# Cahier de recherche du Cergo

2009-03

## Critique de l'ingénierie organisationnelle et de la rationalité mécanicienne du plan d'action en santé mentale 2005-2010

**Alain Dupuis, Ph.D.**
**Téluq UQAM**

**2009**

**Énap et Téluq**

© Alain Dupuis, 2009.

La série des Cahiers de recherche du Centre de recherche sur la gouvernance vise à diffuser des travaux empiriques ou théoriques sur la gouvernance sociopolitique, socioéconomique et organisationnelle.

**Le Centre de recherche sur la gouvernance (Cergo) a été fondé en 2003 par l'Énap et la Téluq. En 2004, il a obtenu un financement majeur de la part d'Hydro-Québec pour réaliser un programme de recherche sur la gouvernance des entreprises publiques et l'intérêt général.**

ISBN- 13 : (version imprimée)
ISBN- 13 : (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2009

## Introduction

Dans son *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, le ministère de la Santé et des Services sociaux se positionne en gestionnaire du secteur de la santé mentale et adopte une posture managérialiste qui ne devrait pas aller de soi. Le managérialisme est la tendance à faire des gestionnaires les porteurs et les héros de la réalisation de la mission des organisations, et à mettre au premier plan les démarches et les instruments managériaux. Le ministère adopte plus particulièrement une rationalité mécanicienne à l'intérieur d'une démarche d'ingénierie organisationnelle. Les sciences de l'organisation nous incitent pourtant à penser que cette rationalité et cette démarche sont fort peu appropriées dans les services humains complexes comme ceux relatifs à la santé mentale (Dupuis et Farinas, 2009).

## L'ingénierie organisationnelle du plan d'action en santé mentale

Le plan d'action en santé mentale décrit la conception d'une machine de soins, et utilise des concepts d'ingénierie, dont il est truffé de part en part, pour guider cette conception : plan, efficacité, efficience, rendement, nombres, mesure, indicateurs, cibles, écarts, optimisation. On voit, par exemple, que ces notions d'ingénierie sont utilisées pour formuler les objectifs et principes mis de l'avant :

> L'**objectif** général poursuivi par le présent **plan** d'action est de doter le Québec d'un **système efficient** de santé mentale […] L'**efficience** : Le plan d'action vise une organisation des ressources disponibles de nature à entraîner un **rendement optimal**. (*Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, p. 12).

Cette ingénierie organisationnelle fait appel à des outils managériaux comme la centralisation de la décision, la hiérarchie d'autorité, la planification stratégique, le contrôle formel à base de normes quantitatives (tableaux de bord), l'organisation « scientifique » du travail à l'aide d'une planification d'ensemble des tâches et de la division du travail sur la base de données probantes ou de pratiques exemplaires.

Les auteurs du plan affirment s'inscrire dans une démarche de planification. On évalue et on surveille les services à l'aide d'indicateurs, de ratios, de normes et de pratiques « reconnus ».

On tente de mobiliser un instrument managérial classique, soit le cycle de planification – contrôle de la gestion traditionnelle (hiérarchiste et mécaniste) :

> Les services proposés s'inscrivent dans une démarche de **planification** ayant pour but de revoir l'organisation des services […] En comparant les services existants avec les **ratios basés sur des standards reconnus et sur les pratiques les plus efficaces** dans le domaine, on se rend compte que des **aménagements majeurs doivent être effectués** à l'intérieur des services offerts. Les **indicateurs de performance** quant à **l'utilisation des ressources** et à **l'atteinte des objectifs visés** nous permettront de **suivre l'évolution des mesures mises en oeuvre**. (*Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, p. 86).

Dans cet extrait, on évoque des résultats normalisés (« ratios basés sur des standards reconnus ») et des pratiques normalisées (« les plus efficaces dans le domaine »). La normalisation des procédés et des résultats fait partie des instruments managériaux privilégiés de la rationalité mécanicienne. Le plan évoque une approche plutôt taylorienne de l'organisation du travail à base de pratiques normalisées :

> Par souci de **garantir la qualité** des services, ainsi que **l'efficacité** et **l'efficience** du système de soins, le Plan d'action prend en considération les **mesures dont l'efficacité a été démontrée** et les expérimentations documentées et prometteuses. (*Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, p. 14).

