

Historique d'un modèle hospitalier L'hôpital Marie Lannelongue (HML) Acteurs – Réseaux – Innovations

Du dispensaire/hôpital Marie Lannelongue de la rue Tolbiac à Paris (13^e) à l'Hôpital Marie Lannelongue du Plessis Robinson (92)

Une tradition de médecine et de chirurgie des enfants

■ Dans la conjoncture des années 1890-1914 qui voient l'essor de nombreuses ligues, œuvres et associations à vocation d'assistance charitable et de lutte contre la mortalité infantile, le comité parisien de la Ligue fraternelle des enfants de France (LFEF), fondée en 1895 à l'initiative du juriste Henri Rollet (1860-1934) – conseiller du président Félix Faure pour la protection de l'enfance – par Lucie Félix Faure (1866-1913) et Appoline de Gourlet (1866-1952), ouvre en 1902 un des tous premiers dispensaires de soins gratuits destinés aux enfants. Noyau de celui construit en 1908, rue de Tolbiac à Paris (13^e), il lui est adjoint un hôpital (pour enfants et adultes) inauguré en août 1912 et dénommé Marie Lannelongue (1836-1906), en souvenir de la femme du professeur Odilon Lannelongue (1840-1911), membre de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences, réputé pour ses travaux sur les malformations congénitales et les pathologies osseuses (tuberculose notamment). Pastorien convaincu, très investi dans les œuvres de bienfaisance aux côtés de son épouse, il est membre de la LFEF.

■ Outre la vocation généraliste de l'hôpital Marie Lannelongue, le service de chirurgie est dirigé par le Dr Pierre Duval (1874-1941), chef de service de l'hôpital Bicêtre, avant d'occuper en 1921, la chaire de thérapeutique chirurgicale, transférée à l'hôpital de Vaugirard. La Grande Guerre lui donne l'occasion de s'affirmer comme un des pionniers de la chirurgie des lésions pulmonaires et de montrer la nécessité d'associer autour de l'activité chirurgicale centrale, la collaboration des laboratoires de radiologie, bactériologie et d'anatomo-pathologie. Le service de médecine est dirigé par le Dr Georges Guillain (1876-1961), titulaire en 1923 de la chaire de clinique des maladies du système nerveux à l'hôpital Salpêtrière (13^e). Doté dès 1914 de 45 lits, de salles d'opération et de stérilisation très modernes, Marie Lannelongue est mis à la disposition de la Croix-Rouge pendant les deux conflits mondiaux. Hôpital auxiliaire dès 1914 (chirurgie des blessés militaires et civils), il devient en 1942, un Centre de chirurgie maxillo-facial de référence, dirigé par le médecin commandant Maurice Virenque (1888-1946), un des pionniers depuis la Grande Guerre, de la chirurgie réparatrice (greffe ostéopériostiques).

■ En 1946, ce service est transféré à l'hôpital Foch (Suresnes), hôpital militaire jusqu'en 1949. Celui-ci accueille alors le tout récent Centre national de chirurgie réparatrice (unique en France) créé par le Service de Santé, pour les blessés de la guerre 1939-1945 et d'Indochine et dirigé par le médecin général Gustave Ginestet (1897-1966). Le Centre comprend aussi le service des brûlés du Dr Paul Tessier (1917-2008) et le service de chirurgie orthopédique de Robert Merle d'Aubigné (1900-1989). Ce dernier fut membre du comité médical consultatif de l'hôpital Marie Lannelongue, après être devenu en 1949 titulaire de la chaire de chirurgie orthopédique et chef de service de la clinique orthopédique à l'hôpital Cochin (14^e). L'expertise du Prof. Merle d'Aubigné fut sollicitée sur l'éventualité de créer à Marie Lannelongue un Centre de chirurgie orthopédique infantile et de recherche clinique de renommée internationale, en liaison avec l'hôpital Cochin.

