

**Reconfiguration de la confiance envers un leader d'opinion médical:  
Une approche exploratoire à travers l'inconduite sexuelle vers les  
déficiences de servuction.**

*Reshaped trust in a medical opinion leader:  
An exploratory approach through sexual misconduct to service deficiency.*

**Ridha Chakroun\***

*Docteur en Médecine  
Doctorant en Sciences de Gestion  
Institut d'Administration des Entreprises  
CRIFP (EA 1195)  
Université de Nice Sophia Antipolis*

**Orélien Berge**

*Doctorant en Sciences de Gestion  
Institut d'Administration des Entreprises  
CRIFP (EA 1195)  
Université de Nice Sophia Antipolis*

**Philippe Luu**

*Ingénieur d'études  
Institut d'Administration des Entreprises  
CRIFP (EA 1195)  
Université de Nice-Sophia Antipolis*

\*Auteur correspondant  
Institut d'Administration des Entreprises  
24 avenue des Diabls Bleus.  
F-06357 Nice Cedex 4  
Tel : +33 4 92 00 11 01  
Courriel: ridha.chakroun@yahoo.fr

**Déclaration des intérêts**

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien avec des entreprises commercialisant des produits et dispositifs de santé et n'avoir aucun conflit d'intérêts avec le leader d'opinion mentionné.

**Remerciements**

Les auteurs remercient la Dre. Caroline Baillet pour sa contribution, le Prof. André Boyer et Mme. Séverine Dalloz pour leurs conseils avisés.

**Reconfiguration de la confiance envers un leader d'opinion médical:  
Une approche exploratoire à travers l'inconduite sexuelle  
vers les déficiences de servuction.**

Résumé

La mise en examen d'un leader d'opinion médical pour inconduite sexuelle a permis d'en analyser le bouche-à-oreille électronique. La satisfaction des clients émanant d'une servuction antérieure positive favorise toutes les dimensions de la confiance envers le leader d'opinion ainsi que l'adoption de sa défense alors que l'insatisfaction opère à l'inverse. Les internautes se présentant comme victimes expriment une valence négative de la bienveillance et de l'intégrité alors que la compétence perçue n'est pas affectée. Nous étendons la discussion aux reconfigurations de la confiance lors d'incidents critiques de servuction médicale et à la prévention de la violation des frontières éthiques.

Mots-clefs : leader d'opinion, confiance, inconduite sexuelle, engagement, bouche-à-oreille, marketing de la santé.

**Reshaped trust in a medical opinion leader:  
An exploratory approach through sexual misconduct to service deficiency.**

Abstract

Lawsuits against a medical opinion leader for sexual misconduct allowed us to analyze newsgroups word-of-mouth. We showed that customer satisfaction due to good service delivery promote trust and opinion leader support while dissatisfaction operate in reverse. Persons who regarded themselves as victims judged negatively opinion leader's benevolence and integrity but competence was not affected. Through reshaping trust we further discuss preventive means to cope with ethical boundaries violation and critical incidents.

Key words: opinion leader, trust, sexual misconduct, commitment, word-of-mouth, health marketing.

## **INTRODUCTION**

Nous entendons par leader d'opinion médical (L.O.), un professionnel de santé en capacité d'influencer les opinions, les croyances, les attitudes, les motivations et les comportements de ses collègues et du public en matière de santé (Valente et Pumpang, 2007). Ce statut peut être acquis consécutivement à des engagements soutenus dans des activités de soins et/ou de recherche et/ou d'enseignement et/ou de vulgarisation générant une crédibilité fondée sur la compétence et la capacité à communiquer l'information à des tiers.

De récentes études ont montré l'importance pour le grand public de l'expertise perçue, de la crédibilité et du désintéressement des leaders d'opinion dont le pouvoir de conviction est d'autant plus important qu'ils sont perçus comme exemplaires et que leurs prises de positions sont compatibles avec les valeurs en usage (Cathelat et Beaumont, 2007 ; Sanson-Fisher, 2004 ; Vernet, 2007). Or, les conflits d'intérêts par lesquels les leaders d'opinion dérogent aux attentes des parties prenantes sont susceptibles de porter atteinte à leur statut. Un conflit d'intérêts s'exprime lorsqu'un individu fait objectivement prévaloir un intérêt d'un ordre inférieur sur un autre d'un ordre supérieur alors que les deux intérêts sont envisageables simultanément (Lefebvre, 2006). De ce point de vue, le code de déontologie médicale détermine ainsi une hiérarchie qui place l'intérêt de santé publique au-dessus de l'intérêt du patient qui est lui-même au dessus de l'intérêt du médecin.

Dans la majorité des cas, les observateurs extérieurs ne disposent pas d'une visibilité suffisante de l'opposition des intérêts en jeu si bien qu'en l'absence de preuves, on peut simplement évoquer divers intérêts et s'efforcer d'en prévenir la confrontation directe. Le débat sur les conflits d'intérêts est aujourd'hui très vif tant pour les praticiens de terrain que pour les leaders d'opinion médicaux et se centre souvent sur les relations des professionnels de santé avec l'industrie pharmaceutique. Certaines interactions des médecins en général et des leaders d'opinion en particulier avec les entreprises du médicament sont en effet de nature à réduire leur indépendance et à obérer la loyauté première qu'ils doivent à leur patientèle (Mansfield *et al.*, 2006 ; Tattersall, Dimoska et Gan, 2009).

Toutefois, la confiance envers les décisions médicales peut être affectée par une autre forme de conflit d'intérêt largement passée sous silence et relative aux interactions interpersonnelles nouées dans le cadre de l'exercice médical. Il en est ainsi des problématiques d'inconduite sexuelle dans les relations entre médecins et patients, explorées

par les auteurs anglo-saxons sous l'appellation générique de « sexual misconduct » et regroupant les « sexual contact and romantic relationship ». Plus explicitement ces comportements incluent les propositions sexuelles, les attouchements et autres contacts sexuels non désirés dont les viols et les relations sexuelles supposées consenties avec les patients.

Alors que de nombreux travaux se sont intéressés à la perlaboration de la confiance envers les leaders d'opinion, aucune recherche n'a, à notre connaissance, évalué en France l'effet de la reconfiguration de la confiance lorsque le leadership d'opinion ne répond plus aux attentes que le public place en lui. Il ne s'agit pas ici d'une déconstruction au sens d'une remise en cause conceptuelle mais de modifications de l'agencement symbolique des dimensions de la confiance induites par une déficience de servuction. Dans ce contexte, nous nous sommes proposé par cette étude exploratoire d'évaluer cette dynamique de reconfiguration de la confiance suite à la mise en examen d'un leader d'opinion médical pour inconduite sexuelle (Agence de Presse Médicale, 2007a).

En dehors de toute prise de position sur le fond de l'affaire, encore pendante devant la justice en 2010, nous abordons dans un premier temps les spécificités du concept de confiance ainsi que l'état de l'art relatif aux relations sexuelles entre médecins et patients que nous placerons dans le cadre général des violences faites aux femmes. Dans un deuxième temps nous analysons les billets issus des forums de discussion qui ont suivi la mise en examen du leader d'opinion. Notre objectif étant de décrire les prises de position des internautes et d'en tester les liens avec la configuration de la confiance et de l'engagement envers le leader d'opinion. Dans un troisième temps, nous discutons de l'intérêt de notre approche pour la prise en compte des déficiences de servuction.

## **FONDEMENTS CONCEPTUELS**

Nous examinons tout d'abord le contenu du concept de confiance envers les médecins, que nous mettons ensuite en perspective avec la problématique des relations sexuelles entre médecins et patients, pour le situer ensuite dans le cadre des violences faites aux femmes.

### ***Le concept de confiance envers les médecins***

Jaunait (2007) retrace l'évolution historique de la relation médecin-patient dans laquelle la confiance se concevait à l'origine comme une obligation du patient, un devoir lié à

l'état de maladie dans le cadre d'un « transfert aveugle d'autorité » réalisé sous l'égide du principe de bienfaisance attaché au statut du médecin. La confiance envers le corps médical donne régulièrement lieu à des craintes d'ordre statutaire. Ainsi Courgey (1914) cité par Postel-Vinay (2007, p1210) faisait déjà état il y a près d'un siècle de ses craintes indiquant: « *le médecin est considéré ni plus ni moins qu'un commerçant en médecine...On lui refuse désormais le droit de medicandi coupandi et occidendi impune per totam terram* »<sup>1</sup>. Des craintes de ce type fleurissent, ceteris paribus<sup>2</sup>, encore aujourd'hui alors que des sites internet permettent outre-Manche et outre-Atlantique aux patients de noter leurs médecins (Tanne, 2008). Pourtant des enquêtes récurrentes montrent que le niveau de confiance du grand public envers le corps médical est particulièrement élevé (Bizouarn, 2008).

