, le discours est empreint de scepticisme à son sujet à cause de la grandeur du projet et de la lourdeur de l'administration.

C'est une problématique ... dans le réseau public, c'est pas juste dans le milieu de la santé, c'est que les grands grands projets comme ça ils restent sur une tablette puis il y a personne qui est au courant.

[Acteur 7]

Faut le faire. [...] Mais si, c'est parce qu'il y a tellement une administration tellement lourde que même avec tout son poids politique, je doute qu'elle [la direction de la

promotion de la santé] puisse se rendre au bout de tout ce qu'elle veut faire. Si, il y a tellement de « fais pas ça », puis « fais pas ça ».

[Acteur 7]

Dans ce discours, l'acteur stratégique ne considère pas vraiment avoir de rôle dans l'implantation. Bien qu'étant entièrement en faveur de l'idée même de ce dernier, il ne participe pas activement à l'implantation, attendant d'être 'convoqué'.

J'attends qu'ils me convoquent [rire]. C'est tout ce que je peux vous répondre. Nous autres, on a tout intérêt à ce que les gens soient heureux [...]

[Acteur 7]

Bien qu'une approche bottom up et participative soit privilégiée dans le discours 5, il existe une vision pessimiste au sujet de plusieurs initiatives mises de l'avant par l'organisation.

Il y a des comités qui sont supposés être mis en branle...Ils appellent ça des comités attraction et rétention. Je ne sais pas si ça rentre dans le même ordre... Puis ça date du mois de mai l'an dernier. Puis, on attend toujours qu'on nous donne des dates.

[Acteur 7]

C'est une énorme machine, puis qui à mon avis ne fonctionne pas bien.

[Acteur 7]

Finalement, dans ce discours, l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' est considérée comme pouvant améliorer le climat de travail actuellement malsain dans l'organisation.

Q : qu'est-ce que ça pourrait donner comme résultats, à long terme ?

*Ça pourrait être super bénéfique. [...] Puis, tout le monde en serait gagnant. [...]
C'est le climat de travail, il n'est pas sain de ce temps-là.*

[Acteur 7]

4. Discussion

Nos résultats ont permis de mettre en évidence des zones de convergence et de divergence entre les acteurs interrogés.

Les zones de convergence

Les résultats révèlent que les acteurs s'entendent sur trois caractéristiques importantes du sous-projet 'milieu de travail promoteur de santé' (compatibilité, utilité, implantation graduelle) et trois caractéristiques de l'organisation (environnement dynamique, soutien de l'organisation et ressources) qui peuvent influencer son implantation. Ces résultats rejoignent ceux de plusieurs auteurs qui considèrent que l'avantage relatif (pouvant être évalué en termes économiques, sociaux, de satisfaction) et la compatibilité d'une innovation avec les valeurs et normes existantes ainsi que les besoins des décideurs, influencent le processus d'implantation d'une innovation (Damschroder et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004; Rogers, 2003), particulièrement dans le milieu de travail (Weiner et al., 2009). Par ailleurs, le fait que l'ensemble des acteurs s'entende sur la compatibilité et l'utilité du 'milieu de travail promoteur de santé', est cohérent avec les résultats observés dans d'autres études ayant porté sur le projet HPS (Dedobbeleer et al., 2009; Groene et al., 2005; Delobelle et al., 2011). À la différence des autres études, bien que les participants estiment le 'milieu de travail promoteur de santé' compatible avec les valeurs de l'organisation, il ne correspond pas aux pratiques actuelles. Il existe donc un écart entre le discours véhiculé et son opérationnalisation sur le terrain.

Dans un tel environnement, les gestionnaires sont aux prises avec de nombreuses priorités, conséquences de sa nécessaire adaptation aux attentes et aux besoins de la population (McKee & Healy, 2002), formalisées à travers des mécanismes de reddition de comptes. Whitelaw et al. relèvent le même problème lors de son étude en Grande-Bretagne, où de nombreuses priorités concurrentes à l'intérieur du système de santé, telles que la sécurité des patients ou les listes d'attente, étaient considérées comme plus importantes (Whitelaw et al., 2011). De plus, au moment de nos entrevues, le CHU investissait son énergie dans un projet visant à construire de nouvelles installations, et faisait face à une couverture médiatique souvent négative affectant son image et la mobilisation du personnel.

Les personnes interrogées s'entendent aussi sur l'importance du soutien et l'engagement de l'organisation lors de l'implantation. Ceci est en lien avec un certain nombre d'études démontrant l'importance du soutien et l'engagement de l'organisation lors de l'implantation d'une innovation dans le domaine de la santé (Damschroder et al., 2009; Green, 1998; Gustafson et al., 2003), et plus particulièrement dans l'implantation du projet HPS (Delobelle et al., 2011; Guo et al., 2007; Johnson & Baum, 2001; Tountas et al., 2004; Whitelaw et al., 2011), ainsi que dans des domaines autres que celui de la santé (Meyers, Sivakumar, & Nakata, 1999). L'engagement des acteurs de la gouverne est important car il peut éventuellement se traduire en soutien financier (Guo et al., 2007), permettant ainsi de pérenniser les actions entreprises.

Le manque de ressources humaines et financières est unanimement relevé par les participants comme étant un obstacle à l'implantation, ce qui est également noté par d'autres études portant sur le projet HPS (Guo et al., 2007; Lin et al., 2009; Tountas et al., 2004). Dans la littérature portant sur les innovations dans les services de santé, on constate que les ressources disponibles agissent favorablement sur le processus d'implantation (Damschroder et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004). Dans notre étude, le manque de ressources financières a surtout affecté les opérations de la direction de la promotion de la santé au moment de son implantation. En effet, alors que cette direction était en charge de l'implantation du projet HPS, elle ne possédait aucun budget, rendant difficile l'opérationnalisation de sa mission. Ce manque de ressources financières a également affecté sa crédibilité au début de son existence.

Notre étude montre aussi, comme d'autres études retrouvées dans la littérature, la nécessité d'une implantation graduelle, suite à une volonté de ne pas accentuer davantage la pression sur les ressources humaines et financières de l'hôpital. Nous avons affaire ici à un changement radical, pouvant s'apparenter à une réforme selon Rocher (Laborier, 2008) mais dont le processus devrait être évolutif (Lozano, 2003). Une telle approche, faite de petits projets locaux, est d'ailleurs préconisée lorsque le soutien stratégique n'est pas unanime, ce qui est le cas dans notre étude (Johnson & Baum, 2001). Ces petits projets peuvent en effet progressivement catalyser l'engagement des acteurs stratégiques. Selon la typologie des différentes approches organisationnelles à l'implantation du projet HPS développée par Johnson et Baum, nous pouvons classer l'hôpital de notre étude comme un type II. Johnson et

Baum montrent en effet qu'il existe une typologie des activités de promotion de la santé menées dans les hôpitaux, nécessitant des formes d'engagement différentes. Quatre approches sont distinguées. Dans les deux premières (*'mettre en place un projet de promotion de la santé'* et *'déléguer la promotion de la santé à un département spécifique'*), la promotion de la santé est souvent marginalisée dans l'organisation, et pas encore intégrée dans les pratiques du personnel. Johnson et Baum privilégient les deux autres (*'devenir un établissement promoteur de santé'* et *'devenir un établissement promoteur de santé et améliorer la santé de la communauté'*) qui nécessitent selon eux un fort engagement des acteurs stratégiques afin de réorienter l'hôpital en tant qu'établissement promoteur de santé. Dans notre étude, l'approche utilisée consiste à déléguer la promotion de la santé à un département spécifique de l'organisation. Ici, cette mission a été confiée à la direction de la promotion de la santé. Cependant, si cette direction peut devenir une infrastructure soutenant les différents projets existants, Johnson et Baum croient qu'elle ne peut intégrer à elle seule la promotion de la santé dans la culture organisationnelle.

Etant donné que l'ensemble des acteurs interrogés s'entend sur ces diverses caractéristiques, il serait légitime de s'attendre à ce qu'ils implantent le 'milieu de travail promoteur de santé' sans difficulté. Or, ce n'est pas le cas. Bien sûr, des facteurs organisationnels tels que la pénurie de ressources humaines, financières et matérielles ont un impact sur l'implantation (Johnson & Baum, 2001; Lin et al., 2009; Tountas et al., 2004) mais ne peuvent expliquer à eux seuls l'implantation difficile. Whitelaw et al. affirment d'ailleurs que les ressources ne permettent qu'au mieux de contribuer à l'implantation, et seulement lorsque d'autres éléments sont en place tels que l'engagement des acteurs stratégiques et la compréhension du projet HPS (Whitelaw et al., 2006). Cette affirmation est également appuyée par la littérature portant sur l'implantation d'innovations dans les services de santé (Damschroder et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004). En réalité, nos résultats montrent que si les acteurs stratégiques s'entendent sur certaines caractéristiques, ils divergent sur d'autres, dont la compréhension du projet HPS, le rôle perçu, la stratégie d'implantation et la vision des implications.

Les cinq discours

Les résultats de cette étude ont permis d'identifier des zones de convergence mais aussi de divergence parmi les différents acteurs interrogés. Nos résultats ont permis, grâce à ces

divergences, d'élaborer un classement de 5 types de discours, selon des facteurs d'intelligibilité décrits précédemment. Ces cinq discours illustrent chacun des niveaux d'engagement différents.

Tout d'abord, dans le discours 1, l'implantation de l'innovation a été initiée par un acteur pionnier qui a voulu faire adopter le projet HPS par les autres acteurs stratégiques. Ce rôle de pionnier est important puisque l'implantation d'une innovation dans une organisation complexe ne peut être le fait d'un seul individu, mais plutôt d'un ensemble d'acteurs différents (Greenhalgh et al., 2004). La stratégie véhiculée dans le premier type de discours en est une d'autorité car le pionnier, investi d'autorité politico-administrative, a dominé dans l'implantation de l'innovation (Contandriopoulos & Souteyrand, 1996). Son rôle et son excellente compréhension du projet HPS lui permettent d'être comparé à celui que Rogers appelle « l'innovateur » (Rogers, 2003), un acteur visionnaire ayant anticipé les bénéfices liés à l'innovation avant tout autre personne. Son fort engagement le fait également correspondre au « promoteur » d'une réforme, selon la typologie développée par Rocher (Laborier, 2008), dans son analyse des réformes. Étant donné sa compréhension du projet, cet acteur peut finalement être comparé à « l'idéaliste » décrit par Whitelaw et al., c'est-à-dire un acteur percevant le projet HPS comme un moyen ambitieux et une vision holistique capables d'améliorer la santé grâce un changement organisationnel profond et durable (Whitelaw et al., 2011).

Le discours 2 ressemble au premier quant à l'excellente compréhension de l'innovation et à la force de l'engagement des acteurs. Cependant, cet engagement se décline de manière différente. Ainsi, la stratégie d'implantation s'oppose à celle du discours précédent. Étant donné le souci de faire comprendre le 'milieu de travail promoteur de santé' par le plus grand nombre de personnes dans l'organisation, le discours 2 reflète une approche participative et d'activisme. Faisant face à la résistance passive de plusieurs acteurs sceptiques ou manquant de conviction, l'acteur ayant ce discours a dû bâtir sa propre légitimité ainsi que celle de l'innovation au niveau organisationnel. Ainsi, l'appropriation du sous-projet par le niveau opérationnel a été suscitée, pour par la suite faire pression sur les niveaux supérieurs de l'organisation. En ce sens, on peut parler d'une stratégie de coopération, puisque dans ce discours, on tente de susciter l'adhésion des différents acteurs au projet d'implantation

(Contandriopoulos & Souteyrand, 1996). L'approche participative est une stratégie préconisée lors de l'implantation du projet HPS (Lin et al., 2009), et fait partie des recommandations de Vienne (World Health Organization, 1997). De plus, cette approche est particulièrement importante lors de l'implantation de changements visant à améliorer le milieu de travail, puisqu'elle entraîne de l'empowerment chez le personnel (Hancock, 1999; Weiner et al., 2009). Dans ce discours, l'acteur tente de faire connaître et comprendre le 'milieu de travail promoteur de santé' par un maximum d'acteurs organisationnels. Ceci est en ligne avec la catégorie de « l'adopteur précoce » décrit par Rogers, dont le rôle est de fournir une évaluation subjective de l'innovation auprès d'acteurs des différents niveaux hiérarchiques. Cependant, au contraire de la catégorie de Rogers, étant donné son existence relativement récente, cet acteur n'a pas eu le temps d'atteindre un niveau élevé de leadership d'opinion. Dans la typologie de Rocher, on peut le comparer au « passeur » appelé à diffuser la réforme dans l'ensemble de l'organisation, et à en expliquer les intentions. De même que dans le premier discours, il peut aussi être comparé à « l'idéaliste » décrit par Whitelaw et al., en raison de sa compréhension du projet similaire à celle de l'acteur du discours 1.

Les acteurs des trois derniers discours, trouvent leur équivalent dans la classe des opposants passifs à l'innovation de la typologie de Rocher. Dans ce discours, l'implication davantage indirecte des acteurs influence négativement leur leadership dans l'implantation de l'innovation, en lien avec les résultats obtenus par Gustafson (Gustafson et al., 2003). Il est toutefois possible, à l'intérieur de leurs discours respectifs, de distinguer des particularités. Tout d'abord, si dans le discours 3, les acteurs possèdent une très bonne compréhension de l'innovation, le rôle de relai qu'ils se donnent les empêche d'être des acteurs aussi engagés que ceux présents dans les deux premiers discours. Dans le discours 3, les bénéfices de l'innovation sont avant tout considérés utiles pour la direction des acteurs, en dehors d'une vision systémique, et on considère qu'il est possible d'atteindre les résultats escomptés grâce à des interventions précises et ponctuelles. En ce sens, les acteurs ayant ce type de discours rejoignent la catégorie des « pragmatiques tactiques » décrite par Whitelaw et al., où les acteurs, qui bien qu'appuyant l'implantation du projet HPS, ne conçoivent l'atteinte des objectifs du projet que par des interventions ponctuelles. Ils trouvent aussi leur correspondance dans la « majorité tardive » décrite par Rogers, où les acteurs adoptant

délibérément une innovation après une longue réflexion, ne sont que rarement des leaders dans son implantation.

Dans le quatrième discours, le peu de connaissances au sujet de l'innovation semble entraîner une attitude particulièrement sceptique à son égard. Comme dans le troisième discours, une vision pragmatique de l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' est présente. En effet, dans ce type de discours, les paroles doivent se traduire en actions concrètes qui permettront à l'organisation d'accroître sa performance économique. Le scepticisme envers les attentes ambitieuses que certains acteurs nourrissent par rapport à l'implantation, font correspondre les acteurs ayant ce quatrième discours, comme pour le troisième, à la catégorie des « pragmatiques tactiques ». On peut également les comparer aux sceptiques de la « majorité tardive » décrite par Rogers, qui adoptent notamment par nécessité économique.

Les discours 3 et 4 mettent l'emphase sur de petits projets implantés localement, en fonction des besoins de la direction à laquelle appartiennent ses acteurs. On peut ici parler d'une stratégie d'opportunisme puisque le projet HPS est considéré comme une opportunité d'y rattacher ou de mettre en place de petits projets locaux, cohérents avec la mission de la direction des acteurs (Contandriopoulos & Souteyrand, 1996). Cette approche faite de petits projets locaux est critiquée par plusieurs auteurs qui estiment qu'elle ne fait pas partie d'une approche destinée à réorienter la mission de l'hôpital (Johnson & Baum, 2001), et qu'elle ne reflète pas l'esprit du projet HPS voulant que la promotion de la santé soit au cœur de ses valeurs (Rushmere, 1996). Johnson relève que cette approche peut être appropriée pour entraîner davantage d'engagement des acteurs stratégiques lorsque celui-ci n'est pas optimal. Toutefois, à long terme, ces projets locaux doivent être soutenus par une infrastructure organisationnelle (politique de promotion de la santé, ressources humaines et financières, etc.). De plus, toujours dans cette logique d'opportunisme, dans ces deux discours, on considère que l'implantation du projet est dépendante de contingences extérieures. En effet, dans le discours 3, on y voit la nécessité de répondre à une norme fixée par l'OMS, tandis que dans le quatrième, on considère que des intérêts économiques ont dicté l'implantation.

Finalement, dans le cinquième discours, l'innovation est inconnue et un certain scepticisme est entretenu à son égard, les échecs d'implantation de projets organisationnels précédents à l'appui. Ce discours montre un certain désengagement du processus d'implantation. Il est

permis de penser que l'acteur de ce discours s'apparente à la catégorie que Rogers qualifie de « retardataire », c'est-à-dire un acteur dont le passé constitue le point de référence, et ayant tendance à être suspicieux envers les innovations et les agents de changement dans l'organisation. Dans ce discours, l'implantation du projet se fait à travers un ensemble de petits projets sur les unités de soins. Opposant généralement une vision pessimiste de la capacité de l'organisation à mener à bien l'implantation de plusieurs projets, et du 'milieu de travail promoteur de santé' en particulier, cet acteur propose une stratégie pouvant être qualifiée d'affrontement concurrentiel (Contandriopoulos & Souteyrand, 1996). En effet, les intérêts particuliers véhiculés par ce discours entrent en concurrence avec ceux de l'organisation.

Nos résultats révèlent tout d'abord l'importance de la compréhension du projet HPS et du rôle des acteurs stratégiques. Nos résultats suggèrent qu'il ne peut y avoir d'engagement dans l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' de la part de l'ensemble des acteurs stratégiques, si les hauts dirigeants de l'organisation n'en font pas une priorité. A ce sujet, des résultats similaires ont été obtenus lors d'une étude portant sur l'implantation de la gestion de la qualité dans plusieurs hôpitaux français, et montrant que l'engagement et le leadership des hauts dirigeants avaient davantage d'importance que les facteurs structurels tels que la taille ou le statut de l'établissement (Francois & Pomey, 2005). Rocher recommande également une catégorie d'acteurs que nous n'avons pu identifier – les modélistes – soit un comité de plusieurs membres du personnel chargé de réfléchir et de suggérer les modalités pratiques de la réalisation du projet de réforme. D'après lui, les modélistes précèdent les passeurs, en conseillant la direction générale sur la manière d'implanter le projet de réforme. Dans cette étude, les modélistes auraient ainsi pu recommander, de façon concertée, un plan d'action pour l'implantation.

Nos résultats concordent avec ceux observés dans la littérature. Ainsi, la mauvaise compréhension nuit de manière générale à l'implantation du projet HPS (Guo et al., 2007; Lin et al., 2009; Whitelaw et al., 2006), en diminuant l'engagement des acteurs concernés et la pérennité des changements (Whitelaw et al., 2006), et nuit à l'atteinte d'un consensus quant aux objectifs du projet HPS parmi les acteurs stratégiques (Lin et al., 2009).

L'identification de ces cinq discours d'acteurs stratégiques possédant des niveaux d'engagement différents, et distingués grâce à des arrangements de facteurs d'intelligibilité, permet de suggérer des pistes d'intervention ainsi que des avenues de recherche.

Implications pour les politiques d'intervention

Les données de notre étude suggèrent que l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' a démarré de manière précipitée. Selon Rocher, cet obstacle est commun à de nombreuses réformes en raison du souhait des initiateurs d'y attacher leur nom (Rocher, 2005). Pourtant, l'implantation d'une telle innovation, qui plus est dans une organisation aussi complexe qu'un CHU, ne peut être le résultat de l'action d'un groupe en particulier ni se résumer à la simple application de normes ou de procédures. Selon Delobelle, il est essentiel d'impliquer les différents acteurs concernés dans la prise de décision, dès le début de l'implantation du projet HPS (Delobelle et al., 2011), car sans la coordination des différents acteurs-clés, leur compréhension du projet et leur leadership, les normes du projet HPS n'auront pas tendance à être observées (Groene et al., 2005; Whitelaw et al., 2006). Les études montrent particulièrement l'importance du leadership lors de l'implantation du projet HPS (Guo et al., 2007; Johnson & Baum, 2001; Whitelaw et al., 2011; Whitelaw et al., 2006) particulièrement au niveau stratégique de l'organisation (Johnson & Baum, 2001), pour accroître et pérenniser son impact (Whitelaw et al., 2011; Whitelaw et al., 2006).

Les résultats suggèrent aussi qu'il serait préférable de rallier l'ensemble des acteurs stratégiques autour d'une vision commune des actions à entreprendre, et de favoriser leur appropriation de l'innovation. François et Pomey (2005) indiquent également qu'une gestion participative, telle que celle identifiée dans le discours 2, est souhaitable pour rallier l'ensemble des acteurs stratégiques autour d'une même vision. En effet, dans le cas à l'étude, le projet HPS n'est maîtrisé que par un petit groupe d'initiés, en lien avec les observations faites par Whitelaw et al. lors de la deuxième partie de leur étude (Whitelaw et al., 2011). Selon ces mêmes auteurs, une formation au sujet du projet HPS permet de développer une masse critique de '*multiplicateurs*' (Whitelaw et al., 2006), c'est-à-dire des personnes qui comprennent réellement le projet HPS et qui sont capables de promouvoir sa visibilité et sa pérennité à travers l'organisation. En effet, la présence de multiplicateurs permet d'accroître la

visibilité du projet HPS au sein de l'organisation (Whitelaw et al., 2006), mais aussi de conscientiser l'ensemble du personnel (Tountas et al., 2004).

Selon plusieurs auteurs, l'engagement des acteurs stratégiques (approche top down), mais aussi des acteurs agissant au niveau opérationnel (approche bottom up), est nécessaire pour implanter une innovation dans une organisation de santé (Milakovich, 1991; Rubenstein & Pugh, 2006), et permet des améliorations plus importantes et durables (Ham, 2003). En effet, au même titre que l'implantation d'une démarche d'amélioration continue de la qualité, le sous-projet 'milieu de travail promoteur de santé' touche aux activités de nombreuses personnes travaillant au sein d'un hôpital. Comme Glasgow le suggère, les représentants syndicaux devraient être impliqués dans la diffusion de l'innovation; des canaux de communications multiples devraient être utilisés; et du temps, des efforts, et des ressources financières devraient être alloués (Glasgow, McCaul, & Fisher, 1993). La préconisation d'une telle approche est renforcée par le fait que l'innovation touche le milieu de travail de nombreuses personnes, qui devraient logiquement en être les principales intéressées.

Notre étude montre également que les acteurs les plus engagés dans le processus d'implantation étaient ceux pour lesquels le projet HPS représentait davantage une nouvelle vision de l'hôpital devant se traduire dans un changement de la culture organisationnelle, plutôt qu'une mode passagère ou qu'une norme. Cette vision à long terme, que Damschroder et al. appellent la 'patience managériale', est une dimension importante de l'engagement organisationnel, et permet de faire face à la diminution de rendement précédant très souvent l'enracinement d'une innovation (Damschroder et al., 2009). Cela suggère que la complexité du projet HPS, et notamment son fort potentiel intégrateur, aurait avantage à être comprise par les acteurs. Le potentiel intégrateur du projet HPS peut en effet susciter davantage d'enthousiasme que des programmes développés de manière ad hoc.

Finalement, les acteurs interviewés insistent unanimement sur la nécessité d'une implantation graduelle du 'milieu de travail promoteur de santé'. Les exigences liées à la réforme de la santé, la pénurie de ressources humaines et financières, les nombreuses priorités sont, d'après les participants, autant de facteurs empêchant l'organisation d'implanter le 'milieu de travail promoteur de santé' à l'aide d'un virage majeur. Les définitions du projet HPS soulignent son caractère intégrateur. Cet exercice d'intégration n'avait pas été réalisé dans le milieu à l'étude.

Il est permis de penser qu'un état des lieux recensant les différentes interventions cohérentes avec le 'milieu de travail promoteur de santé', et préalable à l'implantation elle-même, pourrait conscientiser et mobiliser davantage d'acteurs. Cela rejoint Jonhson et Baum, ainsi que Rushmere, qui considèrent que l'implantation du projet HPS ne consiste pas en quelques projets cohérents avec le concept, mais plutôt dans le développement d'une culture organisationnelle dont la promotion de la santé est une valeur fondamentale (Johnson & Baum, 2001; Rushmere, 1996).

Certaines leçons sont à tirer de nos résultats. Au niveau de la pratique, pour les hôpitaux, nos résultats montrent que la formation au sujet du concept HPS est indispensable pour en améliorer la compréhension auprès des acteurs stratégiques, et susciter leur engagement. Nos résultats suggèrent aussi qu'il ne peut y avoir d'engagement à implanter si les acteurs de la gouverne n'en font pas une priorité organisationnelle, d'où l'importance d'élaborer une politique de promotion de la santé lors de l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé'. Au niveau de la recherche, nos résultats ont identifié l'importance de l'engagement des acteurs stratégiques, un des facteurs du contexte interne d'implantation d'une innovation.

5. Conclusions

Cet article présente les perceptions des acteurs-clés, et la parole a donc été donnée aux acteurs qui sont directement impliqués dans la gouverne du projet HPS. L'importance de leur engagement a été mise en évidence pour le succès de l'implantation. Cet engagement est un des éléments cruciaux du contexte interne, dont il serait nécessaire de tenir compte avant d'entreprendre l'implantation d'un milieu de travail promoteur de santé.

Références

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993.
- Buerhaus, P. I., Donelan, K., Ulrich, B. T., Norman, L., DesRoches, C., & Dittus, R. (2007). Impact of the nurse shortage on hospital patient care: comparative perspectives. *Health Affairs*, 26(3), 853-862.
- Collerette, P., Delisle, G., & Perron, R. (1997). *Le changement organisationnel : Théorie et pratique*. Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Contandriopoulos, A.-P., & Souteyrand, Y. (1996). L'Hôpital stratège : dynamiques locales et offre de soins. *Revue Française de Sociologie*. 38(4), 837-839
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L. & Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer*. Montréal, Québec: Gaëtan Morin.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(50).
- Dedobbeleer, N., Contandriopoulos, A.-P., Nguyen, H., Rousseau, L., Lamothe, L., & Beaumont, M. (2009). *La dernière réforme dans le système de santé et des services sociaux du Québec et la fenêtre d'opportunité pour l'adoption du concept de l'OMS « hôpitaux promoteurs de santé »*. Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (Ed.). Montréal, Québec: Université de Montréal.
- Delobelle, P., Onya, H., Langa, C., Mashamba, J., & Depoorter, A.-M. (2011). Pilot Health Promoting Hospital in rural South Africa: evidence-based approach to systematic hospital transformation. *Global Health Promotion*, 18(1), 47-50.
- François, P., & Pomey, M. P. (2005). Implantation de la gestion de la qualité dans les hôpitaux français, jeux d'acteurs et transformations induites. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*, 53, Supplement 1(0), 4-11.
- Glasgow, R. E., McCaul, K. D., & Fisher, K. J. (1993). Participation in Worksite Health Promotion: A Critique of the Literature and Recommendations for Future Practice. *Health Education & Behavior*, 20(3), 391-408.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
- Green, P. L. (1998). Improving Clinical Effectiveness in an Integrated Care Delivery System. *Journal for Healthcare Quality*, 20(6), 4-9.
- Groene, O., Jorgensen, S. J., Fugleholm, A. M., Moller, L., & Garcia-Barbero, M. (2005). Standards for health promotion in hospitals: development and pilot test in nine

- European countries. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 18(4-5), 300-307.
- Guo, X. H., Tian, X. Y., Pan, Y. S., Yang, X. H., Wu, S. Y., Wang, W., & Lin, V. (2007). Managerial attitudes on the development of health promoting hospitals in Beijing. *Health Promotion International*, 22(3), 182-190.
- Gustafson, D. H., Sainfort, F., Eichler, M., Adams, L., Bisognano, M., & Steudel, H. (2003). Developing and testing a model to predict outcomes of organizational change. *Health Services Research*, 38(2), 751-776.
- Ham, C. (2003). Improving the performance of health services: the role of clinical leadership. *Lancet*, 361(9373), 1978-1980.
- Hancock, T. (1999). Creating health and health promoting hospitals: a worthy challenge for the twenty-first century. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 12(2-3), viii-xix.
- Johnson, A., & Baum, F. (2001). Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Health Promotion International*, 16(3), 281-287.
- Laborier, P. (2008). *Les réformes en santé et en justice : le droit et la gouvernance*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Lobnig, H., Krajic, K. & Pelikan, J. M. (1998). The International WHO-Network of Health Promoting Hospitals: State of Development of Concepts and Projects. Dans H. Berger, K. Krajic & R. Paul (Ed.), *Health Promoting Hospitals in Practice: Developing Projects and Networks*. Gamburg, Allemagne : Conrad Health Promotion Publications.
- Lin, Y. W., Huang, H. L., & Tung, S. C. (2009). The organisational diagnosis of a Health Promoting Hospital in Taiwan. *Patient Education and Counseling*, 76(2), 248-253.
- Lozano, J. M. (2003). An Approach to Organizational Ethics. *Ethical Perspectives*, 10(1), 46-65.
- McKee, M., & Healy, J. (2002). *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, United Kingdom: Open University Press.
- Meyers, P. W., Sivakumar, K., & Nakata, C. (1999). Implementation of Industrial Process Innovations: Factors, Effects, and Marketing Implications. *Journal of Product Innovation Management*, 16(3), 295-311.
- Milakovich, M. E. (1991). Creating a total quality health care environment. *Health Care Management Review*, 16(2), 9-20.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2^{ème} éd.). Paris, France: De Boeck Université.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.

- Peto, D. (1992). *SIDA : l'amour face à la peur : modes d'adaptation au risque du SIDA dans les relations hétérosexuelles*. Paris: L'Harmattan.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5^{ème} éd.). New York, USA: Free Press.
- Rubenstein, L. V., & Pugh, J. (2006). Strategies for Promoting Organizational and Practice Change by Advancing Implementation Research. *Journal of General Internal Medicine*, 21(S2), S58-S64.
- Rushmere, A. (1996). Health promoting hospitals in the South and West Region of England. *WHO Health Promoting Hospitals Newsletter*, 8, pp. 11–12.
- Tountas, Y., Pavi, E., Tsamandouraki, K., Arkadopoulos, N., & Triantafyllou, D. (2004). Evaluation of the participation of Aretaieion Hospital, Greece in the WHO Pilot Project of Health Promoting Hospitals. *Health Promotion International*, 19(4), 453-462.
- Van der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation* (2^{ème} éd.). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Weiner, B. J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*, 4(67).
- Weiner, B. J., Lewis, Megan A., & Linnan, L. A. (2009). Using organization theory to understand the determinants of effective implementation of worksite health promotion programs. *Health Education Research*, 24(2), 292-305.
- Whitelaw, S., Graham, N., Black, D., Coburn, J., & Renwick, L. (2011). 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.
- 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.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion : an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health*, November 17-21, 1986, Ottawa, Ontario
- World Health Organization. (1997). *The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe. Repéré à http://hpe4.anamai.moph.go.th/hpe/data/hph/Viena_Recommendation.pdf
- Yin, R. K. (2009). *Case study research : design and methods* (4^{ème} éd.). Thousand Oaks, Californie: Sage Publications.

Un milieu de travail promoteur de santé : les perceptions des infirmières-chefs

RÉSUMÉ

En 2006, un hôpital universitaire de la région de Montréal a décidé d'implanter le projet « Hôpital Promoteur de Santé » (HPS) dans un contexte où les conditions de travail des infirmières étaient particulièrement difficiles. Une étude de cas unique a été menée dans le CHU, afin de mieux comprendre le contexte d'implantation du sous-projet 'milieu de travail promoteur de santé'. Cet article porte sur les perceptions de 18 infirmières-chefs sur l'implantation. Les résultats révèlent qu'elles perçoivent l'utilité et la compatibilité du 'milieu de travail promoteur de santé' avec les valeurs organisationnelles, ainsi que des obstacles à son implantation (pénurie de personnel, manque de volonté politique, communication déficiente, inflexibilité du syndicat, manque de ressources financières). Ils révèlent aussi des différences entre deux groupes quant aux stratégies proposées et utilisées pour implanter le 'milieu de travail promoteur de santé'. Ainsi, le premier groupe propose une stratégie axée sur des modifications du milieu physique, et utilise des stratégies axées sur la consultation des employés, la communication unidirectionnelle, le recours à des experts et la gestion bureaucratique. Le deuxième groupe propose une stratégie axée sur des changements organisationnels et utilise des stratégies axées sur la participation des employés, la communication bidirectionnelle, la créativité, et la gestion axée sur le professionnalisme. Deux types de leadership différents sont présentés. Ainsi, les infirmières-chefs du groupe 1, imprégnées de la culture organisationnelle existante, paraissent agir de manière plus conventionnelle et peuvent être assimilées à des leaders transactionnels. Au contraire, les infirmières-chefs du groupe 2 privilégient des stratégies mettant l'accent sur la transformation de l'organisation, et peuvent être assimilées à des leaders transformationnels. Ces résultats suggèrent l'importance de recruter et de former des leaders transformationnels afin de mettre en place des milieux de travail promoteurs de santé.

1. Introduction

Le projet « Hôpital Promoteur de Santé » (HPS) a été développé par l'OMS en 1991 à la suite de l'adoption de la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (World Health Organization,

1986) Au Québec, à la suite de la dernière réforme du système de santé, plusieurs hôpitaux ont décidé d'adopter cette innovation.

Un hôpital promoteur de santé :

*cible la santé des individus (personnel, patients, communauté locale) mais aussi de la santé de l'organisation hospitalière en créant une organisation durable, capable d'apprendre et de s'adapter à un environnement changeant, en combinant le besoin de s'adapter avec l'objectif de maximiser les gains en santé*³ (Traduction libre de Lobnig, 1998).

Au Québec, une réforme du système de santé et de services sociaux du Québec a été rendue nécessaire en raison des problèmes d'accessibilité et de continuité des soins affectant la population. Parmi les facteurs associés à cette situation, on retrouve ce que Kervasdoué appelle la 'crise des professions de santé' (De Kervasdoué, 2003). En effet, l'augmentation du rythme des départs à la retraite et la croissance des besoins en soins de la population ont entraîné une charge de travail accrue pour les professionnels de la santé, particulièrement les infirmières⁴, rendant difficile leur recrutement et leur rétention (Health Canada, 2002).

En 2006, un hôpital universitaire de la région de Montréal a ainsi décidé d'implanter le projet HPS dans un contexte où les conditions de travail des infirmières étaient particulièrement difficiles (Lavoie-Tremblay, Leclerc, Marchionni, & Drevniok, 2010; Lavoie-Tremblay, O'Brien-Pallas, Gelinas, Desforges, & Marchionni, 2008). Les commissions Romanow et Clair recommandaient un réexamen du rôle des infirmières et de leur environnement de travail (Clair, 2000; Romanow, 2002) car plusieurs auteurs estiment que les conditions de travail des infirmières sont essentielles à une qualité des soins optimale (Aiken, Clarke, Sloane, Lake, & Cheney, 2008; Havens & Aiken, 1999; Kramer, Maguire, & Brewer, 2011). Le CHU à l'étude a donc décidé d'accorder sa priorité à la dimension du projet HPS portant sur le milieu de travail. Suite à ce constat, une étude a été menée dans le CHU, afin de mieux comprendre le contexte d'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' chez les infirmières.

³ « A Health Promoting Hospital "targets the health of individuals (staff, patients, local community) but also the health of the hospital organization by creating a sustainable organization, capable of learning and adapting to changing environments, combining the need to adapt with the aim of maximizing health gain »

⁴ Le féminin inclut le masculin

Les résultats d'études ayant porté sur l'implantation du projet HPS révèlent que son implantation réussie dépend de l'engagement des gestionnaires de tous les niveaux de l'organisation (Guo et al., 2007; Lin & Lin, 2011; Lin et al., 2009; Tountas et al., 2004; Whitelaw et al., 2011; 2006). Dans les écrits ayant trait plus particulièrement à la dimension du projet HPS portant sur le milieu de travail, Whitehead, dans une revue de littérature, indique que les gestionnaires de soins infirmiers sont des actrices importantes de l'implantation d'un milieu de travail promoteur de santé puisqu'elles doivent faire face aux coûts économique, social et moral d'un personnel en mauvaise santé (Whitehead, 2006). De plus, les résultats obtenus lors des revues des théories sur l'implantation d'innovations dans les organisations de santé, telles que celles de Greenhalgh et al. et Damschroder et al., soulignent le besoin d'information sur le rôle exercé par les gestionnaires dans l'implantation (Damschroder et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004). Selon trois études ayant porté sur le rôle des cadres intermédiaires dans l'implantation d'innovations dans les organisations de santé, les infirmières-chefs jouent un rôle prépondérant (Currie & Procter, 2005; Dopson & Fitzgerald, 2006; Wooldridge & Floyd, 1990). Elles se distinguent particulièrement par leur leadership (Kramer et al., 2007), essentiel à l'implantation d'initiatives visant l'amélioration de la qualité et la sécurité des patients (Stanley et al., 2008), des pratiques professionnelles basées sur les données probantes (Bradley, Schlesinger, Webster, Baker, & Inouye, 2004; Dopson & Fitzgerald, 2006; Shirey, 2006), ou encore de nouveaux modèles de dispensation des soins (Morjikian, Kimball, & Joynt, 2007). Les études sur l'implantation d'environnements magnétiques (Kramer & Schmalenberg, 2003; Upenieks, 2003b), et sur la mise en place de milieux de travail sains (Lavoie-Tremblay, Wright, et al., 2008; Parsons et al., 2006) montrent également l'importance des infirmières-chefs dans la mise en œuvre de stratégies destinées à améliorer le milieu de travail des infirmières.

Nous avons choisi de définir un milieu de travail promoteur de santé comme :

un milieu où sont mises en œuvre des stratégies pour promouvoir un milieu de travail sain et sécuritaire, de 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 al., 2009)

Pour implanter un tel milieu chez les infirmières d'un établissement de santé, Whitehead et al. affirment que les infirmières gestionnaires doivent faire preuve d'ouverture et mettre l'accent sur l'empowerment des infirmières (Whitehead et al., 2005). La littérature sur les hôpitaux promoteurs de santé ne fournit actuellement pas de données sur les stratégies proposées par les infirmières-chefs lors de l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé'.

L'objectif de cet article est d'examiner les perceptions des infirmières-chefs au sujet de l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' pour les infirmières.

2. Méthodes

Une étude de cas a été choisie afin d'explorer le contexte interne de l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé'. Ce devis est particulièrement approprié puisque nous investiguons un phénomène contemporain (l'implantation du sous-projet) en profondeur et dans son contexte réel (Yin, 2009). De plus, il s'agit de la méthode la plus utilisée lors de l'étude de l'implantation d'une intervention (Contandriopoulos, 1990).

Le cas est un hôpital universitaire de la région de Montréal. Cet hôpital universitaire résulte de la fusion de trois hôpitaux, et inclut une structure de gouvernance unique. Il n'y a donc qu'un conseil d'administration pour l'hôpital. L'hôpital a été choisi parce qu'il s'agit du premier hôpital universitaire au Québec ayant décidé d'implanter le projet HPS au sein de son organisation au commencement de notre étude. En effet, en 2007, l'hôpital a rejoint le réseau québécois des hôpitaux et des CSSS promoteurs de santé, affilié avec l'Organisation Mondiale de la Santé. Cela signifie que l'hôpital était engagé à utiliser une approche holistique envers la santé, à travers son observance des normes du projet HPS. La sélection du cas nous apparaît intéressante car, selon Yin (2009), sa nature 'révélatrice' nous donne la possibilité d'observer et d'analyser un phénomène auparavant inaccessible : l'implantation du projet HPS dans un CHU du Québec. Grâce à un tel cas, il est possible d'envisager une transférabilité des résultats à d'autres hôpitaux universitaires francophones. Cependant, selon Yin (2009), les résultats de notre étude devraient préalablement être répliqués dans un autre cas similaire.

Dans cet article, nous analysons les données collectées en 2009 à l'aide d'entrevues semi-structurées auprès de 18 infirmières-chefs. Des notes de terrain, écrites lors des entrevues individuelles, ont permis de se rappeler des participants, des contextes d'entrevue, lors de

l'analyse des données (propension à répondre, ton de voix, expression faciale, heure de la journée, lieu de l'entrevue). L'échantillonnage des infirmières-chefs a été réalisé selon la technique de variation maximale. Cette technique, recommandée par plusieurs théoriciens du domaine qualitatif (Guba & Lincoln, 1989; Miles & Huberman, 2003) et qualifiée par Miles et Huberman (2003) comme « *une quête délibérée de contre-exemples ou de variations* », est fréquemment utilisée dans les recherches qualitatives portant sur les soins infirmiers (Sandelowski, 1995). Elle permet de transformer la grande hétérogénéité d'un échantillon de petite taille en un avantage pour le chercheur. Pour assurer la validité interne de l'étude, une sélection rigoureuse de l'échantillon a été effectuée. Les infirmières-chefs ont en effet été sélectionnées à partir de 3 critères : la variation dans la qualité du milieu de travail, la répartition du personnel dans 3 sites, et la variation maximale d'expériences de travail en gestion.

