

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

N° 063

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Jean-Marie CASTILLO
né le 6 Mai 1986 à Châteaubriant.

Présentée et soutenue publiquement le 16 Septembre 2014.

UNité d'Aide au Diagnostic et à la Thérapeutique Immédiate (UNADITI) :
Evaluation prospective de l'activité et enquête de satisfaction auprès des
médecins généralistes.

Président : Monsieur le Professeur Bernard PLANCHON

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Pierre POTTIER

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	4
1. INTRODUCTION :	6
2. MÉTHODES	11
2.1 Design de l'étude	11
2.2 Recueil et type des données	11
2.3 Analyse des données	12
3. RÉSULTATS	13
3.1 Utilisateurs de l'UNADITI :	14
3.1.1 Mode d'exercice	14
3.1.2 Origine géographique	14
3.1.3 Genre	14
3.1.4 Âge	15
3.1.5 Faculté d'origine	15
3.1.6 Durée d'installation	16
3.1.7 Mode de découverte de l'UNADITI	17
3.1.8 Fréquence d'utilisation de l'UNADITI	17
3.2 Motifs d'appel et réponses apportées	18
3.2.1 Motifs d'appels	18
3.2.2 Types de réponses apportées	20
3.3 Données liées à l'activité de l'UNADITI	23
3.3.1 Volume d'activité	23

3.3.2	Satisfaction liée au service	23
3.4	Missions et pistes d'amélioration de l'UNADITI	25
4.	DISCUSSION :	26
	BIBLIOGRAPHIE :	32
	ANNEXES	34
	Annexe 1 :	34
	Annexe 2 :	35

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Bernard PLANCHON, vous me faites le plaisir et l'honneur de présider ce jury de thèse et je vous en remercie et vous en suis extrêmement reconnaissant. Sans vous je ne serais pas là aujourd'hui... vous m'avez épaulé à toutes les difficultés qui se sont présentées au cours de ces dix années et parfois même sans me le dire. Vous êtes un immense Monsieur au service de la Faculté et mon respect pour vous n'a d'égal que mon admiration.

A Monsieur le Professeur Mohamed HAMIDOU, merci de m'avoir accueilli dans votre service et d'y avoir accepté ce travail de thèse. Vous êtes un grand professionnel et un modèle tant sur le plan clinique que sur le plan humain. Je ne peux pas m'empêcher ici de reprendre une remarque d'un patient à votre égard : « le Pr HAMIDOU c'est la Rolls Royce du CHU » et comment ne pas y adhérer... ce fut un honneur que de travailler dans votre service.

A Monsieur le Professeur Lionel GORONFLOT, merci de ton soutien permanent à mes projets, de ta gentillesse, et de me faire profiter de tes immenses qualités humaines comme professionnelles. Tu es un grand Monsieur de la Médecine Générale et ton rôle de pionnier avec toute ton expérience est une chance pour tous ceux qui croisent ta route.

A Monsieur le Professeur Pierre POTTIER, comment ne pas mentionner cette discussion fortuite au bord d'une paillasse il y a quatre ans déjà et qui fait que nous nous trouvons ici aujourd'hui... Tu es un modèle de clinicien et d'être humain, profondément altruiste et respectueux, je n'aurais pas pu rêver mieux comme mentor ! Merci pour ton aide et ta disponibilité au cours de ce travail comme au quotidien. Je te suis profondément reconnaissant pour toute ton aide et ton soutien à nos projets futurs.

A l'ensemble des Médecins de l'UNADITI pour votre participation à ce travail qui représentait encore du travail supplémentaire. Trouvez ici la marque de ma sincère reconnaissance.

A Céline, Pauline et Wahiba, merci pour votre aide au cours de ce travail sans laquelle ce travail n'aurait pas été possible dans les délais.

A mes parents, même s'il n'y a pas besoin de ces mots pour que vous sachiez tout le positif que je ressens à votre égard, soyez sûrs que je vous suis profondément reconnaissant pour votre aide et votre soutien sans faille à toutes les étapes de mon existence. Il n'y aura jamais de mots assez forts pour traduire tout le bien que je ressens pour vous alors je vais me contenter de faire ce que je fais sûrement trop peu et vous dire un immense merci !

1. INTRODUCTION :

La médecine générale est une discipline clinique orientée vers les soins primaires définis comme « des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays » (1).

La démarche clinique constitue un des champs d'activité des compétences fondamentales de la médecine générale (2). Le raisonnement clinique, phénomène multidimensionnel et complexe (3), peut se définir comme l'activité intellectuelle qui synthétise l'information obtenue à partir d'une situation clinique, qui l'intègre avec les connaissances préalables et l'expérience pour poser un diagnostic et prendre des décisions thérapeutiques (4). Il constitue une des trois composantes de la compétence clinique, les autres étant représentées par les connaissances (sciences de base et sciences cliniques) et par les habilités pertinentes (cliniques, techniques et interpersonnelles) (3) (4). Dans ce cadre, le raisonnement clinique en médecine générale se singularise par une démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires, son intervention à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, et de façon moins spécifique, par l'étendue de son domaine d'application (2).

Des difficultés de raisonnement clinique et de thérapeutique peuvent ainsi apparaître du fait de ces singularités. De même certaines particularités peuvent renforcer les difficultés des praticiens à des moments précis de leur exercice de la médecine générale telles que l'exercice individuel en consultations avec les limites de temps et d'accès aux examens complémentaires ou la rareté relative de certaines pathologies. Ensuite, pour un nombre encore non négligeable de médecins, l'exercice isolé en cabinet de ville représente un frein pour les discussions et les échanges médicaux notamment pour certaines prises en charge plus complexes, qu'elles soient diagnostiques ou thérapeutiques. Enfin, certaines limites de formations initiale et continue de la médecine générale -discipline universitaire récente- peuvent renforcer ces difficultés.

Ces difficultés ont mis en évidence le besoin d'une structure hospitalière d'aide au diagnostic et à la thérapeutique dans le champ de la médecine générale ambulatoire. En 2003, fort de ces constats et après une analyse des besoins d'une telle structure (2 demandes par mois par généraliste), le service de médecine interne du CHU de Nantes a mis en place une aide aux médecins généralistes afin d'optimiser la prise en charge de l'état de santé des populations et l'utilisation du système hospitalier. La discipline médecine interne représente la discipline hospitalière la mieux placée pour répondre à ces besoins. Elle est en effet la plus proche de la médecine générale par son approche globale, sa vision transdisciplinaire et sa connaissance des situations de poly-pathologies ou non spécifiques d'organe. La médecine interne est également en mesure de répondre de façon adaptée aux situations cliniques rares en contexte ambulatoire, souvent plus complexes sur le plan diagnostique ou thérapeutique, grâce notamment à son accès facilité aux examens complémentaires ou/et aux thérapeutiques de seconde intention.

L'UNité d'Aide au Diagnostic et à la Thérapeutique Immédiate (UNADITI) est une plateforme téléphonique joignable toute l'année, du lundi au vendredi, de 9h à 18h. Elle est composée de 13 médecins internistes du CHU de Nantes : 4 Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers, 7 Praticiens Hospitaliers et 2 Chefs de Clinique des Universités-Assistants des hôpitaux. Le médecin interniste de permanence est joignable en accès direct par les médecins en demande grâce à un numéro de téléphone portable. L'UNADITI s'adressait initialement aux médecins généralistes mais son spectre d'activité s'est progressivement étendu à d'autres médecins spécialistes et internes en médecine, ambulatoires ou hospitaliers.

L'UNADITI a pour objectifs de répondre à toute question d'ordre diagnostique ou thérapeutique, non spécifique d'organe et non urgente, ne relevant pas de problématiques sociales, ainsi que de faciliter l'accès au système de soins hospitalier, à travers des hospitalisations programmées ou l'obtention de consultations, dans un délai adapté au degré d'urgence du problème médical exposé.

Selon le ressenti des médecins internistes, l'UNADITI est un service dont le volume d'activité est en plein essor. L'évaluation de l'activité n'avait pu être réalisée en permanence qu'au début du fonctionnement mais avec une usure des médecins internistes, puis sur de brèves périodes d'une semaine ultérieurement dont la dernière en date remonte à 2009.

Les précédentes évaluations avaient mis en évidence un volume conséquent d'activité compris entre 35 et 48 appels par mois selon les années et les estimations (cf. Tableau I).

Les interlocuteurs étaient principalement des médecins généralistes (87% en 2005, 90% en 2006) issus en majorité du bassin de population du CHU de Nantes (Loire-Atlantique et Vendée) avec un poids prépondérant de la métropole Nantaise (respectivement 37, 38 et 35% en 2004, 2005 et 2006).

Les motifs de recours objectivés étaient divers, cliniques (Altération de l'état général, fièvre, adénopathies, etc.) ou biologiques (Anémie, hyperlymphocytose, thrombopénie, etc.), le plus souvent non spécifique d'organe et sans problématique sociale sous-jacente. La fréquence relative des motifs d'appels n'avait pas été établie.

La dernière évaluation du type de motif d'appel en 2004 mettait en évidence une prédominance de problèmes diagnostiques (39%), puis des problèmes diagnostiques et thérapeutiques (37%) et des problèmes thérapeutiques seuls (24%).

Le premier type de réponse apporté était un avis téléphonique seul dans plus de 50% des cas à travers les années. Une part relativement stable des réponses était le transfert à un autre spécialiste dans approximativement 10% des cas, de même 1 à 2% des patients étaient adressés aux urgences. L'évitement du passage aux urgences était possible dans environ 10% des cas sur les dernières années d'évaluations. Les autres réponses apportées se répartissaient entre une hospitalisation immédiate traditionnelle, une hospitalisation programmée, ou des consultations immédiates ou programmées dans un délai adapté.

