

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2026

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Impact du circuit valide sur les pratiques d'adressage
des médecins généralistes aux urgences :
étude qualitative à l'Hôpital Saint Vincent de Paul**

Présentée et soutenue publiquement le 30 avril 2026 à 16 heures
au Pôle Formation

par Frédéric GAMBINO

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Monsieur le Docteur Charles MARLIÈRE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Charles MARLIÈRE

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je juge d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je promets et je juge de conformer strictement
ma conduite professionnelle aux principes traditionnels.

Admis dans l'intérieur des maisons,
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,
ma langue taira les secrets qui me seront confiés
et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs
ni à favoriser le crime.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage
de mes connaissances médicales contre les lois de l'Humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres,
je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pairs.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé
de mes Confrères si j'y manque.

LISTE DES ABREVIATIONS

ASH	Agent de Service Hôtelier
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
AEPF	Appropriateness Evaluation Protocol – version française
ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CAARUD	Centre d’Accueil et d’Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CCIERM	Comité interne d’éthique de la recherche médicale
CMSI	Centre Médical de Soins Immédiats
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSAPA	Centre de Soins, d’Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CV	Circuit Valide
DGOS	Direction Générale de l’Offre de Soins
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l’Évaluation et des Statistiques
ECG	Électrocardiogramme
EPSM	Établissement Public de Santé Mentale
FRENCH	French Emergency Nurse Classification in Hospital (grille de tri)
GHICL	Groupement des Hôpitaux de l’Institut Catholique de Lille
GPED	General Practitioners in or alongside Emergency Departments
HAS	Haute Autorité de Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IOA	Infirmier d’Accueil et d’Orientation
MG	Médecin Généraliste
MMG	Maison Médicale de Garde
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
RNIPH	Recherche N’Impliquant pas la Personne Humaine
SAS	Service d’Accès aux Soins
SASPAS	Stage Autonome Supervisé en Soins Primaires Ambulatoires
SFMU	Société Française de Médecine d’Urgence
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

TABLE DES MATIERES

Résumé	1
Introduction	2
Matériels et méthodes.....	6
I. Design de l'étude	6
II. Objectifs.....	6
A. Objectif principal.....	6
B. Objectifs secondaires	6
III. Cadre éthique	7
IV. Contexte et description du circuit valide	7
V. Population étudiée	9
A. Critères d'inclusion	9
B. Critères de non-inclusion	9
VI. Modalités de recrutement	9
VII. Recueil des données.....	10
A. Déroulement des entretiens	10
B. Grille d'entretien	11
VIII. Analyse des données	13
Résultats	14
I. Caractéristiques des répondants	14
II. Principaux résultats	16
A. Introduction générale des résultats	16
B. Influence de l'expérience hospitalière sur les critères d'adressage	16
C. Obstacles, facilitateurs et vécu professionnel	20
D. Proposition d'amélioration	25
III. Résultats inductifs — Thèmes émergents	28
A. Tolérance à l'incertitude et évolution de la gestion du risque	28
B. Charge émotionnelle, solitude décisionnelle et rôle du soutien collectif	28
C. Coordination informelle ville-hôpital : un levier non anticipé	29
D. Regard critique parcours patient et perception des inégalités d'accès	30
E. Le CV comme « école clinique accélérée ».....	30
Discussion	31
I. Résumé des principaux résultats	31
II. Mise en perspective avec la littérature	32
A. Littérature française	32
B. Littérature internationale	44
III. Limites de l'étude.....	46
IV. Forces de l'étude	48
V. Implications pratiques et perspectives organisationnelles : le circuit valide comme modèle.....	49
A. Formation initiale et continue des médecins généralistes.....	50
B. Coordination ville-hôpital et maintien d'un lien fonctionnel	51
C. Aide à la décision et sécurisation de l'adressage en ville	51
D. Intégration territoriale et organisation des soins non programmés	52
Conclusion.....	53
Références bibliographiques	55
Annexes	57

RESUME

Contexte : La fréquentation des services d'urgence augmente en France, soulevant la question de la pertinence de l'adressage par les médecins généralistes. À l'hôpital Saint Vincent de Paul de Lille, un « circuit valide » supervisé par des médecins généralistes a été mis en place pour les patients autonomes. Cette étude explore l'influence de cette expérience sur leurs pratiques d'adressage.

Méthode : Étude qualitative monocentrique reposant sur des entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes exerçant en ville et au circuit valide. Les entretiens ont été retranscrits et analysés thématiquement.

Résultats : Huit entretiens ont été analysés. Les médecins décrivent une meilleure capacité de tri des situations urgentes, une tolérance accrue à l'incertitude et une diminution des adressages par précaution. L'expérience hospitalière améliore également la compréhension du fonctionnement des urgences et renforce les liens ville-hôpital.

Conclusion : L'expérience au circuit valide semble favoriser des adressages plus ciblés et renforcer la coordination entre médecine de ville et urgences.

INTRODUCTION

La gestion des flux de patients dans les services d'urgence constitue une problématique majeure pour les systèmes de santé. En France, la fréquentation des services d'urgences hospitalières connaît une augmentation constante depuis plusieurs décennies, entraînant une surcharge chronique des structures, un allongement des délais de prise en charge et, dans certains cas, une altération de la qualité des soins [1-2]. Cette situation est multifactorielle, associant une augmentation des besoins de santé de la population, une pénurie de professionnels médicaux et paramédicaux, ainsi qu'une organisation parfois inadaptée à l'évolution des demandes de soins.

Parallèlement, les médecins généralistes occupent une place centrale dans le système de santé français en tant que médecins de premier recours. Ils jouent un rôle clé dans l'orientation des patients. L'adressage désigne, ici, la décision du médecin généraliste d'orienter un patient vers les urgences (ou vers une filière hospitalière) afin de sécuriser la prise en charge.

Dans leur pratique quotidienne, ils sont confrontés à des dilemmes décisionnels fréquents, devant arbitrer entre la prise en charge directe au cabinet et l'adressage vers l'hôpital pour des situations jugées urgentes, complexes ou incertaines. Ces décisions reposent sur des déterminants multiples, incluant la gravité clinique perçue, les ressources disponibles en ville, les contraintes organisationnelles, mais aussi l'expérience professionnelle et personnelle du médecin [3-4].