L'ingénieur Frederick W. Taylor (*Scientific Management*, 1911), grand promoteur du « management scientifique », recommandait aux gestionnaires d'étudier systématiquement le travail à faire de façon à pouvoir formuler la meilleure façon d'accomplir ce travail (le fameux « one best way »), à l'aide des meilleures procédures découvertes par les experts-conseils. Il proposait ensuite aux gestionnaires d'organiser le travail en fonction de ces meilleures procédures, de les imposer aux travailleurs puis d'en surveiller l'exécution, tout cela dans le but d'atteindre la plus grande efficacité et la plus grande efficience possible. Dans cet esprit, les prérogatives des gestionnaires sont justifiées par leur capacité à augmenter l'efficacité et l'efficience des organisations. Pour y arriver, nous dit Taylor, ils doivent organiser méthodiquement le travail en s'appuyant sur la normalisation des procédés de travail.

Cette planification de l'organisation du travail, qui vise l'utilisation « optimale » des ressources, fixe les rôles et les responsabilités de façon formelle (écrite et impersonnelle). On en voit un aspect dans l'extrait suivant :

> Le **rôle** et les **responsabilités** des principaux acteurs impliqués dans la dispensation des services de santé mentale sont **décrits** dans la présente section. (*Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, p. 66).

La « hiérarchisation des services » mise de l'avant par le plan d'action constitue une planification de la division du travail entre une « première ligne », une « deuxième ligne » et une « troisième ligne » visant l'efficience, c'est-à-dire l'utilisation optimale des ressources. On nous indique en effet que

> La hiérarchisation des services a pour but **l'utilisation des ressources de façon optimale**. (*Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, p. 23)

Le plan vise également l'allocation optimale des ressources et l'efficience par l'intermédiaire de la budgétisation. La démarche générale consiste à établir quels sont les besoins, à déterminer quels niveaux (quantitatifs) de services combleraient ces besoins, à mesurer les écarts entre les services offerts et les services nécessaires pour combler les besoins, et finalement à allouer les budgets de façon à combler ces écarts et à atteindre les normes de niveaux de service partout sur le territoire. On veut donc soumettre l'allocation budgétaire à la démarche globale d'ingénierie organisationnelle du secteur de la santé mentale, dans l'esprit de la rationalisation des choix budgétaires et du budget base-zéro, plutôt que recourir au financement sur une base historique et à son adaptation incrémentale. Le pilotage de l'allocation des ressources repose sur un modèle cybernétique formel construit à l'aide d'indicateurs quantitatifs représentant les « besoins » et la « situation ». La logique du modèle est simple : il faut combler les « écarts » entre les indicateurs de la « situation » et ceux des « besoins » (les « cibles »). Cette logique « populationnelle » aurait, selon les concepteurs du plan, la vertu de permettre une allocation des ressources plus équitable entre les régions et à l'intérieur d'une région, en fonction des besoins. Les extraits suivants expliquent cette démarche :

le plan d'action **détermine** quels sont les **niveaux de services** qui requièrent des améliorations sur le plan national, afin d'assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts à chacun de ces groupes. Il **établit** en conséquence **des priorités d'action** à l'intérieur du continuum de services qui devra être mis en place.
Pour chacun des groupes, **le plan d'action propose des mesures pertinentes et identifie les acteurs responsables de leur mise en oeuvre**.
L'objectif poursuivi demeure toujours de combler les **écarts** entre les **besoins**
et la **situation** prévalant dans le territoire local, en tenant compte des orientations générales établies dans le plan d'action (*Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, p. 65).

Jusqu'en 2003-2004, le MSSS allouait les budgets par établissement, sur une base historique. Les crédits étaient répartis et renouvelés année après année en fonction d'une structure budgétaire par programme définie selon les catégories d'établissements. En santé mentale, ce **mode de financement fut à la source d'une situation de plus en plus inéquitable en ce qui a trait à la disponibilité des ressources** entre les régions centrales (Montréal et Québec) et les autres régions, comme l'indiquait le Rapport du Vérificateur général du Québec en 2003. Depuis 2004-2005, le **MSSS applique une méthode de redistribution des ressources entre les régions, afin de réduire les écarts existants** (*Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, p. 81).