	2003*		2004		2005		2006		2008**		2009 ***	
<u>Nombre d'appels</u>	25		461		576		474		269 (AE : 425)		262 (AE : 455)	
. dont MG	25	100%	NC		505	87%	425	90%	NC		NC	
. dont autres que MG			NC		70	13%	Spécialistes: 47 9,5% Autres : 2 0,5%		NC		NC	
Nombre de MG	17		276		290		257		NC		NC	
<u>Réponses</u>	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
. Avis téléphonique	11	43	220	47,7	292	50,7	244	51,5	149	55,4	164	62,6
. Hospitalisation immédiate	7	29	43	9,3	38	6,6	39	8,2	28	10,4	24	9,2
. Hospitalisation programmée	2	8	35	7,6	25	4,3	31	6,5	24	8,9	16	6,1
. Consultation immédiate	1	4	45	9,8	76	13,2	42	8,9	23	8,6	16	6,1
. Consultation rapide	2	8	52	11,3	72	12,5	33	7,0	11	4,1	16	6,1
. Transfert autre spécialité	2	8	63	13,7	58	10,1	53	11,2	27	10,0	22	8,4
. Envoi aux urgences			3	0,7	10	1,7	9	1,9	6	2,2	3	1,1
. Autres (rappel tardif ...)					5	0,9	23	4,9	1	0,4	1	0,4
Evitement urgences	15	6	93	20,2	82	14,2	42	8,9	29	10,8	25	9,5

* : Partiel (3mois)

** : Partiel (94 jours sur 7 mois)

***: Partiel (84 jours sur 12 mois)

AE : Activité Estimée

MG: Médecins Généralistes

NC : Donnée non connue

Tableau I : Caractéristiques des précédentes évaluations de l'activité de l'UNADITI

Ces résultats sont peu représentatifs car soit exhaustifs mais à la création de ce service, soit partiels sur quelques semaines isolées d'activité. Ils ne permettaient pas une description précise du profil des appelants, de leurs motifs d'appel, du type de réponse apporté ni du volume d'activité. De plus aucune évaluation de la satisfaction *a posteriori* (une fois la réponse donnée) des utilisateurs n'avait été réalisée. Une évaluation qualitative et quantitative s'imposait après dix ans d'activité pour dépister des mésusages et dégager des pistes d'amélioration des pratiques chez les appelants, ainsi que les éventuelles raisons d'une insatisfaction chez les utilisateurs afin d'améliorer la qualité de la prestation.

L'objectif principal de ce travail était donc de décrire le profil des appelants, leurs motifs de recours à l'UNADITI, ainsi que le type de réponse apporté afin de vérifier que l'activité, après 10 ans de fonctionnement, reste bien en adéquation sur le plan qualitatif avec les missions affichées initialement.

Les objectifs secondaires étaient de quantifier le volume d'activité ainsi que la satisfaction concernant ce service en termes d'accessibilité comme de réponses apportées, et enfin évaluer la connaissance par les généralistes des missions de l'UNADITI et les améliorations qu'ils proposent d'apporter.

2. MÉTHODES

2.1 Design de l'étude

Une étude prospective, transversale, observationnelle et descriptive a été conduite sur une durée de 14 semaines au CHU de Nantes. L'objectif fixé arbitrairement pour avoir une vision représentative de l'activité de l'UNADITI était l'obtention d'un minimum de 60 journées d'activité soit 3 mois d'activité. Le choix s'est porté sur les 3 premiers mois de l'année civile car ils présentaient, au cours des précédentes évaluations, une activité stable et moyenne représentative de l'activité de l'UNADITI. Ce choix permettait également de limiter les difficultés de recueil des données car cette période est généralement moins concernée par les périodes de congés des médecins internistes et généralistes.

2.2 Recueil et type des données

L'équipe de médecins internistes a bénéficié initialement d'une réunion d'information sur les objectifs et les modalités de l'étude. Pour chaque journée de l'étude, l'interniste de permanence disposait d'un carnet de recueil avec un questionnaire pour chaque appel reçu (Annexe 1). Le questionnaire a été construit par enrichissement des questionnaires élaborés par l'interniste responsable de la structure et utilisés pour les précédentes évaluations de l'UNADITI. Le questionnaire permettait le recueil des données suivantes :

- identification de l'appelant et type d'exercice,
- délai d'accès au service,
- motif d'appel et réponse apportée, ainsi que temps passé par l'interniste pour gérer l'appel,
- et enfin adéquation par rapport au champ de la médecine interne et pertinence de l'appel.

Les données recueillies sur le patient l'étaient de façon totalement anonyme et celles concernant le médecin sollicitant l'UNADITI l'étaient avec son accord.

A l'issue de chaque journée d'étude le carnet de recueil était récupéré par l'investigateur principal et les données saisies informatiquement pour analyse ultérieure.

Cette phase de recueil initial des données était ensuite suivie par une phase de rappel. Trois évaluateurs indépendants se sont répartis les données précédemment obtenues pour que chaque médecin ayant sollicité le service UNADITI puisse être recontacté. Le rappel était effectué après un minimum de un mois après l'appel afin que le médecin ayant sollicité l'UNADITI puisse avoir un recul sur l'aide qui lui a été apportée, notamment en cas d'accès au système hospitalier à la suite de cet appel.

Lors du rappel les données suivantes étaient recueillies :

-données démographiques de l'appelant : sexe, année de naissance,

-données professionnelles de l'appelant : faculté de diplôme, lieu d'exercice, type d'exercice et durée d'installation le cas échéant,

-données liées au service UNADITI : mode de découverte (expression libre), fréquence d'utilisation (Première fois, moins d'une fois par mois, une à deux fois par mois, plus de deux fois par mois), facilité d'accès (échelle de Likert à 3 points : Bonne, moyenne ou mauvaise), pertinence de la réponse apportée (échelle de Likert à 3 points : Bonne, moyenne ou mauvaise) et satisfaction globale de la réponse à cet appel cotée de 0 à 10.

-de même, dans une logique d'amélioration des pratiques, l'appelant était interrogé sur sa connaissance des missions affichées de l'UNADITI, et sur ce que devraient être, selon lui, les améliorations à apporter à ce service (Annexe 2).

Les données obtenues ont ensuite été colligées dans un fichier Excel© unique pour analyses statistiques.

2.3 Analyse des données

Cette étude étant de nature descriptive, seules des répartitions de fréquences ont été effectuées. Une comparaison entre des fréquences dans des sous-groupes créés a posteriori a été réalisée en utilisant le test de Chi2 en utilisant un seuil de significativité à 5%. Aucune comparaison statistique n'a été réalisée entre les données de l'étude et les données des évaluations précédentes en raison de différences importantes dans le mode de recueil de ces évaluations.

3. RÉSULTATS

Du 6 Janvier au 11 Avril 2014, la phase de recueil a permis d'évaluer 63 journées d'activité UNADITI sur les 70 possibles, dont 60 avec au moins un appel pour un total de 276 appels identifiés. Les 7 journées manquantes sont dues à une difficulté de mise en route initiale de l'étude (les 2 premières journées de l'étude) et à l'absence de participation d'un des médecins internistes (5 journées). Le nombre d'appel quotidien variait d'un minimum 0 à un maximum de 11. Le nombre d'appel maximal pour un même appelant sur la période d'étude était de 4.

La phase de rappel qui s'est déroulée du 10 Février au 27 Juin 2014 a permis de recueillir les données pour 169 des 276 appels (61%). Parmi les 107 données manquantes (39%) qui n'ont pas pu être obtenues au cours de cette phase de rappel :

-6 médecins généralistes (2%) ont refusé de participer à l'étude,

-101 appelants (37%) n'ont pu être contactés pour répondre au questionnaire. Cette impossibilité de contact était liée à :

- 60 identifications insuffisantes de l'appelant lors de la phase de recueil : 27 médecins généralistes dont 10 remplaçants, 26 internes, 5 médecins extérieurs et 2 médecins du CHU.
- 32 contacts impossibles malgré des données correctes pour le rappel (blocage par secrétaire, médecin absent pour une période prolongée, échec total de contact malgré plusieurs appels) : 26 médecins généralistes, 5 médecins extérieurs et 1 médecin du CHU.
- 5 rappels impossibles : 4 internes ayant changé de semestre au cours de l'étude et 1 externe ayant changé de stage au cours de l'étude.
- 4 autres situations ne justifiant pas un rappel (2 appels de secrétaires, 1 appel d'une patiente et un appel étiqueté divers).

3.1 Utilisateurs de l'UNADITI

3.1.1 Mode d'exercice

237 correspondants différents ont été identifiés :

- 164 médecins généralistes dont 13 remplaçants identifiés,
- 5 médecins du CHU,
- 32 médecins extérieurs au CHU exerçant hors contexte de soins primaires ambulatoires,
- 31 internes dont 20 internes de médecine générale (dont 18 dans un contexte hospitalier et 2 dans un contexte de soins ambulatoires) et 11 internes de spécialité tous en contexte hospitalier.
- 5 autres : un externe du CHU de Nantes, deux secrétaires médicales du CHU, une patiente et un appel divers

Ces 5 derniers correspondants n'ont pas été inclus dans l'analyse des données démographiques et professionnelles.

