




ELSEVIER  
MASSON

Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
www.em-consulte.com

Revue d'Épidémiologie  
et de Santé Publique  
Epidemiology and Public Health

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 59 (2011) 233–242

Article original

## Conflits d'intérêts des leaders d'opinion médicaux : effets sur la confiance du grand public et des médecins généralistes

*Medical opinion leaders conflict of interests: Effects of disclosures on the trust of the public and general practitioners*

R. Chakroun<sup>a,\*</sup>, I. Milhabet<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Université Nice Sophia-Antipolis, institut d'administration des entreprises, 24, avenue des Diables-Bleus, 06357 Nice cedex 4, France

<sup>b</sup> Laboratoire de psychologie cognitive et sociale, université Nice Sophia Antipolis, 06103 Nice cedex 2, France

Reçu le 10 février 2010 ; accepté le 13 décembre 2010

Disponible sur Internet le 14 juillet 2011

### Abstract

**Background.** – Key medical opinion leaders influence the behaviors of physicians and patients. By law, they have to disclose their interests with pharmaceutical companies when they communicate in the media. Up to now, it appears that no study has explored the effect of opinion leaders' disclosures despite their potential impact on public health and economy. The study objective was to assess the effects of opinion leaders' disclosures of interest on the public and general practitioners' trust in opinion leader by comparison with the overall medical community.

**Methods.** – In an experimental setting, three opinion leader profiles were built that differed only by the disclosure of their interests (hidden vs. weak vs. strong interests). One of the three profiles was randomly assigned to the subjects of two groups: 67 students and 60 general practitioners. According to an Anova analysis, the main effects and interactions of the disclosure of interests, of the message recipients, and of the assessed targets on the level of trust were measured.

**Results.** – The results show that the average level of trust expressed by general practitioners was lower than that expressed by the general public. The level of trust in the opinion leader was lower than that of the overall medical community. The level of trust of exposed subjects fell much lower with stronger disclosed interests. While the general public did not distinguish trust between opinion leaders and the overall medical community, practitioners showed a significantly lower level of trust in opinion leaders with increasingly strong levels of disclosed interests.

**Conclusion.** – These study results refute the assertion that public trust would be reduced by the disclosure of interests. They reinforce the importance of the “who judges who” and “which kind of disclosure impacts who?” effects and draw attention to further research on the role of social interactions in both mass and group communications.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Keywords:** Conflict of interests; Opinion leaders; Trust; Pharmaceutical industry

### Résumé

**Position du problème.** – Les leaders d'opinion médicaux influencent les comportements des médecins et du public en matière de santé. La loi leur impose de divulguer au public les liens qu'ils entretiennent avec l'industrie pharmaceutique dès lors qu'ils s'expriment dans les médias. À notre connaissance, aucune recherche n'a exploré en France l'effet de la divulgation des intérêts des leaders d'opinion sur la confiance, malgré les enjeux de leur influence. Dans ce contexte, l'objectif de l'étude était d'évaluer l'effet de l'exposition à la divulgation des intérêts des leaders d'opinion sur la confiance des sujets exposés jugeant le leader d'opinion par comparaison avec le corps médical.

**Méthodes.** – Nous avons mis en place pour les trois variables explicatives, un plan expérimental factoriel complet avec trois modalités pour la variable exposition (divulgation occultée versus deux types de divulgation) ; avec deux modalités pour la variable sujets exposés (67 étudiantes versus 60 femmes généralistes) et avec deux modalités pour la variable sujets jugés (leader d'opinion versus corps médical). Une Anova a permis de mesurer les effets principaux et d'interaction des variables explicatives sur les jugements de confiance.

**Résultats.** – Les résultats montrent que le niveau moyen de l'ensemble des jugements de confiance émis par les médecins est inférieur à celui du grand public. Le leader d'opinion jouit d'une confiance inférieure à celle du corps médical. La confiance de l'ensemble des sujets exposés est

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [ridha.chakroun@yahoo.fr](mailto:ridha.chakroun@yahoo.fr) (R. Chakroun).

d'autant plus faible que les intérêts divulgués sont importants. Mais alors que le grand public ne fait pas de différence de confiance entre le leaders d'opinion et le corps médical, les médecins réduisent sélectivement leur confiance envers le leader d'opinion et ce d'autant plus que les intérêts divulgués sont importants.

*Conclusion.* – Les résultats infirment l'assertion selon laquelle la confiance du public serait réduite par la divulgation des intérêts. Ils confortent l'importance du contexte des interactions liées aux effets « qui juge qui ? » et « quelle divulgation impacte qui ? ». Ils ouvrent des perspectives de recherche pour d'autres configurations d'exposition lors de communication de masse ou collective.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés :* Conflits d'intérêts ; Leaders d'opinion ; Confiance ; Industrie pharmaceutique

## 1. Introduction

La prévention des conflits d'intérêts est aujourd'hui un sujet de préoccupations professionnelles et sociétale. Le conflit d'intérêts peut être défini par l'opposition d'un intérêt personnel avec un intérêt d'ordre supérieur. Il s'exprime lorsqu'un individu fait objectivement prévaloir un intérêt d'un ordre inférieur sur un autre d'ordre supérieur alors que les deux intérêts sont envisageables simultanément [1]. Dans la grande majorité des cas, les observateurs ne disposent pas d'une lisibilité suffisante des intérêts en jeu ni de leur situation d'opposition, si bien qu'en l'absence de preuves, il faudrait parler d'intérêts plutôt que de conflits d'intérêts patents. Cette précision est applicable aux cas des multiples engagements des leaders d'opinion médicaux.

On entend par leader d'opinion (LO) médical, 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 [2]. 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 basée sur la compétence et la capacité à communiquer l'information à des tiers [3–4]. Les prises de position des LO sont particulièrement recherchées pour légitimer des programmes de recherche, de diffusion des innovations, voire de simples campagnes de promotion. La montée en puissance du rôle des experts en général et des LO en particulier, notamment lors des collaborations avec les autorités publiques de santé d'une part et avec les entreprises du médicament d'autre part a nécessité la mise en place d'une régulation. Ces relations de travail sont encadrées par la loi. Basées sur la loyauté des déclarants, elles doivent faire l'objet d'une déclaration au conseil de l'Ordre des médecins et s'accompagner d'un désengagement effectif des contractants en cas de conflit d'intérêts avéré.

De récentes études ont montré l'importance pour le grand public de la crédibilité, et de l'indépendance des experts et des LO face aux risques de santé [5]. La crédibilité et le désintéressement sont en effet des caractéristiques attendues par le public de la part des LO, dont le pouvoir de conviction est d'autant plus important qu'ils sont perçus comme exemplaires [3]. Plus généralement, la prévention des conflits d'intérêts concerne les relations de l'ensemble du corps médical avec l'industrie pharmaceutique. Certaines interactions peuvent en effet être de nature à réduire l'indépendance des médecins et à obérer la loyauté première qu'ils doivent à leur patientèle [6].