Toutefois, l'impact spécifique d'une activité hospitalière exercée au sein d'un service d'urgence sur les pratiques d'adressage des médecins généralistes de ville reste peu étudié. Certaines données suggèrent que l'exposition directe au contexte hospitalier, et en particulier aux urgences, pourrait modifier la perception de l'urgence, renforcer la capacité à gérer l'incertitude et influencer les seuils décisionnels d'orientation vers l'hôpital [5–7]. Ces éléments soulignent la nécessité d'explorer plus finement les mécanismes par lesquels les expériences professionnelles croisées façonnent les pratiques cliniques.

Dans ce contexte, certaines structures hospitalières ont mis en place des organisations innovantes visant à améliorer la gestion des flux de patients tout en renforçant la coordination entre médecine de ville et hôpital. C'est notamment le cas du service d'accueil des urgences de l'Hôpital Saint Vincent de Paul à Lille, qui a engagé depuis 2021 une réorganisation profonde de son fonctionnement. Celle-ci s'est traduite par la création d'un « circuit valide », destiné aux patients de moins de 75 ans, autonomes, se présentant comme valides à l'accueil des urgences et triés selon la grille FRENCH. Ce circuit est spécifiquement supervisé en journée par un médecin généraliste, tandis que les patients relevant de situations plus complexes ou graves sont orientés vers le circuit dit « couché », pris en charge par les médecins urgentistes.

Cette organisation vise à répondre à la saturation croissante des urgences en redistribuant les flux de patients, mais également à valoriser les compétences spécifiques des médecins généralistes dans la prise en charge des soins non programmés. L'intégration de médecins généralistes exerçant parallèlement en ville au sein du service d'urgence favorise une approche hybride, à l'interface entre soins primaires et hospitaliers. Elle permet également une meilleure fluidification des parcours de soins, une réduction des temps d'attente et un recentrage des urgentistes sur les situations d'urgence vitale.

Dans un contexte où l'optimisation de la prise en charge des patients en soins primaires et la régulation des flux vers l'hôpital constituent des enjeux majeurs de santé publique, l'analyse de ces pratiques innovantes apparaît essentielle. Comprendre comment une activité hospitalière exercée en service d'urgence, et plus particulièrement au sein d'un dispositif tel que le circuit valide, influence les pratiques d'adressage des médecins généralistes de ville pourrait permettre d'identifier des leviers d'amélioration de la coordination ville-hôpital et d'une utilisation plus pertinente des ressources de santé.

L'objectif principal de cette étude est donc d'explorer, par une approche qualitative, l'influence d'une activité hospitalière en service d'urgence sur les comportements d'adressage des médecins généralistes de ville. Plus précisément, cette thèse s'intéresse à la manière dont l'expérience du circuit valide du service des urgences de l'hôpital Saint Vincent de Paul est intégrée dans la pratique quotidienne des médecins généralistes, et comment elle influence leurs décisions d'orienter ou non un patient vers les urgences. Une approche qualitative paraît adaptée pour explorer un raisonnement clinique, des perceptions et des mécanismes décisionnels. Cette réflexion vise, à terme, à contribuer à une meilleure gestion des flux de patients, à limiter les surcharges évitables des services d'urgence et à améliorer la qualité des soins dispensés aux patients.

MATERIELS ET METHODES

I. Design de l'étude

Il s'agit d'un Projet de Recherche N'impliquant pas la Personne Humaine (RNIPH), mené sous la forme d'une étude qualitative, monocentrique et prospective. L'étude s'intéresse au fonctionnement du circuit valide (CV) des urgences adultes de l'hôpital Saint Vincent de Paul (GHICL, Lille).

Elle repose sur une approche qualitative déductive et inductive, afin de comprendre comment l'expérience hospitalière au CV influence la façon dont les médecins généralistes orientent leurs patients vers les urgences.

II. Objectifs

A. Objectif principal

Explorer la perception des médecins généralistes de ville concernant l'impact de leur expérience au circuit valide des urgences adultes de Saint Vincent sur leurs décisions d'adressage des patients vers ces services.

B. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de ce travail de recherche sont :

- Comprendre les représentations et les critères subjectifs et objectifs mobilisés par les médecins généralistes lorsqu'ils décident d'orienter un patient aux urgences.

- Identifier les éléments perçus comme influençant cette décision, notamment l'expérience hospitalière des praticiens et les contraintes liées à leur exercice en cabinet.
- Explorer les différences de perception et de pratiques selon l'intensité, l'ancienneté ou la régularité de l'expérience hospitalière au circuit valide.
- Recueillir les ressentis et propositions des médecins généralistes pour améliorer l'orientation des patients entre la ville et l'hôpital, en tenant compte de leur vécu professionnel

III. Cadre éthique

Le protocole de recherche a été construit avec l'aide de Madame Domitille Tristram, coordinatrice du Comité interne d'éthique de la recherche médicale (CCI-ERM) du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL). Il a été évalué par ce comité, qui a rendu un avis favorable en mai 2025 (annexe 1).

Tous les participants ont reçu une information claire sur les objectifs de l'étude, les conditions de participation et la confidentialité des données. Chaque médecin a donné son consentement éclairé avant l'entretien. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits et anonymisés pour garantir l'anonymat.

IV. Contexte et description du circuit valide

Le circuit valide (CV) est une filière spécifique du service d'accueil des urgences adultes de l'hôpital Saint Vincent de Paul, mise en place dans le cadre d'une réorganisation visant à améliorer la gestion des flux de patients.

Il s'adresse aux patients de moins de 75 ans, autonomes, se présentant comme valides à l'accueil des urgences. L'orientation vers le CV est réalisée après un tri infirmier structuré, reposant sur la grille FRENCH.

