

Université de Montréal

**Évaluation du projet Hôpital promoteur de santé
en contexte de périnatalité
Analyse logique et analyse d'implantation**

par

Lynda Olivia REY

École de santé publique

Département d'administration de la santé

Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade
de Ph. D. en santé publique,
option Organisation des soins

Janvier 2014

© Lynda Olivia REY, 2014

Résumé

Problématique : Le concept d'« Hôpital promoteur de santé » (HPS) a émergé dans le sillon de la Charte d'Ottawa (1986) qui plaide notamment pour une réorientation des services de santé vers des services plus promoteurs de santé. Il cible la santé des patients, du personnel, de la communauté et de l'organisation elle-même. Dans le cadre de la réforme du système de santé au Québec qui vise à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne au sein d'un réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS), l'adoption du concept HPS semble constituer une fenêtre d'opportunité pour les CHU, désormais inclus dans des réseaux universitaires intégrés de soins de santé et rattachés aux RLS, pour opérer des changements organisationnels majeurs. Face au peu de données scientifiques sur l'implantation des dimensions des projets HPS, les établissements de santé ont besoin d'être accompagnés dans ce processus par le développement de stratégies claires et d'outils concrets pour soutenir l'implantation. Notre étude porte sur le premier CHU à Montréal qui a décidé d'adopter le concept et d'implanter notamment un projet pilote HPS au sein de son centre périnatal.

Objectifs : Les objectifs de la thèse sont 1) d'analyser la théorie d'intervention du projet HPS au sein du centre périnatal; 2) d'analyser l'implantation du projet HPS et; 3) d'explorer l'intérêt de l'évaluation développementale pour appuyer le processus d'implantation.

Méthodologie : Pour mieux comprendre l'implantation du projet HPS, nous avons opté pour une étude de cas qualitative. Nous avons d'abord analysé la théorie d'intervention, en procédant à une revue de la littérature dans le but d'identifier les caractéristiques du projet HPS ainsi que les conditions nécessaires à son implantation. En ce qui concerne l'analyse d'implantation, notre étude de cas unique a intégré deux démarches méthodologiques : l'une visant à apprécier le niveau d'implantation et l'autre, à analyser les facteurs facilitants et les contraintes. Enfin, nous avons exploré l'intérêt d'une évaluation développementale pour appuyer le processus d'implantation. À partir d'un

échantillonnage par choix raisonnés, les données de l'étude de cas ont été collectées auprès d'informateurs clés, des promoteurs du projet HPS, des gestionnaires, des professionnels et de couples de patients directement concernés par l'implantation du projet HPS au centre périnatal. Une analyse des documents de projet a été effectuée et nous avons procédé à une observation participante dans le milieu.

Résultats : Le premier article sur l'analyse logique présente les forces et les faiblesses de la mise en œuvre du projet HPS au centre périnatal et offre une meilleure compréhension des facteurs susceptibles d'influencer l'implantation. Le second article apprécie le niveau d'implantation des quatre dimensions du projet HPS. Grâce à la complémentarité des différentes sources utilisées, nous avons réussi à cerner les réussites globales, les activités partiellement implantées ou en cours d'implantation et les activités reposant sur une théorie d'intervention inadéquate. Le troisième article met en évidence l'influence des caractéristiques de l'intervention, des contextes externe et interne, des caractéristiques individuelles sur le processus d'implantation à partir du cadre d'analyse de l'implantation développé par Damschroder et al. (2009). Enfin, le dernier article présente les défis rencontrés par la chercheuse dans sa tentative d'utilisation de l'évaluation développementale et propose des solutions permettant d'anticiper les difficultés liées à l'intégration des exigences de recherche et d'utilisation.

Conclusion : Cette thèse contribue à enrichir la compréhension de l'implantation du projet HPS dans les établissements de santé et, particulièrement, en contexte périnatal. Les résultats obtenus sont intéressants pour les chercheurs et les gestionnaires d'hôpitaux ou d'établissements de santé qui souhaitent implanter ou évaluer les projets HPS dans leurs milieux.

Mots clés : Hôpital promoteur de santé, évaluation développementale, théorie d'intervention, implantation, périnatalité, centre périnatal.

Abstract

Problem: The concept of health promoting hospitals (HPH) emerged in the wake of the 1986 Ottawa Charter, which notably calls for the reorientation of health services toward more health promoting services. The concept targets the health of patients, staff, the community and the organization itself. In the context of Quebec's health system reform that aims to bring services closer to the population and facilitates the journey of any person within a local network of health and social services (RLS), the adoption of the HPH concept appears to be a window of opportunity for teaching hospitals, now included in integrated university health care networks (RUIS) and linked to RLS, to carry out major organizational changes. Given the paucity of evidence regarding implementation of the different dimensions of HPH projects, there is a need for health care facilities to be accompanied in this process through the development of clear-cut strategies and practical tools in order to support implementation. Our study will focus on the first university hospital in Montreal that decided to adopt the concept and implement a HPH pilot project within its perinatal centre.

Objectives: The objectives of this thesis are 1) to analyse the intervention theory underlying the HPH project; 2) to analyse the implementation of the HPH project; and 3) to explore the potential of developmental evaluation as a means of supporting the implementation process.

Methods: To better understand the implementation of the HPS project, we opted for a qualitative case study. We first analyzed the theory of intervention by conducting a literature review in order to identify the characteristics of an HPS project as well as the conditions necessary for its implementation. Then, as regards the implementation analysis, our single case study had two methodological approaches: one to assess the level of implementation and the other to analyze facilitators and barriers to implementation. Finally, we explored the interest of using developmental evaluation to support the implementation process. Based on purposeful sampling, data of the case study were collected from

key informants, HPH project promoters, managers, professionals and couples of patients directly concerned by the HPH project implementation in the perinatal centre. A documentary analysis of project documents has been done and participant observation was conducted in the setting.

Results: The first article is about a logical analysis that presents the strengths and weaknesses of the implementation of the HPH project within the birthing centre, and offers a deeper comprehension of the factors likely to influence implementation. The second article assesses the level of implementation of the four dimensions of the HPH project. The complementarity of the different sources used allowed us to identify global successes, activities that were implemented only partially or still in the process of implementation, and activities that were based on an inadequate intervention theory. The third article shows the influence of intervention characteristics, outer and inner settings, and individual characteristics upon the implementation process, using the consolidated framework for implementation research developed by Damschroder et al. (2009). The fourth and final article highlights the challenges encountered by the researcher in attempting to use developmental evaluation, and puts forth solutions that will enable researchers to anticipate the difficulties that can emerge from integrating the demands of research and of utilization.

Conclusion: This thesis contributes to the understanding of HPH project implementation in health care facilities, particularly within a perinatal care context. The results we have obtained are of interest to researchers as well as hospital or health care facility administrators who wish to implement or evaluate HPH projects.

Keywords: Health promoting hospital, developmental evaluation, intervention theory, implementation, maternity care, birthing center, birthing centre.

Table des matières

RÉSUMÉ	I
ABSTRACT	III
TABLE DES MATIÈRES	V
LISTE DES TABLEAUX	X
LISTE DES FIGURES	XI
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	XII
REMERCIEMENTS	XIV
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	1
1. PROBLÉMATIQUE.....	1
2. ADOPTION DU CONCEPT HPS DANS UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MONTRÉAL.....	4
3. JUSTIFICATION DE LA RECHERCHE	6
4. PRÉSENTATION DE LA THÈSE	7
CHAPITRE 2 : ÉTAT DES CONNAISSANCES	9
1. CONTEXTE : LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ AU QUÉBEC	9
1.1. <i>Implications de la réforme pour les CHU</i>	11
1.2. <i>Implications de la réforme pour les services de périnatalité</i>	12
1.3. <i>La création du Réseau montréalais des hôpitaux promoteurs de santé</i>	14
2. L'HÔPITAL DANS UN ENVIRONNEMENT EN MUTATION	16
2.1. <i>L'hôpital, une organisation complexe</i>	17
2.2. <i>L'hôpital au cœur de la crise du système de santé</i>	19
2.3. <i>Vers un hôpital promoteur de santé au Québec à la lumière des expériences européennes</i>	22
3. LE CONCEPT D'HÔPITAL PROMOTEUR DE SANTÉ	24
3.1. <i>Origine et évolution</i>	24
3.2. <i>Définitions du concept HPS</i>	26
3.3. <i>Une approche socioécologique de la santé</i>	28

3.4.	<i>Le concept HPS et les valeurs fondamentales de la promotion de la santé</i>	29
3.5.	<i>Les normes du concept HPS</i>	30
4.	LE CHANGEMENT ET L'INNOVATION DANS LES ORGANISATIONS DE SANTÉ	34
4.1.	<i>Le changement dans les organisations de santé</i>	35
4.2.	<i>L'innovation comme processus de changement</i>	36
4.3.	<i>L'implantation de programmes novateurs</i>	38
4.4.	<i>Le projet HPS perçu comme une innovation</i>	40
5.	L'IMPLANTATION DES NORMES HPS ET DES ACTIVITÉS DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN CONTEXTE HOSPITALIER	42
5.1.	<i>Études identifiant les facteurs susceptibles d'influencer l'implantation des normes HPS</i>	43
5.2.	<i>Études identifiant les facteurs qui influencent l'implantation d'activités de PS en milieu hospitalier</i>	48
6.	CONCLUSION	53
	CHAPITRE 3 : OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	55
1.	OBJECTIF GÉNÉRAL ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DE L'ÉTUDE	55
1.1.	<i>Objectif général : Mieux comprendre l'implantation du projet HPS au centre périnatal du CHU</i>	55
1.2.	<i>Objectifs spécifiques et questions de recherche</i>	55
	CHAPITRE 4 : CADRE DE RÉFÉRENCE	57
1.	UN CENTRE PÉRINATAL PROMOTEUR DE SANTÉ AU SEIN D'UN CHU	57
2.	LES DIMENSIONS DU PROJET HPS AU CENTRE PÉRINATAL	58
3.	LES APPROCHES ÉVALUATIVES UTILISÉES	61
	CHAPITRE 5 : MÉTHODOLOGIE	66
1.	PRÉSENTATION DU MILIEU DE RECHERCHE : LE CENTRE PÉRINATAL DU CHU	66
2.	STRATÉGIE DE LA RECHERCHE: L'ÉVALUATION DÉVELOPPEMENTALE	68
3.	MÉTHODOLOGIE DE L'ANALYSE LOGIQUE	71
3.1.	<i>Construction du modèle logique</i>	71
3.2.	<i>Élaboration du cadre conceptuel</i>	71

3.3.	<i>Évaluation de la théorie de l'intervention</i>	72
4.	MÉTHODOLOGIE DE L'ANALYSE D'IMPLANTATION	72
4.1.	<i>Choix du devis de l'analyse d'implantation : l'étude de cas unique</i>	72
4.2.	<i>Le cas à l'étude</i>	74
4.3.	<i>Stratégies d'échantillonnage pour l'analyse d'implantation</i>	75
4.4.	<i>Instruments et collecte des données</i>	78
4.5.	<i>Analyse des données</i>	83
	CHAPITRE 6: RESULTATS	87
6.1.	ARTICLE 1: LOGIC ANALYSIS: TESTING PROGRAM THEORY TO BETTER EVALUATE COMPLEX INTERVENTIONS	87
1.	<i>Introduction</i>	89
2.	<i>Logic analysis</i>	90
3.	<i>An example of logic analysis: Implementing the Health Promoting Hospital concept in a perinatal context</i>	94
4.	<i>Discussion</i>	109
5.	<i>Conclusion</i>	110
6.2.	ARTICLE 2 : APPRECIATION DU NIVEAU D'IMPLANTATION D'UN PROJET D'« HOPITAL PROMOTEUR DE SANTE » DE L'OMS DANS LE CENTRE PERINATAL D'UN CHU	117
1.	<i>Introduction</i>	119
2.	<i>Contexte d'implantation du projet HPS évalué</i>	123
3.	<i>Méthodologie</i>	124
4.	<i>Résultats de l'appréciation du niveau d'implantation</i>	132
5.	<i>Discussion</i>	147
6.	<i>Conclusion</i>	158
6.3.	ARTICLE 3 : IMPLANTATION D'UN PROJET D'« HOPITAL PROMOTEUR DE SANTE » DE L'OMS DANS LE CENTRE PERINATAL D'UN CHU : FACTEURS FACILITANTS ET CONTRAINTES	166
1.	<i>Introduction</i>	168
2.	<i>Contexte de l'étude</i>	172
3.	<i>Méthodologie</i>	174

4.	<i>Résultats</i>	181
5.	<i>Discussion</i>	206
6.	<i>Qualité de l'étude</i>	211
7.	<i>Conclusion</i>	214
6.4. ARTICLE 4 : LES DEFIS DE L'EVALUATION DEVELOPPEMENTALE EN RECHERCHE :		
UNE ANALYSE D'IMPLANTATION D'UN PROJET « HOPITAL PROMOTEUR DE SANTE »		
.....		224
1.	<i>Introduction</i>	227
2.	<i>L'évaluation développementale : un aperçu</i>	229
3.	<i>L'ED dans une perspective de recherche : l'exemple de l'implantation du projet HPS</i>	234
4.	<i>Défis de l'application de l'ED dans une perspective de recherche en milieu hospitalier</i>	238
5.	<i>Discussion</i>	242
6.	<i>Conclusion</i>	244
CHAPITRE 7 : CONCLUSION GÉNÉRALE		253
1.	RAPPEL DE LA DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE	253
2.	SYNTHÈSE DES RÉSULTATS.....	253
2.1.	<i>Résultats de l'analyse logique</i>	253
2.2.	<i>Résultats de l'analyse d'implantation</i>	256
2.3.	<i>Résultats de la démarche développementale</i>	259
3.	QUALITÉ DE LA RECHERCHE	260
3.1.	<i>La validité de construit</i>	261
3.2.	<i>La fiabilité des données</i>	262
3.3.	<i>La validité interne</i>	263
3.4.	<i>La transférabilité des résultats</i>	264
3.5.	<i>L'effet du chercheur</i>	266
4.	CONTRIBUTION DE LA THÈSE POUR LA RECHERCHE ET L'INTERVENTION	267
4.1.	<i>Implications pour la recherche</i>	267
4.2.	<i>Implications pour l'intervention</i>	271
BIBLIOGRAPHIE		277

ANNEXES.....	I
<i>ANNEXE A : QUESTIONNAIRE DE L'ORGANISATION PROMOTRICE DE LA SANTÉ</i>	<i>i</i>
<i>ANNEXE B : QUESTIONNAIRE DES SOINS PROMOTEURS DE LA SANTÉ</i>	<i>vii</i>
<i>ANNEXE C : QUESTIONNAIRE DU MILIEU DE TRAVAIL PROMOTEUR DE LA SANTÉ</i>	<i>xiii</i>
<i>ANNEXE D : QUESTIONNAIRE DE LA COMMUNAUTÉ PROMOTRICE DE LA SANTÉ</i>	<i>xvii</i>
<i>ANNEXE E : GRILLE D'ENTREVUE POUR LES GESTIONNAIRES</i>	<i>xxi</i>
<i>ANNEXE F : GRILLE D'ENTREVUE POUR LES COUPLES</i>	<i>xxiv</i>
<i>ANNEXE G : APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE.....</i>	<i>xxvi</i>

Liste des tableaux

MÉTHODOLOGIE

Tableau 1 : Présentation du volet quantitatif	60
---	----

ARTICLE 1

Tableau 1 : Factors influencing the implementation of Health Promoting Hospitals standards	82
--	----

ARTICLE 2

Tableau 1 : Présentation des données quantitatives	106
Tableau 2 : Scores d'implantation des dimensions HPS	109
Tableau 3 : Niveau d'implantation de la dimension de l'organisation promotrice de santé	112
Tableau 4 : Niveau d'implantation de la dimension des soins promoteurs de santé	113
Tableau 5 : Niveau d'implantation de la dimension du milieu promoteur de santé	117
Tableau 6 : Niveau d'implantation de la dimension de la communauté promotrice de santé	119

ARTICLE 3

Tableau 1 : Caractéristiques des participants	165
Tableau 2 : Facteurs facilitants et contraintes à l'implantation du projet HPS	173

Liste des figures

CHAPITRE 2 ÉTAT DES CONNAISSANCES

Figure 1 : Schématisation du concept HP26

CADRE DE RÉFÉRENCE

Figure 1 : Cadre de référence de la thèse51

MÉTHODOLOGIE

Figure 1 : Processus de l'évaluation développementale.....56

ARTICLE 1

Figure 1 : Direct logic analysis.....68

Figure 2 : Reverse logic analysis.....69

Figure 3 : The logic model of HPH.....74

ARTICLE 3

Figure 1 : Schématisation du plan d'action du projet HPS au CP du
CHU de 2008 à 2011.....169

Figure 2 : Relations entre les facteurs influençant l'implantation du
projet HPS (adapté de Damschroder et al., 2009).....193

ARTICLE 4

Figure 1 : Processus planifié dans le cadre d'une démarche
développementale221

Liste des sigles et abréviations

CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLSC	Centre local de services communautaires
CP	Centre périnatal du CHU
CSBE	Commission à la santé et au bien-être
CSSS:	Centres de santé et de services sociaux
DPS	Direction de la promotion de la santé
DQPSEP	Direction de la qualité, de la promotion de la santé et de l'expérience patient
DSC	Département de santé communautaire
ED	Évaluation développementale
HPHSF	Health Promoting Health Service Framework
HPS	Hôpital promoteur de santé
IHAB	Initiative Hôpital Ami des bébés
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PHIRNET-RISP	Réseau de recherche interventionnelle en santé des populations
PPE	Périnatalité et petite enfance
PS	Promotion de la santé

*À mon père adoré qui s'est éteint pendant
mon doctorat,
Je lui dédie toutes mes réalisations
passées, présentes et futures.*

*À ma tendre mère Éliane,
À Lionel et Doria, mon cher frère et
ma chère sœur,
Merci d'avoir toujours cru en moi.*

Remerciements

Cette thèse est le résultat d'un cheminement personnel, mais son achèvement fut rendu possible par bien plus de personnes que son seul auteur.

Je souhaite tout d'abord exprimer ma profonde gratitude à mes directrices de recherche, Nicole Dedobbeleer et Astrid Brousselle pour leur précieux soutien, leurs commentaires avisés et leur patience. Elles m'ont fait bénéficier de leur expertise et m'ont surtout accompagnée dans toutes les étapes de ce processus. J'ai eu la chance de vous avoir à mes côtés dans les bons moments comme dans les moments d'épreuves.

Je remercie également tous les professeurs du programme doctoral en santé publique qui ont contribué à ma formation : François Béland, André-Pierre Contandriopoulos, Damien Contandriopoulos, François Champagne, Jean-Louis Denis, Paul Lamarche, Ann Langley et Nicole Leduc. Merci à Mmes Linette Saul-Cohen et Josée Tessier pour toute l'aide administrative.

Je n'aurai pas pu réaliser ce travail sans l'appui de toute l'équipe de la DPS et du Centre des naissances. Je souhaiterais souligner le soutien tout particulier du Dr Michèle de Guise et de Sabrina Ourabah, pour l'accueil réservé dans leur milieu.

Je ne saurais passer sous silence l'immense apport de mes condisciples et amis du doctorat en santé publique pour les moments partagés qui ont rendu ce parcours un peu moins douloureux : Éric, Inès, Joachim, Joséphine, Marie-Claude, Marius, Maurice, Michael, Mylaine, Nicole, Olivier, Oumar, Pernelle, Robert, Tarik, Thierno. Un grand merci à toute l'équipe de la Chaire *EASY* et du CR-HCLM de Longueuil.

À toi que je porte dans mon cœur, merci pour tes mots, ta présence, ton soutien et ta foi en moi. Merci à tous mes amis d'ici et d'ailleurs qui se reconnaîtront.

À toutes les institutions qui ont soutenu financièrement cette thèse doctorale : les IRSC pour le Réseau PHIRNET et la chaire de recherche du Canada en évaluation et amélioration du système de santé, le Département d'administration de la santé et l'IRSPUM.

Je rends grâce à Celui par qui tout arrive.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

*« Selon l'état actuel des connaissances, une société ne peut plus prétendre bien s'occuper de la santé de sa population, simplement en lui fournissant des soins de santé fussent-ils de la meilleure qualité technique possible (...). Une société doit se préoccuper de la qualité de l'environnement social qu'elle crée. »
(Renaud & Bouchard, 1995)*

1. Problématique

Au Canada, comme dans la plupart des pays occidentaux, les systèmes de santé font face à de nombreux défis (développement technologique, vieillissement de la population, prévalence des maladies chroniques, pénurie des ressources humaines et insatisfaction du personnel, difficultés d'accès aux soins, etc.), tout en subissant de fortes pressions sur leurs finances publiques (Béland, Contandriopoulos, Quesnel-Vallée, & Robert, 2008). De plus, il existe une tension réelle entre les attentes de la population à l'égard du système de santé et la nécessité de contrôler la croissance des coûts. Ce contexte de transformation sociale (Desrosiers, 1999) déstabilise également l'hospitalocentrisme traditionnel des systèmes de santé (OMS, 2008; Rochon, 1987; Trottier, 2003). Depuis une quinzaine d'années, bien que des réformes soient partout proposées, l'impératif de changement subsiste (Clément, 2003; Denis, 2002a; Forest & Denis, 2012; McKee & Healy, 2002; Baker & Denis, 2011; Saltman & Figueras, 1998). En effet, les difficultés critiques en matière d'accessibilité, de continuité et de coordination, de qualité des soins et de performance organisationnelle notamment, demeurent au même titre que persistent les inégalités de santé, particulièrement dans le système hospitalier (Arweiler et al., 1995; Clément, 2003; Esmail, 2009; ICIS, 2012; Tousignant et al., 2007).

En toile de fond de cette « crise hospitalière » (Conrad, 2012), l'adoption de la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé (PS) à la fin des années 80 fut le résultat du plaidoyer de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour une

vision élargie de la santé et une réorientation des services de santé vers une plus grande promotion de la santé (OMS, 1986). Ce virage implique que les services de santé se dotent d'un mandat plus vaste qui intègre d'autres composantes à caractère social, politique, économique et environnemental, en vue de soutenir les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine. Ainsi, l'hôpital caractérisé par une forte technicité médicale visant à soigner et guérir les maladies (Simmons & Wolff, 1954), est désormais encouragé à intégrer des initiatives promotrices de la santé à ses pratiques et à promouvoir la santé et le bien-être de tous dans son environnement clinique (Oppedal et al., 2011; Poland, Krupa, & McCall, 2009c; Sitanshu, Gautman, & Lakshmina, 2012; Ziglio, Simpson, & Tsouros, 2011). On assiste alors à la naissance et à la mise en place du concept d'« Hôpital promoteur de santé » (HPS) qui suppose une révision du rôle et de la mission des hôpitaux. En effet, le concept HPS traduit une vision, un ensemble de stratégies permettant aux hôpitaux de mieux s'adapter aux changements environnementaux internes et externes et de promouvoir la santé. Il cible la santé des patients, du personnel, de la communauté, et de l'organisation elle-même. Cette dernière doit être capable d'amorcer un processus continu d'apprentissage, de s'adapter à un environnement changeant, tout en combinant ce besoin d'adaptation à l'objectif de maximisation des gains en santé (Dedobbeleer et al., 2008; Lobnig, Krajic, & Pelikan, 1999).

Afin de concrétiser cette vision renouvelée, le Bureau européen de l'OMS a lancé le projet HPS qui s'inscrit dans le cadre plus global des projets « Milieux de vie en santé » (*healthy settings*) qui ont vu foisonner une pléthore de réseaux et de programmes nationaux et internationaux couvrant des environnements aussi divers que des régions, des districts, des villes, des écoles, des hôpitaux, des lieux de travail, des centres de détention, des universités et des places de marché (Dooris, 2006). Les buts prônés par la Charte d'Ottawa sont notamment de promouvoir la santé positive et le bien-être des individus dans leurs milieux de vie, avec l'engagement de « s'éloigner du modèle insuffisant de la santé en seuls termes de maladie pour s'intéresser au potentiel que constituent pour la santé les cadres sociaux et institutionnels de la vie quotidienne » (Kickbusch, 1996, p. 5).

En milieu hospitalier tout particulièrement, l'implantation d'un projet HPS requiert de profonds changements de pratiques, de culture et de mentalités. L'hôpital doit pouvoir reconsidérer son ancrage biomédical et pathogénique pour s'ouvrir à une approche plus holistique et salutogène de la santé et trouver un meilleur équilibre entre traitement/soins et promotion/prévention, et entre institutionnalisation/soins dans la communauté. Il ne s'agit plus de se limiter aux déterminants de la maladie, mais de prendre aussi en compte les déterminants sociaux de la santé. Par ailleurs, au rôle paternaliste endossé par les professionnels de la santé devrait se substituer une pratique habilitante du patient pris dans sa globalité. Les buts, le contenu et les critères du concept HPS, officiellement lancé en 1991, ont été formalisés dans plusieurs documents officiels : la Déclaration de Budapest qui précise les objectifs du réseau HPS (WHO, 2004;1991), la Charte sur la réforme des systèmes de santé (WHO, 1996), les Recommandations de Vienne sur les stratégies d'implantation des HPS (OMS, 1997). Pour soutenir les hôpitaux dans leurs nouvelles prérogatives, un Réseau international des hôpitaux et des services promoteurs de santé a été créé, et des normes ont été établies par l'OMS pour appuyer l'opérationnalisation du concept (WHO, 2004). Aujourd'hui, le mouvement HPS compte environ 800 établissements membres issus de 41 réseaux nationaux ou régionaux dans 28 pays, ainsi que plus de 50 membres indépendants dans 20 pays répartis sur tous les continents (WHO Collaborating Centre, 2012).

Les hôpitaux sont des composantes essentielles et complexes du système de santé. Au Canada, chacun admet que des changements sont nécessaires (Clair, 2001; Kirby & Le Breton, 2002; Romanov, 2002). La dernière réforme au Québec amorcée en 2003 interpelle les établissements de santé et de services sociaux à assumer leur responsabilité populationnelle et réaliser l'intégration des services (Contandriopoulos, 2008; Raynald Pineault & Breton, 2007; Roy, Litvak, & Paccaud, 2010). En raison des défis majeurs que les centres hospitaliers universitaires doivent relever (accessibilité, continuité et qualité des soins, performance organisationnelle, collaborations interprofessionnelles, travail en réseau, etc.), l'adoption du concept HPS semble constituer une fenêtre

d'opportunité pour mener à bien les changements organisationnels nécessaires dans un contexte de réforme du système de la santé au Québec (Dedobbeleer, et al., 2008).

2. Adoption du concept HPS dans un centre hospitalier universitaire de Montréal

Pôle international d'excellence en matière d'offre de soins et de services de santé, le CHU montréalais sur lequel porte cette étude est le premier hôpital universitaire à avoir adopté le concept HPS au Québec. Sa mission touche cinq volets principaux (soins, enseignement, recherche, évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, promotion de la santé) dans une perspective de réseaux intégrés. L'hôpital accueille chaque année environ un demi-million de patients et plus de 12 000 personnes sont directement ou indirectement au service des patients.

Afin de concrétiser le virage vers l'hôpital promoteur de santé, l'organisation a intégré la promotion de la santé dans sa mission en 2006 et a créé une direction de la promotion de la santé (DPS). Un an plus tard, elle a adhéré au Réseau montréalais des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et des hôpitaux promoteurs de santé (HPS) affilié à l'OMS. La nouvelle direction de la promotion de la santé s'est vue confier la mission d'implanter à l'échelle de l'organisation, un projet HPS via des stratégies conformes aux normes établies par l'OMS. L'objectif consiste à saisir le moment du passage à l'hôpital des patients et de leurs proches pour les outiller afin qu'ils puissent participer activement à leurs soins en faisant des choix éclairés par rapport à leur santé. De plus, la DPS vise à collaborer avec plusieurs directions du CHU afin d'offrir aux professionnels de la santé, un environnement de travail sain ainsi qu'une gamme d'activités et de services leur permettant de cheminer vers un mieux-être tant physique que psychologique.

Parmi les initiatives entreprises, la DPS a déployé un projet HPS au sein du centre périnatal (CP) du CHU pour en faire un centre d'excellence en promotion de la santé. Ces dernières décennies, la périnatalité au Québec a redoublé d'efforts pour s'adapter à ces changements internes et externes notamment en misant sur la crédibilité croissante de la promotion de la santé. C'est dans ce contexte que s'inscrit l'initiative déployée au centre périnatal du CHU.

La période prénatale est un moment privilégié pour agir en promotion et en prévention pour mieux soutenir les nouvelles familles dans l'adoption d'habitudes de vie favorisant leur santé et celle de leur enfant à naître (Ben-Shlomo & Kuh, 2002). Il s'agit par exemple, d'intégrer davantage les pratiques préventives et de promotion de santé aux activités quotidiennes des cliniciens (médecins, infirmières), des gestionnaires et des intervenants sociaux (Valentini, 2004), de centrer les interventions sur les couples et les familles en les accompagnant selon leurs besoins afin qu'ils aient davantage de chances d'offrir à leurs enfants des milieux de vie sains pour grandir heureux et en santé (CSBE, 2011b; Poirier, 2012).

Considérant que la grossesse constitue une expérience propice à l'acquisition des connaissances visant au changement de comportements à risque et à l'adoption de saines habitudes de vie (Breckton, 1983; Ershoff, Aaronson, Danaher, & Wasserman, 1983; Wagner, Steptoe, Wolf, & Wardle, 2009), il est apparu pertinent pour la DPS d'agir en contexte de périnatalité pour promouvoir la santé des futurs parents et de leur bébé. Avec l'appui financier de ses partenaires, la direction a mis en œuvre diverses activités de PS au centre périnatal pour renforcer les pratiques existantes en PS et celles plus spécifiques à la périnatalité. Il s'agit notamment d'optimiser l'information transmise aux futurs et nouveaux parents au cours de leur passage à l'hôpital et au retour à la maison ; de les accompagner dans leur cheminement vers l'adoption de saines habitudes de vie ; et de favoriser le transfert vers la communauté de connaissances en périnatalité acquises par les professionnels du centre. Aussi, le personnel du centre bénéficie

des activités visant à offrir au sein du CHU, un environnement promoteur de santé.

3. Justification de la recherche

Introduire le concept HPS dans un système de soins largement hospitalocentré et caractérisé par une vision curative de la santé ne va pas de soi (Alla & Borgès Da Silva, 2013; Bakx, Dietscher, & Visser, 2001; Fawkes, 1997). Dans un contexte de compressions budgétaires, de divergences des intérêts des acteurs en milieu hospitalier et d'autonomie des divers professionnels, l'implantation d'un projet multidimensionnel comme l'HPS, constitue un défi de taille pour la DPS et ses partenaires du centre périnatal. Bien que la littérature en matière de changement dans les organisations de santé soit prolifique, force est de constater que les données scientifiques sur l'implantation des projets HPS sont encore peu nombreuses. De plus, à notre connaissance aucune étude n'a été faite spécifiquement sur l'implantation de ce type de projet dans des centres de périnatalité. Les articles disponibles sur ce thème se sont intéressés davantage à l'introduction d'activités promotrices de la santé dans les hôpitaux qu'à une transformation des établissements de soins en organisations promotrices de santé. Selon Whitelaw (2012), « 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).

Étant donné que l'absence d'études sur l'implantation de projet HPS en contexte hospitalier québécois et en périnatalité plus particulièrement, la principale préoccupation pour la DPS était d'obtenir une meilleure compréhension de l'implantation globale et intégrée du projet HPS au CP du CHU. A fortiori, la planification des activités du projet HPS au centre périnatal s'est inspirée des normes du concept HPS établies par l'OMS et vise aussi bien la clientèle et que le personnel.

À l'été 2009, l'équipe de la Direction de la promotion de la santé du CHU a présenté au Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, son projet HPS. L'équipe proposait d'explorer avec le corps professoral des pistes de recherche pouvant contribuer à une meilleure compréhension du concept HPS et d'offrir aux étudiants qui le souhaitaient, un milieu de recherche pour élaborer leur recherche doctorale. Étudiante au doctorat en santé publique, option organisation des soins, j'ai décidé de travailler avec la DPS au regard de mon intérêt pour la santé maternelle et infantile et pour l'évaluation, pour élaborer mon projet de recherche. Le but de cette recherche évaluative est de mieux comprendre et d'appuyer le processus d'implantation du projet HPS au CP du CHU. Les travaux de recherche (rédaction du protocole, création des outils de collecte de données) ont débuté à l'automne 2009. Parallèlement, j'ai fait partie de l'équipe DPS du centre périnatal pendant deux années. En tant qu'agente de recherche, je me suis intégrée dans le milieu et j'ai collaboré au déploiement des activités de planification, d'implantation et d'évaluation du centre périnatal et du CHU. En juillet 2011, la collecte des données a démarré après approbation du projet par le comité d'éthique du CHU. J'ai obtenu la même année, une bourse doctorale du Réseau PHIRNET-RISP, un programme pancanadien ayant pour objectif de créer un Réseau en recherche interventionnelle en santé des populations.

4. Présentation de la thèse

Le *chapitre suivant (2)* de cette thèse porte sur la recension des écrits. Après la présentation du contexte de la réforme du système de santé au Québec, ce chapitre s'intéresse à l'hôpital dans un environnement en mutation, au concept HPS, aux notions de changements et d'innovation dans les organisations et, enfin, de l'implantation du projet HPS en contexte hospitalier. Cette dernière thématique intègre d'une part les écrits relatifs à l'implantation de projets HPS plus spécifiquement et d'autre part, aux études disponibles sur les facteurs susceptibles d'influencer l'implantation d'activités de PS en milieu hospitalier.

Le *chapitre 3* est consacré aux objectifs de recherche et le *chapitre 4* présente le cadre de référence dans lequel s'intègre cette thèse.

Le *chapitre 5* aborde les aspects méthodologiques de la recherche et le *chapitre 6* présente sous forme d'articles, les résultats de l'étude.

Enfin, la dernière section (*chapitre 7*) de cette thèse est consacrée à la discussion sur l'ensemble des éléments de la thèse qui abordent les principaux résultats de la recherche dans une perspective critique.

CHAPITRE 2 : ÉTAT DES CONNAISSANCES

*« Toute avancée des connaissances génère autant d'interrogations qu'elle apporte de réponses. »
(Joliot, 2001)*

Notre recension des écrits s'inscrit dans une démarche de type *scoping reviews*, un type de revue de la littérature permettant de cartographier « rapidement » les concepts clés qui sous-tendent un domaine de recherche ainsi que les principales sources et les données pertinentes disponibles (Arksey & O'Malley, 2005). Notre revue vise à examiner l'étendue, la portée et la nature de l'activité de recherche et d'identifier les lacunes de la recherche dans la littérature existante (Daudt, van Mossel, & Scott, 2013). Dans les sections qui suivent, nous présenterons le contexte de la réforme du système de santé au Québec et ses implications sur les CHU et les services de périnatalité, ainsi que la création du réseau québécois des établissements promoteurs de santé. De plus, les thématiques suivantes seront couvertes : l'hôpital dans un environnement en mutation, le concept HPS, le changement et l'innovation dans les organisations de santé et l'implantation de projets HPS et d'activités de promotion de la santé en milieu hospitalier.

1. Contexte : La réforme du système de santé au Québec

La réforme du système de santé au Québec s'inscrit dans le sillon des initiatives contemporaines de transformation des systèmes de santé visant à l'amélioration de la performance des services de santé et des services sociaux (Breton, Levesque, et al., 2008; Vedel, et al., 2011). Dans cette perspective, l'adoption en 2003 du projet de loi 25, intitulée «Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux» vise à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de tout individu dans le système de santé (gouvernement du Québec, 2003). Cette loi a conduit à la création de 95 Centres de santé et de services sociaux (CSSS), issus

de fusion des Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), des Centres locaux de services communautaires (CLSC) et, sauf exception, d'un Centre hospitalier (CH). Le mandat des CSSS a ensuite été précisé dans le projet de loi 83, intitulé «Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives» (gouvernement du Québec, 2004). Cette loi stipule que «l'instance locale (CSSS) est responsable de définir un projet clinique et organisationnel identifiant, pour le territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, les éléments suivants: 1) les besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci; 2) les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population; 3) l'offre de services requis pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population; 4) les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau» (gouvernement du Québec, 2004). Le défi consiste à passer d'une logique de prestation de services à une logique de responsabilisation à l'égard des besoins de la population sur le territoire, et de travailler en réseau intégré avec les partenaires du réseau local ainsi qu'avec ceux des niveaux régional et provincial (MSSS, 2004a, p. 5).

La nouvelle réorganisation amène les établissements ainsi fusionnés à articuler leur responsabilité populationnelle au niveau local avec l'impératif d'intégration des différents niveaux de services. Pour y parvenir, la réforme a mis de l'avant deux principes directeurs, la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services. Afin d'assumer sa responsabilité populationnelle, le réseau local doit tout mettre en œuvre pour répondre aux besoins et satisfaire à la demande de la population de son territoire, en matière de prévention, de promotion et de protection de la santé et du bien-être. De plus, le principe de hiérarchisation des services qui vise à apporter une réponse efficace aux besoins des personnes tout en limitant les barrières entre les établissements et les professionnels (MSSS, 2004b), implique pour le CSSS l'obligation de diriger les personnes vers les services appropriés et requis et le cas échéant, de les rediriger vers un autre

prestataire lorsque le service n'est pas disponible. Il s'agit de mobiliser et d'assurer la participation des professionnels, des établissements et partenaires du réseau de la santé à travers la collaboration intersectorielle (Lévine, 2005). Grâce à la mise en place concrète de mécanismes de référence entre les intervenants, d'ententes et corridors de services établis entre les prestataires, l'intégration des services va permettre une meilleure complémentarité des services et faciliter le cheminement de l'utilisateur entre les services de première ligne, les services spécialisés et ultraspecialisés (Fleury, 2006; Tourigny et al., 2010; Vedel, et al., 2011). En résumé, les responsabilités des CSSS sont de promouvoir la santé et le bien-être; accueillir, évaluer et diriger les personnes et leurs proches vers les services requis, et de prendre en charge, accompagner et soutenir les personnes vulnérables. En tant qu'établissements, ils doivent également offrir une gamme de services généraux de santé et de services sociaux et certains services spécialisés. Par ailleurs, afin de couvrir l'ensemble des besoins de sa population qu'il ne peut combler à lui seul, le CSSS doit conclure des ententes de services avec d'autres partenaires (cliniques médicales, groupes de médecine de famille, centres jeunesse, centres de réadaptation, organismes communautaires, centres hospitaliers universitaires, pharmacies communautaires, etc.) (gouvernement du Québec, 2014).

1.1. Implications de la réforme pour les CHU

De par ses nouvelles responsabilités, le CSSS doit aussi prendre en considération les activités du réseau universitaire intégré de santé (RUIS) mis en place par le projet de loi 83. Associé au réseau local de services de santé et de services sociaux, les RUIS ont été créés afin de favoriser la concertation, la complémentarité et l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche des établissements de santé ayant une désignation universitaire – dont les CHU – et des universités auxquelles sont affiliés ces établissements. Ainsi, les RUIS du Québec sont respectivement rattachés aux facultés de médecine des universités Laval, McGill, Montréal et Sherbrooke et chaque RUIS relève de l'Agence régionale où il se trouve. Dans le cadre de l'organisation en réseaux, ils

déterminent les corridors de services spécialisés pour les CSSS de leur juridiction, assurent la couverture médicale, et sont responsables de l'évaluation des nouvelles technologies. Selon le projet de loi 83, chaque établissement membre d'un réseau universitaire intégré de santé doit contribuer à l'offre de services proposée par ce réseau dans les domaines d'expertise qui lui sont reconnus; assurer à la clientèle de sa zone de proximité des services généraux, spécialisés et surspécialisés et, à la demande de l'agence sur le territoire de laquelle est situé le siège de cet établissement, apporter sa contribution auprès des autres établissements du territoire de desserte du réseau pour prévenir toute rupture de services (gouvernement du Québec, 2004, p.62).

L'opérationnalisation de la réforme nécessite donc la complémentarité et la collaboration des expertises des établissements en vue de conduire à une meilleure accessibilité, continuité et qualité des services offerts à la population d'un territoire déterminé. Les CHU doivent donc répondre aux exigences d'adaptation à la réforme en travaillant en réseau avec l'ensemble des établissements afin de favoriser le développement de stratégies permettant une plus grande synergie entre les deux domaines de prestations de services : la santé publique et les soins (Breton, Levesque, et al., 2008).

C'est dans ce contexte de réforme que plusieurs établissements de santé québécois, dont un des CHU montréalais sur lequel va porter cette étude, ont délibérément entrepris des démarches pour adopter le concept HPS.

1.2. Implications de la réforme pour les services de périnatalité

Dans la nouvelle organisation du réseau de la santé et des services sociaux, les services de périnatalité sont hiérarchisés en fonction du degré d'expertise requis (MSSS, 2008). Au premier échelon, on trouve les services généraux de périnatalité qui doivent être offerts dans tous les territoires. Le deuxième palier regroupe les services spécialisés, organisés sur une base régionale, et le troisième, les services ultraspecialisés. Ces derniers relèvent des centres hospitaliers

universitaires (CHU) et des centres hospitaliers affiliés (CHA) pour l'obstétrique, et dans les centres mère-enfant, pour l'obstétrique et la pédiatrie tertiaire. Les services de base donnent accès aux services spécialisés ou ultraspecialisés au besoin. Des corridors de services sont prévus entre les secteurs afin d'assurer la continuité et d'éviter toute rupture des services. Les quatre RUIS sont responsables d'organiser ces corridors de services en collaboration avec les centres de santé et de services sociaux (CSSS). L'accès hiérarchisé aux services de périnatalité, selon le niveau de spécialisation, doit permettre d'obtenir le bon service par la bonne personne au bon moment. Il constitue une première garantie d'efficience (MSSS, 2008).

Malgré les changements préconisés par la réforme et les efforts déployés et les incitatifs offerts au fil des années (MSSS, 2004c, 2008), l'organisation des services de la périnatalité et de la petite enfance (PPE) au Québec fait toujours face à d'importants défis liés à la diminution de la durée du séjour en centre hospitalier après l'accouchement, à l'essor de la pratique des sages-femmes et plus globalement, la réorganisation en cours du système de santé et de services sociaux (MSSS, 2008). L'arrimage entre les différents acteurs et lignes de services n'étant pas optimal, l'accès aux suivis de grossesse, à la santé maternelle et infantile ainsi qu'à la continuité entre les services de PPE demeure une préoccupation. De plus, les services peinent toujours à combler les besoins des futurs parents : difficile application des plans d'action et politiques, mise en œuvre ardue de l'interdisciplinarité et de la collaboration intersectorielle, accessibilité réduite en raison du manque de disponibilité des professionnels, offre de services fragmentée ou non adaptée, continuité déficiente, expertise limitée en PPE, etc. (CSBE, 2011b). De plus, les centres périnataux manquent d'outils pour bien évaluer les besoins de la clientèle et offrir les services en conséquence. Plusieurs explications, dont des enjeux relatifs aux ressources humaines, financières et matérielles, à la concrétisation du travail en interdisciplinarité et à la nécessité de renforcer la formation en PPE pour l'ensemble des professionnels concernés sont évoquées (CSBE, 2011a).

À l'échelle de la province, la nécessité de renforcer les services pour la clientèle des femmes enceintes, des enfants et des familles, fait consensus (CSBE, 2011a, 2011b). La clientèle en PPE devrait bénéficier d'un accès facilité aux services de santé et de services sociaux. Le travail en interdisciplinarité, la communication, la formation conjointe, l'utilisation d'outils cliniques validés communs et une répartition claire des responsabilités de chaque type de professionnels devraient être encouragés. Sur le plan des ressources humaines et matérielles, il importe d'assurer la disponibilité d'un personnel dûment formé en PPE et de veiller à l'élaboration d'outils cliniques et organisationnels pour prioriser les services pertinents et faciliter la coordination et le transfert d'information. Enfin, des modalités novatrices en matière d'offre de services méritent d'être explorées (CSBE, 2011a).

1.3. La création du Réseau montréalais des hôpitaux promoteurs de santé

Dans le cadre de la réforme du système de santé au Québec, une préoccupation importante a émergé : celle de voir les soins curatifs l'emporter sur les services préventifs, fragilisant ainsi le secteur de la prévention et de la promotion de la santé (Raffelini, Charier, Rey et al. 2013). Afin de renforcer ce volet de la mission des établissements hospitaliers et des CSSS, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a opté pour une stratégie issue de la Charte d'Ottawa de 1986. Ainsi, en 2005, le premier réseau montréalais des hôpitaux promoteurs de santé a été créé et œuvre pour l'amélioration de la santé des usagers et du personnel, le développement de milieux sains et la coopération avec la communauté. En janvier 2012, il est devenu le Réseau québécois des établissements promoteurs de santé (ÉPS). Aujourd'hui, il compte trente-cinq établissements répartis dans cinq régions administratives du Québec.

La mission du réseau consiste à soutenir les efforts des établissements dans leur processus de transformation pour devenir des ÉPS. Depuis 2005, des outils adaptés à la réalité québécoise ont été développés et validés pour

accompagner l'implantation des normes HPS de l'OMS. Trois guides pratiques ont notamment été publiés pour soutenir l'implantation du concept d'établissement promoteur de santé : *Guide pour l'élaboration d'une politique de promotion de la santé* (Lagarde, 2009), *Guide pour l'intégration de la promotion de la santé dans la pratique clinique des professionnels* (Agence de la santé et des services sociaux, 2010), *Guide pour la promotion des milieux de travail sains dans le réseau de la santé et des services sociaux* (Agence de la santé et des services sociaux, 2011). Avec le lancement de ce dernier guide par exemple, l'Agence a offert un programme de subvention dont environ 23 établissements ont profité pour les aider à implanter des projets HPS. De plus, le ministère de la Santé et des Services sociaux a intégré dans sa planification stratégique 2010-2015, une cible sur le climat de travail à l'effet que 50 % des établissements soient certifiés par une des trois stratégies suivantes (MSSS, 2010, p. 41): la norme BNQ 9700-800 Prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail, communément appelée « Entreprise en santé » ; Planetree ou ÉPS (Déraps, Alarie et Côté, 2009). Cette expérience a permis une plus grande mobilisation des établissements autour de la promotion de la santé pour le personnel des établissements aujourd'hui.

Outre la production d'outils visant l'intégration des normes HPS de l'OMS, le Réseau québécois vise à favoriser le réseautage, le partage d'expertises et de pratiques entre établissements de la santé par le biais de rencontres thématiques et de conférences (Raffelini, Charier, Rey et al. 2013). En accompagnant l'implantation du projet HPS au sein des établissements, le réseau ÉPS vise à renforcer les stratégies existantes en promotion de la santé et à faire des liens entre toutes les dimensions du concept au sein d'une organisation. Pour ce faire, il s'appuie sur l'ensemble des programmes officiels et les lois et règlements en vigueur dans le système de santé (Normes d'agrément, cadre de référence et politiques ministériels, etc.) et s'appuie aussi sur la crédibilité de l'OMS et ses orientations en matière de santé. Il permet l'échange de

connaissances et d'expériences; l'émulation; le renforcement de l'importance des données probantes en matière de promotion de la santé dans les milieux de soins.

2. L'hôpital dans un environnement en mutation

À la fin des années 50, l'OMS définissait l'hôpital comme « l'élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs, et dont les services extérieurs irradient jusqu'à la cellule familiale considérée dans son milieu ; c'est aussi un centre d'enseignement de la médecine et de recherche biosociale » (OMS, 1957) (p. 4). Au Québec aujourd'hui, selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le centre hospitalier offre des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide (Articles 81 et 85). Les centres hospitaliers universitaires quant à eux, en plus d'exercer les activités propres à leur mission de centres hospitaliers, offrent des services spécialisés ou ultraspecialisés dans plusieurs disciplines médicales, procèdent à l'évaluation des technologies de la santé, participent à l'enseignement médical dans plusieurs spécialités, selon les termes d'un contrat d'affiliation conclu avec une université, et gèrent un centre de recherche ou un institut de recherche reconnu par le Fonds de la recherche en santé du Québec (Article 88). Au Québec les projets de modernisation des CHU de Montréal s'inscrivent dans la tendance récente de regrouper les services hospitaliers dans

des complexes de grande envergure (MSSS, 2011). L'ensemble des CHU et autres hôpitaux du Québec ont depuis quelques années, procédé à des modifications importantes. La révision du mode d'organisation clinique exigée par la réforme du système de santé québécois fait évoluer les modalités de fonctionnement des services hospitaliers et encourage la mutation de la culture d'établissement vers une approche réseau. Les CHU au Québec offrent des soins spécialisés et supra-spécialisés à une clientèle régionale et suprarégionale et sont particulièrement concernés par le rapprochement des services à proximité des clientèles et le cheminement facilité des usagers des réseaux. L'objectif étant d'offrir des soins et des services intégrés dans un continuum de services de santé et de services sociaux. Ils doivent pour y parvenir, développer une culture réseau adaptée aux changements de structure et de responsabilités du système de santé québécois; faciliter et stimuler l'engagement des intervenants à l'atteinte des objectifs nationaux et régionaux d'accessibilité; simplifier la coordination de services intégrés à l'interne et en relation avec la programmation prioritaire pour les réseaux locaux de services (RLS), l'Agence et les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) notamment.

2.1. L'hôpital, une organisation complexe

L'organisation hospitalière joue un rôle considérable dans les systèmes de santé contemporains, notamment grâce au progrès fulgurant des sciences médicales et des innovations technologiques. Cela se traduit notamment par la concentration d'un personnel qualifié, des équipements spécialisés et de haute technicité et des modes de prises en charge des patients en constant changement, tant dans la forme que dans la durée de l'hospitalisation. Les hôpitaux modernes sont des organisations très complexes du point de vue de leur fonctionnement, de leurs expertises, de leurs acteurs et des réseaux de communication qui s'y développent (Pelikan, 2007).

L'analyse classique des organisations décrit l'hôpital comme une organisation professionnelle très hiérarchisée au sein de laquelle la forte

différenciation, et la spécialisation des rôles expliqueraient le travail en silos (Bergman et al., 1997; Mintzberg, 1982; Peneff, 1992). La fragmentation de l'expertise entre différents groupes de professionnels, le manque d'articulation entre la médecine de ville et l'hôpital, entre le privé et l'hôpital, et la centralisation du financement constituent, entre autres, des barrières à la communication, à l'interdisciplinarité, à la coordination de l'offre de soins ainsi qu'à la collaboration interprofessionnelle (Contandriopoulos, 1999; D'Amour & Oandasan, 2004).

Pour Pelikan (2007), l'institution hospitalière est un système social en constante évolution. Il existe au sein de l'hôpital, un vaste réseau d'interrelations et d'interactions complexes selon les catégories d'acteurs, la densité des échanges, la nature des patients, des ressources, de l'expertise et également, selon le mode d'interaction (dominant, conflictuel ou collégial) (Valette, et al., 2006). Bien que le pouvoir soit particulièrement diffus en contexte hospitalier (Valette, et al., 2006), la médecine dispose d'une grande liberté pour la mise en pratique et l'expérimentation de ses innovations (Beck, 1986). De ce fait, les soins médicaux spécialisés reçoivent une part importante des ressources disponibles dans le système. Cette situation bénéficie à la corporation médicale qui, par ce biais, a pu se construire une certaine protection contre les tentatives de participation et d'intervention publique (Castel & Merle, 2002; Freidson, 1985). Une telle monopolisation des soins diagnostiques et curatifs ne favorise pas la prise de décisions partagée et la coordination, aussi bien à l'interne qu'à l'externe (Goulet, 2004).

L'inertie hospitalière est la résultante de multiples paradoxes¹ qui engendrent des dysfonctionnements à l'échelle du système de santé (Martin & Aujoulat, 1999). Le secteur sanitaire manque de ressources humaines qualifiées, l'insatisfaction, le roulement de personnel et les conditions de travail difficiles pèsent sur le moral du personnel et les structures ne sont pas toujours adaptées au travail interdisciplinaire (Bakx, et al., 2001). En tant que composantes centrales

¹ Paradoxes entre l'individuel et le collectif, le curatif et le préventif, le médical et le social, l'ambulatoire et l'hospitalier.

du système de santé, les hôpitaux n'échappent guère à ces problèmes (McKee & Healy, 2002). Elles subissent de fortes pressions liées à d'importants changements de la demande et de l'offre de services les incitant à s'adapter dans un contexte de restructuration (Valette, et al., 2006). D'une part, ils consomment une partie substantielle du budget du système de soins et de l'autre, les décisions stratégiques les concernant ont des répercussions sur le système de santé dans son ensemble. Au Québec par exemple, l'inflation technologique conjuguée à la crise des finances publiques a amené l'État à revoir l'organisation de son réseau de santé (Clair, 2001; Rochon, 1987). Cette reconfiguration s'est traduite par une réorganisation des services et des soins de santé, entraînant ainsi une réaffectation des ressources (humaines, matérielles, financières) à l'échelle des établissements de santé (Dedobbeleer, et al., 2008; Tousignant, et al., 2007).

2.2. L'hôpital au cœur de la crise du système de santé

Les cinq principes de la Loi canadienne sur la santé (gestion publique, intégralité, universalité, accessibilité et transférabilité) constituent la clé de voûte du système de santé (Madore, 2005). L'application de ces principes est contrainte par une crise des valeurs sociales d'équité, de liberté individuelle et d'efficience qui se retrouvent constamment en tension. En effet, il semble, d'une part, que le système de soins rencontre des difficultés à répondre aux valeurs et aux attentes des populations (Bernier, 2003). La crise du système de santé se traduit notamment par un engorgement des urgences et un accès inéquitable aux ressources et aux soins de santé, ce qui toutefois rivalise avec le développement technologique et la qualité des soins dispensés (Contandriopoulos, 2003a). D'autre part, la crise hospitalière se traduit par une certaine inertie si l'on se place d'un point de vue financier, de gestion, ou du point de vue des patients ou des producteurs de soins (Sourty-Le Guellec, 1997).

Face à cette situation, l'État se retrouve contraint de freiner la croissance des coûts en prônant l'incontournable réforme du système. Ainsi, la « rhétorique

de la réforme » s'articule autour de la maîtrise des dépenses hospitalières, et plus largement des dépenses de santé, de l'intérêt du patient, et du décloisonnement de l'offre de soins (Béland, et al., 2008). Dans les années 1990, on a assisté à une série de fusions d'établissements et de compressions des ressources dans les centres hospitaliers initiées par les gouvernements fédéral et provinciaux pour tenter d'équilibrer les budgets de la santé (Dedobbeleer, et al., 2008; Tousignant, et al., 2007). Les pressions internes et externes subies par les hôpitaux ont ainsi conduit au virage ambulatoire de 1996 et à des ajustements des pratiques des professionnels et des gestionnaires (Denis, Langley, & Contandriopoulos, 1995). Au Québec, la part de l'hôpital est réduite de 46 % à 33,4 % alors que la proportion des dépenses pour les services médicaux reste constante à environ 13 % en cinq ans (Valette, et al., 2006). La région de Montréal en particulier, aurait connu entre 1995-1998 une diminution de 16 % des budgets alloués aux hôpitaux et une réduction de plus de 25 % du nombre de lits (Denis, 2002a). De 23 474 en 1991, le nombre de lits « dressés » pour les soins généraux et spécialisés dans le réseau hospitalier du Québec tombe à 17 113 en 1998, avec une accélération de la tendance entre 1995 et 1997 (-4 % en 1995, -8 % en 1996 et -15 % en 1997). Cette chute brutale témoigne d'une mise en œuvre rapide de la politique de compression des budgets hospitaliers (Kerleau, 2001). Notons qu'en 2010, l'institut canadien d'information sur la santé (ICIS) estimait à 40 milliards de dollars les dépenses totales de santé du Québec avec un taux de croissance annuel moyen de 5,8%. Les dépenses publiques représentant près de 70% des dépenses totales. Les hôpitaux continuent de représenter le plus important poste de dépenses en santé, soit près de 27,4% (ICIS, 2012). La proportion moyenne des dépenses consacrées aux hôpitaux au Québec a diminué au fil des années sauf pour 2012 (ICIS, 2012). Malgré les efforts entrepris, les difficultés persistent.

C'est dans ce contexte que la Commission Clair a proposé en 2000, la réorganisation des services de première ligne, la restructuration de l'hôpital et la mise en place de programmes intégrés pour une meilleure prise en charge des patients vulnérables, et ce, conformément à une approche basée sur la

responsabilité populationnelle (Clair, 2001). Dans la même lignée, le Rapport Romanow de 2002 diligenté au niveau fédéral, recommande le renforcement de la première ligne et l'augmentation des contributions des provinces pour garantir l'application des cinq principes directeurs du système d'assurance maladie (Romanov, 2002). En 2003, la fusion des CLSC, hôpitaux et CHSLD entérinée par le projet de loi 25 préconise la création d'un « réseau local » pour mieux coordonner les ressources avec la première ligne. Tout ceci devrait permettre l'alignement des responsabilités des établissements et conduire à l'efficacité globale du système (Breton et al., 2008). L'idée première est de faire passer l'hôpital d'un statut d'établissement autonome à celui de composante élémentaire d'un réseau de santé ; elle est donc portée par un changement de perspective important : le recentrage du système en fonction des populations plutôt qu'en regard du patient individuel (Kerleau, 2001). Les modifications opérées par les CHU et autres hôpitaux universitaires du Québec sont généralement inspirées du « modèle de soins intégrés » qui a pour assise une approche-clientèle dont l'une des applications concrètes consiste à constituer des regroupements de clientèles. Il s'agit de modifier les façons de faire et de réviser les rôles et les responsabilités, les mécanismes de gestion, afin de les adapter de façon plus cohérente et plus efficace à la trajectoire de soins et de services intégrés. L'objectif ultime de ces réformes étant d'assurer un état de santé optimal pour la population des territoires, compte tenu des ressources disponibles, en coordonnant l'offre de services en fonction des besoins des individus, en assurant l'accessibilité aux services appropriés, et en garantissant l'efficacité des interventions dans les milieux de vie (Clair, 2001; Duplantie, 2001; Gosselin, 2001; Kirby & Le Breton, 2002; Rochon, 1987; Romanov, 2002). Les réformes visent non seulement des modifications de structures, mais aussi des changements dans les valeurs, mentalités et pratiques (Breton, Lamarche, & Pineault, 2005). Elles comportent ainsi de nombreux défis pour un hôpital en situation de grève, de contestation et de pénurie de personnel. De plus, le profil sanitaire actuel du Québec montre que l'impact des maladies chroniques ne se mesure pas uniquement au nombre des décès, mais aussi à la qualité de vie des personnes atteintes (CSBE, 2010). Dans ce contexte, il devient

important que l'hôpital s'adapte à ces mutations en développant des stratégies innovantes pour répondre aux besoins d'une population en souffrance chronique et nécessitant une prise en charge multidisciplinaire, centrée sur le patient et durable à long terme.

2.3. Vers un hôpital promoteur de santé au Québec à la lumière des expériences européennes

En 2003, la loi 25 soulève d'importants défis pour les CSSS, à savoir assurer des soins de santé de qualité, des actions de prévention, de protection et de promotion de la santé pour le bien-être de la population de la communauté, des patients et de son personnel. Sur la base d'une réorganisation en réseaux intégrés, les CHU eux aussi, doivent s'adapter à ce nouveau mode d'organisation à travers les RUIS et en collaboration avec les CSSS pour assurer des corridors de services adaptés aux besoins de la population de leur territoire.

L'idée de la réorientation du rôle de l'hôpital vers davantage d'activités de prévention et de promotion n'est pas nouvelle au Québec (O'Neill, 1987; Pineault, 1984; Pineault, Baskerville, & Letouze, 1990; Pineault, Champagne, & Trottier, 1986). Même au niveau international, le rôle des hôpitaux en matière de promotion de la santé commence à émerger dès la fin des années 50. Déjà en 1957, un document de l'OMS stipulait : « l'hôpital (...) doit être ouvert à l'ensemble de la collectivité et mettre à disposition des moyens de promotion de la santé, ainsi que de prévention et de traitement de toutes les maladies (...). À cette fin, [il] doit s'intégrer dans la société de manière à répondre à la fois aux besoins humains, financiers, administratifs et sociaux » (OMS, 1957, p. 4). Il s'agit d'une mission en accord avec les principes de collaboration intersectorielle de l'OMS, mais que l'hôpital ne peut assumer seul. Pour y parvenir, il est nécessaire que les services de l'hôpital établissent des liens avec les services de santé de la communauté (Mintzberg, 1997; Poland et al., 2005; Poland, et al., 2009).

Cette idée est d'ailleurs réitérée dans les principes fondamentaux présents

dans «les Recommandations de Vienne sur les hôpitaux promoteurs de santé » (OMS, 1997) qui 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.

Deux études ont examiné le degré d'implication des hôpitaux canadiens et québécois en PS et ont identifié le manque de ressources et de compréhension des acteurs de la santé, de même que l'absence d'incitatifs comme de sérieux obstacles à l'introduction de la PS en milieu hospitalier (Baskerville & Letouzé, 1990; Pineault, et al., 1990). Par ailleurs, certains auteurs ailleurs qu'au Québec rappellent que l'hôpital est traditionnellement considéré par la santé publique comme étant l'antithèse de la santé communautaire (Wright et al., 2002). Enfin, les spécialistes qui exercent au sein de l'institution, dotés d'un véritable leadership professionnel, sont souvent perçus comme les plus résistants au changement (McKee & Healy, 2002). L'analyse faite par Lamothe dans l'ouvrage *L'hôpital en restructuration* (Valette, et al., 2006), révèle que ce qui peut sembler être une résistance au changement de la part des professionnels n'est que l'expression de la dynamique profonde de ce type d'organisation. Un tel environnement complexe et multidimensionnel est a priori réfractaire à l'introduction de la PS en tant processus intégrateur et transversal, basé sur la communication entre toutes les spécialités (Grosjean, Lacoste, & Strauss, 1999).

Or, l'institution hospitalière détient indéniablement le potentiel de contribuer significativement à la santé des populations (McKee & Healy, 2002).

En Europe et ailleurs, certains professionnels considèrent que la PS n'est pas l'affaire de l'hôpital, ce qui explique les réticences à l'intégration de la PS dans sa culture, ses missions et pratiques (Bakx, et al., 2001). Une telle intégration à des institutions a priori rigides aurait d'importantes implications dans la pratique (Tyler & James, 1988; Zhao, Carretta, & Hurley, 2003). Pour Hancock, les hôpitaux ne devraient plus fonctionner de façon isolée, mais développer une « conscience communautaire au-delà de leur loyauté institutionnelle » (Hancock, 1986; Johnson & Nolan, 2004; Poland, et al., 2005). En réalité, ces institutions tiennent peu compte des pressions les incitant à embrasser un rôle promoteur de santé tant leur responsabilité à soigner la maladie est prioritaire (Lalonde, 1989). Par conséquent, l'intégration de la PS en milieu hospitalier ne saurait être envisageable sans une implication de tous les acteurs de la santé pour réévaluer la fonction hospitalière dans son intégralité (Johnson & Baum, 2001; Johnson & Nolan, 2004).

3. Le concept d'Hôpital promoteur de santé

3.1. Origine et évolution

Les décennies 1970 et 1980 marquent les premières initiatives d'introduction de la PS dans les hôpitaux comme, par exemple, les services spécialisés en PS et en prévention des maladies aux États-Unis (American Hospital Association, 1975; Olden & Clement, 2000) et les départements de santé communautaire au Québec (DSC) (Pineault, et al., 1990). Les 32 DSC créés en 1974 apparaissaient comme une solution permettant de concrétiser l'intégration des fonctions de santé publique à l'intérieur des frontières hospitalières (Bergeron, et al., 2003). Étant donné la place centrale du centre hospitalier dans le système de santé, de ses responsabilités et de la taille de la population desservie, l'hôpital semblait être un établissement de prédilection pour rapprocher la santé publique du domaine curatif. Or, l'expérience des DSC n'a pas atteint cet objectif. L'intégration du préventif et du curatif à l'intérieur du centre hospitalier doté d'un

DSC ne s'est pas vraiment produite (Breton, 2009).

C'est la Charte d'Ottawa qui, dès 1986, a posé les principes de la PS et de l'approche basée sur les milieux de vie en santé (OMS, 1986). En 1988, cette approche a inspiré l'émergence du concept d'« hôpital promoteur de santé » qui, loin de remettre en cause la fonction principale de l'hôpital, l'incite à incorporer dans sa culture et dans ses pratiques la philosophie de la PS et à promouvoir la santé du personnel, des patients et de la communauté desservie. Malgré l'absence de volontarisme politique au départ, les réticences de certains gestionnaires et spécialistes biomédicaux, la pénurie de ressources humaines et financières (Deccache & Van Ballekom, 2001), le concept est progressivement passé des politiques à la pratique (Pelikan et al., 2006).

Le Bureau européen de l'OMS a soutenu les hôpitaux dans cette réorientation en plusieurs étapes (Pelikan, 2007). Tout d'abord, le développement conceptuel de l'HPS a été cristallisé dans les Déclarations de Vienne et Budapest (OMS, 1997; WHO, 1991). Par la suite, le projet-pilote du réseau européen des HPS (1993-1997) a été implanté afin de tester l'opérationnalisation du concept dans une grande variété d'hôpitaux et de systèmes de santé. Il ressort de cette expérimentation que l'implantation de projets HPS est « plausible, acceptable et faisable » (Pelikan, Krajic, & Dietscher, 2001). La troisième étape vise l'expansion du concept par le biais de multiples réseaux HPS créés aux échelles nationale, régionale et internationale (Nowak et al., 1998). De plus, des groupes de travail thématiques se sont développés autour de la PS dans des contextes spécifiques (hôpitaux psychiatriques, hôpitaux pour enfants et adolescents, services de santé au bénéfice des migrants). Pendant cette phase, on assiste également à la médiatisation du concept par la création d'un site internet et l'organisation de conférences d'envergure internationale. Enfin, la question de la standardisation du concept a conduit à l'établissement de cinq normes et de 18 stratégies d'implantation du concept visant les acteurs clés (patients, personnel, habitants de la communauté desservie par l'hôpital) (Pelikan, et al., 2006; Pelikan, et al., 2001; WHO, 2004b).

3.2. Définitions du concept HPS

Le concept HPS traduit une vision, un ensemble de stratégies qui permettent aux hôpitaux de mieux s'adapter aux changements environnementaux internes et externes, et qui ciblent les patients, le personnel et la communauté (Lobnig, Krajic, & Pelikan, 1999). Hancock (1999) différencie les hôpitaux sains des hôpitaux promoteurs de santé. "A healthy hospital is one that creates a healing environment for patients, a healthy workplace for staff and acts as an environmentally responsible corporate citizen" (p. 11). "A HPH is one that recognizes that the major determinants of health lie beyond the health care sector in the broad environmental, social, political, economic and cultural conditions of the community" (Hancock, 1999, p.14). D'après Pelikan (2007), le terme "d'hôpital promoteur de santé" correspondant à un hôpital qui utilise efficacement la promotion de la santé ou les entraves à la santé comme critères dans toutes ses décisions, semble préférable à celui plus statique d'« hôpital en santé ».

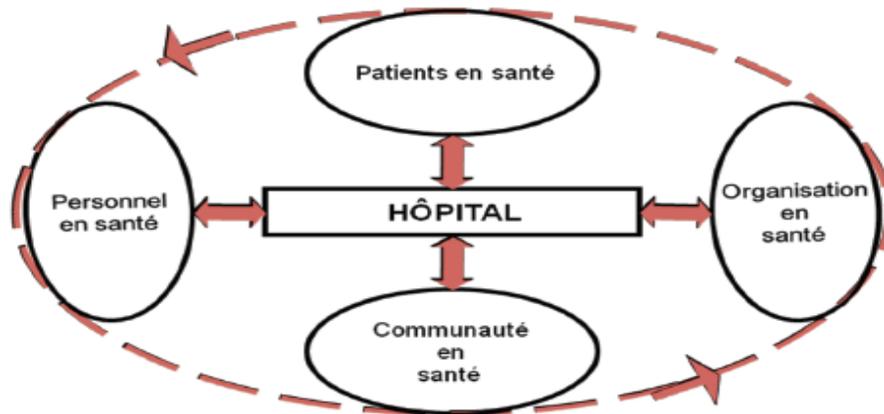
Dans son analyse du concept HPS, Whitehead souligne que les activités de l'HPS dépassent ses frontières physiques afin de répondre aux besoins des sociétés en évolution. Lorsqu'il devient une structure promotrice de santé, ses prérogatives sont étendues en vue d'améliorer la santé du personnel, de la communauté et de l'organisation elle-même. L'offre de soins de santé et de services sociaux doit s'inscrire dans un continuum au bénéfice du patient, et ce, depuis l'hôpital jusque dans sa communauté (Whitehead, 2004). Dans le cas contraire, l'hôpital risque de s'insulariser et de voir se réduire son champ d'influence et son envergure (Hancock, 1986; Johnson & Baum, 2001). La démarche consiste à avoir une organisation qui partage les valeurs et les principes de la PS et qui nourrit une culture promotrice de santé notamment par une reconnaissance des rôles actifs et participatifs des patients et du personnel en collaboration avec la communauté (Dedobbeleer, et al., 2008; Johnson & Nolan, 2004).

Avec ce concept, le rôle et les missions des hôpitaux mettent indéniablement l'accent sur la santé dans une perspective holistique et

socioécologique (approche basée sur les milieux de vie), et non plus seulement curative et réductionniste se limitant à guérir la maladie et réduire les facteurs de risque (Ilona Kickbusch, 2003; Stokols, 1992). De ce fait, le concept intégrateur d'HPS offre aux hôpitaux l'occasion de s'ériger en véritables agents de changement.

“HPH concept can be understood as an "umbrella" or “integrative concept” that comprises a number of methods which contribute to reaching its goals, and focuses these methods on the health and empowerment of hospital patients, hospital staff and the population in the local hospital environment. It can therefore be linked and combined with other strategies of hospital development (e.g. health education, patients' rights, self-help movements, health at work, hospital hygiene, the ecological movement, strategies for personal and organizational development, quality management, project management and other strategies for developing hospital structures, processes and outputs”) (Pelikan, et al., 2001, p.5).

Selon cette définition, le concept HPS intègre diverses notions actuellement mises en avant dans le domaine de la santé (qualité, performance, participation, etc.), et son adoption se déploie à l'échelle organisationnelle pour renforcer les capacités de l'hôpital, au niveau des processus de soins et trajectoires de services pour que la santé, la sécurité, et les droits des patients et du personnel soient mieux assurés. Les composantes du concept sont interreliées et leur mise en œuvre s'apparente indéniablement à une intervention complexe (Groene & Garcia-Barbero, 2005; Pelikan, et al., 2001).



Adaptation de la figure de Lobnig et al. (1999) par Dedobbeleer et al. (2006)

Figure 1 : Schématisation du concept HPS

3.3. Une approche socioécologique de la santé

Selon la Charte d'Ottawa, la création d'environnements favorables à la santé repose sur l'idée selon laquelle « les liens qui unissent de façon inextricable les individus à leur milieu constituent la base d'une approche socioécologique à l'égard de la santé » (OMS, 1986). La complexité des enjeux pour générer un changement tant individuel que collectif ayant un impact sur la qualité de vie des populations exige d'avoir un regard global sur les facteurs impliqués tant au niveau de l'individu, que de ses milieux de vie et de la société dans laquelle il évolue (Renaud & Lafontaine, 2011). L'approche écologique repose sur le postulat que la santé est déterminée par des conditions variées et des acteurs multiples qui interagissent les uns avec les autres. Cette vision plus complète et plus complexe de la santé appelle des interventions de nature multidimensionnelle, accordant la même importance aux variables individuelles qu'aux variables environnementales, sociales, économiques, politiques, culturelles, religieuses et physiques (Caron-Bouchard et Renaud, 2010). Ainsi, les milieux de vie en santé selon l'approche socio-écologique, intègrent aussi bien les milieux physiques que sociaux (écoles, milieu de travail, hôpitaux, villes, villages, et communautés). Il s'agit de tout environnement propice à la mise en place

d'activités de protection et de promotion de la santé (Whitelaw et al., 2001).

Les milieux délimitent le contexte de développement de la PS et définissent les sujets et la cible d'intervention. Pour Green et al. (2000), la plupart des activités de promotion de la santé sont limitées dans le temps et l'espace des milieux en vue de fournir une structure sociale et un contexte pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions. Il s'agit d'inscrire la santé dans une perspective holistique qui tient compte des contextes au sein desquels les individus vivent, travaillent, et se divertissent au quotidien (Dooris, 2006; Kickbusch, 2003).

Plusieurs auteurs ont souligné l'importance de l'utilisation de l'approche socioécologique pour guider la pratique en promotion de la santé (Dooris, 2006; Poland, Krupa, & McCall, 2009; Poland, Green, & Rootman, 2000; Riley, Taylor, & Elliott, 2001; Robinson et al., 2006b; Stokols, 1992). L'état de santé étant le produit dynamique des interactions entre les individus et leurs milieux (Stokols, Pelletier, & Fielding, 1996), il est important d'adapter les interventions de promotion de la santé aux contingences contextuelles pour améliorer la santé et le bien-être des populations (Baric, 1993; Frohlich & Poland, 2007; Poland, et al., 2000; St. Leger, 1997; Whitelaw et al., 2001). En plus de s'inscrire dans une approche socioécologique de la santé, le concept HPS adopte les valeurs de la PS.

3.4. Le concept HPS et les valeurs fondamentales de la promotion de la santé

Le concept HPS tire sa complexité des liens qu'il entretient notamment avec les notions d'empowerment et de participation, valeurs fondamentales associées à la PS. Selon Pelikan et collègues (cités dans l'ouvrage de Groene, 2006), la santé doit être reproduite par les gens eux-mêmes et par conséquent, elle dépend d'une part de leurs capacités et de leurs orientations et d'autre part, des possibilités et des incitatifs dont ils disposent dans leur vie quotidienne et les actions qu'ils posent (Groene, 2006). Le patient ou l'individu est alors considéré comme un coproducteur de sa propre santé, ce qui renvoie au principe fondamental de la Charte d'Ottawa, « l'empowerment » ou « l'habilitation au développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités » (Le

Bossé, 2003). Par l'empowerment, les individus acquièrent les ressources individuelles et collectives nécessaires au développement de leur « potentiel santé ». Ceci suppose qu'ils aient accès à l'information et qu'ils mettent en place des aptitudes leur permettant de faire des choix sains et éclairés (Potvin, 2010).

Selon Wallerstein (1992), l'empowerment est un processus d'action sociale qui promeut la participation des individus, des organisations et des communautés en vue d'accroître leur contrôle, les compétences politiques, la qualité de vie, et la justice sociale. Le développement du pouvoir d'agir du patient en particulier, implique également que les soins soient centrés sur celui-ci pour répondre aux standards en matière de qualité de soins (Institute of Medicine, 2001). En effet, l'objectif des soins de santé centrés sur le patient est de permettre à celui-ci de prendre part activement au processus de soins (Reynolds, 2009).

Des soins centrés sur le patient exigent de la part des professionnels de santé toute une série d'aptitudes (écoute, empathie, communication, éducation et information). Le patient partage avec le professionnel la responsabilité des décisions thérapeutiques le concernant, et collabore à la promotion de son bien-être et à l'adoption de saines habitudes de vie (OMS, 2005). Une telle approche ne peut se concrétiser que si des changements interviennent dans les pratiques professionnelles. Lorsque les soins sont centrés sur les patients, leur état de santé physique et émotionnelle, leurs perceptions de bien-être, mais également ceux de leurs familles s'améliorent considérablement (Stewart et al., 2000). Les valeurs prônées par la PS ont guidé la création du concept HPS que le centre périnatal du CHU vise à implanter de façon globale et intégrée.

3.5. Les normes du concept HPS

Pour guider l'implantation des projets HPS, l'OMS a élaboré en 2004 cinq normes décrivant les principes et les actions qui devraient faire partie des soins dans tous les hôpitaux et les agences de santé (WHO, 2004b). Les activités comprennent autant des actions concrètes comme l'évaluation des besoins de patients et l'information concernant la reconnaissance des symptômes de la

maladie, que des interventions complexes visant à aider le patient à jouer un rôle actif dans la gestion de son état de santé. Le postulat sous-jacent des normes est que leur atteinte par l'organisation hospitalière permettra de maximiser les gains en santé pour le patient, le personnel et la population en général (Groene, 2006; Pelikan, et al., 2006).

D'après la philosophie du Réseau international des hôpitaux promoteurs de santé, les normes concernent les soins aux patients, mais aussi la santé du personnel, les liens de l'hôpital avec la communauté et le développement organisationnel. Un manuel d'auto-évaluation a également été créé sur la base des normes HPS pour soutenir les organisations dans l'évaluation des activités mises en œuvre en lien avec le concept HPS (WHO, 2004a). Son contenu permet d'obtenir des données sur l'implantation des activités de promotion de la santé et de gestion de la qualité dans les hôpitaux conformément à la philosophie du Réseau HPS. Aussi, il est intéressant de noter que les normes HPS tiennent compte des objectifs de l'organisation hospitalière en matière de qualité selon trois perspectives distinctes : la perspective clinique, celle du patient et celle de l'organisation. Les normes HPS établies par l'OMS se déclinent comme suit : 1) politique de gestion; 2) évaluation des besoins des patients; 3) information et intervention auprès des patients; 4) promotion d'un milieu de travail sain et; 5) continuité et collaboration. Chaque norme comprend des sous-normes qui permettent d'opérationnaliser la norme et de la subdiviser en composantes principales. Enfin, chaque sous-norme comporte des indicateurs qui décrivent les exigences requises pour respecter entièrement les normes. Comparés aux normes, les indicateurs procurent une base quantitative pour l'évaluation, le suivi et l'amélioration des soins et peuvent aider les professionnels et les gestionnaires de la santé à mettre en place des objectifs et à évaluer les progrès des activités d'amélioration de la qualité.

Le manuel d'auto-évaluation des normes HPS a été testé dans plusieurs hôpitaux européens pour permettre aux établissements d'évaluer la qualité de leurs services et particulièrement ceux implantés dans le cadre du concept HPS

(Groene, 2006). Les hôpitaux, les organismes traitant de la qualité et surtout les membres du Réseau international des hôpitaux promoteurs de santé sont encouragés à utiliser cet outil pour notamment habiliter les gestionnaires et les professionnels de la santé à évaluer les activités de promotion de la santé dans les hôpitaux; parfaire la capacité des organisations de santé à améliorer ces activités; formuler des recommandations concernant ces activités; favoriser la participation des professionnels et des patients à l'amélioration de la qualité des soins; améliorer la coordination des soins avec les autres prestataires ainsi que la santé et la sécurité des patients et du personnel, etc.

Selon L'OMS, la réalisation du plein potentiel du concept HPS exige que l'implantation ne se limite pas à de simples projets, mais s'étende à l'échelle des organisations, et ce, de façon globale et intégrée dans les trajectoires de services et les processus de gestion de la qualité (WHO, 2008). Pourtant, bien que l'opérationnalisation du concept HPS ait été jugée « plausible, acceptable et faisable » (Pelikan, et al., 2001) et ce, sur la base des expériences d'implantation des projets pilotes HPS implantés en Europe notamment (Pelikan, et al., 1998), certaines études révèlent que l'adoption du concept HPS et l'application de ses normes constituent un défi pour les hôpitaux (Hibbard, 2003; Johnson & Baum, 2001) et d'autres études montrent que l'implantation du concept HPS en milieu hospitalier requiert du temps (Tountas et al., 2004; Whitelaw et al., 2006). Par ailleurs, plusieurs études ont démontré que le degré de conformité des pratiques en œuvre dans les HPS par rapport aux exigences des normes, était très variable (Groene et al. 2006, 2010 ; Pelikan et al. 2011).

L'étude de Groene et collaborateurs (2010) visant à décrire le processus de mise en place de l'outil d'auto-évaluation de l'OMS et à tester sa validité dans 38 hôpitaux dans 8 pays européens démontre que les normes peuvent être intégrées de façon réaliste aux systèmes existants de gestion de la qualité des établissements surtout pour les trois premières normes à savoir : 1) la politique de gestion; 2) l'évaluation des besoins des patients et; 3) l'information et intervention auprès des patients. En revanche, les normes relatives à 4) la promotion d'un milieu de

travail sain et 5) la continuité et la collaboration semblent moins faciles à intégrer. Aussi, il semble que les grands hôpitaux disposent de plus de moyens alloués à l'implantation que les plus petits, notamment en ce qui concerne l'offre d'une gamme de services et d'activités promoteurs de santé. Les raisons d'ordre économique justifieraient cette différence. Il faut noter que cette étude a exclu de sa démarche les aspects de participation communautaire et les problématiques environnementales (Groene, Alonso, & Klazinga, 2010). Dans la même continuité, l'étude récente de Miseviciene et Zalnieraitiene (2012), menée auprès des professionnels (280 médecins et 739 infirmières) de trois hôpitaux lithuaniens membres du réseau HPS, révèle que la perception de l'applicabilité des normes varie selon les participants à l'étude. Comparés aux professionnels ayant des responsabilités de gestion qui considéraient que toutes les normes HPS étaient applicables dans leurs pratiques quotidiennes, tous les autres professionnels avaient des perceptions variables concernant l'applicabilité des normes HPS. Aucune différence n'a été observée entre les opinions des médecins et des infirmières concernant l'applicabilité des normes 1 et 2 (politique de gestion et évaluation des besoins). En revanche, un nombre beaucoup plus important d'infirmières, comparativement aux médecins, ont exprimé une attitude positive envers la mise en œuvre des trois normes restantes (c.-à-d. information et intervention auprès du patient, milieu de travail, collaboration avec la communauté) (Miseviciene & Zalnieraitiene, 2012).

Au Québec, les établissements de santé souhaitent avoir des normes plus adaptées à la réalité du système de santé et de leurs milieux cliniques. Ainsi, un outil d'auto-évaluation inspiré de celui de l'OMS a été créé pour les Centres de santé et services sociaux promoteurs de santé (CSSS) au Québec par Dedobbeleer et collaborateurs (2007) afin de répondre à ce besoin d'adaptation des normes HPS aux réalités des CSSS du Québec. Le projet a conduit à des ajustements qui ont été opérés à partir des cinq normes identifiées par l'OMS. Tout d'abord, les cinq normes HPS ont été ramenées à quatre et renommées comme suit : 1) organisation promotrice de la santé ; 2) soins de santé promoteurs ; 3) milieu de travail promoteur de santé et; 4) communauté promotrice de santé. Deux critères

(organisation apprenante et performante, organisation protectrice de l'environnement) ont été rajoutés à la norme 1 et des questions liées à la qualité des interventions ont été insérées. En second lieu, les normes 2 et 3 de l'OMS (évaluation des besoins des patients; information et intervention auprès des patients) ont été regroupées sous le vocable « soins promoteurs de santé » et constituent la norme 2 de l'outil d'auto-évaluation. Enfin, des questions liées au changement de l'environnement et aux saines habitudes de vie du personnel ont été intégrées aux normes. Cet outil a montré que l'adaptation des normes HPS aux CSSS était non seulement faisable, mais aussi utile et compatible avec les politiques, programmes et services déjà existants au Québec (Dedobbeleer et al., 2009). De plus, les critères associés à chaque norme reflètent les préoccupations actuelles des établissements de santé (Brault, Roy, & Denis, 2008; Davie & Nutley, 2000). L'outil d'auto-évaluation adapté au contexte des établissements de santé québécois, constituera donc le point de départ de la présente recherche sur l'implantation du concept HPS au centre périnatal du CHU montréalais dans toutes ses dimensions (au profit des femmes enceintes et de leur entourage, du personnel, et par la création de partenariats avec la communauté desservie) et a été adapté aux besoins du CP.

L'adoption du concept HPS au CHU et l'implantation globale et intégrée du projet HPS au centre périnatal sont perçues comme une innovation dans l'organisation qui a pour objectif d'amorcer un changement de la culture organisationnelle et des pratiques visant à promouvoir la santé de tous (patients et personnel compris). Ce changement est un défi pour les hôpitaux.

4. Le changement et l'innovation dans les organisations de santé

La littérature disponible sur le changement organisationnel est prolifique et ne cesse de s'enrichir (Feldman & Orlikowski, 2011; Weick & Quinn, 1999). Dans le cas de cette recherche, nous avons opté pour certaines conceptualisations

qui nous semblent pertinentes pour analyser le changement relatif à l'introduction de la promotion de la santé en milieu hospitalier.

4.1. Le changement dans les organisations de santé

Le changement consiste à modifier véritablement les pratiques routinisées par les acteurs dans l'organisation (Ansari, et al., 2010; Becker, Lazaric, Nelson, & Winter, 2005; Boden, 1994; Levitt & March, 1988). Au même titre que se créent et se recréent les structures sociales grâce aux actions des acteurs, ces mêmes actions peuvent être contraintes par ces structures dans un mouvement de récursivité (Giddens, 1986; Tsoukas & Chia, 2002). Les relations des acteurs en coprésence et les structures sociales sont indissociables dans l'organisation. Ainsi, considérant ce processus de structuration sociale, les interventions qui visent un changement quel qu'il soit, auront plus de chances de réussir si elles s'adaptent et s'ajustent autant aux structures organisationnelles qu'aux activités et réalités des acteurs dans des contextes particuliers (Lamothe, 1999). Il convient donc d'analyser les pratiques sociales des organisations sous l'angle du mouvement, de l'historicité, de leur constitution dans le temps et dans l'espace (Cummings & Worley, 2009; Denis, Lamothe, & Langley, 2001; Hannan, Polos, & Carroll, 2002; Rouleau, 2007; Tsoukas & Chia, 2002).

L'hôpital est un système organisé d'action au sein duquel plusieurs groupes d'acteurs, sources de légitimité et lignes de pouvoir cohabitent dans un jeu permanent de compétition et de coopération (Contandriopoulos, 2003b). Il s'agit d'une organisation complexe, du fait de la multiplicité des rôles, des acteurs, des techniques et des attentes contradictoires du public et des gouvernements (Kervasdoué, 2007). Comme ces organisations sont des milieux dynamiques qui s'adaptent au changement, il est souvent difficile d'appréhender les règles du jeu de celui-ci. Tout changement dans la pratique crée des conditions pour de potentiels échecs, des résultats inattendus, mais également des innovations d'une grande variabilité d'impact (Burke, 2010; Cummings & Worley, 2009; Helfat et al., 2009). Le processus de changement est continu et n'est pas délimité dans le temps (Ansari, Fiss, & Zajac, 2010; Burke, 2010;

Orlikowski, 1996; Weick & Quinn, 1999).

L'adaptation de la structure aux nouveaux besoins des patients et à l'évolution des pratiques participe à la dynamique de transformation de l'hôpital. Chaque hôpital établit une dynamique de changement qui lui est propre et qui résulte de l'interaction entre une multitude de facteurs endogènes et exogènes (Valette et al., 2006). Pour Champagne (2002), « le changement est un phénomène complexe, peu prévisible qui doit impliquer un large éventail d'agents et de pilotes du changement, dont les rôles et l'implication peuvent varier dans le temps » (p. 4). Dans les organisations complexes telles que les hôpitaux, la propension des organisations à implanter le changement est associée à leur fonctionnement en système complexe d'action et d'adaptation et du niveau d'apprentissage collectif par l'action et l'expérimentation. De plus, le succès de l'implantation va dépendre d'une série de facteurs liés à la préparation et à la programmation du changement, à la considération des aspects sociocognitifs et émotionnels, à la structure et à la dynamique politique. Finalement, une implantation réussie est tributaire des opportunités locales, des ressources disponibles, des initiatives individuelles ou collectives, et des logiques professionnelles (Champagne, 2002). Selon Steckler et al. (2002), le changement organisationnel peut se décliner en quatre étapes transposables au déploiement en milieu hospitalier d'interventions en promotion de la santé. Ces étapes sont la sensibilisation (création d'un intérêt et d'un support au changement organisationnel), l'adoption (planification et adoption d'une politique, d'un programme ou d'une autre innovation), l'implantation (aspects techniques nécessaires à l'introduction du changement), et enfin, l'institutionnalisation (maintien à long terme d'une innovation) (Steckler, Goodman, & Kegle, 2002).

