

MOT DE LA PRÉSIDENTE



C'est déjà la rentrée, pour les uns c'est une rentrée universitaire en administration de la santé, et pour les diplômés c'est la reprise des activités avec les réunions qui s'accumulent, les dossiers complexes à gérer et une épidémie probable...La santé

de la population est une préoccupation majeure et les établissements ont été conviés il y a plusieurs années à travailler à la promotion de la santé.

Ce numéro est consacré aux hôpitaux promoteurs de santé et provoque une réflexion sur les changements importants qui s'imposent dans les mentalités et les programmes pour réaliser cet objectif.

Bonne rentrée,

Colette Tracyk

MOT D'INTRODUCTION

Par Robert Bilterys, étudiant au PhD en santé publique, DASUM.

Lors de la parution du mois d'avril dernier, un article définissant le concept « hôpital promoteur de santé » vous avait été présenté. Ce mois-ci, nous vous proposons un article de nature plus analytique, écrit par Lynda Rey (candidate au PhD en santé publique), montrant l'importance de ce concept dans l'adaptation des organisations de santé à leur environnement. Il se veut une réflexion sur le concept et sa place dans le changement organisationnel.

Ainsi, nous aurons au total consacré deux parutions aux hôpitaux promoteurs de santé. Cela, afin de refléter l'importance et l'actualité de ce dossier au niveau québécois. En effet, l'implantation d'interventions visant à promouvoir la santé des patients, du personnel et de la communauté, continue à faire son apparition dans de nombreux CSSS et centres hospitaliers du Québec. Cela montre clairement la transition qui est en train de s'opérer, soit le passage d'une approche presque exclusivement curative vers une nouvelle approche intégrant à la fois une visée curative et la promotion de la santé. Cet enthousiasme peut s'expliquer en raison de l'utilité de ce concept permettant aux organisations de santé de s'adapter aux exigences d'un environnement dynamique, mais également de son pouvoir intégrateur. Il intègre en effet plusieurs concepts sous un seul, tels que ceux de qualité, performance, écoresponsabilité, soins centrés sur le patient, etc.

La création d'un réseau montréalais des hôpitaux et CSSS promoteurs de santé est un exemple particulièrement probant de formalisation de l'intégration de ce concept dans les procédures et structures administratives des CSSS et des hôpitaux. De plus, chaque année, les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux du Québec sont de plus en plus nombreux à assister à la conférence internationale des hôpitaux promoteurs de santé se tenant en Europe.

Nous vous souhaitons donc une bonne lecture et vous invitons à nous faire part de tout commentaire que vous pourriez avoir par l'intermédiaire de notre adresse courriel.

Le 27^{ème} colloque Jean-Yves Rivard, organisé par le DASUM, aura lieu le **vendredi 25 septembre 2009** à Montréal.

Réservez dès à présent cette journée dans votre agenda !



Signature
SOINS PERSONNALISÉS
POUR SÉJOURS DE COURTE ET DE LONGUE DURÉE
Une bannière signée
LE GROUPE MAURICE

LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL AU CŒUR DE L'HÔPITAL : ÉCLAIRAGE DU CONCEPT D'HÔPITAL PROMOTEUR DE SANTÉ (HPS)

Par Lynda Rey, étudiante au PhD en santé publique, DASUM.



Introduction

La complexité organisationnelle de l'hôpital (Contandriopoulos and Trotter 1998) ne facilite pas l'émergence d'une culture de changement, solution alternative à l'hospitalocentrisme dominant. Ainsi, les cloisonnements (individuel/collectif, curatif/préventif, médical/social, ambulatoire/hospitalier) sont surdéterminés par des représentations de la santé et de la maladie qui rendent difficile l'intégration d'une

politique de prévention et de promotion au sein du système (Martin, 2000). En effet, cet environnement complexe est a priori réfractaire à l'introduction d'un processus intégrateur et transversal basé sur la communication entre toutes les spécialités (Grosjean, Lacoste et al. 1999). Traditionnellement considérés comme l'antithèse de la santé communautaire (Wright et al, 2002), les hôpitaux font face à des pressions importantes et rapidement changeantes en tant que composantes centrales et complexes du système de santé (Mc Kee et al, 2002).