La construction d'une nouvelle identité : la chirurgie intra-thoracique (enfants et adultes)

■ Depuis sa création, le dispensaire-hôpital Marie Lannelongue bénéficie de relais puissants au cœur des réseaux politiques et associatifs. Il avait reçu l'appui du sénateur Paul Strauss (1852-1942), ministre de l'Hygiène (1922), qui maintient en matière de santé une étroite association entre

bienfaisance privée et assistance publique. En 1946, dans la fidélité à la vocation primitive de l'hôpital (soins des enfants), tout en l'adaptant à l'urgence française en matière de traitement des pathologies cardiaques congénitales, la LFEF peut compter sur le soutien essentiel de Pierre Laroque (1907-1997), conseiller d'Etat – proche du général de Gaulle, et père des ordonnances d'octobre 1945 qui créent la Sécurité sociale –, dans la fondation en 1948 de l'Association pour le développement de l'hôpital Marie Lannelongue, puis du HML en 1962. Sa destination, la chirurgie intra-thoracique est confirmée en 1949 par P. Bacon (1907-1999), ministre du Travail, puis soutenue par les successeurs de P. Laroque à la direction générale de la Sécurité sociale. Les crédits (construction, aménagement et fonctionnement) et subventions (recherche) accordés, permettent au HML de devenir un pôle hospitalier d'excellence (privé) et un établissement « pilote » de référence internationale centré sur la chirurgie cardio-vasculaire et thoracique.

■ De la construction du nouveau centre Tolbiac (HML 1) inauguré en octobre 1953 par le président Vincent Auriol, à l'édification en 1977, au Plessis Robinson, du nouvel hôpital (HML 2), alors même que le système hospitalier (public et privé) se concentre (carte hospitalière) sous la présidence de G. Pompidou, le HML a su garder une grande originalité par rapport aux hôpitaux de l'Assistance publique. Celle-ci s'explique par trois facteurs : unité de lieu (géographique), taille moyenne (72 lits en 1954, 106 lits en 1971, puis capacité prévisionnelle de 224 lits en 1977, aujourd'hui 201 lits, dont 20 % réservés à la réanimation) et rassemblement sur un même plateau technique (avec aujourd'hui scanner,IRM, Tepsan) des meilleurs compétences médicales et chirurgicales (transversalité disciplinaire), du diagnostic à l'évaluation, y compris les investigations préopératoires (radiologie, cathétérisme, imagerie vasculaire, exploration fonctionnelle, laboratoires cliniques...), et du traitement chirurgical (un des blocs opératoires les plus modernes d'Europe avec en 2014, 7 salles d'opération, contre 2 en 1954), à la surveillance post-opératoire, avec des niveaux de réanimation (soins intensifs, surveillance continue...). De fait, alors que les effectifs ont été multipliés par cinq entre 1964 et 2014, passant de 218 à 1099, (le service hospitalier y représente 60 %), les interventions chirurgicales, au nombre de 3750 en 2014, ont augmenté d'environ 60 % pour la même période et sont 10 fois plus nombreuses qu'en 1954.

■ Son identité originelle et son caractère pionnier, sont associés à trois néo-cliniciens de renom, membres du comité médical consultatif du HML 1, et qui ont été très impliqués depuis la guerre dans l'élaboration du programme de la résistance médicale et dans la réforme du système de santé français. Les professeurs Robert Debré, père de la réforme hospitalo-universitaire de 1958-1960 ; Raoul Kourilsky (1899-1977) créateur de l'Association Claude Bernard – ACB, destinée à favoriser le développement des laboratoires de recherche au sein des services hospitaliers ; Louis Bugnard (1901-1978), directeur de l'Institut national d'hygiène – INH (il se transforme en 1964, en Institut national de la santé et de la recherche médicale – INSERM) qui oriente cette institution dans le soutien au développement de la recherche en sciences médicales ; sont les garants institutionnels pour le HML de son ambition d'être à l'avant-garde du nouveau paradigme biomédical, inspiré de l'étroite association qui existe aux Etats-Unis depuis le début du XXe siècle entre recherche scientifique (laboratoires), enseignement (universités) et clinique (hôpital).

