

## Les logiques d'une consécration journalistique

L'exemple des « 50 meilleurs hôpitaux de France »

*The logics of a journalistic consecration. The example of "France's 50 best hospitals"*

Philippe Ponet

---



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/questionsdecommunication/7332>

DOI : [10.4000/questionsdecommunication.7332](https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.7332)

ISSN : 2259-8901

### Éditeur

Presses universitaires de Lorraine

### Édition imprimée

Date de publication : 1 juillet 2007

Pagination : 91-110

ISBN : 978-2-86480-829-9

ISSN : 1633-5961

### Référence électronique

Philippe Ponet, « Les logiques d'une consécration journalistique », *Questions de communication* [En ligne], 11 | 2007, mis en ligne le 01 juillet 2007, consulté le 12 avril 2021. URL : <http://journals.openedition.org/questionsdecommunication/7332> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.7332>

---

PHILIPPE PONET

Université Paris I

Centre de sociologie européenne

École des hautes études en sciences sociales, CNRS, Paris

philippeponet@yahoo.fr

## LES LOGIQUES D'UNE CONSÉCRATION JOURNALISTIQUE. L'EXEMPLE DES « 50 MEILLEURS HÔPITAUX DE FRANCE »

**Résumé.** — Depuis bientôt une dizaine d'années, paraissent au moins une fois par an des « palmarès des meilleurs hôpitaux de France » qui, pour leur majeure partie, sont produits par une équipe de trois journalistes. Le succès qu'ils rencontrent est tel qu'une société d'assurances s'est récemment associée à eux pour proposer à ses clients un service téléphonique d'orientation vers le « meilleur hôpital ». Si, d'une manière générale, ces classements sont révélateurs d'une extension continue des personnes autorisées à parler des choses de santé et d'une évolution dans les représentations de l'hôpital, on questionnera ici plus précisément les logiques de la consécration journalistique. En rappelant, dans un premier temps, les conditions de production des critères de classification, on montrera que ce « pouvoir de consécration médiatique » réside d'abord dans la capacité des journalistes à coordonner les différentes logiques (médicale, économique et juridique) en présence. On pourra alors, en prenant l'exemple d'un hôpital prédisposé à la consécration journalistique, rappeler que ces logiques de consécration doivent être appréhendées comme un processus dynamique et comme le résultat d'interactions entre classeurs et classés.

**Mots clés.** — Hôpitaux, santé publique, médecins, consécration médiatique, interactions sources journalistes.

Février 1962, Igor Barrère et Étienne Lalou consacrent un numéro de leur magazine d'actualité, *Faire face* (09/02/62), à la « Santé publique ». Dès les premières images, les (encore rares) téléspectateurs sont plongés au cœur de la problématique de l'émission. Alors qu'ils suivent d'abord la caméra dans les couloirs d'un établissement récemment inauguré, au moment où la voix *off* du reportage prend un ton plus grave pour rappeler certains des dysfonctionnements de l'hôpital, leur est dévoilée la vétusté de bâtiments qualifiés de « moyenâgeux » :

« Depuis 5 ans nous présentons chaque mois aux spectateurs de la télévision les raisons d'avoir confiance dans la médecine française [il est ici fait référence à une autre émission qu'ils aiment, "Les Médicales"]. Nous leur montrons des immeubles magnifiques et les opérations les plus délicates pratiquées par les maîtres les plus habiles dans les salles les mieux équipées. Nous disons, ce qui est vrai, que dans nos hôpitaux un personnel compétent et dévoué veille sur les malades dans les conditions proches de la perfection. Est-ce que cela signifie que tout va pour le mieux dans le meilleur des mondes ? Non. Trop souvent encore, le malade anonyme se trouve ballotté aux quatre coins d'un hôpital dont l'architecture ne répond plus à la fonction. Trop souvent, brancards et civières s'entassent dans un couloir qui sert de salle d'attente à un local d'examen dont la porte reste mystérieusement close comme dans les romans de Kafka. Et comme dans les romans de Kafka, les individus se sentent peu à peu métamorphosés en gros hannetons impuissants et inutiles. Quand enfin ils ont accompli le rite et qu'ils repartent dans leur litière moyenâgeuse vers le lieu où ils pourront se reposer de leur fatigue, c'est trop souvent aussi pour aboutir dans une salle commune au plafond bas, où ils seront entassés à quarante ou cinquante dans une promiscuité moins ragoûtante encore que celle de la chambrée militaire. [...] Ce soir, c'est de toute cette misère, de toutes ces imperfections, petites et grandes, que nous allons parler: Nous ne vous montrerons pas les derniers miracles de la science, mais le décor quotidien où il s'opère. Et les grands patrons qui viennent d'ordinaire vous présenter des services, du personnel et du matériel dont ils sont fiers, ils vont vous entretenir maintenant de ce dont ils sont moins fiers : des nombreuses insuffisances de l'hôpital ».

Suit alors l'interview de l'un de ces « grands patrons », le Professeur de Gennes :

« Il y a beaucoup d'insuffisances. La grande insuffisance pour le bien des malades, ce ne sont ni les soins qui sont parfaits, ni le personnel qui est remarquable, ni les médicaments qui leurs sont distribués avec une générosité extrême, ni la nourriture qui est bonne. C'est l'habitat, c'est le coté hôtelier de l'hôpital, qui lui, en est encore à la période St Vincent de Paul. [...] La vie à l'hôpital est pénible pour le malade, non pas parce qu'on ne l'entoure pas de soins et de tendresse. Elle est pénible par le fait matériel. [...] Le personnel est en nombre extrêmement insuffisant. S'il est parfait par la qualité, il est insuffisant par le nombre ».

Octobre 1997, trois journalistes de *Sciences et avenir* (1997 : 82) publient une « liste noire des hôpitaux ». Dans l'éditorial, ils précisent leurs intentions : « Personne ne nie la compétence du corps médical, chacun

apprécie le dévouement des personnels soignants. Mais l'essentiel nous est caché : l'hôpital n'est pas toujours, ni partout, synonyme de sécurité, de performance, de qualité. [...] 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 ? [...] Qu'en est-il de la sacro-sainte égalité d'accès aux soins quand, à l'évidence, des inégalités profondes existent entre établissement ? ».

La mise en correspondance de ces deux exemples, qu'il aurait été aisé de multiplier, permet de souligner certaines des évolutions survenues dans les représentations publiques de l'hôpital. Sans aucun doute, celles-ci sont intimement liées aux transformations intervenues dans le fonctionnement des établissements hospitaliers à la suite de la réforme Debré de 1958 – et avant cela de la création de la sécurité sociale –, qui a favorisé l'investissement de certains médecins, notamment des « grands patrons », dans l'amélioration du fonctionnement de l'hôpital. En créant les Centres hospitaliers universitaires (CHU) qui deviendront les fleurons des établissements de santé français, et en instaurant entre autres modalités le « temps plein hospitalier », tout en permettant aux chefs de service de consacrer deux demi-journées par semaine à leur clientèle privée, cette réforme a favorisé l'engagement de « mandarins » qui, jusqu'alors, réservaient la majeure partie de leur temps à une clinique (Jamous, 1969). Dorénavant attachés à un service, ils vont multiplier les actions en direction des pouvoirs publics pour améliorer leurs conditions de travail. C'est ce que souligne le premier exemple. Or, en devenant progressivement un des lieux centraux du système de soins français<sup>1</sup>, l'hôpital va susciter de nouvelles attentes et devenir plus fréquemment l'objet de réprobations. Ce n'est donc que par un paradoxe apparent que celui-ci devient de plus en plus « critiqué » publiquement, alors que les soins dispensés ont, d'un point de vue historique, progressé. C'est d'ailleurs pour cette raison que la nature des dysfonctionnements soulevés dans ces deux exemples diffère considérablement. Alors que, dans le premier cas, ils portent exclusivement sur des critères « hôteliers » ; dans le second, les journalistes affirment vouloir mesurer la « qualité des soins » et la « performance médicale » des établissements, questions qui ne se posaient pas auparavant, et à proprement parler, étaient même impensables<sup>2</sup>. Ensuite, la mise en parallèle de ces deux exemples permet de mettre en exergue l'évolution des rapports entre journalistes et médecins. Les réactions auxquelles a donné lieu la publication de la « liste noire des hôpitaux » en octobre

---

<sup>1</sup> C. Chevandier (1997 : 9) rappelle que les effectifs hospitaliers publics sont passés de 179 milliers de travailleurs en 1955 à 839 en 1995.

