

## LES CLAIRS-OBSCURS DE LA FORME PALMARES

### L'exemple de la carrière des palmarès hospitaliers<sup>1</sup>

Frédéric Pierru (CNRS-IRISES)

Document de travail pour la séance n° 2 du séminaire de réflexion « *Benchmarking* : histoire, usages et critiques d'un dispositif néolibéral de gouvernement par les nombres », MSH, 10 mars 2009 – Merci de ne pas diffuser

Prenant appui sur l'étude d'un palmarès des intellectuels français réalisé par le mensuel *Lire* en 1981, Pierre Bourdieu, dans son ouvrage *Homo Academicus*<sup>2</sup>, s'interrogeait déjà en 1984 sur la conquête progressive d'une posture en surplomb qui autorise désormais les journalistes à s'ériger en critiques et en juges arbitres d'univers jusqu'alors relativement protégés et autonomes<sup>3</sup>. Depuis cette date, les palmarès sont devenus un genre journalistique à part entière, presque banal, qui touche un nombre croissant de secteurs. Ainsi les palmarès des universités, des lycées, des élus<sup>4</sup>, des intellectuels<sup>5</sup>, des villes<sup>6</sup>, des régions, des tribunaux<sup>7</sup>, des comédiens « bankable » et même des évêques<sup>8</sup> ont-ils précédé ou sont-ils contemporains des palmarès hospitaliers. Le phénomène n'est pas franco-français, loin s'en faut ; chronologiquement, il est anglo-saxon, d'abord américain puis britannique. Dans le domaine de l'enseignement supérieur, par exemple, il est possible de retrouver aux Etats-Unis des précédents très anciens de classements des universités. Ainsi, aux Etats-Unis, l'un des tous premiers du genre est publié en 1870 par la Commission du bureau de l'éducation ; en 1957, Chesley Manly, du *Chicago Tribune*, publie un classement (entre autres) des dix meilleures universités. Cependant, au-delà de ces tentatives sporadiques, le véritable point de départ de la prolifération de ce genre journalistique est la publication, en 1983, par le magazine *US News and World Report* d'un palmarès des universités américaines, ce même magazine qui, on le verra, réalisera le premier palmarès des hôpitaux et inspirera son homologue français<sup>9</sup>. En Grande-Bretagne, les réformes thatchériennes des services publics (santé, éducation) ont introduit, conjointement avec les « quasi-marchés », les pratiques de l'audit systématique et du « *public naming et shaming* » des structures jugées les moins « performantes », que les gouvernements néo-travailleurs successifs n'ont fait qu'amplifier et même porter à leur paroxysme. Depuis une dizaine d'années, la plupart des pays européens sont confrontés au phénomène « palmarès », « *league tables* » ou autres « *report cards* », phénomène qui tend à s'intensifier et se diversifier. Le monde hospitalier a été particulièrement affecté. En France, le succès des palmarès hospitaliers, dont le rythme de production n'a cessé de

---

<sup>1</sup> Ce papier s'appuie sur les résultats d'une enquête empirique menée dans le cadre de notre thèse de doctorat de science politique, *Genèse et usages d'un problème public : la « crise » du « système de santé » français (1980-2004)*, sous la dir. de Patrick Hassenteufel, Amiens, 2005 et qui a donné lieu à deux publications principales : « La fabrique des palmarès. Genèse d'un secteur d'action publique et renouvellement d'un genre journalistique - Le cas du palmarès des hôpitaux », dans Legavre (J.-B.) (dir.), *La Presse écrite : objets délaissés*, Paris, L'Harmattan, 2004 et « Un public omniprésent et insaisissable : les lecteurs des palmarès hospitaliers », dans Dauvin (P.), Legavre (J.-B.) (dir.), *Les journalistes et leurs publics*, Paris, La Dispute, coll. « Pratiques politiques », 2008.

<sup>2</sup> Bourdieu (P.), *Homo Academicus*, Paris, Minuit, 1984, pp.275-286.

<sup>3</sup> P. Bourdieu envisage ainsi la « technologie sociale » du palmarès ou du hit-parade comme relevant de la catégorie des « coups d'Etat spécifiques », i.e., ces « tentatives pour imposer des principes de hiérarchisation externes en usant des pouvoirs de la politique [...], de l'économie [...], de la presse (avec, par exemple, les « palmarès », notamment ceux qui se fondent sur des « enquêtes » - inconsciemment – manipulées), etc. » Bourdieu (P.), *Les règles de l'art. Genèse et structure du champ littéraire*, Paris, Seuil, 1992, p. 462n.

<sup>4</sup> Ainsi en 1978, *Le Point* publie-t-il, en collaboration avec l'Institut de mesure des activités parlementaires, un classement des parlementaires en fonction de leur activisme au Palais Bourbon.

<sup>5</sup> Bourdieu (P.), *Homo Academicus*, op. cit.

<sup>6</sup> Legavre (J.-B.), « L'horizon local de la communication politique », *Politix*, n° 28, 1994, p. 95.

<sup>7</sup> Vauchez (A.), « Le chiffre dans le 'gouvernement' de la justice », *Revue française d'administration publique*, n° 125, 2008.

<sup>8</sup> La revue catholique « contestataire » de gauche, Goliath publie depuis 1990 un « trombinoscope des évêques » décernant des « mitres d'honneur » en fonction notamment de la performance de la gestion financière des diocèses. Cf. Riutort (Ph.), « L'information en matière religieuse. Une spécialisation moralement infondée ? », *Réseaux*, n° 111, 2002, p. 148.

<sup>9</sup> Pour un panorama critique, lire le très instructif article de Salmi (J.), Saroyan (A.), « Les palmarès d'universités comme moyens d'action : usages et abus », *Politiques et gestion de l'enseignement supérieur*, 19(2), 2007.

s'accélérer depuis la parution du premier du genre, en 1992, alimente à son tour le processus de reconnaissance de la presse comme instance suprême de consécration. A un point tel qu'avec eux un changement de nature semble s'être opéré par rapport aux expériences antérieures de « hit-parades » ou de palmarès.

D'abord, parce qu'ils prétendent dorénavant évaluer, de manière chiffrée et en fonction de critères en partie exogènes, un champ à « forte densité symbolique »<sup>1</sup>, hautement autonome : le champ médical, marché du travail organisé en « profession », fermé et autorégulé, au moins jusqu'à encore très récemment. En second lieu, les palmarès sont, à l'instar des sondages, des produits journalistiques très sophistiqués : ils reposent (du moins pour ceux postérieurs à 1997) sur l'exploitation secondaire de bases de données statistiques complexes et inédites, dont les pouvoirs publics ont tenté, sans succès, de se réserver le monopole d'utilisation. Ainsi, pour être en mesure de retourner contre l'administration de la santé ses propres instruments de connaissance du monde, les journalistes ont dû partiellement endosser les habits du statisticien, et non seulement se contenter d'enrôler, comme à l'ordinaire, ce type d'experts en quantification. Les « journalistes classeurs » - ainsi qu'ils se plaisent à se présenter - estiment faire le travail de santé publique qui devrait incomber à l'administration sanitaire. Enfin, et surtout, ces palmarès subvertissent un genre qui pouvait apparaître comme mineur, sinon ludique. En raison de l'ampleur des investissements, matériels et humains, consentis pour les réaliser, des représentations et pratiques de leurs « artisans », de la capacité des palmarès à créer l'« événement » médiatique et politique, il semble donc qu'il existe une différence de nature, et non de degré, entre les palmarès hospitaliers et les précédents pour les villes, les régions, les lycées, etc. L'exceptionnelle fortune des palmarès hospitaliers, s'affichant désormais dans les principaux *newsmagazines*, est indissociable de celle de ses producteurs : occupant originellement une position dominée dans la hiérarchie professionnelle – ils sont passés par la presse médicale, la presse consumériste et la presse magazine scientifique –, les journalistes vont conquérir, sinon créer, à la faveur de ces succès répétés, une position professionnelle plus noble – ils rejoindront en effet *Le Figaro Magazine* puis *Le Point* – et durablement accéder à des conditions de travail dont rêverait tout journaliste dominant – se consacrer à un dossier sur le temps long –, y compris ceux des nouvelles cellules d'investigation qui tendent à se mettre en place dans les journaux de presse écrite.

Avant de commencer le travail d'analyse sociologique des logiques de production et de réception des palmarès<sup>2</sup>, il faut procéder, au moins *a minima*, à l'objectivation de *leurs conditions sociales et politiques de possibilité*. Faute de procéder à un tel détour, on risquerait, en effet de tomber dans le piège du « médiacentrisme ». L'interrogation, qui implique de déplacer le regard assez loin en amont du travail des journalistes, est alors la suivante : comment ce type de produits est-il devenu à la fois pensable et faisable ? En effet, les journalistes, du fait des multiples contraintes qui pèsent sur leur pratique professionnelle quotidienne, ne sont guère des producteurs autonomes de problèmes publics. Leur travail consiste surtout à mettre en forme les préoccupations et les problématiques d'autres univers sociaux, en particulier politique et administratif<sup>3</sup>. De fait, les palmarès hospitaliers s'inscrivent dans un mouvement global de remise en cause de la rationalité et des pratiques des médecins d'abord au nom de considérations économiques de coût, puis, dans un deuxième temps, à compter du milieu des années 90, d'exigences de « transparence », de « sécurité » et de « qualité » des soins. Les pouvoirs publics, alliés pour la circonstance avec certaines franges du corps médical et des associations de malades, relayés par quelques journalistes de la presse « consumériste », vont alors entreprendre de promouvoir ces nouveaux « problèmes », anticipant sur une « demande » encore largement latente des « usagers » du système de santé. La genèse des palmarès hospitaliers est donc étroitement indexée sur la multiplication, au cours de la dernière décennie, des prises de position très critiques sur la « performance » (du vue économique *et* médical) des pratiques des

---

<sup>1</sup> Lehingue (P.), « Palmarès et mise en équivalence statistique d'univers à forte densité symbolique », Communication au Congrès de l'AFSP, Lille, septembre 2002.

<sup>2</sup> 50 millions de consommateurs, 256, décembre 1992 ; *Sciences et avenir*, 608, octobre 1997 ; *Sciences et avenir*, 619, septembre 1998. A ce jour dix palmarès ont été réalisés, dont huit par le même trio de journalistes. En outre, ce « créneau » porteur est devenu, au fil du temps, concurrentiel puisqu'en 2001, trois organes de presse ont publié ce type de classement : *Sciences et avenir*, le *Figaro Magazine*, *Le Point*. Cette concurrence atteste de la répugnance des rédactions en chef à abandonner un produit économiquement très rentable : en effet, les trois organes de presse cités ci-dessus sont, dans l'ordre, les trois employeurs que les journalistes « classeurs » ont successivement quittés en l'espace de cinq années...

<sup>3</sup> D'une manière générale, cf. Ericson (R. V.), Baranek (P. M.), Chan (J. B. L.), *Negotiating Control : A Study of News Sources*, Toronto, University of Toronto Press, 1989.

professions de santé ainsi que, plus généralement, sur l'organisation du système de santé de la part des agents chargés de le « gérer ». Dit autrement, le fait que des représentants d'institutions officielles aient directement mis en cause la rationalité économique (le coût) et médicale (la qualité et l'efficacité) des pratiques ordinaires de nombre de médecins, manifestant par là clairement la volonté de faire désormais peser la charge de maîtrise des dépenses de santé sur la profession médicale (passage d'une action sur la demande à une action sur l'offre de soins), a produit un puissant *effet de licitation* ou *d'autorisation* sur certains agents, journalistes et médecins notamment, porteurs d'une vision hétérodoxe, à dominante économique et gestionnaire, du monde médical<sup>1</sup>. Ces derniers se sont alors sentis autorisés à prendre publiquement des positions (quelle que soit leur forme) qui étaient sinon impensables, du moins indicibles il y a encore quelques années. De plus, et corollairement, la fabrication – ou plutôt le bricolage - de tels palmarès est devenue techniquement possible dès lors que cette nouvelle politique à l'égard des producteurs de soins (médecins libéraux, hôpitaux, soignants, etc.) a nécessité le renforcement des capacités de connaissance et d'action étatiques dans le secteur sanitaire, qui s'est traduit par la production d'informations inédites (statistiques, évaluations *in situ*, etc.), dont la mise sur pied du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) constitue l'une des manifestations éclatantes dans le secteur hospitalier. C'est cette base de données médicalisées que les auteurs des palmarès ont retraitée - ou « recyclée » -, pour leur publication de 1998, selon les logiques spécifiques à l'activité journalistique. Enfin, dans une perspective sociologique aujourd'hui bien établie<sup>2</sup>, la dimension hétéronome du travail journalistique renvoie aussi aux relations d'interdépendance des professionnels de l'information avec leurs sources. En l'occurrence, ces dernières, assez diversifiées, ont joué un rôle prépondérant puisque l'élaboration des classements supposait certes une logistique, mais aussi et surtout la maîtrise d'une expertise, à la fois médicale, économique et statistique, que les journalistes ne possédaient guère, en dépit de leur formation médicale initiale (pour deux d'entre eux). A partir de quelques exemples, nous essaierons de rendre raison des investissements différenciés de non-journalistes dans cette entreprise journalistique et de montrer ainsi que les palmarès sont des *co-productions*, associant journalistes, certains médecins et « experts ».

Après avoir restitué les conditions de possibilité et le travail de (co-)production des palmarès, nous tenterons d'esquisser, dans un troisième temps, une sociologie des réceptions de ce « coup » journalistique. Réception d'abord par le champ journalistique lui-même : l'explosion des ventes et les reprises multiples – y compris par les organes de presse les plus prestigieux comme *Le Monde* - ont définitivement consacré la « valeur » journalistique des palmarès, et pas seulement hospitaliers. Réception ensuite par les agents des champs politique et bureaucratique ensuite : assez ambivalente, elle montre à quel point les relations entre ce journalisme plus « agressif » et les pouvoirs publics sont ambiguës. A bien des égards, les décideurs en charge du secteur considèrent ces journalistes comme des « alliés objectifs », en ce sens qu'ils remplissent une fonction pédagogique à l'égard de la « population », légitimant les processus – très coûteux politiquement – de restructuration hospitalière. Les cries d'orfraie poussés à la découverte de la « Liste noire des hôpitaux » ont eu tendance à assourdir la satisfaction implicite de voir émerger une démarche comparative et nominative que les impératifs politiques les empêchaient de mener eux-mêmes à bien. Réception par les « experts » : dépossédés du monopole des usages légitimes de leur outil, les promoteurs du PMSI ont publiquement réagi contre ce qu'ils considèrent comme un détournement scientifiquement douteux et politiquement dangereux<sup>3</sup>. Réception, enfin et surtout, par l'univers classé, c'est-à-dire les médecins hospitaliers dont les protestations publiques et même les actions judiciaires vont contribuer à la baisse de la charge critique des palmarès. D'une façon générale, ces derniers ont joué le rôle de révélateurs, au sens photographique du terme, des concurrences et des luttes qui transcendent ces différents univers sociaux, et montrent que l'on aurait tort, une fois encore, de ratifier la vision que les protagonistes donnent de leurs conflits (journalistes versus médecins).

Enfin, en guise de conclusion, nous essaierons de faire un bilan des études sur les effets concrets des palmarès, au-delà des polémiques qui ont entouré leur publication, en nous appuyant sur plusieurs études empiriques menées à partir du cas hospitalier mais aussi celui de l'enseignement supérieur. Où l'on verra que, à l'instar des débats interminables sur les effets des sondages (et des cotes de popularité) sur les

---

<sup>1</sup> Pour des exemples de ce type d'effets indirects entre espaces sociaux différenciés, cf. Roussel (V.), *Affaires de juges. Les magistrats dans les scandales politiques en France*, Paris, La Découverte, 2002.

<sup>2</sup> Schlesinger (Ph.), « Repenser la sociologie du journalisme. Les stratégies de la source d'information et les limites du médiacentrisme », *Réseaux*, 51, 1992.

<sup>3</sup> Sauf mention contraire, tous les entretiens cités ont été réalisés par l'auteur.

électeurs, « la question des effets doit être retournée à ceux qui la posent et qui sont les premières « victimes consentantes » d'influences qu'ils s'acharnent à débusquer chez les autres. Forme « classique » d'ethnocentrisme de « classe » dénié... »<sup>1</sup> Comme les sondages, en effet, les palmarès sont d'abord des produits symboliques dont les modes de circulation et d'appropriation sont semblables à ceux des autres biens culturels et l'on retrouve ici des mécanismes bien connus comme celui de « l'attention oblique ». Il exercent des effets maximaux sur les publics les plus intéressés et mobilisés, c'est-à-dire, en dernier ressort, les journalistes, décideurs et les professionnels de santé. Ce qui ne veut pas dire, bien sûr, que ces effets soient socialement négligeables, bien au contraire.

### **Domination du mobile économique et prolifération des palmarès**

Comment expliquer la prolifération des palmarès publiés par la presse magazine depuis une dizaine d'années ? Ceux-ci peuvent être appréhendés comme des objets journalistiques relativement ludiques, à la mode, et l'on peut adopter face à leur inflation plusieurs postures : le mépris expert, l'amusement, l'agacement, l'enthousiasme, etc. Notre point de vue sera différent et consistera à les prendre au sérieux, faisant le pari que leur multiplication est révélatrice de dynamiques sociopolitiques décisives qui non seulement affectent les relations liant champs journalistique, politique, bureaucratique et médical mais qui, aussi et surtout, tendent à affaiblir l'autonomie (relative) de ces différents univers par rapport au *cosmos* économique (dédifférenciation (relative) des voies de recrutement et de formation des élites<sup>2</sup> et consécration consécutive, en France, dans les années 1990, du *New Public Management*, affirmation des impératifs d'audience et de rentabilité dans la presse, extension des logiques marchandes dans le système de santé, etc.). Il y a, en effet, une parenté, un « air de famille » troublant entre tous ces classements, qui portent sur des univers *a priori* hétérogènes : ils promeuvent tous une posture consumériste dans des mondes jusqu'alors fortement autonomes, dominés par des professions puissantes (magistrats, enseignants, médecins, etc.) dont la façade publique repose sur les valeurs de dévouement, d'altruisme, de secret professionnel, de prise en charge singulière ; en outre, ils tendent à imposer une conception marchande des services rendus par les professionnels, faisant planer le spectre d'une soumission croissante de leurs pratiques à des impératifs économiques et gestionnaires. Il est alors tentant de reprendre à notre compte le questionnement de l'historien Erwin Panofsky<sup>3</sup> : et si l'inflation des palmarès était une manifestation de l'« esprit du temps », c'est-à-dire de schèmes de pensée et d'action propres à notre époque, qui trouvent à s'exprimer, sous des formes différentes, dans de nombreuses sphères d'activités sociales ? Le pari sociologique consiste alors à s'intéresser à ces objets pendant longtemps perçus comme anodins, dérisoires, sinon indignes, avec l'espoir qu'en démêlant l'écheveau des connaissances, expertises, acteurs mêlés de près ou de loin à leur fabrication, on pourra remonter à des tendances lourdes qui travaillent les démocraties industrielles avancées. Ce type de questionnement suppose de se départir du réflexe médiacentrique, *i.e.* la tendance à surestimer l'autonomie du travail et le « pouvoir » des journalistes. Ceux-ci, nous l'avons dit, mobilisent dans leurs pratiques quotidiennes des données, utilisent un vocabulaire, mettent en forme des thématiques et des problèmes qui ont été construits et produits ailleurs, c'est-à-dire, pour l'essentiel, dans la sphère étatique. On en veut d'ailleurs pour preuve que dans d'autres pays, les classements d'hôpitaux ont été élaborés et rendus publics par l'Etat et/ou les financeurs *lato sensu* (assureurs, caisses d'assurance maladie, mutuelles, etc.). En France, il aurait été impossible de réaliser ce type de classements si n'avait pas été mis sur pied le système d'informations médico-économiques du PMSI, si n'avaient pas été réalisées par les médecins conseils de la CNAMTs des évaluations de services hospitaliers, et, plus fondamentalement encore, si des « tireurs d'alarme », liés à l'appareil d'Etat ou au monde médical, n'avaient pas imposé, au cours des années 1990, l'idée qu'il existe en France une « crise » des coûts, de la qualité et de la sécurité des soins.

*Palmarès, entrée en gestion et mise en marché des univers professionnels*

On ne peut, par conséquent, comprendre la diffusion de la forme palmarès classant les organisations publiques en fonction de leur « performance » si l'on n'a pas en tête les transformations contemporaines de l'Etat qui, délaissant les formes les plus bureaucratiques et hiérarchiques

---

<sup>1</sup> Lehingue (P.), *Subunda. Coups de sonde dans l'océan des sondages*, Bellecombe-en-Bauge, Editions du Croquant, 2007, p. 210.

<sup>2</sup> Garrigou (A.), *Les élites contre la République*, Paris, La Découverte, 2001, chapitres 6 et 7.

<sup>3</sup> Panofsky (E.), *Architecture gothique et pensée scolastique*, Paris, Minuit, 1967.

d'intervention, se ferait désormais « régulateur »<sup>1</sup> et « évaluateur ». Dans le régime de gouvernementalité frugale du néolibéralisme<sup>2</sup>, L'évaluation quantifiée constitue la technologie politique reine, au point que certains ont pu prophétiser (et déplorer) l'avènement d'une « société de l'audit »<sup>3</sup>. L'information chiffrée est indispensable à l'introduction par le *New Public Management* de mécanismes concurrentiels et à la création de « *markets level playing fields* »<sup>4</sup>. Sans elle, impossible de « gouverner (à distance) par les honneurs » en livrant publiquement les noms des structures, voire des professionnels, les plus et les moins « performants »<sup>5</sup>. Sans chiffres, impossible de *contractualiser* des objectifs, des moyennes-normes, des standards et de sanctionner *ex post* leur respect par les « opérateurs décentralisés en concurrence » que doivent être, par exemple, les structures hospitalières. Ce n'est donc pas un hasard si le mot totem de la rationalisation néomanagériale des services publics est « transparence », laquelle est en passe de devenir selon certains auteurs/observateurs britanniques une véritable « tyrannie »<sup>6</sup>. L'époque, martèlent les hommes politiques, les « experts » mais aussi les journalistes est à la « reddition de compte » (*accountability*) généralisée et systématique au consommateur/contribuable, qui veut désormais « en avoir pour son argent »<sup>7</sup>. Il n'est plus question, poursuivent-ils, de se cacher derrière des statuts protecteurs – celui de fonctionnaire ou de professionnel (ou, pire, les deux !) – pour éviter d'avoir à justifier sa contribution au bien-être collectif. Depuis vingt ans, dans tous les pays développés et dans tous les secteurs d'action publique, certes inégalement, prolifèrent les indicateurs de performance et se déploie une logomachie sur la nécessité de mettre en place des systèmes d'information exhaustifs pour évaluer, en temps réel, la « performance » des services publics<sup>8</sup>. Aucune institution ne doit plus se soustraire à l'objectivation statistique de sa « performance », même les plus individualisés, personnalisés, subjectifs, symboliques d'entre eux. La finalité est double : en comparant, de manière chiffrée, toutes les organisations d'un même secteur (par exemple, les hôpitaux), il s'agit d'instaurer une concurrence ou un *benchmarking* permanent, qui inciterait les agents à hausser continuellement leur effort, en termes de coûts et de « qualité », au niveau des « plus performants »<sup>9</sup> ; en délivrant directement ces informations chiffrées aux « usagers »/« consommateurs », supposés « voter avec leurs pieds », l'émulation en serait encore renforcée. Pris en étau entre le marteau des « régulateurs » et l'enclume des « usagers/consommateurs », les agents et les professionnels des services publics seraient ainsi incités (contraints ?) de réviser leurs pratiques, leur organisation, leurs routines. Les chiffres revêtent ici, selon le mot heureux de Nikolas Rose, le caractère de

<sup>1</sup> L'Etat régulateur « fait faire » plutôt qu'il ne cherche à faire lui-même et, conjointement, renforce ses capacités de contrôle sur les opérateurs publics et privés via l'audit, l'évaluation, le *benchmarking*, etc. Cf., par exemple, Quelques surveys récents : Majone (G.), « From the Positive to the Regulatory State : Causes and Consequences of Changes in the Modes of Governance », *Journal of Public Policy*, 17(2), 1997 ; Moran (M.), « Understanding the Regulatory State », *British Journal of Political Science*, 32, 2002. Pour une sociohistoire de l'émergence et de l'imposition, en France, dans les années 1990, de cette conception entrepreneuriale et managériale de l'Etat, cf. Bezès (Ph.), « Le modèle de « l'Etat-stratège : genèse d'une forme organisationnelle dans l'administration française », *Sociologie du travail*, 47, 2005.

<sup>2</sup> Pour une revue exhaustive de la problématique foucauldienne de la gouvernementalité néolibérale, cf. Dardot (P.), Laval (Ch.), *La nouvelle raison du monde. Essai sur la société néolibérale*, Paris, La Découverte, 2009.

<sup>3</sup> Power (M.), *The Audit Society. Rituals of Verification*, Oxford, Oxford University Press, 1997, en particulier le chapitre 5 pour l'étude du phénomène dans l'enseignement supérieur et la santé.

<sup>4</sup> Cf. la très utile clarification de la notion de « concurrence » opérée récemment, dans le prolongement des travaux de Weber et Simmel, par Pierre François. Selon lui, la concurrence désigne un type particulier de relation de lutte, indirecte (« efforts parallèles » pour « séduire » un tiers), qui suppose la conscience des protagonistes d'être engagés dans cette relation, dont le trophée est détenu par un tiers, et dont l'issue, exclusive, dépend, au moins pour partie, des efforts, des talents et/ou des mérites des parties en présence. François (Pierre), *Sociologie des marchés*, Paris, Armand Colin, 2008, chapitre 6.

<sup>5</sup> Ihl (O.), *Le mérite et la République. Essai sur la société des émules*, Paris, Gallimard, 2007.

<sup>6</sup> Tsoukas (H.), « The tyranny of light. The temptations and the paradoxes of the information society », *Futures*, 29(9), 1997 ; Strathern (M.), « The tyranny of transparency », *British Educational Research Journal*, 26(3), 2000.

<sup>7</sup> Sur le *stretching* gestionnaire de la notion d'*accountability* au-delà de sa signification politique initiale de droit de regard externe sur une activité administrative, pour y inclure des notions adjacentes comme celles de « responsabilité », de « contrôle », de « réactivité », de « délibération », lire Mulgan (R.), « Accountability : An Ever-Expanding Concept ? », *Public Administration*, 78(3), 2000, pp. 555 – 573 et, sur les redondances et les ambivalences des usages gestionnaires (autonomie/contrôle) de la notion dans le contexte de fragmentation de l'Etat, cf. Scott (C.), « Accountability in the Regulatory State », *Journal of Law and Society*, 27(1), 2000.

<sup>8</sup> Ogien (A.), *L'Esprit gestionnaire. Une sociologie de l'air du temps*, Paris, Editions de l'EHESP, 1995.

<sup>9</sup> Bruno (I.), « La recherche scientifique au crible du *benchmarking*. Petite histoire d'une technologie de gouvernement », *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, 55-4 bis, supplément 2008.

« technologies de l'âme »<sup>1</sup>. Ils sont la pièce maîtresse d'un dispositif (auto-)disciplinaire d'incitations (informationnelles et financières), de standards et de protocoles qui ont pour visée la régulation, la standardisation, l'homogénéisation des conduites professionnelles afin d'en assurer, *in fine*, une plus grande économicité. S'il peut certes y avoir des débats autour des indicateurs de mesure de la « performance », il y en a peu autour de l'idée même de « performance », d'« efficacité », de « qualité » : qui soutiendrait aujourd'hui qu'un hôpital ne doit pas être « performant » ou « de qualité » ? Qui s'opposerait à la « rationalisation », à l'« évaluation » de l'hôpital en particulier et de la médecine en général ? Là réside le principal coup de force de la nouvelle gestion publique, puisque derrière un mot d'apparence consensuel, opère une révolution symbolique : la soumission des services public à la rationalité formelle gestionnaire et, au-delà, à la logique utilitariste et à ses exigences (rendement, efficacité). Nous mentionnerons au passage – mais cela mériterait de plus amples développements – l'ambivalence des technologies de quantification, lesquelles peuvent être mises au service de deux tactiques divergentes du *New Public Management*. D'un côté, elles peuvent permettre l'automatisation de la décision publique en liant, par exemple, dotation budgétaire et « performance » mesurée (cas de la tarification à l'activité hospitalière) selon le schéma politiquement économe (*blame avoidance*) de la « gâchette de politique publique »<sup>2</sup>. Ces instruments vont alors restructurer, de façon incrémentale, à bas bruit, hors de tout débat public, grâce à l'ésotérisme de la technique, les organisations publiques. De l'autre côté, elles nourrissent des batteries d'indicateurs qui, une fois publiés sous des formes plus ou moins synthétiques (scores, palmarès, etc.) et provocatrices, vont permettre de saturer l'espace public et exercer une forte pression externe, par le « *naming et shaming* », sur les professionnels, en leur imposant une définition arbitraire de l'« efficacité » ou de la « qualité ». La cible est alors l'« opinion publique » et, au-delà, la *réputation* dont on sait l'importance dans le régime de coordination professionnel, auquel le néo-management cherche à substituer une sorte d'hybride – variable selon les indicateurs retenus – des régimes de l'opinion commune et de l'opinion experte<sup>3</sup>. Néanmoins, les deux tactiques peuvent être qualifiées « de dépolitisation » en tant « qu'elles promeuvent des relations indirectes de gouvernement et/ou qu'elles cherchent à persuader les citoyens que les acteurs politiques ne peuvent plus être tenus raisonnablement pour responsables de certains enjeux, domaines de politique publique ou de décisions spécifiques. »<sup>4</sup>

Le secteur de la santé n'a, bien entendu, pas été épargné par la montée en puissance du néolibéralisme<sup>5</sup>. Cette rationalité politique originale attaque frontalement la substance et l'organisation de l'expertise médicale, dont elle conteste le soubassement axiologique (le professionnalisme, le sens du service public, le désintéressement, etc.) ; elle leur substitue de nouveaux modes de subjectivation (le « consommateur » ou le « prestataire » de soins), des modèles de comportements (utilitaristes) et de relations (contractuelles et monétarisées) inédits, équipe la rationalité des acteurs de nouveaux dispositifs que sont des règles de comptabilité (analytique), des mécanismes d'allocation des ressources (la « T2A »), des standards (les références médicales opposables) ou des indicateurs de performance (des palmarès hospitaliers) dans le but d'orienter à distance leur conduite dans le sens souhaité, à savoir principalement la maîtrise des coûts. Au final, les « réformes » saisissent les acteurs du système de santé (à commencer par les assurés sociaux) comme des êtres rationnels et intéressés, autonomes, assumant leurs choix, et font en sorte qu'ils soient en mesure d'exercer et de développer ces capacités. Cependant, cette « autonomie » diffère sensiblement de l'autonomie professionnelle traditionnelle. Elle est, en effet, l'objet d'une formalisation, d'une mise en procédures et d'une évaluation *ex post* systématique ; elle est (en-)cadrée par un maillage serré de technologies et d'incitations (monétaires et informationnelles) qui servent toutes le projet d'intégration gestionnaire du secteur<sup>6</sup>. Pour les réformateurs de tous les pays, la médecine est devenue, du fait de sa démocratisation et de sa massification, de la hausse des coûts, une « prestation de

<sup>1</sup> Rose (N.), *The Power of Freedom. Reframing The Political Thought*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999, chapitre 6.

<sup>2</sup> Weaver (K.), « Setting and Firing Policy Triggers », *Journal of Public Policy*, 9(3), 1989. Pour une étude de cas édifiante, lire Bezès (Ph), « The Hidden Politics of Administrative Reform : Cutting French Civil Service Wages With a Low Profile Instrument », *Governance*, 20(1), 2007.

<sup>3</sup> Karpik (L.), *L'économie des singularités*, Paris, Gallimard, 2007.

<sup>4</sup> Flinders (M.), Buller (J.), « Depoliticization : Principles, Tactics and Tools », *British Politics*, 1, 2006, p. 295 - 296 ; lire aussi Ogien (A.), « La gouvernance ou le mépris du politique », *Cités*, 32, 2007.

<sup>5</sup> Nous nous permettons de renvoyer pour plus de détails à notre ouvrage, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauge, Editions du Croquant, 2007.