Néanmoins, certains hôpitaux notamment en Europe et au Canada, ont décidé d'inclure dans leur offre traditionnelle de services, une stratégie promotrice de santé. Ainsi, en devenant des hôpitaux promoteurs de santé (HPS), ils font le choix de l'ouverture sur l'extérieur, d'une plus grande autonomie et s'intègrent à un réseau de soins. Au Québec par exemple, en marge de ses activités cliniques, le CHUM publie annuellement une variété de documents visant à promouvoir la santé auprès de différents publics. Qu'il s'agisse de livres sur le diabète, de recommandations de diététistes, de guides sur des sujets aussi variés que les AVC ou la préparation au deuil, toute l'information produite par le CHUM converge vers un seul but, celui de contribuer à améliorer les habitudes de vie de sa clientèle afin qu'elle vive plus sainement tant sur le plan physique que psychologique. L'application d'un tel concept à des structures a priori rigides, a des implications non négligeables dans la pratique. La qualité d'une politique de promotion de la santé au sein de l'hôpital dépend tant des procédures que de la culture volontairement promotrice de santé des structures pour réaliser cet objectif (Donabedian cité par Whitehead, op.cit). Au stade actuel, la plupart des HPS mettent en œuvre des projets de promotion de santé épars, isolés et indépendants, et de fait insuffisants pour amorcer un processus holistique de changement organisationnel.

1. L'hôpital, une bureaucratie professionnelle face au changement

Pendant des siècles, l'hôpital fut le lieu d'accueil exclusif des pauvres et malades. Avant d'être une institution sanitaire, l'hôpital était une institution sociale tant il était admis que « l'assistance de la classe infortunée est une charge de l'Etat » (Rochaix 1959). Progressivement, les missions des établissements de soins participant au service public se sont élargies.

Dès lors, en tant que carrefour des réseaux de savoirs et des techniques médicales sophistiquées, l'hôpital a acquis une compréhension plus précise du corps humain et a accompagné le bouleversement de la pratique médicale (Kervasdoué 2007). Cette situation a fait de l'institution hospitalière une organisation au paroxysme de la complexité, victime des effets pervers du mythe technologique (Claveranne and Lardy 1999).

De la complexité de l'hôpital

Mintzberg présente l'hôpital comme une bureaucratie professionnelle à forte tendance à la différenciation et à la spécialisation (Mintzberg 1982). Sa structure très hiérarchisée (Penneff 1992) héberge des professionnels qui travaillent en silo (Bergman et al, 1998). En tant qu'organisation complexe, l'hôpital est constamment face à un dilemme. Du point de vue de sa structure, il s'agit d'une organisation bureaucratique dotée d'une hiérarchie, avec des procédures bien définies et dont la performance est évaluée en fonction des objectifs atteints. En revanche, du point de vue des valeurs, sa légitimité demeure ancrée dans le savoir médical (Beck 1986).

L'hôpital est par nature une organisation complexe de par la multiplicité des rôles, des acteurs, des techniques et des attentes contradictoires du public et des autorités de tutelle. L'hôpital doit réussir à concilier deux objectifs, soigner mieux et dépenser moins. Kervasdoué identifie trois raisons principales à la complexité hospitalière: 1) l'explosion des industries biomédicales, une spécialisation croissante et continue, et une double division du travail (médecine et autres professions); 2) la croissance exponentielle des sommes engagées dans les hôpitaux par la collectivité et dont il convient de surveiller l'usage; et enfin, 3) une exigence de qualité et de sécurité qui passe du discours incantatoire à la pratique (Kervasdoué 2007). La perception de la complexité de l'hôpital selon Cohen quant à elle, est plus radicale (Cohen, March et al. 1972). Les hôpitaux seraient des « anarchies organisées » caractérisées notamment par des processus décisionnels chaotiques, des objectifs divergents, des moyens et des finalités fortement influencés par un contexte sociopolitique omniprésent. Ces deux arguments ne font que décrire, au delà de la complexité organisationnelle, la crise multiforme du système hospitalier: « crise de légitimité, d'identité, financière mais également existentielle » (Amourous 2004). Pour surmonter cette crise, l'hôpital se trouve dans l'obligation d'amorcer un processus de changement.

Message zen...

La santé est un état précaire qui ne laisse présager rien de bon (Jules Romains).

Le changement, une alternative à la crise hospitalière

Alors que les médecins s'élèvent contre une politisation de la gestion hospitalière, les pouvoirs publics en revanche, tendent de plus en plus à considérer l'hôpital comme le maillon essentiel d'une politique de santé efficace tout en dénonçant le caractère scandaleux de ses dépenses (Champagne, Denis et al. 1998). Dans un contexte marqué par l'évolution des besoins et des pratiques cliniques - vieillissement de la population, innovation technologique, développement de pathologies chroniques, croissance de la demande d'information, de sécurité, qualité et accroissement des inégalités de santé - l'organisation des services de soins et de santé, hôpital y compris, exige une transformation structurelle (Valette, Contandriopoulos et al. 2006).