Aujourd'hui, la confiance volontairement attribuée par une personne se manifeste en situation d'interdépendance lors de la perception d'un risque. En dépit des problématiques de validité nomologique, des travaux convergents reconnaissent à la confiance trois dimensions qui sont : la compétence (e.g., crédibilité et aptitudes techniques), l'intégrité (e.g. honnête et loyauté) et la bienveillance (respect, intentions louables, pratiques altruistes) (Guibert, 1999). Le modèle de la hiérarchie des effets de Rempel, Holmes et Zanna (1985) décrit trois niveaux de renforcement successifs de la confiance. Le premier est conçu comme une prévisibilité réciproque des comportements. Le niveau intermédiaire est conçu comme une dépendance acceptée vis-à-vis d'un tiers privilégié. Enfin le troisième niveau est conçu comme une foi irrationnelle en l'autre sans mise à l'épreuve du réel.

En matière de santé, la confiance serait ce qui inciterait une personne en situation de vulnérabilité à s'en remettre de manière optimiste à un professionnel de santé pour sa prise en charge (Hall et al., 2001). La confiance est un prédicteur du suivi des prescriptions, de la réduction du nomadisme médical, de la fidélité du patient et des intentions de recommandation du médecin à des proches. Par ailleurs, un niveau élevé de confiance du patient envers son médecin est corrélé à la perception d'une plus grande efficacité des soins et in fine à un niveau de satisfaction plus élevé (Gilson, 2006).

L'information fournie par les médecins permet de réduire l'incertitude et contribue à l'établissement de la confiance selon une approche relationnelle de la servuction (Phanugel, 2002). La confiance dépendrait aussi de la personnalité du soignant et de sa capacité de communication interpersonnelle. Par ailleurs, bien que des travaux expérimentaux aient démontré l'absence de réduction de la confiance du grand public lors de la divulgation des

---

<sup>1</sup> Traduction française de: « le droit de traiter, d'opérer et de tuer en toute impunité partout dans le monde ».

<sup>2</sup> Traduction latine de: « Toutes choses égales par ailleurs ».

intérêts des médecins traitants ou des leaders d'opinion (Hall et *al.*, 2002 ; Pearson et *al.*, 2006) de nombreux auteurs nourrissent la crainte récurrente que les conflits d'intérêts puissent dégrader la confiance investie par les patients dans le corps médical ou dans les structures de soins (Bizouarn, 2008 ; Gilson 2006 ; Phanugel, 2002).

### ***Les relations sexuelles entre médecins et patients***

La revue de la littérature recense depuis les années 80 une quarantaine de références relatives aux relations dites « sexuelles ou romantiques » entre médecins et patients. Plusieurs enquêtes par questionnaires auto-administrés auprès d'échantillons de médecins américains révèlent que la prévalence des contacts sexuels entre médecins et patients était estimée aux environs de 2 à 4% (Gartrell et *al.*, 1992). Le pourcentage de plainte contre les médecins pour inconduite sexuelle a augmenté à un point tel que Searight et Campbell (1993) ont estimé que les contacts sexuels avec les patients concernaient 11% des médecins de famille. En Europe, la seule estimation dont on dispose, basée sur les déclarations anonymes d'un échantillon de généralistes néerlandais, montre que les contacts sexuels avec les patients auraient concerné 4,3% des hommes et 0,8% des femmes médecins (Leusik et Mokkink, 2004).

Les auteurs préconisent des mesures préventives pour réduire les risques à l'encontre les patients. Ils précisent que de telles mesures sont également susceptibles de protéger les médecins d'accusations indues pouvant détruire leur réputation, leur valoir une interdiction d'exercice et des sanctions pénales (Camarra, 1999). Toutefois, l'analyse des condamnations ordinales<sup>3</sup> des médecins américains pour inconduite sexuelle montre que celles-ci étaient plus fréquemment le fait de psychiatres, de gynécologues et de médecins de famille. De plus les médecins concernés disposaient de plus de 20 années d'expérience et d'un réseau social particulièrement fourni<sup>4</sup> (Dehlendorf et Wolfe, 1998 ; Enbom et Thomas, 1997 ; Morrison et Wickersham, 1998). Pointant le déficit d'intégrité professionnelle, la violation de la confiance des patients et la crainte d'effritement de celle-ci, les auteurs sont unanimes pour recommander des procédures de zéro tolérance prohibant tout contact sexuel avec les patients. Des auteurs soulignent de plus les conséquences négatives de l'exploitation sexuelle de la vulnérabilité des victimes en termes d'intervention professionnelle sous-optimale et de pertes de chances thérapeutiques (Crausman 2004 ; Cullen, 1999). Les contacts sexuels entre médecins et patients réduisent par ailleurs l'autonomie décisionnelle des patients et

---

<sup>3</sup> Traduction française de State Medical Board. Il s'agit ici des états de Californie, de l'Oregon et du Wisconsin.

<sup>4</sup> A titre d'exemple, trois médecins condamnés étaient présidents de sociétés savantes locales.

s'accompagnent de souffrances psychiques et psychosomatiques sur le long terme (Searight et Campbell, 1993).

D'une manière plus générale, les violences faites aux femmes comprennent les traitements abusifs, les harcèlements sexuels et les agressions sexuelles. Quatre points cardinaux caractérisent les situations de violences faites aux femmes: (1) Le passage à l'acte contre les victimes survient fréquemment sur le lieu de travail ou dans des lieux supposés a priori sûrs et par des personnes détentrices de pouvoir et d'autorité. (2) Il n'est nul besoin d'être forcément un déviant ou un pervers pour passer à l'acte alors que des mesures de rétorsion sont généralement infligées aux femmes qui éconduisent leur agresseur. (3) Il existe une difficulté pour la victime de s'identifier en tant que telle ce qui explique au moins en partie le silence de celle-ci et les révélations tardives. (4) Le blâme social s'abat plus fréquemment sur la victime que sur l'agresseur (Matlin, 2007).

L'ensemble des éléments théoriques que nous venons de passer en revue nous permet d'aborder dans notre contexte spécifique la relation entre la confiance et l'inconduite sexuelle.

## **LE CONTEXTE DE L'ETUDE**

Le 26 octobre 2007, l'Agence de Presse Médicale révèle que le Dr. H est mis en examen pour « *agressions sexuelles et viols ... sur personne dont la vulnérabilité est apparente ou connue par une personne abusant de l'autorité conférée par ses fonctions* » (Agence de Presse Médicale, 2007a). Or le Dr. H est un leader d'opinion médical reconnu, décoré de la Légion d'Honneur en 2006, président de la Société savante de médecine de la reproduction, auteur de 87 articles scientifiques référencés par la U.S. National Library of Medicine, chairman dans un grand nombre de congrès médicaux, conseiller scientifique de plusieurs laboratoires pharmaceutiques et clinicien doté d'une importante patientèle (Agence de Presse Médicale, 2006). La dépêche initiale précisait que la procédure judiciaire concernait plusieurs plaintes et que c'est en consultant des sites internet qu'une victime a permis à plusieurs autres de se manifester. Le 19 novembre 2007, une nouvelle dépêche indiquait que de nouvelles patientes se sont manifestées alors que le journal Le Monde du 23 novembre 2007 dénonçait l'inertie du Conseil de l'Ordre des Médecins dans une affaire dont les premières plaintes connues de cette institution remonteraient à 1990 (Agence de Presse Médicale, 2007b ; Impact Médecine, 2007). Dans la foulée, des quotidiens et hebdomadaires

nationaux<sup>5</sup> titraient sur les déboires « *d'un spécialiste de la fécondation in-vitro* », « *d'une sommité mondiale de la fécondation in-vitro* ».

Emboitant le pas à la presse, les internautes entament sur les sites *aufeminin.com*, *doctissimo.fr*, *leparisien.fr* et quelques autres un débat entre défenseurs et accusateurs du L.O sur la base de la confiance qu'ils lui attribuent en fonction de leurs valeurs et/ou de leurs expériences personnelles et/ou de leur perception des événements relatés par les médias.

## **LES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE**

Tout d'abord, les internautes intervenants sur les forums peuvent être des femmes rapportant un vécu personnel d'inconduite sexuelle attribué à ce leader d'opinion (L.O.). La littérature déjà évoquée nous permet d'escompter dans ce cas la vérification de l'hypothèse:

**H1** : Les internautes rapportant une expérience personnelle d'inconduite sexuelle attribuée au L.O. devraient faire état d'une perte de confiance envers celui-ci.

