

L'accréditation médicale

SERGE UZAN

N'importe quel médecin peut-il traiter n'importe quelle maladie ? Cette question de l'«accréditation médicale» sera sans doute au cœur d'une violente controverse, dans les mois prochains. Pourtant la question est ancienne – et déjà résolue partiellement –, puisque, après une phase initiale où le diplôme de Docteur en médecine permettait à l'omnipraticien de réaliser l'ensemble des gestes médicaux, le législateur a rapidement compris la nécessité de créer des spécialités.

De surcroît, le principe de l'accréditation est déjà en œuvre sous la forme d'agréments nécessaires pour certaines spécialités, tels que la procréation médicalement assistée, le diagnostic anténatal, la réalisation de greffes d'organes... La nouveauté envisagée est l'extension de ce principe à d'autres activités médicales, l'accréditation devenant assujettie à des contrôles de la qualité médicale et des coûts. Dans notre système en crise, l'accréditation est inévitable.

Quelles activités doivent faire l'objet d'une accréditation et doit-on étendre le nombre de ces activités ? L'accréditation améliore-t-elle la qualité des soins ? Réduit-elle les coûts et... se justifie-t-elle ? Dispose-t-on d'une évaluation des besoins médicaux et d'une évaluation des moyens pour y faire face ? Les accréditations peuvent-elles faire l'objet d'une démarche nationale ou régionale ? La création des agences régionales de soins (24 structures nouvellement créées par le gouvernement et qui devraient gérer les problèmes de santé à l'échelle nationale) est déjà une réponse... Quels types d'accréditations seront délivrées : à des individus ? À des structures ? À des types particuliers de traitements (par exemple, la chimiothérapie) ? Pourra-t-on évaluer l'impact de ces accréditations de façon prospective et continue, après leur mise en place ? Esquissons quelques réponses.

DES ACCRÉDITATIONS, DANS QUEL CAS ?

Si l'on considère que l'accréditation doit garantir aux patients des conditions optimales de prise en charge, on voit se

dessiner les profils des pathologies qui devront faire l'objet d'accréditation : ce sont celles qui imposent une prise en charge multidisciplinaire, médicalement complexe, nécessitant des moyens techniques importants, et dans des domaines médicaux où les connaissances et les techniques évoluent rapidement. Ces activités doivent (ce point doit être obligatoire) être évaluées. Dans le cas de la cancérologie, par exemple, la prise en charge doit être faite dans des structures qui disposent d'une évaluation du taux de survie des patients dans le cadre de protocoles prédéterminés.

Pour savoir si l'accréditation améliore la qualité des soins et réduit les coûts, une analyse des données disponibles s'impose : des arguments font penser que c'est probablement le cas. Dans notre groupe, qui gère un nombre important de cancers du sein, nous constatons parfois que la prise en charge de certaines patientes souffre d'imperfections, dues à des structures ou à des praticiens ayant trop peu d'expérience de ces pathologies. De même, une étude anglaise récente a montré que le nombre annuel de cas de cancers du sein pris en charge par les équipes chirurgicales était un facteur intervenant sur le taux de survie des patientes : les équipes ayant une faible activité ont les moins bons résultats. Ces résultats doivent naturellement être vérifiés et analysés.

Quels types d'accréditations doivent être délivrées ? Seule une évaluation des besoins médicaux et des moyens disponibles ou envisagés permettra de répondre : il serait illusoire et, probablement, dangereux à court terme d'imposer des accréditations qui ne pourront pas être appliquées pour des raisons de densité médicale, de densité de population et de structures existantes. Cette évaluation des besoins et des moyens sera un des objectifs prioritaires des agences régionales d'évaluation, qui seront associées aux agences régionales de soins.

Signalons que la généralisation des tableaux de bord d'activité, c'est-à-dire du nombre de pathologies prises en charge par un médecin ou par un service, assorti d'une description des conditions

techniques et humaines de ces prises en charge, doit être impérative, dans les années à venir. À ce titre, la Caisse nationale d'assurance maladie a mis en place une expérience qui, quels qu'en soient ses défauts, a pour immense mérite de constituer une base pour les futurs tableaux de bord, qui permettront les activités de l'ensemble des structures médicales, publiques ou privées.

