

ÉVALUATION (2)

EVALUATION (2)

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SP068

Connaissons-nous le coût de nos prescriptions en réanimation ?

R. Hernu¹, M. Cour¹, J. Bohe², N. Gazuy³, J.-F. Timsit⁴, M. Gainnier⁵, H. Hyvernat⁶, G. Bourdin⁷, A. Roch⁸, K. Klouche⁹, E. Diconne¹⁰, O. Jonquet¹¹, L. Argaud¹²

¹Service de réanimation médicale, CHU de Lyon, hôpital Edouard-Herriot, Lyon, France

²Service de réanimation médicale, CHU de Lyon, centre hospitalier Lyon-Sud, Pierre-Bénite, France

³Service de réanimation médicale, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand, France

⁴Service de réanimation médicale, CHU de Grenoble, Grenoble, France

⁵Pôle RUSH réanimation d'urgence et médicale, CHU de Marseille, hôpital la Timone, Marseille, France

⁶Service de réanimation médicale, CHU de Nice, hôpital de L'Archet, Nice, France

⁷Service de réanimation médicale et respiratoire, CHU de Lyon, hôpital de la Croix Rousse, Lyon, France

⁸Service de réanimation médicale, CHU de Marseille, hôpital Nord, Marseille, France

⁹Service de réanimation médicale, CHU Lapeyronie, Montpellier, France

¹⁰Service de réanimation médicale, CHU hôpital Nord, Saint-Etienne, France

¹¹Service de réanimation médicale, CHU Gui-de-Chauliac, Montpellier, France

¹²Service de réanimation médicale, groupement hospitalier Edouard-Herriot, Lyon, France

Introduction : Nous observons, depuis une trentaine d'années environ, une augmentation constante des dépenses de santé en France. Les services de réanimation figurent parmi les plus pourvoyeurs de consommations de soins médicaux. La tarification à l'activité, mise en place depuis 2004, vise notamment à maîtriser ces dépenses de santé en responsabilisant davantage les prescripteurs. Nous nous sommes intéressés à la connaissance qu'ont les réanimateurs du coût de leurs prescriptions.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une enquête préliminaire réalisée à l'aide d'un questionnaire portant sur une sélection de médicaments, de produits sanguins, d'examen d'imagerie et d'examen biologiques, couramment prescrits. Ce questionnaire a été adressé aux 11 services de réanimation médicale des centres hospitalo-universitaires des régions Rhône-Alpes, Auvergne et PACA, et proposé à l'ensemble du personnel médical (médecins juniors et seniors) de ces services. Il a été demandé à tous les participants d'estimer le coût hospitalier de chacune de ces prescriptions.

Résultats : Avec un taux de réponse global de 75 %, nous avons recueilli 186 questionnaires, remplis par 56 médecins seniors (30 %) et 130 juniors (70 %). L'âge moyen des participants était de 30 ± 9 ans (99 hommes,

87 femmes). En acceptant une marge d'erreur de ± 50 %, seulement 46 prescripteurs (27 %) ont donné une estimation globale correcte. L'écart moyen des réponses correspondait à une sous-estimation de 18 771 euros soit 60 % du montant total de l'ensemble des prescriptions (31 425 euros). Cette sous-estimation était significativement ($p < 0,05$) plus importante chez les médecins juniors (-63 %) comparativement aux médecins seniors (-51 %). Les prescriptions médicamenteuses étaient les plus sous-estimées (-69 %). Les prescriptions de produits sanguins et d'examen biologiques ont également été sous-estimées de façon importante (respectivement -56 et -31 %), alors que les examens radiologiques constituaient la seule catégorie de prescriptions surestimée (+25 %). Concernant les médicaments, les thérapeutiques les moins chères sont globalement surestimées (+909 % pour les médicaments de moins de dix euros), alors que les médicaments les plus onéreux sont largement sous-estimés (-75 % pour les médicaments de plus de 1 000 euros).

Conclusion : Les résultats de ce travail objectivent nettement un défaut de sensibilisation des réanimateurs (notamment les plus jeunes) quant au coût de leurs prescriptions. Ce constat illustre : (1) probablement un manque d'information et/ou formation des prescripteurs, (2) la nécessité de mieux intégrer une réflexion médicoéconomique dans nos pratiques. Cette enquête préliminaire se poursuit actuellement sur l'ensemble du territoire français.

