

La santé organisante : enjeux organisationnels d'un travail de déplacement

Health Organizing: Studying the Organizational Issues of Displacement at Work

Alexia Jolivet et Consuelo Vásquez



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/questionsdecommunication/8468>

DOI : 10.4000/questionsdecommunication.8468

ISSN : 2259-8901

Éditeur

Presses universitaires de Lorraine

Édition imprimée

Date de publication : 31 août 2013

Pagination : 319-344

ISBN : 978-2-8143-0162-7

ISSN : 1633-5961

Référence électronique

Alexia Jolivet et Consuelo Vásquez, « La santé organisante : enjeux organisationnels d'un travail de déplacement », *Questions de communication* [En ligne], 23 | 2013, mis en ligne le 31 août 2015, consulté le 20 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/questionsdecommunication/8468> ; DOI : 10.4000/questionsdecommunication.8468

> NOTES DE RECHERCHE

ALEXIA JOLIVET

Centre de recherche sur la communication et la santé
Université du Québec à Montréal
CA-H3C 3P8
jolivet.alexia@uqam.ca

CONSUELO VÁSQUEZ

Département de communication sociale et publique
Université du Québec à Montréal
CA-H3C 3P8
vasquez.consuelo@uqam.ca

LA SANTÉ ORGANISANTE : ENJEUX ORGANISATIONNELS D'UN TRAVAIL DE DÉPLACEMENT

Résumé. — À la fin des années 80, 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*. La santé, mobilisée par cette Promotion de la santé, se présente comme une rhétorique nouvelle de réorganisation de l'Hôpital, impulsant de nouvelles relations entre des sphères publiques, professionnelles, personnelles, au sein même de l'organisation. En qualifiant l'Hôpital de « *public health setting* » (« service de santé publique » ; ENWHP, 2002), la construction d'un nouveau rapport entre santé, organisation et employé s'en trouve questionnée. La santé en devient-elle une nouvelle ressource de l'organisation ou/et une nouvelle norme de reconfiguration : une santé organisante ?

Mots clés. — Santé organisante, promotion de la santé, hôpital, approche constitutive de la communication, travail de déplacement.

Dans les années 80, sous l'impulsion de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1986 : 1), il est confié à l'Hôpital une nouvelle mission : « donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et des moyens pour l'améliorer », notamment par le truchement de politiques d'éducation et de promotion, et ce, aussi bien pour ses patients que pour ses employés¹. Apparaît alors la « Promotion de la santé » comme une nouvelle forme de reconfiguration pour l'Hôpital, promulgué alors comme porteur clé de cette nouvelle politique. Toutefois, cette mission présente une faible valeur injonctive et ce n'est qu'au cours de la dernière décennie que certains hôpitaux mettent progressivement en œuvre des programmes de promotion de la santé, plus ou moins marginalisés dans les politiques générales d'administration des hôpitaux. Ce passage à l'« Hôpital promoteur de santé » n'est pas sans incidence sur les frontières de l'Hôpital alors conduit à reconsidérer ses missions, certes, auprès des patients et de la société, mais aussi auprès de ses employés. De ce point de vue, la santé² mobilisée par la Promotion de la santé se présente comme une rhétorique nouvelle de réorganisation de l'Hôpital, impulsant des relations de co-travail entre des sphères publiques, professionnelles et personnelles au sein même de l'organisation.

Nous nous intéresserons à la redéfinition de l'Hôpital en tant que milieu de travail sain et, plus spécifiquement, à comprendre comment cette redéfinition s'incarne dans un projet spécifique de promotion de la santé à destination des employés. En qualifiant l'Hôpital de « *public health setting* » (« service de santé publique » ; ENWHP, 2002 : 2), n'est-ce pas la construction d'un nouveau rapport entre santé, organisation et employé 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 de la santé et de changement des habitudes de vie, nous interrogent quant aux formes de reconfigurations des frontières de l'Hôpital. La santé devient-elle une nouvelle *ressource* de l'organisation ? Peut-on y voir une nouvelle forme de réhabilitation de l'individu, ou la notion de « ressource humaine » n'a-t-elle jamais été aussi signifiante ? La place de l'individu au sein de l'organisation remodelée par le discours de la Promotion de la santé est alors tributaire du rôle que lui-même décide de s'adjoindre au regard de la prise en charge de sa santé. Toute la fragilité, voire la vulnérabilité du projet que nous étudierons se joue dans ce déplacement ultime de l'individu-employé.

¹ Nous voudrions remercier chaleureusement l'équipe du projet Ensemble vers la santé pour leur accueil et leur ouverture. Nous remercions également les évaluateurs de l'article pour leurs commentaires constructifs ainsi que les participants au 80^e colloque de l'Association francophone pour le savoir *La santé à l'épreuve des reconfigurations organisationnelles et communicationnelles : bilan et perspectives* lors duquel nous avons présenté une première mouture de notre réflexion.

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.

² Le terme « santé » renvoie à plusieurs niveaux. Notre propos est de saisir comment la *valeur* santé est mobilisée selon une rhétorique, une argumentation, qui tend à lui donner une force normative au sein de l'organisation. Ainsi la santé est-elle à la fois un idéal, un argument sur lequel se fonde une rhétorique et une norme. Elle se présente donc comme un discours travaillé selon des logiques multiples (voir *infra*).

Le propos de l'article est précisément de saisir comment la santé, mobilisée dans la notion d'Hôpital promoteur de santé, devient une construction organisationnelle. Nous faisons l'hypothèse que cette construction d'une santé devenue « organisante » relève d'un « travail de sens » à partir duquel sont projetés « de multiples ordres de réalité de l'organisation telle que vécue » (Jolivet, 2010 : 34). Notons que la notion de « sens » est prise ici dans ses deux acceptions, renvoyant à un effort collectif pour à la fois donner de la *signification* à cette nouvelle rhétorique de santé et offrir une *orientation* aux initiatives s'inscrivant dans cette démarche. Dans le cas qui nous intéresse, ce travail de sens met en jeu ce que nous appelons un « travail de déplacement », une construction de sens à travers laquelle l'organisation est mise en mouvement, discursivement et matériellement. Analyser la manière dont ce travail de déplacement est mis en actes et en paroles permet d'appréhender cette rhétorique de la santé en tant que nouvel ordre normatif.

Dans un premier temps, nous procéderons à une mise en contexte afin de souligner dans quelle mesure le développement de la Promotion de la santé a conduit à une forme de labellisation de la santé. Dans un deuxième temps, nous nous intéresserons à l'incarnation locale de cette rhétorique de la Promotion de la santé (du discours aux actes) telle que mise en œuvre dans notre terrain de recherche, soit la direction de la promotion de la santé du Centre hospitalier de Montréal, et plus spécifiquement, nous décrirons les déplacements impulsés par cette rhétorique dans le cadre du projet « Ensemble vers la santé ». Dans un dernier temps, nous montrerons combien la spécificité de ce travail de déplacement réside dans les enjeux organisationnels qu'il soulève.

La santé organisante, ou déplacer l'organisation

Une nouvelle rhétorique de santé, une nouvelle mission pour l'Hôpital

Le concept de santé sous-tendu par la Promotion de la santé traduit un glissement progressif d'une approche clinique et biomédicale de la santé, 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 : 1). Il s'agit de « construire un état de santé plutôt que seulement prévenir ou traiter la maladie » (Raeburn, Rootman, 2006 : 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 (OMS, 1986).

