



L'hôpital promoteur de santé : le travail de déplacement par projet pour analyser les frontières en mouvance

CONSUELO VÁSQUEZ

ALEXIA JOLIVET

Vasquez, Consuelo et Alexia Jolivet. (2012). « L'hôpital promoteur de santé : le travail de déplacement par projet pour analyser les frontières en mouvances ». *La santé à l'épreuve des reconfigurations organisationnelles et communicationnelles : enjeux, défis et perspectives*, 80^e congrès de l'ACFAS, Montréal, Québec, 7 et 8 mai 2012, actes, p.239-256

L'hôpital promoteur de santé : le travail de déplacement par projet pour analyser les frontières en mouvance

Consuelo Vásquez

Professeure adjointe
Département de communication sociale et publique
Chercheure, ComSanté, Centre de recherche sur la communication et la santé
Université de Québec à Montréal
vasquez.consuelo@uqam.ca

Alexia Jolivet

Post-doctorante
ComSanté, Centre de recherche sur la communication et la Santé
Université du Québec à Montréal
jolivet.alexia@courrier.uqam.ca

Résumé

Fin des années 1980, le rôle et les missions du système hospitalier sont réexaminés au regard d'une nouvelle redéfinition de la notion de santé : la Promotion de la Santé. De ce point de vue, l'hôpital devient ce lieu où l'on guérit (mission première), où l'on travaille (il doit devenir un milieu de travail sain), lieu où l'on éduque la communauté (mission sociétale d'accompagnement du patient et des citoyens). Il nous intéresse, dans cette communication de questionner ce passage de l'hôpital à l'Hôpital Promoteur de Santé, un passage qui n'est pas sans incidence sur la définition même des frontières de l'hôpital. Sur la base de suivi de deux de ces projets 'en action', notre propos est de cerner dans quelle mesure ces projets contribuent 1°) à l'incarnation du concept d' « Hôpital Promoteur de santé » (HPS), et incidemment 2°) à questionner les frontières de l'organisation.

Mots clés : travail de déplacement, projet, promotion de la santé, organisation.

Introduction¹²

Fin des années 1980, le rôle et les missions du système hospitalier sont réexaminés au regard d'une nouvelle définition de la notion de santé : la Promotion de la Santé. Sous l'impulsion de l'Organisation Mondiale de la Santé (Charte d'Ottawa 1986, Recommandations de Vienne, 1997, Déclaration du Luxembourg mise à jour en 2007) l'hôpital se voit confier une nouvelle mission : « donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et des moyens pour l'améliorer » (Charte d'Ottawa, p. 1), notamment par le biais de politiques d'éducation et de promotion, et ce, aussi bien envers ses patients qu'envers ses employés. L'hôpital, labélisé alors "Hôpital Promoteur de Santé" (ci-après, HPS), est ce lieu où l'on guérit (mission première), où l'on travaille (il doit devenir un milieu de travail sain), lieu où l'on éduque la communauté (mission sociale d'accompagnement du patient et des citoyens), il se présente comme un espace clé dans la promotion de la santé.

Il nous intéresse de questionner ce passage de l'hôpital à l'HPS, un passage qui n'est pas sans incidence sur la définition même des frontières de l'hôpital. Tout particulièrement, nous nous intéressons dans cette communication à la redéfinition de l'hôpital en tant que milieu de travail sain. En qualifiant l'hôpital de *public health setting* (p 2 Déclaration de Barcelone), n'est-ce pas la construction d'un nouveau rapport entre santé, organisation et employés qui s'en trouve questionnée ? La reconnaissance du milieu de travail comme facteur déterminant de santé et surtout l'instanciation de ce dernier comme nouvel élément actif de promotion et de changement à ce niveau des plus personnels qu'est la santé, nous interroge quant aux formes de reconfigurations des frontières entre sphères personnelle et professionnelle. La santé en devient-elle une nouvelle *ressource* de l'organisation ? A défaut de pouvoir répondre de manière assertive à cette question, nous nous demanderons : dans quelle mesure la santé devient-elle une *construction* de l'organisation, un enjeu organisationnel ?

Pour ce faire, nous appuyons nos réflexions sur l'étude en cours d'une initiative de promotion de la santé au sein d'un hôpital au Canada. Cette initiative se fonde, dans le cas étudié, sur la mise en place de projets variés et synchrones. Ainsi, le label 'HPS' s'actualise, dans ce cas, à travers des projets qui donnent forme et ré-forment la nature même de l'hôpital. Mais comment ces reconfigurations se produisent-elles ? Nous faisons l'hypothèse, que celles-ci s'opèrent par un travail de déplacement, ce dernier étant porté par les divers projets de la Direction de Promotion

¹ Nous remercions la Direction de la Promotion de la Santé du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (C.H.U.M.) pour nous avoir permis d'accéder à ce terrain ainsi que pour les discussions enrichissantes que nous avons pu échanger..

² A. Jolivet remercie le Gouvernement canadien, qui, par le Programme d'attribution de bourses internationales pour les post-doctorants étrangers, lui permet de mener à bien ce projet de recherche.

de la Santé de l'hôpital analysé. Dans cet article, nous nous concentrons sur un projet spécifique, le projet *Ensemble vers la santé* qui touche le volet de la santé auprès des employés. Notre propos est de cerner dans quelle mesure ce projet contribue 1°) à l'incarnation du concept d'HPS à un niveau local, et incidemment 2°) à déplacer les frontières de l'organisation en la réordonnant selon un script/texte nouveau (Latour, 2007; Vasquez, 2009).

Notre communication se structure comme suit, dans un premier temps nous abordons le contexte d'émergence de l'HPS et son actualisation dans le cas étudié, le but étant de déceler les enjeux que cette notion amène pour les organisations de santé. Dans un deuxième temps, nous développons la notion de travail de déplacement et ses modalités (équipement du déplacement, résistances au déplacement, logiques investies) afin d'explorer *comment* à travers la mise en place du projet *Ensemble vers la santé* les frontières entre santé, employé et organisation sont retravaillées. Finalement, nous prolongeons notre questionnement autour des relations entre projet, frontière et déplacement, notamment au regard de la notion de vulnérabilité du projet mise en lien avec sa capacité à « faire mouvoir » organisation et individus.