Au cours de l'année 2003, le MSSS a entrepris des travaux de révision de **l'indice des besoins** en santé mentale. L'application de ce nouvel **indicateur** à 50 % de l'enveloppe consacrée à la santé mentale a permis une **estimation plus juste de l'écart** entre les régions, par rapport à ce qu'il était dans les années passées. Les travaux se poursuivent afin d'**allouer la totalité de l'enveloppe sur une base populationnelle**. (*Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, p. 80)

La **nouvelle répartition des budgets** entre les organisations d'une même région ou **l'affectation de personnel à de nouvelles tâches** est la deuxième stratégie que doivent utiliser les ASSS pour **combler les écarts entre les services nécessaires et les services existants dans leur région**. À ce niveau, il est de la responsabilité des ASSS de réviser les plans proposés par les établissements de manière à ce que **les ressources financières soient utilisées en priorité pour répondre aux mesures et aux objectifs du plan**

**d'action** (*Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, p. 81).

Les vertus qu'on prête aux principes de ce modèle se transposent-ils en pratique, dans la réalité des services et des soins ? Il n'y a pas beaucoup de raisons de le penser, comme nous le verrons plus loin. Finalement, le système de contrôle de gestion par normalisation des résultats prescrit par la loi sur l'administration publique du Québec est l'un des instruments managériaux les plus évidents dans le plan d'action en santé mentale, et l'un des piliers de la démarche globale d'ingénierie et de pilotage par rationalité mécanicienne, comme on peut le constater dans l'extrait suivant :

> Le premier type de suivi consiste à **mesurer** les **résultats** obtenus au regard des **objectifs** prioritaires prévus dans le **plan stratégique** ministériel.
> Le secteur de la santé mentale est inclus dans la démarche de **gestion par résultat** adoptée au MSSS. Pour l'année 2005-2006, **quatre objectifs prioritaires** ont été retenus dans les orientations stratégiques…
> 1. **Nombre** d'usagers de moins de 18 ans …
> 2. **Nombre** d'usagers de 18 ans ou plus…
> 3. **Nombre** moyen d'usagers de 18 ans ou plus …
> 4. **Nombre** moyen d'usagers de 18 ans ou plus…
>
> (*Plan d'action en santé mentale 2005-2010,* p. 87)

**Critique de la rationalité mécanicienne et de l'ingénierie organisationnelle**

En s'appuyant ainsi sur une rationalité mécanicienne dans le cadre d'une démarche d'ingénierie organisationnelle, le plan d'action en santé mentale marginalise les vraies sources de la richesse de nos services humains complexes que sont les praticiens, artisans et professionnels, leurs relations avec les personnes qu'ils aident, et les institutions sociales qu'ils ont créées et fait évoluer au cours des décennies par ajustement progressif et initiatives entrepreneuriales pour donner un sens à leurs interventions et pour mieux venir en aide aux personnes qui en ont besoin.

Les sciences de l'organisation nous incitent à penser que cette ingénierie organisationnelle est fort peu appropriée dans les services humains complexes. Elles ont montré, au cours des 50 dernières années, que l'utilité de cette approche était limitée aux tâches analysables, stables et

répétitives, faciles à observer, à normaliser et à mesurer (Mintzberg, 1979; Pollitt, 2003, 162-168; Scott, 2003). Elles ont montré que cette approche est, en conséquence, fort peu adaptée aux services humains complexes, avec leurs tâches, leurs « technologies » et leurs résultats complexes, ambiguës, opaques, incertains et partiellement indéterminés, comme c'est entre autres le cas en santé mentale (Hasenfeld, 1983; Kirk et Kutchins, 1992).

On peut offrir des services humains complexes de grande valeur non pas grâce aux instruments managériaux qui ne peuvent pas être très utiles en contexte de complexité des connaissances et des valeurs (Grandori, 2001), mais plutôt grâce aux pratiques réflexives des praticiens qui entrent en relation avec les personnes toujours uniques qu'ils aident, grâce à leur jugement expérimenté, à leur motivation intrinsèque, à leur engagement personnel dans la mission de leur profession et de leur organisation, grâce aux mécanismes démocratiques de choix collectifs et à l'autocontrôle intériorisé et collégial dans les communautés de pratique, les équipes, les organisations peu formalisées, les réseaux informels de pratique, en bref dans les institutions organiques que les praticiens ont fait progressivement évoluer au cours des décennies. On ne peut soutenir que les instruments managériaux concernent l'administration alors que les institutions organiques concernent les pratiques cliniques. Dans les services humains complexes, la gestion et la réalisation des services et des soins sont indissociables parce que toute décision de gestion affecte nécessairement la réalisation des services et vice-versa.