DES ACCRÉDITATIONS POUR QUI ?

L'accréditation individuelle sera certainement indispensable. Elle devra témoigner des capacités du praticien à prendre en charge certaines pathologies spécifiques, parce qu'il en a l'expérience et qu'il poursuit l'acquisition de ses connaissances dans ce domaine. Le principe de l'accréditation de la structure sera, sans doute, également nécessaire : il serait illogique, et sans doute nuisible aux malades, que des médecins prennent en charge le traitement des cancers du sein s'ils n'ont pas à leur disposition tous les moyens (en particulier de laboratoire et d'imagerie) permettant de caractériser parfaitement une tumeur.

L'accréditation doit-elle concerner le patient ou la prise en charge d'une partie du traitement ? Pour les pathologies où la prise en charge initiale relèvera d'une structure accréditée, on doit mettre en place des structures de relais. Ainsi, s'il était acquis que la prise en charge de certains cancers du sein ne se fasse que dans des structures disposant de moyens techniques suffisants, il faudrait mettre en place des systèmes de réseaux avec les médecins généralistes, afin de soulager les structures anticancéreuses de la surveillance au long cours. Dans l'immense majorité des cas, cette surveillance peut être assurée plus efficacement, plus humainement et à moindre frais par les médecins généralistes.

Au total, on aboutira probablement à un système qui combinerait deux types d'accréditation : celle du médecin à titre individuel, qui restera le promoteur et le responsable du traitement ; celle des structures, selon leur aptitude à prendre en charge les différents temps du traitement. L'avion doit être qualifié pour voler, le pilote également.

Serge UZAN est directeur du Département de diagnostic et traitement des tumeurs du sein de l'Hôpital Tenon (Assistance publique-Hôpitaux de Paris). Il est également professeur à l'Université Paris VI et membre de l'Unité INSERM U149.

Les limites de la physique

JEAN-MARC LÉVY-LEBLOND

La découverte de limites au refroidissement ou au mouvement a suscité la mise au point de nouveaux concepts en physique.

Selon la théorie cosmologique grecque, le monde existait parce que le fini et le borné, le *péras*, l'emportaient sur l'infini, ou *apeiron*. Quand les mathématiciens grecs découvrirent que $\sqrt{2}$ était un nombre irrationnel, c'est-à-dire un nombre dont la période des décimales est infinie, cette vision de l'Univers s'effondra : ce premier inattendu était la découverte de l'ouverture sur l'infini.

Il y en eut bien d'autres. Plus près de nous, les physiciens du XIX^e et du XX^e siècles ont plutôt été gênés par l'introduction de limites finies, là où l'esprit s'était accoutumé à l'infini : vitesse finie de la lumière, limite au refroidissement (température du zéro absolu), etc. Pourquoi cette gêne inattendue ? Commençons l'examen des limites inattendues de la physique par un exemple : le premier par ordre chronologique qui ait mobilisé l'attention des physiciens nous servira à analyser d'autres crises conceptuelles que nous considérerons ensuite.

La température est une grandeur physique à laquelle nous sommes habitués parce que nous utilisons des thermomètres, où nous voyons varier la hauteur d'une colonne de mercure ou bien les nombres d'un affichage numérique. Nous savons bien, intuitivement, que nous pouvons avoir plus ou moins chaud, mais la science a fait un grand progrès, à la fin du XVIII^e siècle, quand elle a transformé cette impression corporelle en une grandeur physique numérisée. À cette occasion, les physiciens ont défini des notions comme celles de température et de chaleur (ils ont découvert ensuite que cette dernière était une forme particulière d'énergie).