1. La santé de l'employé au cœur de l'organisation : les enjeux d'un déplacement

1.1 La santé comme facteur de réorganisation de l'hôpital

Le concept de santé sous-tendu par la Promotion de la Santé traduit un glissement progressif d'une approche clinique et biomédicale, centrée sur l'individu à une approche sociale, tournée vers le collectif. La santé est « cet état de complet bien-être physique, mental, et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS 1946). Il s'agit de « construire un état de santé plutôt que seulement prévenir ou traiter la maladie » (Raeburn *et al.*, p.25). La santé est alors présentée comme une ressource de la vie et non un de ses buts. La Promotion de la Santé a dès lors la mission de conférer aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé (Charte Ottawa, 1986).

Conçue dans la lignée des projets «Villes en santé», «Écoles en santé», l'initiative des HPS démarre en 1991 par le biais de la Déclaration de Budapest et trouve son prolongement dans les Recommandations de Vienne en 1997. Elle repose sur des principes de « promotion de la dignité, l'équité, la solidarité et l'éthique professionnelle » (p. 1), sur « l'orientation vers l'amélioration de la qualité, le bien-être des patients et leurs proches et le personnel des organisations impliquées, la protection de l'environnement et devenir une organisation apprenante » (p. 1), sur « l'établissement de liens aussi étroits que possible avec les autres niveaux du système de santé et la communauté » (p. 1). L'hôpital doit donc cibler aussi bien la santé des individus que celle de l'organisation, devenant un environnement promoteur de santé pour l'ensemble des acteurs (soignants et soignés). La santé, ainsi définie, agit donc comme un facteur de réorganisation de l'hôpital en élargissant les missions de l'hôpital, en déterminant de nouvelles préoccupations pour les acteurs, en établissant la santé comme axe stratégique de développement de l'organisation.

L'hôpital est redéfini comme une organisation clé dans sa contribution à la santé de la société. Comme le soulignent Dedobbeleer *et al.* (2008, p.5), le terme « promoteur de santé » est choisi préférablement à celui de « en santé » plus statique. L'hôpital ne se présente plus comme un agent qui vient 'après' – ...la maladie pour agir dessus – mais comme un agent de changement au sein de la communauté. Il se présente au carrefour de différents rôles ou facettes qu'il doit mettre alors en cohésion : en tant que prestataire de service public il touche un très grand nombre d'utilisateurs, en tant qu'employeur il rassemble de multiples individus, en tant que producteur de déchets, il est appelé à réduire ses conséquences sur l'environnement, en tant que consommateur, il peut favoriser des produits sécuritaires (Agence de la santé, 2008). L'hôpital, lieu de convergence se voit ainsi dédoubler sa mission entre impératif thérapeutique et impératif éducatif.

Affublé d'une mission sociale renforcée, insistant dès lors sur la dimension collective et sociopolitique de la santé, le concept de « Promotion de la Santé » questionne l'hôpital dans ses frontières : le système de santé devient cette organisation qui s'ouvre de manière exponentielle à son environnement. Si nous reprenons la définition proposée par Lobnig, (1999, cité par Dedobbeleer *et al.*, p.5) les HPS sont : « [l']ensemble de stratégies qui permettent aux hôpitaux de mieux s'adapter aux changements environnementaux internes et externes et de s'impliquer dans la promotion de la santé des patients, du personnel et de la communauté ». L'hôpital se doit donc d'être une organisation sensible à son environnement : il doit certes être capable de s'y adapter mais également, de manière active, influencer dessus. Une forte dimension habilitante, de prise en main des individus et de la société, place l'hôpital dans une forme interventionniste. Nous assistons à une dynamique de responsabilisation étatique.

1.2 Le projet Ensemble vers la santé ou incarner l'HPS à un niveau local

Étudier le projet *Ensemble vers la santé* nous permet de comprendre comment les enjeux associés à la création des HPS se traduisent à un niveau local et d'appréhender dans quelle mesure cette traduction repose sur un travail de sens (Jolivet, 2011). Pour saisir l'ampleur de ce travail, nous présentons d'abord le contexte dans lequel s'inscrit cette initiative locale pour ensuite nous attarder plus particulièrement sur les principes mobilisés, traduits localement dans un questionnaire, ainsi que les reconfigurations induites par le projet au sein de l'hôpital.

Contexte

La Direction de la Promotion de la Santé (ci-après DPS) sur laquelle se base notre étude a été créé au sein de l'hôpital il y a environ cinq ans, suite à l'intégration de ce dernier au sein du réseau "Hôpitaux Promoteurs de Santé"³. Ses membres (une dizaine de personnes) sont issus du monde

³Le mouvement des Hôpitaux et services de santé promoteurs de la santé fondé en 1988 par l'Organisation mondiale de la santé (OSM) vise l'intégration de la promotion de la santé dans la culture, la pratique et la structure organisationnelle des établissements de santé.

médical et paramédical et travaillaient à l'hôpital avant la création de la DPS. De multiples projets ont vu le jour abordant les différentes normes établies par l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Agence Régionale de Santé (2007, 2009) : information et éducation du patient (projets autour de la littéracie à destination des patients), promouvoir la mise en place d'un milieu de travail sain (politiques autour de l'activité physique et d'une alimentation saine).

Le projet a été monté suite à un constat de la part de la DPS : même si tout un ensemble d'activités, de programmes avaient été mis en œuvre autour de la santé, ils attiraient souvent les mêmes individus, déjà mobilisés. La solution envisagée a donc été de mettre en place un projet par services, qui identifierait les besoins précis des employés afin de proposer des activités adaptées. Le projet *Ensemble vers la santé* existe depuis maintenant trois ans. À destination de l'ensemble des employés, il a pour but principal de donner aux individus un meilleur contrôle de leur santé prônant une approche holistique de la santé intégrant la préoccupation du bien-être physique et psychologique.

Les objectifs spécifiques du projet sont, entre autres : de promouvoir et ultimement améliorer la santé physique et psychologique des employés, d'influencer positivement l'esprit d'équipe, identifier les zones d'amélioration individuelles et collectives quant à la santé physique et psychologique, sensibiliser les gestionnaires et les employés à ces zones d'amélioration, mettre en place des conditions facilitantes permettant des apprentissages transférables dans le quotidien, développer et structurer une démarche pouvant inspirer d'autres établissements de santé. De ce point de vue, le projet répond à la norme 4 « Promotion de milieux de travail sains » du Manuel d'autoévaluation pour la mise en œuvre de la Promotion de la Santé dans les hôpitaux. Nous retrouvons pleinement les aspirations de l'OMS par le désir de la DPS de former les individus à reconsidérer la santé en leur donnant des « habiletés » en promotion de la santé.

Reconfigurations en jeu dans le questionnaire de santé... quel mouvement?