Conçue dans la lignée des projets « Villes en santé », « Écoles en santé », l'initiative des Hôpitaux promoteurs de santé (HPS) débute en 1991 avec 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 » (OMS, 1991 : 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 » , sur « l'établissement de liens aussi étroits que possible avec les autres niveaux du système de santé et la communauté » (*ibid.* : 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. Ainsi définie, la santé agit donc comme un facteur de réorganisation de l'Hôpital en élargissant ses missions, en déterminant de nouvelles préoccupations pour les acteurs, en établissant la santé comme axe stratégique de développement de l'organisation.

L'Hôpital est dès lors redéfini comme une organisation clé pour la contribution à la santé de la société. Comme le soulignent Nicole Dedobbeleer et ses coauteurs (2008 : 5), le terme « promoteur de santé » est choisi préférablement à celui de « en santé ». 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 trouve 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 (ASSSM, OMS, 2008). Lieu de convergence, l'Hôpital voit ainsi se dédoubler sa mission, entre impératifs thérapeutique et éducatif.

Affublé d'une mission sociale renforcée, insistant dès lors sur les dimensions collective et sociopolitique de la santé, le concept de « Promotion de la santé » questionne l'Hôpital dans ses frontières : il devient cette organisation qui s'ouvre de manière exponentielle à son environnement. Si nous reprenons la définition proposée par Hubert Lobnig (*in* : Dedobbeleer *et al.*, 2008 : 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 : certes, il doit être capable de s'y adapter, mais également, de manière active, d'exercer une influence. Une forte dimension habilitante, de prise en main des individus et de la société, place l'Hôpital dans une forme d'interventionnisme. Nous assistons à une dynamique de responsabilisation étatique.

Pour satisfaire aux principes de l'HPS, l'hôpital doit répondre non seulement à des principes moraux et philosophiques, mais également à des critères d'application et de gestion bien précis. Ainsi le réseau HPS – fondé en 1988 par l'OMS – a-t-il élaboré un ensemble de standards qui s'est concrétisé sous la forme d'un « label » « Hôpitaux Promoteurs de Santé », qui viserait à intégrer les valeurs et, plus précisément, les normes de la Promotion de la santé dans la gouvernance, l'organisation et la culture des hôpitaux. Cinq normes ont été établies : politique de gestion ; évaluation des patients ; information et intervention auprès des patients ; promotion des milieux de travail sains ; continuité et coopération (ASSSM, 2007). L'appareillage proposé pour la mise en œuvre

de cette politique de promotion de la santé repose sur deux éléments clés : les normes et les indicateurs. Les normes « expriment des énoncés sur lesquels s'entendent les professionnels et portent sur les structures ou les processus de soins qui devraient être implantés » (*ibid.* : 7) ; les indicateurs, permettent la mesure de certains critères, dans une optique seconde de mise en comparaison de la performance des hôpitaux. La santé, valeur argumentative et but éthique mobilisés par la Promotion de la santé, s'équipe alors d'un dispositif normatif qui tend progressivement à faire de la santé un label, une valeur codifiée pour l'organisation et pour l'employé³.

Le projet Ensemble vers la santé : comment incarner l'HPS à un niveau local

La direction de la Promotion de la santé (DPS) sur laquelle se fonde notre étude a été créée au sein du Centre hospitalier de Montréal il y a cinq ans, à la suite de l'intégration de ce dernier au réseau HPS. Ses membres (une dizaine de personnes) sont issus des mondes médical et paramédical et travaillaient déjà à l'hôpital avant la création de la DPS. De multiples projets ont vu le jour, intégrant les différentes normes établies par l'OMS et l'Agence régionale de santé (2007, 2009) : information et éducation du patient, promotion de la mise en place d'un milieu de travail sain (politiques portant sur l'activité physique et une alimentation saine).

Le projet Ensemble vers la santé a été pensé à la suite d'un constat de la part de la DPS : même si un ensemble d'activités et de programmes sur la santé avait été mis en œuvre, ils attireraient souvent les mêmes individus, déjà mobilisés. La solution envisagée a donc été de mettre en place un projet par service, qui identifierait les « besoins⁴ » précis des employés afin de proposer des activités adaptées. Au sein de l'hôpital, le projet se distingue par son attention précise portée aux attentes de chaque employé, perçu en tant qu'individu ayant des besoins en santé. Ce projet existe depuis maintenant quatre ans. À destination de l'ensemble des employés, il a pour principal objectif de donner aux individus un meilleur contrôle de leur santé en prônant une approche holistique de la santé intégrant la préoccupation des bien-être physique et psychologique.

Tel que présentés par la DPS, les buts spécifiques du projet sont notamment de promouvoir et, ultimement, d'améliorer la santé physique et psychologique des employés, d'influencer positivement l'esprit d'équipe, d'identifier les zones d'amélioration

³ Notons que la Promotion de la santé se distingue des mouvements actuels de modernisation de l'administration publique dans la mesure où son développement ne relève pas de politiques spécifiques de l'État (contrairement aux démarches qualité), mais de la volonté de chaque hôpital, au regard des recommandations de l'OMS. Toutefois, la promotion de la santé s'intègre progressivement dans les pensées actuelles en tant que nouvelle manière d'aborder le soin (approche holistique), le patient et les individus, certains acteurs établissant des ponts avec les principes de qualité et de sécurité.

⁴ Le terme « besoin » est ici issu des acteurs eux-mêmes, soient les membres de la DPS et les employés ayant participé au projet Ensemble vers la santé.

individuelles et collectives quant à la santé physique et psychologique, de sensibiliser les gestionnaires et les employés à ces zones d'amélioration, de mettre en place des conditions facilitantes permettant des apprentissages transférables dans le quotidien et de 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 (ASSSM, OMS, 2006). 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. Il tend à engendrer un mouvement de reconsidération du rôle de l'organisation dans l'installation d'un équilibre entre une santé de l'organisation et une santé des employés.

Le projet Ensemble vers la santé mobilise les cadres, les gestionnaires et une approche par service⁵ et est constitué de six étapes :

1. création d'un comité de travail ;
2. présentation du projet au personnel ;
3. remplissage du questionnaire par le personnel pour faire un état des lieux des « besoins » en santé du personnel puis l'analyse des résultats par la DPS ;
4. choix des activités qui répondent aux demandes du personnel ;
5. mise en place des activités sur plusieurs mois ;
6. retour évaluatif.

Le travail de déplacement : quand la mise en mouvement se fait par le sens

Une approche constitutive du déplacement

Dans une volonté d'appréhender l'incarnation de l'HPS dans le projet Ensemble vers la santé, nous avons développé la notion de travail de déplacement, notion qui, comme souligné en introduction, caractérise le travail de sens de la DPS pour donner une signification et une orientation à cette nouvelle rhétorique de santé promulguée dans l'HPS. Avant de définir plus en détail ce que nous entendons par travail de déplacement, il faut noter que cette proposition conceptuelle s'inscrit dans une approche constitutive de la communication organisationnelle (Cooren, Robichaud, 2011 ; Bourdin, Bouillon, Loneux, 2007) qui souligne la force créatrice – et nous ajouterions motrice – de la communication dans la mise en acte – voire, mise en mouvement – de l'organisation.

⁵ Avant toute implantation de projet, le syndicat présent dans l'établissement est sollicité afin qu'il donne son accord, puis les gestionnaires sont informés. Il est demandé à ces derniers de s'impliquer dans le projet afin de le promouvoir auprès de leurs employés, notamment en ouvrant des espaces de discussions (conférences) au sein de l'emploi du temps du service, en encourageant les employés à participer au projet et en s'engageant eux-mêmes dans les réflexions collectives. Les implications seront variables selon les services, mais pour des raisons de choix rédactionnels nous n'étayerons pas ce point.