<sup>6</sup> Paradeise (C.), « Autonomie et régulation : retour sur deux notions clés », dans Le Bianic (Th.), Vion (A.) (dir.), *Action publique et légitimités professionnelles*, Paris, LGDJ, 2008.

service » comme une autre qui doit relever des principes de l'organisation industrielle « rationnelle ». L'un de ces entrepreneurs en modernisation, l'économiste de la santé Claude Le Pen a très bien explicité les trois fondements de la médecine industrielle et « moderne »<sup>1</sup>. Il s'agit d'abord de l'élaboration d'un *système de normalisation des pratiques*, sur le modèle des normes ISO, au moyen de « *codes de conduite permettant d'unifier les pratiques dans les situations médicales les plus courantes* », élaborés par des experts, discutés par la communauté scientifique et éventuellement ratifiés par des autorités publiques. Il s'agit fondamentalement de réduire l'hétérogénéité des pratiques médicales, dont un nombre conséquent est considéré à la fois comme coûteux et inefficace, voire dangereux pour le patient, au moyen de *guidelines*, ou recommandations de bonne pratique clinique. La normalisation des pratiques suppose leur *quantification* (qui constitue le cœur de la rationalité gestionnaire), afin de « *remplacer dans la médecine moderne toute approche qualitative du symptôme, de la pathologie, du traitement, voire de la vie du patient, par une approche quantitative, à l'aide d'instruments spécifiquement développés à cet effet.* »<sup>2</sup> Enfin, l'évaluation doit être systématique et porter sur toutes les dimensions de l'activité de soins (pratiques, structures, processus) : « *on évaluera la conformité de ses [du médecin] pratiques aux protocoles, on évaluera la qualité de ses prestations, on évaluera ses résultats, on évaluera son coût, et, pourquoi pas, on évaluera sa « rentabilité », le rapport entre ses résultats et son coût.* »<sup>3</sup> L'enjeu est de taille pour les médecins qui sont sommés de passer du statut d'« artisan » à celui d'« ingénieur », c'est-à-dire au statut de « médecin rationnel, normalisé, quantifié, évalué ».<sup>4</sup>

Par conséquent, des systèmes d'informations médico-économiques inédits ont été mis en place, plus ou moins laborieusement selon les pays<sup>5</sup>. Toutefois, les acteurs de cette entreprise de « rationalisation » de la médecine varient selon la configuration nationale du réseau de la politique d'assurance maladie. Aux Etats-Unis ce sont les pouvoirs publics (en particulier la *Health Care Financing Administration* qui gère l'assurance maladie des retraités, *Medicare*) et, bien sûr, les assureurs privés qui sont à l'origine de ce mouvement. En Grande-Bretagne, pays du très centralisé et bureaucratique *National Health Service*, c'est l'administration centrale qui occupe logiquement le créneau. En Allemagne, ce sont les professionnels de santé et les caisses d'assurance maladie. Si les réformes menées varient dans leur ampleur selon les pays, leur logique est toujours la même : partout, les médecins ont vu leur autonomie professionnelle publiquement remise en cause voire rognée (particulièrement aux Etats-Unis), partout ont été mis en place des systèmes d'information (les *Diagnosis Related Groups* américains ont été importés dans de très nombreux pays européens, dont la France où les DRG's sont devenus le PMSI), partout les médecins ont été économiquement incités à adopter des bonnes pratiques définies par des experts économistes, médecins et statisticiens. Pour ce qui nous intéresse, les palmarès, les payeurs (publics et/ou privés) ont élaboré et, parfois à leur initiative, parfois sous la pression de journalistes, publié des informations comparatives sur la « performance » des services hospitaliers et des médecins à destination du grand public.

#### **Les précédents américain et britannique : des DRG's aux « report cards » et « league tables »**

Le cas américain est idéal-typique de l'enchaînement des dynamiques - économiques, politiques et journalistiques - qui rendent concevables et possibles l'élaboration et la publication de palmarès hospitaliers et, par analogie, permet de comprendre ce qui se passe depuis une dizaine d'années en France. En effet, l'information sur les coûts et la qualité des prestations médicales s'est principalement développée aux Etats-Unis, à partir du milieu des années 1980, à l'instigation des assureurs, des employeurs et des pouvoirs publics - soit les principaux financeurs du système -, lesquels ambitionnaient de devenir des « acheteurs avisés de soins » capables de mettre fin à la dérive des coûts médicaux<sup>6</sup>.

<sup>1</sup> Le Pen (C.), *Les habits neufs d'Hippocrate*, Paris, Calmann Lévy, 1999, p. 46.

<sup>2</sup> *Ibid*, p. 52.

<sup>3</sup> *Ibid*, p. 55.

<sup>4</sup> *Ibid*, p. 63.

<sup>5</sup> Tuhoy (C.), *Accidental Logics. The Dynamics of Change In Health Care Area in The United States, Britain and Canada*, New-York, Oxford University Press, 1999.

<sup>6</sup> Bien entendu, l'idée d'audit « chiffré » des pratiques chirurgicales et médicales est beaucoup plus ancienne et reste attachée aux noms, aujourd'hui célébrés par les entrepreneurs en rationalisation de la médecine, d'Ernest Armory Codman et Florence Nightingale, dans la seconde moitié du XIXe siècle. On ne peut développer ce point ici. Voir par exemple Spiegelhalter (D. J.), « Statistical Lessons from Nightingale and Codman », *Journal of the Royal Statistical Society. Series A*, 62(1), 1999.

Instruments de mesure et de comparaison des coûts et de la productivité des structures hospitalières inventés aux Etats-Unis, les *Diagnosis Related Groups* (DRGs)<sup>1</sup> sont récupérés, à la fin des années 1970, par l'administration fédérale qui voit là une méthode intéressante pour maîtriser la forte croissance des dépenses hospitalières du programme public *Medicare* (soit l'assurance maladie des personnes âgées et handicapées, créée en 1965). L'idée est simple bien que sa mise en œuvre technique et politique le soit beaucoup moins : au lieu de rembourser *après coup* et de façon automatique aux hôpitaux (système du prix de journée) le coût des soins, il s'agit de fixer *à l'avance* (paiement dit prospectif) le prix qui sera effectivement payé à ces mêmes hôpitaux pour un type de prise en charge (par exemple, une appendicectomie) et ce, quel que soit le coût réel supporté en définitive. Autrement dit, il s'agit de déconnecter partiellement le niveau de rémunération des professionnels de santé du volume de leur activité et, par-là, de les soumettre à la contrainte budgétaire pour les inciter à changer leurs pratiques. En l'occurrence, avec les DRGs, les hôpitaux et les cliniques sont confrontés à *une sorte de prix de marché dont la fixation ne dépend pas de la confrontation de l'offre et de la demande mais d'un calcul statistique*. L'idée des DRGs est, en effet, celle d'une équipe de chercheurs en gestion de l'université de Yale, dirigée par Robert Fetter, convaincu, à la fin des années 1960, qu'il y a beaucoup à attendre de l'application à la médecine des techniques de gestion du secteur industriel<sup>2</sup>. *L'industrialisation des soins*, voilà, selon lui, le défi des années à venir. Mais si l'hôpital est une usine, que produit-il ? La production hospitalière n'est pas aussi facile à cerner que celle de *General Motors* : l'enjeu est donc de définir une production hospitalière qui soit mesurable et comparable dans l'optique d'améliorer la productivité. Robert Fetter fait l'hypothèse que les établissements hospitaliers produisent des « groupes homogènes de malades » dont il cherche à calculer les coûts moyens sur un échantillon d'hôpitaux. L'idée de Fetter est alors reprise par certains économistes de la santé « libéraux » et, donc, par les responsables de *Medicare* dans la perspective de *la mise en concurrence « fictive » des hôpitaux* : le coût moyen joue alors un rôle équivalent à celui d'un prix de marché qu'il s'agit de « mimer ». Les DRGs, rendus possibles par la construction de larges bases de données informatisées, modifient radicalement la nature des incitations auxquelles font face les professionnels et structures de santé. Les patients ne sont plus, comme dans le cadre du paiement à l'acte, des sources de revenus pour eux-mêmes ou leurs employeurs (les hôpitaux) mais des « centres de coûts » qu'il faut minimiser ou transférer à d'autres. Reprise à leur compte par les assureurs privés et les HMOs, la réforme – apparemment technique – du mode de tarification initiée par *Medicare* va profondément bouleverser l'organisation hospitalière américaine.

Le développement de ce type d'informations médicales ou médico-économiques, objet d'un marché particulièrement lucratif, participe aussi de la volonté d'instaurer un véritable marché des soins, sur lequel les « consommateurs », mieux informés et « éduqués », sont censés être en mesure non seulement de faire jouer la concurrence entre les offreurs de soins, et ainsi de peser sur les décisions diagnostiques et thérapeutiques et d'opter pour des trajectoires de soins plus « rationnelles », et, par-là, moins coûteuses. Les associations de consommateurs et les médias grand public ont alors exercé une pression très forte pour obtenir la diffusion grand public des résultats des évaluations de la qualité des soins effectuées par les organismes financeurs. Ainsi, par exemple, en 1994, la presse, arguant du second amendement de la Constitution américaine – qui rend obligatoire la publication d'informations portant sur le fonctionnement des organisations –, a contraint l'Etat de New-York à rendre publique une étude confidentielle sur la mortalité par hôpital et par chirurgien<sup>3</sup>. Le newsmagazine *US News And World Report* réalise annuellement, depuis 1990, un Top 100 des hôpitaux, classés en fonction de leur « performance »<sup>4</sup>. Ces offensives ont contraint en retour les structures d'accréditation, semi-publiques ou privées, (notamment la fameuse *Joint Commission Accreditation Of Health Care*, organisme public d'accréditation des hôpitaux), les assureurs publics et les décideurs politiques à tenter de contrôler ce type d'informations « grand public ». Cependant ces velléités n'ont pas empêché la multiplication des évaluations comparatives de la « performance » des opérateurs de soins, en particulier depuis l'échec du plan Clinton d'assurance maladie en 1993 qui a marqué le début de l'essor du *managed care*. La performance des professionnels, des hôpitaux ou des plans de soins, fait désormais partie intégrante de la politique d'amélioration de la qualité des soins<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Traduction américaine des « Groupes homogènes de malades ».

<sup>2</sup> Samuel (S.), Dirsmith (M. W.), Mc Elroy (B.), « Monetized Medicine: from the physical to the fiscal », *Accounting, Organizations and Society*, 30, 2005 ; Preston (A.M.), Chua (W.-F.), Neu (D.), « The Diagnosis-Related Group-Prospective Payment System And the Problem of the Government of Rationing Health Care to the Elderly », *Accounting, Organizations and Society*, 22(2), 1997.

<sup>3</sup> Naiditch (M.), « La réussite d'un projet d'évaluation requiert la confiance des évalués. L'exemple de la chirurgie cardiaque new-yorkaise », *La Recherche*, n°324, 1999.

<sup>4</sup> On peut consulter en ligne ces classements, ainsi que les principaux articles qui accompagnent leur publication sur le site Internet de ce newsmagazine.

<sup>5</sup> Ainsi les « *report cards* », largement diffusés auprès des assurés, sont des tableaux de bord constitués d'un ensemble d'informations standardisées portant sur les différentes dimensions de la performance d'un plan de santé (soit l'organisation constituée d'un assureur et des prestataires qui lui sont liés par contrat) : accès aux soins, qualité technique et interpersonnelle des soins, qualité des services administratifs, satisfaction des patients, efficacité et prix des services. Pour un bilan exhaustif et critique des expériences étrangères évoquées brièvement ici, voir Ghadi (V.), Naiditch (M.), *L'information de l'utilisateur/consommateur sur la performance du système de soins*. *Revue bibliographique*, Série Etudes,

Une même dynamique de montée en puissance de la « régulation » est observable dans le *National Health Service* britannique<sup>1</sup>. Depuis le milieu des années 1980, parallèlement à l'introduction de mécanismes de concurrence, les pouvoirs publics cherchent à mettre au point des index d'efficacité ou de performance des activités des professionnels et services du NHS – qu'il n'est pas possible de détailler ici – dans le cadre d'une politique globale de mise en concurrence des hôpitaux par les médecins généralistes et les autorités sanitaires. Cette dynamique s'est radicalisée sous les gouvernements Blair, qui, sous bien des rapports mais avec quelques inflexions dans le discours, ont poursuivi dans la voie du managérialisme tracée sous l'ère de Margaret Thatcher : ces derniers ont placé au cœur de la politique de « modernisation » du NHS, le slogan de « gouvernance clinique » qui exige des professionnels une transparence totale sur le coût, l'efficacité et la qualité de leurs soins via la multiplication des audits, des évaluations, l'intensification de la production et de la diffusion d'informations médicalisées. Les *tabloïds* font leurs choux gras des taux de mortalité « anormaux » constatés dans certains services hospitaliers, taxant, très rapidement et sans grande précaution, d'incompétence les professionnels qui y exercent. On entre alors dans un cercle vicieux : les informations, traitées sur un mode sensationnaliste et/ou scandaleux par la presse, populaire mais pas seulement, contribuent à alimenter la méfiance et augmenter les attentes des usagers (par la voix des hommes politiques), ce qui justifie en retour le redoublement des efforts pour dissiper l'« opacité » du monde médical jusqu'à instaurer une véritable « tyrannie de la transparence »<sup>2</sup>. La quantification se nourrit ainsi de la méfiance et du conflit, qu'elle contribue à attiser, ainsi que l'a bien montré l'historien de la statistique, Théodore Porter<sup>3</sup>.

La mise en place, certes difficile mais effective, de ce nouvel outil de connaissance et d'action pour l'hôpital qu'est le PMSI est révélatrice des transformations qui ont affecté, de manière conjointe, les rapports de force au sein du champ médical et les relations que ce dernier entretient avec les autres espaces sociaux (bureaucratique en particulier). En retour, la production de données inédites autorisée par cet instrument a permis aux membres de la nouvelle « élite du *Welfare* »<sup>4</sup> comme aux journalistes de se prévaloir de l'objectivation de la variabilité et de l'hétérogénéité des pratiques médicales pour conforter leurs critiques à l'encontre de la capacité de cette profession à s'autocontrôler<sup>5</sup>. Les chiffres sont mobilisés pour dénoncer le « pouvoir discrétionnaire » des professionnels, la prégnance de leurs intérêts matériels dans les choix thérapeutiques opérés, et, *in fine*, réclamer un renforcement du contrôle des pratiques médicales au nom de la qualité des soins et de l'allocation « efficiente » des ressources de la Sécurité Sociale. La première condition pour que des journalistes puissent fabriquer des palmarès réside donc dans le fait que sont produites des informations médicalisées – et pas seulement celle issue du PMSI – qui ont longtemps fait défaut au système de santé français en raison notamment de l'opposition des porte-parole de la profession médicale :

*« Le système d'information a radicalement changé depuis les années 80 [...] Il y a donc aussi des éléments d'évolution - dans la période actuelle - sur l'information. Ce n'est pas seulement du mouvement consumériste mais c'est aussi le fait que, lorsque d'une façon ou d'une autre, pour des raisons de régulation, vous vous mettez à produire de l'information, c'est insupportable qu'elle reste cachée. Si elle ne sortait pas il y a quinze ans, c'est simplement parce qu'elle n'existait pas. Ça n'est pas seulement*

---

Paris, DREES, 13, 2001 et, pour une évaluation mitigée des expériences américaines à la fin des années 1990, Gormley (W.T. Jr), « Assessing Health Care Report Cards », *Journal of Public Administration and Research Theory*, 8(3), 1998.

<sup>1</sup> Lire l'excellent bilan d'Oliver James, « The Rise of Regulation of the Public Sector in United Kingdom », *Sociologie du travail*, 47, 2005 et, plus spécifiquement sur le NHS, Klein (R.), *The New Politics of the NHS : from Creation to Reinvention*, Prentice Hall, 2006 (5th ed.).

<sup>2</sup> Pour des transformations homologues dans l'enseignement supérieur britannique, cf. les contributions dans Strathern (M.) (ed.), *Audit Cultures. Anthropological Studies in Accountability, Ethics and The Academy*, London & New-York, Routledge, 2000.

<sup>3</sup> Porter (T.), *Trust in Numbers. The Pursuit of Objectivity In Science and Public Life*, Princeton University Press, 1996.

<sup>4</sup> Hassenteufel (P.) et al., *Une élite du Welfare ? Sociologie des sommets de l'Etat en interaction*, Paris, Mire, 1999.

<sup>5</sup> La polémique qui a entouré la publication, en 1992, du rapport du médecin conseil de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, Claude Béraud, évaluant le coût des excès, abus et fraudes de la profession médicale à près de cent milliards de francs, consacre l'irruption du thème de la « non-qualité » des soins et de la « maîtrise médicalisée » dans le débat public. Béraud (C.), *La Sécu c'est bien, en abuser ça craint*, Paris, CNAMts, 1992. Peu de temps après, en 1994, les médecins conseils des caisses d'assurance maladie et des médecins inspecteurs de santé publique s'engagent dans une démarche d'évaluation comparative des services hospitaliers. Pour une mise en contexte, voir Robelet (M.), « Les médecins placés sous observation. Mobilisations autour du développement de l'évaluation médicale en France », *Politix*, 41, 1999.

*un mouvement d'ouverture, c'est aussi un mouvement de production. [...] Maintenant l'information existe et donc il y a une pression pour qu'elle sorte. »<sup>1</sup>*

S'il passe par un accroissement de la capacité d'expertise et d'action de l'Etat, ce renforcement de la surveillance et de la discipline des professionnels, peut ainsi, selon les agents de la « nébuleuse réformatrice » de l'assurance maladie, être obtenu par l'aiguillon de la comparaison et de la concurrence : dans le cadre d'un système qui demeurerait majoritairement public, l'introduction de mécanismes de quasi-marché et l'importation des outils de gestion du privé (assurance qualité, *benchmarking*) constitueraient des incitations fortes à l'efficacité pour les professionnels du secteur, contraints dès lors à soigner avec une qualité maximale pour des coûts minimums<sup>2</sup>. Dans cette optique, il convient d'instaurer un « marché des soins » où les « consommateurs » et les pouvoirs publics mettraient en concurrence les assureurs et/ou les « producteurs de soins ». Toutefois, on le sait, les conditions de la concurrence pure et parfaite sont encore moins réunies dans ce secteur que dans d'autres, dans la mesure où ce dernier se caractérise notamment par de fortes asymétries d'information entre les professionnels et les usagers/consommateurs. Dès lors, l'objectif premier de la politique de « régulation des dépenses de santé » doit être d'assurer la « transparence » de ce marché potentiel, en développant et en diffusant l'information sur la qualité (référentiels, accréditation) et le coût des soins, tout en valorisant l'adoption d'un comportement « rationnel », « responsable » et « informé » en matière de recours au système de santé<sup>3</sup>. En ce domaine, ainsi que l'admettent volontiers les figures les plus médiatiques des réformateurs, en particulier Gilles Johanet, l'ancien directeur de la CNAMts, et Jean De Kervasdoué, initiateur du PMSI et ancien Directeur des Hôpitaux, tout reste à faire : le « consommateur éclairé » existe avant tout dans des discours dont la portée programmatique, sinon performative, est assumée.

#### *La cause des malades et des « usagers » : un enjeu de luttes*

En effet, pas plus dans le domaine de la santé qu'ailleurs il n'y a de consumérisme « spontané ». Plus précisément, les comportements conformes aux canons du choix rationnel et informé idéalisé par le consumérisme ne concernent qu'une petite frange de la population<sup>4</sup>. Comme l'a bien montré Louis Pinto pour la France, la réussite (relative) de ce mot d'ordre qu'est le « consommateur », si elle est en partie explicable par la conjonction de transformations sociales objectives<sup>5</sup>, doit beaucoup au travail proprement politique de promotion mené par des agents issus des champs politique, associatif, bureaucratique et journalistique, ayant en commun de s'inscrire dans le courant du réformisme social<sup>6</sup>. C'est en partie la même logique qui préside à l'extension des exigences du consumérisme et de la « citoyenneté » dans le champ médical. Si les transformations sociales globales ont durablement transformé le rapport au corps et à la maladie<sup>7</sup> – ce dont atteste le succès des magazines spécialisés « grand public » relevant de l'information pratique de service –, le rôle des associations de malades et d'usagers dans la formulation d'exigences

<sup>1</sup> Entretien avec Marianne Berthod, Paris, 2001.

<sup>2</sup> Ce mouvement favorable à l'introduction dans l'univers médical de mécanismes marchands et des instruments de gestion élaborés dans le secteur de l'industrie est repérable dans l'ensemble des pays européens, même si les réalisations concrètes sont souvent très hétérogènes et, il faut le dire, dans l'ensemble, modestes. Sur ce point, cf. Hassenteufel (P.), Delaye (S.), Pierru (F.), Robelet (M.), Serré (M.), « La libéralisation des systèmes de santé de protection maladie européens. Convergence, européanisation et adaptations nationales », *Politique européenne*, n° 2, 2000.

<sup>3</sup> Naiditch (M.), Letourmy (A.), « L'information des usagers dans le système de soins : rhétorique et enjeux », *Revue française des affaires sociales*, 2, 2001.

<sup>4</sup> Ce constat n'est d'ailleurs pas propre à la France. Pour la Grande-Bretagne, Rudolf Klein montre que quatre années après la réforme ambitieuse de 1991, qui prétendait mettre le « consommateur » de soins au centre de la nouvelle architecture du *National Health Service*, le consumérisme demeure « descendant », dans la tradition paternaliste du NHS, et non « ascendant ». En d'autres termes, ce sont toujours les professionnels et les pouvoirs publics qui définissent les « besoins » d'une population qui, parce qu'elle reste confiante et déférente à l'égard du corps médical, rechigne à endosser l'habit du consommateur éclairé taillé pour elle par les pouvoirs publics. Klein (R.), « La réforme du service de santé national britannique : le consommateur introuvable », *Revue française d'administration publique*, 76, 1995.

<sup>5</sup> Telles la croissance des biens de consommation, la transformation de la sphère domestique du fait de la scolarisation des femmes et de la remise en cause corrélative de la division du travail, enfin, la croissance quantitative des classes moyennes salariées (principal marché des journaux consommateurs).

<sup>6</sup> Pinto (L.), « Le consommateur, agent économique et acteur politique », *Revue française de sociologie*, 31, 1990.

<sup>7</sup> Herzlich (C.), Pierret (J.), *Malades d'hier, Malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot, 1990 (2<sup>ème</sup> édition).

accrues en termes de qualité des soins et de partage de l'information médicale a été, en France, historiquement modeste. Ce n'est que très récemment, en effet, à la faveur de la transformation des caractéristiques sociales de leur base militante et de leur porte-parole que certaines de ces associations ont pu accéder à l'espace public, leurs discours et revendications correspondant désormais mieux aux catégories de l'entendement journalistique. A compter de la fin des années 1970, et, surtout, de la seconde moitié des années 1980, l'espace des associations mobilisées sur le thème de la santé et de la médecine ainsi que leur répertoire d'action ont connu des transformations décisives : les associations de malades et de patients (maladies chroniques, sida, etc.), comme les associations de « défense des usagers de l'administration » (l'ADUA), se sont arrogées le droit et la capacité de critiquer et de peser sur l'expertise médicale, au besoin en recourant à des formes d'action très « médiatiques ». Plus généralement, les vingt-cinq dernières années ont vu se multiplier les « tribunaux de la médecine », pour reprendre le titre d'un numéro, déjà ancien, de la revue *Autrement*, ou, en d'autres termes, ont vu se structurer des arènes dans lesquelles les pratiques médicales ont été mises en débat. La multiplication des enquêtes journalistiques dénonçant le « pouvoir médical », présenté comme abusif sinon archaïque, et mettant à jour des « affaires » dans lesquels sont impliquées à un titre ou à un autre des médecins, les évolutions jurisprudentielles majeures en matière de droit de la responsabilité médicale (certaines décisions judiciaires ayant reçu un important écho médiatique, tel le désormais fameux « arrêt Perruche »), la structuration de l'espace des associations de malades, de consommateurs et d'usagers, la pose des fondements de ce que certains chercheurs ont appelé la « démocratie technique »<sup>1</sup> à l'instigation des pouvoirs publics sont autant de phénomènes qui semblent attester d'une transformation progressive mais néanmoins radicale du rapport des agents sociaux ordinaires à la médecine. Ainsi, à compter du milieu des années 80, le patient semble de plus en plus s'impatienter au point de souhaiter devenir un « usager », un « consommateur avisé » ou encore un « citoyen » à part entière dans un univers médical traditionnellement marqué par des relations paternalistes, de subordination, de délégation.

L'organisation par les pouvoirs publics, à la fin des années 1990, des « Etats généraux de la santé » représente, avec la création en 1996, des conférences régionales et nationales de santé, un moment fort de l'entreprise étatique visant à faire émerger la figure de « l'usager » dans le secteur de la santé. Prenant appui sur l'essor du mouvement associatif, le gouvernement de Lionel Jospin, dont c'était l'une des promesses lors des élections législatives de 1997, organise, entre novembre 1998 et juin 1999, une série de forums régionaux consacrés à des thèmes spécifiques (comme, par exemple, les inégalités sociales de santé) :

Ces débats publics (au total près de 1000) sont construits sur le modèle des débats télévisés. Dans une grande salle de spectacle, la scène est divisée en deux espaces : d'un côté les experts, de l'autre le « jury citoyen », avec au milieu l'animateur, un journaliste. Le jury a été choisi par l'IFOP. Pendant toute la durée du débat, s'affichent sur un écran au fond de la scène des messages divers en relation avec le thème (tableaux statistiques, notes de l'orateur du moment, etc.). Le journaliste-animateur donne et fait circuler la parole, entre experts, jury et assistance tout en veillant à ce que les discours échangés restent cadrés dans la problématique de la journée. Tout le dispositif vise à relativiser la parole des experts et à grandir celle des profanes, dont la légitimité et la pertinence des préoccupations sont constamment célébrées. Le ministre, lui-même vient écouter les citoyens et prend place dans le public comme « n'importe quel citoyen dans la salle ». Comme le note justement François Vedelago, « la mise en scène du débat public consiste à faire émerger l'usager comme un acteur, *il est le point de départ et le point d'arrivée*, l'acteur unificateur devant les revendications corporatistes doivent s'effacer. »<sup>2</sup>

S'inscrivant dans un mouvement général de promotion de la démocratie « délibérative » ou « participative », censée remédier à la « crise de la démocratie représentative »<sup>3</sup>, ce type de manifestation est étroitement encadré par le gouvernement, de l'impulsion initiale jusqu'à la synthèse, en passant par le choix des thèmes. A l'instar de ce qu'a observé Charles Suaud pour les Etats généraux de l'agriculture<sup>4</sup>, il

<sup>1</sup> Callon (M.), Lascoumes (P.), Barthe (Y.), *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*, Paris, Seuil, 2001.

<sup>2</sup> Vedelago (F.), « L'usager comme atout stratégique du changement dans le système de santé », dans Cresson (G.), Schweyer (F.-X.) (Dir.), *Les usagers du système de soins*, Rennes, Editions de l'ENSP, p. 68. Pour une histoire des représentations du patient/usager au sein de l'hôpital, on se reportera à la contribution de F.-X. Schweyer dans ce même volume, « Genèse et dimensions des usagers de l'hôpital public ».

<sup>3</sup> Blatrix (C.), *La démocratie participative : de mai 68 aux mobilisations anti-TGV*, Paris, thèse de doctorat, Université de Paris I, 2000.

<sup>4</sup> Suaud (C.), « Le mythe de la base », *Actes de la recherche en Sciences sociales*, 1984.

s'agit bien ici d'accréditer la croyance selon laquelle il existerait une « base », avec ses attentes et ses exigences, occultant le travail politique qui la construit, lui donne corps, au terme d'un long processus de filtrage des intervenants et de mise en forme des revendications. Comme F. Vedelago, qui voit dans la promotion de l'usager une figure rhétorique incontournable de la modernisation des services publics, opposée aux professionnels de santé comme aux fonctionnaires pour les contraindre à remettre en cause leurs pratiques et leurs routines organisationnelles<sup>1</sup>, Gwenaëlle Maudet, qui a étudié très précisément l'organisation de ces Etats généraux de la santé, estime que « sans pour autant considérer que la participation des usagers constitue un alibi démocratique, on peut tout de même observer que l'adoption de tels dispositifs relève d'un intérêt politique, dans la mesure où ils permettent à l'autorité politique d'opposer aux professionnels de santé les exigences d'un acteur qui, tout comme ces derniers, fait l'expérience quotidienne du fonctionnement du système de santé »<sup>2</sup> En effet, au-delà de la rhétorique, « l'usager » - lequel est bien plus parlé qu'il ne parle<sup>3</sup> - est très loin de constituer, dans les faits, un « contre-pouvoir ». Si « l'usager » est devenu un point de passage obligé des discours officiels, des rapports publics, de la loi (avec l'adoption en mars 2002 de la loi de modernisation du système de santé), dont les intérêts et exigences supposés sont systématiquement invoqués par les pouvoirs publics lorsque les professionnels de santé, les fonctionnaires du service public hospitalier, les syndicats voire même les élus locaux, se mobilisent contre leurs projets au nom de la préservation de la santé de leurs concitoyens (ils en avaient jusqu'au milieu des années 80, le monopole de représentation), la légitimité de sa représentation concrète (en particulier associative) et des revendications émises en son nom ne cessent de poser problème. L'usager ne pèse que de peu de poids face aux représentations politiques et syndicales traditionnelles, ainsi que face à l'expertise de l'administration. Sans cesse invoqué, sa légitimité reste fragile, au point même qu'il est possible de parler à son endroit de « fiction » administrative et politique. Si, clairement, les évolutions de la morphologie sociale (expansion des classes moyennes, exposition croissante à l'école), la démocratisation de l'accès à la médecine, les limites que rencontre cette dernière dans la lutte contre des maladies devenues principalement chroniques ou de nouvelles épidémies comme le sida ont participé du désenchantement collectif à l'égard de « l'homme en blanc », les critiques et dénonciations publiques à l'encontre du « pouvoir médical » doivent être formulées par des groupes ou des agents, souvent des intermédiaires issus des régions moyennes et supérieures de l'espace social, qui prétendent au statut de porte-parole du « public », *lato sensu*, et dont les intérêts sont différents bien que partiellement convergents. Journalistes, élus, médecins, représentants d'associations, professionnels du droit (avocats et magistrats), hauts fonctionnaires et experts sont ainsi en concurrence pour exprimer publiquement les nouvelles attentes du corps social en matière médicale. Dans cet espace concurrentiel pour la représentation des profanes, les journalistes occupent une position centrale, non seulement parce qu'ils sont les relais des dénonciations issues d'autres univers sociaux mais aussi parce que eux-mêmes s'érigent, au nom de leur expertise (mais aussi, de façon plus implicite, en fonction de leur propre rapport au monde médical), en défenseurs de la cause des usagers ou des malades.

---

<sup>1</sup> Vedelago (F.), « L'usager comme atout stratégique du changement dans le système de santé », art. cit. Pour une approche générale du phénomène de promotion de l'usager dans le discours de la réforme de l'Etat, cf. Warin (P.) (Dir.), *Quelle modernisation des services publics ?*, Paris, La Découverte, 1997 et Weller (J.-M.), « La modernisation des services publics par l'usager : une revue de littérature (1986 – 1996) », *Sociologie du travail*, 3, 1998. Pour une sociologie des interactions entre agents du service public (en l'occurrence de caisses d'allocation familiale) et les « usagers », Dubois (V.), *La vie au guichet*, Paris, Economica, 1999.

<sup>2</sup> Maudet (G.) « La « démocratie sanitaire » : penser et construire l'usager », *Lien social et politiques*, 48, 2002, p. 97. On lira avec profit, pour plus de détails, Maudet (G.), *Les constructions de la figure de l'usager dans le système de santé français. Le cas des Conférences régionales de santé et du Forum citoyen des Etats généraux de la santé en Bretagne*, Rennes, IEP, mémoire pour le DEA Action publique et territoires en Europe, 2000.

<sup>3</sup> Et pour cause : cet acteur social autonome, rationnel, exigeant, négociateur ne concerne tout au plus qu'une toute petite fraction de la population, surtout dans le domaine médical. La représentation de l'usager promue par les pouvoirs publics oscille ainsi entre la figure du consommateur et celle du citoyen, entre la défection et la prise de parole, pour reprendre la terminologie de A.O. Hirschmann. Mais dans tous les cas, il s'agit bien d'améliorer la réorganisation des organisations notamment hospitalières, dans le sens d'une plus grande sensibilité aux attentes des « usagers » et d'une plus grande « performance ». Ghadi (V.), Polton (D.), « Le marché ou le débat comme instruments de la démocratie », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, avril-juin 2000.

La décennie 1990 s'ouvre en effet sur « l'affaire du sang contaminé » dont Dominique Marchetti a montré qu'elle est le produit des transformations conjointes du champ médical et du journalisme médical, sous l'effet d'une concurrence accrue des organes de presse et de la montée en puissance des considérations commerciales. Cette affaire, qui va constituer la matrice des affaires de santé publique ultérieures (« le scandale de l'air contaminé » ou encore de la « vache folle »), consacre un régime critique de l'information médicale qui, rompant avec l'information institutionnelle, s'intéresse d'abord et avant tout aux enjeux économiques, politiques et judiciaires de la médecine<sup>1</sup>. Des rubricards médicaux, mais aussi sociaux, revendiquent progressivement une sorte de magistrature fondée sur leur « expertise critique » dans des ouvrages ou des « enquêtes » publiés dans les quotidiens et les *newsmagazines* et dans lesquels ils livrent, sur le fondement de leurs connaissances acquises lors de leur suivi routinier de l'actualité sectorielle<sup>2</sup>, leurs analyses du malaise médical et de la crise de l'organisation sanitaire française. Emblématique de l'essor puis de la consécration du régime critique de l'information médicale, le *guide du reporter dans le monde de la santé*, ouvrage destiné aux étudiants des écoles de journalisme et aux journalistes nouvellement affectés à la rubrique médicale ou médico-sociale, mobilise tous les mythes journalistiques du rôle démocratique de la presse, de la transparence et de la pédagogie<sup>3</sup>, tout en minorant les contraintes et les aspects routiniers du travail journalistique de même que la pluralité des mondes du journalisme et des expériences professionnelles<sup>4</sup> :

*« Ecrire sur un univers aussi technique, intime et confidentiel que la santé est un défi pour tout journaliste. De la presse professionnelle ou technique à la presse grand public, les approches varient mais les enjeux fondamentaux sont les mêmes :*

- résister aux pressions,
- se libérer des institutions,
- franchir la loi du silence,
- respecter ses interviewés,
- parler avec sérénité de sujets graves,
- démêler les aspects sociaux, politiques, économiques et scientifiques.

