

La visite médicale entre savoirs et usages thérapeutiques

Pascal Maire¹, Sandrine Menguy^{1,5}, Joëlle Baffie¹, Pierre Clément², Christian Cote³, Georges Strauch⁴, Jean-Paul Auray⁵,

(1) ADCAPT, Hospices Civils de Lyon, 40 avenue de la Table de Pierre, 69340 Francheville, France ; (2) Laboratoire de Didactique et d'Histoire des Sciences, 69622 Villeurbanne ; (3) ERSICO, 69007 Lyon ; (4) Institut de Recherche Thérapeutique, CHU Cochin, 75769 Paris ; (5) Laboratoire d'économie de la santé, université Claude Bernard, 69622 Villeurbanne.

Abstract

To have an efficient practice, medical professionals are obliged to keep themselves informed of the new drug's development. The 'detailing activities' called in France 'visite médicale' or 'VM' is one of the available sources of information. The VM still exists in spite of its information which is criticized. A presentation analysis by a lexicometric quantitative analysis was used to define the nature of the information exchanged during the VM, compared the information contained in the summary product characteristics (named RCP). The analysis for 32 presentations recorded in a geriatric hospital pharmacy department and the corresponding RCP showed an information whom the subject is common to the presentations and the RCP but whom the meaning is different, and a specific information from the VM and from the RCP. The VM brings a specific information which is immediately useful, personalized for the medical professionals' needs, established for a specific and actualized representation of drug.

Keywords : drug, 'detailing activities', information, pharmaceutical representatives, presentation analysis.

Résumé

Les professionnels de santé ont l'obligation de se tenir informés sur le développement de nouveaux médicaments afin de rester efficaces dans leur pratique. La visite médicale (VM) est une des sources d'informations disponibles. Elle reste présente malgré certaines critiques formulées à l'encontre de l'information qu'elle véhicule. Une analyse de contenu par l'analyse quantitative lexicométrique a été utilisée afin de déterminer la nature des informations transmises par la VM, comparativement aux informations contenues dans les RCP. L'analyse de 32 discours de visiteurs médicaux, recueillis au sein du service pharmaceutique d'un hôpital gériatrique, et des RCP correspondants montre l'existence d'informations dont le sujet est commun aux discours et aux RCP mais dont l'orientation diffère et d'informations spécifiques des RCP ou de la VM. La VM véhicule une information pratique donc immédiatement utilisable, personnalisée en fonction des besoins des professionnels de santé, construite pour une représentation spécifique du médicament constamment actualisée.

Mots - clés : médicament, visite médicale, information, délégué médical, analyse de discours.

1. Introduction

Les professionnels de santé qui veulent assurer une prise en charge actualisée de leurs patients se doivent d'être informés de toute nouvelle pratique thérapeutique ou de toute nouvelle commercialisation de médicament (1). Cette mise à jour permanente des connaissances médicales est rendue nécessaire par la multiplication des nouvelles thérapeutiques et par l'évolution des conditions d'utilisation des anciennes, qui renouvellent constamment l'arsenal thérapeutique disponible (2). Pour qu'une information soit pertinente eu égard à la définition du médicament moderne, elle doit être valide - ce qui suppose l'accès à des sources d'informations pertinentes -

et pragmatique pour permettre de modifier les pratiques de prescription médicale (3). Le savoir thérapeutique dépend en fait de deux composantes : l'existence d'une information et sa diffusion. La visite médicale (VM) est l'une des sources d'informations ; elle utilise comme support les présentations orales des délégués - visiteurs - médicaux qui sont envoyés aux prescripteurs par les firmes pharmaceutiques. Les informations transmises par les visiteurs médicaux sous forme de discours (DVM) sont synthétisées au préalable par le secteur marketing des laboratoires sur la base des résultats scientifiques acquis ou collectés par les secteurs recherche et développement correspondants (4).

