

Vœu du Conseil Scientifique de l'ANESM

Suite à la décision d'absorption de l'Anesm par la Haute Autorité de Santé (HAS), le Conseil Scientifique a pris connaissance avec intérêt des différents commentaires, notamment ceux du Comité d'orientation Stratégique de l'Anesm, concernant les questions de gouvernance que pose l'article 51 du PLFSS.

Les lois récentes de santé promeuvent une acculturation du sanitaire au modèle social, ce que le rattachement de l'Anesm à la HAS contredit. Le secteur sanitaire est encore et toujours dans un modèle médical de la santé par son financement, ses infrastructures, ses réglementations. La HAS, en incorporant l'Anesm, risque fort de participer à conforter cette référence médicale pourtant régulièrement interrogée.

Le Conseil scientifique souhaite que l'Anesm conserve une relative indépendance au sein de la HAS afin qu'elle puisse construire des recommandations pour le secteur social et médico-social qui prennent appui sur ses caractéristiques.

Plus précisément, le Conseil scientifique souhaite attirer l'attention des décideurs sur trois points.

1. La distinction entre le sanitaire, le social, et le médico-social

Au fil du temps, les secteurs sanitaire, social et médico-social oscillent entre séparation et rapprochement. Entérinant la spécificité du secteur de la santé, leur séparation est entérinée dans les années 1970¹ ; puis, trente ans plus tard, les difficultés d'articulation des parcours des personnes entre les deux secteurs et le constat du coût des prises en charge, ont amené à la création des ARS pour favoriser une meilleure coopération entre les secteurs sanitaire et médico-social (laissant le social de côté).

Ces secteurs restent toutefois différents sur bien des points :

- La pratique médicale augmente en technicité, dans des durées de prise en charge brèves (virage ambulatoire), alors que le médico-social travaille dans la durée et le « care » ;
- Pour être plus efficace à coût constant, le sanitaire renvoie sur le médico-social les actes non strictement médicaux. Alors que le secteur sanitaire est contingenté, les missions du secteur médico-social s'élargissent ; il accueille les populations relevant

¹ une spécialisation des structures, deux codes mais aussi deux grandes lois, l'une du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et l'autre, du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales

d'accompagnement ou de soins au long cours (handicap, pathologie mentale, ...) qui n'ont plus leur place à l'hôpital ; ce qui accroît le champ de ses compétences et de ses expertises ;

- L'extrême hétérogénéité des populations accueillies et accompagnées dans le secteur social et médico-social ne permet pas à ce jour de faire émerger de groupes homogènes, structurants, non seulement pour la tarification, mais aussi pour l'identification des processus d'accompagnement les plus pertinents.
- La nécessaire articulation collectif/individuel dans la plupart des accompagnements exige une attention particulière portée aux processus.

Dès lors, l'évaluation des pratiques, et la question de la qualité, ne se posent pas de la même façon dans les deux champs.

2. L'implantation de l'évaluation, de la qualité, et des recommandations dans le monde social et médico-social

Le Conseil scientifique de l'Anesm accompagne, depuis dix ans, la patiente construction du premier socle de recommandations dans un secteur dont la tradition orale, avec toutes ses conséquences, a été maintes fois soulignée.

Ce premier socle a été d'abord une explicitation et une formalisation de bonnes pratiques existantes. Tout était, en effet, à faire : lorsque l'exigence de l'évaluation a été inscrite dans la loi, il n'y avait aucune antériorité de recommandations établies, ni même de pratiques faisant consensus. Cette implantation progressive, a été, aux dires de nombreux commentateurs, une réussite, et elle reste à poursuivre.

L'un des leviers de la réussite a été la méthode *bottom-up* adoptée dans les travaux associant les praticiens et la prise en compte des différents angles d'analyse. Ce qui suppose, d'un côté, de l'empathie, de la reconnaissance culturelle pour être entendu, et une certaine distance critique, de l'autre, pour favoriser le changement. Cette manière de travailler a permis de produire des recommandations lisibles, sans excès de vulgarisation, dotées d'exemples favorisant leur appropriation.

L'autre levier a été la mise en œuvre constante, au sein du Conseil scientifique, du dialogue entre les disciplines médicales, juridiques, sociales et humaines. Ce dialogue a accompagné, avec justesse, la lente appropriation de références théoriques nouvelles dans le paysage français, aboutissant aujourd'hui à l'acceptation progressive de la CIF, et des références écosystémiques, ou encore neuro-développementales. Ce dialogue interdisciplinaire doit donc se poursuivre dans une instance dédiée et pérenne.

3. Le statut de la preuve dans le champ social et médico-social

Le débat récurrent entre les sciences de la nature, les sciences formelles, et les sciences humaines et sociales prend dans ce contexte une certaine acuité, tout particulièrement à propos des malentendus pouvant apparaître quant au statut de la preuve.

En matière médicale, s'est développée une forme de preuve fondée sur une pratique d'expérimentation contrôlée comparant les effets d'une technique (ou d'un médicament) sur deux groupes homogènes de patients, l'un bénéficiant du traitement, et l'autre servant de groupe témoin. Si la médecine fondée sur des données probantes a été particulièrement bénéfique pour la médecine somatique, des éléments de preuve empiriques récents en psychiatrie contredisent l'hypothèse fondamentale de cette approche fondée sur la capacité à isoler des techniques « toutes choses égales d'ailleurs », reléguant au second rang les aspects non-techniques et non-spécifiques, notamment contextuels, de la prise en charge.

Dans les pratiques sociales et médico-sociales, les effets des interventions sont particulièrement complexes à identifier, car de nombreux facteurs interagissent, et la prise en compte du contexte fait partie du traitement (l'accompagnement). Cette complexité multifactorielle a d'ailleurs longtemps servi les détracteurs de l'évaluation. Dans ces processus de recherche de la preuve, les connaissances issues de la recherche fondamentale coexistent avec celles issues des données sociales, contextuelles et environnementales et c'est leurs croisements qui assurent une maîtrise conceptuelle et clinique avertie, sur lesquels fonder les recommandations.

Un des facteurs de progrès de l'influence des recommandations, outre leur lisibilité rappelée plus haut, est l'émergence de recherches de qualité sur lesquelles appuyer les recommandations. Or, les recherches dans le champ social et médico-social, encore très dispersées et d'inégale qualité, sont en évolution rapide.

Cette transformation progressive du rapport à la preuve et à l'objectivation lisible de ses données, préservant l'essence de ses disciplines et leurs plus-values dans l'appréhension des sujets, doit être accompagnée dans le cadre du passage de l'Anesm à la HAS. Cet accompagnement nécessite des « traducteurs » (au sens donné à ce terme par les sociologues de la traduction).

Il ne faudrait pas que le rattachement de l'Anesm à la HAS brise la dynamique de changement en cours par des modifications intempestives du format des recommandations ou des formes d'évaluation. La réussite suppose, au contraire, de maintenir, malgré les difficultés de l'exercice, un dialogue constructif entre les disciplines des différents champs.