Le premier critère reflète la variation de la capacité d'un milieu de travail à promouvoir la santé de ceux qui y sont exposés (Chu et al., 2000; Chu et al., 1997). Pour ce critère, nous avons identifié des infirmières-chefs en fonction de deux indicateurs obtenus à partir du tableau de bord de gestion informatisé des ressources humaines, soit le taux d'absentéisme (pourcentage des heures d'absentéisme global sur les heures travaillées) et le taux de roulement (pourcentage que représente le nombre de personnes quittant définitivement l'établissement par année financière donnée par rapport au nombre de personnes à l'emploi de l'organisation au cours de cette même année financière). Ces indicateurs ont été utilisés car ils font consensus auprès de plusieurs auteurs comme étant des indicateurs de la qualité de vie au travail des infirmières (Agrément Canada, 2007; Hall, 2003). Ensuite, étant donné la répartition des unités de soins sur trois lieux différents, les infirmières-chefs ont été sélectionnées selon un deuxième critère, soit la localisation de leur unité de soins, afin d'assurer une représentativité équitable des trois sites géographiques. Finalement, après cette première sélection basée sur les deux critères cités précédemment, trois informatrices-clés du niveau stratégique de l'organisation ont aidé à effectuer une dernière sélection afin d'obtenir une variation maximale d'expériences de gestion des infirmières-chefs dans les unités de soins. En effet, les infirmières-chefs varient non seulement de par leur ancienneté mais aussi par le type et le nombre d'unités de soins qu'elles gèrent. Cette sélection était basée sur ce

qu'Huberman et Miles qualifient comme étant leur 'réputation', c'est à dire selon la recommandation d'infirmières-clés (Miles & Huberman, 2003), et a permis d'obtenir une liste finale de 18 infirmières-chefs, sur un total de 38 infirmières-chefs. Parmi ces gestionnaires, on comptait 5 hommes et 13 femmes. Le nombre d'années d'expérience était de 5 années en moyenne, tandis que 3 infirmières chef possédaient un diplôme d'études collégiales, 7 possédaient un baccalauréat, et 8 possédaient un diplôme de deuxième cycle universitaire.

Pour assurer une meilleure fiabilité des résultats, un document de présentation contenant de l'information sur le projet HPS (voir annexe A), et plus particulièrement sur la dimension du milieu de travail, et le projet de recherche, fut remis à chaque infirmière-chef quelques jours avant l'entrevue. En effet, lors de la prise de rendez-vous avec les infirmières-chefs, il est apparu que ces dernières connaissaient très peu le projet HPS. Si certaines en avaient entendu parler, aucune ne le comprenait réellement. Toutes les participantes ont consenti à leur participation à l'étude, à travers la signature d'un formulaire de consentement. Nous avons développé un guide d'entrevue pour lequel le modèle de Greenhalgh et al. a servi de base à l'identification des thèmes à retenir (Greenhalgh et al., 2004). Nous avons retenu les thèmes sur la capacité d'absorption des nouvelles connaissances, le contexte réceptif au changement, et l'état de préparation du système. Nous avons exploré les perceptions des infirmières-chefs sur l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' chez les infirmières, à partir de ces trois thèmes.

Les entrevues ont toutes été menées par le premier auteur et ont été enregistrées sur support numérique, et ensuite retranscrites. Un schéma de codage a été développé et les verbatims ont été analysés en utilisant une approche mixte telle que conseillée par Miles and Huberman (Miles & Huberman, 2003) et Van der Maren (Van der Maren, 1996), avec le logiciel QDA Miner v.3.2.3. Grâce à une approche de codage mixte, une liste de codes initialement établie et modifiée en fonction de l'apparition de nouvelles unités de signification. Les verbatims ont été lus à de multiples reprises et les réponses ont été codées selon les 3 thèmes. Les données des entrevues ont été regroupées selon ceux-ci et ont ensuite été discutées au sein de l'équipe de recherche, et comparées avec la littérature existante et les documents d'archives. Cette triangulation des sources de données permis d'assurer la crédibilité et la neutralité des

résultats. Des similarités entre les perceptions des infirmières-chefs, de même que des contributions uniques ont été relevées. Finalement, l'utilisation d'un journal de bord détaillant le processus de l'étude et des notes de terrain ont également contribué à améliorer la fiabilité des résultats obtenus.

3. Résultats

Les résultats révèlent des similitudes au sujet de la perception par les infirmières-chefs de l'innovation, mais aussi des différences de perceptions quant aux stratégies pour implanter le 'milieu de travail promoteur de santé' pour les infirmières. Dans le texte, pour chaque infirmière-chef interviewée, il est indiqué entre parenthèses son numéro.

3.1 Les similitudes

3.1.1 L'utilité d'un 'milieu de travail promoteur de santé'

L'ensemble des infirmières-chefs interrogées estime qu'un 'milieu de travail promoteur de santé' est utile, à la fois pour l'organisation et pour les infirmières. Au sujet de l'organisation, les participantes considèrent que l'innovation améliorera l'attraction et la rétention des infirmières dans l'hôpital.

« Je pense qu'on pourrait plus garder nos ressources humaines. [...] On pourrait attirer plus ».

[Infirmière-chef 10]

Les participantes estiment aussi que l'innovation a le potentiel d'améliorer l'image de l'hôpital dans sa communauté.

« L'hôpital brillerait [...] Brillerait à travers les autres. Sa réputation se démarque déjà, mais se démarquerait encore plus ».

[Infirmière-chef 15]

Ensuite, selon les infirmières-chefs, un 'milieu de travail promoteur de santé' pourrait aussi améliorer la qualité des soins :

« Si les gens sont en forme psychologiquement et physiquement, bien nos patients vont ressentir ça et ça va leur donner trois fois plus du bien parce qu'on sait qu'un patient

qui voit un sourire de quelqu'un qui est actif aime mieux ça que quelqu'un [...] qui se plaint tout le temps, qui a mal au dos...». [...] Si on vise [...] les soins optimaux, de qualité, ben ça vient répondre à ça, je pense. »

[Infirmière-chef 11]

En ce qui a trait à l'utilité de l'innovation pour les infirmières, les participantes estiment qu'elle pourrait améliorer leur environnement psychosocial. Ainsi, elles y voient une possibilité d'améliorer la reconnaissance et la valorisation ainsi que le sentiment d'utilité ou de contrôle des infirmières:

« N'importe qui, on a besoin de reconnaissance. On a besoin de sentir qu'on est important, qu'on est utile, qu'on fait un bon travail.

[Infirmière-chef 7]

Les infirmières-chefs croient aussi que l'innovation améliorera la satisfaction des infirmières et leur sentiment d'appartenance à l'équipe :

« Moins de burnout, une satisfaction professionnelle. Un goût d'aller travailler puis pas venir à reculons. Il y a beaucoup de personnes qui viennent travailler à reculons parce qu'ils savent qu'ils vont avoir une journée incroyable en rentrant. »

[Infirmière-chef 15]

3.1.2 La compatibilité d'un 'milieu de travail promoteur de santé' avec les valeurs de l'organisation

L'ensemble des infirmières-chefs considère l'innovation compatible avec les valeurs de l'organisation. Cependant, elles estiment que les pratiques observées sur le terrain ne sont présentement pas compatibles avec l'innovation, à cause de la pénurie de personnel et des pressions entraînées par l'afflux de nombreux patients.

« Oui, je pense que c'est compatible, mais la pénurie de personnel est tellement grande [...] Je connais les valeurs de l'hôpital [...] L'hôpital veut ça. Mais est-ce que les actions suivent nécessairement ce qui est annoncé ? Pas sûr. »

[Infirmière-chef 3]

3.1.3 Les obstacles à l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé'

Toutes les répondantes s'accordent pour dire que l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' est faisable. Cependant, elles y voient plusieurs obstacles. Premièrement, le manque d'infirmières est une contrainte importante.

Les obstacles? L'absentéisme. C'est sûr que quand tu fais des changements, puis que tu as à faire des changements, puis que tu pars déjà à moins deux... ».

[Infirmière-chef 3]

Le deuxième obstacle identifié par les infirmières-chefs est le manque de volonté politique de la part des acteurs stratégiques de l'organisation. Selon elles, il est indispensable que l'organisation fasse de l'implantation d'un 'milieu de travail promoteur de santé' une priorité. Elles estiment également nécessaire de vaincre la résistance des acteurs stratégiques ayant le plus d'ancienneté.

« Ben, il y a deux aspects. Il y a la volonté de l'organisation, il y a les moyens de l'organisation [...]. Ce qu'on a à vaincre, c'est la résistance des vieux croûtons comme moi qui ont vécu dans un système [...] Ceux qui gèrent les organisations, en haut, [...] c'est des gens qui sont plus expérimentés [...]. Je pense qu'il faut réussir à convaincre ces personnes-là ».

[Infirmière-chef 12]

Troisièmement, l'ensemble des participantes estime que la communication déficiente nuit à l'implantation d'un 'milieu de travail promoteur de santé'. Selon elles, il est nécessaire d'expliquer le changement pour aller chercher l'adhésion des gens à la base.

« Les obstacles aussi, ça peut être [...] que ce n'a pas été bien communiqué à la base, tu sais. Je pense qu'il faut bien expliquer, expliquer les choses, expliquer le changement, le pourquoi, aller chercher l'adhésion des gens à la base aussi ».

[Infirmière-chef 3]

À ce sujet, les infirmières-chefs estiment également que l'augmentation du nombre de paliers hiérarchiques nuit à la communication entre les gens de la direction et la base.

« Oui ça s'est alourdi... Il y a eu des paliers de hiérarchie qui ont été rajoutés. [...] Parce qu'on est tombé dans la direction des regroupements clientèle. [...] Mais ce que ça a fait, ça a rajouté un palier entre le DG et ici. [...] On a augmenté le niveau de hiérarchisation puis éloigné les gens de la direction et la base ».

[Infirmière-chef 16]

Cinquièmement, les infirmières-chefs se plaignent du manque de flexibilité du syndicat.

« [...] ils ont de la misère à créer des postes de rotation. C'est toujours bloqué par les syndicats ».

[Infirmière-chef 14]

Finalement, le manque de ressources financières est aussi vécu comme un obstacle à l'implantation d'activités compatibles avec un 'milieu de travail promoteur de santé'.

« Ben je pense qu'au niveau du budget, c'est sûr que je ne pense pas qu'ils ont un énorme budget à consacrer à ça ».

[Infirmière-chef 17]

3.2 Les différences

Bien que les infirmières-chefs s'entendent sur l'utilité et la compatibilité du 'milieu de travail promoteur de santé' avec les valeurs organisationnelles, et les obstacles à son implantation, il existe des différences de perceptions sur l'implantation, et plus particulièrement des stratégies à utiliser pour implanter le 'milieu de travail promoteur de santé' chez les infirmières. Le tableau 1 montre deux groupes d'infirmières-chefs et deux catégories de stratégies. D'une part, il existe un groupe minoritaire d'infirmières-chefs (n=4) dont les stratégies sont axées sur la modification du milieu physique, la consultation des employés, la communication indirecte, le recours à des experts, une gestion bureaucratique. D'autre part, il existe un groupe plus important d'infirmières-chefs (n=14), dont les stratégies portent sur des modifications au niveau des politiques organisationnelles, la participation des employés, la communication interpersonnelle, le recours à la créativité, et une gestion basée sur le professionnalisme.

Deux types de stratégies ont émergé des résultats. Le premier type consiste en des stratégies proposées par les deux groupes d'infirmières chef, et portant sur des modifications de

l'ensemble de l'organisation ainsi que du milieu physique. Ces stratégies relèvent des acteurs de la gouverne et ne peuvent qu'être proposées par les infirmières-chefs. Le deuxième type consiste en des stratégies déjà utilisées par les deux groupes d'infirmières chef, et qu'elles estiment compatibles avec l'implantation d'un 'milieu de travail promoteur de santé'.

Tableau 2 Stratégies envisagées par les infirmières-chefs pour l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' pour les infirmières

	Groupe 1	Groupe 2
A. Stratégies proposées	Modifications du milieu physique	Modifications des politiques organisationnelles
B. Stratégies utilisées	Consultation	Participation
	Communication unidirectionnelle	Communication bidirectionnelle
	Recours à des experts internes	Apprentissage organisationnel
	Gestion bureaucratique	Gestion axée sur le professionnalisme

3.2.1 Stratégies proposées

Stratégie portant sur la modification du milieu physique vs des politiques organisationnelles

Face au constat généralisé d'un désinvestissement des infirmières dans leur travail, les groupes 1 et 2 proposent chacun des stratégies différentes pour l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé'. Les infirmières-chefs du groupe 1 proposent des interventions ad hoc portant sur l'environnement physique pour assurer une certaine qualité de vie au travail.

« Donc, je pense que c'est de créer des milieux de travail qui soient agréables, [...] à la cafétéria et tout ça, qu'ils soient vraiment facilement accessibles et qu'ils soient santé aussi là [...] ».

[Infirmière-chef 18]

Au contraire, les infirmières-chefs du groupe 2 proposent des actions globales, portant sur les politiques de l'organisation. Elles souhaitent ainsi plus d'autonomie, grâce à une

décentralisation des unités de soins, et être moins dépendantes des décisions de l'administration centrale de l'hôpital. Elles désirent par exemple effectuer elles-mêmes le recrutement de leur personnel.

« Je pourrais-tu avoir un droit de regard sur le recrutement, est-ce que je pourrais faire du recrutement moi-même? [...] Est-ce que je ne pourrais pas gérer mes affaires plus facilement ?

[Infirmière-chef 16]

« J'y crois beaucoup à la décentralisation des équipes. Je pense que chaque unité de soins devrait être capable de s'auto suffire en termes de ressources humaines. [...] Qu'on arrête de venir chercher notre personnel pour toutes sortes de projets. [...] On embauche notre personnel, on le garde ».

[Infirmière-chef 10]

Ce dernier groupe propose également d'effectuer un changement culturel, en faisant en sorte que l'ensemble de l'organisation soit véritablement centrée sur le patient.

« On fait plein de changements tout le temps, puis après ça, on cherche les problèmes reliés aux changements qu'on a faits. Pour moi, c'est tellement pas compliqué. C'est de penser aux patients, c'est de se centrer sur les patients ».

[Infirmière-chef 10]

Finalement, au niveau institutionnel, elles déplorent le manque de reconnaissance salariale de la profession infirmière, essentiellement féminine. Elles estiment que la complexité des soins plus élevée reliée au statut universitaire de l'hôpital, devrait se traduire par une plus grande reconnaissance salariale.

« Tu sais, on est encore un milieu féminin qui est sous-payé versus les autres. Les uniformes ne sont pas fournis versus les policiers. Tu sais, on risque notre vie également : les blessures, les burnout, les patients contaminés, les tuberculoses. La violence aussi ».

[Infirmière-chef 15]

3.2.2 Stratégies utilisées

Stratégie de consultation vs stratégie de participation

Les infirmières du groupe 1 consultent le personnel, ou une partie de leur personnel, lors de la prise de décisions.

C'est sûr que je regarde la majorité des choses avec mes assistantes. On s'assoit ensemble, je m'assois avec les préposés des fois. Mais c'est plus difficile ».

[Infirmière-chef 17]

Au contraire du groupe 1, les infirmières-chefs du groupe 2 font participer le personnel aux décisions le concernant, et de l'amener à trouver des solutions aux problèmes relatifs à son environnement de travail, en le stimulant intellectuellement.

« Puis, on les fait participer le plus possible. Quand il y a une problématique, on essaie de les faire participer pour trouver des solutions. Puis quand ils font partie de la solution ou ils essaient de trouver des solutions, ils se sentent vraiment partie prenante de l'organisation puis je pense que c'est vraiment positif d'agir comme ça ».

[Infirmière-chef 7]

Stratégie de communication indirecte vs interpersonnelle

Les infirmières-chefs du groupe 1 informent le personnel en utilisant une communication unidirectionnelle, grâce à des médias, tels qu'un babillard placé à un endroit stratégique de l'unité de soins ou l'intranet.

« Je pense qu'il faut bien expliquer le changement, [...].Tu sais, la consultation puis les tenir au courant régulièrement. Faire des petites rencontres, régulièrement.

[Infirmière-chef 3]

Les infirmières-chefs du groupe 2 utilisent davantage une communication bidirectionnelle ou interpersonnelle, en laissant à leur personnel le soin de s'exprimer et en gardant une attitude d'ouverture.

« Moi, par exemple, ma porte est toujours toujours ouverte. Je n'ai pas besoin de rendez-vous pour rencontrer mes employés. Ils débarquent dans mon bureau ».

[Infirmière-chef 6]

Stratégies axées sur le recours à des experts versus des techniques d'apprentissage organisationnel

Les infirmières-chefs du groupe 1, lors de la mise en place d'interventions compatibles avec un 'milieu de travail promoteur de santé', mobilisent essentiellement des ressources externes à l'unité de soins, mais internes à l'organisation. Elles font ainsi appel au soutien de leur supérieur hiérarchique immédiat.

« [...] la co gestionnaire, elle me supporte beaucoup beaucoup [...] Puis il y a la direction des soins infirmiers qui ont eux autres une panoplie de conseillères à tous les niveaux ».

[Infirmière-chef 3]

Elles proposent aussi de se faire aider par les conseils de différentes directions de l'établissement possédant des expertises particulières.

« Puis moi j'ai dis je ne peux pas faire des méga changements comme ça toute seule, je ne peux pas. [...] ça prend des ressources externes, ça prend des gens qui ont des compétences. [...] Il y a le conseiller en relations de travail beaucoup aussi qui nous supporte dans ces démarches-là. [...] il y a des conseillers de garde aussi que tu peux appeler ».

[Infirmière-chef 3]

Afin de diminuer la charge de travail des infirmières, elles proposent d'introduire d'autres catégories de personnel au sein des équipes, telles les infirmières auxiliaires. Ces dernières, pouvant réaliser de nombreux actes auparavant uniquement réservés aux infirmières, peuvent ainsi permettre aux infirmières de se centrer sur leurs tâches.

« Si on n'avait que les infirmières, on ne pourrait jamais y arriver. [...] Donc si on veut que les infirmières fassent vraiment le travail qu'elles doivent faire - puis il doit être fait ce travail-là - il faut qu'on travaille avec des infirmières auxiliaires ».

[Infirmière-chef 18]

Enfin, elles proposent de se faire aider par des collègues infirmières-chefs d'autres unités de soins, disposant d'une expérience dans les interventions envisagées.

« Il y a des gens qui ont développé comme les 12 heures là, qui l'ont développé sur leurs unités, puis qui sont prêts à venir nous aider ».

[Infirmière-chef 2]

Les infirmières-chefs du groupe 2 proposent quant à elles d'utiliser la créativité et l'improvisation, en prenant le risque de commettre des erreurs.

« J'improvise beaucoup moi. Pour faire une histoire courte, je suis même pas bachelier, j'ai un DEC. Et j'improvise beaucoup [...] ».

[Infirmière-chef 6]

Elles proposent aussi d'utiliser le fruit de leurs expériences personnelles vécues au sein de l'organisation ou dans d'autres organisations du réseau de la santé.

« Moi, je viens d'un autre centre hospitalier universitaire : McGill, le MUHC. Puis j'ai passé 11 ans de ma carrière là-bas. Les principes que j'apporte ici, c'est un peu ce que j'ai vécu moi-même là-bas. [...] Donc, c'est un mix un peu de mon expérience personnelle, de mes croyances à moi, et de ce que j'ai vécu en étant là-bas ».

[Infirmière-chef 15]

Stratégie axée sur la bureaucratie vs le professionnalisme

Les infirmières-chefs du premier groupe proposent de faire appel à l'autorité pour faire face aux problèmes tels que l'absentéisme.

« Les jeunes demandent beaucoup beaucoup. Puis celles qui s'absentent trop, [...] c'est sûr qu'ils ont un dossier qui les attend. Fais que ça, moi je traite les dossiers très vite. Ils le savent ».

[Infirmière-chef 2]

Les infirmières chef du groupe 2 perçoivent l'importance de renforcer le professionnalisme pour améliorer l'implantation d'un 'milieu de travail promoteur de santé'. Dans cet objectif, elles privilégient tout d'abord l'encouragement à un plus haut niveau de formation.

« Moi, mon objectif personnel c'est de redresser tout ce qui est professionnalisme. [...] Je pense que c'est une obligation de ma part de me former au moins un minimum d'heures par année pour maintenir mon expertise. [...] Il faut que les gens soient imputables de leur profession [...] ». [...] Je suis prêt à descendre à moins une infirmière pour en envoyer une en formation, parce que pour moi c'est un investissement. À long terme, cette infirmière-là va s'épanouir ».

[Infirmière-chef 14]

Elles proposent ensuite de changer le mode de prestation des soins. Selon elles, cela doit se faire à travers un changement de mentalité des infirmières ayant plus d'ancienneté. En effet, ces dernières privilégient davantage les actes techniques ('être auprès du patient'), que d'autres interventions qui le sont moins (i.e. éducation, promotion de la santé, prévention des maladies, etc.).

[...] il faut revoir nos structures, changer notre mode de prestation de soins. Ça, c'est essentiel. Essentiel. Il faut que les infirmières, les anciennes infirmières, changent leur mentalité qu'ils se doivent d'être auprès du patient. [...] On voit beaucoup beaucoup de réticences parce que c'est sécurisant pour nos infirmières de faire ça ».

[Infirmière-chef 9]

Toujours dans l'espoir de renforcer le professionnalisme, les infirmières chef du groupe 2 proposent de faire appel aux valeurs de solidarité chez les infirmières pour renforcer les équipes, et diminuer l'absentéisme.

Plus tu t'absentes, plus tu dégarnis l'équipe [...]. Quand tu ne rentres pas, tu n'es pas remplacé. Fait que ça un impact sur les autres qui vont travailler le double de ce qu'ils doivent travailler. Et on n'en finit pas. [...] Puis tu sais, je me dis, quelqu'un qui manque à répétition comme ça, ben ayez une petite jasette avec à un moment donné. [...] C'est sûr, les autres ne disent jamais rien. Mais moi je dis aux autres : c'est à vous autres à gérer ça aussi.

[Infirmière-chef 4]

Cette solidarité peut non seulement s'exprimer entre les infirmières elles-mêmes, mais également entre elles et l'infirmière-chef, dans l'instauration d'une relation de donnant-donnant.

« Lorsque les gens font leur demande pour l'horaire, s'ils demandent des fériés, je ne les refuse pas. [...] puis je pense que quand ils sont heureux là-dedans, ça me revient en bout de ligne. C'est un échange de bons services. Quand moi j'ai des gros besoins, j'aborde ces gens-là qui ont eu des faveurs, si on peut dire, et puis ils vont me faire des temps supplémentaires, ou des nuits, même si c'est des gens de jour ».

[Infirmière-chef 6]

Finalement, les infirmières-chefs du groupe 2 proposent d'utiliser le coaching, en transférant leurs habiletés de leadership aux infirmières de leur unité de soins.

« Je dis : qu'est-ce que tu aspires à faire plus tard ? Elle dit : 'moi, je veux ta job un jour'. Il y aurait pu avoir des gens qui auraient pu se sentir menacés face à ça. Moi, au contraire, j'ai dit : mon Dieu je vais te pousser. Tu n'auras peut-être pas la mienne, mais je vais t'encourager à peut-être devenir chef un jour puis je vais faire ce qu'il faut. Je l'ai tout de suite entraîné pour qu'elle devienne assistante, remplaçante du moins. Et puis, ça l'a encouragée ».

[Infirmière-chef 6]

4. Discussion

L'objectif de cette étude est d'examiner les perceptions qu'ont les infirmières-chefs de l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' pour les infirmières. Les résultats révèlent des similitudes et des différences dans leurs perceptions.

4.1 Les similitudes

Les résultats indiquent que les infirmières-chefs perçoivent l'utilité du 'milieu de travail promoteur de santé'. Ces résultats sont semblables à ceux des études ayant porté sur le projet HPS (Dedobbeleer et al., 2009; Delobelle et al., 2011; Groene, Garcia-Barbero, et al., 2005). Cependant, contrairement aux autres études, bien qu'elles estiment le 'milieu de travail promoteur de santé' compatible avec les valeurs véhiculées par l'organisation, les infirmières-chefs relèvent un écart entre celles-ci et les pratiques observées sur le terrain.

Si l'ensemble des infirmières-chefs interrogées estime faisable l'implantation d'un 'milieu de travail promoteur de santé', elles notent toutefois certains obstacles. Tout d'abord, l'organisation souffrait d'une pénurie importante d'infirmières au moment des entrevues. Cette pénurie n'est pas le reflet d'une situation isolée, mais s'inscrit dans un contexte pouvant être généralisé au Québec en particulier (Bougie et Cara, 2008), mais aussi au Canada (Tomblin et al., 2012) et à de nombreux autres pays industrialisés en général (Oulton, 2006). On assiste ici à une situation paradoxale, où la pénurie constitue un obstacle à l'implantation d'un 'milieu de travail promoteur de santé' (Guo et al., 2007; Lin et al., 2009), tandis qu'un tel milieu est souhaité pour y mettre fin (Parsons et al., 2006). Le manque de ressources financières est également décrié par les infirmières-chefs. Cet obstacle est souvent cité dans les études portant sur l'implantation du projet HPS (Guo et al., 2007; Lin et al., 2009; Tountas et al., 2004). On peut penser que le manque de volonté politique des acteurs de la gouverne est peut-être étroitement lié au budget disponible, comme le suggèrent Guo et al. dans leur étude sur l'attitude des gestionnaires dans l'implantation du projet HPS (Guo et al., 2007). Dans les théories sur les innovations dans les services de santé, le manque de ressources humaines est clairement identifié comme un obstacle à l'implantation des innovations (Damschroder et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004; Weiner, 2009).

Le manque de volonté politique de la part de la gouverne est unanimement perçu comme un obstacle par les infirmières-chefs. Ceci rejoint les observations faites par Guo et al. et Tountas et al., montrant que le manque de volonté politique nuisait à l'implantation du projet HPS (Guo et al., 2007a; Tountas et al., 2004). Les théoriciens de l'innovation notent que cette volonté politique est pourtant essentielle dans l'implantation d'une innovation (Chuang, Jason, & Morgan, 2011; Damschroder et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004), particulièrement du projet HPS (Delobelle et al., 2011; Guo et al., 2007; Johnson & Baum, 2001; Tountas et al., 2004; Whitelaw et al., 2011). En effet, grâce à cette dernière, une infrastructure peut se mettre en place et soutenir l'implantation du projet HPS.

Un troisième obstacle unanimement relevé par les participantes est la communication déficiente au sein de l'organisation, confirmant ainsi les résultats obtenus par Lin en Chine (Lin et al., 2009). Les infirmières-chefs participant à notre étude n'avaient elles-mêmes reçu que peu ou pas d'information au sujet du projet HPS. Plusieurs auteurs considèrent la communication intra organisationnelle comme un élément-clé du succès d'implantation d'une innovation (Simpson & Dansereau, 2007), particulièrement dans une organisation de santé (Damschroder et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004). Hage et Aiken soulignent que la structure hiérarchique peut nuire à l'établissement d'une communication fluide (Hage & Aiken, 1967). Dans le cadre de l'étude, une nouvelle direction chargée des différents regroupements de clientèles avait été créée, faisant en sorte d'ajouter un palier entre la gouverne et les infirmières chef de l'établissement, ce qui pourrait avoir eu comme effet de complexifier la communication verticale.

Finalement, contrairement à la littérature existante, nos résultats indiquent qu'une adaptation des conventions collectives des infirmières aux besoins des infirmières de la génération Y pourrait être souhaitable, tout en conservant les protections sociales qui y sont prévues (Contandriopoulos & de Pouvourville, 1991). Il s'agit cependant d'un exercice difficile, où les infirmières ayant davantage d'ancienneté souhaitent garder leurs privilèges tandis que les nouvelles diplômées souhaitent s'en prévaloir dès leur entrée dans la profession.

4.2. Les différences

Les résultats obtenus nous ont permis, lors de l'analyse des différences, de distinguer deux groupes d'infirmières-chef proposant chacun des stratégies différentes pour l'implantation d'un 'milieu de travail promoteur de santé'.

Les deux groupes se distinguent, premièrement, au niveau de l'ampleur du changement à effectuer. En effet, tandis que le premier groupe propose une stratégie axée seulement sur des modifications de l'environnement physique, le deuxième groupe propose une stratégie axée sur la modification de l'ensemble de l'organisation. La stratégie du premier groupe est de mettre en place des projets faits sur mesure et adaptés à des problématiques vécues localement. Selon Johnson et Baum, la stratégie du 1^{er} groupe peut constituer un point de départ pour les hôpitaux souhaitant devenir promoteurs de santé, et s'inscrit davantage dans l'évolution que dans la transformation de la structure hospitalière (Johnson & Baum, 2001). Toujours selon les mêmes auteurs, cette stratégie est cependant limitée puisque des modifications de l'environnement physique ne permettent pas à elles seules de développer un milieu de travail promoteur de santé. Whitelaw et al. et Scriven critiquent également cette stratégie très pragmatique car elle ne touche pas l'ensemble de l'organisation, et ne peut ainsi créer une masse critique de personnes sensibilisées par le projet HPS, ni en pérenniser l'implantation (Scriven, 1998; Whitelaw et al., 2011; Whitelaw et al., 2006). Finalement, Whitehead pense que cette stratégie ne peut fonctionner qu'à condition d'être considérée par l'hôpital comme un tremplin pour une réforme touchant l'ensemble de l'organisation (Whitehead, 2005). La stratégie du 2^{ème} groupe, proposant d'agir sur la structure organisationnelle, en améliorant sa flexibilité, constitue selon les résultats de la revue de littérature de Greenhalgh et al. un déterminant de l'implantation d'une innovation dans une organisation de santé (Greenhalgh et al., 2004). Ce groupe demande ainsi une plus grande autonomie décisionnelle pour les unités de soins. À ce sujet, plusieurs études rapportent des impacts positifs, compatibles avec un 'milieu de travail promoteur de santé'. Ainsi, la décentralisation de la prise de décision au profit des infirmières-chefs des unités de soins, permet d'améliorer la satisfaction de travail, de diminuer l'absentéisme (Song, Daly, Rudy, Douglas, & Dyer, 1997) et d'améliorer la rétention des infirmières (Weisman, Gordon, Cassard, Bergner, & Wong, 1993). Les résultats de notre étude suggèrent que la gouvernance

partagée, définie par Porter-O'Grady comme une 'gouvernance basée sur l'imputabilité, partageant le pouvoir, le contrôle, et la prise de décision avec les infirmières' (Porter-O'Grady, 1992), pourrait faciliter l'implantation d'un 'milieu de travail promoteur de santé' chez les infirmières. En effet, plusieurs études, dont une revue de littérature effectuée par O'May et Buchan, montrent que la gouvernance partagée permet d'améliorer le milieu de travail des infirmières et leur satisfaction (Force, 2005; O'May & Buchan, 1999; Prince, 1997; Wilson, Squires, Widger, Cranley, & Tourangeau, 2008).

Le deuxième groupe souhaite également une réforme culturelle visant à centrer l'ensemble des interventions sur les patients. Cela reflète le contexte actuel dans lequel il est difficile d'assurer de la congruence entre les besoins des patients et ceux de l'organisation (Hart, 2005). Les résultats de plusieurs études montrent un lien entre la capacité des organisations à offrir des soins centrés sur le patient et la satisfaction des infirmières (Rathert & May, 2007; Suhonen, Gustafsson, Katajisto, Välimäki, & Leino-Kilpi, 2010; Tellis-Nayak, 2007), ce qui laisse penser que cette réforme culturelle est compatible avec l'implantation d'un 'milieu de travail promoteur de santé'.

Une meilleure rémunération est souhaitée par les infirmières chef du groupe 2, qui estiment que la complexité des soins entraînée par le statut universitaire de l'hôpital devrait être financièrement reconnue. Bien qu'il s'agisse d'une préoccupation récurrente et légitime chez les infirmières (Newman, Maylor, & Chansarkar, 2002), les études montrent que les conditions de travail sont jugées par les infirmières elles-mêmes comme plus urgentes (Lu, While, & Louise Barriball, 2005).

Les deux groupes se distinguent ensuite par le niveau d'implication qu'ils souhaitent obtenir de la part de leur personnel. Ainsi, le groupe 1 privilégie la consultation des employés au sujet des décisions, sans toutefois les faire participer activement au processus. Le groupe 2 propose quant à lui de faire participer l'ensemble du personnel à la recherche d'une solution pour une problématique donnée. Selon les résultats des revues de littérature de Greenhalgh et al. et Damschroder et al., la mise en place d'un climat d'apprentissage (*learning climate* chez Damschroder et al., *absorptive capacity for new knowledge* chez Greenhalgh et al.), propice à améliorer le niveau de préparation organisationnel à l'implantation de l'innovation, passe par l'implication du personnel (Damschroder et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004). Ceci fait

d'ailleurs partie des recommandations de Vienne (World Health Organization, 1997) proposées pour définir le projet HPS. Certaines réflexions ayant porté sur le projet HPS recommandent l'utilisation d'une approche participative lors de l'implantation d'un 'milieu de travail promoteur de santé', car elle permet de renforcer l'autonomisation du personnel (Hancock, 1999; Parsons, 1999; Pelikan et al., 2001). En ce qui concerne les infirmières, leur participation à la prise de décision est d'autant plus importante que leur détresse psychologique est élevée (Corley, 2002; Watson et al., 2009), particulièrement au Québec (Bourbonnais, Comeau, Vezina, & Dion, 1998; Harrisson, Loiselle, Duquette, & Semenic, 2002). En effet, plusieurs études suggèrent d'augmenter la latitude décisionnelle des infirmières afin de diminuer leur détresse psychologique (Chang, Hancock, Johnson, Daly, & Jackson, 2005; Corley, 2002; Lavoie-Tremblay, Wright, et al., 2008), en lien avec le modèle du stress au travail développé par Karasek (Karasek & Theorell, 1990). Ainsi, les résultats suggèrent que la stratégie participative utilisée par le groupe 2 pourrait améliorer l'implantation d'un 'milieu de travail promoteur de santé'.

Les deux groupes se distinguent au niveau du type de communication à privilégier dans l'organisation, soit indirecte ou interpersonnelle. Plusieurs études dans le domaine de la communication effectuent cette distinction, entre communication indirecte utilisant un médium, efficace pour diffuser de l'information, et celle interpersonnelle, nécessaire pour modifier les comportements (Gumpert & Cathcart, 1982; Valente, 1996; Valente & Fosados, 2006). Une étude visant à comparer les caractéristiques des leaders infirmiers magnétiques vs non magnétiques a montré que ceux magnétiques possédaient des talents de communicateur, au contraire de ceux non-magnétiques (Upenieks, 2003a). La communication intra organisationnelle est un facteur prépondérant dans l'implantation d'une innovation (Rogers, 2003), particulièrement dans le domaine de la santé (Damschroder & Hagedorn, 2011; Greenhalgh et al., 2004). La communication indirecte utilisée par le groupe 1, c'est-à-dire la transmission d'un message via un médium (Pavlik & McIntosh, 2011), peut être utile lors de la transmission d'informations de nature générale. Cependant, lors de l'implantation d'une innovation, les résultats indiquent que cette communication n'est souvent pas assez spécifique pour surmonter la résistance au changement (Fidler & Johnson, 1984). Les données de notre étude semblent préconiser, comme Rogers, l'utilisation de canaux de communication

interpersonnels lors de l'implantation d'une innovation (Rogers, 2003). La communication interpersonnelle est en effet souhaitable lors de l'implantation de milieux de travail promouvant la santé des employés (Sparks, Faragher, & Cooper, 2001; Wilson, Dejoy, Vandenberg, Richardson, & McGrath, 2004), dont ceux des établissements de santé (Gunnarsdóttir & Björnsdóttir, 2003), et plus particulièrement des infirmières (Thyer, 2003; Whitehead, 2006). L'utilisation de la communication interpersonnelle lors de l'implantation de milieux de travail promouvant la santé des infirmières fait partie des recommandations émises par la Nursing Organizations Alliance (2004).

Les deux groupes se distinguent également au sujet du type d'apprentissage envisagé. Nous n'avons pas pu retrouver cette distinction dans la littérature. Pour implanter un 'milieu de travail promoteur de santé', les infirmières-chef du groupe 1 ont tendance à avoir recours à des experts présents dans leur organisation. Au contraire, celles du groupe 2 font appel à leur intuition, c'est-à-dire à des connaissances exclusivement tacites (Lam, 2000), et n'hésitent pas à prendre des risques. Bien que ces deux types de stratégies soient compatibles avec des techniques d'apprentissage organisationnel (Rushmer, Kelly, Lough, Wilkinson, & Davies, 2004), et donc à l'implantation d'un 'milieu de travail promoteur de santé' (Pelikan, Krajic, & Dietscher, 2001; World Health Organization, 1997), il semble que la stratégie utilisée par le deuxième groupe soit à privilégier. En effet, l'implantation d'une innovation étant un processus complexe, l'apprentissage et la créativité permettent de surmonter les obstacles, en leur opposant des solutions originales (Klein & Knight, 2005; West, 2002). Klein et Rushmer et al. insistent d'ailleurs sur le fait que les leaders des équipes fortement orientées vers l'apprentissage organisationnel n'hésitent pas à prendre des risques ni à commettre des erreurs (Klein & Knight, 2005; Rushmer et al., 2004). Des leaders créatifs et tournés vers l'apprentissage sont aussi davantage capables de mettre en place des environnements de travail améliorant la satisfaction des infirmières et leur rétention (Force, 2005; Sellgren, Ekvall, & Tomson, 2008), ce qui est entièrement compatible avec un 'milieu de travail promoteur de santé'. Notre étude suggère, comme celle de Barnsley, que les acteurs stratégiques d'un établissement de santé devraient encourager la créativité et l'expérimentation chez leurs gestionnaires de première ligne, lors de l'implantation d'une innovation, même au risque d'un échec (Barnsley, Lemieux-Charles, & McKinney, 1998). Au niveau théorique, l'apprentissage

organisationnel est clairement reconnu comme un facteur influençant le NPO (Damschroder et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004; Weiner, 2009).

Finalement, notre étude permet de distinguer deux groupes aux modes de gestion différents. Ceci rejoint les résultats obtenus par Upenieks lors de son étude de comparaison entre les leaders infirmiers magnétiques, orientés vers le développement professionnel, et ceux non magnétiques, davantage orientés vers la gestion (Upenieks, 2003b). Ainsi, dans notre étude, le groupe 1 envisage une stratégie axée sur la bureaucratie tandis que le deuxième groupe préfère une stratégie axée sur le professionnalisme. Alors que le premier groupe privilégie l'autorité et une division du travail basée sur des règles strictes, le deuxième groupe préfère miser sur le développement et l'empowerment des professionnels. Mintzberg nous rappelle qu'un hôpital est une bureaucratie professionnelle, et voit donc ces deux types de stratégies coexister en permanence (Mintzberg, 1989). Ces deux types de stratégies sont nécessaires car, d'une part, la qualité des soins nécessite la mise en place de protocoles et de règles à respecter, et d'autre part, les professionnels ont besoin de beaucoup d'autonomie pour se développer (Hall, 1968). Trop peu de bureaucratie nuira autant qu'une bureaucratie rigide nuira au changement et à l'innovation au niveau local (Thomas et al., 2005). Ainsi donc, à l'instar d'Anderson, ces résultats ne signifient pas qu'il faille se départir de toute pratique bureaucratique, mais plutôt trouver un équilibre entre trop et pas assez d'encadrement, afin de ne pas nuire à l'innovation et à l'apprentissage organisationnel (Anderson, Issel, & McDaniel, 2003). Cependant, on note que les unités de soins sont des milieux de travail traditionnellement bureaucratiques et paternalistes, et nuisent au développement professionnel des infirmières (Ritter-Teitel, 2002). Pourtant, les environnements encourageant le développement professionnel permettent de diminuer le taux d'épuisement professionnel, les taux de roulement (Aiken, Smith, & Lake, 1994), et d'améliorer la rétention des infirmières (Wynd, 2003), leur satisfaction (Laschinger, Finegan, & Shamian, 2001; Upenieks, 2003b) ainsi que la qualité des soins. Ce genre d'environnement est particulièrement prisé par celles de la génération Y (Lavoie-Tremblay, Leclerc, Marchionni, & Drevniok, 2010), c'est-à-dire les infirmières nées après 1980, et son implantation fait d'ailleurs partie des recommandations-clés visant à mettre en place des environnements de travail sains (Registered Nurses' Association of Ontario, 2007). Ainsi, les résultats de notre étude semblent indiquer la nécessité de mettre l'emphase sur une stratégie de

professionnalisation plutôt que de bureaucratisation, lors de l'implantation d'un 'milieu de travail promoteur de santé' chez les infirmières. À ce sujet, conformément aux suggestions de plusieurs participantes du groupe 2, les travaux en ce domaine suggèrent de mettre l'emphase sur la responsabilité individuelle des infirmières en faisant appel à leur solidarité en tant que membres interdépendantes d'une même équipe (Clark, 2009), de revoir le mode de prestation des soins (Cormack et al., 2007; Fairbrother, Jones, & Rivas, 2010; Shirey, 2008; Venturato & Drew, 2010), et d'améliorer les habiletés de leadership des infirmières (George et al., 2002). Dans la littérature portant sur le projet HPS, plusieurs auteurs notent l'importance du développement des compétences du personnel dans le seul domaine de la promotion de la santé (Guo et al., 2007; Hancock, 1999; Whitelaw et al., 2011; Whitelaw et al., 2006). Cependant, dans le cadre de cette étude, on suggère l'amélioration de l'ensemble des compétences professionnelles des infirmières, ainsi que le renforcement du respect de valeurs telles que la responsabilité individuelle et la solidarité. Finalement, dans son modèle, les résultats de la revue de littérature de Greenhalgh et al. montrent l'importance du développement des compétences du personnel, car d'après ceux-ci, les ressources humaines influencent l'implantation d'une innovation. Toutefois, son modèle est général et ne porte pas sur une innovation en particulier. Ainsi, dans notre étude, les infirmières ne sont pas seulement appelées à implanter une innovation ; elles en font aussi partie, puisque le développement de leur professionnalisme devrait améliorer l'implantation d'un 'milieu de travail promoteur de santé'.