3.1.2 Origine géographique

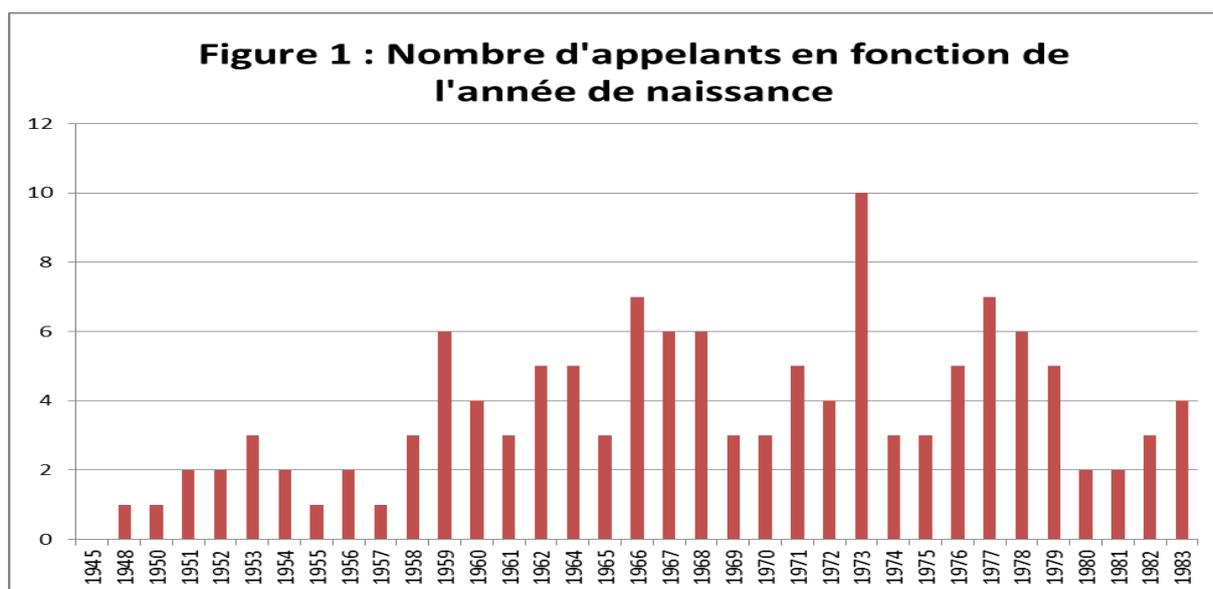
L'analyse des données de ces 232 correspondants montre qu'ils provenaient à 76 % (n=176) de Loire-Atlantique dont 27% (n=62) de Nantes, à 10 % du département de la Vendée (n=24), à 4 % (=9) du Maine et Loire et à 1% de la Bretagne de même que des Deux Sèvres (respectivement n=3 et n=2). L'origine géographique était inconnue chez 8 % des appelants (n=18). Les médecins dont l'origine géographique a été identifiée sont issus de 84 communes différentes.

3.1.3 Genre

Les appelants étaient à 40 % (n=93) des femmes, à 34% (n=79) des hommes et le sexe de l'appelant n'était pas connu dans 26% des cas (n=60).

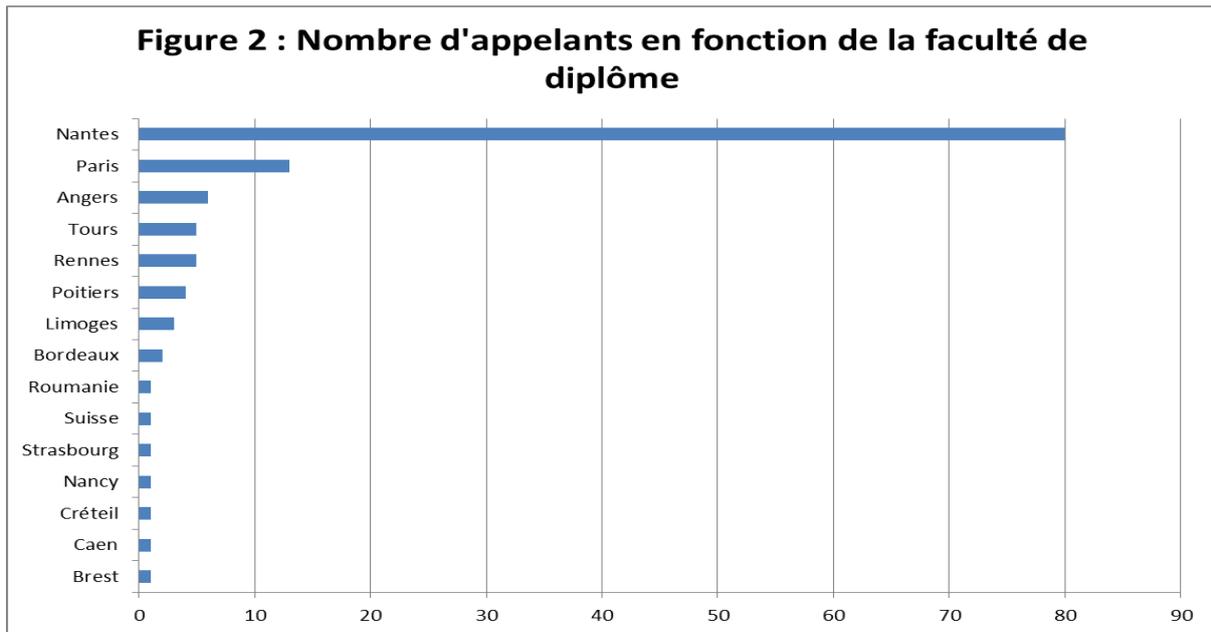
3.1.4 Âge

L'année de naissance des appelants a pu être obtenue pour 129 des 232 appelants (56%) et est résumée dans la figure 1 (donnée absente pour 102 appelants (44%) et 1 refus (0,4%)). L'âge moyen des appelants était de 45,7 ans. Les appelants avaient majoritairement 55 ans ou moins (85%, n=110) et seuls 19 médecins étaient âgés de plus de 55 ans (15%). Chez les moins de 55 ans, toutes les tranches d'âges étaient représentées avec toutefois un pic vers l'âge de 40 ans.



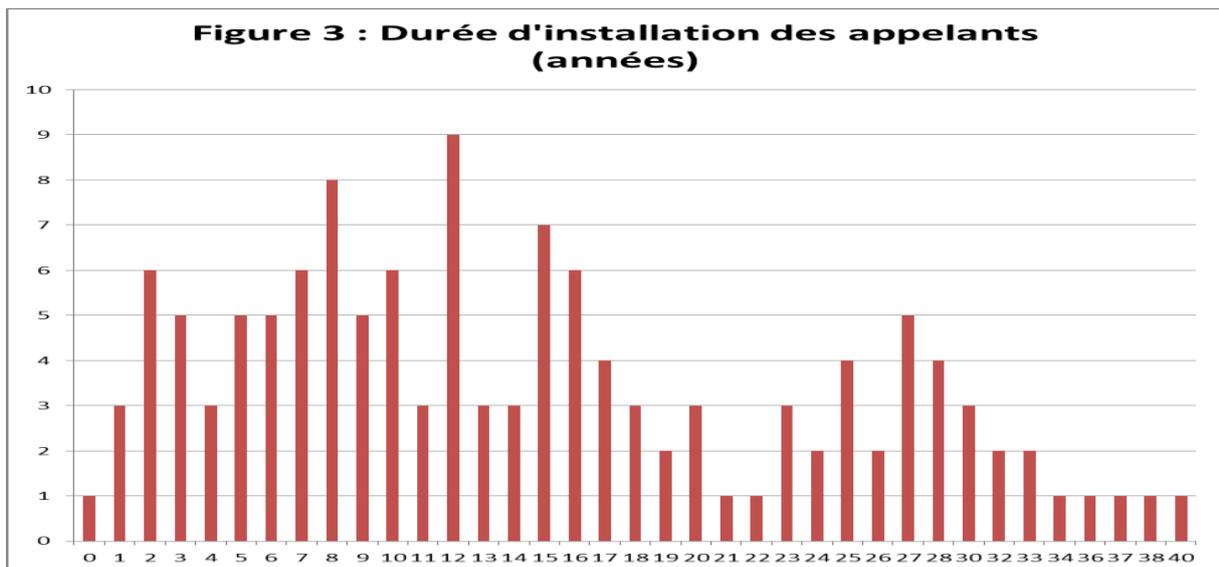
3.1.5 Faculté d'origine

Les appelants étaient diplômés en premier lieu de la faculté de médecine de Nantes pour 37,1 % d'entre eux (n=86), d'une autre faculté de médecine de l'Ouest dans 9,1 % des cas (n=21), d'une autre faculté française dans 9,5% (n=22) ou d'une faculté étrangère dans 1,3% (n=3). Cette donnée était absente pour 100 appelants (43,1%). Le détail des facultés d'origine est présenté dans la figure 2.



3.1.6 *Durée d'installation*

La durée moyenne d'installation était de 14,7 années variant de moins d'un an à 40 années parmi les 131 appelants pour lesquelles la donnée a été recueillie (56%). Le détail est présenté dans la figure 3. Il existait 2 pics principaux de durée d'installation chez les appelants, le premier autour de la 12^e année d'installation, le second, moins important, autour de la 27^e année d'installation. Le nombre d'appelants était significativement supérieur chez les installés depuis 20 ans ou moins (74%, n=97) par rapport aux installés depuis plus de 20 ans (26%, n=34), $\chi^2=24,3$; $p<0,001$.