4.2. L'innovation comme processus de changement

L'innovation est un processus de changement social planifié (Earl, 2002). En effet, en tant qu'action organisée, elle poursuit un objectif de production de changement (Desbiens, Dagenais, & Joubert, 2002). Il s'agit d'une « idée, une pratique ou un objet qui est perçu comme nouveau par un individu ou par une

autre unité d'adoption » (Rogers, 1995) (p. 11). Les individus adoptent ainsi différentes innovations et les propagent à différents degrés à d'autres personnes (Greenhalgh et al., 2004). Pour Dearing et And (1994), l'innovation est une question de perception individuelle :

« Conceptualising innovations as “having” attributes is a common heuristic that people employ when they are judging something new. Yet this tendency serves to obscure the importance of human perception in the diffusion of innovations. What is new to one person may be “old” to another... Moreover, the decision to adopt and/or use the innovation is based on individual perceptions of the innovation's worth relative to other ways of accomplishing the same goal. What is easy for one person to use may be exceedingly difficult for another (Dearing and And 1994, p.19). »

Par ailleurs, « toute nouvelle approche, pratique ou intervention ou encore tout nouveau produit mis au point pour améliorer une situation ou solutionner un problème social, et ayant trouvé preneur au niveau des institutions, des organisations, des communautés» est définie comme une innovation sociale (Bouchard, 1999). Elle permet aussi une meilleure adaptation des services et stimule l'évolution des milieux de pratiques (Duchesne, 2001). Ces définitions nous amènent à considérer l'implantation du projet HPS en milieu hospitalier davantage comme une innovation qu'une innovation sociale, car il vise certes le changement organisationnel en vue de promouvoir la santé d'un point de vue salutogénique et holistique, mais ne prétend pas solutionner un problème social. Si son succès dépend notamment de la transformation d'un environnement, soit par le truchement d'un ou de plusieurs de ses éléments préexistants ou encore par l'introduction d'un nouvel élément dans un milieu existant, connu et familier, il requiert le concours de bien d'autres conditions.

Pour Rogers, cinq étapes sont essentielles dans l'introduction et la diffusion d'une innovation : 1) la connaissance (une innovation doit d'abord être comprise par la cible) ; 2) la persuasion; 3) la décision (correspond aux activités

de l'organisation pour adopter ou rejeter l'innovation) ; 4) la mise en œuvre (efforts planifiés pour implanter une innovation dans un cadre défini); 5) le maintien de l'innovation au sein de l'organisation dans le temps (Rogers, 1995). Ainsi, le processus de diffusion de l'innovation procède d'une constellation de facteurs organisationnels, socioculturels et politiques et doit être relayé par des agents de liaison (Orlandi, 1990) ou de changement (Rogers, 1995). Il ne sera encouragé que s'il est en cohérence avec les valeurs qui légitiment la décision de son adoption.

4.3. L'implantation de programmes novateurs

L'implantation de programmes novateurs en particulier, constitue un défi important pour les organisations. Certaines études rapportent que près de 80 % des changements implantés en milieu organisationnel se soldent par des échecs (Beer & Nohria, 2000; Burnes, 2004, 2005; Champagne, 2002; Damschroder et al., 2009; Pettigrew, 1990; Sossa, 2011). Les contraintes sont multiples (Solberg, 2000; Walker et al., 2003) et peuvent surgir à divers niveaux : contexte externe, contexte interne, processus d'implantation, individus qui travaillent dans l'organisation (Argyris, 1993; Cockburn, 2004; Damschroder, et al., 2009; Grol & Grimshaw, 1999; Grol & Wensing, 2004). En promotion de la santé, l'examen des facteurs de changement s'appuie sur des perspectives théoriques diverses (McKenzie, Neiger, & Thackeray, 2008) : approche écologique, perspectives de planification en PS (ex : modèle Precede-Proceed), théories sociales cognitives (ex : théorie de l'apprentissage social) etc. (Bandura, 1986, 2006; Green & Kreuter, 2005; Green, Richard, & Potvin, 1996; Robinson et al, 2006). Les recherches en la matière révèlent que le faible niveau d'adoption et d'implantation ainsi que la pérennité des interventions remettent en cause les bénéfices de santé attendus (Bhutta et al, 2005; Edvardsson et al., 2011). Les raisons de l'échec de ces changements initiés par des programmes intégrés sont souvent difficiles à cerner (Cochrane et al., 2007). En effet, certains facteurs considérés de façon indépendante ou en interaction avec d'autres sont importants. Ils peuvent parfois

constituer des contraintes aux changements liés aux perceptions, aux attitudes et aux comportements des professionnels de la santé, mais également agir à différents niveaux de l'échelle organisationnelle, voire au niveau du système de santé dans son ensemble (Pope, van Royen, & Baker, 2002). Il convient donc, dans le cadre d'une analyse d'implantation, de prendre en compte les facteurs agissant au niveau de l'organisation, des individus et du processus de changement pour améliorer les programmes de santé en général (Ferlie & Shortell, 2001; R Grol & Wensing, 2004).

Il existe plusieurs cadres théoriques permettant d'analyser l'implantation d'innovations dans les services de santé (Chaudoir, Dugan, & Barr, 2013; Durlak & DuPre, 2008; Greenhalgh et al., 2004; Wandersman, 2009; Wandersman et al., 2008). Un autre modèle d'implantation spécifique aux services de santé, et postérieur à la conceptualisation de notre étude est celui de Damschroder et al. (2009). Grâce à une synthèse des théories existantes sur l'implantation, les auteurs présentent 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 dans plusieurs contextes. Les éléments de ce cadre sont :

- l'intervention elle-même (c'est-à-dire l'innovation), souvent complexe et comprenant plusieurs dimensions, et nécessitant une adaptation avant son implantation ;
- les contextes externe et interne. Le contexte externe comprend les milieux socio-économique et politique dans lesquels 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. Alors que la culture constitue un ensemble de normes et de valeurs s'appliquant à l'ensemble de l'organisation, le climat d'implantation lui, s'applique à un niveau plus local et peut varier d'un endroit à un autre (par ex., unités de soins). Dans le climat d'implantation,

on retrouve trois éléments clés : l'engagement organisationnel envers l'implantation de l'innovation (l'engagement des leaders), les ressources et pratiques disponibles et, l'accès à l'information et aux connaissances ;

- les caractéristiques des 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 ;
- le processus d'implantation qui détermine l'implantation réussie d'une innovation. Celle-ci nécessite un processus de changement visant l'utilisation de l'innovation non seulement au niveau individuel mais également organisationnel.

Les éléments proposés dans ce cadre sont apparus très pertinents pour notre étude sur l'implantation du projet HPS. Cependant, le cadre n'a pas été utilisé à des fins de généralisation théorique mais nous a permis de classer nos données à partir des catégories qui avaient émergé de nos données et a constitué un outil d'analyse de nos résultats.

4.4. Le projet HPS perçu comme une innovation

L'adoption du concept HPS et l'implantation par la suite du projet HPS par un CHU telles que décrits dans les sections précédentes, sont perçues dans l'organisation hospitalière comme une innovation. Cette expérience fait référence à 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). Pour Greenhalgh et al. (2004), l'innovation dans le domaine de la santé fait référence à « *de nouveaux comportements, routines et façon de travailler qui sont utilisés afin d'améliorer les résultats en santé, l'efficience administrative, le coût efficacité, ou l'expérience des utilisateurs; l'innovation est implantée à partir d'actions coordonnées et planifiées* » (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, Kyriakidou, 2004, traduction libre p. 581). De plus,

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).

Bien que le contenu et la portée des normes associées au concept HPS peuvent se retrouver, pour plusieurs, de façon isolée dans différentes réglementations et/ou directives en vigueur dans les établissements au Québec (ex : Politique de développement durable, Politique de santé et sécurité au travail, démarche d'agrément, Programme québécois sur les saines habitudes de vie, gestion hospitalière, hygiène et salubrité, etc.), le *concept HPS est un concept intégrateur* qui innove en établissant des liens entre les différents éléments (regroupés sous un même parapluie) relatifs à l'organisation promotrice de santé, à la promotion de la santé des patients et du personnel, ainsi qu'au sein de la communauté. Le projet HPS est également intégrateur, car il peut 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., 2011), Planetree, Entreprise en santé, l'approche du patient-partenaire. L'aspect novateur du projet HPS réside également dans son implantation conformément à une mise en réseau des établissements et de services de santé et de services sociaux intégrés. Le projet HPS démontre l'interaction et les synergies entre l'organisation hospitalière, les patients, le milieu de travail et la communauté. De même à travers les principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services promus par la réforme, on retrouve les interactions entre les établissements entre eux ainsi qu'avec la population d'un territoire donnée. La responsabilité populationnelle étant collective, elle exige un travail collaboratif entre les différents milieux de travail. La hiérarchisation nécessite également de prendre des dispositions pour fournir un continuum coordonné de services à une population donnée, sans fragmentation, chevauchement ou lacune dans la trajectoire de soins. Une prise en compte englobante du projet HPS est cohérente avec une approche réseau du système de santé.

En 2007, le CHU sur lequel porte notre étude, a obtenu du Réseau international des HPS l'étiquette d'Hôpital promoteur de santé et c'est à partir de 2008 qu'a démarré la phase d'implantation du concept HPS, étudiée dans le cadre de cette recherche jusqu'en 2011. Dans ce contexte, notre étude s'est intéressée à la phase de la mise en œuvre des dimensions du concept HPS au centre périnatal, c'est-à-dire aux aspects techniques nécessaires à l'introduction du changement selon la terminologie de Steckler et al (2002) et à l'action déployée pour soutenir son implantation selon le modèle de Rogers (1995). Dans un hôpital tel que le CHU où plusieurs intérêts sont en jeu, il convient d'examiner les implications de l'intégration de ce projet innovant pour les différents groupes qui devront collaborer à sa mise en place, et non pas uniquement les avantages potentiels qu'elle représente pour le patient (Denis et al., 2002b). Plusieurs facteurs sont donc susceptibles d'en influencer l'implantation en milieu hospitalier et en contexte de périnatalité en particulier.

5. L'implantation des normes HPS et des activités de promotion de la santé en contexte hospitalier

Dans notre processus de recension des écrits, nous avons constaté que la plupart des études disponibles se sont intéressées à l'implantation d'activités de PS en milieu hospitalier et dans les services de santé. Elles ont identifié des facteurs susceptibles d'influencer l'implantation en recueillant les perceptions des gestionnaires, du personnel et des patients. Par ailleurs, il existe peu de recherches sur le concept HPS. En dehors de quelques articles scientifiques accessibles, des écrits ont été publiés dans des journaux nationaux en langue étrangère ou ne sont disponibles que dans la littérature grise, ce qui explique leur absence des bases de données scientifiques traditionnelles (Groene, 2005). En particulier, on sait encore peu de choses sur le processus d'implantation des projets HPS (McHugh, Robinson, & Chesters, 2010; Whitehead, 2004; Whitelaw et al., 2011; Whitelaw, et al., 2006). La majorité d'entre elles se sont inspirées des normes HPS établies par l'OMS (WHO, 2004b). Néanmoins, ces études ne décrivent pas suffisamment les projets visant l'opérationnalisation du concept au sein de l'organisation ou encore, elles n'analysent pas de façon intégrée les facteurs en jeu dans le

processus d'implantation. En fait, celles-ci ont souvent examiné l'implantation d'une ou de plusieurs normes HPS en particulier.

Enfin, nous n'avons identifié à l'heure actuelle, aucune étude menée au Canada et au Québec sur l'implantation du concept HPS en milieu hospitalier et dans les services de santé, même s'il en existe une pléthore analysant la promotion de la santé dans les services de santé en général. Dans les paragraphes qui suivent, nous distinguerons les facteurs qui sont en jeu dans l'implantation des normes HPS et ceux susceptibles d'influencer les activités de promotion de la santé en milieu hospitalier et dans les services de santé.

5.1. Études identifiant les facteurs susceptibles d'influencer l'implantation des normes HPS

Une revue de la littérature sur les services de santé promoteurs analyse les articles qui se sont intéressés à l'implantation des normes HPS (McHugh, et al., 2010) et conclue au manque de recherches de haut niveau sur les HPS et donc de données probantes sur l'efficacité du concept HPS. Comme ce fut le cas dans d'autres écrits (Groene, 2005; Whitelaw, et al., 2006), les auteurs reconnaissent la pertinence d'implanter ces normes en milieu hospitalier, mais constatent que leur niveau d'application est modéré. Ils soulignent le besoin d'études rigoureuses sur le concept et le besoin de diffusion des résultats. Dans l'étude pilote réalisée auprès d'hôpitaux européens sur les perceptions d'efficacité, d'utilité et d'impact des normes et d'un outil d'auto-évaluation, Groene (2005) indique que les normes ont été jugées pertinentes et applicables aux hôpitaux, mais la plupart d'entre eux ne les respectent que modérément. Pour ces auteurs, les hôpitaux doivent mettre en place des stratégies participatives et de communication, tout en misant sur l'éducation et l'implication des patients et du personnel en vue d'implanter efficacement le projet HPS (Groene, 2006; WHO, 2004b).

Récemment, l'étude PRICES-HPH, une étude d'évaluation comparative rétrospective de qualité a été effectuée auprès de 28 réseaux et 180 hôpitaux HPS

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. La perception de ces derniers varie quant au fait que l'appartenance à un réseau renforçait l'implantation du projet HPS.

Une étude de cas menée en Écosse a analysé le processus d'implantation du Health Promoting Health Service Framework (HPHSF), un plan d'action visant l'intégration des normes HPS dans divers services de santé (Health Boards and Trusts, pharmacies rurales, unités psychiatriques), et ceci après deux ans (Whitelaw, et al., 2006). Elle révèle certains problèmes dans la collecte de données, constate certains gains dans la compréhension des concepts et méthodes, les connaissances, les habiletés, la mobilisation et démontre certains résultats intermédiaires en santé. Les résultats suggèrent que l'introduction du HPHSF seul ne peut se traduire par un changement des pratiques des gestionnaires et professionnels pour soutenir l'opérationnalisation des normes. En effet, le HPHSF n'a pas été souvent utilisé par ces derniers. Les résultats ont toutefois permis d'identifier les conditions nécessaires à l'implantation : des facteurs contextuels (le soutien organisationnel, l'ouverture à un programme politique en amélioration de la santé), et des mécanismes propres aux projets (l'intensification des compétences en PS, l'intensification d'un leadership et d'un plaidoyer au sein de l'organisation, l'accès et le soutien d'experts en PS, la proximité avec le terrain (*practical context*), la présence de « multiplicateurs ») (Sandy Whitelaw, et al., 2006). Les deux études démontrent que même si les normes et les cadres de référence pour implanter les pratiques de HPS sont importantes, l'absence d'une approche coordonnée de l'implantation et d'un soutien de la part des institutions remet en cause leur application (McHugh, et al., 2010).

En Estonie, une étude a été menée auprès de 44 gestionnaires d'hôpitaux, 19 appartenant au réseau HPS de l'OMS et 25 ne participant pas au réseau (Polluste et al., 2007). L'étude s'est focalisée sur la norme 1 des HPS (à savoir l'existence d'une politique de PS) et s'est intéressée à la relation entre la politique

de PS et la démarche qualité des hôpitaux. Les résultats de l'étude démontrent que les hôpitaux appartenant au réseau HPS offrent des services de meilleure qualité comparativement aux autres. "The HPH have better preconditions for providing high-quality health services" (page 333).

S'inscrivant dans la même perspective, une enquête a été réalisée auprès des professionnels de la santé de l'hôpital Aretaieion en Grèce qui a participé au projet-pilote HPS de l'OMS de 1993 à 1999. Selon les professionnels, le manque de ressources financières et humaines, de temps, d'incitatifs et d'expériences en PS représente des barrières à l'application du concept HPS. Le succès du projet en milieu hospitalier procéderait de la formation, de la mise en valeur de la collaboration, du travail d'équipe, de l'amélioration des conditions de travail et de l'image de l'hôpital. Les patients, notamment les mères qui ont participé à la formation dans le programme périnatal, ont également perçu des bénéfices au regard des activités de PS. Par ailleurs, l'intégration des principes HPS par l'organisation, des différentes perspectives et intérêts des professionnels impliqués, la disponibilité des registres de patients fiables et précis et des activités qui répondent aux préoccupations des patients et du personnel, et une stratégie de communication efficace avec les patients et le personnel semblent nécessaires (Tountas, et al., 2004). Ce dernier point avait auparavant été soulevé par d'autres auteurs qui ont réalisé une étude sur les hôpitaux HPS en Europe et ont conclu que l'absence de coordination et de continuité des soins demeure un obstacle à l'implantation (Aujoulat et al., 2001; Polluste et al., 2007).

En Asie, l'étude de Guo et ses collègues s'est intéressée aux attitudes et à la compréhension du concept HPS par les gestionnaires de 106 hôpitaux chinois (hôpitaux HPS pilotes et hôpitaux non HPS). Les résultats de l'étude démontrent que l'implantation du concept HPS est freinée par le manque de fonds, de personnel, de temps et de formation professionnelle en PS (Guo et al., 2007). Plus tard, Lin (Lin, Huang, & Tung, 2009a) confirment ces résultats à Taïwan, mais précisent que la faible adoption par les hôpitaux taïwanais des normes dans le processus d'implantation du concept HPS serait due à des directives imposées par

les autorités sanitaires (approche top-down) et à un manque de compréhension du concept lui-même.

Plus récemment, suite à la première étude de 2006, Whitelaw et collègues (2011) ont réalisé une revue de littérature qui décrit les réalisations en PS implantées dans divers établissements promoteurs de santé en Écosse. Ils décrivent les différentes politiques et stratégies de PS, les processus mis en œuvre pour améliorer la santé des patients et des professionnels (renforcement des capacités en PS, information et éducation du patient, environnements promoteurs de santé) et identifient, entre autres, les défis relatifs à l'implantation et à la pérennité du concept HPS. Ces derniers ont trait à la nature conceptuelle du projet, au contexte politique, aux barrières rencontrées dans la pratique, aux tensions entre le changement de comportements individuels et le changement organisationnel (Whitelaw, et al., 2011).

Par ailleurs, deux études taïwanaises quantitatives réalisées auprès de 55 gestionnaires d'hôpitaux promoteurs de santé, évaluent dans le premier cas, les changements relatifs à la capacité des organisations à mettre en œuvre le concept HPS (Lee et al., 2012) et examine dans un second article, les barrières et les facteurs facilitant l'implantation des hôpitaux promoteurs de santé taïwanais (Lee, Chen, & Wang, 2012). Les résultats de la première étude démontrent que le concept HPS a eu un impact positif sur les hôpitaux taïwanais en matière de changement organisationnel et de renforcement des capacités des HPS. Le leadership, la culture et la mission de l'organisation ainsi que la stratégie organisationnelle obtiennent les plus hauts scores moyens, tandis que la participation du personnel a obtenu le plus faible score. Selon les gestionnaires, le niveau élevé du changement organisationnel est associé à des niveaux élevés de satisfaction par rapport au soutien organisationnel. Dans la seconde étude, les auteurs distinguent les facteurs transformationnels des facteurs transactionnels, inspirés du modèle causal de Burke-Litwin qui influencent l'implantation. Les premiers correspondent aux forces motrices qui exercent les changements fondamentaux structureaux, tandis que les facteurs transactionnels agissent au

niveau des changements observés dans les routines quotidiennes (Burke & Litwin, 1992). Les barrières identifiées sont : la faible couverture de la PS par le système d'assurance national, le manque de cohérence avec les politiques gouvernementales, la faible collaboration intersectorielle et la résistance au changement. Les cinq facteurs facilitants sont le soutien des hauts gestionnaires, le soutien de la part des chefs de départements et des directeurs, l'intégration de la PS dans la mission et les objectifs de l'organisation, le financement du gouvernement, la mise en place de comités de PS, les ressources et politiques favorables à la santé. À partir du modèle causal de Burke-Litwin, les résultats démontrent l'importance des facteurs autant transformationnels que transactionnels dans l'implantation des normes HPS. Ils révèlent, la nécessité du soutien de la haute direction, le leadership des gestionnaires, la proximité avec le contexte, la collaboration intersectorielle, et le recours à des incitatifs pour motiver les employés et garantir leur participation, l'utilisation de systèmes d'évaluation appropriés pour intégrer les principes de promotion de la santé dans les pratiques quotidiennes des organisations et assurer une mise en œuvre durable des HPS. Enfin, l'expérience de Taïwan des HPS a été imposée par le gouvernement et relayée par la haute direction des HPS sans qu'on n'ait alloué des ressources suffisantes pour l'implantation.

Parmi les études recensées, seulement quatre ont réellement analysé l'opérationnalisation du concept HPS. Il s'agit de l'enquête sur l'implantation des normes HPS réalisée par Groene (2005) auprès des gestionnaires d'hôpitaux, de l'étude qualitative sur l'implantation d'un outil pour les services de santé écossais faite par Whitelaw (2006), et des deux études asiatiques majoritairement quantitatives menées auprès de gestionnaires d'hôpitaux en Chine et à Taïwan (Guo, et al., 2007; Lin, et al., 2009). D'un point de vue méthodologique, la première étude de Whitelaw (2006) documente les conditions contextuelles nécessaires à l'implantation, sans pour autant analyser les facteurs facilitants et les contraintes à l'implantation. La seconde étude du même auteur (Whitelaw, et al., 2011) suggère l'utilisation des approches écologiques, mais également des

théories du développement organisationnel dans l'implantation des initiatives de promotion de la santé dans les établissements (Dooris, 2006; Kaplan, 2004; Naaldenberg et al., 2009; Paton, Sengupta, & Hassan, 2005). De plus, l'étude recommande le recours à des modèles systématiques utilisés en santé publique pour constituer un corpus de données probantes sur le concept HPS (Green, 2006; Susser & Susser, 1996).

5.2. Études identifiant les facteurs qui influencent l'implantation d'activités de PS en milieu hospitalier

a) *Perceptions des infirmières*

Une étude sur les attitudes, les croyances et les pratiques de 225 infirmières qualifiées travaillant en soins intensifs dans les hôpitaux universitaires pour adultes en Grande-Bretagne démontre leur volonté à intégrer la PS dans leurs pratiques, mais elles déclarent ne pas disposer du temps nécessaire ni d'une formation adaptée (McBride, 1994). La mise en place au sein de l'hôpital d'une personne-ressource chargée d'aider le personnel à accélérer sa progression vers plus de PS dans ses routines est souhaitable. Ce « health-promotion facilitator » est perçu comme un catalyseur de changement, capable de pallier le manque de temps des infirmières, et dispose d'outils d'empowerment² pour amorcer le changement des pratiques (McBride & Moorwood, 1994).

L'étude qualitative de Schmied et collègues (2011) a examiné les perceptions de sages-femmes et d'infirmières travaillant dans des services de santé australiens par rapport aux facteurs influençant l'implantation de l'« Initiative Hôpital Ami des Bébés » (IHAB) qui vise à promouvoir l'allaitement maternel en milieu hospitalier. Cent trente-deux professionnels de la santé de quatre unités de maternité, deux unités néonatales de soins intensifs et dans des services communautaires connexes ont ainsi participé à 10 groupes de

² ateliers de formation, création d'un climat favorable à la PS par la promotion d'une réelle prise de conscience, encouragement de la multidisciplinarité

discussion (*focus groups*). Les auteurs se sont appuyés sur les travaux de Rogers (2003) et Greenhalgh et al. (2004a) qui suggèrent que les caractéristiques d'une innovation jouent un rôle important dans l'adoption d'une l'innovation, d'une politique et dans le changement de pratique. Les résultats indiquent que les facteurs qui influencent l'implantation sont les caractéristiques de l'intervention, sa compatibilité avec les normes sociales et professionnelles, la reproductibilité des normes IHAB dans d'autres hôpitaux, le degré de complexité de l'intervention, la flexibilité et l'adaptation de l'implantation selon les contextes, le soutien organisationnel, les différences de perceptions (positives/péjoratives) des infirmières et des sages-femmes par rapport à l'intervention et enfin, leur manque de connaissances par rapport à l'initiative. Toutefois, l'utilisation des termes adoption et implantation de façon interchangeable est une limite principale de cette étude (Schmied et al., 2011)

Les chercheurs Roden et Jarvis ont mené une étude évaluative dont un des objectifs était d'identifier les obstacles à la mise en œuvre de la promotion de la santé dans la pratique des infirmières du centre pédiatrique d'un hôpital tertiaire (N = 83) et de cinq centres pédiatriques d'un hôpital non tertiaires (N = 83) de Sydney en Australie. Les chercheurs ont conçu un sondage à partir du concept de promotion de la santé tel que défini par la Charte d'Ottawa et une revue de la littérature sur la participation des infirmières en promotion de la santé. Les résultats montrent que les infirmières du centre pédiatrique de l'hôpital tertiaire ont implanté des activités de promotion de la santé plus variées (ayant trait à la création d'environnements favorables, à la réorientation des services de santé et au développement d'une politique de santé publique) que celles travaillant dans les centres pédiatriques non tertiaires qui ont, quant à elles, implanté des activités dans un seul domaine d'action de la Charte (le développement des compétences personnelles). Les facteurs facilitants à l'implantation identifiés sont : l'existence d'un cadre pour guider l'implantation (Charte d'Ottawa), le soutien pour la mise en valeur de la PS chez les infirmières pédiatriques, et la multidisciplinarité qui influence positivement l'implication des infirmières seniors ainsi que leur capacité à participer à des activités de promotion de la santé variées liées à la

Charte d'Ottawa. La principale barrière à l'implantation est le manque de connaissances la mise en place des infirmières par rapport au contenu de la Charte (Roden & Jarvis, 2012).

En résumé, il ressort de ces études que les facteurs perçus par les infirmières sont relatifs aux pratiques et compétences en PS, aux conditions de travail, au soutien organisationnel, à la présence d'outils/cadres pour guider l'implantation, à la compatibilité de l'intervention avec le contexte, aux caractéristiques de l'intervention et à leur manque de connaissances.

b) Perceptions des gestionnaires

Stanton et al (1996) ont identifié les barrières perçues par les gestionnaires à l'implantation des activités de PS dans les hôpitaux publics. Ces barrières sont classées en trois catégories : 1) les barrières financières; 2) celles liées aux importants besoins des patients et; 3) celles relatives au manque d'intérêt du personnel.

Robinson et collègues (2006b), se sont intéressés plus globalement à la pratique de la PS dans les services de santé cardiovasculaire au Canada. Les résultats de cette étude révèlent qu'un personnel motivé, des partenariats solides, un intérêt réel de l'organisation, la présence d'un leadership et de champions, une structure coordonnée, des données probantes sur l'efficacité des programmes et, enfin, la crédibilité du message transmis et des programmes sont des facteurs d'efficacité (Robinson, et al., 2006). Selon des gestionnaires interviewés dans une étude de McBride (2004), il est important que les activités de PS soient intégrées à la stratégie globale de soins et de prévention de l'hôpital.

Les facteurs perçus par les gestionnaires sont liés aux ressources financières, aux caractéristiques du personnel, au leadership, à l'intérêt stratégique de l'organisation et à la qualité des services aux patients et à la structure organisationnelle.

c) Perceptions des professionnels

Les résultats issus de plusieurs groupes de discussion menés auprès de 34 professionnels dans trois hôpitaux suédois révèlent que l'engagement de l'organisation, la reconnaissance du personnel en tant « qu'instrument de promotion », et l'équilibre entre les ressources et les tâches faciliteraient l'implantation de services promoteurs de santé (Johansson, Weinehall, & Emmelin, 2010). Pour les professionnels, l'organisation doit notamment allouer du temps pour la prévention et la promotion des patients en considérant la PS comme un processus à long terme. Les objectifs de réorientation des services doivent être réalistes et adaptés aux ressources disponibles. Enfin, les professionnels ont plaidé pour une liberté d'action dans leur pratique. En effet, les directives imposées par l'échelle supérieure sont une source de frustration, contrairement aux initiatives *bottom-up* plus valorisantes. Les processus de prise de décision doivent être allégés, les idées novatrices soutenues et les gestionnaires doivent faire confiance aux habiletés des professionnels.

D'après les professionnels de la santé, les facteurs principaux en jeu dans l'implantation sont relatifs au soutien organisationnel, au climat de travail, au fonctionnement des structures de gestion et au soutien/leadership des gestionnaires.

d) Perceptions des patients

Il semblerait que dans les hôpitaux développant des activités de PS, les médecins et les infirmières portent une attention particulière aux besoins en information et d'éducation à la santé des patients (McBride, 2004; Robinson, et al., 2006). De manière générale, les patients se disent favorables à l'introduction de la PS en milieu hospitalier, mais restent sceptiques quant à l'intégration de ses principes dans la pratique des professionnels (McBride, 2004; Whitelaw, et al., 2001). L'étude des perceptions et des expériences des patients face à la mise en place d'activités promotrices de santé dans les hôpitaux britanniques démontre que 70 % d'entre eux considèrent que l'hôpital constitue un milieu adéquat pour

ces activités, surtout lorsqu'elles ciblent les facteurs de risque relatifs à la nutrition et à l'activité physique. De plus, ils soulèvent l'importance de la communication entre les services et la relation avec les médecins de famille dans la communauté, ainsi que des registres électroniques accessibles aux professionnels pour mieux connaître l'état de santé de leurs patients (Haynes, 2008). De même, la collaboration entre patients et médecins est primordiale, surtout en matière de traitement des maladies chroniques. Celle-ci doit s'établir aussi bien en interne (circonscrite dans l'hôpital) qu'à l'externe (étendue à la communauté) (Robinson, et al., 2006). Enfin, une implantation efficace des activités de PS est tributaire de partenariats solides, d'une bonne communication, et d'un bon réseautage entre les hôpitaux. Toutefois, il semblerait que les barrières à l'implantation se situeraient plus sur le plan de « l'attitude » réticente de l'hôpital à intégrer la PS dans ses missions et structures (McBride, 2004).

Pour les patients, l'information et la communication avec les professionnels, la continuité des soins entre l'hôpital et le réseau de la santé ainsi que le leadership organisationnel seraient des facteurs qui favorisent l'implantation.

e) Autres études d'intérêt

Un article récent étudie à partir d'études de cas, les mécanismes (et non les facteurs) par lesquels une intervention de promotion de la santé peut influencer les comportements favorables à la santé des membres du personnel travaillant dans les centres de la petite enfance (Minniss et al., 2013). L'étude portait sur une initiative de promotion de la santé écologique mise en œuvre dans les quatre centres de la petite enfance situés dans le Sud-Est du Queensland en Australie. Des entrevues semi-structurées ont été menées avec des administrateurs de la petite enfance du centre, le personnel et les professionnels de santé (N=10) impliqués dans la promotion de cette initiative et complétées par des observations informelles et une analyse documentaire des pratiques et des activités de promotion de la santé. Selon cette étude, l'implantation de l'intervention était tributaire des partenariats collaboratifs et axés sur la qualité relationnelle entre les

organismes communautaires et de santé avec les centres de la petite enfance. Ces partenariats constituent un soutien pour le personnel du centre de la petite enfance impliqué dans la promotion des comportements sains et le développement des enfants en termes de communication et de renforcement des liens sociaux entre les enfants, les parents et l'ensemble de la communauté. La collaboration entre les organismes communautaires, le réseau de santé avec les centres de la petite enfance a conduit à une planification commune des activités visant la création de structures de soutien et de promotion des comportements sains dans les centres de la petite enfance et au domicile des enfants. Outre les mécanismes identifiés dans cette étude et qui mettent en relation plusieurs aspects de l'intervention, cette étude démontre surtout la pertinence d'utiliser une approche socioécologique de la promotion de la santé pour soutenir la mise en valeur de comportements favorables à la santé dans les centres de la petite enfance (Minniss, et al., 2013).

Enfin, les analyses de Johnson et collègues révèlent que les éléments clés susceptibles de soutenir l'introduction de la PS dans les hôpitaux sont le leadership organisationnel, l'intégration de la PS dans la philosophie de l'hôpital, un apport financier à la hauteur des ambitions, des infrastructures adéquates, une politique et une planification intégrant la PS, la formation et l'implication du personnel hospitalier, ainsi que des stratégies collaboratives à l'interne et à l'externe (Johnson & Baum, 2001; Johnson & Nolan, 2004).

6. Conclusion

Notre recension des écrits a présenté le contexte de la réforme au Québec et a couvert les thématiques suivantes : l'hôpital dans un environnement en mutation, le concept HPS, le changement et l'innovation dans les organisations de santé et l'implantation des normes HPS et d'activités de promotion de la santé en milieu hospitalier. Elle permet de rendre compte des connaissances disponibles sur le concept HPS et son contexte de développement et identifie les facteurs susceptibles d'influencer le processus d'implantation. Elle souligne l'importance des perceptions des différents acteurs impliqués et met en évidence la pertinence

d'utilisation d'une approche socioécologique pour évaluer l'implantation des interventions en promotion de la santé. L'évaluation d'interventions complexes demeure un défi surtout lorsqu'il s'agit d'interventions basées sur une approche écologique de la santé (Deschesnes, Martin, & Hill, 2003; Dooris, 2006; Poland, et al., 2000; St. Leger, 1997). Selon Whitelaw (cité par Pelikan, 2007), on dispose encore de peu d'informations sur la manière de mettre en œuvre efficacement une approche globale et intégrée tel le concept HPS.

Dans le cadre de cette thèse, nous adoptons une approche développementale pour étudier l'implantation d'un projet HPS dans le centre périnatal d'un CHU montréalais. Celle-ci ne repose pas sur un point de référence absolu et stable, mais elle est constamment en construction, en développement. Il s'agira donc de ne pas mettre l'accent sur un modèle théorique en particulier, mais d'utiliser différentes démarches évaluatives pertinentes permettant de mieux comprendre l'implantation de ce projet et d'appréhender de façon efficace la complexité et la dynamique des facteurs impliqués dans l'implantation.

CHAPITRE 3 : OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

« Celui qui n'a pas d'objectifs, ne risque pas de les atteindre »

(Sun, 1978)

1. Objectif général et objectifs spécifiques de l'étude

1.1. Objectif général : Mieux comprendre l'implantation du projet HPS au centre périnatal du CHU

L'objectif général de cette thèse est d'enrichir la compréhension et d'appuyer l'implantation du projet HPS dans le centre périnatal d'un CHU montréalais. L'enjeu est la mise en place d'un centre périnatal d'excellence en promotion de la santé qui se préoccupe de la santé et du bien-être des bébés, des parents et des professionnels de l'hôpital jusque dans la communauté.

1.2. Objectifs spécifiques et questions de recherche

a) Analyser la théorie d'intervention du projet HPS : Analyse logique (article 1)

L'analyse logique vise à répondre aux questions suivantes : Quelles sont les caractéristiques principales de l'intervention conçue par l'équipe du projet HPS au centre périnatal? Quelles sont les forces et faiblesses de l'intervention au regard de la littérature scientifique? Quelles sont les conditions critiques nécessaires à la mise en œuvre du projet HPS? Quels sont les facteurs facilitants et les contraintes susceptibles d'influencer le processus d'implantation du projet HPS selon la littérature scientifique?

b) Analyser l'implantation du projet HPS : Analyse d'implantation

- *Apprécier le niveau d'implantation des dimensions du projet HPS (article 2)*

L'appréciation normative, première étape de l'analyse d'implantation, vise à répondre à la question suivante : Quel est le niveau d'implantation perçu des dimensions du Projet HPS (c.-à-d. l'organisation promotrice de santé, les soins promoteurs de santé, le milieu de travail promoteur de santé et la communauté promotrice de santé) au centre périnatal?

- *Analyser les facteurs facilitants et les contraintes de l'implantation (article 3)*

La seconde étape de l'analyse d'implantation vise à répondre à la question suivante : Quels sont les facteurs facilitants et les contraintes ayant influencé l'implantation du projet HPS au centre périnatal du CHU?

c) Explorer l'intérêt de l'évaluation développementale pour appuyer le processus d'implantation (article 4)

Les questions soulevées dans le cadre de cet objectif sont: Quelle est la pertinence de l'utilisation de l'évaluation développementale pour appuyer le processus d'implantation du projet HPS au centre périnatal du CHU? Quels sont les défis de l'utilisation de l'évaluation développementale dans une perspective de recherche?

CHAPITRE 4 : CADRE DE RÉFÉRENCE

Dans les sections qui suivent, les composantes du cadre global de référence de la présente recherche utilisé pour l'évaluation du projet HPS dans le centre périnatal d'un CHU montréalais sont présentées (Figure 1). Nous abordons tout d'abord les caractéristiques d'un centre périnatal promoteur de santé. Ensuite, les dimensions du projet HPS implanté au centre périnatal sont décrites. Enfin, nous donnons un bref aperçu des approches évaluatives utilisées.

1. Un centre périnatal promoteur de santé au sein d'un CHU

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé propose cinq stratégies d'action pour l'intervention en promotion de la santé : l'élaboration d'une politique publique saine pour la santé, la création d'environnements favorables à la santé, le renforcement de l'action communautaire, et la réorientation des services de santé (OMS, 1986). Le centre périnatal du CHU a décidé d'intégrer ces stratégies dans la planification et la mise en œuvre de ses activités afin de devenir un centre d'excellence en promotion de la santé. Par ailleurs, un tel centre serait un cadre favorable à la santé c'est-à-dire, « un lieu ou un contexte social dans lequel les individus s'investissent dans leurs activités quotidiennes et dans lequel, les facteurs personnels, organisationnels et environnementaux influent les uns sur les autres et ont ainsi des effets sur la santé et le bien-être» (OMS, 1998, p.20). En outre, un centre périnatal promoteur de santé comporte les caractéristiques d'un milieu de vie favorable à la santé qui vise à offrir aux individus une protection contre les menaces pesant sur leur santé; à leur permettre de mettre en valeur leurs capacités et leur autonomie en matière de santé, à faciliter leur accès à des ressources ainsi qu'à des possibilités d'acquérir des moyens d'agir sur leur santé (OMS, 1998).

Dans le cas à l'étude, le centre périnatal promoteur de santé assure un cadre de vie favorable à la santé et au bien-être des futurs parents et de leur entourage ainsi qu'un cadre de vie et de travail favorable à la santé et au bien-être du personnel qui y travaille. Il soutient l'intégration de la promotion de la santé dans les pratiques et dans la mission de l'organisation et développe des partenariats avec la communauté dans laquelle il est implanté. Selon la typologie de Dooris (2006), le développement du centre périnatal promoteur de santé repose sur un modèle écologique de la santé intégré (intégré par le concept HPS), d'après lequel la santé et le bien-être de la clientèle et des employés sont déterminés par une interaction complexe entre des facteurs environnementaux, organisationnels et personnels au sein des contextes et des milieux où les personnes vivent. Par ailleurs, le centre fait partie intégrante du CHU, une organisation où les interconnexions et la synergie entre ses différentes composantes (acteurs et structures) en fait un système complexe et ouvert. Enfin, le centre périnatal fait partie d'un HPS dont l'orientation est axée sur le changement et la mise en place d'une organisation qui intègre la promotion de la santé dans sa culture, ses routines et son agenda conformément à ses normes et valeurs (Dooris, 2006; 2009). Le CHU a décidé d'adopter le concept HPS à l'échelle organisationnelle, et surtout de procéder à l'implantation des quatre dimensions du concept HPS au sein de son centre périnatal, considéré comme un laboratoire d'expérimentation de l'implantation du projet HPS de façon globale et intégrée.

2. Les dimensions du projet HPS au centre périnatal

Dans le cadre de cette recherche évaluative, nous aborderons l'implantation du projet HPS par les quatre dimensions proposées par Dedobbeleer et collègues (2007) dans le cadre de leur étude sur les hôpitaux et CSSS promoteurs de santé au Québec que nous adapterons au contexte du centre périnatal du CHU. Ces dimensions sont : l'organisation promotrice de santé; les soins promoteurs de santé; le milieu de travail promoteur de santé et; la

communauté promotrice de santé.

a) Dimension 1 : Organisation promotrice de santé

La dimension 1 du concept HPS s'apprécie à l'échelle du CHU en tant qu'organisation, contrairement aux trois autres dimensions dont l'implantation s'appréciera au CP exclusivement. La dimension 1 permet d'apprécier jusqu'à quel point le CHU s'engage explicitement à adopter une politique en matière de promotion de la santé conforme aux Recommandations de Vienne (OMS, 1997), 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 (y compris les patients et leurs proches et le personnel de l'organisation), 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 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; 6) établir des liens aussi étroits que possible avec les autres ressources du réseau de la santé et de la communauté. La dimension 1 comporte deux autres critères à savoir l'organisation apprenante et performante et l'organisation protectrice de l'environnement. Le premier fait référence notamment aux procédures en place dans l'organisation pour assurer l'efficacité des interventions, la satisfaction des patients, l'adaptation de l'organisation aux changements internes et externes ainsi qu'au maintien de valeurs telles que l'équité, la solidarité, l'éthique et le respect des différences. Le second a trait à l'existence d'une politique environnementale et aux mesures prises dans les domaines tels que la gestion des déchets, l'efficacité énergétique, les opérations de transport, ou encore les achats écologiques.

b) Dimension 2 : Soins promoteurs de santé

La dimension 2 permet d'apprécier jusqu'à quel point le CP s'assure que les professionnels de la santé, avec les patientes, évaluent systématiquement les besoins en promotion de la santé et fournissent aux patientes et à leur entourage de l'information sur les facteurs importants relatifs à leur maladie ou à leur état de santé et considèrent l'intégration des principes de promotion de santé dans toutes les trajectoires de soins et de services aux patientes. L'objectif étant de s'assurer que la patiente et son entourage soient informés des activités prévues, qu'ils soient habilités dans le cadre d'un partenariat actif pour réaliser ces activités; que le CP facilite l'intégration d'activités de promotion de la santé dans tous les cheminement cliniques des patientes. L'accent doit être mis sur des soins centrés sur le patient, les interventions d'éducation pour la santé pour promouvoir les habiletés personnelles et favoriser un meilleur contrôle des patients sur leur santé, tout en créant un environnement thérapeutique par des conditions physiques, sociales et mentales.

c) Dimension 3 : Milieu de travail promoteur de santé

La dimension 3 fait référence à la mise en place au CP de conditions nécessaires au développement d'un milieu de travail promoteur de santé. Il s'agit d'apprécier dans quelle mesure le CP favorise la santé et la sécurité au travail et mette en place des activités de promotion de la santé pour son personnel. Cela passe notamment par la mise en œuvre d'une politique de santé et de sécurité au travail, l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de ressources humaines qui comprend de la formation et la mise en valeur d'habiletés en matière de promotion de la santé et l'existence de procédures servant à approfondir et à tenir à jour les connaissances du personnel sur les enjeux de santé. Par ailleurs, la mise en place de stratégies de promotion de saines habitudes de vie auprès du personnel, les modifications de l'environnement physique et social, et la participation du personnel à l'élaboration des pratiques sont prises en considération dans le contenu de cette norme.

d) Dimension 4 : Communauté promotrice de santé

Le contenu de cette dimension vise à apprécier jusqu'à quel point le CP adopte une démarche planifiée et continue de collaboration avec les autres paliers de services de santé et des services sociaux ainsi qu'avec les organisations communautaires visant à amorcer des partenariats et à optimiser l'intégration des principes de promotion de la santé dans le cheminement clinique des patientes et de leur entourage. Selon cette dimension, le CP doit collaborer de façon continue avec les autres établissements de santé et la communauté à l'identification des besoins en santé, à la continuité des soins et des programmes et services de santé dans la communauté, à l'élaboration de politiques publiques saines et à la création d'environnements favorables à la santé.

3. Les approches évaluatives utilisées

Pour mieux comprendre l'implantation du projet HPS au centre périnatal du CHU, nous avons opté pour la combinaison de plusieurs approches évaluatives : l'évaluation développementale, l'analyse logique et l'analyse d'implantation. Cette incorporation de multiples approches évaluatives peut aider à mieux comprendre l'intervention implantée, produire de meilleurs devis méthodologiques, produire une analyse plus fine en vue de renforcer la mise en œuvre du Projet HPS (Bledsoe & Graham, 2005; Chavis, 2003; Christie & Alkin, 2003; Scriven, 1998).

a) L'évaluation développementale

Conçue par Michael Quinn Patton (Patton, 1994, 2011), l'évaluation développementale (ED) s'inscrit dans le sillage de l'évaluation centrée sur l'utilisateur dont l'objectif est de rendre l'évaluation pertinente pour ceux qui en sont les principaux utilisateurs (Patton, 2008). Sur cette base, les principaux critères qui devraient permettre de juger de l'évaluation centrée sur l'utilisateur sont son utilité et sa capacité à soutenir l'action (Patton, 2008).

L'évaluation développementale est présentée comme une démarche

évaluative basée sur l'utilisation qui vise en particulier à soutenir en temps réel la mise en place de programmes novateurs de nature dynamique, complexe et imprévisible (Gamble, 2008; Patton, 1994, 1996, 2002, 2008). Dans une approche développementale, l'évaluateur fait partie intégrante de l'équipe de concepteurs du programme ou de l'innovation de façon à stimuler les discussions par une série de questions d'évaluation et à faciliter les décisions basées sur les données tout au long du processus de mise en place de l'innovation (Alkin & Christie, 2005; Patton, 2008). Ce faisant, pour guider la mise en place de l'intervention et faciliter l'apprentissage tout au long du processus de collecte et d'analyse des données, une importante composante de rétroaction en temps réel est nécessaire (Dozois, Langlois, & Blanchet-Cohen, 2010; Patton, 2008). De plus, l'interprétation des résultats s'effectue de manière collective par l'équipe du projet qui applique ce qui s'impose à l'étape conséquente de mise en place. L'évaluateur est donc impliqué dans l'amélioration de l'intervention et utilise une variété d'outils pour soutenir le programme, le projet, le produit, les employés ou le développement organisationnel (Patton, 2011). En fait, ce processus évaluatif produit des apprentissages dont bénéficie l'ensemble des personnes impliquées (évaluateurs et utilisateurs). La stratégie globale de cette recherche repose sur une démarche d'évaluation développementale visant à soutenir l'implantation du projet HPS au centre périnatal du CHU.

b) L'analyse logique

L'analyse logique est une variante de l'évaluation de la théorie du programme. À partir de données scientifiques disponibles et du jugement d'experts (Brousselle, et al., 2009; Contandriopoulos et al., 2000a; Rossi, Lipsey, & Freeman, 2004a), elle permet d'analyser le bien-fondé d'une intervention. En effet, une intervention peut se révéler inefficace, non pas parce qu'elle n'a pas été bien implantée, mais parce que ses fondements théoriques ne sont pas suffisamment solides (Brousselle, 2009; Brousselle, Champagne, et al., 2009; Champagne, Lemieux-Charles, & McGuire, 2004; Chen, 2004; Weiss, 2007).

En comparant la théorie du programme aux données scientifiques, on est en mesure de juger du potentiel d'une intervention à atteindre ses objectifs (Brousselle, Contandriopoulos, & Lemire, 2009). Elle n'est pas utilisée pour déterminer si l'intervention a eu des effets réels sur la situation, ce qui est l'objet de l'analyse des effets et de l'analyse de la mise en œuvre, mais plutôt de savoir si l'intervention est conçue d'une manière qui peut logiquement produire les résultats escomptés. Les deux composantes principales à tester dans une analyse logique sont la validité opérationnelle de l'intervention et la validité de son modèle théorique (Blamey & Mackenzie, 2007; Brousselle, Champagne, et al., 2009).

L'analyse logique, une démarche fort utile pour mieux comprendre les forces et faiblesses de l'intervention, propose des alternatives à son amélioration (Brousselle, Champagne, & Contandriopoulos, 2006; Brousselle, Champagne, et al., 2009; Brousselle et al., 2007a). En fait, elle permet d'identifier les caractéristiques et conditions critiques dans lesquelles les objectifs visés par une intervention sont atteints (analyse logique directe) ou encore, d'identifier des interventions alternatives qui permettront d'obtenir les résultats escomptés (analyse logique inversée) (Brousselle, 2009). Dans le cadre de la présente recherche, nous avons procédé à une analyse logique directe (Rey, Brousselle, & Dedobbeleer, 2012).

c) L'analyse d'implantation

L'analyse d'implantation consiste à étudier les relations entre une intervention et son contexte durant sa mise en œuvre. Elle vise à apprécier comment, dans un contexte particulier, une intervention produit des changements (Champagne et al., 2011). Dans ce type d'évaluation, on cherche à savoir *comment* et *pourquoi* une intervention fonctionne ou pas (Patton, 1980, 1997).

Elle permet de déceler les changements survenus par rapport à la planification initiale et de faire les réajustements nécessaires (Desrosiers et al., 1998). Pour qu'un programme entraîne les résultats voulus, on s'attend à ce que les activités prévues soient réalisées conformément aux objectifs visés. Par

exemple, la clientèle ciblée doit être rejointe et bénéficier des services offerts avec suffisamment d'intensité pour que des changements se produisent (Patton, 1980; Perreault et al., 2001). L'analyse d'implantation permet justement de documenter ces aspects du programme (Mercier & Perreault, 2001). Par ailleurs, ce type d'évaluation permet de mieux cerner les facteurs qui facilitent ou contraignent l'implantation d'une intervention (Champagne et al., 2011; Desrosiers, et al., 1998). Certains auteurs considèrent qu'une analyse d'implantation doit aider les gestionnaires et les organismes subventionnaires à prendre des décisions éclairées quant à la mise en œuvre d'une intervention en phase initiale d'implantation (Chen, 2005; Rossi, Lipsey, et al., 2004).

Il n'existe pas de consensus dans la littérature quant aux variables explicatives du processus d'implantation d'une intervention, même si plusieurs modèles conceptuels ont été conçus par les théoriciens du changement organisationnel ou de l'innovation sont souvent utilisés (Burke, 2010; Champagne, 2002; Chadoir, et al., 2013; Damschroder, et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004; Rogers, 2003; Steckler, et al., 2002; Weiner, Lewis, & Linnan, 2009). Dans le cas de cette étude, nous avons d'abord identifié les facteurs facilitants et les contraintes à l'implantation du projet HPS et classé ces facteurs selon les différentes catégories proposées dans le cadre de référence de Damschroder et al (2009) pour faciliter l'analyse.

Le cadre global de référence de cette thèse est présenté ci-dessous (figure 1). La flèche principale représente le processus d'implantation du projet HPS depuis l'adoption par le CHU du concept HPS en 2007. L'objectif visé par le projet du centre périnatal est l'implantation globale et intégrée des dimensions du projet HPS relatives à l'organisation; aux soins; au milieu de travail et à la communauté. Les trois approches évaluatives choisies vont permettre de répondre aux objectifs de cette recherche : **1)** Analyser la théorie d'intervention du projet HPS (analyse logique); **2)** Analyser l'implantation du projet HPS (appréciation du niveau d'implantation du projet HPS et analyser les facteurs facilitants et les contraintes) et, **3)** Explorer l'intérêt de l'évaluation développementale pour

appuyer le processus d'implantation.

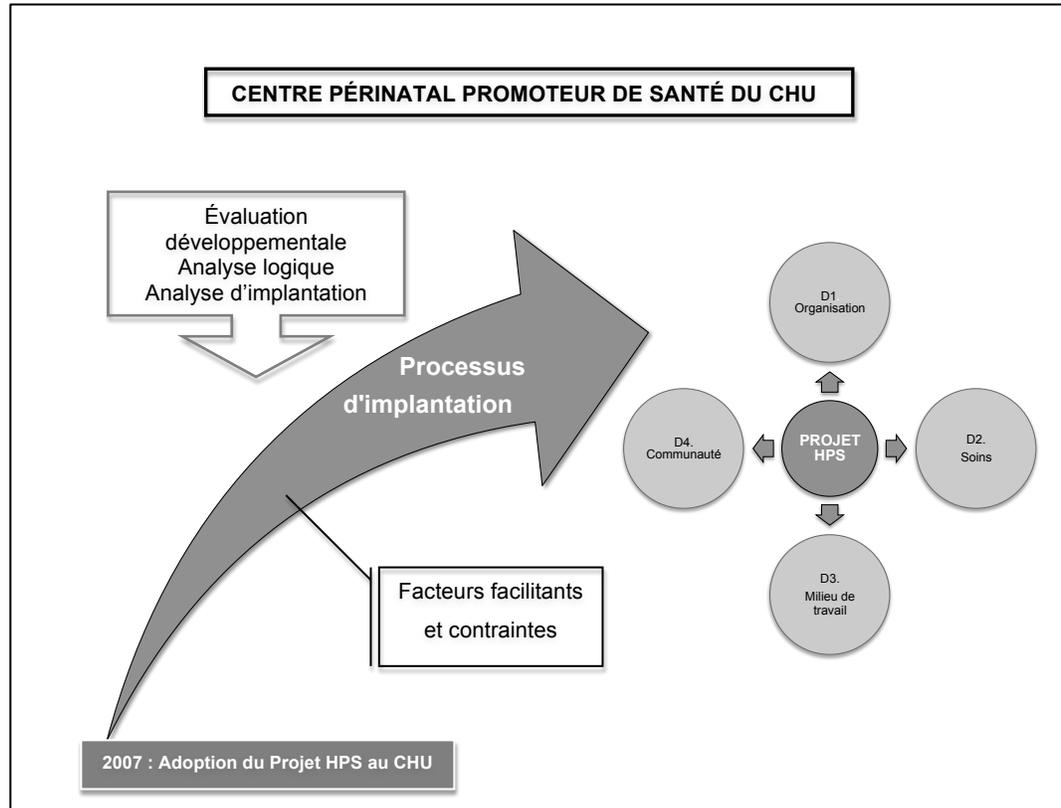


Figure 1 : Cadre de référence de la thèse

CHAPITRE 5 : MÉTHODOLOGIE

*« La meilleure stratégie est celle qui permet d'atteindre ses objectifs. »
(Sun, 1978)*

Dans cette section, nous présentons le milieu de recherche ainsi que les approches méthodologiques adoptées dans cette thèse. Ces approches varient selon les objectifs de recherche. La stratégie principale adoptée est une évaluation développementale qui a pour objectif d'appuyer le processus d'implantation du projet HPS au centre périnatal. Pour analyser la théorie d'intervention, nous avons procédé à une revue de la littérature dans le but d'identifier les caractéristiques du projet HPS (forces et faiblesses) ainsi que les conditions nécessaires (facteurs facilitants et les contraintes) à son implantation à la lumière d'une revue de la littérature scientifique. En ce qui concerne l'analyse d'implantation, nous avons opté pour une étude de cas unique comportant deux démarches méthodologiques : l'une visant à apprécier le niveau d'implantation et l'autre, à analyser les facteurs facilitants et les contraintes.

1. Présentation du milieu de recherche : le centre périnatal du CHU

La présente recherche a été menée au sein du centre périnatal d'un CHU montréalais. Le CHU offre des services généraux, spécialisés et surspécialisés à une clientèle adulte (Rapport annuel du CHU, 2011-2012). Doté d'un Centre de recherche il constitue un pôle unique de développement, de mise en pratique et de transfert des connaissances à travers ses activités intégrées de soins, de recherche, d'enseignement, d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé, et de promotion de la santé et ce, dans une perspective de réseaux intégrés. Il comptabilise annuellement environ un demi-million de patients (en 2011-2012, il y a eu 32 111 admissions, 112 840 visites à l'urgence et 410 786 visites en cliniques externes) et plus de 12 000 personnes sont directement ou indirectement au service des patients.

Le CHU héberge un centre périnatal, codirigé par un gestionnaire clinico-administratif, et un gestionnaire médical, qui enregistre en moyenne 2500 naissances par année y compris les césariennes. Il comprend trois unités de soins : la clinique d'obstétrique (générale et grossesse à risque élevé), la périnatalité et la néonatalogie (post-partum). Une infirmière-chef et son adjointe gèrent ces unités et sont assistées sur le plancher par des assistantes-infirmières. Celles-ci supervisent le personnel infirmier sur les trois unités, et ce, pendant les trois quarts de travail (jour, soir et nuit). Par ailleurs, plusieurs professionnels de la santé ayant des expertises variées (médecins gynécologues-obstétriciens, endocrinologues, infirmières, nutritionnistes, physiothérapeutes, intervenantes sociales, psychologues, éducatrices à la santé, sages-femmes, consultant en allaitement) collaborent en interdisciplinarité afin d'offrir des services de périnatalité aux patientes et à leur famille (suivi de grossesse, accouchement, soins en post-partum, soins intermédiaires en néonatalogie, clinique de périnatalité) ainsi que des services ultraspécialisés (grossesse à risque élevé, diabète gestationnel, réduction des méfaits de la toxicomanie, etc.).

Depuis 2008, le centre périnatal du CHU élabore et implante plusieurs stratégies dans le but de devenir un centre d'excellence en promotion de la santé en collaboration avec l'ancienne direction de la promotion de la santé (DPS) devenue depuis 2012, la Direction de la qualité, de la promotion de la santé et de l'expérience patient du CHU (DQPSEP). L'objectif est de mieux accompagner, informer et orienter les patientes, leurs conjoints et leurs proches, mais aussi les employés du centre périnatal, pour permettre à chacun d'avoir un plus grand contrôle sur sa propre santé. Une équipe en promotion de la santé a été mise en place afin de soutenir le centre périnatal dans l'implantation du projet HPS notamment par la mise en place de moyens d'information sur la santé et les services offerts, en se basant sur une analyse des besoins; l'organisation de services et d'interventions visant à dépister précocement certains comportements à risque, à encourager le changement et à optimiser la transmission de l'information.

De plus, le CHU vise à devenir un établissement ami des bébés. Ainsi, son centre périnatal s'engage à mettre en œuvre les dix conditions de succès de l'allaitement maternel définies par l'UNICEF et l'OMS (UNICEF, 1991; WHO & UNICEF, 2009) et à respecter le code international de commercialisation des substituts du lait maternel (OMS, 1981).

Sous la supervision de la DPS de l'époque, l'équipe de promotion de la santé du centre périnatal a accueilli l'étudiante au doctorat, auteure de cette thèse de l'automne 2009 à l'été 2011.

2. Stratégie de la recherche: l'évaluation développementale

Cette thèse est une recherche évaluative qui adopte l'approche développementale en tant que stratégie principale.

D'un point de vue méthodologique, il est possible dans le cadre d'une évaluation développementale d'opter pour tous types de méthodes, de devis, et d'outils en fonction des besoins des utilisateurs et des objectifs d'évaluation (Patton, 2011). Ces méthodes doivent permettre de saisir la dynamique du contexte, de rendre compte de la complexité du programme et d'imaginer des stratégies novatrices pour appuyer la mise en place du programme (Dozois, et al., 2010; Patton, 2011).

La pratique de l'ED est surtout associée au rôle particulier de l'évaluateur (Patton, 1988; 2011) et s'articule généralement autour de quatre rôles concomitants (Dozois, et al., 2010; Gamble, 2008; Patton, 1999) : 1) *L'orientation* : l'évaluateur aide les utilisateurs à clarifier la théorie sous-jacente au programme, à saisir sa nature dynamique et complexe, les stratégies et les marqueurs de progrès ; 2) *L'observation* : l'évaluateur est attentif aux moments clés de mise en place du programme, participe aux réunions lorsque cela est possible, et surveille la dynamique ambiante, les jeux de pouvoir et les apprentissages collectifs. Il traduit les bonnes pratiques en données empiriques utilisables pour guider l'action ; 3) *La recherche du sens* est menée collectivement par l'évaluateur et les utilisateurs. Elle consiste à analyser les données, leur

donner un sens et les intégrer dans les pratiques courantes et les décisions. 4) De par son expertise et son intégration à l'équipe, l'évaluateur est en position d'influencer et de façonner le processus de *mise en place du programme* en posant des questions, en animant les sessions, en fournissant de l'information, en clarifiant les contours du programme au fur et à mesure de son évolution, en faisant des rétroactions et en favorisant la collaboration entre les utilisateurs et toutes les ressources organisationnelles disponibles. Néanmoins ce dernier rôle a été moins présent compte tenu du statut d'étudiant que nous avions dans la conduite de cette recherche.

Le choix de l'approche développementale a été motivé par 1) la nature complexe de l'intervention et de l'organisation hospitalière; 2) le caractère novateur du projet; 3) la volonté d'appuyer la mise en place des activités par des mécanismes d'échanges avec les utilisateurs clés. Concrètement, l'aspect développemental de la démarche évaluative s'est traduit par notre intégration à l'équipe du projet HPS au centre périnatal en vue de suivre l'évolution des activités, de partager avec les utilisateurs les informations et de faire des recommandations à partir des données collectées et des analyses effectuées en tant qu'agente de recherche et étudiante au doctorat (figure 1).

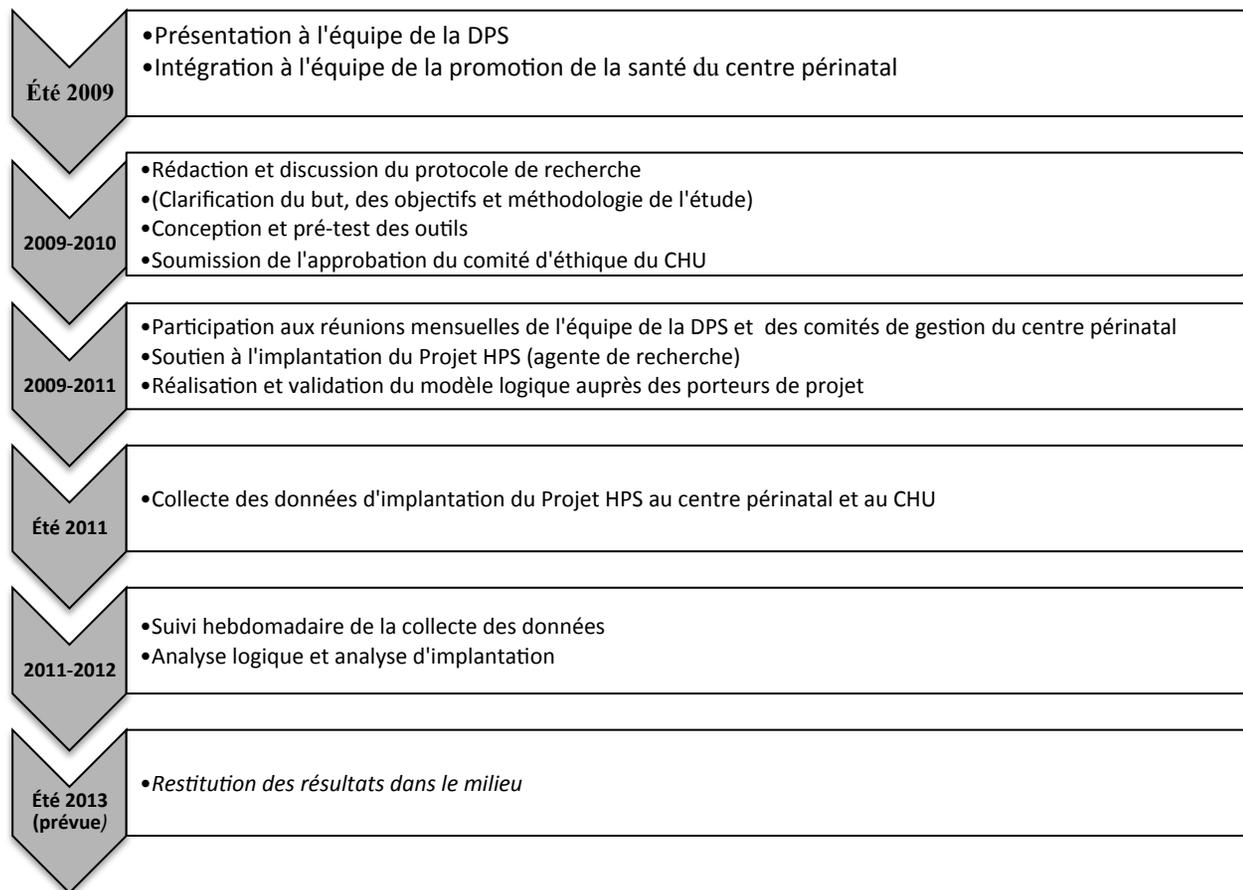


Figure 1 : Processus de l'évaluation développementale

3. Méthodologie de l'analyse logique

L'analyse logique a été réalisée en trois étapes: la construction du modèle logique de l'intervention, l'élaboration du cadre conceptuel et l'évaluation de la théorie de l'intervention (Brousselle & Champagne, 2011).

3.1. Construction du modèle logique

Le modèle logique rend compte du modèle opérationnel de l'intervention. Il a été réalisé à partir des entretiens informels et des séances de travail avec des personnes impliquées dans la conception et la mise en œuvre du projet HPS, en collaboration avec la DPS. Nous avons également analysé des documents liés à l'intervention (documents de politique, plans d'activité, rapports d'évaluation). En outre, les porteurs de projet ont été impliqués dans l'élaboration du modèle en fournissant des informations pertinentes sur l'ensemble des ressources, des activités et des résultats de l'intervention, à la fois à moyen et à long terme. Le modèle logique a été validé dans les discussions avec certains membres de la DPS. Le modèle logique préliminaire construit pour ce projet a servi de base aux discussions avec les utilisateurs clés du projet. Il a été présenté sous une forme simplifiée, afin qu'ils puissent identifier clairement, de façon séquentielle et logique, les objectifs de chacune des composantes de l'intervention.

3.2. Élaboration du cadre conceptuel

Le cadre conceptuel a été élaboré à partir d'une recension de la littérature de type *scoping review* (Arksey & O'Malley, 2005; Daudt, et al., 2013). Dans ce cadre, nous avons examiné les connaissances disponibles sur le changement et l'innovation dans les organisations de santé, les écrits qui documentent les facteurs clés susceptibles d'influencer la mise en œuvre des activités de promotion de la santé et des projets en lien avec le concept HPS dans les établissements de santé. Ceci nous a permis d'acquérir une compréhension solide du contexte hospitalier et de l'intervention telle que décrite par la modélisation logique.

3.3. Évaluation de la théorie de l'intervention

Ayant obtenu une bonne compréhension de l'intervention, combinée à l'élaboration du cadre conceptuel, nous avons procédé à l'évaluation de la théorie du projet HPS en comparant l'intervention réelle telle que conçue dans le modèle logique avec les résultats de l'analyse de la littérature. Nous avons ensuite identifié les caractéristiques de l'intervention (forces et faiblesses) qui sont apparues essentielles pour atteindre les objectifs visés, ainsi que les facteurs facilitants et barrières susceptibles d'influencer le processus d'implantation.

4. Méthodologie de l'analyse d'implantation

4.1. Choix du devis de l'analyse d'implantation : l'étude de cas unique

Pour analyser l'implantation du projet HPS au centre périnatal du CHU, nous avons opté pour une étude de cas unique (Yin, 2009), un devis de plus en plus utilisé dans le domaine de la santé (Contandriopoulos, 2005). L'étude de cas est déjà largement reconnue par la communauté scientifique pour sa contribution aux recherches de type exploratoire et à la compréhension de facteurs difficilement mesurables, de même que pour son action synergique avec d'autres stratégies de recherche (Roy, 2009). Le recours à la stratégie de l'étude de cas est particulièrement approprié lorsqu'on s'intéresse au *comment* et au *pourquoi* d'un phénomène contemporain analysé dans son contexte de vie réelle où les limites entre le phénomène et le contexte ne sont pas nettement évidentes, et dans lequel des sources d'information multiples sont utilisées (Yin, 2009). Il s'agit d'une « approche de recherche empirique qui consiste à enquêter sur un phénomène, un événement, un groupe ou un ensemble d'individus, sélectionné de façon non aléatoire, afin d'en tirer une description précise et une interprétation qui dépasse ses bornes » (Roy, 2009, p. 207). Elle permet de rendre compte, grâce à une description en profondeur, du caractère complexe du phénomène considéré (Creswell, 2007; Muchielli, 2004).

Pour analyser l'implantation du projet HPS au centre périnatal d'un CHU, nous avons opté pour une étude de cas telle que définie par Creswell :

« 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, p.73).

Un devis qualitatif est particulièrement adapté pour comprendre l'organisation, cerner la réalité de ses structures, approfondir des phénomènes organisationnels complexes et les différents types de changements qui s'y déroulent (Marshall & Rossman, 2010; Symon & Cassel, 2008). De plus, certains auteurs estiment que les méthodes qualitatives offrent la possibilité d'explorer et analyser la multiplicité des significations de différents acteurs par rapport à un même phénomène (Denzin & Lincoln, 1994). Par exemple, 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).

Bien qu'étant de nature qualitative, notre étude de cas unique a également bénéficié de l'apport de données quantitatives descriptives. Ces données, obtenues grâce à des questionnaires, ont permis de faire l'inventaire des ressources et pratiques existantes en promotion de la santé dans le CHU et le CP à partir des connaissances qu'en avaient les informateurs clés. Elles nous ont aussi permis de juger de la compatibilité des politiques et pratiques existantes avec les dimensions et critères du concept HPS. Cet état des lieux est important pour permettre de saisir le sens, la portée et l'ampleur de l'implantation du projet HPS (Whitelaw et al., 2006). Les données qualitatives quant à elles, ont permis d'examiner la perception des acteurs impliqués et concernés, par rapport à l'implantation au projet HPS.

Ainsi, pour réaliser l'analyse d'implantation, nous avons procédé en deux temps :

1) L'appréciation du niveau d'implantation du projet HPS à travers des données quantitatives descriptives (issues de questionnaires) complétées par des données qualitatives obtenues par entrevues, analyse documentaire et observation participante.

2) L'analyse des facteurs facilitants et des contraintes de l'implantation du projet HPS réalisée à partir d'entrevues semi-dirigées, de l'analyse documentaire, notamment des documents relatifs à l'implantation proprement dite.

4.2. Le cas à l'étude

Selon Creswell (1998), le cas à l'étude est délimité dans le temps et dans l'espace. L'auteur précise l'importance de situer le cas dans un contexte: « The context of the case involves situating the case within its setting or the social, historical, and/or economic setting for the case » (Creswell, 1998, p. 61).

Le cas à l'étude est le projet HPS avec ses quatre dimensions relatives à l'organisation promotrice de santé; aux soins promoteurs de santé; au milieu de travail promoteur de santé et à la communauté promotrice de santé. Dans le temps, nous avons examiné l'implantation du projet de 2008, début de la mise en œuvre des activités du projet à l'été 2011, fin de la collecte de données. Dans l'espace, le projet HPS se situe dans le centre périnatal d'un CHU montréalais qui fournit un contexte d'observation permettant d'identifier le niveau d'implantation des dimensions du projet HPS ainsi que les facteurs en jeu dans le processus d'implantation. À ce propos, Miles et Huberman (2003) rappellent qu'un cas se passe toujours dans un milieu spécifique et qu'on ne saurait étudier un cas individuel en le séparant de son contexte. Notre étude de cas exige que l'on recueille des données issues de sources multiples (questionnaires, documents, entrevues qualitatives, observation participante) afin d'en faire une analyse holistique (Creswell, 2007).

4.3. Stratégies d'échantillonnage pour l'analyse d'implantation

Pour atteindre les objectifs spécifiques de l'analyse d'implantation c'est-à-dire, 1) apprécier le niveau d'implantation des dimensions du projet HPS et 2) analyser les facteurs facilitants et les contraintes de l'implantation, nous avons procédé à un échantillonnage par choix raisonnés (*purposeful sampling*) et tout particulièrement, avec un échantillon à variation maximale dans le cas des entrevues réalisées (Patton; 2002). Ce type d'échantillonnage permet de transformer la grande hétérogénéité possible des perceptions des répondants dans un échantillon de petite taille en un avantage pour le chercheur et d'éviter de sélectionner un échantillon trop homogène en matière de caractéristiques. L'idée est de capturer toutes les tendances communes qui émergent de la grande variation des points de vue et qui ont un intérêt particulier pour répondre aux objectifs de l'analyse d'implantation: la diversité des connaissances, perceptions et expériences relatives à l'implantation du projet HPS. Les échantillons dans des études qualitatives tendent à être *orientés* notamment parce que l'univers étudié est plus limité (Miles et Huberman, 2003). Notre préoccupation concerne d'abord les perceptions qui prévalent lors de l'implantation du projet HPS dans le centre périnatal et ensuite, elle est relative au potentiel de transférabilité de nos résultats à d'autres contextes (Miles et Huberman, 2003).

a) Appréciation du niveau d'implantation du projet HPS

Pour cet objectif, nous avons d'abord identifié 20 informateurs clés selon le poste occupé dans l'organisation (gestionnaires administratifs et d'unité de soins), leurs compétences et leur rôle spécifique pour répondre adéquatement aux questions sur l'implantation du projet HPS au centre périnatal. De plus, ils ont été consultés en fonction des dimensions pour lesquelles ils avaient des connaissances privilégiées (par ex. : organisation, soins, milieu de travail, communauté). L'identification et le contact avec ces informateurs clés ont été facilités par l'équipe de la direction de la promotion de la santé du CHU. Ainsi, ces 20

personnes ont répondu à nos questionnaires sur le niveau d'implantation tel que présenté dans le tableau 1 ci-dessous (N=20) (tableau 1) :

- 1 gestionnaire du CHU
- 4 gestionnaires du centre périnatal
- 15 professionnels de santé

Ces 20 informateurs clés qui, de par leur fonction, couvraient les dimensions du concept HPS ont tous accepté de répondre aux questionnaires. Le nombre de professionnels plus élevé constitue un échantillon représentatif de toutes les professions liées aux soins et services prénataux offerts au centre périnatal.

DIMENSIONS HPS	Organisation			Soins				Milieu de travail				Communauté			
	Critères	A	B	C	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C
PARTICIPANTS															
<i>Au niveau du CHU</i>															
<i>Gestionnaire du CHU (1)</i>	√	√	√										√	√	√
<i>Au niveau du CP</i>															
Gestionnaires (4)															
- Cogestionnaire clinico-administrative	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
- Cogestionnaire médicale	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
- Infirmière-chef	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
- Adjointe infirmière-chef	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Professionnels (dont porteurs de projets)															
- Assistantes infirmière-chef sur les 3 unités de soins (7)				√	√	√	√						√	√	√
- Infirmière-périnatalité (1)				√	√	√	√						√	√	√
- Conseillère en soins spécialisée (1)				√	√	√	√						√	√	√
- Psychologue (1)				√	√	√	√						√	√	√
- Travailleuse sociale (1)				√	√	√	√						√	√	√
- Éducatrice pour la santé (1)				√	√	√	√						√	√	√
- Nutritionniste (1)				√	√	√	√						√	√	√
- Médecin (1)				√	√	√	√						√	√	√
- Conseillère en PS (1)				√	√	√	√						√	√	√
Total des participants : 20															

Tableau 1 : Présentation de la collecte des données quantitatives

De plus, des entrevues ont été menées auprès de 30 (N=30) répondants, soit des gestionnaires, 2 répondants au CHU (1 gestionnaire et 1 conseillère en promotion de la santé), 7 gestionnaires au CP, 16 professionnels du CP ayant des expertises variées (conseillère en promotion de la santé, conseillère en soins spécialisés, consultante en allaitement, éducatrice à la santé, infirmière en périnatalité, infirmière ante et post-partum, infirmière de la clinique externe, infirmière en fertilité, infirmière en post-partum, intervenante sociale, nutritionniste, physiothérapeute, psychologue, sage-femme, travailleuse sociale, infirmière en périnatalité) travaillant dans les trois unités de soins (clinique d'obstétrique (la périnatalité et néonatalogie) et selon des quarts de travail différents (jour, soir et nuit) et 5 couples de patients dont les caractéristiques représentent la diversité de la clientèle suivie au centre périnatal ou par une sage-femme affiliée au CP. Sur les cinq couples rencontrés, trois étaient d'origine canadienne et deux issus de l'immigration.

b) Analyser les facteurs facilitants et les contraintes de l'implantation

L'échantillon permettant d'analyser les facteurs facilitants et les contraintes de l'implantation du projet HPS était composé de 33 répondants disponibles à participer aux entrevues (N=33), répartis comme suit:

- 3 promoteurs du projet ayant participé au processus d'adoption du concept (un médecin ayant promu l'adoption du concept HPS au niveau de CHU, un représentant du Réseau montréalais des HPS, un représentant de la fondation privée qui a financé le projet HPS au centre périnatal)
- 2 répondants au CHU (1 gestionnaire et 1 conseillère en promotion de la santé)
- 7 gestionnaires au CP
- 16 professionnels du CP ayant des expertises variées (conseillère en promotion de la santé, conseillère en soins spécialisés, consultante en allaitement, éducatrice à la santé, infirmière en périnatalité, infirmière ante et post-partum, infirmière de la clinique externe, infirmière en fertilité,

infirmière en post-partum, intervenante sociale, nutritionniste, physiothérapeute, psychologue, sage-femme, travailleuse sociale, infirmière en périnatalité) travaillant dans les trois unités de soins (clinique d'obstétrique (la périnatalité et néonatalogie) et selon des quarts de travail différents (jour, soir et nuit).

- 5 couples de patients dont les caractéristiques représentent la diversité de la clientèle suivie au centre périnatal ou par une sage-femme affilié au CP. Sur les cinq couples rencontrés, trois étaient d'origine canadienne et deux issus de l'immigration. De même, parmi les cinq mamans interviewées, trois ont été suivies au centre périnatal alors que deux ont bénéficié d'un suivi par une sage-femme du CSSS partenaire du CHU. Toutes les mamans ont accouché au centre périnatal et trois d'entre elles étaient primipares.

L'identification des promoteurs du projet HPS, des répondants du CHU et des gestionnaires du CP a été facilitée par l'équipe de la direction de la promotion de la santé du CHU. En revanche, les professionnels du CHU ont été identifiés à partir de l'organigramme du centre périnatal. Les promoteurs ont été contactés par le chercheur par téléphone alors que les gestionnaires et les professionnels ont été approchés directement pendant la période d'immersion dans le milieu. Enfin, les couples ont été choisis par nos soins à partir des dossiers patients de l'infirmière en périnatalité responsable de les rencontrer lors de leur premier rendez-vous. Un courriel d'invitation à la participation à notre recherche leur a été envoyé par le chercheur suite au rendez-vous avec l'infirmière en périnatalité. Les cinq couples invités sur la base de leurs caractéristiques ont tous accepté. Tous les répondants identifiés ont accepté de participer à l'étude. Les informateurs clés rencontrés lors de l'autoadministration des questionnaires font également partie des participants aux entrevues.

4.4. Instruments et collecte des données

- Questionnaires

Nous avons conçu un questionnaire pour chacune des dimensions (soit quatre questionnaires au total en annexe) à partir de l'outil d'autoévaluation des normes HPS de l'OMS (WHO, 2004) et de l'outil d'autoévaluation des CSSS promoteurs de santé au Québec (Dedobbeleer et al., 2007). Le choix d'utilisation de l'outil de Dedobbeleer et collègues se justifie par le fait qu'il a été construit en tenant compte des besoins et de la réalité des établissements de santé et de services sociaux québécois. En se fondant sur les recommandations de Vienne sur les HPS (1997), les cinq normes (c.-à-d. politique de gestion, évaluation des patients, information et intervention auprès des patients, milieu de travail sain, continuité et coopération) ont été ramenées à quatre dimensions plus intégrées (i.e organisation promotrice de santé, soins promoteurs de santé, milieu de travail promoteur de santé et communauté promotrice de santé). De plus, deux critères ont été rajoutés à la première norme organisation promotrice de santé, à savoir organisation apprenante et performante et organisation protectrice de l'environnement (cf. Tableau1). Des questions sur la qualité des interventions et des critères portant sur l'environnement (par exemple, environnement favorisant la santé, la sécurité et le bien-être des patients, de leur famille et du personnel) ont également été introduites dans l'outil. Pour stimuler l'intérêt des répondants et favoriser des réponses plus complètes, des exemples de mesures, de directives ont été rajoutés.

Tout en respectant le rationnel de base de ces outils, les questionnaires ont été adaptés pour tenir compte du contexte du centre périnatal du CHU. Par exemple, les termes tels que « patients », « maladie », ont respectivement été remplacés par « patientes et entourage », « grossesse ou suivi de grossesse ». De plus, une précision sur l'unité de soins du répondant a été introduite. Ils ont ensuite été prétestés auprès de sept personnes : deux gestionnaires administratifs, de deux gestionnaires en soins infirmiers ainsi que de trois professionnels de la santé issus des départements de l'hôpital autres que ceux participant à l'étude. Cela a permis de préciser les questions et de les ajuster aux réalités du milieu. Les questions ont été adaptées pour être en cohérence avec le contexte et le fonctionnement du CHU et du CP.

Les questionnaires ont ensuite été autoadministrés auprès des gestionnaires du CHU et du CP ainsi qu'auprès des professionnels de santé, tel que présenté dans le tableau ci-dessous (N total=20) (tableau 1). Les professionnels de la santé ont ainsi rempli les questionnaires correspondant aux dimensions sur les soins promoteurs de la santé, au milieu de travail et à la communauté promotrice de santé, alors que les gestionnaires se sont prononcés sur la dimension de l'organisation promotrice de la santé en plus de remplir les autres questionnaires. Le taux de réponse a été de 100%, facilité par notre présence constante dans l'organisation et notre adaptation à la disponibilité de tous les répondants.

Les répondants avaient la possibilité de répondre « oui » (pour les critères perçus comme implantés), « non » (pour les critères perçus comme non implantés) ou « non applicable ». Les réponses positives ont été respectivement codées 1 (éléments implantés) et les réponses négatives ont été codées 0 (éléments non implantés). Les réponses non applicables n'ont pas été prises en compte, en raison de notre objectif de faire l'inventaire des aspects implantés et non implantés dans l'organisation. Les questionnaires comportaient également des questions ouvertes visant à compléter, illustrer ou préciser les questions fermées.

DIMENSIONS HPS	Organisation			Soins				Milieu de travail				Communauté			
	Critères	A	B	C	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C
PARTICIPANTS															
<i>Au niveau du CHU</i>															
Gestionnaire du CHU (1)	√	√	√										√	√	√
<i>Au niveau du CP</i>															
Gestionnaires (4)															
- Cogestionnaire clinico-administrative	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
- Cogestionnaire médicale	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
- Infirmière-chef	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
- Adjointe infirmière-chef	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Professionnels (dont porteurs de projets)															
- Assistantes infirmière-chef sur les 3 unités de soins (7)					√	√	√	√					√	√	√
- Infirmière- périnatalité (1)					√	√	√	√					√	√	√
- Conseillère en soins spécialisés (1)					√	√	√	√					√	√	√
- Psychologue (1)					√	√	√	√					√	√	√

- Travailleuse sociale (1)		√	√	√	√		√	√	√
- Éducatrice pour la santé (1)		√	√	√	√		√	√	√
- Nutritionniste (1)		√	√	√	√		√	√	√
- Médecin (1)		√	√	√	√		√	√	√
- Conseillère en PS (1)		√	√	√	√		√	√	√
Total des participants : 20									

Tableau 1 : Présentation de la collecte des données quantitatives par questionnaire

▪ Entrevues

Pour apprécier le niveau d’implantation des dimensions HPS, les entrevues ont permis d’approfondir et de compléter le cas échéant, les données issues des questionnaires.

Le second objectif visant à analyser les facteurs en jeu dans l’implantation a nécessité que l’on recueille les connaissances et perceptions des acteurs qui ont promu l’adoption du concept HPS (promoteurs du projet) et ceux impliqués directement dans l’implantation des dimensions HPS (gestionnaires et professionnels) d’une part, et d’autre part celles des groupes ciblés par l’implantation de chaque dimension (gestionnaires, professionnels et futurs parents). Pour ce faire, deux guides d’entrevue ont été élaborés : l’un pour les employés du CHU et du CP et l’autre, pour les couples (voir annexes E et F). Chacune des entrevues d’une durée moyenne d’une heure a été enregistrée après obtention du consentement des participants. Toutes les entrevues ont été enregistrées et retranscrites intégralement en verbatim. Les participants ont été invités à s’exprimer sur (i) leurs connaissances, leurs perceptions et leur expérience par rapport au concept HPS et ses dimensions; (ii) leur expérience de travail en relation avec l’implantation des activités de promotion de la santé; et (iii) les contraintes réelles ou potentielles, de même que les facteurs ayant facilité ou qui ont été susceptibles de contraindre l’implantation.

▪ Documents

Nous avons eu accès à la politique de promotion de la santé et aux documents de travail de la planification stratégique du CHU, à tous les plans d'action du CHU et du centre périnatal pour implanter le projet HPS, aux rapports d'activités mis en œuvre dans le cadre du projet HPS et tout document pertinent disponible sur l'évaluation des activités de promotion de la santé au CP de 2008 à 2011. Ces documents ont permis de comparer et de compléter au besoin l'information relative au niveau d'implantation du projet HPS et ont fourni des informations relatives aux facteurs en jeu dans l'implantation.

- Observation participante

L'immersion dans le milieu de septembre 2010 à août 2011 a permis de mener des observations *in situ* pour valider nos données sur l'implantation du projet HPS au centre périnatal (Patton, 2002). En fait, un certain degré d'implication était nécessaire, indispensable pour saisir de l'intérieur les activités du centre périnatal et de la direction de la promotion de la santé, et mieux comprendre le rôle des gestionnaires, des professionnels ainsi que le contenu et la portée des services offerts aux patients. Nous avons participé aux réunions et diverses activités en tant que *membre de l'équipe* ou observatrice, sans pour autant faire partie du *centre décisionnel* des activités. Nous avons rédigé des notes de terrain au gré des rencontres individuelles et d'équipe avec les membres de la DPS, des observations spontanées dans le milieu et des entrevues individuelles, afin de se remémorer des moments clés, sujets de discussion et des contextes d'entrevue (attitude du répondant, langage corporel et non verbal, moment de la journée, endroit de l'entrevue). Lors de l'analyse des données, les notes de terrain ont permis d'enrichir la description du contexte propre au centre périnatal et l'interprétation des perceptions des acteurs.

- Processus de collecte de données

Les répondants ont été rejoints de diverses façons. La collecte de données auprès des promoteurs du projet s'est effectuée dans leurs bureaux respectifs. Les gestionnaires et les professionnels ont été rencontrés sur leur lieu de travail, soit

dans les locaux de la direction de la promotion de la santé du CHU et au centre périnatal. Quant aux couples de patients, ils ont été rencontrés à leur domicile. Tous les participants ont lu et signé les lettres de consentement après énonciation des objectifs de la recherche et des règles d'éthique par la chercheuse. Le processus de collecte de données (questionnaires et entrevues) s'est échelonné sur deux mois entre juin et août 2011. Les documents consultés ont couvert trois années d'implantation (2008 à 2011) et l'observation participante est intervenue de façon spontanée pendant notre période d'immersion au centre périnatal de 2009 à 2011.