Depuis une dizaine d'années, un certain nombre de publications remettent périodiquement en cause la VM et s'interrogent sur les raisons de son maintien. Bien qu'aucune source d'informations ne puisse se targuer d'être indépendante de toute influence - qu'elle soit économique ou de pouvoir - la VM est la seule à faire l'objet d'autant de critiques (5-7). Il est vrai que ses liens avec l'industrie pharmaceutique s'étalent au grand jour alors que ceux des autres sources d'informations sont plus informels et moins systématiques. De plus, certains professionnels de santé lui reprochent le manque d'objectivité scientifique des informations véhiculées (8). Les informations contenues dans les Résumés Caractéristiques Produits ou RCP, préalablement positionnées comme objectives, lui sont souvent opposées (9). Les RCP sont des synthèses des informations contenues dans les dossiers d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), ils sont rédigés par les industriels à la demande des autorités sanitaires qui les valident préalablement à toute diffusion auprès des professionnels concernés ; ils constituent ainsi l'unique référentiel légal à leur disposition.

Malgré ces remises en cause, la VM est toujours présente et active sur le terrain : elle continue de faire l'objet d'investissements importants de l'industrie pharmaceutique et reste très écoutée par les professionnels de santé. Dans ces conditions, nous nous interrogeons depuis plusieurs années sur les raisons de sa pérennité et de son efficacité : d'une tentative d'approche technosociologique (10), s'inscrivant dans une réflexion épistémologique plus globale sur le médicament occidental contemporain (11), nous sommes passés à une approche par analyse de discours (12).

2. Objectifs de l'étude

Les objectifs de cette étude sont de déterminer les caractéristiques des informations transmises par les DVM, et de les comparer à celles qui sont accessibles aux professionnels de santé *via* les RCP.

3. Matériel et Méthodes

3.1. Matériel

Les délégués médicaux sont reçus par le service pharmaceutique de l'hôpital A.Charial (Hospices Civils de Lyon) lors de deux rendez-vous hebdomadaires de 30 à 45 minutes chacun. Ces entretiens sont publics et rassemblent le praticien hospitalier chef de service, les internes en pharmacie, et parfois des préparateurs ; ils sont d'autre part enregistrés depuis 1994, à l'aide d'un magnétophone. Ils s'établissent selon un mode semi-directif. Les aspects éthiques et déontologiques de tels enregistrements ont été envisagés : s'il est vrai que les délégués médicaux ne sont pas systématiquement ni explicitement informés de la réalisation d'enregistrements audio, le magnétophone est disposé de telle sorte qu'il soit visible par tous et une note, apposée à l'entrée du service, est ainsi libellée : «Pour votre information : certaines présentations, visites, certains entretiens, colloques sont enregistrés dans ce service dans le cadre de travaux de

recherche afin de mieux définir les critères d'utilisation des médicaments. L'anonymat des interlocuteurs est respecté».

Un double choix a été effectué lors de la sélection des entretiens à retranscrire puis à analyser : d'une part, nous utilisons dans cette étude les seuls enregistrements qui ont fait l'objet d'une retranscription informatique après avoir été déclarés pertinents au vu de l'expertise accumulée antérieurement (10-12), d'autre part nous avons sélectionné parmi ces retranscriptions les présentations des médicaments appartenant à trois classes thérapeutiques qui sont celles des antibiotiques, des médicaments du système cardio-vasculaire et des médicaments psychotropes, soit 26% d'entre eux. Notre analyse porte aussi sur deux corpus de nature différente : l'un est un corpus de 32 discours de visiteurs médicaux - DVM - (avec 16 discours pour la classe des antibiotiques, 9 pour les médicaments du système cardio-vasculaire et 7 pour la classe des psychotropes), et l'autre, un corpus de mentions réglementaires formé par les RCP correspondant à ces mêmes discours (le nombre total de RCP analysés est de 29 *versus* 32 discours car nous n'avons comptabilisé qu'une fois le texte des RCP pour un médicament présenté plusieurs fois à des dates différentes lorsque le contenu des RCP était identique d'une présentation à l'autre). Un exemple de chacun des corpus, pour la même spécialité, est présenté sur les figures 1 et 2. Les volumes des corpus DVM et RCP pour chacune des trois classes thérapeutiques varient de 1.5 à 3.5 mégaoctets.