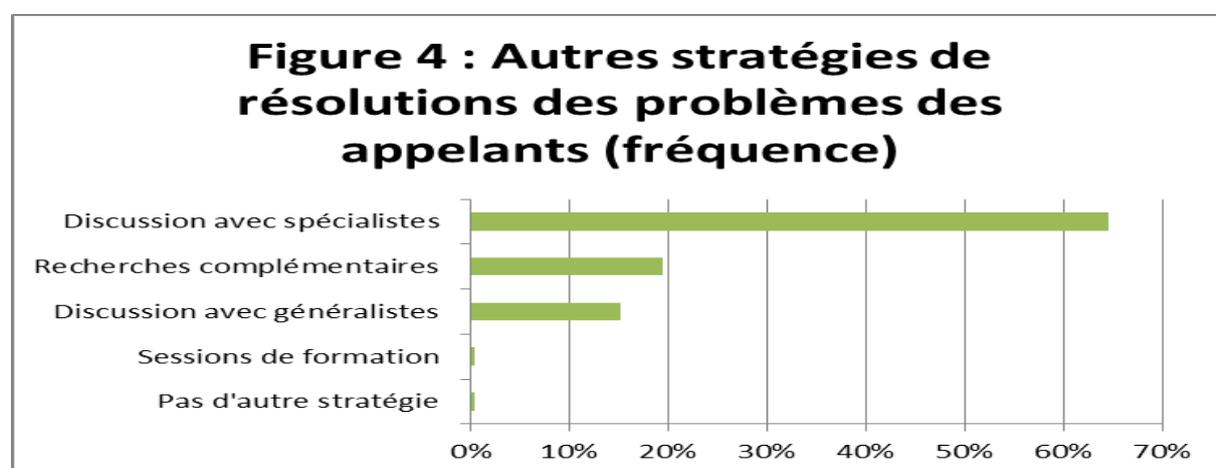
3.1.7 Mode de découverte de l'UNADITI

Au cours de la phase de rappel, les données de 168 appels ont pu être analysées concernant le mode de découverte de l'UNADITI (réponses libres, plusieurs réponses possibles par appelant). Parmi les 177 réponses exprimées, les modes de découverte étaient les suivants : 7% (n=13) à la suite d'un appel dans le service pour un avis, 46% (n=81) par le biais des courriers médicaux sur lesquels l'UNADITI est présentée, 22% (n=39) grâce à un collègue, 10% (n=17) au cours de formations, 10% également par le biais de médecins du CHU (n=18), 2% (n=3) grâce à un stage au CHU, et enfin 2% (n=4) et 1% (n=2) respectivement par les brochures d'information du CHU et par le site internet du CHU.

3.1.8 Fréquence d'utilisation de l'UNADITI

L'analyse des données concernant la fréquence d'utilisation (n=169) mettait en évidence que 8% (n=13) des appels à l'UNADITI l'étaient par des appelants utilisant le service pour la première fois. Pour 46 % (n=77) des appels l'appelant indiquait utiliser le service moins d'une fois par mois, et le même pourcentage était retrouvé pour des appelants disant utiliser le service une à deux fois par mois. Enfin seuls deux appelants ont déclaré utiliser le service plus de deux fois par mois soit 1% des appelants.

Les appelants ont également été interrogés sur leurs autres stratégies de résolution de problèmes indépendamment de leur fréquence d'utilisation de l'UNADITI (réponses libres, plusieurs réponses possibles, 237 réponses obtenues). Ces résultats sont présentés dans la figure 4.



3.2 Motifs d'appel et réponses apportées

Au cours de la phase de recueil des données, les motifs d'appels ainsi que les réponses apportées étaient consignées pour les 271 appels disponibles.

3.2.1 *Motifs d'appels*

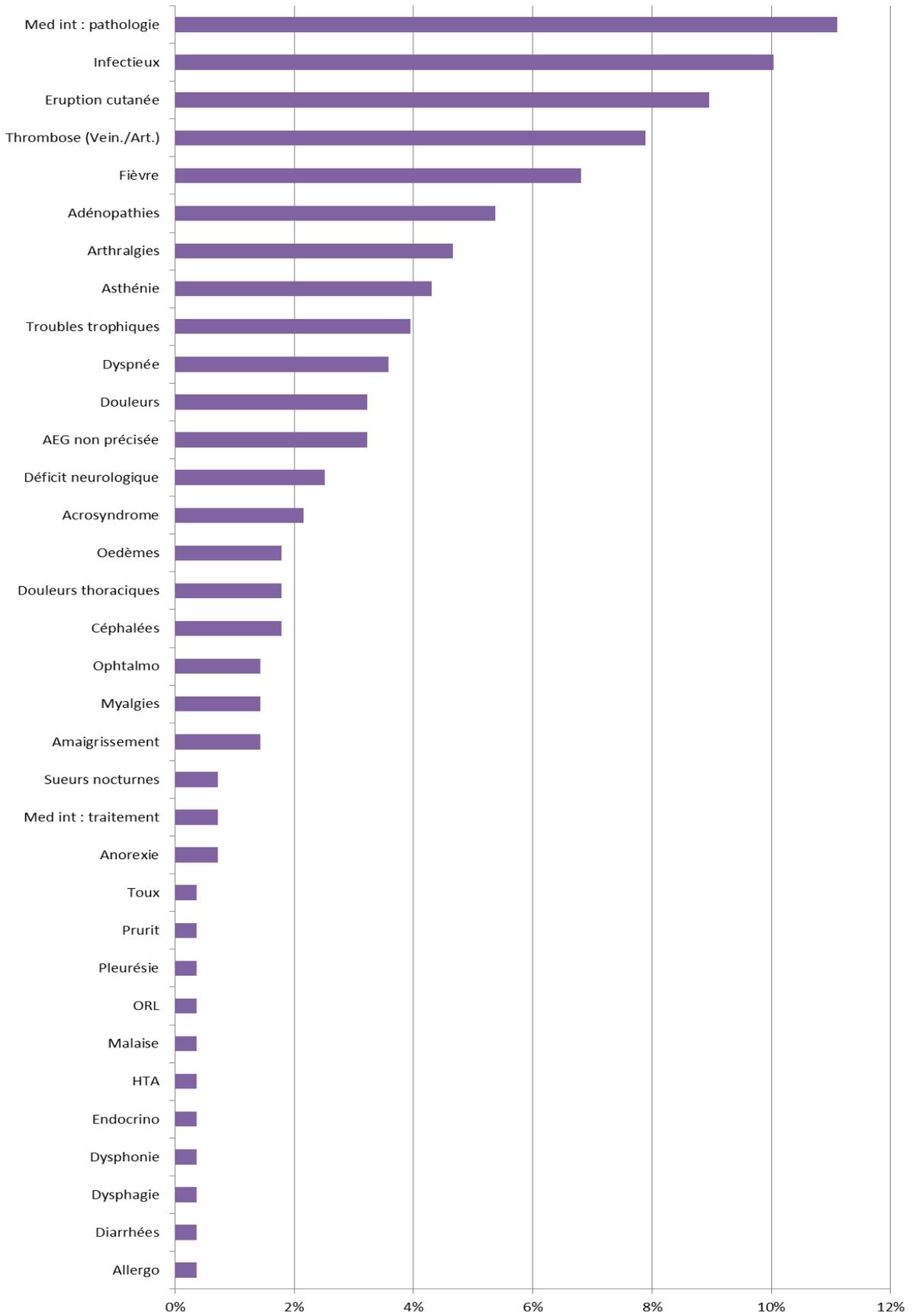
Le motif des appels était d'ordre diagnostique dans 61 % des appels (n=166), thérapeutique dans 20% des appels (n=54), diagnostique et thérapeutique dans 12% des cas (n=33), autre (hors champ diagnostique ou thérapeutique) dans 4% des cas (n=10) et non connu pour 3% des appels (n=8).

Le domaine d'application de l'aide diagnostique et/ou thérapeutique était clinique pour 57% des appels (n=155), biologique dans 19% des cas (n=51), clinique et biologique dans 17% des cas (n=45).