*Quatre journalistes d'horizons très divers s'accordent sur un point : beaucoup de travail et de temps sont nécessaires pour traiter correctement ces sujets-là. »*<sup>5</sup> Le quatrième et dernier chapitre revient, après avoir donné la parole à des journalistes professionnels (dont l'un des artisans des palmarès hospitaliers), sur quelques grandes « affaires » qui ont défrayé la chronique médicale : « *La santé, c'est aussi le territoire de tous les scandales : escroqueries médicales, injustices sociales face aux soins, négligences criminelles des politiques publiques, dégâts du progrès scientifique, choix dictés par la rentabilité... Le secret étouffe toutes les affaires, la mort rode autour de tous les sujets. Rappel de quelques débats dans lesquels la presse a joué un rôle salutaire.* » S'en suivent le récit de quelques scandales, dans la révélation desquels la presse aurait joué un rôle clé : escroqueries de deux chirurgiens urologues de grande renommée dans le Sud de la France (*La dépêche du Midi*), les difficultés d'accès aux soins des « exclus » (*Le Monde*), la vache folle, le « sang contaminé » (l'auteure revient sur l'article de P. Champagne et D. Marchetti paru dans *Actes de la recherche en sciences sociales*) ainsi que sur les réactions que cet article a suscitées de la part des journalistes médicaux, les OGM, l'amiante, le dopage.

A compter de la fin des années 80, des journalistes comme Jean-Michel Bezat, alors journaliste au *Quotidien du Médecin* et futur rubricard social au *Monde*, ou encore Eric Favereau, journaliste médical à *Libération*, ambitionnent respectivement de faire une « radiographie des toubibs »<sup>6</sup> et de s'interroger sur le

<sup>1</sup> Marchetti (D.), *Contribution à une sociologie des transformations du champ journalistique dans les années 1980 et 1990. A propos d'« événements sida » et du « scandale du sang contaminé »*, Paris, Thèse pour le doctorat de sociologie, EHESS, 1997.

<sup>2</sup> Padioleau (J.-G.), « Rhétoriques journalistiques et systèmes d'interaction », *Sociologie du travail*, n° 3, 1976.

<sup>3</sup> Le Bohec (J.), *Les mythes professionnels des journalistes*, Paris, L'Harmattan, 2000.

<sup>4</sup> Sur le travail de réduction de la dissonance cognitive qu'opèrent les étudiants en école de journalisme découvrant la réalité routinière d'un métier au départ largement mythifié, et la manipulation de leurs représentations de leur parcours scolaire et de leur future situation professionnelle, cf. le très intéressant article de Fintz (M.), « Les usages biographiques du journalisme. L'exemple d'étudiants en journalisme et de localiers », dans Legavre (J.-B.) (Dir.), *La presse écrite : un objet délaissée*, op. cit.

<sup>5</sup> Bézineau (M.-C.), *Le guide du reporter dans le monde de la santé*, Presses Universitaires de Bordeaux, IUT de journalisme de Bordeaux – France 3 Aquitaine, 1999, p. 96.

<sup>6</sup> Bezat (J.-M.), *Les Toubibs. Radioscopie du corps médical*, Paris, Jean-Claude Lattès et *Le Quotidien du médecin*, 1987. Dans un registre proche, quoique plus littéraire, cf. aussi Hamon (H.), *Nos médecins*, Paris, Seuil, 1994.

troublant « silence des médecins »<sup>1</sup> après l'affaire du sang contaminé. Si les cadrages diffèrent quelque peu, le journaliste social adoptant plus volontiers une posture en surplomb proche de celle de l'expert administratif ou de l'économiste (multipliant, en contrepoint des interviews menées auprès de médecins, d'experts et de hauts fonctionnaires, les références chiffrées, les extraits de rapports publics et d'ouvrages à vocation universitaire) tandis que le journaliste médical préfère donner la parole à des médecins connus pour qu'ils livrent leurs propres visions de la crise traversée par leur discipline, il est remarquable que cette littérature journalistique prend nettement ses distances à l'égard du monde médical qui devient alors un objet d'analyse, d'enquête ou d'« investigation ». Les journalistes spécialisés (ou non) tendent à s'ériger alors en porte-parole du « public », demandant des comptes aux membres de la profession médicale dont les pratiques et les traditions - parmi lesquelles leur « corporatisme », l'individualisme, le goût de la liberté et de l'indépendance, du secret, sinon de l'opacité - leur semblent désormais contradictoires avec, entre autres choses, les enjeux économiques de la médecine, l'évolution des exigences des patients en termes d'écoute, de qualité et de sécurité des soins, le progrès médical et les exigences de la santé publique. Ainsi, par exemple, Eric Favereau, journaliste pourtant réputé proche de l'élite médicale, s'interroge : « Pourquoi ? Pourquoi se sont-ils tus ? Pourquoi ont-ils laissé les malades sans autre alternative que celle de monter en première ligne ? Pourquoi le Conseil national de l'Ordre a-t-il préféré regarder ailleurs ? [...] Bref, le succès efface tout sur son passage. Dans ces conditions à quoi bon parler, à quoi bon s'expliquer ! Tellement convaincus de leur efficacité thérapeutique, certains ne voient pas l'utilité d'un quelconque dialogue. D'autres justifient ce silence par la peur du patient. Les yeux rivés sur l'exemple venu de l'autre côté de l'Atlantique, ils se disent que bientôt, le médecin sera contraint d'exercer en présence de son avocat. « Il y a de plus en plus de patients qui portent plainte lancent-ils. Le malade se prend pour un consommateur de soins. Il faut se défendre, serrer les coudes. » Et donc se taire, en se réfugiant derrière la lettre du serment d'Hippocrate. »<sup>2</sup> C'est au nom des malades ou du « public » que le journaliste réclame davantage de dialogue, de transparence, d'information. D'autres, souvent des journalistes économiques et/ou sociaux voire des généralistes (les « reporters »), adoptent une posture résolument plus critique, stigmatisant les intérêts étroitement « corporatistes » et économiques qui se cachent derrière les grands principes du serment d'Hippocrate et de la défense de la santé des patients. « L'or de la santé et l'argent de la médecine »<sup>3</sup>, « La santé en danger »<sup>4</sup>, « Santé volée »<sup>5</sup>, « La médecine scandale »<sup>6</sup>, « Neuf astuces de médecins pour filouter l'assurance maladie »<sup>7</sup>, « Comment les médecins creusent le trou », « Peut-on encore faire confiance à son médecin ? »<sup>8</sup>, « Médecins : l'enquête qui dérange »<sup>9</sup>, « Les chambres régionales des comptes accusent. Hôpitaux un gâchis de 20 milliards »<sup>10</sup>, « La vérité sur les médecins »<sup>11</sup>, « La vérité sur l'hôpital »<sup>12</sup>, « Les hôpitaux sont-ils dangereux ? »<sup>13</sup>, autant de titres d'ouvrages ou d'articles rédigés par

<sup>1</sup> Favereau (E.), *Le silence des médecins*, Paris, Calmann-Lévy, 1994. Voir aussi le livre de journalistes de la presse professionnelle médicale, Eveillard (A.), Karleskind (H.), *Les médecins*, Paris, Plon, 2002.

<sup>2</sup> Favereau (E.), *Le silence des médecins*, op. cit., p. 15.

<sup>3</sup> Guihéneuf (Y.), *L'or de la santé et l'argent de la médecine*, Rennes, Editions de l'ENSP, 1992. Le journaliste a été grand reporter à *Panorama du médecin*, collaborateur du *Nouvel Observateur* et du *Monde*, est aujourd'hui journaliste social en charge des questions de santé à l'Agence Reuters.

<sup>4</sup> Rollandin (P.), *La Santé en danger*, op. cit.

<sup>5</sup> Austruy (P.), Rollandin (P.), *Santé Volée. Une faille sur ordonnances*, Paris, Le Cherche midi éditeur, 1999.

<sup>6</sup> Coquidé (P.), *La médecine scandale*, Paris, Flammarion, 1993.

<sup>7</sup> Libération, 12 décembre 1996.

<sup>8</sup> *Marianne*, 12/18 janvier 1998. Bien qu'ils le fassent d'une façon distanciée, sinon critique, par souci de distinction par rapports aux autres journaux (« les pouvoirs publics et les médias s'acharnent sur une profession déjà fort mal en point »), les journalistes égrènent (et donc, en un sens, valident) dans ce dossier les différentes critiques adressées à la profession médicale : responsabilité dans les difficultés financières de l'assurance maladie, mauvaises pratiques et bavures, infections nosocomiales (« l'hôpital tue autant que les accidents de la route »), affaires de santé publique (sang contaminé, hormone de croissance), conflits d'intérêt (« S'enrichir ou soigner, il faut choisir »), etc.

<sup>9</sup> *L'Expansion*, n° 878, septembre 2003.

<sup>10</sup> Une du *Nouvel Observateur*, 20/26 novembre 1997. Ce dossier est intéressant puisqu'il a été réalisé par les deux des trois journalistes auteurs de la retentissante « Liste noire des hôpitaux », parue en octobre 1997 dans *Sciences et avenir*, mensuel qui appartient, à l'instar du *Nouvel Observateur*, au groupe Perdreel. Il s'agit donc ici d'instaurer une synergie entre un mensuel de vulgarisation scientifique et un *newsmagazine* de référence liés à un même groupe afin de rentabiliser une même information, dont les coûts de production ont été assez élevés. Cf. infra.

<sup>11</sup> *Le Point*, n° 1643, 11 mars 2004.

<sup>12</sup> *L'Expansion*, n° 684, mars 2004.

<sup>13</sup> Une et dossier du *Figaro magazine*, 24 janvier 2004.

des journalistes qui mettent en cause les valeurs professionnelles affichées et suggèrent la prégnance des « petits » intérêts économiques et arrangements politiques d'une « corporation » qui a longtemps bénéficié d'une sorte d'immunité et d'impunité jugées désormais excessives.

La plupart des informations présentées de façon sensationnaliste - pour des raisons qui tiennent essentiellement à la concurrence que se livrent les médias - comme le résultat d'enquêtes et d'investigations sont, en réalité, issues de sources expertes, administratives ou politiques, c'est-à-dire avant tout officielles, avec lesquelles les journalistes, en particulier économiques et sociaux, entretiennent des relations régulières pour des raisons professionnelles. Celles-ci peuvent prendre avec le temps une dimension plus « amicale ». Tel est le cas de ce journaliste social, passé par la presse professionnelle médicale et le *consulting*, et dont les deux ouvrages parus à dix ans d'intervalle sont respectivement consacrés à la politique hospitalière (1987) l'autre à la crise de l'assurance maladie (1999). Le premier devait être co-rédigé avec Jean de Kervasdoué, projet qui n'a pu aboutir pour des raisons politiques - J. de Kervasdoué, directeur des hôpitaux, ne pouvait signer un livre défendant la politique hospitalière des gouvernements de gauche alors que les élections de 1986 venaient de porter au pouvoir un gouvernement de droite<sup>1</sup> -, l'autre a été co-écrit avec le PDG d'un groupe spécialisé dans la gestion de maisons de retraites, comptant parmi les plus grosses fortunes de France et, par ailleurs, bailleur de fond de l'UDF. Interrogé sur la genèse de ces deux ouvrages, le journaliste explicite les ressorts de la rhétorique de l'expertise critique, qui permet au journaliste spécialisé de rompre avec la rhétorique de l'objectivité et la routine du rubricard :

*« Bon, au départ, c'était P. A., le co-auteur du livre, qui m'a appelé. Il est maintenant le patron d'une boîte qui fait dans les établissements sociaux, en charge des personnes âgées dépendantes. C'est quelqu'un que je connais depuis longtemps, il avait été actionnaire dans le journal que j'avais créé, donc nos relations professionnelles sont restées fortes pendant des années. Un beau jour il m'appelle, en 96-97, et il me dit : je voudrais qu'on reprenne ce qu'on a fait dans le premier projet, dix ans avant, et qui n'avait pu faire se faire pour des tas de raisons dont une raison c'est qu'on avait pas d'éditeur à l'époque. Alors je lui ai dit : c'est bien, on peut remettre ça, mais il faut trouver un éditeur. Et il en avait un et donc on a dit : allons-y. Alors pourquoi le faire parce que c'est un travail assez long ? J'ai estimé en 97 qu'après 15 ou 17 ans de journalisme dans le domaine de la santé, c'était peut-être le moment de faire un point et de dire tout ce que j'avais envie de dire sur le sujet, tout ce que j'avais sur le cœur, comme tout journaliste a toujours quelque chose à dire. Vous remarquerez que la plupart des essais dans le domaine politique ou économique sont toujours écrits par des journalistes. C'est toujours le moyen de prolonger ce qu'ils ont accumulé comme connaissances, comme relationnels dans un secteur donné. Donc je voulais faire le bilan, cette somme là au bout de 15 ans d'activité. Dire tout haut ce que je disais tout bas ou ce que je disais de manière épisodique parce que dans le journalisme, on écrit au jour le jour ou toutes les semaines, et il n'y a pas de suivi. »<sup>2</sup>*

La fréquentation des dossiers, la supervision quotidienne du secteur et la confrontation de points de vue concurrents donnent ainsi progressivement aux rubricards le sentiments d'être des experts. Et les journalistes, en accumulant données factuelles et chiffres, résultats d'études et déclarations d'experts, usant d'un style instrumental et documentaire, de dénoncer le conservatisme de l'univers qu'ils couvrent, de faire des responsables administratifs et politiques les objets de leurs critiques. La limite de ce genre journalistique qu'est l'expertise critique, souligne J.-G. Padioleau, est de se cantonner dans les limites symboliques de la problématique des sources officielles : « cette emprise du « centre » est d'autant plus prégnante que souvent les sources institutionnelles tout en étant rivales partagent des modes de pensée communs, usent des mêmes langages, ont des préoccupations et des intérêts communs imprégnant les journalistes qui les fréquentent régulièrement. On a pu aussi dire ou observer que les sources institutionnelles et les journalistes formaient un milieu culturel où les assertions tacites et les constructions du réel faisaient l'objet d'un large accord. »<sup>3</sup> En ce sens, le journalisme expert doit être clairement distingué du journalisme d'enquête : le journaliste mobilise ici des données existantes ainsi que son expérience de rubricard spécialisé pour établir une distance critique à l'encontre des principaux responsables du secteur ; il ne s'agit pas de produire de l'information inédite en enquêtant longuement sur le terrain. Il s'agit encore moins d'un journalisme de dénonciation sociale qui exigerait des responsables politiques une justification (comme dans le cas du *Watergate*). L'expertise critique est donc une rhétorique qui atteste de la compétence technique acquise par le journaliste spécialisé qui l'autorise ainsi à s'ériger en critique de l'action

<sup>1</sup> Ce dernier a néanmoins préfacé l'ouvrage.

<sup>2</sup> Entretien avec l'auteur, Paris, 2001.

<sup>3</sup> Padioleau (J-G), « systèmes d'interaction et rhétoriques journalistiques », art. cit., p. 273.

gouvernementale, en ne se limitant pas à une simple activité de retranscription factuelle. De fait, les deux ouvrages précités ne se distinguent guère, par leur contenu, de ce que l'on peut lire dans la littérature grise ou dans les essais et pamphlets de certains experts et hauts fonctionnaires du secteur, auxquels ils font d'ailleurs abondamment référence.

L'engagement des journalistes dans la défense de la cause des malades et des usagers tient donc à plusieurs facteurs. En premier lieu, ainsi que l'a montré Dominique Marchetti, la montée des logiques économiques dans le champ de la presse a entraîné une modification du rapport au et une place accrue du « public » et de ses attentes supposées dans la hiérarchisation et le traitement de l'information. L'essor du journalisme pratique ou de service, la multiplication des mesures d'audience et des enquêtes d'opinion, le recours croissant (économique et efficace) aux témoignages et au « vécu » des individus, souvent dans le registre du pathos, sont des manifestations très claires de ce phénomène. Le dispositif des émissions médicales a ainsi considérablement évolué depuis la fin des années 70 : alors que dans les années 60, les grands patrons hospitaliers recevaient les journalistes, déférents, au sein de leur service, lieu d'expression de leurs prouesses, dans les années 80 et 90, ce sont désormais les médecins qui se déplacent sur les plateaux de télévision où ils sont interrogés par les représentants du « public » au sujet de problèmes de santé quotidiens. Dans les reportages télévisés comme dans les enquêtes de journalistes, consacrés aux « erreurs » et « affaires » médicales, les journalistes tendent à user et abuser du registre dramatique en donnant la parole aux « victimes », livrant leur témoignage poignant face à des médecins et des responsables administratifs mis ainsi en accusation, pour leur arrogance ou leur indifférence face à la souffrance de ces dernières. La défense journalistique de la veuve et de l'orphelin, des faibles et des opprimés renvoie ici à la combinaison heureuse de deux dimensions, celle de l'indignation morale et celle des contraintes économiques d'audience et de production d'une information à faible coût<sup>1</sup>. Cet engagement tient aussi aux croyances et mythes professionnels des journalistes ainsi que, bien sûr, à leurs propriétés sociales, étant issus pour la plupart des classes moyennes scolarisées. Comme l'a montré Jacques Le Bohec<sup>2</sup>, le groupe professionnel des journalistes « tient », en dépit de l'extrême hétérogénéité des statuts et des pratiques de ses membres, par son adhésion à des mythes qui, s'ils ne connaissent qu'une effectuation limitée dans les pratiques ordinaires, n'en structurent pas moins les représentations que les journalistes ont d'eux-mêmes et l'image valorisante qu'ils cherchent à imposer à leurs interlocuteurs. L'« objectivité », le rôle « démocratique » du journalisme<sup>3</sup>, les médias comme vecteurs de « transparence », les promesses de la « société de la communication » et « de l'information » sont autant de mythes qui trouvent à s'actualiser dans les patrons narratifs et les régles d'écriture des journalistes.

Il serait, par conséquent, réducteur, sinon erroné, de voir dans la multiplication des palmarès une « lubie » de journalistes cherchant à vendre du papier avec des pseudo-scoops. En fait, cette inflation s'explique par des séries causales en partie indépendantes. Les palmarès hospitaliers n'auraient été ni concevables ni techniquement possibles si leurs artisans journalistes n'avaient pas été médecins (généralistes) reconvertis dans le journalisme (ils connaissent « l'envers » de la façade de la profession médicale), si, comme journalistes dans la presse professionnelle médicale, ils n'avaient pas été habitués à côtoyer des « sources » enclines à fustiger les variations en coût et en qualité des pratiques médicales, s'il n'existait pas de bases de données médicalisées (sous forme d'évaluation *in situ* ou de données chiffrées comme celles du PMSI) mises en place par les payeurs publics pour contrôler le coût des soins dispensés dans les hôpitaux français. La « transparence » est, en effet, d'abord un mot d'ordre d'Etat avant d'être un leitmotiv de journalistes. Les pouvoirs publics, des segments dominés de la profession médicale et certains journalistes vont alors promouvoir ces nouveaux problèmes publics, anticipant une « demande » largement latente et implicite des « usagers » du système de santé. Plus généralement, la banalisation de la forme palmarès est révélatrice du fait crucial que « l'Etat régulateur » s'en remet désormais davantage à des formes d'action « à distance » (on dirait « par la bande »), polycentriques, incitatives, qui font toute leur place aux logiques d'acteurs non étatiques comme les médias ou encore les associations (professionnelles

---

<sup>1</sup> Sur tous ces aspects, cf. Marchetti (D.), *Contribution à une sociologie des transformations du champ journalistique dans les années 1980 et 1990*, *op. cit.*, p. 425 et suivantes.

<sup>2</sup> Le Bohec (J.), *Les mythes professionnels des journalistes*, *op. cit.*

<sup>3</sup> Ce mythe, riche du jeu sur les ambiguïtés de la notion de démocratie, renvoie en réalité à plusieurs configurations des relations entre journalistes, citoyens et hommes politiques. Le Bohec (J.), *Les rapports presse-politique. Mise au point d'une typologie idéale*, Paris, L'Harmattan, 1997, chapitre 10.

ou autres), par ailleurs de plus en plus divisés et concurrentiels. L'ouverture de la boîte noire de la fabrication des palmarès, puis l'étude de leurs réceptions, valident cette hypothèse générale.

### La concrétisation d'une idée dans l'« air du temps »<sup>1</sup>

La facilité avec laquelle les palmarès hospitaliers et leurs producteurs circulent entre différents sous-espaces du journalisme – presse professionnelle, presse consumériste, presse de vulgarisation scientifique, *newsmagazines* – questionne tant elle semble infirmer les résultats de récents travaux en sociologie du journalisme mettant en évidence un relatif éclatement des familles journalistiques. Les raisons de ce destin étonnant des palmarès, passés en un peu plus de cinq années des colonnes assez confidentielles de la presse consumériste aux Unes des plus importants *newsmagazines*, tiennent en grande partie à leur extraordinaire succès commercial et, à cet égard, illustrent les effets homogénéisants du renforcement des contraintes économiques sur l'ensemble du champ de production de l'information<sup>2</sup>. Les organes de presse sont d'abord des entreprises commerciales qui ne peuvent rester insensibles, dans un contexte de stagnation des recettes publicitaires et de recherche active de nouveaux sujets susceptibles de « ratisser large » (*i.e.*, non étroitement politiques), à un tel filon. Ce succès doit beaucoup au fait que les palmarès s'apparentent à des « objets-frontières » (*boundary objects*) qui sont susceptibles d'appropriations multiples, en l'occurrence tant de la part des professionnels de l'information que de celle des lecteurs : ils jouent simultanément sur le « scandale » et la *soft news*, soit sur les registres de deux genres journalistiques qui tendent à se généraliser à l'ensemble du champ, particulièrement dans le secteur de la presse magazine : le journalisme d'investigation d'une part, le journalisme d'information-service, typique du « journalisme de marché » (*Market-driven journalism*), d'autre part. Ce dernier cherche à anticiper et satisfaire une demande d'informations pratiques, en rapport avec les préoccupations concrètes et quotidiennes des publics<sup>3</sup>. Toutefois, dans les représentations des journalistes, ces informations de service, loin de se cantonner à l'« accessoire » ou encore au « frivole », sont aussi et surtout des informations de *service public* dans la mesure où, centrées bien souvent sur les administrations publiques ou para-publiques, elles ont pour finalité de dénoncer les « dysfonctionnements » des services collectifs et la menace que ces derniers feraient peser sur l'« égalité républicaine ». Par ailleurs, on peut discuter l'appartenance des palmarès à un troisième genre journalistique, mis en évidence par Hervé Brusini et Francis James notamment, le « journalisme d'enquête » (*precision journalism*), dont l'originalité est de reposer sur l'exploitation rigoureuse de grandes masses de données (notamment statistiques), de se fixer sur des dossiers plus que sur des événements et de coopérer avec les chercheurs<sup>4</sup>. Le tout appliqué à une valeur médiatique sûre : la santé<sup>5</sup>.

« La santé, c'est comme le reste »

La première enquête sur les hôpitaux prenant la forme d'un classement, soit celle des urgences « à éviter », est publiée en 1992 dans le mensuel *50 Millions de Consommateurs*, principal organe de presse consumériste française avec le mensuel *Que Choisir ?* La presse consumériste est coutumière de ce type d'investigation. Créée dans les années soixante-dix par d'anciens militants soixante-huitards reconvertis dans le journalisme, la presse consumériste oscille entre deux logiques, contestataire et utilitaire. Alors que la seconde ambitionne de donner au « consommateur » les moyens de choisir rationnellement dans les actes de la vie quotidienne, la première prédispose les journalistes à investiguer pour « sortir » des affaires qui sont « autant d'occasions de porter à la connaissance du public des faits gardés secrets par des professionnels avec l'accord des pouvoirs publics présumés laxistes ou complaisants. »<sup>6</sup> Fonction pédagogique et fonction critique sont donc indissociables dans les représentations et les pratiques de ce sous-espace du journalisme : « Les revues consuméristes entendent à la fois révéler les propriétés cachées

<sup>1</sup> L'expression renvoie bien sûr à l'esprit gestionnaire (et, plus particulièrement, à sa volonté de quantifier) tel qu'il a été analysé par A. Ogien, *L'Esprit gestionnaire. Une sociologie de l'air du temps*, *op. cit.*

<sup>2</sup> Voir Marchetti (D.), « Les sous-champs spécialisés du journalisme », *art.cit.*

<sup>3</sup> Pour un bilan des travaux américains sur le « journalisme de marché », cf. Neveu (E.), *Sociologie du journalisme*, Paris, La Découverte, 2001, pp. 93-96.

<sup>4</sup> Neveu (E.), *Sociologie du journalisme*, *op. cit.*

<sup>5</sup> Marchetti (D.), *Contribution à une sociologie des transformations du champ journalistique dans les années quatre-vingt et quatre-vingt dix*, *op. cit.*

<sup>6</sup> Pinto (L.), « Le consommateur : agent économique et acteur politique », *art. cité.*

des biens de consommation et dénoncer l'injustice du marché. (...) Les journalistes restitueront les essais comparatifs dans le cadre critique du discours consumériste et, à l'occasion, ils réaliseront des enquêtes de terrain qui s'apparentent à un journalisme d'investigation appliqué au marché. »<sup>1</sup> Si dans le domaine de la santé, des affaires sortent dès les années 70, comme celle du talc Morhange, c'est seulement dans les années quatre vingt-dix que le consumérisme de santé prend son essor, comme l'explique l'un des principaux artisans des palmarès hospitaliers, le rédacteur en chef de *50 Millions de Consommateurs* au moment de la publication de l'enquête de 1992 :

*« Il y a eu plusieurs étapes dans le consumérisme. Il y a d'abord eu le consumérisme de produit, puis le consumérisme de service. Le consumérisme de santé s'est développé dans la période charnière des années 90. C'est venu par l'économie, du fait des dérapages des budgets de la Sécu. En fait il y a eu deux signes forts : la création de Que Choisir Santé, soutenu par le gouvernement, pour être un bras armé gouvernemental. (...) Et puis il y avait le Trou de la Sécu. Et là on s'est dit : la santé, c'est comme le reste (...) Au début des années 90, ce consumérisme anticipait sur une demande latente, non formulée. »<sup>2</sup>*

La trajectoire de ce journaliste est d'ailleurs emblématique du militant reconverti dans le sous-champ de la presse consumériste, où son humeur anti-institutionnelle trouve un nouveau terrain d'expression dans le monde du quotidien et de la vie pratique :

Après un baccalauréat de sciences expérimentales obtenu en 1971, voulant devenir chirurgien, il s'inscrit en faculté de médecine. Mais alors que le *numerus clausus* est instauré (1972), il échoue et interrompt ses études. Il entreprend des études de pharmacie, et réussit les trois premières années. Cependant, ne souhaitant pas devenir « vendeur de pilules », il rentre à *Paris-Match* et devient assistant du rédacteur en chef. Il y apprend le métier de journaliste tout en faisant les Beaux-Arts. Après un bref passage par le monde politique, il entre « par hasard et par la petite porte » à l'Institut national de la consommation en 1981 où il commence par s'occuper d'une lettre confidentielle, *Consommation actualités*, rebaptisée *INC Hebdo* plus tard. Il en devient le rédacteur en chef et la transforme, selon ses dires, en « objet politique » sur le modèle de *La lettre de l'Expansion*. Il est nommé rédacteur en chef de *50 millions de consommateurs* en 1986. Son ambition, alors que ce mensuel consumériste souffre, à son arrivée, d'une « image épouvantable d'outil de propagande gouvernementale », est d'en faire « un véritable contre-pouvoir, ce qui est par essence la fonction consumériste. » Dans les années 90, sous son impulsion, *50 millions de consommateurs* réalise chaque mois une enquête « lourde » et supplante en terme de diffusion son concurrent *Que choisir?* Simultanément, le mensuel investit le « consumérisme de santé », répondant en cela à la création de *Que choisir santé*. C'est en 1992 que *50 millions de consommateurs* publie le premier palmarès français dans le domaine hospitalier : le palmarès des urgences, réalisé par un journaliste pigiste. Devenu responsable de tous les médias INC, il quitte ce dernier en 1994, en désaccord avec ses financeurs publics sur la ligne éditoriale du mensuel. Il est alors contacté par le patron du groupe *Sciences et avenir*, *Le Nouvel Observateur*, *Challenge*, auquel il soumet notamment son projet de classement des hôpitaux. Il entre à *Sciences et avenir*, dont il renouvelle la rédaction, faisant venir notamment un autre journaliste de *50 millions de consommateurs* pour s'occuper du « dossier amiante ». Soucieux de valoriser les enquêtes et les *scoops* de son journal, il établit un partenariat avec l'émission télévisée *Envoyé spécial*, pour qui *Sciences et avenir* réalisera au total sept reportages, dont un particulièrement remarqué sur l'amiante en 1995.

Le rédacteur en chef de *50 millions de consommateurs*, dont le mode d'entrée et la trajectoire dans la profession journalistique le situent clairement dans les régions dominées du champ, conçoit, ce n'est pas un hasard, son métier comme politique et engagé, mais pas au sens militant du terme :

*« Il y a une logique politique qui sous-tend tout ça. Est-ce que je suis un militant ? Je refuse le terme de militant. Parce que je ne me goure pas de casquette. Un journaliste ne peut pas être militant [...]. J'ai écrit un papier sur la notion de journaliste neutre. J'y expliquais qu'être un journaliste neutre, c'est déjà être un journaliste engagé. Même quand on parle des petits singes qui disparaissent à l'autre bout de la planète, c'est déjà une action politique. C'est ce qui fait, je crois, la dimension de notre métier. »*

En outre, son goût précoce pour la médecine – il se définit comme « un chirurgien loupé qui a toujours été intéressé par la médecine » -, alors que s'étalent en Unes les rebondissements de l'affaire du

---

<sup>1</sup> Mallard (A), « La presse consumériste et le marché. Enquête sur le tiers consumériste », *Sociologie du travail*, 42(2), 2000, p. 399.

<sup>2</sup> Sauf mention contraire, tous les extraits d'entretiens cités dans le présent article sont issus du travail de terrain effectué par l'auteur.

« sang contaminé » et le « Trou de la Sécu »<sup>1</sup>, explique son grand intérêt pour le projet d'enquête sur les urgences hospitalières que lui soumet, au début des années 90, un journaliste pigiste, Gérard Briche. Ce dernier vient de quitter le magazine de santé « alternatif » *L'Impatient, mensuel de défense et d'information des consommateurs de soins médicaux*, qu'il avait contribué à fonder en 1977 dans le but de « dénoncer les abus et les scandales dont les malades font les frais et sur lesquels la presse garde le plus souvent un silence pudique »<sup>2</sup>, selon les termes mêmes de son rédacteur en chef. Il s'agit alors de donner aux usagers les moyens informationnels de battre en brèche le « pouvoir médical ». Significativement, le passage consacré à l'émergence de la figure de l'auto-soignant et aux associations de malades de l'ouvrage désormais classique de C. Herzlich et J. Pierret<sup>3</sup> s'appuie en grande partie sur le récit<sup>4</sup> que ce journaliste fait de sa propre trajectoire de malade chronique qui, progressivement, l'a amenée à rompre avec la relation de délégation absolue caractéristique du « malade aliéné » pour d'abord s'ériger en partenaire à part entière des médecins qui l'ont soigné puis à devenir un véritable militant de la cause des malades. L'expérience prolongée de la maladie et la connaissance des réactions de son corps ainsi que la maîtrise croissante des dispositifs techniques donnent au malade chronique les moyens et la légitimité pour s'imposer face au « pouvoir médical »<sup>5</sup>. Il dépeint dans son livre un tableau critique de l'organisation hospitalière, au sein de laquelle le malade n'existe pas en tant que personne mais en tant que « cas » et milite, avec une tonalité très politique, en faveur d'une gestion plus autonome de la maladie par le patient et d'un partage accru de l'information entre malades et professionnels du soins. Il y prophétise, au final, l'émergence d'un vaste mouvement social de malades chroniques, qui enrôlerait progressivement tous les consommateurs potentiels du système de soins, et dont l'objectif serait de mettre en échec le corporatisme médical : « [Les groupes de malades], s'ils font la preuve de leur viabilité, [devraient] devenir rapidement des syndicats de consommateurs. Après avoir servi de lien entre malades de même affection, de lieu d'échange avec d'autres groupements, ils élargiraient leur audience, regroupant des non-malades convaincus du rôle socio-politique de la santé, des médecins acquis à leurs idées. Ils deviendraient une force capable de se mesurer à la force corporatiste. »<sup>6</sup> Ainsi, Gérard Briche annonce, dès 1979, le rapprochement des associations de malades et des associations de consommateurs et d'usagers que concrétisera la création du CISS en 1996 en conférant à la santé individuelle une dimension idéologique, sinon politique, ce qui ne manque pas d'ailleurs de laisser perplexes les sociologues C. Herzlich et J. Pierret : car outre que ce type de mouvements sociaux ne concernent que les membres des classes moyennes et supérieures, « tout « privé », s'interrogent-elles, n'est-il pas néanmoins socialisé ? On peut d'ailleurs s'étonner du renversement qui, en une quinzaine d'années s'est opéré au moins au niveau du langage : en 1968, on affirmait volontiers l'inexistence du « privé », tout étant politique. Au début des années 1980, on surinvestit dans un « privé » auquel on confère a priori, dans un discours incantatoire, une valeur politique. »<sup>7</sup> En ce sens, les palmarès hospitaliers sont symptomatiques de l'accélération du processus séculaire de bio-individuation<sup>8</sup> et de sanitarisaiton du social<sup>9</sup>. La disqualification des classes populaires et, plus largement, des collectifs et des grands récits politiques, moraux, religieux ont pour

<sup>1</sup> « Je voyais bien que tous les indicateurs étaient au rouge et que ça déconnaît un max. »

<sup>2</sup> Clermont (P.), *L'Impatient*, éditorial, 1, 1977, cité par Herzlich (C.), Pierret (J.), *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, op. cit., p. 278. Si, à l'origine, le projet éditorial de *L'Impatient*, est de contester le pouvoir médical et de dénoncer l'« OPA médical sur les corps », celui-ci va peu à peu évoluer vers un journal de promotion des médecines dites alternatives, particulièrement prisées des classes moyennes supérieures qui sont aussi, paradoxalement, les plus médicalisées. Ce mensuel a été co-fondé par le Dr Henri Pradal qui avait déjà, en 1974, fait scandale en publiant un *Dictionnaire des médicaments les plus courants*, qui lui vaudra quatorze procès de la part de l'Ordre des médecins (tous perdus par ce dernier). Cf. Lenoir (R.), Tsikounas (M.) (Dir.), *Sois patient et tais-toi. Le pouvoir médical, Panoramiques*, Paris, Arléa-Corlet, 1994, p. 165

<sup>3</sup> Herzlich (C.), Pierret (J.), *Malades d'hier, Malades d'aujourd'hui*, op. cit., p. 266 et s.