Le CV est intégré au service des urgences adultes, qui fonctionne en continu, 24 heures sur 24. La prise en charge au sein du CV est assurée en journée, de 9 h 30 à 19 h 30, par un médecin généraliste exerçant parallèlement en médecine de ville. En dehors de ces horaires, les patients relevant de ce circuit sont pris en charge par les médecins urgentistes. Les patients présentant des critères de gravité, des situations plus complexes ou nécessitant une prise en charge hospitalière prolongée sont orientés vers le circuit dit « couché », pris en charge en continu par les médecins urgentistes.

Les médecins généralistes intervenant au CV assurent l'évaluation clinique initiale, la prescription des examens complémentaires nécessaires et l'orientation des patients (retour à domicile, orientation spécialisée ou hospitalisation). Ils travaillent en lien étroit avec les équipes infirmières et les médecins urgentistes.

Les médecins généralistes du CV participent également à l'encadrement des externes présents aux urgences. Ils jouent un rôle important dans leur formation, notamment en matière de raisonnement clinique, de hiérarchisation des situations aiguës et de prise de décision en contexte d'incertitude. Cette dimension pédagogique constitue un élément structurant du dispositif, en particulier pour les jeunes praticiens.

V. Population étudiée

A. Critères d'inclusion

- Médecins généralistes thésés ou ayant la licence de remplacement
- Ayant au moins un an d'expérience en cabinet libéral
- Exerçant en tant que médecin remplaçant régulier ou titulaire en libéral

B. Critères de non-inclusion

Refus de participation à l'étude ou indisponibilité pour un entretien individuel

C. Critères d'exclusion

Expérience régulière ou ponctuelle au circuit valide de Saint Vincent inférieure à 6 mois.

VI. Modalités de recrutement

Le recrutement a été réalisé avec l'aide du Docteur Charles Marlière, médecin généraliste et coordinateur du circuit valide. Les médecins ont été contactés par téléphone, par mail (annexe 2). Une note d'information et une autorisation d'enregistrement leur ont été remises. La population potentielle était limitée à douze médecins exerçants ou ayant exercé au CV et disposant d'une activité en ville (figure 1).

Neuf entretiens ont été réalisés.

Après vérification des critères, huit entretiens ont été retenus pour l'analyse.

Un entretien a été exclu (expérience au CV < 6 mois).

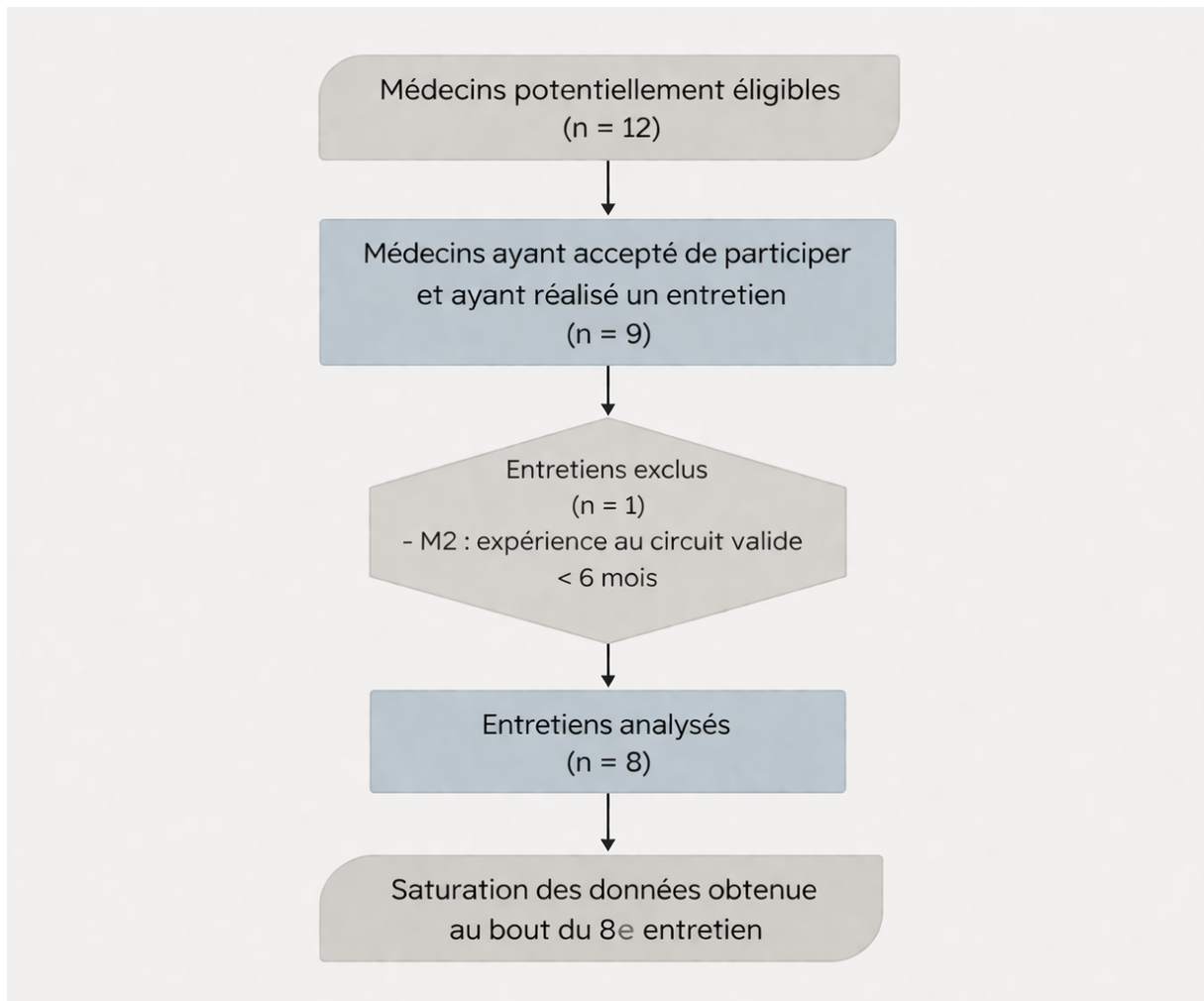


Figure 1 : Diagramme de flux

VII. Recueil des données

A. Déroulement des entretiens

Les entretiens semi-directifs ont eu lieu de début septembre à fin octobre 2025.