**** *FLU..._1

-*V :

alors. D'abord mon nom. Je suis G... P... Je représente le laboratoire E... qui est un laboratoire du groupe S...

Donc nous avons sous notre houlette trois produits, le principal aujourd'hui dont je voulais vous parler c'était le but de mon rendez-vous, c'était de vous annoncer que F... allait être présenté aux journées de l'hypertension sous un nouveau dosage et sous une nouvelle galénique qui va être mis à la disposition de tous les médecins, donc aux journées de l'hypertension artérielle. Alors pour citer les autres produits, nous avons T..., on verra quelles sont ses indications mais j'espère que vous le connaissez surtout dans la maison et puis le V... qui est peut-être moins utilisé ici mais qui a une indication qui est étroite mais qui peut être tout à fait intéressante chez les bronchitiques chroniques en particulier. Alors on va commencer par F... puisque c'est quand même la nouveauté.

F... n'est pas nouveau. Son lancement date de 78 sous la forme 2,5. 2,5 mg d'Indapamide et c'était un comprimé à libération immédiate. Ce qu'on peut attendre du 1,5, c'est d'abord de résoudre un problème puisqu'on nous demande de réduire de plus en plus les dosages. C'est déjà quelque chose d'obtenu. Un comprimé enrobé à libération prolongée ça veut dire tout simplement une libération tout au long des 24 heures donc une efficacité continue et trois choses qui le différencient du 2,5 : c'est tout d'abord un pic plasmatique qui a été complètement gommé en début de prise, qui allait au-delà des chiffres au niveau de l'hypertension et qui n'apportait que des inconvénients de type à-coups tensionnels ou choses comme ça parce que trop puissant au démarrage. Si on regarde les courbes pharmacocinétiques puisque vous me dites que c'est quelque chose qui vous intéresse, on voit parfaitement la différence entre le 2,5 et le 1,5. C'est-à-dire que cette fois-ci nous nous sommes situés avec F... 1,5, uniquement dans la courbe de l'efficacité avec la meilleure tolérance puisque c'était le but recherché avec ce dosage très faible.

Autre intérêt, il est évident que pour le patient une continuité d'efficacité en respectant deux choses essentielles, c'est-à-dire la fréquence cardiaque et les rythmes circadiens d'adaptation aussi bien à l'effort qu'à l'orthostatisme sont des choses extrêmement importantes pour le patient.

Alors c'est ce que prouve cette étude de Holter pression que nous avons déjà...

Figure 1 : Extrait du discours Flu..., classe des médicaments du système cardio-vasculaire

**** *FLU... _2,5mg

indapamide

...INDICATIONS

Hypertension artérielle.

POSOLOGIE et MODE D'ADMINISTRATION

1 comprimé par 24 heures, de préférence le matin.

Dans l'hypertension artérielle, la posologie ne doit pas dépasser 2,5 mg/jour (augmentation des effets indésirables sans gain d'efficacité).

Coût du traitement journalier : 2,71 F.

CONTRE-INDICATIONS

- Hypersensibilité aux sulfamides.
- Insuffisance rénale sévère.
- Encéphalopathie hépatique.

Relatives : lithium, médicaments non antiarythmiques donnant des torsades de pointes : cf. Interactions médicamenteuses.

MISES EN GARDE et PRECAUTIONS D'EMPLOI

Mises en garde :

En cas d'atteinte hépatique, les diurétiques thiazidiques et apparentés peuvent induire une encéphalopathie hépatique.

Dans ce cas, l'administration du diurétique doit être immédiatement interrompue.

Précautions d'emploi :

Equilibre hydroélectrolytique :

- Natrémie : elle doit être contrôlée avant la mise en route du traitement, puis à intervalles réguliers par la suite.

Tout traitement diurétique peut en effet provoquer une hyponatrémie, aux conséquences parfois graves. La baisse de la natrémie pouvant être initialement asymptotique,

un contrôle régulier est donc indispensable et doit être encore plus fréquent dans les populations à risque représentées par les sujets âgés et les cirrhotiques (cf. Effets indésirables et surdosage)...