4.3 Deux types de leaders

Les différences observées dans notre étude correspondent à deux types de leadership. Tout d'abord, les infirmières-chefs du groupe 2 mettent l'accent sur une transformation de l'organisation à travers une révision des politiques organisationnelles, souhaitant ainsi changer les systèmes existants pour accommoder leur vision plutôt que le contraire. Elles encouragent également le développement des infirmières, en les faisant participer à la prise de décision et en leur transférant des responsabilités. Selon plusieurs auteurs, pour toutes ces raisons, on peut définir les infirmières-chef du groupe 2 comme étant des leaders transformationnels (Bass & Avolio, 1993; Howell & Avolio, 1993; Sofarelli & Brown, 1998). Les infirmières chef du groupe 1, imprégnées de la culture organisationnelle existante, agissent de manière plus

conventionnelle. Plutôt que de mettre en place leur propre vision et d'utiliser leur intuition, elles préfèrent avoir recours aux experts présents dans l'organisation. Au contraire du groupe 2, elles prennent leurs décisions et en informent ensuite leur personnel, et utilisent des canaux de communication indirects. De plus, leurs décisions sont prises selon les normes en vigueur, parfois en faisant preuve d'autorité. Pour ces raisons, elles peuvent être assimilées à des leaders transactionnelles (Bass & Avolio, 1993; Howell & Avolio, 1993; Sofarelli & Brown, 1998).

Implications pour les politiques d'intervention

Plusieurs auteurs notent l'importance d'encourager le leadership lors de l'implantation d'un 'milieu de travail promoteur de santé' (Johnson & Baum, 2001; Whitelaw et al., 2011; Whitelaw et al., 2006). Toutefois, les résultats suggèrent que ce leadership devrait être de type transformationnel. Plusieurs études montrent que les leaders transformationnels sont plus à même d'implanter des milieux de travail améliorant la rétention des infirmières, leur satisfaction et leur moral (Force, 2005; McDaniel & Wolf, 1992; Sofarelli & Brown, 1998; Thyer, 2003; Upenieks, 2003a; Upenieks, 2003b). Ceci est important pour les organisations de santé, qui devraient dès lors s'efforcer de recruter des gestionnaires possédant non seulement des compétences techniques en gestion mais surtout des habiletés de leadership capables de transformer les environnements dans lesquels ils seront situés. Pour les gestionnaires en place, des formations en leadership pourraient être offertes.

Certaines leçons sont à tirer de nos résultats. Au niveau de l'intervention, nos résultats permettent de contribuer à une meilleure compréhension du mode de gestion à privilégier lors de l'implantation d'un 'milieu de travail promoteur de santé', et laissent penser qu'un mode de gestion participatif et axé sur le développement du professionnalisme, avec une prise de décision décentralisée, permet de l'influencer favorablement.

Implications pour la recherche

Au niveau de la recherche, étant donné l'influence possible de la culture organisationnelle propre à chacun des trois sites du CHU sur les perceptions des infirmières-chefs, il serait pertinent d'explorer cet aspect. Il serait également utile de répéter cette étude dans le cadre de cas multiples, afin d'examiner si les mêmes résultats sont observés dans les différents sites.

Alors que notre étude s'est déroulée dans un hôpital universitaire situé en milieu urbain, d'autres recherches pourraient avoir lieu dans des organisations de santé situées dans des territoires semi urbains et ruraux. Bien sûr, nous encourageons d'autres études destinées à vérifier la capacité des stratégies identifiées dans cette étude à influencer positivement l'implantation d'un 'milieu de travail promoteur de santé'.

5. Conclusions

Dans cette étude, la parole a été donnée aux cadres intermédiaires que sont les infirmières-chefs, ce qui, à notre connaissance, se fait peu dans les autres études. Ceci est important car les infirmières-chefs sont directement impliquées dans l'implantation d'un milieu de travail promoteur de santé. Nos résultats ont révélé un des éléments importants dans l'évaluation du contexte interne, soit le leadership des infirmières-chefs, et plus particulièrement celui transformationnel. Nos résultats ont également montré qu'aucune infirmière-chef ne nie l'utilité et la compatibilité du sous-projet avec les valeurs organisationnelles. Cependant, la pénurie d'infirmières, le manque de volonté politique de la gouverne, le manque de flexibilité du syndicat et la communication déficiente, constituent des obstacles à l'implantation.

Références

- Agrément Canada. (2007). *Une stratégie d'action visant un système canadien de soins de santé efficace et viable grâce à un milieu de travail sain*. Repéré à : <http://www.qwqhc.ca/docs/2007-QWQHC-A-Notre-Porte.pdf>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *The Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223-229.
- Aiken, L. H., Smith, H. L., & Lake, E. T. (1994). Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*, 32(8), 771-787.
- Anderson, R. A., Issel, L. M., & McDaniel, R. R. Jr. (2003). Nursing Homes as Complex Adaptive Systems: Relationship Between Management Practice and Resident Outcomes. *Nursing Research*, 52(1), 12-21.
- Barnsley, J., Lemieux-Charles, L., & McKinney, M. M. (1998). Integrating Learning into Integrated Delivery Systems. *Health Care Management Review*, 23(1), 18-28.
- Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1993). Transformational leadership and organizational culture. *Public Administration Quarterly*, 17(1), 112-121.
- Bougie M, Cara C. (2008). Temps supplémentaire obligatoire. *Perspective Infirmière*, 5(8), 32-40.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Vezina, M., & Dion, G. (1998). Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. *American Journal of Industrial Medicine*, 34(1), 20-28.
- Bradley, E. H., Schlesinger, M., Webster, T. R., Baker, D., & Inouye, S. K. (2004). Translating Research into Clinical Practice: Making Change Happen. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(11), 1875-1882.
- Chang, E. M., Hancock, K. M., Johnson, A., Daly, J., & Jackson, D. (2005). Role stress in nurses: review of related factors and strategies for moving forward. *Nursing & Health Sciences*, 7(1), 57-65.
- Chu, C., Breucker, G., Harris, N., Stitzel, A., Gan, X., Gu, Xueqi, & Dwyer, S. (2000). Health-promoting workplaces, an international settings development. *Health Promotion International*, 15(2), 155-167.
- Chu, C., Driscoll, T., & Dwyer, S. (1997). The health-promoting workplace: an integrative perspective. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 21(4), 377-385.
- Chuang, E., Jason, K., & Morgan, J.C. (2011). Implementing complex innovations: Factors influencing middle manager support. *Health Care Management Review*, 36(4), 369-379.
- Clair, M. (2000). *Les solutions émergentes*. Québec: Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Repéré sur le site du Ministère de la santé et des services sociaux: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-109.pdf>
- Clark, P. R. (2009). Teamwork: building healthier workplaces and providing safer patient care. *Critical Care Nursing Quarterly*, 32(3), 221-231.

- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L. & Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer*. Montréal, Québec: Gaëtan Morin.
- Contandriopoulos, A.P., de Pouvoirville, G. (1991). *Entre constructivisme et libéralisme: la recherche d'une troisième voie*. (Publication N91-03) Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Université de Montréal.
- Corley, M. C. (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*, 9(6), 636-650.
- Cormack, C., Hillier, Loretta M., Anderson, K., Cheeseman, A., Clift, J., Fisher, M.-J., & Glaves, N. (2007). Practice Change: The Process of Developing and Implementing a Nursing Care Delivery Model for Geriatric Rehabilitation. *The Journal of Nursing Administration*, 37(6), 279-286
- Currie, G., & Procter, S.J. (2005). The antecedents of middle managers strategic contribution: The case of a professional bureaucracy. *Journal of Management Studies*, 42(7), 1325-1356.
- Damschroder, L. J., & Hagedorn, H. J. (2011). A guiding framework and approach for implementation research in substance use disorders treatment. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 25(2), 194-205.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(50).
- De Kervasdoué, J. (2003). *La crise des professions de santé*. Paris, France: Dunod.
- Dedobbeleer, N., Contandriopoulos, A.-P., Nguyen, H., Rousseau, L., Lamothe, L., & Beaumont, M. (2009). *La dernière réforme dans le système de santé et des services sociaux du Québec et la fenêtre d'opportunité pour l'adoption du concept de l'OMS « hôpitaux promoteurs de santé »*. Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (Ed.). Montréal, Québec: Université de Montréal.
- Delobelle, P., Onya, H., Langa, C., Mashamba, J., & Depoorter, A.-M. (2011). Pilot Health Promoting Hospital in rural South Africa: evidence-based approach to systematic hospital transformation. *Global Health Promotion*, 18(1), 47-50.
- Dopson, S., & Fitzgerald, L. (2006). The role of the middle manager in the implementation of evidence based health care. *Journal of Nursing Management*, 14(1), 43-51.
- Fairbrother, G. Jones, A., & Rivas, K. (2010). Changing model of nursing care from individual patient allocation to team nursing in the acute inpatient environment. *Contemporary Nurse*, 35(2), 202-220.
- Fidler, L. A., & Johnson, J. D. (1984). Communication and Innovation Implementation. *The Academy of Management Review*, 9(4), 704-711.

- Force, M. V. (2005). The Relationship Between Effective Nurse Managers and Nursing Retention. *The Journal of Nursing Administration*, 35(7-8), 336-341.
- George, V., Burke, L. J., Rodgers, B., Duthie, N., Hoffmann, M. L., Koceja, V., & Gehring, L. L. (2002). Developing Staff Nurse Shared Leadership Behavior in Professional Nursing Practice. *Nursing Administration Quarterly*, 26(3), 44-59.
- Gladu, F.-P. (2007). *La pénurie réelle ou ressentie de médecins de famille au Québec: Peux-t-on y remédier?* Canadian Family Physician 53(11): 1871-1873.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
- Groene, O., Garcia-Barbero, M. (2005). *Health promotion in hospitals : evidence and quality management*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. (9^{ème} éd.). Newbury Park, Californie: Sage Publications.
- Gumpert, G., & Cathcart, R.S. (1986). *Inter/media: interpersonal communication in a media world*: (3^{ème} éd.). New York, USA : Oxford University Press.
- Gunnarsdóttir, S., & Björnsdóttir, K. (2003). Health promotion in the workplace: the perspective of unskilled workers in a hospital setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(1), 66-73.
- Guo, X. H., Tian, X. Y., Pan, Y. S., Yang, X. H., Wu, S. Y., Wang, W., & Lin, V. (2007). Managerial attitudes on the development of health promoting hospitals in Beijing. *Health Promotion International*, 22(3), 182-190.
- Hage, J., & Aiken, M. (1967). Program change and organizational properties. A comparative analysis. *American Journal of Sociology*, 72(5), 503-519.
- Hall, R. H. (1968). Professionalization and Bureaucratization. *American Sociological Review*, 33(1), 92-104.
- Ham, C. (2003). Improving the performance of health services: the role of clinical leadership. *Lancet*, 361(9373), 1978-1980.
- Hancock, T. (1999). Creating health and health promoting hospitals: a worthy challenge for the twenty-first century. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 12(2-3), viii-xix.
- Harrisson, M., Loiselle, C. G., Duquette, A., & Semenic, S. E. (2002). Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec. *Journal of Advanced Nursing*, 38(6), 584-591.
- Hart, S. E. (2005). Hospital ethical climates and registered nurses' turnover intentions. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(2), 173-177.
- Havens, D. S., & Aiken, L. H. (1999). Shaping systems to promote desired outcomes. The magnet hospital model. *The Journal of Nursing Administration*, 29(2), 14-20.

- Health Canada. (2002). *Our Health, Our Future: Creating Quality Workplaces for Canadian Nurses : Final Report*. Ottawa: Advisory Committee on Health Human Resources.
- Howell, J. M., & Avolio, B. J. (1993). Transformational leadership, transactional leadership, locus of control, and support for innovation: Key predictors of consolidated-business-unit performance. *Journal of Applied Psychology, 78*(6), 891-902.
- Johnson, A., & Baum, F. (2001). Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Health Promotion International, 16*(3), 281-287.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, USA: Basic Books.
- Klein, K. J., & Knight, A. P. (2005). Innovation implementation: Overcoming the challenge. *Current Directions in Psychological Science, 14*(5), 243-246.
- Kramer, M., Maguire, P., Schmalenberg, C., Brewer, B., Burke, R., Chmielewski, L., & Waldo, M. (2007). Nurse Manager Support: What Is It? Structures and Practices That Promote It. *Nursing Administration Quarterly, 31*(4), 325-340.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. E. (2003). Magnet hospital nurses describe control over nursing practice. *Western Journal of Nursing Research, 25*(4), 434-452.
- Kramer, M., Maguire, P., & Brewer, B. B. (2011). Clinical nurses in Magnet hospitals confirm productive, healthy unit work environments. *Journal of Nursing Management, 19*(1), 5-17.
- Lam, A. (2000). Tacit Knowledge, Organizational Learning and Societal Institutions: An Integrated Framework. *Organization Studies, 21*(3), 487-513.
- Laschinger, H. K., Finegan, J., & Shamian, J. (2001). The impact of workplace empowerment, organizational trust on staff nurses' work satisfaction and organizational commitment. *Health Care Management Review, 26*(3), 7-23.
- Lavoie-Tremblay, M., Leclerc, E., Marchionni, C., & Drevniok, U. (2010). The needs and expectations of generation Y nurses in the workplace. *Journal for Nurses in Staff Development, 26*(1), 2-8.
- Lavoie-Tremblay, M., O'Brien-Pallas, L., Gelinis, C., Desforges, N., & Marchionni, C. (2008). Addressing the turnover issue among new nurses from a generational viewpoint. *Journal of Nursing Management, 16*(6), 724-733.
- Lavoie-Tremblay, M., Wright, D., Desforges, N., Gelinis, C., Marchionni, C., & Drevniok, U. (2008). Creating a Healthy Workplace for New-Generation Nurses. *Journal of Nursing Scholarship, 40*(3), 290-297.
- Lin, Y. W., & Lin, Y. Y. (2011). Health-promoting organization and organizational effectiveness of health promotion in hospitals: a national cross-sectional survey in Taiwan. *Health Promotion International, 26*(3), 362-375.
- Lin, Y. W., Huang, H. L., & Tung, S. C. (2009). The organisational diagnosis of a Health Promoting Hospital in Taiwan. *Patient Education and Counseling, 76*(2), 248-253.

- Lobnig, H., Krajic, K. & Pelikan, J. M. (1998). The International WHO-Network of Health Promoting Hospitals: State of Development of Concepts and Projects. Dans H. Berger, K. Krajic & R. Paul (Ed.), *Health Promoting Hospitals in Practice: Developing Projects and Networks*. Gamburg, Allemagne : Conrad Health Promotion Publications.
- McDaniel, C., & Wolf, G. A. (1992). Transformational leadership in nursing service. A test of theory. *The Journal of Nursing Administration*, 22(2), 60-65.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2^{ème} éd.). Paris, France: De Boeck Université.
- Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on management : inside our strange world of organizations*. New York, USA: Free Press.
- Morjikian, R. L., Kimball, B., & Joynt, J. (2007). Leading change: the nurse executive's role in implementing new care delivery models. *The Journal of Nursing Administration*, 37(9), 399-404.
- Newman, K., Maylor, U., & Chansarkar, B. (2002). The nurse satisfaction, service quality and nurse retention chain : implications for management of recruitment and retention. *Journal of Management in Medicine*, 16(4-5), 271-291.
- Nursing Organizations Alliance. (2004). Principles and elements of a healthful practice/work environment. Repéré à : <http://www.aone.org/resources/leadership%20tools/PDFs/PrinciplesandElementsHealthfulWorkPractice.pdf>
- O'May, F., & Buchan, J.. (1999). Shared governance: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 36(4), 281-300.
- Oulton, J. A. (2006). The Global Nursing Shortage: An Overview of Issues and Actions. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 7(3 suppl), 34S-39S.
- Parsons, M. L. (1999). Health promoting organizations: a systems model for advanced practice. *Holistic Nursing Practice*, 13(4), 80-89.
- Parsons, M. L., Cornett, P. A., & Golightly-Jenkins, C. (2006). Creating healthy workplaces: Laying the groundwork by listening to nurse managers. *Nurse Leader*, 4(3), 34-39.
- Pavlik, J. V., & McIntosh, S. (2011). *Converging media : a new introduction to mass communication* (2^{ème} éd.). New York, USA: Oxford University Press.
- Pelikan, J. M., Krajic, K., & Dietscher, C. (2001). The health promoting hospital (HPH): concept and development. *Patient Education and Counseling*, 45(4), 239-243.
- Porter-O'Grady, T. (1992). *Implementing Shared Governance: Creating a Professional Organization*. Saint-Louis, USA : Mosby-Year Book.
- Prince, S. B. (1997). Shared governance. Sharing power and opportunity. *The Journal of Nursing Administration*, 27(3), 28-35.
- Rathert, C., & May, D. R. (2007). Health care work environments, employee satisfaction, and patient safety: Care provider perspectives. *Health Care Management Review*, 32(1), 2-11.

- Registered Nurses' Association of Ontario. (2007). *Healthy Work Environments Best Practice Guidelines : Professionalism in Nursing*. Repéré à http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Professionalism_in_Nursing.pdf
- Ritter-Teitel, J. (2002). The impact of restructuring on professional nursing practice. *The Journal of Nursing Administration*, 32(1), 31-41.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5^{ème} éd.). New York, USA: Free Press.
- Romanow, R. J. (2002). *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*. Saskatoon, Canada: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Repéré à <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf>
- Rushmer, R., Kelly, D., Lough, M., Wilkinson, J. E., & Davies, H. T. (2004a). Introducing the Learning Practice--I. The characteristics of Learning Organizations in Primary Care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 10(3), 375-386.
- Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 18(2), 179-183.
- Scriven, A. (1998). *Alliances in Health Promotion: Theory and Practice*. London, United Kingdom : Palgrave Macmillan Limited.
- Sellgren, S. F., Ekvall, G., & Tomson, G. (2008). Leadership behaviour of nurse managers in relation to job satisfaction and work climate. *The Journal of Nursing Management*, 16(5), 578-587.
- Shirey, M. R. (2006). Evidence-based practice: how nurse leaders can facilitate innovation. *Nursing Administration Quarterly*, 30(3), 252-265.
- Shirey, M. R. (2008). Nursing practice models for acute and critical care: overview of care delivery models. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 20(4), 365-373.
- Simpson, D. D., & Dansereau, D. F. (2007). Assessing organizational functioning as a step toward innovation. *Science & Practice Perspectives*. 3(2), 20-28.
- Sofarelli, D., & Brown, D. (1998). The need for nursing leadership in uncertain times. *The Journal of Nursing Management*, 6(4), 201-207.
- Song, R., Daly, B. J., Rudy, E. B., Douglas, S., & Dyer, M. A. (1997). Nurses' job satisfaction, absenteeism, and turnover after implementing a special care unit practice model. *Research in Nursing & Health*, 20(5), 443-452.
- Sparks, K., Faragher, B., & Cooper, C. L. (2001). Well-being and occupational health in the 21st century workplace. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74(4), 489-509.
- Stanley, J. M., Gannon, J., Gabuat, J., Hartranft, S., Adams, N., Mayes, C., & Burch, D. (2008). The clinical nurse leader: a catalyst for improving quality and patient safety. *The Journal of Nursing Management*, 16(5), 614-622.
- Tellis-Nayak, V. (2007). A person-centered workplace: the foundation for person-centered caregiving in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(1), 46-54.

- Thomas, P., McDonnell, J., McCulloch, J., While, A., Bosanquet, N., & Ferlie, E. (2005). Increasing Capacity for Innovation in Bureaucratic Primary Care Organizations: A Whole System Participatory Action Research Project. *The Annals of Family Medicine*, 3(4), 312-317.
- Thyer, G. L. (2003). Dare to be different: transformational leadership may hold the key to reducing the nursing shortage. *The Journal of Nursing Management*, 11(2), 73-79.
- Tomblin M., G., Birch, S., MacKenzie, A., Alder, R., Lethbridge, L., & Little, L. (2012). Eliminating the shortage of registered nurses in Canada: an exercise in applied needs-based planning. *Health Policy*, 105(2-3), 192-202.
- Tountas, Y., Pavi, E., Tsamandouraki, K., Arkadopoulos, N., & Triantafyllou, D. (2004). Evaluation of the participation of Aretaieion Hospital, Greece in the WHO Pilot Project of Health Promoting Hospitals. *Health Promotion International*, 19(4), 453-462.
- Upenieks, V. V. (2003a). What Constitutes Effective Leadership?: Perceptions of Magnet and Nonmagnet Nurse Leaders. *The Journal of Nursing Administration*, 33(9), 456-467.
- Upenieks, V. V. (2003b). The interrelationship of organizational characteristics of magnet hospitals, nursing leadership, and nursing job satisfaction. *The Health Care Manager*, 22(2), 83-98.
- Van der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation* (2^{ème} éd.). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Valente, T. W., & Fosados, R. (2006). Diffusion of Innovations and Network Segmentation: The Part Played by People in Promoting Health. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(7), S23-S31.
- Venturato, L., & Drew, L. (2010). Beyond doing: Supporting clinical leadership and nursing practice in aged care through innovative models of care. *Contemporary Nurse*, 35(2), 157-170.
- Watson, R., Gardiner, E., Hogston, R., Gibson, H., Stimpson, A., Wrate, R., & Deary, I. (2009). A longitudinal study of stress and psychological distress in nurses and nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, 18(2), 270-278.
- Weiner, B. J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*, 4(67).
- Weisman, C. S., Gordon, D. L., Cassard, S. D., Bergner, M., & Wong, R. (1993). The effects of unit self-management on hospital nurses' work process, work satisfaction, and retention. *Medical Care*, 31(5), 381-393.
- West, M. A. (2002). Sparkling Fountains or Stagnant Ponds: An Integrative Model of Creativity and Innovation Implementation in Work Groups. *Applied Psychology*, 51(3), 355-387.
- Whitehead, D. (2005). Health promoting hospitals: the role and function of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 20-27.

- Whitehead, D. (2006). Workplace health promotion: the role and responsibility of health care managers. *Journal of Nursing Management*, 14(1), 59-68.
- Whitelaw, S., Graham, N., Black, D., Coburn, J., & Renwick, L. (2011). 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.
- 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.
- Wilson, B., Squires, M. A. E., Widger, K., Cranley, L., & Tourangeau, A. N. N. (2008). Job satisfaction among a multigenerational nursing workforce. *Journal of Nursing Management*, 16(6), 716-723.
- Wilson, M. G., Dejoy, D. M., Vandenberg, R. J., Richardson, H. A., & McGrath, A. L. (2004). Work characteristics and employee health and well-being: Test of a model of healthy work organization. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77(4), 565-588.
- Wooldridge, B., & Floyd, S.W. (1990). The strategy process, middle management involvement, and organizational performance. *Strategic Management Journal*, 11(3), 231-241.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion : an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health*, November 17-21, 1986, Ottawa, Ontario
- World Health Organization. (1997). *The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe. Repéré à http://hpe4.anamai.moph.go.th/hpe/data/hph/Viena_Recommendation.pdf
- Wynd, C. A. (2003). Current factors contributing to professionalism in nursing. *Journal of Professional Nursing*, 19(5), 251-261.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research : design and methods* (4^{ème} éd.). Thousand Oaks, Californie: Sage Publications.

L'implantation d'un 'milieu de travail promoteur de santé' pour les infirmières d'un CHU : pratiques compatibles

RÉSUMÉ

Un hôpital universitaire de la région de Montréal a décidé d'implanter le projet Hôpital Promoteur de Santé (HPS) en 2006. Une étude de cas unique a été menée pour mieux comprendre le contexte interne d'implantation d'un des sous-projets du projet HPS, le 'milieu de travail promoteur de santé'. L'objectif de cet article est d'examiner s'il existe des pratiques organisationnelles compatibles avec les critères d'un 'milieu de travail promoteur de santé' pour les infirmières.

Les données ont été recueillies par des entrevues semi-dirigées avec 7 acteurs stratégiques, des documents et un questionnaire. Nos données révèlent que beaucoup de pratiques existantes dans le CHU sont compatibles avec le projet HPS, notamment au sujet d'une organisation apprenante et performante, des stratégies pour un milieu de travail sain et sécuritaire et pour les saines habitudes de vie, ainsi que les modifications de l'environnement physique et social. La compatibilité est moyenne pour le critère portant sur la politique de promotion de la santé et faible pour la participation des infirmières.

Au niveau de la pratique, nos résultats suggèrent l'importance d'évaluer la compatibilité avant d'implanter un 'milieu de travail promoteur de santé' puisque cela permet de dresser un portrait des forces et faiblesses présentes dans le contexte interne d'implantation d'un hôpital souhaitant offrir un milieu de travail promoteur de santé, et ainsi avoir des données sur la réceptivité de l'organisation à cette implantation. Au niveau de la recherche, un outil est proposé et nous encourageons d'autres chercheurs à tester sa validité dans divers types d'hôpitaux du Québec et ailleurs.

1. Introduction

Le projet hôpital promoteur de santé (HPS) a été développé par l'OMS en 1991 à la suite de l'adoption de la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (World Health Organization, 1986), et formalisé dans les recommandations de Vienne (World Health Organization, 1997). Un hôpital promoteur de santé est ainsi considéré comme un environnement propice à la

guérison, dispensant des services de haute qualité, mais également un milieu de travail sain, agissant de manière responsable au sein de son environnement et qui contribue à la santé de l'ensemble de la communauté comme partenaire, membre de la communauté (Hancock, 1999).

En 2006, un hôpital universitaire de la région de Montréal a décidé d'adopter le concept HPS dans un contexte où les conditions de travail des infirmières étaient particulièrement difficiles (Lavoie-Tremblay et al., 2010; Lavoie-Tremblay, O'Brien-Pallas, et al., 2008). Comme l'environnement de travail des infirmières est important pour la qualité des soins, le CHU à l'étude a décidé d'accorder la priorité à la dimension 'milieu de travail' du projet HPS (Aiken et al., 2008; Havens & Aiken, 1999; Kramer et al., 2011). C'est dans ce contexte qu'une étude a été menée dans le CHU, pour mieux comprendre le contexte interne d'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' chez les infirmières.

Plusieurs études sur l'implantation du projet HPS soulignent l'importance du contexte interne dans l'implantation d'une innovation (Aujoulat et al., 2001; Guo et al., 2007; Johnson & Baum, 2001; Lin et al., 2009; Pelikan et al., 2001; Pölluste et al., 2007; Tountas et al., 2004; Whitehead, 2004; Whitehead, 2006; Whitelaw et al., 2011; Whitelaw et al., 2006), Whitelaw et al. ont souligné que les facteurs du contexte interne ont une influence prédominante sur les changements dans l'implantation (Whitelaw et al., 2006).

Les deux revues de littérature qui portent sur les théories sur l'implantation d'innovations dans les services de santé (Damschroder et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004) ont mis en lumière des construits propres au contexte interne sur lesquels on a besoin de faire davantage de recherche et qui sont à considérer lors de l'implantation d'une innovation, en raison de leur influence. Aussi bien chez Greenhalgh et al. que chez Damschroder et al., on identifie la compatibilité entre le système et l'innovation comme une des variables importantes de la réceptivité au changement d'une organisation. Selon Damschroder et al. (2009), la compatibilité peut être définie comme le niveau d'adéquation entre la signification et les valeurs accordées à l'intervention par les personnes impliquées, et l'alignement de celles-ci avec les normes et valeurs des individus, et les besoins et les risques perçus par les individus, et l'ajustement de l'intervention avec les procédures et systèmes existants.

À notre connaissance, une seule étude a évalué la compatibilité entre les pratiques d'un hôpital et le projet HPS, grâce à l'utilisation de l'outil d'autoévaluation de l'OMS. Cette étude, utilisant un devis quantitatif et effectuée par Lin (2009) à Taïwan, ne porte pas spécifiquement sur le contexte interne d'implantation mais sur l'utilisation d'un modèle de diagnostic organisationnel pour évaluer le niveau de préparation de l'organisation à l'implantation du projet HPS. Dans ce dernier, Lin distingue les inputs, la transformation et les outputs. Dans son modèle, les inputs correspondent à une étape de planification pré diagnostique pouvant être associée à l'évaluation du niveau de préparation organisationnel (NPO) de l'hôpital avant l'implantation du projet HPS. Lin (2009), dans ses conclusions, suggère qu'avant de débiter l'implantation du projet HPS, les hôpitaux devraient réaliser un diagnostic systématique et précis des forces et faiblesses de l'organisation au sujet des pratiques en promotion de la santé (Lin et al., 2009). Un état des lieux permet en effet non seulement de renforcer la planification, l'implantation et l'évaluation de la promotion de la santé dans les hôpitaux (Groene, Garcia-Barbero, et al., 2005), mais également de mobiliser, conscientiser et améliorer la réceptivité du personnel au projet HPS (Groene, 2006).

Étant donné que notre étude se déroule dans la phase de démarrage de l'implantation du sous-projet 'milieu de travail promoteur de santé' du projet HPS, il semble important d'effectuer un état des lieux à partir de l'examen de la compatibilité des pratiques organisationnelles du CHU avec les critères du projet HPS sur l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé'. Cette évaluation de la compatibilité est importante car elle est un des facteurs de succès de l'implantation (Rogers, 2003).

2. Méthodes

Dans le cadre de notre étude, l'état des lieux survient dans la phase initiale de l'implantation de l'innovation. Cet état des lieux révèle non seulement des éléments du contexte interne de pré-implantation mais aussi des résultats initiaux de l'implantation de l'innovation. Ces résultats initiaux sont également importants puisque, comme l'indique Champagne (2011), ils deviennent ensuite très liés au contexte interne et viendront influencer la réussite du changement (Champagne et al., 2011).

Devis

Une étude de cas unique a été choisie pour explorer le contexte interne d'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé'. Le cas à l'étude, un CHU de la région de Montréal, peut être considéré comme le pionnier, étant donné qu'il fut le premier à adopter le projet HPS. La sélection du cas nous apparaît intéressante car, selon Yin (2009), sa nature 'révélatrice' nous donne la possibilité d'observer et d'analyser un phénomène auparavant inaccessible : l'implantation du projet HPS dans un CHU du Québec. Ensuite, la vocation universitaire de l'hôpital rend le cas intéressant en raison de sa mission d'enseignement et de recherche. En effet, étant donné cette mission et le nombre de professionnels de la santé travaillant dans le CHU, nos résultats pourront être diffusés à un grand nombre d'étudiants et profiter à leur formation, ainsi qu'encourager la recherche dans ce domaine. Étant donné les caractéristiques du cas unique choisi, il est possible d'envisager une transférabilité des résultats de notre étude à d'autres hôpitaux universitaires francophones (Yin, 2009). Cependant, selon Yin (2009), les résultats de notre étude devraient préalablement être répliqués dans d'autres cas similaires.

Sources et collecte de données

Plusieurs sources d'information ont été choisies. Premièrement, dans le cadre d'entrevues semi-dirigées, 7 acteurs-clés stratégiques du CHU ont été choisis pour leur rôle-clé joué dans l'implantation du projet HPS, mais aussi pour leur compétence à fournir de l'information sur les ressources et politiques, programmes et pratiques existants pour implanter un 'milieu de travail promoteur de santé'. Dans le cadre d'un questionnaire sur les normes et critères du 'milieu de travail promoteur de santé', parmi ces 7 acteurs, quatre informateurs-clés ont été choisis, qui de par leur position avaient accès aux informations sur les pratiques organisationnelles relatives à un milieu de travail promoteur de santé, et avaient l'autorité de les divulguer. L'ensemble des 4 acteurs-clés sauf un est à la tête de la gestion du CHU, et ont tous un niveau universitaire supérieur.

Pour obtenir de l'information sur la compatibilité des ressources et pratiques, nous avons utilisé plusieurs méthodes de collecte d'informations. Un guide d'entrevue semi-structuré,

dont une des questions portait sur la compatibilité, a été administré auprès des 7 acteurs-clés stratégiques.

Un questionnaire a ensuite été administré à quatre acteurs-clés stratégiques du CHU, et chacun a répondu aux questions relevant de sa compétence et de ses responsabilités dans l'organisation. Il n'a pas été nécessaire d'obtenir la participation des 7 acteurs stratégiques, étant donné la compétence de quatre d'entre eux à répondre aux différentes sections du questionnaire. Le questionnaire a été administré par entrevue pour deux raisons : motiver les participants du niveau stratégique à répondre aux questions dont les réponses pouvaient s'avérer être longues, et assurer une meilleure qualité des données.

Le questionnaire utilisé est une adaptation d'un outil d'autoévaluation (Dedobbeleer et al., 2007), destiné à dresser un inventaire des politiques, programmes et services compatibles avec le projet HPS dans les centres de santé et de services sociaux du Québec (CSSS). Cet outil est lui-même une adaptation de l'outil auto-administré développé par l'OMS, pour les hôpitaux européens (World Health Organization, 2004). Pour examiner les politiques, programmes et services du CHU pour les infirmières, nous avons retenu deux normes de l'outil d'autoévaluation des CSSS promoteurs de santé: la norme 'organisation' et la norme 'milieu de travail'. Cette sélection a été basée sur l'approche conceptuelle utilisée par l'Unité de promotion de la santé de l'Université de Toronto (The Health Communication Unit, 2004), qui considère qu'il existe trois dimensions agissant sur un milieu de travail promoteur de santé, soit la santé et sécurité au travail, les habitudes de vie du personnel, et l'environnement organisationnel (ex. leadership, pratiques de gestion, soutien social, participation des employés, etc.). Nous avons ainsi retenu la dimension 'milieu de travail' qui comporte 4 critères et 16 sous-critères: les stratégies pour créer un milieu de travail sain et sécuritaire, les stratégies de promotion de saines habitudes de vie, les modifications de l'environnement physique et social et la participation des infirmières. La dimension portant sur l'organisation a aussi été retenue car elle constitue la pierre angulaire du projet HPS. En effet, cette dimension comporte deux critères : un sur la politique de promotion de la santé, et un sur la capacité de l'organisation à être performante et apprenante. On retrouve 14 sous-critères dans ces 2 critères. Le critère portant sur une organisation respectueuse de son environnement n'a pas été retenu car il s'agit de mesures de l'organisation prises pour protéger l'environnement externe

de l'hôpital. L'outil adapté qui a été utilisé comporte 63 questions fermées (oui-non) ainsi que 44 questions ouvertes permettant aux répondants de préciser les réponses apportées aux questions fermées ou de citer d'autres exemples absents dans la liste des réponses possibles.

Qualité des données

Ce questionnaire adapté a été pré-testé auprès de plusieurs experts et possède une validité d'apparence. Des mesures de sa fiabilité devraient être faites dans des études ultérieures grâce à l'utilisation du coefficient alpha de Cronbach. Il existe une possibilité de biais de désirabilité sociale de la part de certains acteurs clés ayant répondu au questionnaire. Cependant, l'utilisation de sous-questions a permis de contrecarrer ce biais. Un biais de connaissances est également possible car les infirmières-chefs ne connaissaient pas le projet HPS. Elles ont toutefois été mises au courant avant les entrevues grâce à une brochure explicative sur le projet HPS et le milieu de travail promoteur de santé. De plus, l'information relative à la perception des infirmières-chefs sur l'implantation est importante car elle entraîne l'action ou l'inaction. Des documents ont aussi été apportés par les participants pour étayer leurs réponses, et ont été utilisés pour trianguler les réponses fournies par le questionnaire. En effet, ces documents ont permis non seulement de compléter les réponses données par les participants, mais aussi de les comparer avec ces dernières. Ils faisaient état d'interventions ayant lieu dans l'hôpital et compatibles avec le 'milieu de travail promoteur de santé' (organigramme, bulletin interne du CHU, journal de la direction des soins infirmiers, document sur les efforts du CHU en matière d'habitudes de vie, d'équilibre travail-vie personnelle, de pratiques de gestion et modalités d'organisation du travail, et d'environnement de travail ; document sur les activités de la direction de la promotion de la santé de l'énoncé de la politique de promotion de la santé).

Analyse des données

Les réponses au questionnaire ont été enregistrées sur support numérique, et transcrites, afin de faciliter l'analyse. Nous avons examiné le degré de compatibilité des pratiques (i.e. politiques, programmes, services et activités) du CHU avec les critères des normes organisation et milieu de travail de la version adaptée aux hôpitaux de l'outil d'autoévaluation destiné aux CSSS promoteurs de santé. Pour chaque sous-critère, un score a été calculé à partir des réponses aux questions dichotomiques (oui=1, non=0). Ensuite la moyenne des scores

pour sous-critère a permis de calculer un score global pour chaque critère, compris entre 0 et 1. Les questions ouvertes présentes dans certains sous-critères ont apporté une information complémentaire de nature qualitative. Cette information a permis de compléter l'information recueillie par les scores obtenus aux questions de forme binaire (oui-non).

3. Résultats

Les résultats indiquent que le degré de compatibilité des pratiques du CHU varie selon les critères d'un 'milieu de travail promoteur de santé'. Le tableau ci-dessous indique les résultats obtenus par norme et critère.

