

Méthodologie de l'enquête 2025

Comme pour les précédentes éditions, nous avons travaillé en toute indépendance, sans aucun accord avec le ministère de la Santé ou l'une de ses agences ni avec quelque fédération professionnelle, syndicat, académie ou association du monde de la santé.

Notre publication a fait l'objet d'une censure de l'État en octobre 2022, nous empêchant d'accéder à la base de données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), source essentielle du palmarès depuis sa première publication, en 1998. Une nouvelle autorisation nous a été délivrée en 2023, permettant de réaliser cette édition.

Dans sa décision n° 469964 du 30 juin 2023, le Conseil d'État a rappelé que notre palmarès « ne constitue pas une publication scientifique émanant d'un organisme de recherche ou d'une autorité publique, mais un traitement à des fins journalistiques établi par un organisme de presse à destination des lecteurs de la revue qu'il diffuse, afin de les informer sur la qualité de la prise en charge par les établissements de santé et de les éclairer sur leurs mérites comparés ».

Pour tenir compte de cette décision, nous avons fait évoluer notre méthodologie sur trois indicateurs utilisés pour la réalisation du palmarès des hôpitaux et cliniques du *Point* 2024 : indice de gravité, durée moyenne de séjour et taux d'ambulatoire.

Comme précédemment, les indicateurs retenus s'appuient sur une analyse bibliographique internationale enrichie par le savoir-faire accumulé par la rédaction du *Point* : un travail d'enquête, d'échanges et de débats mené avec des professionnels depuis vingt-huit ans et continuellement actualisé au fil des parutions.

Le choix et la construction des indicateurs proviennent de réflexions, d'études, de rencontres et d'entretiens avec des médecins, des spécialistes de chaque discipline, des personnels hospitaliers, des membres de l'administration, des patients, de la lecture des revues scientifiques ou des rapports officiels sur la qualité, la sécurité et la performance hospitalière, ou encore de nos reportages réalisés partout en France.

Le choix éditorial consistant à publier des classements dans une discipline ou pour une pathologie donnée est également le fruit de ce travail et d'une observation constante de l'évolution des pratiques chirurgicales et médicales. Il en va de même des pondérations appliquées, qui sont le reflet de ces évolutions et du travail d'enquête de la rédaction du *Point*.

Depuis 2023, un comité scientifique a été mis en place afin d'assister et de conseiller *Le Point*. Ce comité est composé de Jean de Kervasdoué, économiste de la santé, ancien directeur des hôpitaux au ministère de la Santé, à l'origine de la création du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), de Gilles Johanet, ancien procureur général près la Cour des comptes, ancien président du Comité économique des produits de santé, ancien directeur de la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés, et de Guy Vallancien, professeur honoraire des universités, membre de l'Académie nationale de médecine, fondateur et président de la Convention on Health Analysis and Management, membre de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques. Pour le palmarès 2025, nous avons de surcroît bénéficié des conseils et de l'appui méthodologique et technique d'un cabinet spécialisé dans la donnée de santé. Dans ce cadre, la rédaction reste entièrement maîtresse des choix méthodologiques et de ses décisions.

Afin d'améliorer certains classements, nous avons échangé avec des professionnels, médecins ou non, universitaires ou non, y compris appartenant aux départements d'information médicale (DIM) de plusieurs centres hospitaliers. Ces DIM jouent un rôle clé : ils collectent et analysent les données médicales des patients et les « codent » de manière standardisée. Ce codage permet à la fois de piloter l'activité de l'hôpital, de suivre et d'améliorer la qualité des soins, et de facturer correctement les actes réalisés afin que l'établissement soit remboursé par l'Assurance maladie.

Médecine et chirurgie

Pour établir nos 135 classements des meilleurs hôpitaux et cliniques dans les domaines de la médecine et de la chirurgie, nous nous sommes d'abord appuyés sur les données de 2023, bases les plus récentes disponibles quand nous avons commencé notre travail en janvier, du PMSI, une des composantes du Système national des données de santé (SNDS).

Obtenue auprès de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), après une demande à la Plateforme des données de santé puis un examen par le Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé (Cesrees) et enfin une autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil),

cette base de données contient les 29,7 millions de dossiers médicaux informatisés et anonymisés des patients hospitalisés cette année-là (19,8 millions dans le secteur public, 9,9 millions dans le secteur privé). Le PMSI permet d'analyser finement les actes pratiqués dans chaque établissement et l'activité de chacun des sites géographiques des CHU français.