<sup>2</sup> Sur l'émergence de ces nouvelles préoccupations, on peut se référer à M. Robelet (1999) et M. Serré (2002).

1997 – d'enthousiasme<sup>3</sup> du côté de la profession journalistique, admirative du travail réalisé et des compétences mises en œuvre par leurs collègues pour évaluer la « performance des hôpitaux » ; de colère<sup>4</sup> du côté des médecins, soucieux de rappeler la complexité de l'évaluation de la qualité des soins – ne peuvent être comprises si l'on n'a pas présent à l'esprit la structuration des rapports entre journalistes et médecins qui prévalaient jusqu'au milieu des années 80. Car, si « l'affaire du sang contaminé » marque un point de rupture dans le traitement médiatique de la médecine (Champagne, Marchetti, 1994), celle-ci étant devenue, depuis ces années, l'objet d'une « information comme une autre » (Champagne, 1999 : 52), la publication de ces classements a été perçue à l'époque, aussi bien par les journalistes que par les médecins, comme « inédite ». Ainsi une nouvelle étape dans les rapports entre journalistes et médecins aurait-elle été franchie, puisque jusqu'alors seuls les médecins pouvaient juger de la qualité d'un acte médical, et consacrer les meilleurs d'entre eux.

Ici, l'intention est donc d'analyser les logiques de cette « consécration journalistique » (Neveu, 2001 : 87-91) du « meilleur hôpital » ; car depuis octobre 1997, les trois journalistes qui ont réalisé cette « liste noire » continuent de publier tous les ans, et parfois plusieurs fois par an, des « palmarès des hôpitaux » (voir encadré 1). L'étude de ces classements, et plus particulièrement des conditions de production de leurs critères de classification, permet de prendre la mesure des transformations intervenues dans la « publicisation de la médecine »<sup>5</sup>. Bien évidemment cette question, et plus précisément celle de l'évolution des rapports qu'entretiennent journalistes et médecins, a déjà donné lieu à différents travaux. Ainsi Dominique Marchetti (1997 : 256-378) a-t-il analysé les transformations spécifiques au champ journalistique (poids grandissant des contraintes économiques et de la télévision entre autres) et les modifications des propriétés sociales des journalistes (hausse de leur nombre, rajeunissement de la population, augmentation du niveau de formation, etc.) qui permettent de comprendre comment on est passé d'une information très dépendante du corps médical, à une information « démedicalisée », c'est-à-dire une information qui renvoie à des logiques proprement journalistiques et qui n'est plus simplement la publication de points de vue de médecins. Par la

<sup>3</sup> Au moment de la sortie de cette enquête, le 24 septembre au soir, les JT de TF1 et France 2 évoquent la sortie du mensuel. Le lendemain *France-Info* diffuse en boucle l'information de la publication d'une enquête sur les hôpitaux. *Le Monde* fait sa Une sur ce sujet ainsi que le dessin de Plantu, et B. Kouchner, alors secrétaire d'État à la Santé, déclare dans une interview en page 3 que cette enquête aide à « en finir avec l'hôpital-silence », (25/09/97). Toujours le même jour, *L'Humanité* évoque une « enquête explosive ». Seul *Libération* porte un point de vue plus critique sur ces publications.

<sup>4</sup> Certains d'entre eux engageront des procès, le mensuel devra publier de nombreux droits de réponse.

<sup>5</sup> Pour des analyses des logiques de « publicisation de la science » voir les textes réunis par I. Paillart (2005).

suite, d'autres travaux se sont penchés sur les transformations plus générales qui ont contribué à la « publicisation des politiques de santé » (Gäiti, 1999)<sup>6</sup>, certains se sont efforcés de saisir « les formes, anciennes ou nouvelles, de visibilité dans l'espace public des questions de santé et de recherche médicale » (Cardon, Heurtin, 1999), ou encore d'analyser les logiques plurielles de la médiatisation de certains problèmes sociaux comme l'amiante (Henry, 2000). Or, dans une certaine mesure, ce qui caractérise l'ensemble de ces travaux, ce sont leurs efforts pour encadrer l'activité journalistique dans un vaste réseau d'interdépendances. Comme le note Érik Neveu (2001 : 91), « l'équivoque qui menace toute réflexion sur le pouvoir des journalistes est celle de la confusion entre la partie et le tout, par l'attribution aux seuls journalistes de capacités d'influence qui naissent en réalité d'un réseau d'interdépendances où aucun protagoniste – et surtout pas les journalistes – ne dispose seul de la maîtrise du résultat final ».

À la suite de ces travaux, nous nous efforcerons d'analyser le « pouvoir de consécration » des journalistes en réencastrant leur travail dans les multiples chaînes d'interdépendances qui les lient à d'autres espaces sociaux. L'hypothèse est que le processus continu de division sociale du travail a des effets sur les rapports de domination entre groupes sociaux en rendant chacun d'eux plus dépendant des autres. Limiter l'analyse des palmarès des hôpitaux à des luttes entre journalistes et médecins, c'est en effet oublier que les enjeux de santé renvoient à des logiques plurielles (économique, politique, administrative, juridique, associative...) et que seule l'analyse des « configurations »<sup>7</sup> dans lesquelles s'entrecroisent ces logiques peut permettre de saisir ce que l'on a parfois tendance à réifier sous la notion problématique d'« espace public »<sup>8</sup>. Nous voudrions ainsi montrer que la « force » des palmarès, et plus

---

<sup>6</sup> D'une manière générale on pourra, sur ce point, se reporter à l'ouvrage qui regroupe l'ensemble de ces contributions (Mathien, 1999).

<sup>7</sup> Sur la notion de « configuration », voir les travaux de N. Elias (1970 : 154-161).