On veut atteindre l'équité et l'efficience par rationalité mécanicienne et ingénierie organisationnelle, ce qui est utopique. L'efficience et l'équité sont des notions impossibles à établir systématiquement dans les situations opaques, indéfiniment variées, indéterminées, difficiles à interpréter et à influencer. Elles ne peuvent pas être obtenues par la mise en œuvre mécanique d'une règle simple et universelle comme la hiérarchisation des services, qui est une division du travail planifiée, ou par le pilotage à distance et superficiel de l'allocation des ressources à l'aide d'indicateurs sensés représenter les besoins, les niveaux de services et les écarts entre les deux. Pour s'en approcher un peu, il faut plutôt exercer un jugement fin et complexe, au cas par cas, au fur et à mesure de l'intervention, en prenant en considération tout un faisceau d'indices et de règles non écrites plus ou moins ambigus et faillibles (Hammond, 1996). Il y a un voile épais d'incertitude entre nous et les idéaux d'équité et d'efficience, et aucun moyen simple ne peut lever ce voile. L'ingénierie organisationnelle est un moyen d'action utopique car nous ne vivons pas dans le monde observable, stable, peu varié, facile à

interpréter et à analyser nécessaire à son efficacité. Cette ingénierie n'est certainement pas une pratique fondée sur des « données probantes ». Au contraire, aucune des réformes de la gestion qu'elle a inspirée dans les services humains complexes n'a connu de succès (Birnbaum, 2001). Elle met de l'avant des principes « rationnels » tenus pour acquis, et pour cette raison, elle semble imperméable à toute réfutation pratique. De mode en mode, de réforme en réforme, le rêve utopique de l'organisation rationnelle se maintient et se renouvelle malgré ses échecs et les dommages qu'il cause (Nilsson, 2006).

L'utopisme de la démarche d'ingénierie organisationnelle est flagrant dans la volonté affirmée de viser l'allocation optimale des ressources et l'efficience. La démarche consiste à établir quels sont les besoins, à déterminer quels services combleraient le mieux ces besoins, à mesurer les écarts entre les services offerts et les services nécessaires pour combler les besoins. L'optimisation repose sur un modèle de prise de décision nécessitant des informations (y compris des « préférences ») exhaustives et « objectives » sur l'état de la situation de départ, sur la situation recherchée et sur les moyens possibles pour passer de la situation de départ à la situation recherchée. L'optimisation implique que l'on calcule le meilleur moyen (efficace et efficient) pour atteindre la situation recherchée. On a là le prototype même du modèle de la prise de décision « rationnelle » qui inspire les modes et les réformes managériales depuis des décennies. C'est ce modèle de prise de décision dont on a montré le caractère utopique dans toute situation le moindrement complexe (March, 1994).

L'impossibilité de faire de l'optimisation dans la prise de décision et l'allocation des ressources pour des activités complexes a été analysée en long et en large dans les années 50 et 60 (Simon, 1957, Lindblom 1959; Brabrooke et Lindblom, 1963; Lindblom, 1965). Cette impossibilité épistémologique et cognitive n'a jamais été remise en question depuis. Au contraire, elle a été renforcée (March, 1994). Malgré cette démonstration, ce modèle ou ce principe rationnel a continué à inspirer des réformes et des modes managériales qui ont été des échecs retentissants comme la rationalisation des choix budgétaires (PPBS) et le budget base-zéro (Birnbaum, 2001) auxquelles est apparenté le modèle d'allocation des ressources utilisé dans la démarche d'ingénierie organisationnelle du Plan d'action en santé mentale. L'un des problèmes de ce modèle d'allocation des ressources est que les indicateurs utilisés ne peuvent pas réellement représenter les « besoins », les services offerts selon les « meilleures pratiques » et les écarts entre les deux. Même en colligeant une somme astronomique de données (à un coût énorme), on ne peut y arriver, parce que la réalité des

soins de santé mentale, et des services humains complexes en général, ne se laisse pas réduire à quelques indicateurs et calculs quantitatifs dont la signification « réelle » est en fait à peu près impossible à établir. Les données recueillies sont peu fiables et ne portent que sur les aspects les plus facilement observables et mesurables. Les « meilleures pratiques » sont également à peu près impossibles à établir et à généraliser de façon mécanique dans les secteurs d'activités complexes, qui nécessitent beaucoup d'intelligence créative appliquée à chaque situation (Schön,1983).