SP069

Prescription et impact de la radiographie thoracique (RT) dans 104 réanimations françaises : étude RadioDay

M. Serveaux-Delous¹, K. Lakhal¹, J.-Y. Lefrant², X. Capdevila¹, S. Jaber³, pour le groupe d'étude RadioDay

¹Service de réanimation polyvalente, SAR Lapeyronie, CHU Lapeyronie, Montpellier, France

²Division anesthésie-réanimation douleur urgence, CHU Carémeaux, Nîmes, France

³Service d'anesthésie-réanimation, CHU Saint-Eloi, Montpellier, France

Introduction : La nécessité de pratiquer une **radiographie thoracique (RT)** quotidienne (« de routine ») chez le patient de réanimation a été remise en question au cours des dernières années [1]. Notre objectif était de décrire les habitudes de prescription de la RT en France, ses indications et ses apports diagnostique et thérapeutique.

Patients et méthodes : Étude multicentrique à type de questionnaire sur les habitudes de prescription de chaque service, couplée à une étude de type un jour donné (le *RadioDay*), analysant toutes les RT réalisées ce jour-là. Les comparaisons ont reposé sur les tests de Chi², de Student et de Mann-Whitney.

Résultats : Cent quatre services de réanimation ont participé, ayant prescrit 854 RT à RadioDay. Questionnaire : Sur les 104 services (60 % réanimation polyvalente, 22 % chirurgicale, 17 % médicale), 7 % effectuent une RT « de routine » pour tout patient et 37 % en cas de ventilation mécanique. Selon les services, l'admission en réanimation (55 % des services), l'intubation (87 %), la mise en place d'un abord vasculaire cave supérieur (96 %), d'une sonde œsogastrique (48 %), d'une trachéotomie (87 %), d'un drain pleural (98 %) ou l'ablation de celui-ci (60 %) font systématiquement l'objet d'une RT. La RT se lit sur film (46 %) ou sur ordinateur (54 %). La stratégie de prescription de RT fait l'objet d'une procédure écrite dans 12 % des services (81 % pour le contrôle glycémique, 49 % pour la sédation). Étude « un jour donné » : Huit cent cinquante-quatre RT ($8,2 \pm 4,6$ par centre) chez 804 patients (SOFA $6,3 \pm 4,4$ admis en réanimation $11,7 \pm 21,7$ jours avant RadioDay) ont été analysées soit $0,7 \pm 0,3$ par lit occupé à RadioDay et $1,2 \pm 1,0$ par patient sous ventilation mécanique. Les RT « de routine » ont représenté 36,5 % des RT prescrites. Les indications des RT « à la demande » ont été, notamment, le suivi d'une pathologie pleuropulmonaire (32 % de toutes les RT), le contrôle suivant la mise en place d'un dispositif invasif (20 %), la recherche de la cause d'une insuffisance circulatoire ou respiratoire (13 %), l'admission en réanimation (11 %). C'est surtout (62 %) lors du « tour matinal de RT » que les RT « à la demande » ont été réalisées. La RT « à la demande » a plus souvent mis en évidence une anomalie tissulaire (pleurale, parenchymateuse, pariétale, médiastinale ou abdominale), ou son évolution, que la RT de routine (69 vs 48 %, $p < 0,001$), ce résultat étant inattendu dans 20 et 15 %, respectivement ($p = 0,22$). La RT « à la demande » a plus fréquemment induit une modification de prise en charge (« qui n'aurait pas eu lieu si la RT n'avait pas été réalisée ») que la RT « de routine » (38 vs 19 %, $p < 0,001$) : pose/modification/ablation de dispositif invasif (18 vs 9 %, $p < 0,001$), réalisation d'autres examens complémentaires (15 vs 3 %, $p < 0,001$), initiation/poursuite/arrêt d'un traitement (25 vs 11 %, $p < 0,001$). Le résultat de la RT était attendu et n'a pas eu d'impact sur la prise en charge dans 56 et 77 % ($p < 0,001$) des RT « à la demande » et « de routine », respectivement.

Conclusion : Près de deux tiers des RT sont prescrites « à la demande », même si les pratiques varient grandement d'un centre à l'autre, comme le détaille notre étude. Ce travail confirme, à grande échelle, que la RT « à la demande » est de rendements diagnostique et thérapeutique supérieurs à ceux de la RT « de routine ».