Dans un second temps, toujours dans le cadre de notre enquête, nous avons adressé un questionnaire, le 18 août 2025, à 1106 établissements : à 521 établissements publics ou privés à but non lucratif, à 428 établissements privés à but commercial, à 21 centres de lutte contre le cancer (CLCC) et à 136 établissements spécialisés en santé mentale. L'essentiel des questions portait sur les moyens matériels et humains dont disposent ces structures pour garantir un niveau plus ou moins élevé de sécurité et de qualité des soins en chirurgie et dans les spécialités médicales.

Au final, 259 hôpitaux, 347 cliniques, 21 CLCC et 72 centres spécialisés en santé mentale ont répondu. Pour de nombreuses activités, nous avons privilégié la présence d'équipements et de spécialistes à forte valeur soignante ajoutée : par exemple, des services de médecine nucléaire permettant de procéder à des scintigraphies cérébrales et cardiaques pour la prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson, un algologue, un sexologue, un psychologue pour la prise en charge des femmes atteintes d'endométriose, des unités de soins intensifs de cardiologie pour la prise en charge des infarctus du myocarde, etc.

En complément de l'envoi des questionnaires, nous avons également traité les questions et remarques formulées par les différents établissements détectés, telles que des problèmes de report de données dans le PMSI ou des mises à jour de certifications.

Une série de critères définie

L'activité annuelle. Nous comptabilisons le nombre d'actes réalisés dans l'année. Nous partons du postulat que plus l'activité est importante, plus les équipes vont être entraînées. La prise en compte de l'activité se fait dans des disciplines et sur des pathologies précises. Partant de là, nous faisons le choix éditorial de donner un poids prépondérant au nombre d'interventions chirurgicales ou d'hospitalisations.

La technicité. Ce critère permet en particulier de mesurer la part des actes réalisés avec une tech-

nique performante par rapport à ceux effectués avec une technique obsolète, ou la part des actes complexes par rapport aux actes simples de la même spécialité. Les innovations médicales ne se diffusent pas de manière homogène, nous considérons que plus le pourcentage est élevé, plus le service est rompu aux techniques de pointe ou aux opérations complexes, ce qui entraîne des conséquences sur la prise en charge des patients. La sélection des techniques considérées comme plus performantes est le fruit de l'étude de la bibliographie scientifique et d'échanges avec les établissements de santé.

La spécialisation. L'orientation d'une équipe vers une activité très spécifique au sein d'une discipline plus large a été mesurée, comme se consacrer quasi exclusivement à la chirurgie du genou dans un service de chirurgie osseuse et articulaire.

L'indice de sévérité des cas traités. Notre indice de sévérité, anciennement appelé indice de gravité (ou indice de lourdeur), reflète la lourdeur des séjours hospitaliers selon l'état clinique des patients et la quantité de soins requise. Plus cet indice est élevé, plus les cas pris en charge sont sévères. Il est calculé à partir des niveaux de sévérité apparaissant dans le PMSI. Les résumés de sortie standardisés (RSS), qui contiennent les données relatives à une hospitalisation et sont pseudonymisés sous la forme de résumés de sortie anonymes (RSA), font l'objet d'une classification en groupes homogènes de malades (GHM) et en groupes homogènes de séjours (GHS).

Cette classification, réalisée par chaque établissement au vu d'une nomenclature officielle, permet de mesurer l'activité des hôpitaux, de piloter leur performance et de leur allouer des ressources. Le classement en GHM-GHS précise la nature des cas et, via un niveau de sévérité de 1 à 4, détermine les moyens que l'établissement doit mobiliser. La définition de ces niveaux de sévérité, qui appartient à l'État, est à la base de la classification du PMSI.

Dans ce cadre, notre indice de sévérité est calculé ainsi : chaque séjour est pondéré par le dernier caractère du GHM, qui correspond au niveau de sévérité (1 à 4). Nous calculons la somme de ces niveaux, que l'on divise par le nombre de séjours multiplié par quatre, puis nous rapportons le résultat sur une base de 100. Un exemple théorique : si tous les RSA considérés dans une discipline ou une pathologie classée font apparaître un GHM se terminant par 4, alors l'indice de sévérité sera de 100. À l'inverse, il sera de 25 s'ils se terminent tous par 1.