Des auteurs rapportent que les patients jugent négativement les avantages dont bénéficient leurs médecins de la part des laboratoires pharmaceutiques et souhaitent une information sur les intérêts contractés par ceux-ci [7]. Ces considérations expliquent pourquoi la problématique des conflits d'intérêts est susceptible d'affecter la confiance du public envers les LO comme envers le corps médical.

La confiance est un concept polysémique qui se manifeste en situation d'interdépendance lors de la perception d'un risque. En dépit des problématiques de validité nomologique, les trois dimensions reconnues qui le structurent sont la compétence, l'intégrité et la bienveillance [8]. 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 [9]. D'une manière générale, l'information fournie par les médecins permet de réduire l'incertitude et contribue à l'établissement de la confiance [10]. 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 [11–12]. Souhaitant améliorer la transparence et l'information dues aux patients, la loi relative aux droits des malades du 4 mars 2002, dite loi de démocratie sanitaire, prévoit que les membres des professions médicales doivent faire connaître au public les liens directs ou indirects qu'ils pourraient avoir avec les entreprises exploitant des produits de santé, dès lors qu'ils s'expriment dans les médias écrits ou audiovisuels sur de tels produits.

À notre connaissance, aucune recherche n'a exploré en France l'effet de la divulgation des intérêts des LO sur la confiance des récepteurs alors même que leurs intérêts, notamment avec les firmes pharmaceutiques, constituent des enjeux importants en termes économiques et de santé publique. Dans ce contexte, l'objectif de notre étude était d'évaluer l'effet de la divulgation des intérêts d'un LO sur la confiance du grand public et des médecins généralistes envers le LO par comparaison avec la confiance de référence investie dans l'ensemble du corps médical.

## 2. Hypothèses de recherche

Trois phénomènes peuvent concourir à la réduction de la confiance des sujets exposés à la divulgation des intérêts d'un LO. Le premier a trait aux effets directs de la mise en question de l'honnêteté de la source, qui peut se traduire par un recul de

la confiance lors de la divulgation des intérêts [9]. Le deuxième phénomène concerne l'assimilation, par les sujets exposés, de la divulgation des intérêts d'un LO à un conflit d'intérêts patent. Cet effet peut s'expliquer par la forte prévalence du concept psychosocial dit de « l'erreur fondamentale d'attribution », laquelle fait considérer des facteurs situationnels (e.g. déclarer des intérêts ponctuels) comme des traits dispositionnels lors des jugements portés par les récepteurs d'une information sur sa source (e.g. appétence pour l'argent au détriment des obligations professionnelles). Par ailleurs, la théorie dite de l'assimilation suggère que ce phénomène est d'autant plus probable que les caractéristiques stéréotypiques sont marquées [13]. Enfin, le troisième phénomène concourant à une réduction de la confiance des sujets exposés repose sur les travaux de psychologie sociale de la persuasion, indiquant que le récepteur est un puissant co-acteur de l'effet d'influence dont il fait l'objet. Ainsi, si les intérêts déclarés par la source sont perçus comme ambigus, ils peuvent agir comme un avertissement, et faire croire à une volonté préalable de persuasion émanant de la source. Cela pourrait induire chez des récepteurs impliqués une résistance et une réduction de leur confiance [14]. Nous formulons des hypothèses découlant de ces trois phénomènes.

**H 1.** L'exposition à la divulgation des intérêts réduit la confiance perçue par les sujets exposés comparativement à une condition où les intérêts ne sont pas divulgués.

**H 1bis.** L'exposition à la divulgation d'intérêts conjoncturels (i.e., intérêts limités et ponctuels) réduit moins la confiance des sujets exposés envers les sujets jugés que la divulgation d'intérêts structurels (i.e., intérêts étendus et plus pérennes).

Par ailleurs, le grand public étant extérieur au corps médical, il est susceptible, par une heuristique de représentativité<sup>1</sup>, de percevoir d'abord le LO comme un médecin en général et de lui attribuer les traits de sa catégorie d'appartenance. Le jugement de confiance du grand public exposé à la divulgation des intérêts du LO devrait donc ne pas discriminer ce dernier du corps médical dans son ensemble. En revanche, les médecins généralistes savent que le LO est à la fois un sujet homologue et hétérologue (i.e., c'est un médecin mais ce n'est pas un pair généraliste). Le concept psychosocial de favorabilité pro-endogroupe [15] appliqué aux médecins généralistes jugeant leur propre groupe peut être à l'origine d'un jugement de confiance plus favorable au corps médical qu'au LO. Toutefois, le LO reste membre du groupe élargi à l'ensemble des médecins. Cette appartenance, conjuguée à l'assimilation de la déclaration des intérêts à un conflit d'intérêt patent, peut lui valoir un effet dit de « brebis galeuse » de la part des autres médecins avec intolérance et sanction sociale pour les membres considérés comme transgressifs par le groupe [16–17]. Ainsi, le LO divulguant des intérêts peut, par rapport au reste du corps

médical, faire l'objet d'un jugement négatif de la part des médecins généralistes à double titre : d'une part du fait de la valorisation de l'identité sociale de l'endo-groupe des médecins généralistes et d'autre part du fait de l'effet « brebis galeuse » qui réduit la confiance qui lui est accordée. Nous formulons donc dans cette voie d'autres hypothèses.

**H 2.** Le grand public ne fait pas de différence dans la confiance qu'il accorde au leader d'opinion et au corps médical.

**H 2bis.** Les médecins généralistes font moins confiance au leader d'opinion qu'à l'ensemble du corps médical.

### 3. Méthodologie

Nous proposons une expérimentation dont le terrain d'application est la contraception féminine. Depuis sa légalisation en 1967, l'hégémonie commerciale de la pilule sur les autres moyens contraceptifs a été évoquée comme l'un des déterminants de l'incidence élevée, multifactorielle, des avortements secondaires aux grossesses non désirées. L'implication des LO dans la diffusion de contraceptions médicales alternatives à la pilule pourrait donc améliorer la compliance et de ce fait le service sociétal rendu par la contraception [18].

#### 3.1. Sujets exposés

Notre échantillon était composé de 127 participantes bénévoles réparties en deux groupes. Le groupe représentant les médecins était composé de 60 femmes médecins généralistes. L'effectif a été obtenu par un recrutement aléatoire au sein d'un fichier professionnel régional exhaustif de femmes médecins généralistes. Nous avons enregistré un taux de 13 % de refus de participation au sein de la population source des femmes médecins généralistes. Le groupe opérationnalisant le grand public était un échantillon de convenance, choisi pour des raisons pragmatiques d'accessibilité et de coût, de 67 étudiantes en psychologie recrutées parmi les premières volontaires pour participer à une enquête sur la contraception.