<sup>4</sup> Briche (G.), *Furiculum Vitae : chronique hospitalière d'un lupus*, Paris, Imprimerie Soucher, 1979.

<sup>5</sup> « Voilà un an que le lis et que je me documente. J'en sais maintenant suffisamment pour pouvoir porter un jugement sur ma conduite passée et celle des médecins. [...] Le seul, écrit-il, qui est dans la place est le malade. Il n'a aucune arme, il est quasi-infirmes, mais sa force est d'être entre les murs. » Briche (G.), *Furiculum Vitae : chronique hospitalière d'un lupus*, op. cit., p. 282 et p. 267.

<sup>6</sup> Briche (G.), *Furiculum Vitae : chronique hospitalière d'un lupus*, op. cit., p. 342.

<sup>7</sup> Herzlich (C.), Pierret (J.), *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, op. cit., p. 282.

<sup>8</sup> Memmi (D.), *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la vie et de la mort*, Paris, La Découverte, 2002.

<sup>9</sup> Fassin (D.) (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique*, op. cit.

corollaire le réinvestissement du corps mais sur un mode individuel et singulier, dont le consumérisme en santé n'est que l'une des manifestations<sup>1</sup>.

La collaboration de ces deux journalistes repose donc fondamentalement sur une convergence de perspectives : pour les deux, les sujets de santé présentent certes une dimension individuelle et « vie quotidienne », exigeant une information pratique pour la « gérer » au mieux, mais aussi, et surtout, une dimension *politique* sur laquelle insiste vigoureusement le rédacteur en chef de *50 millions de consommateurs* à l'époque : « *J'ai une approche républicaine de l'enquête : est-ce qu'il y a égalité des chances et des droits ? Devant l'hôpital, c'est sûr que non.* » De telles motivations politiques s'accordent parfaitement avec les impératifs économiques et financiers qui s'imposent à tout rédacteur en chef, tant est anticipé le caractère potentiellement vendeur de ce type d'enquête. Cependant, les considérations d'ordre économique sont présentées par lui comme secondaires dans la réalisation de cette enquête sur les urgences. Ainsi, interrogé sur l'accusation de recherche effrénée du *scoop* et de la vente à tout prix lancée par les détracteurs des palmarès, il laisse transparaître un agacement certain :

*« Ça c'est le genre de débats qui me gonfle. Oui, mon boulot c'est d'être journaliste. En tant que responsable de rédaction c'est d'assurer des ventes et des rentrées financières. Oui, pendant toute la période 50 millions de consommateurs, j'ai bossé pour que ce canard arrive à l'autofinancement grâce à ses abonnés et ses ventes au numéro. L'autofinancement ça veut dire la liberté [...]. Mais mon objectif c'était de fonder un véritable contre-pouvoir consumériste en France, un interlocuteur de qualité. Est-ce que j'ai fait ça pour du pognon ? Non. J'ai fait ça pour faire sauter un système. »*

La réalisation mensuelle d'« enquêtes » et d'« investigations » n'en demeure pas moins la ligne directrice de sa politique éditoriale – l'augmentation des ventes est un impératif catégorique qui est revenu à plusieurs reprises au cours l'entretien - même si, bien souvent, cela doit conduire à forcer le trait ou à présenter de façon sensationnaliste des informations qui sont du domaine public. Le choix des deux journalistes se portent alors sur les urgences non seulement parce qu'un rapport officiel relativement récent (1988), rédigé par le Pr Adolphe Steg et dénonçant les carences graves de certains services d'urgence confrontés à une pénurie de moyens matériels et humains. Ce rapport leur donnait la légitimité et le « grain à moudre » pour entreprendre une telle « enquête » mais aussi et surtout parce que, au même moment, les urgentistes et les anesthésistes-réanimateurs sont en grève et que leurs porte-parole syndicaux sont au besoin disposés à collaborer avec des journalistes pour faire avancer leurs revendications. Ces segments professionnels sont, en effet, dominés dans le champ médical : la « spécialité » d'urgentiste est dévalorisée au sein de l'organisation hospitalière (elle ne traite pas des « beaux cas » mais le « tout venant », et, notamment, se doit de traiter la détresse sociale et de la « bobologie » ; elle est une pratique généraliste alors que ce sont les spécialités les plus pointues et les plus techniques qui sont les plus prestigieuses)<sup>2</sup> tandis que les anesthésistes-réanimateurs, ces « super-spécialistes de l'urgence médicale », précise le dossier, sont confrontés à des « effectifs [qui] rétrécissent comme peu de chagrin, et qui sont à la limite du surmenage, lui-même générateur de fantes. »<sup>3</sup> Si aux yeux du rédacteur en chef « les urgentistes sont des gens différents, au contact de la réalité la plus crue et pas crispés sur la « hiérarchie » », cette appréciation positive tient d'abord au fait que leur

---

<sup>1</sup> Vigarello (G.), *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen-Âge*, Paris, Seuil, 1999, p. 278 et s. Pour l'historien, la fin du XXème siècle, voit se consacrer un nouveau rapport au mal qui valorise l'individu rationnel, informé et responsable, maître de ses pulsions, cherchant à préserver ou accroître son « capital santé », à développer son « mieux-être », à favoriser la « réalisation de soi » par un autocontrôle et une auto-surveillance permanents de son corps. Cette transformation fondamentale des représentations, qui va de pair avec l'expansion des classes moyennes et l'exposition croissante à l'école, a permis l'essor de la presse de vulgarisation et de service en matière de santé et de médecine et, plus largement, du marché de la santé.

<sup>2</sup> L'enquête paraît avec de longs extraits d'une interview du Pr Adolphe Steg, présenté comme « le pape des urgences », qui profite de cette publication pour dénoncer la faiblesse des moyens humains et matériels de certains services d'urgence qui ne peuvent donc satisfaire les standards de qualité et de sécurité exigés par la circulaire du ministère de la santé de 1991. Les urgences, « parent pauvre de la médecine hospitalière », c'est aussi le *leitmotiv* du médecin Patrick Pelloux, qui revient longuement dans son ouvrage sur le mépris de l'élite hospitalière et les difficultés matérielles auxquels doit faire face sa spécialité : « Les questions sociales ne préoccupent guère les grands médecins hospitaliers. L'engagement syndical leur semble même peu honorable. Dans son ensemble, le corps médical a secrété une véritable armée de notables qui se moquent bien des contingences sanitaires fondant la démocratie sociale. [...] L'urgence est donc la dernière roue du carrosse médical. » Pelloux (P.), *Urgentiste*, Paris, Fayard, 2004, p. 181 et suivantes.

<sup>3</sup> *50 millions de consommateurs*, n° 256, décembre 1992.

porte-parole sont enclins à entrer dans un « deal », pour employer ses propres termes, avec la presse. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si beaucoup de médecins très critiques dans le débat public (donc médiatique) sur l'organisation sanitaire sont issus de ces deux spécialités médicales<sup>1</sup>. Aussi, on le voit, pour qu'une telle enquête journalistique puisse être menée à bien dans un univers traditionnellement fermé, il est nécessaire que des agents de l'univers classé, en l'occurrence, des médecins, participent de façons diverses<sup>2</sup>, pour la défense d'intérêts spécifiques, à sa production. La transaction entre les journalistes et leurs sources médicales est permise et facilitée par fait que les deux catégories d'agents occupent une position homologue, dominée, dans leurs univers respectifs. Le premier palmarès des hôpitaux, en fait une liste des « urgences à éviter », est ainsi le produit de la rencontre entre un journal consumériste, au bas de la hiérarchie journalistique, et de représentants de spécialités médicales peu valorisées ou, en, tous les cas, qui se vivent comme telles. L'occupation d'une position basse, et, donc, la faible légitimité de ses producteurs expliquent partiellement la « violence du choc en retour » que va provoquer sa publication, ce dont a parfaitement conscience à l'époque le rédacteur en chef : un « canard consumériste » et un journaliste pigiste, non médecin, ayant longtemps travaillé pour un journal confidentiel « s'attaquent alors à la forteresse médicale ».

De plus, la méthodologie se révèle être des plus frustrées, même si, au cours de l'entretien, le rédacteur en chef a sans cesse mis en avant sa dimension qualitative pour se démarquer, en 2001, du « trio classeur » avec lequel il est entré depuis en conflit et qui va mobiliser quelques années plus tard les données statistiques tirées du PMSI. En effet, faute d'éléments « objectifs » de mesure de la qualité et de la « compétence » des médecins, Gérard Briche, qui travaille seul sur l'enquête, part du principe (assez largement admis) selon lequel doit être réuni un certain nombre de moyens matériels et humains pour qu'une qualité et une sécurité minimales de la prise en charge soient assurées. Ces critères ne sont d'ailleurs pas le fait des journalistes puis qu'ils ont été définis dans une circulaire récente du ministère de la santé<sup>3</sup>. Il ne s'agit donc pas, comme prétendent le faire, de façon bien plus ambitieuse, les palmarès ultérieurs, de classer les urgences en fonction d'indicateurs de résultats mais seulement en fonction de considérations de logistique et de moyens, lesquels doivent répondre à certains standards de façon à garantir la sécurité des soins dispensés. Le journaliste Gérard Briche va se contenter, en plus des contacts qu'ils nouent avec les responsables des syndicats des anesthésistes réanimateurs (SNPHAR) et des urgentistes (SNAMU) ainsi que de quelques données officielles (les statistiques SAE), d'une enquête par téléphone, interrogeant les 500 points d'urgence à partir de la grille d'évaluation qu'il a élaborée, tentant de « profiter au maximum de l'effet de surprise » provoqué chez ses interlocuteurs. Alors que le numéro est déjà sous presse, les journalistes se rendent compte cependant que les données recueillies pour les hôpitaux parisiens sont vieilles de cinq ans et que, dès lors, la probabilité de se voir intenter des procès sont non négligeables : « On s'est demandé : « est-ce qu'on le sort ou pas ? » Et finalement on l'a sorti quand même. C'était trop tard. » En effet, les télévisions, en particulier TF1 et Antenne 2, ont eu la primeur de l'enquête » la veille de sa parution en kiosque de façon à en maximiser la publicité. La recherche de la reprise, notamment par les télévisions, est, selon le rédacteur en chef, les yeux toujours rivés sur les ventes, impérative pour des journaux relativement « confidentiels » et, surtout, dominés dans le champ médiatique :

*« On fait des scoops, on fait des enquêtes, super [...] Mais si on ne trouve pas des relais médiatiques, qui le sait à part nos lecteurs ? Ou alors vous allez voir une télé qui va vous pomper l'intégralité du truc, et qui va alors vous renvoyer dans le « merdeux » et vous n'existez pas. Y'en a marre de ce système qui est complètement pervers, alors on fait nous-mêmes. [...] Prenons les dossiers, traitons les comme pourrait les traiter un reportage télé et coupons le en tranche. »*

De fait, l'enquête sur les urgences, qui paraît, en décembre 1992, à la Une du mensuel sous le titre alarmiste « Urgences ; sauvez votre peau ! La liste des urgences à éviter », ne peut que rencontrer un

<sup>1</sup> L'exemple le plus récent étant, justement, l'urgentiste Patrick Pelloux qui, à la faveur de la canicule de 2003, est devenu une figure médiatique incontournable, systématiquement sollicité pour parler de la « crise » des urgences et de l'hôpital et, plus généralement, de celle du système de santé français. Un autre exemple est l'anesthésiste réanimateur Stanislas Johanet, porte parole du syndicat national de cette spécialité médicale et inlassable pourfendeur, dans la presse, la « bureaucratie » et des « mandarins » de l'hôpital public.

<sup>2</sup> Les représentants de ces syndicats ont suggéré certains des critères d'évaluation au journaliste.

<sup>3</sup> Cette circulaire portant « Guide de référence des services d'urgence nouveaux », en date du 14 mai 1991, exige des services d'urgence une « présence médicale constante et qualifiée, un équipement technique « minimum », une prise en charge globale des malades, une humanisation des conditions d'accueil. »

retentissement important, même si le décalage est manifeste entre la présentation accrocheuse qui en faite d'une part, la fiabilité et l'originalité des informations qu'elle contient d'autre part<sup>1</sup>. Car selon cette enquête, « Trois cent mille malades urgents ou accidentés ont en effet une chance sur trois d'être soignés de travers. Plus de deux cent services d'urgence d'hôpitaux publics, plus ou moins « dangereux » (sic), devraient être purement et simplement fermés. Et si, un jour, le hasard vous y amène, vous risquez bel et bien d'en ressortir avec des séquelles définitives, voire carrément les pieds devant Pas de chance ! Car, pas très loin, un autre centre aurait pu sûrement être en mesure de vous sauver. »<sup>2</sup> Et le mensuel de publier une série de cartes régionales désignant nommément ces services à risque ainsi que les urgences « conseillées »... Le numéro rencontre un succès commercial d'abord puisque la première édition du numéro – tirée à 200 000 exemplaires – est épuisée en vingt-quatre heures, ce qui conduit à sortir une deuxième édition deux jours plus tard. Les retombées médiatiques sont, elles aussi, remarquables (article dans *Le Monde*<sup>3</sup>, trois ouvertures de journal télévisé dans la semaine qui suit la parution), tout comme d'ailleurs les réactions du monde hospitalier, qui ont été, selon l'un des journalistes, « d'une violence extrême » : 72 procès de la part des directions de petits hôpitaux (dont 69 gagnés par la revue), 50 pages de droit de réponse dans les numéros suivants de *50 Millions de consommateurs*, question posée au ministre de la Santé, Bernard Kouchner, lors de la séance parlementaire publique le lendemain de la parution. Toutefois, les nombreuses et violentes réactions médicales et politiques fragilisent la position du rédacteur en chef d'un mensuel qui est l'émanation d'un organisme proche de l'Etat, d'autant plus que certaines des cautions symboliques des journalistes, comme le Pr A. Steg, « se désolidarisent » de la publication. Les ventes et la polémique générées par cette publication éveillent toutefois l'attention et aiguissent l'appétit d'autres journalistes, parmi lesquels deux des futurs concepteurs des palmarès hospitaliers, travaillant alors pour un journal de la presse professionnelle médicale, qui voient ainsi confortées leurs certitudes sur la valeur journalistique de ce type de sujet :

*« L'histoire du palmarès des hôpitaux pour moi elle est très simple. Comme tous les matins, à Impact Médecin en lisant Le Quotidien du médecin, je lis un encadré sur un grand hebdomadaire américain, US News and World Report qui pour la première fois aux Etats-Unis et dans le monde, dresse un palmarès des meilleurs hôpitaux américains. [...] J'ai trouvé ça formidable et je me suis dit si un jour j'arrivais à faire ça, je serai très content. C'était en 1990. Pour moi ce projet est né à ce moment là et pendant des années il a été irréalisable pour des raisons toutes simples c'est qu'ils n'avaient pas les moyens à Impact Médecin de consacrer suffisamment de temps et d'hommes pour réaliser un tel projet. En France on fait un peu comme les Américains. On n'a pas inventé la poudre depuis cent ans, quoi. Il faut les chercher les grandes inventions. Le palmarès des hôpitaux il a été fait à l'américaine, aux Etats-Unis et en France. Moi ça me choque pas de dire que c'est une importation américaine. L'histoire c'est que ce sont les américains qui l'ont fait. Alors après on peut faire semblant de pas l'avoir vu, mais enfin. Moi je connais cinquante personnes qui l'ont vu et se sont dit, tiens ça serait bien de le faire. Moi, j'étais ni plus ni moins qu'un des cinquante. Dans le domaine je ne voyais pas de sujet plus scoopique. [...] Le palmarès des urgences de 92 ne m'avait pas échappé à Impact médecin et j'avais trouvé que c'était... On avait l'AFP, on avait vu les dépêches AFP, on s'était précipité sur 50 millions de consommateurs, au départ enchanté, moi, je trouvais très bien que ça soit fait, quoi et le lendemain voyant qu'il y avait des problèmes dans cette parution, que c'était mal barré quoi, j'ai pas marqué plus d'importance que ça. Voilà j'avais réagi en deux temps. Ca va vite quand tu travailles dans les journaux, une information chasse l'autre donc. »<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Lors de l'entretien, il s'étonne rétrospectivement de l'audace du vocabulaire employé et de la présentation sensationnaliste : « en relisant ça, on se demande comment on a pu écrire ça. Aujourd'hui on écrit beaucoup plus soft. [...] Aujourd'hui quand vous regardez qui fait de l'investigation, c'est un peu à pleurer. Il n'y a pas ou plus d'enquête dans 60 millions de consommateurs en matière de santé publique. » Une fois encore, il faut souligner la connotation éminemment flatteuse du terme « investigation » quand il est appliqué à des productions journalistiques réalisées en peu de temps à partir de quelques sources, la plupart du temps officielles.

<sup>2</sup> *50 millions de consommateurs*, n° 256, décembre 1992, p. 15.

<sup>3</sup> *Le Monde*, 18 novembre 1992.

<sup>4</sup> Un autre journaliste du trio, auteur d'une enquête retentissante sur l'affaire de l'amiante, confirme : « Moi le premier truc scoopique que j'ai vu sur les hôpitaux c'est l'enquête de 92, le palmarès des urgences, c'était une merde nulle, ni fait, ni à faire. C'est là ou j'ai pris conscience que les hôpitaux, il y avait un réservoir quand même et que c'était une boîte noire, il fallait vraiment... Il y a des sujets qui sont à côté de vous mais vous ne les voyez pas. L'amiante c'est vraiment typique et puis un jour vous tombez dessus et c'est monstrueux. »

En lui-même, le fait qu'à son arrivée à la tête de la rédaction du mensuel de vulgarisation scientifique *Sciences et avenir*, l'ancien rédacteur en chef de 50 millions de consommateurs fasse du projet de classement des hôpitaux l'un des axes forts de la nouvelle politique éditoriale, en plein accord avec le propriétaire de l'entreprise de presse, atteste de la contribution importante du magazine à la dynamique actuelle de normalisation/banalisation sous l'effet d'une concurrence et d'impératifs de rentabilité accrus de l'information scientifique, laquelle tend dès lors à devenir une « information comme les autres », avec ses enquêtes, ses affaires, ses révélations, ses scoops. En d'autres termes, les palmarès hospitaliers révèlent la relative démedicalisation de l'information médicale que porte le développement d'un journalisme scientifique critique lequel, « au service des consommateurs, y compris au prix d'une rupture avec les institutions établies, prétend « dénoncer des scandales », révéler le « contenu explosif » de « rapports confidentiels », bref se poser en contre-pouvoir au service des citoyens ». Comprendre le fort investissement – dans tous les sens du terme - de la direction de *Sciences et avenir* dans les palmarès hospitaliers - soit un type d'information totalement inédit dans le journalisme de vulgarisation scientifique - implique d'avoir à l'esprit que ce magazine occupe alors une position de « prétendant » par rapport à son principal concurrent, *Sciences et vie*<sup>1</sup>. La nouvelle rédaction de *Sciences et avenir* va donc se donner les moyens – humains, matériels, de temps - de réaliser ce produit original, dont elle anticipe parfaitement les retombées économiques et symboliques potentielles. En 1995, est spécialement recruté un journaliste, médecin de formation, de la presse professionnelle médicale par ailleurs très intéressé par l'idée de classer les établissements un par un, sur le modèle du « Top 100 des hôpitaux » publié par le magazine américain *US News and World Report*. Cette embauche marque le point de départ de la formation du trio de journalistes qui va bénéficier de conditions de travail exceptionnelles, en termes de temps, d'argent et d'autonomie, pour réaliser les deux publications *Sciences et avenir*<sup>2</sup>, lesquelles vont demander au total près de deux ans de travail (quinze mois pour la Liste « noire », huit mois pour le premier palmarès des hôpitaux) avec quasiment deux journalistes à plein temps sur ce dossier :

*« Donc c'est pour ça que ça été fait finalement c'est parce que Claude Perdril a donné la chance à un journal comme Sciences et avenir et à des gens dans Sciences et avenir de travailler sans limite de temps à ce sujet qu'était le classement des hôpitaux que tout le monde attendait en France. Voilà le secret de la réussite et tout le monde en est gré je pense, j'espère, à Claude Perdril parce que les patrons de presse prêts à donner de la liberté à des gens pour travailler sans limite de temps et quand même avec un peu d'argent c'est rare. »*

Tous les journalistes que nous avons interrogés dans les principales rédactions parisiennes sont d'ailleurs très admiratifs des efforts consentis pour réaliser des sujets qui sont absolument inenvisageables dans leur univers professionnel quotidien où l'urgence le dispute à la recherche de la rentabilité immédiate. Tel est le cas, parmi d'autres, de ce journaliste social exerçant aujourd'hui dans la presse professionnelle médicale, très investi dans le thème du droit des malades, et qui, au passage, tient à distinguer pseudo-scoops et « vraies » enquêtes en matière d'information médicale, les premiers étant, selon lui, beaucoup plus fréquents que les secondes :

*« Dénicher avant mes confrères le rapport du professeur Trucmuche une journée avant je m'en fous complètement. Surtout si c'est pour en faire 1500 signes. Ça ne m'intéresse absolument pas de dire que je l'ai eu avant. [...] Vous avez un journalisme d'investigation qui n'est plus un journaliste de scoop, c'est ce qu'a fait par exemple Anne-Marie Casteret avec l'affaire du sang contaminé qui lui a demandé quand même un sacré boulot, travail devant lequel je m'incline d'ailleurs. Et puis vous avez une troisième façon d'aborder les choses qui est extrêmement dérangeante, qui essaie de faire la transparence, c'est les enquêtes de nos trois journalistes qui est du journalisme à la fois d'enquête, de réflexion, qui a nécessité quand même un travail énorme. [...] Et ils ont eu la chance, que tous les journalistes n'ont pas, c'est d'avoir du temps pour faire un travail comme celui qu'ils ont fait. Beaucoup, beaucoup de temps. Souvent les journaux n'accordent pas le temps pour mener des enquêtes pareilles. C'est un travail énorme. Et extrêmement intéressant. D'abord parce que ça jette de la transparence là où il n'y en avait pas. Et ensuite*

<sup>1</sup> « Il y a le numéro un, Sciences et vie et il y a le numéro deux Sciences et avenir. On aurait aimé que Sciences et avenir devienne le numéro un, c'était ça l'enjeu, mais on est parti avant. Et bien, à Sciences et vie, on ne l'aurait pas fait travailler pendant un an et demi à temps perdu. On ne l'aurait pas laissé le temps de travailler pendant un an et demi. A un moment on aurait dit on abandonne le projet, ou alors on fait les meilleurs hôpitaux en coût avec à l'intérieur un laïus mais quoi, pas les infos établissement par établissement. »

<sup>2</sup> Auxquelles vient s'ajouter un guide, *Le guide des hôpitaux. Les meilleurs ville par ville*, Paris, Le Pré aux Clercs et Sciences et Avenir, 1998.

*parce que ça a montré tout l'intérêt que les gens montraient non seulement à la santé mais aux structures de soins. Là on a un phénomène un peu consumériste d'ailleurs. Mais dans le bon sens du terme. C'est quand même normal que les gens veuillent savoir si le service de l'hôpital est bon ou pas bon, meilleur que celui de l'hôpital X ou Y. C'est normal. Ils ont doublé leurs ventes à Sciences et avenir. Je ne sais pas si vous vous rendez compte. Ils ont des chiffres hallucinants. »<sup>1</sup>*

La réalisation du premier (en fait de le second si l'on compte celui des urgences réalisé en 1992 par Gérard Briche) palmarès hospitalier est ainsi entreprise par deux journalistes, l'un, médecin, issu de la presse professionnelle médicale, l'autre, journaliste « généraliste » réputé pour ses talents d'investigateurs et auteur d'une enquête remarquable sur l'amiante, les deux étant bientôt rejoints par un troisième, lui aussi médecin et journaliste en provenance de la presse médicale :

#### La formation d'un trio journalistique

Fils d'un vétérinaire, médecin généraliste de formation, J. n'a jamais exercé, hormis quelques remplacements pendant les congés scolaires, envisageant rapidement une reconversion dans le journalisme : « Je n'ai pas eu un amour fou pour l'ensemble de mes études. J'ai fait des fois ça avec intérêt mais souvent sans intérêt. J'ai plus choisi médecine parce que je ne voulais pas être ingénieur. Mais, bon, très rapidement je me suis aperçu que je n'exercerai pas la médecine, le métier de médecin. Pour des raisons de culture familiale j'ai voulu avoir le diplôme de médecin. Et ça me sert. » Il pige, dès sa sortie de la Faculté de médecine, à l'hebdomadaire médical *Panorama du médecin*. Il est embauché peu de temps après à *Impact médecin hebdo* où il va occuper les fonctions de chef de service puis de rédacteur adjoint. Dans ces deux journaux professionnels, il est en charge des actualités médicales, sociales et professionnelles : « ce n'est jamais la médecine même dans mon métier de journaliste qui m'a fondamentalement passionné. Les sujets devenaient véritablement d'ailleurs intéressants quand ils étaient multi-facettes, quand ils avaient des volets médicaux mais également des volets sociaux, des volets politiques, des volets économiques, par exemple. C'est pour ça que le SIDA, sans cynisme, est un véritable sujet journalistique, la vache folle est un formidable sujet journalistique, l'hôpital est un formidable sujet journalistique. Ce sont des sujets qui ont une dimension médicale, médicale technique mais qui ont à l'évidence des aspects aussi importants sociétaux, politiques, économiques. » Il quitte *Impact médecin hebdo* en 1995 pour rejoindre, à la demande du chef de la publication, *Sciences et avenir* dont il devient très rapidement rédacteur en chef.

Fils d'un journaliste du *Monde*, P. est lui aussi médecin généraliste de formation. Après avoir obtenu en 1983 son diplôme de médecin, avec une spécialisation – peu valorisée – en médecine tropicale, il effectue des missions humanitaires notamment en Angola, au Tchad, au Soudan et au Népal. Il publie, à son retour en France en 1986, un article sur les maquis angolais dans le quotidien *Le Monde*. Il ouvre alors un cabinet de médecine générale dans la banlieue parisienne. Ayant pris goût à l'écriture, il entre à *Impact médecin hebdo* à mi-temps puis à plein-temps, pour s'occuper des informations médicales. Il quitte l'hebdomadaire au bout de deux ans, en raison d'un conflit avec sa nouvelle hiérarchie - il n'apprécie guère les contraintes que font peser les laboratoires pharmaceutiques sur la ligne éditoriale imposée par les nouveaux propriétaires – pour s'investir dans la presse grand public. Il crée, en octobre 1990, avec quatre autres confrères et le soutien financier du journal *Téléstar*, le mensuel *Top Santé*, lequel, très rapidement, atteint le tirage d'un million d'exemplaires. Il en devient le rédacteur en chef. En 1995, le mensuel change de propriétaires et il se retrouve une fois de plus en désaccord avec la nouvelle ligne éditoriale exigée par les impératifs de rentabilité maximale. Après une période de chômage, il est contacté par J., nommé depuis peu rédacteur en chef de *Sciences et avenir*, pour s'occuper exclusivement de la conception des palmarès des hôpitaux, d'abord comme pigiste puis comme salarié.

Après son baccalauréat, F. devient preneur de son. Il entre dans la presse « par hasard », à 24 ans, à *France soir magazine*, où il reste de 1983 à 1987. Il y apprend le métier de journaliste sur le tas, traitant des faits divers et des affaires de terrorisme notamment. Il part ensuite pour *La Cinq* puis devient journaliste indépendant, effectuant des « reportages et des enquêtes ». Il publie pendant cette période un ouvrage, *Imagine l'Europe*, recueil de témoignages de jeunes européens. Il entre en 1992 à *50 millions de consommateurs* où il mène des enquêtes, notamment sur les inondations de Vaison-la-Romaine. Deux ans après, il suit son ancien rédacteur en chef à *Sciences et avenir*, où il est nommé rédacteur en chef adjoint chargé des enquêtes. C'est alors qu'il commence son investigation sur l'amiante, qui débouchera sur plusieurs publications dans le mensuel et sur un ouvrage, publié en 1996<sup>2</sup>. C'est à *Sciences et avenir* qu'il fait la connaissance de J., en avril 1995, en provenance d'*Impact médecin hebdo* pour reprendre la rubrique santé du journal. C'est au cours de cette même année 1995 que les deux journalistes, avec l'aval du chef de la publication, commencent à

<sup>1</sup> Entretien avec un journaliste social exerçant dans la presse professionnelle médicale, Paris, 2001.

<sup>2</sup> *Amiante. Le dossier de l'Air contaminé*, Paris, Le Pré aux Clercs et Sciences et avenir, 1996.

investiguer sur les hôpitaux. Une fois J. nommé rédacteur en chef, lequel devient de ce fait moins disponible, F. est rejoint par P.

Tout dans ces trajectoires sociales et professionnelles prédispose à une vision distanciée et critique à l'égard du monde médical en général et hospitalier en particulier, en donnant toutefois les ressources, intellectuelles, sociales et, dans une certaine mesure, de légitimité nécessaires pour se confronter au projet, ambitieux, de classement des hôpitaux. Deux journalistes possèdent en effet le titre de docteur en médecine, mais en médecine générale, alors que la profession est dominée par les hospitalo-universitaires. Les études médicales n'ont guère été l'objet d'un fort investissement intellectuel et affectif, alors que, à l'inverse, les deux médecins manifestent un goût précoce pour le journalisme qui les incite très rapidement à entrer dans ce métier par la « petite porte » de la presse médicale. Ils y accumulent un capital de relations dans l'univers hospitalier qui sera mobilisé pour l'enquête palmarès. Surtout, le point commun de ces journalistes est une certaine humeur anti-institutionnelle : s'ils se disent politiquement peu marqués, ils n'en manifestent pas moins tous les trois une déception ou une désillusion certaines à l'égard du monde politique. F. est certainement le plus proche de l'idéal-type du journaliste d'investigation. Entré dans le métier, comme ses collègues, par la « petite porte », détenant peu de ressources valorisées aujourd'hui dans le champ journalistique (capital scolaire, école de journalisme, expertise, spécialisation), il a été amené à faire de « nécessité vertu », convertissant ses stigmates en emblèmes<sup>1</sup>. Mettant en avant ses qualités de généraliste, de « fouineur » et de débrouillardise, il a été particulièrement prompt, au cours de nos entretiens, à manifester verbalement son humeur anti-institutionnelle et son indépendance à l'égard de ses supérieurs. Ainsi, selon lui, lors du démarrage en 1995 de l'investigation qui devait conduire à la publication de la fameuse « Liste noire » des hôpitaux en septembre 1997, l'objectif était clair :

*« Le but c'était vraiment d'énoncer les dysfonctionnements des établissements hospitaliers. En ce sens, à l'époque, on ne savait pas qu'on pourrait avoir l'outil qui nous permettrait de faire les meilleurs. Alors que US News faisait un truc très positif, il n'a jamais cassé les hôpitaux, nous on s'est acheminé vers un truc très journalistique à la française qui était du flingage. »*

En effet, un tel « choix » n'est pas simplement le reflet d'une pseudo-prédilection du journalisme français pour l'investigation (thèse qui, au regard de l'histoire comparée des journalismes français et américain, semble quelque peu exagérée), il est aussi imposé par la nature des données que les journalistes ont en leur possession. Au moment de l'élaboration de la « liste noire », les journalistes n'ont pas encore eu l'idée d'utiliser la base statistique PMSI, laquelle leur sera suggérée (au cours de l'année 1997) par l'une de leurs plus indéfectibles sources, disposant des moyens informatiques et l'expertise pour traiter cette base de données médicalisées complexe. En 1997, pour la liste noire, les informations dont les journalistes disposent (après saisie de la CADA) sont seulement de deux types : les rapports des seize commissions d'examen des budgets hospitaliers des CRAM dans lesquelles figurent les évaluations réalisées par les services médicaux<sup>2</sup> et les statistiques annuelles d'activité des établissements (SAE)<sup>3</sup>. Ces sources (limitées) contraignent donc fortement les ambitions des journalistes, puisqu'il leur est impossible de réaliser leur projet initial, celui de réaliser un classement « des meilleurs et des plus mauvais » :

*« Ça ressemblait un peu à une enquête classique, à une investigation précise, dans l'image que l'on en a, c'est-à-dire on dénonce les dysfonctionnements majeurs, à la Albert Londres. Dans le titre bien sûr, mais le titre n'était que le reflet de ce qu'on avait trouvé. Or on avait trouvé de quoi dénoncer. Nos deux sources d'informations ne nous permettaient pas de faire un palmarès,*

---

<sup>1</sup> Sur les débats internes à la profession journalistique autour des pratiques du journalisme d'investigation, cf. Lemieux (C.), « Heurs et malheurs du journalisme d'investigation à la française », dans Delporte (C.), Palmer (M.), Ruellan (D.) (dir.), *Presse à scandale, scandale de presse*, Paris, L'Harmattan, 2001, pp. 85-96. Plus largement, voir son ouvrage Lemieux (C.), *Mauvaise presse, op. cit.*, p. 301 – 322.