Ainsi le travail de déplacement met-il l'emphase sur ces actions communicationnelles à travers lesquelles les acteurs créent collectivement un sens de/pour leurs actions et, ce faisant, déplacent (c'est-à-dire. changent de place) leur organisation.

Notons que même si, de prime à bord, la notion de déplacement renvoie de manière plus générale à un déplacement physique d'un lieu vers un autre – on réfère, par exemple, au déplacement d'une population, de l'air, d'une figure –, elle s'applique aussi au déplacement des mots, du discours et, ce que nous proposons ici, au déplacement de sens. Le travail de déplacement comprend alors une dimension discursive aussi bien que matérielle, les deux s'actualisant dans la communication. Notre définition du « déplacement » se rapproche donc de celle de « traduction » (en anglais, « *translation* ») qui implique à la fois un déplacement de sens – à l'origine associée au déplacement d'une langue vers une autre – et un mouvement – ce déplacement physique – dans l'espace et dans le temps. Ce rapprochement s'explique non seulement en termes sémantiques, mais aussi par l'affinité des positionnements qui soutiennent cette étude avec la tradition scientifique de la « sociologie de la traduction » (pour une synthèse de l'approche, voir Akrich, Callon, Latour, 2006) et, plus spécifiquement, avec les travaux en communication organisationnelle qui s'inspirent de cette tradition (e.g. Cooren, 2004 ; Robichaud, Giroux, Taylor, 2004 ; Vásquez, Cooren, 2011). Dans cette tradition, la notion de déplacement est souvent associé à cette mobilité dans l'immuabilité des associations qui forment (et déforment, à certains égards) les collectifs⁶. En ce sens, nous partageons la prémisse selon laquelle la société est construite par un assemblage de traductions dans lequel participent des agents à ontologie variable (Latour, 2005). S'attarder sur la notion de *travail de déplacement* permet donc de déployer cet assemblage de traductions et, plus encore, de le saisir dans sa dynamique.

À cette notion de déplacement, nous associons celle de *travail* pour mettre l'accent sur l'investissement des acteurs organisationnels qui mettent en mots et en actes les mouvements désirés. Ce travail peut être perçu comme une forme d'équipement, à la fois symbolique et matériel, de la mise en mouvement. Nous référons ici aux processus de mise en place de dispositifs techniques « qui participent d'un cadrage, d'un support, de l'activité des acteurs » (Hémont, 2011 : 8). C'est ce qu'Yves Jeanneret (2001, 2009), nomme des « architectes », ces outils qui permettent l'existence du texte « et qui, non contents de représenter la structure du texte, en commandent l'exécution et la réalisation. Autrement dit, le texte naît de l'architecte qui en balise l'écriture » (Jeanneret, Souchier, 1999 : 103). En ce sens, la notion d'équipement permet de rendre compte de la valeur symbolique et matérielle des supports techniques, procéduraux et matériels déployés dans le label de l'HPS qui vont au-delà de la langue, mais qui participent également à cette nouvelle rhétorique de la santé. Selon Catherine Loneux (2009 : 2), Elle permet aussi de « revendiquer une posture communicationnelle vis-à-vis des objets constitutifs de l'organisation. La notion [d'équipement] renvoie en effet à un dispositif, liant des personnes, des choses et des actions, dans lequel les partenaires

⁶ La notion de « mobile immuable » avancée par Br. Latour (1987) renvoie à la capacité qu'ont les objets de bouger à travers l'espace et le temps sans pour autant se transformer; à la suite du jeu de multiples associations.

acceptent d'investir; et à propos duquel ils s'accordent ». L'accent est donc mis sur les processus et procédures de construction de sens du mouvement. Cette construction est à appréhender par la communication, en déterminant toute sa capacité organisante sur l'organisation par ses formes de production, de création, de modification, de matérialisation, de diffusion et de régulation.

Le travail de déplacement peut aussi se comprendre comme ces processus de représentation – c'est-à-dire de rendre présent dans le temps et dans l'espace – à travers lequel l'organisation est mise en mouvement. Robert Cooper (1992) associe le déplacement de l'organisation à « la transformation des relations de frontières qui sont elles-mêmes continuellement en mouvement »⁷ (*ibid.*, 1992 : 257). Pour lui, ces transformations reposent sur « une série d'associations mobiles et non localisables » (*ibid.* : 262) qui participent aux processus de représentation de l'organisation. Le déplacement s'opère donc dans les mises en relation – elles-mêmes continuellement en transformation – qui rendent mobiles et sensibles les représentations organisationnelles. En nous centrant sur le déplacement qu'insufflent ces mises en relation, nous voulons souligner la nature dynamique des frontières organisationnelles qui remet 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, le lien avec la communauté, etc. L'idée de frontières organisationnelles mouvantes et contingentes fait écho, comme le rappelle Jacques Walter (1996 : 107), à la tradition interactionniste qui se concentre sur « les mécanismes de stabilisation et de "traduction" d'un monde [social] à l'autre ». Or, ces mécanismes sont souvent confrontés à une multiplicité d'interprétations, souvent concurrentielles : « On est donc conduit à constater le rôle effectif du flou des frontières, voire le caractère productif de leur indétermination » (*ibid.*). Selon Robert Cooper (1992), comprendre l'organisation comme ce processus actif de déplacement de frontières renie et défie les catégories de « dedans » et de « dehors » pour montrer une vision dynamique de l'organisation qui se construit, s'actualise, se transforme, en résumé se représente par et dans la communication.

Finalement, notons que, dans son sens étymologique, la notion de déplacement renvoie au changement de place d'un objet ou d'une personne. S'ajoute aussi le sens réflexif « se déplacer » ainsi que le résultat de cette action (XMLittré, VI.3). 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, simultanément, se fonde sur une approche participative pour l'obtention des objectifs. Le travail de déplacement porte sur la personne (les employés) à la fois en tant qu'acteur de celui-ci, au sens réflexif, et objet à déplacer. Et d'une certaine manière, ce travail implique aussi un déplacement de l'organisation à transformer; voire à réorganiser; en Hôpital promoteur de santé.

C'est en sens que nous parlons d'une « santé organisante » pour souligner la dimension performative de cette nouvelle rhétorique de la santé qui, dans sa mise en actes, reconfigure les relations entre les acteurs organisationnels, d'une part, et entre

⁷ Nous traduisons.

ces derniers et l'hôpital, d'autre part. Dans une réflexion semblable à la nôtre et à l'instar de Karl Weick (1995), Heather Zoller (2010) consacre l'expression de « *health organizing* » afin de souligner le rôle clé de la communication sur la santé dans la constitution même des organisations de santé (pour tout type d'organisations). En effet, si la santé (ré)organise l'Hôpital, c'est essentiellement parce qu'elle s'actualise dans et par la communication et qu'elle devient porteuse d'un nouveau sens, d'une nouvelle orientation pour les acteurs impliqués dans ce changement. Notons la forte résonance entre la notion de *travail de déplacement* proposée et celle de *changement*. Dans ce domaine, la littérature est très vaste (une synthèse, voir Cordelier, Montagnac-Marie, 2008 ; Giroux, 2010). Or, nous voulions traduire une idée de mise en mouvement physique, symbolique des relations et des frontières que la notion de déplacement évoque. De plus, celle-ci est moins associée à une vision rationnelle et normative (Bonneville, Grosjean, Mayère, 2010 ; David, Bourdin, Bouillon, 2010). Tel que nous le définissons, le déplacement peut certes relever de processus de rationalisation, mais il laisse la place aussi aux déplacements réflexifs, voire émotifs, qui sont spécifiquement intéressants à aborder dans le contexte étudié.