#### 3.2. Exposition

Le matériel, support écrit de l'exposition, était composé de trois portraits présentant chacun un LO et son message suivi de sa déclaration des intérêts. Chaque portrait était accompagné d'un questionnaire de mesure de la confiance. Les sujets des deux groupes se voyaient attribuer le même matériel. Les portraits du LO ne différaient que par la divulgation des intérêts (*Annexe A1*). La description des intérêts a été reconstituée à partir d'intérêts réels déclarés par des médecins [19]. Par comparaison au portrait d'un LO témoin ne déclarant pas d'intérêts, nous avons opéré une distinction pour les deux autres portraits. Dans un cas, la déclaration est dite d'intérêts conjoncturels (i.e., liens contractuels ponctuels avec l'industrie pharmaceutique) dans l'autre cas, la déclaration est dite d'intérêts structurels (i.e., liens conjoncturels renforcés par la détention d'actions d'entreprises pharmaceutiques).

<sup>1</sup> Processus qui conduit à une catégorisation efficace mais biaisée visant à assembler sur la base de caractéristiques saillantes des items épars en faisant l'économie d'un développement cognitif approfondi. Ce procédé a été illustré par les travaux de Tversky A. et Kahneman D., Judgment under uncertainty: Heuristics and biases, *Science* 1974;185:1123–31.

Le message du LO, identique pour les trois conditions d'exposition, était présenté comme ayant été émis par le LO en public lors d'un congrès et avoir été largement repris par les médias grand public. Le LO y présentait, positivement mais avec une réserve, un spray contraceptif percutané sur le point d'être commercialisé en France.

### 3.3. Questionnaire

Le questionnaire, identique pour toutes les participantes, était composé de deux échelles destinées à mesurer la confiance. La première échelle mesurait la confiance envers le LO, la seconde envers l'ensemble du corps médical pris comme référence. Ces échelles de confiance ont été construites à partir des échelles de confiance médicale de Dugan et al. [20] Celles-ci ont été retenues du fait de leur spécificité, de leur validité et de leur parcimonie. Nous avons procédé pour ces échelles américaines à une traduction puis à une rétro-traduction et à une validation de concordance par deux experts en recherche clinique. Elles ont par ailleurs été complétées, pour une meilleure congruence culturelle aux données françaises, par la composante bienveillance de la confiance [8]. Un pré-test auprès de 31 étudiantes a été réalisé afin d'optimiser la compréhension et la rédaction de l'outil de mesure ainsi construit. In fine, ce sont deux échelles ordinales de formulation homothétique (Annexe A2), affectées au LO et au corps médical, comprenant chacune six items cotés en cinq niveaux d'accord, qui ont été utilisées afin d'explorer les trois dimensions de la confiance globale, à savoir la compétence (un item), l'intégrité (trois items) et la bienveillance (deux items).

### 3.4. Procédure

L'étude a été conduite dans le Sud-Est de la France en 2007. Nous avons affecté aléatoirement l'une des trois modalités expérimentales aux participantes avec l'un des trois portraits de LO et les questionnaires d'évaluation de la confiance. Pour les étudiantes, nous avons procédé à une passation collective en salle de cours. Pour les médecins, la passation s'est déroulée au cabinet médical sur rendez-vous. Pour les deux échantillons, la passation, qui a duré dix minutes, a été présentée comme une enquête sur la communication médicale en contraception. Un débriefing en fin de passation permettait de compléter l'information des participantes.

### 3.5. Plan expérimental

Le plan expérimental s'applique à une variable dépendante confiance. Cette variable tridimensionnelle (compétence, intégrité, bienveillance) est opérationnalisée, par la moyenne des scores des items des trois échelles dimensionnelles, en un agrégat unique. Nous avons ainsi une variable confiance envers le LO d'une part et une envers le corps médical d'autre part. Nous avons examiné trois variables explicatives de type nominal avec trois modalités pour la variable exposition aux intérêts du LO (divulgarion occultée versus divulgation d'intérêts conjoncturels versus divulgation d'intérêts structurels) ; avec deux modalités

pour la variable sujets exposés au message du LO (grand public versus médecins généralistes) et avec deux modalités pour la variable sujets jugés par les sujets exposés (LO versus corps médical). Il s'agit ainsi d'un plan expérimental factoriel complet de type  $3 \times 2 \times 2$ .

## 4. Résultats

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel R 2.8.1. de la « Free Software Foundation ». Nous avons considéré que les variables ordinales avaient les propriétés de variables métriques d'intervalle et que l'individu statistique était le jugement de confiance, que celui-ci soit porté sur le LO ou sur le corps médical. Dans ce contexte, les traitements statistiques devaient permettre de vérifier par une Anova l'effet principal des trois variables explicatives et de leurs interactions sur la variable à expliquer, c'est-à-dire sur le jugement de confiance (Annexe A3).

### 4.1. Description des échantillons

Les 67 étudiantes en psychologie étaient âgées de 17 à 34 ans ( $M = 19,8$  ans ;  $ET = 3,2$  ans) et 69 % d'entre elles étaient sous contraception. Les 60 femmes médecins généralistes avaient de deux à 33 ans d'expérience professionnelle ( $M = 19,1$  ans ;  $ET = 7,9$  ans). Leur implication en contraception a été estimée par leur niveau hebdomadaire moyen de prescription de contraceptifs qui s'établissait à 4,6 prescriptions par semaine.

### 4.2. Aspects psychométriques des échelles utilisées

Sur la base des scores moyens aux items de l'échelle de confiance, nous avons vérifié que les échelles affectées à chaque catégorie de sujets jugés jouissaient d'un  $\alpha$  de Cronbach de 0,75, ce qui témoignait d'une consistance acceptable de l'échelle utilisée. Par ailleurs, chacune des trois dimensions de la confiance globale était étroitement corrélée à celle-ci ( $p < 0,001$ ), alors que les trois dimensions de la confiance globale n'étaient pas corrélées entre elles, témoignant d'une validité discriminante acceptable.

### 4.3. Effets principaux des variables explicatives

L'effet principal de chacune des variables explicatives (sujets exposés, sujets jugés et exposition) sur le niveau de confiance est statistiquement significatif (Tableau 1). Il apparaît ainsi que :

- le niveau de confiance de l'ensemble des jugements émis par les médecins est inférieur à celui émis par le grand public ;
- le niveau de confiance de l'ensemble des jugements portés sur le LO est inférieur à celui porté sur le corps médical ;
- le niveau de confiance de l'ensemble des jugements alloués par les sujets exposés lors de la divulgation des intérêts est inférieur à celui alloué lors de l'occultation de ceux-ci. Pour localiser plus précisément l'effet de la divulgation des