Ils ont duré entre 35 minutes et 1 h 15. Selon les disponibilités, ils se sont déroulés :

- En présentiel au cabinet du médecin,
- En visioconférence,
- Ou par téléphone.

Les échanges ont été enregistrés avec un dictaphone, puis retranscrits mot à mot. Des notes complémentaires ont été prises pour relever les éléments non verbaux (intonations, émotions, hésitations). L'ensemble des données des participants ont été anonymisées au moyen d'un numéro d'inclusion.

B. Grille d'entretien

La grille d'entretien suivante (tableau 1), préparée à partir du protocole, guidait la discussion autour de cinq thèmes. Cette trame a permis de construire le guide d'entretien (annexe 3) et de garder une cohérence entre les entretiens, tout en laissant une grande liberté d'expression aux participants.

Thèmes principaux	Sous-thèmes	Exemples de codes
1. Critères d'adressage aux urgences	<i>Raisons médicales</i>	« Suspicion urgence vitale » « Doute diagnostique ? », « Besoin d'examens complémentaires rapides ? »
	<i>Facteurs organisationnels</i>	« Impossibilité de prise en charge en ville ». « Absence de spécialiste disponible »
	<i>Contraintes du médecin</i>	« Manque de temps » « Charge de travail »
2. Influence de l'expérience hospitalière	<i>Impact des journées aux circuit valide des urgences de Saint Vincent</i>	« Meilleure connaissance des critères cliniques et biologiques » « Meilleure confiance grâce à l'expérience »
	<i>Changement de perception du tri des patients</i>	« Sensibilisation à l'engorgement des urgences » « Différenciation entre urgences réelles et ressenties »
3. Obstacles et facilitateurs à l'adressage	<i>Ressources du cabinet</i>	« Accès à l'imagerie et à la biologie facile en ville » « Collaboration avec un spécialiste de proximité »
	<i>Pression extérieure</i>	« Attentes des patients et familles » « Demande explicite d'hospitalisation »

Tableau 1 : Thèmes, sous-thèmes et exemples de codes issus de l'analyse thématique des entretiens réalisés auprès des médecins généralistes

VIII. Analyse des données

L'analyse a été réalisée avec le logiciel NVivo version 15. Chaque transcription a été découpée en unités de sens, puis regroupée dans des nœuds thématiques. Deux démarches ont été combinées :

- Un codage déductif, basé sur les thèmes prévus dans le protocole (critères d'adressage, influence du CV, obstacles, représentations, propositions d'amélioration) ;
- Un codage inductif, permettant de faire émerger de nouveaux thèmes issus des propos des médecins (tolérance à l'incertitude, reconnaissance, charge émotionnelle, contraintes administratives, etc.).

Cette méthode a permis de croiser les axes théoriques et les données issues du terrain, pour une compréhension plus riche des résultats.

La saturation des données a été considérée comme atteinte à l'issue des huit entretiens analysés, les derniers entretiens n'apportant plus de nouveaux thèmes ni d'éléments analytiques significativement différents.

Neuf entretiens ont été réalisés au total. L'un d'entre eux a été conduit sur la base des informations disponibles au moment du recrutement, puis exclu secondairement de l'analyse en raison d'une expérience au circuit valide inférieure à six mois, identifiée au cours de l'entretien.

Les huit entretiens finalement analysés ont permis de faire émerger des thèmes récurrents, cohérents et suffisamment riches pour répondre aux objectifs de l'étude.

Les médecins encore éligibles au sein de la population initiale présentaient des profils similaires à ceux déjà inclus, ce qui laissait supposer que leur inclusion n'aurait pas permis l'émergence de nouveaux thèmes.

RESULTATS

I. Caractéristiques des répondants

L'échantillon final comprend huit médecins généralistes exerçant à la fois en médecine de ville et au circuit valide des urgences adultes de Saint Vincent de Paul (tableau 2).

L'âge moyen des participants est de 32,9 ans, témoignant d'un échantillon composé exclusivement de jeunes praticiens en début de carrière. Tous sont de jeunes praticiens, ayant entre 1 et 7 ans d'expérience en médecine générale (moyenne de 3,9 ans). Leur expérience au circuit valide varie de 6 mois à 4 ans (moyenne de 1,9 ans). L'échantillon présente une diversité de parcours professionnels : certains médecins sont installés, d'autres remplaçants réguliers ; tous exercent en zone urbaine ou semi-rurale et aucun ne travaille en zone rurale strictement définie selon la classification de l'INSEE [8-9].

Les entretiens réalisés ont duré entre 14 minutes et 34 minutes.

ID	Sexe	Âge	Statut	Zone ¹	Exp. MG ²	Exp. CV ³	Points saillants
M1	H	35 ans	Installé	Urbain	4 ans	4 ans	Exerce en MSP, activité mixte : ville/CV, encadrement d'externes, au CV, forte implication dans la coordination avec les urgentistes
M2	F	28 ans	Remplaçant	Urbain	1 an	< 0,5 an	Exclue de l'analyse pour expérience au CV < 6 mois
M3	F	29 ans	Remplaçant	Urbain/semi-rural	1 an	1 an	Exerce majoritairement en CMSI, collaboration fluide avec urgentistes, valorise le travail en équipe
M4	F	28 ans	Remplaçant	Urbain	1 an	1 an	Ancienne interne et remplaçante au CMSI, pratique variée (traumato, psy, viscéral), apprécie le travail d'équipe et le soutien des urgentistes
M5	F	35 ans	Remplaçant	Urbain	7 ans	4 ans	Médecin expérimentée, formée en addictologie, exerce en cabinet de ville et aussi en CSAPA/CARUD, forte autonomie clinique et engagement social
M6	H	31 ans	Remplaçant	Semi-rural	3 ans	1,5 ans	Pratique dans plusieurs cabinets, préférence pour la gériatrie et le suivi chronique, bonne coordination avec les urgentistes, valorise l'éducation des patients
M7	H	40 ans	Installé	Péri-urbain	5 ans	2 ans	Installé récemment après plusieurs remplacements, difficultés d'accès aux spécialistes, réflexion approfondie sur l'adressage raisonné aux urgences
M8	H	34 ans	Installé	Urbain	6 ans	0,5 ans	Installé en maison médicale, activité mixte (médecine générale et du sport), recours raisonné à l'imagerie
M9	F	31 ans	Remplaçant	Urbain/péri-urbain	4 ans	1 an	Exercice mixte ville-hôpital, souligne l'apport du CV dans la confiance clinique

Tableau 2 : Profil des médecins généralistes participant à l'étude

¹ Définition des zones d'exercice et caractéristiques de l'échantillon. Pour situer l'exercice des médecins, on distingue (selon l'INSEE) :

- Les communes dites « urbaines » : communes denses ou de densité intermédiaire selon la grille communale de densité.
- Les communes dites « rurales » : celles qualifiées de peu denses ou très peu denses selon la même grille.