La durée de séjour (DMS). La DMS correspond au nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital. Selon l'OCDE, elle se calcule

en divisant le nombre total de jours en hospitalisation que l'ensemble des patients ont passé au cours de l'année par le nombre des admissions ou des sorties (les admissions avec sortie le jour même ne sont pas prises en compte). La DMS est un indicateur récurrent et incontournable dans les études scientifiques portant sur l'efficacité des soins médicaux.

Elle sert autant à apprécier le côté financier que le côté qualitatif du parcours de soins. La DMS est propre à chaque établissement, voire à chaque service, et dépend notamment de l'organisation de ce dernier. La réduction de la DMS est un objectif largement partagé. Nous faisons le choix de considérer qu'une durée moyenne de séjour plus courte témoigne d'une bonne organisation du service (notamment d'un personnel suffisant et entraîné), ce qui permet de limiter les risques d'infection contractée pendant l'hospitalisation, outre les autres bénéfices décrits par la littérature.

Notre palmarès classe les établissements par types de pathologie, ce qui permet déjà une homogénéisation du classement en matière de pathologies prises en charge. Par ailleurs, le PMSI repose sur un principe de groupage qui aboutit également à une homogénéité concernant la sévérité des séjours puisque, s'agissant des patients hospitalisés, les groupes homogènes de malades (GHM) sont définis pour un niveau de sévérité donné. Pour atteindre un niveau de sévérité donné, la durée du séjour est une condition nécessaire (trois jours pour le niveau 2, quatre jours pour le niveau 3, cinq jours pour le niveau 4). Le PMSI fait donc, par construction, le lien entre durée de séjour et niveau de sévérité.

Pour autant, afin de ne pas pénaliser les établissements ayant des DMS plus longues (ou des taux de chirurgie ambulatoire plus faibles) en raison d'une typologie de patients à la pathologie plus sévère et plus lourde que dans d'autres établissements, ce qui constitue une limite de cet indicateur, nous avons tempéré la DMS en fonction de la sévérité en utilisant un nouvel indicateur, « DMS/indice de sévérité ». Dans les tableaux du palmarès, c'est toujours la DMS, repère des professionnels, qui apparaît dans la colonne « durée de séjour ». Mais telle quelle, elle n'est pas classante. Pour effectuer les classements, nous la divisons par l'indice de sévérité.

Le taux d'ambulatoire. Selon la Direction générale de l'offre de soins, la chirurgie ambulatoire permet l'hospitalisation de moins de douze heures, sans hébergement de nuit. Elle comprend les actes chirurgicaux programmés – et impérativement réalisés – dans le cadre sécurisé d'un bloc opératoire en vue de la sortie du patient le jour même de son intervention, sans

risque majoré. Elle ne repose pas uniquement sur la réalisation de gestes de « petite » chirurgie mais recouvre aussi des actes de haute technicité, tous les acteurs reconnaissant son caractère substitutif et sa validité.

Il s'agit d'un objectif gouvernemental constant, et le système de tarification est orienté vers l'ambulatoire. Pour un certain nombre d'actes de chirurgie, il est largement démontré que la chirurgie ambulatoire, quand elle est possible, peut être utilisée comme indicateur d'efficacité, permettant des économies et améliorant le parcours de soins des patients, et qu'elle est corrélée à l'organisation et à son amélioration.

À l'instar des pratiques internationales, nous intégrons le taux d'ambulatoire dans les indicateurs du palmarès. Cette information nous semble primordiale car elle peut permettre de guider nos lecteurs vers les établissements pratiquant la chirurgie ambulatoire pour une pathologie donnée. *Le Point* fait donc le choix éditorial de mettre en valeur cette pratique, promue par les politiques de santé, et d'en faire un critère valorisant dans les classements du palmarès.

Néanmoins, nous appliquons ce critère de manière raisonnée et en tenant compte de ses limites, concernant la structure de l'activité des établissements comme la nature et la gravité des pathologies prises en charge, qui conditionnent le taux de chirurgie ambulatoire. Évidemment, nous ne faisons pas apparaître ce critère dans une spécialité où la pratique de l'ambulatoire n'est médicalement pas possible. Nous ne l'utilisons pas non plus dans les cas où le choix de l'ambulatoire pour une spécialité est discuté ou encore trop peu développé.

En outre, la pondération de cet indicateur nous permet de ne pas pénaliser les établissements ayant peu recours à l'ambulatoire dans une discipline et un contexte où sa pratique n'est pas suffisamment généralisée. À l'inverse, dans les disciplines où l'ambulatoire est totalement généralisé, ce critère n'est pas pris en compte, car il n'est plus pertinent.