<sup>2</sup> Ces évaluations comportent un volet médical et un volet administratif. Les journalistes s'intéressent plus particulièrement au premier, qui indique les points forts et les points faibles de l'hôpital visité par le médecin conseil de l'assurance maladie : « C'était pour nous une ouverture magnifique, fait pour tout hôpital public de court séjour. »

<sup>3</sup> Les statistiques SAE comportent des informations collectées par les Ddass et des Drass pour chaque hôpital, synthétisées par le service statistique du ministère de la santé (à l'époque le Sesi). Elles recensent des informations du type : équipements, personnels, nombre d'accouchements par césarienne, niveau d'activité, taux d'occupation des lits, durée de séjours, taux global de mortalité en chirurgie par exemple. De surcroît, les journalistes ont envoyé aux directions hospitalières un questionnaire mais le taux de réponse a été si faible que cette source d'information n'a pu être utilisée. Sur le détail de la méthodologie, cf. « La liste noire des hôpitaux », *Sciences et avenir*, octobre 1997, p. 87.

*elles nous permettaient de faire une liste noire. Voilà, c'est aussi en avançant qu'on détermine ce qu'on va écrire, titrer au final. [...] Mais l'idée globale, c'était de faire un truc sur les hôpitaux très fort qui nomme les établissements un par un. On a d'abord commencé par une liste noire. Un par un on nommait les établissements, qui selon les informations que l'on avait, fonctionnaient mal, déconnaient. »*

Ainsi, cette première enquête repose d'abord et avant tout sur des données publiques que les journalistes retraient selon leur logique propre : dénoncer un scandale connu des seuls initiés (à commencer par les journalistes<sup>1</sup>) mais ignoré, de leur point de vue, de la plupart des « gens ordinaires ». De fait, les trois journalistes rejettent le qualificatif de « consumériste », perçu comme péjoratif dans le contexte français, pour caractériser leur travail. Il s'agit pour eux de révéler les « dysfonctionnements » que le corps médical s'attacherait à dissimuler avec la complicité des pouvoirs publics au grand public<sup>2</sup>. La révélation de ce « scandale » œuvre, selon les journalistes, au rétablissement de la morale publique et de l'égalité des chances devant la maladie et la médecine. Les journalistes s'érigent ainsi en « justiciers », en défenseurs des plus faibles et des plus pauvres (*i.e.*, de ceux qui n'ont pas accès à l'information sur la qualité des soins hospitaliers et qui, parfois, le paient de leur vie)<sup>3</sup>. Ce n'est que la deuxième année, en 1998, lorsque les journalistes réussissent à obtenir les données 1996 du PMSI – après plus de trente saisines de la Commission d'accès aux documents administratifs – qu'ils peuvent envisager de réaliser un véritable palmarès – classant les services les plus ou les moins performants de quatre spécialités médicales – conférant alors à leur travail un statut hybride qui va faire sa réussite<sup>4</sup>, même si les contraintes du travail journalistique (en particulier, la concurrence) oblige à passer sous silence les imperfections et les lacunes de ce système d'information pour en faire une apologie à bien des égards excessive, comme le reconnaît l'un des journalistes classeurs<sup>5</sup> :

---

<sup>1</sup>Approuvant, comme beaucoup d'autres journalistes, la démarche des journalistes classeurs, un journaliste – social puis politique – d'un grand quotidien national d'information générale estime que le grand mérite des palmarès est d'avoir mis sur la place publique une rumeur connue des mieux informés, c'est-à-dire aussi des plus socialement favorisés : « *D'une manière tout à fait personnelle... Il ne faut pas déconner : quand vous vous baladez un peu en France dans les hôpitaux, quand vous rencontrez les médecins généralistes, ils vous disent que tel CHG, de Y, « si tu as un accident de la route, surtout, si tu es encore conscient, tu demandes à te faire envoyer à X mais tu ne te fais pas soigner à Y »... Ca vous l'entendez... Donc c'était peut-être une manière de mettre en lumière ces rumeurs que vous entendez tout le temps. Avec un vrai travail d'enquête, d'investigation. »*

<sup>2</sup> L'un des journalistes déplore, en 1998, le décalage entre les déclarations officielles sur la nécessité de faire la transparence et le retard pris pour concrétiser cette dernière : « Les pouvoirs publics ne cessent de parler de transparence, mais je crains qu'ils ne fassent jamais, en tout cas pas avant longtemps, ce travail. Leur culture est à mille lieux de la transparence. Trop de chapelles, trop de baronnies, trop d'intérêts entrecroisés qui favorisent l'opacité. Le pouvoir des élus locaux dans ce pays est terrifiant : 36 000 communes, 500 000 élus... aucun pays en Europe ne fonctionne comme cela. Quand on voit le maire de Pithiviers avec une écharpe tricolore devant son hôpital où tout de même quelqu'un est mort, on reste confondu ! Et quand on lit le rapport de l'IGAS sur cet hôpital c'est encore plus stupéfiant ! » Interview donnée à *Medcost*, 10 septembre 1998.

<sup>3</sup> L'article d'introduction à la Liste noire de 1997 est sur ce point sans ambiguïté et jette les bases du récit (héroïque et pugilistique : eux contre tous, Etat et médecins) que les journalistes donnent de leur démarche : « *Le mur du silence. C'est celui qui sépare ceux qui connaissent les secrets de l'hôpital, une minorité, de ceux qui ne savent pas, vous et moi. Mais cette forteresse est en train de se fissurer. Dans le droit fil de ses investigations sur les scandales de santé publique comme l'amiante, le diesel ou les pesticides, « Sciences et avenir » publie aujourd'hui une enquête exceptionnelle sur l'un des bastions interdits au regard du citoyen, les établissements hospitaliers. [...] Deux questions s'imposent à l'issue de cette enquête destinée à servir les seuls intérêts du public. Comment supporter plus longtemps l'opacité d'un tel système ? Les informations existent, au sein des hôpitaux, des cliniques, de l'Assurance maladie ou des administrations de l'Etat puisque c'est là que nous les avons arrachées. Mais ces informations ne circulent pas. Qu'en est-il de la sacro-sainte égalité d'accès aux soins quand, à l'évidence, des inégalités profondes existent entre établissement ? »* « La liste noire des hôpitaux », *Sciences et avenir*, octobre 1997, p. 82. C'est nous qui soulignons.

<sup>4</sup> A cette réserve près qu'en 1998, les journalistes se sont heurtés au refus de la direction des hospices civils de Lyon et de l'AP-HP de communiquer leurs informations PMSI ainsi qu'à celui de la CNAMts pour les cliniques, en dépit de la décision favorable de la CADA. De fait, le classement de 1998 ne concerne que les services d'hôpitaux publics non parisiens. C'est seulement en 1999, avec l'accord du nouveau directeur Gilles Johanet (ce n'est pas un hasard), que la CNAMts communique les informations PMSI en sa possession, permettant ainsi aux journalistes de réaliser un classement similaire pour les cliniques. Ces informations statistiques sont complétées par celles issues d'un questionnaire adressé à tous les établissements, dans un premier temps avec l'aval de la Fédération hospitalière de France. L'année suivante, ils obtiendront les données de l'AP-HP.

<sup>5</sup> « C'est un outil extraordinaire et d'une précision redoutable » écrivent les journalistes dans la publication de 1998. « Le palmarès des hôpitaux », *Sciences et avenir*, septembre 1998, p. 36

*« Le PMSI, c'est une remarquable source d'informations, pas aussi remarquable qu'on veut bien l'écrire, « la plus formidable banque d'information sur le sujet, tata », ça c'est, il faut, nous aussi on a nos contraintes, il faut écrire d'une certaine façon, on va pas commencer à écrire que c'est une source d'information... , c'est la meilleure source d'information qui soit aujourd'hui mais qu'elle a plein d'imperfections. On va pas commencer à écrire ça. On va le laisser écrire à N. [l'un des experts les opposés à la publication d'un palmarès]. Chacun son boulot. Nous nous faisons tout pour garder de l'avance par rapport à la concurrence des autres journaux. »*

Mais se pose alors à eux une difficulté redoutable : l'exploitation d'une base de données statistiques fort complexe, nécessitant une logistique informatique et, surtout, une expertise qu'ils ne possèdent pas. De plus, les journalistes ont besoin du capital symbolique de certains agents de l'espace qu'ils se proposent de classer, notamment de praticiens hospitaliers, afin de légitimer leurs enquêtes et, plus prosaïquement, de se « couvrir » en cas de poursuites judiciaires. Ils vont alors enrôler progressivement un ensemble hétéroclite d'alliés, qui en les servant vont également se servir. En ce sens, l'analyse de la fabrication des palmarès hospitaliers montre bien comment les journalistes médiatisent les conflits internes à d'autres espaces sociaux, en particulier médical et bureaucratique<sup>1</sup>. Un moment du travail sociologique consiste ainsi dans la reconstitution de l'économie des transactions entre les journalistes et leurs sources en ne perdant jamais de vue que « les interactions entre journalistes et leurs interlocuteurs sont des rencontres entre des habitus et des positions dans des champs »<sup>2</sup>. En l'espèce, le trio, travaillant dans un secteur du journalisme relativement peu prestigieux et, plus précisément encore, au pôle commercial de ce secteur, va bénéficier de l'appui logistique et, dans certains cas, du crédit (au sens où ils apparaîtront, avec leurs titres, dans les publications palmarès) d'agents qui, occupant eux aussi une position « dominée » dans leurs univers respectifs, cherchent à en subvertir les rapports de force internes et à imposer une vision hétérodoxe (plus « économique » et plus « moderne ») de la médecine. Sans ces informateurs, de l'avis même des journalistes, rien n'eût été possible. Il serait cependant très réducteur d'interpréter ces transactions comme une pure et simple instrumentalisation des journalistes par leurs sources. D'abord parce que le trio a clairement conscience de servir certains intérêts qui les dépassent et que, si instrumentalisation il y a, elle est réciproque. Surtout, comme nous avons pu le vérifier à la fois au cours des entretiens et dans les courriers et les mails que nous avons consultés, nombre de ces relations sont vécues sur le mode enchanté du don et du contre-don : une amitié solide - qui repose, en partie au moins, sur des affinités d'ordre sociologique (dispositions, positions homologues) - unit désormais les journalistes à certaines de leurs sources.

#### *Les journalistes et la médiatisation des conflits relatifs à la réforme du système de santé*

Leur premier allié, indéfectible, est indispensable à la réalisation des palmarès, puisqu'il possède à la fois l'expertise de santé publique et les moyens informatiques pour traiter la base de données PMSI. Chirurgien et énarque, conseiller d'Alain Madelin sur le dossier santé, il est aussi un fin connaisseur du PMSI et le fondateur d'une société spécialisée dans l'Internet médical. C'est d'ailleurs lui qui conseille aux journalistes de saisir la CADA pour accéder aux bases de données PMSI. Des raisons variées l'incitent à participer à l'entreprise palmarès. Des motivations économiques tout d'abord : son intérêt bien compris est que se développe ce type de sujets journalistiques, lesquels participant de la « mise en crise » du système de santé et de l'imposition de la croyance en la nécessité de l'information relative à la qualité des prestations médicales, contribuent – du moins le pense-t-il - à faire émerger ce « consommateur éclairé » qui est aussi sa cible commerciale. De surcroît, si, à sa demande, dans les premières publications, son nom n'était pas mentionné, il est clair qu'aujourd'hui sa volonté d'apparaître publiquement comme le prestataire des journalistes – outre qu'elle est imposée par la loi depuis 1999 – est liée au désir de profiter de la notoriété acquise par les palmarès. Cependant, il serait réducteur de s'arrêter à ces considérations strictement économiques. Des raisons politiques ou idéologiques entrent aussi en ligne de compte : au milieu des années 80, il s'est investi dans le débat public, au côté d'un économiste de la santé libéral, pour promouvoir un mode de régulation alternatif du système de santé, les « réseaux de soins coordonnés », largement inspiré du « modèle » américain. Dans les années 90, son rôle de conseiller au sein de

<sup>1</sup> Marchetti (D.), « Le « journalisme d'investigation » : genèse et consécration d'une spécialité journalistique », in Briquet (J.-L.), Garraud (P.) (dir.), *Juger la politique. Entreprises et entrepreneurs critiques de la politique*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2001.

<sup>2</sup> Marchetti (D.), « Les sous-champs spécialisés du journalisme », *Réseaux*, n° 111, 2000, p. 45.

Démocratie libérale témoigne de la constance d'un engagement politique - qu'il dit pourtant « en déclin » - en faveur de l'importation en France des HMO américains pour mettre fin à la bureaucratisation et à la politisation d'une gestion hospitalière qu'il compare volontiers au « Gosplan » :

*« Il faut voir toute cette bureaucratie parapublique (sic) de la santé, il faut voir comment ça bosse. D'abord, vous savez que ce ne sont pas des bons. Les postes de ce secteur là, à la sortie de l'ENA, ils sont pris par les derniers ou ils ne sont pas pris du tout. Moi quand je suis sorti de l'ENA il y avait comme poste celui du financement des hôpitaux à la DH, qui est un poste extraordinaire. Et bien le dernier de ma promotion il n'en a même pas voulu, il a préféré un poste merdique à la Caisse des Dépôts plutôt que de prendre le poste du budget des hôpitaux à la DH. [...] Et puis les paradigmes intellectuels qui fondent l'action du ministère sont vraiment dépassés. Ce sont des paradigmes de planification, et pas de régulation financière intelligente, ce sont des paradigmes de fermeture de lits, alors que le lit n'a aucune importance, n'a aucun coût, ne compte pas. On est encore avec une bureaucratie à la DH qui fait de la régulation Lego. Tu m'as rendu service quand tu m'as nommé là, je vais te donner un scanner. Tu as été gentil au syndicat, le syndicat c'est la FHF et le SNCH, tu t'es bien comporté, tu auras ton IRM. Il faut quand même savoir que le tiers du budget de la DH est payé par les hôpitaux. Une bonne partie des ordinateurs, la quasi-totalité des billets d'avion, à la DH, sont payés par les hôpitaux. C'est-à-dire que ce sont les contrôlés qui financent le contrôleur. En plus, on a une endogamie syndicale, FHF, SNCH, là je parle de syndicats pas CGT, CFDT, je parle du syndicalisme des cadres hospitaliers, et puis de la FHF, le lobby des députés maires qui est un facteur complètement bloquant. Le lobby des députés maires est effectivement très opposé aux palmarès. Les députés maires préfèrent que les malades meurent dans les hôpitaux plutôt que de les fermer. Ça c'est une réalité. On le voit très bien sur les maternités dangereuses où la FHF préfère qu'il y ait des accidents plutôt que de fermer les petites maternités. Ça c'est une réalité. »*

Son engagement public en faveur de la libéralisation du système de santé coïncide heureusement avec ses intérêts économiques : une telle libéralisation déboucherait, comme aux Etats-Unis, sur le développement du marché de l'information comparative sur la qualité et le coût des prestations de soins, qui est précisément celui de sa société.

Parmi les autres soutiens précieux, et non moins prestigieux, des journalistes, figure l'ancien directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (à deux reprises, entre 1988 et 1993, puis entre 1998 et 2002), Gilles Johanet. Ce dernier, Conseiller-maître à la Cour des Comptes, connu pour ses multiples prises de position iconoclastes sur la réforme du système de santé, figure de proue des réformateurs de l'assurance maladie, est réputé, dans le (petit) milieu des experts de la politique de santé, pour sa vision très « politique » ; omniprésent dans le débat public, il ne cesse d'y dénoncer l'obsolescence, voire la déliquescence, du système de santé français et de plaider en faveur d'une réforme radicale dont les notions de « qualité », de « maîtrise médicalisée » et, plus récemment, de concurrence, constitueraient les axes directeurs. Plus généralement, les principaux entrepreneurs de crise qui ont investi le débat public autour de la réforme du système de santé, depuis la fin des années 1980, sont des interlocuteurs privilégiés des journalistes classeurs<sup>1</sup>. Ils leur dispensent des conseils méthodologiques et, surtout, leur apportent leur caution scientifique et/ou « politique » pour mener à bien une démarche qu'ils savent tous très risquée car éminemment sensible.

Les sources des journalistes sont aussi et surtout médicales et, plus précisément, des praticiens hospitaliers qui, sous plusieurs rapports (spécialité médicale, nature de l'établissement (CHU/CHG), statut libéral ou salarié, chefferie de service ou non, etc.), occupent une position dominée dans le champ hospitalier qui les prédispose à prendre des positions hétérodoxes (*i.e.*, à adhérer à une vision économique et gestionnaire de la médecine). Philippe Ponet a ainsi comparé les trajectoires sociales et professionnelles deux praticiens hospitaliers, l'un ayant aidé et soutenu les journalistes, l'autre s'étant vigoureusement opposé aux premières publications des palmarès.<sup>2</sup> Le sociologue remarque que les praticiens hospitaliers, tous deux PU-PH, exercent respectivement dans un établissements privés PSPH (participant au service public hospitalier), l'autre dans un CHU et que ces lieux d'exercice différents viennent en quelque sorte consacrer des trajectoires divergentes qui les prédisposent à adhérer à des visions antagonistes de la pratique de la médecine. Ainsi, alors le praticien favorable aux palmarès n'est pas fils de médecin, qu'il sort classé tout juste de l'internat pour faire chirurgie et déclare, lors d'un entretien, avoir mal supporté la

<sup>1</sup> Pierru (F.), *Hippocrate malade de ses réformes*, *op. cit.*

<sup>2</sup> Pour une étude sociologique détaillée des soutiens médicaux à cette entreprise journalistique, cf. Ponet (Ph.), *Le champ médical à l'épreuve du journalisme. Le cas des palmarès parus des hôpitaux parus dans la presse entre 1992 et 2000*, mémoire pour le DEA Gouvernement, Université Paris I, septembre 2001.

hiérarchie mandarinale, qu'il a, de surcroît, occupé le poste de conseiller technique au secrétariat d'état à la santé au moment où sont demandés une enquête sur l'ARC et un rapport sur les urgences, le farouche opposant aux palmarès est chef d'un service de chirurgie cardiaque dans un CHU parisien, fils de chirurgien et d'une mère médecin, classé 5<sup>ème</sup> sur 230 à l'internat en 1967 et directeur d'un laboratoire de recherche au CNRS. Dès lors, tandis que l'un s'érige en promoteur d'une médecine « moderne » et « innovante » (sous entendu que la pratique « traditionnelle » de la médecine est « archaïque »), partisan de l'utilisation de la robotique et, plus généralement, des techniques *high tech* qui permettent de réduire les durées de séjour et donc les coûts des soins (il travaille dans un établissement privé érigé, par les journalistes, et pas seulement ceux du trio, en modèle d'avant-garde managériale), l'autre défend une « vision médicale pure » pour laquelle la pratique de la chirurgie demeure un art qui fait la part belle au don individuel, aux qualités de flair, d'intuition, d'habileté, d'ingéniosité qui caractérisent les grands de la médecine<sup>1</sup>. D'une manière générale, comme le constate l'un des journalistes, lui-même médecin, la croissance de la démographie médicale et, corollairement, l'approfondissement des divisions et des conflits entre les différents segments d'une profession de plus en plus hétérogène socialement, rendent possible la coïncidence (parfois ponctuelle) d'intérêts entre les journalistes et certains médecins décidés à subvertir, grâce aux médias, les rapports de force qui structurent le champ médical. Aussi bien, les palmarès sont des co-productions journalistico-médicales et Philippe Ponet souligne avec raison que ce que quantifie les palmarès c'est moins la qualité ou la performance des services hospitaliers qu'un état des tensions et des luttes internes au champ médical, les journalistes étant les alliés de la fraction « moderniste » et « contestataire », c'est-à-dire des prétendants disposés à nouer des alliances avec la presse<sup>2</sup>, contre les représentants de l'élite de la profession médicale, présentées comme « conservateurs » et « archaïques » :

*« Tu as 200 000 médecins. Tu as donc toujours des médecins critiques. Et puis les médecins savent bien que le système ne marche pas bien, ils ne sont quand même pas cons. Tu trouves toujours des gars...Et puis ils ne sont pas dépendants...Tu as des médecins libéraux, même les médecins salariés, ils ne sont pas dépendants de leur directeur, de leur hiérarchie, ils n'en ont rien à péter. Ils sont ingérables. De toute façon ils ne peuvent pas vraiment changer parce que le milieu c'est tellement compliqué. Quand ils sont médecins quelque part, ils n'iront jamais ailleurs. Ils ont rapidement leur bâton de maréchal et ils sont totalement libres. Ils font ce qu'ils veulent. Un chirurgien qui ne veut plus opérer, il n'opère plus. Personne ne lui dit rien. L'Ordre n'a attaqué aucun des médecins qui ont collaboré à l'enquête. Et puis il y a une frange de gars qui veulent que ça change, qui sont un peu modernes, qui ont vu dans notre initiative un bon moyen de faire avancer les choses. [...] La frange des médecins contestataires est petite. On connaissait pas mal de types de par notre activité de journalistes médicaux antérieure. On connaissait ces gens là depuis dix ans.»*

Les catégories d'entendement journalistes, dont la trajectoire les porte déjà à adopter une posture critique à l'égard des « mandarins », ne peuvent, de surcroît, que s'accorder spontanément avec celles des partisans de la « modernité » médicale, soucieux de réduire les coûts grâce aux progrès de la technologie médicale, puisque les journalistes sont confrontés à de telles exigences dans leur propre univers professionnel. Nous prendrons deux autres exemples. Celui de cet anesthésiste - spécialité médicale qui avait déjà été étroitement associée à l'enquête sur les urgences de 1992 – qui est aussi l'ancien vice-président de l'Intersyndicale nationale des médecins hospitaliers (INMH) et président de l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers (INPH), deux organisations « réformatrices » qui ont clairement pris position pour une transformation radicale des règles de l'organisation hospitalière, soutenant par exemple la départementalisation entre 1983 et 1986 tout comme la réforme hospitalière de 1991, et adoptant volontiers le discours, autrefois en vogue, de l'« hôpital-entreprise ». La collaboration avec les journalistes n'est guère mystérieuse : outre le fait que sa trajectoire le porte à adhérer à la vision de l'hôpital véhiculée par les palmarès, cette dénonciation de la gestion actuelle du parc hospitalier conforte les prises de

<sup>1</sup> Il n'est, bien sûr, pas anodin de relever que parmi les praticiens hospitaliers les plus fervents défenseurs des palmarès, figure l'un des auteurs du rapport Hôpital 2007, remis au ministre de la santé Jean-François Mattéi en 2002, et qui préconise, nous l'avons vu, une véritable révolution managériale au sein des hôpitaux. Ce médecin fait paraître, par ailleurs, de nombreuses tribunes dans la presse quotidienne nationale ainsi que des ouvrages sur la crise de l'hôpital.

<sup>2</sup> Ainsi, des chirurgiens cardiaques dont le service est mal classé stigmatisent dans un courrier adressé aux journalistes « le comportement de certains collègues dont la boulimie médiatique ne s'est pas démentie à cette occasion. Ils ont deux points communs : 1. L'absence totale de nuances dans leurs propos écrits ou télévisés 2. L'absence de publication de leurs propres résultats. Cherchez le lien ? [...] Vous le savez l'humour est la politesse du désespoir. Mais, croyant en la nature humaine, je pense que ces collègues indéliçats maintenant rasent les murs et sont devenus insomniaques comme nous-mêmes.» Ils exigent en outre un droit de réponse pour répondre « aux assertions diffamatoires » d'un « comportement de presse à scandale et dans une logique commerciale. »

position de l'organisation dont il est le porte-parole. Un deuxième exemple de soutien médical est celui de cet épidémiologiste, professeur de santé publique de renom, qui s'est en outre fait connaître pour avoir initié la polémique, fortement médiatisée, autour de l'usine nucléaire de La Hague<sup>1</sup>. Véritable entrepreneur de cause familier du monde journalistique, il est à l'affût des opportunités lui permettant de promouvoir sa discipline, l'épidémiologie, peu reconnue en France, et de plaider publiquement en faveur de l'ouverture du débat démocratique sur des enjeux traditionnellement occultés par des intérêts industriels et/ou corporatistes. En outre sa formation d'épidémiologiste le conduit, à l'instar des journalistes, à vouloir exploiter dans une perspective de santé publique la base de données PMSI, manifestation sous-utilisée de l'avis même de ses concepteurs. Aussi bien, tout prédestinait le trio de journalistes et ce professeur de médecine à se connaître et se reconnaître<sup>2</sup>.

Si l'analyse de la genèse, de la production et de la circulation des palmarès hospitaliers apparaît révélatrice des transformations en cours du champ journalistique, l'analyse de sa réception ne l'est pas moins. Outre l'extraordinaire fortune commerciale rencontrée, le consensus journalistique qui va entourer la publication des classements de 1997 et 1998, et donc la difficulté de leurs principaux détracteurs à se faire entendre, mérite d'être questionné.

### Le public kaléidoscopique des palmarès

La figure du « public », déclinée sous des formes diverses et souvent contradictoires (l'« usager », le « patient », le « consommateur », le « citoyen », etc.), a été au cœur des controverses qui ont entouré la publication des premiers palmarès hospitaliers dans la presse, et d'abord parce qu'elle est particulièrement sollicitée par les journalistes eux-mêmes. Occupant une position originellement dominée dans le champ de la presse, se situant aujourd'hui au pôle commercial de cet univers, le niveau – exceptionnel – des ventes et l'importance du courrier des lecteurs ont été par eux interprétés et présentés comme un plébiscite du « public », justifiant la hausse de leurs prétentions en termes de conditions de travail et de salaires vis-à-vis de leurs employeurs. Surtout, la revendication du statut d'avocat du « grand public » permet aux journalistes de se « grandir » afin de légitimer leur dénonciation d'un monde de « grands », jusqu'alors préservé des intrusions extérieures et fonctionnant à la *réputation* : celui des praticiens hospitaliers. La référence au « public » est donc une constante du discours de ces journalistes, qu'expliquent à la fois leur position professionnelle et la forte légitimité de la « cible » de leurs investigations. Le « public », ses exigences et ses attentes font l'objet d'une véritable mise en scène qui s'inscrit plus largement dans un récit héroïque et pugilistique de leur entreprise de dénonciation de « l'omerta hospitalière ». Cette mise en scène contraste singulièrement avec la méconnaissance des journalistes des raisons du succès rencontré ainsi que de l'impact des palmarès sur leurs lecteurs. Un seul public, nous allons le voir, contraint fortement le contenu même de leur production : celui des médecins dont les réactions – prenant la forme de poursuites judiciaires et de droits de réponse notamment – conduisent les journalistes à modifier de façon substantielle leurs ambitions et leur *modus operandi*. Le travail proprement politique d'interprétation de ce succès et des « attentes » du « public » est d'autant plus aisé qu'il n'existe pas, au moment de la parution des premiers palmarès, d'études précises sur les attentes et les usages « profanes » en matière d'information médicale. Dans une telle situation d'incertitude épistémique, ces controverses sont propices aux rhétoriques prophétiques ou de la déploration quant à l'avènement d'un consumérisme sanitaire de même qu'à une adhésion sans réserve, et plus ou moins intéressée, au « pouvoir des médias ». Reste que l'analyse

---

<sup>1</sup> Baisnée (O.), « Publiciser le risque nucléaire. La polémique autour de la conduite de rejets en mer de l'usine de La Hague », *Politix*, 54, 2001.

<sup>2</sup> Plus généralement, contre la thèse unilatérale et téléologique de la déprofessionnalisation et de la paupérisation des professions sous l'effet de la montée en puissance des objectifs et pratiques gestionnaires dans les bureaucraties professionnelles, les travaux les plus récents d'Eliot Freidson ont montré comment certains segments tiraient partie des injonctions managériales pour s'imposer dans les concurrences intra- et inter-professionnelles. Les médias sont ici enrôlés dans ces luttes intra-médicales dont la définition du « bon médecin » est l'enjeu mais l'on peut élargir le constat à ce que nous avons appelé avec Daniel Benamouzig et Magali Robelet les « espaces intermédiaires de la gestion en santé » générés par l'entrée en gestion de la médecine (agences sanitaire, etc.). Freidson (E.), *Professional Powers*, Chicago, Chicago University Press, 1986 et *Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy*, Chicago, Chicago University Press, 1994. Lire, pour un exemple de ce phénomène, Dodier (N.), Rabeharisoa (V.), « Les transformations du 'monde psy' et des discours du social », *Politix*, n° 73, 2006.

empirique des appropriations et des effets pratiques des palmarès tempère singulièrement la dramatisation des débats et les accusations croisées autour des premières publications.

#### *Un extraordinaire succès commercial*

Les attentes des journalistes vont être plus que comblées. La valeur journalistique des palmarès est en effet « réalisée » sur les deux tableaux que sont les ventes et la consécration par les pairs. La progression des ventes générée par les publications est à proprement parler extraordinaire, et son ampleur surprend au premier chef les auteurs. Elle ne s'est jamais démentie depuis, même si l'on peut constater un tassement des surventes au fil des années, sans doute lié à la relative banalisation du produit.

#### **Les ventes des principales publications « palmarès des hôpitaux et des cliniques »**

<b>Journal/année</b>	<i>Titre de la publication</i>	<i>Augmentation des ventes en % et/ou en milliers</i>
<i>L'Express</i> (1995) <sup>1</sup>	Le Palmarès des hôpitaux parisiens	+ 100 %
<i>Sciences et Avenir</i> (1997)	La Liste Noire des hôpitaux	+ 600 % (313 000 exemplaires vendus en kiosque)
<i>Sciences et Avenir</i> (1998)	Le Palmarès des 512 hôpitaux (début de l'exploitation des données PMSI)	+ 750 % (355 000 exemplaires vendus en kiosque, vente record du mensuel)
<i>Le Figaro Magazine</i> (1999)	Le Palmarès des 900 cliniques	+ 10 %
<i>Le Figaro Magazine</i> (1999)	Le Palmarès des 500 hôpitaux	+ 25 % (meilleure vente depuis 1989)
<i>Le Figaro Magazine</i> (2000)	Le Palmarès des 560 hôpitaux	+ 10%
<i>Sciences et Avenir</i> (2000) <sup>2</sup>	Spécial urgences	+ 34 % (64 000 exemplaires vendus)
<i>Le Point</i> (2001)	Le Palmarès des 550 hôpitaux	+ 55 %

Sources : MedHermes, « Faut-il classer les hôpitaux ? », 19 novembre 2001 ; entretiens avec les auteurs.

Ce succès commercial en forme de plébiscite conforte les auteurs des palmarès dans l'idée qu'ils remplissent décidément une mission d'intérêt général : le rétablissement de l'égalité des chances devant la maladie, la mort et la médecine, que, selon eux, l'opacité plus ou moins sciemment entretenue par les pouvoirs publics et le corps médical aurait gravement menacée. Les journalistes classeurs, observant l'augmentation spectaculaire des ventes et le volume de courrier qu'ils reçoivent, se trouvent confortés dans leurs croyances et la représentation qu'ils se font de leur rôle. Situés au pôle commercial du champ journalistique et soumis à une forte obligation de résultat étant donné les coûts de production des classements, on comprend très bien que les ventes retiennent particulièrement leur attention. De même, venus de secteur de la presse peu prestigieux (la presse médicale, la presse consumériste, la presse de vulgarisation scientifique), la quasi-unanimité de la presse nationale et régionale à saluer la qualité et l'utilité de leur travail est pour eux source de grande satisfaction.<sup>3</sup>

#### *Consensus et censures journalistiques*

L'autre grande fierté des journalistes est d'avoir réussi à créer l'« événement », en obtenant un quasi-consensus de leurs confrères de la presse écrite généraliste quotidienne (à une exception près, celle de *Libération*) et audio-visuelle autour d'enquêtes pourtant parues dans un mensuel de vulgarisation scientifique et, par-là, ordinairement promises à une relative confidentialité. Leur principal titre de gloire, mis en avant à de multiples reprises au cours des entretiens, est d'avoir fait la Une du *Monde* et « un

<sup>1</sup> Enquête qui n'a pas été réalisée par le trio.

<sup>2</sup> *Idem*.

<sup>3</sup> Ils nous ont confié être très fiers d'avoir fait, le 25 septembre 1997, la « Une » du *Monde*, de surcroît agrémentée d'un dessin de Plantu.

Plantu. »<sup>1</sup> L'article du *Monde* est, de surcroît, accompagné d'un entretien du ministre de la santé Bernard Kouchner qui estime qu'il faut « en finir avec l'hôpital silence », « tout mettre en œuvre pour assurer la transparence » et « oser parler publiquement, pour l'améliorer, de la qualité des soins, oser dire qu'un soin de mauvaise qualité est un soin dommageable. » Autrement dit, nous y reviendrons, le ministre de la santé profite de la publicité donnée à la « Liste noire » pour justifier la politique de restructuration hospitalière (en gros, la fermeture des petites structures à l'activité insuffisante) que les toutes récentes ARH, mises en place par le plan Juppé en 1996, sont chargées de mener à terme malgré l'opposition des élus locaux et des populations. Cette couverture ample et favorable va d'ailleurs valoir au *Monde* quantités de lettres de protestation, obligeant le médiateur de ce journal à expliquer l'orientation éditoriale en matière de santé. Cela n'empêche pas le quotidien, l'année suivante, lorsque le trio fait paraître son premier véritable palmarès, de publier, certes en pages « Régions » (mais avec accroche de Une<sup>2</sup>), un long article signé par Jean-Yves Nau reprenant les grandes conclusions de la nouvelle enquête, carte des services les moins performants et interview de Bernard Kouchner (« Ne cachons plus la vérité aux Français ») à l'appui<sup>3</sup> même si un éditorial de la rédaction intitulé « Hôpital et transparence » tient à souligner l'inquiétude éprouvée face à la « dérive consumériste à l'Américaine » et la marchandisation de la santé dont les palmarès pourraient être les signes avant-coureurs. Toujours en 1997, *Le Figaro* se fait l'écho de la « Liste noire », même si ce n'est pas en Une<sup>4</sup>.