Un autre problème majeur de cette démarche de prise de décision est qu'on ne peut pas de toute façon manipuler à volonté la capacité du système de soins pour la faire correspondre aux « besoins » calculés. La capacité réelle du système de soins vient de son fonctionnement organique. On détruit cette capacité en soumettant ce système de soins à l'ingénierie organisationnelle et à sa rationalité mécanicienne.

**Conséquence de la rationalité mécanicienne**

Quelles conséquences les sciences de l'organisation nous permettent-elles d'anticiper de l'usage de cette rationalité mécanicienne ? L'effritement de la capacité individuelle et collective de bien servir les personnes qui en ont besoin. Cette capacité repose sur les institutions sociales « organiques » (organisations et pratiques) qui se sont développées et enrichies au cours des décennies et sur l'engagement des personnes dans ces institutions. En manipulant ces institutions sociales par ingénierie organisationnelle, on mine leur fonctionnement, on affaiblit leur dynamisme, quand on ne les élimine pas tout simplement.

Il n'y a pas de génération spontanée ou de fabrication par ingénierie de capacité et d'intelligence organisationnelles. Si on détruit ce qui existe, ce qui a été constitué par un long travail au fil du temps, cette capacité et cette intelligence mettront des décennies à se reconstituer, si elles se reconstituent un jour, ce qui n'est pas assuré dans un contexte de rationalité mécanicienne. C'est la force du financement des établissements sur une base historique de permettre la constitution, la préservation et l'enrichissement à long terme du capital organisationnel et professionnel des organisations de services humains complexes.

Avec ces réformes managérialistes qu'on conçoit par ingénierie organisationnelle, on ne compromet pas seulement ce qui existe, on crée aussi de nouvelles organisations très

problématiques. Par exemple, on crée, par fusion et intégration, des organisations toujours plus grandes (les CSSS et les CHU), plus impersonnelles, plus formelles, plus abstraites, « pilotées » à distance par des contrôles chiffrés de la performance, ce qui tend à les vider du sens de la mission, du sens du travail, du sens de l'engagement personnel et professionnel, du sens des responsabilités. La valeur des soins en est diminuée parce que cette dernière repose sur le jugement des praticiens et sur leur engagement, ces éléments intangibles qui sont marginalisés et malmenés par les réformes managérialistes comme celle qui inspire le plan d'action en santé mentale.

Ces réformes implantent également une démarche problématique de contrôle de gestion par normalisation des résultats. Cette démarche est appelée « gestion axée sur les résultats » pour exploiter la puissance symbolique des mots. De fait, qui peut être contre le fait d'orienter la gestion vers les « résultats » ? Qui ne veut pas de résultats ? Au-delà de cet appel à des symboles puissants (en sous-entendant que sans cette forme de contrôle, on ne vise pas et on n'obtient pas de résultats), cette démarche est destructive des capacités du système de soins. Elle consiste à établir par « planification stratégique » des objectifs simples qu'on formule sous la forme de cibles chiffrées exprimées à l'aide d'indicateurs mesurables. On vérifie ensuite que ces cibles sont atteintes. Il y a plusieurs limites fondamentales à cette approche mécanicienne de contrôle de gestion. Pour établir des normes de performance (des cibles) qui ont du sens, il faut que, pour l'essentiel, les résultats, les coûts et les bénéfices, au sens large, soient tangibles, analysables, observables, stables, prévisibles et quantifiables, un contexte qu'on ne retrouve pas dans le cœur des activités des services humains complexes.

Par ce contrôle des performances, on vise l'efficience, le rendement optimal. Dans la pratique, l'efficience ne signifie pas le plus grand bénéfice pour un coût donné (sa définition théorique); elle signifie le plus grand bénéfice mesurable pour un coût mesurable, une nuance lourde de conséquence (Mintzberg, 1989). La quête de l'efficience devient alors l'obsession et le culte de l'observable, du quantifiable, et du mesurable. Mesurer c'est évaluer, et les gens agissent en fonction des évaluations. Comme on ne peut mesurer que ce qui est facile à mesurer, on fausse la réalisation de la mission, on affaiblit ce qui fait la capacité réelle du système de soins en négligeant les coûts et les bénéfices intangibles, peu observables, non quantifiables et mesurables.