La notoriété, qui apparaissait jusqu'à l'an dernier comme un indicateur non classant permettant d'apprécier l'attrait d'un établissement au-delà de son bassin de population, a été retirée de nos classements cette année, car, dans les zones frontalières de départements ou en milieu urbain avec plusieurs départements imbriqués, de nombreux patients se rendent naturellement dans un établissement situé dans un autre département simplement parce qu'il est le plus proche. Ce qui conduit à surestimer l'« attractivité » réelle de certains établissements – même s'ils sont minoritaires – pour lesquels la part de patients extraterritoriaux reflète ●●●

... alors davantage une logique géographique qu'une véritable réputation de l'établissement.

D'autres indicateurs plus spécifiques sont utilisés ponctuellement, en fonction des disciplines ou pathologies classées (notamment pour faire apparaître l'importance de l'activité s'agissant d'un acte précis ; par exemple, le nombre de biothérapies administrées ou le taux d'hospitalisation de jour). Ils sont apparents dans les classements, et leur définition se trouve en note de chaque tableau.

Centres experts. La notion de centre expert, déjà utilisée dans les précédentes publications, est désormais présente dans 30 pathologies classées : médecine vasculaire, hypertension artérielle, pose de prothèses de hanche ou de genou, cancer du rein, cancer de l'ovaire, cancer de l'utérus, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, chirurgie de l'obésité, stress post-traumatique, troubles bipolaires, dépression, schizophrénie, chirurgie de la rétine, chirurgie de la cornée, chirurgie dentaire et orale de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent, cancer ORL, épilepsie de l'enfant et de l'adolescent, épilepsie de l'adulte, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, pneumologie, chirurgie des cancers osseux de l'adulte, chirurgie des sarcomes des tissus mous, cancers de la peau, cancer de la thyroïde, diabète de l'adulte, diabète de l'enfant et de l'adolescent, urgences de la main.

S'agissant des centres de référence et des labellisations, certains critères proviennent de sources publiques. Il en va ainsi des centres de référence. Selon la Direction générale de l'offre de soins, « *un centre de référence a une vocation nationale ou inter-régionale, il assure le plus haut niveau de recours* ». Pour la prise en charge de nombreuses pathologies, des établissements de soins, majoritairement publics, sont labellisés centres de référence ou de compétence par l'État, qui les accompagne financièrement pour cette mission. Leur liste est publiée sur le site du ministère de la Santé. Ces concepts représentent la garantie d'une expertise et d'une reconnaissance, mais aussi d'un financement dédié récurrent.

Les sociétés savantes, le réseau des centres de lutte contre le cancer Unicancer et les fondations consacrées à certaines pathologies contribuent également à cet effort en labellisant leurs structures. Par exemple, l'indicateur SOS main, dans notre classement consacré aux urgences de la main, correspond à un label reconnu par la Fédération européenne des services d'urgences de la main qui repose sur l'organisation et la qualité des soins et regroupe des centres spécialisés dans la prise en charge et le traitement de toutes les pathologies de la main.

D'autres sources ont été utilisées, comme le bilan des activités de prélèvement et de greffe en France (2024), édité par l'Agence de la biomédecine, ou encore les files actives de patients enregistrés entre 2014 et 2024 dans la base de données Edmus (European Database for Multiple Sclerosis), conçue pour la gestion et le suivi des patients atteints de sclérose en plaques.

Unité péri-opératoire gériatrique (Upog). L'existence d'une Upog dotée d'un gériatre permet d'apporter davantage de sécurité aux patients âgés de plus de 75 ans. Elle a été utilisée pour les classements portant sur la pose de prothèses de hanche et le cancer du côlon ou de l'intestin.

Programme de récupération améliorée après chirurgie (Raac). La Raac est une approche de prise en charge globale du patient favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie. Le taux de patients bénéficiant de ce programme d'établissement a été utilisé dans les classements portant sur la pose de prothèses de hanche et de prothèses du genou.

Suivi à domicile : l'adhésion ou non des établissements au programme de retour à domicile (Prado) lancé par l'Assurance maladie pour anticiper les besoins liés au retour à domicile du patient hospitalisé et fluidifier le parcours hôpital-ville. Ce critère est utilisé pour l'insuffisance cardiaque, la pose de prothèses de hanche, le cancer de la prostate, le cancer de la vessie, le cancer du côlon ou de l'intestin, les accidents vasculaires cérébraux et la pneumologie.