Figure 2 : Extrait RCP Flu... correspondant

3.2. Méthode

Des analyses lexicométriques quantitatives (13, 14) ont été réalisées avec l'aide d'ALCESTE (Analyse des Lexèmes Cooccurrents dans les Enoncés Simples d'un Texte), logiciel d'analyse de données textuelles développé par M. Reinert (15-17). Préalablement à l'analyse, des transformations dans les deux corpus ont été réalisées : nous avons défini, par l'utilisation des lignes étoilées, une unité de contexte initiale (UCI) pour chaque présentation orale d'une spécialité du corpus de discours, et une UCI pour chaque RCP de chacune des spécialités dans le corpus des RCP ; nous avons isolé de l'analyse les noms propres des personnes ainsi que les noms commerciaux des médicaments. Dans le corpus de discours, chaque interlocuteur différent a été identifié par une lettre majuscule. Les analyses sont de type standard sans recourir au tri croisé. L'analyse du corpus des DVM a été effectuée indépendamment de celle du corpus des RCP de manière à comparer les champs lexicaux obtenus dans chacun des deux corpus. Cela permet de remonter aux savoirs transmis d'une part par les DVM, et d'autre part, par les RCP. Par ailleurs, les discours des visiteurs médicaux ont été analysés en ne maintenant en premier lieu que les interventions des visiteurs médicaux, et en second lieu que les interventions du pharmacien. Cette étape permet d'appréhender les mondes lexicaux de chacun des interlocuteurs afin de distinguer leurs similitudes et leurs différences.

4. Résultats

Les pourcentages des DVM analysés sont pour la classe des antibiotiques de 72.98%, pour celle des médicaments du système cardio-vasculaire de 89.27%, et pour celle des psychotropes de 59.71%. Les pourcentages d'analyse des différents corpus de RCP pour les mêmes classes thérapeutiques sont respectivement de 79.70%, 52.74%, et 48.94%.

A titre d' exemple, le corpus des DVM *antibiotiques* est représenté majoritairement par deux classes lexicales qui sont assez éloignées l'une de l'autre dans la classification descendante hiérarchique : l'une se rapporte au contexte spécifique de la bactériologie et du mécanisme d'action des antibiotiques, l'autre à une information plus générale autour du médicament ; alors que le corpus des RCP correspondants de la classe *antibiotiques* se distribue différemment, d' une manière tout à la fois plus systématique et segmentée. Enfin pour cette même classe, le tableau I présente deux exemples de champs lexicaux obtenus pour les DVM :

Classes lexicales	Vocabulaire
Forme galénique	Comprimé, forme, flacon, poche, gélule, suspension, boîte.
Voie d'administration	Buvable, oral, cuillère, avaler, injecter, intraveineuse.
Economie	Cher, coût, prix.
Lieu d'administration	Réservé, hôpital, hospice, ville.
Prescription	Mention, légal, traitement, ordonnance, usage, prescription, patient.
Equivalence	Egal, supérieur, unique, nettement, équivalent, dessus, autant

Classes lexicales	Vocabulaire
Bactériologie	Négatif, naturel, producteur, germe, bactériologie, résistance, souche, résister, sécréter, classification, sensibilité, anaérobie, bêtalactamase, coli, écologie, enterobacter, gram, hemophilus, pneumocoque, anaérobie.
Mécanisme d'action et pharmacodynamie	Intérieur, minimal, sélectif, basse, cible, niveau, noyau, paroi, passage, schéma, vitesse, concentrer, pénétrer, action association, concentration, inhibition, mécanisme, membrane, phagocyte, synergie, vitesse.
Physiologie	Abdominal, pulmonaire, respiratoire, urinaire, traiter, indication, cible, nosocomial, communautaire, pneumopathie, infection, efficace, documenter.
Antibiothérapie et classification chimique	Antibiotique, génération, classe, composé, génération, spectre, couvrir, élargir, remplacer, aminoside, bactéricidie, céphalosporine, macrolide, streptocoque, dans ,sur, à la fois.