**Le plan d'action en santé mentale comme rhétorique gestionnaire ancrée dans un archétype organisationnel mécaniste**

La planification stratégique est l'un des instruments centraux de la démarche d'ingénierie organisationnelle et de sa rationalité mécanicienne. Or comme les autres instruments de gestion rationalisants, elle est un échec et fait plus de mal que de bien (Mintzberg, 1994). Pourquoi alors établir un « plan » d'action ? Le « plan » et la planification symbolisent la gestion rationnelle. On les mobilise donc pour ce qu'ils représentent et non pour les résultats qu'ils ne permettent pas d'atteindre (Wildavsky, 1973, 141). La planification « stratégique » constitue dans les faits un rituel incantatoire dans lequel on scande à répétition les symboles mythiques de la pensée magique gestionnaire : plans, objectifs, structures, coordination, intégration, optimisation, efficacité, efficience, rendement, qualité et bien d'autres. Le ministère de la Santé et des Services sociaux et ses hauts fonctionnaires adoptent une posture symbolique de gestionnaires rationnels qui planifient, organisent et contrôlent les activités du secteur de la santé mentale. Ils adoptent une démarche d'ingénierie organisationnelle et une rationalité mécanicienne parce que c'est ce que notre imaginaire gestionnaire nous fait voir comme la façon compétente et responsable d'agir dans notre monde. Les gestionnaires et les conseillers en gestion assoient ainsi leur autorité professionnelle et leurs prérogatives dans l'organisation des services de santé sur la crédibilité qu'on accorde, à tort, à la pensée managériale, à son ingénierie organisationnelle et à ses instruments de gestion.

La pensée managériale est dominée par un archétype organisationnel hiérarchiste et mécaniste, celui de l'organisation machine (Mintzberg, 1989). Un archétype organisationnel est un modèle mental et culturel plus ou moins implicite et tenu pour acquis. L'archétype hiérarchiste et mécaniste nous fait voir les instruments du managérialisme, l'ingénierie organisationnelle et la rationalité mécanicienne comme étant dans la nature des choses, ce qui n'est évidemment pas le cas. On peut, sur le plan conceptuel, lui opposer d'autres archétypes fort différents, égalitariste (Hood, 1998), collégial, professionnel (Freidson, 1994, 2001) ou organique (Burns et Stalker, 1994). Les sciences de l'organisation nous indiquent que ces derniers sont plus appropriés dans le contexte des services humains complexes que l'archétype hiérarchiste et mécaniste. Ces archétypes ont pour caractéristique de placer les praticiens des soins aux commandes, d'en faire les porteurs de la mission de soins de santé. Ils établissent peu de division entre le travail de gestion et le travail de soins. L'archétype

égalitariste nous fait voir en plus les patients eux-mêmes comme des praticiens co-constructeurs des soins et co-porteurs de la mission de soins. Au contraire, l'archétype mécaniste établit une forte séparation entre la gestion et les soins, et positionne les gestionnaires comme étant les pilotes et les porteurs de la mission du système et des organisations de soins de santé. Ses symboles puissants font des gestionnaires (et des conseillers en gestion) ceux qui semblent avoir la capacité d'organiser les meilleurs services au moindre coût. Les gestionnaires deviennent les membres d'un nouveau groupe professionnel dominant aux commandes du système et des organisations. Dans ce contexte, les professionnels praticiens de la santé et des services sociaux qui veulent avoir de l'influence doivent devenir gestionnaires, s'intégrer à la nouvelle profession et à son identité.

Les gestionnaires s'organisent en hiérarchies et ceux du haut de la hiérarchie tendent, comme les conseillers en gestion, à s'attribuer les beaux rôles de stratèges et de concepteurs du système et à s'éloigner des « opérations » où l'on est confronté à la réalité et à ses difficultés (Pollitt et Bouckaert, 2004, 19). La gestion devient de ce fait une activité toujours plus abstraite et superficielle, éloignée de la complexité des personnes et des situations réelles, et centrée sur des indicateurs et des chiffres qui ne peuvent fournir qu'une image déformée et très appauvrie de la réalité.

Il y a toujours de potentiels conflits interprofessionnels entre les praticiens qui font valoir et qui défendent les points de vue égalitaristes, collégiaux et professionnels, et les gestionnaires qui défendent une position managérialiste qui les place aux commandes. Dans le plan d'action en santé mentale, on peut voir un dispositif rhétorique qui a pour effet de disculper à l'avance les gestionnaires et les concepteurs du plan vis-à-vis de l'échec de sa mise en œuvre. Si le plan ne réussit pas, ce sera à cause des professionnels de la santé qui ne voudront pas s'y conformer, ni corriger leurs pratiques déficientes non axées sur les résultats, et non à cause du fait que le plan lui-même constitue un ensemble de mauvaises idées. Comment interpréter autrement le passage suivant ?