Ensuite, en dehors de toute inconduite sexuelle, les internautes sont susceptibles d'intervenir sur la base d'expériences personnelles liées à la servuction du L.O.. Deux phénomènes peuvent concourir à la réduction de la confiance des internautes patients ou ex-patients vis-à-vis du L.O. Le premier concerne l'assimilation de la mise en examen à une culpabilité confirmée. Cet effet peut s'expliquer par la prévalence de l'erreur fondamentale d'attribution (Jones et Nisbett, 1971) qui fait privilégier les facteurs dispositionnels (e.g., signification attribuée à la mise en examen) par rapport aux facteurs situationnels pour juger autrui (e.g., éléments tangibles). De plus, les personnes peu impliquées ou impliquées défavorablement vis-à-vis du L.O. développeront une plus grande perméabilité à l'argumentaire négatif et réduiront leur confiance envers le L.O.. Par contre, les clients impliqués et favorables au L.O. devraient développer selon Frisou (2002) un engagement implicite qui renforce leur confiance et leur engagement explicite à maintenir la relation. Les informations développées autour de la mise en examen du L.O. peuvent alors être interprétées comme une tentative visant à influencer et infléchir leur jugement (Girandola, 2003 ; Chabrol et Radu, 2008). Cette perception peut induire une résistance à la persuasion chez ces personnes et renforcer leur confiance envers celui-ci. S'agissant de procréation médicalement assistée où l'enjeu est la parentalité pour des couples infertiles, on peut en première approximation émettre les hypothèses suivantes:

---

<sup>5</sup> Libération, Le Parisien et Marianne

**H2** : Une expérience personnelle de servuction positive (i.e., survenue d'un succès thérapeutique, d'une grossesse désirée ou d'une relation interpersonnelle satisfaisante) est susceptible de développer une évaluation positive de la compétence et/ou de l'intégrité et/ou de la bienveillance perçue du L.O. (H2a). La satisfaction issue d'une expérience de servuction positive est de nature à orienter les interventions des internautes en faveur du L.O. (H2b).

**H3** : Une expérience personnelle de servuction négative (i.e., survenue d'un échec thérapeutique ou d'une absence de grossesse désirée ou d'une relation interpersonnelle insatisfaisante) est susceptible de développer une évaluation négative de la compétence et/ou de l'intégrité et/ou de la bienveillance perçue du L.O. (H3a). L'insatisfaction issue d'une expérience de servuction négative est de nature à orienter les interventions des internautes en défaveur du L.O. (H3b).

## **METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE**

Nous avons collecté sur le site [www.wikio.fr](http://www.wikio.fr), agrégateur<sup>6</sup> de billets de blogs et de forums, les billets des internautes répondant à une recherche basée sur le patronyme du L.O. Cette collecte a permis de couvrir une période allant du lendemain de la publication de la dépêche d'agence de presse annonçant la mise en examen du L.O. jusqu'au quasi-épuisement des échanges des internautes. Nous avons recueilli 191 billets émis sur une période de 65 jours du 27 octobre au 31 décembre 2007. Ce corpus a été soumis à une analyse thématique de contenu.

### ***La grille de codage utilisée***

La grille de codage que nous avons utilisée comportait 10 catégories au premier rang desquelles figuraient la nature et la finalité des billets.

Nous entendons par nature des billets leur ancrage formel: les billets reposaient-ils sur des positions de principe et/ou sur des témoignages ? S'agissait-il d'un témoignage personnel ou d'un témoignage impliquant un tiers ? L'ancrage de ce témoignage se référait-il à une inconduite sexuelle et/ou à une prestation de technique médicale et/ou une prestation relationnelle dans le cadre des rapports médecin-patients?

Nous entendons par finalité des billets la cause que ceux-ci entendaient soutenir parmi les options de défense ou d'accusation du L.O. ou des plaignantes ou encore en termes de

---

<sup>6</sup> Portail internet muni de robots fouineurs qui scrutent les contenus des forums et des blogs afin d'identifier, d'actualiser, de stocker et de présenter, à la demande, les contributions des internautes sur un sujet donné.

doute favorable ou défavorable à l'une ou l'autre partie.

La grille de codage permettait également de capter les valences positives ou négatives de la confiance envers le L.O. ainsi que de la satisfaction exprimée vis-à-vis des prestations médicales rendues que celles-ci soient techniques ou relationnelles. Enfin, les émotions des internautes étaient relevées ainsi que la mention d'un rapport d'autorité du L.O. et/ou d'un rapport de vulnérabilité des patientes.

### ***Les modalités de traitement***

Aux fins d'analyse, nous avons collégialement défini 43 unités d'analyse heuristique et leurs catégories de codage. Le codage proprement dit a été réalisé indépendamment et en aveugle par deux chercheurs. Après la levée de l'insu, nous avons évalué la concordance des affectations de codage par un test du kappa de Cohen puis validé par arbitrage collégial les affectations de codage résiduelles. Nous avons ainsi extrait par catégorisation thématique et méta-catégorisation explicative le sens à donner à un matériau désorganisé, foisonnant et émotionnel (Huberman et Miles, 1991 ; Allard-Poesi, 2003).

Après un premier temps d'analyse descriptive, nous avons testé dans un deuxième temps les liens existant entre d'une part la nature et la finalité des billets des internautes et d'autre part les modalités de la confiance et de l'engagement qu'ils attribuaient ou non au L.O.. Les traitements statistiques ont été effectués avec le logiciel SPSS et une exigence de seuil de confiance d'au moins 95%.

## **RÉSULTATS DE LA RECHERCHE**

Les 191 billets analysés sont des contributions d'internautes opérant sous des pseudonymes et déposés sur des forums de discussion. Nous avons relevés, chaque fois que possible, les spécificités sémiotiques et sémantiques nous permettant de catégoriser le genre et le statut de l'internaute source. Sur les 191 billets analysés, 70 (36,6%) émaneraient de femmes, patientes ou ex-patientes du L.O. et 8 (4,2 %) émaneraient de personnes se présentant comme victimes d'inconduite sexuelle du L.O.

### ***Test de concordance inter-cotateurs***

La concordance entre les deux chercheurs ayant procédé à l'affectation des billets selon les 43 unités d'analyse heuristique a montré une convergence complète des codages pour 34 unités d'analyse (79%). Un test de concordance utilisant le coefficient kappa de

Cohen<sup>7</sup> pour les 9 unités d'analyses restantes a permis de vérifier que la concordance observée était acceptable pour 6 d'entre elles. Seules 3 unités d'analyse affichaient un kappa inférieur au seuil fixé de 0,8. Nous observons qu'il s'agit du codage de 3 expressions émotionnelles: le dégoût ( $\kappa = 0,712$ ), l'étonnement ( $\kappa = 0,701$ ) et la tristesse ( $\kappa = 0,761$ ). Nous avons réduit les discordances résiduelles des unités d'analyse concernées par une affectation consensuelle par les chercheurs.

### ***Description de la nature et de la finalité des billets***

Le Tableau 1 décrit la nature et la finalité des 191 billets analysés. Si 54,5 % des billets s'adosent sur des positions de principe, nous observons qu'une infime minorité (2% des billets) recourt à des expériences de tiers alors que plus d'un quart rapporte des témoignages personnels sur le service médical offert par le L.O. Un même internaute peut ainsi faire état d'une position dialogique combinant un billet de plusieurs natures et notamment d'un témoignage dont l'ancrage est technique et/ou relationnel. En ce qui concerne la finalité des billets, on observe que si plus d'un tiers des billets des internautes adoptent une position neutre, 30% des billets défendent le praticien tandis que 23% l'accusent.

Tableau 1. Description des billets selon leur finalité et leur nature

Description des billets selon leur finalité (n = 191)			
Neutralité		34 %	
Défense du médecin		30,9 %	
Accusation du médecin		23 %	
Doutes (favorables ou défavorables au leader d'opinion)		12,1 %	
Description des billets selon leur nature (n = 191)			
Témoignage personnel reposant sur...	Un aspect technique	19,9 %	27,2 %
	Un aspect relationnel	18,8 %	
	Une inconduite sexuelle	4,2 %	
	D'autres aspects	14,6 %	
Position de principe...	d'ordre éthique	22,8 %	54,5 %
	d'ordre juridique	10,1 %	
	d'autres ordres	28,1%	

<sup>7</sup> Test qui mesure la concordance inter-cotateurs en contrôlant les variations liées au hasard. La littérature retient une concordance acceptable pour un kappa de 0,8 et au-delà.

Les tests statistiques nous permettent par ailleurs de constater que les prises de position de principe favorables au L.O. reposent sur des principes techniques (« *Il est techniquement impossible de se faire violer dans son cabinet entre deux consultations* » ou « *Il est impossible d'avoir eu des rapports non consentis dans ce cadre sans que personne n'entende* »). Les prises de position de principes défavorables au L.O. reposent quant à elles sur des principes juridiques (« *Si la loi décide la mise en examen de cet homme alors les faits sont avérés* ») et éthiques (« *Je doute franchement que faire des avances à des patientes - nues ! - soit une pratique appréciée par le Conseil de l'Ordre* »). On notera également que les contributions accusatrices mentionnent, de manière significative, les rapports de pouvoir et de vulnérabilité entre le médecin et ses patientes.