Tableau 3 Scores de compatibilité des pratiques organisationnelles avec les critères d'un 'milieu de travail promoteur de santé'

NORME I : ORGANISATION PROMOTRICE DE SANTÉ

CRITÈRE A : Politique de promotion de la santé	Score
1 Engagement à adopter une politique en matière de promotion de la santé	0,48
2 Budget	0,26
3 Personne responsable	0,75
4 Lignes directrices et procédures	0
5 Espaces et équipements disponibles	1
6 Exigences en termes de compétences des infirmières	0
7 Transmission de la politique de promotion de la santé auprès des infirmières	0
8 Données recueillies sur l'implantation de la politique de promotion de la santé	0
9 Données recueillies sur les résultats des activités de promotion de la santé	0
10 Procédures pour évaluer la qualité des activités et du matériel en promotion de la santé	1
11 Transmission des données évaluatives aux infirmières	0

SCORE MOYEN POUR LE CRITÈRE A: 0,31 (n=11,σ=0,39)

CRITÈRE B : Organisation apprenante et performante

12 Directives/procédures pour assurer l'efficacité et l'efficience	1
13 Directives/procédures pour assurer la satisfaction des citoyens	1
14 Adaptation du CHU aux exigences changeantes de l'environnement interne et externe	0,6

SCORE MOYEN POUR LE CRITÈRE B: 0,87 (n=3,σ=0,18)

NORME II : MILIEU DE TRAVAIL PROMOTEUR DE SANTÉ

CRITÈRE C : Stratégies pour créer un milieu de travail sain et sécuritaire

1 Priorité accordée au bien-être, à la santé et à la sécurité des infirmières	1
2 Mesures pour évaluer les risques en santé et sécurité du travail auxquels sont exposées les infirmières	1
3 Moyens pour assurer un environnement sécuritaire	1
4 Encouragement à l'utilisation sécuritaire des équipements, des fournitures et des appareils	0,4
5 Formation des infirmières aux pratiques en santé et sécurité du travail	1
6 Contrôles administratifs pour promouvoir les pratiques sécuritaires	1

SCORE MOYEN POUR LE CRITÈRE C: 0,9 (n=6,σ=0,22)

CRITÈRE D: Stratégies de promotion de saines habitudes de vie

7 Évaluation des besoins des infirmières en promotion de la santé	1
8 Canaux utilisés pour transmettre de l'information sur la santé et les styles de vie sains	1
9 Programmes d'éducation à la santé (développement d'habiletés)	1
10 Fréquence d'utilisation des stratégies pour promouvoir de saines habitudes de vie auprès des infirmières	1

SCORE MOYEN POUR LE CRITÈRE D: 1 (n=4,σ=0)

CRITÈRE E : Modifications de l'environnement physique et social

11 Modifications environnementales pour promouvoir la santé physique et mentale des infirmières	1
12 Mesures de prévention de la violence vis-à-vis des infirmières	0,63
13 Stratégies environnementales pour promouvoir de bonnes habitudes alimentaires	0,5
14 Mesures environnementales pour promouvoir le bien-être des infirmières	1

SCORE MOYEN POUR LE CRITÈRE E: 0,78 (n=4,σ=0,22)

CRITÈRE F : Participation des infirmières

15 Participation des infirmières au développement des pratiques de travail	0
16 Implication des infirmières dans les décisions ayant trait à l'environnement de travail	0

SCORE MOYEN POUR LE CRITÈRE F: 0 (n=2,σ=0)

Norme sur l'organisation promotrice de santé

La politique de promotion de la santé

Pour ce premier critère, les résultats observés sont des résultats initiaux de l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé'. Le critère « politique de promotion de la santé » est celui qui comprend le plus grand nombre de sous-critères (11). Les résultats indiquent qu'il y a un faible degré de compatibilité des pratiques (0,31) avec les critères d'une politique de promotion de la santé. Parmi ces 11 sous-critères, on retrouve des pratiques très compatibles (présence d'une personne responsable, espaces et équipements disponibles, processus d'évaluation de la qualité des activités et du matériel en promotion de la santé. D'autres pratiques sont moyennement compatibles avec le sous-critère portant sur l'engagement à adopter une politique de promotion de la santé (score = 0,49). Finalement, des pratiques sont un peu compatibles avec le sous-critère portant sur le budget pour la promotion de la santé (score = 0,27) et avec 6 autres sous-critères (exigences en termes de compétences des infirmières, transmission de la politique de promotion de la santé aux infirmières, données recueillies sur l'implantation de la politique de promotion de la santé, données recueillies sur les résultats des activités de promotion de la santé, lignes directrices et procédures, transmission des données évaluatives aux infirmières). Au niveau des exigences en termes de compétences des infirmières, on n'observe aucune pratique existante compatible (score = 0). Selon un des acteurs stratégiques ayant répondu au questionnaire, le CHU tenait pour acquis que la promotion de la santé faisait partie de la formation académique des infirmières, et ne l'offrait pas dans son programme de formation continue. En raison de son statut universitaire et de sa mission d'offrir des services et soins spécialisés et ultraspecialisés, l'hôpital préférait axer ses formations continues sur des sujets spécialisés plutôt que sur la promotion de la santé. Toutefois, certaines unités étaient davantage sensibilisées à la promotion de la santé, étant donné leur spécialité (ex. l'unité de soins de cardiologie préventive).

Selon les informations obtenues grâce au questionnaire et aux documents, au moment de l'étude, la promotion de la santé était incluse dans l'énoncé de la mission de l'hôpital, et ce dernier faisait déjà partie du réseau montréalais des établissements promoteurs de santé. La politique de promotion de la santé était en voie d'achèvement et devait être entérinée par le conseil de direction, tandis qu'une direction de la promotion de la santé existait déjà. Cette

direction était dotée d'un directeur travaillant à temps plein. Les interventions effectuées en promotion de la santé bénéficiaient d'un budget dont le montant est difficilement évaluable par les participants, provenait de sources multiples, telles que des fondations privées, des fonds propres et un fonds institutionnel destiné à améliorer la qualité de vie des employés. Cependant, les données du questionnaire révèlent que ce budget était négligeable par rapport au budget total de l'établissement. L'analyse du contenu des entrevues semi-structurées et d'un journal interne du CHU a permis de compléter et de corroborer l'information sur le budget.

Dans un journal interne du CHU, on retrouve les propos suivants :

« Une subvention de plus de 3 M\$ sur cinq ans, moitié versée par le CHU moitié par une fondation privée, permettra au [...] CHU de devenir un véritable centre d'excellence en promotion de la santé. [...] Une partie de la subvention servira enfin au financement du budget opérationnel de la Direction de la promotion de santé qui pourra ainsi mieux s'acquitter de créer un environnement où la santé globale des employés est une priorité de l'organisation. »

(Journal interne du CHU, 2008, n°1)

Selon les informations du questionnaire, plusieurs acteurs participaient à la préparation de la politique de promotion de la santé, dont l'Agence de Santé et de Services Sociaux de Montréal, les chefs des départements médicaux, l'ensemble des directeurs, et les représentants du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Cependant, la Commission Infirmière Régionale, le conseil d'administration, les représentants syndicaux, et les représentants des patients et de la population n'y participaient pas.

Bien que le projet HPS n'était pas encore intégré dans le plan stratégique, il l'était cependant dans le programme d'amélioration continue de la qualité du CHU. Finalement, un plan d'action en promotion de la santé avait été mis en place par l'hôpital sans avoir toutefois été communiqué à l'ensemble du personnel. En effet, selon les répondants, la manière de communiquer le plan d'action et la politique de promotion de la santé restait à définir. Un manuel destiné aux différents départements et unités de soins de l'établissement pour les aider

à inclure la promotion de la santé dans leurs activités, était en cours de rédaction au moment de l'étude, et devait s'inspirer de la politique de promotion de la santé de l'hôpital.

Organisation apprenante et performante

L'ensemble des pratiques reliées à ce critère existait avant l'adoption du concept HPS par le CHU. Le critère portant sur une organisation apprenante et performante comprend 3 sous-critères : les directives/procédures pour assurer l'efficacité et l'efficience, celles pour assurer la satisfaction des citoyens, et l'adaptation du CHU aux exigences changeantes de l'environnement interne et externe. Pour ce critère, les résultats montrent un degré de compatibilité de 0,86. Deux sous-critères obtiennent un score parfait, tandis que celui portant sur l'adaptation du CHU aux exigences changeantes de l'environnement interne et externe obtient un score de 0,60.

La compatibilité s'avère élevée pour les sous-critères suivants : les directives/procédures pour assurer l'efficacité et l'efficience, et celles pour assurer la satisfaction des citoyens. Bien que ces scores soient élevés, il faut toutefois relever qu'ils évaluent la présence de directives et de procédures, et non pas leur mise en application. L'hôpital possède plusieurs procédures destinées à assurer son efficacité et son efficience. On peut noter la présence d'outils de performance financière, de tableaux de bord comportant des indicateurs de gestion (notamment au niveau de la main d'œuvre). La performance est régulièrement évaluée par une direction de l'hôpital dont c'est le mandat principal. Au niveau de l'apprentissage, l'hôpital se démarque particulièrement par son statut universitaire, lui conférant une mission d'enseignement et de recherche. Cette mission l'amène à former chaque année de nombreux stagiaires aspirants professionnels de santé, mais aussi à effectuer de la recherche en vue d'améliorer les pratiques de ses professionnels. Des mesures sont également prises par le CHU pour assurer la satisfaction des patients. Ainsi, des questionnaires de satisfaction sont distribués à l'ensemble des patients admis à l'hôpital. Des sondages sont également menés auprès des patients, au sujet de la propreté des lieux.

Lors de l'administration du questionnaire aux 4 acteurs stratégiques, il a été rapporté que l'organisation dispose d'outils pour s'adapter aux exigences changeantes de son environnement (telles que la pénurie de professionnels, les contraintes budgétaires, ou la

sécurité des soins), à plusieurs niveaux. Tout d'abord, l'hôpital s'adapte à son environnement interne et externe grâce à des outils tels que le dossier patient informatisé, une pharmacie robotisée, des salles de visioconférence permettant la pratique de la télémédecine, ou encore un système de rapport d'erreurs sans accusation portée. Au niveau des ressources humaines, les interventions mises en place reflètent la pénurie d'effectifs à laquelle fait face l'hôpital. Ainsi, pour contrer celle-ci, les horaires sont réaménagés, des politiques de lutte contre le harcèlement psychologique et de conciliation vie-travail existent, et un budget permet d'effectuer des gestes de reconnaissance envers les infirmières. Au niveau des structures de gestion, l'hôpital dispose de plusieurs outils pour contrer les effets de la pénurie d'infirmières. Tout d'abord l'hôpital possédait un modèle de pratique professionnelle, implanté plusieurs années avant le début de l'étude. En effet, la pénurie d'effectifs a nécessité une redéfinition de la façon de travailler des infirmières. Ce modèle a consisté à rehausser des compétences des infirmières, l'optimisation de la composition de l'équipe de soins et l'intégration d'une infirmière experte pouvant agir comme ressource auprès de l'équipe. La composition des équipes et le rôle des différents membres ont ainsi été revus en fonction des compétences de chacun, afin d'augmenter la stabilité des équipes. De plus, des infirmières auxiliaires travaillent sur les unités afin de soutenir les infirmières cliniciennes dans leur travail. Quant aux gestionnaires, des formations portant sur le leadership leur sont régulièrement offertes, et leur rôle inclut une responsabilité au niveau de la promotion de la santé depuis la mise en place de la direction de la promotion de la santé.

En dépit des scores élevés de compatibilité, des faiblesses ont été rapportées par les 7 acteurs stratégiques interviewés, notamment un manque de flexibilité de la part du syndicat des infirmières. En effet, bien que le réaménagement des horaires intéresse particulièrement les jeunes infirmières (ex. quarts de travail en rotation), les syndicats y sont encore opposés. Selon les acteurs interviewés, la politique de conciliation vie-travail existe donc par écrit, mais reste difficile à opérationnaliser. De plus, selon eux, il faut gérer différemment les ressources organisationnelles. Un participant va jusqu'à suggérer de prioriser les ressources humaines plutôt que les soins.

« Fait que ça va prendre, comme certains centres ont fait, un virage majeur dans la façon dont on gère nos ressources [humaines]. Majeur. [...] Il faut prioriser les

ressources maintenant [...] les soins devraient venir en deuxième parce que pas de ressources, pas de soins ».

[Acteur stratégique n°2]

Selon les 7 acteurs stratégiques interviewés, dans les dernières années précédant l'étude, des efforts ont été consentis au réaménagement de la façon de travailler des professionnels, mais les structures hiérarchiques restent peu aplanies, selon les participants. Ainsi, selon l'un des acteurs:

« C'est une énorme machine, puis qui à mon avis ne fonctionne pas bien. Puis que les gens se sentent encore bien moins impliqués dans leur établissement. [...] C'est immense comme hiérarchie ».

[Acteur stratégique n°7]

Ceci est confirmé par l'analyse des documents (i.e. édition du journal interne du CHU portant sur la réorganisation de la structure hiérarchique).

Finalement, au niveau de la gouvernance de l'hôpital, les répondants ont rapporté qu'il existe une volonté politique de centrer les soins sur le patient mais que cela ne s'est pas encore traduit concrètement. En effet, le regroupement des spécialités médicales entraîne la circulation des patients entre différents sites pour obtenir différents services, ce qui constitue un bris dans la continuité des soins.

Norme sur le milieu de travail promoteur de santé

Pour cette norme, on distingue quatre critères. On observe des scores élevés variant de 0,78 à 1 pour 3 des critères (0,9 pour celui portant sur les stratégies pour créer un milieu de travail sain et sécuritaire, 1 pour celui portant sur les stratégies pour promouvoir les saines habitudes de vie, 0,78 pour celui portant sur les modifications de l'environnement physique et social) et un score nul pour celui portant sur la participation des infirmières. Tandis que les données recueillies sur les critères 'stratégies pour créer un milieu de travail sain et sécuritaire' et 'participation des infirmières' portent sur le contexte prévalant avant l'implantation du projet HPS, celles sur les saines habitudes de vie et en partie sur les modifications de

l'environnement physique et social sont des résultats initiaux de l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé'.

Stratégies pour créer un milieu de travail sain et sécuritaire

Les 4 acteurs stratégiques rapportent de nombreuses forces au sujet des pratiques relatives à la santé et sécurité au travail, à la promotion des saines habitudes de vie, et aux modifications de l'environnement physique et social, mais indiquent aussi quelques faiblesses. Les pratiques en matière de santé et sécurité au travail du CHU affichent une compatibilité élevée avec un 'milieu de travail promoteur de santé', avec un score de 0,9. Ce critère possède 6 sous-critères, dont 5 affichent une compatibilité élevée (priorité accordée au bien-être, à la santé et la sécurité des infirmières, mesures pour évaluer les risques en santé et sécurité du travail, moyens pour assurer un environnement sécuritaire, formation des infirmières aux pratiques en santé et sécurité du travail, et contrôles administratifs pour promouvoir les pratiques sécuritaires). Les pratiques relatives à l'encouragement à l'utilisation sécuritaire des équipements, des fournitures et des appareils sont moyennement compatibles, avec un score de 0,4.

Ainsi, des mesures sont prises pour évaluer les risques en santé et sécurité auxquels sont exposés les infirmières (ex. inspection des équipements, analyse des rapports d'incidents et enquêtes, plan de mesures d'urgence, plan de gestion des installations, prévention de la violence, automatisation et informatisation des équipements). L'utilisation de pratiques sécuritaires est assurée par plusieurs mécanismes, tels que de la formation, des aide-mémoires, des tournées d'inspection, des fournitures à usage unique, et des contrôles administratifs.

Les 7 acteurs-clés du niveau stratégique vus en entrevues initiales ont relevé que certaines améliorations étaient nécessaires. D'une part, bien que la prévalence des maux de dos est élevée à l'intérieur de l'organisation, l'état des lieux indique que tous les lits ne sont pas encore à commande électrique. D'autre part, une partie des procédures destinées à assurer des pratiques sécuritaires ne font pas l'objet d'un document écrit.

Stratégies de promotion de saines habitudes de vie

Les pratiques portant sur les stratégies de promotion de saines habitudes de vie sont totalement compatibles (score de 1) pour l'ensemble des 4 sous-critères (évaluation des besoins des

infirmières en promotion de la santé, canaux utilisés pour transmettre l'information, programmes d'éducation à la santé, et fréquence d'utilisation des stratégies pour promouvoir de saines habitudes de vie). Il faut toutefois spécifier que les stratégies décrites dans les prochains paragraphes font partie de plans d'action qui commençaient à peine à être mis en place au moment des entrevues. Ainsi, les scores élevés obtenus dans cette section reflètent davantage des intentions que des actions.

L'ensemble des stratégies de promotion de saines habitudes de vie ont été choisies par la direction de la promotion de la santé, et sont donc des résultats initiaux de l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé'. Tout d'abord, selon les résultats obtenus, l'hôpital souhaite évaluer les besoins des infirmières en promotion de la santé. Ainsi, les infirmières qui le souhaitent peuvent rencontrer des professionnels, tels qu'un éducateur à la santé, un diététiste, un kinésologue, ou encore un tabacologue, et obtenir gratuitement un bilan sur leurs habitudes de vie, assorti de conseils. Ultérieurement, l'hôpital souhaite pouvoir offrir à chaque unité de soins un portrait de la santé et de leur personnel leur permettant alors de se mobiliser pour améliorer leur santé. L'hôpital souhaite utiliser plusieurs canaux permettant de véhiculer de l'information concernant la promotion de saines habitudes de vie auprès du personnel. Ainsi, il envisageait réaliser des capsules d'information avec la collaboration d'athlètes olympiques et les diffuser sur l'intranet de l'établissement, organiser des conférences midi et des ateliers, véhiculer de l'information via des brochures, des affiches ou encore le journal de l'établissement. Ces informations ont pu être corroborées par les fiches de projet obtenues de la part de l'établissement. Dans le cadre du programme de cessation tabagique, il était également envisagé de faire parvenir aux employés, via l'enveloppe contenant leur chèque de paye, des informations destinées à améliorer leurs habitudes de vie. Les activités et le matériel utilisés dans le cadre de la promotion de la santé sont développés en se basant sur les données probantes disponibles.

Finalement, la direction de la promotion de la santé a mis en place des programmes d'éducation à la santé. Cette direction met en effet à la disposition des employés le centre d'éducation à la santé présent au sein de son établissement, et dispose d'une programmation annuelle d'activités, telles qu'une semaine annuelle de la santé. Aucun service médicalisé n'est cependant offert aux employés en raison de problèmes éthiques éventuels. En effet, selon

les 4 acteurs stratégiques, offrir de tels services en priorité aux employés de l'établissement pourrait être mal perçu par les citoyens.

Modifications de l'environnement physique et social

Les pratiques de l'hôpital relatives aux modifications de l'environnement physique et social obtiennent une compatibilité de 0,78. Des pratiques affichent une compatibilité élevée avec deux sous-critères (modifications environnementales pour promouvoir la santé physique et mentale, et pour promouvoir le bien-être des infirmières). Des pratiques sont moyennement compatibles avec deux sous-critères, dont celui portant sur les mesures de prévention de la violence (0,63), et les stratégies environnementales pour promouvoir de bonnes habitudes alimentaires (0,5).

Une partie des modifications portant sur l'environnement physique et social a été mise en place par la direction de la promotion de la santé après l'adoption du concept HPS par le CHU, et est donc un résultat initial de l'implantation. Ainsi, au niveau de la promotion des saines habitudes de vie, des modifications ont été apportées à la cafétéria de l'hôpital, grâce au lobbying de la direction de la promotion de la santé auprès des services alimentaires. Les mauvais gras ont été éliminés, les menus ont été revus afin d'offrir davantage d'aliments sains (la friture et les hamburgers ont ainsi été éliminés), et les aliments disponibles à la cafétéria sont identifiés par des sigles de couleur permettant de reconnaître leurs caractéristiques (ex. riche en oméga 3, faible en sel, etc.). Le contenu des machines distributrices a également été revu afin de laisser place à des alternatives plus saines.

Une autre partie des modifications existait préalablement à l'implantation du projet HPS, et concernait l'encouragement à l'activité physique, la prévention de la violence, et le bien-être des infirmières (ex. stationnements sécurisés pour les vélos, douches, accès à la piscine et au centre sportif de l'établissement, rabais sur des abonnements avec un gymnase de la région).

La violence étant une préoccupation constante de l'hôpital, plusieurs mesures environnementales existent pour la prévenir (ex. postes infirmiers protégés, accompagnement des professionnels de la santé lors de l'examen intime d'un patient, surveillance vidéo en circuit fermé, boutons panique et systèmes d'alarme, éclairage des stationnements). Cependant, un faible niveau de compatibilité existe au niveau de la configuration des lieux

(ex. pas de deuxième sortie en cas de problème avec un patient dans une salle de soins, manque d'espace pour ranger l'ensemble du mobilier, pas de détecteurs de métaux).

D'autres modifications environnementales existaient afin de promouvoir le bien-être des infirmières (ex. garderie à la disposition des enfants du personnel, aires de repos dans les unités de soins). Cependant, les données du questionnaire révèlent que certaines unités de soins ne disposent pas de salle de repos spécifiquement dédiée aux infirmières. Afin de faciliter le transport entre les différents sites de l'organisation, un service de navette est mis gratuitement à la disposition de l'ensemble du personnel. Au niveau de l'environnement social, des activités sont régulièrement organisées à plusieurs moments de l'année. Il existe également un club social dont le niveau d'activité est cependant limité.

La participation des infirmières

Pour ce critère, on observe le score le plus faible. En effet, les infirmières ne participent pas directement à la prise de décisions relatives au développement des pratiques de travail et à leur environnement de travail. Les répondants rapportent que le syndicat des infirmières est cependant habituellement consulté lors des décisions majeures. Pourtant, certains parmi les 7 acteurs stratégiques interviewés reconnaissent l'importance d'une approche participative. À ce sujet, l'un d'entre eux déclare :

« [...] Je pense que les meilleures solutions doivent devenir du personnel. Je pense que c'est elles-mêmes [les infirmières] qui les ont ».

[Acteurs stratégique n°4]

4. Discussion

Niveau de compatibilité des pratiques

L'objectif de l'article était d'apprécier le niveau de compatibilité des pratiques du CHU avec les normes et critères du 'milieu de travail promoteur de santé'. Dans les deux normes du projet HPS relatives à un 'milieu de travail promoteur de santé', on a retrouvé des pratiques compatibles mais à des degrés divers. On a aussi observé des pratiques présentes avant l'implantation (et même avant l'adoption du concept HPS), et des pratiques en voie de

développement dans la phase initiale de l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé'.

Norme portant sur l'organisation promotrice de santé

Premièrement, dans cette norme, il y a des pratiques déjà existantes avant l'adoption du concept HPS, pour lesquelles nous observons un fort niveau de compatibilité avec le critère portant sur une organisation apprenante et performante.

Ces résultats n'ont pas été observés dans l'étude de Lin et al. (2009), et laissent penser que des facteurs du contexte externe ont joué un rôle dans l'existence de ces pratiques. Ainsi, le contexte socioéconomique et politique externe a influencé la mise en place de telles pratiques organisationnelles. En effet, au Québec, l'intérêt de l'hôpital pour l'évaluation de la performance peut être influencé par la nature universelle du système québécois d'assurance maladie (Bilodeau, Crémieux, Jaumard, Ouellette, & Vovor, 2004), et la politique de déficit zéro du gouvernement. Le développement des connaissances et des technologies médicales et le vieillissement de la population font pression sur les finances publiques (Contandriopoulos, 2008), obligeant le gouvernement québécois à contrôler les coûts du système de santé, et à émettre des directives relatives à la performance (mécanismes de reddition de compte) que doivent suivre les hôpitaux (Nguyen dans Fleury, 2007). Les pratiques relatives au critère portant sur l'apprentissage organisationnel sont aussi liées au critère portant sur la performance. L'apprentissage organisationnel permet d'améliorer la performance des organisations de santé, grâce à une plus grande satisfaction au travail des infirmières, un niveau plus élevé d'engagement organisationnel, une vision partagée et de l'apprentissage en équipe (Jeong, Lee, Kim, Lee, & Kim, 2007). Cela permet aussi d'améliorer la sécurité des patients (Rivard, Rosen, & Carroll, 2006). Le CHU utilise un modèle de pratiques professionnelles visant à rehausser les compétences des infirmières et à optimiser la composition de l'équipe de soins. Un tel modèle permet, selon plusieurs auteurs, d'améliorer la satisfaction des infirmières et leur identité professionnelle, ainsi que l'excellence des soins prodigués (Chinn & Kramer, 2004; Jost & Rich, 2010; Latta & Davis-Kirsch, 2011).

En ce qui a trait à ce critère d'organisation apprenante et performante, nos résultats indiquent des pratiques à améliorer. Les résultats indiquent en effet un manque d'aplanissement

hiérarchique et de flexibilité syndicale. Selon Rushmer, le manque d'aplanissement hiérarchique peut empêcher la circulation de l'information (Rushmer et al., 2004a). Ainsi, nos résultats suggèrent, à l'instar de ceux de Rushmer, la nécessité d'aplanir la hiérarchie organisationnelle, afin d'améliorer l'émergence de nouvelles pratiques organisationnelles et d'empowerment parmi le personnel.

Deuxièmement, les pratiques du CHU relatives au critère 'politique de promotion de la santé' sont peu développées dans la phase initiale d'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé', donc encore peu compatibles avec le critère 'politique de promotion de la santé'. Cependant, il faut relever le fort niveau de compatibilité des pratiques avec certains sous-critères. Ainsi, au moment de l'état des lieux, il existait une direction responsable de la promotion de la santé dans la structure organisationnelle du CHU. Une politique de promotion de la santé était en cours de rédaction. Si la présence de ces éléments importants constitue une force, la compatibilité des pratiques de l'organisation avec les autres sous-critères portant sur la politique de promotion de la santé est relativement faible. On retrouve des résultats similaires dans d'autres études sur l'implantation du projet HPS. Par exemple, dans le diagnostic organisationnel effectué par Lin, la politique de promotion de la santé obtient le dernier rang et le score le plus faible au niveau de sa conformité avec les normes de l'OMS sur le projet HPS (Lin et al., 2009). Une étude d'évaluation comparative rétrospective (étude PRICES-HPH) menée au sujet de l'implantation du projet HPS dans 28 réseaux et 180 hôpitaux au niveau international, a également montré que seulement 43 % des réseaux avaient une politique écrite en promotion de la santé chez leurs membres (Pelikan et al., 2011). De manière générale, une des hypothèses expliquant cette faible compatibilité est le manque de partenariat. L'existence d'une telle politique, plus qu'un simple exercice d'écriture, constitue en effet un effort de négociation entre différents groupes d'intérêts (Singer et al., 2001), et une opportunité de mobilisation de l'ensemble des acteurs de la gouverne autour d'un enjeu et d'une vision. Selon Lagarde, le développement d'une politique de promotion de la santé réunissant les gestionnaires et le personnel, a le potentiel de mener l'hôpital vers une approche globale de la promotion de la santé, permettant de pérenniser l'implantation du projet HPS dans l'organisation (Lagarde, 2009). On peut ainsi considérer que l'adoption d'une politique de promotion de la santé devrait précéder l'implantation d'une direction de la promotion de la

santé. Il est permis de penser qu'un tel exercice de mobilisation des acteurs permettrait de faciliter le développement de perceptions et de valeurs partagées relativement à l'innovation. Dans le modèle de Greenhalgh et al., tiré d'une revue des théories sur l'implantation, on relève que les perceptions et les valeurs partagées peuvent améliorer l'implantation d'une innovation (Greenhalgh et al., 2004). De plus, cela permet également d'améliorer la perception des acteurs quant à l'importance de l'implantation de l'innovation dans l'organisation (priorité relative), ainsi que d'accroître leur soutien à l'implantation (Damschroder et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004).

Les données du questionnaire indiquent également l'existence d'un plan d'action en promotion de la santé. Cependant, il n'y a pas de plan de communication de ce plan d'action à l'ensemble des infirmières de l'établissement. En effet, ce plan d'action n'a pas encore été communiqué au personnel de l'établissement. Nos résultats rejoignent ceux obtenus par Lin, qui note une communication insuffisante avec le personnel au sein de l'hôpital à l'étude, malgré l'existence d'une politique de promotion de la santé (Lin et al., 2009). Les résultats obtenus par Tountas laissent penser qu'une politique de communication efficace est utile (Tountas et al., 2004). Selon lui, la communication du plan d'action et de la politique en promotion de la santé est cruciale, car elle permet de conscientiser l'ensemble du personnel à l'importance de la promotion de la santé et à l'adhésion d'une nouvelle vision de l'hôpital. Selon Tountas et al., cette conscientisation permettra à son tour d'améliorer l'efficacité des interventions, la qualité des services, et l'image de l'hôpital.

Ensuite, les résultats de notre étude suggèrent qu'un meilleur financement organisationnel de la promotion de la santé serait nécessaire. Ces résultats rejoignent ceux obtenus par Pelikan et al. dans l'étude PRICES-HPH, où seulement 35 % des hôpitaux possédaient un budget spécifiquement dédié à la promotion de la santé (Pelikan et al., 2011). Les résultats d'autres études montrent qu'il est important que l'unité responsable de la promotion de la santé puisse être soutenue par l'ensemble des acteurs de la gouverne, et disposer d'un soutien financier approprié (Johnson & Baum, 2001; Lin & Lin, 2011a; Lin et al., 2009; Tountas et al., 2004). Selon Guo et al., le manque de financement accordé à la promotion de la santé trahit une mauvaise compréhension du projet HPS et un manque d'engagement des acteurs de la gouverne dès le début de l'implantation du projet HPS (Guo et al., 2007). Dans les modèles de

Damschroder (2009) et Greenhalgh (2004), le soutien financier est reconnu comme un facteur-clé dans l'implantation d'une innovation (Damschroder et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004).

Finalement, la politique de promotion de la santé étant en développement, nos résultats indiquent qu'il n'y a pas encore de formation des infirmières et des gestionnaires au sujet du projet HPS. D'autres études rapportent des résultats similaires, et ont relevé une absence de formation du personnel au sujet du projet HPS (Guo et al., 2007; McBride, 2004; Whitelaw et al., 2006). La formation fait partie des recommandations de Vienne (World Health Organization, 1997), et un déficit en ce domaine a des implications importantes et constitue un obstacle majeur dans l'implantation du projet HPS (Guo et al., 2007; Hancock, 1999; Johnson & Baum, 2001; Lin et al., 2009; Pelikan et al., 2001; Whitehead, 2005). En effet, l'absence de formation des infirmières et des gestionnaires au sujet du projet HPS ne permet pas d'améliorer leur compréhension et leurs connaissances à ce sujet. Or, selon les résultats de Lin et al., l'implantation réussie du projet HPS est basée sur les connaissances et la compréhension du personnel en promotion de la santé (Lin et al., 2009). D'après les résultats de Whitelaw et al. et Johnson, le développement des compétences en promotion de la santé du personnel fait partie d'une série d'ingrédients indispensables à un contexte interne favorable à l'implantation du projet HPS (Johnson & Baum, 2001; Whitelaw et al., 2006), particulièrement dans le milieu de travail (Pelikan et al., 2001; Whitehead, 2005). Toujours selon Whitelaw et al., le développement des compétences en promotion de la santé permet d'améliorer la compréhension du projet HPS, mais également l'utilisation d'un cadre de référence tel qu'une politique organisationnelle en promotion de la santé (Whitelaw et al., 2011). Cependant, il faut relever que la formation est une condition nécessaire mais non suffisante à l'implantation d'un 'milieu de travail promoteur de santé'. En effet, les études montrent que la formation ne contribue au changement que lorsqu'elle est accompagnée par un développement de l'organisation au niveau structurel, c'est-à-dire d'une culture encourageant la qualité de vie au travail et la bonne communication au sein de l'organisation (Hancock, 1999), et d'un engagement organisationnel à long terme (Johnson & Nolan, 2004).

Norme portant sur le milieu de travail promoteur de santé

Premièrement, étant donné leur compatibilité avec un ‘milieu de travail promoteur de santé’, les pratiques concernant la santé et sécurité au travail reflètent un secteur dans lequel semble exceller l’hôpital. Nos résultats rejoignent ceux de l’étude de Lin, dans laquelle la santé et sécurité au travail du personnel obtient le premier rang des priorités organisationnelles chez les hôpitaux ayant décidé d’implanter le projet HPS (Lin & Lin, 2011a). Les professionnels de la santé, et particulièrement les infirmières, sont exposés à de nombreux risques et déclarent chaque année le deuxième plus grand nombre d’accidents de travail (National Institute for Occupational Safety and Health, 2004). En plus de leurs dimensions sociales, les accidents de travail entraînent des conséquences économiques pour l’hôpital puisque les professionnels de la santé s’absentent 1,5 fois plus que les autres travailleurs au Canada (Canadian Institute for Health Information, 2005). Des facteurs du contexte externe influencent la mise en place de pratiques organisationnelles en santé et sécurité du travail. En effet, il existe un contexte socio-historique et législatif faisant en sorte que les hôpitaux du Québec doivent suivre les lois et les règlements en matière de santé et sécurité au travail. Au Québec, les normes régissant la santé et sécurité au travail ont une longue histoire, et sont ancrées dans la loi depuis l’Acte des manufactures de 1885 (Desilets et Ledoux, 2006). La loi sur la santé et sécurité au travail, dans sa forme actuelle, date de 1979, et donne la priorité à la prévention des accidents et les maladies professionnelles. La législation impose donc aux établissements de santé de prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé et assurer la sécurité et l’intégrité physique des travailleurs (Loi sur la santé et la sécurité du travail, 2004). De plus, Agrément Canada, dans son programme d’auto-évaluation Qmentum destiné aux établissements de santé, émet des normes relatives à la santé et sécurité au travail (Agrément Canada, 2010). Selon Lin, la présence d’un programme d’agrément peut améliorer l’observance des pratiques en santé et sécurité au travail (Lin & Lin, 2011).

Deuxièmement, les pratiques recensées au niveau de la promotion des saines habitudes de vie ont été choisies comme cibles par la direction de la promotion de la santé, et constituent des résultats initiaux de l’implantation du sous-projet ‘milieu de travail promoteur de santé’. Bien que les scores obtenus pour ce critère soient élevés, il est important de noter qu’il s’agit de plans d’action récemment mis en place et dont l’opérationnalisation n’a pu être observée dans

cette étude. Ensuite, les données des documents indiquent que les interventions utilisent essentiellement une approche comportementale et individuelle. La promotion des saines habitudes de vie chez le personnel constitue un critère sur lequel l'hôpital à l'étude a décidé de concentrer ses efforts, comme la majorité des hôpitaux ayant décidé d'implanter le projet HPS (Lin et al., 2009; Lin & Lin, 2011; Whitehead, 2006). Ainsi, dans une étude effectuée dans un HPS de la Pennsylvanie sur l'efficacité de programmes de promotion de la santé pour les employés, on retrouvait le plus souvent des interventions destinées à améliorer la santé physique du personnel, en contrôlant le poids, en faisant des programmes d'éducation nutritionnelle, d'éducation à la santé, et de gestion du stress (Masiello, 2008). Dans une autre étude effectuée dans un hôpital promoteur de santé de Taiwan, les interventions portaient sur l'exercice physique, le tabagisme, le régime alimentaire et le stress (Shu-Ti, 2008). Ces résultats sont conformes à ceux de Whitehead qui relève qu'un 'milieu de travail promoteur de santé' est encore généralement associé à des objectifs et des résultats centrés sur la santé physique et psychologique des infirmières, avec des interventions visant à réduire le stress, l'obésité, la consommation d'alcool ou le tabagisme, et à augmenter l'activité physique (Whitehead, 2005). L'implantation de ces interventions et les économies potentielles réalisables grâce à la réduction des coûts associés à la mauvaise santé des employés (Masiello, 2008) font en sorte que cette approche est privilégiée par la plupart des hôpitaux ayant décidé d'implanter le projet HPS (Lee, Chen, & Chu, 2012; Pelikan et al., 2011).

Troisièmement, nos résultats montrent une compatibilité élevée des pratiques avec le sous-critère portant sur les modifications environnementales physiques et sociales, particulièrement au niveau de l'amélioration de la santé physique et mentale des infirmières et de la promotion de leur bien-être. Par contre, on observe une compatibilité plus faible au niveau des mesures de prévention de la violence, ce qui suggère un besoin d'amélioration au sein de l'hôpital à l'étude. Ceci est d'autant plus important que les infirmières, sont significativement plus à risque de subir de la violence que les autres travailleurs (Findorff, McGovern, Wall, Gerberich, & Alexander, 2004) et que 34% des infirmières ont été agressées physiquement par un patient au cours de l'année 2005, tandis que 47 % ont fait état de violence psychologique pour la même période (Margot & Kathryn, 2009). On note également une compatibilité plus faible au niveau des modifications environnementales visant à promouvoir de saines habitudes

alimentaires. Les résultats de plusieurs autres études montrent que la prise en compte de l'environnement est essentielle pour modifier les comportements et les habitudes de vie (Chu et al., 2000; Chu et al., 1997; Engbers, van Poppel, Chin, & van Mechelen, 2005; Goetzel & Ozminkowski, 2008). Finalement, Aldana indique que l'amélioration de la santé des infirmières passe avant tout par une amélioration de leurs conditions de travail puisque des facteurs de risques tels que le stress, le tabac ou l'obésité, n'expliquent qu'un faible pourcentage de l'absentéisme qui y est associé (Aldana, 2001). Une étude québécoise tend à le confirmer, en montrant que 64 % de l'absentéisme des infirmières provient d'un environnement psychosocial sous optimal (Bourbonnais et al., 2006).

Quatrièmement, aucune pratique pour encourager la participation des infirmières au sujet des décisions relatives à leur propre environnement de travail n'a été rapportée. De plus, les données des documents indiquent que le syndicat des infirmières n'a pas participé à l'élaboration de la politique de promotion de la santé. Dans la littérature portant sur l'implantation du projet HPS, plusieurs études relèvent l'importance de la participation du personnel (Hancock, 1999; Lee, Chen, Powell, & Chu, 2012; Lin & Lin, 2011; Lin et al., 2009; Parsons et al., 2006). En effet, le manque de participation à la prise de décision est associé à davantage de stress et à de la démobilité chez les infirmières (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2000). Plusieurs études montrent aussi une association entre le manque de participation à la prise de décision et davantage d'accidents de travail et de maladies chez les travailleurs du domaine de la santé (Blegen, 1993; Hornblow, 2002; Kangas, Kee, & McKee-Waddle, 1999), particulièrement les infirmières (Clarke, 2007; Mark et al., 2007). Nos résultats suggèrent, comme plusieurs autres études, qu'il est crucial d'impliquer les infirmières dans la prise de décision, particulièrement celles ayant trait à leur environnement de travail, non seulement pour améliorer le bien-être des infirmières, mais également pour améliorer la santé des patients (Armstrong, Laschinger, & Wong, 2009; Armstrong & Laschinger, 2006). Cependant, aucune étude n'a évalué la participation des infirmières à la prise de décision lors de l'implantation du projet HPS. L'absence d'encouragement à la participation des infirmières à la prise de décision tient vraisemblablement à une lente évolution vers un modèle organique plus intégré des services de santé, où subsiste une logique bureaucratique, fragmentée et rigide (Lamothe dans Fleury, 2007).

Évaluation de la compatibilité

Notre étude a permis de développer un outil adapté aux réalités du Québec, capable de mesurer la compatibilité des pratiques avec l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé'. Pour une mesure reflétant le plus fidèlement possible les recommandations de Vienne, un sous-critère portant sur l'organisation apprenante et performante ainsi qu'un autre portant sur les modifications environnementales physiques et sociales ont été ajoutés. Ces ajouts nous apparaissaient pertinents étant donné leur inclusion dans les recommandations de Vienne et les standards d'Agrément Canada, et leur utilisation par plusieurs hôpitaux québécois. Ces ajouts sont importants pour les recherches futures car ils permettent de capturer plus précisément le niveau de compatibilité des pratiques et ressources d'un hôpital avec un 'milieu de travail promoteur de santé'. Étant donné les recommandations de Vienne, il pourrait être pertinent pour l'OMS de rajouter ces deux dimensions à leur outil.

Certaines leçons sont à tirer de nos résultats. Tout d'abord, au niveau de la pratique, nos résultats suggèrent l'importance d'évaluer la compatibilité avant d'implanter un 'milieu de travail promoteur de santé' puisque cela permet de dresser un portrait des forces et faiblesses présentes dans le contexte interne d'implantation d'un hôpital souhaitant offrir un milieu de travail promoteur de santé, et ainsi avoir des données sur la réceptivité de l'organisation à cette implantation. Dans le cas à l'étude, les forces portaient sur l'apprentissage et la performance organisationnelle, les stratégies pour créer un milieu de travail sain et sécuritaire, et les stratégies de promotion de saines habitudes de vie. Quant aux faiblesses, elles concernaient la politique de promotion de la santé et la participation des infirmières à la prise de décision.

Ensuite, au niveau de la recherche, nos résultats montrent l'importance de poursuivre des travaux. Un outil est proposé et nous encourageons d'autres à tester sa validité dans divers types d'hôpitaux du Québec et ailleurs. Ceci est d'autant plus important que certains critères d'un 'milieu de travail promoteur de santé' rajoutés dans l'outil sont présents dans les standards d'Agrément Canada.

Conclusion

Dans cet article, en dépit de certaines limites, nos résultats ont révélé un des éléments importants dans l'évaluation du contexte interne, soit la compatibilité des politiques, programmes et services d'un CHU avec les critères d'un 'milieu de travail promoteur de santé'. Nos résultats suggèrent l'importance d'effectuer un état des lieux des forces et faiblesses présentes dans le contexte interne de l'organisation, préalablement à l'implantation d'un milieu de travail promoteur de santé. Ceci peut être effectué grâce à notre outil d'auto-évaluation.