Le projet *Ensemble vers la santé* repose sur plusieurs étapes comprenant la présentation du projet au personnel, le remplissage du questionnaire par le personnel pour faire un état des lieux des besoins en santé puis l'analyse des résultats par la DPS, le choix des activités qui répondent aux demandes du personnel puis leur mise en place des activités sur plusieurs mois, enfin un retour évaluatif. Nous considérons le questionnaire comme étant un élément crucial dans l'établissement des lignes directrices du projet au sens où, par sa nature interrogative, il tend à mettre en relief des points clés qui seront alors traités par l'équipe du projet. Il traduit et porte les mouvements potentiels de reconfigurations en jeu en déterminant une focale de travail. Étudier cette focale nous permet d'accéder aux priorités de l'équipe et à l'appropriation du Service quant au rapport promotion de la santé-employés.

Le questionnaire est composé d'une quarantaine de questions et repose sur des éléments à cocher (lorsqu'il faut choisir, lorsqu'il faut exprimer son accord), à remplir, à proposer. Anonyme, il se

remplit individuellement en ligne ou en format papier. Il est composé de cinq parties : (1) des questions sur les habitudes de vie (activité physique, utilisation des transports, le fait de soulever des charges, le sommeil, l'alimentation, la consommation tabagique et alcoolique), (2) sur la vie au travail (stress, expression de gestes de reconnaissance, confiance envers ses collègues et son supérieur, occasions d'apprentissage, conciliation vie personnelle/vie professionnelle), (3) préférences dans les activités proposées par la DPS, (4) éléments sur l'état de santé de la personne (taille, poids, maladies) et enfin (5) l'emploi au sein de l'hôpital. Le questionnaire se termine sur une liste des programmes d'aide autour de la santé déjà existants au sein de l'hôpital.

« Faire un diagnostic de l'état de santé du service » : c'est ainsi qu'un des membres de la DPS tendrait à décrire l'un des rôles du questionnaire. Il nous semble que cette expression est révélatrice des incidences sur les changements qui sont impulsés. Cette analyse du questionnaire nous permettra de soulever quelques interrogations d'ordre plus général sur des formes nouvelles de mise en interdépendance des sphères personnelles, professionnelles et publiques.

En premier lieu, il nous faut nous pencher sur les acteurs de ce « diagnostic ». Le questionnaire est fondé sur la base des recommandations nationales et internationales en santé publique de l'OMS. De ce point de vue, il s'agit donc d'investir l'organisation de problématiques issues de la sphère publique, problématiques que l'on retrouve dans le type d'item présents dans le questionnaire (par exemple, concernant la consommation de fruits et légumes par jour, la valeur pivot est celle de 5 fruits et légumes selon les recommandations en santé du Canada). Ces paliers ont ainsi pour rôle de transmettre une norme de comportement idéale à laquelle chaque individu se compare en remplissant le questionnaire. Ce dernier se présente donc comme une première forme de sensibilisation auprès du personnel, qui en le remplissant est amené à un retour réflexif sur ses propres comportements. L'organisation devient porteuse de préoccupations publiques, qui deviennent alors les siennes par ce processus de mise en exergue et de sollicitation des employés.

Il est à noter que les instigateurs et intermédiaires de ce mouvement de changement des comportements sont, certes, les membres de la DPS mais également les Ressources Humaines avec lesquelles ce dernier a travaillé sur la partie dédiée à " la vie au travail " du questionnaire. La prise en main de ces questions de santé publique par un département délégué spécialement à cette problématique et par le département de gestion du personnel traduit un processus d'institutionnalisation de ces problématiques, plaçant alors la santé des employés comme relevant d'un enjeu organisationnel. L'organisation se pose comme aidant et porteur de solutions autour d'une question des plus personnelles qui est celle de la santé. Institutionnaliser la santé en tant que préoccupation de l'organisation peut amener à une double réflexion, quant aux ambitions de l'organisation, ce qui rend cette prise en main de la santé du personnel ambiguë. Si l'on reprend les textes officiels et fondateurs de la Promotion de la Santé au travail (Déclaration de Barcelone, Recommandations de Vienne) à une vision, d'une certaine manière, humaniste (cessation tabagique, épuisement professionnel, sont autant d'exemples centrés sur le bien-être de l'individu) s'adjoint des arguments économiques qui tendent à faire de la santé, certes un moyen

pour l'individu, mais incidemment un instrument pour l'organisation (un employé en bonne santé offre plus de rendement, moins d'absentéisme, moins de roulement), qui peut aussi bien avoir des retombées positives ou négatives pour l'employé. La santé de l'organisation pourrait s'apparenter par glissement à une santé pour l'économie, à une 'santé économique'. Nous pouvons nous demander si la santé, en tant que ressource, est alors un capital, dans le sens fort du terme, pour l'organisation ou pour l'individu ? La santé apparaît comme une nouvelle variable, voire un nouvel outil pour l'organisation au même rang que les technologies, que les fonds financiers. La santé serait-elle cette ressource pour l'employé que l'on cherche à préserver ou promouvoir, ou ne devient-elle pas par là-même une ressource pour l'organisation ?

Cette vision, si elle n'est pas complètement mise de côté dans les réflexions de la DPS, n'en est nullement le fondement. Le bien être des individus est le principe fondateur de la politique menée, les considérations de performance organisationnelle restent secondaires. Le personnel est alors considéré non seulement comme exécuteur d'une tâche, comme professionnel mais aussi comme être humain, ou individu réhabilité dans une dimension personnelle. Une organisation efficiente est alors une organisation efficiente pour le personnel et le patient, en premier lieu, ce qui aura des retombées dans un second temps pour l'organisation. L'utilisation du mot « diagnostic » est de ce point de vue révélateur des aspirations de la DPS à réhabiliter l'employé en tant que patient de l'organisation d'une certaine manière, en tant qu'individu qui doit être pris en charge. Nous pouvons ainsi nous interroger : est-il possible que la performance d'une organisation soit alors régulée et relative à la santé de ses employés ?