En croisant la nature et la finalité des billets nous donnons ci-dessous des exemples particulièrement significatifs de :

- Billets illustratifs de témoignage à charge : « *Ancienne patiente, j'ai été suivie pendant plus d'un an par le Dr H. Il avait la réputation d'avoir de très bons résultats mais aussi celle d'avoir avec ses patientes des... Je crois que dans ce genre de situation l'on sait exactement lorsque le médecin franchit la ligne rouge. J'y allais accompagnée le plus souvent de mon mari parce que sinon il me prenait dans ses bras à la fin de la consultation plus ou moins en m'embrassant, je trouvais cela gênant et ridicule car je ne voyais pas trop quel genre de satisfaction il tirait de ce genre d'attitude et j'avais pris le parti de prendre cela à la légère* » ou encore « *Moi je suis une victime cela remonte à 89. Pourquoi on ne dit rien ? Pourquoi on ne crie pas ? Car un matin très tôt pas de secrétaire, pas de patientes. 8h30 du matin et on n'y croit pas. On ne comprend pas ce qui nous arrive. On est sous le choc. Cela lui était facile... coincée sur une table gynéco. Enfin croyez ce que vous voudrez mais moi je sais ce qu'il m'a fait à moi et à ma famille car après je n'ai plus jamais été la même* ».
- Billets illustratifs de témoignage en défense : « *Modération. Présomption d'innocence. Je viens d'apprendre la mise en examen du Dr. H. Quel choc pour moi son ancienne patiente. Je lui ai fait confiance et il s'en est montré digne. Il a toujours été très correct tout en sachant se montrer réconfortant en tout bien tout honneur. J'ai eu plusieurs enfants grâce à lui. Je lui suis infiniment reconnaissante* » ou encore « *Soutien au Dr H. J'ai été durant 5 ans une des patientes du Dr. H. Après bien des traitements et bien des difficultés [...] nous avons enfin réussi à avoir un beau bébé.*

*Le Dr. H. a toujours été très professionnel, très compétent, rapide aussi bien dans son diagnostic (c'est le seul qui a réussi à dénouer notre problème !) que dans la mise en œuvre des traitements. C'est aussi un médecin extrêmement gentil, attentionné, qui est allé jusqu'à me téléphoner à mon domicile lorsqu'il a été informé de ma fausse couche pour me remonter le moral, savoir ce qui s'était passé exactement, et me proposer son aide lorsque je serais prête à recommencer. Il est vrai qu'il a souvent une attitude assez tendre... que j'aurais plus pour ma part qualifiée de "paternaliste". Il m'a parfois embrassée sur le front, ou serrée dans ses bras, mais toujours en me disant : "courage, cela va marcher, on va y arriver". J'ignore évidemment ce qui s'est passé avec les plaignantes. Je n'étais pas là !! Je confirme cependant que les rendez vous sont généralement rapides, avec une salle d'attente pleine à craquer, des secrétaires dans les bureaux à côté, et des allées et venues permanentes de patientes entre les bureaux, la salle d'attente et les toilettes. Les accusations de viol me semblent simplement surréalistes».*

- Billet illustratif d'une prise de position de principe: *« Soutien au Dr. H. Le Dr. H. est un gynécologue dont la compétence est internationalement reconnue, c'est un homme charmant et de grande culture. Les accusations dont il est l'objet dans leur formulation actuelle, me paraissent relever du plus haut délire. Il ne faut en tout cas pas négliger que parmi les dizaines de milliers de patientes dont il s'est occupé pendant sa longue carrière, il est absolument certain qu'il y avait quelques hystériques, quelques mythomanes et quelques nymphomanes! [...] Espérons que la justice fera son travail de manière sereine et objective »*

### ***Description des émotions exprimées dans les billets***

Dans les contributions étudiées, 86 billets (45%) contiennent l'expression d'au moins une émotion par un internaute. Le tableau 2 précise le type des émotions exprimées. La colère qui est l'émotion la plus fréquemment rencontrée se distingue des autres émotions. Alors que les autres émotions concernent le L.O., la colère concerne moins le L.O. que surtout le courroux que les internautes se vouent dans leurs échanges favorables ou défavorables au L.O..

Tableau 2. Type et proportion des émotions exprimées dans les billets analysés  
(n = 191)

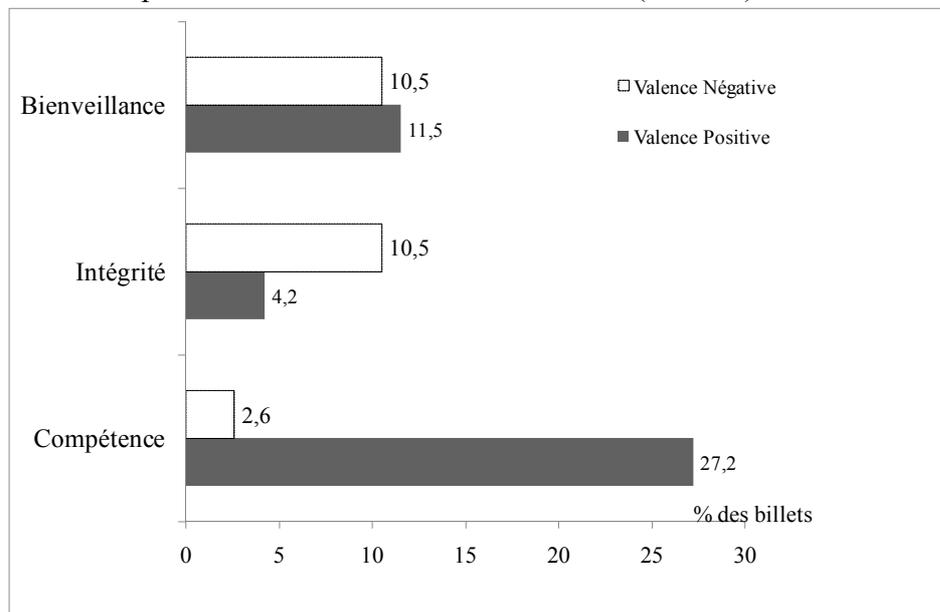
Colère	Dégoût	Etonnement	Compassion pour le médecin	Compassion pour les plaignantes	Incompréhension	Tristesse	Trahison
20,4%	13,1%	12,6%	11,5%	8,9%	4,7%	3,1%	1,6%

**Description des dimensions de la confiance et de la satisfaction**

En ce qui concerne les dimensions de la confiance, il apparait que près de 30% du total des billets évoquent la compétence, 22% la bienveillance et 14,7% l'intégrité. Alors que la compétence du médecin est quasi-unanimement reconnue (i.e., 91,3% des billets concernés font état d'une valence positive), sa bienveillance affiche une parité entre les valences positives et négatives alors que près de 3/4 des billets s'exprimant sur son intégrité lui attribuent une valence négative (Figure 1).

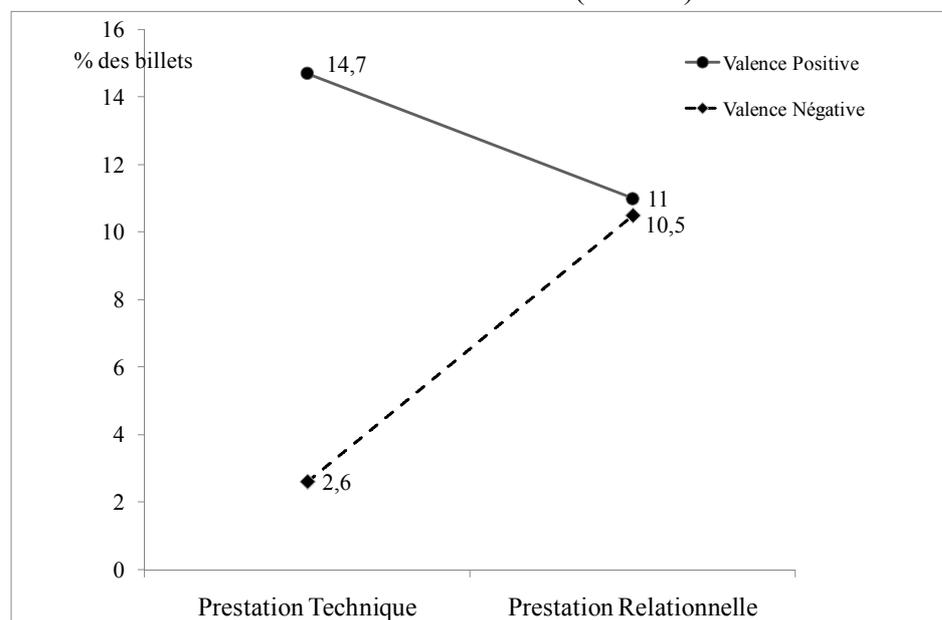
En ce qui concerne la satisfaction, nous en avons distingué deux formes: celle relative à la qualité de la prestation médicale technique et celle relative à la qualité de la relation médecin-patient dite prestation relationnelle. C'est cette dernière qui est le plus souvent évaluée puisqu'elle est exprimée dans 21,5% des 191 billets analysés versus 17,3% pour la satisfaction relative à la prestation technique. La valence positive de la satisfaction vis-à-vis de la prestation technique atteint 85% des billets concernés alors qu'elle fait jeu égal avec la valence négative pour la satisfaction vis-à-vis de la prestation relationnelle (Figure 2).