Nous associons le réchauffement à l'augmentation de température, mais cette association est conventionnelle. Elle résulte sans doute de l'observation du sens de variation de la hauteur de la colonne de mercure dans les

thermomètres anciens. D'autre part, l'échelle des températures semble se prolonger indéfiniment vers le bas ou vers le haut. Pour des raisons pratiques et techniques, elle est limitée (on ne veut pas faire des tubes de plusieurs mètres de long), mais nous savons que cette limitation n'a pas d'importance théorique. En outre, le zéro des températures est affaire de convention : celui de l'échelle Celsius est commode, parce que c'est la température de la glace en équilibre avec l'eau, mais d'autres échelles sont encore largement pratiquées à la surface du Globe, celle de Fahrenheit, par exemple, dont l'origine, le zéro des températures, est différent de celui de l'échelle Celsius.

De ce fait, les températures négatives ne sont conceptuellement pas différentes des températures positives. Nous avons donc tendance à penser spontanément que, de même qu'il peut faire de plus en plus chaud, au sens de la sensation, la température peut descendre indéfiniment.

Comment réaliser les thermomètres qui mesureront ces variations ? On peut utiliser la dilatation des solides ou des liquides pour obtenir une mesure de la température, mais les physiciens du XIX^e siècle ont préféré une échelle absolue de températures, fondée sur les propriétés de dilatation des gaz parfaits (qui sont une idéalisation des gaz réels). Le volume d'un gaz à pression constante varie linéairement avec la température, au moins pour les échelles de température que nous connaissons entre 0 et 100 degrés. Quand on extrapole cette échelle vers les températures inférieures, on observe que le volume diminue, mais pas indéfiniment : on ne peut pas concevoir un volume qui soit moins que rien, et le volume d'un gaz parfait tend vers zéro à une température finie, égale à $-273,15$ degrés sur l'échelle Celsius. C'est ce que l'on décide de nommer le zéro absolu.

Pourquoi absolu ? Parce que, insistons, on ne peut pas imaginer un gaz dont

le volume serait négatif : le volume est une grandeur qui, par essence, ne peut être négative.

Voilà qui est inattendu : la température, qui semblait pouvoir monter et descendre indéfiniment, a le même comportement qu'un volume et ne peut pas devenir plus petite qu'une certaine grandeur. Or cette grandeur est de $-273,15$ sur une échelle qui est conventionnelle et arbitraire. Aussi les physiciens ont recalibré l'échelle ancienne en prenant cette température comme zéro de l'échelle des températures et en comptant les températures à partir de cette origine : ils ont ainsi créé l'échelle Kelvin.

La découverte d'une borne inférieure des températures n'a pas été une grande surprise, parce qu'elle s'est faite progressivement, en quelques décennies, en même temps que les études de la dilatation des gaz ; la surprise s'était évanouie. Cependant la découverte du zéro absolu a engendré un malaise pédagogique et épistémologique.

Puis les physiciens modernes ont construit des appareils à froid de plus en plus perfectionnés, et atteint des températures de plus en plus faibles. Ils ont refroidi des échantillons à quelques dixièmes de degré, puis à quelques millièmes de degré... mais les progrès devenaient difficiles. Alors que le zéro absolu semblait numériquement à portée de main, il se révélait hors d'atteinte pratique : comme l'infini, on ne peut pas l'atteindre.

Face à cet infini de la pratique, les théoriciens ont cherché des équations plus agréables à manipuler, plus simples à écrire, et ils ont proposé un changement de variable, afin que l'échelle classique, qui est apparemment bornée d'un côté, par $-273,15^{\circ}\text{C}$, soit transformée en une échelle infinie à gauche comme à droite. Dans le cadre théorique qui est le nôtre, il ne semble pas exister de limite supérieure pour les températures, mais rien n'indique que nous n'en découvrirons pas un jour, en vertu de principes... inattendus.

Si le zéro de l'échelle Kelvin est absolu, revenons-y, c'est qu'il correspond à une limite de la diminution des températures, qui est universelle : tous les gaz cessent leur contraction à cette température parce que, comme les physiciens l'ont progressivement compris, la vitesse des molécules et des atomes devient progressivement nulle ? À la température de zéro Kelvin, il n'y a plus de mouvement.

L'INATTENDU DE LA VITESSE

Ce phénomène du mouvement est cher aux physiciens, parce que c'est lui qui nous donne l'essentiel de notre percep-