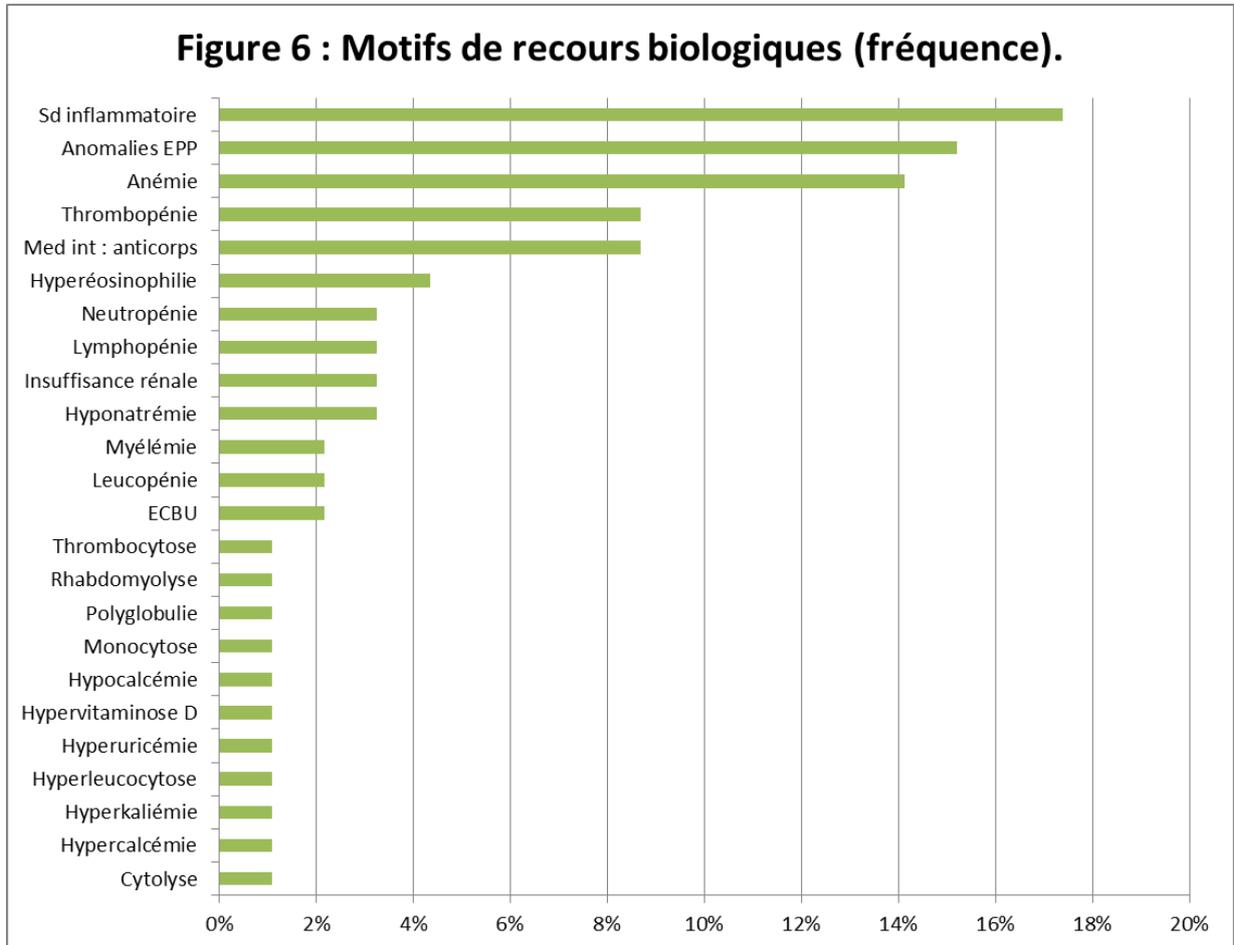
L'analyse plus précise des motifs d'appels a permis de mettre en évidence 60 motifs de recours différents dont 58 médicaux (les 2 autres motifs étant un motif non médical ou une absence de données)

Parmi les 279 réponses (plusieurs réponses possibles par appel) 187 étaient en lien avec un motif clinique (34 motifs différents) et 92 étaient en lien avec un motif biologique (24 motifs différents). Les cinq plus fréquents étaient une pathologie de médecine interne (11%), un motif infectieux (10%), une éruption cutanée (9%), une pathologie thrombotique veineuse ou artérielle (8%) et l'existence d'adénopathies pathologiques (5%). Le détail des motifs d'appels cliniques et leurs fréquences respectives sont présentés dans la figure 5.

Figure 5 : Motifs de recours cliniques (fréquence).



Parmi les motifs biologiques (plusieurs réponses possibles par appel) 24 motifs différents ont été identifiés. Les cinq plus fréquents étaient un syndrome inflammatoire biologique, une anomalie de l'électrophorèse des protéines plasmatiques (EPP), une anémie, une présence anormale d'auto-anticorps et une thrombopénie (respectivement 17, 15, 14, 9 et 9%). Le détail des motifs d'appels biologiques et leurs fréquences respectives sont présentés dans la figure 6.

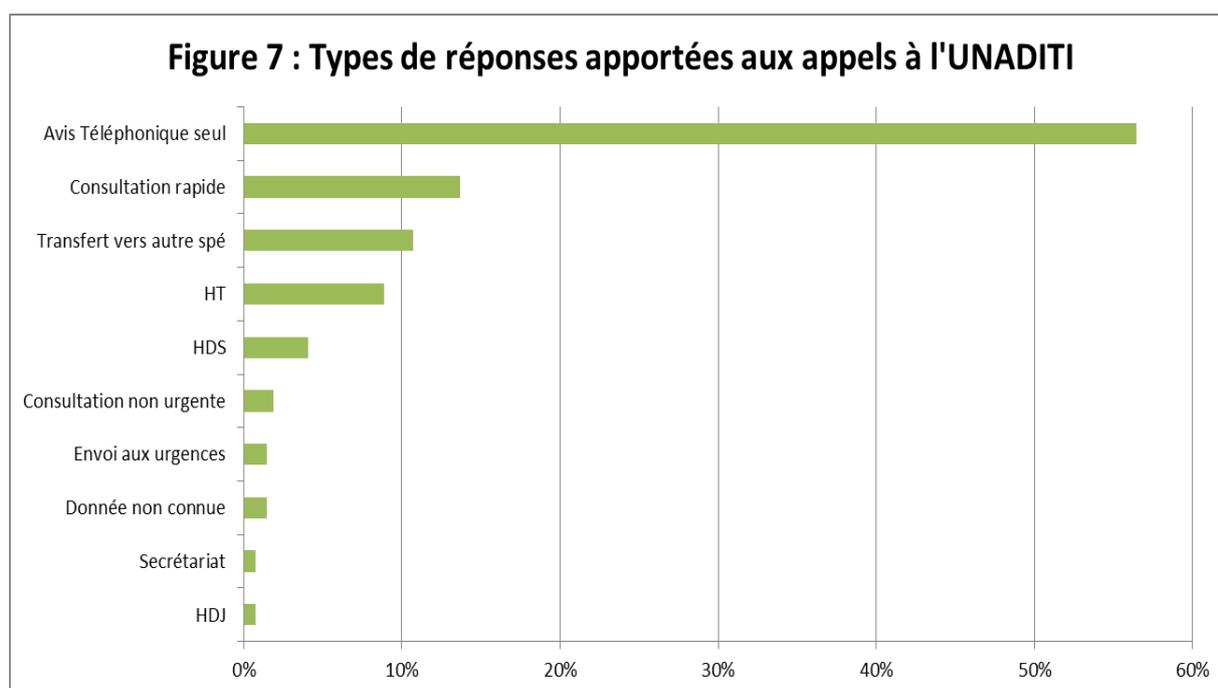


3.2.2 *Types de réponses apportées*

Les types de réponses apportées étaient un avis téléphonique seul, une consultation non urgente, une consultation rapide, une hospitalisation programmée en hôpital de jour (HDJ) ou de semaine (HDS), une hospitalisation immédiate en hospitalisation traditionnelle (HT) de médecine interne, une activité de secrétariat, un transfert vers un autre spécialiste ou un envoi aux urgences. Les données sont présentées dans la figure 7.

Un passage aux urgences a pu être évité pour 17% des appels soit 46 admissions évitées.

Une réponse considérée comme rapide c'est-à-dire un avis téléphonique +/- suivi d'un envoi aux urgences, une consultation rapide, une hospitalisation traditionnelle immédiate ou un transfert vers un autre spécialiste était apportée dans 91,3% des cas.