Figure 1. Volumes et valences des dimensions de la confiance exprimés dans les billets des internautes (n = 191)



En synthèse, alors que la compétence du médecin est quasi-unaniment reconnue, elle s'accompagne d'un plus faible niveau d'expression de la satisfaction vis-à-vis de la prestation technique (17,3% des billets) que de la prestation relationnelle (21,5% des billets). A contrario, la bienveillance du médecin et la satisfaction vis-à-vis de la prestation relationnelle sont évoquées par un volume comparable de billets. Leurs valences positives et négatives sont également comparables.

Figure 2. Volumes et valences de la satisfaction vis-à-vis des prestations médicales exprimés dans les billets des internautes (n = 191)



A l'issue de cette première approche descriptive globale, il nous reste à affiner l'analyse par le test de nos hypothèses de recherche par rapport aux hypothèses nulles.

### **Tests des hypothèses de recherche**

Nos données étant de nature nominale, nous avons étudié pour les 191 billets les liens existant entre deux variables par des khi-deux d'indépendance entre la distribution des effectifs issus du croisement des modalités observées et celle des effectifs théoriques issus d'une répartition équiprobable des modalités.

L'hypothèse H1 a été testée par la comparaison des effectifs issus du croisement des témoignages de vécu personnel rapportant une inconduite sexuelle avec les dimensions de la confiance exprimée dans les billets. Les résultats montrent une relation statistiquement

significative entre témoignage d'inconduite sexuelle et la valence négative de la bienveillance ( $\chi^2 = 52,847$ ;  $p = 0,000$ ), la valence négative de l'intégrité ( $\chi^2 = 24,110$  ;  $p = 0,000$ ) ainsi que la valence positive de la compétence ( $\chi^2 = 9,619$  ;  $p = 0,002$ ). Il apparaît ainsi que les internautes rapportant avoir été victimes d'inconduite sexuelle, réduisent leur confiance envers le L.O. de manière dissociée. La perte de confiance ne porte que sur les dimensions bienveillance et intégrité du L.O., alors que sa compétence jouit d'une appréciation positive. Notre hypothèse H1 est donc partiellement corroborée.

L'hypothèse H2a a été testée par la significativité de la relation existant entre l'appréciation positive de la servuction et la confiance. Nous avons de même testé l'hypothèse H2b par la significativité de la relation existant entre l'appréciation positive de la servuction et la finalité des billets (Tableau 3). Nos résultats montrent que la satisfaction des clientes au décours d'une expérience de servuction favorise la confiance et l'adoption d'une attitude de défense du L.O ainsi que des doutes qui lui sont favorables. Nos hypothèses H2a et H2b sont donc corroborées.

Tableau 3 : Test des hypothèses H2a et H2b.

Test des relations entre une expérience de servuction positive et la valence des différentes dimensions de la confiance:		
Hypothèse H2a	Valence positive de la compétence	$\chi^2 = 94,119$ ; $p = 0,000$
	Valence positive de l'intégrité	$\chi^2 = 29,964$ ; $p = 0,000$
	Valence positive de la bienveillance	$\chi^2 = 86,383$ ; $p = 0,000$
Test des relations entre une expérience de servuction positive et les modalités de défense du médecin:		
Hypothèse H2b	Défense du médecin	$\chi^2 = 6,576$ ; $p = 0,010$
	Doute favorable au médecin	$\chi^2 = 29,964$ ; $p = 0,000$

Les hypothèses H3a et H3b sont en miroir inversé par rapport aux hypothèses H2a et H2b. Les résultats montrent que l'insatisfaction des clientes réduit la confiance. Par ailleurs, l'insatisfaction des clientes après une servuction négative favorise l'adoption d'une attitude d'accusation du L.O. sans pour autant accroître les doutes défavorables à son encontre. L'hypothèse H3a est donc corroborée alors que l'hypothèse H3b est partiellement corroborée (Tableau 4).

Tableau 4: Test des hypothèses H 3a et H3b.

Test des relations entre une expérience de servuction négative et les valences des différentes dimensions de la confiance:		
Hypothèse H3a	Valence négative de la compétence	$\chi^2 = 24,983$ ; p = 0,000
	Valence négative de l'intégrité	$\chi^2 = 54,821$ ; p = 0,000
	Valence négative de la bienveillance	$\chi^2 = 125,023$ ; p = 0,000
Test des relations entre une expérience de servuction négative et les modalités d'accusation du médecin :		
Hypothèse H3b	Accusation du médecin	$\chi^2 = 37,586$ ; p = 0,010
	Doute défavorable au médecin	$\chi^2 = 1,349$ ; p = 0,245

## DISCUSSION

L'évaluation de la relation entre confiance interpersonnelle et engagement des clients a fait l'objet d'une abondante littérature en marketing relationnel depuis les travaux séminaux de Morgan et Hunt (1994). Toutefois, les auteurs insistent sur les difficultés d'appréhension des concepts du fait de leur intangibilité et émettent des réserves récurrentes sur la validité écologique<sup>8</sup> de certaines contributions. Nous avons donc souhaité saisir un incident critique concret à l'origine d'une rupture de la chaîne de servuction médicale pour en faire une source épistémique opportune. En effet, notre étude exploratoire est singulière à plusieurs égards. A notre connaissance, c'est la première fois qu'en France un leader d'opinion médical est mis en examen et interdit d'exercice pour inconduite sexuelle. C'est ensuite la première fois qu'un médecin est mis en examen à la suite de la mobilisation de patients sur internet. Et c'est enfin la première fois qu'en France une étude exploratoire se propose de saisir l'impact de ces nouveautés sur la reconfiguration de la confiance des plaignants et des clients et sur leurs attitudes à l'égard du leader d'opinion.

### *Intérêt et limites de la recherche*

Les résultats montrent explicitement que les internautes se présentant comme victime d'une inconduite sexuelle de la part du L.O expriment une perte de confiance portant sur les dimensions bienveillance et intégrité alors que la compétence n'est pas affectée. En effet ce qui se joue ici relève d'une « compétence éthique » et non d'une classique compétence

<sup>8</sup> « La validité qu'on qualifie d'écologique préconise que l'évaluation évite autant que possible de placer l'individu dans des conditions plus ou moins "artificielles", éloignées du contexte dans lequel les connaissances et compétences évaluées s'exercent et/ou acquièrent leur sens véritable » Source: Institut de Recherche et de Documentation Pédagogique, [http://www.irdp.ch/edumetrie/lexique/validite\\_ecologique.htm](http://www.irdp.ch/edumetrie/lexique/validite_ecologique.htm)

technique. Par ailleurs il nous a paru opportun de saisir, dans le contexte médiatique d'une inconduite sexuelle alléguée, quelles pouvaient être les reconfigurations des confiance et attitude des autres patientes. Il apparaît que la satisfaction des clientes émanant d'une expérience positive de servuction favorise toutes les dimensions de la confiance envers le L.O ainsi que l'adoption de sa défense alors que l'insatisfaction émanant d'une expérience de servuction négative affecte toutes les dimensions de la confiance et favorise l'adoption d'une attitude d'accusation du L.O.. Ces résultats sont concordants avec les apports de la psychologie de la persuasion relative aux attitudes adoptées par les récepteurs d'un message en fonction de leurs niveaux d'implication et de résistance à la persuasion (Girandola, 2003 ; Chabrol et Radu, 2008).