La restructuration de l'hôpital, synonyme de changement (Champagne 2002), est au cœur des réformes de santé dans les États modernes (Valette, Contandriopoulos et al. 2006). Pour des motifs d'économie et d'efficacité, les hôpitaux sont amenés à accroître leurs activités et à réaliser des ajustements devenus incontournables.

Le concept d'Hôpital Promoteur de Santé (HPS) fournit un éclairage sur les missions d'un « autre hôpital », une institution « sans murs » (Contandriopoulos 1999), c'est-à-dire qui ne serait « plus divisée, ni segmentée mais qui aurait une structure régulée de façon à faciliter une réorganisation permanente » (Contandriopoulos and Trotter 1998).

2. L'Hôpital Promoteur de Santé : un changement organisationnel à l'œuvreLe concept HPS ou la promesse d'un hôpital sans murs

Selon les principes de la Charte d'Ottawa, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire mais dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être de l'individu (OMS 1986). C'est dans ce contexte qu'a émergé le concept HPS qui traduit une vision, un ensemble de stratégies permettant 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 population de la communauté (Lobnig, Krajic et al. 1999). Le rôle et les missions de l'hôpital sont donc redéfinis dans une conception élargie qui fait de l'institution « un lieu où l'on guérit, un lieu sain pour travailler, un lieu qui devrait respecter l'environnement et qui devrait contribuer à la santé dans sa communauté » (Hancock 1999). Dès lors, l'amélioration de la santé des patients hospitalisés, du personnel et de la communauté passe par le renforcement de la qualité des services hospitaliers et une offre de services supplémentaires lorsque cela s'avère nécessaire (WHO Collaborating Center, Vienne).

La Déclaration de Vienne (1997) a formalisé les principes fondamentaux des HPS et a proposé des stratégies d'implantation du concept. Selon ses recommandations, un hôpital promoteur de santé doit : 1) promouvoir la dignité humaine, l'équité et la solidarité, l'éthique professionnelle, reconnaître les différences dans les besoins, les valeurs et les cultures des différentes populations; 2)

être orienté vers le développement de la qualité, le bien-être des patients, des proches et du personnel, vers la protection de l'environnement et la concrétisation du rôle d'enseignement de l'organisation; 3) se focaliser sur la santé dans une approche holistique et pas uniquement sur l'aspect curatif; 4) se centrer sur l'offre des meilleurs services de santé possibles afin de faciliter le processus de guérison et contribuer à la prise en charge de leur santé par les patients; 5) 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) entretenir des collaborations étroites avec les autres niveaux des services de santé ainsi que la communauté (OMS, Déclaration de Vienne, 1997).

Avec ce concept, le rôle et les missions des hôpitaux mettent indéniablement l'accent sur la santé dans une perspective holistique et non plus seulement curative (Stokols 1992).

Application du concept HPS et processus de changement organisationnel : quelles implications ?

Devenir un hôpital promoteur de santé suppose un processus de changement et de développement organisationnel (Johnson and Baum 2001). Cependant, la structure organisationnelle complexe des hôpitaux ne constitue pas toujours un facteur facilitant la mise en œuvre d'activités promotrices de santé. De plus, la plupart des professionnels de santé travaillant à l'hôpital sont réticents à intégrer la promotion de la santé (Bakx, Dietscher et al. 2001) en tant qu'élément constitutif de leurs pratiques routinières (Nagle, Schofield et al. 1999; Aujoulat, Le Faou et al. 2001). Or, les professionnels de santé d'un établissement de santé ont une responsabilité populationnelle (Olden 2003) qui inclut la prévention, la promotion et l'éducation à la santé. Par conséquent, leurs mentalités doivent évoluer vers une compréhension plus globale de la santé et de ses déterminants (Wright, Franks et al. 2002) et non vers une surspécialisation médicale de leur expertise (Johnson 2000).

Le pilotage d'un tel changement implique la responsabilité et l'engagement d'une « constellation d'acteurs stratégiques » (Hodgson, Levinson et al. 1965) portés à développer et maintenir un certain degré de cohérence tout au long du processus, et en mesure d'agir dans le cadre d'un leadership collectif (Contandriopoulos and Souteyrand 1996). La stratégie HPS vise non seulement l'implication des professionnels de santé mais aussi l'organisation hospitalière dans son ensemble.

