

exploration fut elle aussi couronnée de succès. Ces deux premières observations furent l'objet de communications et de publications, ce qui nous valut un afflux d'autres malades et nous permit de faire état de notre expérience avec Michel Hurth dans une monographie rapportant les observations de nos 12 premiers patients. Contraint de quitter l'hôpital des Enfants-Malades pour l'hôpital Hérold, j'abandonnai à regret la neuroradiologie. René Djindjian poursuivit ses recherches dans ce domaine. Ce fut bien lui le pionnier de l'artériographie de la moelle épinière et de ses enveloppes. Contrairement à ce qu'il croyait, nous n'avions pas, en novembre 1961, réalisé une première. Nos recherches bibliographiques nous

montrèrent que d'autres avant nous avaient opacifié des angiomes de la moelle épinière par aortographie ou par artériographie vertébrale mais les observations étaient restées isolées ; leurs auteurs, qui avaient obtenu de belles images, n'avaient pas songé à utiliser ces explorations angiographiques de façon systématique.

Qu'advint-il de Djindjian ?

Quelques années plus tard, René Djindjian devenait officiellement le neuroradiologiste responsable de l'antenne du département de radiologie située dans le service de neurochirurgie dirigé par le Professeur R. Houdart. Il obtint officiellement sa qualification de radiologiste. La

qualité de ses travaux, sa notoriété internationale lui valurent d'être nommé professeur associé. Il fut un des pionniers de la radiologie d'intervention.

Sa mort prématurée nous a privés d'un neuroradiologiste éminent qui contribua au renom de la radiologie française. Il avait, heureusement, attiré auprès de lui durant ses dix dernières années d'activité, de nombreux collaborateurs venus de France ou de l'étranger ; il a laissé derrière lui des élèves tels Jean-Jacques Merland, Jacques Theron et autres qui perpétuent sa mémoire en améliorant ses techniques, en poursuivant ses recherches.

Validé le 5 octobre 2007



Isabelle Durand-Zaleski AIHP 1981

Professeur de Santé Publique
Chef de service, CHU Henri Mondor, Créteil

Isabelle Durand-Zaleski, vous êtes professeur et chef de service de Santé Publique au CHU Henri Mondor de Créteil. Existe-t-il une recherche propre à votre discipline ?

Bien entendu, mais il faut d'abord essayer de définir ce qu'est la Santé Publique. Autrefois, c'était principalement l'hygiène, discipline alimentée par la révolution pastorienne, caricaturée par l'épouillage et les bains-douches, encore pratiqués à l'Hôtel-Dieu au début de l'internat de mon père en 1955. L'expression qui la résume aujourd'hui est celle de "périmètre de santé" qui définit les biens et services que l'on peut offrir ou refuser à une population donnée. C'est un ensemble complexe qui se définit différemment selon les pays, les sociétés et les systèmes politiques, en fonction de leur définition du degré de solidarité des financements.

La référence à la définition de l'OMS - état de bien-être physique, mental et social - serait-elle périmée ?

C'est un très bel idéal, mais sans valeur opérationnelle. Aucun système sanitaire, qu'il repose sur la solidarité ou non, ne peut l'appliquer sur le terrain des réalisations pratiques, qu'elles soient ambitieuses au niveau d'une politique, ou plus modestes, au niveau d'une structure ou d'un service.

L'historique de votre parcours personnel permet de mieux comprendre cette entité dont le flou peut expliquer la relative impopularité de votre discipline, notamment aux yeux des générations qui vous ont précédée et pourraient encore vous assimiler à une gratte-papier, une empêchuse de tourner en rond au détriment de la qualité des soins cliniques et de la liberté du médecin face à la dégradation de son pouvoir ?

Si cela peut être utile à un plaidoyer pro domo, essayons et appelons éventuellement Bourdieu à la rescousse. Je suis fille du cardiologue de Bicêtre, Jacques Durand, cela a influencé ma décision de devenir médecin après un bac S avec mention et une année de math sup. Si j'avais été fille d'énarque, j'aurais préparé l'ENA. Le choix de la médecine avait l'avantage de reculer à un horizon tardif un choix définitif de carrière car l'éventail offert est large et je ne savais pas vraiment à quoi me destiner. Une fois nommée au concours de l'internat, je me suis inscrite avec succès à Sciences Po, ce qui m'a passionnée. J'ai effectué un certain nombre de services cliniques, à Lariboisière, Ambroise Paré, Cochin et Tenon, ce qui m'a permis de dominer - pourquoi le cacher ? - une certaine peur du contact avec les malades. J'ai toujours mesuré le poids volontiers écrasant de leur prise en charge clinique et je ne voulais surtout pas commettre des erreurs préjudiciables aux patients, alors que les internes étaient encore