Tableau I : vocabulaire de deux champs lexicaux des DVM antibiotiques

La classification descendante hiérarchique des classes lexicales obtenues avec le corpus des DVM sur les médicaments du système cardio-vasculaire montre que la classe lexicale la plus représentative est celle qui concerne l'information autour du médicament, les nouveautés en terme d'Autorisation de Mise sur le Marché avec l'apparition de nouvelles formulations galéniques ou de nouveaux schémas d'administration. En ce qui concerne les médicaments psychotropes, les deux classes lexicales les plus caractéristiques sont opposées : l'une concerne la pathologie et sa prise en charge, la difficulté de traitement, ainsi que l'aspect relationnel autour de la thérapeutique ; l'autre se rapporte au contexte de la recherche scientifique et de l'information autour du médicament psychotrope. A l'inverse, le corpus des RCP pour les trois classes

thérapeutiques est majoritairement représenté par une classe lexicale se rapportant à la pharmacocinétique (étude du devenir du médicament une fois introduit dans l'organisme) sous son aspect le plus théorique et par une seconde classe se rapportant aux effets indésirables des médicaments et aux mises en garde avant leur administration chez le malade.

5. Discussion

Cette étude permet d'expliquer pour partie les raisons de la pérennité de la VM et sa nécessité. A notre connaissance, c'est la première fois qu'une telle approche est utilisée dans ce domaine. L'expertise pharmaceutique et pharmacologique de certains d'entre nous permet d'éviter le biais homographique lié à l'utilisation de dictionnaires au départ non spécifiques des mondes lexicaux considérés. La présence stable d'un interlocuteur unique face aux différents visiteurs médicaux a permis d'attribuer les variations de contenu des discours uniquement aux changements concernant l'objet (le médicament). Les différents visiteurs médicaux, de même que leurs laboratoires d'origine, influent bien évidemment sur le contenu des discours. Cependant, nous n'avons pas analysé le discours d'un visiteur médical ou d'un laboratoire pharmaceutique en particulier mais bien le discours des laboratoires pharmaceutiques, pris dans leur ensemble comme une entité globale et unique, sur diverses classes médicamenteuses, à une époque donnée. Enfin il nous semble que nous avons utilisé un nombre suffisant de discours, ce qui nous a permis de nous abstraire de l'influence individuelle d'un visiteur, d'un laboratoire ou d'une stratégie marketing, si ce n'est de celle - largement mise en avant actuellement - qui se rapporte au concept de "dose unique journalière" pour des raisons sur lesquelles nous reviendrons.

L'analyse de contenu des discours et des RCP a permis de mettre en évidence trois types d'informations : il existe des informations dont le sujet est commun aux différents discours lors de la VM et aux RCP mais dont l'orientation diffère. C'est le cas des informations pharmacocinétiques et galéniques (mise en forme finale du médicament pour une voie et un mode d'administration donnés). Dans le discours du pharmacien, la pharmacocinétique est sollicitée pour une application clinique pratique qui est l'adaptation individuelle des posologies, c'est-à-dire la personnalisation des thérapeutiques (ce thème est spécifique au service pharmaceutique et correspond à des activités de recherche et de routine spécifiques à cet hôpital gériatrique où la variabilité entre les patients est d'importance). D'après le discours du visiteur médical, la pharmacocinétique n'a pas cette dimension clinique appliquée ; il fournit par contre les caractéristiques pharmacocinétiques des médicaments influençant théoriquement leurs modalités d'administration. Dans les RCP enfin, la pharmacocinétique figure uniquement comme un ensemble de données théoriques qui décrivent les différentes phases du devenir du médicament dans l'organisme, une sorte de "carte d'identité" du médicament. En ce qui concerne la forme galénique et la posologie, le discours du visiteur favorise toujours, quelle que soit la spécialité, la forme galénique à libération prolongée et par conséquent, le concept de dose unique journalière. Le visiteur médical argumente en faveur de la voie orale d'administration des médicaments *versus* la voie injectable, translatant le lieu d'administration du médicament de l'hôpital vers le domicile du patient. Cela va dans le sens tout à la fois d'une simplification de l'administration hospitalière dans un souci d'économie mais aussi d'une présentation permettant les traitements ambulatoires et à domicile hors du milieu hospitalier d'origine. Dans les RCP, la posologie apparaît en revanche comme une aide à la manipulation du médicament pour gérer sa toxicité éventuelle et non pas comme un moyen d'améliorer la qualité de vie du patient.