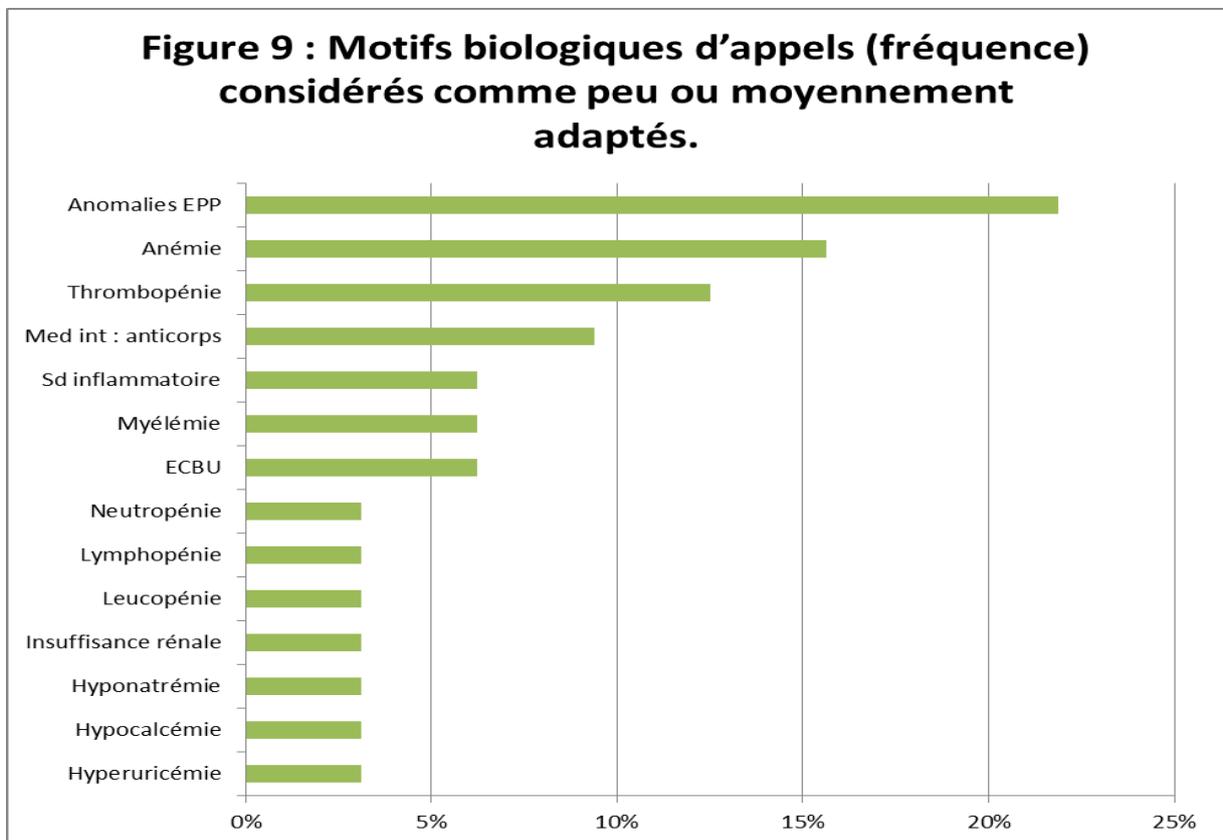
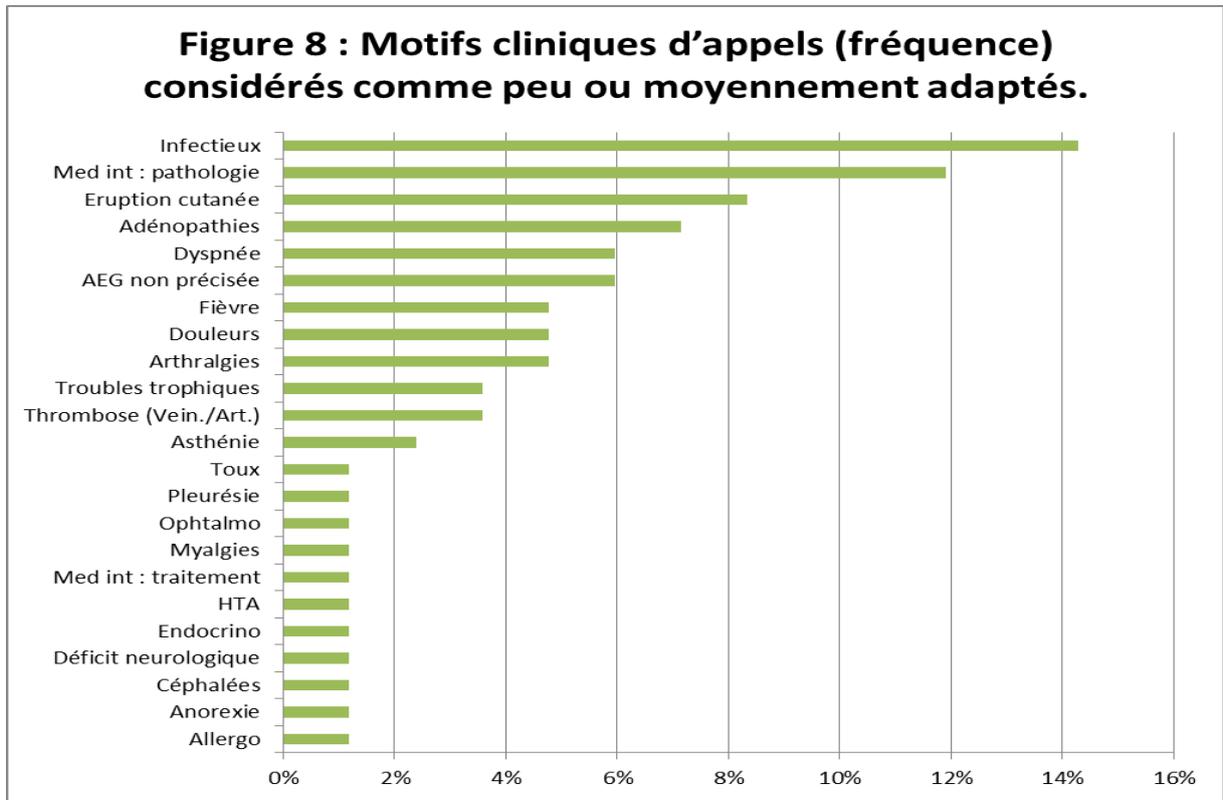


La demande exprimée dans chaque appel était estimée par les internistes comme tout à fait adaptée dans 64% des appels (n=174), moyennement adaptée dans 21% (n=56) et comme pas du tout adaptée dans 10% des appels (n=27) (donnée absente pour 5% des appels n=14).

Les motifs de ces appels considérés comme moyennement ou non adaptés sont présentés dans les figures 8 (motifs cliniques) et 9 (motifs biologiques).

Toutefois, il est important de préciser que ces motifs considérés comme peu ou moyennement adaptés étaient les motifs dans le contexte de l'appel. Il ne s'agissait pas du motif dans l'absolu, qui était souvent en accord avec le champ de la médecine interne. Par exemple, lorsque le motif anémie était présenté, ce résultat ne signifiait pas que le motif anémie n'était pas adapté au champ de la médecine interne. Toutefois ce motif pouvait être moyennement ou peu adapté lorsqu'il justifiait un appel à une structure d'expertise diagnostique et

thérapeutique pour organiser une prise en charge transfusionnelle seule sur une anémie d'étiologie connue.



3.3 Données liées à l'activité de l'UNADITI

3.3.1 *Volume d'activité*

Le temps moyen passé par un interniste pour gérer un appel était d'un peu plus de 7 minutes, variant de 1 à 45 minutes par appel (calculé sur la base de 1685 minutes déclarées pour 232 appels avec la donnée disponible). Cela représentait environ 28 heures d'activité UNADITI pour les 3 mois soit un peu plus de 9 heures par mois.

3.3.2 *Satisfaction liée au service*

La satisfaction globale moyenne de la réponse de l'UNADITI était de 8,5/10 sur l'ensemble des 169 données obtenues.

3.3.2.1 Délai et facilité d'accès au service UNADITI

Le délai d'accès au service UNADITI identifié par les internistes était immédiat dans 62% des appels (n=167) et dans l'heure suivant le premier appel dans 14% des cas (n=39) soit plus de $\frac{3}{4}$ des appels répondus dans l'heure suivant le premier appel. L'accès au service UNADITI se faisait dans la demi-journée dans 8% des cas (n=21) et dans la journée dans 3% des cas (n=8). Les motifs des retards de réponse sont présentés dans le tableau II. L'information était manquante pour 13 % des appels (n=36).

Délai de réponse	Motifs			
Dans l'heure n=39	Consultation	2	soit :	5%
	Déjà en ligne	13		33%
	Déjeuner	1		3%
	Geste technique	1		3%
	Gestion des étudiants	3		8%
	Logistique (téléphone déchargé)	1		3%
	Oubli du téléphone	3		8%
	Réunion	1		3%
	Donnée non connue	14		36%
Demi-journée n=21	Appel non répondu (message sur répondeur)	1	soit :	5%
	Consultation	2		10%
	Geste technique	1		5%
	Oubli du téléphone	5		24%
	Réunion	5		24%
	Visite dans le service	4		19%
	Donnée non connue	3		14%
Journée n=8	Appel non répondu (message sur répondeur)	2	soit :	25%
	Consultation	1		13%
	Fin de journée	1		13%
	Oubli du téléphone	3		38%
	Réunion	1		13%

Tableau II : Motifs des délais de réponses lors d'un appel à l'UNADITI

La facilité d'accès était évaluée à l'aide d'une échelle de Likert à 3 points : Bonne, moyenne ou mauvaise. Parmi les 168 réponses, l'accessibilité était jugée bonne dans 88% des réponses (n=148), moyenne dans 10 % des cas (n=17) et mauvaise dans 2% des cas (n=3).

3.3.2.2 Pertinence des réponses

La pertinence de la réponse apportée par les internistes était jugée comme bonne dans 97,6% des cas (n=165), moyenne dans 1,8% des cas (n=3) et mauvaise dans 0,6% des cas (n=1).

L'ensemble de ces données ont été obtenues après un délai moyen de rappel de 107 jours.

3.4 Missions et pistes d'amélioration de l'UNADITI

Selon les appelants (n=169) les missions affichées de l'UNADITI étaient de 4 ordres :

- aider au diagnostic et à la thérapeutique en médecine générale : 60% des réponses (n=147/244),
- optimiser le temps à travers un avis, une consultation ou une hospitalisation dans un délai adapté : 12% des réponses (n=29/244),
- diminuer l'utilisation superflue du système de santé (examens complémentaires, admissions aux urgences, consultations, hospitalisations) : 12% des réponses (n=29/244),
- travailler en réseau avec échanges médicaux humanisés entre les spécialistes hospitaliers internistes et les médecins de ville : 5% des réponses (n=12/244).

Les missions de l'UNADITI n'étaient pas connues des appelants dans 11% des cas (n=27/144).

Pour 62% des appelants il n'y avait pas d'amélioration à apporter à la prestation UNADITI. Les améliorations conseillées étaient :

- améliorer la disponibilité du service UNADITI dans 25,1% des réponses (n=45/179),
- élargir le service à d'autres spécialités (notamment infectiologie et hématologie) dans 5% des réponses (n=9/179),
- prévoir des consultations semi urgentes sans passer par l'UNADITI dans 1,7% des réponses (n=3/179),
- améliorer la visibilité de l'UNADITI dans 1,7% des réponses (n=3/179),
- et de façon plus marginale élargir les horaires, se présenter et enfin écouter le répondeur et rappeler (pour chaque réponse n=1 soit 0,6%).

Enfin, dans 2,8% des réponses les appelants mentionnaient une piste d'amélioration du service de médecine interne en général suggérant une amélioration du suivi du patient (obtention de comptes rendus d'hospitalisation plus rapides ou comptes rendus temporaires mentionnant notamment le diagnostic retenu et le traitement de sortie).