4.5. Analyse des données

L'appréciation du niveau d'implantation du projet HPS a été réalisée à partir de deux types de données: 1) des données quantitatives issues des questionnaires autoadministrés permettant d'apprécier le niveau de mise en œuvre des dimensions et des critères associés et; 2) des données qualitatives issues des entrevues permettant de recueillir les connaissances et perceptions des acteurs en lien avec l'implantation des dimensions HPS (gestionnaires, professionnels et futurs parents) et des documents de travail consultés permettant de corroborer le cas échéant certaines informations mais comportant des informations relatives au niveau d'implantation.

L'analyse des facteurs facilitants et des contraintes à l'implantation a été réalisée à partir des données d'entrevues, des documents et de l'observation participante.

Dans les paragraphes suivants, nous décrivons le processus d'analyse de chaque type de données.

- Questionnaires

Les questionnaires ont été analysés à l'aide du logiciel SPSS*20, un score moyen (en %) a été généré en calculant le rapport des réponses positives aux

questions (éléments implantés) sur le nombre total de questions. Ce score moyen a permis d'estimer le niveau moyen d'implantation de chaque critère et de chacune des dimensions du concept HPS. Un score global a été également calculé pour le niveau d'implantation du concept HPS. Les réponses ouvertes ont fait l'objet d'une analyse classique de contenu pour compléter les données quantitatives descriptives obtenues pour chaque dimension du projet HPS.

- Entrevues

Pour les données d'entrevues, nous avons procédé à une codification systématique grâce au logiciel Nvivo*9. Les codes ont été déterminés en fonction des connaissances et des perceptions des répondants par rapport au concept HPS et des quatre dimensions du projet HPS. La démarche de codification a été réitérée par les deux professeurs supervisant cette recherche qui ont procédé à un contre-codage des données d'entrevues et des documents.

L'objectif était de corroborer et compléter l'information obtenue (Yin, 2003) grâce aux questionnaires d'appréciation du niveau d'implantation de chacune des dimensions du projet HPS d'une part à travers une analyse de contenu des entrevues, et d'autre part d'identifier les facteurs facilitants et les contraintes à l'implantation tels que perçus par les différents répondants. Dans ce cas-ci, nous avons mené une analyse qualitative thématique des données après un processus systématique de codification (Attride-Stirling, 2001; Miles & Huberman, 2003).

1) Dans un premier temps, les premiers codes identifiés faisaient référence à chaque dimension du concept HPS, soit l'organisation, les soins, le milieu de travail et la collaboration avec la communauté. Ensuite, pour chaque dimension, des codes de second niveau plus précis, ont permis d'identifier les facteurs facilitants et les contraintes perçus par les participants. Les codes émergents ont été classés dans une catégorie indépendante pour être reclassifiés en fin de codage.

2) Par la suite, pour faciliter la classification des différents codes, une matrice ordonnée sous forme de tableau (Miles & Huberman, 2003) a été élaborée. Ainsi, nous avons eu recours au cadre d'analyse de Damschroder et al. (2009) pour classer l'information selon les catégories en jeu dans l'implantation d'un projet. Les différentes catégories de ce cadre multi-niveaux ont surtout permis de regrouper de façon plus intégrée, l'ensemble des facteurs facilitants et les contraintes selon les caractéristiques de l'intervention, les contextes interne et externe d'implantation, les caractéristiques des individus impliqués et le processus d'implantation (Damschroder et al., 2009) et non plus en fonction des dimensions du projet HPS tel que prévu au départ. Le cadre a d'ailleurs eu pour avantage d'offrir des catégories assez larges nous permettant d'inclure les codes émergents identifiés lors de la première phase d'analyse. L'ensemble des sources a été représenté dans la matrice comme suit : 1- documents, 2-promoteurs du projet, 3-gestionnaires, 4- professionnels, 5- patients.

3) Enfin, sur la base de la matrice intégrée ainsi conçue, nous avons procédé à une analyse thématique des différents facteurs facilitants et les contraintes les plus souvent rapportés selon les groupes d'acteurs (Attride-Stirling, 2001; Miles & Huberman, 2003; Strauss, 1987). Les thématiques analysées correspondaient aux catégories du cadre de Damschroder et al. (2009). L'objectif étant d'analyser les facteurs facilitants et les contraintes, nous avons tenu compte tout au long de l'analyse de toute information pertinente en lien avec les objectifs de la recherche. Il faut souligner ici que dans notre analyse, la signifiante d'une donnée n'est pas tant une question de fréquence que de statut de l'information. Ainsi, les informations récurrentes n'étaient pas les seules informations à posséder une valeur. Nous avons également intégré des facteurs moins souvent rapportés mais mettant en lumière une autre information importante à la compréhension de l'implantation bien que moins récurrente. On retrouve donc une certaine hiérarchie dans l'analyse thématique mettant en premier lieu les thèmes récurrents et centraux puis les thèmes moins récurrents mais importants dans pour saisir le portrait global des facteurs en jeu dans

l'implantation. Des extraits de verbatim ont été insérés dans le texte pour illustrer l'ancrage de nos interprétations dans les données collectées.

- Documents

Outre les informations fournies par les répondants lors des entrevues, certains facteurs ont également été identifiés dans les documents de projets. Ainsi, les informations issues des documents relatifs au projet HPS sur la période 2008-2011 (documents stratégiques, plans d'action, rapports d'activités et d'évaluation) ont fait l'objet d'une analyse de contenu (Hsieh & Shannon, 2005; Shaw, et al., 2004; Thomas, 2006). Chaque document a été lu à plusieurs reprises et les références spécifiques au niveau d'implantation des dimensions et critères du projet HPS ont été identifiées. Ensuite, la même procédure a été utilisée pour extraire les facteurs qui, dans les textes, apparaissent comme facilitant et contraignant l'implantation du projet HPS. Les thématiques extraites ont été comparées à celles obtenues dans les entrevues et les questionnaires (Shaw, Elston, & Abbott, 2004). Ainsi, elles ont soit confirmé les informations relatives l'implantation du projet HPS (niveau d'implantation et facteurs d'influence) ou soit, permis de les compléter. Les différences ont aussi été discutées.

CHAPITRE 6: RÉSULTATS

6.1. ARTICLE 1: Logic analysis: testing program theory to better evaluate complex interventions

Auteurs : Lynda Rey, Astrid Brousselle, Nicole Dedobbeleer.

Ce manuscrit a été publié dans la revue *The Canadian Journal of Program Evaluation* en 2012, Vol. 26, No. 3, Pages 61–89.

Contribution de l'étudiante :

L'étudiante a réalisé la revue de littérature et a collecté les données présentées dans l'étude de cas. Elle a également effectué les analyses et rédigé le manuscrit.

Contribution des coauteurs :

Pr Astrid Brousselle a co-rédigé le manuscrit et Pr Nicole Dedobbeleer a apporté des commentaires au manuscrit.

Abstract

Evaluating complex interventions requires an understanding of the program's logic of action. Logic analysis, a specific type of program-theory evaluation based on scientific knowledge, can help identify either the critical conditions for achieving desired outcomes or alternative interventions for that purpose. In this article, we outline the principles of logic analysis and its roots. Then, we illustrate its use with an actual evaluation case. Finally, we discuss the advantages of conducting logic analysis prior to other types of evaluations. This article will provide evaluators with both theoretical and practical information to help them in conceptualizing their evaluations.

Résumé

Saisir la logique d'action des interventions est essentiel pour l'évaluation des interventions complexes. L'analyse logique, un type particulier d'évaluation de la théorie de programme qui repose sur les connaissances scientifiques, permet soit l'identification des conditions critiques ou soit, l'identification des alternatives d'action pour la réalisation des effets. Dans cet article, nous présentons d'abord brièvement les principes de l'analyse logique et ses fondements. Nous illustrons ensuite cette approche par un exemple concret d'une évaluation. Nous discutons enfin des avantages à réaliser une analyse logique avant toute autre évaluation. Cet article offre aux évaluateurs une information théorique et pratique qui les aidera à conceptualiser leurs évaluations.

1. Introduction

Evaluating complex interventions presents a paradox. On one hand, complex interventions are considered to be systems that evolve over time and are subject to perturbations that render prediction impossible (Callaghan, 2008). Yet, as evaluators, we want evaluation to be useful. We want to improve interventions so their impact can be maximized to improve people's general well-being. Yet, for an evaluation to be useful and have a positive impact on practice, it needs to transmit simple messages (Contandriopoulos, Brousselle & Kêdoté, 2008). An important lesson from Walker and Kubisch's evaluation of a complex system of initiatives is that we should avoid conducting complex evaluations of complex interventions:

Do not be lured by the assumption that a comprehensive and complex systems-building initiative should be matched by an equally comprehensive and complex evaluation design (Walker & Kubisch, 2008, p.497).

Yet, complexity is not chaos. Interventions can also evolve along certain trends or patterns. If prediction is not possible, explanation is (Callaghan, 2008).

This paper proposes that one path to follow is to design the evaluation to properly integrate the characteristics of these complex interventions in a way that is enlightening for stakeholders. As Rogers pointed out,

...the art of dealing with the complicated and complex real world lies in knowing when to simplify and when, and how, to complicate (Rogers, 2008, p.30).

Logic analysis is a type of program theory evaluation that uses scientific knowledge to evaluate the validity of the intervention's theory and identify promising alternatives to achieve the desired effects. It can be used as part of a larger evaluation, but we consider it to be a distinctive type of evaluation because it raises a particular evaluation question on the validity and appropriateness of the intervention. In this article, we first present briefly the principles and roots of logic analysis, then we illustrate its application in the specific case of an innovative Health Promoting Hospital project. We conclude with a discussion of the advantages of conducting logic analysis prior to other types of evaluations in complex interventions.

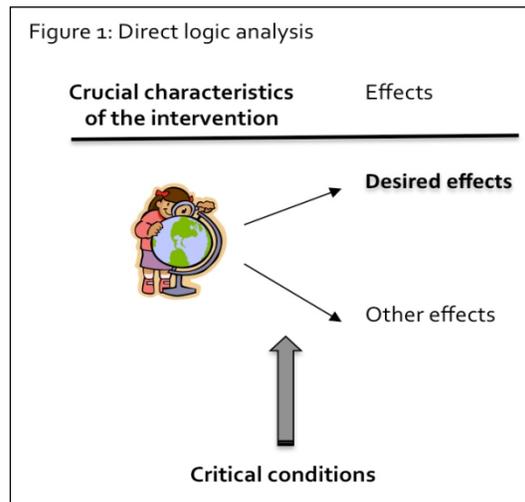
2. Logic analysis

2.1 Definition and types

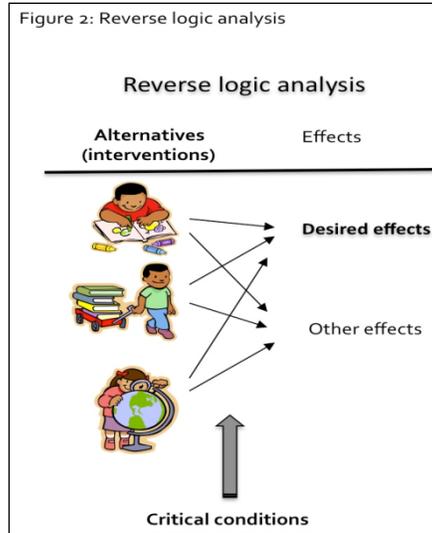
Logic analysis is a type of evaluation that allows us to look critically at the program's theory using available scientific knowledge—either existing scientific evidence or expert knowledge (Brousselle, Contandriopoulos, & Lemire, 2009; Brousselle et al., 2007; Champagne et al., 2009; Contandriopoulos et al., 2000; Contandriopoulos, Brousselle, & Kedote, 2008; Rossi, Lipsey, & Freeman, 2004). The aim of logic analysis is to identify the best ways to get where we want to go, i.e., to achieve the desired effects. Logic analysis will identify (1) the important characteristics the interventions must have to achieve the effects; (2) the critical conditions required to facilitate the implementation and produce the effects.

Logic analysis belongs to the large family of theory-driven evaluations, program theory evaluations, etc., that have been at the centre of methodological debates over the past 30 years (Bickman, 1987, 1990; Rogers, Hacsı, Petrosino, & Huebner, 2000). Recently, several authors have proposed innovative methodologies using intervention theory as a main component of their theory-driven evaluation. First, the realist review approach (Davis, 2005; Greenhalgh, Kristjansson, & Robinson, 2007; Pawson & Tilley, 2005) elicits context-mechanisms-outcome pattern configurations to understand why an intervention should work, for whom and under what conditions, based on existing writings (Pawson & Tilley, 2005). In his approach to program theory evaluation called “the plausibility check”, Donaldson (2007) identifies the program's active ingredients and how they lead to desired effects. Intervention theory has recently played a central role in impact evaluations. A case in point is contribution analysis (Mayne 2001; 2008), which explores "attribution through assessing the contribution a program is making to observed results. It sets out to verify the theory of change behind a program and, at the same time, takes into consideration other influencing factors" (Mayne 2008, p.1). Intervention theory is also central in prospective impact studies (Mayne, 2012, 2008).

There are two types of logic analysis. The first, *direct logic analysis*, allows us to see whether the intervention is designed in such a way as to achieve the desired effects (Figure 1). This analysis judges the design of the intervention and its appropriateness, but also provides important insights into how it could be improved. It identifies the crucial characteristics of the intervention and the critical conditions for achieving the effects. In that sense, it simplifies the complexity of the intervention, with the criteria for simplification being the importance of the causal contribution of the characteristics and the contextual conditions in the path towards the effects. Not all elements will have the same importance in achieving the effects and the analysis of scientific knowledge should help in identifying those that may have greater importance.



In the second type, *reverse logic analysis*, the evaluator looks for the best ways to achieve the desired effects (Figure 2). This can be helpful for identifying alternatives that will also produce the intended effects, broadening the array of possible interventions. It will also help identify the critical conditions to successfully implement the alternatives and produce the effects.



2.2 Three steps

A logic analysis can be conducted in three steps: building the logic model of the intervention, developing the conceptual framework, and evaluating the theory of the intervention (see Brousselle & Champagne, 2011, for a complete description).

a) Building the logic model

First, the evaluator uses logic modelling to represent the intervention's program theory and the basis upon which it is supposed to lead to the desired effects. Once the model is built, the evaluator will select a few issues to be explored in detail in the logic analysis. Issues are selected based on stakeholders' interests, objectives, or implementation difficulties encountered.

b) Developing the conceptual framework

Next, the evaluator gathers information on the best ways of doing things, either by looking at the intervention's main components to see if the optimal characteristics and conditions have been assembled to achieve the desired effects (direct logic analysis), or by uncovering alternative ways of achieving them (reverse logic analysis). This step should be based upon existing scientific

knowledge, i.e., expert advice or research evidence identified through a literature review (Rossi, Lipsey, et al., 2004). There may be different fields of knowledge leading to various conceptual frameworks. The evaluator is not constrained to choose one domain of knowledge, but can instead propose a knowledge synthesis, highlighting divergences between domains. Further, the objective here is not to develop a systematic synthesis, which would require a considerably more intensive literature analysis, but rather to clarify stakeholders' representations using scientific knowledge. Citing foundational and recent scientific work (without necessarily consulting all the literature) or using evidence-based data such as systematic syntheses (or practice guidelines in the clinical field), if available, allows the evaluator to develop a sound representation of the intervention's theory. Logic analysis can be applied to innovative interventions as well. There may not exist documented writings on the interventions as such, but it is very likely that these innovations' principles of action have already been studied and documented.

c) Evaluating program theory

Finally, the evaluator compares the real intervention with the conceptual model that emerged from consulting experts or from the literature analysis. The evaluator will work out this step differently depending on whether a direct or a reverse logic analysis is being conducted.

In direct logic analysis, by comparing the model of the intervention to the conceptual model, the evaluator can identify what characteristics are essential to ensure the intervention successfully follows the causal path toward the intended effects.

If a reverse analysis is done, the evaluator will be able to confirm whether the intervention being evaluated is appropriate (Brousselle & Champagne 2011; Brousselle, Lamothe et al. 2007). Alternatives would have been identified in the conceptual modelling, allowing the evaluator to identify the best ways to achieve the intended effects. Generally, the appropriateness of using one particular

intervention rather than others will depend on contextual characteristics. This step could be conducted deliberately with stakeholders. However, it is important to stress that reverse logic analysis is mostly a summative exercise, and stakeholders directly involved in the intervention could be reluctant to participate in such an activity. Direct logic analysis is much more formative or developmental.

In both cases, often by relying on experts or the literature, the evaluator will also identify important conditions that will either impede or foster the process through which effects will be produced. Not all of these elements can be manipulated; many belong to settings in which no leverage is available. However, some of these conditions can be targeted as levers to foster implementation and maximize the chance of reaching the objectives.

3. An example of logic analysis: implementing the Health Promoting Hospital concept in a perinatal context

3.1. Background

In 2007, a Montreal hospital embarked on the process of becoming a Health Promoting Hospital by joining the *Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé*, member of the WHO International Health Promoting Hospitals (HPH) Network that was initiated in 1988 subsequent to the Ottawa Charter for Health Promotion in 1986 (WHO 1986). The hospital was accepted as a member of the HPH network based on its having created a Health Promotion Department, also in 2007. That department began implementing the HPH concept through several strategies that included creating both a health promoting hospital setting and a health promoting workplace, and providing health-related services, training, education and research. The objective in assuming the HPH designation was to achieve WHO standards related to (1) management policy, (2) patient needs assessment, (3) patient information and interventions, (4) healthy workplace, and (5) continuity of care and collaboration. The hospital decided to begin its pilot intervention by implementing the HPH concept in a perinatal context, which was perceived as a healthcare innovation.

To identify the characteristics and conditions required to implement the HPH concept comprehensively and effectively, the Health Promotion Department sought an evaluation. The intervention evaluated was the implementation of HPH standards within the hospital's birthing centre. As such, this constituted a direct logic analysis.

Evaluating complex interventions is a huge challenge, especially when dealing with programs anchored in an ecological approach to health (Deschesnes, et al., 2003; Dooris, 2006; Poland, et al., 2000; St. Leger, 1997). The HPH concept includes health promotion, "which is defined as 'the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health' (Ottawa Charter for Health Promotion) [WHO 1986] and is here understood to embrace health education, disease prevention and rehabilitation services. It is also understood to include health enhancement by empowering patients, relatives and employees in the improvement of their health-related physical, mental and social well-being." (WHO, 2004)

In fact, very little is known about how best to implement a comprehensive and integrated approach like the HPH concept. Therefore, based on available scientific knowledge, we decided to use direct logic analysis to gain a better understanding of the factors that could influence the HPH standards implementation process.

3.2. Building the logic model

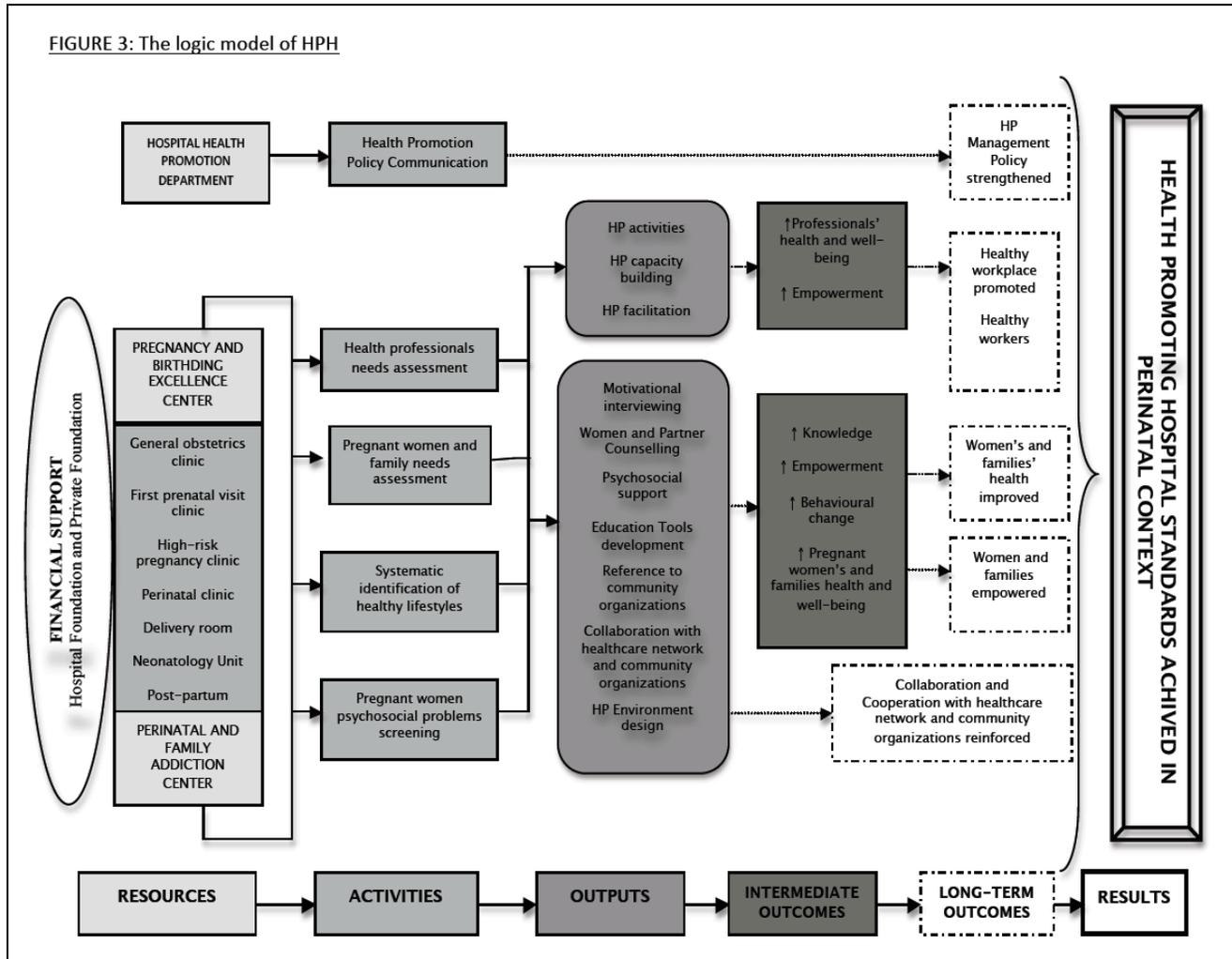
The hospital's birthing centre records around 2500 deliveries per year. Among the pregnant women followed by health professionals there, 21% are at risk for psychosocial problems including drug addiction, domestic violence and other harmful lifestyles. To address these problems, the birthing centre, as a centre of excellence in pregnancy and birthing, carries out diverse health promotion activities in its various units (i.e., general obstetrics clinic, first prenatal visit clinic, high-risk pregnancy clinic, perinatal clinic, delivery room,

neonatology unit, post-partum unit). With the aim of achieving Health Promoting Hospital standards, the Centre's activities are related to doing needs assessments for pregnant women and their families, systematically helping them to engage in healthy lifestyles, and screening pregnant women for psychosocial problems. The project leaders believe these activities will increase knowledge among pregnant women and their families, and that they will be empowered through counselling, health information and education. The aim is to encourage them to engage in behavioural change processes that will enable them to better control and improve their health.

In addition, health promotion and capacity building activities are organized for the benefit of health professionals. The intended effect of such interventions is to promote a workplace in which professionals feel healthy and empowered.

The implementation of the HPH concept in the birthing centre is based upon the hospital's health promotion policy, developed by the Health Promotion Department. Based on our informal interviews with people involved in the intervention's design and implementation, we constructed the logic model collaboratively with the Health Promotion Department. We also analyzed documents related to the intervention (policy documents, reports, activity plans). Moreover, project leaders were involved in developing the model by providing relevant information on the intervention's overall resources, activities, and outcomes, both intermediate and long-term. The logic model was first validated in discussions with some members of the Health Promotion Department (Figure 3).

FIGURE 3: The logic model of HPH



3.3. Developing the conceptual framework

In line with its mandate to be a “healthy hospital organisation” (Pelikan, et al., 2001), the hospital is considered to be an “advocate” and a “change agent” for health promotion, in both its external community and its internal environment.

As organized systems of action, hospitals host different groups of actors, and thereby different sources of legitimacy and power that coexist and evolve through competition and cooperation (Contandriopoulos, 2003). They represent complex entities characterized by task diversity, multiplicity of actors, and contradictory expectations from the public and governments (Kervasdoué, 2007). Moreover, hospitals are characterized by the “silo effect” generated by hierarchical relations, divergent philosophies and competing domains (Degeling et al., 1998; Lane, 2005). Indeed, each healthcare profession has its own culture, including values, beliefs, attitudes, customs and behaviours that often impede collaboration and interprofessional teamwork (Hall, 2005). In a context of change, hospitals, like any other organization, are dynamic and adaptive settings where actors play by divergent strategic rules, which are blurred and difficult to identify. Because of uncertainty, change can create conditions that lead either to interventions’ failures or to unexpected results. At the same time, change makes possible innovations whose impacts can vary significantly. Change processes are continuous and not time-limited (Orlikowski, 1996; Weick & Quinn, 1999). Programs such as the HPH, implemented to drive change, can be effective only if they are adaptive and adjusted to actors within their context (Boden, 1994). In fact, change consists in transforming actors’ routine practices in the organization (Becker, et al., 2005; Levitt & March, 1988).

To develop the conceptual framework, we first tried to gain a solid understanding of the hospital context and of the intervention described in the logic model. Having grasped the intervention’s context, we oriented our review of existing knowledge towards two types of literature: first, the literature on change and innovation in organizations and, second, writings that document key factors influencing the implementation of HPH standards in health settings.

a) *Change and innovation as organizational processes*

According to Steckler et al. (2002), the most effective strategies used to achieve innovations (i.e., any policy, program, or technology that is new to the potential users) are based on principles of innovation diffusion and organizational change. They suggest that organizational change proceeds through four stages: (1) the organization becomes aware of the innovation (awareness); (2) it decides to adopt it (adoption); (3) it implements it (implementation); and (4) if the implementation is successful, it becomes institutionalized (institutionalization) (Steckler, et al., 2002). As a planned social change process, innovation is an idea, practice or object perceived as new by an individual or any other unit of adoption (Earl, 2002). The degree to which an individual perceives an idea to be new determines his or her reaction to it (Rogers, 1995). In Rogers' diffusion of innovations model, the innovation diffusion process passes from (1) first *knowledge* of an innovation, to (2) forming an *attitude* toward the innovation, to (3) taking a *decision* to adopt or reject, then (4) to *implementation* of the new idea, and finally to (5) *confirmation* of this decision (Rogers, 1995). As an organized action, innovation is aimed at producing change (Desbiens, et al., 2002). Therefore, an innovation's success relies on the presence of liaison-agents (Orlandi, 1990), or agents of change in the organization (Rogers, 1995) who devote their personal influence to encouraging the innovation's adoption. Moreover, the process of innovation diffusion hinges upon organizational, sociocultural and political factors. Indeed, change is a complex and unpredictable phenomenon that necessarily involves multiple actors and champions whose roles in the organization can evolve over time. It is also dependent on local opportunities, available resources, individual or collective initiatives and professional differentiation (Champagne, 2002). Introducing the HPH concept into the hospital's birthing centre was therefore a complex intervention, influenced by several factors that have been identified in the literature.

b) Implementing the Health Promoting Hospital concept in a hospital context

Within a hospital there are many, sometimes competing, interests. The HPH concept, described as an umbrella concept (Pelikan, et al., 2001), incorporates the expectations of different groups of actors such as managers, professionals, nurses and patients. In their everyday practices and actions, these actors are encouraged to collaborate to achieve an optimal quality of health-related services. Moreover, it is widely recognized that hospitals' involvement in promoting health and preventing disease not only has positive impacts on the organization's management and quality of services and on people's health and quality of life, but also induces change in the local environment and community (Groene & Garcia-Barbero, 2005; Pelikan, et al., 2001); (Zhao, et al., 2003).

In the following paragraphs, we highlight some crucial characteristics and critical conditions that could influence the implementation process. We found that existing scientific knowledge focused mostly on factors that could potentially influence the implementation of hospital-based health promotion activities. We also identified articles specifically on HPH standards implementation.

➤ Factors influencing the implementation of health promotion activities in hospitals

For McBride (2004), the key elements required for successful integration of health promotion activities are: organizational leadership; financial support; health promotion being anchored in the hospital's philosophy and integrated into the hospital's overall care and prevention strategies, policies and plans; health promotion training and staff involvement; and collaborative strategies between internal and external actors. The literature also highlights that hospital-based health promotion activities depend on strong partnerships, good communication and effective networking between healthcare settings (Johnson & Baum, 2001; Johnson & Nolan, 2004). The underlying condition for all of these elements is the hospital administrators' strong will to integrate health promotion into the hospital's mission and structure as a new organizational strategy (McBride, 2004).

In hospitals, different groups of actors have their own perceptions related to factors involved in implementing health promotion activities. For instance, while nurses may be willing to integrate health promotion into their everyday practices, they cite lack of time and of training in health promotion as obstacles to this integration (McBride, 1994). To alleviate the burden on nurses' time, McBride and Moorwood (McBride & Moorwood, 1994) suggest hiring a health-promotion facilitator to support them in integrating health promotion activities into their practices and routines.

From the managers' standpoint, financial barriers, difficulties in meeting even patients' basic needs, and employees' lack of interest in health promotion are impediments to implementing health promoting activities, especially in public hospitals (Stanton et al., 1996). As frequently noted in the literature, the most important factors influencing all stages of effective health promotion practice are committed and skilled people, funds and resources, and interest for health promotion activities. Health promotion capacity building and activities implementation are also influenced by the quality of leaders and champions, of partnerships, of support structures and coordination mechanisms, of communications and of the credibility of messages conveyed in health promotion programs, as well as by available evidence on the effectiveness of such programs (Robinson, et al., 2006).

Professionals practising in hospitals consider that implementing health promoting services is facilitated by their organization's being involved, by employees being recognized as "health-promotion instruments" and also by ensuring a proper balance between resources and tasks (Johansson, et al., 2010). Hospital-based health professionals view health promotion as a long-term process and feel the organization should allocate much more time to prevention and health promotion. They also would like the objectives of services reorientation to be realistic and in line with resource availability. Moreover, health professionals want freedom of action in their practice to be able to implement health promotion activities with flexibility. Indeed, when top-down directives are imposed,

professionals feel frustrated, whereas health promotion processes established through a bottom-up approach are more readily adopted. Finally, it has been observed that physicians and nurses practising in hospitals that develop health-promotion activities tend to pay more attention to patients' needs for information and health education (McBride, 2004; Robinson, et al., 2006).

In a study in British hospitals, 70% of patients interviewed considered hospitals to be appropriate settings for health promotion activities, especially those targeting risk factors related to nutrition and physical activity. Patients strongly believed that communication between healthcare services and general practitioners in the community and access by health professionals to electronic patient records were essential to promote their health (Haynes, 2008). The increased prevalence of chronic diseases calls for the expansion of collaborative relations between patients, hospital-based professionals and community-based services to strengthen continuity of care (Robinson, et al., 2006).

Even though each group has its own perceptions about the factors that influence the implementation of health promotion activities, the common objective pursued by integrating health promotion into the organization and care practices is to provide care and services that correspond to HPH quality standards.

➤ Factors influencing the implementation of HPH standards in healthcare systems

Beyond implementing health promotion activities for the patients' benefit, the WHO Health Promoting Hospital project seeks to incorporate, in a normative way, health promotion concepts, values and standards (i.e., management policy, patient needs assessment, patient information and intervention, healthy workplace, continuity and collaboration) into hospitals' organizational structure and culture in order to improve the health of patients and staff, support healthy environments and cooperate actively with the community. The project gives hospitals an opportunity to contribute to the public health agenda (Groene,

Jorgensen, & Garcia-Barbero, 2004) and to achieve optimal quality management (Groene & Garcia-Barbero, 2005).

Even though standards seem to be essential for implementing the HPH concept and “were judged as being relevant and applicable to hospitals”, it appears “most hospitals had only moderate compliance” (McHugh, et al., 2010). While those standards are perceived as necessary for assessment and continuous monitoring for quality improvement (Groene & Garcia-Barbero, 2005), there is a lack of evidence about their effectiveness in creating a health promoting setting (WHO, 2004). Moreover, key factors influencing the implementation of those standards in hospital settings are rarely documented.

A recent literature review on health promoting health services summarized the findings of articles that identified factors influencing the implementation of HPH standards (McHugh, et al., 2010) and ultimately concluded that there was “a dearth of high-level research on HPH ... and there is limited evidence therefore of the efficacy of HPH” (McHugh, et al., 2010), p. 1). Meanwhile WHO, which initiated the Health Promoting Hospital project, continues to encourage hospitals to develop participative and collaborative strategies, organize training, and strengthen employees’ and patients’ involvement in order to make implementation effective, ultimately providing opportunities for research in this area (Groene, 2006; WHO, 2004).

The literature reports diverse methods used to implement the HPH standards. In Scotland, for example, when a strategic plan, called the Health Promoting Health Service Framework, was implemented in various health services, actors involved in the implementation gained a better understanding of health promotion concepts and methods, developed skills and worked to improve patients’ health. However, because the Framework rarely served to improve managers and professionals’ practices, its standards were considered insufficient to produce change in health services (Whitelaw, et al., 2006).

The study by Whitelaw and colleagues (2006) showed that, underlying the

standards integration issue, there are necessary conditions for implementation. Other studies looking at the relation between health promotion policy—the first HPH standard— and hospitals’ quality management have demonstrated that hospitals in an HPH network apparently “have better preconditions for providing high-quality health services” (Polluste et al., 2007 p.333) than do stand-alone hospitals.

Most studies that analyzed determining factors in HPH standards achievement confirmed the findings of other studies that looked at health promotion activities in general. Among the determining factors, McHugh et al. (McHugh, et al., 2010) identified organizational support; Whitelaw et al. (Whitelaw, et al., 2006) highlighted having health improvement on the political agenda, building health promotion capacity, leadership and advocacy, having access to and support from health promotion experts, proximity to the “practical context”, and the presence of “multipliers”; and Tountas et al. (Tountas, et al., 2004) cited the need for financial and human resources, incentives and experience in health promotion, training, collaboration, teamwork, supportive work conditions, and a good hospital reputation. Some studies observed an absence of coordination and lack of continuity (Aujoulat, et al., 2001; McHugh, et al., 2010; Polluste, et al., 2007), while yet others concluded that a bottom-up rather than top-down approach was more effective in implementing the standards (Guo, et al., 2007). Above all, it appeared there was a need to clarify the standards’ contents in order to promote better understanding of the Health Promoting Hospitals concept (Lin, et al., 2009). Moreover, it is important to note that even though there are writings focused on health promotion activities in a perinatal context, we found no evidence related particularly to HPH standards implementation in birthing centres.

➤ Integrating key elements

As shown above, the literature has identified many factors influencing the implementation of health promotion activities and HPH standards. We classified

EXTERNAL FACTOR Health-improvement political agenda (Whitelaw et al., 2006)	
INTERNAL FACTORS	
ORGANIZATIONAL FACTORS	FACTORS RELATED TO THE INTERVENTION
<p><u>RESOURCES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Availability of resources (Johansson et al., 2010; Champagne, 2002) ▪ Funds and resources (Robinson, 1996). ▪ Physical infrastructures dedicated to HP (Johnson & Baum, 2001; Johnson & Nolan, 2004) ▪ Financial support and human resources available for HPH standards implementation through HP activities (Stanton et al., 1996; Tountas et al., 2004; Guo et al., 2007) <p><u>ORGANIZATIONAL STRUCTURE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Professional differentiation (Champagne, 2002) ▪ Health promotion anchored in hospital philosophy (Johnson & Baum, 2001; Johnson & Nolan, 2004) ▪ Hospital's attitude and image with respect to HP (internally perceived) (McBride, 2004) ▪ Continuity of care in the healthcare network (Aujoulat et al., 2001; Tountas et al., 2004; Polluste et al., 2007) <p><u>ORGANIZATIONAL SUPPORT</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organization's interest in HP (Robinson et al., 2006) ▪ Organization's support for HPH standards (Whitelaw et al. 2006; McHugh et al., 2010) ▪ Organization's commitment to facilitating implementation of HP services (Johansson et al., 2010) ▪ Presence of organizational leadership (Johnson & Baum 2001; Johnson & Nolan, 2004) ▪ HP activities integrated into the hospital's care and prevention strategy (McBride, 2004) ▪ Supportive structure (Robinson, 1996) ▪ Organization's involvement (Johansson et al., 2010) ▪ Recognition of employees as "health-promotion instruments" (Johansson et al., 2010) ▪ Training in HP for professionals (McBride, 1994; Guo et al., 2007) ▪ HP capacity building (Whitelaw et al., 2006) ▪ Leadership and advocacy development for employees (Whitelaw et al., 2006) <p><u>WORKING CONDITIONS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Improvement of working conditions necessary for HPH standards implementation (Tountas et al., 2004) ▪ Balance between resources and tasks (Johansson et al., 2010) ▪ Professionals' perception of time load involved in implementing HPH standards (Tountas et al., 2004; Guo et al., 2007) ▪ Additional time allocation for HP (McBride, 1994, Johansson et al., 2010) 	<p><u>ORGANIZATION LEVEL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Integration of health promotion (HP) into the hospital's mission and structures (McBride, 2004) ▪ Integration of HPH standards into hospital quality management (Polluste et al., 2007) ▪ Collaboration between services within the hospital to enhance the HPH implementation process (Johnson & Baum 2001; Johnson & Nolan, 2004; Tountas et al., 2004; Robinson et al., 2006, WHO, 2004; Groene, 2006) ▪ Communication / information / diffusion between hospital care services and the community (Haynes, 2008; Robinson et al., 2006) ▪ Strong partnerships between the hospital and the community to develop HP programs (McBride, 2004; Robinson et al., 2006) ▪ Networking between the hospital and community organizations (McBride, 2004; Tountas et al., 2004) ▪ HP policy and program planning (Johnson & Baum, 2001; Johnson & Nolan, 2004) <p><u>ACTIVITIES LEVEL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Training in HPH standards for professionals (Johnson & Baum, 2001; Johnson & Nolan, 2004; Tountas et al., 2004; WHO, 2004; Groene, 2006) ▪ Recruitment of a health-promotion facilitator (McBride, 1994) ▪ HPH standards integrated into hospital program planning (Tountas et al., 2004) ▪ Integration of HP principles into professional practice (Whitelaw et al., 2006; McBride, 2004) ▪ Patient-centered approach to meeting patients' needs (Stanton et al., 1996; McBride, 2004; Robinson et al., 2006) ▪ Credibility of messages transmitted and programs implemented (Robinson et al., 2006) ▪ Coordination in HPH standards implementation (McHugh et al., 2010) ▪ Access to and support from HP experts (Whitelaw et al., 2006) ▪ Collaboration between patients and physicians (Robinson and al, 2006) ▪ Coordination of HP activities (Robinson et al., 2006; Aujoulat et al., 2004; Polluste et al., 2007) ▪ Implementation of evidence-based HP programs (Robinson et al., 2006) ▪ Considering HP as a long-term process (Johansson et al., 2010) ▪ Participative approach to HP activities implementation (Johansson et al., 2010) and HPH standards implementation (Lin et al., 2009) ▪ Bottom-up approach (Lin et al., 2009; Guo et al., 2007; WHO, 2004; Groene, 2006) ▪ Teamwork (Tountas et al., 2004) <p><u>ACTORS LEVEL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Employees' perceptions of HP in hospitals (McBride, 2004; Stanton et al., 1996) ▪ Patients' perceptions of HP in hospitals (McBride, 2004; Robinson et al., 2006) ▪ Better understanding of HPH concept (Lin et al., 2009; Guo et al., 2007) ▪ Development of individual or collective initiatives (Champagne, 2002) ▪ Managers' proximity to field realities (practical context) (Whitelaw et al., 2006) ▪ Presence of "multipliers" (Whitelaw et al., 2006) ▪ Presence of champions serving as relays in new HP practices (Robinson et al., 2006) ▪ Presence of liaison agents (Orlandi, 1990) ▪ Presence of change agents (Rogers, 1995) ▪ Lack of time and training in health promotion (McBride, 1994) ▪ Difficulties in meeting patients' needs (Stanton et al., 1996) ▪ Lack of interest from employees (Stanton et al., 1996) ▪ Lack of incentives (Tountas et al., 2004) ▪ Presence of committed and skilled people (Robinson et al., 2006) ▪ Liberty of action in professional practice (Johansson et al., 2010) ▪ Staff mobilization for HP development in hospital setting (Whitelaw et al., 2006) ▪ Staff involvement in HPH standards implementation (Johnson & Baum, 2001; Johnson & Nolan 2004; WHO, 2004; Groene, 2006)

Table 1: Factors influencing the implementation of Health Promoting Hospitals standards

these factors first according to whether they were external or internal. We then categorized internal factors into organizational factors and factors related to the intervention itself. Organizational factors are related to *resources* (i.e., human, financial, and infrastructure), *organizational structure* (i.e., organizational characteristics), *organizational support*, and *working conditions*. Factors related to the intervention are categorized into the *organization level* (i.e., strategy, vision, mission and goals), the *activities level* (i.e., processes, project components) and the *actors level* (perceptions, attitudes, agency). Table 1 summarizes our findings from the literature review.

3.4. Evaluating the program theory

With a good understanding of the research field, combined with what we learned from the literature, we evaluated the program theory by comparing the real intervention as designed in the logic model with the findings from the literature analysis. We then identified the intervention's strengths that appeared essential to reach its intended goals and the potential weaknesses that could impede its success.

a) The intervention's strengths according to the logic model

Comparing the logic model with the factors identified in the literature that are said to influence HPH interventions, we found that the intervention implemented within the birthing centre had some real strengths. As conceived, the implementation of HPH standards in the birthing centre received financial support from the hospital foundation and from a private foundation. Moreover, the plan included human resources dedicated to implementing activities at the organizational (HP policy communication, health professionals needs assessment, etc.) and clinical (patient needs assessment, patient counselling, etc.) levels. Another lever presented by the intervention as planned was the integration of some activities into the healthcare network and community organizations. The organization has a Health Promotion Department in charge of communicating the

health promotion policy, attesting to the hospital's interest and leadership in implementing the HPH standards. As represented in the logic model, the standards constitute the long-term outcomes targeted by the organization. We can therefore conclude that at the activities level, HPH standards are integrated into hospital policy and program planning. Furthermore, all the activities presented in the birthing centre's logic model are definitely patient-centered and are planned to be implemented through teamwork and collaboration among all the organizational and clinical units. Finally, the Health Promotion Department functions as a liaison-agent between the hospital as a whole and the Birthing Centre in the implementation of the intervention.

b) The intervention's potential weaknesses

Some other factors that would be expected to have an influence over the intervention, based on the literature, are not clearly represented in the logic model. For example, there was no explicit plan for training the professionals in order to integrate the health promotion concept and values and the HPH standards. Moreover, even though the health promotion policy was planned, there was no indication of how the hospital intended to promote itself externally as a health promoting hospital. Establishing the hospital's image as a health promoting setting could therefore constitute a real communication challenge. This is an aspect that could be improved when developing the intervention plan.

To implement HPH in the perinatal context, some external conditions (political context, health system reform, etc.) had to be considered that could affect the implementation process. In our literature review, the only external factor that emerged was the health improvement political agenda. Such an agenda would explicitly promote a new perspective in hospital-based healthcare focused on health improvement and especially health promotion. However, other external factors, such as healthcare system pressures, have an influence. Severe spending cutbacks in the system today impede the development of activities such as training and access to health promotion experts. To date, the birthing centre intervention has been financially supported by both the hospital foundation and a

private one, but there are concerns about its sustainability in the long-term when those funds come to an end.

Implementing the HPH concept in the hospital's context can constitute a real challenge. Hospitals are characterized by fragmentation of services, professional differentiation and considerable time-overload that could impede optimal development of the intervention. Given the constraints of the overall hospital setting, it might be difficult for agents of change such as the Health Promotion Department to spread health promotion principles and philosophy into a highly specialized and curative organization whose primary goal is to treat diseases, allocating budgets to tertiary and quaternary care. To provide effective leverage to implementation, Johansson et al. (Johansson, et al., 2010) cautioned that there must be a balance between resources injected and a realistic level of tasks related to health promotion activities.

Given the deeply-anchored curative culture of the hospital, it is not easy to integrate into hospital-based care—i.e., into all the healthcare departments, services and professional practices—the health promotion activities and prevention strategy that are essential to support continuity of care as well as care coordination, prevention and promotion activities. Managers responsible for planning and implementing health promotion activities will be challenged on a daily basis, especially considering the hospital's work conditions. The literature on human resources in hospitals reveals that most employees, especially nurses, work considerable overtime with very few breaks, resulting in a stressful working environment. Consequently, it becomes difficult to mobilize and motivate them for other types of activities (e.g. health promotion, health education) that are not, but should be, included in their professional practices. To exercise the levers of leadership and advocacy within their teams, medical unit managers must be aware of their employees' needs and concerns. Their proximity to the “practical context” (Whitelaw et al., 2006) and to field realities could allow them to identify multipliers and leaders who could relay among their team the importance of health promotion principles, values and activities.

4. Discussion

Conducting logic analysis from an organizational perspective allowed us to identify strengths and weaknesses of the HPH implementation in a perinatal setting embedded in a hospital. Our analysis offered a better understanding of the factors that might significantly influence the intervention's implementation.

The preliminary logic model constructed for this project served as a basis for discussions with the project's key users. It was purposefully presented in a simplified form so that they could identify clearly, sequentially and logically the objectives of each of the intervention's components. It should be stressed that this first step was not intended to minimize the complexity of the intervention. Indeed, according to Patton, "in face of complexity, the first task is to identify clear, specific and measurable goals... Everything seems complex until you do a logic model" (Patton, 2011, p. 6).

In a next step, the evaluator will go back to the actors to discuss in greater depth the complex relationships between the different elements and add to the original logic model the factors thought to influence the intervention. This will provide a more accurate representation of the intervention's complexity.

Some factors and conditions identified in the literature are represented in the intervention's logic model. The hospital-specific context, which is complex and more focused on curative care, could encumber the intervention, whose perspective is preventive rather than curative. It would therefore not be surprising to encounter resistance throughout the implementation process.

Achieving a condition such as anchoring health promotion in the hospital's philosophy requires a cultural and a paradigmatic shift. It takes time for actors in a hospital to incorporate a broader, more holistic perception of health. The definition, principles and values of health promotion have to be mainstreamed throughout the hospital's departments and services, and integrated into professional practices, while respecting the organization's structural and cultural realities. Meanwhile, that being said, the birthing centre's project leaders

and managers can influence their HPH project more effectively by remaining close to those working in the units. In developing local solutions to strategic challenges such as training professionals in health promotion and allocating time for health promotion activities, this project will ultimately have a greater and long-term impact over the hospital as a whole. By making more explicit the factors influencing good implementation of the HPH concept in a perinatal context, the logic analysis calls for an implementation analysis to investigate in depth the influence of these factors, notably by collecting the actors' perceptions and experiences. We are firmly convinced that, if this pilot program were given more visibility, the innovative experience of the birthing centre could ultimately be extended to other areas within and outside the hospital's boundaries.

5. Conclusion

Our previous experience of logic analysis (Brousselle & Champagne, 2011; Brousselle et al. 2009; Brousselle et al. 2007) has shown that it is important to conduct this type of evaluation before launching other evaluation activities. Doing so has important consequences for the various stakeholders, as well as for the evaluation itself. It can provide, in a relatively short time (from several weeks to six months, depending on the complexity of the intervention and the time devoted to the project), a sound interpretation of the intervention's strengths and alternatives for action. Logic analysis highlights which factors are more important for obtaining the effects and can help identify levers to foster the implementation of the intervention.

First, it is directly useful to stakeholders. It rapidly gives them a sound conceptualization and understanding of the intervention they are trying to implement and of the critical conditions involved. The knowledge derived from the conceptual framework can be used to rapidly re-orient actors' actions to maximize their impact.

Second, logic analysis is an important tool for evaluators because it enhances their knowledge of the strengths and weaknesses of the intervention's

theory and helps them to identify factors over which stakeholders have little or no control. With logic analysis, evaluators are then able to choose the appropriate type of evaluation to conduct.

Finally, logic analysis produced, within a short time, an original and illuminating interpretation of the intervention, providing information that was directly useful for improving actors' practices while setting the foundations for a valid and relevant subsequent evaluation project.

Evaluators may sometimes find the complexity of certain interventions daunting and feel discouraged about designing their evaluation. We have found that logic analysis offers a well-structured approach to analyzing interventions by stressing the most important factors, characteristics and conditions involved in the successful realization of desired effects.

References

- 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.
- Becker, M. C., Lazaric, N., Nelson, R. R., & Winter, S. G. (2005). Applying organizational routines in understanding organizational change. *Industrial and Corporate Change* 14(5), 775-791.
- Bickman, L. (1990). The two worlds of evaluation: an optimistic view the future. *Evaluation and Program Planning*, 13, 421-422.
- Bickman, L. (1987). The function of program theory. In L. Bickman (Ed.), *Using program theory in evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Boden, D. (1994). *The business of talk: Organizations in action*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Brousselle, A., & Champagne, F. (2011). Program theory evaluation: Logic analysis. *Evaluation and Program Planning*, 34(1), 69-78.
- Brousselle, A., Contandriopoulos, D., & Lemire, M. (2009). Using logic analysis to evaluate knowledge transfer initiatives: The case of the Research Collective on the Organization of Primary Care Services. *Evaluation* 15(2), 165-183.
- Brousselle, A., Lamothe, L., Mercier, C., & Perreault, M. (2007). Beyond the limitations of best practices: How logic analysis helped reinterpret dual diagnosis guidelines. *Evaluation and Program Planning* 30(1), 94-104.
- Callaghan, G. (2008). Evaluation and negotiated order: Developing the application of complexity theory. *Evaluation* 14(4), 399-411.
- Champagne, F., Brousselle, A., Contandriopoulos, A.-P., & Hartz, Z. (2009). L'analyse logique. In A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (Eds.), *Concepts et méthodes d'évaluation des interventions* (pp.103-112). Montreal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F. (2002). *The ability to manage change in health care organizations*. Discussion Paper No. 39, Commission on the Future of Health Care in Canada: The Romanow Commission.
- Contandriopoulos, A.-P. (2003). Les images du système de santé. *Course notes*. Montreal: University of Montreal, Department of Health Administration.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L., & Pineault, R. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé : Concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 48, 517-539.
- Contandriopoulos, D., Brousselle, A., & Kêdoté, N. M. (2008). Evaluating interventions aimed at promoting information utilization in organizations and systems. *Healthcare Policy* 4, 89-107.
- Davis, P. (2005). The Limits of Realist Evaluation. *Evaluation*, 11(3), 275-295.
- Degeling, P., Kennedy, J., Carnegie, M., & Holt, J. (1998). *Professional subcultures and hospital reform*. Sydney, Australia: University of New South Wales, Centre for Hospital Management and Information Systems Research.

- Desbiens, F., & Dagenais, C. (2002). *De l'innovation au changement : les leçons tirées des projets québécois financés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS)*. Final report submitted to FASS. Quebec: Ministry of Health and Social Services, Department for the Evaluation of Research and Innovation.
- Deschesnes, M., Martin, C., & Hill, A. J. (2003). Comprehensive approaches to school health promotion: How to achieve broader implementation? *Health Promotion International* 18(4), 387-396.
- Donaldson, S. I. (2007). *Program theory-driven evaluation science: Strategies and applications*. Mahwah, NJ:Lawrence Erlbaum.
- Dooris, M. (2006). Healthy settings: Challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promotion International* 21(1), 55-65.
- Earl, L. (2002). *Innovation and change in the public sector: A seeming oxymoron. Survey of Electronic Commerce and Technology, 2000*. (Cat. No. 88F0006XIE02001). Ottawa: Statistics Canada, Science, Innovation and Electronic Information Division.
- Greenhalgh, T., Kristjansson, E., & Robinson, V. (2007). Realist review to understand the efficacy of school feeding programmes. *BMJ*, 335(7625), 858-861.
- Groene, O. (Ed.) (2006). *Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Groene, O., & Garcia-Barbero, M. (Eds.) (2005). *Health promotion in hospitals: Evidence and quality management*. (EUR/05/5051709). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Groene, O., Jorgensen, S. J., & Garcia-Barbero, M. (2004). *Standards for health promotion in hospitals. Self-assessment tool for pilot implementation*. Barcelona: WHO European Office for Integrated Health Care Services, Division of Country Support.
- 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.
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care* 19(s1), 188-196.
- Haynes, C. (2008). Health promotion services for lifestyle development within a UK hospital – Patients' experiences and views. *BMC Public Health* 8, 284.
- Johansson, H., Weinehall, L., & Emmelin, M. (2010). 'If we only got a chance'. Barriers to and possibilities for a more health-promoting health service. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 3, 1-9.
- 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.
- Kautto, P., & Simila, J. (2005). Recently Introduced Policy Instruments and Intervention Theories. *Evaluation*, 11(1), 55-68.
- Kervasdoué, J. d. (2007). *L'hôpital*. Paris: PUF.
- Lane, K. (2005). Still suffering from the 'silo effect': Lingering cultural barriers to collaborative care. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice* 4(1), 1-10.
- Levitt, B., & March, J. G. (1988). Organizational learning. *Annual Review of Sociology* 14(1), 319-338.
- 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.
- Mayne, J. (2012). Contribution analysis: Coming of age?. *Evaluation*, 18(3), 270-280.
- Mayne, J. (2008). Contribution Analysis: An approach to exploring cause and effect. ILAC methodological brief. Retrieved from
- Mayne, J. (2001). Addressing attribution through contribution analysis: using performance measures sensibly. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 16(1), pp. 1-24.
- McBride, A. (2004). Health promotion in the acute hospital setting: The receptivity of adult in-patients. *Patient Education and Counseling* 54(1), 73-78.
- McBride, A. (1994). Health promotion in hospitals: The attitudes, beliefs and practices of hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing* 20, 92-100.
- McBride, A., & Moorwood, Z. (1994). The hospital health-promotion facilitator: An evaluation. *Journal of Clinical Nursing* 3, 355-359.
- McHugh, C., Robinson, A., & Chesters, J. (2010). Health promoting health services: A review of the evidence. *Health Promotion International* 25(2), 230-237.
- Orlandi, M. A., Landers, C., Weston, R., & Haley, N. (1990). Diffusion of health promotion innovations. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B. Rimer (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (1st Ed.) (pp. 288-313). San Francisco: Jossey-Bass.
- Orlikowski, W. (1996). Improvising organizational transformation over time: A situated change perspective. *Information Systems Research* 7(1): 63-92.
- Patton, M. Q. (2011). *Developmental Evaluation: applying complexity concepts to enhance innovation and use*. New-York: The Guilford Press.
- Pawson, R., & Tilley, N. (2005). Realistic evaluation. In S. Mathison (Ed.), *Encyclopedia of evaluation* (pp. pp. 362-367). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Pelikan, J. M. (2007). Health promoting hospitals: Assessing developments in the network. *Italian Journal of Public Health* 4(4), 261-270.

- Pelikan, J. M., Krajic, K., & Dietscher, C. (2001). The health promoting hospital (HPH): Concept and development. *Patient Education and Counseling* 45(4): 239-243.
- Poland, B. D., Green, L. W., & Rootman, I. (Eds.). (2000). *Settings for health promotion: Linking theory and practice*. London: Sage Publications.
- Pölluste, K., Alop, J., Groene, O., Härm, T., Merisalu, E., & Suurorg, U. (2007). Health-promoting hospitals in Estonia: What are they doing differently? *Health Promotion International* 22(4), 327-336.
- Robinson, K. L., Driedger, M. S., Elliott, S. J., & Eyles, J. (2006). Understanding facilitators of and barriers to health promotion practice. *Health Promotion Practice* 7(4), 467-476.
- Rogers, E. M. (2010). Diffusion of preventive innovations. *Addictive Behaviors* 27(6), 989-993.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations*. New York: Free Press.
- Rogers, P. J. (2008). Using programme theory to evaluate complicated and complex aspects of interventions. *Evaluation* 14(1), 29-48.
- Rogers, P. J., Petrosino, A., Huebner, T. A., & Hacsí, T. A. (2000). Program theory evaluation: Practice, promise, and problems. *New Directions for Evaluation*, 2000(87), 5-13.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. (2004). *Evaluation: A systematic approach* (7th ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- St. Leger, L. (1997). Health promoting settings: From Ottawa to Jakarta. *Health Promotion International* 12(2), 99-101.
- Stanton, W. R., Balanda, K. P., Gillespie, A. M., & Lowe, J. B. (1996). Barriers to health promotion activities in public hospitals. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 20(5), 500-504.
- Steckler, A., Goodman, R. M., & Kegler, M. C. (2002). Mobilizing organizations for health enhancement: Theories of organizational change. In K. Glanz, B. K. Rimer and F. Lewis (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (pp. 335-360). San Francisco: Jossey-Bass
- 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.
- Walker, G., & Kubisch, A. C. (2008). Evaluating complex systems-building initiatives: A work in progress. *American Journal of Evaluation* 29(4), 494-499.
- Weick, K. E., & Quinn, R. E. (1999). Organizational change and development. *Annual Review of Psychology* 50(1), 361-386.
- 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.
- WHO. (2004). *Standards for health promotion in hospitals*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

- WHO. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986.
- Zhao, M., Carretta, H. J., & Hurley, R. E. (2003). Sole hospital commitment to health promotion and disease prevention (HPDP) services: Does ownership matter? *Journal of Health and Human Services Administration* 26(1): 93-118.

6.2. ARTICLE 2 : Appréciation du niveau d'implantation d'un projet d'« Hôpital promoteur de santé » de l'OMS dans le centre périnatal d'un CHU

Auteurs : Lynda Rey, Nicole Dedobbeleer, Astrid Brousselle

Contribution de l'étudiante :

L'étudiante a réalisé la revue de littérature et a collecté les données présentées dans l'étude de cas. Elle a également effectué les analyses et rédigé le manuscrit.

Contribution des coauteurs :

Les professeures Nicole Dedobbeleer et Astrid Brousselle ont contribué à orienter l'article et commenté le manuscrit.

Résumé

Le concept HPS a émergé à la suite de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986) avec pour objectif la réorientation des services de santé vers une plus grande promotion de la santé (OMS, 1986). En 2006, le premier CHU du Québec a adopté le concept et a décidé d'implanter plusieurs projets, dont celui de renforcer la promotion de la santé au sein de son centre périnatal. Malgré la mise en place de stratégies de promotion de la santé en périnatalité, aucune étude portant sur l'implantation du projet HPS dans un centre périnatal n'a été identifiée dans la littérature. Si les avantages du concept HPS en matière de promotion de la santé sont largement promus, les gestionnaires et professionnels de santé ont besoin d'être accompagnés dans ce processus par la mise en place de stratégies claires et d'outils concrets pour soutenir l'implantation, et ce, en contexte périnatal. Le présent article apprécie le niveau d'implantation des quatre dimensions du projet HPS (c.-à-d., organisation promotrice de santé, soins promoteurs de santé, milieu de travail promoteur de santé, communauté promotrice de santé) dans le centre périnatal d'un CHU montréalais. Nous présentons ici la démarche utilisée pour apprécier l'implantation du projet dans toutes ses dimensions, les outils (questionnaires, entrevues, analyse documentaire) utilisés pour collecter l'information auprès des informateurs clés, des gestionnaires, professionnels et couples de patients, ainsi que les résultats. Le niveau d'implantation global des dimensions du concept HPS selon les dimensions et tel que perçu par les répondants est relativement faible, avec un score global moyen de 37 %. La dimension organisation promotrice de santé serait la plus implantée avec un niveau d'implantation de 52 %, suivie de la dimension liée au milieu de travail avec un score moyen de 39 %. Les soins promoteurs de santé seraient implantés à environ 31 % et la dimension relative à la communauté est moins implantée (25 %).

Nous discutons des résultats obtenus selon les outils utilisés et de l'intérêt d'avoir recours à des outils complémentaires pour apprécier rigoureusement le niveau d'implantation. Les résultats de cette étude sont intéressants pour les chercheurs,

les gestionnaires d'hôpitaux ou d'établissements de santé qui souhaitent implanter ou évaluer les dimensions du concept HPS dans leur milieu et particulièrement en contexte de périnatalité.

1. Introduction

L'Organisation mondiale de la santé a joué un rôle catalyseur dans la mise en valeur du concept « Hôpital promoteur de la santé » (HPS). Le concept HPS a émergé à la fin des années 80 à la suite de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986) qui établit cinq priorités d'action, dont la réorientation des services de santé vers plus de promotion de la santé (OMS, 1986). C'est dans cette perspective que la mission et le rôle des hôpitaux sont appelés à changer pour intégrer la promotion de la santé auprès des patients et de leur famille, du personnel, de la communauté environnante et au sein de l'organisation elle-même (Hancock, 1986, 1999; Mittelmark et al., 2008; Pelikan, et al., 2006; Pelikan, et al., 2001). L'objectif est de créer un environnement hospitalier favorable à la promotion de la santé et de permettre aux hôpitaux de faire face aux défis contemporains des services de santé (Lobnig, Krajic, & Pelikan, 1998).

Dès 1993, le Bureau européen de l'OMS a initié un projet pilote des HPS (Whitehead, 2004) et a créé un réseau international des HPS constitué actuellement de 900 réseaux nationaux et régionaux membres dans plus de 40 pays. Tout en s'adaptant aux besoins et aux ressources locales, les membres du réseau international élaborent leurs projets en se basant sur les principes de la Charte d'Ottawa (1986), mais également sur la Déclaration de Budapest qui précise les objectifs du réseau HPS (1991), la Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé (1996), les Recommandations de Vienne sur les stratégies d'implantation des HPS (1997), et les normes des hôpitaux promoteurs de la santé (2004). Les expériences du réseau international des HPS ont démontré la faisabilité et l'applicabilité du concept HPS dans les hôpitaux européens surtout, quels que soient leur taille, leur type et la nature du système de santé dans lequel ils s'inscrivent (Groene, et al., 2010; J. Pelikan, Lobnig, & Krajic, 1997).

Au Québec, la réforme du système de santé interpelle les établissements de santé et de services sociaux à assumer en collaboration avec tous les acteurs du réseau de santé et de services sociaux de leur territoire, leur responsabilité populationnelle et réaliser l'intégration des services. En raison des défis majeurs que les centres hospitaliers universitaires (CHU) doivent relever dans une perspective de réseaux intégrés (accessibilité, continuité et qualité des soins, performance organisationnelle, collaborations interprofessionnelles, travail en réseau, etc.), l'adoption du concept HPS semble constituer une fenêtre d'opportunité pour mener à bien leurs changements (Dedobbeleer, et al., 2008). La révision du mode d'organisation clinique exigée par la réforme du système de santé québécois fait évoluer les modalités de fonctionnement des services hospitaliers et encourage la mutation de la culture d'établissement vers une approche réseau. En 2006, l'un des plus grands CHU de la province a décidé d'adopter le concept HPS et d'adhérer un an plus tard au réseau québécois des établissements promoteurs de santé. À partir de 2008, plusieurs projets ont ainsi été lancés, dont celui de renforcer la promotion de la santé au sein du centre périnatal du CHU.

À ce jour, malgré un nombre important d'études, il existe peu de données probantes sur l'implantation des dimensions du projet HPS (Lee et al, 2012; Lee, Chen, & Wang, 2012; McHugh, et al., 2010; Miseviciene & Zalnieraitiene, 2012; Whitehead, 2004). Malgré le nombre grandissant d'articles, particulièrement en Asie, des écrits ont été publiés dans des journaux nationaux en langue étrangère ou ne sont disponibles que dans la littérature grise, ce qui explique leur absence des bases de données scientifiques traditionnelles (Groene, 2005). En particulier, on sait encore peu de choses sur le processus d'implantation des dimensions du projet HPS (Whitelaw, et al., 2011; Whitelaw, et al., 2006). La majorité d'entre elles se sont inspirées des normes HPS établies par l'OMS (WHO, 2004b). Néanmoins, les études ne décrivent pas suffisamment les projets visant à opérationnaliser le concept au sein de l'organisation ou décrivent, sans les analyser en profondeur, les facteurs en jeu dans le processus d'implantation. Par ailleurs, on constate dans la pratique que le concept HPS a été interprété de façon

variable et peu d'initiatives ont réellement intégré l'ensemble des stratégies suggérées par les documents de l'OMS en lien avec la Charte d'Ottawa (Pelikan, et al., 1997). Plusieurs études évaluatives portant sur le projet HPS (WHO, 1998), ont été menées en Europe (Groene, 2005; Groene, et al., 2010; Groene et al., 2005; Maleki et al., 2012; McHugh, et al., 2010; Miseviciene & Zalnieraitiene, 2012; Nowak, et al., 1998; Polluste et al., 2006; Tountas, et al., 2004; Whitelaw, et al., 2011; Whitelaw, et al., 2006). Ces dernières années, on a aussi assisté à un foisonnement d'études dans le cadre de la mise en place du mouvement HPS en Asie (Guo, et al., 2007; Khowaja, Karmaliani, et al., 2011; Khowaja, Mistry, et al., 2010; Lee, Chen, & Chu, 2012; Lee et al., 2012; Lee, Chen, & Wang, 2012; Lin, et al., 2009; Lin & Lin, 2010). Nous avons également identifié deux études menées en Afrique australe (Delobelle et al., 2010; Geddes, 2008). Enfin, au Québec une étude pilote a été réalisée avec la particularité d'avoir adapté les cinq normes de l'OMS au contexte québécois, et le concept HPS a été étendu à celui des hôpitaux et centres de santé et des services sociaux promoteurs de santé (Dedobbeleer, et al., 2008).

Si les avantages du concept HPS en matière de promotion de la santé sont largement promus et que l'implantation de ses dimensions est considérée « plausible, acceptable et faisable » dans les hôpitaux (Groene, 2006; Pelikan, et al., 2001), les gestionnaires et professionnels de santé ont besoin d'être accompagnés dans ce processus par la mise en place de stratégies claires et d'outils concrets pour soutenir l'implantation (Deschesnes, et al., 2003; Sitanshu, et al., 2012; Whitelaw, et al., 2006). En effet, de nombreux hôpitaux ont tendance à introduire de façon sélective des activités de promotion de la santé dans leur organisation (Aujoulat, et al., 2001; Johnson & Baum, 2001; Lee et al., 2012; Whitelaw, et al., 2006). Le fait que la raison d'être traditionnelle d'un hôpital soit de soigner les patients et de traiter les maladies a pu l'emporter sur un concept qui met au défi l'institution de transformer son organisation, sa culture et ses pratiques professionnelles (Aiello et al., 1990; Aujoulat, et al., 2001; Pelikan, et al., 2001). En effet, il semble plus commun d'élaborer dans les hôpitaux des projets épars d'éducation à la santé ou de promotion des styles de vie sains ciblant

notamment des patients souffrant de maladies chroniques. Il existe également des initiatives en contexte de périnatalité où la promotion de la santé fait partie des services et des pratiques d'accompagnement des femmes enceintes et de leur famille pendant la grossesse (Lee, Haynes, & Garrod, 2010; Mistry et al., 2012; Tuominen et al., 2012; UNICEF, 1990). Par exemple, l'Initiative des hôpitaux et maternités « Amis des bébés » mise sur pied par l'OMS et l'UNICEF visant à promouvoir l'allaitement maternel, comporte des caractéristiques compatibles avec les dimensions du concept HPS en termes de soins, d'information et d'éducation aux patients (UNICEF, 1990; WHO & UNICEF, 2009). Pourtant, tous les hôpitaux accrédités « Ami des bébés » ne sont pas des HPS et vice-versa (Charlebois, 2010).

Malgré l'élaboration de stratégies de promotion de la santé en périnatalité, aucune étude portant sur l'implantation du concept HPS dans un centre périnatal n'a été identifiée. L'implantation du concept étant relativement récente, les défis liés à sa nature complexe, à son contexte d'implantation ainsi qu'à l'efficacité des projets qui s'y rattachent méritent d'être davantage documentés (Bakx, et al., 2001; Johnson & Baum, 2001; Lee, Chen, & Chu, 2012; McHugh, et al., 2010; Pelikan, 2007; Whitehead, 2004; Whitelaw, et al., 2011). Notre recherche va au-delà d'une étude des pratiques et des projets de promotion de la santé. Elle s'intéresse à la participation des patientes et des professionnels de la santé, mais également à la mise en place d'une organisation et d'une communauté promotrices de santé.

Dans ce contexte, nous avons effectué une analyse d'implantation d'un projet HPS. Le présent article apprécie le niveau d'implantation des dimensions du projet HPS dans le centre périnatal d'un CHU montréalais, étape importante de l'analyse d'implantation (Champagne et al., 2011).

2. Contexte d'implantation du projet HPS évalué

Plusieurs établissements de santé québécois ont délibérément entrepris des démarches pour devenir des HPS. Le cas étudié ici est celui du premier CHU montréalais qui a décidé d'implanter les dimensions du concept HPS dans son centre périnatal. Le CHU offre des services généraux, spécialisés et surspécialisés à une clientèle adulte. Doté d'un Centre de recherche il constitue un pôle unique de développement, de mise en pratique et de transfert des connaissances à travers ses activités intégrées de soins, de recherche, d'enseignement, d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé, et de promotion de la santé. Il accueille annuellement environ un demi-million de patients et plus de 12 000 personnes sont directement ou indirectement au service des patients.

Afin de concrétiser le virage vers l'hôpital promoteur de santé, l'organisation a intégré la promotion de la santé dans sa mission en 2006 et un an plus tard, a créé une direction de la promotion de la santé (DPS) et a adhéré au Réseau québécois des établissements promoteurs de santé, affilié à l'OMS. Soutenue par le leadership du directeur général du CHU convaincu de l'intérêt d'adopter le concept HPS, la nouvelle direction s'est vue confier la mission d'implanter des projets de promotion de la santé au sein de l'hôpital conformément aux normes établies par l'OMS. Parmi les stratégies déployées, la DPS a décidé d'expérimenter l'implantation globale et intégrée des dimensions du concept HPS dans son centre périnatal (CP). Les services promoteurs de santé offerts au CP sont développés dans un système de santé caractérisé par des contraintes d'accès à un médecin de famille, des difficultés d'accessibilité à un suivi de grossesse en temps opportun pour les femmes enceintes et une certaine tendance à la surmédicalisation de l'accouchement. Parallèlement, on constate une croissance des besoins en information et en accompagnement exprimés par les futurs parents. De plus, certains font face à des problématiques de santé physique et psychosociale, à des difficultés économiques ou encore, vivent dans des situations de grande vulnérabilité (CSBE, 2011; MSSS, 2008).

Grâce au partenariat financier conclu avec une fondation privée qui

promeut le développement optimal des enfants, le projet d'un Centre d'Excellence en Promotion de la santé en périnatalité, a été lancé. L'objectif est de s'assurer que les enfants naissent et grandissent le mieux possible par l'enseignement et la promotion des saines habitudes de vie auprès des parents. De plus, la mise en place des interventions est basée sur les données scientifiques disponibles sur le concept HPS et son implantation en périnatalité. Tout ceci en vue de contribuer ultimement à l'amélioration de la santé et du bien-être des parents, du personnel, de la communauté environnante et aussi, à faire de l'hôpital une organisation promotrice de la santé.

En effet, le plan d'action du CHU prévoit l'élaboration par l'hôpital d'une politique de promotion de la santé; des activités visant à mettre en place les soins promoteurs de santé; la création d'un milieu de travail promoteur de santé et la collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux pour une communauté en meilleure santé. Ainsi, de 2008 à 2011, une gamme variée d'activités, services et projets ont été implantés au centre périnatal au bénéfice des femmes enceintes et de leur entourage, ainsi que des employés, pour renforcer les liens avec le réseau de la santé et des services sociaux.

3. Méthodologie

3.1. Stratégie de recherche

L'objectif de cet article vise à apprécier, dans le cadre d'une étude de cas unique, le niveau d'implantation des quatre dimensions du concept HPS à savoir, l'organisation promotrice de santé, les soins promoteurs de santé, le milieu de travail promoteur de santé et la communauté promotrice de santé au centre périnatal du CHU. Les résultats présentés ici sont relatifs au premier volet d'une étude de cas unique qui porte sur l'analyse d'implantation du Projet HPS au centre périnatal.

➤ *Devis de l'étude*

Pour apprécier le niveau d'implantation du projet HPS au centre périnatal d'un CHU, nous avons opté pour une étude de cas telle que définie par Creswell (2007). Des données quantitatives descriptives et qualitatives ont été recueillies dans notre étude de cas. Les données quantitatives descriptives, obtenues grâce à des questionnaires, ont permis de faire l'inventaire des ressources et pratiques existantes en promotion de la santé dans le CHU et le CP à partir des connaissances qu'en avaient les informateurs clés. Elles nous aussi permis de juger de la compatibilité des politiques et pratiques existantes avec les dimensions et critères du concept HPS. Cet état des lieux est important pour permettre au personnel de saisir le sens, la portée et l'ampleur de l'implantation du projet HPS dans leur milieu (Whitelaw et al., 2006). Les données qualitatives quant à elles, ont permis d'examiner la perception des acteurs impliqués et concernés, par rapport à l'implantation au projet HPS.

➤ *Échantillonnage*

Pour cette étude, nous avons procédé à un échantillonnage par choix raisonnés en identifiant 20 informateurs clés selon le poste occupé dans l'organisation, et leur rôle dans l'implantation du projet HPS au centre périnatal. De plus, ils ont été consultés en fonction des dimensions pour lesquelles ils avaient des connaissances privilégiées. L'identification de ces répondants clés a été facilitée par l'équipe de la direction de la promotion de la santé du CHU. Ainsi, ces 20 personnes ont répondu à nos questionnaires sur le niveau d'implantation tel que présenté dans le tableau 1 ci-dessous (N=20): 1 gestionnaire du CHU; 4 gestionnaires du centre périnatal et 15 professionnels de la santé.

De plus, des entrevues ont été menées auprès de 30 (N=30) répondants, disponibles et variés, soit des gestionnaires, 2 répondants au CHU (1 gestionnaire et 1 conseillère en promotion de la santé), 7 gestionnaires au CP, 16 professionnels du CP ayant des expertises variées (conseillère en promotion de la santé, conseillère en soins spécialisés, consultante en allaitement, éducatrice à la

santé, infirmière en périnatalité, infirmière ante et post-partum, infirmière de la clinique externe, infirmière en fertilité, infirmière en post-partum, intervenante sociale, nutritionniste, physiothérapeute, psychologue, sage-femme, travailleuse sociale, infirmière en périnatalité) travaillant dans les trois unités de soins (clinique d'obstétrique (la périnatalité et néonatalogie) et selon des quarts de travail différents (jour, soir et nuit) et 5 couples de patients dont les caractéristiques représentent la diversité de la clientèle suivie au centre périnatal ou par une sage-femme affiliée au CP. Sur les cinq couples rencontrés, trois étaient d'origine canadienne et deux issus de l'immigration.

3.2.Présentation du cas à l'étude

Le cas à l'étude est le projet HPS avec ses quatre dimensions relatives à l'organisation promotrice de santé; aux soins promoteurs de santé; au milieu de travail promoteur de santé et à la communauté promotrice de santé. Dans le temps, nous avons examiné l'implantation du projet de 2008, début de la mise en œuvre des activités du projet à l'été 2011, fin de la collecte de données. Dans l'espace, le projet HPS se situe dans le centre périnatal d'un CHU montréalais qui fournit un contexte d'observation permettant d'identifier le niveau d'implantation des dimensions du projet HPS ainsi que les facteurs en jeu dans le processus d'implantation. Situé au cœur du CHU, le centre périnatal enregistre en moyenne 2500 naissances par année. Codirigé par un gestionnaire clinico-administratif, et un gestionnaire médical, il comprend trois unités de soins : la clinique d'obstétrique (générale et grossesse à risque élevé), la périnatalité et la néonatalogie (post-partum). Une infirmière-chef et son adjointe gèrent ces unités et sont assistées sur le plancher par des assistantes-infirmières qui supervisent le personnel infirmier sur les trois unités, et ce, pendant les trois quarts de travail (jour, soir et nuit). Par ailleurs, plusieurs professionnels de la santé collaborent en interdisciplinarité afin d'offrir des services ultraspécialisés (grossesse à risque élevé, diabète gestationnel, réduction des méfaits de la toxicomanie, etc.) et des

services de périnatalité aux patientes et à leur famille (suivi de grossesse, soins ambulatoires et gynécologie, endocrinologie, service psychosocial).

3.3. Présentation des dimensions du projet HPS

Les quatre dimensions analysées dans le cadre de cette étude sont : 1) l'organisation promotrice de santé, 2) les soins promoteurs de santé, 3) le milieu de travail promoteur de santé et 4) la communauté promotrice de santé. La première dimension est appréciée à l'échelle du CHU alors que les trois autres dimensions sont appréciées au niveau du centre périnatal.

- *Dimension 1 : Organisation promotrice de santé*

Cette dimension permet d'apprécier jusqu'à quel point le CHU est une organisation promotrice de santé dont la mission et les buts intègrent les recommandations de Vienne (OMS, 1997). Cette dimension comporte trois critères : l'adoption par le CHU d'une politique de promotion de la santé (critère A); l'existence de directives/procédures pour assurer l'efficacité et l'efficacités des actions et la satisfaction des usagers, l'adaptation du CHU aux changements internes et externes et le maintien des valeurs d'équité, solidarité, éthique et respect des différences (critère B) ; l'existence d'une politique environnementale et de mesures concrètes de protection de l'environnement (critère C).

- *Dimension 2 : Soins promoteurs de santé*

La dimension 2 permet d'apprécier jusqu'à quel point le CP s'assure que les professionnels de la santé, en collaboration avec les patientes, évaluent systématiquement les besoins en promotion de la santé (critère A) et fournissent aux patientes et à leur entourage, de l'information détaillée sur les facteurs importants relatifs à leur état de santé par des canaux et des processus de transmission d'informations claires, compréhensibles et appropriées (critère B). Par ailleurs, conformément à cette dimension, le CP doit élaborer et implanter des programmes et des interventions visant l'intégration de la promotion de la santé dans tous les cheminements cliniques des patientes, les soins centrés sur les futurs parents, l'éducation pour la santé, etc. ainsi que des aides à la décision proposées

dans le cadre d'une consultation avec le professionnel (critère C). Enfin cette dimension intègre la création au sein du CP d'un environnement thérapeutique pour assurer le bien-être, le respect et la sécurité des futurs parents et de leurs proches (critère D).

- Dimension 3 : Milieu de travail promoteur de santé

Cette dimension fait référence à la mise en place au CP de conditions nécessaires à la mise en place d'un milieu de travail promoteur de santé. Il s'agit d'accorder une priorité au bien-être, à la santé et à la sécurité du personnel et des professionnels, par des stratégies visant à créer un milieu de travail sain et sécuritaire (par ex. : politique de santé et de sécurité au travail, évaluation des risques en santé, formation et développement d'habiletés en santé et sécurité du travail, promotion des pratiques sécuritaires) (critère A). Par ailleurs, cette dimension prévoit la mise en place de stratégies de promotion de saines habitudes de vie auprès du personnel (évaluation de besoins, transmission de l'information, programmes d'éducation à la santé) (critère B), les modifications de l'environnement physique et social (critère C), et la participation et l'implication du personnel à la mise en place des pratiques et à l'environnement de travail (critère D).

- Dimension 4 : Communauté promotrice de santé

Le contenu de cette dimension vise à apprécier jusqu'à quel point le CP adopte une démarche planifiée et continue de collaboration avec les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'avec les organisations communautaires. Selon cette dimension, le CP devrait collaborer de façon continue avec les autres établissements de santé et la communauté à l'identification des besoins en santé, à la continuité des soins et des programmes et services de santé dans la communauté, à l'élaboration de politiques publiques saines et à la création d'environnements favorables à la santé. Il s'agit de documenter les liens de collaboration établis avec des partenaires dans la

communauté (critère A), les réalisations existantes ou envisagées (critère B), ainsi que les directives en place pour évaluer la collaboration (critère C).

3.4. Instruments et collecte des données

L'appréciation du niveau d'implantation du projet HPS a été faite à partir de la collecte de deux types de données: 1) des données quantitatives permettant d'apprécier le niveau de mise en œuvre des dimensions et des critères associés et; 2) des données qualitatives permettant de recueillir les connaissances et perceptions des acteurs en lien avec l'implantation des dimensions HPS.

➤ Données quantitatives

Nous avons conçu un questionnaire pour chacune des dimensions (soit quatre questionnaires au total) à partir de l'outil d'autoévaluation des normes HPS de l'OMS (WHO, 2004) et de l'outil d'autoévaluation des CSSS promoteurs de santé au Québec (Dedobbeleer et al., 2007). Le choix d'utilisation de l'outil de Dedobbeleer et collègues se justifie par le fait qu'il a été construit en tenant compte des besoins et réalités des établissements de santé et de services sociaux québécois. En se fondant sur les recommandations de Vienne sur les HPS (1997), les cinq normes (c.-à-d. politique de gestion, évaluation des patients, information et intervention auprès des patients, milieu de travail sain, continuité et coopération) ont été ramenées à quatre dimensions plus intégrées (i.e organisation promotrice de santé, soins promoteurs de santé, milieu de travail promoteur de santé et communauté promotrice de santé). Les détails de l'adaptation de l'outil sont précisés dans un rapport de recherche du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) de l'Université de Montréal. (Dedobbeleer et al., 2008).

Les questionnaires ont été adaptés pour tenir compte du contexte du centre périnatal du CHU. Par exemple, les termes tels que « patients », « maladie », ont respectivement été remplacés par « patientes et entourage », « grossesse ou suivi de grossesse ». De plus, une précision sur l'unité de soins du répondant a été

introduite. Ils ont ensuite été pré-testés auprès de gestionnaires administratifs des soins infirmiers ainsi qu'auprès de professionnels de la santé issus des départements de l'hôpital autres que ceux participant à l'étude.

Le taux de réponse a été de 100%, facilité par notre présence constante dans l'organisation et notre adaptation à la disponibilité de tous les répondants.

Les répondants avaient la possibilité de répondre « oui » (pour les critères perçus comme implantés), « non » (pour les critères perçus comme non implantés) ou « non applicable ». Les questionnaires comportaient également des questions ouvertes visant à compléter, illustrer ou préciser les questions fermées.

➤ Données qualitatives

Entrevues : Par les entrevues, nous avons recueilli les connaissances et perceptions des acteurs impliqués dans l'implantation des dimensions HPS (gestionnaires, professionnels et infirmières) d'une part et, d'autre part, celles des groupes ciblés par l'implantation de chaque dimension (employés et futurs parents). Les entrevues ont permis de compléter et de mieux comprendre, le cas échéant, les données issues des questionnaires. Deux guides d'entrevue ont été élaborés : l'un pour les employés du CHU et du CP (gestionnaires et professionnels) (n=25) et l'autre, pour les couples (n=5) (voir annexe). Au final, nous avons mobilisé un total de 30 répondants pour la collecte des données qualitatives (N=30).

Les entrevues ont été enregistrées et retranscrites en verbatim.

Documents : Nous avons eu accès à la politique de promotion de la santé et aux documents de travail de la planification stratégique du CHU, à tous les plans d'action du CHU et du centre périnatal pour implanter le projet HPS, aux rapports d'activités mis en œuvre dans le cadre du projet HPS et tout document pertinent disponible sur l'évaluation des activités de promotion de la santé au CP de 2008 à 2011. Ces documents ont permis de corroborer et compléter l'information relative au niveau d'implantation du projet HPS

Observation participante : L'immersion dans le milieu de septembre 2010 à août 2011 a permis de mener des observations in situ pour valider nos données du niveau d'implantation (Patton, 2002). Nous avons participé aux réunions et diverses activités en tant que "*membre de l'équipe*" ou observatrice, sans pour autant faire partie du "*centre décisionnel*" des activités. Nous avons rédigé des notes de terrain au gré des rencontres individuelles et d'équipe avec les membres de la DPS, des observations spontanées dans le milieu et des entrevues individuelles, afin de se remémorer des moments clés, sujets de discussion et des contextes d'entrevue (attitude du répondant, langage corporel et non verbal, 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.

3.5. Analyse des données

Les données quantitatives ont été analysées grâce au logiciel SPSS*20, un score moyen (en %) a été généré en calculant le rapport des réponses positives aux questions (éléments implantés) sur le nombre total de questions. Ce score moyen a permis d'estimer le niveau moyen d'implantation de chaque critère et de chacune des dimensions du concept HPS. Un score global a été calculé pour le niveau d'implantation du concept HPS. Les réponses ouvertes ont fait l'objet d'une analyse de contenu pour compléter les données quantitatives descriptives.

Pour les données d'entrevues, nous avons procédé à une codification systématique grâce au logiciel Nvivo*9. Les codes ont été déterminés en fonction des connaissances et des perceptions des répondants par rapport au concept HPS et des quatre dimensions du projet HPS. La démarche de codification a été réitérée par les deux professeurs supervisant cette recherche qui ont procédé à un contre-codage des données d'entrevues. L'objectif était de corroborer et compléter l'information obtenue grâce aux questionnaires d'appréciation du niveau d'implantation de chacune des dimensions du projet HPS.

Une analyse du contenu des plans d'action, rapports d'activités et tout document pertinent disponible sur l'implantation des activités de promotion de la

santé au CP de 2008 à 2011 (Hsieh & Shannon, 2005). Les références spécifiques aux dimensions et critères du projet HPS ont été identifiées. Nous sommes revenues de façon itérative à la lecture des documents à plusieurs occasions pour extraire des données et avons comparé les données documentaires par rapport à celles obtenues dans les entrevues et les questionnaires (Shaw, Elston, & Abbott, 2004).

L'utilisation de multiples sources d'information a permis d'examiner la convergence entre les informations recueillies par ces diverses sources (Yin, 2004, p 18).

4. Résultats de l'appréciation du niveau d'implantation

Les répondants de l'étude ont estimé le niveau d'implantation des dimensions du projet HPS via quatre questionnaires autoadministrés correspondant à chaque dimension. Nous présentons ici le portrait d'ensemble du niveau d'implantation des dimensions et des critères associés au concept HPS.

4.1. Scores moyens d'implantation

D'après les réponses aux questionnaires (Tableau 2), le niveau d'implantation global des dimensions du concept HPS tel que perçu par les répondants est relativement faible, avec un score global moyen de 37 %. La dimension organisation promotrice de santé serait la plus implantée avec un niveau d'implantation de 52 %, suivie de la dimension liée au milieu de travail avec un score moyen de 39 %. Les soins promoteurs de santé seraient implantés à environ 31 % et la dimension relative à la communauté est moins implantée (25 %).

Plus spécifiquement, parmi les critères associés à l'organisation promotrice de santé, le critère lié à l'organisation protectrice de l'environnement obtient un score moyen plus élevé (72 %) que celui des deux autres critères, soit la politique de promotion de la santé (53 %) et l'organisation apprenante et

performante (45 %). En ce qui concerne la dimension relative aux soins promoteurs de santé, le critère relatif à l'évaluation des besoins obtient un meilleur score d'implantation (63 %) que le critère relatif à l'information auprès des patientes (40 %). Les critères liés aux programmes et aux interventions (23 %) et aux changements environnementaux (24 %) obtiennent les scores les plus bas et relativement similaires. En ce qui concerne le milieu de travail, les stratégies pour créer un milieu de travail sain et sécuritaire semblent l'emporter (46 %) sur les stratégies de promotion des saines habitudes de vie (37 %), la modification de l'environnement physique et social (33 %) et à la participation du personnel (31 %). Enfin, le critère de la collaboration avec les partenaires présente un faible score d'implantation de 13 %. Toutefois, les critères relatifs aux réalisations avec les partenaires et à l'évaluation de la collaboration obtiennent respectivement des scores de 63 % et 50 %.