<sup>8</sup> La notion d'« espace public » est hybride, à mi-chemin entre l'objet social (car lié à la *doxa* sur la démocratie) et le concept scientifique (étant l'objet d'investissements savants). Depuis l'ouvrage classique de J. Habermas, elle n'a que très rarement été l'objet d'analyses spécifiques (François, Neveu, 1999) et ses usages favorisent donc davantage l'imposition de certaines idées normatives proches du sens commun que l'élaboration d'un instrument d'analyse fécond de la réalité sociale – le caractère réifiant et statique de ce concept (« l'espace ») contribue fréquemment à ce que ce soient évincés de l'analyse les mécanismes sociaux, les processus qui permettent à un individu ou à un enjeu d'accéder à une plus grande « visibilité/légitimité sociale » (voir par exemple Cardon, 1995), d'une part, et à imposer implicitement l'idée qu'il existerait un lieu effectif de démocratie, de débat, etc., d'autre part. L'enjeu ne doit donc pas être de proposer une énième définition de ce qu'est – ou pire, devrait être – « l'espace public » (quand bien même serait-ce celui « de la santé ») mais d'appréhender le *modus operandi* des mécanismes d'accession (et donc d'éviction) non seulement de certains agents et institutions aux lieux les plus visibles et/ou légitimes de l'espace social, mais encore de représentations au statut de sens commun, c'est-à-dire à cet ensemble de vérités partagées par tous, cette « vision de soi que l'ordre social parvient à imposer », et qui est peut être l'illusion la mieux fondée (Bourdieu, 1997a : 118s).

précisément le pouvoir de consécration des journalistes, réside sans aucun doute dans la capacité de ces derniers à coordonner ces différentes logiques en jeu. C'est en tout cas ce que nous essaierons de faire en rappelant dans un premier temps comment ces journalistes ont réussi à produire des critères de classification<sup>9</sup>, puis en prenant l'exemple d'un hôpital prédisposé à la consécration journalistique dans un second temps<sup>10</sup>.

**Encadré I :** Des « tests de médecins » aux « palmarès des hôpitaux ».

S'il est possible de trouver dès la fin des années 70 des « tests de médecins » dans des revues marginales, voire confidentielles<sup>11</sup>, la première « liste des urgences à éviter » est publiée en décembre 1992 par le mensuel *50 Millions de consommateurs*. Donnant lieu à de très vives réactions du corps médical – 72 procès seront intentés contre le titre – il n'y aura pas d'autres classements des hôpitaux avant mars 1995, date à laquelle *L'Express* va proposer à ses lecteurs un « palmarès des meilleurs services hospitaliers d'Île de France dans 13 spécialités ». Pour différentes raisons, ce classement ne connaîtra pas l'écho de la « liste noire des urgences », et les réactions resteront relativement confidentielles. C'est en fin de compte à partir de 1997 que les palmarès des hôpitaux vont donner lieu à une publication annuelle (parfois plusieurs la même année, avec des classements pour les cliniques et pour les maternités publiés séparément), lorsque trois journalistes et médecins journalistes (l'un est entré dans le journalisme sur le tas et s'est fait connaître par son enquête sur « l'affaire de l'amiante », les deux autres sont deux anciens médecins généralistes très rapidement convertis au journalisme : le premier au départ dans la presse médicale professionnelle, le second est l'un des co-fondateur de *Top Santé*) vont se « spécialiser » dans ce type de productions, et connaître grâce à ces dernières des succès tant commerciaux que professionnels : ils multiplient les ventes en kiosques par sept dans certains cas, et vont passer de *Sciences et avenir* au *Figaro Magazine*, puis au *Point* (et aussi du CDD au CD), où ils continuent encore à publier tous les ans un classement (le dernier datant de juin 2006)<sup>12</sup>. Cependant, si ce trio occupe une place centrale, voire quasi monopolistique, dans l'élaboration de palmarès des hôpitaux, leurs anciens employeurs, *Sciences et avenir* et le *Figaro magazine*, ont également essayé de refaire des classements par la suite (en 2000 et 2001), en modifiant la méthodologie. Au final, et en incluant dans le décompte les éditions régionales de certains palmarès, c'est un peu plus d'une quarantaine de classements des hôpitaux de France qui a été publiée depuis 1992<sup>13</sup>.

<sup>9</sup> En effet, nous avons pris le parti de ne travailler ici que sur les classements publiés par ces trois journalistes car ils permettent de réinscrire ces productions dans un temps long (d'octobre 1997 à juin 2006 pour le dernier publié à ce jour).

<sup>10</sup> Cet article s'appuie sur un matériel (17 entretiens avec des journalistes et des médecins, le dépouillement des différents classements publiés, l'étude des archives personnelles des journalistes) recueilli pour notre mémoire de DEA soutenu en 2001. Nous avons complété ces premières données par l'analyse des classements parus depuis, et par des éléments de notre thèse en cours d'achèvement. Je tiens à remercier P.-Y. Baudot et I. Pailliant pour leur relecture attentive et critique d'une version antérieure de ce texte.

<sup>11</sup> Pour un historique plus détaillé des conditions qui ont rendu possible l'émergence des classements des hôpitaux, et pour une analyse plus précise des trajectoires des journalistes, nous nous permettons de renvoyer à notre travail (Ponet, 2005).

<sup>12</sup> En général, il est possible de trouver sur le site Internet du *Point*, des extraits du dernier palmarès publié.

<sup>13</sup> L'engouement pour les classements des hôpitaux est tel que, depuis 2004, le ministère de la Santé propose sur son site internet un « tableau de bord des infections nosocomiales », et qu'une société d'assurances s'est récemment associée aux trois journalistes du *Point* pour proposer à ses clients bénéficiaires d'une complémentaire santé, un service téléphonique d'orientation vers le « meilleur hôpital ».

## Articuler différentes logiques pour consacrer ? Retour sur les conditions de production des critères de classification

L'objectif affiché des classements des hôpitaux est clair : permettre aux usagers du système de soins de choisir en toute transparence le meilleur hôpital<sup>14</sup>. En fait, les « palmarès des hôpitaux » classent moins des établissements hospitaliers qu'ils ne comparent, selon différents critères, des services (ou plutôt des « spécialités ») pour un type d'interventions donné. Par exemple, le palmarès du *Point* de mai 2004 propose le « classement des 50 meilleurs hôpitaux en chirurgie gynécologique », et compare dans différents services les « taux d'activité, de notoriété, de technicité, ainsi que la durée de séjour et l'indice de gravité des cas » pour deux types d'opération (l'ablation de l'utérus et la chirurgie des trompes et des ovaires). Les résultats sont présentés sous la forme d'un tableau où figurent, par ordre de classement, outre les scores pour chacun des critères, le nom des hôpitaux, leur localisation et une note synthétique sur 20. Les trois journalistes à l'origine de ces classements paraissent donc capables de mobiliser des critères relativement techniques pour juger de l'activité médicale des services. Bien plus, au fil du temps, ceux-ci sont non seulement parvenus à multiplier les critères de classification, mais encore à les complexifier, au point qu'ils sont désormais présentés comme des « experts » et sont, à ce titre, parfois invités par des sociétés savantes de médecins pour présenter leurs analyses. Pour leur première publication, les critères étaient en effet des plus limités. Le classement de 1997 ne mobilise que trois indicateurs – le taux de mortalité, le taux d'occupation des lits et la conformité des services en termes de matériel et de personnel au regard des obligations légales – alors que celui de juin 2006 en croise plusieurs – l'activité, la notoriété, la durée de séjour, l'indice de gravité des cas traités, la « technicité » (c'est-à-dire le « pourcentage d'interventions réalisées sous coelioscopie »), la « spécialisation » (ce qu'ils explicitent comme étant le pourcentage d'interventions pour une pathologie particulière par rapport au nombre total d'interventions réalisées dans une spécialité ; par exemple, le nombre d'interventions sur le genou dans un service de chirurgie orthopédique), « l'ambulatoire » (le pourcentage

---

<sup>14</sup> Ce « simple » objectif n'est pourtant pas sans poser problème et n'est en fait acceptable que si l'on s'accorde sur au moins trois postulats : qu'il n'y aurait plus des « patients » soumis à l'autorité médicale, mais des « usagers », des « consommateurs de soins » responsables de leur santé ; que ces « usagers » seraient demandeurs d'informations relativement techniques sur la « performance » des hôpitaux ; et enfin, qu'en leur donnant la possibilité de choisir leur hôpital – et en présupposant donc cette possibilité de choix – ces classements contribueraient à la réduction des inégalités de santé (Ponet, 2007).

d'opérations réalisées en ambulatoire<sup>15</sup> par rapport à l'ensemble des interventions), la « lutte contre les infections », la présence d'un appareil d'IRM dans l'hôpital, etc. Or, puisque ces critères sont à la base de la consécration ou non d'un hôpital, il faut comprendre comment ces journalistes sont parvenus à les affiner et à les techniciser à propos d'enjeux aussi spécifiques que peuvent l'être les enjeux médicaux. On peut le faire en montrant qu'ils se sont trouvés au point de jonction d'une triple logique : médicale, économique et juridique. C'est d'ailleurs de cette position particulière (à la jonction de) qu'ils tirent leur « pouvoir de consécration ».