Brève note méthodologique

Dans une volonté d'appréhender cette (ré)organisation de l'HPS, nous avons décidé de suivre les multiples trajectoires d'un projet de promotion de la santé développé par la DPS visant plus spécifiquement les employés. Ainsi avons-nous suivi pendant onze mois – de septembre 2011 à juillet 2012 – le projet Ensemble vers la Santé, 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 : soins intensifs, radiologie et hygiène-salubrité). Pour cet article, nous avons choisi des extraits liés aux services de radio-oncologie et de soins intensifs comme cas de figure des dynamiques à l'œuvre que nous avons pu observer.

De type non participante, notre observation s'est fondée sur le suivi du projet – ce que certains auteurs nomment filature (en anglais, « *shadowing* »)⁸ – aussi bien dans les coulisses de sa création (réunions formelles et informelles des chargés de projet, réunions hebdomadaires, réunions plus générales de la DPS) que dans les scènes de son implantation et de sa performance (réunions avec les gestionnaires de service, présentations du projet, activités), une cinquantaine d'observations en tout. Ces dernières ont été complétées par un entretien avec la chargée de projet et la directrice de la DPS, par le traitement de documents multiples – documents officiels de présentation du projet (rapports), les brouillons, les documents-outils du projet (questionnaire, fiches à remplir, Powerpoint de présentation, grille d'évaluation) – ainsi que par des entrevues de type contextuel (aussi nommées, entrevues ethnographiques ; Spradley, 1979). De ces observations et études, la notion de travail

⁸ Pour une révision de la méthode *shadowing* appliquée aux études des organisations, voir S. McDonald, (2005), et à la communication, voir D. Meunier et C. Vasquez (2008).

de déplacement s'est révélée caractéristique des actions collectives menées par la DPS dans la mise en œuvre du projet Ensemble vers la santé. Précisément nous nous sommes posé les questions suivantes : qui participe à ce travail de déplacement ? Qui ou quoi veut être déplacé ? Comment se fait ce déplacement *par la communication* ? Où et quand ? En d'autres mots, quel est le sens donné à celui-ci ?

Le travail de déplacement en action : la santé reconfigurée et reconfigurante

Cette partie présente la nature et les enjeux organisationnels de la mise en mouvement que la DPS cherche à impulser. Pour cela, nous mettrons en avant certaines étapes spécifiques du projet. Nous tâcherons également de souligner les formes d'équipement de la mise en mouvement, telles que déployées dans le projet Ensemble vers la santé.

Le questionnaire de santé : première étape, premiers mouvements du projet Ensemble vers la santé

Le projet repose en premier lieu sur la complétion d'un questionnaire par les employés sur leur propre santé, ce qui permettra à la DPS d'établir en conséquence les priorités des activités de promotion de la santé qui seront proposées au personnel. Dans ce processus, le questionnaire est un élément crucial pour 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 traités par l'équipe du projet. De plus, il est le premier contact avec les employés : la première incarnation du label HPS présenté à ceux qui en deviendront, s'ils acceptent, les porteurs du projet. Ainsi ce questionnaire traduit-il et porte-t-il les mouvements potentiels de reconfigurations en jeu en déterminant une focale de travail. Étudier cette focale permet d'accéder aux priorités de l'équipe et à l'appropriation par les personnels de soin quant au rapport entre promotion de la santé et employés.

Le questionnaire est composé d'une quarantaine de questions et repose sur des éléments à cocher, à remplir, à proposer. Anonyme, il se remplit individuellement en ligne ou au format imprimé. 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, les consommations tabagique et alcoolique) ;
2. des questions 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) ;
5. l'emploi au sein de l'hôpital.

Le questionnaire se termine sur une liste des programmes d'aide en matière de santé déjà existants au sein de l'hôpital. Enfin, la DPS notifie qu'elle recherche des « employés-ambassadeurs » qui concourraient à porter le projet.

« Faire un diagnostic de l'état de santé du service » : c'est ainsi qu'un membre de la DPS décrit l'un des rôles du questionnaire. Il semble que cette expression est révélatrice des incidences sur les changements qui sont impulsés. En premier lieu, il est intéressant d'observer les acteurs de ce « diagnostic ». Le questionnaire est fondé sur la base des recommandations nationales et internationales concernant la santé publique de l'OMS. De ce point de vue, il s'agit donc d'investir l'organisation de questions de santé publiques issues de la sphère publique, problématiques que l'on retrouve dans le type d'items présents dans le questionnaire (par exemple, concernant la consommation journalière de fruits et légumes, la « valeur pivot » est celle de cinq fruits et légumes selon les recommandations de santé du Canada). Ainsi ces paliers ont-ils 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 conduit à réaliser un retour réflexif sur ses propres comportements. L'organisation est porteuse de préoccupations publiques qui deviennent les siennes par ce processus de mise en exergue et de sollicitation des employés. Il est à noter que les instigateurs et intermédiaires de cette incitation à un mouvement de changement des comportements sont certes les membres de la DPS mais également ceux des ressources humaines avec lesquels la DPS a travaillé sur la partie dédiée à « la vie au travail » du questionnaire. La prise en main de ces questions de santé publique par une direction déléguée spécialement à ce sujet et par le département de gestion du personnel traduit un processus d'institutionnalisation de la santé des employés la plaçant alors comme relevant d'un enjeu organisationnel. L'organisation se pose comme aidante et porteuse de solutions autour d'une question des plus personnelles qui est celle de la santé.

Du point de vue du fond, 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 sur ses habitudes de vie que sur sa santé au travail. 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 enrayer un sommeil de qualité). Avoir de bonnes habitudes de vie dans le lieu de travail, faire que celui-ci

soit propice pour préserver la santé du personnel, faire qu'il 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 sphères personnelle et professionnelle autour d'un même terme, celui de « santé ».

Niveaux personnel et professionnel sont alors deux dimensions mises en connexion – toute l'interrogation porte sur le travail de ces dimensions et sur la possibilité de les articuler synergiquement et non indépendamment. L'immixtion de l'organisation dans la sphère personnelle de l'employé est d'autant plus complexe que l'organisation se présente alors simultanément comme les maux (le lieu de travail peut être nocif) et la solution pour promouvoir la santé. À cette double facette, s'ajoute 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 de la DPS : ainsi tend-on 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 « 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 sur le plan de la santé de l'organisation.

Le questionnaire est une entité médiatrice témoignant des mouvements de conciliation et de transformations que la DPS souhaiterait instaurer. Il statue du rôle de l'organisation dans les questions de santé publique, il établit des formes de reconsidérations de l'employé et, par une approche holistique de la notion de santé, il tend à créer de nouvelles interactions entre les sphères publique, professionnelle et personnelle. De ce point de vue, l'utilisation du mot « diagnostic » est révélatrice 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 alors nous interroger : est-il possible que la performance d'une organisation soit alors régulée et relative à la santé de ses employés⁹ ?

Quand organisationnel et individuel sont mis en synergie : les aléas d'un déplacement

Nous avons choisi deux autres moments clés 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 aux enjeux que ce dernier implique. Le premier épisode décrit la présentation du projet, dans son étape initiale, auprès d'un des

⁹ Notons que, selon les services, le taux de complétion du questionnaire est allé de 60 % à 95 %, la promotion du projet, l'implication des gestionnaires, la disponibilité des employés, le type de service, étant les principaux paramètres ayant influé à ce niveau.

services impliqués dans le projet. Le deuxième relève de l'étape d'évaluation de mi-parcours concernant la mise en place du programme d'activité en rapport avec le taux d'inscription et d'absence aux activités.