Les classements sont fondés par ailleurs sur les informations et indicateurs issus des réponses aux questionnaires adressés aux établissements, qui font également partie du travail d'enquête du *Point*. Les questionnaires sont extrêmement précis (351 questions pour le questionnaire adressé aux hôpitaux, 188 pour celui adressé aux cliniques, 65 pour celui adressé aux CLCC et 24 pour celui adressé aux établissements spécialisés en santé mentale).

Les questions portent essentiellement sur les moyens techniques et/ou humains garants d'une meilleure offre et d'une meilleure sécurité des soins. Par exemple, selon la discipline considérée : présence ou non d'une unité de soins intensifs de cardiologie dans l'établissement, avec au moins un cardiologue dûment qualifié (au sens ordinal du terme), de garde sur place 24 heures sur 24 et 365 jours par an ; présence dans l'établissement d'un service de réanimation, avec au moins un médecin réanimateur de garde sur place en permanence ; possibilité d'avoir recours, pour le traitement de certains cancers, à des alternatives à la chirurgie validées, comme des traitements focaux ou des actes de radio-embolisation. De

manière générale, nous privilégions fortement les moyens humains ou techniques synonymes de sécurité ou de qualité des soins.

Les nouveautés en 2025

Comme chaque année, plusieurs classements ont été révisés, mis à jour et améliorés afin de refléter l'évolution des pratiques médicales et des prises en charge, toujours dans l'objectif d'améliorer le reflet de la qualité des soins pour les patients. Ainsi, certains critères ont été actualisés pour tenir compte des avancées médicales et organisationnelles.

Cette démarche s'inscrit dans une logique d'alignement avec les recommandations les plus récentes, émanant de la Haute Autorité de santé (HAS), des sociétés savantes ou d'autres instances de référence, afin de garantir la pertinence, la cohérence et la robustesse de l'évaluation. Ainsi, plusieurs classements ont fait l'objet d'améliorations significatives.

Pour certaines pathologies qui, en 2024, étaient évaluées sous un angle exclusivement chirurgical, les critères de classement ont été profondément révisés afin d'intégrer une prise en charge globale, couvrant l'ensemble du parcours de soins du patient, de la chirurgie aux soins purement médicaux. Cette évolution concerne particulièrement les cancers, comme celui du sein, mais aussi d'autres spécialités pour lesquelles les pratiques actuelles ne se limitent pas à l'acte opératoire.

Par ailleurs, certaines pathologies sont analysées et présentées par sous-techniques, permettant de distinguer des modalités de prise en charge aux profils très différents et d'obtenir des indicateurs de performance plus précis et plus facilement interprétables pour le lecteur. Plus largement, l'ensemble de ces ajustements vise à renforcer la pertinence des classements en reflétant fidèlement la complexité des parcours de soins et les évolutions organisationnelles observées dans les établissements.

Cancer du sein. Les établissements sont désormais davantage évalués sur leur capacité à proposer un ensemble élargi de techniques et de modalités de prise en charge, dans une logique de parcours global plutôt que strictement chirurgical. En particulier, la distinction entre mastectomie avec reconstruction mammaire immédiate et mastectomie seule permet de tenir compte des durées de séjour très différentes selon les modalités opératoires et d'assurer une comparaison plus équitable entre les établissements, notamment pour ceux réalisant les interventions les plus complexes.

Chirurgie du nez et des sinus. Les attentes devenant de plus en plus spécifiques dans cette discipline, les indicateurs du classement ont été

affinés afin de distinguer clairement les interventions chirurgicales concernant le nez de celles concernant les sinus. Cette séparation permet de décrire plus précisément les dimensions essentielles de chaque type de prise en charge et d'identifier, en en-tête de classement, les établissements offrant une expertise complète et cohérente sur l'ensemble des pathologies nasales et sinusiennes.

Diabète. La majorité des prises en charge hospitalières pour diabète concernant les complications de la pathologie, le classement a été enrichi de nouveaux indicateurs portant davantage sur ces complications requérant des prises en charge spécifiques : l'amputation du pied diabétique, la néphropathie, la rétinopathie ou la neuropathie. Qu'il s'agisse du diabète de type 1 ou de type 2, l'éducation thérapeutique du patient – autre nouvel indicateur de ce classement, qui existe déjà dans les classements concernant la prise en charge des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) et de l'épilepsie – est une composante essentielle du traitement, permettant d'améliorer sa prise en charge, son équilibre glycémique, sa qualité de vie et de prévenir les complications.