Que ce soit dans les articles ou dans les entretiens que nous avons menés, ces journalistes aiment à rappeler combien ils ont dû lutter contre un « système hospitalier opaque » pour obtenir les informations nécessaires à leur enquête. D'ailleurs, ils jouent de cet argument pour accentuer la mise en scène sensationnaliste de leur travail en rappelant aux lecteurs qu'ils ont dû saisir la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés) puis la CADA (Commission d'accès aux documents administratifs) pour que « l'administration » daigne enfin leur remettre des informations pourtant publiques. Ainsi ressort-il de cette présentation l'idée que les palmarès opposeraient, d'un côté, des journalistes luttant pour plus de transparence et, de l'autre, des médecins unis dans la bataille pour préserver l'autonomie de leur activité. Pourtant, il suffit de tourner les pages de ces classements pour comptabiliser de nombreuses interviews de médecins qui, sous différents aspects, souscrivent aux objectifs de ces enquêtes. Les rapports que ces trois journalistes entretiennent avec le corps médical ne sont donc pas aussi conflictuels que ne le laisse paraître leur présentation. En fait, l'analyse détaillée de certains des indicateurs mobilisés montre que ces derniers renvoient à une conception très particulière de l'activité médicale, et valorisent certaines techniques cliniques, présentées comme « modernes et innovantes » car elles sont censées réduire les durées de séjour (et donc par la même occasion améliorer le confort du patient) et, d'une manière générale, le coût des hospitalisations. Par exemple, en mobilisant un indicateur comme la « technicité » – c'est-à-dire « le pourcentage d'interventions réalisées sous coelioscopie »<sup>16</sup> – ces journalistes souscrivent à une conception relativement récente et encore discutée de la pratique médicale, c'est-à-dire de la médecine comme une activité avant tout technique, encadrée par des protocoles précis, qui doit se

<sup>15</sup> Il s'agit d'une intervention qui permet au patient de rentrer au domicile le soir même.

<sup>16</sup> Une intervention réalisée sous coelioscopie consiste à opérer le patient en pratiquant de très courtes incisions par lesquelles vont être introduits les instruments nécessaires à l'intervention, dont les micro-caméras, puisque le chirurgien opère désormais en regardant un moniteur vidéo et non plus le champ opératoire. L'intérêt de ce type d'intervention est d'être moins « invasive » que la chirurgie « traditionnelle ».

nourrir des progrès de l'informatique et de la robotique et non plus comme le travail d'un « médecin-artisan », voire d'un « artiste ». En effet, ce qui est présenté par les journalistes comme un critère indiscutable de qualité, reste très largement discuté au sein du corps médical : des médecins rappellent que la coelioscopie n'est pas à prescrire dans tous les cas, et surtout, qu'elle peut donner lieu si elle n'est pas maîtrisée à de graves complications (allongeant alors considérablement les durées de séjour). Dès lors, ces classements peuvent être relus comme un révélateur explicite des luttes internes au milieu médical<sup>17</sup> : ils renvoient moins à une « qualité » des soins qu'à la retraduction, dans les logiques médiatiques, de certains conflits qui structurent le milieu médical. Si les journalistes sont si prompts à souligner les avantages de ces techniques médicales, c'est que les médecins qui les ont soutenus adhèrent aux nouvelles injonctions de rationalisation des soins et d'amélioration de la qualité, par l'importation des techniques de management.

Outre leur capacité à retraduire, dans leur logique spécifique, certains des conflits du secteur médical, si ces journalistes sont parvenus à affiner leurs critères de classification, c'est qu'ils ont su s'appuyer sur la montée en puissance des grilles de lecture économique de l'activité médicale. D'ailleurs, le simple fait de considérer comme intéressant le principe d'un classement des hôpitaux dénote une lecture particulière du monde médical. Envisager un palmarès comme une information utile, c'est s'accorder, au moins implicitement, sur deux postulats essentiels : d'abord, que cela présente un intérêt d'évaluer la performance hospitalière et qu'il est possible d'aboutir à une évaluation « juste et vraie » de cette performance (s'ils marquent leur désaccords sur les critères utilisés, tous les individus intéressés – au sens large du terme c'est-à-dire même les plus farouches opposants – par ces classements, s'accordent ainsi sur l'idée qu'il suffirait de prolonger les recherches pour trouver des indicateurs valables de classification) ; ensuite, que la mise en concurrence des hôpitaux par la comparaison de leur performance présente une utilité. Bref, si la « nature » des critères utilisés contribue, comme nous allons le voir, à imposer une vision « économicisée » de l'hôpital, ce sont au départ les accords implicites sur l'activité même de classement qui révèlent cette nouvelle représentation du système

---

<sup>17</sup> Ici, on peut faire un parallèle avec les conclusions de P. Bourdieu (1984 : 97) à propos du hit-parade des intellectuels : « Le hit-parade intellectuel représente une sorte de reconstitution artificielle, et à ce titre plus facile à observer, du processus qui est sans cesse à l'œuvre dans le champ de production culturelle et dans lequel s'élabore et se définit une des représentations les plus puissantes (parce qu'objectivée et largement publiée) de la hiérarchie des valeurs intellectuelles. [...] Il s'ensuit que le palmarès de la revue *Lire* est une bonne mesure d'une des visions du monde intellectuel, celle qu'ont de ce monde un ensemble de gens, qui tout en étant culturellement dominés, ont en commun d'être en mesure d'imposer (pour un temps) leur vision ».