Deuxièmement, ce diagnostic porte sur « l'état de santé du service ». L'expression est assez frappante dans la mise en adéquation d'une santé individuelle – voire personnelle – et d'une santé organisationnelle. Le questionnaire a pour objectif de récupérer des informations sur l'état de santé du personnel considéré en tant qu'individu et en tant qu'employé. La mise en lien, et même, la mise en interdépendance des deux facettes est patente dans le questionnaire qui interroge l'individu aussi bien dans ses habitudes de vie que dans sa santé au travail. Toute l'ampleur des interrogations repose sur une mise en lien complexe, tout droit issue de l'approche holistique de la santé promue par l'OMS, sous-entendant que le lieu de travail peut être facteur aggravant pour la santé (la vie au travail est stressante par exemple) et peut compromettre les bonnes habitudes de vie (le stress peut enrailler un sommeil de qualité). Avoir de bonnes habitudes de vie dans le lieu de travail, faire que le lieu de travail soit un lieu propice pour préserver la santé du personnel, faire que le lieu de travail offre des conseils sur les habitudes de vie jugées pertinentes aussi bien dans le lieu de travail que chez soi : ces objectifs sont autant de mouvements qui tendent à abolir les frontières entre sphère personnelle et sphère professionnelle autour d'un même terme, celui de santé. Niveau personnel et niveau professionnel sont alors deux dimensions mises en connexion – toute l'interrogation porte alors sur le travail de ces dimensions et dans la possibilité de les travailler synergiquement et non indépendamment. L'immisciation de l'organisation dans la sphère personnelle de l'employé est d'autant plus complexe que l'organisation se présente alors à la fois comme les maux (le lieu de travail peut être nocif) et la solution pour promouvoir la santé.

A cette double facette, se rajoute une troisième : l'organisation devient cette entité elle-même sujette à des problèmes de santé. Une « organisation en santé », « un service en santé », un « hôpital en santé » sont des termes récurrents dans les textes et dans les propos des membres du DPS : on tend ainsi à concevoir différents niveaux de santé interdépendants (celle de l'individu, celle du service, celle de l'organisation) dans une approche systémique de l'organisation. Sous le terme de Santé, le questionnaire traduit des liens d'interdépendance que la DPS cherche à mettre en exergue et à travailler, voire à remodeler : les liens entre sphères personnelle et professionnelle au niveau de la santé de l'individu, les liens entre l'organisation comme entité et l'employé au niveau de la santé de l'organisation.

Le questionnaire est une entité médiatrice témoignant des mouvements de conciliation et de transformations que la Direction de Promotion de la Santé souhaiterait instaurer. Il statue du rôle de l'organisation dans les problématiques de santé publique, il établit des formes de reconsidérations de l'employé et par une approche holistique de la notion de santé, tend à créer de nouvelles interactions entre les sphères publiques, professionnelles et personnelles. Nous faisons l'hypothèse que, pour être impulsés de manière pragmatique, ces mouvements reposent de ce que nous appelons un « travail de déplacement » qui est, dans le cas étudié, essentiellement porté par les projets de promotion de la santé. Après avoir conceptualisé cette expression, nous tâcherons de mettre en avant les formes d'équipement (Hémont, 2011) de la mise en mouvement, telles que déployées dans le projet *Ensemble vers la santé*.

2. Voir les reconfigurations à l'œuvre : un travail de déplacement porté par les projets

2.1 Le travail de déplacement pour analyser les frontières en mouvance

La notion de travail de déplacement que nous proposons pour comprendre les efforts et les effets des actions menées par la DPS dans la transformation d'un Hôpital Promoteur de Santé repose sur une réflexion sur le projet en tant que mode d'organisation, qui se caractérise par « sa capacité à engendrer de l'avant et de l'après en lançant devant lui des échéances et des rendez-vous, en alignant derrière lui des moyens de la logistique » (Latour, 2007 : 212). Il s'agit ici d'une mise en mouvement particulière qui, et c'est ce que nous proposons dans cette communication, déplace les frontières de l'organisation suivant une orientation spécifique, celle donnée par la nature même du projet.

Dans une approche managériale, le projet est défini par sa finitude, par une portée précise et souvent par une relation contractuelle (Clegg et Courpasson, 2004). La plupart des travaux sur les projets prévalent d'une forte dimension prescriptive, s'intéressant peu aux pratiques effectives et à leur déroulement. A l'inverse, nous proposons d'entrevoir la notion de "projet" dans une dynamique processuelle, reconnaissant ainsi la problématique du devenir comme étant une dimension intrinsèque du projet. En effet, ce dernier a pour but de faire émerger quelque chose (que ce soit un produit, un changement, un évènement) ; en ce sens « projects are deeply

inhabited by a becoming thinking » (Sergi et Vasquez, 2010, p 4). Nous cherchons ainsi à saisir le projet dans son mouvement, dans son processus, dans sa construction organisationnelle. Le projet, du latin *projectus*, signifie l'action de jeter en avant (*projicere*) ; à un niveau organisationnel, ce mouvement relève d'une construction de sens, d'un travail d'organisation qui nous apparaît clé dans cette mise en mouvement de l'HPS. Par l'entremise de projets, l'HPS est projeté, investi de formes d'anticipations et de rétropections, et qui ne prend consistance qu'en se matérialisant – « des manifestations/incarnations du projet à travers lesquelles il se rend présent dans le temps et dans l'espace » (Vasquez, 2009, p 67).

Ancrée dans cette conception processuelle de projet, la notion de travail de déplacement est donc associée aux actions communicationnelles à travers lesquelles les acteurs mettent en mouvement un projet, et se faisant reconfigurent les frontières de l'organisation. Par déplacement nous signifions à la fois l'action de déplacer, c'est à dire de « changer une chose de place » (XMLittré, V.1.3), se déplacer et le résultat de cette action. L'accent est mis sur la mise en mouvement, ici plus particulièrement de l'organisation, résultant dans un changement de position : l'hôpital devient un HPS. Même si de prime à bord, cette notion renvoie de manière plus générale à un déplacement physique d'un lieu vers un autre – on réfère, par exemple, au déplacement d'une population en géographie, de l'air, en météorologie, d'une figure, en géométrie –, elle s'applique aussi au déplacement des mots, du discours et ce qui nous importe plus particulièrement dans cette communication, au déplacement de sens, compris ici dans la double acception de signification et de direction. Notons que notre définition de déplacement se rapproche de celle de traduction, qui en anglais ('translation') implique à la fois un déplacement de sens – à l'origine associé au déplacement d'une langue vers une autre –, et un mouvement – ce déplacement physique – dans l'espace et dans le temps. Il nous semble que cette articulation est primordiale pour comprendre le travail qui est impliqué dans l'incarnation d'un concept, comme celui de l'Hôpital Promoteur de Santé, à une réalité organisationnelle locale.