Le second type d'informations mis en évidence est constitué d'informations spécifiques aux RCP. Il s'agit d'informations globales relatives à l'ensemble des classes thérapeutiques : les classifications hiérarchiques descendantes et l'analyse factorielle des correspondances réalisées

sur l'ensemble des RCP des 3 classes thérapeutiques montrent l'existence d'une classe lexicale portant les effets indésirables et les contre-indications. La représentation résultante est donc celle d'un objet médicamenteux potentiellement toxique. Les RCP proposent donc un niveau de message secondaire, spécifique aux autorités réglementaires qui choisissent d'y incorporer de manière prédominante des mentions relatives aux précautions qui accompagnent l'usage du médicament.

Le troisième type d'informations est constitué par les informations spécifiques transmises par la VM. Le DVM apporte une représentation spécifique des médicaments pour chaque classe thérapeutique. Le médicament antibiotique est tout à la fois présenté comme un objet scientifique, technique et clinique. Le médicament du système cardio-vasculaire est caractérisé par une efficacité telle que celle-ci le positionne avec une marge d'utilisation étroite dont la limite supérieure est celle qui correspond à l'apparition de la toxicité. Enfin, au médicament psychotrope correspond l'image d'un objet médicamenteux administré d'une façon assez ritualisée, comme précédemment décrit par les industriels eux-mêmes (19). Il semble que ce ne soit pas intrinsèquement le médicament qui soit uniquement efficace mais le contexte associé au soin.

La VM véhicule en fait des informations de nature particulière : elles sont très pratiques, immédiatement utilisables par les professionnels et ce n'est pas exactement le cas des RCP. Ces aspects pratiques, spécifiquement fournis par les laboratoires pharmaceutiques correspondent point par point aux centres d'intérêt de leurs interlocuteurs : ce sont des informations élaborées et transformées pour donner une représentation pragmatique directement manipulable donc immédiatement utilisable du médicament. Comme nous l'avons déjà appréhendé (10, 11), dans ce type de discours, des îlots de rationalités, produits par différentes sciences, sont insérés dans des stratégies de conviction reposant sur des liants culturels définissant extemporanément le maniement de la technique thérapeutique du moment. L'information présente aussi la particularité d'être tout à la fois actuelle et actualisée. Cette actualisation ne concerne pas seulement l'efficacité ou les effets indésirables des médicaments, ni même ce que Philippe Pignarre appelle «la vie du médicament» (19) - les informations relatives au "médicament en train de se faire" pour reprendre la terminologie de Bruno Latour, mais elle concerne surtout le positionnement du médicament dans une approche globale de la pathologie ainsi que pharmaco-économique, de même que son positionnement par rapport aux autres stratégies thérapeutiques. Ce travail confirme aussi certaines critiques formulées envers la VM quant à une non conformité aux sources réglementaires valides. En montrant le double visage de la visite médicale il souligne paradoxalement son caractère difficilement remplaçable, notamment en raison de la construction extemporanée d'une information spécifique et pragmatique au décours d'un dialogue quelles que soient les intentions initiales des deux locuteurs.

6. Conclusions

La visite médicale et les informations qu'elle fournit sont l'objet d'interrogations contemporaines et nous avons tenté de répondre à certaines d'entre elles par une analyse de discours lexicométrique utilisant le logiciel Alceste. L'application simultanée de cette méthodologie aux discours et aux résumés réglementaires correspondants a permis de constater que le DVM occupait une place spécifique du fait de la nature et des caractéristiques des informations qu'il véhicule et qui ne sont pas retrouvées sous cette forme dans les RCP. L'information contenue dans le DVM, aux "marges" de la connaissance, est évolutive et résulte de choix délibérés ou non. Si elle est très critiquable *a priori* quant à sa subjectivité et à son positionnement forcé et perpétuellement en marge des informations réglementaires elle répond par contre très pragmatiquement aux besoins d'information pratique des professionnels de santé dans le cadre de

leur exercice professionnel et n'a pas actuellement, à notre connaissance, d'équivalent potentiel en ce domaine. Elle correspond bien à la construction dynamique et perpétuelle de l'objet médicament, plus largement du remède (11,12). Cette analyse du discours du visiteur médical impose les limites de toute grille de lecture prétendument objective (3) et tout au contraire, semble autoriser, comme nous y a invité Michel Foucault (20), une approche des conditions (des circonstances), des "régimes de vérité" du médicament contemporain, au risque pour ce propre discours de n'être "guère plus que le miroitement d'une vérité en train de naître à ses propres yeux" (21).