Parmi l'ensemble des critères, on observe que les critères liés à l'organisation protectrice de l'environnement (72 %), à l'évaluation des besoins (63 %) et aux réalisations avec les partenaires (63 %) obtiennent les scores les plus élevés.

Les résultats des questionnaires révèlent une variation dans toutes les dimensions entre les scores des différents groupes étudiés (gestionnaires et professionnels). Ainsi, on note une variabilité entre les scores des gestionnaires CHU et du CP par rapport à la dimension de l'organisation promoteur de santé (69 % contre 51 %). Par ailleurs, la dimension des soins promoteurs de santé obtient un score différent selon les gestionnaires et les professionnels de la santé du CP (48 % contre 36 %). Une forte variation a aussi été observée entre les gestionnaires du CHU et du CP, et les professionnels du CP dans la dimension de la communauté (30 %, 27 % et 16 %).

DIMENSIONS ET CRITÈRES	N	n total de questions	n Min	n Max	Moyenne
Organisation promotrice de la santé	3	76	49	58	52
<i>Critère A : politique de promotion de la santé</i>		45	49	58	53
<i>Critère B : organisation apprenante et performante</i>		25	44	48	45
<i>Critère C : organisation protectrice de l'environnement</i>		6	50	100	72
Soins promoteurs de santé	20	72	8	55	31
<i>Critère A : évaluation des besoins</i>		9	0	100	63
<i>Critère B : information auprès des patientes</i>		28	6	78	40
<i>Critère C : programmes et interventions</i>		19	0	56	23
<i>Critère D : changements environnementaux</i>		16	5	40	24
Milieu de travail promoteur de santé	3	63	35	40	39
<i>Critère A : stratégies pour créer un milieu de travail sain et sécuritaire</i>		12	42	49	46
<i>Critère B : stratégies de promotion des saines habitudes de vie</i>		18	22	44	37
<i>Critère C : modification de l'environnement physique et social</i>		18	28	39	33
<i>Critère D : participation du personnel</i>		15	27	32	31
Communauté promotrice de santé	20	32	0	50	25
<i>Critère A : collaboration avec les partenaires</i>		20	0	34	13
<i>Critères B : réalisations avec les partenaires</i>		4	0	100	63
<i>Critère C : évaluation de la collaboration</i>		8	0	88	50
SCORE D'IMPLANTATION DU PROJET HPS					37

Tableau 2: Scores d'implantation des dimensions HPS

4.2. Niveau d'implantation des dimensions du concept HPS

Les prochains tableaux présentent le détail de l'appréciation du niveau d'implantation des dimensions du concept HPS selon les critères associés à chacune d'entre elles. Pour chaque dimension, les activités implantées et les pratiques existantes sont décrites et leur niveau d'implantation est apprécié au regard des données recueillies par questionnaires, entrevues et documents. Pour différencier ces pratiques des activités implantées à partir 2008, ces dernières ont été présentées en italique dans les tableaux. Nous dressons un bilan d'implantation pour chaque critère selon les interventions *globalement implantées*, *partiellement implantées*, ou les interventions pour lesquelles on observe un *écart important entre les perceptions des gestionnaires et les perceptions des professionnels ou des patients*.

Par intervention, on entend l'ensemble des processus durant lesquels et par lesquels les ressources sont mobilisées et employées par les acteurs pour produire les biens et services requis pour atteindre les objectifs du projet HPS (Champagne et al., 2011).

On considère donc comme *globalement implantées*, les interventions qui ont été implantées en conformité ou avec peu d'écart majeur par rapport aux critères du concept HPS et au plan d'action en PS élaboré par les promoteurs du projet (c.-à-d. la DPS en collaboration avec les gestionnaires du centre). Ces interventions sont celles qui ont bénéficié de ressources pour mettre en œuvre des activités ayant rejoint la clientèle ciblée et qui ont de fortes chances de produire les effets escomptés (objectifs poursuivis) (Champagne et al., 2011; Chen, 2005).

Les interventions *partiellement implantées* sont celles ayant bénéficié de ressources pour mettre en œuvre des activités, mais dont la mise en œuvre n'a pas été complétée mais est en progression. Selon le modèle d'analyse du changement décrit par Steckler et collaborateurs (2002) en quatre étapes soit: la sensibilisation, l'adoption, l'implantation et, enfin, l'institutionnalisation, ces interventions se situeraient davantage dans une phase intermédiaire en cours d'implantation.

Enfin, le troisième type d'interventions rencontre *des problèmes liés à l'implantation et/ou à la théorie d'intervention*. Des activités correspondantes ont été mises en œuvre mais on observe un écart entre les perceptions des gestionnaires et les perceptions des professionnels et/ou des patients sur l'implantation de ces activités. Ceci s'observe lorsque la décision d'intervenir n'a pas mené à une mise en œuvre adéquate (échec d'implantation) (Champagne, 2002) ou lorsque l'intervention est implantée comme prévue mais ne produit pas les effets attendus (répondre aux besoins de la clientèle ciblée) (échec de la théorie d'intervention) (Rossi, Freeman, & Lipsey, 2004).

▪ ***La dimension de l'organisation promotrice de la santé***

La majorité des répondants (gestionnaires et professionnels) rencontrés en entrevues n'avaient pas connaissance de la politique de PS du CHU. Adoptée en 2009, celle-ci n'avait pas été communiquée au sein de l'organisation. La stratégie de la DPS consistait à donner la priorité à l'élaboration d'activités de PS plus visibles. Pour ceux qui en avaient vaguement connaissance, la politique nécessite la référence à des exemples concrets pour faire le lien avec la pratique. Le critère relatif à la politique de PS est donc partiellement implanté, ce qui est aussi observé au niveau du score obtenu.

L'analyse des données sur le critère de l'organisation apprenante et performante met en évidence deux types de pratiques. Les pratiques globalement implantées ont notamment trait à l'utilisation des données probantes pour assurer l'efficacité des interventions et aux enquêtes menées pour assurer la satisfaction des usagers. En revanche, malgré l'existence d'une structure de gestion (comités interdisciplinaires de gestion, de promotion de la santé et d'amélioration continue de la qualité) encourageant le travail d'équipe, la multidisciplinarité et la communication, certains professionnels ont déclaré que les différentes unités du centre travaillaient encore en silos et que la multidisciplinarité et la communication n'étaient pas vraiment présentes dans leurs pratiques professionnelles.

Enfin, le critère de l'organisation protectrice de l'environnement est

globalement implanté, tel qu'observé par le score et ce, via plusieurs politiques et mesures déjà existantes visant à réduire l'empreinte écologique du CHU (*Plan d'action en développement durable 2009-2013* du MSSS), et des projets concrets implantés depuis l'adoption du concept HPS.

Pour résumer, on peut conclure que le niveau d'implantation de la dimension de l'organisation promotrice de la santé varie selon les critères de la dimension et même, selon les sous-critères associés au critère organisation apprenante et performante. L'information obtenue par entrevues et rapports d'activités corrobore et complète l'information obtenue par questionnaire sur l'existence d'une politique de promotion de la santé, les procédures en place pour assurer la satisfaction des usagers et l'organisation promotrice de l'environnement.

DIMENSION 1 : Organisation promotrice de la santé		
Sources : Questionnaires	Autres sources : documents de projets (D), entrevues (E)	Bilan d'implantation
<i>Critère A : Politique de promotion de la santé</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une politique de promotion de la santé faisant partie de l'énoncé des buts et de la mission du CHU - PS intégrée dans le plan stratégique et dans le programme d'amélioration continue de la qualité du CHU - Plan d'action intégrant des activités de PS - Part du budget allouée à la Direction de la promotion de la santé inférieure à 1 % du budget total du CHU - Ressources humaines responsables de la planification, de l'implantation et de l'évaluation du plan d'action de PS 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de campagne de communication de la Politique rédigée en 2009 (D, E) - Priorité au développement des activités de PS (visibilité aux réalisations concrètes) (E) - Méconnaissance de la politique (E) - Absence d'exemples concrets permettant d'en illustrer le contenu selon une gestionnaire du CP (E) 	Partiellement implanté
<i>Critère B : Organisation apprenante et performante</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - Procédures établies pour assurer la satisfaction des usagers, indicateur d'une organisation performante - Procédures pour assurer l'efficacité des interventions - Maintien des valeurs d'équité, de solidarité, d'éthique encouragé - Pratiques d'adaptation aux changements à différents niveaux : <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Outils</u> : Utilisation des données probantes et technologies <u>Ressources humaines</u> : Possibilités d'horaires de travail flexibles pour le personnel ➤ <u>Structure de gestion</u> : travail d'équipe, équipes multidisciplinaires, leadership des gestionnaires et de l'équipe médicale (modèles de rôle, écoute et disponibilité, communication) 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaires régulièrement distribués aux parents pour évaluer leur satisfaction par rapport aux services reçus et adapter ceux-ci aux besoins de la clientèle (D, E). - Services offerts basés sur l'utilisation de données probantes afin d'en garantir l'efficacité (D, E) - Absence de multidisciplinarité et de communication dans les faits selon certains professionnels (E) - Travail en silos, fonctionnement en « micro-unités » (E) 	Globalement implanté Problèmes liés à l'implantation et/ou à la théorie d'intervention
<i>Critère C : Organisation protectrice de l'environnement</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une politique environnementale au CHU - Existence d'une politique conjointe entre l'hôpital, l'Agence de la santé et le Ministère - Politique d'achat écologique - Pratiques de recyclage du papier dans l'organisation - Mesures prises pour la gestion des produits toxiques tels que la fumée de tabac et les gaz de médicaments - Collaboration du CHU à la semaine de l'Efficacité énergétique 	<ul style="list-style-type: none"> - Élaboration de plusieurs projets pour promouvoir le transport actif (Programme ALLÉGO, la promotion de la marche, du vélo), le transport en commun et le covoiturage (D, E) 	Globalement implanté

Tableau 3: Niveau d'implantation de la dimension de l'organisation promotrice de santé

- ***La dimension des soins promoteurs de santé***

Le centre périnatal évalue de façon relativement systématique les besoins de la clientèle (caractéristiques socioculturelles, facteurs de risque comportementaux et sociaux, besoins en soutien social, etc.) et les consigne dans le dossier médical des patientes. Les besoins évalués sont pris en compte par la plupart des professionnels. Toute information complémentaire est inscrite par certains professionnels lors des rencontres de suivi.

En ce qui concerne le critère relatif à l'information auprès de la clientèle, l'écart entre les perceptions des gestionnaires et les perceptions des couples, signale qu'il peut y avoir un problème lié à la théorie d'intervention ou un échec de l'implantation. En effet, des procédures formelles et divers canaux de transmission sont utilisés au centre pour transmettre des informations claires, compréhensibles, et appropriées à la clientèle au sujet de la grossesse et des interventions (choix d'interventions possibles, habitudes de vie, risques et les effets escomptés des interventions, efficacité des interventions selon les données probantes disponibles). Pourtant, bien que l'utilité des documents transmis ait été reconnue par l'ensemble des répondants, la clientèle considère recevoir un nombre trop important d'informations dès le premier rendez-vous. Par conséquent, ces documents sont rarement lus en intégralité ou sont parfois égarés. Certaines patientes ont déclaré ne pas être en mesure de retrouver le document adéquat lorsqu'elles en avaient le plus besoin. Malgré les efforts déployés pour informer la clientèle, les objectifs visés ne semblent pas atteints. Par ailleurs, on note un échec de l'implantation au niveau des procédures verbales de transmission de l'information. En effet, la plupart des documents ne sont pas discutés en face-à-face avec le professionnel de santé en raison notamment du temps limité accordé aux rendez-vous de suivi de grossesse. Aussi, les participants ont évoqué l'attitude paternaliste de certains professionnels en matière de promotion de l'allaitement maternel.

Par ailleurs, une gamme variée de services et de programmes a été mise en œuvre pour soutenir l'intégration de la promotion de la santé en milieu clinique et

pour répondre aux besoins de la clientèle. Les couples rencontrés ont tous exprimé une satisfaction globale par rapport aux services offerts au centre, et, notamment, vis-à-vis du service sage-femme complété d'un transfert à l'hôpital en cas de complications. Toutefois, les couples rencontrés considèrent que l'implantation des programmes gagnerait à être davantage centrée sur le couple et à intégrer le père dans les décisions liées aux processus de grossesse et aux interventions reçues par la patiente. Une meilleure prise en considération des situations particulières vécues par certains parents est également souhaitable. Ces éléments indiquent que l'implantation peut encore être partielle, mais est manifestement en progression.

De plus, bien que l'environnement du centre dispose d'équipements visant à assurer le bien-être, le respect et la sécurité des familles (chambres individuelles comportant des toilettes individuelles, lit d'appoint pour le père, équipements pour handicapés, flacons de désinfection des mains, télévision, espaces d'attente et de repos, espaces cuisine avec micro-ondes et un réfrigérateur, service d'accueil et personnel formé pour répondre aux besoins de la clientèle), le centre a connu des modifications pour assurer un environnement plus thérapeutique et promoteur de santé (modification de la salle d'attente, décorations, retrait des machines distributrices, etc.).

Pour conclure, les résultats du tableau 4 révèlent que le niveau d'implantation de la dimension relative aux soins varie selon les critères de cette dimension au sein du centre périnatal. Si l'évaluation des besoins, ainsi que les changements environnementaux effectués pour assurer le bien-être, le respect et la sécurité de la clientèle sont globalement implantés, l'implantation du critère lié aux programmes et interventions auprès des patientes est en progression et l'implantation du critère lié à l'information aux patientes serait à améliorer. L'information par entrevues et rapports d'activités corrobore et complète l'information obtenue par questionnaire sur l'évaluation des besoins de la clientèle, les programmes et interventions et les changements environnementaux.

DIMENSION 2 : Soins promoteurs de santé		
Sources : Questionnaires	Autres sources : documents de projets (D), entrevues (E)	Bilan d'implantation
Critère A : Évaluation des besoins		
<ul style="list-style-type: none"> - Collecte systématique d'informations autres que celles liées au suivi de grossesse et interventions consignées au dossier médical de la clientèle - Collecte et inscription non systématique des informations liées à l'acceptabilité par rapport au suivi de grossesse et à la satisfaction par rapport aux informations reçues. 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Étude menée en vue de dresser un portrait de la clientèle visée par les services offerts par le CP et identifier ses besoins (D, E)</i> - <i>Prise en compte de ces informations par certains professionnels dans leur évaluation des besoins de la clientèle (E)</i> 	Globalement implanté
Critère B : Information auprès des patientes		
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Procédures formelles pour transmettre l'information à la clientèle</i> - <i>Autres informations transmises sporadiquement: effets indésirables des services offerts, coûts des médicaments et /ou interventions non couverts par l'assurance maladie</i> - <i>Principaux canaux de transmission : télévision dans les salles d'attente, consultations individuelles, brochures d'accueil systématiquement distribuées lors du premier rendez-vous</i> - <i>Procédures de transmission d'informations claires, compréhensibles et appropriées (écrite et verbale)</i> - <i>Possibilité de traduction de l'information pour les patientes qui ne parlent ni le français ni l'anglais</i> - <i>Disponibilité de certains documents dans plusieurs langues.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Perceptions des couples (E):</u> - Diversité des documents remis - Quantité trop importante de documents - Absence de discussion du contenu avec les professionnels - Information souvent inadaptée aux besoins immédiats surtout dans le cas d'une deuxième grossesse - Suggestion d'une remise des documents pertinents en fonction du stade de la grossesse (risque d'oubli en cas de besoin) - Faible prise en compte du vécu des femmes - Tendance des professionnels à « suivre un protocole » - Paternalisme des professionnels par rapport à l'allaitement - Temps accordé par les médecins au suivi jugé insuffisant (contrairement au temps accordé par une sage-femme) - Besoin de poser des questions et d'obtenir des réponses aux préoccupations. - Informations souvent contradictoires selon les différents professionnels rencontrés ou selon les quarts de travail. 	Problèmes liés à l'implantation et/ou à la théorie d'intervention
Critère C : Programmes et interventions		
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Développement et implantation de programmes, services et activités de PS</i> - <i>Actions pour assurer la qualité des interventions de PS en milieu clinique</i> - <i>Autres actions peu systématisées : intégration des résultats des enquêtes de satisfaction dans le système de gestion continue de la qualité, participation des patientes dans le développement des interventions, réévaluation des besoins des patientes en PS à la fin des interventions</i> - <i>Aides à la décision proposés: prospectus, références communautaires, présentations de groupe et sites internet</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Implantation des activités cofinancées dès 2008 (D, E)</i> - <i>Recrutement de ressources humaines dédiées à la PS (D, E)</i> - <i>Réaménagement de la salle d'attente (D, E)</i> - <i>Restructuration du site web (D, E)</i> - <i>Éducatrice pour la santé (promotion des saines habitudes de vie) (D, E)</i> - <i>Comité interdisciplinaire en promotion de la santé (développement du contenu éducatif et uniformisation des messages) (D, E)</i> - <i>Répertoire des ressources communautaires (nutrition et rôle du père (D, E)</i> - <i>Entente avec service sage-femme conclue en 2009 (D, E)</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Perceptions des couples (E) :</u> - Satisfaction globale des services offerts - Respect de la dignité et des valeurs culturelles - Appréciation du service sage-femme mais nécessité du transfert à l'hôpital en cas de complications <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Suggestions des couples (E)</u> - Soins davantage centrés sur le couple - Meilleure prise en compte des cas particuliers - Meilleure implication des pères 	Globalement implanté

<i>Critère D : Changements environnementaux</i>		
- Environnement pour assurer le bien-être, le respect et la sécurité des patientes et de leur famille	Types de changements : <i>salle d'attente, télévision, décorations, retrait des machines distributrices, changement lumière salle de bain pour éviter injections par patientes toxicomanes (D, E)</i>	Globalement implanté

Tableau 4: Niveau d'implantation de la dimension des soins promoteurs de santé

- ***La dimension du milieu de travail promoteur de santé***

Le centre périnatal applique des stratégies concrètes existantes visant à assurer la santé et la sécurité du travail du personnel. Ces stratégies sont pour la plupart, des processus examinés par le Conseil québécois d'agrément (*CQA, Gestion Intégrée de la Qualité, version 4, processus 27*) et des directives du MSSS appliquées à l'échelle organisationnelle pour évaluer les risques en santé et sécurité du travail, promouvoir l'utilisation sécuritaire des équipements (*système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail ou SIDMUT, unités de retraitement des déchets médicaux ou RDM, services d'hygiène et de salubrité, etc.*), un environnement sans tabac (*Loi sur le tabac*) et lutter contre le harcèlement par exemple. Par ailleurs, on constate que des efforts particuliers ont été réalisés pour aménager un environnement physique et social (mise à disposition de services de navette, aire de repos, supports à vélo, organisation d'activités récréatives, etc.) pour le bien-être des employés.

Toutefois, pour d'autres interventions, l'implantation et/ou la théorie d'intervention semblent inadéquates. En effet, bien que les employés aient été invités à s'exprimer sur leurs besoins en PS, l'implantation des stratégies de promotion des saines habitudes de vie et les différentes offres de services de PS n'a pas été concluante. Plusieurs activités ont dû être ajournées en raison de la faible participation du personnel. De même, malgré les efforts faits au niveau de la cafétéria pour offrir des menus-santé (*Politique alimentaire du CHU adoptée en juin 2010*), plusieurs employés déclarent l'offre d'une saine alimentation

insuffisante. Par ailleurs, les horaires d'ouverture de la cafétéria ne coïncident pas toujours avec les horaires du personnel de nuit ou de fin de semaine.

Enfin, en ce qui concerne la participation du personnel, il apparaît que les employés qui disposent d'une responsabilité de gestion ou certains professionnels de la santé sont davantage impliqués dans la prise de décision comparativement aux infirmières et commis sur le plancher. Or, malgré leur supériorité numérique, ces derniers déclarent se sentir très peu impliqués dans les décisions les concernant. Ceci semble symptomatique d'une mise en œuvre inadéquate des mesures favorisant l'implication de tout le personnel.

En résumé, le niveau d'implantation varie également dans la dimension relative au milieu de travail promoteur de santé. Les stratégies de création d'un milieu de travail sain et sécuritaire ainsi que certaines modifications de l'environnement physique et social semblent globalement implantées contrairement aux stratégies de promotion des saines habitudes de vie et de participation du personnel qui se heurtent à des problèmes d'implantation ou de théorie d'intervention. L'information par entrevues et rapports d'activités corrobore et complète l'information obtenue par questionnaire sur les stratégies pour créer un environnement sain et sécuritaire, la modification de l'environnement physique pour promouvoir la santé des employés.

DIMENSION 3 : Milieu de travail promoteur de santé		
Sources : Questionnaires	Autres sources : documents de projets (D), entrevues (E)	Bilan d'implantation
<i>Critère A : Stratégies pour créer un milieu de travail sain et sécuritaire</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Priorité à la santé et à la sécurité du personnel</i> - Mesures sont prises pour évaluer les risques en santé et de sécurité du travail (rapports d'incidents, inspections, etc.) - Promotion de l'utilisation sécuritaire des équipements (applications des lois, règlements intérieurs) - <i>Politiques anti-tabac</i> et de lutte contre le harcèlement psychologique, etc. 	<p><i>Formation du personnel aux pratiques sécuritaires d'hygiène (E)</i></p>	Globalement implanté
<i>Critère B : Stratégies de promotion des saines habitudes de vie (HBV)</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Évaluation des besoins du personnel en PS</i> - <i>Canaux de transmission de l'information sur la santé et les saines HBV (affiches, bulletins d'information, intranet)</i> - <i>Programme d'éducation à la santé pour le personnel</i> - Programme d'aide aux employés (PAE) 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Enquête sur les HBV et évaluation des besoins (D, E).</i> - <i>Information sur les HBV dans le Journal interne du personnel et conception d'outils promotionnels (D)</i> - <i>Programmation d'activités autour des thématiques ciblées par les employés (D, E)</i> - <i>Service d'une éducatrice à la santé (D)</i> - Très faible participation des employés (D, E) - <i>Ajournement des activités à l'été 2010 (D)</i> 	Problèmes liés à l'implantation et/ou à la théorie d'intervention
<i>Critère C : Modification de l'environnement physique et social</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Modification de l'environnement physique pour promouvoir la santé des employés</i> - Mesures prises pour prévenir la violence (formation sur la civilité, affiches, rencontres multi et interdisciplinaires, possibilité de contacter le service de sécurité en cas d'urgence) - <i>Stratégies environnementales pour promouvoir les saines habitudes alimentaires et le bien-être du personnel</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Service de navette pour transport entre différents sites, aire de repos et activités récréatives/sportives (E)</i> - <i>Mise à disposition de douches et de supports à vélo (E)</i> - <i>Retrait des machines distributrices sur les étages (E)</i> - <i>Absence d'offres d'abonnements à des centres de conditionnement physique (E)</i> - <i>Fermeture de la cafétéria en dehors des heures habituelles (fin de semaine, nuits) (E)</i> - <i>Offre non systématique de menus santé à la cafeteria (E)</i> - <i>Accès aux des machines distributrices de la cafétéria mais absence d'indication explicite des choix santé (E)</i> 	Globalement implanté Problèmes liés à l'implantation et/ou à la théorie d'intervention
<i>Critère D : Participation du personnel</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - Participation du personnel au développement des pratiques de travail - <i>Implication du personnel dans les décisions ayant trait à l'environnement de travail (comités, visites de terrain, enquêtes de satisfaction vis-à-vis du milieu de travail)</i> - Employés généralement impliqués: chefs de département, chefs d'unité, infirmières-chefs et professionnels de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perceptions mitigées (E) - <i>Assistants-chefs et certains professionnels se sentent impliqués</i> - <i>Les infirmières et commis sur le plancher déclarent être peu impliqués</i> 	Problèmes liés à l'implantation et/ou à la théorie d'intervention

Tableau 5: Niveau d'implantation de la dimension du milieu de travail promoteur de santé

- ***La dimension de la communauté promotrice de santé***

La dimension de la collaboration se décline par les liens qu'établit le centre avec ses partenaires du réseau et autres organismes communautaires. Malgré une tendance vers la réalisation de partenariats autour de la promotion de la santé en périnatalité, des efforts restent à faire en matière d'institutionnalisation de la collaboration, d'allocation de ressources humaines et financières et, enfin, d'établissement de procédures d'évaluation de la collaboration avec la communauté. Ceci nous amène à considérer cette dimension comme étant partiellement implantée. L'information par entrevues et rapports d'activités corrobore partiellement et complète l'information obtenue par questionnaire sur la collaboration et les réalisations avec les partenaires.

DIMENSION 4 : Communauté promotrice de santé		
Sources : Questionnaires	Autres sources : documents de projets (D), entrevues (E)	Bilan d'implantation
<i>Critères A et B : Collaboration et réalisations avec les partenaires</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - Établissement de liens de collaboration avec des partenaires de la communauté principalement les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les organismes communautaires - Structure de collaboration : rencontres formelles et informelles, échanges d'information, ordonnances collectives, forums de discussion ou déjeuner-échanges, des groupes de travail - Ressources pour établir des partenariats : Personnel, expertise - Existence de partenariats externes encadrés par l'hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de budget dédié pour les partenariats (E) - Collaborations réalisées depuis septembre 2008 (D, E): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Service sages-femmes du CSSS du territoire ▪ Équipe petite enfance de la Direction de santé publique de Montréal ▪ Université de Montréal (projets de recherche sur le diabète de grossesse et implantation du Projet HPS) ▪ DPJ du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (prise en charge prénatale des femmes toxicomanes) et centre jeunesse Batshaw (anglophone) 	Implanté partiellement
<i>Critère C : Évaluation de la collaboration</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - Directives émises pour assurer la qualité des interventions de partenariat dans la communauté (prise en compte des besoins de la communauté) - Pratiques non courantes ou inexistantes : enquêtes de satisfaction auprès de la population du territoire, participation de la population à la prise de décision liée à la détermination des priorités et à la mise en place des interventions dans la communauté, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de procédures d'évaluation de la collaboration 	Implanté partiellement

Tableau 6: Niveau d'implantation de la dimension de la communauté promotrice de santé

5. Discussion

Les résultats de l'étude montrent que des activités ont été implantées dans les quatre dimensions du projet HPS du CP et qu'elles se sont jointes et fondues dans des activités existantes et compatibles au projet. Le niveau d'implantation varie selon les dimensions et les critères. On observe des éléments globalement implantés, des éléments en cours d'implantation, des éléments à améliorer et des éléments encore absents. Rappelons que l'implantation du projet a débuté en 2008 et que notre enquête fait état des réalisations jusqu'à l'été 2011. Des progrès sont nécessaires, mais il faut souligner l'importance des efforts de mise en œuvre qui ont été déployés au centre périnatal du CHU.

- Triangulation et implications pour la recherche

Cette étude a mis en évidence plusieurs informations convergentes à travers les données issues des questionnaires, des entrevues et des documents. Selon Yin, l'une des forces de la collecte de données dans le cadre d'une étude de cas unique, est la triangulation des données ou l'opportunité d'utiliser plusieurs sources d'information pour révéler des tendances convergentes dans la compréhension d'un même phénomène (Yin, 2003, p.96, traduction libre). C'est une stratégie de recherche au cours de laquelle le chercheur superpose et combine plusieurs techniques de recueil de données afin de compenser le biais inhérent à chacune d'entre elles. Elle permet également de vérifier la justesse et la stabilité des résultats produits. Le recours à la triangulation décrit aussi un état d'esprit du chercheur, lequel tente activement et consciemment de soutenir, de recouper, de corroborer les résultats de son étude (Mucchielli & al., 2004, p. 289). Dans cet article, les données d'entrevues et celles issues des documents corroborent et complètent certaines informations collectées par questionnaires:

- *Dimension organisation promotrice de la santé* : existence d'une politique de promotion de la santé, stratégies implantées pour assurer la satisfaction des usagers, et critère de l'organisation promotrice de l'environnement.

- *Dimension soins promoteurs de la santé* : critères relatifs à l'évaluation des besoins de la clientèle, aux programmes et interventions en promotion de la santé, et aux changements environnementaux pour promouvoir la santé de la clientèle.
- *Dimension milieu de travail promoteur de santé* : critères liés aux stratégies mises en œuvre pour créer un environnement sain et sécuritaire et à la modification de l'environnement physique pour promouvoir la santé des employés.
- *Dimension communauté promotrice de la santé* : critère de la collaboration et des réalisations entreprises par le centre périnatal avec ses partenaires de la communauté.

On a également observé des résultats contrastés du niveau d'implantation selon les outils utilisés et selon les groupes interviewés. Malgré des scores relativement faibles obtenus via les questionnaires, l'analyse documentaire, les données d'entrevues semi-dirigées ainsi que l'observation in situ, ces moyens ont permis de préciser et de compléter l'information relative au niveau d'implantation des dimensions du concept HPS : certains critères peu implantés selon les réponses aux questionnaires, apparaissent ainsi plutôt comme globalement implantés lorsqu'on considère les autres sources d'information.

En effet, alors que le critère relatif à une organisation apprenante et performante obtient un score moyen de 45 %, soit le plus faible de la dimension de l'organisation promotrice de santé d'après les questionnaires, les autres sources révèlent que certaines activités non rapportées par questionnaire auraient pu contribuer à une augmentation du score moyen attribué à ce critère. Ainsi, des procédures telles que les enquêtes de satisfaction régulièrement menées auprès des futurs parents, permettent de s'assurer de la satisfaction de la clientèle par rapport aux services offerts en périnatalité et les interventions élaborées conformément aux données probantes disponibles pour en garantir l'efficacité ont été identifiées par l'analyse des documents.

Ensuite, le score moyen de 31 % obtenu dans la dimension des soins promoteurs de santé apparaît très faible par rapport aux informations complémentaires issues des autres sources de données. En effet, il apparaît que le centre périnatal offre une gamme variée de programmes et de services de promotion de la santé et que plusieurs changements environnementaux ont également été réalisés en vue d'accueillir les parents dans un environnement thérapeutique, sécuritaire et agréable, alors même que les scores attribués à ces critères sont faibles. Aussi, tous les répondants (gestionnaires, professionnels et patients) ont exprimé leur satisfaction générale par rapport à la visibilité et à la pertinence des programmes et des changements implantés. Malgré un score moyen de 46 %, le critère relatif aux stratégies visant à créer un milieu de travail sain et sécuritaire au sein de l'organisation est globalement implanté par l'application de diverses procédures formelles et les gestionnaires rencontrés ont tous déclaré accorder une priorité au bien-être, à la santé et à la sécurité du personnel. Enfin, contrairement aux résultats obtenus dans les questionnaires qui montrent un faible niveau d'implantation de la collaboration avec les partenaires de la communauté (13 %), les autres sources révèlent que plusieurs partenariats sont en cours d'implantation depuis septembre 2008.

Les résultats contrastés observés peuvent s'expliquer par l'absence de certains informateurs clés tels que des gestionnaires en ressources humaines aux questionnaires pour les dimensions de l'organisation promotrice de la santé et du milieu de travail (trois gestionnaires).

Par ailleurs, on a observé une variabilité des perceptions entre les groupes. Alors que les gestionnaires du CHU et du CP semblent avoir une bonne connaissance des dimensions de l'organisation promotrice de santé et du milieu de travail, les perceptions entre ces derniers et, les professionnels ainsi que les patients, varient en ce qui a trait aux soins promoteurs de santé et à la communauté promotrice de santé. On peut postuler que cette variation est liée à la faible connaissance du concept et de ses dimensions, au manque d'informations transmises sur l'implantation du concept au centre périnatal et à l'écart possible

entre les informations présentées dans les plans d'action et la réalité perçue sur le terrain.

Enfin, les outils de mesure utilisés ne poursuivent pas les mêmes objectifs : alors que les questionnaires recueillent des informations similaires aux outils d'agrément, les entrevues intègrent les perceptions des acteurs et les documents décrivent les activités de planification, d'implantation et d'évaluation du projet. Ceci renforce l'importance d'utiliser de multiples sources d'information pour apprécier adéquatement le niveau d'implantation. L'utilisation des sources de données combinées dans cette étude (analyse documentaire, questionnaires, observation, entrevues semi-dirigées) constitue une stratégie importante pour apprécier le niveau d'implantation des dimensions du concept HPS en mettant en évidence les tendances convergentes et différentes dans l'information recueillie. Elle a notamment permis d'offrir une interprétation plus fine et plus riche de l'implantation en présentant une description détaillée de l'intervention et de ses composantes, du niveau d'implantation des dimensions et des critères associés au concept HPS.

- Résultats et implications pour l'intervention

Selon nos données, la *dimension organisation promotrice de santé* obtient un score de 52 %, suivie de la *dimension liée au milieu de travail* avec un score moyen de 39 %. La *dimension des soins promoteurs de santé* serait implantée à environ 31 % et la dimension relative à la communauté est faiblement implantée (25 %). Ces résultats diffèrent de ceux révélés dans d'autres études s'inspirant des normes HPS de l'OMS et développés à partir de devis différents. En effet, l'étude taïwanaise de Lin et al (2010) montre des scores plus élevés et les relations avec la communauté obtiennent un score d'implantation supérieur (80 %) aux soins prodigués aux patients (77,8 %), au milieu de travail (65,4 %) et à l'organisation (40 %). Dans une autre étude du même auteur (Lin et al. 2009), l'information aux patients est davantage implantée (81,57 %) comparativement aux normes relatives à la continuité et de la coopération avec la communauté (73,53 %), au milieu de travail (71,03 %) et à la politique de gestion (68,18 %). Dans ces deux études, les

activités les moins implantées sont au niveau de l'organisation et du milieu de travail. Ces résultats suggèrent l'importance du contexte dans l'implantation du projet HPS.

Au Québec, l'influence des normes d'agrément sur les établissements de santé, les lois, règlements et normes gouvernementales (*Loi sur les services de santé et les services sociaux, 2004*; *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, Plan de développement durable pour le Québec – document d'information 2005*) et du MSSS (*L'intégration des services de santé et des services sociaux, 2004*; *Directives du MSSS relatives à l'implantation de la politique alimentaire du CHU*; *Plan d'action de développement durable 2009-2013*; *Manuel de planification des mesures d'urgence pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, 1998*, *Règlement sur les déchets biomédicaux –Loi sur la qualité de l'environnement, Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé, etc.*), ainsi que les pratiques existantes et compatibles avec le projet HPS, peuvent expliquer cette différence. Par ailleurs, la publication d'un outil d'autoévaluation pour les CSSS promoteurs de santé présentant les normes et critères compatibles avec beaucoup de critères d'agrément, a aussi pu influencer la mise en œuvre du projet HPS dans le CHU. Aussi, le Réseau québécois des établissements promoteurs de santé a conçu plusieurs guides pour soutenir l'implantation des projets HPS : *Guide pour l'élaboration d'une politique de promotion de la santé* (Lagarde, 2009), *Guide pour l'intégration de la promotion de la santé dans la pratique clinique des professionnels* (Agence de la santé et des services sociaux, 2010), *Guide pour la promotion des milieux de travail sains dans le réseau de la santé et des services sociaux* (Agence de la santé et des services sociaux, 2011), *Guide de correspondance entre les normes d'agrément et les normes de promotion de la santé OMS-HPS*, (Agence de la santé et des services sociaux, 2012) dans les établissements partenaires, dont le CHU. À Taïwan, le projet HPS a été initié à l'échelle gouvernementale alors qu'au Québec, l'adhésion aux principes du concept HPS est volontaire et les modalités de son implantation sont décidées par

les établissements eux-mêmes. Alors qu'au Québec les programmes communautaires en promotion de la santé sont élaborés par les CSSS en collaboration avec les partenaires du réseau local de santé et de services sociaux, à Taïwan, ils sont élaborés par des hôpitaux. Ceci peut expliquer la prédominance des relations avec la communauté dans les hôpitaux promoteurs de santé taïwanais.

Nos résultats vont plus loin en révélant divers niveaux d'implantation des différents critères des dimensions HPS: les interventions implantées globalement, implantées partiellement et celles se heurtant à des problèmes liés à l'implantation ou à la théorie d'intervention. Ceci a permis une compréhension plus fine des résultats. Tout d'abord, nos résultats montrent que plusieurs interventions associées aux dimensions du concept HPS sont *globalement implantées* au centre périnatal : certaines activités relatives à l'organisation apprenante et performante, l'organisation protectrice de l'environnement, l'évaluation des besoins des patients, les programmes et interventions auprès des patients, les changements environnementaux associés aux soins promoteurs de santé, les stratégies de création d'un milieu de travail sain et sécuritaire, et à certaines modifications de l'environnement physique et social du milieu de travail. Ces résultats ont un sens particulier au Québec, où les procédures de protection de l'environnement et les normes relatives à la santé et à la sécurité des employés sont régies par des lois et règlements obligatoires pour les établissements de santé. Enfin, les programmes et interventions de PS ont bénéficié d'un budget spécifiquement alloué pour leur déploiement.

Outre les activités globalement implantées, d'autres interventions peuvent être considérées comme étant *partiellement implantées et en progression* : politique de promotion de la santé, réalisation et évaluation de la collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux. La politique rédigée en 2009 n'a pas été diffusée au sein de l'organisation en raison notamment d'un choix stratégique de la Direction qui souhaitait miser au préalable sur la visibilité des projets concrets. Ceci peut expliquer la méconnaissance de cette politique et de son contenu par le personnel et les usagers du centre périnatal. Toutefois, dans le

cadre d'un projet pilote, la connaissance est un facteur déterminant de l'action (Green & Kreuter, 2005; Whitelaw, et al., 2006). Les gestionnaires et professionnels en place devraient tous avoir une bonne compréhension du concept et de la politique. Leur implication dans la mise en place de la politique aurait été plus facilitante. Par conséquent, l'implantation partielle de la politique a de bonnes chances d'être complétée si une campagne de communication sur la politique et des progrès visibles depuis le début de l'implantation est mise en œuvre. Par ailleurs, en matière de participation du personnel, selon les données d'entrevues, les décisions sont prises selon une approche davantage *top-down* et peu participative. Or, selon les Recommandations de Vienne de 1997, la participation est un élément majeur de l'application du concept HPS devrait être davantage renforcée (OMS, 1997). Enfin, la dimension relative à la communauté promotrice de santé est, elle aussi, partiellement implantée. S'il existe des collaborations envisagées et réalisées au CP, celles-ci sont plus informelles et reposent sur des relations d'échanges entre individus ouverts à la collaboration. Une formalisation de la collaboration au niveau organisationnel soutenue par un budget spécifique et une volonté d'implication de tous les acteurs dans le cadre de l'opérationnalisation du concept HPS pourrait faire progresser le niveau d'implantation voire d'institutionnalisation de la collaboration (Poland, et al., 2005; Rogers, 2003; Sossa, 2011) et ce, dans le cadre de l'application de la réforme du système de santé au Québec et du partage des responsabilités entre les CSSS et les RUIS.

Enfin, plusieurs activités comportent des difficultés pouvant relever d'un *échec de l'implantation ou de la théorie d'intervention* (Champagne, 2002; Suchman, 1967; Weiss, 1972). En effet, l'un des éléments du critère d'une organisation apprenante et performante a trait à la structure de gestion pour laquelle on observe un écart entre la perception des gestionnaires par rapport à l'existence de la multidisciplinarité et de l'interdisciplinarité dans les pratiques de travail, et celle des professionnels et infirmières qui ont l'impression de travailler au sein de « micro-unités » où la communication et la multidisciplinarité font souvent défaut. Il s'agit là d'une différence entre l'interdisciplinarité, une pratique

existante normée par le MSSS (Projet de loi 90) et rapportée par les gestionnaires, et son opérationnalisation remise en valeur par le projet HPS. Cet écart pourrait être interprété de deux manières : soit l'interdisciplinarité n'était pas encore mise en œuvre au CP ou soit, elle doit être repensée pour être davantage connue et intégrée dans les pratiques professionnelles.

De même, certains éléments relatifs à l'information auprès des patients sont adéquatement mis en œuvre par la transmission de l'information par des documents écrits variés remis lors du premier rendez-vous. Néanmoins, selon les données d'entrevues menées auprès des patients, ils ne répondent pas aux besoins de la clientèle. Dans ce cas, la théorie d'implantation semble inadéquate et les procédures de transmission de l'information écrite doivent être repensées. Les documents devraient être distribués en fonction de leur pertinence par rapport au stade d'évolution de la grossesse. L'exemple de la promotion de l'allaitement maternel au Centre illustre aussi cette inadéquation de la théorie d'intervention. Le CP souhaite devenir un hôpital ami des bébés et pour y parvenir, doit implanter une série de dix recommandations établies par l'Organisation mondiale de la santé (Desrochers & Renaud, 2010; OMS, 1999). Dans cette perspective, les professionnels mettent beaucoup l'accent sur la sensibilisation des mamans en les incitant à allaiter leur bébé conformément aux normes en question. Pourtant, la majorité des mères ont soulevé une attitude paternaliste de certaines infirmières par rapport à l'allaitement. Après l'accouchement, certaines femmes disent ne pas pouvoir se reposer suffisamment et être réveillées par des infirmières les obligeant à allaiter leur bébé. Dans certaines circonstances, l'allaitement a pu s'avérer incompatible avec la situation économique ou l'état de santé de la maman. Si les recommandations implantées sont conformes à l'objectif de devenir un hôpital ami des bébés, elles peuvent remettre en cause la capacité de l'organisation à être un hôpital ami des mamans. D'où l'importance d'adapter l'enseignement aux besoins des couples et aux caractéristiques particulières à chaque patiente.

Bien que l'information transmise soit jugée claire, compréhensible et appréciée, certains aspects relèvent d'une mise en œuvre inadéquate des

procédures de transmission de l'information notamment verbale : temps de consultation limité ne permettant pas l'explication des documents remis, recours à un protocole de soins standardisés non adapté au vécu des couples, contradiction de l'information transmise oralement selon les différents professionnels. Pour pallier cette mise en œuvre inadéquate, les résultats suggèrent que les soins offerts au CP devraient être davantage centrés sur les couples et surtout que les pères devraient être plus impliqués dans les décisions concernant leur conjointe (MSSS, 2008, *Politique de périnatalité 2008-2013*; Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire, 2013).

En ce qui concerne la dimension relative au milieu de travail promoteur de santé, certaines activités semblent comporter les caractéristiques d'un échec de la mise en œuvre et de la théorie d'intervention. Les stratégies mises en œuvre au CP pour promouvoir les saines habitudes de vie auprès des employés (programmation d'activités diverses, enquête sur les habitudes de vie, service d'une éducatrice à la santé), en particulier, se sont soldées par une faible participation, voire à l'ajournement des interventions de promotion de la santé auprès du personnel. Malgré une planification ayant tenu compte des besoins exprimés et une mise en œuvre jugée adéquate, la plupart des employés n'y ont pas participé. Par ailleurs, les stratégies environnementales de promotion de la santé des employés tels que le retrait des machines distributrices à l'étage et l'offre de menus santé à la cafétéria de l'hôpital n'ont pas eu les résultats attendus (échec de la théorie d'intervention). En revanche, lorsqu'on tient compte des raisons évoquées par les répondants pour expliquer la faible couverture de ces interventions (manque de temps, de disponibilité, conditions de travail difficiles ou non prise en compte des différents quarts de travail), on pourrait conclure que ces facteurs ne sont pas toujours sous le contrôle des gestionnaires et que la planification des activités n'en a pas suffisamment tenu compte. En effet, la plupart des activités offertes de jour excluaient d'emblée la participation d'une majorité d'employés travaillant de soir ou de nuit. De même, les horaires d'ouverture de la cafétéria coïncident rarement avec les plages horaires du personnel de nuit et de fin de semaine. Ainsi, les résultats suggèrent que les

interventions visant les employés devraient être repensées et orientées plus vers l'amélioration des conditions de travail tout en tenant compte des besoins différenciés de chaque quart de travail, plutôt que d'être focalisées sur la promotion des saines habitudes de vie.

- Qualité de l'étude

Pour juger de la qualité de cette étude, nous avons opté pour les propositions de Yin (2003) relatives à l'analyse de l'étude de cas : la validité de construit, la validité interne, la validité externe.

- La validité de construit : Elle consiste à opérationnaliser correctement le concept étudié. Dans cette étude, le concept HPS a été opérationnalisé à travers divers outils. Les questionnaires ont été construits conformément aux quatre dimensions du concept HPS et intègrent les normes développées par l'OMS ainsi que les Recommandations de Vienne (1997). De plus, compte tenu du fait que la recherche ait été menée dans un contexte de périnatalité, les différentes questions rattachées à chaque dimension et chaque critère ont été adaptées pour mieux refléter la réalité du milieu. Les guides d'entrevues ont permis de recueillir des informations pertinentes sur l'implantation du projet HPS et ce à travers les quatre dimensions du concept. Enfin, les documents qui ont pu être consultés font référence à l'implantation du projet HPS et aux diverses activités mises en œuvre dans ce cadre (par ex. : politique de promotion de la santé du CHU, plans d'Action et rapports d'activité, rapports d'évaluation). Toutefois, bien que les questionnaires utilisés aient été adaptés au contexte de périnatalité et prétestés, nous n'avons pas calculé le coefficient alpha de Cronbach permettant d'apprécier davantage la validité de construit des dimensions considérées. Ceci pourrait faire l'objet de recherches futures.

- La fiabilité : Dans cette étude, nous avons documenté le processus de collecte et les étapes d'analyse des questionnaires, entrevues et documents, pour les rendre le plus explicites possible. Ceci renforce la fiabilité du processus de recherche. En outre, il existe un biais possible en raison de l'observation dans le milieu et de l'effet du chercheur, dont l'interprétation a pu être influencée par ses

croyances et perceptions (Van Der Maren, 1996). Cependant, ce biais est réduit grâce aux stratégies de validation utilisées dans cette recherche (Creswell, 2007). En effet, notre immersion de longue durée dans le milieu de recherche a eu pour effet de nous permettre de passer inaperçus autant que possible et de nous « fondre dans l'organisation », ce qui a certainement permis de réduire l'effet du chercheur sur le site et d'appréhender les caractéristiques du contexte afin que notre interprétation des données recueillies reflète le mieux possible la réalité du terrain. Enfin, le recours à différentes sources de données ainsi qu'au triple codage par trois chercheurs (1 junior et 2 seniors) pour l'ensemble des analyses renforce la validité des résultats obtenus dans le cadre de cette étude cas.

- La validité interne : Selon Yin (2003), les tactiques visant à atteindre la validité interne dans une étude de cas sont difficilement identifiables (p.36). Nous avons choisi la tactique du *pattern-matching* des quatre dimensions du projet HPS dans le cadre de l'appréciation du niveau d'implantation. Lorsque toutes les données recueillies sont disponibles en format textuel, les données peuvent être analysées sur le plan méthodologique (Miles et Huberman, 1994). En codant selon la tactique du *pattern-coding*, nos données qualitatives empiriques ont été comparées aux dimensions du projet HPS. Cette tactique a quatre fonctions importantes (Miles et Huberman, 1994). Tout d'abord, elle nous permet de réduire de grandes quantités de données dans un plus petit nombre d'unités d'analyse. Deuxièmement, lors de la collecte de données, nous étions déjà dans un processus d'analyse des dimensions, ce qui nous a permis de mieux cibler notre travail de terrain. Troisièmement, le *pattern-matching* nous a aidés à développer le modèle logique du projet HPS et à mieux comprendre les interactions entre ces dimensions. Quatrièmement, cela a constitué une base utile pour mettre en évidence la convergence et les différences entre les informations recueillies.

- La validité externe : Dans le cas de la présente étude, la validité externe est davantage liée à la transférabilité de nos résultats (Creswell, 2007). La description en profondeur du cas à l'étude et du contexte d'implantation, de la collecte et de l'analyse d'un grand nombre d'informations sur chacun de nos groupes de

répondants concernés par l'implantation du projet HPS (gestionnaires, professionnels et patients) ainsi que sur le niveau d'implantation des dimensions du projet HPS, ont permis l'examen d'un grand nombre de variables et des liens qui les unissent (Karsenti & Demers, 2004). Ceci offre un potentiel important de transférabilité dans d'autres milieux hospitaliers et d'autres contextes de périnatalité au Québec.

Par ailleurs, bien que nos résultats ne déterminent pas les effets de cette intervention sur les gains en santé des patientes, l'appréciation du niveau d'implantation permet néanmoins aux concepteurs du projet de bénéficier des résultats de cette évaluation en vue d'améliorer leurs interventions dans le cadre du projet HPS. De tels résultats vont dans le sens d'une culture de l'expérimentation, de l'apprentissage continu et de l'évaluation. Ces éléments sont indispensables à l'amélioration des programmes implantés, et à l'implantation d'une organisation apprenante et performante. « Cela suppose un changement important dans la conception de la responsabilité, un décideur responsable est celui qui voit dans l'erreur une possibilité d'apprentissage et non une faute sanctionnable » (Champagne, 2002) (p. 25).

6. Conclusion

Grâce à l'utilisation des différentes sources d'information, nous avons réussi à cerner les réussites globales (ce qui a été fait); les activités partiellement implantées ou en cours d'implantation (ce qui devrait être renforcé) et les activités reposant sur une théorie d'intervention inadéquate ou liée à des difficultés d'implantation (ce qui devrait être repensé). Il s'agit d'un projet complexe comportant plusieurs dimensions et critères dont l'implantation globale et intégrée constitue un défi de taille dans une organisation complexe. En ciblant la promotion de la santé auprès des patients, des employés, dans la communauté et son intégration dans la culture hospitalière, la mise en œuvre du projet HPS dans un environnement complexe (l'hôpital) où les intérêts des acteurs dans le processus de changement peuvent diverger, implique la prise en considération des

relations inter-organisationnelles (hôpital-organisations communautaires), et des pratiques interdisciplinaires (collaboration entre divers professionnels) en développement, surtout dans le cadre de la réforme du système de santé et l'organisation des RUIS. Aussi, on constate que malgré une planification intégrant l'ensemble des dimensions du concept HPS dans le centre périnatal, les activités implantées sont surtout celles qui ont déjà été ciblées par des lois, règlements et normes du MSSS, Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément. Le projet HPS vient réanimer cet aspect, le remet en avant de la scène et surtout, montre leur importance et permet d'établir des liens entre ces différentes composantes.

Cet article présente une expérience unique d'implantation au sein du centre périnatal d'un CHU montréalais et démontre qu'implanter de façon globale et intégrée les dimensions du concept HPS ne va pas de soi. Il offre une description détaillée des composantes de l'intervention grâce à une combinaison de sources de données et de méthodes offrant ainsi une richesse interprétative et une compréhension plus fine de l'appréciation du niveau d'implantation des dimensions du concept HPS (Creswell, 2007). L'appréciation du niveau d'implantation confirme l'importance de redéfinir la notion de succès d'implantation d'une intervention (Saksvik et al., 2002). Une intervention qui apparaît peu implantée selon des critères standardisés pourrait, en réalité, avoir des composantes davantage implantées ou inclure des activités mal conçues, difficilement saisissables par un outil unique. De plus, la description détaillée des projets apporte des informations très utiles à l'amélioration des programmes et renforce le potentiel de transférabilité dans des contextes similaires. Les résultats de cette recherche sont pertinents pour les chercheurs, les gestionnaires d'hôpitaux ou d'établissements de santé qui souhaitent implanter ou évaluer les dimensions du concept HPS dans leurs milieux et en particulier en contexte de périnatalité.

Références

- Aiello, J., Barry, L., Lienert, L., & Byrnes, T. (1990). Health promotion - a focus for hospitals. *Australian Health Review*, 13, 90-94.
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1(3), 385-405. doi: 10.1177/146879410100100307
- 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.
- Bakx, J., Dietscher, C., & Visser, A. (2001). Editorial: health promoting hospitals. *Patient Education and Counseling*, 45, 237-238.
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanov) ed.). Montréal: Udem.
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A.-P., & Denis, J.-L. (2011). L'analyse de l'implantation. In A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (Eds.), *L'évaluation: concepts et méthodes* (2nd Éd. ed., pp. 237-273). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Brousselle, A., Hartz, Z., & Denis, J.-L. (2011). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. In A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (Eds.), *L'évaluation: concepts et méthodes* (2nd Ed. ed., pp. p 49-70). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Charlebois, K. (2010). *Synthèse: recension des pratiques des hôpitaux promoteurs de santé en périnatalité*. Hôpital Sainte-Justine, centre de promotion de la santé, Montréal.
- Chen, H. T. (2005). *Practical program evaluation: Assessing and improving planning, implementation and effectiveness*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches* (2nd Ed. ed.). Thousand Oaks: Sage.
- CSBE (Commissaire à la santé et au bien-être). (2011). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2011: État de la situation , portrait de la périnatalité et de la petite enfance au Québec (pp. 245 p). Québec.
- Dedobbeleer, N., Contandriopoulos, A.-P., Lamothe, L., Nguyen, H., Rousseau, L., & Bilterys, R. (2007). Le Centre de santé et de services sociaux promoteur de santé: Outil d'auto-évaluation (GRIS ed., pp. 18). Québec: Université de Montréal, Département d'administration de la santé, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Dedobbeleer, N., Contandriopoulos, A.-P., Lamothe, L., Nguyen, H., Rousseau, L., & Bilterys, R. (2008). 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 « hôpital promoteur de santé ». Montréal: Université de Montréal.
- Delobelle, P., Onya, H., Langa, C., Mashamba, J., & Depoorter, A. M. (2010). Advances in health promotion in Africa: promoting health through hospitals. *Global Health Promotion*, 17(2 suppl), 33-36. doi: 10.1177/1757975910363929
- Deschesnes, M., Martin, C., & Hill, A. J. (2003). Comprehensive approaches to school health promotion: how to achieve broader implementation? *Health Promot. Int.*, 18(4), 387-396. doi: 10.1093/heapro/dag410
- Desrochers, S. L., & Renaud, L. (2010). Les normes de l'allaitement maternel et de l'accouchement naturel : un examen de leur instauration. In L. Renaud (Ed.), *Les médias et la santé: de l'émergence à l'appropriation des normes sociales* (pp. p. 53-72). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Eisenhardt, K. M., & Graebner, M. E. (2007). Theory building from cases: opportunities and challenges *Academy of Management Journal*, 50(1), 25-32. doi: 10.5465/amj.2007.24160888
- Geddes, R. (2008). *Adapting the WHO health promoting hospitals strategy for South African hospitals: en evaluation* Master of Medicine (Public Health), University of KwaZulu-Natal, Durban South Africa.
- Gouvernement du Québec. Documents disponibles sur le site de l'éditeur officiel du Québec à l'adresse suivante : <http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca> .
- *Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2* Québec, Éditeur officiel du Québec.
 - *Loi sur le tabac, L. R. Q., chapitre T-0.01.* Québec.
 - *Règlement sur les déchets biomédicaux – Loi sur la qualité de l'environnement, c. Q-2, r.3.001 à jour le 7 décembre 2004.* Québec. Éditeur officiel du Québec.
 - *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, chap. III, sect. 1, art. 6-18e élément.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach* (4th Ed. ed.). New-York: McGraw-Hill Higher Education.
- Groene, O. (2005). Evaluating the progress of the Health Promoting Hospitals Initiative? A WHO perspective: Commentary on: Whitehead, D. (2004) The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on? *Health Promotion International*, 19, 259-267. *Health Promot. Int.*, 20(2), 205-207. doi: 10.1093/heapro/dah613
- Groene, O. (2006). Implementing health promotion in hospitals: manual and self-assessment forms. Copenhagen: WHO/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. doi: 10.1093/heapro/daq013
- Groene, O., Jorgensen, S. J., Fugleholm, A. M., Iler, 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*, 18(4), 300-307. doi: 10.1108/09526860510602569
- Guo, X. H., Tian, X. Y., Pan, Y. S., Yang, X. H., Wu, S. Y., Wang, W., et al. (2007). Managerial attitudes on the development of health promoting hospitals in Beijing. *Health Promot. Int.*, 22(3), 182-190. doi: 10.1093/heapro/dam010
- Hancock, T. (1986). Creating a healthy community: the preferred role for hospitals. *Dimension Health Service*.
- Hancock, T. (1999). Creating health and health promoting hospitals: a worthy challenge for the 21st century. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12, 8-19.
- Johnson, A., & Baum, F. (2001). Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Health Promot. Int.*, 16(3), 281-287. doi: 10.1093/heapro/16.3.281
- Khowaja, A. R., Karmaliani, R., Mistry, R., & Agha, A. (2011). Transition towards health promoting hospitals: adapting a global framework to Pakistan. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 17(10), 738-743.
- Langley, A. (1999). Strategies for Theorizing from Process Data. *The Academy of Management Review*, 24(4), 691-710.
- Langley, A. (2009). Studying processes in and around organizations In D. Buchanan & A. Bryman (Eds.), *The Sage Handbook of organizational research methods*.(pp. 409-425): SAGE Publications
- Lee, C., Chen, M., & Chu, C. (2012). The health promoting hospital movement in Taiwan: recent development and gaps in workplace. *International Journal of Public Health*, 1-5. doi: 10.1007/s00038-012-0391-8
- Lee, C. B., Chen, M. S., Powell, M., & Chu, C. M.-Y. (2012). Achieving organizational change: findings from a case study of health promoting hospitals in Taiwan. *Health Promotion International*. doi: 10.1093/heapro/das056
- 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*, n/a-n/a. doi: 10.1002/hpm.2156
- Lee, D., Haynes, C., & Garrod, D. (2010). Exploring health promotion practice within maternity services. *Manchester: Stockport NHS Foundation Trust. Final report*.
- 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. doi: 10.1016/j.pec.2008.12.025
- Lin, Y.-W., & Lin, Y.-Y. (2010). Health-promoting organization and organizational effectiveness of health promotion in hospitals: a national cross-sectional survey in Taiwan. *Health Promotion International*. doi: 10.1093/heapro/daq068
- Lobnig, H., Krajic, K., & Pelikan, J. M. (1998). The International WHO-Network of Health Promoting Hospitals: State of development of Concepts and Projects In G. Conrad (Ed.), *Health Promoting Hospitals in Practice*:

- Developing Projects and Networks*. Darmstadt: Proceedings of the 6th International Conference on Health Promoting Hospitals.
- Maleki, M. R., Delgoushaie, B., Nasiripour, A. A., & Yaghoubi, M. A. (2012). Comparative Study on the European Pilot Hospitals in the Health Promoting Hospitals Project. *Health Information Management*, 9(2), 254.
- McHugh, C., Robinson, A., & Chesters, J. (2010). Health promoting health services: a review of the evidence. *Health Promot. Int.*, daq010. doi: 10.1093/heapro/daq010
- Miseviciene, I., & Zalnieraitiene, K. (2012). Health promoting hospitals in Lithuania: health professional support for standards. *Health Promotion International*. doi: 10.1093/heapro/das035
- Mistry, K. B., Minkovitz, C. S., Riley, A. W., Johnson, S. B., Grason, H. A., Dubay, L. C., et al. (2012). A New Framework for Childhood Health Promotion: The Role of Policies and Programs in Building Capacity and Foundations of Early Childhood Health. *American Journal of Public Health*, 102(9), 1688-1696. doi: 10.2105/ajph.2012.300687
- Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A., & Tones, K. (2008). Health Promotion. In H. Editor-in-Chief: Kris (Ed.), *International Encyclopedia of Public Health* (pp. 225-240). Oxford: Academic Press.
- MSSS. (2008). Politique de périnatalité 2008-2018. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).
- MSSS. Documents disponibles sur le site du Ministère de la santé et des services sociaux à l'adresse suivante : <http://www.msss.gouv.qc.ca>.
- *Plan d'action de développement durable 2009-2013 – Prévenir et agir pour la santé de notre avenir*, MSSS, 2009.
 - *L'intégration des services de santé et des services sociaux : Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. MSSS, Québec. Février 2004
 - *Manuel de planification des mesures d'urgence pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux*. MSSS, Québec. Juin 1998
 - *Projet de loi n° 90 (2002, chapitre 33) - Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*.
 - *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. MSSS, Québec. Octobre 2004.
- Nowak, P., Lobnig, H., Krajic, K., & Pelikan, J. (1998). Case Study Rudolfstiftung Hospital, Vienna, Austria – WHO Model Project “Health and Hospital. In J. Pelikan, M. Garcia -Barbero, H. Lobnig & K. Krajic (Eds.), *Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997* (pp. 47-66). Gamburg: G Conrad Health Promotion Publications.
- OMS. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Copenhagen: WHO-Regional Office for Europe Retrieved from http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?PrinterFriendly=1&language=french.

- OMS. (1999). Données scientifiques relatives aux Dix Conditions Pour le Succès de l'Allaitement (pp. 128p). Genève: Département Santé et Développement de l'Enfant et de l'Adolescent
- Pelikan, J., Dietscher, C., Krajic, K., & Nowak, P. (2006). Putting PHP Policy into Action *Working Paper of the WHO Collaborating Center on HPH and Health Care*. Vienna: WHO Collaborating Center on HPH and Health Care.
- Pelikan, J., Krajic, K., & Dietscher, C. (2001). The health promoting hospital (HPH): concept and development. *Patient Education and Counseling*, 45(4), 239-243.
- Pelikan, J., Lobnig, H., & Krajic, K. (1997). Health Promoting Hospitals. *World Health* 3, 24-25.
- Pelikan, J. M. (2007). Health Promoting Hospitals: Assessing developments in the network. *Italian Journal of Public Health*, 4(4), 261-270.
- Poland, B., Graham, H., Walsh, E., Williams, P., Fell, L., Lum, J. M., et al. (2005). 'Working at the margins' or 'leading from behind'? a Canadian study of hospital-community collaboration. *Health & Social Care in the Community*, 13(2), 125-135. doi: 10.1111/j.1365-2524.2005.00542.x
- Polluste, K., Alop, J., Harm, T., Merisalu, E., & Suurorg, L. (2006). Development of the HPH network in Estonia: the managers' perspective. *Health Promoting Hospitals Newsletter*, 26, 5-7.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (Fifth Edition ed.). New York: Free Press.
- Rossi, P. M., Freeman, H. E., & Lipsey, M. W. (2004). *Evaluation - A Systematic Approach*. (7th Ed. ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Saksvik, P. Ø., Nytrø, K., Dahl-Jørgensen, C., & Mikkelsen, A. (2002). A process evaluation of individual and organizational occupational stress and health interventions. *Work & Stress*, 16, 37-57.
- Sitanshu, S. K., Gautman, R., & Lakshmina, S. (2012). Health promotion hospital: a noble concept. *National Journal of Community Medicine*, 3(3), 558-562.
- Sossa, G. O. (2011). L'innovation sans lendemain : les difficultés de l'institutionnalisation du changement. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 16(2), 1-16.
- Suchman, E. A. (1967). *Evaluative research: Principles and practice in public service and social action programs*. New York: Russell Sage Foundation.
- Tountas, Y., Pavi, E., Tsamandouraki, K., Arkadopoulos, N., & Trianfyllou, D. (2004). Evaluation of the participation of Aretaieion Hospital, WHO Pilot Project of Health Promoting Hospitals. *Health Promoting International*, 19(4), 453-462.
- Tuominen, M., Kaljonen, A., Ahonen, P., & Rautava, P. i. (2012). Does the organizational model of the maternity health clinic have an influence on women,Äôs and their partners,Äô experiences? A service evaluation survey in Southwest Finland. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 1-12. doi: 10.1186/1471-2393-12-96

- UNICEF. (1990). Innocenti declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding: UNICEF.
- Van Der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation* (2ème éd. ed.). Belgique: De Boek pour les Presses de l'Université de Montréal.
- Weiss, C. H. (1972). *Evaluation research. Methods for assessing program effectiveness*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Whitehead, D. (2004). The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on? *Health Promot. Int.*, 19(2), 259-267. doi: 10.1093/heapro/dah213
- 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. doi: 10.1093/heapro/dar038
- Whitelaw, S., Martin, C., Kerr, A., & Wimbush, E. (2006). An evaluation of the Health Promoting Health Service Framework: the implementation of a settings based approach within the NHS in Scotland. *Health Promot. Int.*, 21(2), 136-144. doi: 10.1093/heapro/dal009
- WHO. (1998). *Evaluation Methods in Hospitals – reports by the National/Regional Networks*. Darmstadt: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (2004a). *Self-Assessment Tool for Pilot Implementation of Health Promotion Standards and Indicators in Hospitals*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (2004b). *Standards for Health Promotion in Hospitals*. Copenhagen: WHO Régional Office for Europe.
- WHO, & UNICEF. (2009). *Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, updated and expanded for integrated care* (pp. 80 pp). Geneva: World Health Organization, UNICEF and Wellstart International.

6.3. ARTICLE 3 : Implantation d'un projet d'« Hôpital promoteur de santé » de l'OMS dans le centre périnatal d'un CHU : facteurs facilitants et contraintes

Auteurs : Lynda Rey, Nicole Dedobbeleer, Astrid Brousselle

Ce manuscrit a été soumis à la revue *The International Journal of Health Planning and Management* en 2013.

Contribution de l'étudiante :

L'étudiante a réalisé la revue de littérature et a collecté les données présentées dans l'étude de cas. Elle a également effectué les analyses et rédigé le manuscrit.

Contribution des coauteurs :

Les professeures Nicole Dedobbeleer et Astrid Brousselle ont contribué à orienter l'article et ont commenté le manuscrit.

Résumé :

L'implantation du projet d'Hôpital promoteur de santé (HPS) en milieu hospitalier requiert de profonds changements de pratiques, de culture, et de mentalités. Peu d'études publiées sur les changements dans les organisations de santé portent sur des projets implantés en lien avec le concept HPS, et les raisons de l'échec de ces changements sont souvent complexes. Le présent article porte sur l'implantation d'un projet d'« Hôpital promoteur de la santé » dans le centre périnatal d'un CHU à Montréal. L'objectif est d'examiner dans le cadre d'une étude de cas unique, les facteurs qui ont facilité et fait obstacle à l'implantation du projet HPS. Les données ont été recueillies auprès des promoteurs du projet HPS ayant joué un rôle dans l'adoption du concept au CHU, des gestionnaires, professionnels et patients du centre périnatal. De plus, nous avons procédé à une analyse des documents relatifs à l'implantation du projet. Après une première étape d'analyse thématique selon les dimensions du projet HPS, ces facteurs ont été classifiés dans les catégories proposées dans le cadre d'analyse de l'implantation de Damschroder et al. (2009). Nos résultats révèlent que l'implantation dépend de multiples facteurs et de liens entre ces facteurs. Selon l'ensemble des répondants, les facteurs principaux ayant facilité l'implantation du projet HPS au centre périnatal du CHU sont liés au contexte interne (compatibilité avec les pratiques de PS existantes, l'engagement et le leadership, la disponibilité des ressources) et au processus d'implantation lui-même (qualité de la planification, de l'exécution et de l'évaluation). Les principales contraintes ayant freiné l'implantation ont également trait au contexte interne (conditions de travail difficiles, la culture organisationnelle curative, le manque de communication, le manque d'engagement et de leadership de certains gestionnaires) et certaines faiblesses dans l'exécution du Projet HPS.

Cette étude souligne l'importance, aussi bien pour les praticiens que pour les chercheurs, d'analyser les facteurs multiples susceptibles d'agir à différents niveaux du processus d'implantation afin de mieux concevoir les projets HPS dans les CHU et en particulier, dans des centres périnataux.

1. Introduction

Le concept d'Hôpital Promoteur de la Santé (HPS) a connu plusieurs développements depuis son émergence à la suite de la Charte d'Ottawa en 1986 (Garcia-Barbero, 1998; Nowak & März, 1998; Pelikan et al., 2005; Pelikan, et al., 2006; Pelikan, et al., 2001). Le bureau européen de l'OMS a soutenu son expansion à travers l'implantation d'un projet pilote européen des HPS (Groene, 2006; Pelikan, et al., 2001) et l'établissement de cinq normes relatives à 1) la politique de gestion de l'hôpital; 2) l'évaluation du patient; 3) l'information et l'intervention auprès des patients; 4) la promotion d'un milieu de travail sain et, enfin, 5) la continuité et la coopération avec la communauté (WHO, 2004). De plus, un manuel d'autoévaluation des normes HPS a été conçu et testé dans plusieurs hôpitaux (Groene, 2006) pour permettre aux établissements de s'en inspirer pour mettre en place leurs activités de promotion de la santé ou d'évaluer le niveau d'implantation du projet HPS. Les établissements promoteurs de santé sont encouragés à utiliser cet outil pour, notamment, habiliter les gestionnaires et les professionnels de la santé à évaluer les activités de promotion de la santé dans les hôpitaux; parfaire la capacité des organisations de santé à améliorer ces activités; formuler des recommandations; favoriser la participation des professionnels et des patients à l'amélioration de la qualité des soins; améliorer la coordination des soins avec les autres prestataires ainsi que la santé, et la sécurité des patients et du personnel (Groene, 2006). La démarche consiste à avoir une organisation qui partage les valeurs et les principes de la promotion de la santé, et qui nourrit une culture promotrice de santé grâce aux rôles actifs et participatifs des patients et du personnel en collaboration avec la communauté (Dedobbeleer, et al., 2008). Le postulat sous-jacent aux normes HPS repose sur l'idée selon laquelle, tout établissement qui œuvre à leur atteinte maximisera les gains en santé pour le patient et son entourage, le personnel et la population en général (Groene, 2006; Pelikan, et al., 2006).

L'implantation du concept HPS en milieu hospitalier requiert de profonds changements de pratiques, de culture, et de mentalités (Hancock, 1999). Peu d'études publiées sur les changements dans les organisations de santé portent sur des projets implantés en lien avec le concept HPS (McHugh, et al., 2010). Ces dernières années, quelques-unes se sont explicitement intéressées à l'implantation de projets HPS en Écosse (Whitelaw, et al., 2011; Whitelaw, et al., 2006), en Asie (Lee, Chen, & Chu, 2012; Lee et al., 2012; Lee, Chen, & Wang, 2012). Aucune n'étude sur l'implantation de projet HPS n'a été identifiée au Canada ni au Québec au moment de cette étude. L'implantation de programmes novateurs constitue un défi important pour les organisations. Certaines études rapportent que près de 80 % des changements mis en œuvre en milieu organisationnel font face à des difficultés d'implantation (Beer & Nohria, 2000; Burnes, 2004, 2005; Champagne, 2002b; Damschroder, et al., 2009; Pettigrew, 1990; Sossa, 2011). Les contraintes sont multiples (Solberg, 2000b; Walker, et al., 2003) et peuvent surgir à divers niveaux : contexte externe, contexte interne, processus d'implantation, caractéristiques des individus qui travaillent dans l'organisation (Argyris, 1993; Cockburn, 2004; Damschroder, et al., 2009; Grol & Grimshaw, 1999; Grol & Wensing, 2004). En promotion de la santé tout particulièrement, l'examen des facteurs de changement s'appuie sur des perspectives théoriques diverses (McKenzie, et al., 2008): approche écologique, perspectives de planification en promotion de la santé (ex : modèle Precede-Proceed), théories sociales cognitives (ex : théorie de l'apprentissage social) (Bandura, 1986, 2006; Green & Kreuter, 2005; Green, et al., 1996; Robinson, et al., 2006). Les recherches en la matière révèlent que le faible niveau d'adoption et d'implantation ainsi que la faible pérennité des interventions remettent en cause les bénéfices de santé attendus (Bhutta, et al., 2005; Edvardsson, et al., 2011). Les raisons de l'échec de ces changements initiés par des programmes intégrés sont souvent difficiles à cerner (Cochrane, et al., 2007). En effet, certains facteurs considérés de façon indépendante ou en interaction avec d'autres sont importants. Ils peuvent parfois constituer des contraintes aux changements liés aux perceptions, attitudes et

comportements des professionnels de la santé, mais également agir à différents niveaux de l'échelle organisationnelle, voire au niveau du système de santé dans son ensemble (Pope, et al., 2002). Il convient donc, dans le cadre d'une analyse d'implantation, de prendre en compte les facteurs environnementaux, ainsi que ceux agissant au niveau de l'organisation, des individus et du processus de changement pour améliorer les programmes de santé en général (Ferlie & Shortell, 2001; Grol & Wensing, 2004). Il existe plusieurs théories aidant à promouvoir l'implantation réussie d'innovations dans les services de santé (Chaudoir, et al., 2013; Durlak & DuPre, 2008; Greenhalgh, et al., 2004a; Wandersman, 2009; Wandersman, et al., 2008). La majorité des études qui se sont intéressées à l'analyse des facteurs influençant l'implantation de projets HPS dans les hôpitaux ou établissements de santé, ont eu recours à des modèles théoriques divers, tels que le modèle causal de Burke-Litwin (Lee et al., 2012; Lee, Chen, & Wang, 2012), le modèle de développement organisationnel de Cummings and Worley (Lin, et al., 2009b), le cadre de l'évaluation réaliste de Pawson et Tilley (Whitelaw, et al., 2011).

Le modèle causal de Burke-Litwin suggère des relations causales hypothétiques qui expliquent la performance organisationnelle serait affectée par des facteurs internes et externes. Il fournit un cadre pour évaluer les dimensions organisationnelles et environnementales qui sont les clés de la réussite du changement et il montre comment ces dimensions doivent être reliés pour parvenir à un changement dans la performance. En tant que modèle causal, ce modèle n'est pas approprié dans le cadre de la présente recherche visant à analyser des facteurs mais ne prétend pas évaluer les liens de causalité.

Cummings et Worley (2001) proposent quant à eux, un modèle davantage macro permettant de procéder au diagnostic des organisations considérées comme étant des systèmes ouverts. Ce modèle couvre les fonctions organisationnelles importantes notamment l'impact de l'environnement externe sur les opérations internes, et reconnaît la complexité des relations dans les systèmes organisationnels. Ce modèle est très centré sur l'organisation et n'intègre pas les

acteurs agissant dans ces systèmes ouverts.

L'apport essentiel de l'évaluation réaliste proposée par Pawson et Tilley (1997) est d'introduire le complexe contexte - mécanisme - effet (CMO) dans lequel l'effet (O, pour 'Outcome') d'une intervention procède de l'interaction entre un mécanisme (M) supposé (la logique rationnelle de l'intervention) et un contexte (C). Pour ces auteurs, une intervention ou un programme représente une opportunité qui pourra être ou non saisie par les acteurs. L'effet dépendra de la façon dont le mécanisme supposé de l'intervention sera appliqué dans un certain contexte. Partant du constat qu'il est possible d'observer différentes interventions qui mettent en jeu la même logique dans différents contextes que l'on est capable de décrire, ils postulent que l'on peut observer des régularités (patterns) dans les effets produits qui sont liées à des caractéristiques du contexte (Blaise, 2004). Cette approche tient compte de la variable contexte dans la survenance des effets mais ce modèle ne clarifie pas de quelle façon ces différentes configurations interagissent dans une dynamique plus holistique. Chaque scénario possible semble indépendant et il apparaît que plusieurs études de cas sont nécessaires pour arriver à répondre aux questions suivantes : qu'est-ce qui marche dans le programme?, pour qui? et dans quelles circonstances?

Whitelaw et al. (2011) qui ont étudié le concept HPS en Écosse, ont souligné l'importance des approches écologiques et des théories du développement organisationnel dans l'implantation des initiatives de promotion de la santé dans les établissements (Dooris, 2006b; Kaplan, 2004; Naaldenberg, et al., 2009; Paton, et al., 2005; Poland, Krupa, & McCall, 2009).

Dans notre recherche, nous avons opté pour un cadre d'analyse multi-niveaux de l'implantation, celui de Damschroder et al (2009) qui, à partir d'une revue de littérature récente sur les théories sur l'implantation, proposent un cadre d'analyse globale pour promouvoir le développement de la théorie de la mise en œuvre dans plusieurs contextes. Ce cadre fournit une structure multi-niveaux pragmatique pour aborder les construits complexes, leur interaction, et ce, dans le monde. Il peut être utilisé pour guider les évaluations formatives et

contribuer à l'avancement des connaissances sur l'implantation à plusieurs études et dans divers milieux (Damschroder, et al., 2009).

Le présent article porte sur l'implantation d'un projet d'« Hôpital promoteur de santé » dans le centre périnatal d'un CHU à Montréal. Son objectif est d'examiner les facteurs qui ont facilité et fait obstacle à l'implantation du projet HPS dans le cadre d'une étude de cas unique. Elle fait suite à un article qui apprécie le degré d'implantation de quatre dimensions du projet HPS : l'organisation promotrice de la santé, les soins promoteurs de santé, le milieu de travail promoteur de santé et la communauté promotrice de santé (*Rey et al., en préparation*).

2. Contexte de l'étude

Au Québec comme dans la plupart des pays industrialisés, le système de santé est confronté à des défis et des pressions importants (Béland, et al., 2008; Contandriopoulos, 2008; Forest & Denis, 2012). Dans le domaine de la périnatalité et de la petite enfance (PPE) en particulier, l'organisation des services a connu des transformations liées principalement à la diminution de la durée du séjour en centre hospitalier après l'accouchement, au développement de la pratique des sages-femmes et plus globalement, à la réorganisation en cours du système de santé et de services sociaux (MSSS, 2008). Pourtant, les services peinent toujours à combler les besoins des futurs parents pour diverses raisons: difficile application des plans d'action et des politiques, mise en œuvre ardue de l'interdisciplinarité et de la collaboration intersectorielle, accessibilité réduite en raison du manque de disponibilité des professionnels, offre de services fragmentée ou non adaptée, continuité déficiente, expertise limitée en PPE, etc. (CSBE, 2011b). Malgré les efforts déployés et les incitatifs offerts au fil des années (MSSS, 2004, 2008), les problématiques persistent quant à l'accès aux suivis de grossesse et de santé maternelle et infantile ainsi qu'à la continuité entre les services de PPE. Plusieurs explications sont évoquées, dont des enjeux liés

aux ressources humaines, financières et matérielles, à la concrétisation du travail en interdisciplinarité et à la nécessité de renforcer la formation en PPE pour l'ensemble des professionnels concernés (CSBE, 2011a).

Ces dernières décennies, la périnatalité au Québec redouble ainsi d'efforts pour s'adapter à des changements internes et externes, notamment en misant sur la crédibilité croissante de la promotion de la santé. En effet, la période prénatale est un moment privilégié pour agir en promotion et en prévention pour mieux soutenir les nouvelles familles dans l'adoption d'habitudes de vie favorisant leur santé et celle de leur enfant à naître (Ben-Shlomo & Kuh, 2002). Il s'agit par exemple, d'intégrer davantage les pratiques préventives et de promotion de santé aux activités quotidiennes des cliniciens (médecins, infirmières), des gestionnaires et des intervenants sociaux (Valentini, 2004), de centrer les interventions sur les couples et les familles en les accompagnant selon leurs besoins afin qu'ils aient davantage de chances d'offrir à leurs enfants des milieux de vie sains pour grandir heureux et en santé (CSBE, 2011a, 2011b; Poirier, 2012).

C'est ce contexte qui a constitué une fenêtre d'opportunité pour l'adoption du concept HPS et l'implantation des projets HPS à l'échelle des CHU, et en périnatalité en particulier. L'adoption du concept HPS et de ses dimensions offre un « ensemble de stratégies qui permettent aux hôpitaux et autres établissements de santé de mieux s'adapter aux changements environnementaux internes et externes et de s'impliquer dans la promotion de la santé des patients, du personnel, de l'organisation et de la communauté » (Lobnig 1999, cité par (Dedobbeleer, et al., 2008) (p. 5). Notre étude porte sur le premier CHU du Québec à adopter le concept HPS en 2006. Un an plus tard, une direction de la promotion de la santé (DPS) est créée et le CHU adhère au Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé affilié à l'OMS devenu, depuis 2012, le Réseau québécois des établissements promoteurs de santé. La nouvelle direction s'est vue confier la mission d'implanter un projet « hôpital promoteur de santé » au sein de l'hôpital conformément aux normes HPS établies par l'OMS. Parmi les stratégies déployées, la DPS a décidé d'expérimenter

l'implantation globale et intégrée des dimensions du concept HPS dans le centre périnatal de l'organisation (CP) dès 2008. Nous présentons ici les facteurs ayant facilité et contraint l'implantation de cette démarche novatrice.

3. Méthodologie

3.1. Devis de l'étude

Une étude de cas unique (Creswell, 2007) a été choisie pour analyser l'implantation du projet HPS au centre périnatal d'un CHU montréalais. Des données qualitatives et quantitatives ont été recueillies dans cette étude. Dans un article précédent, nous avons apprécié le niveau d'implantation des quatre dimensions du concept HPS en utilisant plusieurs outils méthodologiques : questionnaires, entrevues et analyses documentaires. Dans cet article, nous analyserons les facteurs facilitants et les contraintes qui expliquent le niveau d'implantation du Projet HPS, à partir de données qualitatives.

3.2. Présentation du cas à l'étude

Le cas à l'étude est le projet HPS avec ses quatre dimensions relatives à l'organisation promotrice de santé; aux soins promoteurs de santé; au milieu de travail promoteur de santé et à la communauté promotrice de santé. Nous avons examiné l'implantation du projet en 2008, début de la mise en œuvre des activités du projet à l'été 2011, fin de la collecte de données. Dans l'espace, le projet HPS se situe dans le centre périnatal d'un CHU montréalais offrant des services généraux, spécialisés et surspécialisés à une clientèle adulte. Sa mission intègre plusieurs volets : l'enseignement, la recherche, l'évaluation des technologies et des interventions en santé. Par ailleurs, des services de promotion de la santé y sont offerts dans une perspective de réseaux intégrés : le CHU collabore avec le CSSS de son territoire dans le cadre d'ententes de services et le Réseau universitaire intégré de santé auquel il appartient (Projet de loi 25, gouvernement

du Québec). Il comptabilise annuellement environ un demi-million de patients et plus de 12 000 personnes sont directement ou indirectement au service des patients. Il héberge le centre périnatal qui enregistre en moyenne 2500 naissances par année. Il comprend trois unités de soins : la clinique d'obstétrique (générale et grossesse à risque élevé), la périnatalité et la néonatalogie. Une infirmière-chef et son adjointe gèrent ces unités. Plusieurs professionnels de la santé collaborent en interdisciplinarité afin d'offrir des services ultraspécialisés (grossesse à risque élevé, diabète gestationnel, réduction des méfaits de la toxicomanie, etc.) et des services de périnatalité aux patientes et à leur famille (suivi de grossesse, soins ambulatoires et gynécologie, endocrinologie, service psychosocial).

3.3. Échantillonnage, instruments et collecte des données

- Stratégie d'échantillonnage

L'échantillon par choix raisonnés et à variation maximale réalisé pour analyser les facteurs facilitants et les contraintes de l'implantation du projet HPS était composé 33 répondants disponibles et variés à participer aux entrevues (N=33) répartis comme suit:

- 3 promoteurs du projet ayant participé au processus d'adoption du concept (un médecin ayant promu l'adoption du concept HPS au niveau de CHU, un représentant du Réseau montréalais des HPS, un représentant de la fondation privée qui a financé le projet HPS au centre périnatal)

- 2 répondants au CHU (1 gestionnaire et 1 conseillère en promotion de la santé)

- 7 gestionnaires au CP

- 16 professionnels du CP ayant des expertises variées (conseillère en promotion de la santé, conseillère en soins spécialisés, consultante en allaitement, éducatrice à la santé, infirmière en périnatalité, infirmière ante et post-partum, infirmière de la clinique externe, infirmière en fertilité, infirmière en post-partum, intervenante sociale, nutritionniste, physiothérapeute, psychologue, sage-femme, travailleuse sociale, infirmière en périnatalité) travaillant dans les trois unités de

soins (clinique d'obstétrique (la périnatalité et néonatalogie) et selon des quarts de travail différents (jour, soir et nuit).

- 5 couples de patients dont les caractéristiques représentent la diversité de la clientèle suivie au centre périnatal ou par une sage-femme affilié au CP. Sur les cinq couples rencontrés, trois étaient d'origine canadienne et deux issus de l'immigration. De même, parmi les cinq mamans interviewées, trois ont été suivies au centre périnatal alors que deux ont bénéficié d'un suivi par une sage-femme du CSSS collaborant avec le CP. Toutes les mamans ont accouché au centre périnatal et trois d'entre elles étaient primipares.

- *Instruments de collecte de données*

Entrevues

L'analyse des facteurs en jeu dans l'implantation a nécessité que l'on recueille les connaissances et perceptions des acteurs qui ont promu l'adoption du concept HPS (promoteurs du projet) et ceux impliqués directement dans l'implantation des dimensions HPS (gestionnaires et professionnels) d'une part, et d'autre part celles des groupes ciblés par l'implantation de chaque dimension (gestionnaires, professionnels et futurs parents). Pour ce faire, deux guides d'entrevue ont été élaborés : l'un pour les employés du CHU et du CP et l'autre, pour les couples (voir annexes E et F). Chacune des entrevues d'une durée moyenne d'une heure a été enregistrée après obtention du consentement des participants. Toutes les entrevues ont été enregistrées et retranscrites intégralement en verbatim. Les participants ont été invités à s'exprimer sur (i) leurs connaissances, leurs perceptions et leur expérience par rapport au concept HPS et ses dimensions; (ii) leur expérience de travail en relation avec l'implantation des activités de promotion de la santé; et (iii) les contraintes réelles ou potentielles, de même que les facteurs ayant facilité ou qui ont été susceptibles de contraindre l'implantation.

Documents

Grâce à la collaboration des gestionnaires et professionnels du CHU et du CP, nous avons eu accès à la politique de promotion de la santé et aux documents de travail de la planification stratégique du CHU, à tous les plans d'action du CHU et du centre périnatal pour implanter le projet HPS, aux rapports d'activités mis en œuvre dans le cadre du projet HPS et tout document pertinent disponible sur l'évaluation des activités de promotion de la santé au CP de 2008 à 2011. Ces documents ont permis de comparer et de compléter au besoin l'information relative au niveau d'implantation du projet HPS et ont fourni des informations relatives aux facteurs en jeu dans l'implantation.

Observation participante

L'immersion dans le milieu de septembre 2010 à août 2011 a permis de mener des observations *in situ* pour valider nos données sur l'implantation du projet HPS au centre périnatal (Patton, 2002). En fait, un certain degré d'implication était nécessaire, indispensable pour saisir de l'intérieur les activités du centre périnatal et de la direction de la promotion de la santé, et mieux comprendre le rôle des gestionnaires, des professionnels ainsi que le contenu et la portée des services offerts aux patients. Nous avons participé aux réunions et diverses activités en tant que "*membre de l'équipe*" ou observatrice, sans pour autant faire partie du "*centre décisionnel*" des activités. Nous avons rédigé des notes de terrain au gré des rencontres individuelles et d'équipe avec les membres de la DPS, des observations spontanées dans le milieu et des entrevues individuelles, afin de se remémorer des moments clés, sujets de discussion et des contextes d'entrevue (attitude du répondant, langage corporel et non verbal, moment de la journée, endroit de l'entrevue). Lors de l'analyse des données, les notes de terrain ont permis d'enrichir la description du contexte propre au centre périnatal et l'interprétation des perceptions des acteurs.

- *Processus de collecte de données*

Les répondants ont été rejoints de diverses façons. La collecte de données auprès des promoteurs du projet s'est effectuée dans leurs bureaux respectifs. Les gestionnaires et les professionnels ont été rencontrés sur leur lieu de travail, soit dans les locaux de la direction de la promotion de la santé du CHU et au centre périnatal. Quant aux couples de patients, ils ont été rencontrés à leur domicile. Tous les participants ont lu et signé les lettres de consentement après énonciation des objectifs de la recherche et des règles d'éthique par la chercheuse. Le projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique du CHU.