Les retombées médiatiques sont donc considérables, tant dans la presse nationale que régionale, généraliste ou spécialisée (médicale notamment), ce qui a sûrement contribué en retour à doper les ventes de *Sciences et avenir*<sup>5</sup>. Ainsi, pendant une semaine entière, du 25 septembre 1997, date de la sortie de la

---

<sup>1</sup> « Une enquête sur les risques encourus à l'hôpital conduit Bernard Kouchner à accélérer ses réformes », *Le Monde*, 25 septembre 1997. Les journalistes du *Monde* semblent adhérer pleinement à la démarche des journalistes de *Sciences et avenir* dont ils reprennent le récit héroïque et la présentation flatteuse : « La liste noire des hôpitaux » publiée dans le numéro d'octobre du mensuel *Sciences et avenir*, risque de faire trembler tout l'édifice hospitalier public et privé français. Après dix-huit mois d'investigations dans un milieu qu'ils qualifient de « forteresse », le mensuel publie un édifiant dossier, basé sur des documents officiels des caisses régionales d'assurance-maladie (CRAM), recoupés grâce à différents rapports d'expertise des administrations sanitaires et à des reportages *in situ*. L'état des lieux est accablant. » Les journalistes du *Monde* reprennent aussi dans le corps de l'article les principales révélations du mensuel de vulgarisation scientifique. Le dessin de Plantu, figurant en Une, représente un hôpital délabré devant lequel un médecin, campé à côté d'un grand panneau « H. Silence », dit « chuutt » au micro d'un journaliste, magnétophone en bandoulière. Le numéro du *Monde* comprend de surcroît, consécration suprême, un éditorial. Toutefois, dès le lendemain, *Le Monde* se fait l'écho des critiques émises, dans un communiqué, par les praticiens hospitaliers et de la conférence des directeurs généraux des CHU à l'encontre de la méthodologie et des indicateurs retenus par les journalistes.

<sup>2</sup> « Le premier classement des hôpitaux selon le risque chirurgical », *Le Monde*, 2 septembre 1998.

<sup>3</sup> Nau (J.Y.), « Le système hospitalier recèle de profondes inégalités », *Le Monde*, 2 septembre 1998. Dès le 9 septembre, le quotidien fait paraître, dans les pages Horizons – débats, une tribune de Laurent Sedel, chef du service d'orthopédie-traumatologie à l'hôpital Lariboisière et directeur d'unité associée au CNRS, intitulée « L'étrange classement des hôpitaux » dans laquelle l'auteur, qui ne cache pas s'être « précipité sur l'enquête de Sciences et avenir [...] avec le secret espoir de [s']y voir briller au firmament tel un cuisinier lorsque paraît le Michelin », s'interroge sur la reprise par le journal « sans étude critique des principales informations » de cette enquête. Signalons que, fort opportunément, le 29 septembre 1998, *Le Monde économie* publiait un article sur les usages sociaux des statistiques, dans lequel était interviewé le sociologue et statisticien Alain Desrosières. Celui-ci y insistait sur l'évolution de la demande de statistiques, dans le sens de leur plus grande individualisation et localisation : « Par exemple, au lieu des statistiques globales de réussite scolaire, la demande va porter sur la comparaison entre établissements. L'extension d'une logique marchande ou consumériste suscite des objets statistiques qui auraient été impensables il y a quinze ans, comme les palmarès des lycées et même récemment le palmarès des hôpitaux. » Gherardi (S.), « On ne peut séparer une statistique de son usage », *Le Monde*, 29 septembre 1998.

<sup>4</sup> Vigny (M.), « 478 hôpitaux dans le rouge », *Le Figaro*, 25 septembre 1997. Cf. à l'autre pôle du champ de la presse quotidienne nationale, l'article de *L'Humanité*, « Hôpitaux, une enquête à haut risque », 25 septembre 1997. Toutefois, les journalistes de ce quotidien proche de la CGT, syndicat fortement implanté dans le secteur hospitalier public, sont plus critiques à l'égard de cette enquête, dans la mesure où celle-ci suggère la nécessaire fermeture de petites structures en sous-activité et, où, par conséquent, la qualité des soins ne serait pas assurée.

<sup>5</sup> Il est impossible ici de développer plus avant ces retombées médiatiques dont nous avons pu mesurer l'ampleur en consultant les archives volumineuses des journalistes. Ces dernières, exhaustives (elles contiennent toutes les dépêches AFP, les articles de presse, les courriers, etc.), soigneusement classées (ce qui est assez rare dans la presse), attestent au passage que les journalistes sont très attentifs aux retombées presse de leur travail mais aussi que leurs

« Liste noire », jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre 1997, les reprises vont se multiplier, souvent en Une<sup>1</sup>. Dans un premier temps, les quotidiens nationaux, et *a fortiori* régionaux, se contentent de reprendre purement et simplement les résultats des palmarès, sans les discuter. Ce n'est que dans un second temps, et timidement, que les colonnes des journaux donnent la parole aux médecins et aux responsables des établissements mis en cause. Les entretiens menés auprès de journalistes sociaux et médicaux confirment cette adhésion de la part des autres journalistes.

On peut avancer plusieurs raisons pour expliquer ce consensus journalistique. En premier lieu, si la santé a toujours été une valeur médiatique sûre, elle l'est encore plus en ces années 96-97. Au cours de cette période en effet, la restructuration du parc hospitalier est un enjeu particulièrement saillant et sur le plan politique et sur le plan médiatique. Les controverses autour du « Plan Juppé » et de la création des Agences régionales de l'hospitalisation, puis la médiatisation des conflits relatifs à la fermeture des services de chirurgie et d'obstétrique du Centre hospitalier de Pithiviers, inscrivent sur le haut de l'agenda médiatique la question du maintien des « petites structures de proximité »<sup>2</sup>. Les publications *Sciences et avenir* de 1997 et 1998 tombent donc à point nommé et contribuent à relancer un débat qui avait tendance à décliner, faute d'arguments nouveaux. En second lieu, et plus prosaïquement, les journaux ne peuvent ignorer des enquêtes qui suscitent de telles ventes ; une large reprise, c'est aussi l'espoir de voir ses propres ventes dopées par ce succès commercial, sans en assumer les coûts de fabrication.

Cependant, cette généreuse couverture médiatique semble aussi avoir des causes plus profondes. Tout d'abord, pour nombre de journalistes, comme d'ailleurs pour le trio, le succès commercial d'une enquête constitue une mesure objective de sa valeur, à l'instar de l'audimat pour la télévision. Des ventes aussi considérables sont perçues comme un plébiscite massif de l'« opinion publique ». Ensuite, ces publications correspondent aux catégories de l'entendement d'un nombre croissant de rédactions. Fournissant des informations inédites de première main, chiffrées (on sait l'appétence de la presse pour les chiffres) et présentées sous une forme familière – un palmarès ou un classement – ces enquêtes fournissent en outre une preuve éclatante de l'indépendance, de la légitimité et du rôle social de la presse<sup>3</sup>. Pour le dire autrement, ces publications, alliant heureusement journalisme d'investigation et journalisme de marché, valorisent l'ensemble de la profession. Face à ce consensus journalistique, les critiques peinent à se faire entendre.

#### *Mobilisations lectorales : des pactes de lecture multiples*

L'abondance des lettres et des appels téléphoniques, même s'ils sont loin d'être tous élogieux, renforce le sentiment des journalistes d'être utiles socialement. Les ventes, le courrier (le verdict populaire), les reprises dans la presse (la reconnaissance des pairs) : trois manifestations de l'intérêt du « public » que les journalistes mettent en avant, non seulement parce qu'ils y voient des signes « objectifs » de leur réussite mais aussi parce que, plus stratégiquement, elles sont trois arguments de poids opposés à la mobilisation d'un autre public : les praticiens hospitaliers mis en cause. En réalité, l'analyse du courrier des lecteurs montre le caractère stratégique de son usage par le trio, qui le construit en ressource mobilisée en contrepoint des lettres envoyées par les praticiens et des directions hospitalières mis en cause. Les

---

enquêtes nécessitent l'entretien d'une correspondance importante et la tenue de dossiers pour faire face aux éventuelles poursuites judiciaires.

<sup>1</sup> La presse quotidienne populaire ou régionale opte ainsi pour des titres très alarmistes : « Danger, hôpitaux en crise » (*France soir*), « Faut-il avoir peur des hôpitaux ? » (*Le Parisien*), « Hôpitaux accusés » (*Le Berri Républicain*), « Hôpitaux : l'enquête qui fait mal » (*L'Union*), « Ces hôpitaux qui font peur » (*La Dépêche du Midi*), « Hôpitaux : la liste noire » (*Les Dernières nouvelles d'Alsace*), « Hôpitaux : des raisons d'être inquiets » (*La Provence*), « Hôpitaux : l'enquête qui crée un malaise » (*Le Midi Libre*). Les classements ont bénéficié de surcroît d'une reprise télévisuelle importante, surtout en 1997, en faisant, pendant deux jours (24 et 25 septembre 1997) la Une des journaux télévisés de l'ensemble de chaînes.

<sup>2</sup> La presse, notamment hebdomadaire, s'est fait largement l'écho des débats et des mobilisations provoqués par les projets de fermeture des « petites structures de proximité » par les toutes nouvelles ARH mises en place par les ordonnances hospitalières Juppé. Cf. par exemple, « Les inégalités entre hôpitaux », *Le Point*, n° 1221, février 1996, « Hôpitaux : ceux qu'il faudrait fermer », *Le Nouvel observateur*, n° 1626, janvier 1996 ; « Hôpitaux : les gâchis et les risques », *Le Point*, n° 1307, octobre 1997.

<sup>3</sup> Marchetti (D.), « « Les révélations » du journalisme d'investigation », art. cit.

courriers de lecteurs sont sélectionnés de façon à conforter le récit de la lutte entre « simples » patients, désireux d'être informés, et gardiens de l'omerta hospitalière, jaloux de leurs secrets. Car, loin d'être exclusivement favorables, les courriers témoignent surtout de la grande diversité des pactes de lectures susceptibles d'être passés avec des publications foncièrement hybrides, relevant tout à la fois de l'information consumériste et de service, du scandale et de l'investigation. Le courrier le plus valorisé par les journalistes (et, il est vrai, le plus volumineux), parce qu'il serait, selon eux, révélateur de leur utilité sociale, est composé de demandes précises sur tel hôpital ne figurant pas dans les classements de la part de lecteurs devant subir prochainement une intervention chirurgicale. D'autres lecteurs sont davantage dans la catharsis que dans la posture consumériste : ils décrivent par le menu l'erreur médicale dont ils auraient été les victimes non reconnues comme telles, donnant à l'appui de leurs accusations moult détails personnels, voire des éléments de leur dossier médical. Certains déplorent le manque d'information sur la qualité des soins délivrés dans tel ou tel établissement. Ces récits dénonciateurs sont très souvent à la première personne. Il n'y a en général pas de « montée en généralité » et ils se cantonnent au registre du témoignage, se satisfaisant d'exemplifier et de conforter les allégations des journalistes contre « l'omerta hospitalière. » Seule une minorité de lecteurs effectue un tel travail de montée en généralité, évoquant le non-respect du principe de l'égalité d'accès aux soins, du droit à l'information, des carences des pouvoirs publics, etc. Certains lecteurs, davantage « politisés », s'emploient même à suggérer d'autres pistes à investiguer, comme les infections nosocomiales. Toutefois, le plébiscite souffre des exceptions. Des lecteurs écrivent, en effet, pour manifester leur désaccord, qu'il s'agisse de protester contre la démarche elle-même, d'exprimer leurs doutes quant au classement de tel ou tel service où ils ont été soignés de manière satisfaisante ou, encore, de mettre en question le bien-fondé de la méthodologie.<sup>1</sup> De ce rapide survol du courrier des lecteurs, on peut retenir que les palmarès sont les objets d'investissements et de pactes de lecture multiformes, loin d'être réductibles à la seule posture consumériste sur laquelle la controverse s'est finalement refermée.

#### *Condamnations judiciaires et restauration progressive de l'autonomie du champ médical*

Les réactions médicales à ces publications ne se font guère attendre<sup>2</sup>. Leur logique profonde réside dans la volonté de rétablir, par le droit ou les protestations officielles, la clôture symbolique censée préserver le champ médical des intrusions extérieures<sup>3</sup>. Ainsi, *Sciences et avenir* doit publier les très nombreux droits de réponse réclamés par les praticiens mis en cause dans les numéros suivants. La lecture de ces courriers montre d'abord à quel point le « public » et ses attentes sont des enjeux de lutte entre les protagonistes de la controverse. Remarquons d'abord que les auteurs de ces lettres partagent la même croyance que les journalistes dans la capacité des palmarès hospitaliers à faire et défaire les réputations, capital symbolique particulièrement efficient dans la régulation de la concurrence au sein du champ médical.<sup>4</sup> Ainsi, les médecins, souvent dominants dans leur univers (ce sont des hospitalo-universitaires), sont prédisposés à concevoir le « public » dans la plus pure tradition du « paternalisme » médical : si les palmarès sont un grave danger, c'est parce que les patients sont influençables. À cette vision paternaliste et quelque peu condescendante fait écho la croyance non moins tenace des journalistes dans le mythe « audience = influence ».<sup>5</sup> Les praticiens et les chefs des établissements mis en cause puisent dans l'arsenal de « critiques réactives » élaboré depuis deux siècles et demi pour s'opposer au pouvoir de nuisance de la presse qui, sous l'effet des vagues de démocratisation et d'extension du capitalisme, s'étend sans cesse à de nouveaux univers sociaux historiquement protégés. Les accusations de prétention intellectuelle, de soumission aux puissances de l'argent et, surtout, d'irresponsabilité et d'inauthenticité sont

<sup>1</sup> Par exemple, l'utilisation des données PMSI 96 pour classer les hôpitaux en fin 1997 ou en 1998.

<sup>2</sup> Le site Internet d'information professionnelle médicale *MedHermes* a réalisé une enquête d'opinion auprès de 540 médecins libéraux et hospitaliers « répartis uniformément sur le territoire ». Si les résultats doivent être considérés avec précaution, signalons que plus de 80% ont lu au moins un de ces palmarès, que deux tiers d'entre eux en ont discuté avec leurs confrères, que moins d'un tiers estime que l'information diffusée est pertinente mais que 76.7% estiment que ces palmarès ont pu influencer le choix des patients et plus de 86% qu'ils ont porté préjudice à certains établissements. *MedHermes*, « Faut-il classer les hôpitaux ? », 19 novembre 2001.

<sup>3</sup> Pour un recensement historicisé des critiques de collusion, de manipulation, de tromperie, de voyeurisme, de partialité, de suivisme et d'artificialisme adressés aux journalistes, on se référera à Cyrille Lemieux, *Mauvaise presse. Une sociologie compréhensive du travail journalistique et de ses critiques*, Paris, Métailié, 2000, 3<sup>ème</sup> partie.

<sup>4</sup> Eliot Freidson, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984 (1970).

<sup>5</sup> Jacques Le Bohec, *Les mythes professionnels des journalistes*, Paris, L'Harmattan, 2000, p. 67 et suivantes.

particulièrement mobilisées dans la controverse.<sup>1</sup> Déniant aux journalistes leur statut auto-revendiqué d'avocat du « public », les médecins s'emploient à délégitimer l'enquête en invoquant successivement leur goût du scoop à tout prix, leur cupidité, leurs collusions avec certains informateurs et donc leur partialité. Plus généralement ils stigmatisent aussi bien « la superficialité et la prétention intellectuelle avec laquelle ces journalistes tent[ent] d'arbitrer, de l'extérieur, des questions techniques et complexes posées depuis longtemps à l'intérieur de ces espaces »<sup>2</sup> que la contribution journalistique à l'imposition, dans le « grand public », d'une conception marchande et consumériste de la médecine (critique d'« inauthenticité »). Face à ces dénonciations, les journalistes répliquent, de façon prévisible, sur le terrain du « verdict populaire » qui prend ici la forme de ventes colossales et d'un courrier abondant. Ils s'attachent dans les nombreuses pages de droits de réponse qui seront publiées dans les numéros suivants à opposer systématiquement les lettres de soutien de leur « public » à celui de leurs détracteurs.

De surcroît, à la fin de l'année 1999, le directeur de la publication est condamné par le Tribunal correctionnel de Paris à verser 50 000 F d'amende et 400 000 francs de dommages et intérêts aux vingt-sept médecins exerçant dans onze hôpitaux « mal classés » dans le palmarès de 1998. Les parutions de 1997, 1998, 1999 et 2000 suscitent au total plus d'une trentaine de procédures judiciaires initiées par des praticiens hospitaliers (principalement des chirurgiens cardiaques, classés dans l'édition de 1998<sup>3</sup>, mais aussi des anesthésistes) ; le mensuel *Sciences et avenir* en perd douze – alors que les journalistes ont quitté la rédaction - et est condamné à verser une somme totale de 550 000 francs au titre de dommages et intérêts, ce qui, reconnaît l'un des journalistes, « constitue une condamnation en terme de presse très lourde. »<sup>4</sup> Ces procès ont eu des répercussions très importantes sur le produit palmarès. En premier lieu, ils ont contribué à dégrader fortement les relations entre le trio et le directeur de la publication, au point que les journalistes sont licenciés pour faute grave<sup>5</sup>. Surtout, ces condamnations pour diffamation ont contraint le trio et leur nouvelle direction, celles du *Figaro Magazine* puis du *Point*, à définitivement abandonner le classement « des plus mauvais », la fragilité financière de la presse écrite ne permettant pas de supporter le versement de telles indemnités. Du reste, les lectorats de ces *newsmagazines* n'autorisent guère des publications comme la liste noire ou les palmarès de 1998 et 1999 qui pointent d'un doigt accusateur certains membres d'une profession très prisée des annonceurs et souvent abonnés. Les chirurgiens cardiaques, quant à eux, décident de porter l'affaire devant l'Ordre des médecins, deux des journalistes étant, rappelons-le, médecins. Les deux journalistes médecins s'y voient infliger, en mai 2000, un avertissement (soit la condamnation la plus faible, à portée symbolique) pour avoir, selon les termes du jugement, « interprété des informations pour leur donner un caractère sensationnel péjoratif et qu'ainsi ils ont nui, peut-être involontairement au Dr M., auteur de la plainte et à ses malades, ce qui est plus grave ». Les journalistes décident de faire appel de cette décision au nom de la déontologie et de l'indépendance du travail journalistique, explicitant pour l'occasion le rapport de force engagé entre ces deux univers sociaux, *via* les palmarès : « La déontologie journalistique prime sur la déontologie médicale. [...] S'il y a des raisons de poser des questions dérangeantes, il nous semble que c'est déontologiquement correct de les poser ».<sup>6</sup> Ces réactions mêlent indistinctement accusations de « mercantilisme » et de « sensationnalisme » et critiques

---

<sup>1</sup> Cyrille Lemieux, *Mauvaise presse. Une sociologie compréhensive du travail journalistique et de ses critiques*, *op. cit.*

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 59.

<sup>3</sup> Le premier véritable palmarès, celui de 1998, classe non pas des hôpitaux, comme le titre semble le suggérer, mais des services spécialisés dans quatre disciplines : la chirurgie cardiaque, orthopédique, digestive et l'urologie.

<sup>4</sup> Comme le déplore et le précise un des journalistes classeurs, « *Sciences et avenir a été incapable de se défendre, les auteurs, c'est-à-dire nous trois ayant été virés alors que dans ce genre de procès ce sont les auteurs qui alimentent l'avocat. En face, l'avocat, qui est une professionnelle du secteur, avait bâti des très bons dossiers. Donc les condamnations n'ont pas fait de pli. [...] Aux yeux de la justice quand il y avait des chiffres erronés, même quand ils émanaient d'une base officielle nationale obtenue dans des conditions légales, nous n'avions pas été sur place dans les établissements incriminés pour vérifier la réalité de ces chiffres et donc nous portions tort à la réputation des hommes, puisqu'il s'agissait que de médecins, des hommes médicaux qui animaient les structures.* »

<sup>5</sup> Cette dégradation des relations tient à de multiples causes, qu'il ne nous a pas été possible de totalement élucider. Outre des « incompatibilités d'humeur », la tension, alimentée par les procédures judiciaires, entre les journalistes et leur supérieur est aussi liée à l'autonomisation des premiers au sein de la rédaction, conscients de la valeur économique et journalistique de leurs productions et soucieux de préserver leur secret de fabrication. Finalement, les journalistes saisissent les prud'hommes et parviennent à faire reconnaître leur licenciement comme étant abusif.

<sup>6</sup> Interview à *Medbermes*, 19 novembre 2001. Il faut tout de même signaler que les journalistes ont bénéficié, au cours de la procédure disciplinaire, du soutien du Pr Bernard Guiraud Chaumeil, neurologue et par ailleurs président du conseil d'administration de l'ANAES !

méthodologiques, dont le fil conducteur est de défaire les mises en équivalence statistiques opérées par le PMSI au nom de la singularité de chaque cas et de l'idéal artistique de la médecine.

En conclusion, si l'on se place dans une perspective diachronique, certains agents du champ médical ont exercé une double contrainte sur le processus de production des palmarès : en tant que sources ou en tant que plaignants. En fait, les procès montrent une nouvelle fois combien les journalistes médiatisent les luttes internes au champ médical. *Via* les palmarès et les décisions de justice, ce sont, en effet, deux fractions et deux conceptions, « moderne » (les prétendants) et « traditionnelle » (les établis) de la pratique de la médecine hospitalière qui s'affrontent. Et, au fil des publications, ce sont les consacrés du champ médical qui parviennent à s'imposer, par la dissuasion judiciaire mais aussi par les droits de réponse et la suggestion de critères plus « pertinents », c'est-à-dire aussi plus conformes à la hiérarchie médicale. La banalisation des palmarès hospitaliers est donc d'abord une normalisation au regard de l'état des rapports de force qui structurent le champ médical, comme en attestent les dernières parutions qui consacrent les PU-PH exerçant en CHU. Les indicateurs retenus par les journalistes, qui, entre temps, ont renoncé à classer les services les moins performants, ont beaucoup évolué depuis la liste noire de 1997 : tandis que cette dernière s'en tenait à des indicateurs et des sources d'information limités parce que globaux (comme le taux global de mortalité par établissement), les parutions suivantes intègrent une partie des critiques qui ont été adressées aux journalistes, lesquels affinent progressivement leurs indicateurs, notamment d'activité et de mortalité, qui cherchent à évaluer de façon plus précise chaque service, et en ajoutent d'autres (comme l'information du public ou la durée de séjour). De fait, au fil des parutions, le classement établi par les palmarès tend à se caler sur la hiérarchie médicale et, par conséquent, à respecter l'autonomie de ce champ. Simultanément, la consécration des journalistes, qui connaissent une ascension professionnelle exceptionnelle en moins de six années, joue aussi leur rôle dans la baisse de la charge polémique des palmarès<sup>1</sup>. Ils deviennent même de véritables « experts », sollicités aussi bien par la FHF que par l'ANAES, des sociétés savantes, des organisateurs de congrès de certaines spécialités médicales et même par l'IEP Paris dans le cadre de séminaire sur le devenir de la politique hospitalière. Devenus dominants dans leur univers (ils sont aussi beaucoup sollicités par des écoles de journalisme)<sup>2</sup>, leur humeur anti-institutionnelle s'atténue, même si cette normalisation donne lieu à des rationalisations qui préservent l'image héroïque que les journalistes ont et donnent d'eux-mêmes ; ils considèrent ainsi ces invitations comme le symbole de leur réussite professionnelle et, surtout, de leur victoire contre « l'omerta hospitalière » :

*« Déjà c'est une grande victoire d'être convié. La première année, le patron des cliniques a convié P. et J., moi j'étais en reportage, pour les traîner dans la boue et leur dire : jamais vous n'aurez d'infos, pour les passer au tourniquet. Deux ans après ils nous invitent à leur séminaire. Moi avec mon petit ordinateur en train de faire une démonstration à l'ANAES, vous vous rendez compte. Des journalistes qui font une démonstration à l'ANAES, on croit rêver. Vous avez un connard qui n'a pas apprécié mais il faut quand même se rendre compte de l'intrusion... Et puis ce qui les a bloqués, c'est qu'il y en a deux qui sont médecins. En plus. Donc difficilement critiquables... Mais l'intrusion dans leur monde, leur monde c'est-à-dire on va faire ça entre nous, pas trop de trucs qui fâchent, etc. Moi quand je vois ça, il y a peut-être un connard qui critique mais enfin... C'est une reconnaissance de ce que l'on a fait. Attendez, on fait dix séminaires par an. Moi j'étais devant les orthopédistes l'année dernière, je les ai massacrés, mais il y a toujours des cons pour dire : oui, mais votre méthode de calcul, gagna. Moi dans ce cas là je leur dis vous commencez à me faire chier, je vais brancher l'ordinateur, y'avait le fils de l'inventeur de la prothèse qui était là, et puis je lui ai montré la liste de tous les établissements qui en faisaient moins de dix par an. Je lui demande : vous y allez-vous ? Vous n'y allez pas. Alors. C'est tout. Donc on est convié régulièrement. »*

---

<sup>1</sup> Ces remarques sont issues de nos réflexions avec Philippe Ponet qui s'est particulièrement intéressé aux sources et aux réactions médicales contre les palmarès. Cf. Ponet (P.), *Le champ médical à l'épreuve du journalisme. Le cas des « palmarès des hôpitaux » parus dans la presse entre 1992 et 2000*, op. cit. Ces réflexions ont donné lieu à une présentation commune lors du VIIème Congrès de l'association française de sciences politiques à Lille, dans l'atelier animé par P. Lehingue sur « la quantification des univers à haute densité symbolique ». Qu'il en soit ici particulièrement remercié. Ponet (P.), Pierru (F.), « « On les aura ! Banzai !!... ». Les palmarès comme coup d'état spécifique », Communication au VIIème Congrès de l'association française de sciences politiques, Lille, 2002.

<sup>2</sup> Significativement, les palmarès des hôpitaux sont érigés par l'auteure du *Guide du reporter dans le monde de la santé* en exemple du journalisme d'enquête en matière médicale, l'un des journalistes du trio y étant même interviewé pour raconter leur histoire, évoquer les réactions qu'ils ont suscitées et donner sa conception du journalisme. Bézié (M.-C.), *Le guide du reporter dans le monde de la santé*, op. cit.

Vivement interpellés par un tel succès, les pouvoirs publics ont été sommés de réagir, non seulement sous la pression des praticiens et des directeurs hospitaliers, mais aussi parce que de telles ventes semblaient suggérer une forte demande d'information de la part des usagers/patients. Ce « plébiscite » populaire ne pouvait, de surcroît, être ignoré alors que le gouvernement socialiste s'apprêtait à lancer les Etats généraux de la santé, censés donner la parole aux « usagers » et aux « citoyens ». Une vue très superficielle des faits conduirait à valider ce que le bon sens suggère, *i.e.*, que les agents des champs bureaucratique et politique ne sont guère enclins à voir d'un bon œil ce type d'enquêtes, dont l'un des objectifs avoués est de mettre en lumière les carences de l'action de l'Etat face à des enjeux particulièrement sensibles et saillants pour les individus. Les agents de l'administration de la santé se voient ainsi interpellés sur leur incapacité à objectiver et à réduire les inégalités (sociales) en matière de prestations de soins. Les journalistes le disent sans ambages : ils estiment avoir fait le travail du ministère de la Santé. Le personnel politique, quant à lui, est doublement accusé. D'une part, dans le cadre d'un discours finalement très classique sur la « crise de la représentation politique », les plus hauts responsables politiques de la santé sont stigmatisés pour leur manque de courage, leur faiblesse face aux « corporatismes » en tout genre, qui les conduisent à repousser sans cesse les restructurations, certes douloureuses et politiquement coûteuses mais indispensables, pour assurer l'égalité des chances face à l'hôpital. D'autre part, et plus gravement encore, les hommes politiques seraient des complices actifs du silence entretenu par une partie des professionnels hospitaliers : en tant que maires et, par conséquent, présidents des conseils d'administration des hôpitaux, les personnels politiques locaux s'opposeraient à la fermeture de structures qu'ils savent dangereuses, faisant soigner leur personne et leur famille dans des hôpitaux plus réputés. La poursuite et la satisfaction d'intérêts électoralistes se paieraient ainsi au prix fort de décès et de bavures médicales dont les plus défavorisés feraient majoritairement les frais. De fait, plusieurs réactions viennent conforter cette vision journalistique particulièrement dépréciative du monde politique. Nous en mentionnerons ici deux.

La première est l'opposition virulente de la puissante Fédération hospitalière de France (FHF), regroupant les élus présidents de conseil d'administration hospitalière, ainsi que de l'Association des Maires des petites villes de France. Si cette dernière organisation s'oppose dès le départ aux palmarès (qui stigmatisent les petits hôpitaux des petites villes en sous-activité)<sup>1</sup>, c'est seulement à partir de 1999 que la FHF va dénoncer la démarche de « désinformation » menée par les journalistes<sup>2</sup>. 1999 et non 1997 ou 1998 car, il convient de le souligner, la « liste noire » bénéficie du soutien (réservé) de la FHF. La

---

<sup>1</sup> « L'APVF déplore que « Sciences et avenir » utilise ces données [PMSI] dans une logique purement médiatique et consumériste, en présentant des « palmarès » d'hôpitaux. Cette démarche ne peut que contribuer à l'aggravation des inégalités. » Communiqué de presse de l'APVF, 1<sup>er</sup> septembre 1998. En mars 1998, l'APVF avait publié un *Livre blanc sur les hôpitaux de proximité* réclamant, au nom de l'égalité d'accès aux soins, la réduction des inégalités de dotation budgétaire entre hôpitaux grâce aux informations tirées du PMSI. L'utilisation journalistique du PMSI retourne cet outil contre les petits hôpitaux en en faisant un instrument de mesure de la qualité des soins. Les indicateurs retenus (en particulier celui de l'activité) ne peuvent, en effet, que pénaliser ces derniers : « Les indicateurs utilisés sont inadaptés. Le critère « activité » se fonde sur le postulat que plus l'activité est importante, plus le service est efficace, ce qui est discutable : l'enquête reconnaît elle-même que des CHU laissent opérer des chirurgiens inexpérimentés. Par ailleurs, les hôpitaux de proximité, nécessaires pour assurer un accès aux soins sur l'ensemble du territoire, ont, par définition une activité inférieure à celle des grands hôpitaux. » *Ibid.*

<sup>2</sup> En septembre 1998, le délégué général de la FHF fait parvenir aux journalistes des remarques et des réserves sur les indicateurs et la méthodologie adoptés afin que les journalistes améliorent à l'avenir leurs publications. A cette date, donc, les dirigeants de la FHF espèrent encore peser sur le processus de production des palmarès en entrant dans une relation de coopération avec le trio afin de parvenir à une « transparence » (évolution jugée inéluctable) mais contrôlée. Ces critiques méthodologiques sont élaborées par des DIM ou encore des économistes de la santé, mandatés par la FHF. L'un deux, DIM d'un CHU, estime, à l'appui d'une lettre du délégué général, que l'« on peut regretter le caractère sensationnel de la publication de Sciences et avenir, même si celle-ci poursuit un objectif louable d'information du public. En effet, dans la plupart des pays développés, les statistiques de santé sont publiques et expliquées ce qui n'est pas encore habituel en France. Les citoyens ne peuvent plus se contenter de la pénombre dans laquelle se complait notre système de soins mais pour autant peut-on accepter sans réponse de telles publications qui malgré les efforts de leurs auteurs utilisent des critères réducteurs sans prendre certaines précautions élémentaires. [...] Si l'objectif de l'étude est incontestable, il est regrettable que les indicateurs choisis soient non seulement frustrés mais faussent l'image de l'hôpital. » S'en suit une déconstruction minutieuse des indicateurs, de leur pertinence et de leur signification.

publication de l'enquête de 1999 provoque définitivement la rupture entre ces deux organisations et les journalistes, ceux-ci se refusant à prendre en considération les critiques méthodologiques de celles-là. Les dirigeants de la FHF réalisent alors qu'ils ne pourront pas influencer le travail des journalistes, dont ils approuvent pourtant la finalité. Cette évolution des prises de position tient aussi aux vives réactions que ces palmarès suscitent au sein du milieu des directeurs hospitaliers et des praticiens hospitaliers, obligeant les représentants de la FHF et de Conférence des DG-CHU à opter pour une attitude d'abord plus critique, puis de condamnation. En 2000, la FHF recommande donc aux directions d'établissements de ne plus répondre aux questions du trio et élabore son propre questionnaire afin de mettre à disposition de tous les journalistes sur Internet les informations relatives aux établissements hospitaliers français<sup>1</sup>. L'objectif revendiqué de cette initiative est de réduire l'effet « sensationnel » des palmarès qui, selon la FHF, « paraît incompatible avec la nécessaire sérénité qui doit présider à une appréciation sérieuse et approfondie de la qualité des soins rendus par les établissements de santé. » Le questionnaire bénéficie du soutien de l'ANAES, de la Conférence des directeurs d'établissements, des Conférences de Présidents de Commissions médicales d'établissements, du Collège national des DIM mais aussi de la DREES. Cette initiative est dénoncée, symétriquement, par tous les journalistes, et pas seulement par le trio, comme relevant de la manipulation et de la désinformation.