4. DISCUSSION :

L'objectif principal de ce travail était de décrire le profil des appelants, leurs motifs de recours à l'UNADITI, et le type de réponse et ainsi vérifier l'adéquation de l'activité de l'UNADITI avec ses missions initiales. Les objectifs secondaires étaient de quantifier le volume d'activité ainsi que la satisfaction concernant ce service en termes d'accessibilité comme de réponses apportées, et enfin évaluer la connaissance par les généralistes des missions de l'UNADITI et les améliorations qu'ils proposent d'apporter. Une étude prospective, transversale, observationnelle et descriptive a été conduite permettant d'identifier 276 appels dont 169 (61%) ont pu bénéficier d'un rappel.

Cette étude a mis en évidence que l'activité de l'UNADITI était globalement en adéquation avec ses missions initiales. En effet les appelants étaient essentiellement des médecins généralistes (69%) provenant de Loire-Atlantique et de Vendée avec un nombre d'appelants significativement supérieur chez les installés depuis 20 ans ou moins par rapport aux installés depuis plus de 20 ans ($\chi^2=24,3$; $p<0,001$). Les généralistes les plus jeunes sollicitent ainsi davantage l'UNADITI. Ensuite, le motif des appels était en accord avec les missions affichées de l'UNADITI : diagnostique (61 % des appels), thérapeutique (20%) ou mixte (12%), avec une demande estimée par les internistes comme tout à fait adaptée dans 64% des appels.

Les missions supposées de l'UNADITI étaient d'ailleurs bien connues des généralistes même si 11% des appelants déclaraient encore ne pas les connaître, chiffre en accord avec les 10% des appels dont la demande était jugée comme pas du tout adaptée. Ce constat semble en faveur de la nécessité d'actions d'information sur les objectifs de cette structure auprès des médecins généralistes même s'il ne faut pas méconnaître une potentielle dérive d'utilisation liée à la difficulté d'accès à d'autres services.

Par ailleurs, en marge de ses objectifs principaux et secondaires, ce travail apporte deux informations supplémentaires importantes. Premièrement, les demandes concernaient prioritairement des motifs cliniques valorisant l'activité d'expertise clinique revendiquée par la discipline médecine interne. Deuxièmement, le volume d'activité de L'UNADITI s'est avéré important représentant plus d'une journée de travail par mois alors que les autres responsabilités des internistes, cliniques, administratives et pour certains universitaires

continuaient d'être assurées. En effet, notre travail montre que le domaine d'application de l'aide était essentiellement clinique (57% des appels), biologique (19%) ou mixte (17%) parfaitement en accord avec le champ d'expertise de la médecine interne. Une réponse considérée comme rapide était apportée dans 91,3% des cas permettant d'éviter un passage aux urgences pour 17% des appels. Le temps moyen passé par appel était d'un peu plus de 7 minutes soit plus de 9 heures par mois consacrée à l'UNADITI par les médecins du service de Médecine Interne sans diminuer leur activité de base et sans temps dédié à cette activité expliquant ainsi certains délais de réponse.

L'UNADITI apparaît être un outil apportant une satisfaction de manière bilatérale, aux internistes et aux généralistes. En effet, 62% de ces derniers estiment qu'il n'y a pas d'amélioration à apporter à l'UNADITI, contre 25,1% souhaitant une amélioration la disponibilité du service. La satisfaction globale moyenne de la réponse de l'UNADITI était en effet très bonne (8,5/10) de même de même que l'accessibilité (plus de ¾ des appels répondus dans l'heure suivant le premier appel) jugée bonne dans 88% des réponses, ainsi que la pertinence de la réponse apportée (97,6%).

Les résultats obtenus au cours de cette étude confirment la forte progression du volume de l'activité de l'UNADITI. L'activité a en effet plus que doublé si l'on rapporte les résultats obtenus sur ce trimestre à une année civile, avec une activité estimée à plus de 1100 appels sur une année, en comparaison des 474 appels en 2006, dernière année d'évaluation exhaustive de l'activité. Le profil des appelants s'est nettement élargi puisque le nombre des appelants issus de la médecine générale s'établit à 69% contre 90% lors de la dernière évaluation en 2006. Toutefois leur nombre semble s'être nettement majoré si l'on projette nos résultats sur une année (environ 650 médecins généralistes différents estimés). Les médecins hors médecine générale ambulatoire sont en forte progression (15%) de même que les internes (13%). L'origine géographique apparaît être stable dans le temps.

Le type de recours semble avoir fortement changé en 10 ans : les problèmes diagnostiques sont passés de 40% en 2004 à 61% en 2014, les problèmes thérapeutiques passent eux de 24 à 20% alors que les problèmes diagnostiques et thérapeutiques chutent de 37 à 12%. Ces données semblent suggérer un fort besoin de formation en termes de connaissances diagnostiques (plus de 2/3 des appels) notamment dans le spectre de la médecine générale (médecins et internes) représentant le plus gros effectif des appelants. Compte tenu de la

prédominance de jeunes médecins sollicitant ce service (phénomène peut-être renforcé par un manque de réseaux), les efforts semblent être à réaliser tout particulièrement en direction de ces populations et de cette classe de population à venir et donc tout particulièrement au cours de la formation initiale et son 3^e cycle de médecine générale notamment.

Même si les motifs de recours cliniques et/ou biologiques n'avaient pas été évalués quantitativement au cours des précédentes études, le spectre des motifs de recours semble stable. Ce constat semble renforcer les besoins de formation car certaines thématiques semblent demeurer problématiques malgré le temps. Des journées de formation auprès des généralistes, organisées par les internistes en fonction des besoins identifiés par les recours à l'UNADITI, ont déjà été organisées avec succès à plusieurs reprises depuis sa création et devraient ainsi être pérennisées.

L'analyse du type de réponse apportée confirme une forte prédominance de l'avis téléphonique seul (56% en 2014 contre 62,% en 2009). Le recours à une consultation semble en augmentation tous délais de consultations confondus (16% en 2014, 12,2% en 2009). La part relative à une hospitalisation semble globalement stable (14% en 2014 contre 15,3% en 2009) de même que l'envoi aux urgences (1% contre 1,1%). Comme mentionné précédemment dans les motifs de mauvaise adéquation, le transfert vers un autre spécialiste connaît une augmentation sensible passant de 8,4% en 2009 à 11% en 2014. Le pourcentage de passages évités aux urgences a presque doublé passant de 9,5% en 2009 à 17% en 2014. Cette dernière donnée montre la nécessité et l'utilité de mettre en place ce type de structure dans chaque service afin d'apporter un élément de réponse à la problématique de l'aval du service d'accueil des urgences, en réduisant les entrées inadéquates et en proposant un accès direct dans le services. La cellule d'ordonnancement des lits des services du PHU3 du CHU de Nantes qui gère les demandes d'hospitalisation a d'ailleurs parfaitement intégré le fonctionnement de l'UNADITI qui est l'un de ses correspondants très régulier depuis sa création.

L'analyse de la littérature et notamment de la base de données Pubmed, interrogée avec les mots clés « clinical reasoning » et « general practitioner ou general practice ou family medicine », témoigne du faible travail réalisé sur le raisonnement clinique et donc diagnostique en médecine générale. Ces recherches ne nous ont pas permis de trouver d'arguments en faveur de l'existence d'une telle structure décrite et évaluée par ailleurs. Seuls

Audétat (5) et Atkinson (6) témoignent de la difficulté de raisonnement diagnostique en médecine générale et de la nécessité de mise en place de programmes de développement des facultés construits sur un mode intégré pour développer les capacités des éducateurs cliniques mais aussi modifier leurs croyances, ceux-ci étant indispensables pour aider les étudiants à mener une réflexion clinique en médecine générale.

Des limites modèrent bien sûr les résultats de ce travail. Cette étude met en évidence des difficultés à remplir le questionnaire en temps réel au cours d'une tâche cognitive intense dans un contexte d'absence de temps protégé ce qui explique en partie les données manquantes pour le questionnaire rempli par les internistes. De même, le recueil des données sur la phase de rappel s'est avéré difficile car consistant à joindre des professionnels très occupés. Ce manque de données limite la possibilité de les interpréter de la façon la plus juste qui soit. Ensuite, la comparaison des données recueillies à différentes époques, dans des contextes et avec des questionnaires différents doit inciter à la prudence quant à l'interprétation des comparaisons des données. Enfin, il convient de rappeler que cette étude évalue de façon partielle, sur un trimestre, l'activité de l'UNADITI et que celle-ci, en termes de types ou de motifs de recours de même que de réponses apportées, peut être fluctuante selon la période de l'année (par exemple surreprésentation de motifs infectieux en période hivernale).

Le fonctionnement de l'UNADITI semble donc globalement en adéquation avec les missions affichées de ce service notamment avec une forte représentation des problématiques diagnostiques et/ou thérapeutiques. Néanmoins encore 11% des appelants déclarent ne pas connaître les missions de l'UNADITI avec 10 % des motifs d'appel jugés comme pas du tout adaptés. Ces éléments, couplés à la piste d'amélioration suggérée par les généralistes d'élargissement de cette structure à d'autres spécialités alors qu'il existe déjà des numéros d'accès direct pour des avis dans ces spécialités, semblent plaider pour une nécessité de renouveler une campagne d'information à l'instar de celle qui avait été menée par le CHU de Nantes il y a quelques années. Celle-ci s'était faite sur la base d'un envoi à tous les médecins généralistes de Nantes et de sa périphérie d'une plaquette listant les numéros d'accès direct, service par service. Notre étude montre le besoin d'informer de nouveau sur les missions de l'UNADITI et aussi sur les autres structures d'aide existantes pour les médecins généralistes.

