

**Construction et orientation du débat public :
l'établissement d'un discours dominant sur la qualité des
soins à travers les " Palmarès des hôpitaux "**

Loïc Ballarini

► **To cite this version:**

Loïc Ballarini. Construction et orientation du débat public : l'établissement d'un discours dominant sur la qualité des soins à travers les " Palmarès des hôpitaux ". La santé dans l'espace public, Presses de l'École des hautes études en santé publique (Rennes), pp.93-106, 2010. <sic_00609254>

HAL Id: sic_00609254

https://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic_00609254

Submitted on 18 Jul 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Construction et orientation du débat public : l'établissement d'un discours dominant sur la qualité des soins à travers les « Palmarès des hôpitaux »

Loïc Ballarini

doctorant en Sciences de l'information et de la communication, CEMTI, Université Paris 8.

Note :

Il s'agit du texte tel qu'il a été publié, augmenté de la correction de quelques erreurs introduites lors de l'édition. Celles-ci sont signalées dans le texte par une astérisque (*) et commentées en notes.

J'ai également conservé les prénoms des auteurs dans la bibliographie, dont la version imprimée n'a retenu que les initiales.

Référence :

BALLARINI Loïc, 2010. « Construction et orientation du débat public : l'établissement d'un discours dominant sur la qualité des soins à travers les "Palmarès des hôpitaux" », in ROMEYER Hélène (dir.), 2010. *La santé dans l'espace public*, Rennes : Presses de l'École des hautes études en santé publique, coll. « communication santé social », pp. 93-106.

Résumé :

Ce texte interroge le rôle des palmarès des hôpitaux, publiés en France depuis 1998, en tant qu'éléments de construction des enjeux du débat public autour de la qualité des soins. Nous examinons les conditions de naissance et d'évolution des palmarès à la lumière des relations entre le champ de la santé et celui des médias. Destiné à consacrer une certaine forme d'excellence liée à une rationalité technique et économique, ce type d'enquête est rendu possible par l'établissement de liens privilégiés entre un groupe de journalistes et de médecins qui partagent une vision de l'hôpital conçu comme une entreprise devant avant tout être rentable. L'analyse détaillée du contenu et des sources du premier de ces palmarès fait apparaître un arrière-plan idéologique bien éloigné de l'idéal de transparence revendiqué par ses auteurs. L'étude de sa réception par la presse de l'époque montre pourtant que le « coup » médiatique a parfaitement fonctionné, puisque ni la méthodologie des palmarès, ni les présupposés qui président à leur élaboration, ni l'évidente proximité de leurs conclusions avec l'évolution des politiques publiques de gestion de la santé n'ont jamais été discutés. Replacer l'étude des palmarès des hôpitaux dans le contexte des réformes néolibérales conduit donc à nous interroger sur les processus de mise en place et d'animation d'un espace public partiel (concernant la qualité des soins) et partial (traversé par un discours présenté comme naturel et hétérodoxe, mais orienté en fonction d'intérêts particuliers et dont la vocation est d'imposer une vision dominante).

En matière de santé, l'actualité journalistique française est rythmée, depuis plus de dix ans, par la parution annuelle de « Palmarès des hôpitaux », dont le premier fut publié dans le numéro de septembre 1998 du mensuel *Sciences et Avenir* (Houdart, Malye, Vincent, 1998a¹). Il connut un retentissement considérable dans toute la presse française. Ce modèle a ensuite été repris, chaque année, par le même trio d'auteurs, d'abord dans les pages du *Figaro Magazine* en 1999 et 2000, et depuis 2001 dans celles du *Point*. Il s'agit d'une entreprise d'une ampleur exceptionnelle, tant par sa durée que par le nombre de pages publiées dans les palmarès eux-mêmes et sous forme de reprises ou de commentaires par d'autres titres et dans d'autres médias.

Ce texte interroge le rôle de ces palmarès successifs en tant qu'éléments de construction des enjeux du débat public autour de la qualité des soins.

Dans une première partie, nous examinons les conditions de naissance de ces palmarès à la lumière de l'évolution des relations entre le champ de la santé et celui des médias. Dans le contexte d'une spécialisation croissante des journalistes et de l'offre éditoriale, on assiste tout d'abord à une confrontation qui prend la forme de « listes noires » contestées, jusqu'à ce que s'impose, à la fin des années 1990, le principe des palmarès. Destiné à consacrer une certaine forme d'excellence (ici liée à une rationalité technique et économique), ce type d'enquête est rendu possible par l'établissement de relations privilégiées entre un groupe de journalistes et de médecins qui partagent une vision managériale de l'hôpital, conçu comme une entreprise devant avant tout être rentable économiquement.

Dans une deuxième partie, une analyse de contenu détaillée du « Palmarès 1998 » ainsi qu'un examen critique de ses sources de données et de ses méthodes de classement fait apparaître cet arrière-plan idéologique, bien éloigné de l'idéal de transparence revendiqué par ses auteurs. L'étude de sa réception par la presse de l'époque montre pourtant que le « coup » médiatique a parfaitement fonctionné : mise en contexte et critique des méthodes d'évaluation sont extrêmement rares. Au contraire, les résultats et les moyens de les obtenir (la transformation de données quantitatives en « preuves » qualitatives) sont immédiatement naturalisés. Par la suite, ni la méthodologie des palmarès, ni les présupposés qui président à leur élaboration, ni l'évidente proximité de leurs conclusions avec l'évolution des politiques publiques de gestion de la santé (discrédit des petites structures, affirmation de la nécessité de concentrer les moyens, qualité des soins jugée en fonction de l'activité des services), qui font l'objet d'une troisième partie, ne seront plus discutés.

1. Ci-après désigné « Palmarès 1998 ».

Replacer l'étude des palmarès des hôpitaux dans le contexte des réformes néolibérales conduit à nous interroger, en conclusion, sur les processus de mise en place et d'animation d'un espace public partiel (concernant la qualité des soins) et partial (traversé par un discours présenté comme naturel et hétérodoxe, mais orienté en fonction d'intérêts particuliers et dont la vocation est d'imposer une vision dominante). Nous nous situons ici dans le sillage des recherches récentes sur l'espace public qui, tout en conservant de l'ouvrage fondateur de Jürgen Habermas (1993) les intuitions et l'attention à l'interdisciplinarité, en rejettent le côté normatif et le fatalisme envers le déclin d'un espace public dont l'âge d'or serait déjà lointain, pour en souligner les aspects dynamiques et de morcellement que nous croyons essentiels².