Toutefois, ces résultats proviennent de l'analyse de 191 billets d'internautes interagissant sous pseudonyme dans des forums et non de contributions de personnes dûment identifiables. Au-delà du doute persistant sur la qualité des participants, il existe également un doute sur leur nombre puisque le principe du forum comporte un minimum d'échanges qu'il ne nous a pas été possible de tracer du fait de l'inconnue représentée par l'algorithme de consolidation des contributions de l'agrégateur des billets Wikio. Il n'est donc pas possible de présenter nos résultats comme issus d'un confortable modèle linéaire répondant aux classiques questions de Laswell (1948 ; i.e., Qui dit quoi ? A qui ? Quand ? Comment ? Avec quels effets ?). Il y a tout lieu de penser que le matériel recueilli ne soit pas constitué de données exclusivement primaires ni totalement exhaustives (e.g., intervention des modérateurs des forums), donnant au corpus utilisé les caractéristiques d'un matériau remanié dans le contexte d'une communication orchestrale sans que nous puissions en identifier les chefs d'orchestre. Ce faisant, cette limite nous situe dans un contexte de communication de bouche-à-oreille précisément défini en ce qu'il est orchestré par un environnement externe qui échappe aux acteurs concernés et qui défend ou attaque les acteurs et les autres contributeurs (Richins, 1983 ; Shapiro et *al.*, 2006). Dans notre corpus, la prévalence de la colère dirigée moins contre le L.O que contre les autres internautes témoigne de la richesse interactionnelle des échanges. Cette forme de communication reste donc du point de vue pragmatique particulièrement adaptée à un abord social de la problématique, d'autant plus qu'elle a été temporellement captée à proximité de l'incident critique, évitant les effets mémoriels et les rationalisations a posteriori des recueils tardifs.

Au rang des limites, on peut également noter le faible nombre de billets exposant un vécu d'inconduite sexuelle (8 sur 191). Toutefois cette limite, déterminée par la prévalence de l'inconduite sexuelle potentiellement attribuable à la source, a pu être circonscrite par les

modalités d'analyse retenues. De plus, notre objectif se proposait non seulement d'étudier les reconfigurations de la confiance et de l'engagement des personnes se présentant comme victimes que surtout des autres clientes dans ce contexte particulier.

### ***Positionnement par rapport aux travaux antérieurs***

Nous souhaitons remettre notre contribution dans la perspective des principaux travaux sur le leadership d'opinion, sur l'inconduite sexuelle et sur la confiance afin de proposer des pistes de recherche et des applications managériales.

### *Positionnement par rapport au leadership d'opinion*

De nombreux travaux ont mis en évidence l'importance d'une identification rigoureuse des leaders d'opinion insistant sur leur rôle majeur dans la légitimation des pratiques et la diffusion des innovations (Ben Miled et Le Louarn, 1994 ; Valente et Pumpang, 2007 ; Vernet, 2003 ; Vernet et Gianelloni, 2004). Si le statut du Dr. H., exposé dans notre recherche, le classe sans conteste parmi les leaders d'opinion, nous souhaiterions faire la différence entre « le leader d'opinion médecin » et « le médecin leader d'opinion ». Il ne s'agit pas ici de rajouter à la confusion nomologique du concept<sup>9</sup> mais de discuter de la validité externe de notre recherche. En effet, il n'y a pas de leader d'opinion qui soit omniscient, omnipotent et omni-communicant. Il faut donc se poser deux questions : Qui est leader d'opinion pour qui ? Qui est leader d'opinion pour quoi ?

De notre point de vue, le Dr. H. est un « leader d'opinion médecin » parce qu'il dispose à la fois des attributs du leadership dans le cadre de ses relations avec sa clientèle comme avec ses confrères. Dans son groupe d'appartenance, il est à la fois semblable aux autres médecins et différencié par son hyperspécialisation (e.g, assistance médicale à la procréation). Cet effet dit de « Primus inter pares<sup>10</sup> » renforce sa coopération avec les autres membres du groupe (Codol, 1981). Ainsi sa compétence et sa capacité à communiquer lui permettent d'intervenir dans les trois formes d'influence one-to-many, one-to-few et one-to-one<sup>11</sup> et vis-à-vis des deux cibles. C'est ce que nous considérons comme un « leader d'opinion médecin » car le second terme est contingent du premier.

A contrario, le médecin traitant est aussi à sa façon un leader d'opinion en terme de santé au moins pour sa patientèle. Ce statut de « médecin leader d'opinion » est d'abord assis

---

<sup>9</sup> Le concept repose sur un trépied associant l'exercice d'une influence déterminante, d'une compétence reconnue et d'une capacité effective à communiquer,

<sup>10</sup> Traduction latine de: Premier entre les pairs.

<sup>11</sup> Influence en communication de masse, de groupe et en tête-à-tête

sur une approche démographique avec un médecin généraliste pour 625 habitants en 2009 et 62% des français qui fréquentent le même médecin généraliste depuis au moins 6 ans (Van Inghem, Cousin et Soulay, 2007). De plus ce statut de « médecin leader d'opinion », où le second terme est contingent du premier, est aussi assis sur la confiance statutaire dont jouissent les médecins intégrant dans des échelles spécifiques de mesure les dimensions compétence et communication vis-à-vis de la clientèle (e.g. items de la Trust in Physician Scale: « *mon médecin est réellement un expert pour prendre soin des problèmes comme les miens* » et « *si mon médecin me dit quelque chose alors elle est vraie* ») (Bizouarn, 2008). De ce fait, ce « médecin leader d'opinion » est particulièrement influent dans les formes d'influence du type one-to-few et one-to-one. De plus, le pouvoir d'influence des leaders d'opinion est d'autant plus important qu'il s'exerce par la mobilisation de réseaux sociaux et par les communications interpersonnelles plutôt que de masse (Doumit et al., 2007). Des recherches évaluatives montrent du reste que les attributs du leadership d'opinion sont partagés par un quartile de diverses populations professionnelles (Vernette et Gianelloni, 2004). Ces recherches n'ont toutefois pas concerné les médecins.

L'ensemble de cette approche, nous permet d'escompter que les résultats observés pour les reconfigurations de la confiance et l'engagement des clients envers notre « leader d'opinion médecin » sont susceptibles de constituer des hypothèses de travail plausibles pour « les médecins leaders d'opinion », c'est-à-dire pour les médecins tout court, qui seraient concernés par une problématique d'inconduite sexuelle.

#### *Positionnement par rapport à l'inconduite sexuelle*

Burgess (1981) rapporte les résultats de 16 entretiens menés auprès de patientes ayant fait l'objet d'une inconduite sexuelle de la part de gynécologues. Les patientes rapportent qu'elles ont eu à subir des examens caractérisés par une durée excessive, un usage inapproprié des mains et une utilisation excessive de lubrifiant. La majorité des patientes interrogées n'a pas interrompu l'examen soit qu'elles aient, sur le coup, des doutes sur une anomalie soit qu'elles se soient senties impuissantes à l'interrompre. Ces résultats recourent les témoignages des internautes sur leur impossibilité d'interrompre l'inconduite sexuelle qu'elles rapportent. A contrario les formes d'inconduite sexuelle qui ont été rapportées dans les billets des internautes s'écartent sensiblement de la description de Burgess (1981) et ne préjugent pas nécessairement de celles qui ont fait l'objet des plaintes judiciaires contre le L.O.

Au-delà du cas que nous rapportons et de la plus grande fréquence des cas

d'inconduite sexuelle attribuée aux gynécologues, psychiatres et médecins de famille, nous souhaitons soulever le problème relatif à la difficulté d'appréhension du phénomène d'inconduite sexuelle. En effet, la narration idiosyncrasique et l'analyse des plaintes abouties ne peuvent en refléter l'ampleur. On peut par ailleurs logiquement penser que les questionnaires auto-administrés relatifs à la matérialité d'une relation sexuelle entre médecin et patient minorent ce phénomène socialement indésirable. Le taux estimé de 11% de médecins concernés pourrait être plausible même s'il apparaît éthiquement surprenant (Leusink et Mokkink, 2004 ; Searight et Campbell, 1993). Une récente enquête auprès de médecins américains relative à l'opportunité d'entretenir avec les patients différents types de relation montrait des taux d'accord de 91% pour des relations sociales, de 58% pour des relations d'affaires et de 9% pour des relations sexuelles consenties faisant évoquer aux auteurs une problématique plus générale de permissivité et de positionnement des frontières (Reagan, Ferris et Campbell, 2010). Galletly (2004) évoque le fait que la réduction du formalisme relationnel entre médecins et patients accroît le risque de franchir la ligne jaune et cela d'autant plus que les médecins sont soumis à un stress important et qu'ils bénéficient d'un faible support social et émotionnel.

Hoerni (2008, p 590) rappelait pour sa part que la problématique du contact physique entre médecin et patient a historiquement posé problème à tel point que Laennec « *invente le stéthoscope parce qu'il hésite à poser son oreille sur une jeune poitrine [...] c'est seulement à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle que les médecins ont commencé à faire déshabiller les malades* ». La norme éthique prônant l'absence de relations sexuelles entre médecins et patients ayant été régulièrement reconduite depuis Hippocrate un retour sur la question centrale de la confiance s'impose.