² Durée d'expérience en médecine générale

³ Durée d'expérience au circuit valide des urgences de l'hôpital Saint Vincent de Paul

II. Principaux résultats

A. Introduction générale des résultats

Les résultats de l'étude sont présentés selon trois grands axes :

- L'influence de l'expérience hospitalière sur les critères d'adressage, qui regroupe les éléments relatifs à la décision d'envoyer un patient aux urgences et aux effets concrets de l'expérience au circuit valide sur cette décision ;
- Les obstacles, facilitateurs et vécu professionnel, qui abordent à la fois les contraintes structurelles de l'exercice et les apports humains et formatifs du double exercice ville-hôpital ;
- Les propositions d'amélioration, présentées sous forme de tableau, mettant en valeur les idées concrètes émises par les participants pour renforcer la coordination et la qualité du parcours de soins.

Ces trois axes permettent de répondre à l'objectif principal de l'étude : comprendre comment l'expérience hospitalière au circuit valide influence les décisions d'adressage des médecins généralistes et la perception de leur rôle professionnel.

Enfin, une dernière section met en évidence les thématiques émergentes issues du codage inductif, traduisant la richesse et la spontanéité des discours recueillis. Chaque partie est illustrée par des verbatim anonymisés, afin de rendre compte de la diversité et de la sincérité des points de vue exprimés par les médecins interrogés.

B. Influence de l'expérience hospitalière sur les critères d'adressage

Cette première partie décrit les critères mobilisés par les médecins généralistes au moment de la décision d'adressage, et la manière dont l'expérience hospitalière au circuit valide modifie leur interprétation.

Les médecins interrogés décrivent une décision d'adressage influencée à la fois par des critères médicaux, des contraintes organisationnelles, et des facteurs relationnels. Tous s'accordent pour dire que leur passage au circuit valide (CV) a modifié, à des degrés divers, leur manière d'évaluer les situations et de hiérarchiser les urgences.

« Le fait d'avoir travaillé au CV change notre rapport à l'urgence : on relativise plus, on sait ce qui est vraiment grave. » (M1)

« Avant, j'envoyais plus facilement. Maintenant, je garde certains patients que je n'aurais pas osé suivre avant. » (M4)

1. Les critères médicaux : signes de gravité et accès aux examens complémentaires

Les médecins s'appuient d'abord sur des signes cliniques de gravité pour décider d'un adressage : douleur thoracique, malaise, désaturation, suspicion d'AVC ou tout signe de gravité perçu. Ces critères restent stables, mais la manière de les interpréter semble influencée par l'expérience hospitalière.

« On sait mieux faire la différence entre une douleur inquiétante et une douleur fonctionnelle, parce qu'on les a vues aux urgences. » (M3)

« Les signes de gravité, on les apprend à l'hôpital. Le CV m'a donné des repères très concrets sur ce qui mérite vraiment un transfert. » (M8)

Certains évoquent un regard plus nuancé sur le risque après leur passage au CV : ils disent mieux tolérer l'incertitude et décider avec davantage de discernement.

« Avant, au moindre doute, j'appelais le 15. Aujourd'hui, je sais temporiser. » (M1)

« Travailler au CV, ça aide à ne plus paniquer dès qu'on a un doute. On garde le patient sous surveillance plutôt que de l'envoyer d'emblée. » (M5)

Le manque d'accès à certains examens en ville (imagerie, biologie) reste un facteur d'adressage fréquent, mais plusieurs médecins affirment que l'expérience hospitalière leur a appris à faire sans, ou à mieux évaluer la pertinence de ces examens.

« Au CV, on apprend que beaucoup de bilans qu'on demande par réflexe ne changent pas la prise en charge. Ça aide à se recentrer sur la clinique. » (M6)

« En ville, sans ECG ou sans bilan rapide, on ne peut pas toujours trancher, mais au CV on apprend à se fier à la clinique. » (M8)

« On comprend aussi que certains examens ne sont pas si urgents. Du coup, on évite de surcharger les urgences pour ça. » (M9)

Ainsi, le CV ne modifie pas les critères de gravité eux-mêmes, mais la capacité des médecins à les interpréter et à prioriser leurs décisions.

2. Les critères organisationnels : contraintes et réalités du terrain

Les conditions d'exercice en médecine libérale (manque de temps, de plateau technique, ou d'accès à des avis spécialisés) influencent largement la décision d'adresser un patient. Mais ici encore, le passage au CV semble donner aux médecins des outils de gestion et de discernement supplémentaires.

« Avant le CV, j'étais très dépendant du contexte : fin de journée, pas d'écho, j'envoyais. Maintenant, j'arrive mieux à gérer avec ce que j'ai. » (M4)

« On apprend à évaluer le risque de manière plus réaliste, pas seulement en fonction des moyens disponibles. » (M8)

Certains médecins expliquent que leur expérience hospitalière leur a permis de mieux anticiper le parcours hospitalier du patient, et donc de préparer des adressages plus ciblés et plus utiles.