hospitalier : un espace fortement concurrentiel dans lequel les établissements les plus performants doivent être mis en valeur. Or, si à l'époque des premières publications certaines critiques parvenaient à maintenir audible cette question de l'intérêt d'un classement des hôpitaux, la relative pérennisation de leurs parutions, et la translation des débats autour de la pertinence des critères qui l'a accompagnée, a fini par rendre leur existence « évidente ». D'ailleurs, si les journalistes ont pu mobiliser des critères de classification de plus en plus nombreux et semble-t-il précis, cela est principalement dû à l'élargissement de leurs sources de données. Celles-ci sont de première ou seconde main. Les sources de première main restent secondaires : il s'agit pour l'essentiel d'un questionnaire que les journalistes adressent aux différents hôpitaux pour vérifier certains points de l'organisation des services ou pour parfaire leur présentation des aspects « hôteliers ». Si ce questionnaire est parfois complété par des appels téléphoniques, voire des déplacements physiques dans certains centres hospitaliers, il reste d'autant plus accessoire que le taux de réponse dépasse rarement les 50 %. Finalement, pour l'essentiel, c'est en mobilisant des données issues des administrations centrales que ces trois journalistes construisent leurs classements. À partir de 1998 (date du second classement de *Sciences et avenir*), c'est le PMSI (Programme médicalisé des systèmes d'information), géré par la direction des hôpitaux, qui va ainsi devenir le principal support de classification, base de données qui sera parfois complétée par la consultation des pages des SROS (Schémas régionaux d'organisation sanitaire), ou encore par le recours aux informations disponibles dans les SAE (Statistiques d'activité des établissements). Or, la majeure partie des indicateurs contenus dans ces documents ont été constitués dans le but de mener à bien les récentes politiques de rationalisation des soins et d'amélioration de la gestion hospitalière ; ce sont donc avant tout des données d'ordre médico-économiques, dont l'objectif premier est de mesurer la « productivité » de chaque établissement, pour que chacun d'entre eux bénéficie de ressources en rapport avec son activité effective. Ainsi les critères utilisés par les journalistes – comme le taux d'activité, la durée de séjour, ou le pourcentage d'opérations réalisées en ambulatoire – sont emblématiques de ces nouvelles préoccupations de rationalisation des soins. Paradoxalement, c'est donc en affinant leurs critères de classification au fil des ans, que les journalistes deviennent de plus en plus dépendants de certaines sources – médicales et administratives – celles-là mêmes contre lesquelles ils prétendent « lutter ». Sur ce point, les propos d'un des journalistes à l'origine de l'enquête sont éclairants :

« Mais, si vous voulez, c'était incontestable. Incontestable. [Parlant des "conclusions" de leur enquête] Nous on dit, attendez, premièrement on dit : "il y a tant de maternités qui font moins de trois cents accouchements, les voilà". Bon ben, c'est vrai, il y a les chiffres, il y a pas de pipeau. Deuxièmement, "il y a plus de mômes et de

femmes qui meurent à l'accouchement en France", vous le saviez pas ? Eh ben on vous le dit. Troisièmement, on a voulu des documents, il a fallu saisir la CADA... Attendez, la mise en scène elle était impeccable, impeccable, il y avait rien à dire. Les mecs ils étaient accablés, c'était étayé par des documents internes. Qu'est ce que vous voulez faire ? Le boulot il était là. Il y avait des cartes avec des documents, avec des chiffres, des papiers étayés par des documents émanant du système lui même et la preuve que ces gens là ne voulaient pas que ces informations soient portées à la connaissance du public »<sup>18</sup>.

En même temps, si cette dépendance aux sources peut-être considérée comme une contrainte, ce rapport privilégié avec certaines d'entre elles constitue une ressource indispensable pour faire face aux risques juridiques qui pèsent sur l'activité des journalistes. En effet, lors des premières publications, une partie du corps médical a réagi avec hostilité à ces classements, certains médecins et/ou directeurs d'hôpitaux n'hésitant pas à intenter des procès aux magazines. La multiplication des critères, leur sophistication progressive, la présence d'une page de « méthodologie », ainsi que le recours aux interviews de différents « experts » peuvent alors être analysés comme un moyen pour les journalistes de se protéger sur le plan juridique – l'un d'entre eux note : « Moi j'ai consacré une page du magazine à la méthodologie. Une page c'est 150 000 balles ! Quand vous mettez une page de méthodologie, le juge il vient pas vous faire chier ». Et de justifier, au moins symboliquement, leur intrusion dans un domaine autrefois monopolisé par le corps médical :

« Pour le premier classement, il fallait vraiment des mecs qui valident. Et puis nous de toute façon il faut toujours des mecs qui valident. Le mec qui lie un papier, quand il voit dans le *Figaro magazine* le patron de l'ANAES interviewé, c'est un plus sublime. Quand il voit le Pr X interviewé... il fallait valider notre truc, parce que notre truc il était limite crédible quoi. Vous imaginez pour les gens, voir "on meurt plus de l'accouchement en France, on le sait, on sait ce qu'il faut faire..." Mais vous imaginez l'indignation ! Alors il fallait que ce soit validé par des gens qui ont une certaine audience. Vous interviewez plutôt le patron de Tenon, que celui de St Giron. Mais le truc de base, c'est quand même de choisir des mecs connus, respectés dans le milieu. Quand vous faites une enquête, vous essayez de faire parler des messieurs qui ont une autorité quoi. C'est ce qui fait qu'à la fin vous avez une mise en scène qui tient la route. C'est quand même l'enquête sur laquelle on a eu le moins de procès »<sup>19</sup>.

Finalement, le « bon hôpital » est celui qui réussit à concilier les contraintes de rationalisation des soins avec une forme d'efficacité thérapeutique. La présentation du « palmarès des 500 hôpitaux de France » publié dans le *Figaro magazine* en septembre 1999 est explicite sur ce point : « Les 154 établissements où chaque Français peut aller se

<sup>18</sup> Entretien, en 2001, avec un ancien journaliste de *Science et avenir*, actuellement au *Point*.

<sup>19</sup> *Ibid.*

faire soigner en toute confiance. Ils sont parmi les plus actifs, possèdent une forte notoriété, présentent un indice de mortalité peu élevé, utilisent les techniques les plus modernes et disposent du personnel et des équipements nécessaires à une bonne prise en charge des patients ».

C'est donc en parvenant à articuler différentes logiques et contraintes que les journalistes ont pu produire des critères pour classer les hôpitaux. En ce sens, les palmarès sont davantage des co-productions que l'œuvre des seuls journalistes. Une des conséquences de ces conditions particulières de production des critères de classification est que ces derniers n'ont rien d'universel et reflètent davantage un état des luttes et des enjeux spécifiques à d'autres secteurs sociaux. Désormais, il faut donc restituer l'acte même de classement, c'est-à-dire l'application de ces critères aux établissements hospitaliers français pour affiner l'analyse du processus de consécration journalistique.

## Des hôpitaux prédisposés à la reconnaissance journalistique ? La consécration comme processus dynamique

Dans son article consacré au hit-parade des intellectuels, Pierre Bourdieu (1984 : 95) explique que « possédant à la fois la liste des "élus" et la liste des juges, on découvre immédiatement dans la seconde le principe de la première », transférant ainsi son hypothèse de l'existence d'une « homologie structurale » (Bourdieu, 1979 : 255-271) entre les écrivains journalistes classeurs, et les écrivains journalistes classés. Effectivement, dans le cas des palmarès des hôpitaux, il semble bien que l'on retrouve ce principe d'homologie. Les établissements les mieux classés sont ceux qui parviennent à articuler différentes logiques : médiatique de la transparence, économique de la maîtrise des dépenses, médicale de la technicité. Dès lors, comprendre les mécanismes par lesquels certains hôpitaux sont considérés comme « les meilleurs de France », suppose d'analyser les logiques spécifiques au sous champ hospitalier et ainsi de rompre avec certains biais du média-centrisme (Schlesinger, 1992). Plus généralement, cela évite d'appréhender le processus de consécration journalistique uniquement comme l'action d'un classeur sur un classé passif, et permet de saisir la logique de consécration journalistique dans un cadre dynamique, un peu à la manière dont les études en sociologie des publics et de la réception s'efforce de saisir dans un même mouvement production et réception des biens culturels (Le Grignou, 2001 ; Charpentier, 2006).