7. Références

1. Grimshaw J.M. Towards effective professional practice. *Thérapie* 1996; 51: 233-236.
2. Kopera H. The pharmaceutical industry as a source of drug information. *International Journal of Clinical Pharmacology, Therapy and Toxicology* 1991; 29: 45-47.
3. Collet J.P. Prescription thérapeutique et données actuelles de la science : facteurs des écarts. *Thérapie* 1996; 51: 221-224.
4. Shauhnessy A. Pharmaceutical representatives. *BMJ* 1996; 312: 1494.
5. Ziegler M.G., Lew P, Singer B. the accuracy of drug information from pharmaceutical sales representatives. *JAMA* 1995; 273: 1296-1298.
6. Bloor K., Freemantle N. lessons from international experience in controlling pharmaceutical expenditure II : influencing doctors. *BMJ* 1996;312: 1525-1527.
7. McKinney P., Schiedermeyer D.L., Lurie N. Attitudes of internal medicine faculty and residents toward professional interaction with pharmaceutical sales representatives. *JAMA* 1990; 264: 1693-1697.
8. Ziegler M.G., Lew P., Singer B. The accuracy of drug information from pharmaceutical sales representatives. *JAMA*, 1995;273 : 1296-98.
9. La Revue Prescrire. Le bilan accablant du réseau d'observation de la Revue Prescrire. *La Revue Prescrire* 1999; 193: 226-231.
10. Maire P., Cote C., Baffie J., et al. Analyse de contenu de discours de délégués médicaux. *La Pharmacie Hospitalière Française*, n° spécial Hopipharm, 1998: 18-21.
11. Maire P. De l'hétérodoxie des remèdes rationnels : des illusions qui guérissent en médecine allopathique. In : Beaune J.C. *Phénoménologie et Psychanalyse : étranges relations*. Lyon: Champ Vallon,1998: 145-162.
12. Maire P. Savoirs et usages thérapeutiques hospitaliers : du deuil de Janus à la reconnaissance de Cernunnos. In : Faure O., Opinel A., eds. *Les thérapeutiques : savoirs et usages*. Lyon: Fondation Mérieux, 1999 : 171-192.
13. Lebart L., Salem A. Statistique textuelle. Paris: Dunot,1994.
14. Marchand P. L'analyse du discours assistée par ordinateur. Paris: Colin,1998.
15. Reinert M. Processus catégorique et co-construction des sujets et des mondes à travers l'analyse statistique de différents corpus. *Linguistique et Psy.* 1998, Colloque de Cérisy :1-8.
16. Reinert M. Les mondes lexicaux d'un corpus de 304 récits de cauchemars à travers la méthodologie ALCESTE. Colloque international, département de sociologie, Rome 1992.
17. Reinert M. La méthodologie d'analyse des données textuelles ALCESTE : application à l'analyse des poésies d'A.Rimbaud. Poésie et modernité, Colloque d'ALBI, Langages et signification, 1991.
18. Haxaire C., Cambon E., Wald P. La thérapeutique du mal être relève-t-elle de médicaments comme les autres ? Réappropriation du savoir médical par les usagers. In : Faure O., Opinel A., eds. *Les thérapeutiques : savoirs et usages*. Lyon: Fondation Mérieux, 1999 : 407 - 427.
19. Pignarre P. Qu'est-ce qu'un médicament ? Paris: Editions La découverte, 1997.
20. Foucault M. L'archéologie du savoir. Gallimard, 1969 : 275 p.
21. Foucault M. L'ordre du discours. Gallimard, 1971 : p. 51.