Seconde réaction importante du monde politique : en 1999, le Parlement vote en même temps que la Couverture maladie universelle, un article<sup>2</sup> qui restreint l'accès et l'hébergement de la base de données PMSI. Cette disposition prévoit que seuls des institutions comme les services du ministère, les organismes de Sécurité sociale ou les Agences régionales de l'hospitalisation pourront se voir communiquer les données PMSI, les journalistes devant solliciter l'autorisation du ministre de la Santé, statuant de façon discrétionnaire après avis de la Commission nationale de l'informatique et liberté. Autrement dit, toute diffusion hors organismes officiels des bases de données PMSI doit obtenir une décision favorable des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, après avis de la CNIL (et non plus de la CADA). La raison avancée par la Direction des hôpitaux (dont on peut penser que l'initiative est le résultat de la mobilisation de la FHF et des élus locaux), pour justifier une telle restriction d'accès - qui menace gravement la pérennité des palmarès, dont le PMSI constitue la principale source d'information - est que la confidentialité des données PMSI n'est pas garantie. Selon l'étude de la DH, les journalistes pourraient, en effet, identifier par recoupement des données le séjour hospitalier de personnalités<sup>3</sup>. Dès lors que l'anonymat des données n'est pas garanti, qu'elles sont indirectement nominatives, celles-ci

---

<sup>1</sup> Questionnaire FHF sur l'activité des établissements de santé, 10 avril 2000. Clairement, il s'agit pour la FHF, au nom du « souci de prudence et de rigueur intellectuelle », de reprendre le contrôle de l'information communiquée par les établissements aux journalistes et de dénier toute pertinence à l'établissement de palmarès : « Du fait des nombreuses sollicitations médiatiques dont sont l'objet les hôpitaux, il [Le questionnaire] nous semble être un outil permanent d'information externe qui devrait alléger la charge que représentent les réponses à apporter aux questions légitimes des médias. De par son caractère objectif, il est par ailleurs de nature à éviter les dérives subjectives de certaines enquêtes. » Extrait de la lettre de présentation au questionnaire amendé sur l'activité des établissements adressé aux directeurs hospitaliers par la FHF, 24 avril 2001. Ces questionnaires sont issus des réflexions d'un groupe de travail « indicateurs de qualité », mis sur pied par la FHF en octobre 1998, chargé de procéder à une analyse de la littérature française et étrangère et de recenser les indicateurs de qualité existant. Dans ce groupe figurent entre autres des experts de la DREES, du groupe IMAGE (dont certains détracteurs des palmarès), de la Mutualité française, de l'Institut mutualiste Montsouris, de l'AP-HP, du CREDES, ainsi que des membres de sociétés savantes (notamment Jean Carlet, président du Comité technique national des infections nosocomiales). 169 indicateurs répartis en 13 thèmes ont ainsi été recensés, le groupe en retenant au final neuf.

<sup>2</sup> Article 37 de la loi portant création de la CMU.

<sup>3</sup> Selon l'étude de la DH, il y aurait une chance sur deux, en croisant certains critères (âge, sexe, nom de l'établissement et durée de séjour), de retrouver une personne dans 38% des établissements. « Pour rendre totalement anonymes ces données, il faudrait supprimer certains critères comme l'âge et le sexe, qui nous sont indispensables pour orienter les politiques de santé publique » estime ainsi un fonctionnaire de la DH (« Accès aux données hospitalières : le gouvernement ne modifiera pas son projet », *Le Quotidien du médecin*, 15 juin 1999. Il s'agit, selon la DH, d'un risque « ascendant » (ou « par inférence »), certes limité, mais qui contraint à limiter l'accès aux données PMSI. Le risque existe, en effet, de retrouver le Résumé standardisé anonymisé (RSA) d'une personne au sein du fichier pour peu que l'on détienne de certaines informations sur cette personne, par exemple son âge, son sexe, le lieu et la durée de séjour et qu'on les recoupe avec celles qui figurent dans le fichier. Certains de nos interlocuteurs ont ainsi mis en avant le risque que certains journalistes puissent ainsi connaître les motifs de l'hospitalisation de telle « vedette ».

tombent sous le coup de la loi Informatique et Liberté. Les journalistes ne pourront en outre plus accéder au critère de la mortalité, car selon la Direction des hôpitaux la qualité du codage des données n'est pas garantie. Or ce critère est la pierre angulaire des classements. Cette disposition et la méthode cavalière du gouvernement (faire voter une telle disposition dans un projet de loi visant à universaliser le droit à l'assurance maladie), on s'en doute, provoquent l'ire des journalistes, qui tentent alors de mobiliser aussi bien les associations de journalistes, au nom de la liberté de la presse et du droit à l'information, que les parlementaires chargés de voter la loi :

*« Le taux de mortalité, c'est pas qu'on l'a abandonné. Ce qui s'est passé en 1998, c'est qu'on était dans la plus mauvaise des positions. On était viré de Sciences et Avenir. A ce moment là la loi a changé. C'est-à-dire que la base du PMSI qui était publique, et à mon sens l'est toujours, qui est constituée de RSA, il s'est avéré qu'on a fait passé un article de loi scélérat consistant à dire d'abord que c'était pas si anonyme que ça, ce qui veut dire que la CNIL n'avait pas fait son boulot et que deuxièmement, ça devait passer maintenant passer par la CNIL et demander l'avis du ministre. Nous qu'est-ce qu'on a fait ? On a appelé l'Association des Journalistes Médicaux, dont fait partie P. d'ailleurs, on a fait un lobbying d'enfer, on a mailé à tous les députés. On était dehors à ce moment là. On était les auteurs du guide des hôpitaux. On n'était plus rien donc c'était dur. On a réussi à faire virer certains trucs mais c'est passé sous le contrôle de la CNIL. Et la CNIL a rendu son avis qui n'est pas contestable en quoi que ce soit puisque ces gens là sont absolument souverains et que le citoyen n'a absolument rien à dire. C'est : ben voilà, vous, comme on vous soupçonne a priori de vouloir reconnaître les personnes, on va plus vous mettre l'âge précis mais des tranches d'âge, on va quand même vous laisser le sexe, on va vous enlever le mois de sortie, et on va vous enlever la mortalité. Enlever la mortalité parce qu'elle est mal codée. Alors j'ai mis six mois à obtenir l'étude du guignol de la DH qui a pondu ça, qui ne l'a même pas publié, parce que publier ça c'est quand même dire : on code mal le truc. On a du plier. Nous reste la mortalité que sur deux GHM, le GHM SIDA qui ne nous intéresse pas et le GHM infarctus mort immédiate, parce que là ils ne peuvent pas l'enlever puisque c'est un GHM entier. Mais ils ont du se tâter quand même. Donc on a enlevé la mortalité, ça n'a rien changé... Il n'y a eu aucune critique sur le fait qu'il n'y a plus la mortalité, personne ne s'en est aperçu je crois. C'est rentré tellement dans les mœurs maintenant. Voilà. On attend de voir comment on pourra réaborder le truc parce que c'est quand même le critère de base. »*

L'Association des journalistes médicaux grand public (AJIMED), alertée par le trio, proteste, demande immédiatement le retrait du texte « au nom de la liberté de la presse » et rend public un texte intitulé « Hôpital ! Silence ! », dénonçant la « restriction à l'information du grand public » et soulignant l'incohérence de la politique des pouvoirs publics en matière d'information des usagers. Certaines des sources des journalistes montent aussi au créneau pour dénoncer cette atteinte à la liberté de la presse. Parmi les soutiens figurent, par exemple, Elias Coca, qui a longtemps travaillé à la mission PMSI du ministère de la santé (où il a inventé le fameux « point Isa »), auteur de nombreux ouvrages remarquables sur la mesure, à partir des données PMSI, des inégalités de dotation entre hôpitaux<sup>1</sup>. Celui-ci estime que « l'accès à l'information est indispensable » et voit dans le projet gouvernemental « une machine de guerre contre les journalistes dans une période où l'on parle de plus en plus d'infections nosocomiales, de taux de mortalité dans certains hôpitaux ou du coût des hôpitaux publics. Qu'un ministre puisse interdire aux journalistes l'accès à des informations de son propre ministère est digne d'une république bananière. »<sup>2</sup> Cependant l'article est voté, mais dans une version édulcorée : le ministre sera, en effet, tenu de suivre l'avis de la CNIL<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Cf. par exemple, Coca (E.), *Hôpital silence !*, Paris, Berger-Levrault, 1998.

<sup>2</sup> Interview de Elias Coca, entre temps devenu directeur de l'hôpital Antoine Bécère à Clamart, citée dans « Le gouvernement cherche à limiter l'accès à certaines données hospitalières », *Le Quotidien du médecin*, juin 1999.

<sup>3</sup> Assemblée nationale, séance du mercredi 2 juin 1999 et troisième séance du 16 juin 1999. De fait, au cours du débat parlementaire, des députés de droite, médecins et spécialistes des questions de santé pour leurs partis respectifs (Jean-Luc Prél pour l'UDF, Bernard Accoyer pour le RPR), réclament la suppression de l'article 37, visant à « verrouiller l'information », au nom, justement, du droit fondamental des citoyens à l'information et de l'égalité d'accès à des soins de qualité équivalente. Les députés se font alors les porte-parole des journalistes dont ils reprennent mot pour mot les arguments et accusations, comme, par exemple, Bernard Accoyer : « On a choisi l'anti-transparence, l'opacité planifiée, pour essayer d'échapper à une responsabilité déterminante, celle que l'on porte en couvrant de la même façon des établissements qui dispensent des soins très différents en termes de qualité, parce que telle équipe, peu entraînée, n'obtient pas les mêmes résultats que telle autre dans un autre hôpital, qui est particulièrement performante et compétente. En réalité, ceux qui, aujourd'hui, connaissent les meilleures équipes, les services dotés des meilleurs équipements, où ils auront un meilleur traitement, la meilleure intervention, les meilleures chances de survie et de guérison, sans séquelles ou avec le moins de séquelles possibles, ce sont les mieux informés et les plus riches. Le droit à l'information sur le niveau de qualité des soins dispensés par les établissements hospitaliers est donc bien un droit fondamental. » La réponse du ministre de la santé, Bernard Kouchner, est intéressante, nous allons y revenir, à plus d'un titre : même s'il convient que la rédaction de l'article 37 doit être

Néanmoins, en rester à ces réactions, conduirait à négliger les relations d'associés-rivaux qui unissent les journalistes « classeurs » aux responsables publics de la Santé<sup>1</sup>. En effet, si ceux-là sont clairement animés par une humeur anti-institutionnelle, toujours prompts à exhiber leur indépendance, au final, il n'est pas sûr qu'ils ne servent pas certains intérêts des institutions qu'ils se proposent justement de dénoncer. De cette contradiction les journalistes sont néanmoins parfaitement conscients, notamment quand l'un d'entre eux évoque les destins respectifs de leurs enquêtes sur la police et les hôpitaux :

*« Après il y a des coups uniques : l'enquête sur la police, ce n'était pas un palmarès, on a titré comme si s'en était un mais enfin... On l'a fait une fois et on est dans l'incapacité de le refaire une deuxième fois parce que le ministère de l'Intérieur est plus solide et défensif que le ministère de la Santé. Il n'a pas vu le moindre intérêt à notre travail et nous a coupé toute source d'information. Peut-être que le ministère de la Santé y a vu un certain intérêt et ne s'est pas opposé, année après année, à ce qu'on accède au PMSI. C'est une différence en tout cas dans les faits. »*

Les propos tenus par le ministre de la santé Bernard Kouchner au moment de la parution de la Liste Noire sont sans ambiguïté. Lors de l'interview donnée au *Monde* lors de la parution de la liste noire, celui-ci estime qu'il faut en finir avec l'hôpital-silence<sup>2</sup> et que les pouvoirs publics doivent répondre à la demande de « transparence » des usagers sans attendre la publication d'une liste qui « ne [l'] indigne pas » (il lance, au même moment, les Etats généraux de la santé). Le même, toujours ministre délégué à la santé, lors du colloque organisé par l'OCDE sur la mesure de la performance des systèmes de santé en 2002 souligne cette connivence - tacite pour des raisons structurales - entre journalistes et pouvoirs publics pour remettre en cause, au moins jusqu'à un certain point, l'autonomie du champ médical : « La France n'est pas un mauvais système de santé, mais elle a certainement un système d'évaluation insuffisant parce que ce n'est pas la tradition de le faire. Cette tradition, fondée sur un pouvoir médical opaque et une absence de concurrence médicale, faisait croire qu'aller dans un hôpital particulier pour une opération particulière était la même chose sur l'ensemble du territoire. Ce n'est pas vrai. [...] Il faut, bien entendu, essayer de rendre les indicateurs de performance les plus visibles et transparents possibles. Pour le moment, en France, nous assistons à la publication des comparaisons entre hôpitaux plutôt dans la presse que par les autorités officielles. Ce qui est nouveau et encourageant, cependant, c'est que les classifications journalistiques des performances se font à partir des chiffres fournis par les ministères. Ceci révèle un progrès certain dans la collecte des données. »<sup>3</sup> De fait, pris par leurs sources, notamment bureaucratiques, les journalistes ont opté pour des indicateurs (en particulier l'activité) qui favorisent les grosses structures et pénalisent les petites. Dès lors que l'activité est considérée comme une variable clé de la qualité des soins, seuls les hôpitaux et cliniques ayant atteint une taille critique peuvent prétendre bien figurer dans les palmarès.

De façon symptomatique, la « Liste noire » de 1997 s'ouvre sur le récit du déplacement mouvementé de Bernard Kouchner sur le site de l'hôpital de Pithiviers (où « l'accueillent » 1500 manifestants) dont l'ARH a décidé la fermeture du service de maternité suite à la survenue de plusieurs accidents médicaux. Les journalistes, à l'instar du ministre, plaident en faveur de la fermeture des petits hôpitaux, présumés dangereux, et stigmatisent le lobbying des élus locaux pour les maintenir au mépris de la santé de leurs électeurs. Toujours dans la publication de 1997, figure une interview de Gilles Johanet, ancien (et futur) directeur de la CNAMts, qui dénonce le trop grand nombre d'hôpitaux et de cliniques en France et le saupoudrage des moyens qui en découle, sans considération pour la maîtrise des coûts et la promotion de la qualité des soins. Comme toujours, le haut fonctionnaire, présenté comme le « croisé » ou le « zorro » de la « Sécu » par la presse, ne mâche pas ses mots : « Le système hospitalier français est

---

améliorée tout en insistant sur le fait que les libertés individuelles doivent être garanties, celui-ci estime néanmoins que « certes, si l'on se fonde seulement sur le PMSI, on produit des classements discutables, et, pourtant il faut continuer à les produire. Sachez Monsieur Accoyer, que c'est moi et Mme Martine Aubry qui avons donné à *Sciences et avenir* les éléments qui ont permis d'établir un mauvais classement. Mais même les mauvais classements sont utiles et il faut les maintenir. »

<sup>1</sup> Sur cette question des relations presse-politique, voir le cadre d'analyse particulièrement heuristique de J. Charron, *La production de l'actualité*, op. cit.

<sup>2</sup> Lors de la publication par *50 millions de consommateurs* de « La liste des urgences à éviter », Bernard Kouchner, déjà ministre de la santé, déclarait au même journal « qu'il s'agissait là d'une bonne occasion de prendre le taureau par les cornes ». *Le Monde*, 18 novembre 1992.

<sup>3</sup> Kouchner (B.), « Allocution » dans Hurst (J.) (Dir.), *Etre à la hauteur. Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE*, op. cit., p. 389.

incontestablement le plus médiocre en terme d'organisation, et de très loin. Ses performances médicales régressent également faute d'évaluation de leur qualité mais aussi à cause de l'irresponsabilité qui s'est développée. »<sup>1</sup> Dans cette optique, si les restructurations s'imposent, ce n'est pas pour des raisons de coûts (toujours mal perçues par « l'opinion »), mais bien pour des raisons de qualité et de sécurité des soins<sup>2</sup>. Plus généralement, les journalistes, nous l'avons dit, adoptent une position finalement très proche de la conception de la médecine hospitalière que cherchent, depuis les années 80, à imposer, non sans difficultés au regard de la vigueur des oppositions médicales et politiques, les pouvoirs publics (quelle que soit la couleur politique du gouvernement), dont la formulation la plus récente et aboutie est fournie par le rapport « Hôpital 2007 » : tarification à l'activité, « transparence » des coûts et de la qualité des soins, généralisation des techniques de management et de la démarche « qualité » issues du secteur privé, regroupement des services en pôles d'activité et abolition des chefferies de service, etc., bref une médecine plus « moderne », i.e. plus « industrielle » et « protocolisée ». Ce n'est pas un hasard si le Pr Guy Vallancien, chef du département d'urologie de l'Institut mutualiste Montsouris – structure hospitalière, appartenant à la FNMF, toujours très bien classée par les palmarès et érigée en modèle par la presse magazine – est à la fois l'un des plus fervents défenseurs des palmarès (il est régulièrement interviewé dans ces publications<sup>3</sup>) et co- auteur du rapport « Hôpital 2007 ». Dans l'édition 1999, c'est le Pr Guiraud Chaumeil, chef de service de neurologie à l'hôpital Purpan de Toulouse mais aussi et surtout président du Conseil d'administration de l'ANAES (instaurée par les ordonnances Juppé se 1996 et mise en place en 1997), qui appuie la démarche des journalistes : « La majorité des médecins français sont bons, mais le système de santé actuel est usé. [...] Car il y a deux manières d'améliorer la qualité : mettre des coups de pied dans la fourmilière, c'est la voie que vous avez choisie, vous journalistes, ou tirer vers le haut le niveau des prestations offertes par un hôpital ou une clinique, c'est la voie que nous avons prise à l'Agence nationale d'évaluation d'accréditation et d'évaluation en santé. [...] L'époque des malades et des patients passifs est terminée. La bonne information qu'il faut pouvoir leur donner, c'est où se faire bien soigner et par qui. Pour cela, il faut être capable de juger un médecin sur autre chose que sa bonne mine, ses beaux yeux bleus et son sourire. [...] En ce sens et à votre manière, vous avez découvert des clignotants – l'établissement qui n'opère pas, celui qui laisse grimper son taux de césariennes, celui qui présente un indice de mortalité élevé... - qui témoignent que la qualité des soins et les risques sont inégaux selon les établissements. »<sup>4</sup> L'approbation donnée aux palmarès par le président du conseil d'administration de l'ANAES ne s'arrête d'ailleurs pas à une interview dans les articles : il va jusqu'à soutenir les journalistes lorsque ceux-ci feront l'objet d'une procédure disciplinaire devant le Conseil de l'Ordre... Nous donnerons deux derniers exemples de l'enrôlement, partiellement involontaire, des journalistes dans des luttes politiques plus larges sur l'orientation de la politique hospitalière. Tout d'abord l'appréciation de Jean de Kervasdoué, importateur des DRG's en France sous la forme du PMSI, qui, s'il trouve « caricaturale » la méthodologie des journalistes, n'en souligne pas moins la nécessité de pratiquer le *benchmarking* – selon une démarche proche de celle des palmarès - dans le secteur hospitalier comme dans tout autre activité industrielle ou de service, les médecins devant désormais rendre des comptes dans l'utilisation qu'ils font de l'argent public même si cela doit conduire à rompre avec le mythe selon lequel tous les médecins pratiquent leur art avec la même dextérité :

« *Q : qu'est-ce que vous pensez de l'utilisation du PMSI par ces enquêtes journalistiques...* »

<sup>1</sup> « La Liste noire des hôpitaux », op. cit., p. 89.

<sup>2</sup> Cf. l'interview de Bernard Kouchner dans *Le Figaro*, au moment de l'installation de l'ANAES. Bietry (M.), « Bernard Kouchner : l'hôpital sera transparent », *Le Figaro*, 15 novembre 1997. L'ANAES se voit assigner la mission « de prévenir, d'évaluer, plutôt qu'attendre l'accident. De remplacer le bouche à oreilles par une véritable information. »

<sup>3</sup> Cf. par exemple « Le Palmarès des hôpitaux 1998 », op. cit., p. 70. Le médecin valide dans cette interview les indicateurs choisis par les journalistes pour juger de la qualité des soins délivrés par les services d'urologie. Au passage, il donne sa conception d'un « bon service » : « C'est un service dans lequel les urologues, entourés de l'équipe soignante, sont capables d'établir le bon diagnostic et de décider d'un bon traitement en prescrivant un minimum d'exams. Ce service a un taux de mortalité qui tend vers zéro, et il est capable d'assurer le suivi de ses patients en relation avec les médecins généralistes. Un service de référence forme aussi des jeunes, s'évalue en permanence tout en participant à des actions de recherche. » Et le praticien de plaider pour un regroupement de la douzaine de services existant en région parisienne en cinq ou six services d'excellence.

<sup>4</sup> « Le palmarès des 500 hôpitaux de France », *Le Figaro Magazine*, n° 17133, 11 novembre 1999, p. V.

*Ce n'est pas trop idiot. Non. Sur la comparaison des établissements, c'est moi qui les pousse à la DREES. N. fait des critiques tout à fait légitimes sur les difficultés d'utiliser certaines informations. Ceci dit, ils ont suffisamment de critères, ils les pondèrent, pas plus mal que ne le fait le guide Michelin. Après si vous savez lire ça par groupes. Quand j'étais à SANESCO, on a fait ça. On a commencé à monter une base de données, quand je suis parti, on avait 600 établissements. On passait notre temps à comparer les hôpitaux. Et ça marche. Certes, sur des critères un peu plus techniques et avec un peu plus de prudence que les journalistes. Mais quand on compare les positions obtenues par rapport à ce que moi je connaissais... Bon. Il y aura toujours des gens qui, au nom de la pureté de l'information, diront qu'on ne peut jamais rien faire. Ça ne veut pas dire qu'il faut faire n'importe quoi. Je pense que leurs derniers critères ne sont pas trop mauvais. Au moins au niveau de la réputation. Mais quand vous regardez le taux de variation [il montre] entre les régions françaises, ça c'est le taux de prévalence... Vous voyez, vous avez quand même une prévalence qui varie de 2.75 à 1. Parmi les nombreux scandales de ce secteur, au sens politique et noble du terme, c'est qu'au nom de la particularité de la médecine personne ne rend des comptes à personne. Or c'est votre argent, c'est le mien, c'est celui de gens qui se lèvent pour bosser. »*

Enfin, dernier exemple, celui d'un ancien président du Haut comité de la santé publique, médecin et spécialiste d'informatique médicale, qui, à l'instar de Jean de Kervasdoué, tient à rappeler les grandes limites méthodologiques des classements mais en approuve cependant le sens, leur succès confortant de surcroît les tentatives de développer l'évaluation médicale et médico-économique contre les oppositions et résistances des porte-parole de la profession médicale :

*« Q : à ce propos vous êtes spécialiste dans l'évaluation hospitalière, vous êtes DIM, que pensez-vous des palmarès hospitaliers ?*

*Il y a le pour et le contre. Le côté positif, d'abord. Ces journaux se vendent. Donc les gens les achètent. Donc ça témoigne d'un intérêt du public pour avoir des informations sur la qualité du système de soins. Donc ça prouve que les pouvoirs publics ont raison de développer l'accréditation, l'évaluation, etc. puisque ça rencontre l'intérêt du public qui se manifeste par les achats et le tirage de ces journaux. Ça prouve que ça plaît. C'est positif ça. Deuxièmement, à mon sens, on peut critiquer les indicateurs qui fondent ces classements, et non les révélations qui peuvent y être faites ou sur la transparence. Pour plusieurs raisons méthodologiques. D'abord ils font un classement parce que ça frappe le lecteur. Or ce sont des classements établis par des méthodes multicritères. Donc la pondération des critères, les mécanismes d'analyse de données qui sont derrière, c'est vrai que ça échappe un peu au lecteur. Et au final, quand on lit l'article, on peut se demander ce qui fait que tel hôpital est classé avant tel autre, quel poids on a pu attribuer aux critères, si on utilise l'analyse factorielle, comment ont été managées les données, bref comment ça marche. [...] C'est à prendre avec beaucoup de circonspection. »*

Cependant, la meilleure preuve de la « connivence épistémique », pour reprendre le mot de Erik Neveu, existant entre les journalistes et leurs sources institutionnelles réside dans l'annonce du ministre de la santé (juillet 2004), Philippe Douste-Blazy : désormais, c'est le ministère de la santé qui publiera un « classement » des hôpitaux en fonction de leur performance en matière d'infections nosocomiales. On observe ainsi une dynamique analogue à celle qui, quelques années auparavant, a « travaillé » le secteur éducatif : les premiers palmarès des lycées furent d'abord le fait de journalistes avant d'être récupérés par le ministère de l'éducation nationale, qui en contrôlent désormais la méthodologie et la diffusion. Quelques années auparavant, en 1999 avait d'ailleurs été installé, sous l'égide de la Direction de la recherche des études et des statistiques du ministère des Affaires sociales, un groupe de travail présidé par un professeur de santé publique. Y étaient associés des chercheurs spécialisés dans l'information médicalisée, des économistes de la santé de l'Inserm, des chercheurs de l'École nationale de la santé publique.

Certains membres de ce groupe étaient d'ailleurs montés au créneau pour critiquer, dans un numéro du magazine concurrent de *Sciences et Avenir*, *La Recherche*, les palmarès hospitaliers, leur finalité, leur méthodologie et leur usage du PMSI. Le mensuel *La Recherche*, incarnant le pôle intellectuel et autonome du sous-espace du journalisme scientifique (c'est-à-dire le plus proche des canons de la rigueur scientifique), décide de pousser le plus loin la déconstruction savante des palmarès en enrôlant certains des concepteurs du PMSI. Après la sortie du palmarès de 1998, le mensuel de vulgarisation scientifique avait donc tenté de susciter la controverse autour ce nouvel objet statistique. L'objectif était double : d'une part, il s'agissait de se démarquer de *Sciences et avenir*, concurrent direct, et, partant, de réaffirmer l'image de rigueur et d'austérité attachée à la revue contre ce qui était perçu comme le parangon du « sensationnalisme en science ». D'autre part, et à l'instar des autres journaux, le but était de profiter des retombées commerciales indirectes générées par la publication des palmarès. Outre l'ouverture d'un site Internet destiné au recueil des réactions et des critiques à l'encontre de ces derniers, la rédaction de *La*

*Recherche* avait contacté le groupe IMAGE<sup>1</sup>, qui avait été étroitement associé à l'élaboration et au développement du PMSI, afin de donner la parole à des experts capables de démontrer la méthodologie employée par les journalistes de *Sciences et avenir*. C'est finalement un médecin spécialiste des systèmes d'information médicalisée, maître de conférence à l'Université de Paris VII dans l'UFR de mathématique et informatique, qui est désigné pour monter au créneau. Ce dernier avait déjà été contacté par le trio de *Sciences et avenir* lors du démarrage de leur enquête, mais il avait alors décliné l'offre, convaincu de l'incompatibilité entre sa démarche de scientifique et celle de l'investigation journalistique. Le numéro spécial de *La Recherche* n'en paraît pas moins en octobre 1999<sup>2</sup> et comporte trois articles consacrés aux palmarès hospitaliers, écrits en collaboration avec deux autres chercheurs du groupe IMAGE.

#### Les principales critiques savantes adressées aux palmarès hospitaliers

Les experts critiquent en premier lieu le détournement du PMSI, conçu avant toute chose pour mesurer la productivité d'un établissement et non la qualité des soins qui y sont prodigués. La productivité n'est même pas un proxy satisfaisant de la qualité, car cette notion, complexe, recouvre bien d'autres dimensions : soins appropriés à l'état du patient, opportunité du moment d'administration des soins, etc. Dans un premier temps, les experts rappellent les qualités, les défauts et les lacunes de la base de données PMSI puis, dans un second, ils déconstruisent les indicateurs retenus par les journalistes : en particulier, le taux de mortalité intra-hospitalière, même pondéré par l'âge des patients, ne peut constituer un indicateur satisfaisant de la qualité des prestations médicales, et *a fortiori* le taux de mortalité moyen. De même, selon eux, *le lien entre la qualité et le niveau d'activité* n'a pas été scientifiquement démontré (en effet, des médecins peuvent pratiquer des actes qui ne sont justifiés médicalement : dans ce cas de figure l'activité est antinomique de la qualité !). La *mesure de la notoriété* dépend, quant à elle, beaucoup de la qualité de la saisie de l'origine des patients (qui ne fait pas l'objet d'une attention particulière), du positionnement géographique de l'hôpital dans l'offre locale de soins. Enfin, la *pondération* de ces indicateurs de résultat, pour parvenir à une note globale, est éminemment subjective, donc contestable. Toutefois, la critique des palmarès, au-delà de ses dimensions méthodologiques, porte, plus radicalement, sur *la conception même de la médecine et de l'hôpital* qu'ils véhiculent. En effet, ce type de palmarès, « *s'il a eu le mérite de faire bouger les choses en obligeant les professionnels à réagir* », reposerait cependant sur une conception ancienne et dépassée du système de santé, hospitalo-centrée, privilégiant la dimension technique et curative de la médecine, régulé bureaucratiquement grâce à des indicateurs de résultat. De surcroît, et un peu paradoxalement, ce type de palmarès importé des Etats-Unis, constitue le cheval de Troie d'un consumérisme médical manifestement peu apprécié par les médecins que sont les trois auteurs des articles : « *Le fort impact émotionnel suscité par l'enquête de Sciences et Avenir tient à l'usage permanent d'un postulat sur lequel est adossée la culture de l'administration sanitaire : la sécurité, considérée comme une dimension essentielle de la qualité, serait réductible à des normes de structure. [...] « Le paradoxe n'est-il pas que ce sont précisément les administrations, responsables du blocage de la diffusion de l'information, qui paraissent sortir renforcées de leur défaite ? [...] L'enquête de Sciences et Avenir met en scène et légitime une forme de régulation bureaucratique où le système hospitalier peut-être piloté d'en haut grâce à des outils et des techniques de mesure objective de leur activité. Elle renforce aussi une approche technicienne de la médecine dont les résultats apparaissent garantis par la mise en œuvre de technologies de pointe, apanage des plus gros établissements de soins.* »<sup>3</sup> Ils stigmatisent ainsi « *une approche mécaniste et industrielle de la production des soins et (d') un usage de systèmes d'informations incomplets.* » L'activité d'un hôpital ne peut, en réalité, être évaluée que dans son environnement, que par rapport aux relations qu'il tisse avec lui, pour plusieurs raisons : en premier lieu, la nature de l'offre de soins non hospitaliers dans l'environnement, le degré de coordination et de coopération avec l'hôpital conditionnent lourdement les conditions et les résultats de l'intervention pratiquée à l'hôpital. En second lieu, l'heure n'est plus au « tout à l'hôpital » mais à la mise en place de réseaux : c'est la chaîne de prise en charge d'une pathologie donnée qui doit être évaluée dans son ensemble et non un seul de ses segments. Dernier argument, et non des moindres aux yeux de ces spécialistes de l'information médicale : ces publications provoquent *une crispation identitaire des professionnels* dont sort renforcée la conviction selon laquelle la production d'information médicalisée constitue un outil de contrôle de leur activité par les financeurs et les gestionnaires et non un levier d'amélioration de la prise en charge globale des patients et de la qualité des soins délivrés. C'est donc toute leur entreprise de mise sur pied de systèmes d'information qui est menacée par de telles publications, qui saperaient la fragile confiance entre les pouvoirs publics, les patients et les médecins. Car, en tant que co-concepteurs du PMSI, ils connaissent les réticences et les résistances qu'ils ont du affronter pour qu'une telle base de donnée voit le jour, les difficultés à enrôler les médecins dans une démarche dont les fondements sont contradictoires avec la tradition clinique et la conception libérale de la médecine. Dès lors, selon eux, tout système d'évaluation de la qualité doit d'abord associer les professionnels afin d'assurer la fiabilité des informations recueillies : « *Deux grands modèles s'affrontent, illustrés respectivement par les Etats-Unis et le Canada. [...] à l'opposé de la pratique régnant aux Etats-Unis où l'usage permanent des systèmes d'information ne fait que traduire un état de méfiance et de conflit au sein du système de soins.* »<sup>4</sup> En réaction au « modèle

<sup>1</sup> Information médicale pour l'aide à la gestion des établissements, groupe basé à l'Ecole nationale de Santé Publique.

<sup>2</sup> *La Recherche*, n°324, octobre 1999.

<sup>3</sup> Lombrail (P.), Naiditch (M.), « Comment partager l'information ? », *La Recherche*, n° 324, octobre 1999.

<sup>4</sup> *Ibid.*

américain », les auteurs rejettent l'*Evidence Based Medicine*, et plus généralement la dynamique de standardisation et d'industrialisation de la médecine, qui fait de cette dernière une activité de service comme une autre et non plus un art. Au final, selon eux, les indicateurs, doivent nécessairement être pluriels afin d'apprécier les différentes dimensions de la « performance » et revêtent la portée de « clignotants », des « tests de dépistage » de dysfonctionnements éventuels. De plus, les indicateurs de procédure (qui renseignent sur les pratiques et les manières de faire) doivent être privilégiés aux indicateurs de « résultats » (le taux de mortalité, le taux de complication) et de « structures » (les ressources humaines, matérielles et financières consacrées aux soins connues avec les statistiques SAE). Dans tous les cas, lorsqu'un doute se fait jour sur la qualité de telle ou telle prise en charge, il faut impérativement revenir aux dossiers des patients, ce que ne permettent pas les Résumés Standardisés de Sortie puisqu'ils sont anonymisés.