Encadré 1. Présentation du projet Ensemble vers la santé au Service de Radio-Oncologie : quand le mouvement devient une construction collective

Après avoir présenté le projet auprès du comité de promotion de la santé et du comité directeur du service, la DPS s'adresse à l'ensemble du personnel. Dominique, la chargée du projet, est celle qui conduit ce premier contact « personnel » à visée motivationnelle et d'enrôlement, qui, afin de faciliter la présence des employés, a lieu au sein du service sur les heures de pause. Dominique commence par 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. Elle insiste sur la « participation volontaire et collective » comme étant caractéristique de ce projet. Rappelons ici que la DPS a souhaité s'adresser à tous les employés de manière plus personnelle, en s'alignant sur leurs « besoins » spécifiques. Une fois les caractéristiques novatrices du projet soulignées, Dominique s'attarde à décrire le déroulement du projet dont la première étape est le questionnaire. Elle distribue un signet sur lequel est renseignée l'adresse internet sur 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 présentés et commentés lors d'une seconde réunion. Dominique 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. À la suite du questionnaire, elle explique que 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 (mise en place d'activités 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 direction de la promotion de la santé soient pérennes aussi bien dans le milieu du travail que dans la sphère privée. Lors de la présentation, Dominique met l'accent sur la dimension participative du projet, nécessitant l'engagement de chacun (d'ailleurs, elle demande 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, sera-il 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 à travers lesquelles s'initie un travail de déplacement. La présentation a pour premier objectif évident de faire connaître le projet, certes, mais aussi d'en souligner toute la dimension innovatrice : 1) il tente de remédier à la contradiction suivante « on connaît nos patient mais on n'a aucun portrait de nos employés » ; 2) ayant pour but de toucher plus personnellement les employés, sur le fondement d'une définition renouvelée de la santé, il repose et s'adapte aux besoins du personnel. De ce point de vue, la rhétorique utilisée tend à faire de l'employé un nouveau « patient » de l'hôpital au sens où il lui est proposé un accompagnement individuel fondé sur un diagnostic préalable par le truchement d'un questionnaire et sur un « traitement » reposant sur un accompagnement motivationnel et des activités. L'accent est mis sur l'origine du projet comme relevant déjà d'une dynamique organisationnelle au sein du service (projet en collaboration avec les gestionnaires et les comités de promotion de la santé). C'est également une forme de légitimation en soulignant l'accord des pairs au regard de ce projet.

Porté par la responsable du projet au sein de la DPS, ces actions discursives participent à (re)diriger les assistants à la réunion à participer au projet et, notons aussi, à le porter, car, à la différence d'autres initiatives de promotion de la santé, Ensemble vers la santé se veut un projet participatif. Ainsi, à la question « Qui déplace ? », pouvons-nous 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 acteurs de changement. L'expression « On compte sur l'effet de contamination » montre à quel point la mise en mouvement dépend de cet agir collectif. Mais la spécificité du changement proposé est qu'il vise un changement de comportement, un changement individuel. Ce sont donc l'individu et le collectif qui sont appelés à changer : acteur et objet du déplacement. Tel que discutée 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 s'incarne dans un projet participatif.

Le basculement d'une approche individuelle à une approche d'équipe est constant, à la fois dans la présentation des buts du projet et de ses bienfaits potentiels (« connaître vos collègues dans un contexte autre que celui du travail »), et dans l'opérationnalisation des activités : une rencontre individuelle, des activités en équipe. La responsable joue sur ces deux approches pour convaincre son auditoire, premièrement, à remplir le questionnaire (une action éminemment individuelle) et, deuxièmement, à participer aux activités (activités de nature collective qui, en plus, sont décidées collectivement). 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.

D'une certaine manière, le projet Ensemble vers la santé tend à élaborer une nouvelle forme organisationnelle, fondée sur de nouveaux paramètres, qui suppléerait celles existantes en encourageant leur mise en complémentarité : par exemple, créer des activités conduisant à connaître ses collègues d'une autre manière ou encore informer les gestionnaires par de nouvelles façons de mener une métaréflexion.

« Ensemble », « pour vous », « C'est vous » sont autant d'expressions qui apparaissent comme les *leitmotive* de la présentation : le projet se fonde certes sur une adaptation aux besoins de chacun, mais aussi sur une prise en main par le collectif. L'engagement du personnel apparaîtra comme une concrétisation pragmatique du déplacement symbolique des frontières organisationnelles, des sphères professionnelles et personnelles. Sous cet angle, le projet n'éprouve son existence qu'au regard de l'implication des employés. Les réunions cherchent explicitement à mettre les employés au centre du projet et, par là même, à les faire devenir responsables : le déplacement repose également sur un transfert de responsabilité relative à l'implication de tous.

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 l'arrêt du projet). C'est le rôle qu'assume la DPS. Nous l'avons signalé, elle est l'initiatrice, voire l'instigatrice, 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 réaliser pour garder le projet en mouvement : « Tous ensemble et vers l'avant ». Les réunions de présentation sont un premier déplacement physique du projet au sein des services. Elles se présentent comme de nouvelles scènes d'existence du projet. À cette conquête de l'espace s'adjoint une conquête des individus : il s'agit non seulement de remettre le projet entre les mains de ses potentiels bénéficiaires, mais aussi de conduire à un prolongement du mouvement en recrutant des « ambassadeurs » qui porteront le projet au-delà de cet espace-temps éphémère que sont les réunions. Les processus d'information, de communication, d'argumentation pour le projet sont alors potentiellement délégués à de nouveaux acteurs qui permettront au projet de s'insérer dans de nouveaux interstices.

Entretenant le déplacement du projet, ce recrutement s'accompagne de mouvements potentiels à l'ampleur plus grande. En effet, la fin chronologique du projet ne signifie pas pour autant sa cessation définitive : les principes défendus par la DPS supposent que les changements de comportement en matière de santé soient certes pérennes, mais également transférables à l'entourage. Le projet ne trouve son accomplissement que dans son déplacement continu et sa capacité à être déplacé et à déplacer lui-même les cercles proches et éloignés. De ce point de vue, ce projet tend à faire, si ce n'est disparaître, fusionner les sphères professionnelle et personnelle sous un impératif plus général de santé publique : il n'y a plus d'employés, mais bien des êtres humains ; il n'y a plus d'organisation, mais une communauté.

Encadré 2. Évaluation de mi-parcours. Un projet freiné, ou s'interroger sur les résistances au déplacement

Dans un des services où est implanté le projet, celui-ci ne rassemble pas suffisamment de participants. Le peu d'engagement des employés du service pousse la DPS à s'interroger sur les modalités de déroulement du projet. Ainsi plusieurs éléments susceptibles d'être améliorés pour rendre le projet plus porteur sont-ils passés en revue : l'implication aléatoire du gestionnaire, le défaut de visibilité (les affiches informationnelles du projet sont derrière une porte : « Il faut voir avec le gestionnaire pour qu'elle affiche la programmation dans un endroit vu par tout le monde » conseille la chargée de projet) ; l'organisation du temps de travail (les employés ont des horaires variables d'une semaine à l'autre ; « Il faudrait qu'on répète l'activité deux semaines de suite » déduisent-ils) ; 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 ; le personnel qualifie ce comportement d'« approche par buffet » ce qui conduit à un « engagement dilué du personnel ») ; trouver des ambassadeurs auprès du personnel (« Il faut se lancer et se risquer à contaminer les gens », souligne la chargée de projet). Ces questionnements entraînent de longues réflexions sur la mission et la viabilité du projet. Un des chargés de projet constate : « Des leçons sont à retenir en termes d'investissements d'énergie et de coûts », « Est-ce que ça vaut tous ces efforts ? » rajoute-t-il. 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 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 relativement singulières, qui impliquera, pour les suites du projet, un accroissement d'une prise en charge par les employés quant à la définition du programme des activités.