Vers la consécration d'une certaine excellence médicale

La publication du « Palmarès 1998 » ne marque pas la naissance des articles, enquêtes ou dossiers journalistiques consacrés à la qualité des soins en France. Ses trois auteurs, se citant eux-mêmes, font d'ailleurs référence à la « Liste noire des hôpitaux » qu'ils ont publiée l'année précédente et dont l'objet n'était pas d'établir un classement, mais de pointer du doigt les établissements « à risque », « à fermer ou à reconvertir », c'est-à-dire ceux « où la mortalité [était] la plus élevée » (Houdart, Malye, Vincent, 1997³). D'autres avaient inauguré le genre bien avant eux, dès les années 1970 (Ponet, 2005). À cette époque, et dans le contexte des mouvements anti-institutionnels, des journalistes et des titres de presse marginaux tentent de produire ce que Philippe Ponet nomme, par opposition à l'« information médicale » dominante (et dominée par les médecins établis), une « information de santé [...] qui ne dépend ni dans son contenu ni dans ses conditions de production, des médecins » (Ponet, 2005 : 130). Le mensuel *L'Impatient*, lancé en 1977 (et devenu *Alternative Santé* en 1997), en est le fer de lance, parvenant à fédérer des revendications politiques, syndicales et consuméristes.

C'est dans ce contexte que les premiers « tests de médecins » sont publiés en 1978 par le magazine de l'Union fédérale des consommateurs, *Que choisir ?* Ils succèdent aux « tests de pharmaciens » publiés dès 1973 et qui constituent la première application de la méthodologie des tests de biens manufacturés à des services à la personne. Cependant, ces évolutions demeurent très marginales.

2. Particulièrement Dahlgren (1995, 2000), Bastien, Neveu (1999), Miège (1995), Negt (2007).

3. Ci-après désignée « Liste noire ».

Jusqu'au début des années 1980, et malgré la lente spécialisation du champ journalistique et la généralisation, en fin de période, des rubriques médicales dans les principaux médias, l'information médicale demeure « relativement bien contrôlée par les autorités médicales en collaboration avec un petit groupe de journalistes spécialisés » (Marchetti, 2007 : 72). L'espace relativement restreint dans lequel elle est confinée va considérablement s'étendre dans les décennies 1980 et 1990. On peut mesurer ce phénomène par l'explosion du nombre des revues spécialisées consacrées à la santé, mais aussi par l'évolution du traitement de l'information médicale par les médias. L'apparition du sida, puis le « scandale du sang contaminé » suscitent une production journalistique abondante et fluctuante selon les époques, liée au progrès des connaissances scientifiques, mais aussi à l'évolution des tensions au sein des champs journalistique et médical et entre eux, ainsi qu'à celle de leurs relations avec les autres champs sociaux (Champagne, Marchetti, 1994). Le traitement politico-médiatique de l'accident survenu à la centrale nucléaire de Tchernobyl en 1986 et, dans un autre registre, les interrogations croissantes sur le financement de la Sécurité sociale, contribuent également à faire de la science en général, et de la santé en particulier, un enjeu national à la fois politique et moral.

À la fin des années 1980 se noue un nouveau type de relations médico-médiatiques, qui révèlent ou rendent possibles des alliances entre certains médecins et certains journalistes. Ceux-ci partagent une vision critique de la médecine ainsi que le fait d'occuper des fonctions si ce n'est marginales, du moins dépréciées ou non assurées dans leur champ respectif. Les trois auteurs des « Palmarès », tout comme les médecins et experts qu'ils interrogent, en sont de bons exemples. Les premiers sont journalistes, mais sans être diplômés d'une école reconnue par la profession : l'un est titulaire du baccalauréat et a commencé comme pigiste, les deux autres sont docteurs en médecine mais ont peu exercé avant de rejoindre des revues médicales. Les seconds sont médecins, mais ne sont pas des « mandarins » : ils sont plus souvent épidémiologistes, gynécologues-obstétriciens ou anesthésistes-réanimateurs que chirurgiens, et s'ils sont chirurgiens, leur spécialité fait partie des moins « nobles », comme la chirurgie digestive. Surtout, ils sont « liés par des dispositions managériales. Tous s'accordent en effet pour appréhender la médecine comme une prestation de service, la rencontre entre une offre et une demande, l'ajustement nécessaire entre des ressources et des besoins » (Ponet, 2005 : 150). À l'interface des champs journalistique et médical, ils forment ce que Philippe Ponet nomme un « monde managérial », dont les membres considèrent avant tout l'hôpital comme une entreprise devant être soumise à la rationalité

économique. Ce monde managérial trouve ses premières manifestations médiatiques dans la « Liste des urgences à éviter » publiée par *50 millions de consommateurs* en décembre 1992, puis dans la « Liste noire » de 1997. Cependant, le caractère dénonciateur de ces entreprises est mal reçu dans le champ médical. La première n'aura pas de suite, et si la seconde peut être considérée comme le point de départ d'une longue série qui se poursuit toujours aujourd'hui et compte plus de vingt publications signées de ses trois auteurs⁴ ainsi que plusieurs avatars publiés par des titres concurrents⁵, c'est au prix d'un important changement de ton.

Le passage de « liste noire » à « palmarès » constitue en effet plus qu'une nuance, les rédacteurs quittant le registre de la seule confrontation pour entrer dans celui de la mise en valeur des pratiques qu'ils jugent bonnes. Ainsi le « Palmarès 1998 » ne propose-t-il pas que les cartes et tableaux des hôpitaux les « moins performants », mais aussi celles des « meilleurs ». Des raisons juridiques invitent par la suite à persister dans cette voie : *Sciences et Avenir* a été condamné à plusieurs reprises après la publication des enquêtes 1997 et 1998, à la suite de plaintes déposées par des médecins ou des associations professionnelles. À partir de 1999, les listes des hôpitaux non recommandés disparaissent des palmarès, qui ne se concentrent plus que sur les meilleurs.