Référence

1. Hejblum G, Guidet B (2010) Evidence-based data for abandoning unselective daily chest radiographs in intensive care units. *Radiology* 255(2):386–95

SP070

Évaluation d'une procédure de prescription des bilans paracliniques de routine en réanimation

A. Tatopoulos, A. Cravoisy-Popovic, D. Barraud, M. Conrad, L. Nace, S. Lemoine, S. Gibot, P.-E. Bollaert
Service de réanimation médicale, CHU de Nancy, hôpital Central, Nancy, France

Introduction : La prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients en réanimation fait appel à un grand nombre d'examens paracliniques, souvent surprescrits. Dans ce contexte de nécessité de limitation des dépenses de santé, ce travail vise à étudier l'intérêt d'une procédure de prescription des bilans biologiques dits de routine, pour optimiser le ratio coût/efficacité de ces examens dans un service de réanimation médicale.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude comparative, rétrospective, de type avant après dont l'objectif principal est d'évaluer l'impact de

la mise en place d'une procédure d'aide à la prescription des bilans de routine sur le nombre d'examens biologiques et radiologiques prescrits, leur coût, et leurs éventuelles conséquences en termes de morbidité et de mortalité. La première période dite observationnelle se déroule du 1^{er} décembre 2008 au 31 mai 2009 et la seconde, après implémentation de la procédure, se déroule du 1^{er} décembre 2009 au 31 mai 2010.

Résultats : Trois cent quatre-vingt-un patients ont été hospitalisés dans le service de réanimation au cours de la première période et 423 patients au cours de la seconde période. Après mise en place du protocole de prescription des bilans de routine, on note une diminution de 30 % ($p < 0,05$) des coûts des prescriptions des examens d'hématologie, de 31 % ($p < 0,05$) des coûts des bilans de biochimie, de 32 % ($p < 0,05$) des dépenses d'examens de radiologie. Il n'est pas noté de différence significative en termes de mortalité, ni de durée de ventilation mécanique entre les deux périodes. Les dépenses totales liées aux prescriptions de biologie de routine et des radiographies thoraciques sont ainsi passées de 740 256 à 529 557 € soit une économie de 29 %. Aucun événement indésirable grave attribué à un quelconque manque de surveillance n'a été relevé au cours de la période d'évaluation de la procédure.

Discussion : Ces résultats plaident en faveur de l'implémentation de telles procédures dans les services de réanimation, car elles permettent de diminuer les coûts des bilans paracliniques sans a priori avoir de retentissement sur la prise en charge ou la sécurité des patients. Ainsi, au cours de la deuxième période, il n'a pas été rapporté d'effet indésirable, non diagnostiqué par manque de surveillance biologique. L'avis recueilli auprès de l'ensemble des prescripteurs du service sur cette procédure était très favorable dans 87 % des cas.

Conclusion : La mise en route de procédures d'aide à la prescription des bilans complémentaires de routine est un outil efficace et sûr pour permettre de réaliser des économies de santé, pouvant atteindre 30 à 50 % des dépenses engendrées par les prescriptions de biologie et de radiologie dans un service de réanimation.

SP071

Qualité des recensions d'études cliniques en réanimation et médecine d'urgence de l'adulte sur un site Internet d'analyse de la littérature

T. Leclerc¹, D. Journois²

¹Centre de traitement des brûlés, HIA Percy, Clamart, France

²Service d'anesthésie-réanimation, HEGP, Paris, France

Introduction : Pour aider le réanimateur à sélectionner ses lectures et à en extraire l'information pertinente, les sites Internet d'analyse de la littérature médicale sont un concept séduisant. Leur intérêt dépend toutefois de la qualité des recensions d'articles diffusés.

Matériels et méthodes : Pour tenter d'estimer cette qualité, nous avons réalisé une étude prospective observationnelle portant sur la section *réanimation et médecine d'urgence* d'un tel site, www.f1000medicine.com (F1000). Les études cliniques chez l'adulte avec une première recension F1000 ont été incluses consécutivement. Les articles et leurs recensions ont été analysés en parallèle par des grilles de lecture méthodique prédéfinies portant sur la validité interne, la pertinence clinique et la cohérence externe de l'étude, et sur l'information correspondante fournie par la recension. Le critère principal de jugement était le niveau de conformité de la conclusion aux résultats bruts (factuelle, excessive, restrictive, hors sujet), comparé entre chaque étude et sa première recension F1000.