Une culture de l'innovation et de l'expertise au fondement d'un modèle hospitalier d'avant-garde

■ Dès 1952, alors que dans le domaine de la chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, les grands centres hospitaliers de référence aux Etats-Unis, comme la *Mayo Clinic* à Rochester (Minnesota) ou le *Johns Hopkins Hospital* à Baltimore (Maryland), disposent de structures de recherche expérimentale fortement dotées de moyens humains, techniques et financiers, le HML est le premier hôpital français de surcroît privé, et ceci malgré la concurrence plus tardive d'hôpitaux de l'Assistance publique (AP) comme Broussais (14^e) ou Laennec (7^e), à mettre en pratique avant la réforme hospitalo-universitaire (1958-1960), qui crée les centres hospitalo-universitaires (CHU) :

a/ une culture de l'innovation grâce aux laboratoires de recherche associés par la suite au CNRS et à l'INSERM : **chirurgie expérimentale**, laboratoire dirigé dès l'origine par le Dr G. G. Nahas (1920-

2012) puis le Dr. Claude Lenfant qui feront carrière aux Etats-Unis, et de 1960 à 1992 par le Dr Michel Weiss (mise au point de techniques et matériels, miniaturisation des circuits pour la perfusion des nouveaux nés, utilisation du cœur-poumon artificiel de Lillehei-Dewall, mise au point de la circulation extra-corporelle – CEC – pour la chirurgie cardiaque à cœur ouvert, véritable référence en Europe, travaux sur les greffes du poumon, les biomatériaux, hétérogreffes animales, la transplantation expérimentale cœur-poumon, de la trachée, plus tard du bloc tracho-oesophagien, l'hypertension artérielle pulmonaire...); **physiopathologie respiratoire** dirigé dès 1963 par le Prof. J. Durand, (notamment travaux sur l'hypoxie) et jumelé en 1985, dans le cadre de l'unité de recherche (CNRS) dirigée par J. Durand, puis le Dr. J. J. Mercadier, avec celui d'**immunologie** créé en 1979, en collaboration avec le Prof. J. F. Bach (hôpital Necker). En 1984, il s'était transformé en laboratoire d'immunologie appliquée à la pathologie chirurgicale cardiaque et thoracique, prenant ainsi la suite de l'entité de recherche clinique appliquée à la chirurgie cardio-vasculaire créée en 1972 par le Prof. Jean-Paul Binet, 1924-2008, (travaux de physiopathologie de la myasthénie, nouvelles thérapeutiques relatives aux rejets aigus et chroniques dans les infections post-transplantations...). En 1996, ce laboratoire de recherche fondamentale se restructure « Physiologie cardio-vasculaire et thymique ». Depuis le début de l'année 2010, l'unité de recherche INSERM U999 (université Paris Sud), prend en charge les travaux sur l'hypertension artérielle : physiopathologie et innovation thérapeutique.

b / la culture du plein temps hospitalier (unité du lieu de travail, qualité des soins et permanence de l'accueil éventuellement en urgence de jour comme de nuit)

c/ la formation universitaire et pratique (voyages d'études), le rayonnement national et international et la diffusion de la recherche (participation régulière des équipes aux congrès et colloques internationaux, publications scientifiques). A cet égard, la convention établie en mars 1967 avec le CHU de Paris, poursuivie en 1969 avec le rattachement du HML au CHU Bicêtre (94), enfin la convention liant dès 1990 le HML à l'AP-HP Hôpital A. Bécélère à Clamart (92), ont permis au HML d'approfondir les liens entre recherche, expérimentation et matériaux cliniques et enseignement. De plus, une procédure d'évaluation scientifique a été mise en place à partir de 1983 par le HML. Elle associe des représentants de l'Université Paris Sud et de l'INSERM en liaison avec le comité scientifique consultatif. Aujourd'hui, le HML fait partie des quelques grands établissements participant au service public hospitalier (PSPH), à bénéficier de postes hospitalo-universitaires (professeurs des universités-praticiens hospitaliers), ce qui renforce son attractivité et sa renommée.