Cet épisode met en avant les logiques propres au projet en tant que mode d'opérationnalisation de l'HPS dans ce milieu hospitalier, ces logiques reposant essentiellement dans la projection d'actions et d'échéances pour 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, obligent la DPS à questionner le projet.

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-parole du projet moins efficaces que prévu mettent 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

en de nombreux intermédiaires qui ne sont plus en lien : le déplacement a certes lieu, mais il n'est plus dirigé. Alors que ces derniers 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. À cela s'ajoutent les mouvements de l'organisation elle-même qui vont à l'encontre de celui instigué par la DPS : les emplois du temps, les types 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 ? À 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. Ceci questionne le processus de déplacement dans les jeux de délégation et de représentation desquels il dépend. Comment construire la légitimité du projet, mais aussi la légitimité des cadres, des gestionnaires, des employés à devenir porte-parole du projet ? Comment assurer ce que Pierre Delcambre (2007 : 51) nomme l'« engagement expressif » du salarié de façon à ce que celui-ci adhère à l'énonciation. Cela questionne également l'autorité du projet et de ses initiateurs : les freins au déplacement témoignent des jeux de pouvoir (qui autorise, qui s'autorise à freiner le mouvement) qui assurent ou non la cohésion du projet et ainsi sa légitimité.

Dans ces mises en mouvement, il reste un élément non interrogé : l'individu. Si le cours du projet et l'organisation sont susceptibles d'être modifiés, 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 sur un changement individuel de comportement (se déplacer), mais qui, simultanément, 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 est défini, dépend autant du déplacement des individus que de celui de l'organisation. En ce sens, les solutions proposées viennent renforcer cette tension entre un projet de nature organisationnelle et un projet, au sens anthropologique (Boutinet, 1990), un projet de vie. En accroissant la dimension participative du projet, la responsabilisation des employés est mise en 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.

Il est possible de voir dans cette configuration des similarités avec les formes managériales actuelles tels le développement durable (DD) ou la responsabilité sociale des entreprises (RSE), qui, selon Catherine Loneux (2010 : 53), se présentent comme des « discours qui encouragent l'émergence d'une société tournée vers l'humain », opérant des glissements entre sphères marchande et publique

(Loneux, Huët, 2009) sur le présupposé d'un bien commun. Nous rejoignons cette perspective dans le déplacement du rôle des acteurs qu'elle tend à soulever et dans la perpétuelle recomposition du rapport entre entreprise et société qu'elle met en avant. Néanmoins, il nous semble que la question de la santé ainsi que la philosophie du projet se différencient des processus de responsabilisation du DD et de la RSE. Dans le cas étudié, il s'agit d'un projet dont l'individu reste le seul décideur; un projet individuel porté par l'organisation et non un projet organisationnel porté par les individus. De ce fait, ce sont deux formes de responsabilités qui opèrent ici : 1) une responsabilité contractuelle poussant chaque employé à assumer et porter les projets de l'organisation et 2) une responsabilité personnelle qui relève plutôt d'une responsabilisation envers soi (Lemire, 2008) qui concerne sa santé personnelle.

Les freins au déplacement traduisent les tensions entre ces deux formes de responsabilité et témoignent de la place laissée à la responsabilisation personnelle. Cette dernière dimension fortement liée à la question de l'engagement de l'employé devient 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 rend compte de l'imbrication des dimensions rationnelles et émotionnelles qui prennent part dans le *mouvoir* du projet (notons que l'étymologie de ce terme renvoie aussi à « faire mouvoir », à « émouvoir » et même à « se mouvoir »).

Conclusion

Le déplacement en jeu dans le *projet* Ensemble vers la santé relève d'un déplacement symbolique et matériel à des niveaux individuels et organisationnels, qui trouve son aboutissement dans un changement des comportements. Principalement réalisé par l'équipe du projet dans le cas étudié, ce travail de déplacement repose sur un travail d'équipement – de standardisation, formalisation et matérialisation du déplacement à exécuter : travaux sémantique, stratégique, politique, relationnel et communicationnel sont autant de facettes d'un processus visant à rendre visible, lisible, accessible, un projet dont le plus grand enjeu est sa dimension participative. L'effort de déplacement opère par ces mouvements centrifuges et centripètes (processus de rassemblement et d'espacement) autour du projet qui font de lui un objet toujours en mouvement et dont l'existence se mesure à ce même mouvement. Au gré des étapes, le projet lui-même se déplace, certes au sens concret où il conquiert de nouveaux espaces, de nouvelles scènes, mais aussi dans un second sens où il est le fruit de traductions successives par la mobilisation de nouveaux acteurs et la délégation progressive de son déroulement et de sa responsabilité de l'équipe au personnel. Progressivement, le projet tend vers cette forme de déplacement ultime : le changement de comportement, en incluant le personnel dans l'action et dans la concrétisation du projet. En cela, se construit ce va-et-vient continu mettant en complémentarité changements individuel et organisationnel.

Aborder la mise en mouvement de la notion d'hôpital promoteur de santé à partir de l'initiative Ensemble vers la santé permet de tirer plusieurs conclusions à la fois théoriques et empiriques, conclusions qui sont autant de pistes qu'il reste encore à explorer.

Les modalités de développement du projet Ensemble vers la santé ont permis de renforcer notre approche du travail d'organisation en tant que travail de déplacement. Cette notion puise sa spécificité de sa forte connotation spatiale – le déplacement d'un objet ou d'une personne d'un lieu vers un autre – qui, associée à la dimension temporelle souvent caractéristique du changement, permet de souligner ces mouvements d'espace-temps par lequel l'organisation et ses acteurs sont reconfigurés (Vásquez, Cooren, 2013). Dans cette dynamique se pose la question de la maintenance du projet au regard d'un mode d'existence essentiellement fondé sur le mouvement qui le fait tendre vers sa finitude (Boutinet, 2010). Le travail de déplacement est d'autant plus particulier au regard du contexte dans lequel il se déploie : dans le cadre d'un projet reposant sur une implication forte des individus à qui il est destiné. Reposant sur des mouvements de rassemblements et d'espacements, la construction du projet et sa viabilité apparaît somme toute dépendante de sa capacité à la fois à se mouvoir dans l'organisation 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. 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-il 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). Soulignons aussi que le projet, en tant que valeur permettant de justifier et de motiver les actions, prend une place centrale dans la réorganisation des frontières. Selon Luc Boltanski et Ève Chiapello (1999), le projet devient le principe supérieur d'un monde connexionniste fondé sur une multiplication de rencontres temporaires que le projet articule au gré des circonstances. L'organisation est donc perçue comme résultant d'une succession et d'une simultanéité de projets où, comme le souligne Jean-Luc Bouillon (2004 : 24), « les frontières entre le personnel et le professionnel [...] deviennent diffuses ». De plus, le chercheur continue : « Les valeurs inhérentes à ce nouveau monde organisationnel s'expriment pour tous les intervenants potentiels en termes de capacité personnelles et non plus seulement professionnelles » (*ibid.*). En brouillant ces frontières, le projet redéfinit le travail dans un sens extrêmement large qui dépasse le cadre délimité par une relation contractuelle. Ce faisant, il questionne la place des individus, notamment des employés : sont-ils *dedans* ou *dehors* l'organisation ? Notons que la négociation de ces frontières est située, elle répond aux contingences liées au déplacement du projet, et continue, de par la dimension processuelle du travail de déplacement. Dépendamment des acteurs, des contextes de travail, des objectifs et des stratégies mis en œuvre, la définition de ce qui est *dedans* et *dehors* le projet reste toujours une question ouverte, où les réponses sont plurielles.