Résultats : Cinquante articles et 56 recensions ont été incluses (six articles avec recension double). Les conclusions étaient conformes

aux résultats bruts de l'étude dans 52 % des études incluses, excessives dans 30 % et hors sujet dans 18 % ; conformes dans 36 % de toutes les recensions, excessives dans 25 %, hors sujet dans 39 %. Le niveau de conformité était significativement différent entre les conclusions des articles et celles de leur première recension ($p = 0,026$; χ^2 de Cochran-Mantel-Haenszel ; $n = 50$), avec un apparent décalage vers les bas niveaux de conformité. Il n'a pas été observé d'association entre niveau de conformité et facteur d'impact du journal pour les études incluses ($p = 0,84$, test de Kruskal-Wallis), ni pour les recensions F1000 entre niveau de conformité et délai entre publication et recension ($p = 0,46$), longueur de recension ($p = 0,35$) ou part relative de la recension directement consacrée à l'étude ($p = 0,027$, NS avec correction de Bonferroni). Concernant la validité interne, sur 28 études prospectives (13 interventionnelles), cinq avaient été déclarées en registre, dont trois avant la fin des inclusions et avec traçabilité publique des changements ; la déclaration en registre était évoquée dans quatre des 33 recensions correspondantes. L'inflation du risque α non contrôlée dans 95 % des 41 études non purement descriptives, n'était jamais évoquée dans leurs 46 recensions. Sur 20 études négatives, 16 manquaient de puissance (fait non reconnu dans 15 d'entre elles) ; la puissance était évoquée dans cinq des 25 recensions correspondantes. La pertinence clinique était explicitement évoquée dans 13 % des recensions F1000. Concernant la cohérence externe, 52 % des recensions F1000 ne confrontaient pas les résultats de l'étude à la littérature existante.

Discussion : La médiocre conformité des conclusions des recensions F1000 aux résultats bruts des études semble liée à l'omission fréquente des défauts méthodologiques de ces études. Fonder les recensions sur des grilles d'évaluation pourrait contribuer à améliorer leur qualité.

Conclusion : Nos résultats suggèrent que, pour aider valablement à analyser les études cliniques en réanimation et urgences chez l'adulte, les recensions F1000 devraient avoir une qualité plus homogène.

Références

1. Lee KP, Schotland M, Bacchetti P, Bero LA (2002) Association of journal quality indicators with methodological quality of clinical research articles. *JAMA* 287: 2805–8
2. Mathieu S, Boutron I, Moher D, et al (2009) Comparison of registered and published primary outcomes in randomized controlled trials. *JAMA* 302: 977–84

SP072

Évaluation de la charge en soins paramédicale chez 438 patients hospitalisés en unité de surveillance continue

G. Leroy¹, F. Saulnier¹, P. Devos², H. Hubert², A. Durocher¹

¹Service de réanimation médicale et de médecine hyperbare, CHRU de Lille, hôpital Calmette, Lille, France

²Ea 2694, santé publique : épidémiologie et qualité des soins, Ilis, université de Lille-II, Lille, France

Introduction : Les recommandations SRLF/Sfar de 2005 ont estimé, par consensus d'experts, à une infirmière diplômée d'État et à une aide-soignante pour quatre malades, le personnel paramédical nécessaire au fonctionnement d'une unité de surveillance continue (USC). L'objectif de cette étude est de vérifier la justesse de ces propositions par une mesure de la charge en soins paramédicale dans une USC.

Matériels et méthodes : Étude prospective monocentrique réalisée de mars à juillet 2010 (quatre mois) dans une USC de 12 lits. La charge en soins a été mesurée par trois scores : l'Intermédiaire TISS (I. TISS), le PRN Réa et le NAS. Les comparaisons entre les

différents sous-groupes ont été réalisées à l'aide du test de Chi², du test exact de Fisher, du test de Student ou du test de Wilcoxon. Les corrélations entre paramètres numériques ont été estimées à l'aide du coefficient de corrélation de Pearson.