« On a une meilleure vision de ce qu'ils peuvent faire ou pas aux urgences, donc on adresse moins par automatisme. » (M3)

« Quand on connaît le fonctionnement des urgences, on sait à qui envoyer, comment présenter le cas, et ça fait gagner du temps à tout le monde. » (M5)

Le CV permet aussi d'entretenir des liens plus directs avec les services hospitaliers, ce qui change la nature même de la décision : certains contactent désormais leurs collègues plutôt que d'envoyer systématiquement le patient aux urgences.

« Avant, j'aurais envoyé. Aujourd'hui, j'appelle un interne ou un collègue au CV, et souvent, on trouve une autre solution. » (M1)

« On sait qu'on peut avoir un avis rapidement, ce qui évite parfois une hospitalisation inutile. » (M9)

Ainsi, le CV agit comme un levier entre la ville et l'hôpital : il favorise des adressages plus adaptés et une communication plus directe entre médecins.

3. Les facteurs relationnels : attentes, isolement et réassurance

Les facteurs relationnels et émotionnels influencent aussi la décision d'adresser. La pression des patients et de leurs proches, la crainte de l'erreur, ou le sentiment d'isolement sont des éléments souvent cités. Cependant, l'expérience au CV semble là encore renforcer la capacité du médecin à garder la main sur la décision.

« J'explique beaucoup plus facilement pourquoi un passage aux urgences n'est pas nécessaire, parce que je sais comment ils fonctionnent. » (M5)

« Travailler aux urgences, ça aide à ne plus se laisser guider par l'angoisse des patients. On a appris à rassurer sans forcément hospitaliser. » (M7)

La connaissance concrète du service hospitalier rend la communication plus crédible et plus rassurante pour les patients.

« Quand on dit au patient : “je connais le service, votre cas ne nécessite pas d’aller là-bas”, c’est plus convaincant. » (M3)

« Le CV m’a donné des arguments concrets pour expliquer mes choix et rassurer. » (M4)

Le sentiment d’isolement décisionnel est également atténué : les médecins savent qu’ils peuvent échanger plus facilement avec les équipes hospitalières, même de manière informelle.

« Le fait d’avoir ce lien, même informel, change tout : on se sent moins isolé, donc on adresse moins par précaution. » (M1)

« Je sais que si j’ai un doute, je peux appeler un confrère du CV pour en discuter. Avant, j’étais seul avec ma décision. » (M8)

C. Obstacles, facilitateurs et vécu professionnel

Cette seconde partie s’intéresse au contexte professionnel dans lequel s’inscrivent ces décisions, en explorant à la fois les contraintes de l’exercice et les ressources perçues par les médecins.

Les médecins interrogés décrivent un exercice souvent exigeant, marqué par des contraintes structurelles et organisationnelles importantes, mais également par des aspects valorisants et formatifs liés à leur expérience au circuit valide (CV). Cette expérience est vécue à la fois comme un soutien professionnel et un levier d’évolution personnelle, même si elle met aussi en lumière certaines tensions et limites du système.

Trois grandes dimensions ressortent de l’analyse :

- Les contraintes et freins de l’exercice mixte ;
- Les facteurs facilitateurs et ressources perçus ;
- Le vécu professionnel et la redéfinition de leur identité de médecin généraliste.

1. Contraintes et freins dans la pratique quotidienne

Les médecins évoquent d'abord les conditions de travail en ville, souvent marquées par un manque de temps, un isolement professionnel, et des ressources limitées. Ces contraintes influencent directement leur capacité à assurer un suivi optimal ou à éviter des adressages systématiques aux urgences.

« Je travaille seule, donc quand j'ai un doute, je n'ai pas de collègue pour discuter d'un cas. C'est aussi ça qui pousse à envoyer. » (M4)

« On n'a pas de plateau technique, pas de biologie, pas de radio... Donc, dès qu'on veut sécuriser, on envoie. » (M6)

« En cabinet, quand tu finis à 20 h avec encore trois patients, c'est plus simple d'adresser que de rappeler quelqu'un le lendemain. » (M9)

Le temps médical est décrit comme une ressource rare. La pression quotidienne, entre patients à voir et tâches administratives, rend difficile la surveillance rapprochée de certains cas.

« Ce n'est pas toujours une urgence médicale, c'est souvent une urgence de disponibilité. » (M1)

« Le vrai problème, c'est le temps. On n'a pas la possibilité de revoir un patient le lendemain, alors on se sécurise. » (M7)

Certains mentionnent aussi la fatigue liée au cumul d'activités entre ville et CV, parfois accentuée par les gardes ou les horaires décalés.

« Les semaines mixtes sont les plus dures : cabinet la journée, CV le lendemain, c'est enrichissant mais épuisant. » (M5)

« Le CV, c'est très formateur, mais c'est intense. Quand tu fais des journées de 12 h et que tu enchaînes au cabinet, tu es rincé. » (M8)

Enfin, plusieurs médecins soulignent un sentiment de manque de reconnaissance ou de communication insuffisante entre la ville et l'hôpital. Malgré leur double casquette, ils constatent encore une distance symbolique entre les deux mondes.

« Parfois, on a l'impression que nos courriers ne sont pas lus. Le patient est repris à zéro, comme s'il n'avait pas été vu avant. » (M3)

« Les liens existent, mais il n'y a pas encore de vraie reconnaissance institutionnelle. » (M4)

« Il y a encore une hiérarchie implicite : le généraliste reste "celui qui filtre", pas toujours celui qui soigne. » (M9)

2. Facteurs facilitateurs et ressources perçues

À l'inverse, tous soulignent les bénéfices multiples de leur passage au CV, perçu comme un tremplin professionnel et un outil d'apprentissage concret. Ils évoquent une montée en compétence clinique, une meilleure coordination ville-hôpital, et un gain de confiance dans leur prise de décision.

« Le CV, c'est une vraie école. On apprend à trier, à hiérarchiser, à ne pas se précipiter. » (M1)

« L'expérience du CV m'a donné confiance. Je gère différemment les situations floues. » (M3)

« J'ai appris à reconnaître les vrais motifs d'urgence et à temporiser quand c'est possible. » (M5)

La diversité des cas rencontrés est aussi vécue comme un enrichissement quotidien. Les médecins disent mieux comprendre la logique hospitalière et les circuits d'adressage.