Le « Palmarès 1998 » ne se contente cependant pas d'une évolution terminologique. Il est aussi, et peut-être surtout, l'occasion d'adopter la méthodologie d'évaluation de la qualité des soins (sources de données et critères de classement) qui sera celle de tous les palmarès suivants : la rationalité économique qui est au principe du « monde managérial » se traduit pour le lecteur par l'imposition d'une rationalité technique qui entend fournir les outils pour juger de l'excellence ou de la médiocrité des prestations de tel service hospitalier. La source principale des palmarès devient le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), base de données regroupant des informations sur tous les séjours dans un établissement de soins. Son étude est complétée par l'examen des rapports des médecins-

4. Soit 11 palmarès des hôpitaux et 10 palmarès des cliniques publiés chaque année de 1998 à septembre 2008 ; 1 « liste noire » consacrée aux infections nosocomiales (2005) et 1 palmarès des maternités (2007, uniquement sur internet) ; plus la page internet dédiée aux palmarès des hôpitaux sur le site du magazine : http://www.lepoint.fr/html/hopitaux/numeros_speciaux_sante.jsp (dernière consultation 1^{er} août 2008), et deux livres.

5. Notamment une série de 15 dossiers régionaux sur les urgences parus dans *Sciences et Avenir* de mai à décembre 2000 ; « Hôpitaux et cliniques, le 1^{er} palmarès établi par vos médecins », *Le Figaro Magazine* n°17754, 8 septembre 2001 ; « Classement 2007 : les hôpitaux les plus sûrs, 1600 centres hospitaliers et cliniques au banc d'essai », *L'Express* n°2898, 18 janvier 2007 ; « Palmarès hôpitaux et cliniques », *Le Nouvel Observateur* n°2242, 25 octobre 2007. La plupart des *news-magazines* publient ou ont publié des palmarès. Les titres où le trio d'auteurs a précédemment officié essaient régulièrement d'en proposer une formule plus ou moins différente.

conseils de la Sécurité sociale et par un questionnaire envoyé aux établissements. Alors que dans la « Liste noire », chaque spécialité était évaluée selon des critères spécifiques, un système de notation commun est mis en place à partir du « Palmarès 1998 ». La combinaison de trois critères (activité, mortalité et notoriété) permet d'attribuer une note sur vingt à chaque service. La moyenne de ces notes permet de classer les hôpitaux de manière globale. Il n'est alors pas seulement possible d'apprendre dans quel établissement les prothèses de hanche sont posées avec le plus de dextérité et le moins de risques pour le patient, mais aussi quel est le meilleur hôpital toutes catégories confondues (*).

En 1998, *Sciences et Avenir* ne semble cependant pas avoir pris toute la mesure symbolique de ce classement. L'oubli sera vite réparé : dès 1999 et le passage des auteurs au *Figaro Magazine*, tous les palmarès s'ouvrent sur un « Tableau d'honneur des 50 meilleurs hôpitaux de France ». Le référentiel choisi, celui de la notation sur vingt et du tableau d'honneur, qui renvoie à la sanction scolaire et à la récompense de l'excellence, est significatif de la démarche du trio d'auteurs : il s'agit à la fois d'élaborer, d'installer et de justifier une forme de méritocratie médicale. Sa base, d'abord étroite, sera élargie d'année en année. En 1998, seules quatre spécialités, toutes chirurgicales, sont en effet évaluées : pose de prothèse de hanche, interventions majeures sur l'intestin, pontage coronarien et chirurgie urologique majeure. En 2008, elles sont cinquante à passer « *au banc d'essai* » : traitements de différents cancers, ophtalmologie, chirurgie cardiaque, vasculaire, orthopédique et même du ronflement, maladies infectieuses et respiratoires, etc. Il n'est pas inutile de préciser que le terme de « banc d'essai » doit être compris de manière métaphorique. Si le principe de l'évaluation et du palmarès a pu être transféré des biens manufacturés aux services, le recueil et l'exploitation des données ne peuvent obéir aux mêmes impératifs : on ne « teste » pas un service de cardiologie comme un aspirateur ou une plaque de cuisson. On l'évalue à partir d'éléments statistiques et non à travers son « utilisation »⁶.

* La phrase qui précède est rétablie dans sa version originale. Un contresens avait été introduit par l'éditeur, la phrase imprimée étant la suivante : « Il n'est alors pas possible d'apprendre dans quel établissement les prothèses de hanche sont posées avec le plus de dextérité et le moins de risques pour le patient, pas plus que d'identifier le meilleur hôpital toutes catégories confondues. »

6. Personne ne simule un infarctus du myocarde pour ensuite juger de la qualité de la prise en charge. Par contre, les premiers tests de médecins réalisés dans les années 1970 faisaient appel à des bénévoles, prenant rendez-vous chez des généralistes pour une pathologie simple et comparant divers paramètres (attente, interrogatoire, médicaments prescrits) (Ponet, 2005 : 134-135) : les attendus de l'« information de santé » étaient très différents de ceux des palmarès. La pratique du *testing* resurgit de temps à autre, comme par exemple en septembre 2008 sur le site Rue89, où une journaliste, se faisant passer pour une bénéficiaire de la Couverture maladie universelle, a tenté de prendre rendez-vous auprès de généralistes et spécialistes parisiens afin de mesurer le taux de refus (Leprince, 2008).

La naturalisation d'un discours pseudo-scientifique

Source de données et critères d'analyse

La première difficulté que pose le « Palmarès 1998 » tient au choix de sa source de données. Le PMSI a en effet été conçu comme un outil économique devant servir au calcul du budget des établissements. Le recueil et le traitement des données sont subordonnés à cet objectif quantitatif, et leur utilisation qualitative pose de nombreuses questions de méthode (Barjou 1996 ; Naiditch, Chale, Lombraïl, 1999). Par exemple, lors de la validation du fichier, les erreurs de saisie n'ayant pas d'influence économique peuvent être négligées. De même, le PMSI code des séjours individuels, et non des parcours de malades. Si le décompte des entrées et des sorties est nécessaire dans une perspective économique, il est très insuffisant dans celle de la qualité des pratiques. Dans ce cas en effet, la connaissance de l'histoire du patient, et notamment de son tableau traumatique — incluant les pathologies non directement liées à celle pour laquelle il est admis et qui ne sont pas renseignées dans le PMSI — est indispensable pour évaluer la pertinence d'une intervention et en apprécier les risques. Mais à aucun moment les auteurs du « Palmarès » n'évoquent les considérables limites du PMSI dans une approche qualitative. Au contraire, ils lui font subir un traitement magique qui vise à l'imposer comme référent incontournable : sans cesse présenté comme un « outil extraordinaire », il finit par acquérir la force de l'évidence, devenant sa propre caution et permettant que sa simple mention dispense d'une démonstration.