Tableau 1

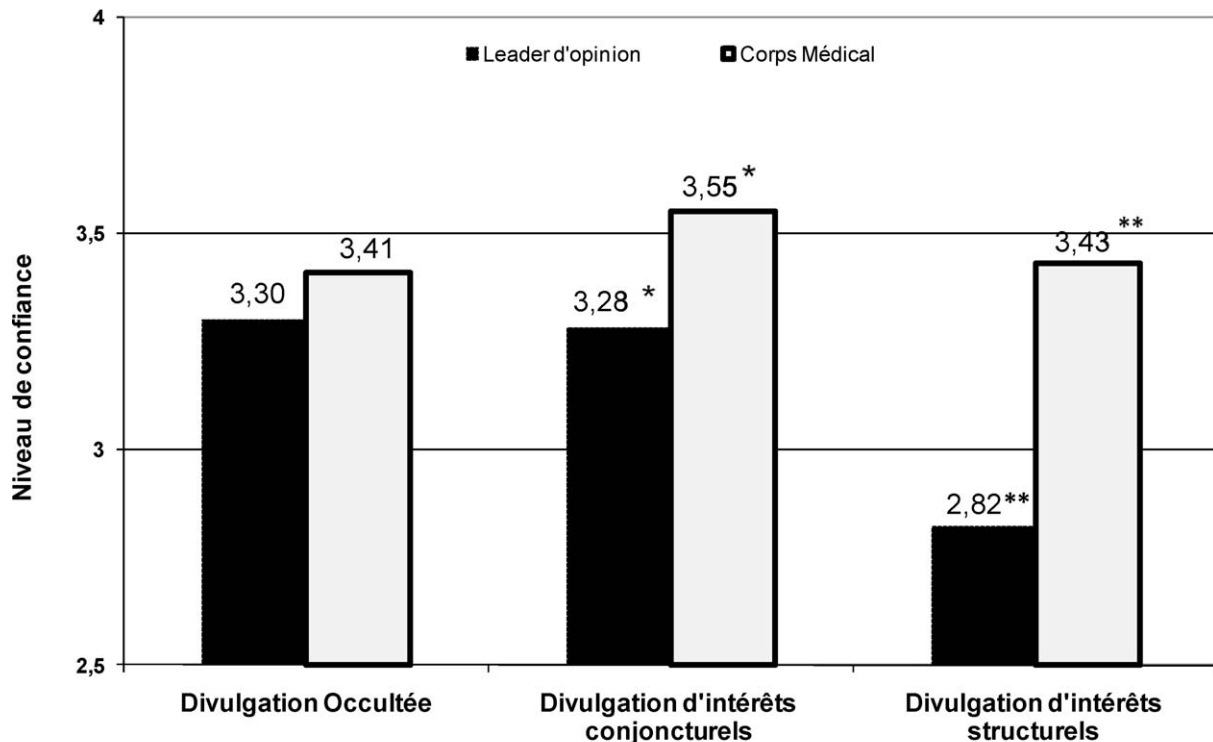
Résultats des effets principaux de l'Anova de l'impact de la divulgation des intérêts du leader d'opinion, des sujets exposés et des sujets jugés sur le niveau de confiance envers les sujets jugés.

Effet du facteur : sujets exposés					
Modalités	Médecins (n = 120)	Grand public (n = 134)	Significativité statistique		
Moyenne	3,28	3,44	F(1,252) = 4,74 ; p = 0,030		
Écart-type	0,73	0,58			
Effet du facteur : sujets jugés					
Modalités	Leader d'opinion (n = 127)	Corps médical (n = 127)	Significativité statistique		
Moyenne	3,15	3,57	F(1,252) = 35,31 ; p = 0,000		
Écart-type	0,71	0,52			
Effet du facteur : exposition					
Modalités	Divulgation d'intérêts structurels** (n = 84)	Divulgation d'intérêts conjoncturels* (n = 86)	Occultation des intérêts <sup>0</sup> (n = 84)	Significativité statistique	
Moyenne	3,19	3,47	3,42	F(2,252) = 5,53 ; p = 0,004 –Pour ** vs. <sup>0</sup> : F(1,166) = 5,81 ; p = 0,017 –Pour ** vs. * : F(1,168) = 9,32 ; p = 0,002 –Pour * vs. <sup>0</sup> : F(1,168) = 0,38 ; p = 0,534	
Écart-type	0,80	0,54	0,52		

n est l'effectif de l'ensemble des jugements de confiance à prendre en compte pour chaque situation.

intérêts nous avons recouru à des tests post-hoc consistant à comparer deux à deux les moyennes des scores de confiance pour les différentes modalités de divulgation des intérêts. Ainsi, sont significatives les réductions des niveaux de

confiance globale induites, d'une part, par l'exposition à des intérêts structurels par rapport à l'occultation des intérêts et, d'autre part, par l'exposition à des intérêts structurels par rapport à l'exposition à des intérêts conjoncturels.



Note 1: Différence statistiquement significative au seuil \* p < 0,01 / \*\* p < 0,001

Note 2 : Les intérêts divulgués sont ceux attribués au leader d'opinion.

Fig. 1. Niveau de confiance de l'ensemble des sujets exposés envers le leader d'opinion et le corps médical en fonction des modalités de divulgation des intérêts.



#### 4.4. Effets des interactions entre les variables explicatives

Le test des effets de toutes les interactions des variables explicatives sur le niveau de confiance globale montre que seules deux d'entre elles sont statistiquement significatives :

La première interaction significative croise l'effet de l'exposition avec celui des sujets jugés sur le niveau de confiance globale ( $F(2,251) = 4,62$  ;  $p = 0,01$ ). En pratique, cette interaction teste un effet du type « quelle divulgation impacte qui ? » (Fig. 1). Les tests de comparaison des moyennes montrent qu'en l'absence de divulgation des intérêts, il n'y a pas de différence entre les niveaux de confiance témoignée au LO et au corps médical ( $F(1,82) = 3,01$  ;  $p = 0,08$ ). En revanche, la confiance est plus faible envers le LO qu'envers le corps médical dès lors que des intérêts conjoncturels ( $F(1,84) = 10,62$  ;  $p = 0,001$ ) ou structurels ( $F(1,82) = 24,93$  ;  $p = 0,000$ ) sont divulgués. Ces résultats corroborent nos hypothèses H1 et H1bis. En d'autres termes, la confiance est plus péjorative envers le LO quand les intérêts divulgués sont plus importants.

La seconde interaction significative croise l'effet des sujets exposés et celui des sujets jugés sur les niveaux de confiance globale ( $F(1,252) = 29,13$  ;  $p = 0,000$ ), et teste un effet du type « qui juge qui ? » (Fig. 2). Les tests de comparaison des moyennes montrent que le jugement de confiance émis par les médecins est significativement plus faible pour le LO que pour l'ensemble du corps médical ( $F(1,118) = 65,27$  ;  $p = 0,000$ ), alors que le grand public ne fait aucune différence entre ses jugements de confiance envers le LO et l'ensemble du corps médical ( $F(1,132) = 0,36$  ;  $p = 0,54$ ). Ces résultats corroborent nos hypothèses H2 et H2bis.