Pneumologie. Le classement concernant la pneumologie permet désormais la distinction des principales pathologies prises en charge – BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive), asthme, grippe ou Covid, bronchiolite et apnée du sommeil – afin de refléter au mieux l'expertise et le degré de spécialisation des structures. Une lecture qu'il convient toutefois de nuancer au regard de la répartition de ces pathologies – surtout l'asthme et la BPCO –, très hétérogène selon les territoires. Compte tenu des différences cliniques et organisationnelles propres à chaque population, un classement spécifique à la pneumologie pédiatrique a également été élaboré afin de distinguer les activités concernant plutôt les enfants, comme la bronchiolite, de celles des adultes, plus concernés par la BPCO.

Recherche clinique. La présence de recherche clinique est un critère de qualité des soins, car elle permet aux services des établissements concernés d'actualiser leurs pratiques, de développer une expertise renforcée et d'offrir aux patients un accès à des traitements innovants améliorant leur prise en charge. Dans nos précédentes éditions, la recherche clinique était déjà mise à l'honneur, par exemple, dans le classement de la maladie de Parkinson, via les centres labellisés NS-Park par les réseaux F-CRIN. F-CRIN, pour French Clinical Research Infrastructure Network, est une plateforme nationale – soutenue par l'Inserm et l'Agence nationale de la recherche – qui coordonne et soutient les activités de recherche clinique dans les établis-

sements de santé, en garantissant la qualité, la fiabilité et l'accessibilité des essais cliniques. Elle se décline en plusieurs réseaux spécialisés, chacun dédié à un champ thérapeutique précis, permettant de valoriser l'expertise et l'engagement des centres dans la recherche clinique sur des pathologies spécifiques.

Cette année, la valorisation de la recherche clinique a été étendue à d'autres pathologies, avec notamment Crisalis et Condor pour le classement des établissements en pneumologie, Fact pour les maladies cardiovasculaires (angioplastie coronaire, infarctus du myocarde, cardiologie interventionnelle), FCRIN4 MS pour la sclérose en plaques ou StrokeLink pour les accidents vasculaires cérébraux, tous appartenant aux réseaux F-CRIN.

Notre système de classement

Le principe du palmarès consiste à classer les établissements par ordre décroissant ou croissant, en fonction des critères. Dans un premier temps, un rang est attribué à chaque établissement pour un indicateur donné. Le premier établissement a un point, le deuxième, deux points, le troisième, trois, etc. Nous additionnons les points obtenus au titre des différents indicateurs pour parvenir à un classement global incluant l'ensemble des indicateurs. L'établissement ayant le plus petit nombre de points est classé premier. La note sur 20 attribuée à chaque établissement est calculée en fonction du nombre final de points obtenus lors du classement. Nous choisissons de publier les 10, 15, 20, 25, 30, 40, 45, 50 premiers selon les critères définis ci-dessus.

La plupart des indicateurs issus du PMSI sont pondérés à 1, ce qui signifie qu'ils participent au classement de manière équivalente (technicité, durée moyenne de séjour, taux d'ambulatoire, indice de gravité). En fonction des classements, et après enquête journalistique auprès des établissements de santé sur les pratiques de prise en charge, certains critères font l'objet d'une pondération spécifique : l'activité, le plus souvent pondérée par 3, parfois majorée en fonction du nombre de critères classants, résulte de notre choix éditorial fondamental de considérer que plus l'activité est importante, surtout en chirurgie, plus les équipes sont entraînées.

Pour tenir compte des évolutions observées et attendues de l'activité hospitalière ainsi que des échanges entre la rédaction du *Point* et les professionnels de santé, les pondérations peuvent varier en fonction des pathologies. Les pondérations résultent de choix éditoriaux, au vu de la littérature internationale, de l'observation de l'évolution des pratiques chirurgicales et médicales, et, plus généralement, des enquêtes de la rédaction du *Point* depuis vingt-huit ans sur

l'activité des établissements de santé publics et privés. Elles sont discutées avec notre comité scientifique.