La collecte de données (questionnaires et entrevues) s'est échelonnée sur deux mois entre juin et août 2011. Les documents consultés ont couvert trois années d'implantation (2008 à 2011) et l'observation participante est intervenue de façon spontanée pendant notre période d'immersion au centre périnatal de 2009 à 2011.

3.4. Analyse des données

Nous avons procédé à une analyse qualitative des données collectées (documents et entrevues) à l'aide du cadre d'analyse de Damschroder et al. (2009).

- Présentation du cadre d'analyse de Damschroder

Le cadre d'analyse de l'implantation de Damschroder et al. (2009) est un modèle multi-niveaux qui permet d'analyser l'implantation d'une intervention à travers plusieurs domaines: les caractéristiques de l'intervention, les contextes interne et externe d'implantation, les caractéristiques des individus impliqués et le processus d'implantation. Selon ce cadre, les caractéristiques de l'intervention reposent sur une myriade d'éléments (source, force et qualité des données probantes, avantage relatif, adaptabilité, reproductibilité, complexité, qualité de conception et coûts associés). Le contexte interne comprend les aspects organisationnels tels que la culture, la structure, la communication et les réseaux,

le climat d'implantation, etc. Le contexte externe en revanche, fait référence aux besoins et aux ressources nécessaires à l'implantation ainsi qu'aux politiques et aux incitatifs externes. Les caractéristiques individuelles sont liées aux connaissances et aux croyances sur l'intervention et autres attributs personnels. Enfin, le processus d'implantation comprend des activités essentielles telles que la planification, l'engagement, l'exécution, la réflexion et l'évaluation de l'intervention. Ce cadre a permis la classification des facteurs en jeu dans l'implantation. Dans la présente recherche, ce cadre constitue un cadre interprétatif, autrement dit la lentille à travers laquelle, on donne sens à nos données. Il n'est pas prédictif mais permet d'éclairer l'action localement située, se place au service d'une meilleure compréhension du monde...l'idée n'est pas de vérifier la théorie mais d'y faire appel (Paillé & Muchielli, 2010, p 81).

- *Processus de codification des données*

Les données collectées ont été retranscrites intégralement en verbatim et codées grâce au logiciel Nvivo*9. La démarche de codification a été réitérée par les deux professeurs supervisant cette recherche qui ont procédé à un contre-codage des données d'entrevues et des documents.

1) Dans un premier temps, les premiers codes identifiés faisaient référence à chaque dimension du concept HPS, soit l'organisation, les soins, le milieu de travail et la collaboration avec la communauté. Ensuite, pour chaque dimension, des codes de second niveau plus précis ont permis d'identifier les facteurs facilitants et les contraintes perçus par les participants. Les codes émergents ont été classés dans une catégorie indépendante pour être reclassifiés en fin de codage.

2) Par la suite, pour faciliter la classification des différents codes, une matrice ordonnée sous forme de tableau (Miles & Huberman, 2003) a été élaborée. Ainsi, nous avons eu recours au cadre d'analyse de Damschroder et al. (2009) pour classer l'information selon les catégories en jeu dans l'implantation d'un projet. Les différentes catégories de ce cadre multi-niveaux ont surtout permis de regrouper de façon plus intégrée, l'ensemble des facteurs facilitants et des

contraintes selon les caractéristiques de l'intervention, les contextes interne et externe d'implantation, les caractéristiques des individus impliqués et le processus d'implantation (Damschroder et al., 2009) et non plus en fonction des dimensions du projet HPS tel que prévu au départ. Le cadre a d'ailleurs eu pour avantage d'offrir des catégories assez larges nous permettant d'inclure les codes émergents identifiés lors de la première phase d'analyse. L'ensemble des sources a été représenté dans la matrice comme suit : *1- documents, 2- promoteurs du projet, 3- gestionnaires, 4- professionnels, 5- patients.*

3) Enfin, sur la base de la matrice intégrée ainsi conçue, nous avons procédé à une analyse thématique des différents facteurs facilitants et des contraintes les plus souvent rapportés selon les groupes d'acteurs (Attride-Stirling, 2001; Miles & Huberman, 2003; Strauss, 1987). Les thématiques analysées correspondaient aux catégories du cadre de Damschroder et al. (2009). L'objectif étant d'analyser les facteurs facilitants et les contraintes, nous avons tenu compte tout au long de l'analyse de toute information pertinente en lien avec les objectifs de la recherche. On retrouve une certaine hiérarchie dans l'analyse thématique mettant en premier lieu les thèmes récurrents et centraux puis les thèmes moins récurrents mais importants pour saisir le portrait global des facteurs en jeu dans l'implantation. Des extraits de verbatim ont été insérés dans le texte pour illustrer l'ancrage de nos interprétations dans les données recueillies.

- *Documents*

Outre les informations fournies par les répondants lors des entrevues, certains facteurs ont également été identifiés dans les documents de projets. Ainsi, les informations issues des documents relatifs au projet HPS sur la période 2008-2011 (documents stratégiques, plans d'action, rapports d'activités et d'évaluation) ont fait l'objet d'une analyse de contenu (Hsieh & Shannon, 2005; Shaw, et al., 2004; Thomas, 2006). Chaque document a été lu à plusieurs reprises et la même procédure décrite précédemment a été utilisée pour extraire les facteurs qui, dans les textes, apparaissent comme facilitant et contraignant l'implantation du projet HPS.

4. Résultats

4.1. Appréciation du niveau d'implantation du Projet HPS au centre périnatal

Le Projet HPS au centre périnatal vise à promouvoir la santé des femmes enceintes et de leur famille, des employés et au sein de la communauté. Plus spécifiquement, il s'agit d'évaluer les besoins des femmes et de leur famille en matière de promotion de la santé, et ce, en collaboration avec eux, de les informer en vue de l'adoption de saines habitudes de vie et d'intervenir en proposant à la clientèle une variété de services promoteurs de santé. Par ailleurs, ce projet vise l'intégration des pratiques et des interventions promotrices de santé dans tous les services et trajectoires de soins centrés sur les patients et leur famille. Aussi, en vue de mettre en valeur un milieu de travail sain, des activités sont offertes pour promouvoir la sécurité, la santé et le bien-être des employés. Une composante de renforcement des compétences en PS est intégrée. Enfin, le projet vise à renforcer la collaboration avec le réseau de la santé et les organisations communautaires pour assurer la continuité des soins et travailler avec les partenaires pour mettre en place une communauté promotrice de santé. Le graphique suivant représente les activités présentées dans le plan d'action de 2008 à 2011 dans le cadre du Projet HPS au centre périnatal, et ce, par rapport à ses différentes dimensions (figure 1).

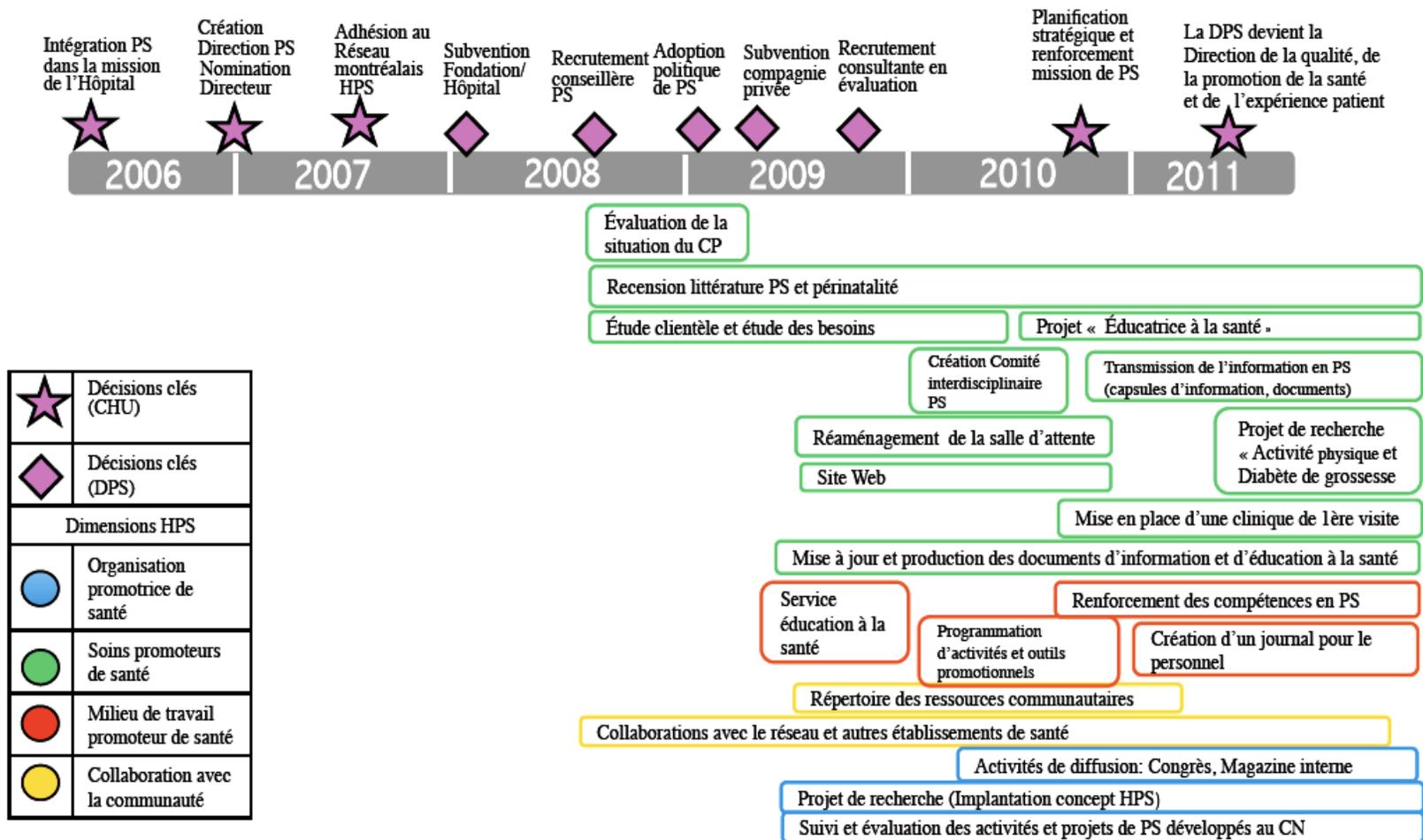


Figure 1 : Schématisation du plan d'action du CP du CHU de 2008 à 2009

Dans un article précédent, nous avons procédé à l'appréciation du niveau d'implantation des dimensions du Projet HPS au centre périnatal à savoir, l'organisation, les soins, le milieu de travail et la communauté. Des questionnaires autoadministrés correspondant à chaque dimension ont été remplis par des informateurs clés (gestionnaires et professionnels du CHU et du CP) (N=20). Des scores moyens ont été générés pour chaque dimension. Les données des questionnaires ont ensuite été complétées par plusieurs sources, comme requis dans une étude de cas (Yin, 2003).

Selon les résultats des questionnaires, le niveau d'implantation total des dimensions HPS est relativement faible (37 %). Plus spécifiquement, la dimension de l'organisation (politique de PS, organisation apprenante et performante, protection de l'environnement) est la plus implantée (52 %). La dimension relative au milieu de travail (stratégies pour créer un milieu de travail sain et sécuritaire, stratégies de promotion des saines habitudes de vie, modification de l'environnement physique et social, participation du personnel) obtient un score de 39 % suivie de la dimension des soins : évaluation des besoins, information auprès des patientes, programmes et interventions, changements environnementaux (31 %). La dimension la moins implantée est celle relative à la collaboration (25 %) avec la communauté (collaboration et réalisations avec les partenaires, évaluation de la collaboration). Malgré des scores d'implantation moyens relativement faibles, les données d'entrevues corroborent et complètent les informations recueillies, ce qui permet de mieux comprendre le niveau d'implantation du projet HPS. Ces informations révèlent une variation dans l'implantation des interventions associées à chacune des dimensions : certaines sont globalement ou partiellement implantées et d'autres semblent faire l'objet d'un échec d'implantation ou de la théorie d'intervention. Aussi, nous avons observé une variation entre les critères associés aux dimensions.

4.2. Analyse des facteurs facilitants et des contraintes à l'implantation du Projet HPS

À la lumière de l'appréciation du niveau d'implantation des dimensions du concept HPS, nous proposons donc ici, d'analyser les facteurs facilitants et les contraintes qui ont émergé des données et qui ont pu être classés dans les différentes catégories proposées dans le cadre d'analyse de Damschroder et al. (2009): les caractéristiques de l'intervention, le contexte externe et interne, les caractéristiques des individus et le processus d'implantation (tableau 2). Ces facteurs ont été identifiés via les données d'entrevues puis l'analyse documentaire.

FACILITATEURS	OBSTACLES
<i>Caractéristiques de l'intervention (1,2,3,4)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normes HPS de l'OMS ▪ Globalité et cohérence entre les dimensions du concept ▪ Lien avec l'amélioration de la qualité des soins ▪ Intégration dans les pratiques de soins ▪ Label HPS : image corporative du CHU (fierté organisationnelle) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peu de données sur l'implantation et l'efficacité de l'intervention ▪ Complexité de l'intervention ▪ Difficulté d'implantation dans les organisations de culture curative
<i>Contexte externe (1, 2, 3)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cadres législatifs/incitatifs ministériels ▪ Mise à l'agenda politique de la périnatalité ▪ Subvention externe privée ▪ Réseau régional des Etablissements Promoteurs de Santé ▪ Rapport d'Agrément Canada ▪ Reconnaissance externe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compressions budgétaires
<i>Contexte interne</i>	
	<p><u>Structure (3,4)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conditions de travail difficiles ▪ Manque de visibilité de la DPS ▪ Travail en silos ▪ TROP de paliers de gestion ▪ Roulement du personnel ▪ Fonctionnement/pratiques différentes entre les unités ▪ Manque de flexibilité des horaires ▪ Difficile conciliation travail/famille ▪ Conventions collectives ▪ Restructuration des postes ▪ Méconnaissance des rôles de chaque employé ▪ Manque de travail d'équipe
	<p><u>Réseaux et communication (3,4)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de communication ▪ Manque d'entraide ▪ Relations difficiles entre collègues

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de régularité des rencontres ▪ Références non systématiques ▪ Concurrence entre professionnels (3,4,5)
	<p><u>Culture (3,4,5)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Culture de l'urgence/ curative ▪ Différences culturelles entre les unités du CP ▪ Différences culturelles entre les gestionnaires et opérationnels, ▪ Différences culturelles les shifts (jour/nuit)
<p><u>Compatibilité avec pratiques existantes (1,2,3,4,5)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gamme variée de services périnataux et de promotion de la santé ▪ Humanisation des soins ▪ Diversité des approches (participation, holistique) ▪ Équipes multidisciplinaires ▪ Rôle des infirmières (enseignement) ▪ Volonté de partenariat ▪ Réseautage/tables de concertation ▪ Hôpital Ami des bébés 	<p><u>Compatibilité (3,4)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque d'appropriation de la PS
	<p><u>Priorité (4)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de priorisation de la PS pour les employés ▪ Absence de vision partagée au niveau organisationnel
<p><u>Climat d'implantation (3)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconnaissance interne ▪ Pratiques multidisciplinaires 	<p><u>Climat d'implantation (4)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de formation/témoignages ▪ Faible collaboration ▪ Manque de reconnaissance/ d'encouragement des employés ▪ Manque d'implication des employés dans la prise de décision, les comités ▪ Manque de soutien des supérieurs pour participer aux activités ▪ Absence de consultation préalable ▪ Faible prise en charge du stress et de la détresse psychologique des employés
<p><u>Engagement et leadership (1,2,3,4)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leadership d'acteurs clés ▪ Leadership et engagement de la DPS ▪ Leadership de l'équipe PS 	<p><u>Engagement et leadership des gestionnaires (4)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible soutien de la haute direction ▪ Manque d'appropriation, de conviction des gestionnaires ▪ Absence d'explication du bien-fondé des décisions et des interventions ▪ Manque de proximité des gestionnaires avec le terrain ▪ Changement imposé par les gestionnaires ▪ Manque de leadership des gestionnaires
<p><u>Ressources disponibles (1,2,3,4,5)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Équipe PS ▪ Engagement de ressources humaines dédiées à la PS ▪ Équipement à disposition pour patients et personnel (douches, frigo, micro-ondes, cafétéria) 	<p><u>Ressources (3,4)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque d'infrastructures (locaux, matériel, accès internet) ▪ Manque de temps ▪ Manque de budget ▪ Manque de cliniques pour les nouveaux cas
Caractéristiques des individus (3,4)	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque d'appropriation de la PS ▪ Résistance au changement ▪ Manque de motivation/participation ▪ Manque de satisfaction ▪ Personnalisation de la PS ▪ Manque de connaissance et d'information sur le concept

<i>Processus d'implantation</i>	
<u>Planification (1,3,4)</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualité des plans d'action ▪ Intégration dans la planification stratégique ▪ Évaluation préalable de la situation du centre ▪ Études de besoins de la clientèle et des employés 	
<u>Engagement (3,4)</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Appui significatif de l'équipe PS ▪ Rôle du comité interdisciplinaire 	
<u>Qualité de l'exécution (1,3,4)</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Respect des valeurs culturelles de la clientèle ▪ Prise en compte du niveau de littératie en santé des patients ▪ Offre de services variés ▪ Mise à jour des outils ▪ Information sur les ressources communautaires ▪ Multiples vecteurs de communication ▪ Utilisation des données probantes ▪ Processus de validation des outils 	<u>Qualité de l'exécution (3,4,5)</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Messages contradictoires ▪ Temps de consultation limité ▪ Surabondance d'informations ▪ Manque d'organisation de la centrale de rendez-vous ▪ Manque d'accompagnement et d'orientation des couples ▪ Manque de personnalisation des services ▪ Manque d'implication des couples ▪ Manque de continuité entre les unités ▪ Attitude paternaliste de certains professionnels ▪ Trop de temps d'attente ▪ Difficulté à joindre les employés
<u>Réflexion et Évaluation (1,3,4)</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation des activités ▪ Projets de recherche ▪ Suivi et rapports d'activités ▪ Diffusion des résultats 	<u>Réflexion et Évaluation (5)</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque d'autoévaluation des professionnels
<i>(1) Documents, (2) promoteurs de projets, (3) Perceptions des gestionnaires, (4) Perceptions des professionnels, (5) Perceptions des patients</i>	

Tableau 2 : Facteurs facilitants et contraintes à l'implantation du Projet HPS

4.2.1 Facteurs facilitant l'implantation du Projet HPS

Plusieurs facteurs facilitants ont émergé de notre analyse des données recueillies auprès des participants promoteurs du projet HPS, gestionnaires, professionnels et patients ainsi que de l'analyse documentaire. Du point de vue de l'ensemble des acteurs, le contexte interne et le processus d'implantation lui-même ont largement influencé l'implantation. Parmi ces derniers, on note surtout la compatibilité avec les pratiques existantes de promotion de la santé, l'engagement et le leadership, les ressources disponibles, la qualité de la planification ainsi que l'exécution et l'évaluation du projet. On retrouve aussi des

caractéristiques des individus, des caractéristiques de l'intervention et le contexte externe comme facteurs d'influence de l'implantation du projet HPS.

Le contexte interne

➤ La compatibilité avec les pratiques existantes

La compatibilité des activités du Projet HPS avec les pratiques existantes au centre périnatal a été rapportée par la majorité des répondants comme ayant facilité l'implantation. Ceci est particulièrement vrai pour l'implantation des soins promoteurs de santé.

« Dans ma pratique infirmière de tous les jours depuis toujours, j'ai toujours été promotion de la santé, fait que c'est pas nouveau pour moi. Quand je fais une intervention auprès d'une patiente ou d'un patient, peu importe, j'ai toujours ça en arrière-plan » (*Infirmière #6*)

Tout d'abord, les activités existantes intégrées dans les pratiques des professionnels du centre (enseignement, éducation à la santé, accompagnement des couples) ont facilité l'implantation du Projet HPS et s'intègrent naturellement à celles implantées pour offrir des soins promoteurs de santé. En effet, le centre a toujours offert aux patientes et à leur famille, une gamme de services périnataux et de promotion de la santé ainsi que des références aux services spécialisés le cas échéant. Aussi, des efforts en matière d'humanisation des soins sont poursuivis (entente avec le service sage-femme de son territoire, information sur la gestion naturelle de la douleur, etc.). De plus, la programmation d'activités diversifiées reposant sur des approches participative et holistique de la santé et visant la décision partagée entre les professionnels et les patients, a été perçue par les répondants comme facilitant la mise en œuvre du projet HPS car, elle s'intègre dans les pratiques existantes.

Par ailleurs, la présence d'équipes multidisciplinaires composées de divers professionnels au centre était une caractéristique du fonctionnement du centre tel que l'indiquent les propos d'une gestionnaire repris dans le rapport annuel du CP.

« Notre capacité à travailler en interdisciplinarité nous a permis, encore cette année, de fournir des prestations de soins de qualité » (*Rapport annuel 2011-2012 du CP*)

Le travail en interdisciplinarité des professionnels pour répondre aux besoins et aux préoccupations des familles a surtout été facilité par la coordination des activités de promotion de la santé développées dans le cadre du projet HPS.

Selon les couples interviewés, les infirmières se démarquent car elles sont proactives et attentionnées avec la clientèle. Elles sont perçues comme de réels vecteurs de changement dans l'adoption des pratiques promotrices de santé.

« Le reste, ça a été avec les infirmières. Mais elles, elles étaient plus proactives. Elles étaient toutes très sympa. Oui. Oui, oui, très gentilles ». (*Couple #1*)

« Quand même, le plus c'est que je trouvais que les infirmières étaient bien formées et... et respectueuses, sympas ». (*Couple #3*)

D'autres facteurs facilitants évoqués par la plupart des gestionnaires et professionnels sont relatifs à la volonté de réseautage et de partenariats visant à améliorer la qualité et la continuité des soins périnataux. L'existence de tables de concertation impulsées par des directives ministérielles notamment en matière de santé de la mère et de l'enfant est perçue comme favorisant la collaboration, et donc, l'implantation. Un élément facilitateur crucial des collaborations informelles existantes au centre périnatal, procède surtout du facteur personnel des professionnels œuvrant en périnatalité : bonne entente entre professionnels de santé exerçant dans des organisations différentes autour d'une même problématique (par ex. : réseau mère-enfant, allaitement maternel).

« Je pense pas qu'on peut dire que ça fonctionne bien, mais je pense qu'on peut dire qu'il y a une volonté de collaboration et de partenariat et de partage de compétences qui est là ». (*Gestionnaire #2*)

Enfin, l'engagement du centre pour obtenir l'accréditation «Hôpital ami des bébés» via les dix recommandations établies par l'OMS en matière de promotion de l'allaitement maternel est compatible avec la mise en œuvre de soins promoteurs de santé tels que définis par le concept HPS. Ceci est perçu par les répondants comme un levier de changement important et de ce fait, influence

positivement l'implantation de la dimension des soins promoteurs de santé. Le rapport annuel du CP atteste qu'un comité a été créé pour travailler à l'obtention de cette certification.

« L'objectif du comité initiative ami des bébés est de soutenir et promouvoir l'allaitement maternel, dans la perspective d'une certification 'hôpital ami des bébés' ». (*Rapport annuel 2011-2012 du CP*)

Le fait que l'environnement du centre périnatal soit thérapeutique et doté d'équipements pour assurer le bien-être de la clientèle (chambres individuelles avec baignoire, cuisine équipée) favorise aussi l'implantation de soins promoteurs de santé.

➤ L'engagement et le leadership de trois acteurs clés

L'implantation du projet HPS à l'échelle du CHU et de son centre périnatal a été facilitée par le leadership et l'engagement de trois acteurs clés. Au départ, le leadership d'un médecin et le rôle pionnier du directeur général du CHU de l'époque, tous deux acquis aux principes de la promotion de la santé en milieu hospitalier, ont influencé positivement l'adoption du concept, mais également l'implantation du projet à ses débuts. Leur engagement a notamment permis l'intégration de la promotion de la santé dans la mission du CHU et du centre périnatal.

« Le directeur général de l'époque, qui croyait au projet, a dit : « On n'attend pas... On n'attendra pas la subvention de la Fondation [privée], on va nommer notre directeur et puis on ira chercher la subvention après. Ce qu'ils ont fait, fait qu'il croyait, lui, à la pertinence d'intégrer la promotion de la santé au volet de la mission, puis de l'incarner dans une direction, puis il a été au-devant de la subvention promise ». (*Gestionnaire #1*)

Aussi, le rôle catalyseur de la Direction de promotion de la santé a été soulevé par l'ensemble des gestionnaires. En effet, l'engagement personnel du directeur et le leadership de son équipe ont facilité le renforcement de la mission de promotion de la santé à l'échelle du CHU et du centre périnatal. Leur implication dans l'implantation du projet a permis à la Haute Direction de faire cheminer l'idée du concept HPS à tous les niveaux de l'organisation.

« On a même revu le libellé de la mission du CHU pour renforcer l'importance de la promotion de la santé. C'est pas rien! La mission a été réécrite en renforçant énormément. Donc ça, c'est majeur. C'est comme si quand même tous les efforts qui ont été faits et consentis malgré relativement peu de ressources ont fait quand même germer ce besoin-là dans l'équipe de direction de chefs de départements, de décideurs de l'organisation » (*Gestionnaire #1*)

Progressivement, les projets mis en place par la Direction ont obtenu une certaine reconnaissance à l'interne, ce qui a été facilitant pour l'implantation. Devenir un hôpital promoteur de santé participe à la fierté organisationnelle. Cette dernière a été renforcée par la visibilité interne et externe des activités mises en œuvre, ce qui constitue un avantage comparatif du CHU par rapport aux autres établissements hospitaliers et, par conséquent, un facteur facilitant pour l'implantation.

« Malgré tout, ce qu'on peut dire, c'est qu'il y a peut-être eu un certain travail d'effectué puisque ce qu'on a entendu du comité de pilotage et aviseur de l'exercice de planification stratégique du CHU pour les quatre prochaines années, c'est : il faut que la place de la promotion de la santé soit plus grande. Donc ça a été dit par les décideurs du CHU ». (*Gestionnaire #1*)

➤ La disponibilité des ressources

La mise à disposition de ressources financières importantes sur une période de cinq ans à partir de 2008, a été perçue comme un facteur facilitant par la majeure partie des répondants et dans les documents. En effet, cela a permis la constitution d'une équipe de professionnels dédiée au Projet HPS et l'implantation d'activités de PS diverses et variées au centre périnatal. Aussi, les expertises du personnel du centre (promotion de l'allaitement maternel, éducation à la santé, lutte contre la toxicomanie en périnatalité, etc.) ont également été mises à contribution, ce qui a constitué un facteur synergique favorable à l'implantation du projet. Lorsque c'est nécessaire, des ressources externes sont recrutées pour implanter des stratégies de promotion d'un milieu de travail promoteur de santé pour les employés du centre périnatal (ex : éducatrice à la santé, professeur de yoga, nutritionniste, etc.).

« La création de ce centre, dont la mise sur pied sera confiée à la Direction de la promotion de la santé du [CHU], est rendue possible grâce à une contribution de 1 876 000 \$ du [CHU], et une contribution de 1 476 000 \$ de la Fondation Lucie et André Chagnon. Cet investissement de 3 352 000 \$ sera versé au cours des cinq prochaines années et servira au financement d'une partie du budget opérationnel de la Direction de la promotion de la santé et au déploiement du Centre d'excellence en promotion de la santé au Centre des naissances du [CHU]. » (*Document officiel du CHU*)

Le processus d'implantation

➤ La qualité de la planification

Une planification de qualité en lien avec les standards HPS de l'OMS s'est traduite par la réalisation de plusieurs objectifs : évaluer les besoins de la clientèle et des employés en PS, optimiser l'information transmise aux futurs et nouveaux parents au cours de leur passage à l'hôpital et au retour à la maison (salle d'attente, documentation écrite, site internet, etc.); accompagner les futurs et nouveaux parents dans leur cheminement vers l'adoption de saines habitudes de vie (counseling sur les habitudes de vie par une éducatrice pour la santé, réorganisation de la clinique de première visite); et favoriser le transfert vers la communauté de connaissances en périnatalité-toxicomanie acquises par les professionnels du Centre (prévention de la consommation d'alcool et de drogues, sevrage néonatal, etc.).

➤ La qualité de l'exécution

La qualité de l'exécution du projet HPS est l'aspect le plus facilitant du processus d'implantation tel que perçu par la majorité des gestionnaires et des professionnels. Au niveau de l'implantation des soins promoteurs de santé, les participants ont déclaré que la transmission de l'information aux parents a été particulièrement améliorée depuis 2008. En effet, des efforts ont été réalisés en matière de standardisation, d'harmonisation et de mise à jour des outils distribués aux parents. L'équipe de PS du centre porte une attention particulière à la littératie à la santé et a systématiquement recours aux données probantes

disponibles ainsi qu'à un processus participatif de validation pour implanter les activités. De plus, la conception de documents d'informations sur les ressources en périnatalité disponibles dans la communauté a été facilitant pour l'implantation d'une communauté promotrice de santé.

« Je pense pas qu'il y aurait eu ces changements parce que l'équipe, oui, elle ajoute beaucoup, parce que ça a permis d'avoir ... une équipe qui revoit tous nos documents, notre documentation, qui fait des collectes de données, qui nous rapporte des informations. Parce que ce qui arrive, oui on a toute la volonté, mais les autres activités continuent. »
(*Gestionnaire #2*).

D'après les répondants, les facteurs facilitateurs qui participeraient à la diffusion de la promotion de la santé au sein de l'organisation sont l'utilisation de multiples stratégies de communication telles que le magazine du CHU, son évocation lors des diverses présentations réalisées au sein de l'organisation et l'affichage de son contenu sur les babillards ainsi que des rappels fréquents nécessaires à son appropriation par les employés.

➤ La qualité de l'évaluation

Outre une planification et une exécution de qualité, l'implantation du Projet HPS a été facilitée par une démarche formative de l'évaluation utilisée comme un outil de réflexion collective et d'amélioration des activités mises en œuvre. Des enquêtes de satisfaction et des rapports de suivi et d'évaluation sont régulièrement conçus ainsi que des projets de recherche, dont celui de la présente analyse d'implantation, ont été perçus comme facilitants. Aussi, pour soutenir le processus d'apprentissage, les réalisations du centre périnatal en matière de promotion de la santé en périnatalité sont diffusées au sein de l'organisation de même qu'à l'occasion de conférences nationales et internationales.

Par ailleurs, d'autres facteurs ont été rapportés uniquement par les promoteurs du projet et des acteurs clés. Ces facteurs ont également émergé de l'analyse documentaire.

Les caractéristiques de l'intervention

Selon les acteurs clés, l'existence de standards établis par l'OMS sur lesquels se basait le Réseau montréalais des CSSS et hôpitaux promoteurs de santé pour approuver la demande d'adhésion du CHU, a facilité la décision d'adoption du concept HPS au CHU et donc, l'implantation du Projet HPS au centre périnatal. En effet, l'obtention du label HPS de l'OMS offrait une certaine visibilité au projet à l'échelle organisationnelle. Pour les promoteurs du projet, le concept HPS était en cohérence avec les objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des soins visés par la réforme du système de santé québécois. De plus, le fait que le Projet HPS soit adapté aux objectifs d'amélioration de la qualité des soins et qu'il soit possible d'intégrer certains de ses critères aux pratiques de soins existantes (centrer davantage les soins sur les patients et leurs proches, les outiller afin qu'ils puissent faire des choix éclairés pour leur santé), a été perçu comme un facteur facilitant pour l'implantation. Tout ceci contribuait à l'amélioration de l'image corporative du CHU et à lui redonner une certaine fierté organisationnelle dans un contexte où les conditions de travail difficiles ternissaient l'image du CHU et risquaient d'avoir des effets négatifs sur la qualité des soins.

« Il y avait aussi des impacts aussi sur leurs employés. Donc ils voyaient là-dedans un avantage pour l'organisation de... au moins d'appliquer les grands principes de HPS. En plus de la reconnaissance internationale, il y avait une reconnaissance, un, au niveau provincial, mais aussi au niveau local parce que le directeur des ressources humaines voyait la problématique des arrêts de travail des employés, le tabagisme, ci et ça. Donc il voyait qu'il y avait une problématique interne pour laquelle il n'y avait pas toujours des solutions, mais cette idée-là venait aussi donner une perspective HPS. » *(Promoteur #1)*

« Il y a une fierté organisationnelle. L'image est belle. Il y a une image corporative. On pense que les employés vont être fiers d'avoir les documents en appui, de l'information qu'il donne. Puis on va aller plus loin, on va amener plus loin. » *(Gestionnaire #1)*

« L'approche en promotion de la santé étant à la fois holistique (prenant en considération différents facteurs d'ordre démographique, socio-économique, sanitaire, psychoculturel, comportemental, etc.) et centrée sur le patient (prenant en considération ses besoins et valeurs), il semble important et fondamental de consacrer les premières

démarches à mieux définir la clientèle afin d'élaborer des actions ciblées, adaptées et efficaces (...) À la lumière de ces éléments, les objectifs à réaliser pour l'année 2008-2009, dans le cadre de la mise en place du Centre d'excellence en promotion de la santé, sont présentés dans le plan d'action suivant. Ils permettent ainsi de concrétiser les normes établies par l'OMS. » (*Plan d'action du CP*)

Le contexte externe

Plusieurs éléments du contexte externe ont été perçus par les promoteurs du Projet et les acteurs clés comme ayant facilité l'implantation du projet HPS. Dans un contexte de crise dans le système de santé et de coût important du curatif, la réforme du réseau de la santé et des services sociaux et la création des CSSS, dans le but de renforcer la capacité de ces établissements en matière de prévention et de promotion de la santé, les orientations ministérielles, l'appui financier de la Fondation, et le soutien du Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé créé en 2005 sont autant de facteurs perçus par les promoteurs comme facilitant l'implantation du projet HPS.

« Donc on arrive dans un moment de transition où il y a des... il y a des gros centres hospitaliers qui se font construire, (...). Il y a un système de santé qui est en crise. Il y a la prévention qui est nécessaire parce que l'impact sur le curatif devient trop coûteux. Il y a la Santé publique qui trouve mieux son rôle. Il y a des partenariats avec la Fondation qui remet ça tout à coup à l'agenda politique aussi. Donc le Premier ministre en parle, le ministre X en parlait. Donc ça crée un environnement. » (*Promoteur #1*)

Par ailleurs, la mise à l'agenda politique de la périnatalité au Québec, l'existence de cadres législatifs et ministériels, et surtout l'octroi d'une subvention au centre périnatal par une fondation privée œuvrant dans le domaine de la petite enfance, ont été perçus comme facilitants pour l'implantation du Projet HPS au CHU et au centre périnatal en particulier. Ainsi, dès 2008, diverses activités de promotion de la santé ont pu débiter pour assurer à la clientèle l'expérience d'une grossesse en santé.

« Fait que ça, le défi venait avec l'autofinancement. Alors j'ai... Il a fallu réfléchir vite quand on a réalisé que la mission de la Fondation [privée] changeait et puis on a

réalisé à quel point peut-être il y avait une pertinence de demander une subvention pour le [centre périnatal] : bien ça, c'est vraiment la petite enfance dans toute sa splendeur. Donc ça allait avec leur mission d'intervenir avant la naissance, puis dans le continuum de soins précoces jusqu'à 5 ans, là. Mais donc on touchait la première partie de leur mission. » (*Gestionnaire #1*)

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

4.2.2 Contraintes à l'implantation du Projet HPS

Bien que plusieurs facteurs aient facilité à différents niveaux l'implantation du Projet HPS, les répondants ont fait part de multiples contraintes. Les contraintes perçues du contexte interne ont été évoquées par l'ensemble des répondants, surtout chez les professionnels. D'autres contraintes relatives aux caractéristiques individuelles ont été soulevées par la plupart des gestionnaires et professionnels. De plus, les facteurs liés au processus d'implantation ont également été évoqués par des gestionnaires et professionnels, mais surtout par la majorité des patients.

Le contexte interne

➤ La structure et la communication

Parmi les contraintes, des facteurs structurels et, en particulier, les conditions de travail difficiles font l'unanimité auprès des répondants qui les perçoivent comme des freins à l'implantation. En effet, pour les professionnels, le milieu de travail du CHU (CP y compris) est caractérisé par le travail en silos, les multiples paliers de gestion, le roulement de personnel, le fonctionnement différent de chaque unité de soins, les horaires peu flexibles, etc. À ces contraintes

liées aux conditions de travail difficiles, s'ajoutent celles liées au manque de communication entre les acteurs et qui ne facilitent pas l'intégration effective des valeurs de promotion de la santé dans les pratiques. Cela s'explique souvent par la concurrence entre professionnels, le manque d'entraide, les relations interpersonnelles difficiles et le manque de collaboration.

« Bien sûr, mais c'est intéressant de voir que finalement, le principal obstacle à la promotion de la santé sur le milieu de travail, c'est le temps, le manque de temps. Premièrement, peut-être essayer de réorganiser les horaires, ça serait déjà beaucoup. Je parle autant de médecins qu'infirmières. C'est pas juste d'un côté, nous. Et discuter avec nos médecins, aussi. Tu sais, je pense que ce qu'on aurait de besoin, c'est de réorganiser la structure de la clinique de chaque médecin pour arriver à mettre ça correct. Mais c'est du travail. »
(Infirmière #1)

« Bon, il y a un enjeu de communication majeur au sein de l'unité autant entre les gestionnaires que les professionnels, mais même au sein des professionnels entre eux. Ici au [CP], il y a le prénatal, il y a la salle d'accouchement, puis il y a le suivi avec le postpartum, là, et ça semble être des unités... Ça semble être des petites micro-unités qui fonctionnent avec leur... Oui, avec leur façon de faire, puis il y a peu de fluidité de communication entre chacune de ces unités-là. Pourtant la patiente est la même qui traverse chacun de ces milieux physiques. » *(Conseillère #2)*

« Ce qui freine le changement, c'est les... beaucoup de paliers de gestion, ça, je pense que ça alourdit la quantité d'informations que les gestionnaires doivent transférer à leurs employés. Ça aussi ça... ça... tout l'aspect de communication organisationnelle, c'est un défi d'envergure à mon avis au sein de l'organisation. Pis c'est beaucoup... Je pense que c'est beaucoup alentour de cet enjeu-là que se présentent les barrières. » *(Conseillère #3)*

➤ La culture

Pour beaucoup de gestionnaires et professionnels, le fait que la culture hospitalière soit dominée par une culture curative et de l'urgence est une contrainte importante de l'implantation du Projet HPS. De ce fait, y introduire la promotion de la santé ne va pas de soi. Cette culture curative prédominante à l'échelle organisationnelle est parfois perçue par certains répondants (gestionnaires surtout) comme incompatible avec une culture de promotion de la santé.

« Je pense que c'est pas dans notre culture. Va falloir le digérer à petites bouchées. On est... on est loin de ça. On a toujours eu juste le mandat soigner, curatif et tout. Faire de la promotion, c'est pas toujours simple, quoi qu'on en faisait un peu, mais c'est peut-être pas systématisé dans nos mentalités, dans notre culture, dans nos façons de faire. » (Gestionnaire #3).

« On essaie de le faire, mais c'est un peu une formule « plaster » là, tu sais? C'est pas intégré dans la culture organisationnelle. On le fait parce que ça paraît bien de le faire. » (Gestionnaire #3)

Par ailleurs, les contraintes culturelles liées aux différences de cultures entre les différents sites du CHU, les unités de soins et les professionnels se démarquent par les propos rapportés par l'ensemble des répondants dont les couples interviewés.

« (...) c'est que sur les différents quarts de travail, des fois il y a des façons de penser différentes, puis moi je me promène aussi d'un quart de travail à l'autre, puis quand j'arrive mon idée qui... qui vient du quart de jour, puis là j'arrive de nuit, là c'est plus du tout ça. C'est comme ça passe pas. Je me fais pas accepter sur tel ou tel point. Fait que tu sais, si tout le monde a une pratique uniforme, ça va aider. » (Infirmière #2)

« Alors moi je dis : non, c'est pas urgent, mais l'infirmière me dit : « Oui, c'est urgent. » Je dis : « Non, c'est pas urgent. » Mais si je réponds pas à l'urgence, à ce qui est pour elle une urgence, elle va être insatisfaite de mon travail. Alors c'était pas forcément facile au début parce qu'il y a des cultures très différentes, hein, la culture médicale et notre culture à nous. Alors eux ont à s'ajuster, puis nous aussi. » (Professionnel #1)

« En fait je trouve qu'il y a un peu... Ben, déjà il y a une différence très, très marquée entre le... la culture des infirmières, puis la culture des médecins par rapport à ça. C'est-à-dire que les infirmières sont beaucoup plus ouvertes ... aux méthodes alternatives pour gérer la douleur. Parce qu'en fait, c'est elles qui gèrent l'accouchement. » (Couple #2)

➤ Le manque de ressources et le climat d'implantation

Bien que l'implantation du projet HPS ait bénéficié de ressources financières et humaines, la plupart des répondants ont évoqué le manque généralisé de ressources au sein de l'organisation comme une contrainte à l'implantation et à la pérennité du projet. Il s'agit notamment du manque

d'infrastructures, de temps, de budget et de cliniques pour répondre aux besoins des nouveaux cas suivis au centre périnatal. Tout ceci nuit parfois à la qualité du travail des professionnels, augmente le stress au travail et finalement, contrevient à l'implantation des soins et d'un milieu de travail promoteurs de santé.

« Le stationnement des employés est rendu à 20 minutes de marche. Tu sais, c'est toutes des choses comme ça et un irritant après l'autre. Après ça, on demande aux employés d'être extraordinaires... Puis c'est pas en faisant la Semaine de l'infirmière... C'est pas ça qui va régler. C'est endémique, là, pis c'est contextuel. Je trouve que la direction, elle a pas l'argent peut-être pour faire mieux actuellement non plus, là? Tu sais... Mais son personnel ne va pas bien. » (*Professionnel #2*)

Certains professionnels ont également évoqué les difficultés liées au climat d'implantation telles que le manque de reconnaissance de la part de leurs gestionnaires et le manque d'implication dans la prise de décisions les concernant. Pour d'autres, c'est le manque de formation et de témoignages positifs qui influencent négativement l'implantation du Projet HPS dans leur milieu.

« Il faudrait un témoignage. Tu sais, quelqu'un qui, dans l'équipe, aurait vécu ce changement-là, puis qui en aurait ressenti des bienfaits dans sa vie. Cette personne-là va être notre communicateur, pis notre personne qui va rayonner, puis qui va dire : « Oui, ça vaut la peine qu'on travaille là-dessus. » (*Professionnel #3*)

➤ L'engagement et le leadership des gestionnaires

La majorité des employés ont déclaré que la promotion de la santé ne constituait pas une priorité pour les gestionnaires. L'absence de priorité perçue est un frein important à l'implantation. L'engagement et le leadership des gestionnaires sont remis en cause à plusieurs plans.

En ce qui concerne l'organisation, le leadership d'individus isolés au sein de l'organisation n'était pas suffisant pour porter les efforts importants qu'impliquait la réorientation de la mission du CHU vers des services plus promoteurs de santé. Le manque de continuité dans le soutien de la Haute

Direction relatif notamment certainement à un changement de direction au niveau du CHU, et le manque de vision partagée au niveau organisationnel au départ, ont été perçus comme des contraintes majeures au déploiement effectif du concept HPS dans l'organisation.

« Mais le contexte hospitalier de notre hôpital a pas été facilitant parce qu'on a seulement parachuté, en fait, quelques... une poignée d'humains sans moyens, sans porter le discours quotidiennement, sans l'intégrer au mode de décisions organisationnelles. Puis ça, ça fait qu'au bout du compte, c'est plus une série de petits projets qu'un projet d'organisation. Mais pour qu'on puisse faire de la promotion de la santé et transformer une culture, il faut que ça soit porté à tous les niveaux organisationnels et il faut que chaque décision qui se prenne soit cohérente et conforme à l'idéologie d'un hôpital promoteur de santé. Puis on n'est pas... on n'est pas là. » (*Gestionnaire #1*)

« Ce que je dirais, c'est que le concept était séducteur et je pense que c'est comme quand on veut mettre en vitrine des belles choses, mais c'est venu sans appui réel, fondamental de la démarche. Alors le concept était séducteur, puis on le mettait dans un contexte de séduction, puis de dire : « Voyez, on a une direction de promotion de la santé. » Mais c'était une coquille vide. Et puis relativement peu portée avec engagement de l'organisation, puis de la haute direction. » (*Gestionnaire #1*)

Malgré le leadership de la Direction de la promotion de la santé, certains professionnels considèrent qu'elle n'est pas très soutenue au sein de l'organisation dans la mise en place de ses projets, ce qui représente un frein à l'implantation.

« (...) ça prend une visibilité de la part de la direction de la promotion de la santé dans les actions qu'elle pose, puis elle est pas très connue cette direction-là, puis elle est pas très mise en valeur non plus au sein de l'organisation, je crois. » (*Conseillère #4*)

« Je pense que c'est une direction qui a besoin de ressources. C'est une très petite direction. Je pense que ça prend une structure plus... C'est une direction qui a besoin d'être davantage structurée. Elle a besoin aussi d'être entérinée par l'ensemble de la direction générale. Je pense qu'elle a besoin davantage d'appuis de la part de la direction générale, ce qui lui amènerait d'avoir des budgets [inaudible 0:13:08.2] qui sont augmentés, la possibilité d'aller chercher d'autres ressources humaines. Puis peut-être ensuite la possibilité de, avec des ressources humaines supplémentaires, s'ancrer davantage dans différents secteurs de l'organisation dans son ensemble. » (*Conseillère #1*)

De plus, le manque de leadership de certains gestionnaires au niveau terrain est perçu par la plupart des professionnels comme une contrainte à l'implantation. Il se traduit notamment par des changements imposés au personnel, manque de proximité avec les réalités du terrain et la non libération des employés pour participer aux activités de promotion de santé les concernant.

« Faut rester près des gens au quotidien, faut être au niveau terrain, puis je pense que si on reste comme ça, ce niveau terrain là, puis que les gens s'habituent (...) Je pense qu'il faut que les gens soient excessivement terrain avec les équipes, puis je pense que c'est à force de faire ça aussi qu'on va y arriver. Tu sais, faut pas s'enfermer dans notre bureau. » (*Professionnel #3*)

Par ailleurs, d'autres facteurs relatifs aux caractéristiques individuelles ont été soulevés par la plupart des gestionnaires et professionnels. De plus, les facteurs liés au processus d'implantation ont également été évoqués par des gestionnaires et des professionnels, mais surtout par la majorité des patients.

Les caractéristiques individuelles

➤ Le manque de connaissance par rapport à la promotion de la santé

Le facteur contraignant à ce niveau est le manque de connaissance du concept HPS par la majorité des professionnels de la santé, des gestionnaires et de la clientèle. Ils ont, pour la plupart, évoqué le manque d'informations relatives à la promotion de la santé et au concept HPS.

« Bien c'est parce que je pense que le fait que les gens reconnaissent pas exactement, on s'entend pas sur ce qu'est la promotion de la santé, c'est déjà une limite majeure. Faudrait peut-être d'abord qu'on adopte au niveau du [CHU], oui la politique, mais la promotion de la santé, ça se décrit comment, ça se décline comment, puis ça veut dire quoi dans les deux activités de tous les jours? Ça, ça aiderait à recenser ce qui se fait, puis à orienter ce qui pourrait se faire. » (*Conseillère #4*)

« Les gens de base ne connaissent pas c'est quoi la promotion de la santé » ... Ils sont pas au courant. Pis étant donné que ça vient comme : on n'est pas au courant, on sent que ça vient pas vers nous, ça nous intéresse pas à dire : bon, qu'est-ce qu'ils font les gens de la promotion de la santé? Tout ça. » (*Infirmière #3*)

Au centre périnatal, bien que la fonction curative soit moins prédominante

que dans le reste de l'organisation et que l'enseignement soit au cœur des pratiques de soins, on y retrouve néanmoins une certaine incompréhension des professionnels par rapport à la promotion de la santé. Pour plusieurs, la promotion de la santé se résume à la prévention de la maladie.

« Oui, parce que pour moi, j'ai fait mon cours en 1983, j'étais là en 1983, puis la prévention, nous autres on n'appelait pas ça promotion de la santé, on appelait ça la prévention, pour moi ça c'était... c'était autant, aussi important que le traitement qu'on donne aux patients, même en chirurgie, les patients viennent, mais à la maison, il faut qu'ils fassent des exercices selon leur état, faut qu'ils mangent bien, faut... bon. Ils ont... Le mode de vie compte. » (*Infirmière #4*)

Cette incompréhension de ce que représente la PS semble constituer un obstacle à une vision plus élargie de la promotion au-delà de la prévention de la maladie.

➤ Manque d'appropriation de la promotion de la santé

Par ailleurs, la promotion de la santé est perçue de façon parfois négative par plusieurs répondants, notamment parce qu'ils considèrent qu'elle représente une surcharge de travail. Cela constitue un frein à l'intégration de la PS dans les pratiques professionnelles et ainsi, à l'implantation du Projet.

« C'est comme : pour eux, c'est une chose de plus qu'on ajoute. Ils voient pas... ils voient pas comme quoi que ça... ça fait partie de leur pratique, qu'il faut que ça soit intégré dans leur pratique. » (*Gestionnaire #2*)

« Et il y a aussi le surplus de travail. C'est plate à dire, mais je pense qu'il y a eu beaucoup de coupures budgétaires dans les dernières années, puis je pense que c'est... les infirmières vivent beaucoup de changements, pas juste les infirmières, mais je pense que tous les professionnels de la santé vivent beaucoup de changements, puis ça leur demande beaucoup d'adaptation. Puis amener un autre projet qui leur demande de participer à nouveau, de joindre, c'est comme un surplus de travail qu'ils le voient. » (*Infirmière #4*)

Pour la majorité des professionnels et gestionnaires, la promotion de la santé est davantage l'apanage de la nouvelle équipe ayant intégré le milieu, ce qui est un frein à l'implantation dans les pratiques de tous les employés. Lorsqu'ils

font référence à la promotion de la santé, les répondants la personnalisent en évoquant presque systématiquement les prénoms des membres de l'équipe en place. Ils ne perçoivent pas toujours la promotion de la santé comme étant un changement de leurs pratiques de soins au centre périnatal. Ainsi, certains ne la perçoivent pas comme relevant de la responsabilité collective de tous les professionnels. Ce manque d'appropriation peut s'expliquer par le manque de connaissances et d'implication des individus dans le projet HPS.

➤ La résistance au changement

Aussi, les obstacles perçus au niveau du contexte interne se répercutent sur les individus qui y travaillent. La plupart des gestionnaires et des professionnels s'accordent à dire que les conditions de travail difficiles et le manque de leadership et de soutien de la part des gestionnaires concourent à la résistance au changement, au manque d'implication et de motivation du personnel et, finalement, à la faible participation aux activités de promotion de la santé implantées.

« Parce qu'on a fait des tentatives au [CP], qui a pas eu... qui n'ont pas eu de succès, mais en même temps, on a eu un apprentissage aussi : si psychologiquement dans le milieu de travail, les employés sont pas bien, sont pas satisfaits, c'est sûr que arriver avec des... parler de saines habitudes de vie, ils sont pas rendus là. Je pense qu'il faut travailler au niveau de la motivation des employés. Et pour les rendre motivés, je pense, l'idéal comme je disais tantôt, c'est que dans toute notre pratique, toute notre approche...tu sais, que les employés sentent qu'ils sont importants pour l'organisation...Oui, moi en tant que gestionnaire, j'ai un rôle, mais il n'y a pas juste moi non plus. Il faut que tout le monde se mobilise dans le même sens. » (*Gestionnaire #4*)

En effet, plus les employés sont insatisfaits de leurs conditions de travail, et plus les obstacles à l'implantation des stratégies mises en œuvre pour promouvoir leurs habitudes de vie seront importantes, car celles-ci ne répondent pas directement à leurs besoins en termes de conditions de travail. Toutefois, ces conditions nuisent à la participation lorsque les activités sont offertes sur les heures ouvrables.

« J'ai pris du poids, tout ça. D'aller faire de l'exercice comme ça puis venir travailler, je vas être dégueu, là, je vas toute être collante. J'irai pas là faire ça à l'heure du dîner! Pis je vas manger quand? » (*Infirmière #5*)

« Ah ça reste des bonnes activités. Je les ai vues, les annonces, je trouvais ça intéressant. J'aurais aimé y participer... J'aurais aimé aller voir ça, mais je mangeais à 11 h 15, fait que je ne pouvais pas, puis de toute façon, ça m'a mis à la course, là, je peux pas aller là. » (*Infirmière #7*)

Le processus d'implantation

➤ La qualité de l'exécution du projet

Quelques professionnels et couples ont rapporté des contraintes relatives à la qualité d'exécution du projet HPS au centre périnatal. En effet, l'implantation des soins promoteurs de santé et, plus particulièrement la transmission de l'information à la clientèle, s'est heurtée à plusieurs contraintes liées à la qualité de l'exécution : la contradiction des messages véhiculés surtout en ce qui a trait à l'allaitement maternel, la surabondance d'informations rarement discutées lors des consultations avec les professionnels, le temps limité de la consultation, l'attitude paternaliste de certains professionnels, le manque d'implication des couples, le temps d'attente trop long, le manque de continuité entre les différentes unités du centre, etc.

« C'est juste pour dire, par rapport aux informations qu'on a reçues juste après l'accouchement, par exemple en matière d'allaitement, les infirmières, elles changent de « shift », je sais pas tous les combien de temps, mais en fait chaque fois qu'on appelait une infirmière, c'était une nouvelle infirmière puisque c'était un nouveau « shift », et donc là où il y avait des informations un peu contradictoires d'une infirmière à l'autre sur ce qu'il fallait faire. » (*Couple #3*)

« Je vous dirais qu'elles (les patientes) sont peu impliquées. Je pense qu'on leur transmet de l'information, on tente, mais elles ne sont pas partie prenante de leur processus de soins. Elles (les patientes) sont relativement prises en charge dans une structure pis il y a la volonté d'adapter ce qu'on leur offre, que ça réponde à leurs besoins et tout ça, mais est-ce qu'on parle définitivement de chaque personne, de ses spécificités, ses besoins pis lui permettre de prendre part activement pis à son processus, pis qu'elle s'actualise davantage pis qu'on fait grandir cette personne-là, je pense qu'on n'est pas rendu là encore au Centre. » (*Conseillère #3*)

4.2.3 Synthèse : Relations entre les facteurs

Des relations entre les différentes dimensions du cadre utilisé ont émergé de l'analyse des facteurs influençant l'implantation (figure 2). Ainsi, le contexte externe par exemple (cadres législatifs en place, subvention) a eu une influence positive sur certaines sous-dimensions du contexte interne (disponibilité des ressources) et certaines sous-dimensions du processus d'implantation (planification et engagement des acteurs). De même, certaines caractéristiques de l'intervention (intégration aux pratiques de soins, normes HPS de l'OMS) et l'adaptation des activités du Projet HPS au contexte interne (compatibilité avec les pratiques existantes) ont facilité le processus d'implantation et surtout au niveau de la qualité de l'exécution .

Par ailleurs, à l'échelle organisationnelle, les problèmes structurels (par ex. : conditions de travail difficiles), le manque de leadership et d'engagement des gestionnaires concourent au manque de satisfaction, d'implication et de motivation et donc de participation du personnel aux activités de promotion de santé qui les ciblent.

« Les conditions d'organisation ne facilitent pas ça et c'est vite pris à partie (...) Oui, on organise plein d'activités, mais en même temps, faut que l'organisation autour suive et elle ne suit pas. Ça suit pas! » (*Gestionnaire #3*).

« Il y a eu des tentatives faites [pour les employés], mais je pense qu'il n'y a pas eu beaucoup de réponses. Est-ce que je me trompe? [rires] Écoute, je pense que la direction est de bonne volonté, mais je crois qu'on a un problème de contexte. » (*Professionnel #2*)

« Même, développer des projets, puis d'impliquer le personnel, que le personnel puisse être libéré, puis qu'il s'implique dans ces projets-là. Moi, en tout cas, c'est la principale difficulté que je vois, c'est qu'il y a des gens, des infirmières entre autres, là, qui sont très intéressées, mais tu sais, c'est de les libérer, consacrer une demi-journée ou une journée... Il faut qu'elle soit remplacée. » (*Professionnel #1*)

IMPLANTATION DU PROJET HPS AU CENTRE PÉRINATAL DU CHU

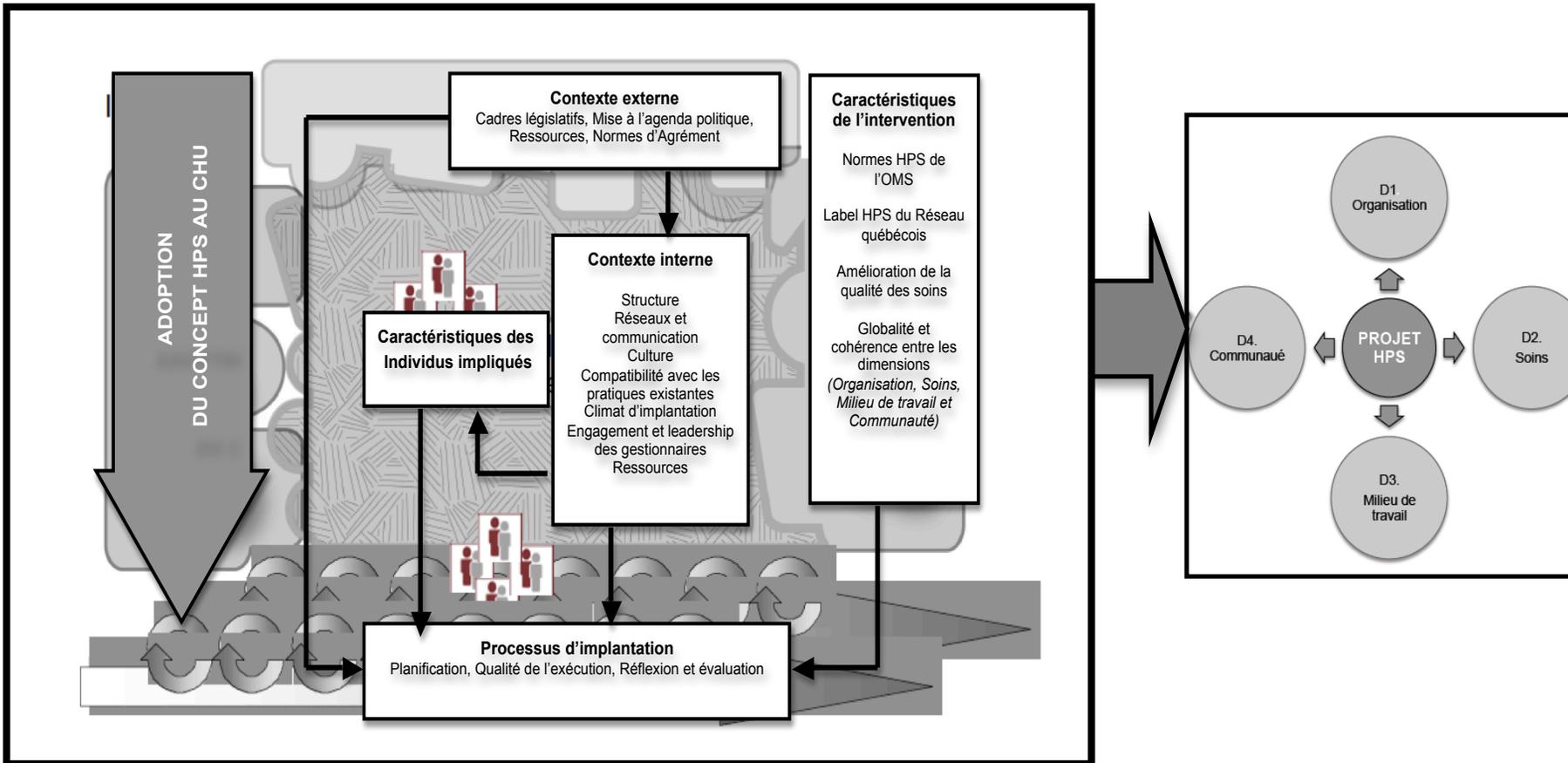


Figure 2 : Relations entre les facteurs influençant l'implantation du Projet HPS (adapté de Damschroder et al. 2009)

5. Discussion

Les résultats de l'étude révèlent que l'implantation dépend de multiples facteurs et des liens qui existent entre ces facteurs. Dans cette section on discutera des principaux facteurs facilitants et des principales contraintes en lien avec les études antérieures sur le concept HPS, des divergences entre les perceptions des différents acteurs et de la pertinence d'utiliser un cadre d'analyse multi-niveaux pour rendre compte de l'implantation du projet HPS.

5.1 Facilitateurs et obstacles

- *Contexte interne et processus d'implantation*

Le contexte interne et le processus d'implantation ont été rapportés par l'ensemble des gestionnaires, professionnels et patients comme facteurs influençant l'implantation du projet HPS au centre périnatal. Des facteurs issus de ce contexte interne ont à la fois facilité l'implantation (compatibilité avec les pratiques existantes, engagement et leadership des acteurs clés, ressources) et fait obstacle à l'implantation (facteurs structurels, faiblesses des réseaux et manque de communication, différences de culture, manque d'engagement et de leadership des gestionnaires). Ceci s'applique également à des facteurs du processus d'implantation qui ont, d'une part facilité l'implantation (qualité de la planification, engagement de l'équipe de la promotion de la santé, qualité de l'exécution en lien avec la variété des services et des interventions offerts à la clientèle, réflexion et évaluation) et, d'autre part freiné l'implantation du Projet (faiblesses d'exécution).

D'autres études ont montré l'influence facilitatrice de l'engagement et leadership des acteurs clés (Guo, et al., 2007; Johnson & Baum, 2001; Lee et al., 2012; Lee, Chen, & Wang, 2012; Nowak, et al., 1998; Whitelaw, et al., 2006), des ressources (Guo, et al., 2007) et du processus d'implantation (qualité de la planification des projets HPS notamment) (Guo, et al., 2007; Johnson & Baum, 2001). De même, des études ont aussi montré l'influence des mêmes contraintes les plus souvent rapportées dans la présente étude : manque de leadership des

gestionnaires et conditions structurelles (manque de temps et de personnel, de formation) (Guo, et al., 2007; Johnson & Baum, 2001; Johnson & Nolan, 2004; Lin, et al., 2009b; Tountas, et al., 2004). Enfin, nous avons identifié une seule étude ayant relevé l'influence de la compatibilité des pratiques existantes sur l'implantation du projet HPS (McBride, 2004), ce qui souligne l'importance du contexte interne.

- Contexte externe et les liens d'influence

L'importance de la compatibilité entre les pratiques existantes et le processus d'implantation comme facteur facilitant dans cette étude est à souligner. Ces résultats peuvent s'expliquer par l'influence de certains facteurs externes propres au contexte politique et législatif québécois et sont apparus importants. Par exemple, la mise à l'agenda de la périnatalité et de la promotion de la santé par le MSSS, le contexte de réforme du système de santé, les lois et règlements en santé et sécurité au travail (LSST; L.R.Q., c.S-2.1, 1979), la loi sur le développement durable (chapitre D-8.1.1, 2006) sont autant d'éléments qui ont mené à la mise en place de pratiques promotrices de santé au CHU et au centre périnatal. Les nouvelles pratiques pouvaient ainsi s'insérer en harmonie avec les orientations politiques en promotion de la santé et en périnatalité au Québec. Aussi, des ressources disponibles (cofinancement d'une fondation privée et de la fondation du CHU, soutien du réseau montréalais des HPS) ont également permis la mise sur pied d'une nouvelle direction, la direction de la promotion de la santé. On peut donc postuler que cette direction et son équipe présente au sein du centre périnatal ont permis d'assurer la qualité dans le processus d'implantation. Certains hôpitaux et réseaux des HPS européens (en Écosse, en Suède et en Estonie notamment) ont également bénéficié d'un contexte externe favorisant l'implantation de projets HPS (Pelikan, et al., 1998; Polluste, et al., 2007; Polluste, et al., 2006; Swedish National Institute of Public Health, 2006; Whitehead, 2004; Whitelaw, et al., 2006).

Il est important de préciser que le CHU que nous avons étudié se différencie des hôpitaux ayant fait l'objet d'une étude sur l'implantation du

concept HPS ailleurs dans le monde. En effet, l'expérience du CHU est une initiative d'adhésion volontaire des hauts gestionnaires de l'hôpital au projet HPS et a reçu un financement spécifique de la fondation de l'hôpital et d'une fondation privée pour son déploiement. En revanche, d'autres expériences (Chine, Taïwan, Grèce, etc.) procèdent d'une initiative imposée par le gouvernement et relayée par la haute direction ou le réseau des HPS locaux, sans que des ressources suffisantes n'aient été allouées pour l'implantation (Guo, et al., 2007; Lee, Chen, & Chu, 2012; Lee, Chen, & Wang, 2012; Pan et al., 2005; Tountas, et al., 2004). L'obtention d'un budget complémentaire au budget opérationnel des hôpitaux est facilitante pour le déploiement d'un projet HPS.

Dans la littérature en promotion de la santé, on a déjà constaté que l'influence du contexte externe peut prédominer lors de l'implantation mais l'accent est le plus souvent mis sur les partenariats (Riley, 2003). Dans notre étude, le rôle facilitateur des facteurs externes s'avère crucial surtout au stade de l'adoption du concept HPS, mais son influence devient indirecte lorsque le projet entre en phase d'implantation.

- *Caractéristiques des individus*

Le manque de connaissances sur le concept HPS, le manque de motivation et d'appropriation du concept HPS, la résistance au changement ont été rapportés par les gestionnaires et les professionnels comme des obstacles à l'implantation. Ces facteurs ont également été rapportés dans des études antérieures (Johansson, et al., 2010; Lee et al., 2012; Lee, Chen, & Wang, 2012; Miseviciene & Zalnieraitiene, 2012; Tountas, et al., 2004) . Ces résultats peuvent s'expliquer par l'approche *top-down* choisie dès l'adoption du concept HPS au CHU, mais aussi par les conditions de travail qui ne cessent de se détériorer chez les professionnels de la santé en milieu hospitalier depuis le milieu des années 90 au Québec (Ariste, 2012; Bourbonnais, Comeau, & Vézina, 1999; Cloutier et al., 1998; Lapointe et al., 2000; Tourangeau et al., Tremblay & Larivière, 2009)

5.2 Divergence entre les perceptions des divers groupes

Nos résultats mettent en évidence la convergence des perceptions des gestionnaires et des professionnels au niveau des facteurs qui ont facilité (compatibilité avec les pratiques existantes, engagement des acteurs clés, disponibilité des ressources, et processus d'implantation) et contraint l'implantation (facteurs structurels, réseaux et communication, différences de culture, caractéristiques individuelles, et faiblesses de l'exécution). Cette convergence est aussi observée au niveau de l'influence des caractéristiques individuelles (manque de connaissance, d'information et d'appropriation de la promotion de la santé et du concept HPS, résistance au changement des acteurs).

Néanmoins, on constate des divergences au niveau des perceptions des différents acteurs sur l'implantation du projet HPS. L'influence des caractéristiques de l'intervention et du contexte externe a surtout été rapportée par des gestionnaires ou des promoteurs du projet HPS. Ceci peut s'expliquer par le fait que ces derniers représentent les maîtres d'œuvre du projet HPS. Ils disposent à ce titre, d'informations stratégiques et politiques relatives au projet HPS, et qui ne sont pas transmises à d'autres groupes. Ce constat a également été soulevé dans une étude récente menée dans des hôpitaux en Lituanie (Miseviciene & Zalnieraitiene, 2012).

Par ailleurs, les obstacles relatifs au manque de priorité accordée à la promotion de la santé, au climat d'implantation, au manque d'engagement et de leadership des gestionnaires, ainsi qu'à certaines faiblesses de l'exécution ont davantage été rapportés par les professionnels. Ces derniers travaillant plus près des patients, leurs perceptions traduisent finalement leur vécu sur le terrain. Cette influence a été observée dans d'autres études (McBride & Moorwood, 1994; Tountas, et al., 2004; Whitelaw, et al., 2006) qui portaient sur des professionnels et des gestionnaires sans que des divergences entre les gestionnaires et professionnels n'aient été soulevées.

Les facteurs rapportés par les couples ont principalement trait aux faiblesses liées à l'exécution, à la réflexion et à l'évaluation faites par les professionnels. Ceci a également été soulevé dans d'autres études (McBride, 2004). Néanmoins, il faut noter une certaine variabilité de perceptions entre les couples et les professionnels vis-à-vis de certains aspects de l'exécution du projet (par ex., surabondance d'informations vs multiples vecteurs de communication), ce qui a été souligné dans une autre étude également (Tountas, et al., 2004).

Comme dans notre étude, la plupart des articles récents ont évalué l'implantation de projets HPS auprès des gestionnaires (Groene, et al., 2010; Lee, Chen, & Chu, 2012; Lee et al., 2012; Lee, Chen, & Wang, 2012; Lin, et al., 2009b; Lin & Lin, 2010; Miseviciene & Zalnieraitiene, 2012) et des professionnels (Miseviciene & Zalnieraitiene, 2012) travaillant dans des centres hospitaliers. Néanmoins, hormis deux études datant de 2004 qui se sont intéressées uniquement aux perceptions des patients (McBride, 2004) d'une part, et d'autre part à celles des patients et des professionnels (Tountas, et al., 2004), aucune n'étude récente n'a intégré les perceptions de l'ensemble des groupes d'acteurs concernés.

La variation de perception avait été également notée dans notre analyse portant sur l'appréciation de l'implantation. Alors que les gestionnaires du CHU et du CP semblaient avoir une bonne connaissance des dimensions de l'organisation promotrice de santé et du milieu de travail, les perceptions de ces derniers d'une part, les professionnels et les patients d'autre part, variaient en ce qui a trait aux soins promoteurs de santé et à la communauté promotrice de santé. Cette variation des perceptions des gestionnaires, professionnels et patients, souligne l'importance de recueillir des informations dans les différents groupes impliqués.

L'utilisation de plusieurs sources de données a permis d'obtenir ainsi, une compréhension globale et riche de l'implantation et de mettre en évidence les

différentes perceptions des acteurs impliqués dans l'implantation d'un même projet.

5.3 Pertinence d'un cadre d'analyse multi-niveaux

La majorité des études qui se sont intéressées à l'analyse des facteurs influençant l'implantation de projets HPS dans les hôpitaux ou établissements de santé, ont eu recours à des modèles théoriques divers, tels que le modèle causal de Burke-Litwin (Lee et al., 2012; Lee, Chen, & Wang, 2012), le modèle de développement organisationnel de Cummings et Worley (Lin, et al., 2009b), le cadre de l'évaluation réaliste de Pawson et Tilley (Whitelaw, et al., 2011).

Dans notre recherche, nous avons opté pour un cadre d'analyse multi-niveaux de l'implantation, celui de Damschroder et al. (2009) parce que contrairement aux autres modèles, il a permis de classer les facteurs d'influence qui ont émergé de notre étude et surtout de mettre en évidence des liens entre les principales dimensions de l'implantation : caractéristiques de l'intervention, les contextes externe et interne, les caractéristiques individuelles et le processus d'implantation du projet HPS au centre périnatal du CHU.

6. Qualité de l'étude

Fiabilité de l'étude : Dans cette étude, nous avons documenté le processus de collecte et les étapes d'analyse des entrevues et documents, pour les rendre le plus explicite possible. Les outils de collecte de données couvraient les quatre dimensions du projet HPS implanté au centre périnatal. Les données ont été codées indépendamment par les trois auteurs de cet article, les facteurs identifiés ont été ensuite classés dans le cadre d'analyse multi-niveaux de Damschroder et al. et analysés selon les dimensions de ce cadre pour renforcer la rigueur de l'analyse. De plus, des extraits d'entrevues ont été intégrés dans le texte pour appuyer l'analyse des résultats obtenus. Enfin, l'immersion de l'auteure principale dans le milieu pendant une année et demie ainsi que les observations qu'elle a menées, lui ont permis de se familiariser avec le contexte et de bâtir des relations avec les acteurs impliqués dans l'implantation et d'observer certaines pratiques

relevant du projet, tout en ayant une attitude de réflexivité constante dans l'interprétation des données. Ceci renforce la fiabilité de la recherche. Pour ce qui est de la crédibilité des résultats, nous discuterons de la validité interne et externe.

La validité interne : Selon Yin (2003), les tactiques visant à atteindre la validité interne dans une étude de cas sont difficilement identifiables (p.36). Bien qu'il n'existe pas de méthode de référence permettant d'identifier les barrières et les facilitateurs de l'implantation (Cheater, Baker, & Gillies, 2005), nous avons utilisé deux guides d'entrevues qui ont permis l'identification des facteurs auprès des acteurs directement concernés par l'implantation du projet HPS. Nos données empiriques reflètent les perceptions de tous les acteurs impliqués sur le plan organisationnel (gestionnaires, professionnels dont infirmières), mais également des patients et des promoteurs du projet, ce qui permet de dresser un portrait plus complet des barrières et des facilitateurs (Miseviciene & Zalnieraitiene, 2012). La majorité des participants étant des professionnels de la santé, ceux-ci ont pu mettre davantage l'accent sur les facteurs relatifs au contexte interne et notamment une emphase sur les conditions de travail difficiles. Une des limites de la méthodologie employée porte sur l'utilisation de données issues d'entrevues et donc de données auto-rapportées. Les données auto-rapportées comportent plusieurs limites : des limites introspectives quant à l'étendue et la profondeur de connaissance d'un individu sur lui-même, et des limites d'auto-présentation quant à ce qu'un individu veut dévoiler sur lui-même. Ainsi, nos données d'entrevues font face à ces contraintes que nous avons tenté de surmonter en triangulant les différentes sources d'informations. Par ailleurs, le nombre de couples de patients rencontrés peut sembler insuffisant pour rendre compte de la perception de l'ensemble de la clientèle quant à leur expérience au centre périnatal. Cependant, l'immersion dans le milieu et l'examen des rapports d'évaluations de la satisfaction de la clientèle auxquelles nous avons participé vont dans le sens des perceptions rapportées par les couples de patients dans la présente étude.

En outre, il existe un biais possible en raison de l'observation dans le milieu et de l'effet du chercheur, dont l'interprétation a pu être influencée par ses croyances et perceptions (Van Der Maren, 1996). Lorsqu'un chercheur fait de la

recherche de terrain basée sur des interactions avec les sujets, la production de données est empreinte du filtre par lequel l'objet d'étude est compris et analysé (Milner, 2007). « La plupart des données sont produites à travers ses (celles du chercheur) propres interactions avec les autres, à travers la mobilisation de sa propre subjectivité, à travers sa propre mise en scène. Ces données incorporent donc un facteur non négligeable. Ce biais est inévitable : il ne doit être ni nié (attitude positiviste) ni exalté (attitude subjectiviste). Il ne peut qu'être contrôlé, parfois utilisé, parfois minimisé. » (De Sardan (2008). Cependant, ce biais est réduit grâce aux stratégies de validation utilisées dans cette recherche (Creswell, 2007). En effet, notre immersion de longue durée dans le milieu de recherche a eu pour effet de nous permettre de passer inaperçus autant que possible et de nous « fondre dans l'organisation », ce qui a certainement permis de réduire l'effet du chercheur sur le site et d'appréhender les caractéristiques du contexte afin que notre interprétation des données recueillies reflète le mieux possible la réalité du terrain. Enfin, le recours à la triangulation de différentes sources de données, le triple codage par trois chercheurs (1 junior et 2 seniors), une validation croisée des analyses par ces derniers et les discussions sur les a priori possibles quant aux résultats attendus renforcent la validité des résultats obtenus dans cette étude cas.

- La validité externe : Dans notre étude, la validité externe est davantage liée à la transférabilité de nos résultats (Creswell, 2007). Cette transférabilité dépendra du degré selon lequel les lecteurs et usagers de la recherche peuvent raffiner leurs savoirs à travers l'expérience que leur procure la lecture d'une telle étude et transférer ou extrapoler les connaissances acquises à leurs contextes ayant des caractéristiques similaires, et ce, selon leurs besoins (Gendron, 2010).

La description en profondeur du cas à l'étude et du contexte d'implantation, la collecte et l'analyse d'un grand nombre d'informations sur chacun de nos groupes de répondants concernés par l'implantation du projet HPS (promoteurs de projets, gestionnaires, professionnels et patients). Ces éléments ont permis d'identifier les facteurs facilitants et les contraintes à l'implantation et des liens qui les unissent (Karsenti & Demers, 2004). Ceci offre un potentiel important de transférabilité dans d'autres milieux hospitaliers et d'autres contextes de périnatalité au Québec.

7. Conclusion

Cette étude a examiné les facteurs qui doivent être pris en compte lors de l'implantation d'un projet HPS dans un centre périnatal d'un CHU au Québec. L'implantation d'un projet HPS en milieu hospitalier ne va pas de soi. C'est un projet en développement qui doit avoir une approche flexible et pragmatique et tenir compte des principales préoccupations de l'organisation. Les obstacles sont nombreux. Toutefois, orienter la mise en œuvre d'un projet HPS en contexte de périnatalité comporte plusieurs avantages, dont la compatibilité de la promotion de la santé avec plusieurs pratiques professionnelles existantes telles que l'information, l'éducation à la santé et l'accompagnement des futurs parents dans une expérience de grossesse en santé. La présente étude révèle certains leviers qui pourraient être utilisés pour assurer l'implantation de tous les critères du projet HPS au CHU :

- l'amélioration des conditions de travail et du climat de travail notamment par une plus grande flexibilité des horaires, des activités récréatives pour les employés et leur famille, une plus grande implication des professionnels dans la prise de décision, une plus grande reconnaissance du travail des professionnels permettraient d'accroître la motivation l'engagement et l'implication des professionnels dans le processus d'implantation;
- l'amélioration de la communication dans l'organisation pour relayer l'information et les décisions à l'ensemble des acteurs concernés;
- la sensibilisation de tous les acteurs clés et des gestionnaires à l'importance du concept HPS en vue d'influencer la culture organisationnelle, d'encourager le leadership dans l'implantation du Projet;
- l'identification de leaders « multiplicateurs » qui connaissent le concept HPS et comprennent sa pertinence pour assurer la visibilité du projet dans l'organisation, relayer l'information et les décisions au niveau des différentes équipes;
- l'accès au développement des compétences pour renforcer l'acquisition de connaissances et d'habiletés en regard du concept HPS, diminuer la résistance au changement et assurer la qualité d'exécution du projet.

Cette étude souligne l'importance, aussi bien pour les praticiens que pour les chercheurs, d'analyser les facteurs multiples susceptibles d'agir à différents

niveaux de l'implantation, et ceci pour assurer une implantation efficace des projets HPS.

Références

- Argyris, C. (1993). *Knowledge for Action: A Guide to Overcoming Barriers to Organizational Change*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc.
- Ariste, R. (2012). Défis du système de santé canadien et pistes de solution. *Canadian Institute for Health Information*.
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1(3), 385-405. doi: 10.1177/146879410100100307
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewoods Cliffs: NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (2006). On integrating social cognitive and social diffusion theories. In A. Singhal & J. Dearing (Eds.), *Communication of innovations: a journey with Ev Rogers* (pp. 111-134). Thousand Oaks: CA: Sage.
- Beer, M., & Nohria, N. (2000). Cracking the code of change. *Harvard Business Review*, 78(3), 133-141.
- Béland, F., Contandriopoulos, A.-P., Quesnel-Vallée, A., & Robert, L. (2008). *Le privé dans la santé, Les discours et les faits*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal Montréal.
- Ben-Shlomo, Y., & Kuh, D. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31(2), 285-293. doi: 10.1093/ije/31.2.285
- Bhutta, Z., Darmstadt, G., Hasan, B., & Haws, R. (2005). Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics*, 115, 519 - 617.
- Bilterys, R., Dedobbeleer, N., & Contandriopoulos, A.-P. (2012). [Le concept « Hôpital promoteur de santé » : conditions gagnantes pour l'implantation d'une innovation transformant le milieu de travail des infirmières].
- Bourbonnais, R., Comeau, M., & Vézina, M. (1999). Job strain and evolution of mental health among nurses. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4, 95-107.
- Burnes, B. (2004). Kurt Lewin and the Planned Approach to Change: A Re-appraisal. *Journal of Management Studies*, 41(6), 977-1002. doi: 10.1111/j.1467-6486.2004.00463.x
- Burnes, B. (2005). Complexity theories and organizational change. *International Journal of Management Reviews*, 7(2), 73-90. doi: 10.1111/j.1468-2370.2005.00107.x
- Campbell, N. C., Murray, E., Darbyshire, J., Emery, J., Farmer, A., Griffiths, F., et al. (2007). Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *BMJ*, 334(7591), 455-459. doi: 10.1136/bmj.39108.379965.BE
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanov) ed). Montréal: Udem.

- Chaudoir, S. R., Dugan, A. G., & Barr, C. H. (2013). Measuring factors affecting implementation of health innovations: a systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures. *Implementation Science*, 8(1), 1-20.
- Cheater, F., Baker, R., & Gillies, C. (2005). Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*.
- Cloutier, E., Duguay, P., Massicotte, P., & IRSST. (1998). *Santé, sécurité et organisation du travail dans les emplois de soins à domicile*: [Montréal]: Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.
- Cochrane, L., Olson, C., Murray, S., Dupuis, M., Tooman, T., & Hayes, S. (2007). Gaps between knowing and doing: understanding and assessing the barriers to optimal health care. *J Contin Educ Health Prof*, 27, 94 - 102.
- Cockburn, J. (2004). Adoption of evidence into practice: can change be sustainable? *Med J Aust*, 180(6), 66.
- Contandriopoulos, A.-P. (2008). La réforme du système de santé : un enjeu de société. *Santé, Société et Solidarité*, 31-40.
- CSBE (Commissaire à la santé et au bien-être). (2011a). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. Pour une vision à long terme en périnatalité et en petite enfance : enjeux et recommandations (Vol. 4, pp. 312 p). Québec.
- CSBE. (Commissaire à la santé et au bien-être). (2011b). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2011: État de la situation, portrait de la périnatalité et de la petite enfance au Québec (Vol. 2, pp. 245 p). Québec.
- 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(1), 1- 15.
- Dedobbeleer, N., Contandriopoulos, A.-P., Lamothe, L., Nguyen, H., Rousseau, L., & Bilterys, R. (2008). 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 « hôpital promoteur de santé ». Montréal: Université de Montréal.
- Dooris, M. (2004). Joigning up settings for health: a valuable investment for strategic partnerships? *Critical Public Health*, 14, 37-49.
- Dooris, M. (2006). Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promotion International*, 21(1), 55-65. doi: 10.1093/heapro/dai030
- Dooris, M. (2009). Holistic and sustainable health improvement: the contribution of the settings-based approach to health promotion. *Perspectives in Public Health*, 129(1), 29-36. doi: 10.1177/1757913908098881
- Dopson, S., & Fitzgerald, L. (2005). The active role of context. In S. Dopson & L. Fitzgerald (Eds.), *Knowledge to action: evidence-based health care in context* (pp. 79-103). Oxford: Oxford University Press.