Il en va de même avec les « trois critères indiscutables : l'activité, la mortalité et la notoriété »⁷ construits à partir des données du PMSI. S'ils sont techniquement définis, la preuve de leur pertinence scientifique n'est jamais apportée. Les auteurs les affirment « incontestables », les experts confirment. D'argument d'autorité en appellations objectivantes, ils acquièrent une légitimité autoréférentielle qu'aucun doute et aucune discussion ne viennent jamais écorner. Ils posent pourtant de nombreuses questions, qu'une véritable démarche de « transparence » n'aurait pu passer sous silence.

Le critère le moins « incontestable » est assurément la mortalité. Les auteurs ont élaboré un « indice de mortalité standardisé » qui est le rapport entre la moyenne nationale des décès pour telle pathologie et le nombre de décès constaté dans le service considéré. On peut donc savoir si tel service est au-dessus ou en dessous de la moyenne. En tirer une quelconque conclusion sur la qualité des soins qui y sont prodigués relève par contre du tour de passe-

7. Cette affirmation est répétée en présentation de chacune des cartes du « Palmarès 1998 » (p. 40, 44, 50, 54).

passé si l'on ne connaît ni l'état complet du malade ni l'organisation de l'établissement : la comptabilité est différente entre un grand hôpital, où les décès ont le plus souvent lieu en réanimation ou en soins intensifs, et un petit, qui ne dispose pas de ces services à part entière et où ils ont lieu en chirurgie. Ce mode de calcul est pourtant à l'origine d'un amalgame récurrent, assimilant l'indice de mortalité au « risque de mourir ». « Les résultats sont confondants : le risque de mourir d'une opération courante varie de un à vingt entre deux hôpitaux distants de seulement quelques kilomètres » (« Palmarès 1998 » : 32), est-il affirmé en introduction, comme si la mortalité d'un service lui était consubstantielle, indépendante notamment des patients (état d'entrée, caractère d'urgence, autres pathologies). Il est même question d'un « nombre de décès "évitables", si le système était organisé de façon idéale » (« Palmarès 1998 » : 48). C'est-à-dire, selon le mode de calcul, si tous les hôpitaux étaient dans la moyenne ! Aucun argument rationnel n'est ici en jeu : il s'agit d'une manipulation des affects jouant sur un mélange d'admiration devant la performance technique qui sauve des vies et d'effroi devant la médiocrité qui en sacrifie.

Les deux autres critères ne sont guère plus scientifiques. L'activité, comprise comme le nombre d'actes effectués par an dans un service, se base sur plusieurs présupposés. Le premier, affirmation typique dans une société qui exalte la performance, est de considérer que « plus » égale « mieux ». Si l'on peut concevoir qu'il y ait un nombre minimum d'opérations en dessous duquel un praticien n'est plus sûr de son geste, encore faut-il définir et justifier ce seuil – et envisager qu'il y ait aussi un *maximum* au-delà duquel l'attention et la précision requises ne sont plus garanties. Ensuite, le calcul repose sur une fiction essentialiste des services hospitaliers, qui seraient partout et en toute circonstance comparables. Mais quoi de plus différent qu'un centre hospitalier ne comptant qu'un chirurgien et un anesthésiste intervenant sur des opérations courantes, et un centre hospitalier universitaire, avec ses spécialités de haute technicité, ses chefs de service et de clinique, entourés de praticiens hospitaliers et contractuels, d'assistants, d'internes et d'étudiants ? Sans compter qu'un service ne concentre pas toujours la totalité de l'activité d'un praticien : l'exercice dans un autre établissement, la formation continue peuvent permettre à un médecin pratiquant en apparence peu d'être aussi « performant » que le chef d'un service plus important qui, lui, ne pratique pas seul.

La notoriété, enfin, est le pourcentage de patients venant d'un autre département que celui où est implanté l'établissement considéré. En dehors du fait que cette information, sans conséquence sur le budget de l'hôpital, ne fait pas l'objet d'une attention particulière lors de

la saisie des données du PMSI, son utilisation en termes de notoriété appelle une réserve majeure tant la fréquentation d'un hôpital dépend de sa situation géographique, en bordure ou au centre d'un département, dans une région rurale ou fortement urbanisée, touristique ou non, ainsi que de son degré de spécialisation dans certaines disciplines.

Dans ce système, c'est l'activité qui joue le plus grand rôle dans l'évaluation finale, grâce à la formule-choc, étendue à toutes les disciplines : « Un orthopédiste est un bon ouvrier qui doit répéter le même geste très fréquemment »⁸. La mortalité, mise en avant en 1997, n'est plus prise en compte, à partir de 2000, que pour l'infarctus, avant de disparaître complètement en 2004. La notoriété demeure le second critère le plus important derrière l'activité, tandis que d'autres apparaissent au fil des publications, imposés, comme les précédents, par une description technique lapidaire, qui dispense de démonstration scientifique : la technicité des actes, la spécialisation des équipes, la gravité des cas traités, la durée moyenne de séjour des patients dans le service, l'état des équipements, la lutte contre les infections nosocomiales⁹.

Subissant un traitement magique affranchissant les auteurs de toute précaution méthodologique, le PMSI, base de données économique, est utilisé pour juger de la qualité des soins. Les critères basés sur son exploitation, loin de corriger les biais introduits, les renforcent en recouvrant d'un vernis pseudo-scientifique des amalgames et des simplifications qui sous-tendent que les petits établissements hospitaliers sont structurellement en déficit de qualité, alors que les hôpitaux universitaires sont des exemples. L'analyse du contenu des articles composant le « Palmarès 1998 » conduit aux mêmes constats.