Compte tenu de l'augmentation du volume d'activité de l'UNADITI constatée sur la période d'observation de notre étude, il pourrait s'avérer nécessaire de déterminer des plages horaires protégées pour les médecins internistes de permanence UNADITI afin d'améliorer l'accessibilité du service. Ceci d'autant plus que les évaluations antérieures ont montré des pics d'activité en fin de matinée (entre 11 et 12h) et en début d'après-midi (autour de 15h). Ces plages horaires protégées pourraient ainsi limiter les retards à l'accès à l'UNADITI liés au maintien d'une charge de travail identique par ailleurs. Ceci pourrait s'avérer même indispensable si des actions d'information sont mises en place, celles-ci risquant d'être à l'origine d'une suractivité, l'offre créant parfois la demande.

Néanmoins, les ressources de ce service ne sont pas extensibles à l'infini compte tenu des possibilités limitées en termes de temps et de moyens financiers pour l'optimiser (nombre de médecins participants, absence de plages horaires spécifiques avec risque de diminution consécutive des autres activités hospitalières, administratives ou universitaires). Il paraît donc souhaitable, du fait des résultats obtenus dans cette étude, de réfléchir à la mise en place d'actions de formation auprès des médecins généralistes afin d'optimiser l'utilisation de ce service et éviter certaines demandes de tout premier recours. En effet, la forte représentation des problèmes diagnostiques, qui semble se renforcer avec le temps, dans cette population à prédominance généraliste (médecins ou internes), et en particulier chez les jeunes générations, pourrait être en partie liée à un manque de formation dans le domaine du raisonnement clinique, même si d'autres explications peuvent être avancées telles que, par exemple, le manque de temps pour gérer les problèmes diagnostiques complexes ou le manque d'accessibilité aux plateaux techniques lorsque plusieurs examens complémentaires doivent être planifiés.

En plus d'actions de formation continue, idéalement en lien avec le service de médecine interne, il paraîtrait souhaitable d'armer au mieux les futures jeunes générations au cours de la formation initiale et notamment le 3^e cycle de médecine générale afin de renforcer un raisonnement clinique et diagnostique le plus contextualisé possible. Ce constat semble par ailleurs renforcé par la persistance dans le temps du même spectre des thématiques posant problème aux cliniciens.

Traiter de façon spécifique l'apprentissage du raisonnement clinique semble ainsi souhaitable pour utiliser de façon optimale les ressources à disposition des médecins généralistes et améliorer la prise en charge de l'état de santé des populations. Cela impliquerait dans les programmes de formation l'assimilation d'avancées récentes de la recherche sur le raisonnement clinique telles les concepts de problématisation des situations cliniques (7), d'intégration cognitive (8) aux connaissances et à l'expérience préalables et de raisonnement mixte analytique et non analytique (9) (10).

BIBLIOGRAPHIE

1. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires : Les soins de santé primaires. Alma-Ata (URSS). [Internet]. 1978 Sep. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9242800001.pdf>
2. Europe W. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Coord Rédactionnelle Trad En Fr Prof Pestiaux Cent Univ Médecine Générale UCL Brux Belg [Internet]. 2002 [cited 2014 Aug 8]; Available from: http://www.snemg.fr/IMG/pdf/Definition_Europeenne_de_la_Medecine_Generale_Wonca_Europe_2002.pdf
3. Charlin B, Bordage G, Van Der Vleuten C. L'évaluation du raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale*. 2003 Feb;4(1):42–52.
4. Newble D, Norman G, Van der Vleuten C. Assessing Clinical Reasoning. In : *Clinical reasoning in the health professions*. 2nd ed. Higgs J, Jones MA, editors. Oxford ; Boston: Butterworth-Heinemann; 2000. 156-165 ; 322 p.
5. Audétat M-C, Dory V, Nendaz M, Vanpee D, Pestiaux D, Junod Perron N, et al. What is so difficult about managing clinical reasoning difficulties? *Med Educ*. 2012 Feb;46(2):216–27.
6. Atkinson K, Ajjawi R, Cooling N. Promoting clinical reasoning in general practice trainees: role of the clinical teacher. *Clin Teach*. 2011 Sep;8(3):176–80.
7. Pottier P, Planchon B. Description of the mental processes occurring during clinical reasoning. *Rev Médecine Interne Fondée Par Société Natl Française Médecine Interne*. 2011 Jun;32(6):383–90.
8. Kulasegaram KM, Martimianakis MA, Mylopoulos M, Whitehead CR, Woods NN. Cognition before curriculum: rethinking the integration of basic science and clinical learning. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2013 Oct;88(10):1578–85.

9. Norman GR, Trott AD, Brooks LR, Smith EKM. Cognitive differences in clinical reasoning related to postgraduate training. *Teach Learn Med.* 1994;(6):114–20.
10. Eva KW. Ce que tout enseignant devrait savoir concernant le raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale.* 2005 Nov;6(4):225–34.

ANNEXES

Annexe 1 :

ÉVALUATION PROSPECTIVE DE L'ACTIVITÉ DE L'UNADITI.

Appelant : Nom :

Localité : **N° téléphone :**

Type d'exercice : Généraliste Spécialiste ambulatoire Médecin
hospitalier extérieur Médecin du C.H.U. Autre, préciser :

Délai de réponse :

Immédiat Moins d'une heure Dans la demi-journée Plus d'une demi-journée.
En cas de non réponse immédiate, pour quelle(s)
raison(s) ?

Motif de l'appel :

.....
.....
.....

Réponse apportée :

.....
.....
.....

Avis téléphonique Transfert vers autre spécialiste Consultation rapide
 HDJ HDS Hospitalisation traditionnelle Orientation urgences

Si la question d'un passage aux urgences se posait au cours de cet appel, votre réponse a-t-elle pu l'éviter : Non Si Oui, comment ?

Temps passé pour gérer l'appel :

Adéquation de la demande par rapport au champ de la médecine interne :

Pas du tout adaptée Moyennement adaptée Tout à fait adaptée

Selon vous quelle était la pertinence de cet appel ?

Totale Moyenne Nulle et dans ce cas je précise pourquoi :

.....

Annexe 2 :

ÉVALUATION PROSPECTIVE DE L'ACTIVITÉ DE L'UNADITI / RAPPEL

Date appel : ___ / ___ / ___ Date Rappel : ___ / ___ / ___ II. : ___

Appelant : Nom : Sexe : M / F Année naissance.....

Faculté de diplôme : Localité :

Type d'exercice : Généraliste Spécialiste ambulatoire Médecin
hospitalier extérieur Médecin du C.H.U. Autre, préciser :

Date d'installation (ou durée) :

Mode de découverte existence UNADITI ?.....

Fréquence d'utilisation de l'UNADITI :

Première fois Moins d'une fois / mois, quelles autres stratégies de résolution
aux problèmes diagnostiques ou thérapeutiques :
.....
.....

1 ou 2 fois / mois Plus de 2 fois par mois, délai de réponse moyen :

→ Immédiat ... % dans la journée ... % échec ...%

Facilité d'accès pour cet appel : Bonne Moyenne Mauvaise, justification
.....

Adaptation/Pertinence de la réponse apportée : Bonne Moyenne Mauvaise,
pourquoi ?

Satisfaction globale pour cet appel (de 0 à 100) :

Quels sont selon vous les objectifs de l'UNADITI ?
.....
.....

Quels devraient être selon vous les objectifs de l'UNADITI?
.....
.....

Quelles améliorations du service UNADITI nous conseilleriez-vous ?
.....
.....

Unité d'Aide au Diagnostic et à la Thérapeutique Immédiate (UNADITI) : Evaluation prospective de l'activité et enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes.

RESUME

Introduction : L'Unité d'Aide au Diagnostic et à la Thérapeutique Immédiate est un outil à la disposition des médecins généralistes. L'objectif principal de ce travail était de décrire le profil des appelants, leurs motifs de recours, et le type de réponses. Les objectifs secondaires étaient de quantifier l'activité, la satisfaction, et enfin évaluer la connaissance par les généralistes des missions de l'UNADITI et les améliorations qu'ils proposent d'apporter.

Méthodes : Une étude prospective, transversale, observationnelle et descriptive a été conduite. **Résultats :** 276 appels dont 61% ont pu bénéficier d'un rappel ont permis d'identifier 237 correspondants (164 médecins généralistes). Le nombre d'appelants était significativement supérieur chez les installés depuis 20 ans ou moins par rapport aux autres ($\chi^2=24,3$; $p<0,001$). Le motif des appels était d'ordre diagnostique (61%), thérapeutique (20%), ou mixte (12%) et clinique (57%), biologique (19%) ou mixte (17%). Une réponse rapide était apportée dans 91,3% évitant un passage aux urgences pour 17% des appels. 9 heures d'activité UNADITI par mois a été objectivée. Le délai d'accès au service était immédiat dans 62% des cas. L'accessibilité et la pertinence de la réponse étaient jugées bonnes dans respectivement 88% et 97,6% des cas pour une satisfaction globale de 8,5/10. Les missions supposées étaient une aide diagnostique et thérapeutique (60%), une optimisation du temps (12%) et de l'utilisation du système de santé (12%) ainsi qu'un travail en réseau (5%). Ses missions n'étaient pas connues de 11% des appelants et 62% estimaient qu'il n'y avait pas d'amélioration à apporter à la prestation UNADITI. **Discussion :** Le fonctionnement de l'UNADITI semble donc en adéquation avec ses missions mais il se dégage une nécessité d'information et formation auprès des utilisateurs.

MOTS-CLES

Médecine générale – Raisonnement clinique – Décision médicale – Médecine interne