- Durlak, J., & DuPre, E. (2008). Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. *American Journal of Community Psychology*, *41*(3), 327-350. doi: 10.1007/s10464-008-9165-0
- Edvardsson, K., Garvare, R., Ivarsson, A., Eurenus, E., Mogren, I., & Nystrom, M. (2011). Sustainable practice change: Professionals' experiences with a multisectoral child health promotion programme in Sweden. *BMC Health Services Research*, *11*(1), 61.
- Ferlie, E., & Shortell, S. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *Milbank Q*, *79*, 281 - 315.
- Forest, P.-G., & Denis, J.-L. (2012). Real Reform in Health Systems: An Introduction. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, *37*(4), 575-586. doi: DOI 10.1215/03616878- 1597430
- Garcia-Barbero, M. (1998). Introduction. In J. M. Pelikan, M. Garcia-Barbero, H. Iobnig & K. Krajic (Eds.), *Pathways to a health promoting hospital-Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997* (Vol. 2). Gamburg, Germany: G. Conrad, Health promotion publications.
- Green, L. W. (2006). Public health asks of systems science: to advance our evidence-based practice, can you help us get more practice-based evidence? *Journal Information*, *96*(3).
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach* (4th Ed. ed.). New-York: McGraw-Hill Higher Education.
- Green, L. W., Richard, L., & Potvin, L. (1996). Ecological foundations of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, *10*(4), 270-281.
- 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. doi: 10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x
- Groene, O. (2006). Implementing health promotion in hospitals: manual and self-assessment forms. Copenhagen: WHO/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. doi: 10.1093/heapro/daq013
- Grol, R., & Grimshaw, J. (1999). Evidence-based implementation of evidence-based medicine. *The Joint Commission journal on quality improvement*, *25*(10), 503-513.
- Grol, R., & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *The Medical journal of Australia*, *180*(6 Suppl), S57-60.
- Grol, R. P., Bosch, M. C., Hulscher, M. E., Eccles, M. P., & Wensing, M. (2007). Planning and Studying Improvement in Patient Care: The Use of Theoretical Perspectives. *Milbank Quarterly*, *85*(1), 93-138. doi: 10.1111/j.1468-0009.2007.00478.x

- Guo, X. H., Tian, X. Y., Pan, Y. S., Yang, X. H., Wu, S. Y., Wang, W., et al. (2007). Managerial attitudes on the development of health promoting hospitals in Beijing. *Health Promot. Int.*, 22(3), 182-190. doi: 10.1093/heapro/dam010
- Hancock, T. (1999). Creating health and health promoting hospitals: a worthy challenge for the 21st century. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12, 8-19.
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. doi: 10.1177/1049732305276687
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. . Washington, DC: National Academies Press.
- Johansson, H., Weinehall, L., & Emmelin, M. (2010). If we only got a chance. Barriers to and possibilities for a more health-promoting health service. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2010(3), 1-9.
- Johnson, A., & Baum, F. (2001). Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Health Promot. Int.*, 16(3), 281-287. doi: 10.1093/heapro/16.3.281
- Johnson, A., & Nolan, J. (2004). Health promoting hospitals: Gaining an understanding about collaboration. *Australian Journal of Primary Health*, 10(2), 51-60.
- Kaplan, G. (2004). What's Wrong with Social Epidemiology, and How Can We Make It Better? *Epidemiological Reviews*, 26, 124–135.
- Lapointe, P.-A., Chayer, M., Malo, F. o. B., & Rivard, L. (2000). La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier. *Nouvelles pratiques sociales*, 13(2).
- Lee, C., Chen, M., & Chu, C. (2012). The health promoting hospital movement in Taiwan: recent development and gaps in workplace. *International Journal of Public Health*, 1-5. doi: 10.1007/s00038-012-0391-8
- Lee, C. B., Chen, M. S., Powell, M., & Chu, C. M.-Y. (2012). Achieving organizational change: findings from a case study of health promoting hospitals in Taiwan. *Health Promotion International*. doi: 10.1093/heapro/das056
- 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*, n/a-n/a. doi: 10.1002/hpm.2156
- 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. doi: 10.1016/j.pec.2008.12.025
- Lin, Y.-W., & Lin, Y.-Y. (2010). Health-promoting organization and organizational effectiveness of health promotion in hospitals: a national cross-sectional survey in Taiwan. *Health Promotion International*. doi: 10.1093/heapro/daq068

- McBride, A. (2004). Health promotion in the acute hospital setting: the receptivity of adult in-patients. *Patient education and counseling*, 54(1), 73-78. doi: Doi: 10.1016/s0738-3991(03)00198-8
- McBride, A., & Moorwood, Z. (1994). The hospital health-promotion facilitator: an evaluation. *Journal of Clinical Nursing*, 3, 355-359.
- McHugh, C., Robinson, A., & Chesters, J. (2010). Health promoting health services: a review of the evidence. *Health Promot. Int.*, daq010. doi: 10.1093/heapro/daq010
- McKenzie, J. F., Neiger, B. L., & Thackeray, R. (2008). *Planning, implementing, and evaluating health promotion programs* (5th. Ed. ed.): Benjamin-Cummings Publishing Company
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e éd. ed.). Bruxelles: De Boeck Université.
- Miseviciene, I., & Zalnieraitiene, K. (2012). Health promoting hospitals in Lithuania: health professional support for standards. *Health Promotion International*. doi: 10.1093/heapro/das035
- MSSS. (2004). Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité- Cadre de référence. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MSSS. (2008). Politique de périnatalité 2008-2018. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).
- Naaldenberg, J., Vaandrager, L., Koelen, M., Wagemakers, A.-M., Saan, H., & de Hoog, K. (2009). Elaborating on systems thinking in health promotion practice. *Global Health Promotion*, 16(1), 39-47.
- Nowak, P., Lobnig, H., Krajic, K., & Pelikan, J. (1998). Case Study Rudolfstiftung Hospital, Vienna, Austria – WHO Model Project “Health and Hospital. In J. Pelikan, M. Garcia -Barbero, H. Lobnig & K. Krajic (Eds.), *Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997* (pp. 47-66). Gamburg: G Conrad Health Promotion Publications.
- Nowak, P., & März, R. (1998). The Vienna WHO-Model Project “Health and Hospital”. In J. M. Pelikan, Krajic, K. and Lobnig, H. (Ed.), *Feasibility, Effectiveness, Quality and Sustainability of Health Promoting Hospitals Projects*. Gamburg: G.Conrad Health Promotion Publications.
- Pan, Y. S., Guo, X. H., Tian, X. Y., Wu, S. Y., Yang, X. H., & Wang, D. e. a. (2005). Health promoting hospitals: development, actuality, and expectation. *Chinese Journal of Hospital Administration*, 21, 721–724.
- Paton, K., Sengupta, S., & Hassan, L. (2005). Settings, systems and organization development: the Healthy Living and Working Model. *Health Promotion International* 20, 81–89.
- Pelikan, J., Dietscher, C., Krajic, K., & Nowak, P. (2005). Eighteen core strategies for Health Promoting Hospitals. In O. Groene & M. Garcia-Barbero (Eds.), *Health promotion in hospitals. Evidence and quality management*. (pp. 48-67). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

- Pelikan, J., Dietscher, C., Krajic, K., & Nowak, P. (2006). Putting PHP Policy into Action *Working Paper of the WHO Collaborating Center on HPH and Health Care*. Vienna: WHO Collaborating Center on HPH and Health Care.
- Pelikan, J., Krajic, K., & Dietscher, C. (2001). The health promoting hospital (HPH): concept and development. *Patient Education and Counseling*, 45(4), 239-243.
- Pelikan, J., Garcia-Barbero, M., Lobnig, H., Krajic, K., & Conrad, G. (1998). *Pathways to a health promoting hospital*: Conrad.
- Pettigrew, A. M. (1990). Longitudinal Field Research on Change: Theory and Practice. *Organization Science*, 1(3), 267-292. doi: 10.1287/orsc.1.3.267
- Poirier, A. (2012). Pour assurer aux enfants le meilleur départ possible: Investir collectivement dans l'enfance. *Le périscopio*(Périnatalité et santé publique), 7-8.
- Poland, B., Krupa, G., & McCall, D. (2009). Settings for Health Promotion: An Analytic Framework to Guide Intervention Design and Implementation. *Health Promotion Practice*, 10(4), 505-516. doi: 10.1177/1524839909341025
- Polluste, K., Alop, J., Groene, O., Harm, T., Merisalu, E., & Suurorg, L. (2007). Health-promoting hospitals in Estonia: what are they doing differently? *Health Promot. Int.*, dam032. doi: 10.1093/heapro/dam032
- Polluste, K., Alop, J., Harm, T., Merisalu, E., & Suurorg, L. (2006). Development of the HPH network in Estonia: the managers' perspective. *Health Promoting Hospitals Newsletter*, 26, 5-7.
- Pope, C., van Royen, P., & Baker, R. (2002). Qualitative methods in research on healthcare quality. *Qual Saf Health Care*, 11, 148 - 152.
- Rabin, B. A., Brownson, R. C., Haire-Joshu, D., Kreuter, M. W., & Weaver, N. L. (2008). A Glossary for Dissemination and Implementation Research in Health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 14(2), 117-123 110.1097/1001.PHH.0000311888.0000306252.bb.
- Rey, L., Brousselle, A., & Dedobbeleer, N. (2012). Logic analysis: testing program theory to better evaluate complex interventions. In J. Houle, N. Dubois, S. Lloyd, C. Mercier, Z. Hartz, A. Brousselle & L. Rey (Eds.), *L'évaluation des interventions complexes* (Vol. Special issue 26 (3), pp. 61-89): Revue Canadienne d'Évaluation de Programme/ Canadian Journal of Program Evaluation.
- Riley, B. L. (2003). Dissemination of heart health promotion in the Ontario Public Health System: 1989-1999. *Health Educ. Res.*, 18(1), 15-31. doi: 10.1093/her/18.1.15
- Robinson, K. L., Driedger, M. S., Elliott, S. J., & Eyles, J. (2006). Understanding Facilitators of and Barriers to Health Promotion Practice. *Health Promotion Practice*, 7(4), 467-476. doi: 10.1177/1524839905278955
- Shaw, S., Elston, J., & Abbott, S. (2004). Comparative analysis of health policy implementation: the use of documentary analysis. *Policy Studies*, 25(4), 259-266.

- Solberg, L. I. (2000). Guideline Implementation: What the Literature Doesn't Tell Us. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 26(9), 525-537.
- Sossa, G. O. (2011). L'innovation sans lendemain : les difficultés de l'institutionnalisation du changement. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 16(2), 1-16.
- Strauss, A. L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*: Cambridge University Press.
- Susser, M., & Susser, E. (1996). Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. *American Journal of Public Health*, 86(5), 674-677.
- Swedish National Institute of Public Health. (2006). Towards a more health promoting health service: Summary of study material, government bills, parliamentary decisions, draft indicators and examples of application. (pp. 56 p.). Stockholm.: Swedish National Institute of Public Health.
- Thomas, D. R. (2006). A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246. doi: 10.1177/1098214005283748
- Tountas, Y., Pavi, E., Tsamandouraki, K., Arkadopoulos, N., & Triantafyllou, D. (2004). Evaluation of the participation of Aretaieion Hospital, WHO Pilot Project of Health Promoting Hospitals. *Health Promoting International*, 19(4), 453-462.
- Tourangeau, A. E., Cummings, G., Cranley, L. A., Ferron, E. M., & Harvey, S. (2010). Determinants of hospital nurse intention to remain employed: broadening our understanding. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 22-32. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05190.x
- Tremblay, D.-G., & Larivière, M. (2009). La conciliation emploi-famille dans le secteur de la santé au Québec: le soutien organisationnel fait-il défaut aux infirmières. *Genre et diversité en gestion*, 101-118.
- Valentini, H. (2004). «Notre force de changement » – L'évolution de la périnatalité au Québec – 1973-2003 *Santé, Société et Solidarité*, 49-55.
- Vasquez, C., & Jolivet, A. (2012, 7 et 8 mai 2012). [L'hôpital promoteur de santé : le travail de déplacement par projet pour analyser les frontières en mouvances].
- Walker, A., Grimshaw, J., Johnston, M., Pitts, N., Steen, N., & Eccles, M. (2003). PRIME - PRocess modelling in ImpleMEntation research: selecting a theoretical basis for interventions to change clinical practice. *BMC Health Services Research*, 3(1), 22.
- Wandersman, A. (2009). Four Keys to Success (Theory, Implementation, Evaluation, and Resource/System Support): High Hopes and Challenges in Participation. *American Journal of Community Psychology*, 43(1-2), 3-21. doi: 10.1007/s10464-008-9212-x
- Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L., et al. (2008). Bridging the Gap Between Prevention Research and Practice: The Interactive Systems Framework for Dissemination and

- Implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 171-181. doi: 10.1007/s10464-008-9174-z
- Whitehead, D. (2004). The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on? *Health Promot. Int.*, 19(2), 259-267. doi: 10.1093/heapro/dah213
- 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. doi: 10.1093/heapro/dar038
- Whitelaw, S., Martin, C., Kerr, A., & Wimbush, E. (2006). An evaluation of the Health Promoting Health Service Framework: the implementation of a settings based approach within the NHS in Scotland. *Health Promot. Int.*, 21(2), 136-144. doi: 10.1093/heapro/dal009
- WHO. (2004). Standards for Health Promotion in Hospitals. Copenhagen: WHO Régional Office for Europe.

6.4. ARTICLE 4 : Les défis de l'évaluation développementale en recherche : une analyse d'implantation d'un Projet « Hôpital promoteur de santé »

Auteurs : Lynda Rey, Astrid Brousselle, Nicole Dedobbeleer, Marie-Claude Tremblay

Ce manuscrit est accepté pour publication dans la *Revue canadienne d'évaluation de programme*.

Contribution de l'étudiante :

L'étudiante a réalisé la revue de littérature, a collecté les données présentées dans l'étude de cas. Elle a effectué les analyses liées à cet article et rédigé le manuscrit.

Contribution des coauteurs :

Pr Astrid Brousselle a contribué à orienter l'article et a commenté les différentes versions.

Pr Nicole Dedobbeleer a apporté des commentaires significatifs au manuscrit.

Marie-Claude Tremblay n'a pas contribué à l'écriture de cet article, ni commenté les différentes versions de travail. Toutefois, nous avons antérieurement travaillé à l'écriture d'un article sur nos expériences de l'évaluation développementale et donc discuté ensemble des intérêts et défis de l'évaluation développementale. Cet article, où je suis l'auteur principal, est actuellement soumis pour publication. Bien que le présent article de thèse soit un article différent et nouveau, nous reconnaissons, par son association en tant que co-auteure, l'influence qu'elle a pu avoir.

Résumé

L'évaluation développementale (ED), une approche conçue par Patton pour soutenir le déploiement des innovations demeure peu expérimentée en recherche. Cet article présente une expérience d'application de l'ED dans le cadre d'une recherche sur l'implantation d'un Projet « Hôpital promoteur de santé » (HPS) dans un centre hospitalier universitaire. L'auteure met en évidence la double exigence de recherche et d'utilisation inhérente à l'ED lorsque conçue dans une perspective de recherche. Ensuite, les défis rencontrés par la chercheuse sont analysés. Il s'agit principalement des tensions entre les exigences de recherche et d'utilisation, des tensions entre les perceptions des rôles du chercheur et des utilisateurs, de l'appropriation du double rôle de chercheur et d'évaluateur ainsi que de la temporalité du processus. Enfin, nous concluons que l'ED peut être envisagée en recherche à condition qu'une analyse préalable du contexte de l'évaluation soit conduite afin d'anticiper les difficultés liées à l'intégration des exigences de recherche et d'utilisation.

Mots clés: Évaluation développementale, recherche, utilisation, hôpital promoteur de santé.

Abstract

Developmental evaluation (DE), an approach developed by Patton to support the implementation of innovations, remains relatively untested in research. This paper describes an attempt to apply DE as part of an implementation study of a Health Promoting Hospital Project (HPH) in a university hospital. The author highlights the dichotomous demands of academic research and evaluation use inherent in applying DE from a research perspective, and analyzes the challenges encountered in this case. These challenges are mainly related to the tensions between the requirements of research and use, the tensions between the perceptions of researcher and users' roles, the dual role of researcher and evaluator and finally, the temporality of the process. The conclusion is that DE could be used in research, provided that preliminary context analysis is done to

anticipate the challenges related to integrating the demands of research and evaluation use.

Keywords: Developmental evaluation, research, use, health promoting hospital.

1. Introduction

L'utilisation des résultats de recherche pour influencer les pratiques et les politiques est en pleine expansion (Nutley, Walter, & Davies, 2003). Dans le domaine de la recherche sur les services de santé, les organismes subventionnaires soutiennent de plus en plus de recherches collaboratives entre des chercheurs universitaires et des praticiens (Estabrooks et al., 2008). Il semble y avoir un consensus autour du fait que plus les chercheurs et les utilisateurs investissent dans des échanges continus tout au long du processus de recherche, plus les résultats seront utilisés. Ainsi, l'implication continue des utilisateurs, le lien entre la disponibilité des résultats de recherche et leurs utilisations, l'applicabilité des résultats pour faciliter l'appropriation par les milieux, la collaboration des utilisateurs pour adapter et implanter ces résultats constituent des préoccupations aussi bien pour la recherche que pour les milieux de pratique (Grimshaw et al., 2012; Landry, Amara, & Lamari, 2001; Lavis, 2003).

Les réflexions amorcées dans le champ de l'évaluation pour accroître l'utilisation des résultats ont abouti à diverses propositions visant notamment à accompagner la mise en place des interventions et à appuyer l'évaluation des interventions complexes (Contandriopoulos et al., 2012; Patton, 2011; Rogers, 2008; Zimmerman et al., 2012). Parmi ces propositions, l'évaluation développementale (ED), conceptualisée par Michael Quinn Patton, suscite de l'engouement dans la communauté des évaluateurs. Présentée comme une approche du type « évaluation axée sur l'utilisation » (Patton, 2008), elle vise à soutenir en temps réel la mise en place d'interventions complexes et dynamiques telles que les innovations sociales caractérisées par des effets émergents et imprévisibles (Patton, 2011).

Dans les organisations de santé où les interventions implantées comportent les caractéristiques des interventions complexes (Morrel, 2005; Shiell, Hawe, & Gold, 2008), et où les praticiens ont besoin de résultats en temps réel (Nutbeam, 1999; Potvin, Bilodeau, & Gendron, 2008; Tremblay & Richard, 2011),

l'évaluation représente un exercice particulièrement difficile et pose de véritables enjeux conceptuels, méthodologiques et opérationnels qu'il faut considérer pour obtenir des résultats utiles et utilisables (Beywl, 2012; Bowen, 2012; Potvin, Bilodeau, & Gendron, 2011; Zimmerman, et al., 2012).

En proposant des réponses à ces enjeux, l'ED apparaît comme une approche évaluative particulièrement intéressante, notamment par le rôle attribué à l'évaluateur. Celui-ci fait partie intégrante de l'équipe de projet, apporte son soutien à la mise en place de l'intervention, facilite l'apprentissage par l'expérience et, ainsi, favorise l'utilisation du processus et des résultats d'évaluation. De ce fait, l'ED s'inscrit dans une perspective davantage « consultante » de l'évaluation et l'évaluateur peut être perçu comme un consultant expert (Alkin, 2004; Brousselle et al., novembre 2011). Il ne s'agit donc pas de porter un jugement sur les pratiques de l'équipe de projet, mais de l'accompagner dans le processus de développement, ce qui *in fine* contribuera au succès de l'intervention.

Bien que dans sa forme originale l'ED soit perçue comme une approche évaluative consultante, elle présente des avantages certains dans le cadre d'une recherche dont l'objectif général est de mieux comprendre l'implantation du Projet HPS dans le centre périnatal d'un centre hospitalier, en développant des connaissances robustes, contextualisées et utilisables (Rey, et al., 2012). Pour atteindre cet objectif, nous avons prévu d'analyser le processus d'implantation et de soutenir la mise en place de l'intervention simultanément. Ainsi appliquée en recherche, l'ED pouvait non seulement participer à l'amélioration de l'intervention, mais aussi contribuer à générer des connaissances sur l'intervention et dans le(s) champ(s) disciplinaire(s) concerné(s) (c.-à-d. organisation des soins, évaluation et promotion de la santé). Nous proposons donc dans le présent article, une réflexion sur l'intérêt et les défis d'une telle démarche en recherche.

Dans le cadre d'une analyse d'implantation du Projet « Hôpital promoteur de santé » (HPS) de l'OMS dans un centre hospitalier universitaire, nous avons

exploré l'intérêt de l'application de l'ED dans une perspective de recherche. Le Projet HPS cible la promotion de la santé auprès des patients, des employés, dans la communauté et son intégration dans la culture hospitalière. De plus, mis en œuvre dans un environnement complexe (l'hôpital), il repose sur des relations inter-organisationnelles (hôpital-organisations communautaires), et des pratiques interdisciplinaires (collaboration entre divers professionnels). Il s'agit d'une intervention innovante, complexe et dynamique en phase initiale de développement qui comporte les caractéristiques d'une intervention évaluable à l'aide d'une démarche développementale.

Dans un premier temps, nous présentons l'ED et son positionnement dans le champ de l'évaluation. Ensuite, son application dans le cadre d'une recherche sur l'implantation du Projet HPS dans un centre hospitalier est décrite, puis nous discutons des défis rencontrés pendant cette expérience. Il s'agit principalement des tensions entre les exigences de recherche et d'utilisation, des tensions entre les perceptions des rôles du chercheur et des utilisateurs, de l'appropriation du double rôle de chercheur et d'évaluateur ainsi que de la temporalité du processus. Enfin, considérant ces défis, l'article conclut que l'ED peut être envisagée en recherche à condition qu'une analyse préalable du contexte soit conduite afin d'anticiper les difficultés liées à l'intégration des exigences de recherche et d'utilisation.

2. L'évaluation développementale : un aperçu

2.1.Évaluation développementale et évaluation axée sur l'utilisation

L'ED s'inscrit dans le sillage de « l'évaluation axée sur l'utilisation » ,dont l'objectif est de rendre l'évaluation pertinente pour les principaux utilisateurs (Patton, 1994, 2008). Les évaluations axées sur l'utilisation devraient être jugées en fonction de leur utilité, de l'utilisation effective de leurs résultats et de la capacité de l'évaluateur à soutenir l'amélioration des programmes (Jacob & Ouvrard, 2009; Patton, 2008; Patton & LaBoissière, 2009). L'accent est mis sur une collaboration active de l'évaluateur avec les principaux utilisateurs attendus

de l'évaluation pour préparer le terrain à un usage concret des résultats et renforcer l'utilité de l'évaluation. L'objectif étant d'accompagner les utilisateurs dans la prise de décision en leur fournissant *les bonnes informations au bon moment* (Patton & LaBoissière, 2009).

Axée sur l'utilisation, l'ED vise en particulier à soutenir en temps réel, le développement de programmes innovants, dynamiques, complexes et dont les effets sont émergents et imprévisibles (Gamble, 2008; Patton, 1994, 1996, 2002, 2008, 2011). Dans ce processus, la théorie sous-jacente au programme doit continuellement être modifiée pour intégrer les connaissances émergentes et permettre ainsi une adaptation au changement. Dans l'ED, la théorie du changement se forme au fur et à mesure que l'intervention se met en place. En documentant les changements *in situ*, elle tient compte des spécificités du contexte qui influencent le programme en cours de développement.

Par ailleurs, au-delà de sa fonction de soutien à la mise en place du programme, l'ED constitue un processus dynamique d'apprentissage en donnant l'occasion aux utilisateurs de réagir aux données fournies par l'évaluation, de les utiliser pour ajuster leur programme et ainsi, d'apprendre de leur expérience (Fagen et al., 2011; Patton, 2006). De même, par la rétroaction permanente avec les utilisateurs, l'évaluateur bénéficie de tels apprentissages en ayant notamment une meilleure compréhension du contexte et des attentes des utilisateurs.

D'un point de vue méthodologique, Patton compare l'ED à un *bricolage* car il est possible d'opter pour tous types de méthodes, de devis, et d'outils en fonction des besoins des utilisateurs et des objectifs d'évaluation (Patton, 2011). Ces méthodes doivent permettre de saisir la dynamique du contexte, de rendre compte de la complexité du programme et d'imaginer des stratégies novatrices pour appuyer la mise en place du programme (Dozois, et al., 2010; Patton, 2011).

Rôle des utilisateurs

Comme dans la plupart des approches participatives en évaluation, le processus évaluatif de l'ED repose sur un partenariat entre des évaluateurs et des personnes concernées par l'évaluation mais qui ne sont pas des évaluateurs (Ridde, 2006; Weaver & Cousins, 2004). "What these evaluation approaches share is using evaluation to promote capacity building, relevance and use by engaging people actively and respectfully from the bottom-up with special attention adapting evaluation itself to local contexts to give it local meaning" (Patton, 2011) (page 187)

Afin de jauger le niveau de participation de cette approche, on peut s'inspirer du cadre d'analyse élaboré par Weaver et Cousins (2004) en intégrant les dimensions suivantes : le contrôle des décisions techniques, la diversité des parties prenantes, les relations de pouvoir entre les parties prenantes, la fluidité de la mise en œuvre de l'évaluation et la profondeur de l'évaluation (Weaver & Cousins, 2004). Appliqué à l'ED, on peut supposer que les utilisateurs partagent de façon égale le contrôle des décisions techniques et que les relations de pouvoir entre les parties prenantes sont équilibrées. Par contre, la diversité des parties prenantes est restreinte aux utilisateurs principaux préalablement identifiés par l'évaluateur et qui interviennent de manière intensive dans le processus d'évaluation. Enfin, la fluidité de la mise en œuvre de l'évaluation dépendra davantage du processus de la mise en place du programme. Au-delà du niveau de participation des utilisateurs, la force du processus est surtout liée à l'engagement des acteurs à se servir des résultats de l'évaluation à des fins de décision (Jacob & Ouvrard, 2009; Patton & LaBoissière, 2009). De plus, la quête d'apprentissages issus du processus d'évaluation par les utilisateurs est aussi essentielle que l'utilisation des résultats, même si la première dépend fortement de la seconde (Patton, 1988).

Rôle de l'évaluateur

La pratique de l'ED est surtout associée au rôle particulier de l'évaluateur (Patton, 1988; Patton, 2011). Il doit dépasser les antagonismes pour construire un

partenariat solide et s'investir dans une relation de confiance à long terme avec les utilisateurs principaux. L'évaluateur incite les utilisateurs à porter un regard réflexif sur leur programme en élaboration et à utiliser les résultats d'évaluation pour réaliser les ajustements nécessaires. Ainsi, il va stimuler les discussions par des questions et faciliter une prise de décision éclairée ; l'idée étant que les utilisateurs se familiarisent avec la « pensée évaluative » en se soumettant à l'épreuve des faits. Ce faisant, une composante importante de rétroaction en temps réel est nécessaire, car fournir certaines données à temps dans le format désiré par les utilisateurs peut parfois s'avérer plus utile que de disposer de toute l'information voulue alors même qu'il est trop tard pour s'en servir (Alkin & Christie, 2005; Dozois, et al., 2010; Patton, 2008; Waldick, (s.d.)).

Le rôle d'évaluateur développemental peut être endossé de plusieurs façons: consultant externe, collègue de confiance, membre de l'équipe chargé du mandat. Chaque formule comportant des avantages et des inconvénients, il faut surtout tenir compte du niveau de connaissances du domaine dans lequel œuvre l'organisme mandataire, ainsi que de sa culture organisationnelle (Gamble, 2008). Toutefois, il est souvent problématique pour l'évaluateur de conserver un certain équilibre entre le maintien des relations de confiance et le devoir de « dire la vérité aux détenteurs du pouvoir » (Gamble, 2008). Quel que soit son statut, l'évaluateur doit posséder des compétences professionnelles et des habiletés sociales (Dozois, et al., 2010; Gamble, 2008).

Plus concrètement, la pratique de l'ED s'articule généralement autour de quatre rôles concomitants (Dozois, et al., 2010; Gamble, 2008; Patton, 1999): 1) *L'orientation* : L'évaluateur aide les utilisateurs à clarifier la théorie sous-jacente au programme, à saisir sa nature dynamique et complexe, les stratégies et les marqueurs de progrès ; 2) *L'observation* : l'évaluateur est attentif aux moments clés de la mise en place du programme, participe aux réunions lorsque cela est possible, et surveille la dynamique ambiante, les jeux de pouvoir et les apprentissages collectifs. Il traduit les bonnes pratiques en données empiriques utilisables pour guider l'action ; 3) *La recherche du sens* est menée collectivement

par l'évaluateur et les utilisateurs. Elle consiste à analyser les données, leur donner un sens et les intégrer dans les pratiques courantes et les décisions. 4) De par son expertise et son intégration à l'équipe, l'évaluateur est en position d'influencer et de façonner le processus de *mise en place du programme* en posant des questions, en animant les sessions, en fournissant de l'information, en clarifiant les contours du programme au fur et à mesure de son évolution, en faisant des rétroactions et en favorisant la collaboration entre les utilisateurs et toutes les ressources organisationnelles disponibles.

2.2.L'Évaluation développementale dans le champ de l'évaluation

Les évaluateurs s'accordent généralement sur deux principales dimensions de l'évaluation : une dimension normative qui consiste à porter un jugement sur la valeur d'une intervention à partir de critères bien définis (la pertinence, l'efficacité, la rentabilité, etc.) et une dimension scientifique qui intègre diverses méthodes issues des sciences sociales (Daigneault, 2011; Fournier, 2004; Jacob, 2010; Rossi, Freeman, et al., 2004). Quels que soient les modèles utilisés dans la pratique, on retrouve dans la plupart des démarches évaluatives des éléments relatifs à la recherche, au jugement de valeur et à la prise de décision (Allard, 1996; Garon & Roy, 2001).

Selon Shadish, Cool et Leviton (1991), toute théorie évaluative doit couvrir cinq dimensions essentielles: l'action publique ou *social programming*, l'utilisation, la construction du savoir, les valeurs, et la pratique. Cette proposition a également inspiré l'arbre proposé par Alkin (2004) qui présente de façon plus réductrice, trois branches sur lesquelles se fondent les modèles élaborés par les théoriciens et les praticiens de l'évaluation à savoir les méthodes, les valeurs ou l'utilisation (Alkin, 2004, 2012; Carden & Alkin, 2012). Sur cet arbre, l'ED est placée sur la branche de l'utilisation. Alkin (2004) montre que dans leur mise en œuvre, aucune approche ne couvre parfaitement l'ensemble des dimensions identifiées dans le champ de l'évaluation. En effet, il apparaît que dans les faits, lorsqu'elle est guidée par des méthodes de recherche, l'évaluation vise surtout à concevoir des connaissances scientifiques (Shadish, Cook, & Leviton, 1991).

Dans une évaluation où les valeurs dominent, l'accent est mis sur le processus social visant à porter un jugement sur la valeur d'une intervention ainsi que sur le rôle de l'évaluateur et des parties prenantes dans la « valorisation » des données (Guba & Lincoln, 1989). Enfin, dans l'évaluation axée sur l'utilisation, la dominante est sur les utilisateurs principaux et sur les façons dont ceux-ci utilisent l'évaluation (Patton, 2008). Par conséquent, l'utilisation constitue la dominante de l'ED dans sa version originale. Toutefois, en cohérence avec la proposition théorique de Shadish, Cook et Leviton (1991), cette prédominance de l'utilisation dans l'ED n'exclut pas de donner de l'importance aux méthodes et au développement des connaissances. En tant qu'approche évaluative, l'ED se doit d'adresser chacune des dimensions et son articulation relève des choix de l'évaluateur pour répondre aux objectifs qu'il s'est fixés. Dans le cas présent, il s'agit d'analyser le processus d'implantation du Projet HPS et de soutenir sa mise en place.

3. L'ED dans une perspective de recherche : l'exemple de l'implantation du Projet HPS

3.1. Implantation du Projet HPS en milieu hospitalier

L'intervention : Un centre hospitalier universitaire de la région de Montréal a décidé d'implanter un Projet « Hôpital promoteur de santé » (HPS) inspiré de la Charte d'Ottawa qui définit la promotion de la santé comme « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » (OMS, 1986). Avec le concept HPS, un ensemble de stratégies est proposé pour permettre aux hôpitaux de mieux s'adapter aux changements en s'impliquant efficacement dans la promotion de la santé des patients, du personnel et de la communauté (Hancock, 1999; Lobnig, et al., 1999). L'adoption d'un concept multidimensionnel et novateur comme l'HPS représente un défi pour l'hôpital dont la priorité traditionnelle est de fournir des soins curatifs et spécialisés. Parmi les activités d'implantation planifiées, la Direction de la promotion de la santé et ses partenaires ont décidé de démarrer un projet pilote HPS dans le centre périnatal de l'hôpital. Les objectifs étaient 1) de

se doter d'une politique de promotion de la santé; 2) d'évaluer les besoins en promotion de la santé des usagers en partenariat avec eux; 3) d'intégrer des informations et des interventions en promotion de la santé dans toutes les trajectoires de services, 4) de mettre en valeur un milieu de travail sain et, 5) de collaborer de façon continue avec le réseau de la santé et les organismes de la communauté.

L'évaluation: Une analyse d'implantation a été proposée par la chercheure (auteure principale), puis a été validée auprès des membres de la Direction ainsi que des gestionnaires du centre périnatal. L'objectif général de l'évaluation était de mieux comprendre et soutenir l'implantation du projet pilote HPS. Il s'agissait spécifiquement 1) de documenter le degré d'implantation du Projet HPS au niveau du centre périnatal; 2) d'identifier les facteurs facilitants et les contraintes susceptibles d'influencer l'implantation et 3) de soutenir de façon itérative la mise en place des interventions envisagées dans le cadre du projet. Afin de mesurer le degré d'implantation du projet pilote à partir des normes HPS de l'OMS, des questionnaires ont été construits, adaptés au contexte d'implantation, puis administrés aux acteurs impliqués dans le processus d'implantation. De plus, une analyse des documents relatifs à l'intervention a été réalisée et complétée par des entrevues semi-dirigées menées auprès de l'ensemble des acteurs impliqués et ciblés par l'implantation du Projet HPS. En vue de répondre aux besoins des utilisateurs principaux identifiés (direction, équipe de projets et gestionnaires du centre), la chercheure a inscrit son analyse d'implantation dans une démarche développementale. Le processus évaluatif a ainsi démarré dès l'hiver 2009, soit une année après le début du projet pilote.

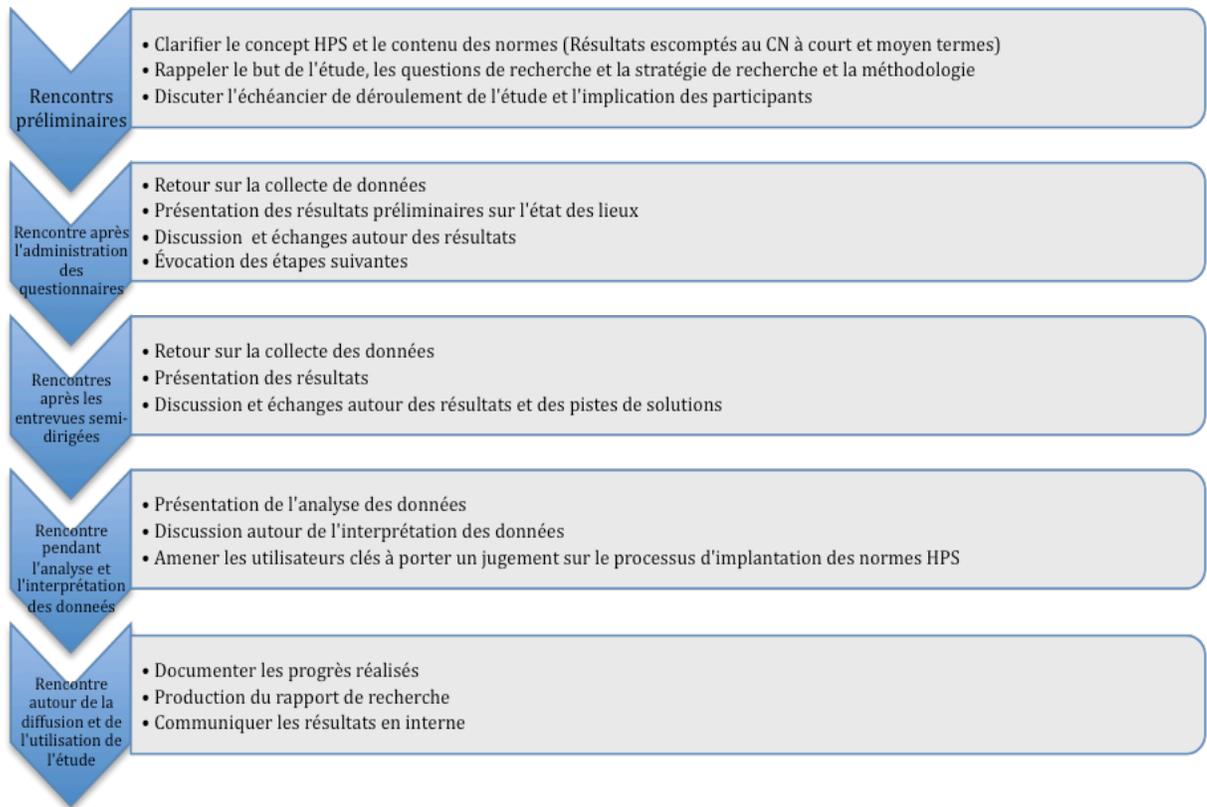


Figure 1 : Processus de rétroaction planifié dans le cadre d'une démarche développementale

3.2. Pertinence de l'ED dans une perspective de recherche en milieu hospitalier

Les caractéristiques de l'ED la rendent attrayante pour mener la recherche en milieu hospitalier où sont souvent évaluées des interventions dynamiques et complexes (Contandriopoulos, et al., 2000; Miles, 2009). Parmi les situations dans lesquelles Patton considère que l'utilisation de l'ED est appropriée, il y a la mise en place d'un projet innovant dans un système complexe et dynamique

(Patton, 2011). De fait, le Projet HPS est un projet pilote innovant, complexe et dynamique en phase initiale de développement. Il implique des activités promotrices de santé au bénéfice d'une multitude d'acteurs. De plus, il repose sur des relations inter-organisationnelles (hôpital-organismes communautaires), et des pratiques interdisciplinaires. Par ailleurs, il est implanté dans une organisation complexe caractérisée par des processus multiples ainsi que la diversité des acteurs et des intérêts (Begun, Zimmerman, & Dooley, 2003; Contandriopoulos, et al., 2012; Jordon et al., 2010; McDaniel, Lanham, & Anderson, 2009). Les relations qu'entretiennent les acteurs sont loin d'être simples : si certains sont ouverts à la coopération et réussissent à s'adapter à la complexité des interventions implantées (Bohmer, 2009; Lanham et al., 2009; Miles, 2009), d'autres en revanche, résistent à tout changement (Champagne, 2002; Denis, 2002; Ford & Ford, 2009; Lee, 2010; Oreg & Sverdlik, 2011). Hormis les caractéristiques du projet et du contexte d'implantation justifiant le choix d'une ED, la chercheuse avait la possibilité d'opter pour une recherche-action qui offre des avantages similaires à l'ED : une collaboration étroite entre le chercheur et les parties prenantes, un processus de rétroaction rapide, une production d'informations en temps réel, etc. (Bazin, 2006; Elliott, 2005). Néanmoins, la recherche-action vise surtout à résoudre un problème dans un programme, une organisation ou une communauté alors que l'ED met davantage l'accent sur le soutien à la mise en place d'une intervention (Patton, 2011). Dans le cas de cette analyse d'implantation, la démarche développementale a été choisie en vue de soutenir les équipes sur le terrain de manière participative pour favoriser à la fois la mise en valeur de pratiques performantes et l'utilisation des résultats pour apprendre de l'expérience.

4. Défis de l'application de l'ED dans une perspective de recherche en milieu hospitalier

4.1. Tensions entre les exigences recherche et d'utilisation

En optant pour l'ED dans une perspective de recherche, en plus de valoriser l'utilisation, la chercheuse met l'accent sur les méthodes de recherche. Dès lors, les tensions entre les exigences de recherche et d'utilisation ont jalonné l'ensemble du processus d'évaluation. En effet, pour répondre à l'objectif de recherche visant à mieux comprendre et soutenir l'implantation du Projet HPS, nous avons élaboré des outils scientifiquement valides (questionnaires et guides d'entrevue prétestés, analyse documentaire) et socialement légitimes (approbation par un comité d'éthique) qui ont permis la collecte et l'analyse systématiques des données. Ceci a donc nécessité que l'accent soit mis sur la rigueur des méthodes utilisées. Par contre, en planifiant les étapes de rétroaction et de collaboration envisagées dans le cadre de la démarche développementale décrite précédemment (figure 1), ce sont les exigences d'utilisation qui ont prédominé. En fait, l'exigence d'utilisation de l'ED consistant à informer de façon continue et en temps réel la mise en place de l'intervention est un objectif d'action qui a coexisté avec l'exigence de recherche qui, elle, poursuivait davantage un objectif d'explication.

4.2. Tensions entre les perceptions des rôles du chercheur et des utilisateurs

Le rôle de consultant, guide, et facilitateur de l'évaluateur dans l'ED, ne s'est pas réellement concrétisé dans cette étude probablement en raison des différences de perceptions des utilisateurs et de la chercheuse.

Parfois, les utilisateurs s'attendaient à ce que la chercheuse réponde à des besoins immédiats en termes de production de résultats et de rapports, comme le ferait une consultante. De plus, pour les utilisateurs, le sentiment d'appropriation de la démarche était très présent. Ainsi, la chercheuse a rarement eu l'occasion d'utiliser son expertise pour orienter les décisions d'implantation et promouvoir l'utilisation comme le prévoit le rôle d'un évaluateur développemental. Cette

incompréhension dans les rôles peut être due au fait qu'il s'agissait non pas d'une évaluation mandatée par les utilisateurs, mais d'un projet de recherche académique. Bien que les fondements du projet et les étapes de la démarche aient été présentés aux utilisateurs et que ces derniers les aient validés, leur perception du rôle de la chercheuse était davantage liée à son statut académique qu'à celui d'un évaluateur consultant doté d'une réelle crédibilité et d'une expérience professionnelle reconnues (Hurteau & Valois, 2012). Cette perception comportait donc un risque d'instrumentalisation du rôle de la chercheuse. Ceci a pu influencer la valeur réelle accordée au projet de recherche par les utilisateurs et la marge de manœuvre effective de la chercheuse pour soutenir l'implantation de l'intervention.

Par ailleurs, dans son souci de satisfaire aux exigences académiques de validité, de rigueur et de crédibilité, la chercheuse a mis en place des dispositifs méthodologiques de recherche qui pouvaient minimiser le « facteur personnel » lié à son rôle d'évaluatrice développementale; c'est-à-dire être « active, réactive, interactive et adaptative » pour répondre en temps réel aux attentes des utilisateurs (Patton, 2008). Dans le cadre d'une démarche évaluative de ce type, la crédibilité du jugement est établie surtout par les utilisateurs, mais il est du devoir de l'évaluateur de tout mettre en œuvre pour que cela se produise (Hurteau & Valois, 2012).

La confrontation de ces deux perceptions a eu un effet direct sur le déroulement du processus car les risques d'instrumentalisation de l'utilisation d'une part, et de la recherche de l'autre, ont engendré la domination d'une exigence au détriment de l'autre. Dans le cas présent, ce sont les exigences de recherche qui ont été privilégiées.

4.3.Appropriation du double rôle de chercheur et d'évaluateur

L'endossement simultané du double rôle de chercheur et d'évaluateur a été un défi. En effet, le rôle de l'évaluateur dépend de sa posture ontologique et épistémologique qui se concrétise notamment par sa prise de position par rapport à l'étendue et au degré de participation des parties prenantes, sa position par

rapport aux décideurs, ainsi que la responsabilité des parties prenantes dans la construction de l'évaluation (Thiebaut et al., 2011).

Dans le cas présent, les impératifs de l'ED exigeaient que l'auteure principale adopte les rôles de guide, consultant et facilitateur lui permettant de soutenir la mise place du projet. Ces rôles correspondent davantage à un modèle de consultant expert dans lequel l'évaluateur reçoit de la part de ses clients un mandat spécifique susceptible d'évoluer. Le consultant expert est également un facilitateur qui collabore avec les parties prenantes tout au long du processus évaluatif, y compris dans ses aspects techniques de façon à maximiser l'utilisation (Champagne, Contandriopoulos, & Tanon, 2011; Cook, 2006; Patton, 2006). Ainsi, l'accent est davantage mis sur l'utilisation par la réponse aux besoins exprimés par ses clients plutôt que sur la conformité aux exigences de rigueur académique.

Parallèlement, en tant que chercheur, le but de l'auteure principale était aussi « d'améliorer les connaissances dans leur domaine de spécialisation tout comme les connaissances propres à l'évaluation en tant que discipline » (Champagne, Contandriopoulos, & Tanon, 2011). En effet, tout en collaborant avec les utilisateurs, le chercheur doit préserver sa crédibilité et garantir la rigueur de sa démarche. Dans ce cas, le jugement de valeur porté sur l'intervention doit être scientifiquement authentique et validé auprès des pairs. La crédibilité du jugement sera renforcée d'abord par son authenticité, mais aussi par la crédibilité et la confiance que les utilisateurs accorderont au chercheur (Hurteau & Valois, 2012).

Le défi du double rôle rencontré par l'auteure principale confirme qu'il existe « un certain paradoxe entre la recherche d'une scientificité dans la production des connaissances (...) et la nécessité de construire un jugement sur un objet » (Thiebaut, et al., 2011), ce qui explique que ces deux types de postures (évaluateur-facilitateur et évaluateur-chercheur) soient difficilement réconciliables et oscille souvent le long d'un continuum (Potvin, et al., 2008).

4.4. Temporalité du processus

Aux exigences de réactivité attendue de l'évaluateur lorsqu'il fournit des informations en temps réel, s'oppose le temps nécessaire à l'analyse des données produites. Il est souvent illusoire de penser que l'évaluateur est, en toutes circonstances, un expert capable de réagir et d'interpréter les résultats en temps réel.

Dans notre exemple, les dispositifs de recherche (rédaction du protocole de recherche, collecte et analyse des données, etc.) se sont échelonnés sur quatre ans et ont exigé un temps de réflexion difficilement compatible avec la réactivité nécessaire à l'utilisation attendue des utilisateurs. Par exemple, la collecte des données de questionnaires et d'entrevues n'a commencé qu'à l'été 2011, soit une année et demie environ après le début de l'évaluation. Toutefois, cette période a été mise à profit par la chercheuse pour s'intégrer à l'équipe de projet, bâtir une relation avec les utilisateurs et apporter une aide occasionnelle à la mise en place des activités. Cette phase initiale est celle qui fut la plus productive en termes d'action, réaction et adaptation. Néanmoins, dès que la collecte de données a été amorcée, les règles de rigueur exigées par la recherche ont nécessité un temps de réflexion plus long. Aussi, le manque de disponibilité des utilisateurs ne permettait pas toujours la création d'espaces d'échanges réguliers tels que planifiés initialement.

Dans cette tentative d'utiliser l'ED dans une perspective de recherche, la chercheuse voulait concilier les avantages de l'ED avec ceux de la rigueur des méthodes de recherche pour répondre au mieux aux objectifs du projet d'évaluation et maximiser l'utilisation des résultats. Ce faisant, les défis rencontrés étaient surtout liés à la coexistence entre les exigences de recherche et les exigences d'utilisation inhérentes à l'ED. Ainsi, les exigences de recherche du projet ont pu dominer les exigences d'utilisation et vice-versa à différents moments. Dans les faits, il semble difficile de concilier les objectifs d'évaluation, qui visent à produire des données utiles pour améliorer les programmes et aider à la prise de décisions et la recherche, qui a pour but de produire des connaissances

sur un phénomène donné (Preskill & Russ-Eft, 2005). En effet, lorsque la recherche est un élément dominant de l'évaluation, elle est davantage axée sur la production de connaissances selon des normes de rigueur scientifique et les échéances peuvent être plus longues. D'un autre côté, pour une évaluation axée sur l'utilisation, les échéances sont plus courtes et définies en fonction du moment de la prise de décisions (Waldick, (s.d.)).

5. Discussion

Après cette expérience, la chercheuse s'est soumise à un exercice de réflexivité par rapport à son expérience. L'idée originale de réaliser une ED dans une perspective de recherche était justifiée par la compatibilité théorique entre les avantages de cette démarche avec la nature innovante, complexe et dynamique de l'intervention et les objectifs de l'évaluation. Dans les faits, le processus évaluatif s'est heurté à des défis liés à la conciliation des exigences de recherche et d'utilisation. Par conséquent, si une analyse détaillée du contexte avait préalablement été conduite en anticipant ces défis, et si les deux types d'exigences et leurs implications potentielles avaient été davantage expliqués aux parties prenantes, les difficultés rencontrées auraient pu être atténuées pour rendre possible l'application de l'ED dans une perspective de recherche.

Il est donc souhaitable que l'ED dans une perspective de recherche soit réalisée sur la base d'un accord de partenariat formel signé entre les utilisateurs et l'organisme d'affiliation du chercheur, ce qui pourrait valoriser la collaboration et renforcer la crédibilité du chercheur (DeLuca, Poth, & Searle, 2009). La signature du partenariat peut également permettre au chercheur de jauger la volonté réelle de l'organisation à soutenir le projet d'évaluation ainsi que le degré d'implication que les utilisateurs sont prêts à y accorder (Neuman et al., 2013; Papineau & Kiely, 1996; Preskill & Torres, 1999; Weiner, 2009).

Par ailleurs, une étude *ex ante* du contexte permettrait d'identifier les détenteurs d'enjeux et de discuter de leurs intérêts potentiels ainsi que de leur implication dans l'intervention et dans l'évaluation. D'après les résultats d'une

revue systématique transdisciplinaire récente, le partage des coûts, la polarisation des intérêts et la structuration sociale sont des variables contextuelles susceptibles d'influencer les processus d'échange de connaissances et d'utilisation de l'information entre producteurs et utilisateurs au niveau collectif (Contandriopoulos et al., 2010). Lorsque les utilisateurs visés ont investi des ressources dans le processus, ils semblent plus enclins à utiliser effectivement l'information. Dans les contextes où les intérêts sont peu polarisés, le consensus est favorisé par la convergence des opinions et préférences des utilisateurs.

En matière de structuration sociale, la confiance mutuelle facilite la communication et inversement. Dans le cas à l'étude, les utilisateurs n'avaient pas investi de coûts dans la recherche, le contexte était très polarisé et la nature des relations reflétait surtout la perception du rôle de la chercheuse par les utilisateurs. Ces aspects ont donc conduit la chercheuse à orienter le projet évaluatif davantage vers la production de connaissances (*the knowledge-driven swamp*) (Contandriopoulos & Brousselle, 2012). Pour que l'utilisation de l'évaluation soit plus effective (*the utilization paradise*), il aurait peut-être fallu que les coûts soient équitablement répartis entre la chercheuse et les utilisateurs, que le contexte soit peu polarisé et que les relations de confiance mutuelle soient plus profondes. Cette expérience confirme l'idée selon laquelle la compatibilité entre l'approche théorique choisie et le contexte d'implantation a une influence déterminante sur la réussite de l'évaluation.

Une fois le contexte analysé et jugé favorable à l'évaluation, le processus d'ED peut concrètement démarrer. Dès le début, le chercheur pourrait organiser un atelier de discussion d'une demi-journée, voire plus, pour clarifier avec les utilisateurs clés les objectifs de l'évaluation en termes de recherche, de mise en place de l'intervention et d'utilisation. Dans ce cadre, chercheur et utilisateurs doivent avoir un agenda conjoint dans lequel le plan d'évaluation, les différentes étapes du processus et le type de données à collecter pour respectivement répondre aux exigences de recherche et d'utilisation seraient explicitement détaillés (Ayers, 1987). Ainsi, les activités orientées vers la production des

connaissances et celles qui visent à soutenir la mise en place de l'intervention et l'utilisation seront connues et acceptées par tous. Le plan devra intégrer un échéancier réaliste et un calendrier de rencontres bien structurées qui tiennent compte, d'une part, de la réactivité requise par l'ED et, d'autre part, du temps d'analyse plus long nécessaire pour garantir la rigueur de la recherche. Une telle transparence permettra aussi de clarifier les rôles du chercheur-évaluateur et des utilisateurs, de les ajuster en fonction des étapes du processus, ce qui réduirait tout risque d'instrumentalisation.

Cet article a tenté de mettre en évidence la double exigence inhérente à l'application de l'ED dans une perspective de recherche ; processus dans lequel soutenir la mise en place d'une intervention et l'utilisation est aussi important que de garantir la rigueur académique de la recherche.

6. Conclusion

Rendre utiles les connaissances issues de la recherche pour influencer les pratiques et les politiques publiques demeure une préoccupation aussi bien pour les chercheurs que pour les décideurs (Dagenais, 2006; Davies, Nutley, & Walter, 2005).

L'ED utilisée dans une perspective de recherche semblait constituer une avenue intéressante pour concilier dans un processus unique : le soutien à la mise en place d'une intervention, la collaboration étroite entre chercheur et utilisateurs pour coproduire, utiliser et mettre en pratique les connaissances et, enfin, l'utilisation de méthodes rigoureuses pour accroître la qualité de la recherche. Dans cette étude, les promesses de cette approche se sont heurtées à de réels défis qui soulèvent la question de l'impact réel de l'ED sur l'utilisation des connaissances scientifiques dans un contexte hospitalier. Nous postulons ici qu'une analyse préalable du contexte aurait sûrement permis d'atténuer les difficultés rencontrées ou alors, les conclusions de l'analyse du contexte auraient simplement conduit à l'abandon de cette approche.

Toutefois, des interrogations subsistent : si notre analyse de contexte avait été faite et avait conclu à l'applicabilité de l'ED, cela aurait-il garanti une utilisation optimale de l'évaluation et des résultats de recherche de qualité? Rien n'est moins sûr. En effet, contrairement aux prédictions théoriques, il semble que la focalisation des projets de recherche sur les besoins immédiats des utilisateurs ne contribue pas toujours à augmenter l'utilisation de la recherche (Landry, 2000). Dans le cas où l'analyse du contexte aurait conduit à ne pas utiliser l'ED, quelle autre stratégie aurait permis l'atteinte de l'ensemble de nos objectifs de recherche et d'utilisation?

À la lumière de ce qui précède, le rôle attribué à l'évaluateur développemental est très ambitieux. Il consiste à la fois à soutenir la mise en place de l'intervention, à accroître les chances d'utilisation et à garantir une recherche de qualité. Cette triple exigence pourrait être résolue par la constitution d'une équipe multidisciplinaire composée d'un évaluateur expérimenté dans les approches axées sur l'utilisation, d'un chercheur aguerri dans l'utilisation des méthodes rigoureuses et d'un courtier de connaissances pour soutenir la gestion du changement qui accompagne l'introduction de nouvelles connaissances dans une organisation. Mais ceci n'est pas sans entraîner des coûts importants.

Enfin, il faut reconnaître que les réflexions et approches existantes sur l'utilisation de la recherche sont rarement accompagnées d'études empiriques qui mesurent l'utilisation de la recherche. Par exemple, si dans la présente étude l'utilisation instrumentale de l'ED n'a pas été concluante, on peut émettre l'hypothèse d'une utilisation conceptuelle ou symbolique de la démarche *a posteriori*, ce qui constitue également des retombées du projet. Il semble souhaitable que l'ED soit largement expérimentée dans le cadre d'études empiriques et que les chercheurs produisent un corpus de connaissances détaillées sur sa mise en œuvre, les défis rencontrés et les décisions prises pour les surmonter. Ceci permettrait de mieux saisir les contextes où l'ED est applicable et connaître les conditions nécessaires à sa bonne réalisation.

Références

- Alkin, M. C. (2004). *Evaluation roots: Tracing theorists' views and influences*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Alkin, M. C. (2012). *Evaluation roots: A wider perspective of theorists' views and influences*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Alkin, M. C., & Christie, C. A. (2005). *Theorists' models in action*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Allard, D. (1996). *De l'évaluation de programme au diagnostic socio-systémique : Trajet épistémologique*. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada.
- Ayers, T. D. (1987). Stakeholders as partners in evaluation: A stakeholder-collaborative approach. *Evaluation and Program Planning*, 10(3), 263-271.
- Bazin, H. (2006). *Comparaison entre recherche-action et recherche classique*. Document électronique dans Bibliographie R-A. Repéré à <http://biblio.recherche-action.fr/document.php?id=137>
- Begun, J. W., Zimmerman, B., & Dooley, K. (2003). Health care organizations as complex adaptive systems. Dans S. M. Mick & M. Wyttenbach (Éds.), *Advances in health care organization theory* (pp. 253-288). San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Belkhdja, O., Amara, N., Landry, R., & Ouimet, M. (2007). The extent and organizational determinants of research utilization in Canadian health services organizations. *Science Communication*, 28(3), 377-417.
- Beywl, W. (2012). The evolutive role of evaluation: Just another choice or a unique stance? *Evaluation and Program Planning*, 35(2), 219-221.
- Bohmer, R. M. J. (2009). *Designing care: Aligning the nature and management of health care*. Boston, MA : Harvard Business Press.
- Bowen, S. (2012). *A guide to evaluation in health research*. Ottawa : Instituts de recherche en santé du Canada. Repéré à <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/45336.html>.
- Brousselle, A., Dubois, N., Houle, J., Lloyd, S., Mercier, C., & Hartz, Z. (Novembre 2011). *Comment évaluer les interventions complexes? Ce que l'on apprend de la pratique de l'évaluateur*. Présentation au 20ième colloque annuel de la Société québécoise d'évaluation de programme (SQEP). Repéré à http://www.sqep.ca/archives/presentations/Brousselle_colsqep11.pdf
- Carden, F., & Alkin, M. C. (2012). Evaluation roots: An international perspective. *Journal of MultiDisciplinary Evaluation*, 8(17), 102-118.
- Champagne, F. (2002). *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. Étude Numéro 39*. Montréal, QC : Commission sur l'avenir du système de santé au Canada. Repéré à <http://publications.gc.ca/pub?id=237469&sl=0>
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., & Tanon, A. (2011). Utiliser l'évaluation. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (Éds.), *L'évaluation : Concepts et méthodes* (2e éd.) (pp. 277-308). Montréal, QC : Presses de l'Université de Montréal.

- Coghlan, D. (2007). Insider action research doctorates: Generating actionable knowledge. *Higher Education*, 54(2), 293-306.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L., & Avargues, M.-C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé : Concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et santé publique*, 48, 517-539.
- Contandriopoulos, A.-P., Rey, L., Brousselle, A., & Champagne, F. (2012). Évaluer une intervention complexe : enjeux conceptuels, méthodologiques, et opérationnels. *Revue canadienne d'évaluation de programme*, 26(3), 1-16.
- Contandriopoulos, D., & Brousselle, A. (2012). Evaluation models and evaluation use. *Evaluation*, 18(1), 61-77.
- Contandriopoulos, D., Lemire, M., Denis, J.-L., & Tremblay, É. (2010). Knowledge exchange processes in organizations and policy arenas: A narrative systematic review of the literature. *Milbank Quarterly*, 88(4), 444-483.
- Cook, T. (2006). Collaborative action research within developmental evaluation. *Evaluation*, 12(4), 418-436.
- D'Amour, D., & Oandasan, I. (2004). *Interdisciplinary education for collaborative, patient-centred practice*. Ottawa : Santé Canada. Repéré à http://www.ferasi.umontreal.ca/eng/07_info/IECPCP_Final_Report.pdf
- Dagenais, C. (2006). Vers une utilisation accrue des résultats issus de la recherche par les intervenants sociaux. Quels modèles de transfert de connaissances privilégier? *Les sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle*, 39(3), 23-35.
- Daigneault, P.-M. (2011). Les approches théoriques en évaluation. *Cahiers de la performance et de l'évaluation (Vol. n° 4)*. Laval, QC : PerfEval. Repéré à http://www.capp.ulaval.ca/upload/cahier_49.pdf
- Davies, H., Nutley, S., & Walter, I. (2005). *Assessing the impact of social science research: Report of the ESRC symposium on assessing the non-academic impact of research*. London, UK. Repéré à http://www.esrc.ac.uk/images/non-academic_impact_symposium_report_tcm8-3813.pdf
- DeLuca, C., Poth, C., & Searle, M. (2009). Evaluation for learning: A cross-case analysis of evaluator strategies. *Studies in Educational Evaluation*, 35(4), 121-129.
- Denis, J.-L. (2002). Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada. *Étude Numéro 36*. Montréal, QC : Commission sur l'avenir du système de santé au Canada. Repéré à <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-79-36-2002F.pdf>
- Dozois, E., Langlois, M., & Blanchet-Cohen, N. (2010). *DE 201 : Guide du praticien de l'évaluation évolutive*. Montréal, QC : La fondation de la famille J.W. McConnell et l'Institut international des droits de l'enfant et du développement. Repéré à <http://www.mcconnellfoundation.ca/assets/Media%20Library/Publications/DE%20201%20FR.pdf>.

- Edmondson, A. C., Dillon, J. R., & Roloff, K. S. (2007). Three perspectives on team learning. *The Academy of Management Annals*, 1(1), 269-314.
- Elliott, J. (2005). Action research. Dans S. Mathison (Éd.), *Encyclopedia of evaluation* (pp. 8-10). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Estabrooks, C. A., Norton, P., Birdsell, J. M., Newton, M. S., Adewale, A. J., & Thornley, R. (2008). Knowledge translation and research careers: Mode I and Mode II activity among health researchers. *Research Policy*, 37(6-7), 1066-1078.
- Fagen, M. C., Redman, S. D., Stacks, J., Barrett, V., Thullen, B., Altenor, S., et al. (2011). Developmental evaluation: Building innovations in complex environments. *Health Promotion Practice*, 12(5), 645-650.
- Fournier, D. M. (2004). Evaluation. Dans S. Mathison (Éd.), *Encyclopedia of evaluation*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Gamble, J. A. (2008). *Abc de l'évaluation évolutive*. Montréal, QC : La fondation de la famille J.W. McConnell.
- Garon, S., & Roy, B. (2001). L'évaluation des organismes communautaires. L'exemple d'un partenariat avec l'État : entre l'espoir et la désillusion. *Nouvelles pratiques sociales*, 14(1), 97-110.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001a). Managing the care of health and the cure of disease – Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, 26(1), 56-69.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001b). Managing the care of health and the cure of disease – Part II: Integration. *Health Care Management Review*, 26(1), 70-87.
- Grimshaw, J., Eccles, M., Lavis, J., Hill, S., & Squires, J. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 7(1), 50.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA : Sage Publications.
- Hancock, T. (1999). Creating health and health promoting hospitals: A worthy challenge for the 21st century. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12, 8-19.
- Hugon, M. A., & Siebel, C. (1988). *Recherches impliquées - Recherche-action : le cas de l'éducation*. Bruxelles, Belgique : De Boeck-Wesmail.
- Hurteau, M., & Valois, P. (2012). *L'évaluation de programmes, projets, politiques et le jugement crédible*. Québec, QC : Les Presses de l'Université du Québec.
- Jacob, S. (2010). Évaluation. Dans L. Boussaguet, S. Jacquot & P. Ravinet (Éds.), *Dictionnaire des politiques publiques* (pp. 257-265). Paris, France : Les Presses de Sciences Po.
- Jacob, S., & Ouvrard, L. (2009). L'évaluation participative. Avantages et difficultés d'une pratique innovante. *Cahiers de la performance et de l'évaluation* (Vol. 1). Laval, QC : Perfeval (Performance & Evaluation). Repéré à http://www.pol.ulaval.ca/Perfeval/upload/2009_cahiers_perfeval_1_participation.04112009_93426.pdf

- Jordon, M., Lanham, H. J., Anderson, R. A., & McDaniel Jr, R. R. (2010). Implications of complex adaptive systems theory for interpreting research about health care organizations. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(1), 228-231.
- Landry, R. (2000). *L'utilisation de la recherche issue des sciences sociales*. Allocution préparée pour l'Académie des lettres et des sciences humaines, Société Royale du Canada, Québec. Repéré à <http://www.rqsi.ulaval.ca/fr/pdf/publication2.pdf>
- Landry, R., Amara, N., & Lamari, M. (2001). Climbing the ladder of research utilization. *Science Communication*, 22, 396-422.
- Lanham, H. J., McDaniel Jr, R. R., Crabtree, B. F., Miller, W. L., Stange, K. C., Tallia, A. F., et al. (2009). How improving practice relationships among clinicians and nonclinicians can improve quality in primary care. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 35(9), 457-466.
- Lavis, J. (2003). How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *Milbank Quarterly*, 81(2), 221-248.
- Lobnig, H., Krajic, K., & Pelikan, J. M. (1999). The International WHO-Network of Health Promoting Hospitals: State of development of concepts and projects - 1998. Dans H. Berger, K. Krajic & P. Rainer (Éds.), *Health promoting hospitals in practice: Developing projects and networks. Proceedings of the 6th International Conference on Health Promoting Hospitals, Darmstadt, April 29-May 2, 1998*. Werbach-Gamburg, Germany: Health Promotion Publications, G. Conrad.
- Mayer, R., & Ouellet, F. (2000). La recherche dite « alternative ». Dans R. Mayer, F. Ouellet, M.-C. St-Jacques & D. Turcotte (Éds.), *Méthodologie de recherche en intervention sociale*. Montréal, QC : Gaëtan Morin.
- McDaniel Jr, R. R., Lanham, H. J., & Anderson, R. A. (2009). Implications of complex adaptive systems theory for the design of research on health care organizations. *Health Care Management Review*, 34(2), 191-199.
- Miles, A. (2009). Complexity in medicine and healthcare: People and systems, theory and practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(3), 409-410.
- Morrel, J. A. (2005). Complex adaptative systems. Dans S. Mathison (Éd.), *Encyclopedia of evaluation* (pp. 71-72). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Neuman, A., Shahr, N., Shina, I., Sarid, A., & Saar, Z. (2013). Evaluation utilization research – developing a theory and putting it to use. *Evaluation and Program Planning*, 36(1), 64-70.
- Nutbeam, D. (1999). Evaluating health promotion. *BMJ*, 318(7180), 404A.
- Nutley, S., Walter, I., & Davies, H. (2003). From knowing to doing: A framework for understanding the evidence-into-practice agenda. *Evaluation* 9(2), 125-148.

- OMS. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Copenhague : OMS-Bureau régional de l'Europe. Repéré à http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?PrinterFriendly=1&language=french.
- Papineau, D., & Kiely, M. C. (1996). Participatory evaluation in a community organization: Fostering stakeholder empowerment and utilization. *Evaluation and Program Planning*, 19(1), 79-93.
- Patton, M. Q. (1988). Reports on topic areas: The evaluator's responsibility for utilization. *American Journal of Evaluation*, 9(2), 5-24.
- Patton, M. Q. (1994). Developmental evaluation. *American Journal of Evaluation*, 15(3), 311-319.
- Patton, M. Q. (1999). Organizational development and evaluation. *Revue canadienne d'évaluation de programme*, 14(édition spéciale), 93-114.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Patton, M. Q. (2006). Evaluation for the way we work. *The Nonprofit Quarterly*, 13(1), 28-33.
- Patton, M. Q. (2008). *Utilization-focused evaluation* (4e éd.). San Francisco, CA : Sage Publications.
- Patton, M. Q. (2011). *Developmental evaluation: Applying complexity concepts to enhance innovation and use*. New York, NY : The Guilford Press.
- Patton, M. Q., & LaBoissière, F. (2009). L'évaluation axée sur l'utilisation. Dans V. Ridde & C. Dagenais (Éds.), *Approches et pratiques en évaluation de programme* (pp. 143-158). Montréal, QC : Presses de l'Université de Montréal.
- Potvin, L., Bilodeau, A., & Gendron, S. (2008). Trois défis pour l'évaluation en promotion de la santé. *Global Health Promotion*, 15(1 suppl), 17-21.
- Potvin, L., Bilodeau, A., & Gendron, S. (2011). Trois conceptions de la nature des programmes: Implications pour l'évaluation de programmes complexes en santé publique. *Revue canadienne d'évaluation de programme*, 26(3), 91-104.
- Preskill, H., & Russ-Eft, D. (2005). *Building evaluation capacity: 72 activities for teaching and training*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Preskill, H., & Torres, R. T. (1999). *Evaluative inquiry for learning in organizations*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Rey, L., Brousselle, A., & Dedobbeleer, N. (2012). Logic analysis: Testing program theory to better evaluate complex interventions. *Revue canadienne d'évaluation de programme*, 26(3), 61-89.
- Ridde, V. (2006). Suggestions d'amélioration d'un cadre conceptuel de l'évaluation participative. *Revue canadienne d'évaluation de programme*, 21(2), 1-23.
- Rogers, P. J. (2008). Using programme theory to evaluate complicated and complex aspects of interventions. *Evaluation*, 14(1), 29-48.
- Rossi, P. M., Freeman, H. E., & Lipsey, M. W. (2004). *Evaluation: A systematic approach*. (7e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.

- Sample McMeeking, L. B., Basile, C., & Brian Cobb, R. (2012). An organizational model to distinguish between and integrate research and evaluation activities in a theory based evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 35(4), 508-516.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Leviton, L. D. (1991). Good theory for social program evaluation. Dans W. R. Shadish, T. D. Cook, & L. D. Leviton (Éds.) *Foundations of program evaluation: Theories of Practice* (pp. 36-67). Newbury Park, CA : Sage Publications.
- Shiell, A., Hawe, P., & Gold, L. (2008). Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *BMJ*, 336(7656), 1281-1283.
- Thiebaut, G.-C., Brousselle, A., Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., & Hartz, Z. (2011). Positionner l'évaluateur face aux enjeux de l'évaluation. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (Éds.), *L'évaluation : concepts et méthodes (2e éd.)* (pp. 11-23). Montréal, QC : Presses de l'Université de Montréal.
- Tremblay, M. C., & Richard, L. (2011). Complexity: A potential paradigm for a health promotion discipline. *Health Promotion International*.
- Tucker, A. L., Nembhard, I. M., & Edmondson, A. C. (2007). Implementing new practices: An empirical study of organizational learning in hospital intensive care units. *Management Science*, 53(6), 894-907.
- Waldick, L., Patton, M. Q. (s.d.). *Entretien avec Michael Quinn Patton*. Centre de recherches pour le développement international. Repéré à <http://www.idrc.ca/EN/Resources/Publications/Pages/ArticleDetails.aspx?PublicationID=771>
- Weaver, L., & Cousins, J. B. (2004). Unpacking the participatory process. *Journal of MultiDisciplinary Evaluation*, 1, 19-40.
- Weiner, B. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*, 4(1), 67.
- Weiss, C. H. (1979). The many meanings of research utilization. *Public Administration Review*, 39(5), 426-431.
- Weiss, C. H. (1993). Where politics and evaluation research meet. *American Journal of Evaluation*, 14(1), 93-106.
- Zimmerman, B. J., Dubois, N., Houle, J., Lloyd, S., Mercier, C., Brousselle, A., et al. (2012). How does complexity impact evaluation? An introduction to the special issue. *Revue canadienne d'évaluation de programme*, 26(3), v-x.

CHAPITRE 7 : CONCLUSION GÉNÉRALE

*« Chercher n'est pas une chose et trouver une autre,
mais le gain de la recherche, c'est la recherche même. »*

Saint Grégoire de Nysse

1. Rappel de la démarche méthodologique

Dans le but de parvenir à une meilleure compréhension de l'implantation du projet HPS dans le centre périnatal du CHU, nous avons eu recours à plusieurs approches méthodologiques visant à répondre adéquatement aux objectifs de l'étude : 1) analyser la théorie d'intervention du projet HPS, 2) analyser l'implantation du projet HPS et 3) explorer l'intérêt de l'évaluation développementale pour appuyer le processus d'implantation. L'analyse logique, un type particulier d'évaluation de la théorie de programme qui repose sur les connaissances scientifiques, nous a permis de mieux saisir les caractéristiques du projet HPS au centre périnatal ainsi que les facteurs susceptibles d'influencer son implantation. Par la suite, l'analyse d'implantation réalisée à partir d'une étude de cas unique, a consisté en l'appréciation du niveau d'implantation des dimensions du projet HPS et en l'analyse des facteurs facilitants et des contraintes perçus par les différents acteurs directement impliqués grâce au cadre d'analyse développé par Damschroder et al. (2009), cadre interprétatif ayant permis de classer ces facteurs. Enfin, nous avons procédé à un exercice de réflexivité sur l'évaluation développementale utilisée dans une perspective de recherche et mis en exergue les défis rencontrés dans le cadre de la présente étude.

2. Synthèse des résultats

2.1. Résultats de l'analyse logique

L'analyse logique a permis de construire, dans un temps relativement court (environ 3 mois), le modèle logique du projet en collaboration avec les acteurs concernés par l'implantation et de révéler les forces et faiblesses du projet

HPS. Les forces ont trait à la mise à disposition de ressources financières et humaines dédiées à l'implantation au niveau organisationnel (politique de promotion de la santé, sondage auprès des employés) et au niveau des soins (étude de la clientèle, évaluation des besoins, diversité de projets et interventions en promotion de la santé, enquêtes de satisfaction). Par ailleurs, le projet a été planifié de façon à intégrer certaines activités dans le cadre de la collaboration du centre périnatal avec le réseau de la santé et des services sociaux. Le fait que le plan d'action du projet prévoie l'élaboration et la communication de la politique de promotion de la santé, suggérait un certain intérêt de l'organisation pour l'implantation du projet HPS. Telles que planifiées, les activités étaient centrées sur la clientèle et les concepteurs mettaient l'accent sur le travail d'équipe et la collaboration entre les différentes unités de soins. Finalement, la DPS est présentée comme un agent de liaison en promotion de la santé entre le CP et le CHU.

Malgré ces forces, la théorie du programme traduisait certaines faiblesses. Par exemple, le plan d'action ne prévoyait aucune activité de formation visant à sensibiliser le milieu sur les caractéristiques du concept HPS ni sur la pertinence du projet en contexte périnatal. Par ailleurs, bien que le modèle logique comporte un volet communication de la politique de promotion de la santé, aucune information n'était disponible sur les stratégies de communication et d'information prévues à cet effet.

Bien que le projet soit développé dans le centre périnatal, certains facteurs externes sont susceptibles d'influencer son implantation : contexte politique, coupures budgétaires qui pourraient nuire à la mise en œuvre ou remettre en cause la pérennité du projet. Aussi, le contexte hospitalier étant imprégné d'une culture curative, l'introduction d'un concept englobant et intégrateur tel que le concept HPS représente un défi de taille pour les concepteurs du projet. Dans la même veine, les conditions de travail difficiles étant caractéristiques des milieux des soins, la mobilisation et la motivation des employés autour de cette innovation peuvent être confrontées à une certaine résistance au changement.

Très souvent, les théories de mise en œuvre sont développées de façon implicite et ne sont pas articulées dans des modèles formels (Funnell & Rogers, 2011; Rogers et al., 2000). La connaissance de ce qui fonctionne est dérivée de la pratique réflexive et de la connaissance tacite fondée sur l'expérience de travailler avec les concepteurs de projets (savoir expérientiel). Ces praticiens agissent dans un contexte d'urgence et sont généralement préoccupés par des problèmes plus immédiats tels que leur vécu et leurs expériences à travers les programmes, et par l'amélioration de leurs prestations de services localement (Weiss, 1995). Les chercheurs en revanche, mènent des études orientées vers les résultats à long terme, mais sont de plus en plus souvent appelés à diffuser leurs conclusions et à les appliquer aux problèmes du monde réel (Feldman & Orlikowski, 2011; Green, 2006; McDonald & Viehbeck, 2007; Westfall, Mold, & Fagnan, 2007). Au cœur de ce défi, on retrouve les possibilités proposées par l'évaluation de la théorie de programme et le rôle de l'évaluateur qui peut rendre possible les connexions entre le niveau local et les décideurs en vue d'intégrer le travail de recherche et les attentes de la pratique (Huebner, 2000; Mackenzie & Blamey, 2005; Urban & Trochim, 2009; Weiss, 2004).

Ainsi, dans un contexte où les utilisateurs ont besoin d'informations scientifiques fournies en un temps relativement court pour ajuster leurs interventions, l'analyse logique représente un type d'évaluation utile et utilisable efficacement pour conduire à une utilisation instrumentale des résultats d'évaluation, c'est-à-dire ici, une utilisation effective des résultats par les gestionnaires. Elle favorise le dialogue entre les utilisateurs et les chercheurs pour améliorer l'intervention considérée (Davidson, 2000; Weiss, 1997; Weiss, 2000) et l'apprentissage par l'expérimentation (Jackson, 2013). Dans le cas de notre étude, la modélisation logique a permis aux porteurs de projet d'obtenir une meilleure compréhension de leur projet ainsi que les liens entre les différentes activités planifiées dans ce cadre. Ils ont aussi découvert les actions entreprises par les différents unités et départements. Les rencontres qui ont eu lieu dans le cadre de la modélisation logique ont également renforcé nos relations avec les acteurs impliqués et ont favorisé le développement d'un langage commun sur

l'implantation du projet HPS et ses dimensions. L'analyse logique a été réalisée sur la base des données scientifiques disponibles et non à partir d'une revue systématique de la littérature, ce qui aurait nécessité une évaluation plus extensive et plus longue. Or, les besoins exprimés par le milieu étaient surtout d'obtenir en un temps relativement court, avec peu de ressources des informations utiles permettant une meilleure compréhension de l'articulation des dimensions du projet HPS. L'analyse logique a permis aux acteurs impliqués dans le développement du projet de s'approprier de sa conceptualisation et d'enclencher une réflexion sur leurs pratiques même si l'intégration effective des résultats de l'analyse logique dans les pratiques n'a pas été évaluée dans le cadre de cette étude. L'analyse logique à travers la clarification de la théorie d'intervention a suscité de l'intérêt pour l'analyse d'implantation, c'est-à-dire, la mise en œuvre en contexte du modèle logique.

2.2. Résultats de l'analyse d'implantation

L'implantation efficace de projets complexes et innovants dans le monde réel et le maintien à long terme de résultats bénéfiques représentent le défi actuel des concepteurs de programmes. Il s'agit d'un processus complexe qui nécessite de traiter efficacement chaque phase de diffusion de l'innovation et l'implantation en est une majeure. Il existe aujourd'hui de nombreuses preuves empiriques crédibles selon lesquelles la nature de l'intervention, le niveau de mise en œuvre ainsi que les facteurs en jeu dans l'implantation affectent les résultats du programme (Durlak & DuPre, 2008; Wandersman, et al., 2008; Hacsı, 2000). Notre analyse d'implantation repose sur ces affirmations et à ce titre, s'est déclinée en deux phases.

a. L'appréciation du niveau d'implantation du projet HPS

Les résultats de l'appréciation du niveau d'implantation du projet HPS révèlent que des activités ont été implantées dans ses quatre dimensions et qu'elles se sont jointes et fondues dans des activités existantes et compatibles au projet HPS. Le niveau d'implantation varie selon les dimensions et les critères. Ainsi, on a observé des éléments globalement implantés, des éléments en cours

d'implantation, des éléments à améliorer ainsi que des éléments absents. Par ailleurs, cette étape a mis en évidence des similitudes mais aussi des résultats contrastés du niveau d'implantation, selon les outils utilisés et selon les groupes interviewés. Malgré des scores relativement faibles obtenus via les questionnaires, d'autres outils méthodologiques (analyse documentaire, entrevues semi-dirigées et observation in situ) ont permis de corroborer, mais aussi de préciser et parfois, de compléter l'information relative au niveau d'implantation des dimensions du concept HPS : certains critères peu implantés selon les réponses aux questionnaires, apparaissent ainsi parfois plus implantés lorsqu'on considère les autres sources d'information. L'utilisation des sources de données triangulées et complémentaires dans cette étude a donc constitué une stratégie intéressante pour apprécier le niveau d'implantation des dimensions du concept HPS. Nous avons réussi à cerner les réussites globales (ce qui a été fait et ce qui renforce les bonnes pratiques existantes); les activités partiellement implantées ou en cours d'implantation (ce qui devrait être renforcé) et les activités reposant sur une théorie d'intervention inadéquate (ce qui devrait être repensé). L'appréciation du niveau d'implantation confirme l'importance de redéfinir la notion de succès d'implantation d'une intervention (Saksvik, et al., 2002). Une intervention qui apparaît peu implantée selon des critères standardisés pourrait en réalité, avoir des composantes davantage implantées, inclure des activités mal conçues, et des processus d'implantation qui sont difficilement identifiables par les concepteurs à travers l'utilisation d'un outil de mesure unique. L'objectif dans cette étude n'était pas de quantifier le niveau d'implantation des dimensions du projet mais plutôt, de l'apprécier qualitativement afin de dresser le portrait de l'implantation.

Le projet HPS est complexe et comporte plusieurs dimensions et critères dont l'implantation globale et intégrée constitue un défi de taille pour le centre périnatal. Aussi, on constate que malgré une planification intégrant l'ensemble des dimensions du concept HPS, la mise en application au centre périnatal s'incarne davantage dans de microprojets locaux et parfois indépendants. Ceux-ci peuvent servir de catalyseur à l'engagement des acteurs stratégiques et de tremplin à un réel projet de transformation organisationnelle qui nécessiterait que

l'on mette davantage en relation, et ce, de façon synergique les différentes dimensions du projet HPS (Johnson & Baum, 2001).

La description détaillée du contexte et des dimensions et des critères associés au projet HPS mis en œuvre apporte des informations très utiles à son amélioration et renforce le potentiel de transférabilité dans des contextes comportant des caractéristiques similaires au centre périnatal. Elle a notamment permis d'offrir une interprétation plus fine et plus riche de l'implantation.

b. L'analyse des facteurs facilitants et des contraintes

La seconde phase de l'analyse d'implantation a consisté en l'analyse des facteurs facilitants et des contraintes à l'implantation du projet HPS, classés dans les différentes catégories du cadre multi-niveaux de Damschroder et al. (2009). Les facteurs principaux ayant facilité l'implantation du projet HPS au centre périnatal sont liés au contexte interne (la compatibilité avec les pratiques de PS existantes, l'engagement et le leadership, la disponibilité des ressources) et au processus d'implantation lui-même (qualité de la planification, de l'exécution et de l'évaluation). Les contraintes ayant freiné l'implantation ont également trait au contexte interne (conditions de travail difficiles au niveau de la structure, à la culture organisationnelle curative, au manque d'engagement et de leadership des gestionnaires) et à certaines faiblesses de l'exécution du Projet HPS. Dans des circonstances favorables, les facteurs correspondants aux cinq domaines du cadre d'analyse, soit les caractéristiques de l'intervention, les contextes externe et interne, les caractéristiques individuelles et le processus d'implantation lui-même interagissent de façon synergique et conduisent une mise en œuvre effective du projet c'est-à-dire un processus par lequel l'intervention est implantée comme prévu en vue d'atteindre les objectifs visés. Une implantation effective dépend non seulement de la nature de l'intervention et de la phase d'implantation (Wandersman, 2008) mais également d'une constellation de facteurs, propres à chaque contexte local.

Par ailleurs, nos résultats mettent en évidence des liens possibles entre le contexte interne et le processus d'implantation, des divergences de perceptions

entre les différents acteurs selon leur positionnement dans l'organisation et la pertinence d'utiliser un cadre d'analyse multi-niveaux ayant l'avantage de proposer des catégories assez larges pour rendre compte des facteurs d'influence de l'implantation du projet HPS.

Selon Durlak et al. (2008), la notion de capacité est souvent utilisée en référence à l'ensemble du processus de diffusion d'une intervention et peut être définie comme la motivation et la capacité nécessaires à une organisation pour identifier, sélectionner, planifier, mettre en œuvre, évaluer et pérenniser des interventions efficaces (p. 335). Les résultats issus de l'ensemble de notre analyse d'implantation peuvent ainsi contribuer au renforcement des capacités du centre périnatal et du CHU pour implanter et évaluer efficacement le projet HPS en tenant compte de l'interaction de multiples facteurs. L'ampleur de la réussite et de la pérennité du projet HPS dépendra de la capacité du CP et du CHU à prendre en compte ces ingrédients de succès à toutes les étapes du processus d'implantation.

2.3. Résultats de la démarche développementale

Dans le cadre notre recherche, nous avons exploré l'intérêt de l'application de l'évaluation développementale dans une perspective de recherche. Le projet HPS cible la promotion de la santé auprès des patients, des employés, dans la communauté et son intégration dans la culture hospitalière, et est mis en œuvre dans un environnement complexe et repose sur des relations inter-organisationnelles ainsi que des pratiques interdisciplinaires. Il nous est donc apparu comme une intervention elle-même complexe, dynamique en phase initiale de développement qui comporte les caractéristiques d'une intervention évaluable à l'aide d'une démarche développementale.

Bien que dans sa forme originale l'ED soit perçue comme une approche évaluative consultante, elle présente des avantages certains dans le cadre d'une recherche dont l'objectif général est de mieux comprendre l'implantation du projet HPS dans le centre périnatal, en concevant des connaissances robustes, contextualisées et utilisables (Rey, et al., 2012). Pour atteindre cet objectif, nous avons prévu d'analyser le processus d'implantation et de soutenir la mise en

place de l'intervention simultanément. Ainsi appliquée en recherche, l'ED pouvait non seulement participer à l'amélioration de l'intervention, mais aussi contribuer à générer des connaissances sur l'intervention et dans le(s) champ(s) disciplinaire(s) concerné(s). Malgré ces avantages identifiés a priori, notre application de l'ED dans une perspective de recherche s'est heurtée à d'importants défis. Il s'agit principalement des tensions entre les exigences de recherche et d'utilisation, des tensions entre les perceptions des rôles du chercheur et des utilisateurs, de l'appropriation du double rôle de chercheur et d'évaluateur ainsi que de la temporalité du processus.

Cette expérience nous a amenés à conclure que l'application de l'ED en recherche requiert une analyse préalable du contexte afin d'anticiper les difficultés liées à l'intégration des exigences de recherche et d'utilisation. Pour que l'utilisation de l'évaluation soit plus effective, il aurait peut être fallu que les coûts soient équitablement répartis entre la chercheuse et les utilisateurs, que le contexte soit peu polarisé et que les relations de confiance mutuelle soient plus profondes. La présence du chercheur dans le milieu de recherche est essentielle dans l'évaluation développementale et il est important de garantir un équilibre entre les besoins du milieu et ceux de la recherche. La clé c'est un vrai partenariat entre les deux. Celui-ci repose sur la confiance mutuelle. Notre expérience démontre que la compatibilité entre l'approche théorique choisie et le contexte d'implantation a une influence déterminante sur la réussite de l'évaluation.

3. Qualité de la recherche

Pour Yin (2003), la qualité de la recherche peut être discutée à travers la validité de construit, la validité interne, la validité externe et la fiabilité. Dans cette section, nous nous intéressons aux procédures utilisées pour assurer la crédibilité des données (validité de construit, fiabilité des données, validité interne, effet du chercheur) et du potentiel de transférabilité de nos résultats.

3.1. La validité de construit

Selon Yin (2003), la validité du construit consiste à établir des définitions opérationnelles correctes pour les concepts étudiés. Pour renforcer cette validité, Yin propose notamment d'utiliser multiples sources de données et les relier entre elles, puis d'établir un lien entre le concept étudié, les sources de données et les objectifs de l'étude (2003, p. 42).

Dans cette thèse, nous avons opté pour un devis d'étude de cas unique qui fait appel à une analyse logique de l'intervention et une analyse d'implantation en vue de mieux comprendre l'implantation du projet HPS implanté dans un centre périnatal. Nous avons eu recours à des sources de données multiples et convergentes pour assurer la validité de construit (Yin, 2003). L'utilisation de diverses méthodes de collectes de données pour mieux comprendre l'implantation du projet HPS et le pré-test des outils de collecte nous ont permis à la fois d'accéder à une information variée, riche et non sélective sur l'implantation du projet HPS au centre périnatal.

Toutefois, des limites peuvent être soulevées. Les questionnaires utilisés pour apprécier le niveau d'implantation a démontré certaines limites quant à l'information recueillie auprès d'informateurs clés uniquement. Malgré les adaptations opérées et les différents pré-tests, de futures recherches pourraient viser l'adaptation de l'outil à l'auto-administration et procéder à une validation plus systématique en termes d'acceptabilité, de validité de construit et de fiabilité (consistance interne et calcul de l'alpha de Cronbach). Notre objectif était davantage d'inventorier les activités existantes et le niveau d'implantation des dimensions du projet HPS. Les documents peuvent comporter des informations sélectives et biaisées et il est certain que nous n'avons pas eu accès à l'ensemble des documents possibles pour cette étude. Néanmoins, les biais potentiels soulevés par l'utilisation des documents ont pu être atténués par la stratégie de triangulation de données utilisée dans nos analyses. Conscients que la triangulation n'est pas une panacée (Mathison, 1988), nos analyses ont aussi

rendu compte des perspectives différentes émergeant des données et ont introduit des précisions lorsque nécessaire.

3.2. La fiabilité des données

La fiabilité s'intéresse à la constance des observations c'est-à-dire que des investigations répétées du même phénomène par d'autres chercheurs, en suivant la même démarche de recherche, conduiraient sensiblement aux mêmes conclusions (Yin, 2003). Dans notre étude, le processus de recherche a été décrit dans le chapitre de méthodologie de cette thèse et la méthodologie spécifique (stratégie d'échantillonnage, instruments et collecte de données et étapes d'analyse de données) visant à répondre à chacun de nos objectifs a été décrite en détail dans les articles pour la rendre la plus explicite possible, afin de rendre compte de la fiabilité de nos décisions méthodologiques. Nous nous sommes assurés que les données brutes soient toujours disponibles dans un dossier électronique pour que d'autres chercheurs puissent vérifier et confirmer la véracité des interprétations qui en ont été faites. Nous avons également fait appel à des moyens mécaniques d'enregistrement des données.

Grâce à un processus continu de validation entre l'étudiante et ses directrices de recherche sur l'information collectée, nous nous sommes assurées de réduire les biais d'observation et rendre compte de l'implantation des dimensions du projet HPS à travers ces quatre dimensions. Dans un tel cas, le travail individuel de l'étudiant et ses conclusions ont été validés par les superviseurs de la recherche. Les sources de divergences ont été notées et discutées dans un dialogue ouvert qui permet de pousser plus loin l'analyse en profondeur de l'interprétation des données et met en tension l'intersubjectivité des chercheurs susceptible de conduire à l'atteinte d'une certaine objectivité des résultats. Les entrevues et les documents ont permis de corroborer certaines informations issues des questionnaires, et le cas échéant, de compléter et préciser l'information sur les critères associés aux dimensions du projet HPS. Le savoir ainsi produit est concret et contextuel. Au regard des données collectées, notre recherche concourt à donner sens au phénomène étudié.

La stratégie d'évaluation développementale a permis de clarifier la théorie d'intervention avec la collaboration de l'équipe de projet dans son ensemble, surtout au début de la recherche dans le cadre de l'analyse logique. Par la suite, l'analyse d'implantation s'est beaucoup moins inscrite dans cette stratégie, car seules les données recueillies et l'analyse qui en découle ont rendu possible l'analyse des facteurs en jeu. L'ED n'a pas été achevée pour les raisons précisées dans l'article 4, ce qui ne nous a pas permis de soutenir l'ensemble processus d'implantation, comme souhaité. L'abandon en cours de route de l'ED a certainement restreint l'accès à certaines données plus sensibles partagées dans des cercles décisionnels par exemple. Ceci aurait pu clarifier certaines différences observées selon les sources d'informations. De plus, la poursuite de cette stratégie aurait certainement pu aider à bonifier le déploiement de l'intervention, à éclairer la prise de décisions sur l'implantation du projet HPS et à révéler ainsi, le pouvoir de transformation de cette stratégie évaluative. Les résultats de cette étude leur seront ultérieurement présentés et l'intégration des recommandations à l'action dépendra des priorités et des ressources disponibles.