assez largement abandonnés à eux-mêmes au cours des gardes. Mon mari, physicien, et moi sommes partis à Boston, Mass., lui au MIT, moi à Harvard pour un master. J'ai poursuivi chez Steve Pauker à Tufts University New England Medical Center, ce qui m'a aussi donné l'occasion de travailler auprès de Barbara McNeil, cette brillantissime pionnière de l'économie de santé, initialement biophysicienne et spécialiste de médecine nucléaire. J'ai validé mes trois derniers semestres d'internat puis complété ma formation par une thèse en économie à l'université Paris-Dauphine. Revenue à l'AP-HP, j'ai travaillé avec Claudine Blum-Boisgard. Je poursuis ma carrière en Santé Publique au CHU Henri Mondor initiée en 1992 par le titre de MCU-PH. Je continue principalement de m'intéresser à l'économie de santé.

Prenons les choses par l'autre bout de la loupe. Je viens d'être nommé à l'internat et je veux me dédier à la Santé Publique ; comment dois-je m'y prendre ?

D'abord et avant tout, apprenez l'anglais si vous ne le savez déjà. C'est ce que je me tue à dire à tous les étudiants en médecine, sans pour autant qu'ils oublient de cultiver leur français oral et écrit. Allez où vous voulez pourvu que le pays soit anglophone, faites le travail que vous voulez, regardez autour de vous, étudiez la société. A la

limite peu importe la qualité de la formation universitaire que vous trouverez à l'étranger, vous aurez appris à vous confronter avec la nouveauté. Je vous trouverai une bourse, un centre de recherche pour votre projet. Vous êtes célibataire, vous êtes certain de faire des rencontres, cela a été le cas pour tous mes collègues. Marié(e), faites en sorte que votre conjoint ait une occupation définie par un projet analogue au vôtre, si vous voulez que votre couple n'explose pas, tout en sachant qu'il est très difficile en Amérique du Nord, d'organiser la prise en charge des enfants. Validez vos semestres d'internat en Amérique du Nord, si c'est toujours possible et/ou si vous êtes pressé. Ne négligez pas d'effectuer des semestres dans des services de clinique, pour avoir une notion réaliste de la médecine de soin. Trop de vos collègues en santé publique refusent de prendre des gardes d'urgence, c'est regrettable.

Comment devenir PU-PH en santé publique ?

Par l'école doctorale de Paris XI, je vais vous donner un sujet de thèse de sciences. Par exemple, l'étude du coût-efficacité des stents dans les thromboses coronaires, de la prise en charge de la grippe aviaire en Egypte, de l'évaluation des scanographes 64-barettes, du modèle biostatistique à appliquer à l'évaluation de l'efficacité du Mouskitu dans la prévention du paludisme au Katanga... la liste est inépuisable ! Vous allez donc vous définir une niche personnelle, en fonction de vos affinités et des opportunités.

Je ne veux surtout pas être PU-PH. Je veux être salarié pépère de la fonction publique !

Vous avez devant vous le choix de la Direction Générale de la Santé, de la Direction des Affaires Sociales, de l'administration hospitalière... avec des parcours départementaux, régionaux, nationaux et une marche à suivre qui est réglée par le Code de la fonction publique et la filière des concours de recrutement organisés notamment par les

Ministères en charge de la santé et des affaires sociales.

Foin de la paperasserie pantouflarde, qu'y a-t-il dans le secteur libéral ?

Une infinité de débouchés qui explique d'ailleurs le débauchage facile des salariés de la fonction publique séduits par les propositions de l'industrie de la pharmacie et de l'imagerie, des cliniques privées, des groupes d'assurances... Recruter un cadre expérimenté au carnet d'adresses fourni est une aubaine pour eux. Si, en plus, vous avez un Master ou un Ph.D délivré par une université étrangère ! Vous pouvez devenir conseiller ou consultant. Il n'y a pas de chômage dans la Santé Publique, on peut même finir Ministre de la Santé voire des Affaires Etrangères !

La politique serait-elle omniprésente dans la santé publique ?