Les travaux consacrés à l'étude de la notion de « performance hospitalière » et des informations susceptibles d'être fournies au grand public ont donné lieu depuis 1999 à plusieurs publications.<sup>1</sup> Si les chercheurs y soulignent que le succès des palmarès tient d'abord au fait que l'Etat n'avait, jusqu'à la parution de la « Liste noire », guère investi la question de l'information des usagers, leurs premières recherches (basées sur une revue de littérature internationale ainsi que sur des dispositifs originaux de recueil des attentes profanes) montrent surtout que la notion de « performance » revêt de multiples dimensions (productivité, qualité, sécurité des soins) et qu'elle n'a guère de sens pour les usagers « ordinaires ». La définition de ce qu'est un « bon hôpital » fait l'objet d'appréciations différentes, sinon divergentes, de la part des professionnels, des pouvoirs publics et des « usagers ». Les premiers dénie toute pertinence à l'entreprise de quantification de la performance (les structures étant trop hétérogènes et chaque cas singulier) et refusent toute publication d'informations non contrôlées par les professionnels. Les seconds y voient surtout une potentialité de maîtrise des coûts par la mise en concurrence des hôpitaux (qui les contraindrait à une productivité accrue). Les troisièmes, enfin, recherchent davantage des informations relatives à la description de l'offre de soins (l'orientation) et au quotidien des prises en charge, notamment l'accueil, le service hôtelier, la qualité d'écoute et la disponibilité du personnel. D'une façon générale, les profanes ne se sentent guère compétents (sur le double plan technique et social) pour juger de la qualité clinique des prestations médicales. Dès lors, l'information du type « palmarès » semble peu pertinente et utile aux « usagers ».<sup>2</sup>

Alors que nous interrogeons l'un des journalistes à propos des résultats de ces recherches relativisant l'impact des palmarès sur les comportements de recours aux soins du « grand public », un deuxième membre du trio s'est invité dans l'entretien pour faire part de sa désillusion quant à l'utilité réelle des palmarès. Nous reproduisons ci-dessous l'échange qui s'en est suivi entre les deux journalistes (médecins) car il atteste du désarroi de journalistes mesurant l'écart existant entre leur « public imaginé » sur le fondement de leur intuition et des signaux émis par leur entourage immédiat (sources, autres journalistes, familles et amis) et le « public réel ». L'*illusio* de médecins devenus journalistes subit un revers cinglant : non seulement la définition profane d'une prise en charge hospitalière de « qualité » diffère de son acception médicale mais c'est aussi le « pouvoir des médias » qui est invalidé. Tandis que l'un admet, de manière assez réaliste, que le microcosme dans lequel il évolue n'a que peu de choses à voir avec le « grand public » dont il ne comprend guère les comportements de recours aux soins, l'autre invoque d'autres publics, plus « réactifs » à l'information, afin de préserver l'image qu'il se fait de son travail et de son rôle :

« J. : Il y a des gens qui m'ont dit que ça a eu un impact incroyable. Je suis très sceptique. X [une de leur source] souvent il nous disait : "Ouais vous vous ne rendez pas compte, tu sais quand on avait un peu la déprime et tout, mais vous ne vous rendez pas compte l'impact que ça a eu, nana, les choses ne seront plus

<sup>1</sup> Lombrail (P.), Naiditch (M.) et al., *Éléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers*, Paris, La Documentation Française, n° 2, 2001 ; Ghadi (V.), Naiditch (M.), *L'information de l'utilisateur/consommateur sur la performance du système de soins*, Série Etudes, Paris, DREES, n° 13, 2001 ; Amar (L.) et al., « Une approche expérimentale de consultation des usagers sur les informations relatives à l'hôpital », *Etudes et résultats*, n° 115, mai 2001. Cf. aussi, pour une revue des études internationales sur ce thème, de Pouvoirville (G.), Minvielle (E.), « La mesure de la qualité des soins à l'hôpital : l'état de l'art. Quelle information donner au public ? », in Hurst (J.) (sous la direction de), *Être à la hauteur. Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE*, Paris, Publications de l'OCDE, 2002.

<sup>2</sup> Lire en particulier Bachimont (N.), Letourmy (A.), « L'élaboration d'indicateurs de la performance hospitalière : quels enjeux pour les usagers ? », *Sciences sociales et santé*, 20(2), 2002.

comme avant". Il y a eu un impact dans les ministères, c'est vrai que beaucoup de choses ont changé, c'est vrai.

P. : La qualité, la sécurité, les données PMSI... On se positionne par rapport aux palmarès.

J. : Mais est-ce que ça n'aurait pas avancé sans ça, je ne sais pas.

P. : Ça c'est dans le micromilieu. Lui, il parlait d'un impact plus profond. Moi je pense que c'est le temps plutôt qui a fait ça. Le fait que le fruit était mûr.

J. : L'impact plus profond... Moi je pensais que les Français ils suivaient massivement les recommandations du journal, soit aller dans les établissements machin, soit, quand on leur dit comment choisir une bonne maternité, faire chier systématiquement, alors là il n'y a pas.

P. : Tu ne sais pas... sur une frange de la population certainement.

J. : Sur une frange minoritaire et c'est normal parce que les choses sont beaucoup plus conservatrices que ça et lentes à mettre en place. [...] Les Français continuent à user de l'hôpital selon leurs anciennes habitudes. Ils ont leur médecin...

P. : Moi je ne suis pas d'accord...

J. : C'est une toute petite minorité qui...

P. : ... Je ne suis pas d'accord, les gens partent en vacances, ils se disent où est l'hôpital du coin ? Il y a une frange de la population, une frange éclairée... Là je crois que tu mésestimes ou tu minores l'impact...

J. : Mais si tu regardes les éléments objectifs, les sondages... Toi, tu surestimes l'impact de la presse. [...]

P. : Mais il y a aucune étude qui a été faite. À court terme, les gens s'en rappellent. Ils te disent... Mais ce serait intéressant de faire une étude sur l'impact que ça a.

J. : L'influence, elle est beaucoup plus forte dans le milieu qu'à l'extérieur.

P. : Disons qu'il y a une certaine prise de conscience du public quand même.

J. : A l'extérieur, ce qui est tangible, c'est qu'il y a des succès de ventes colossaux, faut pas dépasser les faits quoi. Pas de fait qui montre que ça a changé le comportement des Français. Par contre ça a changé le comportement du milieu. C'est ce que je te dis.

P. : Je ne te dis pas que le comportement des Français a été totalement changé.

J. : Dans le milieu, en revanche, il y a avant et après. Les mecs se positionnent par rapport...

P. : Le milieu c'est les médecins, les directeurs, c'est le ministère, c'est les mecs qui comptent à la Sécu. [...]

J. : La Fédération Hospitalière de France a fait un questionnaire, tout ça c'est maxi tangible, ça n'a aucun intérêt grand public. Ça n'intéresse pas Madame Michu, je veux dire. Mais c'est très tangible. Moi, j'ai zéro fait tangible qui montre que le comportement du public a changé à part les cas très marginaux, éclairés, friqués, parisiens... Si ce n'est, c'est massif, des succès de ventes quand même répétés [...]. Après, moi, honnêtement, je trouve que ce serait abusif de dire qu'une fois que son appétit a été satisfait, le public change son comportement. Il satisfait son appétit, ça c'est clair et net. Après, les comportements c'est plus long à changer.

P. : Au moment de la Liste Noire, il y avait eu l'affaire de Pithiviers<sup>1</sup>, c'était une affaire très très médiatique, on est tombé en plein dedans. [...]

J. : Ça a servi pour ce que c'est, de l'information, ça a remplacé une certaine communication officielle qui était un peu dure à faire, Kouchner s'est raccroché, Sécurité rime pas toujours avec proximité mais enfin bon, le résultat est le même. Ça n'a pas fermé trois maternités.

P. : Ça n'a pas fermé, mais ça a fait progresser d'un grand bond le processus, c'est tout.

J. : Ça a fait écho quoi. Ça aurait fermé de toute façon. »

On ne saurait mieux dire le flou de la conception journalistique du public. Au cours de cet échange, différents publics sont successivement invoqués et mis en concurrence. Le démenti infligé par l'inertie des comportements du « grand public » est contrebalancé par l'invocation de publics réels, incarnés, connus des journalistes et qui correspondent davantage à leur idéal du « bon public », *i.e.*, le citoyen concerné et le consommateur informé, dont l'acte d'achat du magazine et le « vote avec les pieds » (désertion des structures mises en cause par l'enquête) sont les manifestations de la reconnaissance et de l'utilité sociale du travail accompli.<sup>2</sup> On retrouve ici un constat classique de la sociologie du journalisme :

<sup>1</sup> À la suite de plusieurs accidents médicaux, l'Agence régionale de l'hospitalisation avait, en juillet 1997, décidé de fermer provisoirement la maternité et le bloc opératoire de l'hôpital de Pithiviers. La décision avait alors suscité la forte mobilisation des personnels et de la population locale qui avait obligé le ministre de la santé, Bernard Kouchner, à venir sur le site pour expliquer sa politique de restructuration des établissements de proximité en fonction de critères de qualité et de sécurité des soins.

<sup>2</sup> On pourra s'étonner de la naïveté de journalistes semblant initialement croire en la capacité de leurs publications à changer le comportement des lecteurs. La plupart des patients se font, en effet, soigner dans l'établissement hospitalier proche de leur lieu de résidence, particulièrement dans le cas des urgences où le pouvoir du « consommateur » tend vers zéro ! Cela dit, les palmarès ne classent pas à proprement parler des hôpitaux et des cliniques mais des services pratiquant de la chirurgie « froide », des opérations programmées (pose de prothèses de

les journalistes tendent à imaginer un « public sur-mesure », le plus conforme possible à ce qu'ils sont socialement et à leur conception du métier. La représentation du public et de ses attentes est donc construite en référence à de multiples variables qui sont d'abord liées à l'univers quotidien des journalistes et à leur trajectoire. C'est dans l'interaction et l'observation des pairs, et, plus largement, dans le cadre du microcosme (qui inclut les sources) au sein duquel les journalistes travaillent, que s'élabore cette représentation. Les attentes réelles des lecteurs sont perçues de façon assez vague et, dans tous les cas, elles ne sont qu'un élément parmi d'autres qui entrent dans les anticipations et les calculs de journalistes qui se réfèrent à un large ensemble de signaux conférant au sujet sa valeur journalistique, sa *newsworthiness*, quitte à rationaliser *ex post*, en fonction d'intérêts immédiats (se défendre des accusations des médecins et des responsables de directions hospitalières), le succès rencontré et les appropriations du produit. Là encore c'est dans l'interaction, dans des conflits et des luttes, que s'impose progressivement une interprétation légitime du succès rencontré.

#### *Autres journalistes, autres contraintes, autre public*

Il est intéressant de noter que les critiques du groupe IMAGE vont être partiellement récupérées par un journaliste du *Figaro Magazine* pour élaborer un nouveau palmarès hospitalier alors que le trio, emmené par Franz-Olivier Giesbert, vient de quitter l'hebdomadaire pour rejoindre *Le Point*. La direction du *Figaro Magazine* souhaite alors (nous sommes à la fin de l'année 2000) immédiatement réagir face à ce qu'elle considère non seulement comme une « trahison » mais aussi comme un grave préjudice, eu égard aux surventes générées par les palmarès dans un contexte où le magazine est dans une situation financière fragile et envisage de licencier certains de ses journalistes. Le profil de l'équipe mise en place est, de fait, radicalement différent de celui du trio : le journaliste, titulaire d'un DEA d'histoire contemporaine, est le fils d'un hospitalo-universitaire, chef de service dans un hôpital PSPH parisien<sup>1</sup>, « a ses entrées dans l'AP-HP » (il a animé une série de réunions pour la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France présidée par Bernadette Chirac), a travaillé dans la presse sociale<sup>2</sup> et a été responsable de la communication d'un hôpital parisien ; il est rejoint par une documentaliste et un ancien journaliste passé par la presse économique, absolument pas spécialisé dans les questions de santé. Le principe méthodologique de départ est d'interroger les médecins généralistes par sondage (réalisé par l'IFOP) dans la mesure où ce sont eux qui sont les mieux à même d'apprécier la réputation d'un service et qui constituent les premiers vecteurs de l'information des patients<sup>3</sup>. De plus, une enquête par questionnaire est lancée auprès des établissements<sup>4</sup>. Enfin, le journaliste décide d'entrer dans une relation de collaboration étroite avec les principales organisations et institutions du secteur (la FHF, la FIEHP, l'UHP, la direction des hôpitaux, l'AP-HP), ce qui suppose de se démarquer explicitement du trio dont la réputation « sulfureuse » dans le monde hospitalier est un obstacle à la production d'un nouveau palmarès. Une telle démarche et de telles

---

hanche, chirurgie intestinale, chirurgie cardiaque, etc.) pour lesquelles l'individu a *potentiellement* une marge de choix (sous réserve quand même que l'assurance maladie accepte de rembourser les soins dispensés dans un établissement éloigné de la zone de résidence). Par ailleurs, le premier palmarès, paru en 1997, était en fait une « liste noire » nommant un à un les établissements qu'il convenait d'éviter, non de choisir. Pour autant, les entretiens que nous avons menés semblent confirmer l'existence d'une telle croyance dans l'avènement d'un patient rationnel et avide d'information pour faire des choix avisés, comme il existe, dans le champ politique, une croyance dans l'avènement d'un électeur-citoyen informé, politisé, rationnel voire stratège, en dépit des démentis empiriques que la sociologie politique ne cesse de lui infliger. Dans les deux cas, le sociocentrisme spontané tient lieu de schème de perception.

<sup>1</sup> Comme il le dit lui-même, issu du milieu médical parisien, il « connaît tous les anciens patrons de l'AP-HP. Il y avait cette connivence là en plus. Qui facilite l'accès aux sources. »

<sup>2</sup> Il a en outre écrit des guides de gestion à destination des médecins libéraux.

<sup>3</sup> Le principe d'une évaluation du monde médical par les seuls médecins est posée d'emblée comme évidente, dans une logique de distinction avec les palmarès réalisés par le trio : « Cela n'a pas été une affaire facile. Une certitude s'est vite imposée : qui connaît mieux que votre médecin de famille les meilleurs établissements de votre région ? Il sait apprécier les équipes médicales, leur façon de travailler, leurs performances, leurs points forts et leurs points faibles : comme eux il est médecin. Et quand ses patients reviennent le consulter au retour d'un séjour à l'hôpital ou à la clinique, il est le meilleur juge du travail effectué et celui qui écoute commentaires et appréciations. » « Hôpitaux et cliniques : le 1<sup>er</sup> palmarès établi par vos médecins. Le vrai classement par région et par spécialité », *Le Figaro magazine*, 8 septembre 2001.

<sup>4</sup> Ce qui suppose, pour obtenir un bon taux de réponse, l'aval de la FHF et, d'une façon générale, des principales institutions médicales et sanitaires : « Huit mois d'enquête, d'analyse de rapports et de documents, de contacts permanents avec des responsables de l'hospitalisation publique et privée, des médecins libéraux et hospitaliers, des cadres infirmiers, ont validé l'adéquation de notre démarche aux réalités de terrain. » *Ibid.*, p. XL.

sources excluent donc d'évaluer la qualité même des prestations médicales, ce qui ne peut que faciliter les relations entre journalistes et leurs sources<sup>1</sup> :

*« Quand je suis allé les voir la méthodologie était déjà bien arrêtée. Il y a deux choses, je crois : effectivement, quand on arrive dans toutes ces assemblées, il y a deux choses. Il y a l'étiquette Figaro Magazine, qui est très lourde à porter. Sauf qu'il y a un avantage quand j'étais engagé ici, c'est que ces braves gens me connaissaient d'avance, enfin je les connaissais déjà. Et ce qui leur a plu je crois dans l'approche c'est qu'effectivement, ce n'était plus du PMSI, c'était du sondage. C'était une approche qui les amusait et là où on a du batailler, mais finalement pas tant que ça, ça a été sur le questionnaire qu'on leur a envoyé. Parce que la FHF a dit, nous, on a déjà un questionnaire et notre questionnaire est très bien fait, etc. Il se trouve qu'il y a du y avoir trois établissements qui nous ont renvoyé le questionnaire FHF. Pour synthétiser, je crois que ce qui a plu c'est un que l'on fasse appel à un sondage et que ça rentre dans leur stratégie de mise en réseau ou en tout cas d'agiter le réseau comme une stratégie politique de la part de chacune de ces fédérations. Ce qui leur a beaucoup plu aussi dans le questionnaire, c'est qu'à aucun moment on ne cherchait à questionner l'acte médical. C'est-à-dire que l'appréciation du service médical rendu n'était donnée que par le sondage. Après il peut y avoir des tas de discussions méthodologiques là-dessus mais en tout cas comme point d'entrée c'était vraiment ça. Mais, moi, clairement, j'ai du batailler ici en interne, la première année. J'ai dit : on ne peut pas, étant donné la manière dont ce système fonctionne et son pouvoir de nuisance, non, plutôt d'obstruction de l'information, le premier moment cette année, ça va être de regagner la confiance des établissements parce qu'on ne peut pas faire ce genre de classement et de palmarès sans eux. Et donc, après, l'équilibre à trouver, c'est justement de regagner la confiance et avoir la connivence. »*

Plusieurs facteurs contribuent donc à diminuer la « charge critique » de ce palmarès publié, en 2001, par *Le Figaro Magazine*<sup>2</sup> : les journalistes ne sont pas médecins, l'un des trois est très proche (il parle même de « connivence ») du monde hospitalo-universitaire parisien, les sources dont ils disposent sont strictement médicales (les journalistes du trio sont partis avec les bases de données PMSI), le lectorat de l'hebdomadaire (très prisé des professions libérales) et la peur des procès incitent à la plus grande prudence dans la remise en cause dans la qualité des prestations médicales, etc. De fait, les interviews qui agrémentent le palmarès - qui classent exclusivement les trois « meilleurs » - sont celles de médecins, parmi lesquels figurent le président du Conseil national de l'Ordre des médecins et le secrétaire général de la CSMF. Les critères retenus n'ont plus rien à voir avec ceux du trio. Ici, il n'est donc plus question de classer les établissements en fonction d'indicateurs de résultats mais en fonction d'indicateurs plus en adéquation avec les attentes réelles des patients/usagers : les conditions de séjour, l'information du patient, la prise en charge de la douleur, l'hygiène, l'accueil, l'hôtellerie, la « dynamique » de l'équipe. Aucune note n'est donnée ; l'évaluation se limite à fournir, pour chaque critère, des appréciations du type « Très moyen, moyen, bon, excellent ». Classant les hôpitaux et les cliniques région par région, les CHU parisiens ne peuvent qu'être comparés entre eux<sup>3</sup>. Bref, à force de normalisation, l'information délivrée par ce type de publication ne peut même plus être rangée dans la catégorie de l'information critique : ce palmarès relève davantage de l'information institutionnelle de service, ainsi qu'en attestent les différents articles de vulgarisation du savoir médical qui accompagne les classements par spécialité (« mal de dos/hernie discale : le soulagement par le bistouri », « ne pas avoir peur du chirurgien », « Avez-vous un médecin de famille ? », « hypertension artérielle, un traitement non stop », etc.). De fait, à notre connaissance, ce

---

<sup>1</sup> « Pourquoi est-ce qu'on n'est pas passé par le PMSI ? Il y a au moins deux raisons. Première raison, c'était la méthode de Vincent, Malhe et Houdart et là-dessus ils avaient une antériorité certaine, non seulement sur leur réputation certaine mais aussi par rapport au moulinage de ces données. Concrètement, avec M. [la société d'Internet médical qui traite l'information PMSI], c'est bon, ils récupèrent les données, ils appuient sur un bouton... Donc la machine, ils pouvaient très facilement la remettre en œuvre. Nous, ça voulait dire... Ils sont partis en emportant tout. Il n'y avait plus rien sauf leur demande d'autorisation à la CNIL, que j'ai regardé avec beaucoup d'intérêt, parce que personne ne sait effectivement ce qu'ils avaient fait... Donc il y avait un problème : ils l'ont déjà fait et ils peuvent le refaire facilement. C'était le premier point. Concrètement, nous, on ne pouvait pas se relancer là-dessus. Moi-même je ne suis pas un spécialiste du PMSI, retrouver des gens, enfin bon... Moi j'avais fait un échancier qui fait qu'on sortait des mois après eux. Ce n'était pas possible. Donc j'ai dit : il faut faire autre chose. Eux leur méthode, je pense qu'elle est très liée à leur passé de médecin : il y avait cet instrument qui existait, moi je ne suis pas médecin, je suis journaliste. Donc en fait j'ai regardé à qui, parce qu'il y a un certain nombre de sondages qui existe, à qui les français faisaient confiance pour choisir un établissement plutôt qu'un autre. Il y a différents sondages qui existent là-dessus et la première réponse c'était le médecin de famille. Alors allons interroger ces braves gens. »

<sup>2</sup> « Hôpitaux et cliniques : le 1<sup>er</sup> palmarès établi par vos médecins. Le vrai classement par région et par spécialité », *Le Figaro magazine*, 8 septembre 2001.

<sup>3</sup> Plus généralement, ce sont les CHU qui arrivent très majoritairement en tête des classements en fonction des différentes spécialités, ce qui n'est guère étonnant étant donné la méthodologie de l'enquête : les médecins généralistes interrogés par sondage tendent à valoriser spontanément les lieux d'excellence où ils ont été formés, c'est-à-dire, précisément, les CHU.

palmarès n'a guère eu de succès. Alors que *Le Point* continue à publier chaque année ses palmarès des cliniques et des hôpitaux, avec un écho de plus en plus assourdi du fait de la banalisation et de la relative normalisation des produits, *Le Figaro magazine* se contente désormais de publier quelques dossiers sur l'hôpital sous une forme plus « scandaleuse », mais dont le contenu se rapproche de celui que l'on peut trouver dans des dossiers similaires publiés par d'autres hebdomadaires ou mensuels.<sup>1</sup> Le paradoxe veut que ce soit le palmarès répondant le plus, si l'on s'en tient aux conclusions des travaux sur le sujet, aux attentes profanes en matière d'information hospitalière qui ait rencontré le moins de succès. Arrivant trop tard sur un créneau bien occupé, trop légitimiste, et donc sans *scoop*, il passe inaperçu du seul public capable d'assurer une audience maximale : les autres journalistes. C'est dire, au final, que le « public » a bien été le référent central du processus d'élaboration et de la controverse qui a suivi la parution des premiers palmarès hospitaliers. S'ils ont conduit involontairement à explorer empiriquement les attentes profanes en matière d'information médicale et, paradoxalement, à invalider la plupart de leurs présupposés (ainsi que ceux de leurs détracteurs), les ressorts de leur succès demeurent *in fine* fondamentalement méconnus.

### Conclusion : la paille et la poutre (*bis repetita*)<sup>2</sup>

La désillusion sincère des journalistes classeurs sur la capacité de leur travail à infléchir les choix de leurs lecteurs et à faire fermer des structures par eux désignées comme « dangereuses » ainsi que les conclusions des experts en information médico-économique, reprises par d'autres journalistes pour concurrencer les premiers classements, attestent du fait que les palmarès, tout comme les sondages et autres cotes de popularité, ne sauraient déroger aux lois élémentaires de la communication et de la réception, mises en évidence par les sciences sociales depuis maintenant près de cinquante ans<sup>3</sup> : exposition sélective et intéressée, attention oblique, *two-step-flow*, etc. Les études anglo-saxonnes pionnières – la frénésie de classements étant apparue, on l'a vu, précocement dans ces pays – ont largement souligné les faiblesses méthodologiques et les lacunes formelles des *league tables* et autres *report cards*, dans les secteurs de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche. Les « juges des juges » ont formalisé (au moins) cinq critères pour apprécier de la qualité d'un classement : la *validité* de leurs mesures (comparer les établissements ou programmes comparables, capacité à objectiver la « valeur-ajoutée » des établissements, *i.e.*, les résultats et les processus) ; l'*exhaustivité* des mêmes mesures (nombre de dimensions de la « qualité » prises en considération) ; la *pertinence* de l'information fournie au regard des besoins des « usagers » - consommateurs ; sa *clarté* ; enfin, sa *fonctionnalité* qui renvoie directement à la question des effets : les classements incitent-ils à des adopter des comportements stratégiques et « dysfonctionnels », tels la manipulation des données et l'écrémage des « clients », ou, au contraire, incitent-ils les professionnels à s'engager dans des démarches d'amélioration de la qualité des services qu'ils dispensent ?

Force est de constater que bien peu de classements publiés par la presse magazine, qu'il s'agisse d'hôpitaux ou d'universités, figurent de façon honorable sur ces cinq dimensions. La définition de la « qualité » qu'ils promeuvent est la plupart du temps partielle et partielle et correspond surtout aux attentes d'un petit segment, éduqué et favorisé, de la population (il en va ainsi de la « réputation » ou du « prestige » des universités) ; ils mettent en équivalence des établissements de taille, aux missions et aux publics très dissemblables ; les palmarès sont peu compréhensibles, leur méthodologie et les choix qui y président sont peu explicités, l'information qu'il délivre n'est guère personnalisée (sauf lorsqu'il existe la possibilité de « retravailler » le classement en fonction de critères individuels par Internet) ; enfin, et surtout, leurs effets pervers sur les prises en charge sont très nombreux : pour ce qui est des classements d'universités, les manipulations des données pertinentes pour les palmarès sont fréquentes et minent la confiance entre professionnels ; le recrutement tend à se faire le plus précocement et le plus en amont possible de façon à faire baisser artificiellement la proportion d'étudiants qui doivent être admis, ce qui augmente du même coup le taux de rendement ; les universités se sont lancées dans une course aux investissements dispendieux (dortoirs, réfectoires, réseau de communication) de façon à rehausser le

<sup>1</sup> Denis (G.), « Les hôpitaux sont-ils dangereux ? », *Le Figaro magazine*, 24 janvier 2004.

<sup>2</sup> Clin d'œil à Lehinque (P.), *Subunda, op. cit.*, chap. 13 qui discute avec humour les théories, plus ou moins sophistiquées et... farfelues, avancées par des politologues décidément très ethnocentriques pour appréhender les effets des sondages sur le comportement électoral des citoyens « ordinaires ».

<sup>3</sup> Le Grignou (B.), *Du côté du public. Usages et réceptions de la télévision*, Paris, Economica, 2003.

prestige et à accroître la sélectivité de leur recrutement (écrémage) puisque la « qualité » des étudiants entrants est l'une des dimensions privilégiées par les classements... En fait, plusieurs études parviennent à la conclusion selon laquelle les palmarès ont favorisé une course aux armements académiques inefficace socialement. La surpondération de la variable « réputation » a contribué à l'augmentation des coûts de scolarité et a incité à adopter des comportements défavorables aux bénéfices sociaux produits généralement par l'enseignement supérieur. Il est ironique de constater que ce sont que les premiers classements, par ailleurs les plus connus, ceux de USNWR et le « McLean's », qui figurent le plus mal sur les cinq dimensions ! Le bilan est donc mitigé, sinon franchement négatif : « Les palmarès tels que celui de USNWR, bien qu'utilisés prioritairement par les étudiants les plus privilégiés, peuvent informer négativement la façon dont l'opinion publique définit ce qu'est une éducation de qualité, qu'il s'agisse des étudiants consommateurs ou des comportements institutionnels. »<sup>1</sup> Conclusions très proches pour les *report cards* en santé : très souvent, les comparaisons d'hôpitaux, de HMOs ou de soins infirmiers peinent à remplir les critères de validité (vision tronquée de la notion multidimensionnelle de la qualité), d'exhaustivité (gamme de soins évaluées), de pertinence (au regard des « besoins ») et de clarté (compréhension des informations) pour les « consommateurs » et, enfin, de coût (de production de l'information) et de fonctionnalité (impact positif ou négatif) pour les professionnels. Au final, malgré leur multiplication, les « *Report Cards* n'ont pas réussi à résoudre le problème des asymétries d'information sur le marché des soins. (...) Chercheurs, consommateurs et professionnels ont des attentes différentes à l'égard des *Report Cards*. Il n'est pas aisé de les réconcilier même si certains y sont quand même parvenus. »<sup>2</sup>

Si donc les palmarès exercent des effets différenciés, et globalement modestes, sur leurs publics « profanes » potentiels, ils sont d'abord et avant tout l'objet de toutes les attentions et des luttes que se livrent les publics mobilisés autour de la réforme des « systèmes » éducatifs ou de santé : chercheurs, décideurs, administrateurs et professionnels. Ils nous en apprennent davantage sur l'état de ces rapports de force que sur les comportements réels de leurs destinataires explicites. Résultat en soi guère original, si n'était pas régulièrement réactivée, à des fins intéressées, la croyance dans les effets forts des médias. Néanmoins, du point de vue de la sociologie de la quantification, ils demeurent des objets de premier choix pour éclairer les mécanismes par lesquels les statistiques sont capables de construire la réalité qu'ils prétendent simplement enregistrer. Le travail récent de Wendy Espeland et Michael Sauder, à partir de l'exemple des classements des écoles de droit publiés par le décidément incontournable *US News*, est à cet égard pionnier, même si leurs conclusions corroborent largement d'autres observations établies par des chercheurs non issus des sciences sociales<sup>3</sup>. Mentionnons ici que les deux sociologues américains pointent deux mécanismes essentiels de la « réactivité » aux palmarès : la prophétie auto-réalisatrice et la quantification. La prophétie auto-réalisatrice renvoie aux « processus par lesquels les réactions aux indicateurs chiffrés valident les attentes et les prédictions qui sont encapsulés dans les indicateurs ou par lesquels la validité des mesures est accrue par l'encouragement de comportements qui s'y conforment ». Les prophéties auto-réalisatrices modifient les comportements en informant les attentes des acteurs selon quatre voies : les effets des classements sur les audiences externes (sur le choix des étudiants) ; le rôle structurant des premiers classements sur les classements ultérieurs (effet de réputation) ; l'allocation des ressources par les directions selon les résultats des classements ; la réalisation des présupposés des classements (les universités se conforment de plus en plus à la représentation de l'organisation véhiculée

<sup>1</sup> Salmi (J.), Saroyan (A.), « Les palmarès d'universités comme moyens d'action : usages et abus », art. cit. Voir aussi, Meredith (M.), « Why Do Universities Compete in The Ratings Game ? An Empirical Analysis of The Effects of The U.S. News and World Report College Rankings », *Research In Higher Education*, 45(5), 2004 ; Dill (D.D.), So (M.), « Academic quality, league tables, and public policy: A cross-national analysis of university ranking systems », *Higher Education*, 49, 2005 ; Shore (C.), Wright (S.), *Audit Culture and Anthropology : Neoliberalism in British Higher Education*, *Journal of Royal Anthropology Institute*, 5, 1999.

<sup>2</sup> Gormley (W.T. Jr), « Assessing Health Care Report Cards », *Journal of Public Administration and Research Theory*, 8(3), 1998, p. 26. Pour des conclusions proches, Dranove (D.) & al., « Is More Information Better ? The Effects of 'Report Cards' on Health Care Providers », *Journal of Political Economy*, 111(3), 2003 et, sur la questions des effets différenciés des Report Cards sur les différents publics, Briggs Fowles (J.) & al., « Consumer Responses to Health Plan Report Cards in Two Markets », *Medical Care*, 38(5), 2000.

<sup>3</sup> Espeland (W.E.), Sauder (M.), « Rankings and Reactivity : How Public Measures Recreate Social Worlds », *American Journal of Sociology*, 113(1), 2007.

par les indicateurs<sup>1</sup>). La quantification opère, quant à elle, par transformation de la cognition : elle change l'objet et la forme de l'attention, en créant et, simultanément, en occultant des relations entre les entités. Elle simplifie l'information car elle organise, intègre et élimine de l'information : des pans entiers de la réalité sociale sont ainsi occultés pour produire des informations plus simples, dépersonnalisées, décontextualisées, plus manipulables et donc aptes à circuler largement (investissement de forme) ; la quantification, dans un même mouvement, unifie (elle crée des relations entre des unités discrètes en posant des conventions d'équivalence) et hiérarchise ; la quantification oscille entre une épistémologie constructiviste et une épistémologie réaliste. Bref, « La quantification est un mécanisme puissant, répandu, spécifique de réactivité en tant qu'elle altère l'allocation de l'attention et la pertinence (...). Elle modifie les termes dans lesquels les individus évaluent le changement et prennent des décisions ; elle simplifie et réduit l'information, elle standardise les différences et les ressemblances, et oblige les individus à s'interroger sur la signification des nombres. »<sup>2</sup> Aussi, constater la diversité des pactes de lecture passés avec ce type de produits journalistiques et en souligner les effets limités sur les profanes ne signifient en aucune façon qu'ils doivent être pris à la légère. Parce qu'ils constituent une mise en forme spécifique, selon les logiques du champ journalistique, de l'air du temps gestionnaire, parce qu'ils sont emblématiques des transformations conjointes de l'Etat et des statistiques<sup>3</sup> mais aussi et surtout parce qu'ils sont capables d'imposer (de l'extérieur) la façon dont les professionnels doivent penser la qualité (en termes statistiques) de leurs services et l'idée qu'il leur faut désormais impérativement se justifier en la matière, parce qu'ils redistribuent en conséquence les cartes et les opportunités entre des segments professionnels plus ou moins disposés à « entrer en gestion », parce que, plus généralement, ils sont mobilisés en tant que ressources de pouvoir dans les processus en cours de réorganisation des services publics, ils sont à l'évidence une affaire sérieuse.

---

<sup>1</sup> Idée essentielle du livre de Power (M.), *The Audit Society*, *op. cit.*

<sup>2</sup> *Ibid.*

<sup>3</sup> Desrosières (A.), « Historiquer l'action publique : l'Etat, le marché et les statistiques », dans Laborier (P.), Trom (D.) (dir.), *Historicités de l'action publique*, Paris, PUF, 2003.