> L'atteinte des objectifs qui y sont décrits sera possible dans la mesure où les différents partenaires visés et, au premier chef, les professionnels de la santé, accepteront de modifier leurs pratiques pour instaurer une véritable culture de travail en réseau axé sur l'atteinte de résultats (*Plan d'action en santé mentale 2005-2010,* p. 89).

## Conclusion

Les techniques mécaniciennes mobilisées par l'ingénierie organisationnelle du plan d'action en santé mentale apparaissent bien peu fondées au regard des sciences de l'organisation et relèvent probablement de la pensée magique et symbolique. Nous avons bien des raisons de penser qu'elles sont non seulement inefficaces, mais qu'en plus elles affaiblissent la capacité des organisations et des praticiens à offrir des soins de grande valeur. Malgré la faiblesse des idées qui le guident, ou peut-être justement à cause de cette faiblesse, le plan d'action commande une réforme substantielle. Comment ne pas être effrayé par la témérité autoritaire et inconsciente de ces apprentis sorciers gestionnaires qui s'imposent aux praticiens de la santé et à leurs institutions en scandant des formules magiques incantatoires ?

## Références

Birnbaum, Robert (2001), *Management Fads in Higher Education: Where They Come From, What They Do, and Why They Fail*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 2001.

Braybrooke, D. et C.E. Lindblom (1963), *A Strategy of Decision. Policy Evaluation as a Social Process*, New York, Free Press.

Burns, T. et G.M. Stalker (1994), *The Management of Innovation*. 3e édition (1ère édition en 1961). Oxford University Press.

Dupuis, Alain et Luc Farinas (2009), « Une critique des modes managérialistes dans la gestion des organisations de services humains complexes de santé et de services sociaux », *Cahier de recherche du Cergo*, 2009-02.

Freidson, Eliot (1994), *Professionalism Reborn*. Chicago. The University of Chicago Press.

Freidson, Eliot (2001), *Professionalism. The Third Logic*. Chicago. The University of Chicago Press.

Grandori, Anna (2001), *Organization and Economic Behavior*, Londres et New York, Routledge.s.

Hammond, Kenneth R. (1996). *Human Judgment and Social Policy. Irreductible Uncertainty, Inevitable Error, Unavoidable Injustice*. Oxford University Press.

Hasenfeld, Yeheskel (1983). *Human Service Organizations*, New Jersey, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

Hood, Christopher (1998), *The Art of the State*. *Culture, Rhetoric, and Public Management.* Oxford University Press.

Kirk, Stuart A. and Herb Kutchins (1992). « Diagnosis and Uncertainty in Mental Health Organizations », In Yeheskel Hasenfeld, dir., *Human Services as Complex Organizations*, Sage Publications.

Lindblom, Charles, (1959), « The Science of `Muddling Through' », *Public Administration Review,* vol. 19, p. 79-88.

Lindblom, Charles E. (1965), *The Intelligence of Democracy*. Yale University Press.

March, James G. (1994), *A Primer on Decision Making*. The Free Press.

Mintzberg, Henry (1979), *The Structuring of Organizations*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.

Mintzberg, Henry (1989), *Mintzberg on Management. Inside Our Strange World of Organizations*, Free Press.

Mintzberg, Henry (1994), *The Rise and Fall of Strategic Planning*, The Free Press.

Nilsson, Nils (2006), *Mechanisms of Hope. Maintaining the Dream of the Rational Organization*. Copenhagen Business School Press.

Pollitt, Christopher (2003), *The Essential Public Manager*, Open University Press.

Pollitt, Christopher et Geert Bouckaert (2004), *Public Management Reform. A Comparative Analysis*. Oxford University Press, 2e édition.

Schön, Donald A. (1983), *The Reflective Practitioner. How Professionals Thinks in Action.* Basic Books.

Scott, W. Richard (2003), *Organizations, Rational, Natural, and Open Systems*. 5e édition, Prentice Hall.

Simon, Herbert (1996), *Administrative Behavior*, 4e édition. The Free Press. 1ère édition en 1947 et 2e édition en 1957.

Wildavsky, Aaron (1973), « If Planning is Everything, Maybe it's Nothing », *Policy Sciences*, 4, p. 127-153.