Procédés rhétoriques

Les auteurs n'en doutent pas : leur enquête est « un événement qui va provoquer une terrible déflagration dans ce monde impénétrable qu'est l'univers hospitalier » (« Palmarès 1998 » : 32). L'objectif du « Palmarès 1998 » est soigneusement mis en scène : il s'agit de révéler des secrets trop longtemps tus, d'ouvrir le débat afin de « permettre aux futurs opérés de faire enfin leur choix selon des critères incontestables » (« Palmarès 1998 » : 35). Il y a deux dimensions dans cette posture. D'abord, la revendication d'une conception ouverte de l'espace public, dans lequel la presse joue un rôle moteur, conduisant le public à se faire une opinion raisonnée à partir des informations impartiales qu'elle lui fournit. On est ici

8. Propos rapportés d'un chef de service en orthopédie (« Palmarès 1998 » : 38).

9. Le détail des pondérations entre critères, élément crucial dans l'établissement de la note par spécialité, n'est pas donné par les auteurs. Seule l'importance relative entre critères est mentionnée.

proche de l'idéal normatif d'espace public décrit par Jürgen Habermas, et de l'idéaltype de journalisme de « service public », neutre et apportant une information claire et complète, tel que défini par Jacques Le Bohec (1997). L'autre dimension renvoie au mythe professionnel du journaliste engagé dans une lutte pour la vérité : l'idéaltype du quatrième pouvoir (*ibid.* : 132-133)¹⁰. Ces deux dimensions ne sont pas nécessairement contradictoires, mais si les maintenir en équilibre est une prétention qui fait une partie du prestige des journalistes, l'exercice est loin d'être aisé et le risque de passer de la « transparence engagée » au procès d'intention est grand.

Afin de mettre au jour le discours implicite des auteurs, nous avons réalisé une analyse de contenu de la totalité du « Palmarès 1998 », comprenant une analyse sémantique des unités de sens (Mucchielli, 1999), une analyse linguistique des figures de style (Breton, 2000) (*) ; ainsi qu'une étude structurale de sa mise en scène. Nous en présentons ici les principaux résultats¹¹. L'analyse sémantique conduit à découper le « Palmarès 1998 » en quatre grandes thématiques. Il s'agit d'abord d'un pavé journalistique dans la mare hospitalière, appuyé sur une enquête longue et rigoureuse et des critères « *indiscutables* », élaborés après une lutte acharnée contre une administration qui ne voulait pas autoriser l'accès aux données du PMSI.

Le bilan en est préoccupant, dessinant deux catégories d'établissements de santé dont l'opposition apparaît profonde, comme structurelle. D'un côté, les établissements de référence (essentiellement des centres hospitaliers universitaires, CHU) : « 86 centres aux performances élogieuses, qui conjuguent forte activité, faible mortalité et notoriété élevée » (« Palmarès 1998 » : 32). De l'autre, les petits hôpitaux, seuls présents en bas du classement et dont les performances semblent par nature condamnées à rester au niveau du plancher. Il n'y a qu'une exception, un seul « hôpital modeste » mis en valeur pour ses bonnes performances, mais encore cette exception ne fait-elle que confirmer la règle. En témoigne le titre de l'encadré qui lui est consacré au côté de la carte des cinquante meilleurs hôpitaux en chirurgie intestinale : « Seclin, petit mais performant » (« Palmarès 1998 » : 50).

Les causes de ces inégalités dans l'offre de soins reposent essentiellement sur la dispersion des établissements (en nombre « pléthorique ») et de leurs moyens, sur le manque de rigueur des équipes, voire sur l'incompétence de certains chirurgiens, accusés d'opérer de façon

10. On est également près de la figure cinématographique du reporter décrite par Ruellan (2007).

* La version publiée indique 1997, date de la première édition du livre, mais la version consultée est celle de 2000.

11. Les données d'analyse du « Palmarès 1998 » sont issues de mon travail de maîtrise (Ballarini, 2001). Elles ont été réexaminées à la lumière des recherches sur l'espace public que je mène actuellement dans le cadre ma thèse.

inconsidérée des cas qui les dépassent, ou de n'être pas assez entraînés pour être efficaces. Des phénomènes qui recourent les deux catégories d'hôpitaux précédemment décrites : aux grands centres les équipes cohérentes et entraînées, aux petits la faible activité, le travail en équipe plus difficile et leur corollaire, une moins bonne sécurité des patients.

Les solutions préconisées, enfin, sont radicales : « Quand un service ou un établissement est mauvais, il faut le fermer » (« Palmarès 1998 » : 32). L'objectif clairement défini est une restructuration du système hospitalier, passant d'abord par une concentration des moyens humains et financiers dans les centres les plus importants. Pour être mieux soignés, il faudra donc que les patients acceptent de se déplacer plus loin qu'ils ne le font aujourd'hui. Mais après tout, « personne n'hésite à faire trente kilomètres pour choisir une moquette ! »¹²

Ce discours est servi par un nombre important de figures de style, parmi lesquelles dominent les arguments d'autorité (recours à une autorité pour éviter la contradiction), les naturalisations (« je pense » devient « chacun sait »), les présuppositions et la disqualification des critiques. Elles ne servent pas, comme peut le faire une métaphore, à rendre une démonstration plus rapide et plus compréhensible, mais bien à éviter la démonstration elle-même, pour la remplacer par une pseudo-évidence ou une généralisation abusive. Trois figures sont également présentes, en filigrane, tout au long du « Palmarès 1998 » : l'amalgame entre indice de mortalité et risque de mourir, la naturalisation de l'opposition entre CHU exemplaires et petits établissements « à risque », ainsi qu'un classique procédé de synecdoque consistant à faire prendre la partie de réalité évoquée (quatre disciplines de chirurgie) pour la totalité hospitalière. L'effet de ce dernier s'étend aux experts consultés, soigneusement choisis pour s'accorder avec le discours des journalistes et assimilés à la globalité de leur milieu professionnel.

Le contexte oublié des palmarès : les réformes néolibérales du système de santé

Alors que les journalistes de *Sciences et Avenir* se présentent comme les chevaliers servants de la vérité sur la qualité des soins, partant en croisade contre l'obscurantisme des autorités sanitaires, ils poursuivent en fait une quête toute idéologique visant à discréditer les petites

12. « Entretien avec le Pr Guy Vallancien », in « Palmarès 1998 » : 70. Guy Vallancien, chef du département d'urologie à l'Institut Mutualiste Montsouris à Paris, est un des principaux interlocuteurs des auteurs des palmarès. Il est aussi auteur ou coauteur de nombreux rapports officiels, dont celui qui est à la base des mesures du « Plan hôpital 2007 » : Debrosse, Perrin, Vallancien (2003).

structures et à prôner la concentration des moyens. Sans jamais l'évoquer, ils s'inscrivent dans un contexte politique, économique et social bien particulier.