C'est elle qui définit les règles dans lesquelles évolue légalement le périmètre de santé. En France, aujourd'hui, tous les partis politiques sont d'accord sur le diagnostic de l'état de santé économique de notre système sanitaire et social. Par exemple, tout le monde sait qu'il y a nécessité d'une franchise pour limiter l'accès aux soins épuisant la capacité de solidarité nationale supportable pour les individus qui composent la société. Les politiques de droite et de gauche s'affrontent sur les moyens d'y parvenir sans qu'il y ait pour autant toute la population dans la rue. Vaut-il mieux un ministre de la santé médecin pour décider s'il faut rembourser ou non les soins homéopathiques, ou qu'il soit issu de la technocratie et abstrait des réalités corporatives ? Cela peut se discuter. Vous voulez savoir s'il est possible de faire ce métier qui est le mien sans prendre un engagement politique partisan ? La réponse est oui en ce qui me concerne, ce qui ne veut pas dire que je ne collabore pas en fournissant par exemple des données statistiques

destinées à nourrir un rapport pour le pouvoir politique en place, quelle qu'en soit la couleur, appelé à prendre une décision, par exemple sur la politique d'équipement en technologies lourdes ou un plan de prévention d'une pandémie.

Comment voyez-vous évoluer le pouvoir médical qui reste semble-t-il très grand dans une branche comme la vôtre, alors qu'on gémit sur son évolution moribonde dans beaucoup de nos milieux ?

Permettez-moi de citer un petit livre très intéressant de Sir Muir Gray, médecin directeur des programmes anglais de dépistage. Il a écrit "*The resourceful patient*" où il explique comment les patients atteints de maladies chroniques vont devenir, grâce aux nouvelles techniques de communication et aussi au développement de l'éducation (health literacy), des acteurs de leur prise en charge. Les médecins vont peut-être mieux représenter la société dans sa diversité culturelle et sociale, et non plus les élites, ce qui, conjointement à la montée des "*resourceful patients*" va réduire le pouvoir médical. Je ne suis pas capable de porter un jugement normatif sur la perte du pouvoir médical. Comme c'était un pouvoir très masculin, je pourrais avoir tendance à dire que c'est bien fait, mais il faut savoir par quoi ce sera remplacé !

Comment les étudiants en médecine vivent-ils votre discipline ?

Ils y sont confrontés tout de suite, car la matière a le plus fort coefficient de l'examen de PCEM-1. Dommage pour eux s'ils n'en comprennent pas l'intérêt

Entretien le 29 juin 2007

Validé le 3 août 2007

BARBARA J. MCNEIL NAMED ACTING DEAN OF HARVARD MEDICAL SCHOOL

Barbara J. McNeil, the Ridley Watts Professor of Health Care Policy and Professor of Radiology, has been named acting dean of the Harvard Medical School effective July 1, President-elect Drew Faust announced today.

As a member of the School faculty since 1983 and founder and current chair of the department of health care policy at HMS, McNeil will take on the role of acting dean once Dean Joseph B. Martin steps down on June 30.

McNeil holds a bachelor's degree from Emmanuel College (chemistry, 1962) and received her M.D. from Harvard Medical School in 1966. She spent the following year completing an internship in pediatrics at Massachusetts General Hospital in Boston.

In 1967 McNeil won a research fellowship from the National Institutes of Health, working as an NIH fellow in the Biophysics Research Laboratory at Harvard until 1971. She earned a Ph.D. in biological chemistry from Harvard in 1972.

From 1971 to 1973 she also served as a resident in radiology at Peter Bent Brigham Hospital and Children's Hospital Medical Center, and as a clinical fellow in radiology at Harvard Medical School.

In 1974 she began the first of a long series of hospital and academic appointments in the Harvard Medical School system, as instructor in radiology at Peter Bent Brigham Hospital and radiologist at Brigham and Women's Hospital. She devoted much of her research to the study of new medical technologies and was one of the first physicians to apply the techniques of decision analysis and cost effectiveness analysis to the study of new imaging technologies.

In 1989 she founded the Radiology Diagnostic Imaging Group, the first government-sponsored initiative of its kind. In 1983 she was made full professor in clinical epidemiology and radiology at Harvard Medical School, and in 1987 she was also named professor of health sciences and technology in the Harvard-MIT Division of Health Sciences & Technology.

Her interest in the quality and costs of patient care led, in 1988, to the founding of HMS's department of health care policy, of which she was appointed head.

McNeil's research has focused largely on identifying the most appropriate, effective, and highest quality medical technologies and imaging procedures for patients. She is renowned for her work in radiology, technology analysis, quality of care, and patient outcomes.

<http://www.news.harvard.edu/gazette/2007/06.14/news.html>