L'hôpital promoteur de santé est un « agent de changement » (Pelikan, Krajic et al. 2001), une organisation en mesure de survivre dans un environnement dynamique et complexe. Le tableau suivant, adapté de Contandriopoulos et al, propose certaines caractéristiques du changement de modèle hospitalier (Contandriopoulos and Souteyrand 1996).

Le prochain **5 à 7 de l'ADASUM** aura lieu le **28 octobre 2009**, et portera sur l'organisation des services médicaux spécialisés. Notre invité sera Dr. Gaétan Barette, Médecin et président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

	Ancien modèle	Modèle émergent
Culture	Hôpital= élément du système de soins pyramidal	Acteur dans un réseau d'offres de soins
Structure	Architecture cloisonnée	Architecture intégrée
Comportements	Autonomie des services	Forte coordination interne
Stratégie	Autocentrée, axée sur les moyens	Stratégie de maîtrise de l'environnement, axée sur les résultats

Appliqué au concept HPS, deux approches ont été identifiées (Johnson and Baum 2001) : le degré d'implication de l'organisation et les types d'activités de promotion mises en œuvre en faveur des patients et de leurs familles, du personnel, en direction de l'organisation, de son environnement physique et de la communauté desservie par l'hôpital. Pour Rushmere, l'application du concept HPS ne devrait pas relever d'approches différenciées. « *A health promoting hospital has health promotion as a core value within the organization. It is not simply a hospital with few health promoting projects* » (Rushmere 1996). Toutefois, les projets promoteurs de santé au sein de l'hôpital constituent déjà un important point de départ pour impulser le changement organisationnel (Whitelaw, Baxendale et al. 2001; Yeatman and Nove 2002).

En tant que discipline relativement récente s'intéressant à la complexité organisationnelle et à des interventions complexes, la promotion de la santé risque d'être en compétition avec la culture d'une médecine friande de données probantes (basée sur des preuves) (Pelikan, Krajic et al. 2001). Autrement dit, « *there is little empirical evidence of a measurable health impact of policies focused on creating healthy environments as part of Health Promoting Hospitals* » (Groene 2005). En effet, la recherche évolue en termes de projets de conception d'outils d'évaluation des HPS (Dedobbeleer and Contandriopoulos 2009) en vue de prouver en quelque sorte l'efficacité (certains parleront de performance) d'un hôpital promoteur de santé, une tâche éminemment sensible, d'autant plus qu'il existe une pléthore d'outils d'évaluation de la performance hospitalière.

Conclusion

Plus que d'autres, l'hôpital requiert des transformations car sa raison d'être est au cœur des valeurs d'une société, notamment lorsqu'il s'agit de la prise en charge des plus fragiles (Amourous 2004). Les hôpitaux peuvent avoir un impact durable et influencer le comportement des patients et des membres de leurs familles qui sont plus réceptifs aux conseils en matière de santé lorsqu'ils traversent un épisode de maladie {Ogden, 1996}. Bien que la responsabilité de l'hôpital en matière de soins s'achève avec la procédure du congé du patient, du point de vue du système de santé, un nombre important de ré-hospitalisations et de complications pourraient être évitées en préparant mieux les patients à leur congé et en mettant régulièrement à contribution les intervenants médicaux et sociaux.

Considérant qu'ils ploient déjà sous le poids d'importantes responsabilités, les hôpitaux ont longtemps ignoré les pressions, faites au niveau international et local, les incitant à intégrer une démarche plus promotrice de la santé à leurs missions traditionnelles (Lalonde 1989). En réalité, la mise en application des propositions sous-jacentes au concept HPS ne saurait constituer un fardeau supplémentaire pour l'hôpital. Au contraire, l'approche HPS suggère que dans un système ouvert, une organisation telle

que l'hôpital, doit pouvoir évoluer à la même vitesse que son environnement, si elle ne veut pas se retrouver en décalage avec celui-ci.

Malgré la difficulté de la tâche, le concept HPS offre aux hôpitaux l'occasion de rompre avec ce que Whitehead qualifie de « *splendid isolation* » (Whitehead 2004), c'est à dire des institutions oubliées par les réformes de santé, en décalage avec les besoins ressentis par les communautés qu'elles sont sensées servir, et au sein desquelles toute activité promotrice de santé est plus « symbolique qu'authentique » (Wright, Franks et al. 2002; Olden 2003). Une fois opérationnalisé, le concept pourra permettre à l'hôpital non pas de remettre en cause l'accès équitable aux soins de santé notamment engendrée par des coupures budgétaires (Levin and Ziglio 1996), mais de porter une attention particulière aux déterminants sociaux de la santé (Marmot 2001; Marmot 2007), ce qui réduirait à terme et de façon significative, la demande, voire même les dépenses de santé.