Résultats : Quatre cent trente-huit patients consécutifs, admis dans l'USC, ont été inclus (âge moyen : 38 ± 16 ans, sex-ratio H/F : 1, IGS II moyen : $13,82 \pm 6,76$). Le motif d'admission était dans 89,3 % des cas une intoxication. La durée moyenne de séjour était de $29,4 \pm 31,2$ heures. La valeur journalière moyenne des scores I. TISS, PRN Réa et NAS était respectivement de : 11,5 points, 55,6 points et 39,2 % ; les valeurs correspondent à des ratios de personnel de 1/5,18 avec le score PRN Réa, d'un quart des patients ou plus avec l'I. TISS et de 1/2,55 avec le score NAS. Les soins techniques constituent 100 % du score I. TISS, 26,8 % du score NAS et 30,7 % du score PRN Réa. Il existe une corrélation entre l'IGS II et le score I. TISS : $r = 0,41$ ($p < 0,0001$) mais pas entre l'IGS II et les scores PRN Réa ($r = 0,06$, $p = 0,192$) et NAS ($r = -0,047$, $p = 0,324$). Chez les 90 patients (âge moyen : 45 ± 19 ans, IGS II moyen = $19,82 \pm 9,05$) ayant un ou plusieurs critères permettant la facturation du supplément surveillance continue (SRC), la valeur journalière moyenne des scores I. TISS, PRN Réa et NAS était respectivement de : 14,7 points, 61,8 points et 40,2 %. Les ratios de personnel correspondant sont de 1/4,66 avec le score PRN Réa, d'un quart des patients ou plus avec l'I. TISS et de 1/2,49 avec le score NAS. Chez les patients répondant aux critères SRC (SRC+), le score I. TISS horaire moyen était plus élevé ($p < 0,0001$). Le score PRN Réa horaire moyen n'était pas différent entre les patients SRC+ et SRC- ($p = 0,3132$) et le score NAS horaire moyen était plus élevé chez les patients SRC- ($p = 0,0469$). Parmi ces 90 patients, 62 n'obtiennent pas le forfait SRC, car ils passaient moins de deux nuits dans l'USC : leurs scores I. TISS et PRN Réa horaires moyens n'étaient pas significativement différents de ceux des 28 patients passant plus de deux nuits dans l'USC et leur score NAS horaire moyen était plus élevé ($p = 0,0001$). Du fait de la non-prise en compte de la variable âge de l'IGS II dans les critères SRC, 99 patients (âge moyen : 52 ± 11 ans, IGS II moyen = $18,35 \pm 3,32$) n'ont pas donné lieu à une facturation du supplément SRC. Leur score I. TISS horaire moyen était plus faible ($p < 0,0001$) que celui des patients répondant aux critères de facturation, mais leurs scores PRN Réa et NAS horaires moyens n'étaient pas significativement différents.

Conclusion : Les ratios de personnel estimés par les recommandations de 2005 paraissent donc adaptés à la charge en soins paramédicale en USC. Cependant, les critères actuels de facturation ne correspondent pas à la réalité de la charge en soins nécessaires pour prendre en charge les patients hospitalisés en USC.

SP073

Qualité du codage du score IGS2 à l'admission en réanimation de patients adultes, un impact de la mise en œuvre de la tarification à l'activité ? – base PMSI nationale 2005-2009

A. Vuagnat¹, M. Bensadon²

¹Comité des projets, agence technique de l'information sur l'hospitalisation, Paris, France

²Achitecture et production informatiques, agence technique de l'information sur l'hospitalisation, Paris, France

Introduction : La mise en œuvre de la tarification à l'activité peut induire une amélioration du codage de l'activité médicale des établissements de santé. Pour l'activité de réanimation, identifiée par

une autorisation pour des unités médicales définies, l'attribution d'un supplément journalier fortement valorisé est déterminée par une valeur minimale du score IGS2 à l'admission en réanimation, dont le codage exact devient dès lors obligatoire en routine.

Matériels et méthodes : Dans les bases de données PMSI court séjour nationales consolidées des années 2005 à 2009, tous les résumés de patients âgés de 18 ans et plus et pour lesquels au moins un supplément de réanimation ou de soins intensifs en réanimation a été inscrit, ont été sélectionnés. Deux types d'erreur de codage ont été identifiés : des valeurs du score IGS 2 supérieures à 164 points, c'est-à-dire codage erroné d'une part, des valeurs du score IGS 2 inférieures au nombre de points pouvant être déduit d'informations figurant dans les résumés PMSI (âge, codes diagnostics, groupage médical du séjour), c'est-à-dire codage insuffisant d'autre part. Pour chaque séjour, le risque de décès a été calculé au moyen de l'équation de régression logistique associée au score IGS 2. Le nombre de décès hospitaliers a été rapporté à la somme des risques de décès pour constituer un rapport standardisé de mortalité.