Le cas d'un hôpital – il s'agit d'un établissement privé PSPH (participant au service public hospitalier), né récemment du regroupement de deux hôpitaux – qui culmine depuis plusieurs années (plus précisément depuis

le palmarès de 1998) aux premières places du hit-parade dans différentes spécialités, côtoyant les « prestigieux » CHU (il est très souvent le premier hôpital non CHU), et qui, tous les ans, est classé dans les 20 premières places du « tableau d'honneur » des meilleurs hôpitaux français<sup>20</sup>, constitue une bonne illustration de ces prédispositions à la consécration et des interactions qui se nouent entre classeurs et classés. Que ce soit du point de vue des techniques médicales utilisées, du rapport aux objectifs d'économie en matière de soins, ou à la question de la « transparence » (vis-à-vis des médias notamment), tout semble vouer cet hôpital à figurer parmi les « meilleurs ». Ainsi, lorsque l'on consulte les pages du site internet de cet établissement, peut-on y voir vanté les mérites « d'une nouvelle approche de l'organisation hospitalière où le malade est pris en charge globalement par la création de 14 départements, 2 unités et la mise en œuvre d'une gestion innovante ». Résolument tourné vers l'extérieur (l'existence du site internet en est une preuve), son architecture l'est également par une « structure esthétique et transparente qui ne compte pas plus de 7 étages », sous-entendu à l'inverse des CHU construits dans les années 70, qui se caractérisent par leurs tours de grandes tailles et l'absence de baies vitrées<sup>21</sup>. La construction récente de l'hôpital européen Georges Pompidou – qui répond lui aussi à ce nouveau critère de « transparence architecturale » – est d'ailleurs perçue par certains des médecins de cet établissement comme une mise en concurrence directe. Dans la demi page que les journalistes consacrent à cet établissement, un des médecins déclare : « L'Assistance publique des hôpitaux de Paris [de laquelle dépend l'hôpital Georges Georges Pompidou] pensait peut-être attirer certains de nos malades vers son nouveau navire amiral. Et si c'était l'inverse qui se produisait ? » ; et les journalistes de poursuivre que la construction de cet établissement a été faite « à un coût raisonnable, 775 millions de francs, le tiers du pharaonique hôpital Pompidou »<sup>22</sup>. Aussi, et compte tenu de leurs schèmes de perception du système hospitalier, les journalistes n'ont-ils pu

---

<sup>20</sup> Le « tableau d'honneur », réalisé depuis 1999 par ces journalistes, constitue une sorte de synthèse des différents classements réalisés dans chaque spécialité, et offre le palmarès des « 50 meilleurs hôpitaux français ».

<sup>21</sup> Il faudrait préciser cette construction du discours journalistique qui tend ainsi à stigmatiser – au moins dans les premiers palmarès (par la suite les CHU vont prendre de plus en plus de poids dans les classements des journalistes, du fait notamment de l'évolution de leurs critères de classification, preuve que l'acte de consécration doit être envisagé comme un processus dynamique et donc fluctuant) – les hôpitaux publics, et notamment les CHU, toujours qualifiés par opposition à ces « établissements modernes » : ils sont « gros, lourds, tristes, peu éclairés, avec une gestion archaïque, peu réactifs, coûteux... ».

<sup>22</sup> Houdart Ph., Malye F., Vincent J., « Chirurgie digestive : les 50 meilleurs hôpitaux », dans « Ville par ville, le palmarès des 500 hôpitaux de France », *Le Figaro magazine* (11/09/99 : XXVIII).

qu'être « séduits » par les aspects matériels et esthétiques de cet hôpital. De même, l'attention que porte cet établissement PSPH à la satisfaction des patients en organisant, tous les mois avec l'Ipsos, des sondages téléphoniques « pour connaître [leur] opinion sur la qualité de [ses] prestations » n'a fait que conforter leur point de vue. Bref, comme le conclut la présentation internet, ce qui caractérise cet établissement, c'est son « esprit d'innovation », tant sur le plan des techniques médicales et des nouveaux modes de prise en charge des patients, qu'au niveau de sa gestion. En effet, cet hôpital s'accorde avec la nouvelle vision politico-administrative de ce qu'est un « bon » établissement. S'il participe activement à la production des données nécessaires à l'élaboration du PMSI, il se distingue surtout par l'expérience d'accréditation qu'il a menée dès 1997 avec le concours du Conseil canadien d'accréditation, « avant même que l'ANAES<sup>23</sup> ait publié ses normes et ses méthodes », expérience dont les médecins de l'établissement semblent fiers : « Attendez, l'accréditation... Vous parlez de chez moi, nous on l'a faite en 1995, les Canadiens sont venus ici, ils sont venus, l'Office national d'accréditation canadienne ! On est accrédité au Canada nous ! On a passé l'accréditation canadienne, parce qu'on a trouvé que c'était très, très bien ; c'est une réponse forte d'ailleurs, parce que je vous dis, quand vous avez les structures, les logiques, les protocoles, quand tout est mis en place, c'est que ça marche »<sup>24</sup>. Accréditation qui permet donc l'obtention de profits symboliques en sanctionnant la qualité de l'établissement, mais qui confirme également la position particulière de celui-ci dans le sous champ hospitalier, vu les réticences d'une grande partie du milieu médical face à l'intrusion « d'experts », notamment ceux de l'(ex-)ANAES.

Si l'exemple de cet établissement est instructif, c'est qu'il condense les différentes propriétés que l'on retrouve de manière plus ou moins prononcée dans les autres établissements consacrés. Pour simplifier, on peut les limiter à l'acceptation d'une triple logique : médiatique de la transparence, économique de la maîtrise des dépenses de soins, et enfin techniciste de la rationalisation des pratiques médicales. En effet, il semble que l'acceptation de la logique médiatique de la transparence constitue le préalable indispensable pour tout hôpital qui souhaite être consacré. Accepter de jouer le jeu des médias n'est pourtant pas partagé par tous les médecins. Le faible taux de réponse au questionnaire envoyé par les journalistes aux services qu'ils souhaitent évaluer constitue un premier

---

<sup>23</sup> L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (remplacée depuis 2004 par l'HAS (Haute autorité de santé) avait alors pour objectifs principaux de développer l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles, et de procéder à l'accréditation des établissements, rendue obligatoire depuis les « ordonnances Juppé » de 1996.

<sup>24</sup> Entretien avec un médecin PU-PH (Professeur des universités-Praticien hospitalier), chirurgien, chef de département.

indicateur de ces réticences. Mais ce sont sans aucun doute les réactions très tranchées des médecins face à ce principe de reconnaissance externe, qui illustre au mieux ces rapports différenciés à la logique de la transparence. Ainsi, les praticiens qui acceptent de collaborer avec les journalistes, sont-ils toujours stigmatisés par leurs collègues les plus liés à la logique spécifiquement médicale<sup>25</sup> : « Tous ces gens que vous entendez dans les télévisions et tout... les journaux ont des listes de médecins et ils savent que si on téléphone à trois heures du matin, ils seront là, parce qu'ils veulent être médiatisés. Pourquoi ? Parce qu'ils ont soif... c'est tentant d'une certaine façon d'avoir la notoriété, et ils pensent que les médias sont un moyen utile d'augmenter leur notoriété et par conséquent le nombre de malades. C'est tout »<sup>26</sup>. De ces rapports différenciés aux médias, résultent des réactions aux résultats de ces publications, en tout point opposées, comme le prouvent ces deux extraits de courrier :

**Courrier des lecteurs, Sciences et avenir (620, oct. 98)**

« Voilà deux jours que je viens de prendre connaissance de votre enquête sur l'hôpital en France : un travail colossal [...]. Grâce à vous, je sais aujourd'hui que j'opère dans un service de chirurgie de qualité [...]. Bien sûr, vous direz-vous, celui-là nous écrit pour nous remercier car il se trouve bien placé dans notre palmarès ; il ne l'aurait pas fait dans le cas contraire ! Sans doute ! Mais si je prends la plume en ce moment, c'est parce que [...] vous m'avez apporté une reconnaissance qui me procure une émotion profonde et une grande joie intérieure ».