À cette notion de déplacement, nous associons celle de 'travail' pour mettre l'accent sur tout cet investissement des acteurs organisationnels de mettre en mot et en actes les mouvements désirés. Ce travail peut être entrevu comme une forme d'équipement (Hémont, 2011) de la mise en mouvement – un équipement à la fois symbolique, matériel et pragmatique. En tant que travail, nous renvoyons à ces phénomènes de construction du sens du mouvement : en lui donnant une signification et une direction. Cette construction est à appréhender communicationnellement, en déterminant toute la dimension organisante par ses formes de production, de création, de modification, de matérialisation, de diffusion et de régulation⁴. Le travail de déplacement peut

⁴ Il n'échappera pas à certains la promiscuité entre la notion de « travail de déplacement » et celle de « travail d'organisation » portée par G. De Terssac (2002). Ce dernier envisage le travail d'organisation comme ces jeux d'ajustements des règles entre un cadre institué et le cours de l'action. L'expression sous-entend que l'organisation est produite dans le cadre de l'activité de travail qu'elle vise à organiser et dans le même temps, que l'activité de production de l'organisation constitue un travail à part entière. Nous envisageons le travail de déplacement comme mettant en jeu un travail d'organisation au sens où il tend à imprégner de nouvelles relations, et conséquemment de

ainsi se comprendre comme ces processus de re-présentation (de rendre présent dans le temps et dans l'espace) à travers lequel l'organisation est mise en mouvement. Cooper (1992) associe le déplacement à la « transformation of boundary relationships which are themselves continually shifting » (p.257). Pour lui, ces transformations reposent sur « a series of mobile and non-localizable association » (p.262) qui participent à ces processus de re-présentation de l'organisation. Dans ce sens, le déplacement s'opère dans les mises en relation (qui sont elles-mêmes continuellement en transformation) qui rendent mobiles et sensibles les représentations de l'organisation. En axant sur le déplacement qu'insufflent ces mises en relation, nous voulons souligner la nature dynamique des frontières organisationnelles qui, comme nous l'avons discuté dans la section précédente, remettent en question non seulement la mission de l'organisation, ici l'HPS, mais aussi le rôle et le statut des employés, la place des patients, la lien avec la communauté, etc. Tel que souligne Cooper (1992), comprendre l'organisation comme ce processus actif de déplacement renie et défie les catégories 'dedans' et 'dehors' pour montrer une vision dynamique de l'organisation qui se construit, s'actualise, se transforme, bref, se représente par et dans ces mouvements.

Dans son sens étymologique, la notion de déplacement renvoie à la fois au changement de place d'un objet ou d'une personne (XMLittré, V1.3), s'ajoute aussi le sens réflexif 'se déplacer'. De manière intéressante, le projet *Ensemble vers la santé* articule ces divers registres par la nature même des engagements qu'il porte : il s'agit d'un projet qui vise le changement de comportement en matière de saines habitudes de vie et qui en même temps se base dans une approche participative, voir collective, pour l'obtention des objectifs. Le travail de déplacement porte sur la personne (les employés) à la fois en tant qu'acteur de déplacement, au sens réflexif, et objet à déplacer. Et d'une certaine manière, ce travail implique aussi un déplacement de l'organisation, en tant qu'objet à déplacer, à transformer en HPS. La vision dynamique de l'organisation s'inscrit ici aussi bien dans ces mouvements de re-présentation de l'organisation auxquels réfère Cooper (1992) que dans le pouvoir d'agir des acteurs individuels y participant.

Dans une volonté d'appréhender l'incarnation de l'HPS et en lien avec une approche processuelle du projet, nous avons décidé de le filer dans ses multiples trajectoires. Nous suivons le projet *Ensemble vers la santé* depuis septembre 2011, ce qui nous a permis de l'étudier à différents stades d'implantation selon les services dans lesquels il était mis en place (au total, trois services : urgence, radiologie et entretien). Notre observation, de type non-participante, s'est fondée sur le suivi du projet – ce que certains auteurs nomment filature (en anglais, shadowing, Bruni, 2005, Meunier et Vasquez, 2008) – aussi bien dans les coulisses de sa création (réunions formelles et informelles des chargés de projet, réunion hebdomadaire, réunions plus générales de la Direction) que dans les scènes de son implantation et sa performance (réunions avec les gestionnaires de service, présentations du projet, activités); une quarantaine d'observations en tout jusqu'à

nouvelles frontières dans l'hôpital et, réciproquement, nous posons le travail d'organisation comme relevant d'une activité communicationnelle de déplacement.

maintenant. Ces observations ont été complétées par le traitement de documents multiples : documents officiels de présentation du projet (rapports), les brouillons, les documents-outils du projet (questionnaire, fiches à remplir, power point de présentation, grille d'évaluation) ainsi que par des entrevues de type contextuelle (aussi nommées, entrevues ethnographique). De l'analyse des notes de terrain, a émergé la notion de travail de déplacement comme étant caractéristique des actions collectives menées par le Direction de la Promotion de la Santé dans la mise en place du projet *Ensemble vers la santé*. Plus précisément nous nous sommes posé les questions suivantes : Qui participe à ce travail de déplacement? Qui ou quoi veut être déplacé? Comment se fait se déplacement communicationnellement? Où et quand? En d'autres mots, quel est le sens – en tant que direction et signification – donné à ce déplacement. La section qui suit détaille les résultats de l'analyse en prenant deux épisodes clés où ce travail de déplacement est en œuvre.

2.2 Le travail de déplacement dans le projet Ensemble vers la santé

Nous avons choisi deux épisodes qui illustrent le travail de déplacement associé au projet *Ensemble vers la santé*. Ces épisodes correspondent à deux étapes différentes du projet et soulèvent des questionnements différents quant au travail de déplacement et les enjeux que ce dernier implique. Le premier épisode décrit la présentation du projet, dans son étape initiale, auprès d'un des services impliqués dans le projet. Le deuxième relève de l'étape d'évaluation de mi-parcours, à la mise en place du programme d'activité et le taux élevé d'inscription et d'absence aux activités.

Présentation du projet Ensemble vers la santé à un service de traitement médical, ou quand le mouvement devient une construction collective voire organisationnelle