Références

- Agrément Canada. (2010). *Programme Qmentum*. Repéré à : <http://www accreditation.ca/accrediation-programs/qmentum/>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *The Journal of Nursing Administration, 38*(5), 223-229.
- Aldana, S. G. (2001). Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion, 15*(5), 296-320.
- Armstrong, K. J., & Laschinger, H. (2006). Structural Empowerment, Magnet Hospital Characteristics, and Patient Safety Culture: Making the Link. *Journal of Nursing Care Quality, 21*(2), 124-132.
- Armstrong, K., Laschinger, H., & Wong, C. (2009). Workplace empowerment and magnet hospital characteristics as predictors of patient safety climate. *The Journal of Nursing Administration, 39*(7-8 Suppl), S17-24.
- Aujoulat, I., Le Faou, A. L., Sandrin-Berthon, B., Martin, F., & Deccache, A. (2001). Implementing health promotion in health care settings: conceptual coherence and policy support. *Patient Education and Counseling, 45*(4), 245-254.
- Bilodeau, D., Crémieux, P.-Y., Jaumard, B., Ouellette, P., & Vovor, T. (2004). Measuring Hospital Performance in the Presence of Quasi-Fixed Inputs: An Analysis of Québec Hospitals. *Journal of Productivity Analysis, 21*(2), 183-199.
- Blegen, M. A. (1993). Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. *Nursing Resources, 42*(1), 36-41.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vinet, A., Vezina, M., Abdous, B., & 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.
- Canadian Institute for Health Information. (2005). *Canada's Health Care Providers: 2005 Chartbook*. Repéré à https://secure.cihi.ca/free_products/HCP_Chartbook05_e.pdf
- Champagne, F. (2011). L'analyse de l'implantation. In A. Brousselle (Mamouljian, Astaire et al.), *L'évaluation : concepts et méthodes* (2e éd. ed., pp. 332). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Chinn, P.L., Kramer, M.K. & Peggy, L. (2004). *Integrated Theory & Knowledge Development in Nursing* (8^{ème} éd.). Saint-Louis, USA : Mosby Elsevier.
- Chu, C., Breucker, G., Harris, N., Stitzel, A., Gan, X., Gu, Xueqi, & Dwyer, S. (2000). Health-promoting workplaces, an international settings development. *Health Promotion International, 15*(2), 155-167.
- Chu, C., Driscoll, T., & Dwyer, S. (1997). The health-promoting workplace: an integrative perspective. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 21*(4), 377-385.

- Clarke, S. P. (2007). Hospital work environments, nurse characteristics, and sharps injuries. *American Journal of Infection Control*, 35(5), 302-309.
- Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety. (2004). *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. Repéré à <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309090679>
- Contandriopoulos, A.-P. (2008). La réforme du système de santé : un enjeu de société. *Santé, Société et Solidarité*, 7(2) 31-40.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(50).
- Dedobbeleer, N., Contandriopoulos, A.-P., Nguyen, H., Rousseau, L., Lamothe, L., Bilterys, R., & Elmmala, Z. (2007). *Le Centre de santé et de services sociaux promoteur de santé : Outil d'auto-évaluation*. Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (Mamoulian, Astaire et al.). Montréal, Québec: Université de Montréal.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 454-464.
- Desilets, C., Ledoux, D. (2006) *Histoire des normes du travail au Québec de 1885 à 2005 : de l'Acte des manufactures à la Loi sur les normes du travail*. Québec: Publications du Québec.
- Engbers, L. H., van Poppel, M. N., Chin, A. Paw M., & van Mechelen, W. (2006). The effects of a controlled worksite environmental intervention on determinants of dietary behavior and self-reported fruit, vegetable and fat intake. *BMC Public Health*, 6(253).
- Findorff, M. J., McGovern, P. M., Wall, M., Gerberich, S. G., & Alexander, B. (2004). Risk factors for work related violence in a health care organization. *Injury Prevention*, 10(5), 296-302.
- Fleury, M.-J., Tremblay, M., Nguyen, H. & Bordeleau, L. (2007). *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Goetzl, R. Z., & Ozminowski, R. J. (2008). The health and cost benefits of work site health-promotion programs. *Annual Review of Public Health*, 29, 303-323.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
- Groene, O. (2006). *Implementing health promotion in hospitals : manual and self-assessment forms*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- Groene, O., Garcia-Barbero, M. (2005). *Health promotion in hospitals : evidence and quality management*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Groene, O., Jorgensen, S. J., Fugleholm, A. M., Moller, L., & Garcia-Barbero, M. (2005). Standards for health promotion in hospitals: development and pilot test in nine

- European countries. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 18(4-5), 300-307.
- Guo, X. H., Tian, X. Y., Pan, Y. S., Yang, X. H., Wu, S. Y., Wang, W., & Lin, V. (2007). Managerial attitudes on the development of health promoting hospitals in Beijing. *Health Promotion International*, 22(3), 182-190.
- Hancock, T. (1999). Creating health and health promoting hospitals: a worthy challenge for the twenty-first century. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 12(2-3), viii-xix.
- Havens, D. S., & Aiken, L. H. (1999). Shaping systems to promote desired outcomes. The magnet hospital model. *The Journal of Nursing Administration*, 29(2), 14-20.
- Hornblow, A., Guilliland, K., Gourley, M., Lawless, J., Mantell, C., Ross, C., Salmond, G., Southwick, M., Wiles, R. & Wilson, I. (2003). The New Zealand Health Workforce: Framing Future Directions – Recommendations to the Minister of Health. Repéré à [http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/AE2C2B92A23154E2CC2571CB007B2754/\\$file/HWACfuturedirections03.pdf](http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/AE2C2B92A23154E2CC2571CB007B2754/$file/HWACfuturedirections03.pdf)
- Jeong, S. H., Lee, T., Kim, I. S., Lee, M. H., & Kim, M. J. (2007). The effect of nurses' use of the principles of learning organization on organizational effectiveness. *Journal of Advanced Nursing*, 58(1), 53-62.
- Johnson, A., & Nolan, J. (2004). Health promoting hospitals: Gaining an understanding about collaboration. *Australian Journal of Primary Health*, 10(2), 51-60.
- Johnson, A., & Baum, F. (2001). Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Health Promotion International*, 16(3), 281-287.
- Jost, S. G., & Rich, V. L. (2010). Transformation of a Nursing Culture Through Actualization of a Nursing Professional Practice Model. *Nursing Administration Quarterly*, 34(1), 30-40.
- Kangas, S., Kee, C. C., & McKee-Waddle, R. (1999). Organizational factors, nurses' job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care. *The Journal of Nursing Administration*, 29(1), 32-42.
- Kar S., Roy G., & Lakshminarayanan S. (2012). Health Promoting Hospital: A Noble Concept. *National Journal of Community Medicine*, 3(3), 558-562.
- Kramer, M., Maguire, P., & Brewer, B. B. (2011). Clinical nurses in Magnet hospitals confirm productive, healthy unit work environments. *Journal of Nursing Management*, 19(1), 5-17.
- Lagarde, F. (2009). *Guide to Develop a Health Promotion Policy and compendium of policies*. Montreal: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Repéré à <http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/pdf/publications/isbn978-2-89510-320-2.pdf>
- Latta, L. C., & Davis-Kirsch, S. (2011). Developing a Robust Professional Practice Model Using a Shared Governance Approach. *Journal of Pediatric Nursing*, 26(6), 580-585.

- Lavoie-Tremblay, M., Leclerc, E., Marchionni, C., & Drevniok, U. (2010). The needs and expectations of generation Y nurses in the workplace. *Journal for Nurses in Staff Development*, 26(1), 2-8.
- Lavoie-Tremblay, M., O'Brien-Pallas, L., Gelinas, C., Desforges, N., & Marchionni, C. (2008). Addressing the turnover issue among new nurses from a generational viewpoint. *Journal of Nursing Management*, 16(6), 724-733.
- Lee, C. B., Chen, M. S., & Chu, C. M. (2012). The health promoting hospital movement in Taiwan: recent development and gaps in workplace. *International Journal of Public Health*, 58(2), 313-317
- Lin, Y. W., & Lin, Y. Y. (2011). Health-promoting organization and organizational effectiveness of health promotion in hospitals: a national cross-sectional survey in Taiwan. *Health Promotion International*, 26(3), 362-375.
- Lin, Y. W., Huang, H. L., & Tung, S. C. (2009). The organisational diagnosis of a Health Promoting Hospital in Taiwan. *Patient Education and Counseling*, 76(2), 248-253.
- Lobnig, H., Krajic, K. & Pelikan, J. M. (1998). The International WHO-Network of Health Promoting Hospitals: State of Development of Concepts and Projects. Dans H. Berger, K. Krajic & R. Paul (Mamoulian, Astaire et al.), *Health Promoting Hospitals in Practice: Developing Projects and Networks*. Gamburg, Allemagne : Conrad Health Promotion Publications.
- Loi sur la santé et la sécurité du travail (2004). Recueil des Lois et des Réglements du Québec, c.S-2.1
- Margot S, Kathryn W. (2009). Facteurs liés à la violence faite aux infirmières par les patients. *Rapport sur la santé* 20(2), 1-14. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2009002/article/10835-fra.pdf>
- Mark, B. A., Hughes, L. C., Belyea, M., Chang, Y., Hofmann, D., Jones, C. B., & Bacon, C. T. (2007). Does safety climate moderate the influence of staffing adequacy and work conditions on nurse injuries? *Journal of Safety Research*, 38(4), 431-446.
- Masiello, M. (2008). *Actual cost benefit of a hospital employee worksite wellness coaching program*. Communication présentée au 16th International Conference on Health Promoting Hospitals, Berlin, Allemagne.
- McBride, A. (2004). Health promotion in the acute hospital setting: the receptivity of adult in-patients. *Patient Education and Counseling*, 54(1), 73-78.
- National Institute for Occupational Safety and Health. (2004). *Worker Health Chartbook 2004*. Repéré à <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2004-146/pdfs/2004-146.pdf>
- Parsons, M. L., Cornett, P. A., & Golightly-Jenkins, C. (2006). Creating healthy workplaces: Laying the groundwork by listening to nurse managers. *Nurse Leader*, 4(3), 34-39.
- Pelikan, J. M., Dietscher, C., Schmied, H., & Röthlin, F. (2011). A model and selected results from an evaluation study on the International HPH Network (PRICES-HPH). *Clinical Health Promotion*, 1(1), 9-15.

- Pelikan, J. M., Krajic, K., & Dietscher, C. (2001). The health promoting hospital (HPH): concept and development. *Patient Education and Counseling*, 45(4), 239-243.
- Pölluste, K., Alop, J., Groene, O., Hörm, T., Merisalu, E., & Suurorg, L. (2007). Health-promoting hospitals in Estonia: what are they doing differently? *Health Promotion International*, 22(4), 327-336.
- Rivard, P. E., Rosen, A. K., & Carroll, J. S. (2006). Enhancing Patient Safety through Organizational Learning: Are Patient Safety Indicators a Step in the Right Direction? *Health Services Research*, 41(4Pt2), 1633-1653.
- Rushmer, R., Kelly, D., Lough, M., Wilkinson, J. E., & Davies, H. T. (2004a). Introducing the Learning Practice--I. The characteristics of Learning Organizations in Primary Care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 10(3), 375-386.
- Rushmer, R., Kelly, D., Lough, M., Wilkinson, J. E., & Davies, H. T. (2004b). Introducing the Learning Practice--II. Becoming a Learning Practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 10(3), 387-398.
- Shu-Ti C., Hui-Ting H., Ying-Shiang C., & Hei-Jen J. (2008). *Benchmarking an HPH in its organizational strategies and achievements as a healthier workplace – what differences can it possibly make?* Communication présentée à la 16th International Conference on Health Promoting Hospitals, Berlin, Allemagne.
- Singer, P. A., Barker, G., Bowman, K. W., Harrison, C., Kernerman, P., Kopelow, J., Lazar, N., Weijer, C., & Workman, S. (2001). Hospital policy on appropriate use of life-sustaining treatment. *Critical Care Medicine*, 29(1), 187-191.
- The Health Communication Unit. (2004). An Introduction to Comprehensive Workplace Health Promotion. (version 1.1). Centre fo Health Promotion: University of Toronto. Repéré à : http://www.thcu.ca/workplace/documents/intro_to_workplace_health_promotion_v1.1.final.pdf
- Tountas, Y., Pavi, E., Tsamandouraki, K., Arkadopoulos, N., & Triantafyllou, D. (2004). Evaluation of the participation of Aretaieion Hospital, Greece in the WHO Pilot Project of Health Promoting Hospitals. *Health Promotion International*, 19(4), 453-462.
- Weiner, B. J., Lewis, Megan A., & Linnan, L. A. (2009). Using organization theory to understand the determinants of effective implementation of worksite health promotion programs. *Health Education Research*, 24(2), 292-305.
- Whitehead, D. (2004). The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on? *Health Promotion International*, 19(2), 259-267.
- Whitehead, D. (2005). Health promoting hospitals: the role and function of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 20-27.
- Whitehead, D. (2006). Workplace health promotion: the role and responsibility of health care managers. *Journal of Nursing Management*, 14(1), 59-68.

- Whitelaw, S., Graham, N., Black, D., Coburn, J., & Renwick, L. (2011). 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.
- 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.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion : an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health*, November 17-21, 1986, Ottawa, Ontario
- World Health Organization. (1997). *The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe. Repéré à http://hpe4.anamai.moph.go.th/hpe/data/hph/Viena_Recommendation.pdf
- World Health Organization. (2004). *Standards for health promotion in hospitals : self-assessment tool for pilot implementation*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Repéré à : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/99860/E85054.pdf

Chapitre VI : Discussion générale et conclusion

Au moment de l'étude, le concept HPS avait été adopté par le CHU et l'implantation du projet HPS commençait. Le but de cette thèse a alors été de mieux comprendre l'implantation d'un sous-projet lié à une des dimensions du concept HPS, le 'milieu de travail promoteur de santé', pour les infirmières d'un CHU au Québec. Étant donné son influence importante sur l'efficacité de l'implantation d'une innovation, nous avons choisi de nous intéresser au contexte interne de l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé'. Afin de mieux comprendre le contexte interne d'implantation, nous avons porté notre attention sur les perceptions des acteurs-clés stratégiques (1^{er} article) et des infirmières-chefs (2^{ème} article) au sujet de l'implantation d'un 'milieu de travail promoteur de santé', et la compatibilité des ressources et pratiques du CHU avec un 'milieu de travail promoteur de santé' (3^{ème} article).

Dans ce chapitre, les résultats obtenus dans les trois articles seront intégrés et discutés à partir des résultats d'autres études portant sur les théories de l'implantation, plus particulièrement sur le construit « niveau de préparation » (readiness) de l'organisation (NPO) à l'implantation de l'innovation, et sur les écrits portant sur l'implantation d'un projet HPS. Après avoir exposé les limites de l'étude, ce chapitre conclura avec quelques réflexions personnelles sur l'implantation du milieu de travail promoteur de santé.

6.1 Le contexte interne

6.1.1 L'utilité d'un 'milieu de travail promoteur de santé'

Nos résultats ont révélé que l'ensemble des acteurs stratégiques et des infirmières-chefs interviewés trouve importante l'implantation d'un 'milieu de travail promoteur de santé' pour les infirmières. À ce sujet, nos résultats rejoignent ceux d'une étude pilote menée auprès de 3 CSSS en Montérégie où les participants avaient jugé importante l'implantation du projet HPS dans leur organisation (Dedobbeleer et al., 2009). Cependant, si les infirmières-chefs considèrent le sous-projet 'milieu de travail promoteur de santé' comme étant utile pour améliorer leurs conditions de travail, l'image de l'hôpital, et la qualité des soins, elles ressentent un manque de volonté politique des acteurs stratégiques pour l'implanter. Cela n'a pas été examiné dans d'autres études.

De manière générale, Hancock (1999) estime que les hôpitaux souhaitant jouer un rôle significatif au niveau de la promotion de la santé, devront revoir leur philosophie, valeurs et pratiques. En effet, selon lui, la promotion de la santé met l'accent sur un modèle de santé plutôt que médical, utilise une approche collective plutôt qu'individuelle, avec une emphase sur la communauté plutôt que l'institution (Hancock, 1999). Au Québec, Haggerty et al. remarquent qu'il y a place à beaucoup d'amélioration concernant les services de promotion de la santé dans les organisations de santé (Haggerty et al., 2007). De plus, même parmi les hôpitaux ayant décidé d'implanter le projet HPS, certains minimisent l'importance du 'milieu de travail promoteur de santé', comme le notent Lin dans son diagnostic organisationnel d'un HPS (Lin, Huang, & Tung, 2009), ou Pelikan dans l'étude PRICES-HPH (Pelikan et al., 2011). Pourtant, les infirmières doivent faire face à des conditions de travail difficiles (Viens et al., 2002), et plusieurs rapports de recherche recommandent de les améliorer étant donné l'impact sur la qualité des soins (Koehoorn & Wagar, 1999; Comité consultatif des ressources humaines en santé, 2002; Baumann, 2001; Canadian Policy Research Network, 2002).

Quant à l'implantation d'un milieu de travail sain, les résultats de Shamian (2007) indiquent que si cette préoccupation existe désormais au niveau politique dans les différentes provinces canadiennes, les conditions de travail des infirmières ne se sont pas encore améliorées sur le terrain (Shamian & El-Jardali, 2007).

Au Québec, il existe maintenant une norme « Entreprise en santé » incluse dans les objectifs du plan stratégique quinquennal 2010-2015 du MSSS. Cette norme, coordonnée par le Bureau de Normalisation du Québec, propose un processus de certification guidant les entreprises publiques et privées à intervenir dans le milieu de travail, à travers les habitudes de vie du personnel, l'équilibre travail-vie personnelle, l'environnement de travail, et les pratiques de gestion (Meghan, 2010). Un guide visant à aider les établissements de santé québécois dans l'implantation d'un milieu de travail sain, et rédigé par le réseau québécois des établissements promoteurs de santé (Agence de la santé des services sociaux de Montréal, 2011), soutient l'implantation du projet HPS mais aussi la norme « Entreprise en santé », et considère ces approches comme étant complémentaires, sans toutefois distinguer leur portée. Pourtant, bien que la norme « Entreprise en santé » soit favorisée par le MSSS et l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, elle n'est pas aussi intégratrice que le 'milieu de travail

promoteur de santé'. En effet, au sens des recommandations de Vienne, contrairement à la norme « Entreprise en santé », un 'milieu de travail promoteur de santé' ne peut exister sans que l'organisation elle-même ne soit promotrice de santé et possède une politique de promotion de la santé, et soit apprenante et performante (World Health Organization, 1997), signe de l'interaction existant entre la dimension 'organisation promotrice de santé' et 'milieu de travail promoteur de santé'.

À l'heure actuelle, l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' ne fait pas encore partie des objectifs du MSSS (MSSS, 2010), ni du programme national de santé publique du Québec (MSSS, 2008). Or, comme le note Rousseau, le contenu des programmes et des services reste largement orienté par le MSSS, dans un esprit de décentralisation administrative mais de centralisation politique (Rousseau dans Fleury, 2007). Cela suggère que laissée à la volonté des établissements de santé, l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' puisse rencontrer des difficultés. Toutefois, un réseau montréalais des hôpitaux et CSSS promoteurs de santé, devenu en février 2012 le réseau québécois des établissements promoteurs de santé, a vu le jour. Ce réseau, dirigé par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, a pour mission de soutenir l'implantation des normes de l'OMS dans les établissements de santé. Cependant, même si l'Agence préconise l'utilisation d'un outil d'autoévaluation développé par l'OMS, il n'existe pas à ce jour de mécanisme unanimement reconnu, permettant de suivre et d'évaluer l'implantation du projet HPS chez les membres du réseau, la seule condition étant une entente signée par l'établissement à travailler sur l'intégration des normes HPS de l'OMS (Agence de la santé des services sociaux de Montréal, 2011). De plus, l'outil d'auto évaluation de l'OMS est une version qui n'a pas été adaptée au contexte du Québec, différent de celui rencontré en Europe où il a été conçu. Pourtant, Groene et al. reconnaissent qu'il peut être nécessaire d'adapter les normes de l'OMS selon les régions dans lesquelles se trouvent les hôpitaux (Groene et al., 2005).

Le modèle québécois de reddition de comptes étant déjà rigoureux depuis 2001 (Nguyen dans Fleury, 2007), toute tentative de la part du MSSS ou d'une agence de la santé d'imposer un mécanisme formel d'évaluation de l'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' pourrait être vécue par les établissements de santé comme un nouvel outil de contrôle. L'OMS et Pelikan suggèrent l'inclusion des normes et critères HPS dans ceux utilisés par les

organismes d'agrément des services de santé (Groene, 2006; Pelikan et al., 2011). De par sa nature obligatoire au Québec, l'agrément peut constituer un véhicule pertinent pour améliorer les pratiques relatives à l'implantation d'un 'milieu de travail promoteur de santé' dans les établissements de santé québécois. Des travaux sont actuellement en cours à ce sujet, notamment avec le Conseil Québécois d'Agrément (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2012). Une étude précédente menée au Québec avait par ailleurs montré l'intérêt de l'inclusion des normes et critères du 'milieu de travail promoteur de santé' dans ceux de l'agrément (Dedobbeleer et al., 2009). Ceci est d'autant plus pertinent que la compatibilité entre les normes et critères d'un 'milieu de travail promoteur de santé' et ceux d'Agrément Canada, est particulièrement élevée (Dedobbeleer et al., 2008).

Finalement, étant donné les liens possibles entre la performance organisationnelle et le concept HPS (Dedobbeleer et al., 2013), il semble opportun de continuer à financer l'implantation du projet HPS. Des liens peuvent en effet être faits entre les critères du modèle d'Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé (EGIPSS) et les normes et critères d'un HPS (Dedobbeleer et al., 2013). Le modèle EGIPSS est utilisé comme cadre d'analyse de la performance du système de santé au Québec par le Commissaire à la santé et au bien-être (Champagne et al., 2005) et par l'Association Québécoise des Établissements de Santé et des Services Sociaux (Association Québécoise des Établissements de Santé et des Services Sociaux, 2011). Une compatibilité signifierait qu'une organisation promotrice de santé serait vraisemblablement plus performante. Un hôpital promoteur de santé ne peut donc se réduire à la promotion de saines habitudes de vie ; il doit être interprété dans une perspective plus globale (Nutbeam, 1998). Ainsi, dans un contexte de politique de déficit zéro, il semble important de continuer à rendre l'organisation plus performante, apprenante, de continuer à améliorer la relation existante entre les professionnels et les patients.

6.1.2 La compatibilité

Dans cette deuxième section, nous discutons de la compatibilité des pratiques organisationnelles du CHU avec les critères du sous-projet 'milieu de travail promoteur de santé'.

- La discordance entre la compatibilité mesurée et celle perçue par les acteurs stratégiques et tactiques

Les données qualitatives obtenues lors des entrevues montrent que l'ensemble des infirmières-chefs et des acteurs stratégiques considère le 'milieu de travail promoteur de santé' compatible avec les valeurs de l'organisation. Toutefois, l'ensemble des participants estime que les pratiques observées sur le terrain ne sont présentement pas encore compatibles avec l'innovation, et que le discours ne reflète pas la réalité. Contrairement aux données provenant des entrevues, celles obtenues grâce au questionnaire indiquent qu'il existe plusieurs pratiques organisationnelles déjà compatibles avec les critères du 'milieu de travail promoteur de santé'. Il a été ainsi possible de relever une discordance entre la compatibilité mesurée par l'outil d'autoévaluation, et celle perçue par les acteurs stratégiques et les infirmières-chefs.

Premièrement, on relève une forte compatibilité des pratiques organisationnelles relatives à la santé et sécurité au travail, la performance et les saines habitudes de vie. Cette compatibilité se manifeste surtout en mesures et contrôles administratifs au niveau de la santé et sécurité au travail, et en procédures et directives au niveau de la performance. Ceci a également été observé par Lin, dont les résultats attribuent à la santé et sécurité au travail du personnel le premier rang des priorités organisationnelles chez les hôpitaux ayant décidé d'implanter le projet HPS (Lin & Lin, 2011a). Lin fait l'hypothèse que ces résultats peuvent être expliqués par les règlements hospitaliers et les normes d'agrément en matière de santé et sécurité au travail en vigueur à Taiwan. Comme chez Lin, nos résultats peuvent être attribués au contexte dans lequel se trouve le CHU. En effet, au Québec, les hôpitaux doivent depuis longtemps observer des lois et des règlements en matière de santé et sécurité au travail (Commission des normes du travail, 2006; Gouvernement du Québec, 2004). De plus, les hôpitaux ont également l'obligation de se soumettre à un processus d'autoévaluation et d'évaluation externe par un organisme d'agrément, contenant notamment des normes relatives à la santé et sécurité au travail (Agrément Canada, 2010).

Au niveau du critère portant sur la performance, nos résultats ne se retrouvent pas dans d'autres études, et peuvent être liés à la politique de déficit zéro existant au Québec, elle-même reliée à la nature universelle du système québécois d'assurance-maladie, suscitant dès

lors un intérêt des établissements de santé pour l'évaluation de leur performance (Bilodeau et al., 2004 ; Nguyen dans Fleury, 2007).

On observe aussi une forte compatibilité avec le critère portant sur la promotion de saines habitudes de vie. Nos résultats rejoignent ceux d'autres études portant sur l'implantation du projet HPS, dans lesquelles les hôpitaux accordaient une grande attention à la promotion de saines habitudes de vie (Lin et al., 2009; Lin & Lin, 2011b; Whitehead, 2006). Cependant, nos résultats indiquent que les interventions sont souvent essentiellement conçues selon une perspective comportementale et individuelle, ce qui est également observé dans les résultats obtenus par Whitehead (Whitehead, 2005a). Ainsi, nos résultats suggèrent, au même titre que d'autres études, que les programmes destinés à améliorer les habitudes de vie du personnel devraient non seulement tenir compte de facteurs de risques individuels, mais aussi organisationnels et environnementaux (Chu & Dwyer, 2002; Engbers et al., 2006; Kishchuk & Renaud, 2008). Comme le souligne Chu (2002), de tels programmes devraient associer personnel et direction, et être soutenus par des politiques et une culture organisationnelle favorable (Chu & Dwyer, 2002).

Deuxièmement, il existe une compatibilité moyenne des pratiques du CHU avec les modifications de l'environnement physique et social des infirmières, particulièrement pour l'amélioration de leur santé physique et mentale. Par contre, on observe une compatibilité plus faible à ce qui a trait aux modifications environnementales visant à prévenir la violence. Ces résultats n'ont pas été observés dans d'autres études sur le projet HPS. Étant donné la prévalence de la violence faite aux infirmières dans leur milieu de travail (Findorff et al., 2004; Margot Shields, 2009), nos résultats suggèrent que des milieux de travail promoteurs de santé devraient miser sur des modifications environnementales agissant sur la violence.

Troisièmement, on relève une faible compatibilité au niveau du critère portant sur une politique de promotion de la santé, et en particulier au niveau de certains sous-critères: l'engagement du CHU à adopter une politique de promotion de la santé, le budget disponible, les lignes directrices pour implanter, la formation des infirmières, la communication de la politique, et l'évaluation de l'implantation de la politique. Nos résultats rejoignent ceux de deux études de Lin, où la politique de promotion de la santé obtient respectivement le dernier rang (Lin et al., 2009) et l'avant-dernier rang (Lin & Lin, 2011a) au niveau de sa conformité

avec les normes de l’OMS sur le projet HPS. Dans notre étude, la mauvaise compréhension du concept HPS par plusieurs acteurs stratégiques a vraisemblablement retardé le développement d’une philosophie d’action commune au sujet de l’implantation du ‘milieu de travail promoteur de santé’. À ce sujet, Lin relève que l’absence de politique de promotion de la santé au sein des hôpitaux peut être attribuée au manque de compréhension des gestionnaires du niveau stratégique, ce qui mène à l’implantation de mesures à court terme plutôt qu’une stratégie à long terme cohérente avec les principes du projet HPS (Lin & Lin, 2011a). Ceci pourrait expliquer la faible compatibilité. Les études réalisées sur l’implantation du projet HPS semblent plaider en faveur de l’existence d’une politique. En effet, d’autres auteurs ont montré que la présence d’une politique écrite en promotion de la santé accroissait la probabilité d’allouer davantage de ressources financières, humaines et matérielles à l’implantation du projet HPS (Lin & Lin, 2011a; Tountas et al., 2004). De plus, l’écriture d’une telle politique constitue un exercice de négociation requérant la coopération des acteurs stratégiques de l’organisation, et peut susciter leur engagement (Singer et al., 2001), afin de pérenniser l’implantation de l’innovation dans le CHU (Lagarde, 2009).

Au niveau de l’apprentissage organisationnel, nos résultats indiquent une compatibilité plus faible, se traduisant par un manque d’aplanissement hiérarchique et de flexibilité syndicale. Un des facteurs d’explication possible est la rémanence de structures sanitaires bureaucratiques et rigides au Québec (Brunelle, 2008), malgré une évolution vers un modèle comportant davantage d’intégration des services (Lamothe dans Fleury, 2007). Ainsi, nos résultats suggèrent, à l’instar de ceux de Rushmer et al., la pertinence d’aplanir la structure hiérarchique du CHU, afin d’améliorer l’émergence de nouvelles pratiques organisationnelles et d’empowerment parmi le personnel (Rushmer et al., 2004). Au sujet du manque de flexibilité syndicale, Racine estime qu’il serait pertinent pour le syndicat d’adopter une nouvelle approche, capable de mieux représenter les infirmières de la nouvelle génération (Racine & Zwick, 2011). En effet, d’après l’étude de Racine (2011), deux types d’infirmières peuvent être distingués, soient les infirmières de la génération des baby-boomers et celles de la génération Y, aux prérogatives très différentes. Les premières souhaitent avant tout garder leurs privilèges acquis après de nombreuses années de service (temps plein, quart de jour), tandis que les secondes souhaitent en premier lieu des conditions de travail assurant un

meilleur équilibre entre vie professionnelle et personnelle. Ces dernières sont donc prêtes à envisager des horaires différents, tels que la rotation des quarts de travail ou des quarts de 12 heures, au contraire des infirmières possédant plus d'ancienneté. Cependant, tandis que la littérature montre clairement le souhait des infirmières appartenant à la génération Y de bénéficier d'horaires de travail plus flexibles (Hart, 2006; Lavoie-Tremblay et al., 2010), le syndicat préfère le statu quo, par crainte de voir se généraliser un nouveau mode de conception des horaires à l'ensemble de ses membres.

Certaines façons de penser devant être changées et adaptées lorsqu'elles ne sont plus utiles à l'organisation (Rushmer et al., 2004b), et notre étude, à l'instar de celle de Racine (2011), souligne l'importance pour le syndicat d'assurer une meilleure représentativité de ses membres des différentes générations, et de segmenter ses prises de position en fonction de cette intergénéralité. Dans le cas de l'hôpital à l'étude, il est vraisemblable que le syndicat des infirmières est un élément contextuel pouvant avoir une importance considérable dans l'implantation d'un milieu de travail promoteur de santé. En effet, de par le code du travail prévalant au Québec, l'ensemble des infirmières de l'hôpital sont membres de facto du syndicat (Code du Travail, 1964). Ainsi, contrairement à certains pays tels que les États-Unis, la représentation syndicale des infirmières québécoises est très importante, ce qui lui donne un levier d'action politique potentiellement substantiel. À ce sujet, Clark et al. notent que la participation à la prise de décision est une attente légitime des infirmières, et que l'action collective à travers la syndicalisation est un mécanisme permettant de faire participer les infirmières (Clark et al., 2000). Cependant, même si l'ensemble des infirmières de l'établissement à l'étude est membre d'un syndicat unique, les résultats indiquent la difficulté du syndicat à défendre les intérêts de l'ensemble des infirmières. Une adaptation des conventions collectives, permettant à la fois de sauvegarder les protections sociales et d'obtenir davantage de souplesse dans les conditions de travail, est une avenue à considérer (Contandriopoulos, 1991).

Finalement, les réponses obtenues lors du questionnaire n'ont pas permis d'observer des pratiques compatibles avec le critère portant sur la participation des infirmières au développement des pratiques de travail et aux décisions ayant trait à leur environnement. Dans les écrits, seule une autre étude ayant porté sur l'évaluation des changements dans la capacité

organisationnelle à implanter le projet HPS, a montré que la participation du personnel est la capacité ayant été la moins renforcée dans les hôpitaux ayant implanté le projet HPS (Lee et al., 2012). Cette situation est commune à plusieurs hôpitaux du Québec. En effet, tandis que Breton relève que les hôpitaux québécois souffrent d'une gestion lourde et bureaucratique (Breton, 2001), Brunelle écrit que la gestion participative est « souvent disqualifiée » dans les hôpitaux québécois, et que la méfiance règne envers les gestionnaires (Brunelle, 2008). Pourtant, selon Béland, les changements dans les systèmes de soins devraient être introduits à partir d'une approche décentralisée et participative (Béland et al., 2005). Dans le CHU à l'étude, nos résultats ont montré l'existence d'une structure managériale peu aplanie au moment des entrevues, ce qui peut nuire à la participation du personnel à la prise de décision (Jones, 2007). Toutefois, ils ont également montré que certaines infirmières-chefs (celles possédant un style de leadership transformationnel) utilisent une approche participative lors de la prise de décision. D'après la littérature, une telle approche pourrait aider à améliorer le milieu de travail des infirmières, en diminuant leur détresse psychologique (Chang et al., 2005; Corley, 2002; Lavoie-Tremblay et al., 2008). De plus, d'après les résultats de Nyhan, la participation à la prise de décision est une manière efficace de renforcer la confiance dans les organisations bureaucratiques du secteur public (Nyhan, 2000), la confiance étant un élément favorisant un milieu de travail promoteur de santé (Dellve et al., 2007). À ce sujet, Trevizan souligne le rôle important des infirmières gestionnaires, qui grâce à l'utilisation d'une approche participative, peuvent contribuer à transformer des organisations bureaucratiques en des organisations plus décentralisées (Trevizan & Mendes, 1995). Nos résultats rejoignent ceux des écrits sur l'implantation du projet HPS. De manière générale, l'approche participative est une stratégie préconisée lors de l'implantation du projet HPS (Lin et al., 2009), particulièrement du 'milieu de travail promoteur de santé', car cela permet de créer de l'empowerment chez le personnel (Hancock, 1999; Parsons, 1999; Pelikan et al., 2001). De plus, cette stratégie fait partie des recommandations de Vienne (World Health Organization, 1997).

Dans le CHU à l'étude, la participation pourrait être encouragée par plusieurs mécanismes. Tout d'abord, il serait pertinent de considérer l'utilisation d'incitatifs non financiers, tels que le soutien pour participer à des formations sur l'implantation du projet HPS (conférences,

séminaires), ainsi que l'implication du personnel dans des comités décisionnels portant sur l'implantation d'interventions en lien avec le projet HPS. En effet, selon Tountas et al., ces mécanismes sont utiles pour renforcer l'empowerment du personnel, un élément très important pour mettre en place un environnement de travail promoteur de santé (Tountas et al., 2004). Il serait également pertinent que le syndicat des infirmières puisse participer à l'implantation d'un 'milieu de travail promoteur de santé'. En effet, celui-ci représente le groupe de professionnels de la santé le plus important en termes de nombre et de fréquence d'apparition au chevet du patient, et devrait donc naturellement participer à l'ensemble des décisions prises au sujet de l'implantation du sous-projet. Rassembler les différents acteurs, notamment syndicaux, autour d'une vision partagée de ce qu'il est adéquat de faire, d'une philosophie commune d'action (Contandriopoulos et al., 2001), permettrait un plus grand consensus autour des orientations devant être comprises dans une politique en promotion de la santé. Au niveau stratégique, il serait également pertinent d'encourager la participation des acteurs-clés de l'hôpital aux activités du réseau québécois des établissements promoteurs de santé.

- Pourquoi une telle discordance entre la compatibilité rapportée et celle perçue par les acteurs?

On peut postuler que cette discordance provient de l'absence d'un état des lieux transmis aux infirmières-chefs et aux acteurs-clés de la gouverne, d'une mauvaise compréhension du projet HPS, elle-même reliée à un manque de formation et de communication de l'information sur le projet HPS, et à un possible biais de désirabilité sociale de la part de certains acteurs clés ayant répondu au questionnaire.

L'absence d'état des lieux

Nos résultats montrent qu'un état des lieux n'a pas précédé l'implantation du projet HPS dans le CHU. Il est probable que l'absence d'état des lieux sur les pratiques et ressources organisationnelles en promotion de la santé, une sorte d'instantané de la réalité du terrain n'ait pas permis de donner à tous les acteurs-clés et infirmières chefs une image claire de la compatibilité entre le sous-projet 'milieu de travail promoteur de santé' et les pratiques du CHU. Selon Lin (2009), ce diagnostic préalable, global et précis, permet de planifier des interventions facilitant l'implantation du projet HPS et augmente ses chances de succès.

La compréhension

Nos résultats indiquent une mauvaise compréhension du projet HPS, aussi bien de la part de certains acteurs stratégiques que des infirmières-chefs. D'autres études ayant porté sur l'implantation du projet HPS ont également montré que les gestionnaires ne le comprenaient pas correctement, et que cela nuisait à l'implantation (Guo et al., 2007; Lin et al., 2009; Whitelaw et al., 2011). Selon Guo et al., ce manque de compréhension de la part des gestionnaires pourrait provenir de leur manque d'intérêt pour la promotion de la santé en général, étant donné que cela ne permet pas de générer des revenus immédiats pour l'organisation (Guo et al., 2007). Pourtant, comme l'indique l'étude de Miseviciene, la compréhension du projet HPS par les gestionnaires est d'autant plus importante que les professionnels de la santé, dont les infirmières, souhaitent obtenir des directives afin de savoir comment implanter les normes du projet HPS (Miseviciene & Zalnieraitiene, 2012).

La communication

Nos résultats montrent que la plupart des infirmières-chefs n'avaient pas pris connaissance du projet HPS avant que le chercheur ne les mette au courant. Ceci suggère un besoin de plan de communication efficace dans l'organisation. Il est possible de retrouver une situation semblable dans d'autres établissements ayant décidé d'implanter le projet HPS. Ainsi, à Taiwan, une étude a montré que la communication était insuffisante entre les gestionnaires et le personnel, et ce même si l'hôpital possédait une politique de promotion de la santé (Lin et al., 2009). Une autre étude menée en Lituanie a montré qu'une grande partie du personnel (médecins et infirmières) ignorait que la promotion de la santé faisait partie de la mission de leur hôpital, qu'un budget y était consacré et qu'un coordinateur de la promotion de la santé existait au sein de leur établissement (Miseviciene & Zalnieraitiene, 2012).

À la lumière de nos résultats, il est permis de penser que les acteurs stratégiques ne comprenant pas bien le projet HPS ont dès lors eu de la difficulté à le communiquer au reste de l'organisation. Il est également possible que l'absence de politique de communication puisse avoir nui à l'information et à la sensibilisation du personnel, et des infirmières-chefs en particulier. Tountas et al. suggèrent qu'un hôpital adoptant le projet HPS mette en place une politique de communication efficace, ciblant l'ensemble des membres de la communauté

hospitalière, dont les infirmières (Tountas et al., 2004), afin de faciliter le passage des connaissances entre les différents acteurs. Cette politique de communication devrait être opérationnalisée à travers un plan de communication, comprenant l'utilisation de canaux multiples (Intranet, présentations, brochures explicatives, etc.).

La formation

Un autre facteur explicatif de cette discordance relevée chez les acteurs de notre étude peut provenir du manque de formation du personnel. En effet, nos résultats indiquent un manque de formation, particulièrement des acteurs stratégiques et infirmières-chefs, relativement au projet HPS. Une étude menée par Lin dans 162 hôpitaux taiwanais a également montré de sérieuses lacunes quant à la formation du personnel en promotion de la santé (Lin & Lin, 2011a). Au sujet des infirmières, Whitehead estime que si elles ne se sont pas assez impliquées dans le mouvement HPS jusqu'à présent, c'est entre autres par manque de formation (Whitehead, 2005b). La formation au sujet du projet HPS est particulièrement importante, car elle permet d'améliorer l'efficacité organisationnelle en promotion de la santé (Lin & Lin, 2011a), ainsi que d'influencer positivement l'implantation du projet HPS (Whitehead, 2004).

Ainsi, de la formation auprès des infirmières et des gestionnaires est nécessaire pour rehausser leurs connaissances et compétences au sujet du projet HPS. Il serait d'abord utile, comme Guo et al. (2007) le soulignent, de sensibiliser davantage les gestionnaires à l'importance du projet HPS, et notamment ceux de la haute direction, puisqu'ils constituent les premiers relais de l'implantation. Ils constitueront par la suite autant de 'passeurs' de cette réforme qu'est l'implantation d'un 'milieu de travail promoteur de santé', c'est-à-dire des acteurs capables de faire connaître la réforme à l'ensemble de l'hôpital, pour en expliquer les modalités d'application et les intentions (Rocher, 2005). Ensuite, nos résultats suggèrent, à l'instar de Whitelaw et al. que de la formation au sujet du projet HPS permettrait de développer une masse critique de '*multiplicateurs*', c'est-à-dire des personnes ayant une compréhension optimale du projet HPS et qui sont capables de promouvoir sa visibilité et sa pérennité à travers l'organisation (Whitelaw et al., 2006). Dans le CHU, parmi ces multiplicateurs, on pourrait retrouver des infirmières-chefs.