Résultats : Sur la période 2005–2009, 197 558 admissions annuelles ont été faites dans un service de réanimation d'un des 270 établissements de santé français autorisés pour cette activité. Sur cette période, le score IGS 2 a augmenté de 6,1 points. La décroissance du taux de codage insuffisant du score IGS 2 a été d'autant plus forte qu'un acte marqueur de réanimation a été codé (OR : 0,19), que l'établissement était de type centre hospitalier (OR : 0,64), que le séjour en réanimation a été de longue durée (OR : 0,98/jour). L'augmentation du taux de codage erroné a été d'autant plus forte que l'établissement était de type centre hospitalier universitaire (OR : 4,81), qu'il n'y avait pas d'acte chirurgical codé (OR : 2,43).

Conclusion : L'augmentation du score IGS 2 moyen à l'admission en réanimation est liée pour part à une amélioration du codage de ce score, dont il faudra tenir compte lors d'analyse de séries temporelles du rapport standardisé de mortalité fondé sur ce score.

Année	2005	2006	2007	2008	2009
Score IGS 2 moyen, points	33,2	35,5	37,0	38,1	39,3
Score IGS 2 erroné (%)	0,0	0,0	0,1	0,3	0,3
Score IGS 2 insuffisant (%)	12,0	6,6	4,5	4,1	3,0
Mortalité hospitalière MCO (%)	19,0	19,8	20,2	20,9	21,4
Rapport standardisé de mortalité	0,78	0,75	0,73	0,72	0,70

SP074

Qu'attendent les acteurs de la réanimation d'une société savante ?

Commission jeunes de la SRLF

CJ, société de réanimation de langue française, Paris, France

Introduction : La commission jeune (CJ) de la SRLF a cherché à identifier les attentes des acteurs de la réanimation vis-à-vis des sociétés savantes.

Matériels et méthodes : De juin à septembre 2010, un questionnaire comportant 48 questions à choix multiples, élaboré par la CJ, a été mis en ligne sur le site Web de la SRLF. Tous les membres de la société ont été sollicités pour y répondre.

Résultats : Quatre cent cinquante-neuf questionnaires ont été remplis. Les répondants sont des médecins (78 %), dont un tiers de membres « jeunes » (< 35 ans), des infirmier(e)s (15 %), des cadres de santé (2 %), et des kinésithérapeutes (1 %). La plupart d'entre eux (78 %) sont membres d'une ou plusieurs sociétés savantes et 68 % sont membres de la SRLF. Seulement, 64 % connaissent le nom du président de leur société et 54 % pensent en connaître l'organisation administrative. Alors que 64 % d'entre eux souhaiteraient s'y investir, 56 % des participants estiment que l'accès à la société n'est pas simple. Pour 98 % des répondants, les sociétés savantes ont un rôle dans la formation, théorique (97 %) mais aussi pratique (87 %), initiale (82 %) et continue (98 %). Les répondants attendent aussi des sociétés savantes qu'elles les représentent, vis-à-vis des autres intervenants du système de santé (autres sociétés savantes (99 %), confrères des autres spécialités (93 %), conseil de l'ordre (80 %), et associations de patients et familles (84 %) et dans la société (pouvoirs publics (90 %), justice (69 %), opinion publique (87 %), industriels (69 %)). Le site Web et la mise en place de cellules de communication sont, pour les répondants, les meilleurs moyens d'atteindre ces objectifs. L'implication des sociétés savantes dans les études scientifiques est également souhaitée, que ce soit comme promoteur d'études (94 %), ou comme aide méthodologique (92 %), logistique (78 %) ou éthique (91 %). Les sociétés peuvent jouer un rôle de réseau pour 93 % des interrogés, et être des relais des études institutionnelles (90 %). En revanche, elles ne doivent pas relayer les études des industriels pour 53 % des interrogés. Les répondants sont moins nombreux à attendre de leur société une aide à l'installation (63 %) et une protection juridique (65 %). Au total, les sociétés savantes doivent être un lieu d'échange et une vitrine de la spécialité (91 %), voire un laboratoire d'idées (77 %). Elles sont une nécessité pour 94 % des professionnels de santé interrogés.

Conclusion : Les attentes sont donc fortes autour des sociétés savantes. Elles doivent non seulement participer à la formation mais aussi avoir un rôle de représentation de la spécialité. Cependant, il semble exister une certaine méconnaissance du fonctionnement de ces sociétés et un manque de lisibilité entre leur rôle et celui des syndicats. Cette étude a le mérite de conforter les actions menées au quotidien par les sociétés savantes comme la SRLF, non seulement pour la formation et la recherche mais également comme vitrine de la spécialité.