La DPS, après avoir présenté le projet auprès du Comité de Promotion de la Santé et du Comité Directeur du service, s'adresse à l'ensemble du personnel. Cette présentation, qui a lieu au sein du service sur les heures de pause des employés, est un premier contact à viser motivationnel et d'enrôlement. La présentation débute sur l'explicitation des missions du projet qui défend une volonté de donner aux individus un contrôle sur leur santé au-delà des habitudes de vie. Le projet repose sur une participation volontaire et collective. Il est né du désir de la DPS de s'adresser à tous les employés de manière plus personnelle, en s'alignant sur leurs besoins spécifiques. S'ensuit la phase de description du déroulement du projet : il est distribué un signet sur lequel est renseigné l'adresse internet par laquelle il est possible de remplir le questionnaire. Chaque participant doit créer un code, ce qui permet d'anonymiser le questionnaire mais également de suivre l'évolution de chacun grâce à ce référent spécifique. Les résultats du questionnaire seront alors amenés à être présentés et commentés lors d'une seconde réunion. La DPS insiste pour définir ce moment comme une occasion de prendre du temps pour soi et de se situer par rapport aux autres. La démarche repose sur une dynamique réflexive de concertation et de réflexion autour d'enjeux personnels mais aussi organisationnels (la vie au sein du service par exemple). La complétion du questionnaire est une étape primordiale afin de pouvoir récupérer des informations sur le service et les partager avec le Comité de Promotion de la Santé et les gestionnaires ; elle n'implique toutefois pas une participation obligatoire aux activités qui découleront des résultats. Suite au questionnaire, les employés ont la possibilité d'être pris en charge individuellement (rencontres individuelles avec une animatrice en santé, centrées sur une approche motivationnelle) et collectivement (mis en place d'activité en groupe). Les activités permettraient de connaître ses collègues dans un cadre autre que celui du travail. La

programmation s'étale sur plusieurs mois ; toutefois la fin chronologique du projet n'en signifie pas la fin philosophique, le but étant que les changements amorcés par la Promotion de la Santé soient pérennes aussi bien dans le milieu du travail que dans la sphère privée. Lors de la présentation, l'accent est mis sur la dimension participative du projet, nécessitant l'engagement de chacun (il est d'ailleurs demandé aux auditeurs d'inciter leurs collègues à venir pour créer un effet de « contamination ») et sur la dimension adaptative du projet (le projet cherche à répondre aux besoins de chacun). Ainsi, par une réflexion collective rassemblant aussi bien la DPS, le personnel, les gestionnaires, il sera possible d'accompagner chacun « vers un mieux-être ».

La mise en place du projet *Ensemble vers la santé* dans cette séance de présentation souligne plus particulièrement les actions discursives au travers desquelles s'initie un travail de déplacement. Portées par la responsable du projet au sein de la DPS, ces actions participent à (re)diriger les assistants à la réunion à participer du projet, et notons aussi à le porter, car *Ensemble vers la santé* se veut un projet participatif. À la question de qui déplace, nous pouvons ainsi répondre que dans un premier temps, c'est bien la DPS qui initie le déplacement, mais pour que ce mouvement se perpétue, les employés (et en grande mesure les gestionnaires) doivent aussi y participer : devenir acteur de changement. L'expression "on compte sur l'effet de contamination" montre bien à quel point la mise en mouvement dépend de cet agir collectif. Mais ce qui est particulier du changement qui est proposé, c'est qu'il vise un changement de comportement, un changement individuel. Ce sont donc l'individu et le collectif qui sont interpellés à changer : acteur et objet du déplacement. Tel que discuté par rapport au questionnaire, cette double invitation à faire changer et à changer, repose dans cette prémisse du pouvoir d'agir sur sa santé, qui ici s'incarne dans un projet participatif.

Regardons maintenant de plus près, comment ce déplacement s'opère. Il nous intéresse ainsi de retracer dans le discours quelles sont les associations (et/ou dissociations) manifestées et quel sens est proposé. Nous avons déjà soulevé l'articulation entre le contrôle de la santé et la participation active au projet comme logique de base, articulation qui se manifeste dans l'association faite entre la mission du projet – qui est en soit un traduction des prémisses des HPS – et son histoire. Ensuite, sont articulées dans la justification de l'étape du questionnaire la dimension individuelle « un temps pour soi » et collective « on se situe par rapport aux autres », qui sont renforcées par l'importance donnée à ces informations pour la DPS et pour les gestionnaires. Nous reconnaissons ici le glissement vers une approche centrée sur le fonctionnement de l'organisation, notamment dans l'inclusion d'une section 'santé au travail' qui interpelle directement les relations entre employés, avec leurs superviseurs et avec leur milieu de travail. Le basculement d'une approche individuelle à une approche d'équipe est constant, à la fois dans la présentation des buts du projet et des bienfaits que ce dernier peut apporter aux employés (connaître vos collègues dans un contexte autre que celui du travail »), comme sur l'opérationnalisation des activités : une rencontre individuelle, des activités en équipe. La responsable du projet joue entre ces deux approches dans un effort de convaincre son auditoire à, premièrement remplir le questionnaire (une action éminemment individuelle), et deuxièmement participer aux activités (activités de nature collective qui en plus sont décidées collectivement).

Nous pourrions aussi ajouter un troisième temps, qui renvoie à ce changement de comportement qui perdure après le projet et qui nous ramène à l'individu. Le passage de l'un à l'autre questionne ici la relation entre l'employé et ses collègues, et de manière plus large l'organisation, ici l'hôpital. Bien que le pouvoir sur sa santé soit présenté comme relevant d'un désir et d'actions individuelles, le projet renvoie au collectif pour son accomplissement. Ainsi, ce collectif, devient aussi un acteur clé de la santé des individus...un collectif qui prend part au travail, certes, mais aussi à des contextes associés au loisir (sport d'équipes). Comme indiqué plus haut, les sphères personnelles et professionnelles sont ici imbriquées : ce qui est 'dedans' et 'dehors' reste flou et ambigu.

Dès lors un sens doit être attribué afin de permettre à ces multiples déplacements de s'aligner et de créer le mouvement (aller dans des directions opposées, impliquerait ici l'arrêt du projet). C'est le rôle qu'assume la DPS. Nous l'avons signalé, il est l'initiateur, voir même l'instigateur, de ce travail de déplacement. Mais c'est surtout un travail d'orientation, de création de sens que les membres de la DPS se doivent de faire pour garder le projet en mouvement : « tous ensemble et vers l'avant ».

Un projet freiné, ou s'interroger sur les résistances au déplacement

Dans un des services dans lequel est implanté le projet, le projet ne rassemble pas suffisamment de participants. Le peu d'engagement des employés du service pousse alors la DPS à s'interroger sur les modalités de déroulement du projet. C'est ainsi que sont passés en revue plusieurs éléments susceptibles d'être améliorés pour rendre le projet plus porteur : l'implication aléatoire du gestionnaire, le défaut de visibilité (les affiches informationnelles du projet sont derrière une porte), l'organisation du temps de travail (les employés ont des horaires variables d'une semaine à l'autre), la non compréhension de la démarche de la programmation (les activités sont entrevues comme des choix alors qu'elles doivent être considérées comme un tout et nécessitent une présence à chaque séance), trouver des ambassadeurs auprès du personnel. Ces questionnements entraînent alors de longues réflexions sur la mission et la viabilité du projet : des leçons sont à retenir en termes d'investissements d'énergie et de coûts, le rôle de la DPS est-il de soulever les problèmes (rôle de diagnostic), de motiver les individus (rôle d'agent fort du changement), d'insuffler de nouvelles voies de réflexions (rôle de guide) ? Il sera décidé alors de proposer une approche plus individuelle et moins collective de la Promotion de la Santé dans ce service, dont les réalités de soins et de travail sont assez particulières, qui impliquera pour les suites du projet un accroissement d'une prise en charge par les employés quant à la définition du programme d'activité.