Tous leurs efforts conduisent à renforcer ce long processus, décrit par Frédéric Pierru, qui conduit, entre la fin des années 1970 et le milieu des années 1990, à « imposer et banaliser une grille de lecture économique du monde médical » (Pierru, 2007 : 35). Loin de se battre contre l'évolution du système de santé alors en marche, ils la justifient et la présentent comme évidente et nécessaire. Les différents palmarès apparaissent, sous cette lumière, comme une traduction à destination du grand public de l'idéologie de la « maîtrise médicalisée des dépenses de santé » élaborée par de hauts fonctionnaires férus de gestion et qui ne voient le salut que dans le modèle de l'« hôpital-entreprise » soumis à la concurrence (Pierru, 2007 : 155-196). Cette politique, dont Frédéric Pierru souligne la cohérence malgré les alternances politiques et le vernis technique qui recouvre l'annonce des différentes mesures destinées à remédier au déficit – lui aussi construit – de la Sécurité sociale, se traduit notamment, à partir des années 1990, par la réduction de l'offre de soins qui culmine avec le plan Juppé de 1995 (enveloppes globales, PMSI, mise en place des Agences régionales de l'hospitalisation) et se poursuit sous la troisième cohabitation. À chaque étape est réaffirmée la nécessité de redéployer les moyens et de renforcer la complémentarité entre hôpitaux publics et privés, ce qui justifie la fermeture de petits établissements et l'installation de nouvelles institutions¹³.

À ce contexte général s'ajoutent plusieurs éléments précédant directement la publication du « Palmarès 1998 » et qui ne peuvent passer inaperçus d'un journaliste se préoccupant de questions de santé et/ou d'économie. Au printemps 1998, Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la solidarité, présente la politique hospitalière du gouvernement, qui prévoit notamment la révision des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et l'organisation de réseaux entre l'hôpital et la médecine de ville. En juin, un rapport lui est remis qui préconise à nouveau des rapprochements entre hôpitaux publics et médecins libéraux (Stasse, 1998). À l'automne devaient commencer des états généraux de la santé. Mais de ces éléments, on ne trouve nulle trace, ni dans le « Palmarès 1998 », ni dans les articles qui lui sont consacrés par d'autres titres.

Le « Palmarès 1998 » a pourtant fait l'objet d'une couverture médiatique considérable. Nous avons analysé sa réception au sein de la presse écrite généraliste et spécialisée au cours des

13. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES) est par exemple installée en octobre 1997. Elle est devenue Haute autorité de santé en 2004.

jours et semaines qui ont suivi sa publication¹⁴. Sans grande surprise, une partie importante des articles est consacrée à la description de l'enquête, avec une nette tendance à reprendre les chiffres les plus parlants (nombre d'hôpitaux « médiocres » et en « sous-activité dangereuse », différentiel de « risque de mourir » entre hôpitaux). La presse semble s'en contenter, et n'effectue quasiment aucune mise en contexte du « Palmarès ». Au contraire, on loue un travail « original » (*Le Monde*), « opiniâtre » (*Le Figaro*), « acharné » (*Le Télégramme*, *La Croix*), un « brûlot » (*Ouest-France*) qui « a fait du bruit, et pour cause » (*Le Quotidien du médecin*). Dans ces articles, on retrouve les procédés stylistiques du « Palmarès » : naturalisations, arguments d'autorité (parfois renforcés par une interview d'expert), amalgame entre indice de mortalité et risque de mourir et opposition petits/grands hôpitaux. Des mises au point ou rectifications sont certes publiées, mais la plupart dans le courrier des lecteurs, donc plus tard, et sans la légitimité des articles signés par les journalistes. Les seules véritables critiques viennent de *L'Humanité*, pour qui le « Palmarès » pourrait justifier « le bien-fondé des fermetures d'hôpitaux », du *Canard Enchaîné*, qui rappelle le contexte, met en garde contre les limites scientifiques d'un tel travail et évoque même les précédents dossiers de *L'Express* et de *Que Choisir ?* Enfin, un an après, la revue *La Recherche* propose un dossier complet sur les « graves faiblesses » du « Palmarès 1998 » (Naiditch, Chale, Lombrail, 1999). Ces voix restent cependant très marginales.

Dans l'ensemble, la presse française est en effet passée à côté du débat qui aurait pu s'installer sur la qualité des soins. Sa couverture du « Palmarès 1998 » tient plutôt de l'entreprise de légitimation, dissimulant le contexte politique, social et économique et se contentant de reprendre le discours de *Sciences et Avenir* sans jamais le recouper, parfois en l'accentuant. Le « Palmarès 1998 » consistait en la transformation sans précautions de données quantitatives en « preuves » qualitatives. Sa réception par la presse constitue un second glissement qui aboutit à la naturalisation de ses méthodes et résultats, qui ne seront plus contestés jusqu'à aujourd'hui. Le résultat d'une exploitation de données devient à son tour source primaire d'information, données brutes et incontestées à propos desquelles la démarche critique propre à toute construction et exploitation d'indicateurs (limites, pertinence, biais) semble hors-sujet. L'effet est analogue à celui que décrit Patrick

14. Entre le 2 septembre et le 3 octobre 1998, nous avons trouvé 27 articles allant de la brève au dossier de deux pages en passant par le courrier des lecteurs, publiés dans les titres suivants : quotidiens nationaux, *Le Monde*, *Le Figaro*, *Libération*, *La Croix*, *L'Humanité*, *Les Échos* ; quotidiens régionaux (recherches limitées à la Bretagne), *Ouest-France*, *Le Télégramme de Brest et de l'Ouest* ; hebdomadaire, *Le Canard Enchaîné* ; journaux spécialisés, *Le Quotidien du médecin*, *Le Journal de chirurgie*, *La Recherche*. Les *news-magazines* sont absents de cette liste : en matière de santé, ils ne se préoccupent à cette époque que d'anesthésie, après l'accident qui a plongé le ministre de l'Intérieur Jean-Pierre Chevènement dans le coma.