En synthèse, nos résultats montrent que le type de sujets exposés, les modalités d'exposition à la divulgation des intérêts et le type de sujets jugés influencent chacun le niveau de confiance. Le niveau moyen de l'ensemble des jugements de confiance émis par les médecins est inférieur à celui du grand public. Le LO jouit d'une confiance inférieure à celle du corps médical. La confiance de l'ensemble des sujets exposés est d'autant plus faible que les intérêts divulgués sont importants. La divulgation des intérêts du LO n'affecte pas la confiance du

grand public. Alors que le grand public ne fait pas de différence de confiance entre le LO et le corps médical, les médecins, eux, réduisent sélectivement leur confiance envers le LO et ce d'autant plus que les intérêts divulgués sont importants.

## 5. Discussion

Notre recherche exploratoire est à notre connaissance la première à avoir évalué en France les effets de la divulgation des intérêts des LO. La significativité de l'interaction entre les sujets exposés et les sujets jugés (i.e., effet « qui juge qui ? ») et de l'interaction entre l'exposition et les sujets jugés (i.e., effet « quelle divulgation impacte qui ? ») montre l'importance du facteur sujets jugés. Nous ne pouvons pas pour autant dire que tout dépend principalement de « celui qui est jugé », puisque nos contributions explicatives restent modestes (Annexe A3). En effet, l'importance explicative des différents facteurs sur les variations des jugements de confiance (correspondant à la part de la variance expliquée par ce facteur) est maximale pour la variable sujets jugés avec un  $\eta^2 = 10,47\%$ , et pour l'interaction entre les sujets exposés et les sujets jugés avec un  $\eta^2 = 8,64\%$ . Ces résultats doivent être discutés en tenant compte du contexte expérimental et des choix méthodologiques retenus.

### 5.1. Limites de la recherche

Dans la mesure où la psychologie de la persuasion [14] montre que la confiance générée par l'exposition à un message reste un phénomène complexe dont les déterminants sont multifactoriels, nous avons tenu à réduire les facteurs confondants en procédant à certains choix méthodologiques. Nous avons ainsi souhaité privilégier un mode de traitement cognitif en profondeur de l'information par les sujets exposés. Si un mode de traitement superficiel de l'information avait été privilégié, il aurait rendu les résultats moins consistants et plus instables. Trois orientations opérationnelles ont donc été retenues dans cette voie :

- la première orientation tient à l'homogénéité des sujets exposés. En effet, la capacité à traiter les informations et l'implication des récepteurs vis-à-vis du message sont des déterminants majeurs en faveur d'un traitement en profondeur des informations dans le cadre des modèles de persuasion [14]. Nous avons donc optimisé le recrutement des sujets exposés dans ce sens en favorisant les aptitudes cognitives et l'implication par le message du LO sur la contraception. Les sujets opérationnalisant le grand public ont ainsi été recrutés parmi les premières étudiantes en psychologie volontaires pour participer à une enquête sur la contraception. Par ailleurs, le genre féminin des médecins et la vérification de leur niveau hebdomadaire moyen de prescription de contraceptifs permettaient également d'homogénéiser leur implication par rapport au message contraceptif. Enfin, dans la mesure où la littérature ne mentionne pas de spécificité liée au genre dans l'évaluation de la confiance des sujets exposés, notre approche réduisait ainsi, comme attendu, la variabilité des traitements cognitifs du message par rapport au

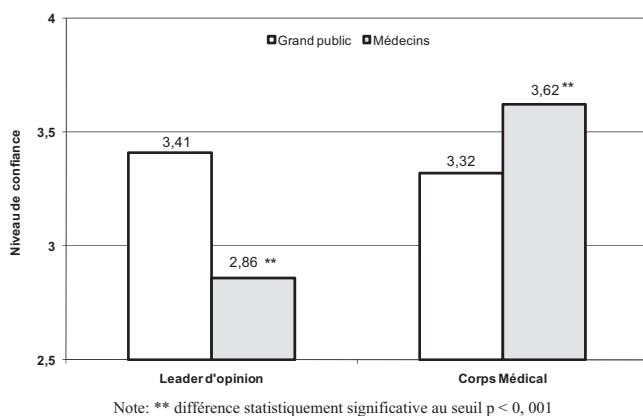


Fig. 2. Niveau de confiance émis par les sujets exposés, grand public et médecins, envers les sujets jugés, leader d'opinion et corps médical.

choix d'un grand public ou de médecins généralistes « tout venant » ;

- la deuxième orientation tient à la forme du message princeps retenu qui a plus de chances d'être traité en profondeur quand il comporte des réserves plutôt que quand il est exclusivement laudatif. Le nouveau mode contraceptif a ainsi été présenté comme ne pouvant pas convenir à toutes les femmes ;
- la troisième orientation tient à la position de la divulgation des intérêts par rapport au message princeps du LO. Les travaux séminaux relatifs à l'influence de la structure du message montrent qu'il existe un effet d'ordre différencié en effets dits de primauté et de récence [14]. Il apparaît que les sujets ayant un fort besoin de cognition et les sujets fortement impliqués manifestent plutôt un effet de primauté, en formant rapidement leur opinion sur la première partie du message, alors que l'effet de récence est à l'inverse observé chez les sujets ayant un faible besoin de cognition et une faible implication, ceux-ci se déterminant plutôt sur la dernière partie du message qui leur est proposé. Dans notre expérimentation favorisant le recrutement de sujets exposés impliqués, la divulgation des intérêts de l'expert, que nous avons placée à la fin du message<sup>2</sup>, donne préférentiellement « sa chance » au LO d'être jugé sur son message princeps plutôt que sur sa déclaration d'intérêts, même si les deux sont pris en compte. Il est probable que si nous avons placé la divulgation des intérêts du LO en début de portrait, comme le recommande le décret d'application de la loi, la réduction de la confiance envers le LO eût été encore plus marquée, du fait de l'effet de primauté appliqué aux sujets impliqués.

C'est sous ces conditions de réduction des facteurs confondants et de renforcement de la validité interne que les corrélations qui ont été établies dans le cadre de notre recherche expérimentale sont éligibles au statut de relation causale. A contrario, notre expérimentation ne dit rien sur l'impact de la divulgation des intérêts auprès de sujets exposés « tout venant », ou encore sur des sujets faiblement impliqués par le message du LO ou encore sur des sujets dont l'implication est contraire au sens du message du LO. La psychologie de la persuasion permet d'escompter qu'en cas de message princeps contraire aux croyances de sujets fortement impliqués, les récepteurs mettront à profit l'avertissement constitué par la divulgation des intérêts pour générer une dévalorisation de la source et du message et, in fine, un renforcement de l'attitude initiale (e.g., fumeur cible d'une campagne anti-tabac dans laquelle interviendrait un LO déclarant des intérêts avec des laboratoires commercialisant un produit de sevrage tabagique). Il ressort de ce premier axe de discussion que l'évolution de la confiance envers le LO reste à évaluer dans les configurations alternatives ci-dessus aux titres d'une validité externe perfectible et d'une transférabilité de la méthode expérimentale adaptable à d'autres contextes. De plus, la confiance de femmes bien portantes sous contraception peut différer de celle de sujets

malades sous traitement curatif. Nous ne pouvons de ce fait généraliser nos résultats à la confiance de l'ensemble des patients.