S'agissant des indicateurs provenant des réponses aux questionnaires, le système est le suivant : 1 point à tous les établissements (= n) qui disposent du moyen technique ou humain considéré, n + 1 point à tous ceux qui ne l'ont pas ou n'ont pas répondu. Par choix éditorial, les établissements ne répondant pas au questionnaire sont pénalisés, voire exclus si le renseignement demandé est considéré comme indispensable. Si le défaut de réponse à certaines questions est pénalisant, c'est uniquement dans la mesure où celles-ci portent sur l'existence de moyens matériels ou humains jugés essentiels dans certaines disciplines.

Par notre travail journalistique et notre expérience du milieu de la santé, certains établissements nous servent de repère pour une activité donnée. Leur rang est un marqueur de confiance pour une méthodologie choisie afin de classer une activité. En effet, la présence dans les classements d'établissements notoirement réputés dans telle ou telle spécialité est, a posteriori, un indice de robustesse de notre méthodologie ; inversement, leur absence nous aurait alertés sur un problème méthodologique.

À noter que les établissements qui ne sont pas certifiés par la Haute Autorité de santé en 2025 ont été exclus des classements. La certification est un dispositif d'évaluation externe obligatoire pour tous les établissements de santé, réalisé tous les quatre ans par des professionnels mandatés par la HAS, afin de porter une appréciation indépendante sur la qualité et la sécurité des soins ainsi que sur l'ensemble des prestations délivrées par les hôpitaux et cliniques en France.

Nos tableaux d'honneur

Pour mettre en valeur la performance globale des établissements sur l'ensemble des pathologies étudiées et leur capacité à assurer une prise en charge complète des patients, les tableaux d'honneur des 50 meilleurs hôpitaux et des 50 meilleures cliniques 2025 sont établis de la manière suivante : chaque établissement reçoit un nombre de points reflétant sa position dans les classements des 83 spécialités analysées, avec une pondération plus forte pour la première place, puis pour les rangs 2 à 5, 6 à 10, 11 à 20 et 21 à 50. Les établissements cumulant davantage de points figurent en tête des tableaux d'honneur. Pour y figurer, les établissements doivent fournir un service médical et chirurgical complet. Les établissements spécialisés, comme les CLCC, les établissements dédiés à la santé mentale, à l'ophtalmologie ou à l'orthopédie, en ont donc été écartés. ●●●

... Psychiatrie

Pour la neuvième fois, nous avons enquêté sur les hôpitaux psychiatriques, en particulier sur la prise en charge des troubles du stress post-traumatique, de la dépression, de la schizophrénie et des troubles bipolaires. Nous nous sommes limités aux établissements publics qui participent au service public hospitalier et qui ont l'obligation de rendre compte de leur activité dans une base de données spécifique, le RIM-P (recueil d'information médicalisé en psychiatrie).

Ce recueil concerne toutes les hospitalisations, à temps plein comme à temps partiel (en hôpital de jour, en centre d'activité thérapeutique à temps partiel, notamment), ainsi que toute l'activité de consultation externe réalisée par ces établissements (en centre médico-psychologique, principalement). Les données démographiques du patient, le lieu, le type, la durée de la prise en charge, l'affection principale, etc., sont codés selon une méthode normalisée à l'échelle nationale.

Seule la prise en charge sanitaire est reflétée par le RIM-P : l'accompagnement social, le soutien familial, l'environnement du patient, qui participent à la réussite du traitement des maladies psychiatriques, ne sont pas décrits par ce recueil. C'est la base de données anonymes de l'année 2023, recensant près de 2,4 millions de patients, obtenue de la même façon, que nous avons exploitée.

Pour chacune des quatre pathologies, nous avons établi une série de critères, dont une

partie a été renseignée par notre exploitation du RIM-P : nombre annuel de patients pris en charge ; taux de patients suivis en ambulatoire ; spécialisation dans une pathologie (rapport entre le nombre annuel de patients pris en charge pour cette pathologie et la totalité des patients, toutes pathologies confondues) ; densité des actes (médicaux et non médicaux) pratiqués par patient hors urgences ; taux de patients soignés en hôpital de jour.

Les autres critères ont été renseignés par les réponses à notre questionnaire adressé aux 226 centres spécialisés en santé mentale et à ceux des hôpitaux publics pratiquant cette discipline : présence sur place d'un service ou d'un dispositif d'urgences psychiatriques fonctionnant 24 heures sur 24 et 365 jours par an ; existence d'un ou plusieurs centres médico-psychologiques (CMP) dépendant de l'établissement, d'un accueil immédiat des patients par un membre du personnel soignant au sein du ou des CMP ; pratique lors de toute hospitalisation d'un examen clinique somatique, d'un bilan biologique, d'un électrocardiogramme, etc.