La vulnérabilité. Si le projet se conçoit comme processus du mouvoir cadré par des temporalité et spatialité, 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, formulé 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. La vulnérabilité du projet dépend alors 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* (« retour ») l'organisation. Rester en mouvement pour donner le mouvement, tel semble être le *leitmotiv*.

Par son approche participative, la viabilité du projet repose sur un transfert de responsabilité de l'équipe du projet au personnel se traduisant par l'engagement individuel (changer de comportements autour de sa santé) et collectif (construire collectivement la programmation des activités et assurer la pérennité du projet par une communication de mobilisation des collègues). Pour qu'un projet aboutisse, il faut que les acteurs s'en saisissent, qu'ils aient des intérêts singuliers qui fondent leur résistance et qui les conduisent à entrer dans des négociations. Dans le cas du projet Ensemble vers la santé, susciter de l'intérêt ne suffit pas, il faut également susciter l'engagement. Nous rejoignons les problématiques analysées par les tenants de la « communication engageante » (Bernard, Joule, 2004) qui observent les dispositifs organisationnels à même de lier idées et actes chez l'individu, ce qui participe à l'engagement de l'individu. Le cas que nous étudions peut être un exemple de stratégies communicationnelles entreprises par l'organisation pour établir des conditions favorables à l'engagement.

D'un point de vue plus empirique, nous l'avons vu, le projet Ensemble vers la santé, par les freins au déplacement mis en relief, souligne combien mettre en tension sphères personnelle et organisationnelle autour du mot fédérateur que peut être « santé » peut s'avérer un défi ardu. Il semble que la principale difficulté se situe justement dans la transmission aux employés eux-mêmes de la responsabilité de prendre en charge leur santé. 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 de transformer l'hôpital en Hôpital promoteur de santé, sous une forme de transfert des responsabilités. Dans ce mouvement, la relation individu-organisation se trouve redéfinie : la place et la responsabilité de l'individu vis-à-vis de l'organisation change, mais aussi, d'une certaine manière, la place et la responsabilité de l'organisation vis-à-vis de l'individu.

Nous l'avons précédemment souligné, la concomitance de deux formes de responsabilité, mais surtout la prévalence de la responsabilisation personnelle rendent le projet instable. En effet, la responsabilisation personnelle en tant que forme d'implication pour soi laisse une marge de manœuvre à l'employé.

Néanmoins, selon Sophie Pène (1993), toute responsabilité implique des manières de faire instituées relevant d'une éthique spécifique. Ne pas suivre le projet relève certes d'une problématique personnelle, mais n'est-ce pas également aller à l'encontre de l'organisation ?

L'employé est au centre de tensions entre valeurs individuelles, valeurs de l'organisation, mais aussi valeurs publiques. Arlette Bouzon (2002) souligne combien l'organisation est à même de structurer les positions des individus par rapport aux autres en termes de statut et de rôles. Qu'en est-il lorsque s'adjoint des représentations sociales qui touchent directement l'individu dans son intégrité ? Ce n'est plus seulement sa tâche, ses compétences, son savoir faire et son savoir-être qui sont construits par l'organisation, mais également sa « viabilité ». L'intégration de cette qualité dans le champ professionnel est rendue d'autant plus légitime qu'elle s'appuie sur des arguments issus du domaine public, confondant alors l'employé dans une fusion des réussites du collectif, de l'organisation, de l'individu et de la société. L'injonction de responsabilité relève ainsi de prescriptions multiples, qui placent l'employé dans un travail de sens au regard de différents niveaux de conformité (Vacher, 2010).

Institutionnaliser la santé en tant que préoccupation de l'organisation peut conduire 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, à une vision, d'une certaine manière, humaniste (cessation tabagique, épuisement professionnel) 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. Par glissement, la santé de l'organisation peut s'apparenter à une *santé économique*. Nous pouvons alors nous demander si la santé, en tant que ressource, est un capital, dans le sens fort du terme, pour l'organisation ou pour l'individu ? Elle 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 ? Il conviendrait de poursuivre certaines pistes, que nous amorçons dans notre travail, au regard de cette rhétorique autour de la santé. Est-elle un nouvel exemple d'argument mis au service des modes de management public, à l'image de la responsabilité ou de la qualité ? De ce point de vue, les techniques de communication sont ces supports qui viennent équiper cette rhétorique et participent de stratégies de management.

Si elle n'est pas complètement écartée dans les réflexions de la DPS du Centre hospitalier de Montréal, cette vision, n'en est nullement le fondement. Le bien être des individus est le principe fondateur de la politique conduite. Le personnel est 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.

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 que positif pour l'employé, être un frein qu'un catalyseur). Le travail devient objet organisationnel, 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 » (Terressac, 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 Gilbert de Terressac et Irène Gaillard (2011) appellent la « santé organisationnelle » ? D'une certaine manière, nous pourrions répondre affirmativement à cette question ; notre recherche montre que la santé « 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 » (*ibid.* : 232). La perspective de Gilbert de Terressac place la santé comme le fruit d'un processus de régulation, de compromis, d'articulation entre employés et organisation. Le concept de *santé organisante* permet d'ajouter à cette approche la compréhension de la santé, non seulement comme objet de négociation, mais également comme entité à laquelle est donnée une force performative, constitutive – une santé certes reconfigurée, mais également *reconfigurante*, les deux niveaux se travaillant réciproquement. Ceci permet d'ajouter au processus de régulation de la santé entre individu et organisation présenté par Gilbert de Terressac et Irène Gaillard (2011), la communication comme étant ce processus clé qui permet de comprendre comment la santé, lorsqu'incarnée dans des discours, des objets, des actions, peut agir directement sur les individus et l'organisation et devenir organisante.

Références

- Akrich M., Callon M., Latour Br., 2006, *Sociologie de la traduction : textes fondateurs*, Paris, Presses des Mines.
- ASSSM (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal), 2009, *Guide d'élaboration d'une politique de promotion de la santé et recueil de politiques*. Accès : <http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/pdf/publications/isbn978-2-89510-318-9.pdf>. Consulté le 04/06/13.
- ASSSM (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal), OMS Europe (Organisation mondiale de la Santé Europe), 2006, *Mise en œuvre de la promotion de la santé dans les hôpitaux. Manuel d'autoévaluation et formulaires*. Accès : http://hps.santemontreal.qc.ca/fileadmin/hps/boite_outil/OMS_manuel__16janvier07.pdf. Consulté le 04/06/13.