Cependant, bien que la formation du personnel au sujet du projet HPS soit cruciale (Johnson & Baum, 2001), elle n'est pas suffisante à elle seule pour améliorer les connaissances et changer les pratiques. Comme le souligne Johnson, un engagement organisationnel à long terme de la part des acteurs stratégiques est nécessaire pour améliorer durablement les connaissances et les attitudes du personnel envers le projet HPS (Johnson & Nolan, 2004).

6.1.3 L'engagement des leaders

- Engagement des leaders stratégiques

Nos résultats ont permis de définir cinq types de discours de la part d'acteurs stratégiques possédant des niveaux d'engagement différents. Cette classification a pu voir le jour grâce à des arrangements différents de facteurs d'intelligibilité : la compréhension de l'innovation, leur rôle perçu dans l'implantation, leurs stratégies d'implantation, et leur vision des implications.

Notre classification peut être comparée avec d'autres existant dans la littérature. Ainsi, nos résultats rejoignent en partie et complètent ceux obtenus par Whitelaw et al. (2012). Le but de la classification de Whitelaw et al. était de distinguer des acteurs en fonction de leur compréhension de ce à quoi l'implantation du projet HPS devrait ressembler, tandis que de notre classification ont émergé des niveaux d'engagement différents chez les acteurs stratégiques du CHU. Whitelaw et al. distinguent trois types d'acteurs, soit les 'idéalistes' (qui estiment que le projet HPS devrait être un moyen ambitieux et holistique d'améliorer la santé dans le cadre d'un changement organisationnel profond et durable), des 'pragmatiques tactiques' (qui soutiennent le projet HPS mais demeurent sceptiques, et qui estiment que l'accomplissement des normes du projet HPS est possible de manière pragmatique à partir du travail mené par les acteurs de terrain), et des 'pragmatiques naïfs' (qui considèrent le projet HPS uniquement comme une série de projets discrets et autonomes) (Whitelaw et al., 2012). Notre classification et celle de Whitelaw et al. se rejoignent sur un des facteurs d'intelligibilité de la classification, soit la compréhension du projet HPS, un élément intervenant dans l'engagement des acteurs stratégiques de notre étude.

Nos résultats peuvent également être comparés avec ceux obtenus par Rocher dans son analyse sociologique des réformes (Laborier, 2008). Rocher propose une typologie des

acteurs, effectuée à partir de l'analyse de la dernière réforme du système de santé québécois. Il distingue les concepteurs d'une réforme (« ceux chez qui a germé l'idée de la réforme »), les promoteurs (ceux qui soutiennent la réforme et encouragent sa réalisation), les modélistes (ceux qui traduisent « l'intention du projet dans les structures administratives appropriées ou dans les changements de pratiques professionnelles désirées »), les passeurs (ceux qui font connaître et expliquent « les intentions de la réforme et les modalités de son application »), les réalisateurs (ceux qui modifient leurs pratiques à la suite de la réforme), et les opposants (ceux qui n'acceptent pas la réforme et qui y résistent de manière passive ou active). Les résultats de Rocher et les nôtres peuvent être comparés, non pas au niveau de l'engagement des acteurs stratégiques, mais plutôt par rapport au rôle perçu des acteurs, un des facteurs d'intelligibilité de notre classification. Ainsi, le discours 1 de notre classification, c'est-à-dire de celui ayant joué un rôle de pionnier dans l'introduction du projet HPS dans l'organisation, peut être assimilé au promoteur d'une réforme, car il a voulu faire adopter le projet HPS par le CHU. Le discours 2 peut être comparé au passeur, chargé de faire connaître et comprendre le projet au sein du CHU. Nos trois derniers discours s'apparentent à celui des opposants, car une résistance passive à l'implantation du projet HPS y est présente. Il est donc possible de faire correspondre trois des types d'acteurs de Rocher aux acteurs stratégiques ayant les cinq types de discours dans notre classification.

L'ensemble des classifications, y compris la nôtre, montre que plusieurs acteurs coexistent lors de l'implantation du projet HPS, et que leurs différences pourraient entraîner des difficultés. En effet, plusieurs des acteurs stratégiques de notre étude (ceux ayant les trois derniers discours de notre classification, les opposants chez Rocher ou encore les pragmatiques tactiques et naïfs chez Whitelaw et al.) pourraient résister passivement à l'implantation.

Il est possible de distinguer quelques implications de notre classification. Tout d'abord, il semble que l'engagement des acteurs stratégiques soit lié à leur compréhension du projet HPS. En effet, les acteurs les plus engagés avaient une excellente compréhension du projet HPS tandis que les moins engagés ne le comprenaient pas. À l'instar des résultats de Damschroder et al., il paraît donc important de mettre en place des stratégies visant à sensibiliser les acteurs-clés au sujet de l'innovation, afin de renforcer leur engagement envers l'implantation (Damschroder et al., 2009). Ceci est particulièrement vrai dans le cas du projet HPS, car son

implantation dépend de la volonté collective d'acteurs concertés. Whitelaw et al. avaient déjà noté que le manque d'engagement du personnel envers l'implantation pouvait être relié au manque de compréhension du projet HPS (Whitelaw et al., 2006). Selon leurs résultats, les acteurs directement impliqués dans l'implantation avaient une bonne compréhension du projet HPS, tandis que le reste du personnel en avait une connaissance relativement rudimentaire, le considérant comme un ensemble de projets isolés et non comme une réforme organisationnelle (Whitelaw et al., 2012). À la lumière de la typologie de Rocher (2008), il est permis de penser qu'une catégorie d'acteurs que l'auteur appelle les 'modélistes' aurait pu jouer un rôle pertinent dans la phase ayant suivi immédiatement l'adoption du projet HPS. Selon Rocher, les modélistes correspondent à 'ceux qui ont la responsabilité de traduire l'intention du projet dans les structures administratives appropriées ou dans les changements de pratiques professionnelles désirées'. Dans le CHU à l'étude, quelques membres du personnel auraient ainsi pu être mandatés par la direction générale, de modéliser, c'est-à-dire de 'penser et recommander les modalités concrètes' de l'implantation d'un milieu de travail promoteur de santé. À ce sujet, Lee et al. notent que la présence de comités dédiés à la promotion de la santé au sein des hôpitaux ont permis de rencontrer moins d'obstacles et d'ainsi faciliter l'implantation du projet HPS (Lee et al., 2012).

- Le leadership des infirmières-chefs

Deux groupes d'infirmières-chefs, au leadership différent, ont émergé de nos données. À notre connaissance, aucune autre étude sur l'implantation du projet HPS n'a effectué une telle distinction. D'une part, nous avons pu identifier des infirmières-chefs au leadership transformationnel (c'est-à-dire mettant l'accent sur une révision des politiques de l'organisation, la participation des infirmières, la communication interpersonnelle, l'apprentissage organisationnel et une gestion axée sur le professionnalisme). D'autre part, nous avons identifié des infirmières-chefs au leadership transactionnel (c'est-à-dire privilégiant des modifications du milieu physique, la consultation des infirmières, une communication indirecte, le recours à des experts internes et une gestion bureaucratique).

Dans les écrits portant sur l'implantation du projet HPS, Whitehead a déjà suggéré des styles de gestion axés sur la négociation, l'empowerment, la participation et le travail d'équipe, et

indique que le leadership transformationnel est recommandé pour implanter un milieu de travail sain (Whitehead, 2006).

Une autre étude, effectuée par Lee (2012), identifie non pas des leaders mais des facteurs transformationnels et transactionnels ayant influencé l'implantation du projet HPS dans les hôpitaux taïwanais (Lee et al., 2012). L'analyse de Lee est basée sur le modèle causal de la performance organisationnelle et du changement de Burke et Litwin (Burke & Litwin, 1992). Dans son modèle, les facteurs transformationnels sont constitués de l'environnement externe de l'organisation (i.e. politiques gouvernementales), du leadership des acteurs, de la mission et de la stratégie de l'organisation, et de la culture organisationnelle. Les facteurs transformationnels ont une influence considérable sur l'organisation, et vouloir les modifier nécessite un effort de l'ensemble de l'organisation. Les facteurs transactionnels sont quant à eux davantage reliés aux opérations de routine, aux niveaux des groupes ou des individus, et sont constitués de la structure (i.e. communication, niveaux de responsabilité), des pratiques de gestion (i.e. utilisation des ressources humaines et matérielles par les gestionnaires), des systèmes (i.e. système de gestion de l'information, système de reconnaissance), du climat local de travail, des tâches et compétences des employés, des valeurs et besoins des employés, de leur motivation; de la performance individuelle, de groupe et organisationnelle. Les résultats de Lee et al. (2012) montrent que les facteurs facilitateurs les plus souvent rapportés sont à la fois transformationnels et transactionnels, tandis que les obstacles sont uniquement transactionnels. Selon lui, cela montre que le projet HPS a été accepté comme un idéal à atteindre par l'échelon le plus haut des organisations ayant décidé d'implanter le projet, mais qu'il n'a pas encore été intégré dans un environnement facilitateur. Une comparaison peut probablement être établie avec nos résultats, en ce sens que les infirmières-chefs transformationnelles souhaitent modifier des facteurs transformationnels, au contraire des infirmières-chefs au style de leadership transactionnel. En effet, les infirmières-chefs transformationnelles de notre étude proposent une stratégie axée sur des changements organisationnels profonds, en proposant notamment de modifier la culture organisationnelle, et d'accroître leur propre autonomie. Une comparaison peut également être effectuée entre nos résultats et ceux obtenus par plusieurs auteurs ayant étudié l'implantation d'hôpitaux magnétiques aux États-Unis, c'est-à-dire des hôpitaux capables d'attirer et de retenir les

infirmières durant des périodes de pénurie. En effet, les résultats de ces auteurs montrent que les infirmières-chefs utilisant un style de leadership transformationnel sont davantage capables de mettre en place des environnements de travail propices à la rétention des infirmières (Force, 2005; Upenieks, 2003; Wolf et al., 2008).

Plusieurs implications pour le CHU découlent de ces résultats. Nos résultats suggèrent qu'un leadership transformationnel pourrait faciliter l'implantation d'un milieu de travail promoteur de santé des infirmières. Pour les hôpitaux, cela signifie qu'il est important d'identifier, de recruter et de retenir des leaders transformationnels pour mettre en place de tels milieux, c'est-à-dire des leaders capables de susciter l'engagement de leurs employés envers une nouvelle vision. Ensuite, dans notre étude, les infirmières-chefs transformationnelles souhaitent davantage d'autonomie pour les unités de soins. Cela suggère que le leadership et l'autonomie décisionnelle des unités de soins devraient être renforcés. En effet, selon Whitelaw et al., les équipes chargées d'implanter le projet HPS étaient plus efficaces plus leur degré de leadership était élevé (Whitelaw et al., 2006). Selon les mêmes auteurs, ce mécanisme a permis d'améliorer les connaissances, les compétences et la confiance du personnel, et d'avoir un impact sur l'ensemble de l'organisation, grâce à l'intérêt des acteurs stratégiques pour le succès de ces équipes. Finalement, contrairement aux autres études sur le projet HPS, nos résultats indiquent qu'il serait pertinent que les infirmières-chefs pratiquent une gestion axée sur le professionnalisme pour améliorer l'implantation d'un milieu de travail promoteur de santé.

6.2 La compréhension du contexte interne de l'implantation

Dans le cas à l'étude, il est important de relever que l'innovation, soit le concept HPS, avait déjà été adoptée au moment des entrevues, et que nous nous situions au tout début de l'implantation. Dans cette étude, nous avons donc souhaité mieux comprendre le contexte interne, étant donné son importance dans cette phase de l'implantation.

Les modèles développés par Greenhalgh et al. et Damschroder et al. sur l'implantation d'innovations dans les organisations de santé, identifient tous les deux le contexte interne comme étant un des déterminants de l'implantation d'une innovation dans les services de santé (Damschroder et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004).

Nos résultats permettent de mieux comprendre le contexte interne d'implantation d'une innovation et de fournir certains éléments de réponse à des questions que se posent Greenhalgh et al. et Damschroder et al. dans leurs études. Premièrement, notre étude vient combler une lacune identifiée par Greenhalgh et al. (2004), c'est-à-dire le manque de recherches sur le NPO. Plus particulièrement, elle vient répondre partiellement à deux questions pour lesquelles Greenhalgh et al. souhaitent davantage de recherche, à savoir comment il est possible d'améliorer le niveau de préparation d'une organisation à l'implantation d'une innovation, et comment il est possible de mieux évaluer la compatibilité entre l'innovation et son contexte. Deuxièmement, tandis que Damschroder et al. (2009) se demandent si la terminologie utilisée dans leur modèle est pertinente, notre étude semble la confirmer. En effet, la compatibilité, l'utilité et l'engagement des leaders sont des sous-construits appartenant au contexte interne de leur modèle, que nous avons également identifié dans notre étude. De plus, nos résultats viennent confirmer l'applicabilité de leur modèle dans le contexte particulier de l'implantation d'un 'milieu de travail promoteur de santé'. Cette applicabilité pourrait toutefois se voir davantage confirmée par des études ayant lieu dans des contextes différents. Troisièmement, alors que Weiner 'suspectait' le climat d'implantation – c'est-à-dire, selon lui, 'les perceptions partagées par le personnel de la mesure dans laquelle l'utilisation d'une innovation spécifique est encouragée, attendue et récompensée' – d'avoir beaucoup en commun avec le NPO (Weiner, 2009), notre étude confirme son impression. En effet, l'utilité perçue par les acteurs-clés du 'milieu de travail promoteur de santé' est un sous-construit du NPO identifié dans notre étude.

Nos résultats montrent que le contexte interne d'implantation du 'milieu de travail promoteur de santé' contient à la fois des facteurs facilitants et des obstacles à cette implantation. Tout d'abord, parmi les facteurs favorisant, il a été possible d'identifier la perception de l'utilité, la compatibilité avec les valeurs, et la compatibilité avec certaines pratiques. Ensuite, parmi les obstacles, on relève le manque d'engagement de certains leaders, le manque de compréhension de l'innovation, de communication, de participation du personnel, de formation du personnel, et l'absence d'état des lieux. Les résultats de notre étude soulignent l'importance pour une organisation souhaitant implanter une innovation complexe telle qu'un 'milieu de travail promoteur de santé', de s'intéresser au contexte interne avant de se lancer dans l'implantation.

Ceci est d'autant plus important qu'en promotion de la santé, on a souvent mis l'accent sur les relations organisationnelles externes telles que les partenariats, au détriment de l'influence des facteurs organisationnels internes sur le processus d'implantation (Riley, 2003), alors que des études ont montré que le contexte interne est prédominant au début de l'implantation du projet HPS (Whitelaw et al., 2006).

Trois facteurs propres au contexte interne ont émergé de nos données, soit l'importance de l'innovation, sa compatibilité avec les pratiques organisationnelles, et l'engagement des leaders. Ces facteurs se retrouvent dans les modèles de Greenhalgh et al. et Damschroder et al. comme des sous-construits du niveau de préparation organisationnelle (NPO) à l'implantation d'une innovation dans les services de santé, un élément important du contexte interne. Le NPO peut être défini comme un construit reflétant à la fois la motivation et la capacité des acteurs à implanter une innovation (Weiner et al., 2008). Le NPO est particulièrement important, puisque lorsqu'il n'est pas adéquat, la moitié des échecs d'implantation lui incombe (Kotter, 1996). Nos résultats soulignent ainsi l'importance de construits du NPO pour l'implantation d'une innovation, un milieu de travail promoteur de santé.

Au niveau de l'implantation, ce sont des éléments internes qui ont été rapportés par les acteurs-clés stratégiques et les infirmières-chefs, et qui ont prédominé. Toutefois, dans notre étude, il existe une interface dynamique entre contextes interne et externe, et il semblerait que des éléments externes aient une influence sur l'implantation par une médiation à travers le contexte interne. Ainsi, bien qu'il n'ait pas été possible de constater les effets de l'implantation d'un milieu de travail promoteur de santé sur les autres dimensions du projet HPS, les acteurs-clés ont souligné l'importance d'un tel milieu sur les autres dimensions. En effet, selon eux, un milieu de travail promoteur de santé pourrait aider l'organisation, notamment en attirant et retenant davantage d'infirmières, mais aussi à améliorer la qualité des soins, et à influencer positivement sa communauté.

6.3 Implications pour la recherche

Premièrement, nos résultats ont permis de développer une classification révélant différents niveaux d'engagement des acteurs stratégiques envers l'implantation d'une innovation. Il serait pertinent de vérifier l'utilité de cette classification pour identifier les niveaux

d'engagement des acteurs, dans d'autres hôpitaux, et différents types d'hôpitaux. Ce type d'étude pourrait être effectué grâce à l'utilisation d'une étude de cas multiples permettant des comparaisons entre les sites.

Deuxièmement, étant donné l'impact sur le NPO de l'engagement des acteurs stratégiques et de l'importance accordée à l'innovation, il pourrait être pertinent d'évaluer l'impact de modifications des facteurs d'intelligibilité identifiés dans cette étude (compréhension, rôle perçu, stratégie d'implantation, vision des implications) sur le NPO, et ultérieurement sur l'efficacité de l'implantation. Ceci pourrait être réalisé grâce à d'autres études de cas (multiples, pour permettre les comparaisons), dans des milieux différents, et comportant une partie interventionnelle (ex. intervention visant à améliorer la compréhension du projet HPS).

Troisièmement, deux styles de leadership ont émergé de nos données : le leadership transformationnel et le leadership transactionnel des infirmières-chefs. Ces résultats suggèrent l'importance d'une meilleure compréhension du style de leadership à privilégier lors de la préparation d'une organisation de santé à implanter une innovation. Il serait souhaitable d'effectuer d'autres études permettant d'établir des liens entre les types de leadership présents chez les infirmières-chefs et le niveau de préparation d'une organisation de santé à l'implantation du projet HPS, et plus particulièrement d'un 'milieu de travail promoteur de santé'. Quelques acteurs du niveau tactique de l'hôpital ont fait état de l'existence d'une culture organisationnelle propre à chacun des sites. Ce constat trouve écho dans la littérature sur les fusions hospitalières. En effet, Denis et al. (1999) montrent que lors d'une fusion, les organisations tendent à rester attachées à leurs cultures propres. De plus, comme le note un rapport de la Fondation Canadienne de Recherche sur les Services de Santé (2000), de nombreux hôpitaux canadiens fusionnés sont âgés de plus d'un siècle (ce qui est le cas du CHU à l'étude), rendant l'implantation d'une nouvelle culture d'autant plus ardue. Il se peut donc que la culture organisationnelle propre à chacun des trois sites du CHU ait eu une influence sur le type de leadership des infirmières-chefs. Comme notre étude n'avait pas pour objectif d'analyser les différences entre les trois sites pour des questions d'anonymat, l'échantillonnage n'a pas été fait en fonction des différences culturelles existant entre les différents sites, et les questions de notre guide d'entrevue ne portaient pas sur ce sujet. Il s'agit

d'une limite de notre étude et il serait important d'explorer cet aspect dans de futures recherches, en utilisant des questions d'entrevue portant sur ce sujet.

Quatrièmement, notre étude innove au niveau de la mesure de certains facteurs du contexte interne d'implantation, et plus particulièrement de la compatibilité des pratiques et ressources organisationnelles avec une innovation (*innovation-system fit*), un des facteurs du NPO. En effet, l'utilisation d'un outil de mesure adapté au contexte québécois d'un établissement de santé, a permis de mesurer adéquatement les politiques, programmes et services existants dans un CHU québécois. Au contraire de l'outil d'autoévaluation de l'OMS, il inclut la performance et l'apprentissage organisationnel dans les dimensions 'organisation' et 'milieu de travail'. Notre outil s'est avéré utile et facile à utiliser pour auto évaluer les pratiques compatibles avec un milieu de travail promoteur de santé (Groene et al., 2010).

6.4 Forces et limites

L'utilisation d'une étude de cas, et la sélection raisonnée d'un échantillon d'acteurs stratégiques et tactiques, ont permis de mieux comprendre le contexte interne d'implantation d'un 'milieu de travail promoteur de santé' dans un CHU au Québec. En effet, l'étude de cas, au contraire d'un devis expérimental, permet de mieux comprendre les relations entre le phénomène à l'étude et le contexte dans lequel il se produit (Yin, 2009). De plus, les résultats des entrevues et du questionnaire ont été triangulés par l'utilisation de documents d'archives afin d'assurer la crédibilité et la neutralité des résultats.

Notre étude comporte toutefois quelques limites. Ainsi, lors de l'évaluation de la compatibilité des pratiques et ressources avec les normes et critères du projet HPS, la présence de l'étudiant chercheur lors du remplissage du questionnaire pourrait avoir entraîné un biais de désirabilité sociale, qui aurait alors pu contribuer à la discordance observée avec les résultats des entrevues. Cependant, afin d'améliorer la fiabilité, une triangulation a été effectuée avec des documents, et des sous-questions complémentaires ont été posées. Néanmoins, il serait pertinent de compléter l'étude auprès d'autres informateurs-clés possédant l'information requise sur les politiques et programmes en promotion de la santé.

Notre outil a également permis de mesurer la compatibilité des pratiques organisationnelles avec les normes et critères d'un 'milieu de travail promoteur de santé', et cela s'est révélé être

très utile pour notre étude. Cet outil de mesure est basé sur celui de l’OMS. Cet outil avait déjà été validé (*face validity*) et pré testé dans des CSSS au Québec et avait été perçu comme très utile (questions utiles et pertinentes). Il serait pertinent de poursuivre et de vérifier la fiabilité et validité de l’outil par d’autres mesures dans une étude portant sur plusieurs CHU.

6.5 Conclusions

En dépit de certaines limites, nous avons pu, grâce à l’outil d’autoévaluation, établir une certaine compatibilité des pratiques et ressources du CHU avec les normes et critères d’un milieu de travail promoteur de santé. Grâce aux entrevues, nous avons pu montrer l’importance de donner la parole à différents acteurs-clés pour qu’ils s’expriment au sujet de l’implantation d’un ‘milieu de travail promoteur de santé’.

Les résultats de notre étude montrent que plusieurs éléments ont le potentiel d’améliorer le contexte interne d’implantation d’un milieu de travail promoteur de santé. Ainsi, au niveau organisationnel, il serait pertinent d’évaluer la compatibilité d’un tel milieu avec les valeurs du personnel et les pratiques organisationnelles, et de favoriser la communication sur le projet HPS. Au niveau des acteurs stratégiques, l’importance d’un milieu de travail promoteur de santé devrait être reconnue, et les leaders devraient s’engager dans son implantation. Finalement, au niveau des infirmières-chefs, il serait également utile qu’elles s’engagent dans l’implantation, et fassent participer leur personnel à la prise de décision.

Les infirmières-chefs ont un rôle important dans l’implantation d’un milieu de travail promoteur de santé, et du projet HPS en général. Grâce à leur appropriation de ce projet, elles pourraient en devenir des multiplicatrices. Cependant, une telle entreprise pouvant être comparée à ce que Rocher appelle une ‘réforme’ (Rocher, 2005), elle nécessite une approche globale, et l’implication de l’ensemble du personnel et des gestionnaires, et surtout des médecins.

En raison de l’interdépendance des différentes dimensions du projet HPS, l’implantation d’un milieu de travail promoteur de santé a le potentiel de susciter l’enthousiasme des professionnels et des patients. En effet, on peut penser qu’un tel milieu permettrait d’améliorer la santé des professionnels, et dès lors d’améliorer la qualité des soins dispensés. A plus long

terme, cela pourrait mener l'hôpital à se transformer durablement en un hôpital promoteur de santé, et à devenir un véritable partenaire dans l'amélioration de la santé de sa communauté.

Bibliographie

- Abashin, N. N. (1998). Patient satisfaction as an index of the quality of medical care (according to data of a sociologic survey). *Problemy Sotial'noi Gigieny i Istoriia Meditsiny* (5), 31-33.
- Agence de la santé des services sociaux de Montréal. (2011). *Guide de promotion de milieux de travail sains dans les établissements de santé : stratégies gagnantes pour améliorer la santé du personnel*. Repéré à : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/isbn978-2-89510-781-1.pdf
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2012a). *Guide de correspondance entre les normes d'agrément du CQA et les normes de promotion de la santé OMS-HPS*. Repéré à : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/isbn978-2-89510-365-3.pdf
- Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal. (2012b). *Liste des membres et des exemples de projets*. Repéré à <http://hps.santemontreal.qc.ca/le-reseau-quebecois/membres/>
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2012c). *The Quebec Network of Health Promoting Institutions*. Repéré à : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/isbn978-2-89510-615-9_01.pdf
- Agrément Canada. (2007). *Une stratégie d'action visant un système canadien de soins de santé efficace et viable grâce à un milieu de travail sain*. Repéré à : <http://www.qwqhc.ca/docs/2007-QWQHC-A-Notre-Porte.pdf>
- Agrément Canada. (2010). *Programme Qmentum*. Repéré à : <http://www.accreditation.ca/accrediation-programs/qmentum/>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *The Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223-229.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993.
- Aiken, L. H., Smith, H. L., & Lake, E. T. (1994). Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*, 32(8), 771-787.
- Aldana, S. G. (2001). Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 15(5), 296-320.
- Anderson, R. A., Issel, L. M., & McDaniel, R. R. Jr. (2003). Nursing Homes as Complex Adaptive Systems: Relationship Between Management Practice and Resident Outcomes. *Nursing Research*, 52(1), 12-21.

- Anthony, S., & Jack, S. (2009). Qualitative case study methodology in nursing research: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), 1171-1181.
- Armstrong, K. J., & Laschinger, H. (2006). Structural Empowerment, Magnet Hospital Characteristics, and Patient Safety Culture: Making the Link. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(2), 124-132.
- Armstrong, K., Laschinger, H., & Wong, C. (2009). Workplace empowerment and magnet hospital characteristics as predictors of patient safety climate. *The Journal of Nursing Administration*, 39(7-8 Suppl), S17-24.
- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada. (2010). *La fatigue des infirmières et la sécurité des patients : rapport de recherche*. Repéré à : http://www2.cna-aiic.ca/cna/practice/safety/full_report_f/files/fatigue_safety_2010_report_f.pdf
- Association Québécoise des Établissements de Santé et des Services Sociaux (2011). *Rapport d'évaluation globale et intégrée de la performance: 2011: centres de santé et de services sociaux, données 2008-2009*. Université de Montréal, Institut de recherche en santé publique.
- Aujoulat, I., Le Faou, A. L., Sandrin-Berthon, B., Martin, F., & Deccache, A. (2001). Implementing health promotion in health care settings: conceptual coherence and policy support. *Patient Education and Counseling*, 45(4), 245-254.
- Barnsley, J., Lemieux-Charles, L., & McKinney, M. M. (1998). Integrating Learning into Integrated Delivery Systems. *Health Care Management Review*, 23(1), 18-28.
- Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1993). Transformational leadership and organizational culture. *Public Administration Quarterly*, 17(1), 112-121.
- Bass, B.M. (1990). From Transactional to Transformational Leadership: Learning to Share the Vision. *Organizational Dynamics*, 18(3), 19-31
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Irvine Doran D., Kerr, M., McGillis Hall, L., Vézina, M., Butt, M. & Ryan, L. (2001). *Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system*. Ottawa, Canada: Canadian Health Services Research Foundation and The Change Foundation.
- Béland, F., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., & Touati, N. (2005). Introduire le changement dans les systèmes de soins au Québec : comment tirer profit de l'expérimentation sociale ? *Sciences Sociales et Santé*, 23(2), 75-102.
- Béraud, C. (2008). L'Histoire de l'économie et de l'éthique médicale explique les conflits entre l'Etat, les organismes de sécurité sociale et les professionnels des soins. Repéré à : <http://www.claudeberaud.fr/?50-lhistoire-de-leconomie-et-de-lethique-medicale-explique-les-conflits-entre-letat-les-organismes-de-securite-sociale-et-les-professionnels-des-soins>
- Berthelette, D., Bilodeau, H., & Leduc, N. (2008). [Improving occupational health evaluation research]. *Santé Publique*, 20 Suppl 3, S171-179.

- Bilodeau, D., Crémieux, P.-Y., Jaumard, B., Ouellette, P., & Vovor, T. (2004). Measuring Hospital Performance in the Presence of Quasi-Fixed Inputs: An Analysis of Québec Hospitals. *Journal of Productivity Analysis*, 21(2), 183-199.
- Blegen, M. A. (1993). Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. *Nursing Resources*, 42(1), 36-41.
- Bloom, J. R., Devers, K., Wallace, N. T., & Wilson, N. (2000). Implementing capitation of Medicaid mental health services in Colorado: is "readiness" a necessary condition? *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 27(4), 437-445.
- Bouchard, P. (2008). The Quebec Experience. Dans S. Rashiq, D. Schopflocher, P. Taenzer, & E. Jonsson (dir.), *Chronic Pain : A Health Policy Perspective* (1^{ère} éd., p. 291-301). Darmstadt, Allemagne : Wiley-Blackwell.
- Bougie M, Cara C. (2008). Temps supplémentaire obligatoire. *Perspective Infirmière*, 5(8), 32-40.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vinet, A., Vezina, M., Abdous, B., & 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., Comeau, M., Vezina, M., & Dion, G. (1998). Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. *American Journal of Industrial Medicine*, 34(1), 20-28.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Viens, C., Laliberté, D., Malenfant, R., Brisson, C., Vézina, M. (1998). *La transformation du réseau de la santé: mesure des caractéristiques du travail et de la santé des infirmières de l'agglomération de Québec*. Beauport, Québec : Direction de la santé publique de Québec.
- Bradley, E. H., Schlesinger, M., Webster, T. R., Baker, D., & Inouye, S. K. (2004). Translating Research into Clinical Practice: Making Change Happen. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(11), 1875-1882.
- Brault, I., Roy, D. A., & Denis, J. L. (2008). Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Pratiques et Organisation des Soins*, 39(3), 167-173.
- Bruce, J. C., Langley, G. C., & Tjale, A. A. (2008). The use of experts and their judgments in nursing research: an overview. *Curationis*, 31(4), 57-61.
- Brunelle, Y. (2008). *Une source d'enseignements : les hôpitaux « magnétiques » américains*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Buerhaus, P. I., Donelan, K., Ulrich, B. T., Norman, L., DesRoches, C., & Dittus, R. (2007). Impact of the nurse shortage on hospital patient care: Comparative Perspectives. *Health Affairs*, 26(3), 853-862.
- Canadian Institute for Health Information. (2005). *Canada's Health Care Providers: 2005 Chartbook*. Repéré à https://secure.cihi.ca/free_products/HCP_Chartbook05_e.pdf

- Canadian Medical Association. (2010). *Health care transformation in Canada change that works, care that lasts*. Repéré à :
http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Advocacy/HCT/HCT-2010report_en.pdf
- Canadian Policy Research Network. (2002). Health Human Resource Planning in Canada-Physician and Nursing Work Force Issues. Repéré à :
http://www.cprn.org/documents/14878_en.pdf
- Champagne, F. (2011). L'analyse de l'implantation. In A. Brousselle (Mamoulian, Astaire et al.), *L'évaluation : concepts et méthodes* (2e éd. ed., pp. 332). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., Picot-Touché, J., Béland, F., Nguyen, H. (2005). « *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : Le modèle EGIPSS (évaluation globale et intégrée des systèmes de santé)* » (Publication N05-02) Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Université de Montréal.
- Chang, E. M., Hancock, K. M., Johnson, A., Daly, J., & Jackson, D. (2005). Role stress in nurses: review of related factors and strategies for moving forward. *Nursing & Health Sciences*, 7(1), 57-65.
- Chin, J. J. (2002). Doctor-patient relationship: from medical paternalism to enhanced autonomy. *Singapore Medical Journal*, 43(3), 152-155.
- Chinn, P.L., Kramer, M.K. & Peggy, L. (2004). *Integrated Therapy & Knowledge Development in Nursing* (8^{ème} éd.). Saint-Louis, USA : Mosby Elsevier.
- Cho, J., Laschinger, H. K., & Wong, C. (2006). Workplace empowerment, work engagement and organizational commitment of new graduate nurses. *Nursing Leadership*, 19(3), 43-60.
- Christensen, C. M., Grossman, J. H., Hwang, J. (2009). *The innovator's prescription a disruptive solution for health care* (1^{ère} éd.). New York, USA : McGraw Hill Professional
- Chu, C., & Dwyer, S. (2002). Employer Role in Integrative Workplace Health Management: A New Model in Progress. *Disease Management and Health Outcomes*, 10(3), 175-186.
- Chu, C., Breucker, G., Harris, N., Stitzel, A., Gan, X., Gu, Xueqi, & Dwyer, S. (2000). Health-promoting workplaces, an international settings development. *Health Promotion International*, 15(2), 155-167.
- Chu, C., Driscoll, T., & Dwyer, S. (1997). The health-promoting workplace: an integrative perspective. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 21(4), 377-385.
- Chuang, E., Jason, K., & Morgan, J.C. (2011). Implementing complex innovations: Factors influencing middle manager support. *Health Care Management Review*, 36(4), 369-379.

- Clair, M. (2000). *Les solutions émergentes*. Québec: Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Repéré sur le site du Ministère de la santé et des services sociaux: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-109.pdf>
- Clark, D. A., Clark, P. F., Day, D., & Shea, D. (2000). The relationship between health care reform and nurses' interest in union representation: The role of workplace climate. *Journal of Professional Nursing, 16*(2), 92-96.
- Clark, P. R. (2009). Teamwork: building healthier workplaces and providing safer patient care. *Critical Care Nursing Quarterly, 32*(3), 221-231.
- Clarke, S. P. (2007). Hospital work environments, nurse characteristics, and sharps injuries. *American Journal of Infection Control, 35*(5), 302-309.
- Colin, C. (2004). La santé publique au Québec à l'aube du XXIème siècle. *Infirmières et Santé Publique, 16*(2), 185-195.
- Collerette, P., Delisle, G., & Perron, R. (1997). *Le changement organisationnel : Théorie et pratique*. Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Comité consultatif des ressources humaines en santé. (2002). *Notre santé, notre avenir : un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes* (Rapport final du Comité Consultatif Canadien sur les Soins Infirmiers). Repéré à <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/nurs-infirm/2002-cnac-cccsi-final/index-fra.php>
- Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety. (2004). *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. Repéré à <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309090679>
- Contandriopoulos, A. P. (2008). [Health governance: a performance-oriented regulation]. *Santé Publique, 20*(2), 191-199.
- Contandriopoulos, A.-P. (2008b). La réforme du système de santé : un enjeu de société. *Santé, Société et Solidarité, 7*(2) 31-40.
- Contandriopoulos, A.-P., & Souteyrand, Y. (1996). L'Hôpital stratège : dynamiques locales et offre de soins. *Revue Française de Sociologie, 38*(4), 837-839
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L. & Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer*. Montréal, Québec: Gaëtan Morin.
- Contandriopoulos, A.P., de Pouvourville, G. (1994). *Entre constructivisme et libéralisme: la recherche d'une troisième voie*. (Publication N91-03) Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Université de Montréal.
- Contandriopoulos, A.P., Denis, J.L., Touati, N., & Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins: dimensions et mise en oeuvre. *Ruptures, Revue Transdisciplinaire en Santé 8*(2), 38-52.
- Corley, M. C. (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics, 9*(6), 636-650.
- Cormack, C., Hillier, Loretta M., Anderson, K., Cheeseman, A., Clift, J., Fisher, M.-J., & Glaves, N. (2007). Practice Change: The Process of Developing and Implementing a

- Nursing Care Delivery Model for Geriatric Rehabilitation. *The Journal of Nursing Administration*, 37(6), 279-286
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches* (2^{ème} éd.). Thousand Oaks, Californie: Sage Publications.
- Currie, G., & Procter, S.J. (2005). The antecedents of middle managers strategic contribution: The case of a professional bureaucracy. *Journal of Management Studies*, 42(7), 1325-1356.
- Damschroder, L. J., & Hagedorn, H. J. (2011). A guiding framework and approach for implementation research in substance use disorders treatment. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 25(2), 194-205.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(50).
- Davie, H. T. O., & Nutley, S. M. (2000). Developing learning organisations in the new NHS. *British Medical Journal*, 320(7240), 998-1001.
- De Kervasdoué, J. (2003). *La crise des professions de santé*. Paris, France: Dunod.
- Dedobbeleer, N., Contandriopoulos, A.-P., Nguyen, H., Rousseau, L., Lamothe, L., & Beaumont, M. (2009). *La dernière réforme dans le système de santé et des services sociaux du Québec et la fenêtre d'opportunité pour l'adoption du concept de l'OMS « hôpitaux promoteurs de santé »*. Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (Mamoulian, Astaire et al.). Montréal, Québec: Université de Montréal.
- Dedobbeleer, N., Contandriopoulos, A.-P., Nguyen, H., Rousseau, L., Lamothe, L., Bilterys, R., & Elmmala, Z. (2007). *Le Centre de santé et de services sociaux promoteur de santé : Outil d'auto-évaluation*. Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (Mamoulian, Astaire et al.). Montréal, Québec: Université de Montréal.
- Dedobbeleer, N., Contandriopoulos, A.-P., Bilterys, R. (2013). *The use of a Health Performance Model in Health Promoting Organizations*. Communication présentée au 21th International Conference on Health Promoting Hospitals, Göteborg, Suède.
- Delobelle, P., Onya, H., Langa, C., Mashamba, J., & Depoorter, A.-M. (2011). Pilot Health Promoting Hospital in rural South Africa: evidence-based approach to systematic hospital transformation. *Global Health Promotion*, 18(1), 47-50.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 454-464.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, Californie: Sage Publications.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2005). *The SAGE handbook of qualitative research* (3rd ed.). Thousand Oaks, Californie: Sage Publications.

- Desfilets, C., Ledoux, D. (2006) *Histoire des normes du travail au Québec de 1885 à 2005 : de l'Acte des manufactures à la Loi sur les normes du travail*. Québec: Publications du Québec.
- Dietscher, C, Schmied, H, Röthlin, F, & Pelikan, J M. (2011). Characteristics of national / regional networks of the International Network of Health Promoting Hospitals (HPH). In T. P. H. N. Survey (Mamoulia, Astaire et al.), *Project on a Retrospective, Internationally Comparative Evaluation Study of HPH (PRICES – HPH)*. Vienna: Ludwig Boltzmann Institute.
- Dietscher, C., Schmied, H., Röthlin, F., Steindl, H., & Pelikan, J. M. (2010). Appendix of tables to The PRICES – HPH Network Survey *Project on a Retrospective, Internationally Comparative Evaluation Study of HPH (PRICES – HPH)*. Vienna: Ludwig Boltzmann Institute.
- Dopson, S., & Fitzgerald, L. (2006). The role of the middle manager in the implementation of evidence based health care. *Journal of Nursing Management*, 14(1), 43-51.
- Elwyn, G. (2004). Arriving at the postmodern medical consultation. *European Journal of General Practice*, 10(3), 93-97.
- Engbers, L. H., van Poppel, M. N., Chin, A. Paw M. J., & van Mechelen, W. (2005). Worksite health promotion programs with environmental changes: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(1), 61-70.
- Engbers, L. H., van Poppel, M. N., Chin, A. Paw M., & van Mechelen, W. (2006). The effects of a controlled worksite environmental intervention on determinants of dietary behavior and self-reported fruit, vegetable and fat intake. *BMC Public Health*, 6(253).
- Evans, R. G., Barer, M. L., & Marmor, T. R. (1994). *Why are some people healthy and others not? : the determinants of health of populations*. New York, USA: Transaction Publishers.
- Fairbrother, G. Jones, A., & Rivas, K. (2010). Changing model of nursing care from individual patient allocation to team nursing in the acute inpatient environment. *Contemporary Nurse*, 35(2), 202-220.
- Fidler, L. A., & Johnson, J. D. (1984). Communication and Innovation Implementation. *The Academy of Management Review*, 9(4), 704-711.
- Findorff, M. J., McGovern, P. M., Wall, M., Gerberich, S. G., & Alexander, B. (2004). Risk factors for work related violence in a health care organization. *Injury Prevention*, 10(5), 296-302.
- Fleury, M.-J., Tremblay, M., Nguyen, H. & Bordeleau, L. (2007). *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Force, M. V. (2005). The Relationship Between Effective Nurse Managers and Nursing Retention. *The Journal of Nursing Administration*, 35(7-8), 336-341.
- François, P., & Pomey, M. P. (2005). Implantation de la gestion de la qualité dans les hôpitaux français, jeux d'acteurs et transformations induites. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 53, Supplement 1(0), 4-11.