## 5.2. Influence du contexte sur les résultats

L'obligation d'impartialité et d'indépendance des experts, dont beaucoup sont également des LO, a été introduite par la loi pour les missions de service public en 1978 et étendue par une réglementation européenne en 2004.

Dans un souci de renforcer la protection des citoyens vis-à-vis des influences occultes dont ils pourraient être l'objet, l'article 26 de la loi du 4 mars 2002 dite de démocratie sanitaire est allé plus loin, en étendant l'obligation de divulgation des intérêts au public à tous les professionnels de santé. Le décret d'application de cet article de loi n'est paru qu'en mars 2007, empêchant de facto toute application de la loi pendant cinq ans. Ce décret, devenu depuis l'article R4113-110 du Code de la santé publique, précise que le périmètre de la déclaration englobe les intérêts directs et indirects et que ceux-ci doivent être déclarés : « à l'occasion de la présentation du professionnel de façon écrite lorsqu'il s'agit d'un article... de façon écrite ou orale au début de son intervention lorsqu'il s'agit d'une manifestation publique ou d'une communication réalisée pour la presse audiovisuelle ».

Aussi, afin de prévenir un effet d'histoire menaçant la validité interne de notre recherche menée en juin 2007, nous avons vérifié par des questions ouvertes ad hoc, lors du débriefing post expérimental avec les sujets exposés, l'absence d'impact de la publication du décret d'application de la loi, intervenu trois mois avant la passation expérimentale. Nous avons ainsi confirmé que les participantes n'en avaient pas entendu parler et s'étaient déterminées sur la base des profils de LO qui leur ont été attribués.

De fait, la publication de ce décret n'a pas bénéficié des relais informationnels et institutionnels qui auraient permis sa mise en application. Ainsi en 2010, la loi reste majoritairement non appliquée en France puisque seules des revues médicales référencées se sont dotées d'une charte rédactionnelle intégrant systématiquement la déclaration des intérêts, alors que les intervenants dans les congrès médicaux et les médias grand public n'en font qu'exceptionnellement. Or de nombreux auteurs ont pertinemment souligné les problématiques de divulgation des intérêts des LO au grand public et aux médecins généralistes [21–22]. Ainsi Fraslin et al. écrivent : « Lorsque je parle à un de mes patients de l'intérêt modeste d'un dépistage ou d'un nouveau médicament coûteux, je suis contredit régulièrement dans les médias par des leaders d'opinion qui viennent en vanter les bienfaits. Ces médecins prestigieux ou médiatiques se gardent bien de déclarer à cette occasion leurs conflits d'intérêts... » [21]. De ce fait, le choix d'une modalité d'exposition de référence à type d'occultation des intérêts renforce la validité écologique de notre recherche même si, en l'absence de référentiel de pratiques effectives, nous avons conscience que la manière dont nous avons procédé à la divulgation des intérêts peut induire une spécificité des résultats (e.g., différence entre le contexte dit de « vu-lu » des supports

<sup>2</sup> Notre position a été calquée sur celles des revues scientifiques référencées qui placent généralement les déclarations d'intérêts des auteurs en fin d'article.

papier versus le contexte dit du « vu-entendu » des supports audiovisuels).

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

La position selon laquelle la divulgation des intérêts peut améliorer la confiance en augmentant la transparence due à l'obligation informationnelle des médecins est une position de nature essentiellement éthique. Une récente et vaste enquête transversale indique que les patients souhaiteraient disposer d'une plus grande transparence sur les intérêts de leurs médecins, suggérant que leur divulgation contribuerait à l'amélioration de leur confiance envers les décisions médicales [7]. Toutefois, à l'issue de notre revue de la littérature, nous avons constaté que cette position n'a pas encore bénéficié d'une mise à l'épreuve expérimentale, si bien qu'elle relèverait, tout au plus, d'une hypothèse de travail.

D'un autre côté, des auteurs ont évoqué de manière récurrente l'opinion selon laquelle les conflits d'intérêts des LO sont susceptibles de générer un effet négatif sur la confiance du grand public [23]. Or, nous n'avons pas retrouvé de travaux expérimentaux publiés susceptibles de confirmer cette hypothèse et nos résultats infirment l'assertion selon laquelle la confiance du public serait réduite par la divulgation des intérêts d'un LO.

Enfin, seuls deux travaux expérimentaux [24–25] ont mis en évidence l'absence de modification de la confiance de patients anglo-saxons lors de la divulgation des intérêts de leurs médecins traitants. La théorie de la cognition sociale [26] explique la valence favorable du jugement de ces patients qui ont disposé, avant d'exprimer leur jugement sur ces médecins, d'informations spécifiques. Cette valence favorable est observée lorsque les informations nées de relations antérieures entre médecins et patients sont susceptibles d'exercer un effet de pondération s'écartant d'un premier jugement stéréotypique, émis *ex abrupto*, sur des médecins inconnus. Or, dans notre contexte expérimental, nous avons exposé les sujets au message princeps d'un LO inconnu d'eux et à la divulgation de ses intérêts dans un même et unique temps. Cette option calquée sur les attendus de la loi en matière de déclaration des intérêts contribue à extérioriser des premiers jugements sur une base stéréotypique ; par conséquent, des jugements négatifs pour les médecins jugeant le LO, et des jugements aspécifiques pour le grand public jugeant le LO par rapport au corps médical. Il se peut donc qu'un tout autre niveau de confiance soit accordé par les médecins et par le grand public à un LO, dont ils seraient plus familiers du fait de contacts antérieurs. Ces considérations ouvrent ainsi de larges perspectives de recherches.

### 5.4. *Perspectives de recherche et applications pragmatiques*

Outre les considérations éthiques, le postulat sous-jacent à l'obligation de divulgation des intérêts des médecins repose sur le fait que la transparence informationnelle est un antécédent de la confiance [10]. La divulgation devrait tout à la fois renforcer le potentiel d'influence des LO dans la diffusion d'innovations

utiles à la collectivité et réduire l'influence des tentatives d'influence des LO mercantiles [27]. Pour affecter de cette manière duale la confiance, la finalité de la divulgation des intérêts devra impérativement être comprise par des acteurs susceptibles de décoder les ressorts de leurs jugements. Dans la mesure où, à ce jour, la déclaration des intérêts des professionnels due au public n'est toujours pas rentrée dans les mœurs, nous devons tester son décodage cognitif, notamment entre les modalités explicite versus implicite d'absence d'intérêts. Autrement dit, une déclaration explicite d'absence d'intérêts est-elle aussi « payante » en termes de confiance générée qu'une occultation des intérêts et, si non, dans quelles conditions le deviendrait-elle ? En effet, il n'est pas acquis que l'option proposée par certains auteurs de recourir aux seuls LO déclarant une absence explicite d'intérêts<sup>3</sup> soit aujourd'hui, malgré son intérêt éthique évident, une option de choix pour préserver la confiance des récepteurs [28]. De plus ce recours reviendrait à se priver de la majorité des LO actuellement identifiés et serait d'autant plus contre-productif qu'ils seraient prêts à se conformer à la loi. (i.e., absence de conflit d'intérêts avéré et déclaration d'intérêts conformément à la loi).