**Courrier communiqué par les journalistes (non publié)**

« Je profite de ce courrier pour stigmatiser le comportement de certains collègues dont la boulimie médiatique ne s'est pas démentie à cette occasion. [...] Ils ont deux points communs : l'absence totale de nuances dans leurs propos écrits ou télévisuels ; l'absence de publications de leurs résultats. Cherchez le lien ? S'ils ne se reconnaissent pas qu'ils m'écrivent, je leur donnerai des précisions supplémentaires. [...] Vous le savez, l'humour est la politesse du désespoir. Mais croyant en la nature humaine, je pense que ces collègues indécents, maintenant, rasant les murs et sont devenus insomniaques comme nous mêmes !!! ».

Mais accepter la logique médiatique ne suffit pas. Pour espérer être consacré, encore faut-il souscrire aux récentes injonctions économiques de maîtrise des dépenses de soins. Très concrètement, cela passe par une sensibilité à certaines logiques managériales, et par la conviction qu'un service hospitalier constitue une « petite entreprise » qu'il faut gérer selon des critères de coût/rentabilité. Dans cette perspective, la médecine peut être appréhendée comme une prestation de service, la rencontre entre une offre et une demande, l'ajustement nécessaire entre des ressources et des besoins. Un des médecins qui ont soutenu les journalistes dans leur publication décrit ainsi son activité :

<sup>25</sup> Sur les raisons sociologiques qui permettent d'expliquer ces rapports différenciés des médecins aux médias (Ponet, 2005 : 144-153).

<sup>26</sup> Entretien avec un chirurgien PU-PH en CHU, responsable d'une société savante qui a intenté un procès suite à la publication du palmarès de *Sciences et avenir* en 1998.

« Ici, l'avantage, c'est qu'on est 14 chefs de service. Vous imaginez un hôpital de 420 lits, on est 14. Avec le directeur on est 15. Quand on se réunit, c'est pas l'armée mexicaine. Et donc la stratégie quand on parle d'économie, on parle à 15. À 15, on peut dire : "Voilà moi j'ai un problème. On me facture du personnel qui est là en attente, je ne l'utilise jamais". On va pas licencier les gens évidemment, on les réattribue ailleurs, du coup on augmente la productivité, du coup c'est stable. Ce qui fait que dans cet hôpital, quand on a ouvert, on avait fait ce projet de tout modifier, et ben, on a augmenté l'activité de 21 % en une année. Vous imaginez, 21 % ! Alors, on a dépassé le budget de 50 millions, mais 50 millions pour 21 % d'augmentation ! On a augmenté entre le quart et le cinquième l'activité, pour augmenter le budget de 50 millions sur 770 millions, c'est-à-dire même pas 1 %, pour 21 % d'augmentation d'activité ! »<sup>27</sup>.

Or, pour les médecins les plus liés à la logique purement médicale, un tel point de vue est critiquable : le colloque singulier entre un médecin et son patient ne peut se réduire à un calcul coût/avantage de type économique ; chaque cas étant unique, seule la guérison du patient importe quels que soient les coûts des moyens cliniques et thérapeutiques mis en œuvre. Ce que critiquent donc ces médecins ce n'est pas tant une mauvaise gestion/management des moyens qu'un manque de moyens :

« On en a vraiment ras le bol, je vous assure, et la coupe est un peu pleine. Il va arriver un moment où l'on dépensera plus d'argent pour une structure de type ANAES, pour évaluer les actifs, c'est-à-dire ceux qui soignent ! Ce sont les médecins qui sont au chevet, ce sont les médecins qui opèrent dans leur coin, qui reprennent la nuit parce que ça saigne, pour vérifier un truc. Si j'étais un bon caricaturiste, vous savez ce que j'aurai envie de faire, je dessinerais une rue, dans la rue on verrait une charrette terriblement chargée de tout un tas de charges, des charges médicales, administratives, universitaires, et il y aurait un pauvre malheureux tout famélique qui serait le médecin, le chef de service, et sur le trottoir, il y aurait des centaines de gens qui seraient les évaluateurs, et qui critiqueraient et qui diraient : "Oh, fait ceci, le travail n'est pas bon, tire plus fort !" »<sup>28</sup>.

Or, cette logique économique de la maîtrise médicalisée des dépenses est souvent liée à la logique technicienne de rationalisation des pratiques médicales. Celle-ci se repère par exemple dans une codification écrite des fonctions des médecins, et dans le respect des guides de bonnes pratiques, qui décrivent pour chaque intervention une « procédure » à suivre. Cette codification écrite favorise l'émergence d'une nouvelle représentation de la pratique médicale, en accentuant son caractère éminemment technique, reléguant ainsi au second plan la définition qui

<sup>27</sup> Entretien avec un chirurgien PU-PH, chef de département d'un établissement PSPH.

<sup>28</sup> Entretien avec un chirurgien PU-PH, chef de service.

prévalait jusqu'alors de la médecine comme art<sup>29</sup>. Pour s'en convaincre, il est possible de comparer les points de vue de deux médecins sur cet aspect : si le premier, chirurgien et chef de département dans l'établissement que nous avons présenté, revendique l'efficacité d'un encadrement strict de l'activité médicale – « un service qui est mauvais n'a pas de protocole, n'a pas étudié. Si tous les protocoles sont bien faits, comment voulez vous que les mecs soient mauvais ? Tout a été prévu. Tout est écrit. Vous imaginez. Un hôpital qui a pris le temps de se faire chier à faire ça, vous me ferez pas croire qu'il est mauvais, c'est pas vrai, c'est pas vrai. On me gonfle ! »<sup>30</sup> –, le second, chef de service dans un CHU parisien, présente quant à lui une vision plus « traditionnelle » de sa pratique – « si un tel encadrement de l'activité médicale, de l'activité opératoire en particulier, est conceptuellement défendable, toujours au nom de la défense du consommateur vis-à-vis des excès des praticiens, dans les faits cette approche est un peu difficile, tant la différence dans les gestes réalisés, dans ce qui est réellement fait, qui conduit à un succès ou à un échec peut être minime, décelable par l'ultra spécialiste uniquement et encore, s'il peut être le témoin direct de l'action [...]. Il paraît en effet essentiel que soit encouragée, préservée, l'éthique personnelle du chirurgien, celle qui a permis un essor rapide de la spécialité pour le plus grand profit de la très grande majorité, sinon la totalité des malades »<sup>31</sup>.