Champagne au profit des sondages d'opinion : il s'agit d'un « transfert illégitime d'autorité scientifique » (Champagne, 2001 : 88-95) (*). Or, en mettant de côté leur sens critique et leur devoir d'enquête, les journalistes qui couvrent le « Palmarès 1998 » acceptent, consciemment ou non, de se faire le relais des politiques publiques en cours d'élaboration et d'application. Pour le comprendre, un nouveau retour au contexte du néolibéralisme est nécessaire : le discours managérial n'a pas envahi que le domaine de la médecine au cours des années 1980. La presse, même « de gauche », y est majoritairement acquise. En ce sens, une enquête journalistique concluant à la nécessité d'une réforme du système de santé allant notamment dans le sens de la réduction des coûts, ne peut que recueillir son approbation. Le discours porté par le « Palmarès 1998 » et présenté alors comme hétérodoxe, va ainsi pouvoir être répété d'année et année sans être contredit, et, bénéficiant du pouvoir de résonance et d'écho des autres médias, devenir le discours dominant sur la qualité des soins en France.

Conclusion

« Quels intérêts les classes dominantes poursuivent-elles à travers l'espace public ? » demandait Oskar Negt, dans un texte publié peu après *L'Espace Public*, mais qui n'a été que récemment traduit de l'allemand. L'idéal de l'usage public de la raison, cette vision fixe et déterminée de l'espace public à laquelle renvoient les mythes professionnels des journalistes, cache pour Negt « la véritable structure productive de la société, et notamment l'histoire de la formation des institutions de l'espace public » (Negt, 2007 : 75) (*). En apparence, les conditions de production des palmarès des hôpitaux sont claires, et tout à l'honneur des journalistes : de longs mois de bataille avec des autorités récalcitrantes, suivis d'aussi longs mois d'analyse des données. Mais la « véritable structure productive » de ces publications se situe ailleurs, dans l'évolution du contexte politico-économique (le néolibéralisme) et dans le tissu de relations sociales dans lequel sont insérés les auteurs (le « monde managérial »). Ces facteurs concourent à l'établissement d'un discours présenté comme naturel mais orienté en fonction d'intérêts particuliers. En dissimuler les attendus idéologiques permet de transformer de pseudo-évidences scientifiques en solutions prétendument rationnelles à la question de la qualité des soins en France : fermeture des petites structures, concentration des moyens vers les grands hôpitaux, rapprochement du public et du privé, évaluation

* Je rétablis ici les folios de la citation, qui avaient disparu à la mise en page.

* Dans l'édition imprimée, l'année indiquée est 1972, or l'année de publication de l'ouvrage en France est bien 2007. Ce livre est en effet un recueil de textes publiés en Allemagne entre 1972 et 2001. Les citations sont tirées d'« *Espace public et expérience* » (1972), p. 55.

soumise au critère dominant de l'activité, c'est-à-dire *in fine* de la rentabilité économique. Le tournant néolibéral faisant l'objet d'un large consensus politique et médiatique, les termes de ce discours deviennent ceux à travers lesquels peut se définir l'objet journalistique « qualité des soins », qui est fixé par le « Palmarès 1998 » et sa réception par la presse.

Resituer les palmarès des hôpitaux dans le contexte des réformes néolibérales qui s'étendent à tous les secteurs de la société est nécessaire pour comprendre leur rôle primordial dans le processus de construction et d'orientation du débat public autour de la qualité des soins en France. Ce processus de constitution d'un espace public partiel et partial remplit trois conditions dont nous faisons l'hypothèse qu'elles sont nécessaires (mais peut-être pas suffisantes) à l'établissement d'un discours à vocation dominante sur un thème médiatique émergent. Tout d'abord, une condition de durée et de continuité du propos : ici, des publications sur dix ans et dans trois journaux, le changement de titre se faisant sans rupture de fond. Ensuite, une condition rhétorique : la naturalisation d'un discours pseudo-scientifique. Enfin, une condition de proximité idéologique des acteurs : journalistes, experts et, en toile de fond, hommes politiques et hauts fonctionnaires.

Références

- Ballarini Loïc, 2001. *Hôpitaux, parlez ! Retour sur un « coup » médiatique : le « Palmarès des hôpitaux »* de Sciences et Avenir, Université Rennes 2 Haute-Bretagne.
- Barjou Christine (dir.), 1996. « Le PMSI, analyse médico-économique de l'activité hospitalière », *La Lettre des Systèmes d'Information Medicalisés*, Ministère du Travail et des Affaires Sociales, Direction des hôpitaux, Paris, mai 1996.
- Breton Philippe, 2000 (1^{re} éd. 1997). *La parole manipulée*, La Découverte, Paris, 221 p.
- Champagne Patrick, 2001 (1^{re} éd. 1990). *Faire l'opinion*, Éditions de minuit, Paris, 314 p.
- Champagne Patrick et Marchetti Dominique, 1994. « L'information médicale sous contrainte », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 101-102, pp. 40-62.
- Dahlgren Peter, 1995. *Television and the Public Sphere*, Sage Publications, Londres, 176 p.
- Dahlgren Peter, 2000. « L'Espace public et l'internet. Structure, espace et communication », *Réseaux*, n°100, CNET/Hermès Science Publications, Paris, pp. 158-186.
- Debrosse Denis, Perrin Alain, Vallancien Guy, 2003. *Projet hôpital 2007, mission sur la*

- modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale*, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Paris, 176 p.
- François Bastien et Neveu Érik, 1999, « Pour une sociologie politique des espaces publics contemporains », in François Bastien et Neveu Érik (dir.), *Espaces publics mosaïques. Acteurs, arènes et rhétoriques des débats publics contemporains*, Presses universitaires de Rennes, Rennes, pp. 13-58.
- Habermas Jürgen, 1993 (1^{re} éd. fr. 1978 ; éd. or. all. 1962). *L'espace public. Archéologie de la publicité comme dimension constitutive de la société bourgeoise*, Payot, coll. « Critique de la politique », Paris.
- Le Bohec Jacques, 1997. *Les rapports presse-politique*, L'Harmattan, Paris.
- Leprince Chloé, « On a testé pour vous : les médecins qui boycottent la CMU », publié et consulté le 9 septembre 2008, URL : <http://www.rue89.com/2008/09/09/on-a-teste-pour-vous-les-medecins-qui-boycottent-la-cmu>.
- Marchetti Dominique, 2007. « Une rubrique “à part”. L'information médicale de l'après-guerre au début des années 80 », *Questions de communication*, n°11, Presses universitaires de Nancy, Nancy, pp. 71-90.
- Miège Bernard, 1995. « L'espace public : perpétué, élargi et fragmenté », in Pailliant Isabelle (dir.), 1995. *L'espace public et l'emprise de la communication*, Ellug, Grenoble, pp. 163-175.
- Mucchielli Roger, 1999. *L'analyse de contenu des documents et des communications*, ESF, Paris, 214 p.
- Naiditch Michel, Chale Jean-Jacques et Lombrail Pierre, 1999. « Faut-il classer les hôpitaux ? », *La Recherche*, octobre 1999, pp. 64-78.
- Negt Oskar, 2007. *L'espace public oppositionnel*, Payot, coll. « Critique de la politique », Paris, 240 p.
- Pierru Frédéric, 2007. *Hippocrate malade de ses réformes*, Les Éditions du Croquant, coll. « savoir/agir », Bellecombe-en-Bauges, 320 p.
- Ponet Philippe, 2005. « La Guerre des mondes : de quelques rapports entre univers sociaux différenciés. Le cas des palmarès des hôpitaux », *Politix*, n°72, Armand Colin, Paris, pp. 125-154.
- Ponet Philippe, 2007. « Les logiques d'une consécration journalistique. L'exemple des “50 meilleurs hôpitaux de France” », *Questions de communication*, n°11, Presses universitaires

de Nancy, Nancy, pp. 91-110.

Ruellan Denis, 2007. *Le Journalisme ou le professionnalisme du flou*, Presses universitaires de Grenoble, Grenoble, 232 p.

Stasse François, 1998. *Rapport de la mission de concertation sur l'avenir de la médecine de ville*, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'État à la Santé, Paris, 15 juin 1998, 82 p.

Liste des « enquêtes » du trio d'auteurs

Houdart Philippe, Malye François et Vincent Jérôme, 1997. « La liste noire des hôpitaux », *Sciences et Avenir* n°608, octobre 1997, pp. 82-131.

—, 1998a. « Hôpital édition 1998, le palmarès des 512 hôpitaux français », *Sciences et Avenir* n°619, septembre 1998, pp. 32-71.

—, 1998b. « 2^e volet hôpitaux et cliniques — Spécial maternités », *Sciences et Avenir* n°620, octobre 1998, pp. 38 à 55.

—, 1999. « Ville par ville, le palmarès des 500 hôpitaux de France », *Le Figaro magazine* n°17 133, 11 septembre 1999, cahier central numéroté I à XL.

—, 2000a. « 560 hôpitaux, le palmarès 2000 ville par ville », *Le Figaro magazine* n°17 467, 7 octobre 2000, cahier central numéroté I à XLVIII.

—, 2000b. « 800 cliniques, le palmarès 2000 ville par ville », *Le Figaro magazine* n°17 479, 21 octobre 2000, cahier central numéroté I à XL.

—, 2001a. « Hôpitaux : le palmarès 2001, 550 établissements au banc d'essai, les meilleurs ville par ville pour 16 spécialités », *Le Point* n°1511, 31 août 2001.

—, 2001b. « Cliniques : le palmarès 2001, 800 établissements au banc d'essai, les meilleurs ville par ville pour 13 spécialités », *Le Point* n°1520, novembre 2001.

—, 2002a. « Hôpitaux : le palmarès 2002, 550 établissements au banc d'essai, les meilleurs ville par ville pour 20 spécialités », *Le Point* n°1563, 30 août 2002.

—, 2002b. « Cliniques : le palmarès 2002 », *Le Point* n°1570, 19 janvier 2002.

—, 2003a. « Hôpitaux : le palmarès 2003, 700 établissements au banc d'essai, les meilleurs ville par ville pour 24 spécialités », *Le Point* n°1603, 6 juin 2003.

—, 2003b. « Cliniques : le palmarès 2003 », *Le Point* n°1625, novembre 2003.

- , 2004a. « Hôpitaux : le palmarès 2004, 750 établissements au banc d'essai, les meilleurs ville par ville pour 25 spécialités », *Le Point* n°1652, 13 mai 2004.
 - , 2004b. « Cliniques : le palmarès 2004 », *Le Point* n°1681, décembre 2004.
 - , 2005a. « Risques d'infections, Hôpitaux, la liste noire, 107 établissements épinglés », *Le Point* n°1700, 14 avril 2005.
 - , 2005b. « Hôpitaux : le palmarès 2005, 750 établissements au banc d'essai, les meilleurs ville par ville pour 32 spécialités », *Le Point* n°1719, 25 août 2005.
 - , 2005c. « Cliniques : le palmarès 2005 », *Le Point* n°1734, décembre 2005.
 - , 2006a. « Hôpitaux : le palmarès 2006, 700 établissements au banc d'essai, les meilleurs ville par ville pour 32 spécialités », *Le Point* n°1759, 25 août 2006.
 - , 2006b. « Cliniques : le palmarès 2006, 770 cliniques au banc d'essai, les meilleures ville par ville pour 20 spécialités », *Le Point* n°1786, décembre 2006.
 - , 2007a. « Hôpitaux : le palmarès 2007, 700 établissements au banc d'essai, les meilleurs ville par ville pour 40 spécialités », *Le Point* n°1814, 21 juin 2007.
 - , 2007b. « Cliniques : le palmarès 2007, 719 cliniques au banc d'essai, les meilleures ville par ville pour 35 spécialités », *Le Point* n°1837, 29 novembre 2007.
 - , 2007c. « Maternités : le palmarès 2007, les meilleures maternités », sur le site internet du magazine *Le Point*, 28 novembre 2007. URL : <http://www.lepoint.fr/actualites-sante/les-meilleures-maternites/1409/0/212041> (consulté le 1^{er} août 2008).
 - , 2008. « Hôpitaux : le palmarès 2008, 700 établissements au banc d'essai, les meilleurs ville par ville pour 50 spécialités », *Le Point* n°1876, 28 août 2008.
- Site internet du *Point* dédié aux palmarès : <http://hopitaux.lepoint.fr/> (dernière consultation le 11 septembre 2008).

Ouvrages du trio d'auteurs

- , 1998. *Le guide des hôpitaux*, Le Pré aux Clercs / Sciences et Avenir, Paris, 523 p.
- , 2009. *Le livre noir des hôpitaux*, Calmann-Lévy, Paris.