3.3. La validité interne

Outre la validité de construit et la fiabilité des données qui concourent à une plus forte validité interne, la stratégie d'étude de cas a permis l'examen approfondi du projet HPS au centre périnatal. La validité interne est sans doute la plus grande force de l'étude de cas. Le fait d'observer sur le site et de collecter les données sur une longue période offre l'opportunité de continuellement analyser et comparer les données pour raffiner les construits et s'assurer qu'ils correspondent bien à la réalité.

Même si nous avons eu recours à un échantillonnage par choix raisonnés, nous nous sommes assurées qu'il représente adéquatement la population des informants et des participants de même que les activités propres au phénomène étudié.

Nous avons décrit en profondeur l'intervention dans son contexte d'implantation délimité dans le temps et dans l'espace, mis en évidence le niveau d'implantation des dimensions du projet et analysé les facteurs facilitants et les contraintes. L'analyse logique repose sur le développement du modèle logique de l'intervention, nous avons choisi la tactique du *pattern-matching* des quatre dimensions du projet HPS dans le cadre de l'appréciation du niveau d'implantation, et l'analyse des facteurs facilitants et des contraintes a été faite grâce au cadre multi-niveaux de Damschroder et al. (2009) utilisé comme cadre interprétatif. Ces différentes analyses ont contribué à l'atteinte de l'objectif de mieux comprendre l'implantation du projet a donc été atteint à travers une description exhaustive et intensive du phénomène pour assurer la validité interne (Fortin, 2010 ; Creswell, 2007; Merriem, 1998;).

En effet, la description du cas, constituée de l'analyse et des explications du chercheur, conduit à un niveau d'abstraction supérieur qui permet de saisir les liens unissant les événements rapportés par les différents répondants (promoteurs de projet, gestionnaires, professionnels de la santé et patients). Selon Merriam (1998), l'observation de la construction de la réalité par les acteurs concernés par le phénomène étudié constitue la force de la validité interne de la recherche qualitative. Sous cet angle, nous avons mis l'accent sur la diversité des participants, la compréhension des points d'intérêts relatifs à l'implantation pour l'ensemble des acteurs, la découverte de la complexité de l'intervention, du contexte, de l'organisation et des comportements humains en contexte et la présentation d'une interprétation holistique des événements.

3.4. La transférabilité des résultats

La transférabilité réfère au potentiel de « généralisation de l'étude de cas. La méthodologie de l'étude de cas est portée par une volonté de comprendre le fonctionnement d'un phénomène à travers une plongée dans ses éléments constitutifs (Mucchielli, 2007). Cela signifie que l'étude de cas habite un espace de recherche dans lequel la contextualisation et la complexité sont les assises d'un mode de contribution unique au savoir dans un domaine donné. Ici notre étude

porte sur une intervention déployée en milieu hospitalier et en contexte de périnatalité. Notre description du processus de recherche permet d'établir les conditions dans lesquelles les résultats ont été obtenus et à quels contextes ils peuvent être extrapolés (Contandriopoulos, et al. 1990), soit le milieu hospitalier et le contexte de périnatalité.

Le potentiel de transférabilité de nos résultats est déterminé par le lecteur sur la base des descriptions contextuelles fournies. Une démarche méthodologique explicite et descriptive facilite donc la reproduction de la recherche et permet de maximiser la transférabilité des résultats. Ainsi la transférabilité renvoie «[...] à la possibilité de recourir à des schémas interprétatifs dégagés dans une situation de recherche donnée pour élucider un nouveau contexte de recherche, sans pour autant perdre de vue les conditions particulières de leur « découverte » initiale (Verhoeven, 2010, p. 108)». Strauss et Corbin (1990, p. 191), précisent qu'il s'agit de spécifier les conditions par lesquelles un phénomène existe, de comprendre les actions et événements qui y sont associés.

La place qui est faite à la théorie et à la conceptualisation du projet HPS dans l'analyse logique et dans l'analyse d'implantation pour expliquer le processus d'implantation permet de mieux clarifier les mécanismes en jeu, potentiellement transférables dans différents milieux, même si le contexte d'implantation peut influencer la portée de ces facteurs. Avec une analyse plus fine des mécanismes sous-jacents de l'intervention, c'est-à-dire les liens entre les ressources, les processus et les résultats, la validité interne est renforcée et l'applicabilité de l'intervention à d'autres contextes est plausible (Brousselle & Champagne, 2011).

En colligeant un grand nombre d'informations sur chacun de nos groupes d'acteurs concernés par l'implantation du projet HPS ainsi que sur leur contexte (Roy, 2009), nous avons pu examiner dans l'analyse d'implantation, les facteurs d'influence et les liens qui les unissent (Karsenti & Demers, 2004) : les caractéristiques de l'intervention, les contextes interne et externe, le processus d'implantation et les caractéristiques des individus.

Dans cette perspective, notre étude comporte un potentiel de généralisation analytique à travers l'enrichissement théorique de l'implantation du projet HPS en

contexte de périnatalité et la portée théorique de nos interprétations (Flick, 2004): de la recherche. Les résultats de notre étude de cas permettent de mettre à jour des phénomènes et processus, dont la compréhension vient compléter et enrichir la théorie existante sur l'implantation ou un cadre de référence sur l'implantation, celui de Damschroder et al. (2009) (Yin, 2003).

Nos résultats sont donc d'intérêt pour toute institution hospitalière souhaitant implanter un projet HPS et surtout dans le cadre de services périnataux. Grâce aux résultats de notre étude, les gestionnaires d'un hôpital disposent d'informations pertinentes et intéressantes pour mieux planifier leur intervention, l'implanter à travers toutes ces dimensions en tenant compte des facteurs susceptibles d'influencer un tel processus et même de l'évaluer en bénéficiant des recommandations issues de notre recherche.

3.5. L'effet du chercheur

Selon Creswell (2007), la présence prolongée du chercheur et l'observation persistante sur le terrain incluent les relations de confiance que celui-ci a su bâtir avec les participants à l'étude, la compréhension de la culture organisationnelle et l'attention portée à l'information utile pour répondre aux questions de recherche. Pour mener à bien cette étude, la chercheuse a eu une présence prolongée de deux années dans le milieu de recherche, a participé à certaines activités de l'équipe de projet, des activités qui avaient un intérêt direct ou indirect pour la recherche. Par exemple, la modélisation de l'intervention a rendu possible l'analyse logique, alors que la participation aux réunions ou encore les activités d'évaluation de la satisfaction de la clientèle, bien qu'elles ne fassent pas directement l'objet de la présente étude, ont permis de recueillir des informations contextuelles et sur les caractéristiques de la clientèle fort intéressantes. De plus, tel que suggéré par Miles et Huberman (2003), certaines entrevues ont été menées en dehors du site de recherche. C'était notamment le cas des entrevues menées auprès des couples de patients.

Une participante de l'étude a lors de l'entrevue exprimé son mécontentement sur le fonctionnement du système de santé en général et en

particulier sur les frustrations ressenties pendant ces trente dernières années de travail en milieu hospitalier. La position de la chercheuse dans ce cas particulier a été celle d'une oreille attentive mais cette dernière réorientait avec souplesse la discussion autour des objectifs de l'entrevue. Bien que la plupart des professionnels aient évoqué des conditions de travail difficiles, leurs propos concordants n'étaient pas pour autant chargés d'émotion et de frustration. Comme suggéré par Miles et Huberman (2003), au-delà des propos convergents de la majorité des répondants, nous avons également rendu compte des propos divergents exprimés par certains des participants, ce qui a permis de relativiser certaines données sur le niveau d'implantation des dimensions du projet HPS et de dresser le portrait de l'ensemble des facteurs d'influence tels que perçus par nos répondants. Ainsi, sans négliger les propos dissidents ou isolés de toute personne dont le point de vue diffère de la majorité, nous n'avons pas «grossi démesurément les problèmes potentiels» ce qui nous a permis entre autres, de réduire le biais provenant de l'effet du chercheur.

Par ailleurs, les rencontres hebdomadaires fréquentes avec les directrices de recherche en dehors du site de recherche étaient l'occasion pour la chercheuse de partager ses expériences vécues in situ et d'obtenir leurs perceptions en leur qualité de membres externes au site de recherche. Ce processus a permis à la chercheuse de prendre momentanément une certaine distance par rapport à son interprétation des événements observés sur le terrain.

4. Contribution de la thèse pour la recherche et l'intervention

4.1. Implications pour la recherche

- Combiner l'analyse logique et l'analyse d'implantation pour évaluer le potentiel de transformation du projet HPS

L'utilisation combinée de l'analyse logique et de l'analyse d'implantation a permis de mieux comprendre l'implantation du projet HPS par l'identification

des caractéristiques de l'intervention ainsi que des facteurs qui influencent le processus d'implantation. Il s'agit de deux évaluations qui offrent une lecture complémentaire et approfondie d'une même intervention. Combiner l'analyse logique et l'analyse d'implantation offre une stratégie intéressante pour évaluer le potentiel de transformation d'une intervention. Alors que l'analyse logique concourt au développement d'une théorie substantive du programme d'intervention à travers la construction d'un modèle logique notamment, l'analyse d'implantation elle, s'attaque aux questions relatives à l'adéquation de la théorie de programme lors de sa mise en œuvre.

L'analyse logique étant réalisée sur la base de données scientifiques disponibles, elle offre une lecture décontextualisée et désincarnée de l'intervention. Elle est présentée comme un plan d'action qui permet une meilleure mise en application et adaptée aux caractéristiques du contexte et aux ressources disponibles. Les caractéristiques et les facteurs mis en évidence proviennent d'une diversité d'études menées dans des contextes locaux différents (établissements de santé, hôpitaux) ayant des dynamiques internes spécifiques. En discutant à la fois des forces et des faiblesses de l'intervention, ainsi que des facteurs facilitants et des barrières à l'implantation à la lumière de la littérature scientifique, ce type d'analyse logique offre des leviers d'action concrets aux concepteurs de projets. Ces derniers peuvent s'inspirer de tels résultats pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer adéquatement les composantes du projet. Ainsi, l'analyse logique fournit une information cruciale pour la planification future d'interventions similaires, l'adaptation de l'intervention dans d'autres milieux et comporte un fort potentiel de transférabilité et une meilleure diffusion des interventions innovantes (Hacsi, 2000).

L'analyse d'implantation a permis d'analyser l'HPS dans un contexte donné d'implantation, le centre périnatal d'un CHU. Cette analyse a mis de l'avant les facteurs qui, dans ce contexte, se révèlent comme étant particulièrement importants pour comprendre le phénomène d'implantation. L'utilisation du cadre d'analyse de Damschroder et al. (2009) pour classer les

facteurs, a démontré l'utilité de ce cadre pour dresser le portrait global des facteurs de l'implantation et suggérer des liens plausibles entre ces facteurs d'influence dans l'implantation de projets HPS. Le modèle présenté dans l'article 4 et qui a émergé de nos données peut être utilisé dans le cadre de futures recherches pour le valider et évaluer la force des interactions.

En comparant les résultats de l'analyse logique avec ceux de l'analyse d'implantation, nous retrouvons des facteurs facilitateurs identiques dans les deux démarches. Par exemple, sur le plan du contexte externe, nous retrouvons la mise à l'agenda politique comme facteur influençant positivement l'implantation (Whitelaw, et al., 2006). Sur le plan du contexte interne, on retrouve également l'importance des ressources financières, du soutien organisationnel, du leadership et de l'engagement des gestionnaires ainsi que des employés comme facteurs facilitateurs de l'implantation (Johansson, et al., 2010; McHugh, et al., 2010; Robinson, et al., 2006; Whitelaw, et al., 2006). Aussi, l'analyse logique met davantage en exergue les caractéristiques individuelles et les facteurs liés au processus d'implantation qui facilitent l'implantation : présence de multiplicateurs, de champions et de leaders à tous les niveaux décisionnels et opérationnels (Champagne, 2002; Orlandi, 1990; Robinson, et al., 2006; Rogers, 2003; Whitelaw, et al., 2006).

Par ailleurs, il ressort des deux démarches évaluatives, les mêmes contraintes à l'implantation. Il s'agit des contraintes structurelles du contexte interne et notamment les conditions de travail difficiles (Guo, et al., 2007; Johansson, et al., 2010; McBride, 1994; Tountas, et al., 2004). Comme dans l'analyse d'implantation, l'analyse logique a mis en évidence l'importance des réseaux et de la communication entre les acteurs au sein de l'établissement et dans la communauté (Haynes, 2008; Johnson & Baum, 2001; Johnson & Nolan, 2004; Robinson, et al., 2006) et les caractéristiques du projet HPS. Dans ce dernier cas, l'analyse logique ne précise pas toujours s'il s'agit de facteurs facilitateurs ou de barrières, alors que dans l'analyse d'implantation nous mettons en évidence les facteurs facilitateurs et les contraintes perçus dans le cadre même du projet HPS.

Ainsi, l'analyse logique a favorisé la compréhension des concepteurs sur le projet HPS et a mis en évidence les connaissances existantes sur l'implantation des projets innovants dans les organisations et particulièrement des projets HPS en termes de caractéristiques et de facteurs influençant l'implantation du projet. L'analyse d'implantation a confirmé certains des facteurs identifiés dans l'analyse logique en offrant en plus, une analyse contextualisée, plus approfondie, de ces facteurs ainsi que des relations possibles qui existent entre ces facteurs. La combinaison des deux approches enrichit indéniablement la compréhension du concept HPS et de l'implantation du projet HPS. Cette combinaison d'approches permet aussi de valider les résultats de l'une et de l'autre des démarches: le fait que certains facteurs identiques ressortent dans les analyses, avec une importance différente selon que les données soient contextualisées ou non, alors même que les méthodologies utilisées sont si différentes, confirme l'influence de ces facteurs pour comprendre le processus d'implantation de l'HPS. Cette validation croisée renforce la transférabilité de nos résultats d'implantation à d'autres contextes. L'utilisation combinée de l'analyse logique et de l'analyse d'implantation constitue une combinaison gagnante pour soutenir la transformation organisationnelle pour tout établissement de santé qui prend la décision d'adopter le concept HPS et de l'implanter.

On connaît mieux les facteurs qui influencent l'implantation du Projet HPS mais on sait peu de choses encore sur leurs interactions. Des études subséquentes menées sur l'implantation dans d'autres départements ou au niveau de l'ensemble de l'hôpital devraient s'intéresser à mesurer l'impact des facteurs et de leur synergie sur l'implantation du Projet HPS dans le CHU. Cette étude constituerait en fait une première étape dans un processus de réflexion et itératif sur l'implantation globale du Projet HPS.

- *Les conditions d'application de l'évaluation développementale*

En ce qui concerne l'évaluation développementale, le rôle de l'évaluateur, tel que conçu par Patton (Patton, 1994, 2006, 2011) est de type consultant et travaille avec un savoir d'expert internalisé (Champagne, Contandriopoulos, &

Tanon, 2011). L'évaluateur développemental joue le rôle de conseil pour guider l'implantation. Dans le cadre de notre recherche, il nous a été difficile de tenir pleinement ce rôle compte tenu des défis rencontrés (tensions entre les exigences de recherche et d'utilisation, des tensions entre les perceptions des rôles du chercheur et des utilisateurs, de l'appropriation du double rôle de chercheur et d'évaluateur ainsi que de la temporalité du processus). Cette difficulté a été exacerbée par notre statut d'étudiante et d'agente de recherche qui n'a pas favorisé notre association à la prise de décision.

Néanmoins, nous avons pu réaliser le modèle logique du projet HPS en collaboration avec les acteurs clés et travailler à la formulation d'un langage commun autour du projet. Le rôle d'orientateur en revanche, a été davantage présent lors du choix des questions de recherche et des méthodes appropriées pour mener à bien le projet. Dans le cadre d'un projet futur, le rôle d'évaluateur développemental pourra être mieux endossé grâce, notamment, aux apprentissages issus de cette première expérimentation. La clé réside dans un vrai partenariat entre chercheurs académiques et intervenants.

4.2. Implications pour l'intervention

- *L'adaptabilité du projet HPS en contexte québécois : les implications pour l'implantation*

Historiquement, les hôpitaux et les services de santé se sont développés autour de leur capacité à traiter la maladie et à guérir les malades. Au cours des récentes décennies, cet axe a été remis en question puisqu'il fallait réagir efficacement à l'augmentation des problèmes de santé chroniques et de maladies associées au vieillissement de la population. Nous avons montré la tendance internationale qui consiste à confier une plus grande part des prérogatives (en termes d'organisation des soins) et de l'imputabilité (en termes de santé de la population) directement à des réseaux d'établissements intégrés. Des arguments théoriques ainsi que des données empiriques crédibles démontrent que de tels arrangements organisationnels sont à même d'améliorer la qualité des soins, la

satisfaction des usagers et, ultimement, la santé de la population. Le concept HPS a émergé dans un contexte où l'hospitalocentrisme dominant des systèmes de santé occidentaux ne faisait plus légion, même si cette crainte persiste (Le Devoir, 2013; Contandriopoulos, 2007; Fournier, 2004).

Le projet HPS offre des avantages pour répondre aux changements environnementaux internes et externes : soutenir et accompagner les patients souffrant de maladies chroniques et réduire les taux de réadmission, offrir un milieu de travail sain et sécuritaire à des professionnels de santé pour améliorer leurs conditions de travail, créer des communautés en santé en réduisant les taux de mortalité et de morbidité, protéger l'environnement et réduire l'empreinte écologique des établissements, forger des partenariats avec le réseau de la santé, etc. Ce mouvement d'intégration des services et de travail en réseau auquel est appelé à participer l'organisation hospitalière dans le cadre de la réforme de la santé au Québec, est prôné par le concept HPS. En effet, l'implantation d'un projet HPS semble compatible avec le fonctionnement en réseau et le renforcement des soins de première ligne au cœur des réformes des systèmes de santé contemporains (Brasset-Latulippe & CHSRF, 2011; Breton, et al., 2008; Forest & Denis, 2012; Hutchison, Levesque, Strumpf, & Coyle, 2011).

- *La compatibilité du projet HPS avec les pratiques normatives et organisationnelles du Québec*

Il existe au Québec des particularités qui influencent fortement l'implantation du projet HPS. Il existe une forte compatibilité entre les dimensions du projet HPS et les normes et pratiques en vigueur. Ceci est une particularité importante du système de santé au Québec.

Les hôpitaux doivent depuis longtemps observer des lois, règlements et normes en matière d'organisation des services de santé et de services sociaux intégrés (Projets de loi 25 sur les services de santé et les services sociaux, 2003; Projet de loi 83 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, 2005; Projet de loi 90 modifiant le Code des

professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, 2002), de santé et sécurité au travail (Commission des normes du travail, 2006; Loi sur la santé et la sécurité au travail, 1979; norme Entreprise en santé), de développement durable au sein des établissements de santé (Loi sur le développement durable, 2006). Ils doivent également se soumettre à un processus d'auto-évaluation et d'évaluation externe par un organisme d'agrément qui intègre des normes en lien direct avec les dimensions du projet HPS (valeurs, éthique, engagement, qualité; offre de services concertée; innovation et développement; valorisation, mobilisation des ressources humaines; gestion efficiente des ressources; communication, sécurité des interventions, etc.) (Normes du Conseil québécois de l'Agrément, le programme d'auto-évaluation Qmentum d'Agrément Canada). De plus, les différents guides produits par le Réseau québécois des établissements promoteurs de santé soutiennent l'implantation du concept HPS dans les établissements de santé et services sociaux ainsi que les organisations partenaires.

Au niveau de la promotion de la santé et de la périnatalité, il existe aussi des politiques (Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids, Investir pour l'avenir 2006-2012 ; Politique de périnatalité 2008-2013; etc.) et des programmes intersectoriels. Par exemple, créé en 1996, un réseau mère-enfant composé d'une vingtaine de centres hospitaliers offrant des services d'obstétrique et/ou de pédiatrie initie, implante et évalue des projets cliniques en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et la continuité des soins et services offerts aux mères et aux enfants au sein des établissements partenaires. Aussi, en 2004, les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) sont créés en 2004 à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité offerts aux familles, dans toutes les régions du Québec, de la période prénatale jusqu'à l'entrée de l'enfant à l'école. Les CSSS en sont les principaux mandataires, tandis que les agences de la santé et des services sociaux ont la responsabilité de soutenir l'implantation et l'évaluation des services. Et enfin, plusieurs établissements dont

des CHU, bénéficient de l'appui financier d'une fondation privée québécoise œuvrant pour le développement des jeunes enfants au Québec.

- *L'implantation de futurs projets HPS*

En termes d'implantation, notre étude en cohérence avec d'autres (Lin et al. 2009; Lin & Lin, 2011; Whitehead, 2006) dans lesquels les hôpitaux accordaient une importance particulière à la promotion des saines habitudes de vie, est essentiellement conçue selon une perspective comportementale et individuelle (Whitehead, 2005).

Par ailleurs, il apparaît que le concept HPS s'incarne davantage dans des projets locaux qui sont en harmonie avec des pratiques déjà existantes et qui les rendent plus efficaces et les complètent. L'implantation se poursuivra en fonction des succès obtenus. On a besoin de ces succès pour progresser et assurer la visibilité du projet. Cette situation, bien que n'étant pas idéale, représente tout de même une première étape importante qui mérite d'être considérée (Johnson & Baum, 2001; Whitelaw, et al., 2011). Les différents projets implantés ont bénéficié d'une planification adéquate et leur déploiement repose sur les données probantes disponibles en matière de soins et de bien-être des patients et de leur famille pendant l'expérience de grossesse. Il en est de même pour les activités offertes aux employés. Toutefois, les défis relatifs au contexte interne (conditions de travail), au vécu spécifique de certaines familles (par ex., statut économique et social, niveau de littératie) ainsi qu'aux caractéristiques des individus (résistance au changement) ont fait obstacle à une implantation efficace de ces initiatives. Ces micro-projets indépendants devraient davantage mettre en évidence les liens réels et réalistes entre les avantages du projet HPS (ou d'une ou plusieurs dimensions) et les défis rencontrés par chaque milieu, en matière de coût d'opportunité notamment, en relevant le défi de ne pas nuire à l'intégrité du concept HPS. Cet aspect est renforcé par le constat qu'à l'heure actuelle, il semble que les succès documentés de l'implantation interviennent dans des milieux ayant déjà une sensibilité forte à la promotion de la santé (périnatalité, soins de première

ligne, hôpitaux pour enfants) ou ont rapport avec des problématiques spécifiques de styles de vie (cessation tabagique, saines habitudes de vie, gestion des maladies chroniques). Or, même si ces milieux ne constituent pas ceux qui sont les plus orientés vers une vision curative de la santé, les établissements offrant des soins tertiaires ou quaternaires ont de plus en plus besoin d'être outillés en promotion de la santé et ce, dans le cas des soins pré-post opératoires et de chirurgie (ex : cessation tabagique, cicatrisation des plaies, régime pré-opératoire) ou pour renforcer la littératie en santé surtout pour des protocoles de soins complexes.

Les avantages du Projet HPS sont perçus par de plus en plus d'organisations qui se joignent au mouvement pour améliorer la performance organisationnelle et la qualité des soins, réaliser des économies potentielles en réduisant les coûts associés à la mauvaise santé des employés, des patients et de la communauté, renforcer les partenariats avec les CSSS et les partenaires du réseau local de services de santé et de services sociaux. Il faut souligner ici l'importance des organismes d'agrément des établissements de santé dans ce mouvement. De nombreuses normes d'agrément de ces organisations sont déjà compatibles avec les normes des hôpitaux promoteurs de santé. Ceci constitue un incitatif puissant pour non seulement l'adoption du concept HPS, son implantation mais également le financement de projets HPS.

De plus, il est souhaitable que des liens soient faits entre les normes HPS et les normes d'agrément, les critères du modèle d'Évaluation globale et intégrée de la performance du système de santé (EGIPSS) utilisé comme cadre d'analyse de la performance des systèmes de santé au Québec par le Commissaire à la santé et au bien-être (Champagne et al. 2005) et par l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQUESS, 2011) pour soutenir davantage la performance organisationnelle et la qualité des soins. Une compatibilité signifierait qu'une organisation promotrice de santé serait vraisemblablement plus performante et apprenante, soucieuse d'améliorer la relation existante entre l'organisation, les professionnels, les patients et la communauté (Bilteys, 2013). La participation réelle de tous les partenaires dans

le processus d'implantation du projet HPS est incontournable pour obtenir des retombées efficaces à tous les niveaux. Tous (organisations, organisations communautaires, promoteurs du projet, gestionnaires, professionnels, familles, etc.) sont porteurs de points de vue, d'attentes et de savoirs différents sur l'implantation des projets et le devenir du concept HPS. Si l'on souhaite un projet HPS partagé et largement diffusé qui entraîne des changements de pratiques, de mentalités et de culture organisationnelle, il est nécessaire de le construire à l'écoute de ces points de vue et des expertises disponibles en la matière.

BIBLIOGRAPHIE

Chapitre 1 : Introduction

- Alla, F., & Borgès Da Silva, G. (2013). Pour une culture partagée de la promotion de la santé et des soins. *Santé Publique*, 25(1), 5-5.
- Arweiler, D., Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Université de Montréal. Département d'administration de la santé, Université de Montréal. Département de médecine sociale et préventive, & Université de Montréal. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. (1995). *Une répartition équitable des ressources de l'hôpital : le cas du Québec*. Montréal: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal.
- Bakx, J., Dietscher, C., & Visser, A. (2001). Editorial: health promoting hospitals. *Patient Education and Counseling*, 45, 237-238.
- Béland, F., Contandriopoulos, A.-P., Quesnel-Vallée, A., & Robert, L. (2008). *Le privé dans la santé, Les discours et les faits*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal.
- Ben-Shlomo, Y., & Kuh, D. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31(2), 285-293. doi: 10.1093/ije/31.2.285
- Breckton, D. J. (1983). Hospital health education. *Mobius: A Journal for Continuing Education Professionals in Health Sciences*, 3(4), 91-92.
- Clair, M. (2001). Les solutions émergentes: Rapport et recommandations. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Québec: gouvernement du Québec.
- Clément, J.-M. (2003). *La crise de confiance hospitalière : constat, causes, réformes*. Bordeaux: LEH éditions.
- Conrad, M. (2012). *A concise history of Canada*: Cambridge University Press.
- Contandriopoulos, A.-P. (2008). La réforme du système de santé : un enjeu de société. *Santé, Société et Solidarité*, 31-40.
- Dedobbeleer, N., Contandriopoulos, A.-P., Lamothe, L., Nguyen, H., Rousseau, L., & Bilteys, R. (2008). 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 « hôpital promoteur de santé ». Montréal: Université de Montréal.
- Denis, J.-L. (2002). Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada *Étude Numéro 36*. Montréal: Commission sur l'avenir du système de santé au Canada.
- Desrosiers, G. (1999). Le système de santé au Québec, bilan historique et perspectives d'avenir: conférence inaugurale du 51^{ème} congrès de l'Institut d'histoire de l'Amérique française, octobre 1998. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 53(1), 3-18.

- Dooris, M. (2006). Milieux de vie et promotion de la santé : orientations futures. *Promotion & Education, 13*(1), 16-18.
- Ershoff, D., Aaronson, N., Danaher, B., & Wasserman, F. (1983). Behavioral, health, and cost outcomes of an HMO-based prenatal health education program. *Public Health Rep. , 98*(6), 536–547. .
- Esmail, N. (2009). Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada (rapport de la 19e enqu[√]TMte annuelle). *Institut Fraser*.
- Fawkes, S. (1997). Aren't health services already promoting health? *Australia and New Zealand Journal of Public Health, 21*(4), 391-397.
- Forest, P.-G., & Denis, J.-L. (2012). Real Reform in Health Systems: An Introduction. *Journal of Health Politics, Policy and Law, 37*(4), 575-586. doi: DOI 10.1215/03616878- 1597430
- ICIS. (2012). Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC) Repéré le 25 avril 2013, from http://www.cihi.ca/CIHI-exportal/internet/fr/document/health+system+performance/indicators/performance/chrp_ireport_about
- Kickbusch, I. (1996). Tribute to Aaron Antonovsky – what creates health. *Health Promotion International, 11*, 5-6.
- Kirby, M. J., & Le Breton, M. (2002). *The health of Canadians: the federal role. Recommendations for reform*. Ottawa.
- Lobnig, H., Krajic, K., & Pelikan, J. M. (1999). The International WHO-Network of Health Promoting Hospitals: State of development of Concepts and Projects In G. Conrad (Ed.), *Health Promoting Hospitals in Practice: Developing Projects and Networks*. Darmstadt: Proceedings of the 6th International Conference on Health Promoting Hospitals.
- McKee, M., & Healy, J. (2002). *Hospitals in changing Europe*. Buckingham: Open University Press
- OMS. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Copenhagen: WHO-Regional Office for Europe Retrieved from http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?PrinterFriendly=1&language=french.
- OMS. (1997). Déclaration de Vienne, principes fondamentaux.
- OMS. (2008). Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais (pp. 149). Genève.
- Oppedal, K., Nesvag, S., Pedersen, B., Skjtskift, S., Aarstad, A. K. H., Ullaland, S., et al. (2011). Health and the need for health promotion in hospital patients. *The European Journal of Public Health, 21*(6), 744-749. doi: 10.1093/eurpub/ckq148
- Pineault, R., & Breton, M. (2007). Comment concilier responsabilité populationnelle et qualité des services: un défi pour les gestionnaires. Québec: Conseil de l'Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux du Québec.
- Poirier, A. (2012). Pour assurer aux enfants le meilleur départ possible: Investir collectivement dans l'enfance. *Le périscoop*(Périnatalité et santé publique), 7-8.

- Poland, B., Krupa, G., & McCall, D. (2009). Settings for Health Promotion: An Analytic Framework to Guide Intervention Design and Implementation. *Health Promotion Practice, 10*(4), 505-516. doi: 10.1177/1524839909341025
- Renaud, M., & Bouchard, L. (1995). Pour un nouveau paradigme en santé. *Prévenir, 28*, 1-12.
- Rochon, C. (1987). Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Rapport. Québec.
- Romanov, R. (2002). *Building on values: The future of health care in Canada*. Saskatoon: Commission on the Future of Health Care in Canada: Retrieved from www.healthcarecommission.ca.
- Ross Baker, G., & Denis, J.-L. (2011). Étude comparative de trois systèmes de santé porteurs de changement : leçons pour le Canada (pp. 45 p). Ottawa: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Roy, D. A., Litvak, E., & Paccaud, F. (2010). *Des réseaux responsables de leur population: moderniser la gestion et la gouvernance en santé* (Le point en administration de la santé et des services sociaux ed.).
- Saltman, R. B., & Figueras, J. (1998). Analyzing the evidence on European health care reforms. *Health Aff, 17*(2), 85-108. doi: 10.1377/hlthaff.17.2.85
- Simmons, L. W., & Wolff, H. G. (1954). *Social Science in Medicine*. New York: Russell Sage Foundation.
- Sitanshu, S. K., Gautman, R., & Lakshmina, S. (2012). Health promotion hospital: a noble concept. *National Journal of Community Medicine, 3*(3), 558-562.
- Tourigny, A., Aubin, M., Haggerty, J., Bonin, L., Morin, D., Reinharz, D., et al. (2010). Patients' perceptions of the quality of care after primary care reform. *Canadian Family Physician, 56*(7), e273-e282.
- Tousignant, P., Houde, M., Simard, B., Lespérance, K., Kapetanakis, C., & Lavoie, G. (2007). Évaluation de l'impact de la reconfiguration du réseau hospitalier sur la santé et le bien-être de la population de Montréal. Résultats du monitoring II (Années 1993-1994 à 2000-2001) (pp. 108). Montréal: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de la Santé publique, INSPQ.
- Trottier, L.-H. (2003). Les soins de santé primaires au Québec (pp. iv, 142). Montréal: GRIS Université de Montréal.
- Valentini, H. (2004). «Notre force de changement » – L'évolution de la périnatalité au Québec – 1973-2003 *Santé, Société et Solidarité*, 49-55.
- Vedel, I., Monette, M., Beland, F., Monette, J., & Bergman, H. (2011). Ten years of integrated care: backwards and forwards. The case of the province of Québec, Canada. *Int J Integr Care, 11*((Special 10th Anniversary Edition)), 1-11.
- Wagner, V., Christian, Steptoe, A., Wolf, M. S., & Wardle, J. (2009). Health Literacy and Health Actions: A Review and a Framework From Health Psychology. *Health Educ Behav, 36*(5), 860-877. doi: 10.1177/1090198108322819

- Whitelaw, S., Graham, N., Black, D., Coburn, J., & Renwick, L. (2012). Developing capacity and achieving sustainable implementation in healthy 'settings': insights from NHS Health Scotland's Health Promoting Health Service project. *Health promotion international*, 27(1), 127-137.
- WHO. (1991). *Budapest declaration*. Europe.
- WHO. (1996). *The Ljubljana Charter on Reforming Health Care*. Copenhagen.: World Health Organisation.
- WHO. (2004). *Standards for Health Promotion in Hospitals*. Copenhagen: WHO Régional Office for Europe.
- WHO Collaborating Centre. (2012). Background information on HPH networks Retrieved May, 2012, from <http://www.hph-hc.cc/hph/the-hph-network-today.html>
- Ziglio, E., Simpson, S., & Tsouros, A. (2011). Health promotion and health systems: some unfinished business. *Health Promotion International*, 26(suppl 2), ii216-ii225. doi: 10.1093/heapro/dar079

Chapitre 2 : État des connaissances

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, (2010). *Le Guide pour l'intégration de la promotion de la santé dans la pratique clinique des professionnels et un exemple d'application: le soutien à la cessation tabagique*. 122 p. <<http://hps.santemontreal.qc.ca/documentation/boite-a-outils-hps/norme-1/>>.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, (2011). *Le Guide pour la promotion de milieux de travail sains dans les établissements de santé*. 245p.<<http://hps.santemontreal.qc.ca/documentation/boite-a-outils-hps/norme-4/>>.
- American Hospital Association. (1975). *Statement on Health Education: Role and Responsibility of Health Care Institutions*. . Chicago: AHA.
- Ansari, S. M., Fiss, P. C., & Zajac, E. J. (2010). Made to fit: How practices vary as they diffuse. *Academy of Management Review*, 35(1), 67-92.
- Argyris, C. (1993). *Knowledge for Action: A Guide to Overcoming Barriers to Organizational Change*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616
- 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.
- Bakx, J., Dietscher, C., & Visser, A. (2001). Editorial: health promoting hospitals. *Patient Education and Counseling*, 45, 237-238.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewoods Cliffs: NJ: Prentice-Hall.

- Bandura, A. (2006). On integrating social cognitive and social diffusion theories. In A. Singhal & J. Dearing (Eds.), *Communication of innovations: a journey with Ev Rogers* (pp. 111-134). Thousand Oaks: CA: Sage.
- Baric, L. (1993). The settings approach: implications for policy and strategy. *Journal of the Institute of Health Education, 31*, 17–24.
- Baskerville, B., & Letouzé, D. (1990). Facilitating the involvement of canadian health care facilities in health promotion. *Patient education and counseling, 15*(2), 113-125. doi: Doi: 10.1016/0738-3991(90)90055-p
- Beck, U. (1986). Culture politique et évolution technique: la fin du consensus sur le progrès et subpolitique de la médecine-étude d'un cas limite *La société du risque: sur la voie de la modernité* (pp. 428-451). Paris: Alto-Aubier.
- Becker, M. C., Lazaric, N., Nelson, R. R., & Winter, S. G. (2005). Applying organizational routines in understanding organizational change. *Ind Corp Change, 14*(5), 775-791. doi: 10.1093/icc/dth071
- Beer, M., & Nohria, N. (2000). Cracking the code of change. *Harvard Business Review, 78*(3), 133-141.
- Béland, F., Contandriopoulos, A.-P., Quesnel-Vallée, A., & Robert, L. (2008). *Le privé dans la santé, Les discours et les faits*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal Montréal.
- Bergeron P., Gagnon, F., (2003). La prise en charge étatique de la santé au Québec: émergence et transformations. In: Lemieux V., Bergeron P, Bégin C, Bélanger G, eds. Le système de santé au Québec. Organisation, acteurs et enjeux. Saint-Nicolas: Les presses de l'Université Laval; p. 7-34.
- Bergman, H., Béland, F., Lebel, P., Dallaire, L., Fletcher, J., & Contandriopoulos, A.-P. (1997). L'hôpital et le système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie. *Ruptures, 4*(2), 311-321.
- Bernier, N. (2003). Réformer dans une société à tradition libérale: tenir compte des causes exogènes de l'inertie et du changement. *Ruptures, 9*(2), 42-44.
- Bhutta, Z., Darmstadt, G., Hasan, B., & Haws, R. (2005). Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics, 115*, 519 - 617.
- Boden, D. (1994). *The business of talk: Organizations in action*: Blackwell Pub.
- Bouchard, C. (1999). Contribution à une politique de l'immatériel. Québec.: Conseil québécois de la recherche sociale.
- 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.
- Breton, M., Lamarche, P., & Pineault, R. (2005). L'approche populationnelle : un défi de taille pour les gestionnaires. *Le point en administration de la santé et des services sociaux, 1*(2), p 16-19.
- Breton, M., Levesque, J. F., Pineault, R., Lamothe, L., & Denis, J. L. (2008). L'intégration de la santé publique à la gouvernance locale des soins de santé au Québec: enjeux de la rencontre des missions populationnelle et organisationnelle. *Pratiques et organisation des soins, 39*(2), 12.
- Breton, M. (2009). L'incorporation de la responsabilité populationnelle dans la

gestion des CSSS. Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.) en Santé Publique Option Gestion des services de santé. <<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/3201>>

- Burke, W. W. (2010). *Organization change: Theory and practice*. SAGE Publications, Incorporated.
- Burke, W. W., & Litwin, G. H. (1992). A causal model of organizational performance and change. *Journal of Management*, 18, 523-545.
- Burnes, B. (2004). Kurt Lewin and the Planned Approach to Change: A Re-appraisal. *Journal of Management Studies*, 41(6), 977-1002. doi: 10.1111/j.1467-6486.2004.00463.x
- Burnes, B. (2005). Complexity theories and organizational change. *International Journal of Management Reviews*, 7(2), 73-90. doi: 10.1111/j.1468-2370.2005.00107.x
- Caron-Bouchard, M., Renaud, L., (2010). « Un modèle dynamique interactif écosocial pour mieux comprendre l'apport des médias dans le façonnement des normes sociales en matière de santé ». Dans Renaud, L. (dir.). *Les médias et la santé: de l'émergence à l'appropriation des normes sociales*, Coll. « Santé et société », Québec, Presses de l'Université du Québec. p. 9-30.
- Castel, P., & Merle, I. (2002). Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les medecins-When standards become a resource for doctors: The case of oncology. *Sociologie du Travail*, 44(3), 337-355. doi: Doi: 10.1016/s0038-0296(02)01237-2
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanov) ed.). Montréal: Udem.
- Chaudoir, S. R., Dugan, A. G., & Barr, C. H. (2013). Measuring factors affecting implementation of health innovations: a systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures. *Implementation Science*, 8(1), 1-20.
- Clair, M. (2001). *Les solutions émergentes: Rapport et recommandations*. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Québec: gouvernement du Québec.
- Cochrane, L., Olson, C., Murray, S., Dupuis, M., Tooman, T., & Hayes, S. (2007). Gaps between knowing and doing: understanding and assessing the barriers to optimal health care. *J Contin Educ Health Prof*, 27, 94 - 102.
- Cockburn, J. (2004). Adoption of evidence into practice: can change be sustainable? *Med J Aust*, 180(6), 66.
- Contandriopoulos, A.-P. (1999). La régulation d'un système de soins sans murs. In J.-P. Claveranne (Ed.), *La santé de demain. Vers un système de soins sans murs*. Paris: Economica.
- Contandriopoulos, A.-P. (2003a). Inertie et changement. *Ruptures*, 9(2), 4-31.
- Contandriopoulos, A.-P. (2003b). *Les images du système de santé*. Notes de cours. Université de Montréal, Département d'administration de la santé.

- Montréal. CSBE. (2011a). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. Pour une vision à long terme en périnatalité et en petite enfance : enjeux et recommandations (Vol. 4, pp. 312 p). Québec.
- CSBE. (2011b). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2011: État de la situation, portrait de la périnatalité et de la petite enfance au Québec (Vol. 2, pp. 245 p). Québec.
- CSBE. (2010). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. État de situation portant sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et de services sociaux. Québec: Commissaire à la santé et au bien-être.
- Cummings, T. G., & Worley, C. G. (2009). *Organization development & change*: South-Western Pub.
- D'Amour, D., & Oandasan, I. (2004). *Interdisciplinary education for collaborative, patient-centred practice*. Ottawa: Santé Canada.
- 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(1), 1- 15.
- Daudt, H. M., van Mossel, C., & Scott, S. J. (2013). Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team, experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC medical research methodology*, 13(1), 48.
- Davie, H. T. O., & Nutley, S. M. (2000). Developing learning organizations in the new NHS. *British Medical Journal*, 320 (7240), 998-1001.
- Dearing, J.W., And, O., (1994). Portraying the New: Communication between University Innovators and Potential Users. *Science Communication* 16(1):11-42.
- Deccache, A., & Van Ballekom, K. (2001). Patient education in Belgium: evolution, policy and perspectives. *Patient education and counseling*, 44(1), 43-48.
- Dedobbeleer, N., Contandriopoulos, A.-P., Lamothe, L., Nguyen, H., Rousseau, L., & Bilterys, R. (2008). 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 « hôpital promoteur de santé ». Montréal: Université de Montréal.
- Denis, J.-L. (2002a). Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada *Étude Numéro 36*. Montréal: Commission sur l'avenir du système de santé au Canada.
- Denis, J.-L., Hébert, Y., Langley, A., Lozeau, D., & Trottier, L.-H. (2002b). Explaining diffusion patterns for complex health care innovations. *Health Care Management Review*, 27(3), 60-73.
- Denis, J.-L., Lamothe, L., & Langley, A. (2001). The Dynamics of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations. *The Academy of Management Journal*, 44(4), 809-837.

- Denis, J.-L., Langley, A., & Contandriopoulos, A.-P. (1995). Le rôle des instances régionales dans la transformation du système de santé au Québec – Le cas de la Régie régionale de Montréal-Centre. *Revue Française d'Administration Publique*, 76, 599-608.
- Déraps, S., Alarie, F., Côté, L. (2009). Regard croisé sur le Réseau International des Hôpitaux et des Services de Santé Promoteurs de Santé (HPS) et Planetree inc. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux.
- Desbiens, F., Dagenais, C., & Joubert, P. (2002). De l'innovation au changement : les leçons tirées des projets québécois financés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) *Rapport final soumis au FASS*. Québec: Fonds pour l'adaptation des services de santé, Ministère de la santé et des services sociaux, Direction de l'évaluation de la recherche et de l'innovation.
- Deschesnes, M., Martin, C., & Hill, A. J. (2003). Comprehensive approaches to school health promotion: how to achieve broader implementation? *Health Promot. Int.*, 18(4), 387-396. doi: 10.1093/heapro/dag410
- Dooris, M. (2006). Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promotion International*, 21(1), 55-65. doi: 10.1093/heapro/dai030
- Duchesne, L., et al.,. (2001). Politique québécoise de la science et de l'innovation, Savoir changer le monde (pp. 169). Québec: Ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie.
- Duplantie, J.-P. (2001). De la Commission Rochon à la Commission Clair. *Ruptures*, 8(1), 88-97.
- Durlak, J., & DuPre, E. (2008). Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3), 327-350. doi: 10.1007/s10464-008-9165-0
- Earl, L. (2002). Innovation et changement dans le secteur public : S'agit-il d'un oxymoron? *Enquête sur le commerce électronique et la technologie, 2000* (pp. 32): Statistique Canada. Division des sciences, de l'innovation et de l'information électronique.
- Edvardsson, K., Garvare, R., Ivarsson, A., Eurenus, E., Mogren, I., & Nystrom, M. (2011). Sustainable practice change: Professionals' experiences with a multisectoral child health promotion programme in Sweden. *BMC Health Services Research*, 11(1), 61.
- Feldman, M. S., & Orlikowski, W. J. (2011). Theorizing practice and practicing theory. *Organization Science*, 22(5), 1240-1253.
- Ferlie, E., & Shortell, S. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *Milbank Q*, 79, 281 - 315.
- Fleury, M.-J.(2006). Integrated service networks: the Quebec case. *Health Services Management Research*, 19(3), 153-165.
- Freidson, E. (1985). The Reorganization of the Medical Profession. *Med Care Res Rev*, 42(1), 11-35. doi: 10.1177/107755878504200103

- Frohlich, K., & Poland, B. (2007). Points of intervention in health promotion practice: The role of social context. In M. O'Neill, A. Pederson, I. Rootman & S. Dupéré (Eds.), *Health promotion in Canada* Toronto, Canada: University of Toronto Press.
- Garcia-Barbero, M. (1998). Introduction. In J. M. Pelikan, M. Garcia-Barbero, H. Iobnig & K. Krajic (Eds.), *Pathways to a health promoting hospital- Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997* (Vol. 2). Gamburg, Germany: G. Conrad, Health promotion publications.
- Giddens, A. (1986). *The constitution of society: outline of the theory of structuration*. University of California Press.
- Gosselin, R. (2001). À petits pas...de la Commission Castonguay-Nepveu à la Commission Rochon. *Ruptures*, 8(1), 78-87.
- Goulet, D. (2004). Professionnalisation et monopolisation des soins: le Collège des médecins du Québec 1847-1940. *Ruptures*, 10(1), 39-51.
- Gouvernement du Québec (2003). Projet loi 25: Loi sur les Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Assemblée nationale.
- Gouvernement du Québec (2004). Projet de loi no 83: Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives. Assemblée nationale.
- Gouvernement du Québec (2014). Centre de santé et de services sociaux-RLS. URL: <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/> consulté en janvier 2014.
- Green, L. W. (2006). Public health asks of systems science: to advance our evidence-based practice, can you help us get more practice-based evidence? *Journal Information*, 96(3).
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach* (4th Ed. ed.). New-York: McGraw-Hill Higher Education.
- Green, L. W., Richard, L., & Potvin, L. (1996). Ecological foundations of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10(4), 270-281.
- 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. doi: 10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x
- Groene, O. (2005). Evaluating the progress of the Health Promoting Hospitals Initiative? A WHO perspective: Commentary on: Whitehead, D. (2004) The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on? *Health Promotion International*, 19, 259-267. *Health Promot. Int.*, 20(2), 205-207. doi: 10.1093/heapro/dah613
- Groene, O. (2006). Implementing health promotion in hospitals: manual and self-assessment forms. Copenhagen: WHO/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. doi: 10.1093/heapro/daq013

- Groene, O., & Garcia-Barbero, M. (2005). Health Promotion in Hospitals: Evidence and Quality management (pp. 102). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Grol, R., & Grimshaw, J. (1999). Evidence-based implementation of evidence-based medicine. *The Joint Commission journal on quality improvement*, 25(10), 503-513.
- Grol, R., & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *The Medical journal of Australia*, 180(6 Suppl), S57-60.
- Grosjean, M., Lacoste, M., & Strauss, A.-L. (1999). *Communication et intelligence collective, le travail à l'hôpital* Paris: Presses universitaires de France.
- Guo, X. H., Tian, X. Y., Pan, Y. S., Yang, X. H., Wu, S. Y., Wang, W., et al. (2007). Managerial attitudes on the development of health promoting hospitals in Beijing. *Health Promot. Int.*, 22(3), 182-190. doi: 10.1093/heapro/dam010
- Hancock, T. (1986). Creating a healthy community: the preferred role for hospitals. *Dimension Health Service*.
- Hancock, T. (1999). Creating health and health promoting hospitals: a worthy challenge for the 21st century. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12, 8-19.
- Hannan, M., Polos, L., & Carroll, G. (2002). Structural Inertia and Organizational Change Revisited I: Architecture, Culture, and Cascading Change. *Stanford University, Graduate School of Business, Research Papers*, 1732, 41.
- Haynes, C. (2008). Health promotion services for lifestyle development within UK hospital-Patients' experiences and views. *BMC Public Health*, 8(284), 10.
- Helfat, C. E., Finkelstein, S., Mitchell, W., Peteraf, M., Singh, H., Teece, D., et al. (2009). *Dynamic capabilities: Understanding strategic change in organizations*: Wiley-Blackwell.
- Hibbard, J. H. (2003). Engaging health care consumers to improve quality of care. *Medical Care*, 41, 161-170.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. . Washington, DC: National Academies Press.
- Johansson, H., Weinehall, L., & Emmelin, M. (2010). If we only got a chance. Barriers to and possibilities for a more health-promoting health service. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2010(3), 1-9.
- Johnson, A., & Baum, F. (2001). Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Health Promot. Int.*, 16(3), 281-287. doi: 10.1093/heapro/16.3.281
- Johnson, A., & Nolan, J. (2004). Health promoting hospitals: Gaining an understanding about collaboration. *Australian Journal of Primary Health*, 10(2), 51-60.
- Kaplan, G. (2004). What's Wrong with Social Epidemiology, and How Can We Make It Better? *Epidemiological Reviews*, 26, 124–135.

- Kerleau, M. (2001). Les processus de restructuration des systèmes hospitaliers: tendances générales et variations nationales (États-Unis, Royaume-Uni, Québec). *Revue française des affaires sociales*, (2), 59-78.
- Kervasdoué, J. d. (2007). *L'hôpital* (3e éd. mise à jour. ed.). Paris: PUF.
- Kickbusch, I. (2003). The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion. *Am J Public Health*, 93(3), 383-388. doi: 10.2105/ajph.93.3.383
- Kirby, M. J., & Le Breton, M. (2002). *The health of Canadians: the federal role. Recommendations for reform*. Ottawa.
- Lalonde, M. (1989). Hospitals must become true health centres. *Dimension Health Service*.
- Lamothe, L. (1999). La reconfiguration des hôpitaux: un défi d'ordre professionnel. *Ruptures*, 6(2), 132-148.
- Le Bossé, Y. (2003). Vous avez dit « empowerment »? De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir », vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 16(2), 30-51.
- Lee, C. B., Chen, M. S., Powell, M., & Chu, C. M.-Y. (2012). Achieving organizational change: findings from a case study of health promoting hospitals in Taiwan. *Health Promotion International*. doi: 10.1093/heapro/das056
- 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*, n/a-n/a. doi: 10.1002/hpm.2156
- Levitt, B., & March, J. G. (1988). Organizational Learning. *Annual Review of Sociology*, 14(1), 319-338. doi: doi:10.1146/annurev.so.14.080188.001535
- 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. doi: DOI: 10.1016/j.pec.2008.12.025
- Lobnig, H., Krajic, K., & Pelikan, J. M. (1999). The International WHO-Network of Health Promoting Hospitals: State of development of Concepts and Projects In G. Conrad (Ed.), *Health Promoting Hospitals in Practice: Developing Projects and Networks*. Darmstadt: Proceedings of the 6th International Conference on Health Promoting Hospitals.
- Madore, O. (2005). *La Loi canadienne sur la santé: aperçu et options*: Bibliothèque du Parlement, Service d'information et de recherche parlementaires.
- Martin, F., & Aujoulat, I. (1999). Prevention in hospitals- a cultural change for French hospitals. In W.-L. B. Institute (Ed.), *Health promotion hospitals in practice: developing projects and networks*. (Vol. 3, pp. 293-297). Gamburg: Health Promotion Publications.
- McBride, A. (1994). Health promotion in hospitals: the attitudes, beliefs and practices of hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 92-100.
- McBride, A. (2004). Health promotion in the acute hospital setting: the receptivity of adult in-patients. *Patient education and counseling*, 54(1), 73-78. doi: Doi: 10.1016/s0738-3991(03)00198-8

- McBride, A., & Moorwood, Z. (1994). The hospital health-promotion facilitator: an evaluation. *Journal of Clinical Nursing*, 3, 355-359.
- McHugh, C., Robinson, A., & Chesters, J. (2010). Health promoting health services: a review of the evidence. *Health Promot. Int.*, daq010. doi: 10.1093/heapro/daq010
- McKee, M., & Healy, J. (2002). *Hospitals in changing Europe*. Buckingham: Open University Press
- McKenzie, J. F., Neiger, B. L., & Thackeray, R. (2008). *Planning, implementing, and evaluating health promotion programs* (5th. Ed. ed.): Benjamin-Cummings Publishing Company
- Minniss, F. R., Wardrope, C., Johnston, D., & Kendall, E. (2013). Promoting Health in Early Childhood Environments: A Health-promotion Approach. *Child Care in Practice*, 19(2), 104-117. doi: 10.1080/13575279.2012.754331
- Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Paris, Montréal: Éditions d'organisation ; Éditions Agence d'Arc.
- Mintzberg, H. (1997). Toward Healthier Hospitals. *Health Care Management Review*, 22(4), 9-18.
- Miseviciene, I., & Zalnieraitiene, K. (2012). Health promoting hospitals in Lithuania: health professional support for standards. *Health Promotion International*. doi: 10.1093/heapro/das035
- MSSS. (2004a). Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Résumé <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-009-07.pdf>
- MSSS. (2004b). L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MSSS. (2004c). Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité- Cadre de référence. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MSSS. (2008). Politique de périnatalité 2008-2018. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).
- MSSS (2010). Plan stratégique 2010-2015 du Ministère de la Santé et des Services sociaux, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-717-02.pdf>.
- MSSS. (2011). Guide d'aménagement des centres hospitaliers. http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/planification-immobiliere/app/DocRepository/1/Publications/Guide/CH_Principes_generaux_Juin11.pdf

- Naaldenberg, J., Vaandrager, L., Koelen, M., Wagemakers, A.-M., Saan, H., & de Hoog, K. (2009). Elaborating on systems thinking in health promotion practice. *Global Health Promotion, 16*(1), 39-47.
- Nowak, P., Lobnig, H., Krajic, K., & Pelikan, J. (1998). Case Study Rudolfstiftung Hospital, Vienna, Austria – WHO Model Project “Health and Hospital. In J. Pelikan, M. Garcia -Barbero, H. Lobnig & K. Krajic (Eds.), *Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997* (pp. 47-66). Gamburg: G Conrad Health Promotion Publications.
- O'Neill, M. (1987). L'approche critique en promotion de la santé dans les DSC québécois. Québec: Centre de recherches sur les services communautaires-Université Laval.
- Olden, P. C., & Clement, D. G. (2000). The Prevalence of Hospital Health Promotion and Disease Prevention Services: Good News, Bad News, and Policy Implications. *Milbank Quarterly, 78*(1), 115-146. doi: 10.1111/1468-0009.00163
- OMS. (1957). Le rôle de l'hôpital dans les programmes de protection de la santé, premier rapport du comité d'experts de l'organisation des soins médicaux *Rapport technique* (pp. 40 p.). Suisse.
- OMS. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Copenhagen: WHO-Regional Office for Europe Retrieved from http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?PrinterFriendly=1&language=french.
- OMS. (1997). Déclaration de Vienne, principes fondamentaux.
- OMS. (2005). *Former les personnels de santé du XXIe siècle: le défi des maladies chroniques*. Genève: OMS.
- Orlandi, M. A., Landers, C., Weston, R., & Haley, N. (1990). Diffusion of health promotion innovations. In K. Glanz, F. M. Lewis & B. Rimer (Eds.), *Health behavior and health education: theory, research and practice* (pp. p. 288-313). San Francisco, Californie: Jossey-Bass.
- Orlikowski, W. (1996). Improvising organizational transformation overtime: a situated change perspective. *Inf. Syst. Res., 7*(1), 63-92.
- Paton, K., Sengupta, S., & Hassan, L. (2005). Settings, systems and organization development: the Healthy Living and Working Model. *Health Promotion International 20*, 81–89.
- 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. (2007). Health Promoting Hospitals: Assessing developments in the network. *Italian Journal of Public Health, 4*(4), 261-270.
- Pelikan, J., Dietscher, C., Krajic, K., & Nowak, P. (2006). Putting PHP Policy into Action *Working Paper of the WHO Collaborating Center on HPH and Health Care*. Vienna: WHO Collaborating Center on HPH and Health Care.

- Pelikan, J., Krajic, K., & Dietscher, C. (2001). The health promoting hospital (HPH): concept and development. *Patient Education and Counseling*, 45(4), 239-243.
- Pelikan, J. M., Garcia-Barbero, M., Lobnig, H., Krajic, K., & Conrad, G. (1998). *Pathways to a health promoting hospital*: Conrad.
- Peneff, J. (1992). *L'hôpital en urgence-étude par observation participante*. Paris: Métaillié.
- Pettigrew, A. M. (1990). Longitudinal Field Research on Change: Theory and Practice. *Organization Science*, 1(3), 267-292. doi: 10.1287/orsc.1.3.267
- Pineault, R. (1984). The place of prevention in the Quebec health care system. *Can J Public Health*, 75(1), 92-97.
- Pineault, R., Baskerville, B., & Letouze, D. (1990). Health promotion activities in Quebec hospitals: a comparison of DSC and non-DSC hospitals. *Can J Public Health*, 81(3), 199-203.
- Pineault, R., Champagne, F., & Trottier, L.-H. (1986). The integration of public health in hospitals: the case of community health departments in Québec. *Journal of Public Health Policy*, 7, 314-323.
- Poland, B., Graham, H., Walsh, E., Williams, P., Fell, L., Lum, J. M., et al. (2005). 'Working at the margins' or 'leading from behind'? a Canadian study of hospital-community collaboration. *Health & Social Care in the Community*, 13(2), 125-135. doi: 10.1111/j.1365-2524.2005.00542.x
- Poland, B., Krupa, G., & McCall, D. (2009). Settings for Health Promotion: An Analytic Framework to Guide Intervention Design and Implementation. *Health Promot Pract*, 10(4), 505-516.
- Poland, B. D., Green, L., & Rootman, I. (2000). *Settings for health promotion: linking theory and practice*. London: Sage.
- Polluste, K., Alop, J., Groene, O., Harm, T., Merisalu, E., & Suurorg, L. (2007). Health-promoting hospitals in Estonia: what are they doing differently? *Health Promot. Int.*, dam032. doi: 10.1093/heapro/dam032
- Pope, C., van Royen, P., & Baker, R. (2002). Qualitative methods in research on healthcare quality. *Qual Saf Health Care*, 11, 148 - 152.
- Potvin, L. (2010). *Empowerment et Participation- stratégies en promotion de la santé*. Stratégies en promotion de la santé. UdeM. Montréal.
- Raffelini, C., Charier, M-D., Rey, L., Colin, C. (2013). Hôpitaux promoteurs de la santé : vingt ans d'histoire, neuf cents établissements membres. in *Promouvoir la santé à l'hôpital*, La santé en action Numéro 424, p-20-23.
- Renaud, L., Lafontaine, G., (2011), Guide pratique : Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique, Édition Partage, Réseau francophone international pour la promotion de la santé, Montréal, Canada, 36 p.
- Reynolds, A. (2009). Patient-centered Care. *Radiol Technol*, 81(2), 133-147.
- Riley, B. L., Taylor, S. M., & Elliott, S. J. (2001). Determinants of implementing heart health promotion activities in Ontario public health units: a social ecological perspective. *Health Educ. Res.*, 16(4), 425-441. doi: 10.1093/her/16.4.425

- Robinson, K. L., Driedger, M. S., Elliott, S. J., & Eyles, J. (2006). Understanding Facilitators of and Barriers to Health Promotion Practice. *Health Promot Pract*, 7(4), 467-476. doi: 10.1177/1524839905278955
- Rochon, C. (1987). Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Rapport. Québec.
- Roden, J., & Jarvis, L. (2012). Evaluation of the health promotion activities of paediatric nurses: is the Ottawa Charter for Health Promotion a useful framework? *Contemporary Nurse : a Journal for the Australian Nursing Profession*, 41(2), 271-284.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations*. New York: Free Press.
- Romanov, R. (2002). *Building on values: The future of health care in Canada*. Saskatoon: Commission on the Future of Health Care in Canada: Retrieved from www.healthcarecommission.ca.
- Rouleau, L. (2007). *Théories des organisations: approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde*. Québec: Presse de l'Université du Québec.
- Schmied, V., Gribble, K., Sheehan, A., Taylor, C., & Dykes, F. (2011). Ten steps or climbing a mountain: a study of Australian health professionals' perceptions of implementing the baby friendly health initiative to protect, promote and support breastfeeding. *BMC Health Services Research*, 11, 208.
- Solberg, L. I. (2000). Guideline implementation: what the literature doesn't tell us. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 26, 525-537.
- Sossa, G. O. (2011). L'innovation sans lendemain : les difficultés de l'institutionnalisation du changement. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 16(2), 1-16.
- Sourty-Le Guellec, M.-J. (1997). L'avenir de l'hôpital : quelles alternatives ? *Biblio*, 1183.
- St. Leger, L. (1997). Health promoting settings: form Ottawa to Jakarta. *Health promotion international* 12(2), 99-101.
- Steckler, A., Goodman, R. M., & Kegle, M. (2002). Mobilizing Organizations for Health Enhancement: Theories of Organizational Change In K. Glanz, B. K. Rimer & F. Lewis (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice* (3rd Edition ed., pp. 335-360). San Francisco: Jossey-Bass.
- Stewart, M., Brown, J., Donner A, McWhinney, I., Oates, J., Weston, W., et al. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.*, 49(9), 796-804.
- Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining healthy environments- Toward a social ecology of health promotion. *American Psychologist*, 47(1), 6-22.
- Stokols, D., Pelletier, K., R., & Fielding, J. E. (1996). The ecology of work and health: research and policy directions for the promotion of employee health. *Heath Education Quarterly*, 23, 137-158.
- Susser, M., & Susser, E. (1996). Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. *American Journal of Public Health*, 86(5), 674-677.

- Tountas, Y., Pavi, E., Tsamandouraki, K., Arkadopoulos, N., & Trianfyllou, D. (2004). Evaluation of the participation of Aretaieion Hospital, WHO Pilot Project of Health Promoting Hospitals. *Health Promoting International*, 19(4), 453-462.
- Tousignant, P., Houde, M., Simard, B., Lespérance, K., Kapetanakis, C., & Lavoie, G. (2007). Évaluation de l'impact de la reconfiguration du réseau hospitalier sur la santé et le bien-être de la population de Montréal. Résultats du monitoring II (Années 1993-1994 à 2000-2001) (pp. 108). Montréal: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de la Santé publique, INSPQ.
- Tsoukas, H., & Chia, R. (2002). On organizational becoming: Rethinking organizational change. *Organization Science*, 13(5), 567-582.
- Tyler, C., & James, R. (1988). What should hospitals be doing in health promotion services? *Australian Health Review*, 11, 182-185.
- Valette, A., Contandriopoulos, A.-P., Contandriopoulos, D., & Denis, J.-L. (2006). *L'hôpital en restructuration - Regards croisés sur la France et le Québec* (PUM ed.). Montréal: Collectif Broché.
- Walker, A., Grimshaw, J., Johnston, M., Pitts, N., Steen, N., & Eccles, M. (2003). PRIME - PProcess modelling in ImpleMEntation research: selecting a theoretical basis for interventions to change clinical practice. *BMC Health Services Research*, 3(1), 22.
- Wandersman, A. (2009). Four Keys to Success (Theory, Implementation, Evaluation, and Resource/System Support): High Hopes and Challenges in Participation. *American Journal of Community Psychology*, 43(1-2), 3-21. doi: 10.1007/s10464-008-9212-x
- Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L., et al. (2008). Bridging the Gap Between Prevention Research and Practice: The Interactive Systems Framework for Dissemination and Implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 171-181. doi: 10.1007/s10464-008-9174-z
- Weick, K. E., & Quinn, R. E. (1999). Organizational and change development. *Annual Review of Psychology*, 50(1), 361-386. doi: 10.1146/annurev.psych.50.1.361
- 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.
- 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 Promot. Int.*, 19(2), 259-267. doi: 10.1093/heapro/dah213
- Whitelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., Machardy, L., Young, I., & Witney, E. (2001). Settings based health promotion: A review. *Health Promotion International*, 16, 339-353.

- 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. doi: 10.1093/heapro/dar038
- Whitelaw, S., Martin, C., Kerr, A., & Wimbush, E. (2006). An evaluation of the Health Promoting Health Service Framework: the implementation of a settings based approach within the NHS in Scotland. *Health Promot. Int.*, 21(2), 136-144. doi: 10.1093/heapro/dal009
- WHO. (1991). *Budapest declaration*. Europe.
- WHO. (2004a). Self-Assessment Tool for Pilot Implementation of Health Promotion Standards and Indicators in Hospitals. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (2004b). Standards for Health Promotion in Hospitals. Copenhagen: WHO Régional Office for Europe.
- WHO. (2008). 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.
- Wright, J., Franks, A., Ayres, P., Jones, K., Roberts, T., & Whitty, P. (2002). Public health in hospitals: the missing link in health improvement. *J Public Health*, 24(3), 152-155. doi: 10.1093/pubmed/24.3.152
- Zhao, M., Carretta, H. J., & Hurley, R. E. (2003). Sole hospital commitment to health promotion and disease prevention (HPDP) services: does ownership matter? *Journal of Health & Human Services Administration*.

Chapitre 4 : Cadre de référence

- Alkin, M. C., & Christie, C. A. (2005). *Theorists' models in action*. San Francisco: CA: Jossey-Bass.
- Blamey, A., & Mackenzie, M. (2007). Theories of Change and Realistic Evaluation Peas in a Pod or Apples and Oranges? *Evaluation*, 13(4), 439-455.
- Bledsoe, K. L., & Graham, J. A. (2005). The Use of Multiple Evaluation Approaches in Program Evaluation. *American Journal of Evaluation*, 26(3), 302-319. doi: 10.1177/1098214005278749
- Brousselle, A. (2009). *Logic analysis: testing the program theory to better evaluate complex interventions*. Université de Montréal. Montréal.
- Brousselle, A., Champagne, F., & Contandriopoulos, A.-P. (2006). Vers une reconciliation des théories et de la pratique de l'évaluation, perspectives d'avenir. *Mesure et Evaluation en éducation*, 29(3), 53-73.
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., & Hartz, Z. (2009). *L'Évaluation: concepts et méthodes*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

- Brousselle, A., Contandriopoulos, D., & Lemire, M. (2009). Why we should use logic analysis for evaluating knowledge transfer interventions *Collective Research*. Montreal: GRIS.
- Brousselle, A., Lamothe, L., Mercier, C., & Perreault, M. (2007). Beyond the limitations of best practices: How logic analysis helped reinterpret dual diagnosis guidelines. *Evaluation and Program Planning*, 30(1), 94-104. doi: DOI: 10.1016/j.evalprogplan.2006.10.005
- Burke, W. W. (2010). *Organization change: Theory and practice*: SAGE Publications, Incorporated.
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanov) ed.). Montréal: Udem.
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A.-P., & Denis, J.-L. (2011). L'analyse de l'implantation. In A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (Eds.), *L'évaluation: concepts et méthodes* (2nd Éd. ed., pp. 237-273). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., Lemieux-Charles, L., & McGuire, W. (2004). Introduction: towards a broader understanding of the use of knowledge and evidence in health care. In L. Lemieux-Charles, F. Champagne & A. Langley (Eds.), *Multiple perspectives on evidence based decision making in health care* (pp. 3-17). Toronto: University of Toronto Press.
- Chaudoir, S. R., Dugan, A. G., & Barr, C. H. (2013). Measuring factors affecting implementation of health innovations: a systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures. *Implementation Science*, 8(1), 1-20.
- Chavis, D. (2003). Looking the enemy in the eye: Gazing into the mirror of evaluation practice. *The Evaluation Exchange*, 8-9.
- Chen, H. T. (2004). The roots of theory- driven evaluation. Current views and origins. In M. Alkin (Ed.), *Evaluation roots. Tracing theorists'views and influences*: Sage Publications.
- Chen, H. T. (2005). *Practical program evaluation: Assessing and improving planning, implementation and effectiveness*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Christie, C. A., & Alkin, M. C. (2003). The user-oriented evaluator's role in formulating a program theory: Using a theory-driven approach. *American Journal of Evaluation*, 24(3), 373-385.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L., & Avargues, M.-C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé: Concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et santé publique*, 48, 517-539.
- 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(1), 1- 15.
- Desrosiers, H., Kishchuk, N., Ouellet, F., Desjardins, N., Bourgault, C., & Perreault, N. (1998). Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes:

- Applications en promotion de la santé et en toxicomanie. Montréal: gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Dooris, M. (2006). Milieux de vie et promotion de la santé : orientations futures. *Promotion & Education, 13*(1), 16-18.
- Dooris, M. (2009). Holistic and sustainable health improvement: the contribution of the settings-based approach to health promotion. *Perspectives in Public Health, 129*(1), 29-36. doi: 10.1177/1757913908098881
- Dozois, E., Langlois, M., & Blanchet-Cohen, N. (2010). DE 201: Guide du praticien de l'évaluation évolutive: J.W. McConnell Institut international des droits de l'enfant et du développement.
- Gamble, J. A. (2008). A Developmental Evaluation Primer (pp. 38): The J.W. McConnell Family Foundation.
- 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. doi: 10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x
- Mercier, C., & Perreault, M. (2001). L'évaluation de programme : Notions de base In H. Dorvil & R. Mayer (Eds.), *Problèmes Sociaux, Théories et méthodologies* (Vol. Tome I, pp. p. 413-430.). Québec Presse de l'Université du Québec.
- OMS. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Copenhagen: WHO-Regional Office for Europe Retrieved from http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?PrinterFriendly=1&language=french.
- OMS. (1997). Déclaration de Vienne, principes fondamentaux.
- OMS. (Ed.) (1998). *Gloσσαire de la promotion de la santé*. Genève, Suisse: OMS.
- Patton, M. Q. (1980). *Qualitative Evaluation Methods*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Patton, M. Q. (1994). Developmental Evaluation. *American Journal of Evaluation, 15*(3), 311-319. doi: 10.1177/109821409401500312
- Patton, M. Q. (1996). What is Utilization-focused Evaluation? How do you get started? *Utilization- focused Evaluation: the new century text* (3 Ed ed., pp. pp. 9-38): Sage.
- Patton, M. Q. (1997). *Utilization-Focused Evaluation*: Sage Publications.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Patton, M. Q. (2008). *Utilization-Focused Evaluation*. San Francisco: Sage Publications.
- Patton, M. Q. (2011). *Developmental Evaluation: applying complexity concepts to enhance innovation and use*. New-York: The Guilford Press.
- Perreault, M., Lauzon, P., Mercier, C., Rousseau, M., & Gagnon, C. (2001). Efficacité des programmes comportant l'utilisation de la méthadone. In S. Brochu, L. Guyon & M. Landry (Eds.), *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie: études québécoises*. Québec: Presses Universitaires de Laval.

- Rey, L., Brousselle, A., & Dedobbeleer, N. (2012). Logic analysis: testing program theory to better evaluate complex interventions. In J. Houle, N. Dubois, S. Lloyd, C. Mercier, Z. Hartz, A. Brousselle & L. Rey (Eds.), *L'évaluation des interventions complexes* (Vol. Special issue 26 (3), pp. 61-89): Revue Canadienne d'Évaluation de Programme/ Canadian Journal of Program Evaluation.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (Fifth Edition ed.). New York: Free Press.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation : a systematic approach* (7th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Scriven, M. (1998). Minimalist theory: The least theory that practice requires. *American Journal of Evaluation*, 19(1), 57-70.
- Steckler, A., Goodman, R. M., & Kegle, M. (2002). Mobilizing Organizations for Health Enhancement: Theories of Organizational Change In K. Glanz, B. K. Rimer & F. Lewis (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice* (3rd Edition ed., pp. 335-360). San Francisco: Jossey-Bass.
- Sun, T. (1978). *L'Art de la guerre*: Paris: Flammarion.
- Weiner, B. J., Lewis, M. 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. doi: 10.1093/her/cyn019
- Weiss, C. H. (2007). Theory-based evaluation : past, present and future. In S. Mathison (Ed.), *Enduring issues in evaluation: the 20th anniversary of the collaboration between NDE and AEA, New Directions for Evaluation* (Vol. 114, pp. 68-81): Jossey-Bass and the American Evaluation Association.

Chapitre 5 : Méthodologie

- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1(3), 385-405. doi: 10.1177/146879410100100307
- Berthelette, D., Bilodeau, H., & Leduc, N. (2008). [Improving occupational health evaluation research]. *Santé Publique*, 20 Suppl 3, S171-179.
- Brousselle, A., & Champagne, F. (2011). Program theory evaluation: Logic analysis. *Evaluation and Program Planning*, 34(1), 69-78. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2010.04.001
- Contandriopoulos, A.-P. (2005). *Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer*. Montréal: G. Morin.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches* (2nd Ed. ed.). Thousand Oaks: Sage.

- 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(1), 1- 15.
- Daudt, H. M., van Mossel, C., & Scott, S. J. (2013). Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team,Ãs experience with Arksey and O,ÃMalley,Ãs framework. *BMC medical research methodology*, 13(1), 48.
- Dedobbeleer, N., Contandriopoulos, A.-P., Lamothe, L., Nguyen, H., Rousseau, L., & Bilterys, R. (2007). Le Centre de santé et de services sociaux promoteur de santé: Outil d'auto-évaluation (GRIS ed., pp. 18). Québec: Université de Montreal, Département d'administration de la santé, Agende de la Santé et des Services Sociaux de la Montérégie, Agence de la Snat  et des Services Sociaux de Montréal.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). Handbook of qualitative research. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Dozois, E., Langlois, M., & Blanchet-Cohen, N. (2010). DE 201: Guide du praticien de l'évaluation évolutive: J.W. McConnell Institut international des droits de l'enfant et du développement.
- Gamble, J. A. (2008). Abc de l'évaluation évolutive (pp. 38 pages). Montreal, Canada: The J.W. Mc Connell Family Foundation.
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. doi: 10.1177/1049732305276687
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (2010). Designing qualitative research (5th  d.). Thousands Oaks, California: Sage Publications.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e  d. ed.). Bruxelles: De Boeck Université.
- OMS. (1981). Code international de commercialisation des substituts du lait maternel: Genève, Organisation mondiale de la santé.
- Patton, M. Q. (1988). Reports on Topic Areas: The Evaluator's Responsibility for Utilization. *American Journal of Evaluation*, 9(2), 5-24. doi: 10.1177/109821408800900201
- Patton, M. Q. (1999). Organizational Development and Evaluation. *The Canadian Journal of Program Evaluation*(Special Issue), 93-114.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Patton, M. Q. (2011). *Developmental Evaluation: applying complexity concepts to enhance innovation and use*. New-York: The Guilford Press.
- Roy, S. N. (2009). L' tude de cas. Dans B. Gauthier ( d.), *Recherche sociale de la problématique à la collecte de données* (5e  d., pp. 199-225). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Shaw, S., Elston, J., & Abbott, S. (2004). Comparative analysis of health policy implementation: the use of documentary analysis. *Policy Studies*, 25(4), 259-266.

- Symon, G. E., & Cassell, C. E. (1998). *Qualitative methods and analysis in organizational research: A practical guide*. Sage Publications Ltd.
- Strauss, A. L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*: Cambridge University Press.
- Sun, T. (1978). *L'Art de la guerre*: Paris: Flammarion.
- Thomas, D. R. (2006). A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246. doi: 10.1177/1098214005283748
- UNICEF. (1991). The Baby-Friendly Hospital Initiative: UNICEF/WHO.
- 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.
- WHO. (2004). Standards for Health Promotion in Hospitals. Copenhagen: WHO Régional Office for Europe.
- WHO, & UNICEF. (2009). Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, updated and expanded for integrated care (pp. 80 pp). Geneva: World Health Organization, UNICEF and Wellstart International.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and Methods* (4th Edition ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Chapitre 6 : Résultats

Article 1: Logic analysis : testing program theory to better evaluate complex interventions

- 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.
- Becker, M. C., Lazaric, N., Nelson, R. R., & Winter, S. G. (2005). Applying organizational routines in understanding organizational change. *Industrial and Corporate Change* 14(5), 775-791.
- Bickman, L. (1990). The two worlds of evaluation: an optimistic view the future. *Evaluation and Program Planning*, 13, 421-422.
- Bickman, L. (1987). The function of program theory. In L. Bickman (Ed.), *Using program theory in evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Boden, D. (1994). *The business of talk: Organizations in action*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Brousselle, A., & Champagne, F. (2011). Program theory evaluation: Logic analysis. *Evaluation and Program Planning*, 34(1), 69-78.
- Brousselle, A., Contandriopoulos, D., & Lemire, M. (2009). Using logic analysis to evaluate knowledge transfer initiatives: The case of the Research Collective on the Organization of Primary Care Services. *Evaluation* 15(2), 165-183.

- Brousselle, A., Lamothe, L., Mercier, C., & Perreault, M. (2007). Beyond the limitations of best practices: How logic analysis helped reinterpret dual diagnosis guidelines. *Evaluation and Program Planning* 30(1), 94-104.
- Callaghan, G. (2008). Evaluation and negotiated order: Developing the application of complexity theory. *Evaluation* 14(4), 399-411.
- Champagne, F., Brousselle, A., Contandriopoulos, A.-P., & Hartz, Z. (2009). L'analyse logique. In A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (Eds.), *Concepts et méthodes d'évaluation des interventions* (pp.103-112). Montreal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F. (2002). *The ability to manage change in health care organizations*. Discussion Paper No. 39, Commission on the Future of Health Care in Canada: The Romanow Commission.
- Contandriopoulos, A.-P. (2003). Les images du système de santé. *Course notes*. Montreal: University of Montreal, Department of Health Administration.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L., & Pineault, R. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé : Concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 48, 517-539.
- Contandriopoulos, D., Brousselle, A., & Kêdoté, N. M. (2008). Evaluating interventions aimed at promoting information utilization in organizations and systems. *Healthcare Policy* 4, 89-107.
- Davis, P. (2005). The Limits of Realist Evaluation. *Evaluation*, 11(3), 275-295.
- Degeling, P., Kennedy, J., Carnegie, M., & Holt, J. (1998). *Professional sub-cultures and hospital reform*. Sydney, Australia: University of New South Wales, Centre for Hospital Management and Information Systems Research.
- Desbiens, F., & Dagenais, C. (2002). *De l'innovation au changement : les leçons tirées des projets québécois financés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS)*. Final report submitted to FASS. Quebec: Ministry of Health and Social Services, Department for the Evaluation of Research and Innovation.
- Deschesnes, M., Martin, C., & Hill, A. J. (2003). Comprehensive approaches to school health promotion: How to achieve broader implementation? *Health Promotion International* 18(4), 387-396.
- Donaldson, S. I. (2007). *Program theory-driven evaluation science: Strategies and applications*. Mahwah, NJ:Lawrence Erlbaum.
- Dooris, M. (2006). Healthy settings: Challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promotion International* 21(1), 55-65.
- Earl, L. (2002). *Innovation and change in the public sector: A seeming oxymoron. Survey of Electronic Commerce and Technology, 2000*. (Cat. No. 88F0006XIE02001). Ottawa: Statistics Canada, Science, Innovation and Electronic Information Division.
- Greenhalgh, T., Kristjansson, E., & Robinson, V. (2007). Realist review to understand the efficacy of school feeding programmes. *BMJ*, 335(7625), 858-861.

- Groene, O. (Ed.) (2006). *Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Groene, O., & Garcia-Barbero, M. (Eds.) (2005). *Health promotion in hospitals: Evidence and quality management*. (EUR/05/5051709). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Groene, O., Jorgensen, S. J., & Garcia-Barbero, M. (2004). *Standards for health promotion in hospitals. Self-assessment tool for pilot implementation*. Barcelona: WHO European Office for Integrated Health Care Services, Division of Country Support.
- 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.
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care* 19(s1), 188-196.
- Haynes, C. (2008). Health promotion services for lifestyle development within a UK hospital – Patients' experiences and views. *BMC Public Health* 8, 284.
- Johansson, H., Weinehall, L., & Emmelin, M. (2010). 'If we only got a chance'. Barriers to and possibilities for a more health-promoting health service. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 3, 1-9.
- 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.
- Kautto, P., & Simila, J. (2005). Recently Introduced Policy Instruments and Intervention Theories. *Evaluation*, 11(1), 55-68.
- Kervasdoué, J. d. (2007). *L'hôpital*. Paris: PUF.
- Lane, K. (2005). Still suffering from the 'silo effect': Lingering cultural barriers to collaborative care. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice* 4(1), 1-10.
- Levitt, B., & March, J. G. (1988). Organizational learning. *Annual Review of Sociology* 14(1), 319-338.
- 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.
- Mayne, J. (2012). Contribution analysis: Coming of age?. *Evaluation*, 18(3), 270-280.
- Mayne, J. (2008). Contribution Analysis: An approach to exploring cause and effect. ILAC methodological brief. Retrieved from http://www.cgiarilac.org/files/publications/briefs/ILAC_Brief16_Contribution_Analysis.pdf

- Mayne, J. (2001). Addressing attribution through contribution analysis: using performance measures sensibly. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 16(1), pp. 1-24.
- McBride, A. (2004). Health promotion in the acute hospital setting: The receptivity of adult in-patients. *Patient Education and Counseling* 54(1), 73-78.
- McBride, A. (1994). Health promotion in hospitals: The attitudes, beliefs and practices of hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing* 20, 92-100.
- McBride, A., & Moorwood, Z. (1994). The hospital health-promotion facilitator: An evaluation. *Journal of Clinical Nursing* 3, 355-359.
- McHugh, C., Robinson, A., & Chesters, J. (2010). Health promoting health services: A review of the evidence. *Health Promotion International* 25(2), 230-237.
- Orlandi, M. A., Landers, C., Weston, R., & Haley, N. (1990). Diffusion of health promotion innovations. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B. Rimer (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (1st Ed.) (pp. 288-313). San Francisco: Jossey-Bass.
- Orlikowski, W. (1996). Improvising organizational transformation over time: A situated change perspective. *Information Systems Research* 7(1): 63-92.
- Patton, M. Q. (2011). *Developmental Evaluation: applying complexity concepts to enhance innovation and use*. New-York: The Guilford Press.
- Pawson, R., & Tilley, N. (2005). Realistic evaluation. In S. Mathison (Ed.), *Encyclopedia of evaluation* (pp. pp. 362-367). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Pelikan, J. M. (2007). Health promoting hospitals: Assessing developments in the network. *Italian Journal of Public Health* 4(4), 261-270.
- Pelikan, J. M., Krajic, K., & Dietscher, C. (2001). The health promoting hospital (HPH): Concept and development. *Patient Education and Counseling* 45(4): 239-243.
- Poland, B. D., Green, L. W., & Rootman, I. (Eds.). (2000). *Settings for health promotion: Linking theory and practice*. London: Sage Publications.
- Põlluste, K., Alop, J., Groene, O., Härm, T., Merisalu, E., & Suurorg, U. (2007). Health-promoting hospitals in Estonia: What are they doing differently? *Health Promotion International* 22(4), 327-336.
- Robinson, K. L., Driedger, M. S., Elliott, S. J., & Eyles, J. (2006). Understanding facilitators of and barriers to health promotion practice. *Health Promotion Practice* 7(4), 467-476.
- Rogers, E. M. (2010). Diffusion of preventive innovations. *Addictive Behaviors* 27(6), 989-993.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations*. New York: Free Press.
- Rogers, P. J. (2008). Using programme theory to evaluate complicated and complex aspects of interventions. *Evaluation* 14(1), 29-48.
- Rogers, P. J., Petrosino, A., Huebner, T. A., & Hacsí, T. A. (2000). Program theory evaluation: Practice, promise, and problems. *New Directions for Evaluation*, 2000(87), 5-13.

- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. (2004). *Evaluation: A systematic approach* (7th ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- St. Leger, L. (1997). Health promoting settings: From Ottawa to Jakarta. *Health Promotion International* 12(2), 99-101.
- Stanton, W. R., Balanda, K. P., Gillespie, A. M., & Lowe, J. B. (1996). Barriers to health promotion activities in public hospitals. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 20(5), 500-504.
- Steckler, A., Goodman, R. M., & Kegler, M. C. (2002). Mobilizing organizations for health enhancement: Theories of organizational change. In K. Glanz, B. K. Rimer and F. Lewis (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (pp. 335-360). San Francisco: Jossey-Bass
- 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.
- Walker, G., & Kubisch, A. C. (2008). Evaluating complex systems-building initiatives: A work in progress. *American Journal of Evaluation* 29(4), 494-499.
- Weick, K. E., & Quinn, R. E. (1999). Organizational change and development. *Annual Review of Psychology* 50(1), 361-386.
- 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.
- WHO. (2004). *Standards for health promotion in hospitals*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November, 1986.
- Zhao, M., Carretta, H. J. , & Hurley, R. E. (2003). Sole hospital commitment to health promotion and disease prevention (HPDP) services: Does ownership matter? *Journal of Health and Human Services Administration* 26(1): 93-118.

Article 2 : Appréciation du niveau d’implantation du projet HPS de l’OMS dans le centre perinatal d’un CHU

- Aiello, J., Barry, L., Lienert, L., & Byrnes, T. (1990). Health promotion- a focus for hospitals. *Australian Health Review*, 13, 90-94.
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1(3), 385-405. doi: 10.1177/146879410100100307
- 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.