- 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*. Accès : http://hps.santemontreal.qc.ca/fileadmin/hps/autre/reseau_montrealais/membres/Brochure_HPS_francais.pdf. Consulté le 04/06/13.
- Bernard Fr., Joule R.V., 2004, « Lien, sens et action : vers une communication engageante », *Communication et organisation*, 24. Accès : <http://communicationorganisation.revues.org/2918>. Consulté le 23/04/13.
- Boltanski L., Chiapello È., 1999, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard.
- Bonneville L., Grosjean S., Mayère A., 2010, « Rationalisation des organisations hospitalières », *Sciences de la société*, 76, pp. 3-13.
- Bouillon J.-L., 2004, « De l'approche conventionnelle à l'approche communicationnelle des mondes organisationnels », *Communication et organisation*, 24. Accès : <http://communicationorganisation.revues.org/2912>. Consulté le 24/02/13.
- Bourdin S., Bouillon J.-L., Loneux C., coords, 2007, « De la communication organisationnelle aux "approches communicationnelles" des organisations : glissement paradigmatique et migrations conceptuelles », *Communication et Organisations*, 31, pp. 7-26.
- Boutinet, J.-P., 1990, *Anthropologie du projet*, Paris, Presses universitaires de France, 2005.
- 2010, *Grammaires des conduites à projet*, Paris, Presses universitaires de France.
- Bouzon A., 2002, « Homogénéité des représentations dans l'entreprise : illusions et réalités », *Communication et Organisation*, 22. Accès : <http://communicationorganisation.revues.org/2752>. Consulté le 20/01/13.
- Cooper R., 1992, « Formal Organization as Representation: Remote control, displacement and abbreviation », pp. 254-272, in : Reed M., Hughes M., dirs, *Rethinking Organization*, Londres, Éd. Sage.
- Cooren Fr., 2004, « Textual Agency : How Texts Do Things in Organizational Settings », *Organization*, 11 (3), pp. 373-393
- Cooren Fr, Robichaud D., 2010, « Les approches constitutives », pp. 140-175, in : Grosjean S., L. Bonneville L., dirs, *La communication organisationnelle : approches, processus et enjeux*, Montréal, Éd. Chenelière éducation.
- Cordelier B., Montagnac-Marie H., coords, 2008, « Conduire le changement organisationnel? », *Communication et Organisation*, 33. Accès : <http://communicationorganisation.revues.org/411>. Consulté le 10/10/12.
- David B., Bourdin S., Bouillon J.-L., 2010, « Travailleurs du savoir et rationalisation : approche interdisciplinaire du changement organisationnel », communication au 17^e Congrès de la Société française des sciences de l'information et de la communication. Accès : <http://tabarqa.u-bourgogne.fr/outils/Oconf5/index.php/SIC/SFSIC17/paper/view/86>. Consulté le 06/04/13.
- Dedobbeleer N., Contandriopoulos A., Nguyen H., Rousseau L., Lamothe 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, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé/Université de Montréal.

- Delcambre P., 2007, « Pour une théorie de la communication en contexte de travail appuyée sur des théories de l'action et de l'expression », *Communication et Organisation*, 31. Accès : <http://communicationorganisation.revues.org/108>. Consulté le 14/10/12.
- ENWHP (Réseau européen de promotion de la santé au travail), 2002, *Déclaration de Barcelone sur le développement de bonnes pratiques de Promotion de la Santé au travail en Europe*, 17-18 juin.
- Giroux N., 2010, « La communication du changement en organisation », pp. 177-224, in : Grosjean S., Bonneville L., dirs, *La communication organisationnelle : approches, processus et enjeux*, Montréal, Éd. Chenelière éducation.
- Hémont Fl., 2011, *Une approche communicationnelle du « développement fournisseur » : le cas des rapports clients-fournisseurs dans l'aéronautique*, thèse de doctorat, Université de Toulouse.
- Jeanneret Y., 2001, « *Informatic literacy* : manifestations, captations et déceptions dans le texte informatisé », *SPIRALE. Revue de recherches en éducation*, 28, pp. 11-32.
- 2009, « La relation entre médiation et usage dans les recherches en information-communication en France », *RECIIS*, 3, sept. Accès : <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/%0BviewFile/276/320>. Consulté le 04/06/13.
- Jeanneret Y., Souchier E., 1999, « Pour une poétique de "l'écrit d'écran" », *Xoana*, 6, pp. 97-107.
- Jolivet A., 2010, « Voir les normes comme un travail de sens : le texte comme agencement de narrations », *Études de communication*, 34. Accès : <http://edc.revues.org/index1755.html>. Consulté le 04/06/13.
- Latour Br., 1987, *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers through Society*, Cambridge, Harvard University Press.
- 2005, *Changer de société. Refaire de la sociologie*, traduit de l'anglais par N. Guilhot, Paris, Éd. La Découverte, 2006.
- Lemire M., 2008, « Application du concept de responsabilisation personnelle aux usages sociaux des technologies d'information et de communication en santé », *πc & société*, 2 (1), pp. 5-25.
- Loneux C., 2009, « La communication constitutive des organisations : quelles approches de recherche passées et à venir ? », actes du colloque *Nouvelles tendances en communication organisationnelle*, 77^e congrès de l'Association francophone pour le savoir, Université d'Ottawa, 14-15 mai.
- Loneux C., Huët R., 2009, « Le tournant institutionnel de la RSE à l'épreuve de l'analyse communicationnelle », *Revue française de socio-économie*, 2, 4, pp. 117-134.
- McDonald S., 2005, « Studying Actions in Context: A Qualitative Shadowing Method for Organizational Research », *Qualitative Research*, 5 (4), pp. 455-473.
- Meunier D., Vásquez C., 2008, « On Shadowing the Hybrid Character of Actio : A Communicational Approach », *Communication Methods and Measure*. 2 (3), pp. 167-192.
- OMS (Organisation mondiale de la santé), 1986, *Charte d'Ottawa*, 21 nov.
- Pène S., 1993, « Qui est responsable d'un écrit professionnel », *Études de communication*, supplément, pp. 73-87. Accès : <http://edc.revues.org/2708>. Consulté le 04/06/13.

- Raeburn J., Rootman I., 2006, « Le concept de santé, une nouvelle proposition », in : O'Neill M., Dupéré S., Pederson A., Rootman I., dirs, *Promotion de la santé au Canada et au Québec. Perspectives critiques*, Saint-Foy, Presses de l'université Laval.
- Robichaud D., Giroux H., Taylor J. R., 2004, « The Meta-Conversation: The Recursive Property of Language as a Key to Organizing », *Academy of Management Review*, 29 (4), pp. 617-634.
- Spradley J., 1979, *The ethnographic interview*, New-York, Holt, Rinehard and Winston.
- Terressac G. de, 2003, « Travail d'organisation et travail de régulation », pp. 121-134., in : Terressac de G. (dir), *La théorie de la régulation sociale de J.-D. Reynaud*, Paris, Éd. La Découverte.
- Terressac G. de, Gaillard I., 2011, « Risques socio-organisationnels (RSO) et santé : une question de régulations ? », pp. 232-258, in : Poulain J.-P., Lalanne M., Renaud L., dirs, *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, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)/Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).
- Vacher B., 2010, « Sens et normes font-ils bon ménage dans les organisations ? », *Études de communication*, 34. Accès : <http://edc.revues.org/index1679.html>. Consulté le 04/06/13.
- Vásquez C., Cooren Fr., 2011, « Passion in Action: An Analysis of Translation and Treason », pp. 191-212, in : Quattrone P., McLean C., Puyou F., Thrift N., eds, *Imagining Organizations: Performative Imagery in Business and Beyond*, Londres/New York, Éd. Routledge.
- 2013, « Spacing Practices: The Communicative Configuration of Organizing through Space-Times », *Communication Theory*, 23 (1), pp. 25-47.
- Walter J., 1996, « L'entreprise saisie par le social et l'humanitaire. Contribution à l'étude de la reconnaissance d'un monde professionnel », *Recherches en communication*, 6, pp. 103-125.
- Weick K., 1995, *Sensemaking in organizations*, Thousand Oaks (CA), Sage.
- Zoller H. M., 2010, « What are Health Organizations ? », *Management Communication Quarterly*, 24 (3), pp. 482-490.