Finalement, les rapports très différenciés que les médecins entretiennent avec ces trois logiques – médiatique de la transparence, économique de la maîtrise des dépenses et techniciste de la rationalisation des pratiques de soins – renvoient d'une manière plus générale à deux conceptions des liens que la médecine doit entretenir avec les autres univers sociaux. En stigmatisant le « ridicule » des classements journalistiques, les médecins les plus engagés dans le champ médical révèlent ainsi la structuration chiasmatisée des deux principes de reconnaissance – interne ou externe – possibles. Fonctionnant un peu à la manière des vases communicants, le cumul des deux espèces de capital scientifique<sup>32</sup> – « pouvoir temporel » ou « capital scientifique pur » – est difficile à réaliser pratiquement. Il semble que la notoriété médiatique de certains,

---

<sup>29</sup> Sur le site internet de l'établissement présenté, un des chirurgiens chefs de département note : « Certains gestes trop complexes demandent encore le savoir faire du chirurgien, mais pour les gestes répétitifs et usuels les robots sont bien plus fiables que l'homme. Le taux de pannes est inférieur à un pour un million. Aucun être humain n'est capable d'en faire autant. Toutes ces avancées technologiques résultent de recherches qui visent évidemment à augmenter chaque fois un peu plus le confort et la sécurité des patients ».

<sup>30</sup> Entretien avec un médecin PU-PH, chirurgien, chef de département.

<sup>31</sup> Chirurgien, PU-PH, chef de service dans un CHU parisien (in : Loisançe, 1999 : 325-332).

<sup>32</sup> Sur ce point, voir P. Bourdieu (1997b : 28-36).

qui leur permet de bénéficier de pouvoir temporel, interdit la notoriété purement médicale. Comme le note un médecin engagé dans le champ : « La notoriété c'est quoi ? C'est un bilan extrêmement subtil dans lequel il y a le niveau d'activité, le résultat, la personnalité des gens qui sont dans le service, la situation géographique, la qualité de l'architecture, les relations des responsables du service avec les médias. Vous avez des gens qui n'ont aucune relation avec les médias qui sont des gens très, très bien. Cela dit, ils n'auront pas acquis la notoriété par les mêmes procédures, et ils auront malgré tout une notoriété, parce que la notoriété c'est quelque chose de très complexe, beaucoup plus complexe que ce que disait *Le Figaro* »<sup>33</sup>. Dès lors, si les médecins consacrés par les journalistes bénéficient d'une consécration publique, celle-ci n'a aucun effet dans l'univers médical, si elle n'est pas corrélée avec une reconnaissance interne.

## Conclusion

Les logiques de la consécration journalistique sont plurielles. Que ce soit du côté des conditions de production des critères de classification qui supposent que les journalistes articulent différentes logiques, ou bien du côté des médecins et des établissements classés, qui doivent eux aussi souscrire à une conception relativement récente de la médecine, celle d'une activité qui s'insère dans un réseau d'interdépendances avec d'autres univers sociaux (économique, journalistique, juridique, associatif). En ce sens, il faut donc, à la suite d'Erik Neveu (2001 : 91), parler du pouvoir des journalistes comme d'un « pouvoir en réseau », le pouvoir de consécration des journalistes révélant alors leur place centrale dans la coordination de différentes activités. Dès lors, ce sont deux figures du médecin qu'opposent les classements des hôpitaux : d'un côté, des médecins qui ont voué leur existence à l'activité médicale et n'acceptent de convertir que sur le tard le capital spécifique qu'ils ont pu accumuler dans le champ médical en devenant par exemple conseiller technique auprès d'un ministère ; de l'autre, des médecins qui s'efforcent de tenir ensemble les multiples contraintes qui pèsent sur leur activité (économique, administrative, juridique et médiatique notamment) et qui ne les perçoivent donc pas comme une remise en cause de leur autonomie. En reprenant la typologie weberienne, on pourrait dire que ces classements des hôpitaux signent le passage d'une domination traditionnelle et charismatique (dont la figure du grand patron est sans aucun doute le meilleur exemple), à une domination légale rationnelle (guide de bonne pratique, respect des procédures, qualité des soins...).

---

<sup>33</sup> Entretien avec un chirurgien PU-PU, chef de service en CHU.

## Références

- Bourdieu P., 1979, *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Éd. de Minuit.
- 1984, « Le hit-parade des intellectuels français ou qui sera juge de la légitimité des juges ? », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 52-53, pp. 95-100.
- 1997a, *Méditations pascaliennes*, Paris, Éd. Le Seuil.
- 1997b, *Le champ scientifique*, Paris, INRA Éd.
- Cardon D., 1995, « Comment se faire entendre ? Les prises de parole des auditeurs de RTL », *Politix*, 31, pp. 145-186.
- Cardon D., Heurtin J.-P., dirs, 1999, « Science, maladies et espaces public », *Réseaux*, 95.
- Champagne P., 1999, « Les transformations du journalismes scientifique et médical », pp. 51-61, in : Mathien M., dir., *Médias, santé, politique*, Paris, Éd. L'Harmattan.
- Champagne P., Marchetti D., 1994, « L'information médicale sous contrainte. À propos du scandale du sang contaminé », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 101-102, pp. 40-62.
- Charpentier I., dir., 2006, *Comment sont reçues les œuvres ? Actualités des recherches en sociologie de la réception et des publics*, Paris, Éd. Creaphis.
- Chevandier C., 1997, *Les métiers de l'hôpital*, Paris, Éd. La Découverte.
- Elias N., 1970, *Qu'est-ce que la sociologie*, trad. de l'allemand par Y. Hoffmann, Paris, Éd. de l'Aube, 1991.
- François B., Neveu É., dirs, 1999, *Espaces publics mosaïques. Acteurs, arènes et rhétoriques, des débats publics contemporains*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Gaïti B., 1999, « La publicisation des politiques de santé », pp. 159-179, in : Mathien M., dir., *Médias, santé, politique*, Paris, Éd. L'Harmattan.
- Henry E., 2000, *Un scandale improbable. Amiante : d'une maladie professionnelle à une « crise de santé publique »*, thèse en sciences de l'information et de la communication, université technologique de Compiègne.
- Jamous H., 1969, *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, Éd. CNRS.
- Le Grignou B., 2001, *Du côté du public. Usages et réceptions de la télévision*, Paris, Éd. Economica.
- Loisance D., 1999, *Le cœur réparé. Après un demi-siècle de progrès spectaculaire, quel est l'avenir de la chirurgie cardiaque ?*, Paris, R. Laffont.
- Marchetti D., 1997, *Contribution à une sociologie des transformations du champ journalistique dans les années 80 et 90. À propos « d'événements sida » et du « scandale du sang contaminé »*, thèse en sociologie, Paris, École des hautes études en sciences sociales.
- Mathien M., dir., 1999, *Médias, santé, politique*, Paris, Éd. L'Harmattan.
- Neveu É., 2001, *Sociologie du journalisme*, Paris, Éd. La Découverte.

- Pailliant I., dir., 2005, *La Publicisation de la science. Exposer, communiquer, débattre, publier, vulgariser*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.
- Ponet Ph., 2005, « *La guerre des mondes : de quelques rapports entre univers sociaux différenciés. Le cas des palmarès des hôpitaux* », *Politix*, 72, pp. 125-154.
- 2007, « Les classements des hôpitaux et l'usager du système de soins : vers une maîtrise individualisée des risques de santé ? », *Revue sociologie-santé*, à paraître.
- Robelet M., 1999, « Les médecins placés sous observation. Mobilisation autour du développement de l'évaluation médicale en France », *Politix*, 46, pp. 71-97.
- Schlesinger Ph., 1992, « Repenser la sociologie du journalisme. Les stratégies de la source d'information et les limites du média-centrisme », *Réseaux*, 51, pp. 75-108.
- Serré M., 2002, « De l'économie médicale à l'économie de la santé. Genèse d'une discipline scientifique et transformations de l'action publique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 143, pp. 68-79.
- Sciences et avenir*, 1997, 608, oct.