- Bakx, J., Dietscher, C., & Visser, A. (2001). Editorial: health promoting hospitals. *Patient Education and Counseling*, 45, 237-238.
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanov) ed.). Montréal: Udem.
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A.-P., & Denis, J.-L. (2011). L'analyse de l'implantation. In A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (Eds.), *L'évaluation: concepts et méthodes* (2nd Éd. ed., pp. 237-273). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Brousselle, A., Hartz, Z., & Denis, J.-L. (2011). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. In A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (Eds.), *L' évaluation: concepts et méthodes* (2nd Ed. ed., pp. p 49-70). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Charlebois, K. (2010). *Synthèse: recension des pratiques des hôpitaux promoteurs de santé en périnatalité*. Hôpital Sainte Justine, centre de promotion de la santé, Montréal.
- Chen, H. T. (2005). *Practical program evaluation: Assessing and improving planning, implementation and effectiveness*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches* (2nd Ed. ed.). Thousand Oaks: Sage.
- CSBE (Commissaire à la santé et au bien-être). (2011). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2011: État de la situation , portrait de la périnatalité et de la petite enfance au Québec (pp. 245 p). Québec.
- Dedobbeleer, N., Contandriopoulos, A.-P., Lamothe, L., Nguyen, H., Rousseau, L., & Bilterys, R. (2007). Le Centre de santé et de services sociaux promoteur de santé: Outil d'auto-évaluation (GRIS ed., pp. 18). Québec: Université de Montreal, Département d'administration de la santé, Agende de la Santé et des Services Sociaux de la Montérégie, Agence de la Snaté et des Services Sociaux de Montréal.
- Dedobbeleer, N., Contandriopoulos, A.-P., Lamothe, L., Nguyen, H., Rousseau, L., & Bilterys, R. (2008). 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 « hôpital promoteur de santé ». Montréal: Université de Montréal.
- Delobelle, P., Onya, H., Langa, C., Mashamba, J., & Depoorter, A. M. (2010). Advances in health promotion in Africa: promoting health through hospitals. *Global Health Promotion*, 17(2 suppl), 33-36. doi: 10.1177/1757975910363929
- Deschesnes, M., Martin, C., & Hill, A. J. (2003). Comprehensive approaches to school health promotion: how to achieve broader implementation? *Health Promot. Int.*, 18(4), 387-396. doi: 10.1093/heapro/dag410
- Desrochers, S. L., & Renaud, L. (2010). Les normes de l'allaitement maternel et de l'accouchement naturel : un examen de leur instauration. In L. Renaud

- (Ed.), *Les médias et la santé: de l'émergence à l'appropriation des normes sociales* (pp. p. 53-72). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Eisenhardt, K. M., & Graebner, M. E. (2007). Theory building from cases: opportunities and challenges *Academy of Management Journal*, 50(1), 25-32. doi: 10.5465/amj.2007.24160888
- Geddes, R. (2008). *Adapting the WHO health promoting hospitals strategy for South african hospitals: en evaluation* Master of Medicine (Public Health), University of KwaZulu-Natal, Durban South Africa.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach* (4th Ed. ed.). New-York: McGraw-Hill Higher Education.
- Groene, O. (2005). Evaluating the progress of the Health Promoting Hospitals Initiative? A WHO perspective: Commentary on: Whitehead, D. (2004) The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on? *Health Promotion International*, 19, 259-267. *Health Promot. Int.*, 20(2), 205-207. doi: 10.1093/heapro/dah613
- Groene, O. (2006). *Implementing health promotion in hospitals: manual and self-assessment forms*. Copenhagen: WHO/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. doi: 10.1093/heapro/daq013
- Groene, O., Jorgensen, S. J., Fugleholm, A. M., Iler, 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*, 18(4), 300-307. doi: 10.1108/09526860510602569
- Guo, X. H., Tian, X. Y., Pan, Y. S., Yang, X. H., Wu, S. Y., Wang, W., et al. (2007). Managerial attitudes on the development of health promoting hospitals in Beijing. *Health Promot. Int.*, 22(3), 182-190. doi: 10.1093/heapro/dam010
- Hancock, T. (1986). Creating a healthy community: the preferred role for hospitals. *Dimension Health Service*.
- Hancock, T. (1999). Creating health and health promoting hospitals: a worthy challenge for the 21st century. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12, 8-19.
- Johnson, A., & Baum, F. (2001). Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Health Promot. Int.*, 16(3), 281-287. doi: 10.1093/heapro/16.3.281
- Khowaja, A. R., Karmaliani, R., Mistry, R., & Agha, A. (2011). Transition towards health promoting hospitals: adapting a global framework to Pakistan. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 17(10), 738-743.
- Khowaja, A. R., Mistry, R., Agha, A., & Karmaliani, R. (2010). Potential benefits and perceived need for health promoting hospitals in Pakistan: A healthcare Stakeholder's perspective. JPMA. *The journal of the Pakistan Medical Association*, 60(4), 274.

- Langley, A. (1999). Strategies for Theorizing from Process Data. *The Academy of Management Review*, 24(4), 691-710.
- Langley, A. (2009). Studying processes in and around organizations In D. Buchanan & A. Bryman (Eds.), *The Sage Handbook of organizational research methods*.(pp. 409-425): SAGE Publications
- Lee, C., Chen, M., & Chu, C. (2012). The health promoting hospital movement in Taiwan: recent development and gaps in workplace. *International Journal of Public Health*, 1-5. doi: 10.1007/s00038-012-0391-8
- Lee, C. B., Chen, M. S., Powell, M., & Chu, C. M.-Y. (2012). Achieving organizational change: findings from a case study of health promoting hospitals in Taiwan. *Health Promotion International*. doi: 10.1093/heapro/das056
- 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*, n/a-n/a. doi: 10.1002/hpm.2156
- Lee, D., Haynes, C., & Garrod, D. (2010). Exploring health promotion practice within maternity services. *Manchester: Stockport NHS Foundation Trust. Final report.*
- 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. doi: 10.1016/j.pec.2008.12.025
- Lin, Y.-W., & Lin, Y.-Y. (2010). Health-promoting organization and organizational effectiveness of health promotion in hospitals: a national cross-sectional survey in Taiwan. *Health Promotion International*. doi: 10.1093/heapro/daq068
- Lobnig, H., Krajic, K., & Pelikan, J. M. (1998). The International WHO-Network of Health Promoting Hospitals: State of development of Concepts and Projects In G. Conrad (Ed.), *Health Promoting Hospitals in Practice: Developing Projects and Networks*. Darmstadt: Proceedings of the 6th International Conference on Health Promoting Hospitals.
- Maleki, M. R., Delgoshai, B., Nasiripour, A. A., & Yaghoubi, M. A. (2012). Comparative Study on the European Pilot Hospitals in the Health Promoting Hospitals Project. *Health Information Management*, 9(2), 254.
- McHugh, C., Robinson, A., & Chesters, J. (2010). Health promoting health services: a review of the evidence. *Health Promot. Int.*, daq010. doi: 10.1093/heapro/daq010
- Miseviciene, I., & Zalnieraitiene, K. (2012). Health promoting hospitals in Lithuania: health professional support for standards. *Health Promotion International*. doi: 10.1093/heapro/das035
- Mistry, K. B., Minkovitz, C. S., Riley, A. W., Johnson, S. B., Grason, H. A., Dubay, L. C., et al. (2012). A New Framework for Childhood Health Promotion: The Role of Policies and Programs in Building Capacity and Foundations of Early Childhood Health. *AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*, 102(9), 1688-1696. doi: 10.2105/ajph.2012.300687

- Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A., & Tones, K. (2008). Health Promotion. In H. Editor-in-Chief: Kristin (Ed.), *International Encyclopedia of Public Health* (pp. 225-240). Oxford: Academic Press.
- MSSS. (2008). Politique de périnatalité 2008-2018. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).
- Nowak, P., Lobnig, H., Krajic, K., & Pelikan, J. (1998). Case Study Rudolfstiftung Hospital, Vienna, Austria – WHO Model Project “Health and Hospital. In J. Pelikan, M. Garcia -Barbero, H. Lobnig & K. Krajic (Eds.), *Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997* (pp. 47-66). Gamburg: G Conrad Health Promotion Publications.
- OMS. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Copenhagen: WHO-Regional Office for Europe Retrieved from http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?PrinterFriendly=1&language=french.
- OMS. (1999). Données scientifiques relatives aux Dix Conditions Pour le Succès de l'Allaitement (pp. 128p). Genève: Département Santé et Développement de l'Enfant et de l'Adolescent
- Pelikan, J., Dietscher, C., Krajic, K., & Nowak, P. (2006). Putting PHP Policy into Action *Working Paper of the WHO Collaborating Center on HPH and Health Care*. Vienna: WHO Collaborating Center on HPH and Health Care.
- Pelikan, J., Krajic, K., & Dietscher, C. (2001). The health promoting hospital (HPH): concept and development. *Patient Education and Counseling*, 45(4), 239-243.
- Pelikan, J., Lobnig, H., & Krajic, K. (1997). Health Promoting Hospitals. *World Health* 3, 24-25.
- Pelikan, J. M. (2007). Health Promoting Hospitals: Assessing developments in the network. *Italian Journal of Public Health*, 4(4), 261-270.
- Poland, B., Graham, H., Walsh, E., Williams, P., Fell, L., Lum, J. M., et al. (2005). ‘Working at the margins’ or ‘leading from behind’?: a Canadian study of hospital–community collaboration. *Health & Social Care in the Community*, 13(2), 125-135. doi: 10.1111/j.1365-2524.2005.00542.x
- Polluste, K., Alop, J., Harm, T., Merisalu, E., & Suurorg, L. (2006). Development of the HPH network in Estonia: the managers’ perspective. *Health Promoting Hospitals Newsletter*, 26, 5–7.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (Fifth Edition ed.). New York: Free Press.
- Rossi, P. M., Freeman, H. E., & Lipsey, M. W. (2004). *Evaluation - A Systematic Approach*. (7th Ed. ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Saksvik, P. Ø., Nytrø, K., Dahl-Jørgensen, C., & Mikkelsen, A. (2002). A process evaluation of individual and organizational occupational stress and health interventions. *Work & Stress*, 16, 37-57.
- Sitanshu, S. K., Gautman, R., & Lakshmina, S. (2012). Health promotion hospital: a noble concept. *National Journal of Community Medicine*, 3(3), 558-562.

- Sossa, G. O. (2011). L'innovation sans lendemain : les difficultés de l'institutionnalisation du changement. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 16(2), 1-16.
- Suchman, E. A. (1967). *Evaluative research: Principles and practice in public service and social action programs*. New York: Russell Sage Foundation.
- Tountas, Y., Pavi, E., Tsamandouraki, K., Arkadopoulos, N., & Trianfyllou, D. (2004). Evaluation of the participation of Aretaieion Hospital, WHO Pilot Project of Health Promoting Hospitals. *Health Promoting International*, 19(4), 453-462.
- Tuominen, M., Kaljonen, A., Ahonen, P., & Rautava, P. i. (2012). Does the organizational model of the maternity health clinic have an influence on women,Äôs and their partners,Äô experiences? A service evaluation survey in Southwest Finland. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 1-12. doi: 10.1186/1471-2393-12-96
- UNICEF. (1990). Innocenti declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding: UNICEF.
- Van Der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation* (2ème éd. ed.). Belgique: De Boek pour les Presses de l'Université de Montréal.
- Weiss, C. H. (1972). *Evaluation research. Methods for assessing program effectiveness*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Whitehead, D. (2004). The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on? *Health Promot. Int.*, 19(2), 259-267. doi: 10.1093/heapro/dah213
- 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. doi: 10.1093/heapro/dar038
- Whitelaw, S., Martin, C., Kerr, A., & Wimbush, E. (2006). An evaluation of the Health Promoting Health Service Framework: the implementation of a settings based approach within the NHS in Scotland. *Health Promot. Int.*, 21(2), 136-144. doi: 10.1093/heapro/dal009
- WHO. (1998). *Evaluation Methods in Hospitals – reports by the National/Regional Networks*. Darmstadt: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (2004a). *Self-Assessment Tool for Pilot Implementation of Health Promotion Standards and Indicators in Hospitals*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (2004b). *Standards for Health Promotion in Hospitals*. Copenhagen: WHO Régional Office for Europe.
- WHO, & UNICEF. (2009). *Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, updated and expanded for integrated care* (pp. 80 pp). Geneva: World Health Organization, UNICEF and Wellstart International.

**Article 3 : Implantation d'un projet HPS de l'OMS dans le centre périnatal
d'un CHU : facteurs facilitants et contraintes**

- Argyris, C. (1993). *Knowledge for Action: A Guide to Overcoming Barriers to Organizational Change*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc.
- Ariste, R. (2012). Défis du système de santé canadien et pistes de solution. *Canadian Institute for Health Information*.
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1(3), 385-405. doi: 10.1177/146879410100100307
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewoods Cliffs: NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (2006). On integrating social cognitive and social diffusion theories. In A. Singhal & J. Dearing (Eds.), *Communication of innovations: a journey with Ev Rogers* (pp. 111-134). Thousand Oaks: CA: Sage.
- Beer, M., & Nohria, N. (2000). Cracking the code of change. *Harvard Business Review*, 78(3), 133-141.
- Béland, F., Contandriopoulos, A.-P., Quesnel-Vallée, A., & Robert, L. (2008). *Le privé dans la santé, Les discours et les faits*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal Montréal.
- Ben-Shlomo, Y., & Kuh, D. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31(2), 285-293. doi: 10.1093/ije/31.2.285
- Bhutta, Z., Darmstadt, G., Hasan, B., & Haws, R. (2005). Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics*, 115, 519 - 617.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., & Vézina, M. (1999). Job strain and evolution of mental health among nurses. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4, 95-107.
- Burnes, B. (2004). Kurt Lewin and the Planned Approach to Change: A Re-appraisal. *Journal of Management Studies*, 41(6), 977-1002. doi: 10.1111/j.1467-6486.2004.00463.x
- Burnes, B. (2005). Complexity theories and organizational change. *International Journal of Management Reviews*, 7(2), 73-90. doi: 10.1111/j.1468-2370.2005.00107.x
- Campbell, N. C., Murray, E., Darbyshire, J., Emery, J., Farmer, A., Griffiths, F., et al. (2007). Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *BMJ*, 334(7591), 455-459. doi: 10.1136/bmj.39108.379965.BE
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanov) ed). Montréal: Udem.
- Chaudoir, S. R., Dugan, A. G., & Barr, C. H. (2013). Measuring factors affecting implementation of health innovations: a systematic review of structural,

- organizational, provider, patient, and innovation level measures. *Implementation Science*, 8(1), 1-20.
- Cheater, F., Baker, R., & Gillies, C. (2005). Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*.
- Cloutier, E., Duguay, P., Massicotte, P., & IRSST. (1998). *Santé, sécurité et organisation du travail dans les emplois de soins à domicile*: [Montréal]: Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.
- Cochrane, L., Olson, C., Murray, S., Dupuis, M., Tooman, T., & Hayes, S. (2007). Gaps between knowing and doing: understanding and assessing the barriers to optimal health care. *J Contin Educ Health Prof*, 27, 94 - 102.
- Cockburn, J. (2004). Adoption of evidence into practice: can change be sustainable? *Med J Aust*, 180(6), 66.
- Contandriopoulos, A.-P. (2008). La réforme du système de santé : un enjeu de société. *Santé, Société et Solidarité*, 31-40.
- CSBE (Commissaire à la santé et au bien-être). (2011a). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. Pour une vision à long terme en périnatalité et en petite enfance : enjeux et recommandations (Vol. 4, pp. 312 p). Québec.
- CSBE. (Commissaire à la santé et au bien-être). (2011b). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2011: État de la situation, portrait de la périnatalité et de la petite enfance au Québec (Vol. 2, pp. 245 p). Québec.
- 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(1), 1- 15.
- Dedobbeleer, N., Contandriopoulos, A.-P., Lamothe, L., Nguyen, H., Rousseau, L., & Bilterys, R. (2008). 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 « hôpital promoteur de santé ». Montréal: Université de Montréal.
- De Sardan, J.-P. O. (2008). La politique du terrain La rigueur du qualitatif (pp. 365). Louvain-la-Neuve: Bruylant-Academia s.a.
- Dooris, M. (2004). Joining up settings for health: a valuable investment for strategic partnerships? *Critical Public Health*, 14, 37-49.
- Dooris, M. (2006). Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promotion International*, 21(1), 55-65. doi: 10.1093/heapro/dai030
- Dooris, M. (2009). Holistic and sustainable health improvement: the contribution of the settings-based approach to health promotion. *Perspectives in Public Health*, 129(1), 29-36. doi: 10.1177/1757913908098881

- Dopson, S., & Fitzgerald, L. (2005). The active role of context. In S. Dopson & L. Fitzgerald (Eds.), *Knowledge to action: evidence-based health care in context* (pp. 79-103). Oxford: Oxford University Press.
- Durlak, J., & DuPre, E. (2008). Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. *American Journal of Community Psychology, 41*(3), 327-350. doi: 10.1007/s10464-008-9165-0
- Edvardsson, K., Garvare, R., Ivarsson, A., Eurenus, E., Mogren, I., & Nystrom, M. (2011). Sustainable practice change: Professionals' experiences with a multisectoral child health promotion programme in Sweden. *BMC Health Services Research, 11*(1), 61.
- Ferlie, E., & Shortell, S. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *Milbank Q, 79*, 281 - 315.
- Forest, P.-G., & Denis, J.-L. (2012). Real Reform in Health Systems: An Introduction. *Journal of Health Politics, Policy and Law, 37*(4), 575-586. doi: DOI 10.1215/03616878- 1597430
- Garcia-Barbero, M. (1998). Introduction. In J. M. Pelikan, M. Garcia-Barbero, H. Iobnig & K. Krajic (Eds.), *Pathways to a health promoting hospital- Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997* (Vol. 2). Gamburg, Germany: G. Conrad, Health promotion publications.
- Green, L. W. (2006). Public health asks of systems science: to advance our evidence-based practice, can you help us get more practice-based evidence? *Journal Information, 96*(3).
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach* (4th Ed. ed.). New-York: McGraw-Hill Higher Education.
- Green, L. W., Richard, L., & Potvin, L. (1996). Ecological foundations of health promotion. *American Journal of Health Promotion, 10*(4), 270-281.
- 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. doi: 10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x
- Groene, O. (2006). Implementing health promotion in hospitals: manual and self-assessment forms. Copenhagen: WHO/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. doi: 10.1093/heapro/daq013
- Grol, R., & Grimshaw, J. (1999). Evidence-based implementation of evidence-based medicine. *The Joint Commission journal on quality improvement, 25*(10), 503-513.
- Grol, R., & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *The Medical journal of Australia, 180*(6 Suppl), S57-60.

- Grol, R. P., Bosch, M. C., Hulscher, M. E., Eccles, M. P., & Wensing, M. (2007). Planning and Studying Improvement in Patient Care: The Use of Theoretical Perspectives. *Milbank Quarterly*, 85(1), 93-138. doi: 10.1111/j.1468-0009.2007.00478.x
- Guo, X. H., Tian, X. Y., Pan, Y. S., Yang, X. H., Wu, S. Y., Wang, W., et al. (2007). Managerial attitudes on the development of health promoting hospitals in Beijing. *Health Promot. Int.*, 22(3), 182-190. doi: 10.1093/heapro/dam010
- Hancock, T. (1999). Creating health and health promoting hospitals: a worthy challenge for the 21st century. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12, 8-19.
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. doi: 10.1177/1049732305276687
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. . Washington, DC: National Academies Press.
- Johansson, H., Weinehall, L., & Emmelin, M. (2010). If we only got a chance. Barriers to and possibilities for a more health-promoting health service. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2010(3), 1-9.
- Johnson, A., & Baum, F. (2001). Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Health Promot. Int.*, 16(3), 281-287. doi: 10.1093/heapro/16.3.281
- Johnson, A., & Nolan, J. (2004). Health promoting hospitals: Gaining an understanding about collaboration. *Australian Journal of Primary Health*, 10(2), 51-60.
- Kaplan, G. (2004). What's Wrong with Social Epidemiology, and How Can We Make It Better? *Epidemiological Reviews*, 26, 124–135.
- Lapointe, P.-A., Chayer, M., Malo, F. o. B., & Rivard, L. (2000). La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier. *Nouvelles pratiques sociales*, 13(2).
- Lee, C., Chen, M., & Chu, C. (2012). The health promoting hospital movement in Taiwan: recent development and gaps in workplace. *International Journal of Public Health*, 1-5. doi: 10.1007/s00038-012-0391-8
- Lee, C. B., Chen, M. S., Powell, M., & Chu, C. M.-Y. (2012). Achieving organizational change: findings from a case study of health promoting hospitals in Taiwan. *Health Promotion International*. doi: 10.1093/heapro/das056
- 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*, n/a-n/a. doi: 10.1002/hpm.2156
- 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. doi: 10.1016/j.pec.2008.12.025
- Lin, Y.-W., & Lin, Y.-Y. (2010). Health-promoting organization and organizational effectiveness of health promotion in hospitals: a national

- cross-sectional survey in Taiwan. *Health Promotion International*. doi: 10.1093/heapro/daq068
- McBride, A. (2004). Health promotion in the acute hospital setting: the receptivity of adult in-patients. *Patient education and counseling*, 54(1), 73-78. doi: Doi: 10.1016/s0738-3991(03)00198-8
- McBride, A., & Moorwood, Z. (1994). The hospital health-promotion facilitator: an evaluation. *Journal of Clinical Nursing*, 3, 355-359.
- McHugh, C., Robinson, A., & Chesters, J. (2010). Health promoting health services: a review of the evidence. *Health Promot. Int.*, daq010. doi: 10.1093/heapro/daq010
- McKenzie, J. F., Neiger, B. L., & Thackeray, R. (2008). *Planning, implementing, and evaluating health promotion programs* (5th. Ed. ed.): Benjamin-Cummings Publishing Company
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e éd. ed.). Bruxelles: De Boeck Université.
- Milner, H. R. (2007). Race, Culture, and Researcher Positionality: Working Through Dangers Seen, Unseen, and Unforeseen. *Educational Researcher*, 36(7), 388-400.
- Miseviciene, I., & Zalnieraitiene, K. (2012). Health promoting hospitals in Lithuania: health professional support for standards. *Health Promotion International*. doi: 10.1093/heapro/das035
- MSSS. (2004). Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité- Cadre de référence. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MSSS. (2008). Politique de périnatalité 2008-2018. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).
- Naaldenberg, J., Vaandrager, L., Koelen, M., Wagemakers, A.-M., Saan, H., & de Hoog, K. (2009). Elaborating on systems thinking in health promotion practice. *Global Health Promotion*, 16(1), 39-47.
- Nowak, P., Lobnig, H., Krajic, K., & Pelikan, J. (1998). Case Study Rudolfstiftung Hospital, Vienna, Austria – WHO Model Project “Health and Hospital. In J. Pelikan, M. Garcia -Barbero, H. Lobnig & K. Krajic (Eds.), *Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997* (pp. 47-66). Gamburg: G Conrad Health Promotion Publications.
- Nowak, P., & März, R. (1998). The Vienna WHO-Model Project “Health and Hospital”. In J. M. Pelikan, Krajic, K. and Lobnig, H. (Ed.), *Feasibility, Effectiveness, Quality and Sustainability of Health Promoting Hospitals Projects*. Gamburg: G.Conrad Health Promotion Publications.
- Pan, Y. S., Guo, X. H., Tian, X. Y., Wu, S. Y., Yang, X. H., & Wang, D. e. a. (2005). Health promoting hospitals: development, actuality, and expectation. *Chinese Journal of Hospital Administration*, 21, 721–724.
- Paton, K., Sengupta, S., & Hassan, L. (2005). Settings, systems and organization development: the Healthy Living and Working Model. *Health Promotion International* 20, 81–89.

- Pelikan, J., Dietscher, C., Krajic, K., & Nowak, P. (2005). Eighteen core strategies for Health Promoting Hospitals. In O. Groene & M. Garcia-Barbero (Eds.), *Health promotion in hospitals. Evidence and quality management*. (pp. 48-67). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Pelikan, J., Dietscher, C., Krajic, K., & Nowak, P. (2006). Putting PHP Policy into Action *Working Paper of the WHO Collaborating Center on HPH and Health Care*. Vienna: WHO Collaborating Center on HPH and Health Care.
- Pelikan, J., Krajic, K., & Dietscher, C. (2001). The health promoting hospital (HPH): concept and development. *Patient Education and Counseling*, 45(4), 239-243.
- Pelikan, J., Garcia-Barbero, M., Lobnig, H., Krajic, K., & Conrad, G. (1998). *Pathways to a health promoting hospital*: Conrad.
- Pettigrew, A. M. (1990). Longitudinal Field Research on Change: Theory and Practice. *Organization Science*, 1(3), 267-292. doi: 10.1287/orsc.1.3.267
- Poirier, A. (2012). Pour assurer aux enfants le meilleur départ possible: Investir collectivement dans l'enfance. *Le périscoop*(Périnatalité et santé publique), 7-8.
- Poland, B., Krupa, G., & McCall, D. (2009). Settings for Health Promotion: An Analytic Framework to Guide Intervention Design and Implementation. *Health Promotion Practice*, 10(4), 505-516. doi: 10.1177/1524839909341025
- Polluste, K., Alop, J., Groene, O., Harm, T., Merisalu, E., & Suurorg, L. (2007). Health-promoting hospitals in Estonia: what are they doing differently? *Health Promot. Int.*, dam032. doi: 10.1093/heapro/dam032
- Polluste, K., Alop, J., Harm, T., Merisalu, E., & Suurorg, L. (2006). Development of the HPH network in Estonia: the managers' perspective. *Health Promoting Hospitals Newsletter*, 26, 5-7.
- Pope, C., van Royen, P., & Baker, R. (2002). Qualitative methods in research on healthcare quality. *Qual Saf Health Care*, 11, 148 - 152.
- Rabin, B. A., Brownson, R. C., Haire-Joshu, D., Kreuter, M. W., & Weaver, N. L. (2008). A Glossary for Dissemination and Implementation Research in Health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 14(2), 117-123 110.1097/1001.PHH.0000311888.0000306252.bb.
- Rey, L., Brousselle, A., & Dedobbeleer, N. (2012). Logic analysis: testing program theory to better evaluate complex interventions. In J. Houle, N. Dubois, S. Lloyd, C. Mercier, Z. Hartz, A. Brousselle & L. Rey (Eds.), *L'évaluation des interventions complexes* (Vol. Special issue 26 (3), pp. 61-89): Revue canadienne d'évaluation de programme / Canadian Journal of Program Evaluation.
- Riley, B. L. (2003). Dissemination of heart health promotion in the Ontario Public Health System: 1989-1999. *Health Educ. Res.*, 18(1), 15-31. doi: 10.1093/her/18.1.15
- Robinson, K. L., Driedger, M. S., Elliott, S. J., & Eyles, J. (2006). Understanding Facilitators of and Barriers to Health Promotion Practice. *Health Promotion Practice*, 7(4), 467-476. doi: 10.1177/1524839905278955

- Shaw, S., Elston, J., & Abbott, S. (2004). Comparative analysis of health policy implementation: the use of documentary analysis. *Policy Studies*, 25(4), 259-266.
- Solberg, L. I. (2000). Guideline Implementation: What the Literature Doesn't Tell Us. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 26(9), 525-537.
- Sossa, G. O. (2011). L'innovation sans lendemain : les difficultés de l'institutionnalisation du changement. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 16(2), 1-16.
- Strauss, A. L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*: Cambridge University Press.
- Susser, M., & Susser, E. (1996). Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. *American Journal of Public Health*, 86(5), 674-677.
- Swedish National Institute of Public Health. (2006). Towards a more health promoting health service: Summary of study material, government bills, parliamentary decisions, draft indicators and examples of application. (pp. 56 p.). Stockholm.: Swedish National Institute of Public Health.
- Thomas, D. R. (2006). A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246. doi: 10.1177/1098214005283748
- Tountas, Y., Pavi, E., Tsamandouraki, K., Arkadopoulos, N., & Triantifyllou, D. (2004). Evaluation of the participation of Aretaieion Hospital, WHO Pilot Project of Health Promoting Hospitals. *Health Promoting International*, 19(4), 453-462.
- Tourangeau, A. E., Cummings, G., Cranley, L. A., Ferron, E. M., & Harvey, S. (2010). Determinants of hospital nurse intention to remain employed: broadening our understanding. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 22-32. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05190.x
- Tremblay, D.-G., & Larivière, M. (2009). La conciliation emploi-famille dans le secteur de la santé au Québec: le soutien organisationnel fait-il défaut aux infirmières. *Genre et diversité en gestion*, 101-118.
- Valentini, H. (2004). «Notre force de changement » – L'évolution de la périnatalité au Québec – 1973-2003 *Santé, Société et Solidarité*, 49-55.
- Vasquez, C., & Jolivet, A. (2012, 7 et 8 mai 2012). [L'hôpital promoteur de santé : le travail de déplacement par projet pour analyser les frontières en mouvances].
- Walker, A., Grimshaw, J., Johnston, M., Pitts, N., Steen, N., & Eccles, M. (2003). PRIME - PRocess modelling in ImpleMEntation research: selecting a theoretical basis for interventions to change clinical practice. *BMC Health Services Research*, 3(1), 22.
- Wandersman, A. (2009). Four Keys to Success (Theory, Implementation, Evaluation, and Resource/System Support): High Hopes and Challenges in Participation. *American Journal of Community Psychology*, 43(1-2), 3-21. doi: 10.1007/s10464-008-9212-x

- Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L., et al. (2008). Bridging the Gap Between Prevention Research and Practice: The Interactive Systems Framework for Dissemination and Implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 171-181. doi: 10.1007/s10464-008-9174-z
- Whitehead, D. (2004). The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on? *Health Promot. Int.*, 19(2), 259-267. doi: 10.1093/heapro/dah213
- 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. doi: 10.1093/heapro/dar038
- Whitelaw, S., Martin, C., Kerr, A., & Wimbush, E. (2006). An evaluation of the Health Promoting Health Service Framework: the implementation of a settings based approach within the NHS in Scotland. *Health Promot. Int.*, 21(2), 136-144. doi: 10.1093/heapro/dal009
- WHO. (2004). Standards for Health Promotion in Hospitals. Copenhagen: WHO Régional Office for Europe.

Article 4 : Les défis de l'évaluation développementale en recherche : une analyse d'implantation du projet HPS

- Alkin, M. C. (2004). *Evaluation roots: Tracing theorists' views and influences*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Alkin, M. C. (2012). *Evaluation roots: A wider perspective of theorists' views and influences*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Alkin, M. C., & Christie, C. A. (2005). *Theorists' models in action*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Allard, D. (1996). *De l'évaluation de programme au diagnostic socio-systémique : Trajet épistémologique*. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada.
- Ayers, T. D. (1987). Stakeholders as partners in evaluation: A stakeholder-collaborative approach. *Evaluation and Program Planning*, 10(3), 263-271.
- Bazin, H. (2006). *Comparaison entre recherche-action et recherche classique*. Document électronique dans Bibliographie R-A. Repéré à <http://biblio.recherche-action.fr/document.php?id=137>
- Begun, J. W., Zimmerman, B., & Dooley, K. (2003). Health care organizations as complex adaptive systems. Dans S. M. Mick & M. Wyttenbach (Éds.), *Advances in health care organization theory* (pp. 253-288). San Francisco, CA : Jossey-Bass.

- Belkhdja, O., Amara, N., Landry, R., & Ouimet, M. (2007). The extent and organizational determinants of research utilization in Canadian health services organizations. *Science Communication*, 28(3), 377-417.
- Beywl, W. (2012). The evolutive role of evaluation: Just another choice or a unique stance? *Evaluation and Program Planning*, 35(2), 219-221.
- Blaise P (2004) Culture qualité et organisation bureaucratique, le défi du changement dans les systèmes publics de santé. Une évaluation réaliste des projets qualité en Afrique. Thèse de doctorat, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles.
- Bohmer, R. M. J. (2009). *Designing care: Aligning the nature and management of health care*. Boston, MA : Harvard Business Press.
- Bowen, S. (2012). *A guide to evaluation in health research*. Ottawa : Instituts de recherche en santé du Canada. Repéré à <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/45336.html>.
- Brousselle, A., Dubois, N., Houle, J., Lloyd, S., Mercier, C., & Hartz, Z. (Novembre 2011). *Comment évaluer les interventions complexes? Ce que l'on apprend de la pratique de l'évaluateur*. Présentation au 20ième colloque annuel de la Société québécoise d'évaluation de programme (SQEP). Repéré à http://www.sqep.ca/archives/presentations/Brousselle_colsqep11.pdf
- Carden, F., & Alkin, M. C. (2012). Evaluation roots: An international perspective. *Journal of MultiDisciplinary Evaluation*, 8(17), 102-118.
- Champagne, F. (2002). *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. Étude Numéro 39*. Montréal, QC : Commission sur l'avenir du système de santé au Canada. Repéré à <http://publications.gc.ca/pub?id=237469&sl=0>
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., & Tanon, A. (2011). Utiliser l'évaluation. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (Éds.), *L'évaluation : Concepts et méthodes* (2e éd.) (pp. 277-308). Montréal, QC : Presses de l'Université de Montréal.
- Coghlan, D. (2007). Insider action research doctorates: Generating actionable knowledge. *Higher Education*, 54(2), 293-306.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L., & Avargues, M.-C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé : Concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et santé publique*, 48, 517-539.
- Contandriopoulos, A.-P., Rey, L., Brousselle, A., & Champagne, F. (2012). Évaluer une intervention complexe : enjeux conceptuels, méthodologiques, et opérationnels. *Revue canadienne d'évaluation de programme*, 26(3), 1-16.
- Contandriopoulos, D., & Brousselle, A. (2012). Evaluation models and evaluation use. *Evaluation*, 18(1), 61-77.
- Contandriopoulos, D., Lemire, M., Denis, J.-L., & Tremblay, É. (2010). Knowledge exchange processes in organizations and policy arenas: A narrative systematic review of the literature. *Milbank Quarterly*, 88(4), 444-483.

- Cook, T. (2006). Collaborative action research within developmental evaluation. *Evaluation, 12*(4), 418-436.
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- Cummings TG, Worley CG. Organization development and change, 7th ed. Cincinnati, OH: South-Western College Publishing; 2001.
- D'Amour, D., & Oandasan, I. (2004). *Interdisciplinary education for collaborative, patient-centred practice*. Ottawa : Santé Canada. Repéré à http://www.ferasi.umontreal.ca/eng/07_info/IECPCP_Final_Report.pdf
- Dagenais, C. (2006). Vers une utilisation accrue des résultats issus de la recherche par les intervenants sociaux. Quels modèles de transfert de connaissances privilégier? *Les sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle, 39*(3), 23-35.
- Daigneault, P.-M. (2011). Les approches théoriques en évaluation. *Cahiers de la performance et de l'évaluation (Vol. n° 4)*. Laval, QC : PerfEval. Repéré à http://www.capp.ulaval.ca/upload/cahier_49.pdf
- Davies, H., Nutley, S., & Walter, I. (2005). *Assessing the impact of social science research: Report of the ESRC symposium on assessing the non-academic impact of research*. London, UK. Repéré à http://www.esrc.ac.uk/_images/non-academic_impact_symposium_report_tcm8-3813.pdf
- DeLuca, C., Poth, C., & Searle, M. (2009). Evaluation for learning: A cross-case analysis of evaluator strategies. *Studies in Educational Evaluation, 35*(4), 121-129.
- Denis, J.-L. (2002). Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada. *Étude Numéro 36*. Montréal, QC : Commission sur l'avenir du système de santé au Canada. Repéré à <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-79-36-2002F.pdf>
- Dozois, E., Langlois, M., & Blanchet-Cohen, N. (2010). *DE 201 : Guide du praticien de l'évaluation évolutive*. Montréal, QC : La fondation de la famille J.W. McConnell et l'Institut international des droits de l'enfant et du développement. Repéré à <http://www.mcconnellfoundation.ca/assets/Media%20Library/Publications/DE%20201%20FR.pdf>
- Edmondson, A. C., Dillon, J. R., & Roloff, K. S. (2007). Three perspectives on team learning. *The Academy of Management Annals, 1*(1), 269-314.
- Elliott, J. (2005). Action research. Dans S. Mathison (Éd.), *Encyclopedia of evaluation* (pp. 8-10). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Estabrooks, C. A., Norton, P., Birdsell, J. M., Newton, M. S., Adewale, A. J., & Thornley, R. (2008). Knowledge translation and research careers: Mode I and Mode II activity among health researchers. *Research Policy, 37*(6-7), 1066-1078.
- Fagen, M. C., Redman, S. D., Stacks, J., Barrett, V., Thullen, B., Altenor, S., et al. (2011). Developmental evaluation: Building innovations in complex environments. *Health Promotion Practice, 12*(5), 645-650.
- Fournier, D. M. (2004). Evaluation. Dans S. Mathison (Éd.), *Encyclopedia of evaluation*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.

- Gamble, J. A. (2008). *Abc de l'évaluation évolutive*. Montréal, QC : La fondation de la famille J.W. McConnell.
- Garon, S., & Roy, B. (2001). L'évaluation des organismes communautaires. L'exemple d'un partenariat avec l'État : entre l'espoir et la désillusion. *Nouvelles pratiques sociales, 14(1)*, 97-110.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001a). Managing the care of health and the cure of disease – Part I: Differentiation. *Health Care Management Review, 26(1)*, 56-69.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001b). Managing the care of health and the cure of disease – Part II: Integration. *Health Care Management Review, 26(1)*, 70-87.
- Grimshaw, J., Eccles, M., Lavis, J., Hill, S., & Squires, J. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation Science, 7(1)*, 50.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA : Sage Publications.
- Hancock, T. (1999). Creating health and health promoting hospitals: A worthy challenge for the 21st century. *International Journal of Health Care Quality Assurance, 12*, 8-19.
- Hugon, M. A., & Siebel, C. (1988). *Recherches impliquées - Recherche-action : le cas de l'éducation*. Bruxelles, Belgique : De Boeck-Wesmail.
- Hurteau, M., & Valois, P. (2012). *L'évaluation de programmes, projets, politiques et le jugement crédible*. Québec, QC : Les Presses de l'Université du Québec.
- Jacob, S. (2010). Évaluation. Dans L. Boussaguet, S. Jacquot & P. Ravinet (Éds.), *Dictionnaire des politiques publiques* (pp. 257-265). Paris, France : Les Presses de Sciences Po.
- Jacob, S., & Ouvrard, L. (2009). L'évaluation participative. Avantages et difficultés d'une pratique innovante. *Cahiers de la performance et de l'évaluation* (Vol. 1). Laval, QC : Perfeval (Performance & Evaluation). Repéré à http://www.pol.ulaval.ca/Perfeval/upload/2009_cahiers_perfeval_1_participation_04112009_93426.pdf
- Jordon, M., Lanham, H. J., Anderson, R. A., & McDaniel Jr, R. R. (2010). Implications of complex adaptive systems theory for interpreting research about health care organizations. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 16(1)*, 228-231.
- Landry, R. (2000). *L'utilisation de la recherche issue des sciences sociales*. Allocution préparée pour l'Académie des lettres et des sciences humaines, Société Royale du Canada, Québec. Repéré à <http://www.rqsi.ulaval.ca/fr/pdf/publication2.pdf>
- Landry, R., Amara, N., & Lamari, M. (2001). Climbing the ladder of research utilization. *Science Communication, 22*, 396-422.
- Lanham, H. J., McDaniel Jr, R. R., Crabtree, B. F., Miller, W. L., Stange, K. C., Tallia, A. F., et al. (2009). How improving practice relationships among clinicians and nonclinicians can improve quality in primary care. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 35(9)*, 457-466.

- Lavis, J. (2003). How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *Milbank Quarterly*, 81(2), 221-248.
- Lobnig, H., Krajic, K., & Pelikan, J. M. (1999). The International WHO-Network of Health Promoting Hospitals: State of development of concepts and projects - 1998. Dans H. Berger, K. Krajic & P. Rainer (Éds.), *Health promoting hospitals in practice: Developing projects and networks. Proceedings of the 6th International Conference on Health Promoting Hospitals, Darmstadt, April 29-May 2, 1998*. Werbach-Gamburg, Germany: Health Promotion Publications, G. Conrad.
- Mayer, R., & Ouellet, F. (2000). La recherche dite « alternative ». Dans R. Mayer, F. Ouellet, M.-C. St-Jacques & D. Turcotte (Éds.), *Méthodologie de recherche en intervention sociale*. Montréal, QC : Gaëtan Morin.
- McDaniel Jr, R. R., Lanham, H. J., & Anderson, R. A. (2009). Implications of complex adaptive systems theory for the design of research on health care organizations. *Health Care Management Review*, 34(2), 191-199.
- Miles, A. (2009). Complexity in medicine and healthcare: People and systems, theory and practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(3), 409-410.
- Morrel, J. A. (2005). Complex adaptative systems. Dans S. Mathison (Éd.), *Encyclopedia of evaluation* (pp. 71-72). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Neuman, A., Shahor, N., Shina, I., Sarid, A., & Saar, Z. (2013). Evaluation utilization research – developing a theory and putting it to use. *Evaluation and Program Planning*, 36(1), 64-70.
- Nutbeam, D. (1999). Evaluating health promotion. *BMJ*, 318(7180), 404A.
- Nutley, S., Walter, I., & Davies, H. (2003). From knowing to doing: A framework for understanding the evidence-into-practice agenda. *Evaluation* 9(2), 125-148.
- OMS. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Copenhague : OMS-Bureau régional de l'Europe. Repéré à http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?PrinterFriendly=1&language=french.
- Papineau, D., & Kiely, M. C. (1996). Participatory evaluation in a community organization: Fostering stakeholder empowerment and utilization. *Evaluation and Program Planning*, 19(1), 79-93.
- Patton, M. Q. (1988). Reports on topic areas: The evaluator's responsibility for utilization. *American Journal of Evaluation*, 9(2), 5-24.
- Patton, M. Q. (1994). Developmental evaluation. *American Journal of Evaluation*, 15(3), 311-319.
- Patton, M. Q. (1999). Organizational development and evaluation. *Revue canadienne d'évaluation de programme*, 14(édition spéciale), 93-114.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Patton, M. Q. (2006). Evaluation for the way we work. *The Nonprofit Quarterly*, 13(1), 28-33.

- Patton, M. Q. (2008). *Utilization-focused evaluation (4e éd.)*. San Francisco, CA : Sage Publications.
- Patton, M. Q. (2011). *Developmental evaluation: Applying complexity concepts to enhance innovation and use*. New York, NY : The Guilford Press.
- Patton, M. Q., & LaBoissière, F. (2009). L'évaluation axée sur l'utilisation. Dans V. Ridde & C. Dagenais (Éds.), *Approches et pratiques en évaluation de programme* (pp. 143-158). Montréal, QC : Presses de l'Université de Montréal.
- Potvin, L., Bilodeau, A., & Gendron, S. (2008). Trois défis pour l'évaluation en promotion de la santé. *Global Health Promotion, 15(1 suppl)*, 17-21.
- Potvin, L., Bilodeau, A., & Gendron, S. (2011). Trois conceptions de la nature des programmes: Implications pour l'évaluation de programmes complexes en santé publique. *Revue canadienne d'évaluation de programme, 26(3)*, 91-104.
- Preskill, H., & Russ-Eft, D. (2005). *Building evaluation capacity: 72 activities for teaching and training*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Preskill, H., & Torres, R. T. (1999). *Evaluative inquiry for learning in organizations*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Rey, L., Brousselle, A., & Dedobbeleer, N. (2012). Logic analysis: Testing program theory to better evaluate complex interventions. *Revue canadienne d'évaluation de programme, 26(3)*, 61-89.
- Ridde, V. (2006). Suggestions d'amélioration d'un cadre conceptuel de l'évaluation participative. *Revue canadienne d'évaluation de programme, 21(2)*, 1-23.
- Rogers, P. J. (2008). Using programme theory to evaluate complicated and complex aspects of interventions. *Evaluation, 14(1)*, 29-48.
- Rossi, P. M., Freeman, H. E., & Lipsey, M. W. (2004). *Evaluation: A systematic approach*. (7e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Sample McMeeking, L. B., Basile, C., & Brian Cobb, R. (2012). An organizational model to distinguish between and integrate research and evaluation activities in a theory based evaluation. *Evaluation and Program Planning, 35(4)*, 508-516.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Leviton, L. D. (1991). Good theory for social program evaluation. Dans W. R. Shadish, T. D. Cook, & L. D. Leviton (Éds.) *Foundations of program evaluation: Theories of Practice* (pp. 36-67). Newbury Park, CA : Sage Publications.
- Shiell, A., Hawe, P., & Gold, L. (2008). Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *BMJ, 336(7656)*, 1281-1283.
- Thiebaut, G.-C., Brousselle, A., Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., & Hartz, Z. (2011). Positionner l'évaluateur face aux enjeux de l'évaluation. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (Éds.), *L'évaluation : concepts et méthodes (2e éd.)* (pp. 11-23). Montréal, QC : Presses de l'Université de Montréal.

- Tremblay, M. C., & Richard, L. (2011). Complexity: A potential paradigm for a health promotion discipline. *Health Promotion International*.
- Tucker, A. L., Nembhard, I. M., & Edmondson, A. C. (2007). Implementing new practices: An empirical study of organizational learning in hospital intensive care units. *Management Science*, 53(6), 894-907.
- Verhoeven, M. (2010). Traitement scolaire de la différence culturelle et identité de jeunes issus de l'immigration. Une recherche semi-inductive et comparative multi-niveaux. Dans L. Paquay, M. Crahay, & J. M. de Ketele (Éds), *L'analyse qualitative en éducation* (2^e éd., pp. 13-30). Bruxelles : De Boeck.
- Waldick, L., Patton, M. Q. (s.d.). *Entretien avec Michael Quinn Patton*. Centre de recherches pour le développement international. Repéré à <http://www.idrc.ca/EN/Resources/Publications/Pages/ArticleDetails.aspx?PublicationID=771>
- Weaver, L., & Cousins, J. B. (2004). Unpacking the participatory process. *Journal of MultiDisciplinary Evaluation*, 1, 19-40.
- Weiner, B. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*, 4(1), 67.
- Weiss, C. H. (1979). The many meanings of research utilization. *Public Administration Review*, 39(5), 426-431.
- Weiss, C. H. (1993). Where politics and evaluation research meet. *American Journal of Evaluation*, 14(1), 93-106.
- Zimmerman, B. J., Dubois, N., Houle, J., Lloyd, S., Mercier, C., Brousselle, A., et al. (2012). How does complexity impact evaluation? An introduction to the special issue. *Revue canadienne d'évaluation de programme*, 26(3), v-x.

Chapitre 6 : Conclusion générale

- 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.
- Brasset-Latulippe, A., & CHSRF. (2011). Priorités des systèmes de santé provinciaux et territoriaux: une analyse contextuelle. Ottawa.
- Breton, M., Levesque, J. F., Pineault, R., Lamothe, L., & Denis, J. L. (2008). L'intégration de la santé publique à la gouvernance locale des soins de santé au Québec: enjeux de la rencontre des missions populationnelle et organisationnelle. *Pratiques et organisation des soins*, 39(2), 12.
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanov) ed.). Montréal: Udem.
- 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.

- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., & Tanon, A. (2011). Utiliser l'évaluation. In A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (Eds.), *L'Évaluation : concepts et méthodes* (2nd Ed. ed., pp. 336). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Contandriopoulos, A. P. (1990). *Savoir préparer une recherche: la définir, la structurer, la financer*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Contandriopoulos, D., et al. (2007). Tensions entre rationalité technique et intérêts politiques: l'exemple de la mise en œuvre de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux au Québec. *Canadian Public Administration* 50 (2): 219-243.
- Davidson, E. J. (2000). Ascertaining causality in theory-based evaluation. *New Directions for Evaluation*, 2000(87), 17-26.
- Durlak, J., & DuPre, E. (2008). Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3), 327-350. doi: 10.1007/s10464-008-9165-0
- Feldman, M. S., & Orlikowski, W. J. (2011). Theorizing practice and practicing theory. *Organization Science*, 22(5), 1240-1253.
- Flick U. (2004), « Design and Process in Qualitative Research », in U. Flick, E. Von Kardorff et I. Steinke (Eds.), *A Companion to Qualitative Research*, Sage Publications, p. 146-152.
- Forest, P.-G., & Denis, J.-L. (2012). Real Reform in Health Systems: An Introduction. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 37(4), 575-586. doi: DOI 10.1215/03616878- 1597430
- Fournier, J. (2005). La réforme Couillard-Charest, une réforme de trop? *Nouvelles pratiques sociales*, 18(1), 176-189.
- Funnell, S. C., & Rogers, P. J. (2011). *Purposeful program theory: Effective use of theories of change and logic models* (Vol. 31): Jossey-Bass.
- Green, L. W. (2006). Public health asks of systems science: to advance our evidence-based practice, can you help us get more practice-based evidence? *Journal Information*, 96(3).
- Guo, X. H., Tian, X. Y., Pan, Y. S., Yang, X. H., Wu, S. Y., Wang, W., et al. (2007). Managerial attitudes on the development of health promoting hospitals in Beijing. *Health Promot. Int.*, 22(3), 182-190. doi: 10.1093/heapro/dam010
- Hacsi, T. A. (2000). Using program theory to replicate successful programs. *New Directions for Evaluation*, 2000(87), 71-78.
- Haynes, C. (2008). Health promotion services for lifestyle development within UK hospital-Patients' experiences and views. *BMC Public Health*, 8(284), 10.
- Huebner, T. A. (2000). Theory-based evaluation: Gaining a shared understanding between school staff and evaluators. *New Directions for Evaluation*, 2000(87), 79-89.
- Hutchison, B., Levesque, J.-F., Strumpf, E., & Coyle, N. (2011). Primary health care in Canada: systems in motion. *Milbank Quarterly*, 89(2), 256-288.

- Jackson, E. T. (2013). Interrogating the theory of change: evaluating impact investing where it matters most. *Journal of Sustainable Finance & Investment*(ahead-of-print), 1-16.
- Johansson, H., Weinehall, L., & Emmelin, M. (2010). If we only got a chance. Barriers to and possibilities for a more health-promoting health service. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2010(3), 1-9.
- Johnson, A., & Baum, F. (2001). Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Health Promot. Int.*, 16(3), 281-287. doi: 10.1093/heapro/16.3.281
- Johnson, A., & Nolan, J. (2004). Health promoting hospitals: Gaining an understanding about collaboration. *Australian Journal of Primary Health*, 10(2), 51-60.
- Karsenti, T., & Demers, S. (2004). L'étude de cas. Dans T. Karsenti, & L.Savoie-Zajc (Éds), *La recherche en éducation : ses étapes, ses approches* (pp. 109-233). Sherbrooke : Édition du CRP.
- Le Devoir, (2013). Déménagement de l'Hôtel-Dieu à Québec - Inutile «fusionomanie» dans les hôpitaux.<http://www.ledevoir.com/societe/sante/380968/inutile-fusionomanie-dans-les-hopitaux>.
- 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.
- Mackenzie, M., & Blamey, A. (2005). The Practice and the Theory Lessons from the Application of a Theories of Change Approach. *Evaluation*, 11(2), 151-168.
- Mathison, S. (1988). Why triangulate?. *Educational researcher*, 17(2), 13-17.
- McBride, A. (1994). Health promotion in hospitals: the attitudes, beliefs and practices of hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 92-100.
- McDonald, P. W., & Viehbeck, S. (2007). From evidence-based practice making to practice-based evidence making: Creating communities of (research) and practice. *Health Promotion Practice*, 8, 140-144.
- McHugh, C., Robinson, A., & Chesters, J. (2010). Health promoting health services: a review of the evidence. *Health Promot. Int.*, daq010. doi: 10.1093/heapro/daq010
- Merriam, S. (1998). *Qualitative research and case study applications in education. Revised and expanded from "Case study research in education"*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Mucchielli, A. (2007). Les processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux techniques et méthodes qualitatives. *Recherches qualitatives, Hors série*, 3, 1-27.
- OMS. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Copenhagen: WHO-Regional Office for Europe Retrieved from http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?PrinterFriendly=1&language=french.

- Orlandi, M. (1990). Diffusion of health promotion innovations. In K. Glanz, F. M. Lewis & B. Rimer (Eds.), *Health behavior and health education: theory, research and practice* (Vol. p. 288-313, pp. p. 288-313). San Francisco, Californie: Jossey-Bass.
- Patton, M. Q. (1994). Developmental Evaluation. *American Journal of Evaluation*, *15*(3), 311-319. doi: 10.1177/109821409401500312
- Patton, M. Q. (2006). Evaluation for the way we work. *The Non-Profit Quaterly*, *13*(1), 28-33.
- Patton, M. Q. (2011). *Developmental Evaluation: applying complexity concepts to enhance innovation and use*. New-York: The Guilford Press.
- Rey, L., Brousselle, A., & Dedobbeleer, N. (2012). Logic analysis: testing program theory to better evaluate complex interventions. In J. Houle, N. Dubois, S. Lloyd, C. Mercier, Z. Hartz, A. Brousselle & L. Rey (Eds.), *L'évaluation des interventions complexes* (Vol. Special issue 26 (3), pp. 61-89): Revue canadienne d'évaluation de programme / Canadian Journal of Program Evaluation.
- Robinson, K. L., Driedger, M. S., Elliott, S. J., & Eyles, J. (2006). Understanding Facilitators of and Barriers to Health Promotion Practice. *Health Promotion Practice*, *7*(4), 467-476. doi: 10.1177/1524839905278955
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (Fifth Edition ed.). New York: Free Press.
- Rogers, P. J., Petrosino, A., Huebner, T. A., & Hacsí, T. A. (2000). Program theory evaluation: Practice, promise, and problems. *New Directions for Evaluation*, *2000*(87), 5-13.
- Roy, S. N. (2009). L'étude de cas. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale de la problématique à la collecte de données* (5e éd., pp. 199-225). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Saksvik, P. Ø., Nytrø, K., Dahl-Jørgensen, C., & Mikkelsen, A. (2002). A process evaluation of individual and organizational occupational stress and health interventions. *Work & Stress*, *16*, 37-57.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research* (Vol. 15). Newbury Park, CA: Sage publications.
- Tountas, Y., Pavi, E., Tsamandouraki, K., Arkadopoulos, N., & Trianfyllou, D. (2004). Evaluation of the participation of Aretaieion Hospital, WHO Pilot Project of Health Promoting Hospitals. *Health Promoting International*, *19*(4), 453-462.
- Urban, J. B., & Trochim, W. (2009). The Role of Evaluation in Research. Practice integration working toward the Golden Spike. *American Journal of Evaluation*, *30*(4), 538-553.
- Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L., et al. (2008). Bridging the Gap Between Prevention Research and Practice: The Interactive Systems Framework for Dissemination and Implementation. *American Journal of Community Psychology*, *41*(3-4), 171-181. doi: 10.1007/s10464-008-9174-z
- Weiss, C. (2004). On theory-based evaluation: Winning friends and influencing people. *The Evaluation Exchange*, *9*(4), 2-3.

- Weiss, C. H. (1995). Nothing as practical as good theory: Exploring theory-based evaluation for comprehensive community initiatives for children and families. *New approaches to evaluating community initiatives: Concepts, methods, and contexts*, 65-92.
- Weiss, C. H. (1997). How can theory-based evaluation make greater headway? *Evaluation Review*, 21(4), 501-524.
- Weiss, C. H. (2000). Which links in which theories shall we evaluate? In P. J. Rogers, A. Petrosino, T. A. Huebner & H.T.A. (Eds.), *Program theory in evaluation: challenges and opportunities. New Directions for Evaluation* (Vol. 87, pp. 35-45). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Westfall, J. M., Mold, J., & Fagnan, L. (2007). Practice-based research—"Blue Highways" on the NIH roadmap. *JAMA*, 297, 403-406.
- 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. doi: 10.1093/heapro/dar038
- Whitelaw, S., Martin, C., Kerr, A., & Wimbush, E. (2006). An evaluation of the Health Promoting Health Service Framework: the implementation of a settings based approach within the NHS in Scotland. *Health Promot. Int.*, 21(2), 136-144. doi: 10.1093/heapro/dal009

ANNEXES

ANNEXE A : QUESTIONNAIRE DE L'ORGANISATION PROMOTRICE DE LA SANTÉ

UNITÉ DE SOINS OU POSTE OCCUPÉ :

CODE D'IDENTIFICATION (À ne pas remplir)

Le présent questionnaire s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche visant à analyser et à soutenir l'implantation du concept « Hôpital promoteur de santé ». Le concept HPS propose des stratégies et des actions visant la promotion de la santé des patients, du personnel et de la communauté dans une perspective holistique.

Merci de prendre quelques minutes de votre temps pour compléter ce questionnaire confidentiel et anonyme et aider à la bonne réalisation de ce projet.

ORGANISATION PROMOTRICE DE SANTÉ

A : Politique de promotion de la santé

1. La politique de promotion de la santé fait-elle partie de l'énoncé des buts et de la mission du CHU?
 OUI NON N/A
2. Si oui, des modifications sont-elles prévues à cet énoncé dans les 5 prochaines années?
 OUI NON N/A
3. À quelle étape en êtes-vous dans l'implantation de cette politique au CHU?
 Au début En cours Pas commencée
4. Qui a participé à la mise en place de cette politique?
 Agence de la Santé et des Services sociaux Fondation
 Chefs de département, d'unité Représentants de la Commission infirmière
 Représentants de la Commission multidisciplinaire
 Représentants du Conseil des médecins Représentants syndicaux

Représentants des patients, usagers Représentants de la population

Autres (précisez): _____

5. La promotion de la santé est-elle intégrée dans le plan stratégique du CHU ?
 OUI NON N/A
6. La promotion de la santé est-elle intégrée dans le plan stratégique du CP ?
 OUI NON N/A
7. La promotion de la santé est-elle intégrée dans le programme d'amélioration continue de la qualité du CHU ?
 OUI NON N/A
8. La promotion de la santé est-elle intégrée dans le programme d'amélioration continue de la qualité du CP?
 OUI NON N/A
9. Avez-vous un plan d'action qui intègre des activités de promotion de la santé au CHU?
 OUI NON N/A
10. Avez-vous un plan d'action qui intègre des activités de promotion de la santé au CP ?
 OUI NON N/A
11. Y a-t-il un budget rattaché à l'implantation la politique de promotion de la santé au CHU?
 OUI NON N/A
12. Y a-t-il un budget rattaché à l'implantation la politique de promotion de la santé au CP?
 OUI NON N/A
13. Si OUI, quelles en sont les sources de financement pour le CP?
 Budget du CHU
 Budget du CP
 Ministère de la Santé et des Services sociaux
 Fondations
 Initiatives gouvernementales
 Partenariat avec des entreprises privées
 Autres (précisez): _____
14. Quel est le pourcentage du budget du CHU alloué à la promotion de la santé?

15. Quel est le pourcentage du budget du CP alloué à la promotion de la santé? _____
16. Y a-t-il au CP une (ou plusieurs) personne (s) responsable(s) de la planification, de l'implantation, de l'évaluation du plan d'action de promotion de la santé
 OUI NON N/A
17. Si oui, précisez :
Titre(s) de poste(s) :

À quel(s) comité(s) cette (ou ces) personne(s) participe (nt)-t-elle (s) ?

Quelle est la fréquence de rencontre de ces comités?
18. Des lignes directrices ou procédures sont-elles disponibles au CP pour aider toutes les unités et tous les programmes à intégrer la promotion de la santé dans leurs activités?
 OUI NON N/A
- a) Si OUI, précisez lesquelles
19. Y a-t-il au CP des espaces, des équipements disponibles pour implanter des activités de promotion de la santé?
 OUI NON N/A
20. Avez-vous au CP des exigences en termes de compétences de votre personnel en promotion de la santé?
 OUI NON N/A
21. La promotion de la santé fait-elle partie de vos programmes de formation continue au CP ?
 OUI NON N/A
22. L'ensemble du personnel (de toutes les unités, de tous les programmes et de tous les quarts de travail y compris) du CP est-il informé de l'existence du plan d'action en promotion de la santé?
 OUI NON N/A
- a) Si OUI, quels sont les canaux de communication que vous utilisez pour les informer?

- Document sur la politique
- Information dans les bulletins adressés au personnel
- Information sur le site web du CHU
- Information dans les réunions d'équipe, de personnel
- Courriel
- Notes sur les babillards
- Autres (précisez): _____

23. Les unités et programmes du CP recueillent-ils de façon régulière des données sur l'implantation du plan d'action en promotion de la santé?

- OUI NON N/A

a) Si OUI, précisez quels types de données sont recueillis :

24. Des données sont-elles recueillies de façon régulière au CP sur *les résultats* des activités de promotion de la santé? (Ex : pourcentage de personnes ayant cessé de fumer)

- OUI NON N/A

a) Si OUI, précisez :

25. Existe-t-il au CP des procédures pour évaluer la qualité des activités et du matériel en promotion de la santé?

- OUI NON N/A

a) Si OUI, précisez :

26. Les données évaluatives recueillies sur les activités de promotion de la santé sont-elles transmises au personnel de toutes les unités et de tous les programmes au CP?

- OUI NON N/A

B : Organisation apprenante et performante

27. Avez-vous au CP des directives/procédures pour assurer l'efficacité de vos actions?

- OUI NON N/A

a) Si OUI, précisez :

28. Avez-vous au CP des directives/procédures pour assurer la satisfaction des usagers?

- OUI NON N/A

a) Si OUI, précisez :

29. Avez-vous des façons de faire usuelles pour assurer l'adaptation du CP aux exigences changeantes de l'environnement interne et externe?

OUI

NON

N/A

a) Si OUI, quelles sont ces façons de faire (Cochez la ou les réponses pour chaque groupe de pratiques qui s'appliquent en a, b, c, d)

a) Au niveau des outils :

Développement des connaissances

Réseaux d'information et de communication

Utilisation de données probantes et technologie (ex. : technologie des soins, dossier patient informatisé, systèmes de rapports d'erreurs médicales)

Autres (précisez): _____

b) Au niveau des ressources humaines :

Combinaison d'habiletés, formation (ex. : incitatifs, budgets)

Politiques pour assurer la rétention

Un climat de travail sain et apaisé (éviter les conflits et ambiguïté de rôles, les surcharges de travail),

Politique sur le harcèlement,

Politiques pour la famille

Possibilités d'horaires de travail flexibles (ex. : heures annualisées, semaine de travail comprimée, horaires de 12h, reconnaissance du travail réalisé)

Autres (précisez): _____

c) Au niveau des structures de gestion :

Aplatissement des structures hiérarchiques

Travail d'équipe

Réorganisation des routines de travail

Leadership

Autres (précisez): _____

d) Au niveau de la gouvernance :

Gestion continue de la qualité

Soins centrés sur le patient

Équipes multidisciplinaires

Continuité des soins

Autres (précisez): _____

30. Encouragez-vous au CP le maintien des valeurs d'équité, de solidarité, d'éthique, de respect des différences?

OUI

NON

N/A

a) Si OUI, comment encouragez-vous ce maintien?

C : Organisation protectrice de l'environnement

31. Le CHU a –t-il une politique environnementale ?

OUI

NON

N/A

32. Prenez-vous au CP des mesures dans les domaines suivants?

a) Gestion des produits toxiques (ex : fumée de tabac)

OUI

NON

N/A

Si OUI, précisez _____

b) Gestion des déchets (réduction des déchets, recyclage, etc.)

OUI

NON

N/A

Si OUI, précisez _____

c) Efficacité énergétique (contrôle de la température et de la luminosité, fenêtres à double vitrage, etc.)

OUI

NON

N/A

Si OUI, précisez _____

d) Opérations de transport (transport en commun, covoiturage, véhicules peu polluants, promotion de la marche, du vélo, etc.)

OUI

NON

N/A

Si OUI, précisez _____

e) Achat écologique (utilisation de matériaux recyclables, locaux, biologiques, etc.)

OUI

NON

N/A

Si OUI, précisez _____

ANNEXE B : QUESTIONNAIRE DES SOINS PROMOTEURS DE LA SANTÉ

UNITÉ DE SOINS OU POSTE OCCUPÉ :

CODE D'IDENTIFICATION (À ne pas remplir)

Le présent questionnaire s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche visant à analyser et à soutenir l'implantation du concept « Hôpital promoteur de santé ». Le concept HPS propose des stratégies et des actions visant la promotion de la santé des patients, du personnel et de la communauté dans une perspective holistique.

Merci de prendre quelques minutes de votre temps pour compléter ce questionnaire confidentiel et anonyme et aider à la bonne réalisation de ce projet.

SOINS PROMOTEURS DE SANTÉ AU CP

A : Évaluation des besoins des patientes et leur entourage en promotion de la santé

1. Dans le cadre de votre pratique quotidienne au CP, outre les informations sur le suivi de grossesse et les interventions, les informations suivantes sont-elles recueillies et consignées dans le dossier (médical ou nursing) de la patiente ?
 - Caractéristiques socioculturelles (langue, occupation)
 OUI NON N/A
 - Facteurs de personnalité (anxiété, niveau d'études, etc.)
 OUI NON N/A
 - Facteurs de risque comportementaux et sociaux (alcool, drogues, sédentarité, stress, habitudes alimentaires, etc.)
 OUI NON N/A
 - Connaissances de la patiente sur son état de santé, ses traitements
 OUI NON N/A
 - Satisfaction de la patiente face aux informations reçues
 OUI NON N/A

- Acceptabilité du processus de suivi de grossesse et la valeur accordée aux interventions
 OUI NON N/A
- Attentes et suggestions par rapport aux services offerts au CP
 OUI NON N/A
- Besoins de la patiente en termes de soutien social
 OUI NON N/A
- Perceptions et vécu de la patiente par rapport au processus de suivi de grossesse et à son état de santé général
 OUI NON N/A

B : Information auprès des patientes et leur entourage

2. Avez- vous au CP des procédures formelles pour transmettre de l'information à la patiente, à son conjoint, et à sa famille sur :
 - Les choix d'interventions possibles (ex : accouchement par voie vaginale ou césarienne, péridurale, etc)
 OUI NON N/A
 - Les effets escomptés des interventions
 OUI NON N/A
 - L'efficacité des interventions selon les données probantes disponibles
 OUI NON N/A
 - Les risques liés aux interventions
 OUI NON N/A
 - Les effets indésirables des services offerts et mesures correctives prises
 OUI NON N/A
 - Les coûts des médicaments ou interventions non couverts par la RAMQ
 OUI NON N/A
 - Le déroulement des interventions stressantes (i.e accouchement, péridurale)
 OUI NON N/A
 - Les facteurs autres que biologiques qui influencent la santé (i.e habitudes de vie, environnement physique et social)
 OUI NON N/A

- Les droits de la patiente (ex : charte des usagers par exemple)
 - OUI
 - NON
 - N/A

 - Les associations d'usagers, les représentants des patients, l'ombudsman
 - OUI
 - NON
 - N/A
3. Quels sont les canaux utilisés pour informer la patiente et son entourage lors de leur passage au CP ?
- Consultation régulière du dossier médical avec la patiente
 - Consultations avec les professionnels de la santé
 - Consultations de groupes
 - Brochures d'accueil systématiquement distribuées à toutes les patientes à l'arrivée
 - Accès internet proposé aux patientes sur les lieux et supervisé par un professionnel de la santé ou bénévole
 - Site internet du CP
 - Télévision dans les salles d'attente
 - Information écrite, standardisée et spécifique procurée à la patiente selon ses besoins
 - Notes explicatives accompagnant les prescriptions médicales
 - Service d'interprétariat pour les patientes ne parlant ni français ni anglais
 - Accès aux bibliothèques donné aux patientes et leur famille
 - Autres (précisez) _____

4. Quels sont les processus de transmission d'informations claires, compréhensibles et appropriées?

- Directives sur le contenu et la transmission d'information écrite aux patientes
(ex : diagrammes, photos, développement des habiletés du personnel, prétest des dépliants)
- Directives sur le contenu et la transmission d'information sous forme verbale aux patientes
(ex : langage vulgarisé)
- Directives sur la qualité des instructions de suivi à donner aux patientes et à leur famille
lors de la référence à un(e) autre organisation/professionnel ou lors du congé de la patiente
- Procédures établies pour vérifier ce que la patiente a compris et retenu de l'information
transmise sur l'état de sa santé et de ses interventions
- Enquête sur la satisfaction des patientes vis-à-vis de l'information reçue
- Autres (précisez) _____

C : Programmes et interventions en promotion de la santé

5. Le CP a-t-il élaboré et implanté des programmes, des services et activités en promotion de la santé à l'hôpital?

- OUI NON N/A

Si OUI, quels sont ces programmes, services ou activités?

6. Quelles sont les directives émises (ou actions menées) au CP pour assurer la qualité des interventions de promotion de la santé en milieu clinique? Par exemple :

- Directives pour permettre aux patientes d'exprimer leurs intérêts, préoccupations et besoins d'informations?

- OUI NON N/A

- Directives sur la prise en compte des besoins des personnes dans leur cadre de vie habituel

- OUI NON N/A

- Directives sur la réévaluation des besoins des patientes en promotion de la santé lors du congé de l'hôpital ou à la fin des interventions

- OUI NON N/A

- Directives pour assurer la participation des patientes et de leur famille dans l'élaboration et la mise en œuvre des interventions en milieu clinique
 OUI NON N/A
- Directives pour engager les patientes et leur famille dans le partage de la décision sur les interventions lorsque approprié
 OUI NON N/A
- Directives pour évaluer les interventions
 OUI NON N/A
- Enquête sur la satisfaction des patientes vis-à-vis des interventions
 OUI NON N/A
- Directives sur l'intégration des résultats des enquêtes sur la satisfaction des patientes dans le système de gestion continue de la qualité
 OUI NON N/A

Autres (précisez) _____

7. Les aides à la décision sont-elles proposées aux patientes dans le cadre d'une consultation avec un professionnel au CP?

OUI NON N/A

- Si OUI, quelles sont-elles

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sites internet | <input type="checkbox"/> Outils informatiques |
| <input type="checkbox"/> Vidéocassettes | <input type="checkbox"/> Dépliants, prospectus |
| <input type="checkbox"/> CD-ROM interactif | <input type="checkbox"/> Présentations de groupe |
| <input type="checkbox"/> Comités de décision communautaires | <input type="checkbox"/> Références |
| <input type="checkbox"/> Autres (précisez) _____ | |

D : Changements environnementaux

8. Des changements ont-ils été apportés pour assurer un environnement promoteur de santé au CP?

OUI NON N/A

9. Comment l'environnement du CP a-t-il été modifié pour assurer un environnement thérapeutique? Par exemple, changements dans :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> L'architecture des bâtiments | <input type="checkbox"/> Musique |
| <input type="checkbox"/> Le design: couleur des murs, du mobilier | <input type="checkbox"/> Luminosité |
| <input type="checkbox"/> Décoration (ex. : rideaux, peinture) | <input type="checkbox"/> Salle d'attente |

Autres (précisez) _____

10. L'environnement du CP a-t-il été modifié pour assurer le bien-être, le respect et la sécurité des patientes et de leurs familles? Par exemple :

Aménagement des espaces (ex : chambre individuelle, toilette individuelle)

Équipement (ex : équipements adaptés aux handicapés, flacons de désinfection des mains posés le long des unités de soins, TV, chauffage, etc.)

Services (ex : directives en matière d'accueil des patientes, personnel attentif, etc.)

Réduction du bruit (ex : parois insonorisés)

Espaces d'attente et de repos pour la famille

Espaces cuisine où les familles peuvent cuisiner pour leur proche hospitalisé

Zones d'hébergement avec lits pliants pour les proches désirant passer la nuit

Autres (précisez) _____

ANNEXE C : QUESTIONNAIRE DU MILIEU DE TRAVAIL **PROMOTEUR DE LA SANTÉ**

UNITÉ DE SOINS OU POSTE OCCUPÉ :

CODE D'IDENTIFICATION (À ne pas remplir)

Le présent questionnaire s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche visant à analyser et à soutenir l'implantation du concept « Hôpital promoteur de santé ». Le concept HPS propose des stratégies et des actions visant la promotion de la santé des patients, du personnel et de la communauté dans une perspective holistique.

Merci de prendre quelques minutes de votre temps pour compléter ce questionnaire confidentiel et anonyme et aider à la bonne réalisation de ce projet.

MILIEU DE TRAVAIL PROMOTEUR DE SANTÉ AU CP

A : Stratégies pour créer un milieu de travail sain et sécuritaire au CP

1. Dans sa mission, le CP accorde-t-il une priorité au bien-être, à la santé et à la sécurité de son personnel et de ses professionnels?
 OUI NON N/A
2. Quelles mesures prenez-vous au CP pour évaluer les risques en santé et de sécurité du travail auxquels sont exposés les membres du personnel? Par exemple :
 - 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 les éviter
 - Autres (précisez) _____
3. Que faites-vous pour promouvoir l'utilisation sécuritaire des équipements, fournitures et appareils au CP? Par exemple :
 - Applications des lois, règlements, codes
 - Implantation des règlements internes (en ce qui a trait à l'équipement, aux locaux, aux installations, à la politique sur le tabac, au harcèlement psychologique, etc.)
 - Autres (ex : formation, précisez) _____

4. Quels contrôles administratifs utilisez-vous pour promouvoir des pratiques sécuritaires au CP?

Par exemple :

- Sanctions/incitatifs
- Évaluation régulière de l'observance des mesures de sécurité par le personnel
- Autres (précisez) _____

5. Le personnel du CP est-il formé aux pratiques sécuritaires (ex : prévention des infections, gestion des comportements agressifs, utilisation sécuritaire de l'équipement, règles d'hygiène, etc.) ?

- OUI NON N/A

B : Stratégies de promotion de saines habitudes de vie au CP

6. Évaluez- vous les besoins du personnel en promotion de la santé?

- OUI NON N/A

▪ Si OUI, de quelle manière?

- Bilan de santé disponible
- Enquête sur les habitudes de vie
- Besoins psychosociaux
- Besoins de formation
- Autres (précisez) _____

7. Avez-vous au CP plusieurs canaux pour transmettre au personnel de l'information sur la santé et les saines habitudes de vie ?

- OUI NON N/A

▪ Si OUI, lesquels?

- Brochures
- Affiches
- Bulletin d'information sur la santé du personnel
- Intranet
- Autres (précisez) _____

8. Avez-vous au CP des programmes d'éducation à la santé pour le personnel?

- OUI NON N/A

▪ Si OUI, lesquels?

- Programmes de lutte contre les facteurs de risque (l'alcool, drogues, tabac, HTA, obésité, stress, etc)
- Consultations en diététique gratuites ou à prix réduit
- Programmes d'aide aux employés
- Counselling
- Autres (précisez) _____

C : Modifications de l'environnement physique et social du CP

9. Avez-vous modifié l'environnement du CP pour promouvoir la santé physique et mentale du personnel?

- OUI NON N/A

▪ Si OUI, de quelle manière?

- Club de marche
- Abonnements offerts à un centre de conditionnement physique
- Vélos à disposition du personnel
- Douches à la disposition du personnel arrivant à vélo
- Autres (précisez) _____

10. Prenez-vous des mesures pour prévenir la violence vis-à-vis du personnel ?

- OUI NON N/A

▪ Si OUI, précisez

11. Utilisez-vous des stratégies environnementales pour promouvoir de bonnes habitudes alimentaires au CP?

- OUI NON N/A

▪ Si OUI, précisez

- Cafétéria offrant quotidiennement des menus santé
- Des menus santé pour le personnel travaillant en dehors des heures habituelles (fin de semaine, nuits)
- Des choix santé indiqués explicitement parmi les aliments placés dans les machines distributrices
- Autres (précisez) _____

12. Prenez-vous des mesures environnementales pour promouvoir le bien-être du personnel ?

- OUI NON N/A

- Si OUI, précisez
 - Aires de garde pour les enfants du personnel
 - Activités récréatives/sportives organisées pour les employés
 - Aumônier présent pour le personnel qui le souhaite
 - Service de navette pour transporter le personnel entre différents sites
 - Aires de repos à la disposition du personnel

D : Participation du personnel

13. Le personnel du CP participe-t-il au développement des pratiques de travail (ex : organisation des tâches, guides de pratique, protocoles, etc.) ?

- OUI NON N/A

14. Le personnel est-il impliqué dans les décisions ayant trait à l'environnement de travail ? (ex : achat de l'équipement, de fournitures, mise en place de politiques, etc.)

- OUI NON N/A

- Si OUI, précisez de quelle manière il est impliqué
 - Comités
 - Équipes de travail
 - Cercles sur la qualité
 - Enquêtes de satisfaction vis-à-vis du lieu de travail
 - Visites sur le terrain
 - Autres (précisez) _____

- Qui impliquez-vous ?
 - Chefs de départements
 - Chefs d'unité
 - Syndicats
 - Autres (précisez) _____

ANNEXE D : QUESTIONNAIRE DE LA COMMUNAUTÉ PROMOTRICE DE LA SANTÉ

UNITÉ DE SOINS ou POSTE OCCUPÉ:

CODE D'IDENTIFICATION (À ne pas remplir)

Le présent questionnaire s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche visant à analyser et à soutenir l'implantation du concept « Hôpital promoteur de santé ». Le concept HPS propose des stratégies et des actions visant la promotion de la santé des patients, du personnel et de la communauté dans une perspective holistique.

Merci de prendre quelques minutes de votre temps pour compléter ce questionnaire confidentiel et anonyme et aider à la bonne réalisation de ce projet.

COMMUNAUTÉ PROMOTRICE DE SANTÉ

A : Collaboration avec des partenaires

1. Avez-vous établi des liens de collaboration avec des partenaires de la communauté?

OUI

NON

N/A

▪ Si OUI, précisez avec quels partenaires:

CSSS

RUIS

Cliniques médicales

Pharmacies

GMF

Organismes communautaires

Centres sportifs

Centres de prévention

Autres (précisez) _____

2. Quels seront vos futurs partenaires ?

3. Avez-vous établi une structure organisationnelle de collaboration avec vos partenaires?
(ex : tables de concertation, coordination, etc.)

OUI

NON

N/A

4. De quelle manière les partenaires sont-ils engagés et mobilisés dans l'établissement du partenariat (c.-à-d. réseau de communication ou structure de rencontre, pratiques d'échanges d'informations sur les patientes, etc.) ?
5. Avez-vous des ressources au CP pour établir des partenariats ?
 OUI NON N/A
- Si OUI, précisez?
 - Personnel
 - Budget
 - Expertise (consultants externes par exemple)
 - Autres (précisez) _____
6. Avez-vous établi des partenariats externes encadrées par l'hôpital (ex : entente signée) ?
 OUI NON N/A
- Commentez.
7. Avez-vous établi des mécanismes de concertation ?
 OUI NON N/A
- Si OUI, lesquels?
 - rencontres
 - focus groupes
 - groupes de travail
 - autres: précisez

B : Réalisations avec les partenaires

8. Avez- vous réalisé ou envisagé des plans d'action avec vos partenariats ?
 OUI NON N/A
- Si OUI, précisez :
 - Avec quels partenaires ?
 - Plans réalisés
 - Plans envisagés:
9. Avez- vous réalisé ou envisagé la mise en place de programmes, services ou activités avec vos partenaires ? (ex : expertise, échange de services, etc.)
 OUI NON N/A

▪ Si OUI, précisez :

- Avec quels partenaires ?
- Programmes, services ou activités réalisés :
- Programmes, services ou activités envisagés :

10. Avez-vous organisé des activités pour encourager des habiletés spécifiques dans le cadre de vos partenariats (ex : formation, échanges d'expertise, etc.)?

OUI NON N/A

11. Avez-vous pris ou prévu des engagements avec les partenaires pour inclure la prévention, promotion et protection de la santé dans leurs prestations ?

OUI NON N/A

C : Évaluation de la collaboration

12. Existe-t-il dans votre organisation des directives émises pour assurer la qualité des interventions de partenariat dans la communauté ? Par exemple:

- Directives pour permettre à la population de votre territoire d'exprimer ses intérêts, ses préoccupations et ses besoins

OUI NON N/A

- Directives pour tenir compte des besoins de votre communauté

OUI NON N/A

- Directives pour s'assurer de la participation de la population de votre territoire dans la prise de décision liée à la détermination des priorités et des choix des interventions

OUI NON N/A

- Directives pour s'assurer de la participation de la population dans l'élaboration et la mise en place des interventions dans votre communauté

OUI NON N/A

- Directives pour l'évaluation des interventions dans la communauté

OUI NON N/A

- Directives pour mener des enquêtes sur la satisfaction de la population de votre territoire vis-à-vis des interventions

OUI NON N/A

- Directives pour intégrer les résultats des enquêtes sur la satisfaction de la population de votre territoire dans la révision, mise à jour du plan d'action local
 OUI NON N/A

- Autres directives émises pour assurer la qualité des interventions. Donnez des exemples

ANNEXE E : GRILLE D'ENTREVUE POUR LES GESTIONNAIRES

Introduction à l'entrevue et considérations éthiques

- Remerciements
- Présentation de la recherche et des objectifs de l'entrevue
- Précision de la durée de l'entrevue
- Discussion sur les considérations éthiques: confidentialité, anonymat
- Obtenir le consentement écrit à la participation et à l'enregistrement de l'entrevue

Bloc 1 : Questions « brise glace »

- Depuis quand travaillez-vous au CP ?
- Pouvez-vous me parler de votre rôle au CP?
- Pouvez-vous me parler tout particulièrement de votre implication en PS au CP ?

Bloc 2 : Questions sur les connaissances et les croyances liées au concept HPS

- En 2007, le CHU a adopté le concept « hôpital promoteur de santé », que savez-vous de ce concept et de ses normes ?

Bloc 3 : Questions sur l'implantation (réflexions et les réalisations) du concept HPS

- Que pensez-vous de ce concept au CP ?
- Que pensez-vous de l'adoption d'une politique de promotion de la santé au CP?
- Au CP, quels sont les changements envisagés ou effectués suite à une adoption de politique de promotion de la santé ?
- Quels sont, selon vous, les éléments qui favorisent ou empêchent la mise en application d'une politique de promotion de la santé au CP ?
- D'après vous, que pourrait-on faire pour favoriser la mise en application d'une politique de promotion de la santé au CP ?
- Au CP, quelles sont les approches, les moyens utilisés (ex : formation, étude sur les besoins, nouvelles ressources) pour mettre en place des changements depuis l'adoption du concept HPS?
- Quels sont, selon vous, les éléments qui favorisent ou empêchent la mise en place des changements au niveau de l'organisation du CP ?

- Outre la politique de PS, quels sont les autres changements envisagés ou effectués au niveau de l'organisation du CP (ex : outils, ressources humaines, gouvernance) pour devenir un CP promoteur de santé ?
- Selon vous, de quelle façon les soins prodigués actuellement au CP maximisent-ils les gains en santé des patientes et de leur entourage ? Pouvez-vous me donner un exemple?
- Suite à l'adoption du concept HPS au CP, quels sont les changements envisagés ou effectués pour mieux promouvoir la santé des patientes ? Par exemple
 - Au niveau de l'évaluation des besoins
 - Au niveau de la transmission d'informations
 - Au niveau des programmes de soins
 - Au niveau de l'environnement physique, social
 - Au niveau de l'implication des patientes dans les soins
- Quels sont selon vous, les éléments qui favorisent ou empêchent l'implantation de soins promoteurs de santé au CP ?
- Que pourrait-on faire pour améliorer l'implantation de soins promoteurs de santé au CP ?
- Comment le milieu de travail au CP promeut-il actuellement la santé des professionnels et autre personnel du CP ?
- Suite à l'adoption du concept HPS au CP, quels sont les changements envisagés ou effectués pour mieux promouvoir la santé des professionnels et autre personnel au travail ? Par exemple
 - Au niveau de la formation
 - Au niveau des conditions de travail
 - Au niveau des habitudes de vie des professionnels et autre personnel
 - Au niveau de l'environnement physique et social
 - Au niveau de la participation du personnel
- Quels seraient, selon vous, les éléments qui favorisent ou empêchent la mise en œuvre d'activités pour promouvoir la santé dans le lieu de travail ?
- Que pourrait-on faire pour promouvoir davantage la santé des professionnels et autre personnel au CP ?
- Dans le cadre de vos activités, collaborez-vous avec la communauté (les organismes communautaires par exemple) ?

- Suite à l'adoption du concept HPS au CP, quels sont les changements envisagés ou effectués pour travailler plus étroitement avec la communauté ?
Par exemple,
 - Au niveau de la continuité des soins
 - Au niveau de l'accès aux ressources
 - Au niveau de l'échange d'informations
 - Au niveau de l'évaluation des besoins
 - Au niveau des programmes, des projets.

- Quels sont les éléments qui favorisent ou empêchent la collaboration entre le CP et la communauté ?

- Selon vous, comment pourrait-on renforcer la collaboration entre le CP et la communauté ?

- Quelles formes devraient prendre cette collaboration ?

- Comment devrait-elle s'établir pour répondre le mieux possible aux besoins des femmes enceintes, des mamans et parents ?

Bloc 4 : Questions de clôture de l'entretien

- Il y a-t-il des éléments que vous souhaiteriez ajouter par rapport à l'implantation du concept HPS au CP ?

Merci de votre précieuse collaboration.

ANNEXE F : GRILLE D'ENTREVUE POUR LES COUPLES

Introduction à l'entrevue et considérations éthiques

- Remerciements, présentation de la recherche et des objectifs de l'entrevue, précision de la durée de l'entrevue
- Discussion sur les considérations éthiques : confidentialité, anonymat, Obtenir le consentement écrit à la participation et à l'enregistrement de l'entrevue

Bloc 1 : Questions « brise glace »

- Pouvez-vous me parler de votre expérience de suivi de grossesse au CP?
- Quels sont les services de promotion de la santé dont vous avez bénéficié lors de vos passages au CP (ex : éducatrice à la santé, enseignement, promotion à l'allaitement maternel, etc.)?

Bloc 2 : Questions sur les connaissances et les croyances liées au concept HPS

- En 2007, le CHU est devenu « hôpital promoteur de santé ». Un hôpital promoteur de santé s'engage
 - à promouvoir des valeurs comme la dignité humaine, l'équité, la solidarité, l'éthique professionnelle et à reconnaître les différences dans les besoins, les valeurs et les cultures des différents groupes de populations;
 - à mettre en place des services de qualité, le bien-être des patients, des proches et du personnel et à protéger l'environnement et devenir une organisation qui facilite de nouveaux apprentissages chez le personnel, les gestionnaires de l'hôpital;
 - à améliorer la santé physique, mentale, psychologique du patient et son bien-être ;
 - à se préoccuper de la santé et du bien-être de son personnel pour que le personnel offre les meilleurs services possibles aux patientes et à leurs proches, afin de faciliter la guérison ;
 - à bien utiliser les ressources de manière à améliorer la santé des patientes ;
 - former des liens aussi étroits que possible avec toutes les organisations du système de santé ainsi que la communauté.

- Avez-vous reçu de l'information sur les hôpitaux promoteurs de santé ?

- Que savez-vous de ces hôpitaux ?

- Quelle est votre niveau de satisfaction par rapport aux services reçus lors du suivi de grossesse au CP ?
- Pensez-vous que les patientes sont traitées avec respect, dignité, et que l'on tient compte des différences (de langue, origine, etc) ?
- L'information que vous recevez au CP vous semble-t-elle claire et utile pour vous ?
- Avez-vous l'impression que les professionnels vous écoutent ?
- Avez-vous l'impression que les professionnels prennent le temps de répondre clairement à vos questions ?
- Avez-vous l'impression que les professionnels tiennent compte de vos attentes ?
- Êtes-vous invitée par les professionnels de la santé (médecins et autres) à vous impliquer dans les décisions à prendre sur le choix de soins et traitements qui vous sont donnés ?
- Dans les périodes pré et post-natales, avez-vous été bien guidée vers les ressources existantes dans votre communauté (ex : médecins, activité physique, cours prénataux, nutrition)
- Que pensez-vous de l'environnement physique (ex : chambres, salle d'attente, etc) du CP?
- Comment les services et programmes du CP pourraient-ils être organisés pour mieux répondre à vos besoins et attentes?

Merci de votre précieuse collaboration.

ANNEXE G : APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE

[REDACTED]

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE [REDACTED]

[REDACTED]

Le 16 mars 2011

[REDACTED]

Objet : 10.282 – Approbation accélérée finale CÉR

Implantation du concept "Hôpital Promoteur de Santé" en contexte de périnatalité: de l'analyse des processus à l'appui à la décision

Madame Rey,

J'accuse réception, en date du 12 mars 2011, des formulaires d'information et de consentement modifiés suivants en vue de l'approbation finale de l'étude décrite en rubrique :

- Version 12 mars 2011 – Couples
- Version 12 mars 2011 – Gestionnaires

À la lecture de tous les documents reçus, le tout est jugé satisfaisant. Je vous retourne sous pli une copie de chacun des formulaires portant l'estampille d'approbation du comité. Seuls ces formulaires devront être utilisés pour signature par les sujets.

La présente constitue l'approbation finale, valide pour un an à compter du 09 mars 2011, date de l'approbation initiale de votre projet. 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.

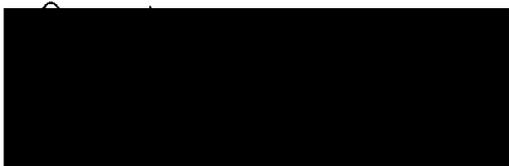
Cette approbation suppose que vous vous engagez :

1. à respecter la présente décision;
2. à respecter les moyens de suivi continu (cf Statuts et Règlements)
3. à conserver les dossiers de recherche pour une période d'au moins deux ans suivant la fin des 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.

Vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, je vous prie d'accepter, Madame Rey, mes salutations distinguées.



ID/go
P. j. Formulaires de consentement approuvés et estampillés