■ La fin des années 2000 voit d'autres liens se tisser avec des établissements de référence comme le groupe hospitalier Paris Saint-Joseph (14^e) pour créer le pôle cardiovasculaire et métabolique inter-hospitalier en Ile-de-France. Le HML fait également partie des établissements franciliens de la Fédération des établissements hospitaliers privés non lucratifs (FEHAP), partenaires du projet fédérateur de recherche clinique porté par l'hôpital Foch. L'hôpital Marie Lannelongue forme aussi avec les hôpitaux Bicêtre et Necker (15^e) les centres de référence en matière de maladies vasculaires pulmonaires et de malformations cardiaques congénitales (M3C). Enfin, alors que dès 1956, le HML avait établi une première relation avec la fondation Gustave Roussy (fondation pour le développement de l'Institut du cancer à Villejuif (94), créée en 1926), pour la prise en charge des cancers du poumon, il créé en 2012, en partenariat avec l'Institut Gustave Roussy (IGR), le premier centre et pôle d'expertise de lutte contre le cancer en Europe, l'Institut d'oncologie thoracique (IOT), pour la pratique thérapeutique de la chirurgie des cancers et pathologies thoraciques.

Entre privé et public : un modèle hospitalier hybride face aux grands défis de la santé

■ Fort de ce modèle hospitalier original dont les quatre premiers chirurgiens-chefs, spécialisés en chirurgie thoracique, les Dr Olivier Monod (1904-2000), René Sauvage (1896-1985), Henri Le Brigand (1913-1985) et Max Merlier (1921-1988), ont assuré les fondations durables, poursuivies aujourd'hui par le Prof. Philippe Darteville et son équipe de direction –, le HML, qui a le statut d'hôpital privé sans but lucratif, depuis 1974, est admis au début de l'année 1977, au service publique hospitalier (PSPH) alors que commence son activité au Plessis Robinson (92). Le caractère pionnier et innovant du HML lui permet de s'insérer, avec ses nombreux atouts, dès les années 1990, dans la

recomposition hospitalière (A. Juppé) avec les projets d'établissement, contrats d'objectifs et de moyens, notamment pour la répartition de la dotation globale entre établissements publics et privés (PSPH), (ordonnance du 24 avril 1996), des agences régionales d'hospitalisation (ARH). Toutefois, depuis la loi du 21 juillet 2009, se constituent des pôles forts (AP-HP) d'expertise multidisciplinaire (pathologies de l'adulte : chirurgie coronaire, valvulaire, de l'aorte thoracique...), du fait de la politique de regroupement provoquée par le schéma régional de l'organisation sanitaire d'Ile-de-France (SROS) arrêté par l'agence régionale de santé – ARS (effet de taille afin d'assurer l'efficacité médicale et universitaire, offre hospitalière, autorisation d'activité de soins...).

■ Le HML n'en poursuit pas moins sa ligne originelle d'établissement « pilote », d'excellence et innovant, plus particulièrement dans les pôles de chirurgie thoracique vasculaire et des cardiopathies congénitales, alors même que des évolutions majeures en matière de recherche fondamentale, clinique et d'innovations thérapeutiques, se développent rapidement (valves pulmonaires percutanées, endoprothèses aortiques, transplantations, cœur et poumon artificiels...). Le rayonnement national, régional et international du HML lui permet de faire face aux logiques concurrentielles, et à la diminution entre 2002 et 2010, du volume de l'activité nationale de la chirurgie cardiaque qui touche principalement l'AP-HP (moins de 15 % pour les séjours), à l'exception notable de la chirurgie valvulaire et de la cardiologie interventionnelle (coronarographie, angioplastie...), avec en moyenne plus de 45 % des séjours (AP-HP). Celle-ci est amenée de plus en plus à remplacer la chirurgie conventionnelle, dans laquelle le HML s'investit pleinement par la création en 2013 d'un pôle d'imagerie et de thérapeutique interventionnelle.