Cet épisode met de l'avant les logiques propres au projet en tant que mode d'organisation, ces logiques reposant essentiellement dans la projection d'actions et d'échéances dans l'atteinte d'objectifs précis. Les problèmes que rencontre la DPS viennent renforcer ces logiques d'organisation : un écart entre les objectifs prévus et ceux réellement atteints à ce stade, et surtout la projection de cet écart vers la finalisation du projet, et des autres à venir, oblige la DPS à questionner le projet. De manière intéressante, ce questionnement repose essentiellement sur les

actions menées par la DPS – à savoir la manière de présenter le projet, d'organiser les rencontres, d'assurer le suivi, d'approcher les gestionnaires, etc. – plus que sur les objectifs ou même la tenue des échéanciers, qui correspondent à d'autres approches d'évaluation de projet, et qui auraient amené à des issues différentes.

La lecture qu'en fait la DPS repose principalement sur des logiques d'investissement de l'organisation qui n'ont pu se dérouler de manière optimale. Le manque de visibilité, des porte-paroles du projet moins efficaces que prévu met à mal tout le travail d'équipement du sens. Les logiques de re-présentation s'appuyaient sur une présence dans les multiples scènes ou lieux du service par le recours d'artefacts ou d'individus à même de transmettre le message jusqu'aux principaux intéressés de manière directe et ostensible. Le travail d'unité et de cohérence du message est alors menacé du fait que la dynamique organisationnelle du projet se disperse dans de nombreux intermédiaires qui ne sont plus en lien : le déplacement a certes lieu mais il n'est plus dirigé. Alors que ces intermédiaires sont censés donner de multiples impulsions synchrones tournées vers une projection commune, les temporalités et spatialités s'effritent et se désynchronisent mettant en péril tout le travail de cohérence et de sens mené. A cela s'ajoute les mouvements de l'organisation elle-même qui vont à l'encontre de celui instigué par la DPS : les emplois du temps, le type de service sont autant de caractéristiques et de marqueurs qui impulsent leurs propres directions. Face à ces mouvements contradictoires, revient-t-il au projet ou à l'organisation de changer de direction ? A cette question, la DPS répond par un encouragement à une construction collective qui donnera un nouvel élan commun. Instigateur d'un mouvement, c'est le projet lui-même qui se retrouve ébranlé. Les freins au déplacement découlent peut être d'aléas logistiques mais surtout du contexte organisationnel qui interroge aussi bien le projet que le projet lui-même l'interroge.

Dans ces formes de mise en mouvement, il reste un élément non interrogé : l'individu. Si le cours du projet et l'organisation sont susceptibles d'être modifiés tel le cours d'un fleuve, qu'en est-il de l'employé en tant qu'individu mobilisé dans cette dimension des plus personnelles qu'est la santé ? Cet épisode montre bien la complexité du travail de déplacement mené par la DPS qui repose dans un changement individuel de comportement (se déplacer), mais qui en même temps prend son origine dans un changement organisationnel (l'organisation à déplacer) et s'ancre dans un travail collectif. Le résultat espéré, et à partir duquel le succès ou l'échec du projet *Ensemble vers la santé* est défini, dépend à la fois du déplacement des individus que de celui de l'organisation. Dans ce sens, les solutions proposées viennent renforcer cette tension entre un projet de nature organisationnelle et un projet, au sens anthropologique (Boutinet, 1990/2005), un projet de vie. En accroissant la dimension participative du projet, qui comme nous l'avons décrit dans l'épisode précédent est caractéristique de la mise en place de *Ensemble vers la santé*, la responsabilisation des employés est ainsi mise de l'avant. D'une certaine manière, non seulement l'employé est rendu responsable de son déplacement – de se déplacer –, mais conséquemment il devient responsable du projet collectif, projet qu'il se doit de porter, de déplacer. La question de l'engagement devient ici cruciale, renvoyant à la vulnérabilité du projet, sa capacité à persister.

Non seulement par sa forme organisationnelle – le projet est une forme d'organisation temporaire, marquée par sa finitude –, mais aussi par sa nature engagée, ou plutôt engageante, le projet *Ensemble vers la santé* montre combien « faire mouvoir » implique aussi bien l'émouvoir et se mouvoir.

2.3 Projet et vulnérabilité : une reconfiguration par la santé limitée

Aborder la mise en mouvement de la notion d'Hôpital Promoteur de Santé à partir du projet *Ensemble vers la santé* nous permet de tirer plusieurs conclusions à la fois théoriques et empiriques, conclusions qui sont autant de pistes qu'il nous reste encore à explorer.

D'un point de vue théorique, les modalités de développement du projet *Ensemble vers la santé* nous ont permis de renforcer notre approche du projet en tant que déplacement. Fondé sur des mouvements de rassemblements (d'individus, d'objets autour de principes fondateurs) et d'espacements (contaminer par exemple les services), la construction du projet et sa viabilité apparaît somme toute particulièrement dépendante de sa capacité à la fois à se mouvoir dans l'organisation (à être présent dans de multiples scènes) et à mouvoir les individus et l'organisation autour de nouvelles normes et valeurs. De ce point de vue, il paraît intéressant de creuser deux dimensions du projet :

1°) les processus d'inclusion et d'exclusion relatifs à ces mises en mouvements, qui supposent des processus d'orientation et donc de re-catégorisation symbolique. Ainsi, le travail de déplacement peut être entrevu comme relevant d'un processus de construction de frontières, fondé sur des évolutions symboliques, elles-mêmes enrichies et appuyées par un travail d'équipement du sens (formes de matérialisation qui permettront au projet de prendre forme concrètement dans les espaces et les temps). Dans cette dynamique, il se pose alors toute la question de la maintenance du projet au regard d'un mode d'existence essentiellement basé sur le mouvement.