De fait, nous devons aussi nous interroger sur les circuits d'influence. En France, le périmètre légal actuel des divulgations des intérêts est limité aux communications de masse impliquant l'influence d'un leadership hétérophile (i.e., effet vertical de haut en bas d'une échelle hiérarchique d'influence). L'effet de la divulgation des intérêts des LO impliqués dans l'influence homophile (i.e., influence horizontale où la source ressemble aux récepteurs, type pair à pair) est de fait ignoré par la loi (e.g., effet du passage de la communication « one-to-many » à la communication « one-to-few » des Anglo-Saxons). Or, des recherches évaluatives montrent que les attributs du leadership d'opinion sont partagés par un décile à un quartile des populations de référence, en l'occurrence ici les médecins [4]. De plus, le pouvoir d'influence des LO est d'autant plus important qu'il s'exerce par la mobilisation de réseaux sociaux et par les communications inter-personnelles plutôt que par le biais des communications de masse [29]. Des recherches visant à comprendre l'impact de la déclaration des intérêts sur la confiance du grand public et des médecins exposés à plusieurs sources d'information concordantes ou discordantes mériteraient d'être conduites. De même, il faudra également évaluer l'effet des conflits d'intérêts pour les autres voies d'influence alternatives à la communication de masse ainsi que pour la mise en jeu d'intérêts non financiers : certains liens sociaux étant beaucoup plus engageants que ceux d'un contrat financier (e.g., intérêts de réseautage).

<sup>3</sup> Cette option concernerait selon les récentes estimations d'Hermange et Payet (2006) un quart des experts médicaux collaborant avec les autorités publiques de santé en France. Toutefois, les notions d'expert et de leader d'opinion ne se recoupent pas totalement et l'évaluation précise reste à conduire.



Aussi, la lutte contre les conflits d'intérêts des LO devrait, en plus de la loi, inclure des préconisations institutionnelles élargies (traduction française de *soft laws*) comportant la mise en place de règles, de procédures, de suivis et de contrôles [30]. En raison de cette carence perçue sur le terrain, des « chiens de garde citoyens » (traduction française de *Watchdogs*) tant aux États-Unis qu'en France<sup>4</sup> ont pris en main le suivi factuel des collaborations des LO afin d'alerter l'opinion sur les risques des conflits d'intérêts. Il n'est pas dit que de telles pratiques réactives améliorent la confiance que les professionnels de santé souhaitent se voir reconnaître par leurs pairs et par le grand public. Ce n'est donc qu'au prix d'une compréhension plus fine des mécanismes de résistance des professionnels à la divulgation de leurs intérêts que les préconisations légales et extralégales de prévention des conflits d'intérêts pourraient bénéficier en France de plus de compliance au profit d'une plus grande utilité sociale.

### Déclaration des intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

### Remerciements

Les auteurs remercient les Professeurs André Boyer, Jean-Luc Giannelloni et Georges Schadron pour leurs conseils avisés ainsi que le rédacteur en chef et les relecteurs anonymes de la *Revue d'épidémiologie et de santé publique* pour leur implication dans l'amélioration de cette contribution.

### Annexe A1. Portraits du leader d'opinion médical présentés aux participantes

Légende :

\* : texte commun aux modalités de divulgation des intérêts conjoncturels et structurels.

\*\* : texte spécifique à la modalité de divulgation des intérêts conjoncturels.

\*\*\* : texte spécifique à la modalité de divulgation des intérêts structurels.

Le Docteur Pierre Dulac est professeur des universités et médecin chef de service de gynécologie à l'hôpital. C'est un expert reconnu en gynécologie et tout particulièrement en contraception. Il est intervenu lors du dernier Congrès européen de gynécologie, où il a présenté les résultats d'une nouvelle méthode contraceptive. Le Professeur Pierre Dulac a affirmé

lors d'une séance sponsorisée : « *Le spray contraceptif est une nouvelle méthode contenant un principe actif administré sous forme de pulvérisation à 15 cm de la peau une fois par jour tout au long du cycle. Bien que le spray ne puisse pas convenir à tout le monde, les études ont montré que cette nouvelle solution est plus efficace, indiscutablement mieux tolérée et beaucoup plus pratique que la pilule contraceptive classique.* ».

\* [En dehors de son activité principale à l'hôpital, le Professeur Pierre Dulac tire une partie de ses revenus de collaborations avec les autorités de santé publique et avec des laboratoires pharmaceutiques. Il doit, comme le prévoit le règlement, déclarer les liens financiers qui sont susceptibles de limiter son indépendance et son impartialité sur certains dossiers].

\*\* [Ainsi, le Professeur Pierre Dulac a réalisé des collaborations ponctuelles à type d'activité de conseil scientifique pour le compte de plusieurs laboratoires pharmaceutiques].

\*\*\* [Ainsi, le Professeur Pierre Dulac a réalisé non seulement plusieurs collaborations ponctuelles à type d'activité de conseil scientifique pour le compte de plusieurs laboratoires pharmaceutiques, mais il possède aussi des actions de trois laboratoires cotés en bourse dont il retire un certain revenu].

La communication du Professeur Pierre Dulac sur le spray contraceptif vient d'être largement reprise par les médias. Certaines personnes sont susceptibles de vous en parler dès votre prochaine rencontre.

### Annexe A2. Échelles de confiance envers le corps médical ou le leader d'opinion adaptées de Dugan et al. [20]

Échelle ordinaire en six items à cinq niveaux de cotation de « totalement d'accord » = 5 à « totalement pas d'accord » = 1.

1/Les médecins/le Prof. X sont/est extrêmement consciencieux.

2/Vous faites complètement confiance aux décisions des médecins/du Prof. X pour le choix des meilleurs traitements pour leurs/ses patientes.

3/Les médecins/le Prof. X sont/est totalement honnêtes/e en indiquant à leurs/ses patientes toutes les options des différents traitements disponibles pour elles.

4/Globalement, vous faites complètement confiance aux médecins/au Prof. X.

5/Je pense que les médecins/le Prof. X renouvellent/e leurs/ses prescriptions pour tenir compte des progrès de la recherche.

6/Je pense que les médecins/le Prof. X cherchent/e continuellement à améliorer leurs/ses réponses aux besoins des patientes.

<sup>4</sup> Au États-Unis, Center for science in the public interest accessible au [www.cspinet.org](http://www.cspinet.org) et Consumer Watchdog accessible au <http://www.consumerwatchdog.org/patients>. En France, pharmacritique accessible au <http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr> et le collectif pour une formation indépendante, formindep, accessible au [www.formindep.org](http://www.formindep.org).