« En voyant comment les urgences fonctionnent, on comprend mieux pourquoi certains patientsaturent le système. » (M7)

« Le CV m'a permis d'avoir une vision plus globale du parcours patient, pas juste l'étape "cabinet". » (M8)

Le réseau professionnel créé au CV est également un élément clé. Il permet d'obtenir plus facilement un avis, de raccourcir les parcours et d'éviter des envois inutiles.

« Avant, j'étais isolée. Maintenant, je me sens connectée à un réseau, c'est rassurant. » (M4)

« Le fait de connaître les équipes, les internes, les chefs, ça facilite les échanges et ça fluidifie le parcours. » (M6)

« Quand j'ai un doute, je sais à qui téléphoner à l'hôpital. Ça change tout. » (M9)

Plusieurs soulignent aussi la reconnaissance obtenue de la part des équipes hospitalières. Travailler au CV permet de montrer la valeur du regard généraliste dans la prise en charge des urgences.

« Au CV, on est considérés comme médecins à part entière, pas comme des "remplaçants d'urgentistes". » (M1)

« Les urgentistes nous font confiance, et ça, c'est valorisant. » (M5)

« C'est agréable de sentir qu'on a notre place, qu'on apporte une approche différente. » (M8)

Enfin, plusieurs médecins décrivent une solidarité entre pairs au CV, vécue comme un contrepoids à l'isolement du cabinet.

« Au CV, on travaille en équipe, on peut échanger, débriefer. En ville, on n'a pas ça. » (M3)

« Il y a une entraide naturelle, surtout entre jeunes médecins. C'est formateur et humainement très riche. » (M4)

3. Vécu professionnel et identité du médecin généraliste

Cette expérience hospitalière agit aussi sur la construction identitaire des praticiens. Beaucoup évoquent un sentiment de progression et une affirmation de leur rôle au sein du système de soins.

« Le CV m'a permis de grandir, de me sentir plus légitime dans mes décisions. »

(M6)

« C'est une expérience qui te forge : tu gagnes en confiance et en recul. » **(M9)**

Les médecins soulignent aussi la complémentarité entre leurs deux exercices. Le CV apporte la rigueur, le collectif et la sécurité ; la médecine de ville apporte la continuité, la relation et l'autonomie.

« Les deux activités se nourrissent mutuellement : l'hôpital m'a appris à gérer les urgences, la ville m'a appris la patience et la communication. » **(M5)**

« En ville, on est plus libres, mais on est seuls. À l'hôpital, on apprend à travailler en équipe, à s'appuyer sur les autres. » **(M8)**

Pour certains, le CV a permis une réconciliation entre deux univers souvent perçus comme éloignés : la ville et l'hôpital.

« On comprend mieux les contraintes de chacun, on travaille moins en opposition. »

(M3)

« Avant, j'avais l'impression que l'hôpital et la ville étaient deux mondes à part. Le CV crée un vrai pont entre les deux. » **(M7)**

Le sentiment de reconnaissance est un aspect central du vécu professionnel. Le CV offre un espace où les médecins généralistes se sentent écoutés, utiles et respectés pour leur expertise.

« C'est gratifiant de sentir qu'on est légitime, qu'on apporte une plus-value dans le tri des patients. » **(M1)**

« Au CV, on se sent légitime. On est vraiment considéré comme médecin. » **(M3)**

« Ça redonne du sens à notre métier. On voit l'impact concret de notre rôle. » **(M4)**

« Les urgentistes nous font confiance, ça fait du bien. » **(M5)**

« En ville, on a parfois l'impression d'être dévalorisé. Au CV, on voit qu'on a une vraie plus-value. » **(M7)**

« Ça casse un peu l'image du généraliste isolé, débordé, pas reconnu. » **(M8)**

Enfin, plusieurs médecins expriment un attachement profond à cette double activité, malgré sa charge. Ils y voient un équilibre entre apprentissage, engagement et utilité.

« Le CV, c'est exigeant, mais passionnant. Ça me reconnecte à la médecine "pure", celle de terrain. » **(M5)**

« J'aime cette diversité. C'est fatigant, mais c'est ce qui me fait rester dans le métier. » **(M6)**

D. Proposition d'amélioration

La dernière partie des résultats présente les propositions formulées par les médecins généralistes pour améliorer la coordination entre la médecine de ville et l'hôpital. Ces suggestions, issues directement des entretiens, traduisent à la fois leur réflexion sur leurs pratiques et leur volonté d'évolution du système de soins.

Afin d'en faciliter la lecture, elles sont présentées sous forme de tableau thématique (tableau 3), regroupant les besoins identifiés, leur objectif et des exemples de verbatim illustratifs.

Proposition/besoin exprimé	Objectif/sens donné par les médecins	Illustration par verbatim
Renforcer la formation continue en lien avec la pratique hospitalière	Maintenir et approfondir les compétences cliniques, notamment dans la gestion de l'incertitude et des urgences.	« Le CV m'a beaucoup appris, mais il faudrait que ce soit prolongé par de la formation continue. » (M3) « On gagnerait à avoir des formations plus concrètes, proches de ce qu'on vit au CV. » (M5) « Avoir des mises à jour régulières sur les urgences ou les pathologies fréquentes, ce serait utile. » (M9)
Créer des temps d'échange réguliers entre médecins de ville et hospitaliers	Faciliter la communication, mieux comprendre les contraintes et renforcer la confiance mutuelle	« Ce qui manque, c'est un vrai dialogue entre la ville et l'hôpital. » (M1) « On ne se connaît pas assez, on travaille en parallèle. » (M4) « Avoir des réunions communes ou des retours sur les patients adressés, ce serait très formateur. » (M6) « On travaille dans le même système, mais on ne se parle jamais vraiment. » (M8)
Mettre en place un outil numérique partagé (messagerie, plateforme sécurisée)	Fluidifier les échanges, éviter les pertes d'information, gagner du temps pour les patients.	« Un outil simple pour contacter directement un service hospitalier, ce serait déjà énorme. » (M4) « Une messagerie simple entre généralistes et services d'urgences, ce serait l'idéal. » (M7) « On a besoin d'un canal de communication clair, sans passer par dix intermédiaires. » (M8) « On perd beaucoup de temps à chercher le bon interlocuteur. » (M9)
Améliorer la traçabilité et le retour d'information après un passage aux urgences	Assurer la continuité du suivi en ville et renforcer la qualité de la prise en charge.	« Avoir un retour systématique, ce serait la base du suivi. » (M3) « C'est frustrant de ne pas savoir ce qu'est devenu le patient qu'on a adressé. » (M4) « On envoie des patients, mais on ne sait pas ce qu'ils deviennent. » (M7) « Parfois, on n'a même pas le compte rendu du passage aux urgences, ou trop tard. » (M9)