- George, V., Burke, L. J., Rodgers, B., Duthie, N., Hoffmann, M. L., Koceja, V., & Gehring, L. L. (2002). Developing Staff Nurse Shared Leadership Behavior in Professional Nursing Practice. *Nursing Administration Quarterly*, 26(3), 44-59.
- Gerring, J. (2007). *Case study research : principles and practices*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Glasgow, R. E., McCaul, K. D., & Fisher, K. J. (1993). Participation in Worksite Health Promotion: A Critique of the Literature and Recommendations for Future Practice. *Health Education & Behavior*, 20(3), 391-408.
- Goetzl, R. Z., & Ozminkowski, R. J. (2008). The health and cost benefits of work site health-promotion programs. *Annual Review of Public Health*, 29, 303-323.
- Golden, B. (2006). Transforming healthcare organizations. *Healthcare Quarterly*, 10 Spec No, 10-19, 14.
- Green, P. L. (1998). Improving Clinical Effectiveness in an Integrated Care Delivery System. *Journal for Healthcare Quality*, 20(6), 4-9.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
- Groene, O. (2006). *Implementing health promotion in hospitals : manual and self-assessment forms*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- Groene, O., Alonso, J., & Klazinga, N. (2010). Development and validation of the WHO self-assessment tool for health promotion in hospitals: results of a study in 38 hospitals in eight countries. *Health Promotion International*, 25(2), 221-229.
- Groene, O., Garcia-Barbero, M. (2005). *Health promotion in hospitals : evidence and quality management*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Groene, O., Jorgensen, S. J., Fugleholm, A. M., Moller, L., & Garcia-Barbero, M. (2005). Standards for health promotion in hospitals: development and pilot test in nine European countries. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 18(4-5), 300-307.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1981). *Effective evaluation : improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches* (1^{ère} éd.). San Francisco, Californie: Jossey-Bass Publishers.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. (9^{ème} éd.). Newbury Park, Californie: Sage Publications.
- Gumpert, G., & Cathcart, R.S. (1986). *Inter/media: interpersonal communication in a media world*: (3^{ème} éd.). New York, USA : Oxford University Press.
- Gunnarsdóttir, S., & Björnsdóttir, K. (2003). Health promotion in the workplace: the perspective of unskilled workers in a hospital setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(1), 66-73.

- Guo, X. H., Tian, X. Y., Pan, Y. S., Yang, X. H., Wu, S. Y., Wang, W., & Lin, V. (2007). Managerial attitudes on the development of health promoting hospitals in Beijing. *Health Promotion International*, 22(3), 182-190.
- Gustafson, D. H., Sainfort, F., Eichler, M., Adams, L., Bisognano, M., & Steudel, H. (2003). Developing and testing a model to predict outcomes of organizational change. *Health Services Research*, 38(2), 751-776.
- Hage, J., & Aiken, M. (1967). Program change and organizational properties. A comparative analysis. *American Journal of Sociology*, 72(5), 503-519.
- Haggerty, J. L., Pineault, R., Beaulieu, M.-D., Brunelle, Y., Gauthier, J., Goulet, F., & Rodrigue, J. (2007). Room for improvement: Patients' experiences of primary care in Quebec before major reforms. *Canadian Family Physician*, 53(6), 1056-1057.
- Hall, R. H. (1968). Professionalization and Bureaucratization. *American Sociological Review*, 33(1), 92-104.
- Ham, C. (2003). Improving the performance of health services: the role of clinical leadership. *Lancet*, 361(9373), 1978-1980.
- Hancock, T. (1999). Creating health and health promoting hospitals: a worthy challenge for the twenty-first century. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 12(2-3), viii-xix.
- Harrison, M., Loiselle, C. G., Duquette, A., & Semenic, S. E. (2002). Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec. *Journal of Advanced Nursing*, 38(6), 584-591.
- Hart, S. E. (2005). Hospital ethical climates and registered nurses' turnover intentions. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(2), 173-177.
- Hart, S. M. (2006). Generational diversity: impact on recruitment and retention of registered nurses. *The Journal of Nursing Administration*, 36(1), 10-12.
- Havens, D. S., & Aiken, L. H. (1999). Shaping systems to promote desired outcomes. The magnet hospital model. *The Journal of Nursing Administration*, 29(2), 14-20.
- Health Canada. (2002). *Our Health, Our Future: Creating Quality Workplaces for Canadian Nurses : Final Report*. Ottawa: Advisory Committee on Health Human Resources.
- Hornblow, A., Guilliland, K., Gourley, M., Lawless, J., Mantell, C., Ross, C., Salmond, G., Southwick, M., Wiles, R. & Wilson, I. (2003). The New Zealand Health Workforce: Framing Future Directions – Recommendations to the Minister of Health. Repéré à [http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/AE2C2B92A23154E2CC2571CB007B2754/\\$file/HWACfuturedirections03.pdf](http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/AE2C2B92A23154E2CC2571CB007B2754/$file/HWACfuturedirections03.pdf)
- Howell, J. M., & Avolio, B. J. (1993). Transformational leadership, transactional leadership, locus of control, and support for innovation: Key predictors of consolidated-business-unit performance. *Journal of Applied Psychology*, 78(6), 891-902.
- Institut Canadien d'Information sur la Santé. (2012). *Infirmières règlementées : tendances canadiennes, 2006 à 2010*. Ottawa, Ontario, Canada. Repéré à :

https://secure.cihi.ca/free_products/RegulatedNursesCanadianTrends2006-2010_FR.pdf

- Institut Canadien d'Information sur la Santé. (2013). *Les soins de santé au Canada 2012 : regard sur les temps d'attente*. Ottawa, Ontario, Canada. Repéré à : https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC2012-FullReport-FRweb.pdf
- Institut Canadien d'Information sur la Santé. (2013). *Nombre de médecins de famille et spécialistes en 2011*. Ottawa, Ontario, Canada.
- Institut Canadien d'Information sur la Santé. (2013). *Personnel infirmier tableaux de données 2007-2011*. Ottawa, Ontario, Canada.
- Jeong, S. H., Lee, T., Kim, I. S., Lee, M. H., & Kim, M. J. (2007). The effect of nurses' use of the principles of learning organization on organizational effectiveness. *Journal of Advanced Nursing*, 58(1), 53-62.
- Johnson, A., & Baum, F. (2001). Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Health Promotion International*, 16(3), 281-287.
- Johnson, A., & Nolan, J. (2004). Health promoting hospitals: Gaining an understanding about collaboration. *Australian Journal of Primary Health*, 10(2), 51-60.
- Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health. (1986). *Psychosocial factors at work : recognition and control : report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health, 9^{ème} session, Genève, 18-24 septembre 1984*. Geneva: International Labour Office.
- Jost, S. G., & Rich, V. L. (2010). Transformation of a Nursing Culture Through Actualization of a Nursing Professional Practice Model. *Nursing Administration Quarterly*, 34(1), 30-40.
- Kangas, S., Kee, C. C., & McKee-Waddle, R. (1999). Organizational factors, nurses' job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care. *The Journal of Nursing Administration*, 29(1), 32-42.
- Kar S., Roy G., & Lakshminarayanan S. (2012). Health Promoting Hospital: A Noble Concept. *National Journal of Community Medicine*, 3(3), 558-562.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, USA: Basic Books.
- Kishchuk, N., & Renaud, L. (2008). *La prévention et la promotion de la santé des employés des organisations de santé: recension des pratiques exemplaires*. Montreal, Québec. Repéré à : http://hps.santemontreal.qc.ca/fileadmin/hps/boite_outil/recension_pratiques_exemplaires.pdf
- Klein, K. J., & Knight, A. P. (2005). Innovation Implementation: Overcoming the Challenge. *Current Directions in Psychological Science*, 14(5), 243-246.
- Koehoorn M., Lowe G., Rondeau K.V., Schellenberg G., & Wagar, T. H. (1999). Creating High-Quality Health Care Workplaces. (Work Network Discussion Paper W|14).

Repéré à :

<http://www.grahamlowe.ca/documents/53/High%20quality%20hlthcare%20wkplcs%20-%20CPRN%20exec%20sum.pdf>

- Kramer, M., Maguire, P., Schmalenberg, C., Brewer, B., Burke, R., Chmielewski, L., & Waldo, M. (2007). Nurse Manager Support: What Is It? Structures and Practices That Promote It. *Nursing Administration Quarterly*, 31(4), 325-340.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. E. (2003). Magnet hospital nurses describe control over nursing practice. *Western Journal of Nursing Research*, 25(4), 434-452.
- Kramer, M., Maguire, P., & Brewer, B. B. (2011). Clinical nurses in Magnet hospitals confirm productive, healthy unit work environments. *Journal of Nursing Management*, 19(1), 5-17.
- Krefting, L. (1991). Rigor in Qualitative Research: The Assessment of Trustworthiness. *The American Journal of Occupational Therapy*, 45(3), 214-222.
- Kurtzman, E. T., Dawson, E. M., Johnson, J. E. & Sheingold, B. H. (2010). Nurses Should Drive Health Reform. *The American Journal of Nursing* 110(1): 11.
- Laborier, P. (2008). *Les réformes en santé et en justice : le droit et la gouvernance*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Lagarde, F. (2009). *Guide to Develop a Health Promotion Policy and compendium of policies*. Montreal: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Repéré à <http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/pdf/publications/isbn978-2-89510-320-2.pdf>
- Lam, A. (2000). Tacit Knowledge, Organizational Learning and Societal Institutions: An Integrated Framework. *Organization Studies*, 21(3), 487-513.
- Laschinger, H. K., Finegan, J., & Shamian, J. (2001). The impact of workplace empowerment, organizational trust on staff nurses' work satisfaction and organizational commitment. *Health Care Management Review*, 26(3), 7-23.
- Latta, L. C., & Davis-Kirsch, S. (2011). Developing a Robust Professional Practice Model Using a Shared Governance Approach. *Journal of Pediatric Nursing*, 26(6), 580-585.
- Laustsen, G. (2010). Greening in healthcare. *Nursing management*, 41(11), 26-31.
- Lavoie-Tremblay, M., Leclerc, E., Marchionni, C., & Drevniok, U. (2010). The needs and expectations of generation Y nurses in the workplace. *Journal for Nurses in Staff Development*, 26(1), 2-8.
- Lavoie-Tremblay, M., O'Brien-Pallas, L., Gelin, C., Desforges, N., & Marchionni, C. (2008). Addressing the turnover issue among new nurses from a generational viewpoint. *The Journal of Nursing Management*, 16(6), 724-733.
- Lavoie-Tremblay, M., Wright, D., Desforges, N., Gelin, C., Marchionni, C., & Drevniok, U. (2008). Creating a Healthy Workplace for New-Generation Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 290-297.
- Lee, C. B., Chen, M. S. & Wang, Y. W. (2012). Barriers to and facilitators of the implementation of health promoting hospitals in Taiwan: a top-down movement in

- need of ground support. *The International Journal of Health Planning and Management*.
- Lee, C. B., Chen, M. S., & Chu, C. M. (2012). The health promoting hospital movement in Taiwan: recent development and gaps in workplace. *International Journal of Public Health, 58*(2), 313-317
- Lee, C. B., Chen, M. S., Powell, M., & Chu, C. M. (2012). Achieving organizational change: findings from a case study of health promoting hospitals in Taiwan. *Health Promotion International*.
- Lemieux, V. (2003). *Le système de santé au Québec: organisations, acteurs et enjeux*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Lin, Y. W., & Lin, Y. Y. (2011). Health-promoting organization and organizational effectiveness of health promotion in hospitals: a national cross-sectional survey in Taiwan. *Health Promotion International, 26*(3), 362-375.
- Lin, Y. W., Huang, H. L., & Tung, S. C. (2009). The organisational diagnosis of a Health Promoting Hospital in Taiwan. *Patient Education and Counseling, 76*(2), 248-253.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Californie: Sage Publications.
- Lobnig, H., Krajic, K. & Pelikan, J. M. (1998). The International WHO-Network of Health Promoting Hospitals: State of Development of Concepts and Projects. Dans H. Berger, K. Krajic & R. Paul (Mamouliau, Astaire et al.), *Health Promoting Hospitals in Practice: Developing Projects and Networks*. Gamburg, Allemagne : Conrad Health Promotion Publications.
- Loi concernant la prestation des services de soins infirmiers et des services pharmaceutiques, projet de loi n°72, 36^{ème} législature, 1999.
- Loi sur la santé et la sécurité du travail (2004). Recueil des Lois et des Réglements du Québec, c.S-2.1
- Code du Travail (1964). Recueil des Lois et des Réglements du Québec, chapitre C-27
- Lozano, J. M. (2003). An Approach to Organizational Ethics. *Ethical Perspectives, 10*(1), 46-65.
- Lu, H., While, A. E., & Louise B., K. (2005). Job satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies, 42*(2), 211-227.
- Margot, S, Kathryn W. (2009). Facteurs liés à la violence faite aux infirmières par les patients. *Rapport sur la santé 20*(2), 1-14. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2009002/article/10835-fra.pdf>
- Mark, B. A., Hughes, L. C., Belyea, M., Chang, Y., Hofmann, D., Jones, C. B., & Bacon, C. T. (2007). Does safety climate moderate the influence of staffing adequacy and work conditions on nurse injuries? *Journal of Safety Research, 38*(4), 431-446.
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (2006). *Designing qualitative research* (4^{ème} éd.). Thousands Oaks, Californie: Sage Publications.

- Masiello, M. (2008). *Actual cost benefit of a hospital employee worksite wellness coaching program*. Communication présentée au 16th International Conference on Health Promoting Hospitals, Berlin, Allemagne.
- McBride, A. (2004). Health promotion in the acute hospital setting: the receptivity of adult in-patients. *Patient Education and Counseling*, 54(1), 73-78.
- McCoy, M. (2008). Autonomy, consent, and medical paternalism: legal issues in medical intervention. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(6), 785-792.
- McDaniel, C., & Wolf, G. A. (1992). Transformational leadership in nursing service. A test of theory. *The Journal of Nursing Administration*, 22(2), 60-65.
- McGillis, H.L. (2005). *Quality work environments for nurse and patient safety*. Toronto: Jones and Bartlett Publishers.
- McHugh, C., Robinson, A., & Chesters, J. (2010). Health promoting health services: a review of the evidence. *Health Promotion International*, 25(2), 230-237.
- McKee, M., & Healy, J. (2002). *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, United Kingdom: Open University Press.
- Meyer, A. D., Tsui, A. S., & Hinings, C. R. (1993). Configurational Approaches to Organizational Analysis. *The Academy of Management Journal*, 36(6), 1175-1195.
- Meyers, P. W., Sivakumar, K., & Nakata, C. (1999). Implementation of Industrial Process Innovations: Factors, Effects, and Marketing Implications. *Journal of Product Innovation Management*, 16(3), 295-311.
- Milakovich, M. E. (1991). Creating a total quality health care environment. *Health Care Management Review*, 16(2), 9-20.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2^{ème} éd.). Paris, France: De Boeck Université.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2008). *Calcul de la pénurie d'infirmières par établissement au 31 mars 2007*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2008). *Portrait de la main-d'œuvre : Préposés aux bénéficiaires*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2008). *Programme national de santé publique du Québec 2003-2012*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2010). *Plan stratégique 2010-2015 du Ministère de la Santé et des Services Sociaux*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on management : inside our strange world of organizations*. New York, USA: Free Press.
- Miseviciene, I., & Zalnieraitiene, K. (2012). Health promoting hospitals in Lithuania: health professional support for standards. *Health Promotion International*.
- Molinié, E. (2005). *L'hôpital public en France: bilan et perspectives*. France: Direction des journaux officiels.

- Morjikian, R. L., Kimball, B., & Joynt, J. (2007). Leading change: the nurse executive's role in implementing new care delivery models. *The Journal of Nursing Administration*, 37(9), 399-404.
- National Institute for Occupational Safety and Health. (2004). *Worker Health Chartbook 2004*. Repéré à <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2004-146/pdfs/2004-146.pdf>
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Newman, K., Maylor, U., & Chansarkar, B. (2002). The nurse satisfaction, service quality and nurse retention chain : implications for management of recruitment and retention. *Journal of Management in Medicine*, 16(4-5), 271-291.
- Nursing Organizations Alliance. (2004). Principles and elements of a healthful practice/work environment. Repéré à : <http://www.aone.org/resources/leadership%20tools/PDFs/PrinciplesandElementsHealthfulWorkPractice.pdf>
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2007). *Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers: des choix à faire de toute urgence ! Mémoire déposé à la table de concertation visant à répondre à la situation de la pénurie de main-d'œuvre en soins infirmiers*. Repéré à http://www.oiiq.org/sites/default/files/233_doc_0.pdf
- O'May, F., & Buchan, J. (1999). Shared governance: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 36(4), 281-300.
- O'Neill, M. (1999). Promotion de la santé: enjeux pour l'an 2000. *Canadian Journal of Nursing Research*, 29(1), 63-70.
- Oulton, J. A. (2006). The Global Nursing Shortage: An Overview of Issues and Actions. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 7(3 suppl), 34S-39S.
- Parsons, M. L. (1999). Health promoting organizations: a systems model for advanced practice. *Holistic Nursing Practice*, 13(4), 80-89.
- Parsons, M. L., Cornett, P. A., & Golightly-Jenkins, C. (2006). Creating healthy workplaces: Laying the groundwork by listening to nurse managers. *Nurse Leader*, 4(3), 34-39.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3^{ème} éd.). Thousand Oaks, Californie: Sage Publications.
- Pavlik, J. V., & McIntosh, S. (2011). *Converging media : a new introduction to mass communication* (2^{ème} éd.). New York, USA: Oxford University Press.
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. Thousand Oaks, Californie: Sage.
- Pelikan, J. M., Diestcher, C., & Schmied H. (2012). *Health Promoting Hospitals (HPH)- A strategy to improve quality and health gains of hospitals and health services*. Communication présentée au 29^{ème} Colloque Jean-Yves Rivard, Montréal.

- Pelikan, J. M., Dietscher, C., Schmied, H., & Röthlin, F. (2011). A model and selected results from an evaluation study on the International HPH Network (PRICES-HPH). *Clinical Health Promotion, 1*(1), 9-15.
- Pelikan, J. M., Krajic, K., & Dietscher, C. (2001). The health promoting hospital (HPH): concept and development. *Patient Education and Counseling, 45*(4), 239-243.
- Peto, D. (1992). *SIDA : l'amour face à la peur : modes d'adaptation au risque du SIDA dans les relations hétérosexuelles*. Paris: L'Harmattan.
- Pölluste, K., Alop, J., Groene, O., Hörm, T., Merisalu, E., & Suurorg, L. (2007). Health-promoting hospitals in Estonia: what are they doing differently? *Health Promotion International, 22*(4), 327-336.
- Poole, M. S. (2000). *Organizational change and innovation processes : theory and methods for research*. New York, USA: Oxford University Press.
- Poole, M. S., & Van de Ven, A. H. (2000). *Organizational change and innovation processes – theory and methods for research*. New York, USA : Oxford University Press
- Porter-O'Grady, T. (1992). *Implementing Shared Governance: Creating a Professional Organization*. Saint-Louis, USA : Mosby-Year Book.
- Prince, S. B. (1997). Shared governance. Sharing power and opportunity. *The Journal of Nursing Administration, 27*(3), 28-35.
- Racine, M., & Zwick, C. (2011). Comprendre les générations d'infirmières par les identités collectives au travail : quelques propositions pour les syndicats. In ARUC Innovations (Mamoulian, Astaire et al.), *Cahiers de transfert* (Vol. 2011, pp. 15). Québec.
- Rathert, C., & May, D. R. (2007). Health care work environments, employee satisfaction, and patient safety: Care provider perspectives. *Health Care Management Review, 32*(1), 2-11.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2007). *Healthy Work Environments Best Practice Guidelines : Professionalism in Nursing*. Repéré à http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Professionalism_in_Nursing.pdf
- Riley, B. L., Taylor, S.M., and Elliott, S.J. (2003). Organizational capacity and implementation change: a comparative case study of heart health promotion in Ontario public health agencies. *Health Education Research 18*(6): 754-769.
- Ritter-Teitel, J. (2002). The impact of restructuring on professional nursing practice. *The Journal of Nursing Administration, 32*(1), 31-41.
- Rivard, P. E., Rosen, A. K., & Carroll, J. S. (2006). Enhancing Patient Safety through Organizational Learning: Are Patient Safety Indicators a Step in the Right Direction? *Health Services Research, 41*(4Pt2), 1633-1653.
- Rocher, G. (2005). *La gouvernance des différents types de réformes*. Communication présenté au 14^{ème} Colloque Jean-Yves Rivard, Montréal.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5^{ème} éd.). New York, USA: Free Press.

- Romanow, R. J. (2002). *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*. Saskatoon, Canada: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Repéré à <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf>
- Ross, L. (2009). Patient, heal thyself: How the new medicine puts the patient in charge. *The Journal of the American Medical Association*, 301(13), 1388-1389.
- Rubenstein, L. V., & Pugh, J. (2006). Strategies for Promoting Organizational and Practice Change by Advancing Implementation Research. *Journal of General Internal Medicine*, 21(S2), S58-S64.
- Rushmer, R., Kelly, D., Lough, M., Wilkinson, J. E., & Davies, H. T. (2004a). Introducing the Learning Practice--I. The characteristics of Learning Organizations in Primary Care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 10(3), 375-386.
- Rushmer, R., Kelly, D., Lough, M., Wilkinson, J. E., & Davies, H. T. (2004b). Introducing the Learning Practice--II. Becoming a Learning Practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 10(3), 387-398.
- Rushmere, A. (1996). Health promoting hospitals in the South and West Region of England. *WHO Health Promoting Hospitals Newsletter*, 8, pp. 11-12.
- Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 18(2), 179-183.
- Santé Canada. (2006). *Rapport annuel de 2004-2005 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé*. Repéré à <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/cha-lcs/2004-cha-lcs-ar-ra/index-fra.php>
- Scriven, A. (1998). *Alliances in Health Promotion: Theory and Practice*. London, United Kingdom : Palgrave Macmillan Limited.
- Sellgren, S. F., Ekvall, G., & Tomson, G. (2008). Leadership behaviour of nurse managers in relation to job satisfaction and work climate. *The Journal of Nursing Management*, 16(5), 578-587.
- Service Canada. (2012). Textes de la profession 3233 - Infirmiers auxiliaires/infirmières auxiliaires. Repéré à : http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi_avenir/statistiques/3233.shtml
- Shamian, J., & El-Jardali, F. (2007). Healthy workplaces for health workers in Canada: knowledge transfer and uptake in policy and practice. *Healthcare Papers*, 7 Spec No, 6-25.
- Shannon, V., & French, S. (2005). The impact of the re-engineered world of health-care in Canada on nursing and patient outcomes. *Nursing Inquiry* 12(3): 231-239.
- Shirey, M. R. (2006). Evidence-based practice: how nurse leaders can facilitate innovation. *Nursing Administration Quarterly*, 30(3), 252-265.
- Shirey, M. R. (2008). Nursing practice models for acute and critical care: overview of care delivery models. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 20(4), 365-373.

- Shu-Ti C., Hui-Ting H., Ying-Shiang C., & Hei-Jen J. (2008). *Benchmarking an HPH in its organizational strategies and achievements as a healthier workplace – what differences can it possibly make?* Communication présentée à la 16th International Conference on Health Promoting Hospitals, Berlin, Allemagne.
- Simpson, D. D., & Dansereau, D. F. (2007). Assessing organizational functioning as a step toward innovation. *Science & Practice Perspectives*, 3(2), 20-28.
- Singer, P. A., Barker, G., Bowman, K. W., Harrison, C., Kernerman, P., Kopelow, J., Lazar, N., Weijer, C., & Workman, S. (2001). Hospital policy on appropriate use of life-sustaining treatment. *Critical Care Medicine*, 29(1), 187-191.
- Snyder-Halpern, R. (2001). Indicators of organizational readiness for clinical information technology/systems innovation: a Delphi study. *International Journal of Medical Informatics*, 63(3), 179-204.
- Sofarelli, D., & Brown, D. (1998). The need for nursing leadership in uncertain times. *Journal of Nursing Management*, 6(4), 201-207.
- Song, R., Daly, B. J., Rudy, E. B., Douglas, S., & Dyer, M. A. (1997). Nurses' job satisfaction, absenteeism, and turnover after implementing a special care unit practice model. *Research in Nursing & Health*, 20(5), 443-452.
- Sparks, K., Faragher, B., & Cooper, C. L. (2001). Well-being and occupational health in the 21st century workplace. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74(4), 489-509.
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, Californie: Sage Publications.
- Stake, R. E. (2000). *Case Studies*. In N. K. Denzin, Y.S. Lincoln (Ed.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 435-455). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Stanley, J. M., Gannon, J., Gabuat, J., Hartranft, S., Adams, N., Mayes, C., & Burch, D. (2008). The clinical nurse leader: a catalyst for improving quality and patient safety. *Journal of Nursing Management*, 16(5), 614-622.
- Suhonen, R., Gustafsson, M.-L., Katajisto, J., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2010). Nurses' perceptions of individualized care. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1035-1046.
- Tellis-Nayak, V. (2007). A person-centered workplace: the foundation for person-centered caregiving in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(1), 46-54.
- The Health Communication Unit. (2004). *An Introduction to Comprehensive Workplace Health Promotion*. (version 1.1). Centre fo Health Promotion: University of Toronto. Repéré à : http://www.thcu.ca/workplace/documents/intro_to_workplace_health_promotion_v1.1.final.pdf
- Thomas, P., McDonnell, J., McCulloch, J., While, A., Bosanquet, N., & Ferlie, E. (2005). Increasing Capacity for Innovation in Bureaucratic Primary Care Organizations: A

- Whole System Participatory Action Research Project. *The Annals of Family Medicine*, 3(4), 312-317.
- Thyer, G. L. (2003). Dare to be different: transformational leadership may hold the key to reducing the nursing shortage. *Journal of Nursing Management*, 11(2), 73-79.
- Tigert, J. A., & Laschinger, H. K. (2004). Critical care nurses' perceptions of workplace empowerment, magnet hospital traits and mental health. *Dynamics*, 15(4), 19-23.
- Tomblin M., G., Birch, S., MacKenzie, A., Alder, R., Lethbridge, L., & Little, L. (2012). Eliminating the shortage of registered nurses in Canada: an exercise in applied needs-based planning. *Health Policy*, 105(2-3), 192-202.
- Tountas, Y., Pavi, E., Tsamandouraki, K., Arkadopoulos, N., & Triantafyllou, D. (2004). Evaluation of the participation of Aretaieion Hospital, Greece in the WHO Pilot Project of Health Promoting Hospitals. *Health Promotion International*, 19(4), 453-462.
- Upenieks, V. V. (2003a). What Constitutes Effective Leadership?: Perceptions of Magnet and Nonmagnet Nurse Leaders. *The Journal of Nursing Administration*, 33(9), 456-467.
- Upenieks, V. V. (2003b). The interrelationship of organizational characteristics of magnet hospitals, nursing leadership, and nursing job satisfaction. *The Health Care Manager*, 22(2), 83-98.
- Valente, T. W. (1996). Mass-Media-Generated Interpersonal Communication as Sources of Information About Family Planning. *Journal of Health Communication*, 1(3), 247-266.
- Valente, T. W., & Fosados, R. (2006). Diffusion of Innovations and Network Segmentation: The Part Played by People in Promoting Health. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(7), S23-S31.
- Van der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation* (2^{ème} éd.). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Venturato, L., & Drew, L. (2010). Beyond doing: Supporting clinical leadership and nursing practice in aged care through innovative models of care. *Contemporary Nurse*, 35(2), 157-170.
- Viens, C., Lavoie-Tremblay, M., & Mayrand Leclerc, M. (2002). *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers*. Cap-Rouge, Québec: Presses inter-universitaires.
- Watson, R., Gardiner, E., Hogston, R., Gibson, H., Stimpson, A., Wrate, R., & Deary, I. (2009). A longitudinal study of stress and psychological distress in nurses and nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, 18(2), 270-278.
- Weiner, B. J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*, 4(67).
- Weiner, B. J., Lewis, Megan A., & Linnan, L. A. (2009). Using organization theory to understand the determinants of effective implementation of worksite health promotion programs. *Health Education Research*, 24(2), 292-305.

- Weisman, C. S., Gordon, D. L., Cassard, S. D., Bergner, M., & Wong, R. (1993). The effects of unit self-management on hospital nurses' work process, work satisfaction, and retention. *Medical Care*, 31(5), 381-393.
- West, M. A. (2002). Sparkling Fountains or Stagnant Ponds: An Integrative Model of Creativity and Innovation Implementation in Work Groups. *Applied Psychology*, 51(3), 355-387.
- West, M. A., & Farr, J. L. (1990). *Innovation and creativity at work : psychological and organizational strategies*. Chichester, England.
- Whitehead, D. (2004). The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on? *Health Promotion International*, 19(2), 259-267.
- Whitehead, D. (2005). Health promoting hospitals: the role and function of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 20-27.
- Whitehead, D. (2006). Workplace health promotion: the role and responsibility of health care managers. *Journal of Nursing Management*, 14(1), 59-68.
- Whitelaw, S., Graham, N., Black, D., Coburn, J., & Renwick, L. (2011). 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.
- 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.
- Wilson, B., Squires, M. A. E., Widger, K., Cranley, L., & Tourangeau, A. N. N. (2008). Job satisfaction among a multigenerational nursing workforce. *The Journal of Nursing Management*, 16(6), 716-723.
- Wilson, M. G., Dejoy, D. M., Vandenberg, R. J., Richardson, H. A., & McGrath, A. L. (2004). Work characteristics and employee health and well-being: Test of a model of healthy work organization. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77(4), 565-588.
- Wooldridge, B., & Floyd, S.W. (1990). The strategy process, middle management involvement, and organizational performance. *Strategic Management Journal*, 11(3), 231-241.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion : an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health*, November 17-21, 1986, Ottawa, Ontario
- World Health Organization (1991). *The Budapest Declaration of Health Promoting Hospitals*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe. Repéré à : http://www.klinika-golnik.si/strokovna-javnost/promocija-zdravja-v-bolniscinah/datoteke/budapest_declaration_on_health_promoting_hospitals.pdf
- World Health Organization. (1997). The Jakarta Declaration on Health Promotion into the 21st Century. *Promotion & Education*, 4(3), 54-55.

- World Health Organization. (1997). *The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe. Repéré à : http://hpe4.anamai.moph.go.th/hpe/data/hph/Viena_Recommendation.pdf
- World Health Organization. (2004). *Standards for health promotion in hospitals : self-assessment tool for pilot implementation*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Repéré à : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/99860/E85054.pdf
- World Health Organization. (2007). *The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services : integrating health promotion into hospitals and health services : concept, framework and organization*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Repéré à http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/99801/E90777.pdf
- World Health Organization. (2012). The workplace: A priority setting for health promotion. Repéré à http://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/index.html
- Wynd, C. A. (2003). Current factors contributing to professionalism in nursing. *Journal of Professional Nursing*, 19(5), 251-261.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research : design and methods* (4^{ème} éd.). Thousand Oaks, Californie: Sage Publications.

LE CONCEPT « HÔPITAL PROMOTEUR DE SANTÉ »

DOCUMENT DE PRÉSENTATION



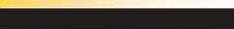
Université 
de Montréal

ROBERT BILTERYS

Étudiant au PhD en santé publique - GRIS
Faculté de Médecine - Université de
Montréal

Téléphone : 

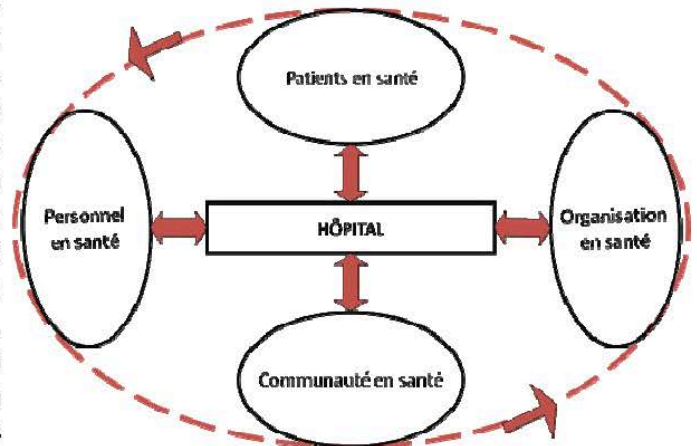
Télécopie : 

Courriel 

Mars 2009

Le concept « Hôpital promoteur de santé » au Québec

Le Québec a subi une réforme majeure de son système de santé. Depuis 2003, les lois 25 et 83 ont entraîné une refonte du paysage de la santé au Québec, avec la formation des Centres de Santé et de Services Sociaux. Cette réorganisation a permis de renforcer l'interface entre le système clinique et la santé publique. À la suite de cette réforme, plusieurs organisations de santé ont pris connaissance et ont manifesté de l'intérêt pour le concept « Hôpital promoteur de santé » (HPS) développé par l'OMS. Ce concept a pour objectif de mettre en œuvre la cinquième stratégie de la Charte d'Ottawa, soit de réorienter les services de santé. On y retrouve une vision, des principes et un ensemble de stratégies qui permettent à l'hôpital de mieux s'adapter à un environnement interne et externe exigeant et très changeant, et de s'impliquer dans la promotion de la santé des patients, du personnel et de la communauté. **L'adoption du concept mène donc l'hôpital à agir au niveau de quatre dimensions requises pour le développement d'un hôpital promoteur de santé : l'organisation elle-même, les patients, le personnel et la communauté dans laquelle l'hôpital se situe.**



© 2006 N. Dedobbeleer, A.-P. Contandriopoulos, L. Lamothe, H. N'Nguyen, L. Rousseau, M. Beaumont, R. Bilters, Z. El M'Mala. (Adaptation de Lobnig et al (1999))

Définition et principes

Le [] définit un hôpital promoteur de santé comme:

« un hôpital promoteur de la dignité humaine, de l'équité et de la solidarité, ainsi que de l'éthique professionnelle, en reconnaissant les différences dans les besoins, les valeurs et les cultures des divers groupes de population. En outre, il est orienté vers l'amélioration de la qualité, le bien-être des patients, de leur famille et du personnel, la protection de l'environnement et sa capacité à devenir une institution recherchant l'apprentissage et le changement. Il parraine une approche de la santé à caractère holistique. Enfin, il promeut une utilisation efficace des ressources et agit en lien avec les instances locales en matière de santé »

Les principes fondamentaux de l'HPS dictés par « les Recommandations de Vienne » exigent :

1. de 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. d'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 devenir une **organisation apprenante**,
3. de se focaliser sur la santé dans une **approche holistique** et pas uniquement sur l'aspect curatif,
4. **se centrer sur le personnel** qui offre les meilleurs services de santé possibles aux patients et leurs proches, afin de faciliter le processus de guérison et contribuer à l'**empowerment des patients**,
5. d'utiliser les ressources de manière **efficace** en respectant l'aspect **coût-efficacité**, et attribuer les ressources avec, comme critère, la contribution à l'amélioration de la santé;
6. de former des **liens aussi étroits que possible avec les autres niveaux du système de santé** ainsi que la communauté.

L'avantage du concept HPS est d'intégrer sous une même bannière différents concepts et initiatives actuellement mis de l'avant dans les organisations de santé (ex. la qualité, la performance, les milieux de travail sains) et de souligner la synergie entre à la fois l'organisation hospitalière, les soins prodigués aux patients, le milieu de travail et la communauté. Ce concept constitue ainsi une véritable innovation.

Le milieu de travail promoteur de la santé



La croissance des besoins en soins de la population et la main d'œuvre vieillissante entraînent une pénurie d'effectifs professionnels. Cette pénurie touche particulièrement les infirmières dont l'insatisfaction au travail est bien plus répandue que dans la population active. Pourtant, leur nombre et la fréquence de leur présence auprès du patient font d'elles des acteurs importants de la dispensation de soins de qualité. Les impacts de cette insatisfaction sont nombreux et coûteux: absentéisme, épuisement professionnel, démissions, instabilité et intention de quitter des infirmières.

La dimension du concept HPS portant sur le milieu de travail est donc cruciale et une organisation qui n'agirait pas en ce domaine ne pourrait pas être considérée promotrice de santé car la qualité du milieu de travail influence, à travers la santé des infirmières, la qualité des soins dispensés et influence à son tour la santé de la communauté. S'il est impossible pour les gestionnaires d'agir directement sur la pénurie d'infirmières, il est toutefois possible pour eux d'agir sur l'environnement quotidien des professionnels. **La littérature indique clairement les impacts positifs qu'un milieu de travail sain peut exercer sur la santé des infirmières et des patients. La qualité du milieu de travail agit directement sur la satisfaction des infirmières, leur productivité, leur recrutement et leur rétention, et ainsi sur la qualité des soins.** L'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ) reconnaît que l'amélioration de l'environnement de travail constitue une des stratégies permettant d'agir sur la pénurie d'infirmières. Selon l'OIIQ, en rendant le milieu de travail plus sain et donc plus attractif, cela devrait attirer et retenir plus d'infirmières dans les établissements de santé. Le rôle des gestionnaires, en tant qu'opérateurs de l'implantation de ces milieux, est primordial. En effet, lorsque les leaders soutiennent les employés, la satisfaction au travail, la santé, l'équilibre travail-vie personnelle, l'engagement envers l'organisation et la confiance envers les gestionnaires s'améliorent, tandis que le stress, la dépression, l'épuisement, la surcharge de rôle, l'absentéisme et l'intention de quitter diminuent.

L'implantation du concept HPS dans les Centres Hospitaliers Universitaires du Québec



Les CHU de la région de Montréal ont adopté le concept HPS développé par l'OMS et font maintenant partie du **réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé**, rattaché au réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé de l'OMS. Il semble donc pertinent d'examiner le processus d'implantation de cette innovation, le concept HPS, mais plus particulièrement son implantation dans le milieu de travail car la promotion d'un milieu de travail sain est devenue une priorité pour le Ministère de la Santé et des Services Sociaux et pour les organisations du réseau de la santé du Québec. Ainsi, dans la situation de pénurie de personnel, de rationnement des ressources et de réforme que l'on connaît au

Québec, il apparaît important de prêter attention à la façon dont les CHU vont mettre en place un milieu de travail promoteur de santé pour le personnel et certainement pour les infirmières qui constituent un groupe particulièrement vulnérable. En effet, l'implantation du concept HPS par les CHU procure une opportunité unique d'observer le processus par lequel le changement se met en place, par le biais du milieu de travail des infirmières. La question à laquelle l'étude proposée désire répondre est donc:

« Comment se déroule l'implantation du concept HPS, et plus particulièrement de sa dimension « milieu de travail promoteur de santé » dans le milieu de travail des infirmières d'un CHU, dans le contexte de la réforme du système de santé au Québec ? »

Références

- Aiken (2002) Superior outcomes for magnet hospitals: the evidence base. In McClure, M.L. and Hinshaw, A.S., Magnet Hospitals Revisited: Attraction and Retention of Professional Nurses, Washington, D.C., American Nurses Publishing.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., et al. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20 (3), 43 – 53.
- Baumann A. et al (2001) Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système. Rapport soumis à la Fondation Canadienne de Recherche sur les Services de Santé, Ottawa, Ontario.
- Burton, J. (2002). "The Leadership Factor: Management practices can make employees sick." NQI Excellence Articles. Retrieved at www.nqi.ca.
- Dedobbeleer N, Contandriopoulos AP, Nguyen H, Rousseau L, Lamothe L, Beaumont M, Bilterys R : La dernière réforme dans le système de santé et des services sociaux du Québec et la fenêtre d'opportunité pour l'adoption du concept de l'OMS « hôpitaux promoteurs de santé », GRIS, Université de Montréal, février 2009
- Desrosiers G. (2008). La pénurie d'infirmières : des choix à faire de toute urgence. *Le journal, Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec*, janvier/février, vol. 5, n° 3.
- Gouvernement du Québec, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. (2000). Les Solutions émergentes. Rapport et recommandations. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 410 p.
- Jetté C. (2008) Les organismes communautaires et la transformation de l'État-providence : trois décennies de coconstruction des politiques publiques dans le domaine de la santé et des services sociaux. Presses de l'Université du Québec. Sainte-Foy (Canada).
- Koehoorn M et al (2001) Creating high quality health care workplaces. Canadian Policy Research Network, Ottawa. Work Network Discussion Paper No. W-14.
- Lavoie-Tremblay M. (2004) Creating a Healthy Workplace: A Participatory Organizational Intervention. *Journal of Nursing Administration*. 34(10):469-474.
- Lobnig H., Krajic K., Pelikan J.M. (1999) The international WHO-Network of health promoting hospitals: State of development of concepts and projects -1998 in *Health Promoting Hospitals in Practice: Developing Projects and Networks*, ed. by Berger H., Krajic K., and Paul R., Health Promotions Publications, Gamburg, Germany, 15-22.
- Lu H., While A.E. & Barriball L. (2005) Job satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies* 42, 211–227.
- Santé Canada (2002) Notre santé, notre avenir : un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes, Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, Ottawa (Canada).
- Shields, M. et Wilkins, K. (2006). Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats. Annexe tableau 28. Ottawa : Statistique Canada.
- Traduction de la définition de l'OMS (1991) Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals, Copenhagen
- World Health Organization (1997) The Vienna Recommendations, 3rd Workshop of National/Regional Health Promoting Hospitals Network Coordinators, Vienna, Austria.