### Annexe A3. Résultats de l'Anova de l'impact de la divulgation des intérêts du leader d'opinion sur le jugement de confiance émis par les sujets exposés sur les sujets jugés.

Facteur	Somme des carrés des écarts	Degrés de liberté	Carrés moyens	F	Significativité	Eta carré <sup>d</sup>
<i>Facteurs principaux</i>						
Sujets exposés <sup>a</sup>	1,53	1	1,53	4,74	0,030	0,0140
Exposition <sup>b</sup>	3,58	2	1,79	5,53	0,004	0,0328
Sujets jugés <sup>c</sup>	11,42	1	11,42	35,31	0,000	0,1047
<i>Interactions entre les facteurs</i>						
Sujets exposés * Sujets jugés	9,42	1	9,42	29,13	0,000	0,0864
Exposition* Sujets jugés	2,99	2	1,49	4,62	0,010	0,0274
Sujets exposés* Exposition	1,44	2	0,723	2,23	0,109	0,0132
Sujets exposés * Exposition* Sujets jugés	0,34	2	0,172	0,53	0,588	0,0031
Résidus	78,24	242	0,32			

<sup>a</sup> Sujets exposés : médecins versus grand public.

<sup>b</sup> Exposition : occultation versus divulgation des intérêts.

<sup>c</sup> Sujets jugés : leader d'opinion versus corps médical.

<sup>d</sup> Eta carré : Eta carré donne la part de la variance de la variable à expliquer qui est due au facteur ou à l'interaction des facteurs manipulés.

### Références

- Lefebvre J. Création et gestion du conflit d'intérêts en déontologie médicale. Un exemple aux antipodes du droit des affaires. In: Magnier V, editor. Les conflits d'intérêts dans le monde des affaires, un janus à combattre ?. Paris: Presses universitaires de France; 2006. p. 171–90.
- Valente T, Pumpuang P. Identifying opinion leaders to promote behavior change. *Health Educ Behav* 2007;34(6):881–96.
- Vernette E. Les nouvelles perspectives du concept de leader d'opinion en marketing : fondements, apports et pistes de recherche. In: 19<sup>e</sup> Congrès international de l'Association française du marketing. Tunis : 2003 : 1075–91.
- Vernette E, Giannelloni J. L'auto-évaluation du leadership d'opinion en marketing : nouvelles investigations psychométriques. *RAM* 2004;19(4): 65–87.
- Cathelat B, Baumont G. Les perspectives de vie des français et leur prise en compte des risques. *Rev Fr Mark* 2007;213(3/5):73–87.
- Brennan T, Rothman D, Blank L, Blumenthal D, Chimonas S, Cohen J, et al. Health industry practices that create conflicts of interest: a policy proposal for academic medical centers. *JAMA* 2006;295(4):429–33.
- Tattersall M, Dimoska A, Gan K. Patients expect transparency in doctors' relationships with the pharmaceutical industry. *Med J Aust* 2009;190(2): 65–8.
- Guibert N. La confiance en marketing : fondements et applications. *Rech Appl Mark* 1999;14(1):1–19.
- Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK. Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? *Milbank Q* 2001;79(4):613–39.
- Phanuel D. Confiance dans les soins et soins de la confiance : la réponse relationnelle. *Polit Managen Public* 2002;20(4):115–31.
- Gilson L. Trust in health care: theoretical perspectives and research needs. *J Health Organ Manag* 2006;20(5):359–735.
- Thom DH, Ribisl KM, Stewart AL, Luke DA. Further validation and reliability testing of the trust in physician scale. The Stanford trust study physicians. *Med Care* 1999;37(5):510–7.
- Jones E, Nisbett R. The actor and the observer: divergent perceptions of the cases of behavior. Morristown, NJ: General learning press; 1971.
- Girandola F. Psychologie de la persuasion et de l'engagement. Besançon: Presses universitaires de Franche-Comté; 2003.
- Tajfel H, Turner J. The social identity theory of inter-group behavior. In: Worchel S, et Austin S, editors. Psychology of intergroup relations. Chicago: Nelson-Hall; 1986.
- Chekroun P, Nugier A. Le rôle des émotions dans le contrôle social endogroupe : « tu me fais honte ». *Rev Int Psychol Soc* 2005;18(4):77–97.
- Marques J, Yzerbyt V, Leyens J. The “black sheep effect”: extremity of judgments towards ingroup members as a function of group identification. *Eur J Soc Psychol* 1987;18:1–16.
- Aubin C, Jourdain Menninger D. Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. Paris: Inspection générale des affaires sociales; 2009.
- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Les déclarations d'intérêts des membres des conseils, commissions et groupes de travail 2004. Paris : 2006. Disponible sur : <http://agmed.sante.gouv.fr/pdf/5/dpi2004-2.pdf>
- Dugan E, Trachtenberg F, Hall M. Development of abbreviated measures to assess patient trust in a physician, a health insurer, and the medical profession. *BMC Health Serv Res* 2005;5:64–71.
- Fraslin J, Galtier G, Michel X, Laville Y, Lepoutre J, Raynal B, et al. L'appel des 50 médecins généralistes contre la corruption. 2008. Disponible sur: [www.formindep.org/spip.php?article138](http://www.formindep.org/spip.php?article138).
- Bras P, Ricordeau P, Roussile B, Saintoyant V. L'information des médecins généralistes sur le médicament. Paris: Inspection générale des affaires sociales; 2007 [<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000703/index.shtml>].
- DeAngelis C. Conflict of interest and the public trust. *JAMA* 2000;284(17): 2237–8.
- Hall M, Dugan E, Balkrishnan R, Bradley D. How disclosing HMO physician incentives affects trust. *Health Aff (Millwood)* 2002;21(2): 197–206.
- Pearson S, Kleinman K, Rusinak D, Levinson W. A trial of disclosing physicians' financial incentives to patients. *Arch Intern Med* 2006;166(6): 623–8.
- Yzerbyt V, Schadrin G. Connaissance et juger autrui : une introduction à la cognition sociale. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble; 1996.
- Sanson-Fisher R. Diffusion of innovation theory for clinical change. *Med J Aust* 2004;180(Suppl. 6):S55–56.
- Hermange M, Payet A. Conditions de mise sur le marché et de suivi des médicaments. Rapport d'information de la commission des affaires sociales, N° 382, Paris : Sénat, 2006 : 311. Disponible sur : <http://www.senat.fr/notice-rapport/2005/r05-382-notice.html>.
- Doumit G, Gattellari M, Grimshaw J, O'Brien M. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(1) [CD000125].
- Mansfield PR, Lexchin J, Wen LS, Grandori L, McCoy CP, et al. Educating health professionals about drug and device promotion: advocates' recommendations. *PLoS Med* 2006;3(11):e451. doi: 10.1371/journal.pmed.0030451.