La promotion de la santé au cœur du système hospitalier ne doit pas rester au stade d'intention ou de vœu pieu, mais doit être intégrée aux soins et à la stratégie de prévention. Pour être effectif, un tel changement doit s'accompagner de mécanismes de suivi et d'évaluation sur le long terme (Baron, Gleason et al. 1990). De même, son efficacité dépend des relations que l'hôpital saura bâtir et consolider avec les soins de première ligne afin que soient identifiés les membres de la communauté qui pourraient bénéficier de soins dispensés par des professionnels de santé communautaire (McBride 1994).

Pour que les pratiques et les organisations prennent le flambeau du changement, Contandriopoulos nous rappelle « qu'il faut que de façon simultanée, les incitations, les obligations, les informations, les normes collectives du champ dans lequel les agents pratiquent se transforment et que les mentalités des acteurs changent » (Contandriopoulos 2003).

TABLEAU DE LA RÉPARTITION DES ADMISSIONS À LA MAÎTRISE EN ADMINISTRATION DES SERVICES DE SANTÉ (AUTOMNE-HIVER 2009)

		Admis/inscrits
Répartition des admissions :		71
Sexe	Femmes	43
	Hommes	28
Programme	Maîtrise	
	Analyse et évaluation	7
	Gestion	16
	Gestion - Cohorte Haïti	15
	Queops-i	18
	DESS	7
	Microprogramme	8
Statut	Plein temps	46
	Demi temps	16
	Temps partiel	9
Formation de base	MD	21
	Chiropratie	1
	Maîtrise en santé : sc. infirmières, santé communautaire, orthophonie, ergothérapie	4
	Maîtrise autres : sociologie, droit, master Mngt, MBA, Gestion Projet, MAP, LoisirTourisme	7
	B.Sc. Infirmières	7
	B.Sc. en Santé : biomédicales, microbiologie, pharmacologie, ergothérapie,	6
	B.Sc. Humaines : psychologie, service social, politiques, rel. Industrielles, anthropologie	8
	Bacc Adm. : BAA, Gestion publique, Health sc. Adm.	4
	Bacc autres : droit, ingénieur, B.Sc. 3 certs	3
	Licence ; Infirmière, Sc.	6
	Diplôme : Pharmacien, Gestion serv. santé	3
Citoyenneté	Canada	34
	Résident permanent : Algérie, Maroc, Cameroun, Roumanie, Russie, Haïti, Brésil, Colombie, Venezuela	14
	Afrique : Burundi, Congo, Sénégal	3
	Haïti	15
	Tahiti	1
	France	4

NOTRE SUGGESTION DE LECTURE

« Au piano », de Jean Echenoz, prix Goncourt 1999 pour « Je m'en vais »

Aux éditions Minit, Février 2003

La pratique professionnelle du piano suppose une discipline stricte. Elle exclut tout divertissement susceptible d'éloigner l'artiste de son clavier. Pourtant il aimerait, lui aussi, jouir de la lumière du monde, de la douceur de vivre, de la tiédeur de l'air et de l'amour des femmes. Eh bien non : mort ou vif, le pianiste se doit d'abord à son public. Max Delmarc, pianiste, vit un enfer : il ne supporte pas de jouer en public, rongé par le trac, et sa timidité lui empêche de saisir le bonheur quand il le rencontre. Peut-on surmonter nos peurs ?



Venez consulter notre site Internet :

www.adasum.com

Si vous souhaitez nous suggérer un thème pouvant être abordé dans l'une de nos parutions, si vous souhaitez apporter un commentaire ou nous faire des suggestions, n'hésitez pas à communiquer avec nous :

adasum@umontreal.ca

Au plaisir de vous lire et d'échanger avec vous !

Contact:

ADASUM

Département d'administration de la santé
Université de Montréal
Case postale 6128, succursale Centre-ville
Montréal, Québec H3C 3J7

Tél. avec messagerie :
+1-514-343-6111 #4938

Fax: +1-514-343-2448
adasum@umontreal.ca

Changement d'adresse ?

Faites-nous parvenir par courriel votre nouvelle adresse électronique afin de continuer à recevoir l'Infolettre.

Annonces

Vous êtes diplômé ou professeur du DASUM, vous pouvez annoncer vos services dans le Bulletin, au coût de 250 \$ par parution, et soutenir ainsi les activités de l'ADASUM.

Comité de rédaction du Bulletin de l'ADASUM

Robert Bilterys
Huguette Blouin
Jacques Couillard
Mireille Gagné
Rachel Goupil
Julie Ricciardi