■ Pendant plus de 50 ans, le HML a bénéficié d'un financement (fonctionnement et recherche) provenant de son principal partenaire, la Sécurité sociale, service public géré selon le droit privé mais dont la tutelle de l'Etat est un principe fondamental de fonctionnement. Cette tutelle se retrouve aussi dans le fonctionnement des grands programmes de recherche (laboratoires) qui dépendent de la DGRST, soit directement du CNRS, alors même que l'INSERM a la prérogative de viser les budgets de la recherche médicale. En raison même d'une plus grande souplesse de gestion que les hôpitaux publics, les établissements PSPH, a fortiori le HML, devenus des établissements de santé privée d'intérêt collectif - ESPIC (institutions de droit privé), ne sont pas en situation, compte tenu de leur spécialisation dans le traitement des pathologies chirurgicales lourdes, souvent graves et complexes, de supporter des déficits d'exploitation persistants (faible capacité d'autofinancement, fonds de roulement limités) alors que les charges structurelles sont quasiment identiques à celles des hôpitaux publics. En réalité, le HML est confronté depuis les années 1950 à une inadéquation continue entre les budgets alloués et des contraintes spécifiques coûteuses : chirurgie de pointe, recherche fondamentale et clinique innovante. Compte tenu de la situation contemporaine de l'assurance maladie qui ne favorise pas les ajustements nécessaires à la grille tarifaire, d'un manque de cohérence avec l'échelle des coûts et de son désengagement depuis 2005 de la gestion de l'Association Marie Lannelongue (1975), l'hôpital Marie Lannelongue renoue aujourd'hui avec la recherche, propre à son histoire, d'un modèle mieux adapté aux grands défis de la santé.

■ Dès le début des années 1960, le HML avait envisagé de créer une structure juridique de type fondation, dans l'objectif de s'ouvrir aux fonds privés. Alors qu'en France les fondations relevant du domaine de la santé sont peu nombreuses, ce modèle est très développé aux Etats-Unis (cf. la création en 1901 du *Rockefeller Institute for Medical Research* qui prend le nom de *Rockefeller University* en 1965, celle de la Fondation Rockefeller en 1913 avec son célèbre département (1915) *International Health Commission*, puis *Board*), ainsi que dans d'autres pays européens comme l'Allemagne ou l'Italie. La Fondation Curie, une des plus anciennes en France, fondée en 1920 par Marie Curie (1867-1934), a permis d'obtenir des moyens supplémentaires pour financer l'Institut du radium créé en 1909, conjointement avec la faculté de Paris et l'Institut Pasteur dans l'objectif d'élaborer une « thérapeutique scientifique du cancer », fondée sur un rapport étroit entre recherche fondamentale, appliquée et clinique (l'Institut et la Fondation fusionnent en 1978 pour former l'Institut Curie). L'autre exemple qui fut durant les années 1950-1960 une référence pour le HML, concerne l'hôpital Foch. Sa construction 1932-1937, à l'exemple d'un établissement du même type à Boston aux Etats-Unis, a été rendue possible pour la France grâce à Justin Godart (1871-1956), ministre de la Santé en

1932, un des pères de la Fondation franco-américaine du Mont-Valérien, créée en 1929, reconnue d'utilité publique (donation, legs et subventions de l'Etat), valorisant ainsi l'initiative privée, alors que l'hospitalisation privée à but non lucratif domine largement l'Europe. Si 25 % des ESPIC sont gérés aujourd'hui par des fondations, la création en 2013 par le HML, établissement de santé privé d'intérêt collectif certifié par la Haute autorité de la santé, d'un fonds de dotation, augure de cette démarche nouvelle au regard des défis de la chirurgie de demain. Elle vise aussi à répondre au souci du Conseil d'administration, exprimé dès 1964 en ces termes : « *seul l'importance des laboratoires, la qualité de l'équipement et la valeur des groupes de chercheurs pourront garder au HML, le renom qu'il s'est acquis* ».