Notre travail n'est pas celui de scientifiques, c'est une œuvre journalistique

Nous menons notre enquête selon des standards professionnels unanimement reconnus comme étant élevés, y compris par les établissements de santé eux-mêmes, qui reprennent abondamment le palmarès du *Point*. Nous échangeons et débat-

tons avec des centaines de professionnels depuis vingt-huit ans, lisons les articles parus dans les revues scientifiques ou les rapports officiels sur la qualité, la sécurité et la performance hospitalière. Nous avons effectué d'innombrables reportages dans toute la France, suivi des procès impliquant des établissements et/ou des praticiens y exerçant, et recueilli les témoignages de milliers de patients et/ou de leurs familles.

Les indicateurs utilisés pour élaborer le palmarès, qui sont apparents dans nos publications, sont objectifs, simples, et sont validés par l'expérience, la pratique, la littérature et les politiques publiques de santé. Ils sont acceptés par les professionnels.

Mais ils ne sont pas les seuls envisageables et ils peuvent avoir des limites. Leur utilisation, tant pour les indicateurs issus du PMSI que pour ceux issus du questionnaire ou des autres éléments de l'enquête du *Point*, résulte de choix éditoriaux assumés et expliqués. Nous ne prétendons pas publier le seul classement possible, notre classement est le reflet du travail et de l'expérience du *Point*. Néanmoins, nous considérons que notre classement est suffisamment complexe et multifactoriel pour être considéré comme étant de grande qualité. Son succès depuis 2001 en est la meilleure preuve.

Nous restons à la disposition des lecteurs et des professionnels pour plus d'informations et, de manière générale, pour échanger sur notre méthodologie à l'adresse : palmareshopitaux@lepoint.fr ●

Réutilisation des données du SNDS

Pour l'élaboration de son palmarès des hôpitaux annuel, *Le Point* s'appuie notamment sur le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), qui fait partie du Système national des données de santé (SNDS).

Le SNDS a pour finalité de mettre à disposition plusieurs bases de données – les données de l'Assurance maladie (base Sniiram), les données des hôpitaux (base PMSI), les données relatives aux causes médicales de décès (base du CépiDc de l'Inserm), les données relatives au handicap (en provenance des MDPH, données de la CNSA) ou encore un échantillon de données en provenance des organismes d'assurance-maladie complémentaires – afin de favoriser les études,

recherches ou évaluations présentant un caractère d'intérêt public et contribuant à l'information sur la santé, à la mise en œuvre des politiques de santé, à la connaissance des dépenses de santé, à l'information des professionnels et des établissements sur leurs activités, à l'innovation dans les domaines de la santé et de la prise en charge médico-sociale, ou encore à la surveillance, à la veille et à la sécurité sanitaire (pour en savoir plus).

L'accès aux données du SNDS et leur réutilisation sont strictement encadrés par le Code de la santé publique et la loi informatique et libertés. Ils doivent donner lieu à une autorisation de la Cnil, après avis du Comité éthique et scientifique pour les re-

cherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé (Cesrees).

Le Point a accès aux données du recueil PMSI de l'hospitalisation en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ainsi qu'aux données du recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P).

Conformément à la loi, les bases du SNDS ne comportent aucune donnée directement identifiante (ni le nom, ni le prénom, ni l'adresse, ni le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques. Pour en savoir plus : snds.gouv.fr/SNDS/Protection-de-la-donnee).

Par ailleurs, à travers la plateforme dédiée gérée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), il n'est possible d'accéder qu'à des jeux de données agrégées afin

d'éviter toute identification directe ou indirecte des personnes concernées.

Conformément au Code de la santé publique, les personnes concernées sont informées de la réutilisation possible de leurs données de santé à caractère personnel contenues dans le SNDS. Elles peuvent exercer leur droit d'accès, leur droit de rectification et leur droit d'opposition auprès du directeur de l'organisme gestionnaire du régime d'assurance-maladie obligatoire auquel elles sont rattachées ou du directeur de la Plateforme des données de santé, le Health Data Hub (article R. 1461-9 III du Code de la santé publique). S'agissant du palmarès des hôpitaux, les demandes peuvent être exercées directement auprès du délégué à la protection des données (DPO) du *Point* à l'adresse e-mail : donnees-personnelles@lepoint.fr ●