2°) la vulnérabilité. Si le projet se conçoit comme processus du mouvoir, son existence tend alors à être relative aux entités humaines et non humaines qu'il met en branle. Si ces dernières ne meuvent pas, le projet meurt. Déplacer les individus sous-entend un déplacement réciproque des individus, ou dit autrement, un engagement de chacun vers le projet. Cette question de l'engagement est d'autant plus cruciale au regard de projets participatifs reposant sur l'action des individus dans le sens du projet. La vulnérabilité du projet alors dépendante de la capacité des participants à « suivre le mouvement ». En cas de freins au déplacement, il est alors à noter que c'est le projet qui se déplace, sa survie reposant sur sa capacité aux mouvements que lui imposent en feedback l'organisation. Rester en mouvement pour donner le mouvement, tel semble être le leitmotiv.

D'un point de vue plus empirique, nous l'avons vu, le projet *Ensemble vers la santé*, par les freins au déplacement mis en avant (faits de mouvements contradictoires, asynchrones), souligne

combien mettre en tension sphère personnelle et organisationnelle autour du mot fédérateur que peut être « santé » peut être un défi ardu. Il nous semble que la principale difficulté repose justement sur un mouvement que cherche à impulser le projet : faire passer la responsabilité de prendre en charge leur santé de la DPS aux employés eux-mêmes. Il est nécessaire que le projet devienne le leur ; or il est important de questionner à la fois la capacité (peuvent-ils prendre en charge leur santé ?) et la volonté (veulent-ils prendre en charge leur santé ?) des individus dans ce 'transfert' du projet. Il reviendrait alors aux employés de faire mouvoir le projet et d'incarner de transformer l'hôpital en hôpital promoteur de santé, sous une forme de transfert des responsabilités. Dans ce mouvement, c'est donc bien la place de l'individu au sein de l'organisation mais aussi la place de l'organisation au sein de l'individu qui s'en trouve redéfini. La Promotion de la Santé, par la notion d'Hôpital Promoteur de Santé souligne indirectement la responsabilité de l'organisation dans la réalisation de l'individu (le milieu de travail peut aussi bien être négatif ou positif pour l'employé, être un frein ou un catalyseur). Le travail devient objet organisationnel, au sens où il se doit d'être au centre d'une réflexion qui décortiquerait incidemment les rapports des individus à l'organisation, les rapports des individus aux autres collègues. Similairement à un « travail d'organisation » (De Terssac, 2003), d'ajustement entre un ordre préalable et le cours de l'action, se produirait un "travail de santé". Une activité de construction de sa santé s'ajouterait à l'activité productive habituelle et serait mise en tension afin de construire un rapport équitable entre organisation et employés. Serait-on proche de ce que G. De Terssac et al. (De Terssac et al., 2008, p 232) appellent la « santé organisationnelle » ? Dans leurs mots, la santé organisationnelle « n'est pas seulement un état de bien être de l'individu dans son rapport au milieu de travail ; elle s'apparente aussi dans bien des cas à la construction d'un équilibre instable entre l'individu et l'organisation, fait de compromis sans cesse renouvelés, pour maintenir ou pour lutter contre la détérioration de la santé ».

Bibliographie

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2007, Mise en œuvre de la promotion de la santé dans les hôpitaux Manuel d'autoévaluation et formulaires, 93 p.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Organisation mondiale de la Santé Europe, 2008, Le Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé: Intégrer la promotion de la santé dans les hôpitaux et les services de santé, 24 p.10

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2009a, Le Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé, 6 p.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2009b, Guide d'élaboration d'une politique de promotion de la santé et recueil de politiques, 180 p.

Boutinet, J.-P. (1990/2005). *Anthropologie du projet*. Paris: Presses Universitaires de France.

Bruni, A. (2005). Shadowing software and clinical records: On the ethnography of non-humans and heterogeneous contexts. *Organization*, 12(3), 357-378.

Clegg S., Courpasson D., 2004, Political Hybrids: Tocquevillean Views on Project Organizations, *Journal of management studies*, p. 525-547

Cooper, R. (1992). Formal organization as representation: Remote control, displacement and abbreviation. Dans M. R. a. M. Hughes (Éd.), *Rethinking Organization* (Vol. 254-272). London: Sage.

Dedobbeleer N., Contandriopoulos A.-P., Lamothe L., NGuy H., Rousseau L., Bilterys R., 2008, La dernière réforme dans le système de santé et des services sociaux au Québec et la fenêtre d'opportunité pour l'adoption du concept de l'OMS « hôpital promoteur de santé ».

Hémont F., 2011, Une approche communicationnelle du "développement fournisseur" : le cas des rapports clients-fournisseurs dans l'aéronautique. Thèse de doctorat, Université de Toulouse.

Jolivet, A, (2011), La certification à l'épreuve de la communication : travail de sens et figures de la qualité. Le cas d'un établissement de santé. Thèse de doctorat, Université de Toulouse.

Latour, B. (2007). *Résumé d'une enquête sur les modes d'existence ou bref éloge de la civilisation qui vient, Exercice de métaphysique empirique*. Cérisy.

Meunier, D., & Vasquez, C. (2008). On Shadowing the Hybrid Character of Action: A Communicational Approach. *Communication Methods and Measure*. 2:3,167 — 192.

Organisation mondiale de la Santé, 22 juillet 1946, Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York

Organisation mondiale de la Santé, Charte d'Ottawa, adoptée le 21 novembre 1986, 6 p.

Organisation mondiale de la Santé, Charte de Budapest, 1992, 2 p.

Organisation mondiale de la Santé, Déclaration de Vienne, 1997, 2 p.

Raeburn J., Rootman I., Le concept de santé, une nouvelle proposition, in O'Neill Michel, Dupéré Sophie, Pederson Ann, Rootman Irving (dir.), *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, PUL

Réseau Européen de Promotion de la Santé au travail, Déclaration du Luxembourg sur la promotion de la santé au travail, le 27-28 novembre 1997 (actualisée en Juin 2005 et Janvier 2007), 6 p.

Réseau Européen de Promotion de la Santé au travail, Déclaration de Barcelone sur le développement de bonnes pratiques de Promotion de la Santé au travail en Europe, le 17-18 juin 2002, 4 p.

Sergi V., Vasquez C., 2010, Processing the project: Learning about becoming through the study of projects, 26th EGOS Colloquium, Lisbon, June 28-July 3, p. 1-26

Terressac de G., Gaillard I., 2008, Risques socio-organisationnels (RSO) et santé : une question de régulations ?, In : Poulain J-P., Lalanne M., Renaud L., *Pour une re-problématisation des avancées des sciences sociales sur les questions des Normes sociales et risque(s) au service de l'action en santé publique*, rapport de recherche internationale financée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 232-258.

Vasquez, C. (2009). *Espacer l'organisation: trajectoires d'un projet de diffusion de la science et de la technologie au Chili*. Thèse de doctorat. Université de Montréal.