#### *Positionnement par rapport à la confiance*

La conception historique de la confiance entre médecins et patients peut-être résumée par la formule classique : « c'est la rencontre d'une confiance et d'une conscience ». Elle suppose une abdication de l'autonomie décisionnelle d'un individu vulnérable à un praticien compétent, intègre, bienveillant et bienfaisant. La confiance envers les médecins s'est donc construite sur un contrat implicite avec des attentes dépassant largement le cadre de la technique médicale et supposant la conformité du médecin à un « *scheme d'obligations plus larges* », intégrant des standards techniques, sociaux, juridiques et éthiques (Bizouarn, 2008).

Les choses ont changé et Hoerni (2008, p590) estimait que : « *les individus se sont émancipés...Les patients sont parmi les derniers à en faire autant* ». La loi de démocratie

sanitaire du 4 mars 2002 a souhaité expliciter les termes d'un nouveau contrat de confiance en posant le principe du respect et de l'autonomie décisionnelle des patients en toutes circonstances. Les médecins et les patients doivent construire des relations fondées sur le consentement explicite du patient après une information éclairée fournie par le médecin. Plus encore, le patient doit pouvoir participer à sa prise en charge et partager son expérience positive ou négative avec autrui. Ce qui suppose qu'il puisse avoir accès à des supports pour émettre des remarques et des critiques vis-à-vis d'un médecin ou d'une institution (Viviana et Winckler, 2007). De ce point de vue, le corpus des échanges de billets sur les forums est donc tout à fait conforme à l'esprit de la loi.

L'abus de pouvoir basé sur l'excès de confiance est un risque réel. Bizouarn (2008) indique que la confiance interpersonnelle entre médecins et patients est une construction dynamique en perpétuel remaniement à travers des interactions répétées et des mises à l'épreuve régulières de part et d'autre. Notre approche compréhensive des données qualitatives recueillies dans cette recherche exploratoire confirme cette position et nous incite à proposer des pistes de recherche concernant, au-delà de l'inconduite sexuelle, le vaste champ des incidents critiques de la servuction médicale (i.e., les erreurs). Celui-ci devrait enfin pouvoir être plus facile à explorer du fait de la montée en puissance des échanges sur internet entre patients (Thurlow, Lengel et Tomic, 2004).

## **PISTES DE RECHERCHE ET APPLICATIONS MANAGERIALES**

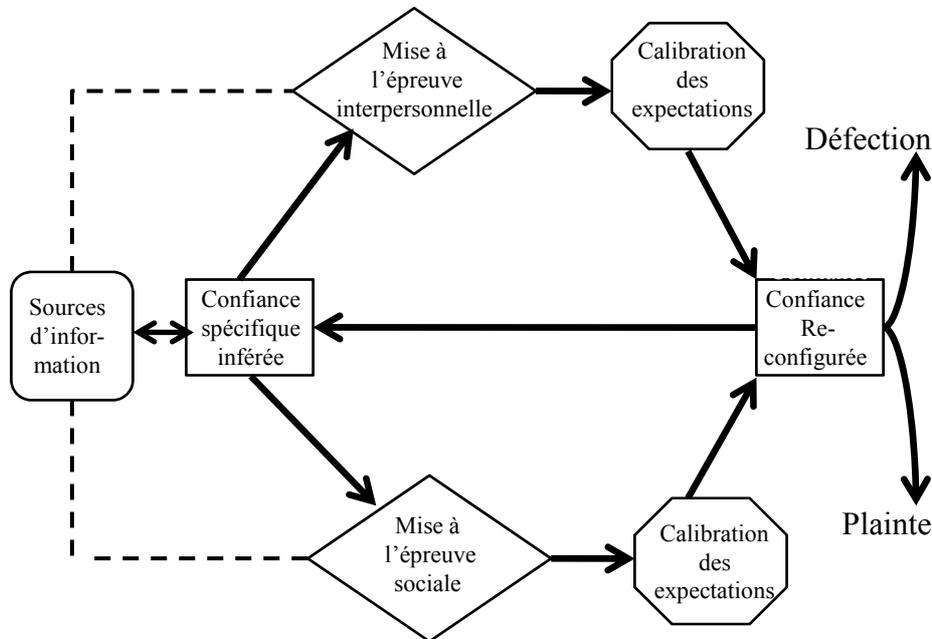
### ***Les pistes de recherche***

Nous avons vu au travers de cette recherche exploratoire que la mise à l'épreuve de la confiance entre médecin et clientes pouvait être le fait d'une mise à l'épreuve interpersonnelle (e.g., l'inconduite sexuelle en elle-même) mais aussi d'une mise à l'épreuve sociale (e.g., le bouche-à-oreille autour de l'inconduite sexuelle). Partant d'une confiance inférée à partir de diverses sources d'information, ces deux phénomènes aboutissent à une confiance reconfigurée qui conditionnerait le comportement des clients par la voie de la plainte, de la défection ou de la loyauté (Hirschman, 1970).

A ce stade, nous souhaiterions intégrer à notre réflexion les travaux sur les effets médiateurs de la confiance entre la justice perçue et les comportements des clients lors de la récupération des incidents critiques de servuction (Colquit et *al.*, 2001). L'amélioration de la justice perçue, accroît la confiance qui favorise la récupération des insatisfactions et le

maintien de la fidélité des clients (Maxham et Netemeyer, 2003 ; Savard, Colombel et Chebat, 2008).

Figure3: Proposition heuristique sur la reconfiguration de la confiance lors des incidents critiques de servuction médicale



Toutefois, l'appréciation de la justice perçue participe du fonctionnement d'une « boîte noire » cognitive alimentée par une confiance inférée préexistante à la mise à l'épreuve constituée ici par l'incident critique de servuction. Si bien qu'il faudrait tenir compte de la complexité d'une calibration des attentes qui dépasse la simple confirmation ou disconfirmation arithmétique des attentes pour englober des mécanismes de dissonance, d'influence, d'implication, de résistance voire de résilience. La figure 3 représente la proposition heuristique que nous souhaiterions tester dans le cadre de recherches à venir sur la reconfiguration de la confiance lors des incidents critiques de servuction médicale.

### ***Les applications managériales***

Matlin (2007) estimait que le domaine de la santé et celui de l'enseignement supérieur étaient surreprésentés par rapport aux autres secteurs économiques en terme d'inconduite sexuelle parce qu'ils comptaient, peut-être plus qu'ailleurs, des personnalités indépendantes susceptibles d'en parler. Les propositions américaines en la matière prêtent à sourire en

France alors qu'elles devraient inciter à la réflexion comme l'offre organisationnelle d'une chaperone susceptible d'assister aux examens médicaux et gynécologiques (Committee on Ethics, ACOG, 2007) ou encore l'obligation de signalement par les médecins eux-mêmes de leurs collègues indélicats aux autorités. Robinson et Stewart (1996) avaient déjà insistés, au-delà des inconduites sexuelles, sur l'importance de la mise en place d'une formation initiale et continue relative à la violation des « frontières éthiques ». Ces mesures intègrent une formation spécifique relative à l'identification des situations à risques et à l'évaluation des alternatives comportementales lors de discussions de groupe supervisées.

Des formations similaires seraient les bienvenues en France (Jousset et *al.*, 2008), au moins dans les milieux de la santé et de l'éducation, alors que les besoins sont ubiquitaires. Elles devraient concerner tout à la fois la violation des frontières éthiques que celles plus communément bousculées des déficiences de servuction. Ces formations devraient alors inclure une réflexion sur le sentiment de justice perçue par les clients afin d'éviter une maladroite polarisation sur une justice distributive qui cacherait la poussière sous le tapis au détriment de profondes attentes de justice procédurale et interactionnelle<sup>12</sup>.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- Abbey A. et *al.* (2001), Attitudinal, experiential and situational predictors of sexual assault perpetration, *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 784-807.
- Agence de Presse Médicale (2006), Légion d'honneur : Les promus du 14 juillet dans le monde de la santé, Dépêche SNJGH002, 17/10/2006.
- Agence de Presse Médicale (2007a), Le spécialiste de la FIV André Hazout mis en examen pour viols, Dépêche CDKJQ001, 26/10/2007.
- Agence de Presse Médicale (2007b), Onze nouvelles patientes se sont manifestées à la suite de la mise en examen du gynécologue André Hazout, Dépêche CDKKJ001, 19/11/2007.
- Allard-Poesi F. (2003), Coder les données, in Giordano Y. (coord) Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative, Paris, Editions ems Management & Société, 245-290.
- Ben Miled H. et Le louarn P. (1994), Analyse comparative de deux échelles de mesure du leadership d'opinion : validité et interprétation, *Recherche et Applications en Marketing*, 9, 4, 23-51.
- Bizouarn P. (2008), Le médecin, le malade et la confiance, *Ethique et santé*, 5, 165-172.
- Burgess A. (1981), Physician sexual misconduct and patient's responses, *The American Journal of Psychiatry*, 138, 1335-42.
- Camarra J. (1999), Allegations of sexual misconduct against physicians: a lawyer's perspective,

---

<sup>12</sup> Pour une revue du sujet: Shaw J., Wild E. et Colquitt J. (2003), To justify or Excuse? A meta-analytic review of the effects of explanations, *Journal of Applied Psychology*, 88, 3, 444-458.