ANNEXE B : QUESTIONNAIRE ADAPTÉ À PARTIR DE L'OUTIL D'AUTO-ÉVALUATION DÉVELOPPÉ PAR DEDOBBELEER ET AL (2007) POUR LES CSSS.

STANDARD I : ORGANISATION PROMOTRICE DE SANTÉ

CRITÈRE 1 :

Politique de promotion de la santé

- 1 Dans l'énoncé des buts et de la mission du Centre Hospitalier Universitaire (CHU), le CHU s'engage-t-il explicitement à adopter une politique en matière de promotion de la santé, c'est-à-dire à respecter les principes suivants : (1) promouvoir la dignité, l'équité, la solidarité et l'éthique professionnelle et reconnaître les différences dans les besoins, valeurs et cultures des différents groupes de la population; (2) s'orienter vers l'amélioration de la qualité, le bien-être des populations (incluant les patients et leurs proches et le personnel des organisations impliquées), la protection de l'environnement et devenir une organisation apprenante; (3) mettre l'accent sur la santé dans une perspective holistique et non pas seulement curative; (4) focaliser sur le personnel qui fournit des services aux populations (incluant les patients et leurs proches) de la meilleure façon possible pour faciliter le processus de guérison et contribuer à l'empowerment des patients et des membres de la communauté; (5) utiliser les ressources de manière efficiente en respectant l'aspect coût-efficacité et attribuer les ressources en fonction de leur contribution à l'amélioration de la santé; et (6) établir des liens aussi étroits que possibles avec les autres ressources du réseau de la santé et la communauté.¹

❖ **Si OUI**

(Données probantes : document sur l'énoncé des buts et mission)

OUI

PARTIEL-
LEMENT

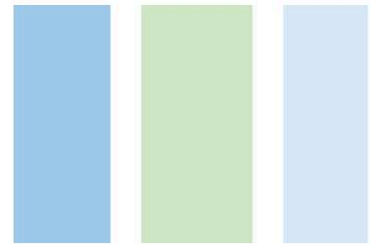
NON

allez
à 1.7

¹ Adaptation des Recommandations de Vienne, OMS, Bureau régional de l'Europe, 1997.

1.1 À quelle étape en êtes-vous dans l'implantation de cette politique?

- Au début
- En cours
- Pas commencée



1.2 Qui a participé au développement de cette politique?

- Agence de la santé et des services sociaux
- Conseil d'administration du CHU
- Chefs de département, d'unité, de programme
- Représentants de la Commission infirmière régionale
- Représentants de la Commission multidisciplinaire régionale
- Représentants du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- Représentants syndicaux
- Représentants des patients/usagers
- Représentants de la population
- Autres (précisez) :

1.3 Cette vision est-elle intégrée dans le plan stratégique du CHU?

OUI

NON

1.4 Cette vision est-elle intégrée dans le programme d'amélioration continue de la qualité de l'organisation?

OUI

NON

❖ **SIL'ÉNONCÉ EST PARTIEL :**

1.5 Précisez l'énoncé des buts et de la mission

1.6 Comptez-vous apporter des modifications à cet énoncé dans les 5 prochaines années?

Si oui, précisez lesquelles :

OUI

NON

1.7 Avez-vous un plan d'action qui porte sur des activités de promotion, de prévention et de protection de la santé? (Données probantes :

OUI

NON

document disponible)

❖ **Si OUI**

1.7.1 À quelle étape en êtes-vous dans l'implantation de ce plan d'action?

- Début
- En cours
- Pas commencée

2 Y a-t-il un budget rattaché à l'implantation, l'évaluation et la révision de la politique et/ou du plan d'action de promotion, prévention et protection de la santé?

❖ **Si OUI**

2.1 Quelles sont les sources de financement?

- Budget du CHU
- Ministère de la Santé et des Services sociaux
- Fondations
- Initiatives gouvernementales
- Associations (maladies cardiovasculaires...)
- Fonds de recherche
- Partenariat avec entreprises privées (ex. : compagnies pharmaceutiques)
- Autres (précisez) :

2.2 Quel est le pourcentage du budget du CHU alloué à la promotion, prévention et protection de la santé?

3 Dans la structure organisationnelle du CHU, y a-t-il une personne responsable de la planification, de l'implantation, de l'évaluation et de la révision de la politique en promotion de la santé et/ou du plan d'action de promotion, prévention et protection de la santé?

OUI

NON

❖ **Si OUI**

3.1 Titre de son poste

<p>3.2 Combien d'heures par semaine peut-elle consacrer à ce mandat?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 550px; margin-bottom: 10px;"></div> <p>3.3 À quel(s) comité(s) cette personne participe-t-elle?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 550px; margin-bottom: 10px;"></div> <p>3.4 Quelle est la fréquence de rencontre du ou des comités?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 550px; margin-bottom: 10px;"></div> <p>3.5 Dirige-t-elle des comités (internes, externes) sur la promotion, prévention et protection de la santé?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 550px; margin-bottom: 10px;"></div>	<p>OUI</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>NON</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>4 Des lignes directrices, des procédures sont-elles disponibles pour aider toutes les unités et tous les programmes à inclure la promotion, prévention et protection de la santé dans leurs activités? (Données probantes : documents disponibles)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">Si oui, précisez :</div>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>5 Y a-t-il des espaces, des équipements disponibles pour implanter des activités de promotion, de prévention et de protection de la santé?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">Si oui, précisez :</div>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>6 Avez-vous des exigences en termes de compétences de vos infirmières en promotion, prévention et protection de la santé?</p> <p style="margin-left: 20px;">❖ Si OUI</p> <p>6.1 Les descriptions de postes des membres des infirmières spécifient-elles des responsabilités pertinentes en promotion, prévention et protection de la santé?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">Si oui, précisez :</div>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>6.2 La promotion, prévention et protection de la santé sont-elles incluses dans vos programmes de formation continue?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">Si oui, précisez :</div>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>6.3 Vos programmes de formation pour nouvelles infirmières incluent-ils la</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>

promotion, prévention et protection de la santé?

Si oui, précisez :

- 7 Si vous avez une politique et/ou un plan d'action en promotion, prévention et protection de la santé, les infirmières de toutes les unités, de tous les programmes et de tous les quarts de travail en sont-elles informées?

❖ **Si OUI, quels sont les canaux de communication?**

- Document sur la politique
- Information dans les bulletins adressés aux infirmières
- Information sur le site Web du CHU
- Courriel
- Information dans les réunions d'équipe, de personnel
- Notes sur les babillards
- Notes avec chèque de paie
- Tableaux d'information aux endroits stratégiques
- Autres (précisez) :

- 8 Des données sont-elles recueillies de façon régulière sur l'implantation de la politique et/ou du plan d'action en promotion, prévention et protection de la santé dans toutes les unités et programmes?

OUI

NON

Si oui, précisez :

- 9 Des données sont-elles recueillies de façon régulière sur les résultats des activités de promotion, de prévention et de protection de la santé? (Exemple : pourcentage de personnes ayant cessé de fumer)

Si oui, précisez :

- 10 Existe-t-il des procédures pour évaluer la qualité des activités et du matériel en promotion, prévention et protection de la santé? (Données probantes : documents disponibles sur les procédures)

Si oui, précisez :

- 11 Les données évaluatives recueillies sur les activités de promotion, de prévention et de protection de la santé sont-elles transmises aux infirmières de toutes les unités et de tous les programmes?

Si oui, précisez :

CRITÈRE 2 :

Organisation apprenante et performante

- 12 Avez-vous des directives/procédures dans votre organisation pour assurer l'efficacité et l'efficience de vos actions? (Données probantes : documents disponibles sur ces directives/procédures)

OUI

NON

Si oui, précisez :

- 13 Avez-vous des directives/procédures dans votre organisation pour assurer la satisfaction des citoyens? (Données probantes : documents disponibles sur ces directives/procédures)

OUI

NON

Si oui, précisez :

- 14 Avez-vous des façons de faire usuelles ou encouragées pour assurer l'adaptation du CHU aux exigences changeantes de l'environnement interne et externe?

OUI

NON

❖ **SI OUI, quelles sont ces façons de faire?**

(Données probantes : documents disponibles sur ces façons de faire)

- 14.1 **Au niveau des outils :** connaissances, réseaux d'information et de communication, utilisation des données probantes et technologie (ex. : technologie des soins, technologie de l'information : dossier patient informatisé, systèmes de rapports d'erreurs, télémédecine, contrôle de stocks).

Si oui, précisez :

- 14.2 **Au niveau des ressources humaines :** combinaison d'habiletés, formation (ex. : incitatifs, budgets), politiques pour assurer la rétention, un climat de travail sain (éviter les conflits et ambiguïté de

rôles, les surcharges de travail), politique sur le harcèlement, politiques pour la famille, possibilité d'horaires de travail flexibles (ex. : heures annualisées, semaine de travail comprimée, horaires de 12h), reconnaissance du travail réalisé).

Si oui, précisez :

- 14.3 **Au niveau des structures de gestion :** aplanissement des structures hiérarchiques, travail d'équipe, réorganisation des routines de travail, style de leadership.

Si oui, précisez :

- 14.4 **Au niveau de la gouvernance :** gestion continue de la qualité, soins centrés sur le patient, équipes multidisciplinaires, continuité des soins.

Si oui, précisez :

- 15 Encouragez-vous le maintien des valeurs d'équité, de solidarité, d'éthique, de respect des différences? (Données probantes : documents disponibles sur le maintien des valeurs)

❖ **Si OUI**

- 15.1 Comment encouragez-vous ce maintien?

STANDARD II : MILIEU DE TRAVAIL PROMOTEUR DE SANTÉ

CRITÈRE 3 :

Stratégies pour créer un milieu de travail sain et sécuritaire

- 1 Dans sa mission, votre organisation accorde-t-elle une priorité au bien-être, à la santé et à la sécurité de ses infirmières?

OUI

NON

Si oui, précisez :

- 2 Prenez-vous des mesures pour évaluer les risques en santé et sécurité du travail auxquels sont exposées les infirmières? Si oui, lesquels? Ces risques peuvent être d'ordre chimique, biologique, physique, ergonomique, psychologique, environnemental ou liés au transport.

- Analyse des rapports d'incidents
- Inspection de l'équipement, des procédés, des fournitures, des espaces de travail et des appareils médicaux
- Enquêtes sur les incidents et mesures prises pour éviter qu'ils ne se reproduisent
- Autres (précisez) :

- 3 Avez-vous des moyens pour assurer un environnement sécuritaire?

Application des règlements provinciaux et fédéraux

OUI

NON

Si oui, précisez :

Implantation des politiques/directives/règlements internes

Par exemple, en ce qui a trait :

- À l'équipement (ex. : existence d'un plan de modernisation et de remplacement, entretien régulier et préventif, sélection et achat en fonction du niveau et du type de services offerts)
- Aux locaux (ex. : règlements pour inspection régulière, pour l'évacuation rapide en cas d'urgence)
- Aux installations (ex. : évaluation régulière de la qualité de l'air intérieur, plan de gestion de la qualité de l'air intérieur,

évaluation de l'eau)

- À la politique sur le tabac (ex. : règles d'inspection)
- À la gestion de situations difficiles (ex. : violence, harcèlement psychologique, secteurs de travail psychologiquement éprouvants)

Si oui, précisez :

4 Encouragez-vous l'utilisation sécuritaire des équipements, des fournitures et des appareils?

4.1 Avez-vous des procédures particulières pour :

- Empêcher que les fournitures à usage unique ne soient réutilisées
- Agir dès réception de renseignements concernant des dangers, défauts ou rappels
- Veiller à ce que l'équipement soit utilisé conformément aux directives du fabricant
- Signaler les éléments pouvant nuire à la sécurité
- Respecter les lois, règlements et codes
- Mettre à l'essai et inspecter régulièrement l'équipement

4.2 Ces procédures sont-elles écrites?

OUI

NON

Si oui, précisez :

	OUI	NON
5 Les infirmières sont-elles formées dans les pratiques suivantes de la santé et de la sécurité du travail?		
▪ La détection, l'évaluation et la déclaration des risques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Les circonstances indiquant qu'il faut se retirer d'une situation dangereuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ La façon de gérer les comportements agressifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ La prévention des infections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ L'utilisation sécuritaire de l'équipement, des fournitures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Les techniques de manutention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ La façon d'utiliser et d'entretenir l'équipement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Les systèmes d'appoint en cas de panne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ La façon de faire appel aux services de réparation et d'accomplir des procédures d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Le signalement des problèmes et des incidents liés à l'équipement et aux fournitures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ L'utilisation des équipements de protection individuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Le recours aux précautions de routine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ La conservation et la mise à jour de fiches d'entretien de l'équipement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Les règles d'hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Utilisez-vous des contrôles administratifs pour promouvoir les pratiques sécuritaires?		
▪ Sanctions/incitatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Évaluation régulière de l'observance des mesures de sécurité par les infirmières (ex. : surveillance, enquêtes auprès des infirmières)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Évaluation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Autres (précisez) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 550px;"></div>		

CRITÈRE 4 :

Stratégies de promotion de saines habitudes de vie

OUI

NON

- 7 Évaluez-vous les besoins des infirmières en ce qui a trait à la promotion de la santé?

Si oui, précisez :

Par exemple :

- Bilans de santé disponibles (ex. : nutrition, forme physique, stress)
- Enquête sur le style de vie et l'environnement, les besoins de développement d'habiletés, le besoin de soutien

- 8 Avez-vous de multiples canaux pour transmettre de l'information sur la santé et les styles de vie sains?

Si oui, précisez :

Par exemple :

- Brochures, affiches (ex. : affiches encourageant le personnel à utiliser les escaliers plutôt que les ascenseurs, affiches sur les dangers de la fumée secondaire, vidéos sur de saines habitudes de vie)
- Intranet, courriels, notes avec paie, réunions des infirmières, dîners-conférence, ateliers, séminaires sur les activités ou services en promotion de la santé et les éventuels rabais ou services gratuits disponibles en promotion de la santé (ex. : prix réduit sur légumes et fruits à la cafétéria)
- Affiches sur l'importance de se faire vacciner
- Bulletin périodique d'information sur la santé des infirmières

- 9 Avez-vous des programmes d'éducation à la santé (développement d'habiletés)?

Si oui, précisez :

Par exemple :

- Programmes de lutte contre les facteurs de risque (ex. : alcool, drogues, jeu, tabac, hypertension, obésité, stress, sédentarité)
- Consultations en diététique gratuites ou à prix réduit
- Programmes d'aide aux employés
- Counselling
- Autres (précisez) :

10 A quelle fréquence utilisez-vous des stratégies pour promouvoir de saines habitudes de vie auprès des infirmières du CHU?

Jamais – à l’occasion – souvent – continuellement

CRITÈRE 5 : Modifications de l’environnement physique et social

11 Avez-vous modifié l’environnement pour promouvoir la santé physique et mentale des infirmières?

OUI

NON

Si oui, précisez :

Par exemple :

- Club de marche
- Abonnements offerts à un centre de conditionnement physique
- Vélos à la disposition du personnel
- Piste de marche intérieure ou extérieure
- Douches à la disposition du personnel arrivant en vélo
- Supports pour vélos

12 Prenez-vous des mesures pour prévenir la violence vis-à-vis des infirmières?

Si oui, précisez :

Par exemple :

- Postes infirmiers protégés
- Toilettes séparées destinées au personnel et pouvant être fermées à clé
- Salles de soins comportant deux sorties
- Mobilier volontairement réduit au minimum dans les salles de traitement
- Service d’accompagnement du personnel aux stationnements en soirée ou la nuit et stationnement éclairés et surveillés
- Ne pas travailler seul dans les salles d’urgence ou cliniques sans rendez-vous pendant la nuit
- Détecteurs de métaux à l’entrée
- Surveillance vidéo en circuit fermé 24h/24

- Procédure d'enregistrement systématique pour les visiteurs avec port d'identification
- Supervision des mouvements des usagers psychiatriques dans l'établissement
- Infirmières et médecins accompagnés lors de l'examen intime d'un patient/usager

13 Utilisez-vous des stratégies environnementales pour promouvoir de bonnes habitudes alimentaires?

OUI

NON

Si oui, précisez :

Par exemple :

- Cafétéria offrant quotidiennement des menus santé (ex. : membre du Réseau des Menus Mieux Vivre)
- Des menus santé disponibles pour les infirmières travaillant en dehors des heures habituelles? (fin de semaine, nuits)
- Des choix santé indiqués explicitement parmi les aliments placés dans les machines distributrices et offerts à la cafétéria
- Disponibilité de condiments à faible teneur de gras

14 Prenez-vous des mesures environnementales pour promouvoir le bien-être des infirmières?

Si oui, précisez :

Par exemple :

- Aires de garde pour les enfants des infirmières
- Activités récréatives organisées dans la communauté pour les infirmières (ex. : sortie de ski, tournoi de golf, bowling, danse)
- Aumônier présent pour les infirmières le souhaitant
- Service de navette pour transporter les infirmières de l'hôpital entre les différents sites ou au stationnement le soir
- Aires de repos à la disposition des infirmières

CRITÈRE 6 : Participation des infirmières

15 Les infirmières participent-elles au développement des pratiques de travail (i.e. procédures et directives)?

OUI

NON

Si oui, précisez comment et quand :

16 Les infirmières sont-elles impliquées dans les décisions ayant trait à l'environnement de travail (ex. : la composition et le prix des menus alimentaires des cafétérias, l'achat d'équipement, de fournitures, de produits, le développement de politiques)?

OUI

NON

❖ **Si OUI**

16.1 De quelle façon les impliquez-vous?

- Comités
- Équipes de travail
- Cercles sur la qualité
- Enquêtes de satisfaction vis-à-vis du lieu de travail
- Groupes de discussion
- Visites sur le terrain
- Autres (précisez) :

16.2 Qui impliquez-vous?

- Infirmières-chefs
- Infirmières
- Syndicats
- Autres (précisez) :

16.3 À quelle fréquence les impliquez-vous?

GUIDE D'ENTREVUE (DIRECTEURS)

Le processus d'implantation d'un environnement de travail promoteur de
santé pour les infirmières

UNIVERSITE DE MONTREAL

26 février 2009

Robert Bilterys

GUIDE D'ENTREVUE

1. Que savez-vous du concept « Hôpital promoteur de santé » ?
2. Selon vous, quelles sont les raisons qui ont amené le CHU en tant qu'organisation à adopter et à implanter le concept HPS ?
 - a. Y a-t-il des événements externes au CHU qui ont amené le CHU à adopter et implanter (ex : réforme, loi 25, etc.) ?
 - b. Y a-t-il des événements internes au CHU qui ont amené le CHU à adopter et implanter (ex : politiques, règlements, changements de direction, leaders, incitatifs, etc.) ?
3. Que pensez-vous de cette adoption, implantation ?
4. Selon vous, qu'est-ce que l'implantation du concept HPS apportera au CHU ?
5. Comment vous représentez-vous un milieu de travail promoteur de santé pour les infirmières ?
6. Perception des acteurs par rapport à cette innovation pour le milieu de travail des infirmières dans leur organisation :
 - a. Selon vous, quelle est sa compatibilité avec les valeurs, normes, buts, stratégies et pratiques du CHU dans le domaine du milieu de travail des infirmières ? (liens avec concepts de qualité, performance, participation, etc.)
 - b. Selon vous, quelle est son utilité pour le milieu de travail des infirmières du CHU ?
 - c. Selon vous, quelle est sa faisabilité d'implantation dans le milieu de travail des infirmières du CHU ?
7. Au CHU, comment fait-on pour implanter un milieu de travail promoteur de santé pour les infirmières ?
8. Quelles ont été les différentes étapes du processus d'implantation jusqu'à maintenant ?
 - Transmission de l'information,
 - Acquisition des compétences nécessaires,
 - Recours à de l'expertise,
 - Soutien de l'innovation par l'ensemble du CHU,
 - Intégration du concept HPS dans les structures et procédures du CHU.
9. Quels sont les mécanismes mis en place ?
 - Développement des compétences des acteurs,
 - Accès à de l'expertise,
 - Accès à un outil/cadre de référence,

- Encouragement au leadership sur les unités de soins,
- Établissement d'un contexte pratique,
- Formation d'une masse critique d'acteurs motivés,
- Changements envisagés au niveau des structures de gestion, de la gouvernance.

10. Quel est votre rôle dans le processus d'implantation d'un milieu de travail promoteur de santé pour les infirmières au CHU ?
11. Quels sont les facteurs qui facilitent l'implantation d'un milieu de travail promoteur de santé pour les infirmières au CHU ? (leaders, etc.)
12. Quels sont les obstacles à l'implantation d'un milieu de travail promoteur de la santé pour les infirmières au CHU ? (résistants, etc.)
13. Qu'est ce que l'implantation d'un milieu de travail promoteur de la santé des infirmières donne comme résultats jusqu'à présent ?
14. Qu'est ce que l'implantation d'un milieu de travail promoteur de la santé des infirmières pourrait donner comme résultats à long terme ? (ex. au niveau de l'absentéisme, la rétention, l'attraction, la satisfaction, etc.)
15. Quelles sont les prochaines étapes de l'implantation d'un milieu de travail promoteur de la santé des infirmières ?
16. Avez-vous d'autres informations à partager sur ce sujet ?
17. Données sociodémographiques

Date de rencontre	
Profession	
Poste actuel	
Formation	
Années d'expérience dans le poste actuel	
Ancienneté au CHU	
Poste/emploi précédent	

GUIDE D'ENTREVUE (INFIRMIÈRES GESTIONNAIRES)

Le processus d'implantation d'un environnement de travail promoteur de
santé pour les infirmières

UNIVERSITE DE MONTREAL

26 février 2009

Robert Bilterys

GUIDE D'ENTREVUE

1. Le CHU est devenu un hôpital promoteur de santé en 2006. De quelle façon l'information sur le concept « hôpital promoteur de santé » vous a-t-elle été transmise ?
2. De quelle façon l'information sur le concept d'hôpital promoteur de santé a-t-elle été diffusée dans votre unité ?
3. Que saviez-vous du concept « Hôpital promoteur de santé » avant que je vous présente le document ?
4. Selon vous, qu'est-ce qui a mené le CHU à adopter et implanter ce concept et particulièrement dans le milieu de travail des infirmières? (ex : lois, politiques, changements de direction, leaders, incitatifs)
5. Que représente pour vous un milieu de travail promoteur de santé pour les infirmières au CHU ?
6. Selon vous, qu'est-ce que cela apporte au CHU d'implanter un milieu de travail promoteur de santé pour ses infirmières ?
7. Selon vous, qu'est-ce que cela apporte aux infirmières du CHU ?
8. Selon vous, quelle est la compatibilité d'un milieu de travail promoteur de santé avec les valeurs, normes, stratégies et buts du CHU ?
9. Selon vous, quelle est l'utilité de l'implantation d'un milieu de travail promoteur de santé pour les infirmières au CHU ?
10. Selon vous, à quel point l'implantation d'un milieu de travail promoteur de santé pour les infirmières au CHU est-elle réalisable ?
11. De quelle façon un milieu de travail promoteur de santé a-t-il été mis en place dans votre unité ? (ex. transmission de l'information, acquisition des compétences nécessaires, accès à de l'expertise, soutien par l'ensemble du CHU, accès à un outil/cadre de référence, intégration du concept HPS dans les structures et procédures du CHU, encouragement au leadership sur les unités de soins, établissement de pratiques).
12. Selon vous, quels sont les résultats jusqu'à présent de l'implantation d'un milieu de travail promoteur de santé pour les infirmières au CHU ?
13. Selon vous, quels vont être les résultats à long terme de l'implantation d'un milieu de travail promoteur de santé pour les infirmières au CHU ? (ex. au niveau de l'absentéisme, la rétention, l'attraction, la satisfaction, etc.)
14. Selon vous, quelles devraient être les prochaines étapes de l'implantation d'un milieu de travail promoteur de santé pour les infirmières ?

15. Selon vous, quels sont les facteurs qui peuvent faciliter l'implantation d'un milieu de travail promoteur de santé pour les infirmières de votre unité ?
16. Selon vous, quels sont les facteurs qui peuvent faire obstacle à l'implantation d'un milieu de travail promoteur de santé pour les infirmières de votre unité ?
17. Estimez-vous avoir l'autonomie décisionnelle nécessaire pour implanter un milieu de travail promoteur de santé ?
18. Présentement, en ce qui attrait au milieu de travail de votre unité, diriez-vous que la situation est stable, s'est améliorée, ou s'est détériorée ?
19. Avez-vous d'autres informations à partager sur ce sujet ?
20. Données sociodémographiques

Date de rencontre	
Profession	
Poste actuel	
Formation	
Années d'expérience dans le poste actuel	
Ancienneté au CHU	
Poste/emploi précédent	

ANNEXE E : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
(ENTREVUES-DIRECTEURS)

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

« Facteurs influençant le processus d'implantation d'environnements promoteurs de la santé chez les infirmières d'un hôpital universitaire au Québec »

CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE

Étudiant responsable du projet : Robert Bilterys, candidat au doctorat en santé publique, Université de Montréal

Directrice de thèse : Nicole Dedobbeleer, professeur titulaire, Université de Montréal

Co-directeur de thèse : André-Pierre Contandriopoulos, professeur titulaire, Université de Montréal

NOM DE L'ORGANISME SUBVENTIONNAIRE

Centre de formation et d'expertise en recherche appliquée à l'administration des services infirmiers (FERASI)

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiant responsable du projet.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Nous sollicitons votre participation à une étude, dont les objectifs sont de mieux comprendre le processus d'implantation du concept « Hôpital Promoteur de Santé » dans le milieu de travail des infirmières, mais en particulier de (1) saisir les contextes externe et interne dans lesquels il se fait, (2) les perceptions des acteurs du niveau stratégique et tactique quant à cette innovation, (3) les mécanismes d'implantation du concept, (4) les résultats initiaux de l'implantation, et (5) les facteurs pouvant faciliter ou contraindre le bon déroulement de l'implantation du concept « Hôpital Promoteur de Santé » dans le milieu de travail des infirmières. Dans cette étude, on vise à identifier les conditions nécessaires à une implantation réussie d'un milieu de travail promoteur de santé et ainsi de développer un modèle d'implantation du concept « Hôpital Promoteur de Santé » à l'usage des gestionnaires de santé et des décideurs.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Vous êtes invité à participer à la deuxième étape de cette étude qui aura une durée totale de 14 mois. Dans cette étape, nous recueillerons de l'information grâce à une entrevue. Celle-ci sera administrée à des responsables de la Direction de la Promotion de la Santé, de la Direction des Soins Infirmiers, de la Direction Générale, du syndicat des infirmières et de la Direction des Ressources Humaines.

Votre participation consistera à répondre aux différentes questions du questionnaire d'entrevue. Cette entrevue devrait avoir une durée de 60 minutes environ et aura lieu à l'endroit de votre choix. L'entrevue sera enregistrée sur support audio numérique pour nous aider dans notre travail de recherche.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Aucun inconvénient ou risque pour la santé des participants ou l'organisation que vous représentez ne peut être envisagé.

AVANTAGES

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine et aider les gestionnaires de votre établissement à améliorer le milieu de travail du personnel.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à l'étudiant responsable du projet.

L'étudiant responsable du projet de recherche ou le comité d'éthique de la recherche du peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet pourra être utilisée pour les fins de la recherche.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, l'étudiant responsable recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis. Votre dossier comprendra les données relatives à l'entrevue mais peut aussi

comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, votre sexe, votre date de naissance et votre origine ethnique.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par l'étudiant responsable.

L'étudiant responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées sous clé pendant 5 ans au bureau de l'étudiant au Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé de l'Université de Montréal et seuls lui et ses directeur et co-directeur de thèse pourront y avoir accès. Au terme de ces cinq années, les données consignées à votre dossier seront détruites de même que les bandes audio.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du . Cet organisme adhère à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable ou par l'établissement.

Conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et à la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'étudiant responsable du projet détient ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

L'étudiant responsable du projet a reçu un financement du Centre de Formation et Expertise en Recherche en Administration des Services Infirmiers (FERASI) et du Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) pour mener à bien ce projet de recherche.

COMPENSATION

Aucune compensation n'est prévue étant donné que les entrevues se tiendront au sein même du .

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiant responsable du projet de recherche aux coordonnées suivantes :

Robert Bilterys, étudiant au doctorat en santé publique
Université de Montréal
Département d'administration de la santé
C.P. 6128 succursale Centre-ville Montréal (Québec) H3C 3J7
Téléphone :

Vous pouvez également communiquer avec la directrice de thèse de l'étudiant responsable du projet à l'aide des coordonnées suivantes :

Pr Nicole Dedobbeleer
Université de Montréal
Département d'administration de la santé
C.P. 6128 succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3J7

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du [] aux coordonnées suivantes :

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Le comité d'éthique de la recherche du [] a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi passif. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer au projet de recherche intitulé « Facteurs influençant le processus d'implantation d'environnements promoteurs de la santé chez les infirmières d'un hôpital universitaire au Québec », aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom et signature du participant

Date

V. Signature et engagement du chercheur responsable du projet

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le participant avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec mes directeur et co-directeur de thèse, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

Nom et signature de l'étudiant responsable du projet de recherche

Date

ANNEXE F : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
(QUESTIONNAIRE-DIRECTEURS)

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

« Facteurs influençant le processus d'implantation d'environnements promoteurs de la santé chez les infirmières d'un hôpital universitaire au Québec »

CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE

Étudiant responsable du projet : Robert Bilterys, candidat au doctorat en santé publique, Université de Montréal

Directrice de thèse : Nicole Dedobbeleer, professeur titulaire, Université de Montréal

Co-directeur de thèse : André-Pierre Contandriopoulos, professeur titulaire, Université de Montréal

NOM DE L'ORGANISME SUBVENTIONNAIRE

Centre de formation et d'expertise en recherche appliquée à l'administration des services infirmiers (FERASI)

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiant responsable du projet.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Nous sollicitons votre participation à une étude, dont les objectifs sont de mieux comprendre le processus d'implantation du concept « Hôpital Promoteur de Santé » dans le milieu de travail des infirmières, mais en particulier de (1) saisir les contextes externe et interne dans lesquels il se fait, (2) les perceptions des acteurs du niveau stratégique et tactique quant à cette innovation, (3) les mécanismes d'implantation du concept, (4) les résultats initiaux de l'implantation, et (5) les facteurs pouvant faciliter ou contraindre le bon déroulement de l'implantation du concept « Hôpital Promoteur de Santé » dans le milieu de travail des infirmières. Dans cette étude, on vise à identifier les conditions nécessaires à une implantation réussie d'un milieu de travail promoteur de santé et ainsi de développer un modèle d'implantation du concept « Hôpital Promoteur de Santé » à l'usage des gestionnaires de santé et des décideurs.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Vous êtes invité à participer à la première étape de cette étude qui aura une durée totale de 14 mois. Dans cette étape, nous recueillerons de l'information grâce à un questionnaire administré par entrevue. Celui-ci sera administré à des responsables de la Direction de la Promotion de la Santé, de la Direction des Soins Infirmiers et de la Direction des Ressources Humaines.

Votre participation consistera à répondre aux différentes rubriques du questionnaire. Cette entrevue devrait avoir une durée de 60 minutes environ et aura lieu à l'endroit de votre choix. L'entrevue sera enregistrée sur support audio numérique pour nous aider dans notre travail de recherche.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Aucun inconfort ou risque pour la santé des participants ou l'organisation que vous représentez ne peut être envisagé.

AVANTAGES

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine et aider les gestionnaires de votre établissement à améliorer le milieu de travail du personnel.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à l'étudiant responsable du projet.

L'étudiant responsable du projet de recherche ou le comité d'éthique de la recherche du peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet pourra être utilisée pour les fins de la recherche.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, l'étudiant responsable recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis. Votre dossier comprendra les données relatives à l'entrevue mais peut aussi

comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, votre sexe, votre date de naissance et votre origine ethnique.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par l'étudiant responsable.

L'étudiant responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées sous clé pendant 5 ans au bureau de l'étudiant au Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé de l'Université de Montréal et seuls lui et ses directeur et co-directeur de thèse pourront y avoir accès. Au terme de ces cinq années, les données consignées à votre dossier seront détruites de même que les bandes audio.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du . Cet organisme adhère à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable ou par l'établissement.

Conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et à la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'étudiant responsable du projet détient ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

L'étudiant responsable du projet a reçu un financement du Centre de Formation et Expertise en Recherche en Administration des Services Infirmiers (FERASI) et du Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) pour mener à bien ce projet de recherche.

COMPENSATION

Aucune compensation n'est prévue étant donné que les entrevues se tiendront au sein même du .

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiant responsable du projet de recherche aux coordonnées suivantes :

Robert Bilterys, étudiant au doctorat en santé publique
Université de Montréal
Département d'administration de la santé
C.P. 6128 succursale Centre-ville Montréal (Québec) H3C 3J7
Téléphone : [REDACTED]

Vous pouvez également communiquer avec la directrice de thèse de l'étudiant responsable du projet à l'aide des coordonnées suivantes :

Pr Nicole Dedobbeleer
Université de Montréal
Département d'administration de la santé
C.P. 6128 succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3J7

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du [REDACTED] aux coordonnées suivantes :

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Le comité d'éthique de la recherche du [REDACTED] a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi passif. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer au projet de recherche intitulé « Facteurs influençant le processus d'implantation d'environnements promoteurs de la santé chez les infirmières d'un hôpital universitaire au Québec », aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom et signature du participant

Date

V. Signature et engagement du chercheur responsable du projet

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le participant avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec mes directeur et co-directeur de thèse, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

Nom et signature de l'étudiant responsable du projet de recherche

Date

ANNEXE G : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
(ENTREVUES-INFIRMIÈRES CHEFS)

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

« Facteurs influençant le processus d'implantation d'environnements promoteurs de la santé chez les infirmières d'un hôpital universitaire au Québec »

CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE

Étudiant responsable du projet : Robert Bilterys, candidat au doctorat en santé publique, Université de Montréal

Directrice de thèse : Nicole Dedobbeleer, professeur titulaire, Université de Montréal

Co-directeur de thèse : André-Pierre Contandriopoulos, professeur titulaire, Université de Montréal

NOM DE L'ORGANISME SUBVENTIONNAIRE

Centre de formation et d'expertise en recherche appliquée à l'administration des services infirmiers (FERASI)

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiant responsable du projet.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Nous sollicitons votre participation à une étude, dont les objectifs sont de mieux comprendre le processus d'implantation du concept « Hôpital Promoteur de Santé » dans le milieu de travail des infirmières, mais en particulier de (1) saisir les contextes externe et interne dans lesquels il se fait, (2) les perceptions des acteurs du niveau stratégique et tactique quant à cette innovation, (3) les mécanismes d'implantation du concept, (4) les résultats initiaux de l'implantation, et (5) les facteurs pouvant faciliter ou contraindre le bon déroulement de l'implantation du concept « Hôpital Promoteur de Santé » dans le milieu de travail des infirmières. Dans cette étude, on vise à identifier les conditions nécessaires à une implantation réussie d'un milieu de travail promoteur de santé et ainsi de développer un modèle d'implantation à l'usage des gestionnaires de santé et des décideurs.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Vous êtes invité à participer à la première étape de cette étude qui aura une durée totale de 14 mois. Dans cette étape, nous recueillerons de l'information grâce à une entrevue. Celle-ci sera effectuée auprès d'infirmières gestionnaires de différentes unités de soins du

Votre participation consistera à répondre aux différentes questions formulées lors de l'entrevue. Cette entrevue devrait avoir une durée de 60 minutes environ et aura lieu à l'endroit de votre choix. L'entrevue sera enregistrée sur support audio numérique pour nous aider dans notre travail de recherche.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Aucun inconfort ou risque pour la santé des participants ou l'organisation que vous représentez ne peut être envisagé.

AVANTAGES

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine et aider les gestionnaires de votre établissement à améliorer le milieu de travail du personnel.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à l'étudiant responsable du projet.

L'étudiant responsable du projet de recherche ou le comité d'éthique de la recherche du peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet pourra être utilisée pour les fins de la recherche.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, l'étudiant responsable recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis. Votre dossier comprendra les données relatives à l'entrevue mais peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, votre sexe, votre date de naissance et votre origine ethnique.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par l'étudiant responsable.

L'étudiant responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées sous clé pendant 5 ans au bureau de l'étudiant au Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé de l'Université de Montréal et seuls lui et ses directeur et co-directeur de thèse pourront y avoir accès. Au terme de ces cinq années, les données consignées à votre dossier seront détruites de même que les bandes audio.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du . Cet organisme adhère à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable ou par l'établissement.

Conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et à la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'étudiant responsable du projet détient ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

L'étudiant responsable du projet a reçu un financement du Centre de Formation et Expertise en Recherche en Administration des Services Infirmiers (FERASI) et du Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) pour mener à bien ce projet de recherche.

COMPENSATION

Aucune compensation n'est prévue étant donné que les entrevues se tiendront au sein même du .

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiant responsable du projet de recherche aux coordonnées suivantes :

Robert Bilterys, étudiant au doctorat en santé publique
Université de Montréal
Département d'administration de la santé
C.P. 6128 succursale Centre-ville Montréal (Québec) H3C 3J7
Téléphone : [REDACTED]

Vous pouvez également communiquer avec la directrice de thèse de l'étudiant responsable du projet à l'aide des coordonnées suivantes :

Pr
Université de Montréal
Département d'administration de la santé
C.P. 6128 succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3J7

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du [REDACTED] aux coordonnées suivantes :

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Le comité d'éthique de la recherche du [REDACTED] a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi passif. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer au projet de recherche intitulé « Facteurs influençant le processus d'implantation d'environnements promoteurs de la santé chez les infirmières d'un hôpital universitaire au Québec », aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom et signature du participant

Date

V. Signature et engagement du chercheur responsable du projet

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le participant avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec mes directeur et co-directeur de thèse, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

Nom et signature de l'étudiant responsable du projet de recherche

Date

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Le 28 novembre 2008

Madame
Département des soins infirmiers

A/s D^r Robert Bilteys

Objet :	08.182 – Approbation accélérée finale CÉR
	Titre : Facteurs influençant le processus d'implantation d'environnements promoteurs de la santé chez les infirmières d'un Hôpital Universitaire au Québec.
	Protocole : N/A

Madame,

J'accuse réception le 27 novembre 2008 de votre lettre datée du 26 novembre 2008, ainsi que des formulaires de consentement modifiés (version du 26 novembre 2008), concernant l'étude mentionnée ci-dessus.

Le tout est jugé satisfaisant. Je vous retourne sous pli une copie du formulaire portant l'estampille d'approbation du comité. Seul ce formulaire devra être utilisé pour signature par les sujets.

La présente constitue l'approbation finale du comité suite à une procédure d'évaluation accélérée. Elle est **valide pour un an à compter du 17 novembre 2008**, date de l'approbation initiale. Je vous rappelle que toute modification au protocole et/ou au formulaire de consentement en cours d'étude, doit être soumise pour approbation du comité d'éthique.

Cette approbation suppose que vous vous engagez :

1. à **respecter la présente décision**;
2. à respecter les moyens de **suivi continu** (cf guide du chercheur);
3. à **conserver les dossiers de recherche** pour une période d'au moins deux ans suivant la fin du projets afin permettre leur éventuelle vérification par une instance déléguée par le comité;
4. à respecter les modalités arrêtées au regard du **mécanisme d'identification des sujets de recherche** dans l'établissement.

Le comité suit les règles de constitution et de fonctionnement de l'Énoncé de Politique des trois Conseils et des Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Je vous prie d'accepter, Madame, mes salutations distinguées.

Original signé par :

Me _____, avocat
Vice-président
Comité d'éthique de la recherche

AL/kb

P. j. : Formulaires de consentement estampillés et approuvés

c.c. : Par télécopieur au Bureau des contrats/ Centre de recherche,

Voici les coordonnées de la personne-ressource pour ce projet :

Mme

Téléphone :

Télécopieur :

Courriel :