- The Journal of Medical Practice Management, 15 , 2, 101-4.
- Cathelat B. et Baumont G. (2007), Les prospectives de vie des Français et leur prise en compte des risques, *Revue Française du Marketing*, 213, 3/5, 73-87.
- Chabrol C. et Radu M. (2008), *Psychologie de la communication et persuasion, Théorie et applications*, Bruxelles, De Boeck.
- Crausman R. (2004), Sexual boundary violations in the physician-patient relationship, *Medicine and Health, Rhode Island*, 87, 8, 255-6.
- Codol J.P. (1981), Une approche cognitive du sentiment d'identité, *Information sur les sciences sociales*, 1, 111-36.
- Colquit J. et al. (2001), Justice at the Millennium: a meta-analytic review of 25 years of organizational justice research, *Journal of Applied Psychology*, 86, 3, 425-445.
- Committee on Ethics, American College of Obstetricians and Gynecologists. (2007), ACOG Committee Opinion n°373: Sexual misconduct, *Obstetrics Gynecology*, 110, 2, 441-4
- Cullen R. (1999), Arguments for zero tolerance of sexual contact between doctors and patients, *Journal of Medical Ethics*, 25, 6, 482-6.
- Dehlendorf C. et Wolfe S. (1998), Physicians disciplined for sex-related offenses, *The Journal of American Medical Association*, 279, 23, 1883-8.
- Doumit G. et al., (2007), Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes, *Cochrane Database Systematic Review*, Jan 24, 1, CD000125.
- Enbom J. et Thomas C. (1997), Evaluation of sexual misconduct complaints: the Oregon Board of Medical Examiners, 1991 to 1995, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 176, 6, 1340-6.
- Frisou J. (2000), Confiance interpersonnelle et engagement : une réorientation behavioriste, *Recherche et applications en Marketing*, 15,1, 63-80.
- Galletly C. (2004), Crossing professional boundaries in medicine: the slippery slope to patient sexual exploitation, *The Medical Journal of Australia*, 181, 7, 380-3.
- Gartrell K. et al. (1992), Physician-patient sexual contact. Prevalence and problems, *The Western Journal of Medicine*, 157, 2, 139-143.
- Gilson L. (2006), Trust in health care: theoretical perspectives and research needs, *Journal of Health Organization and Management*, 20, 5, 359-375.
- Girandola, F. (2003), *Psychologie de la persuasion et de l'engagement*, Besançon, Presses universitaires de Franche-Comté.
- Guibert N. (1999), La confiance en marketing : fondements et applications. *Recherche et Applications en Marketing*, 14, 1, 1-19.
- Hoerni B. (2008), Comment faire comprendre qu'un patient n'est pas mal placé pour juger un médecin ?, *Le Concours Médical*, 130, 12-24 juin, 589-591
- Hall M.A., Dugan E., Zheng B. et Mishra K. (2001), Trust in physicians and Medical institutions : What is it, can it be measured, and does it matter ?, *The Milbank Quarterly*, 79, 4, 613-638.
- Hall M.A., Dugan E., Balkrishnan R. et Bradley, D. (2002), How physician incentives affect trust. *Health Affairs*, 21, 2, 197-206.
- Hirschman A. (1970), *Exit, voice and Loyalty. Responses to decline in firms, organizations and states*. Cambridge, M.A, Harvard University Press.
- Huberman A. et Miles M. (1991), *Analyse des données qualitatives, Recueil de nouvelles méthodes*, Bruxelles, De Boeck.

- Impact Médecine (2007), Vos patients ont lu: L'ordre des médecins, inerte dans une affaire de viol, Impact Médecine, 8 décembre 2007, 13.
- Jaunait A. (2007), La relation de coopération médicale et l'asymétrie médecin-patient, *Sciences Sociales et Santé*, 25, 2, 67-72.
- Jones E. E et Nisbett R. E. (1971), *The actor and the Observer : divergent perceptions of the cases of behavior*. Morristown, NJ, General Learning Press.
- Lefebvre J. (2006), Création et gestion du conflit d'intérêts en déontologie médicale. Un exemple aux antipodes du droit des affaires ? in Magnier V. (coord), *Les conflits d'intérêts dans le monde des affaires, un Janus à combattre*, Paris, Presses Universitaires de France, 171-190.
- Leusink P. et Mokkink H. (2004), Sexual contact between general practitioner and patient in the Netherlands: prevalence and risk factors, *Netherlands tijdschrift voor geneeskunde*, 148, 16, 778-82.
- Mansfield P. et al. (2006), Educating health professionals about drug and device promotion: Advocates' recommendations, *PLoS Medicine*, 3, 11, e451 doi:10.1371/journal.pmed.003045.
- Matlin W., Pullin W et Blatier C. (2007), *Psychologie des femmes*, Bruxelles, De Boeck.
- Maxham J. et Netemeyer R. (2003), Firms reap what they sow: The effects of shared values and perceived organizational justice on customers, *Journal of Marketing*, 67, 1, 46-62.
- Morgan R. et Hunt S. (1994), The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing, *Journal of Marketing*, 58, 3, 20-39
- Morrison J. et Wickersham P. (1998), Physicians disciplined by a state medical board, *The Journal of American Medical Association*, 279, 23, 1889-93.
- Pearson S.D., Kleinman K., Rusinak D. et Levinson W. (2006), A trial of disclosing physicians' financial incentives to patients. *Archives of Internal Medicine*, 166, 27, 623-628.
- Phanugel D. (2002), Confiance dans les soins et soins de la confiance : la réponse relationnelle, *Revue Politiques et Management Public*, 20,4, 115-131.
- Postel-Vinay N. (2007), Le concours médical en 1914. Le prestige du médecin s'amointrit, *Le Concours Médical*, 129, 33/34, 1210.
- Reagan S., Ferris T. et Campbell E. (2010), Physician attitudes toward personal relationships with patients, *Medical care*, 48, 6, 547-52.
- Rempel J., Holmes G. et Zanna M. (1985), Trust in close relationships, *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1, 95-112.
- Robinson G. et Stewart D. (1996), A curriculum on physician-patient sexual misconduct and teacher-learner mistreatment, *The Canadian Medical Association Journal*, Mar 1, 643-7.
- Richins M. (1983), Negative word-of-mouth by dissatisfied consumers : a pilot study, *Journal of Marketing*, 47, 68-78.
- Savard M., Colombel L. et Chebat J-C. (2008), Effets médiateurs de la confiance dans un contexte de récupération de service, 13èmes Journées de Recherche en Marketing de Bourgogne, Dijon, 13 et 14 novembre.
- Sanson-Fisher R. W. (2004), Diffusion of innovation theory for clinical change, *The Medical journal of Australia*, 15, 180, 6 suppl, 55-6.
- Shapiro et al. (2006), An experimental investigation of justice-based service recovery on customer satisfaction, loyalty and word-of-mouth intentions, *Psychological Reports*, 99, 3, 864-78.

- Searight H. et Campbell D. (1993), Physician-patient sexual contact: ethical and legal issues and clinical guidelines, *The Journal of Family Practice*, 36, 6, 647-53.
- Tattersall M., Dimoska A. et Gan K. (2009), Patients expect transparency in doctors' relationships with the pharma industry, *The Medical Journal of Australia*, 190, 2, 65-68.
- Thurlow C., Lengel L. et Tomic A. (2004), *Computer mediated communication: Social interaction and the internet*, London, Sage.
- Valente T. W. et Pumpuang P. (2007), Identifying opinion leaders to promote behavior change, *Health education and behavior*, 34, 6, 881-896.
- Van Inghem F., Cousin S. et Soulay C. (2007), Votre médecin est-il à la hauteur ?, *Ca M'intéresse*, 313, 21-26.
- Vernette E. (2003), Les nouvelles perspectives du concept de leader d'opinion en marketing : Fondements, apports et pistes de recherche, *Actes du 19ème Congrès International de l'Association Française du Marketing*, Tunis, 1075-1091.
- Vernette E. et Giannelloni J-L. (2004), L'auto-évaluation du leadership d'opinion en marketing : nouvelles investigations psychométriques, *Recherche et Applications en Marketing*, 19, 4, 65-87
- Viviana S. et Winckler M. (2007), *Les droits des patients*, Paris, Fleurus.