Valoriser et pérenniser le dispositif du CV	Reconnaître le rôle formateur et structurant du circuit valide pour les jeunes médecins.	« Le CV, c'est un vrai tremplin. Il faudrait qu'il soit mieux reconnu et plus durable. » (M1) « Le CV, c'est un modèle d'apprentissage à garder. » (M3) « C'est une expérience à généraliser, surtout pour les jeunes remplaçants. » (M5)
Repenser l'organisation du parcours de soins	Simplifier les circuits d'orientation, éviter les doublons et les allers-retours inutiles entre ville et urgences.	« Mieux articuler les soins entre les différents acteurs, ce serait un vrai progrès. » (M1) « Il faudrait un parcours plus fluide, sans que le patient soit ballotté. » (M6) « Parfois, on envoie un patient aux urgences pour un examen, et il revient sans suivi. Il faut mieux articuler les étapes. » (M8)
Reconnaître le rôle du médecin généraliste dans la régulation des urgences	Valoriser son expertise et son rôle de tri dans la chaîne de soins.	« Le généraliste filtre beaucoup de situations, mais ça reste invisible. » (M3) « On fait déjà une forme de régulation, mais sans la reconnaissance qui va avec. » (M9)
Encourager les exercices mixtes et la collaboration interprofessionnelle	Promouvoir des carrières qui allient pratique libérale et travail hospitalier.	« Le double exercice, c'est l'avenir. On apprend, on échange, on garde la main sur les deux milieux. » (M4) « C'est ce qui m'a redonné envie de rester en médecine générale. » (M7) « Ça permet de comprendre les deux logiques et d'être plus efficace dans les deux. » (M9)
Sensibiliser les patients à un meilleur usage des urgences	Réduire les recours injustifiés et recentrer les urgences sur les besoins réels	« Beaucoup viennent aux urgences parce que c'est gratuit ou plus rapide. Il faut mieux informer. » (M7) « Les patients ont intégré que tout est plus simple là-bas : pas de paiement, pas d'attente de rendez-vous. » (M9)

Tableau 3 : Propositions des médecins généralistes pour améliorer la coordination entre la médecine de ville et l'hôpital

III. Résultats inductifs — Thèmes émergents

L'analyse inductive, menée parallèlement au codage déductif, a permis de faire émerger plusieurs thématiques non prévues dans le protocole.

A. Tolérance à l'incertitude et évolution de la gestion du risque

Un premier thème concerne la façon dont les médecins apprennent, au CV, à accepter l'incertitude inhérente à la pratique médicale. Plusieurs décrivent un changement profond dans leur manière d'évaluer le risque, passant d'une approche très prudente à une posture plus nuancée, guidée par l'expérience clinique.

« Avant le CV, au moindre doute, j'envoyais. C'était plus simple. Maintenant je sais temporiser. » (M1)

« Le CV m'a appris à ne pas paniquer dès qu'on a un doute. On peut observer, réévaluer. » (M5)

« On accepte plus facilement qu'on n'aura jamais zéro risque. Ça change toute la façon de consulter. » (M6)

« J'ai gagné en sérénité : je n'adresse plus "pour me protéger", mais parce que c'est justifié. » (M9)

Cette tolérance à l'incertitude est un apprentissage majeur, absent du protocole initial, mais central pour expliquer la modification des pratiques d'adressage.

B. Charge émotionnelle, solitude décisionnelle et rôle du soutien collectif

Un thème inattendu est celui de la charge émotionnelle et de la solitude décisionnelle du médecin de ville. Plusieurs participants décrivent le cabinet comme un exercice isolé, parfois générateur de stress et de pression décisionnelle.

« En ville, on est seuls face aux décisions. Ça pèse. » (M4)
« Quand on finit tard avec un cas borderline, on n'a personne pour en parler. » (M9)
« La peur de rater un truc grave joue énormément dans l'adressage. » (M7)

Le CV, à l'inverse, est vécu comme un espace collectif, soutenant.

« Au CV, on peut débriefer, demander un avis. C'est rassurant humainement. » (M3)
« L'ambiance d'équipe enlève beaucoup de pression. » (M4)

Un thème émerge alors : le CV agit comme un amortisseur émotionnel qui réduit l'adressage de précaution.

C. Coordination informelle ville-hôpital : un levier non anticipé

Plusieurs médecins décrivent une coordination informelle, appels directs, avis rapides, échanges non protocolisés, qui n'était pas prévue comme variable d'étude, mais qui influence directement les décisions d'adressage.

« Maintenant, je sais à qui appeler. En deux minutes, j'ai un avis. » (M1)
« Le fait de connaître les internes ou un chef au CV, ça change tout. » (M6)
« Avant, je n'aurais jamais osé appeler les urgences. Maintenant, c'est simple : j'ai un contact. » (M9)
« Souvent, un coup de fil suffit à éviter un passage aux urgences. » (M5)

Cette « coordination informelle » constitue une ressource majeure et inattendue.

D. Regard critique parcours patient et perception des inégalités d'accès

Un autre thème émergent est la compréhension globale du parcours patient. L'expérience au CV expose les médecins aux réalités du système hospitalier, renforçant leur regard critique sur les ruptures de parcours et les motifs non médicaux de recours aux urgences.

« On voit pourquoi les patients vont aux urgences : c'est gratuit, c'est disponible. » (M7)
« Certains viennent pour être rassurés plus vite, pas parce que c'est grave. » (M8)
« Parfois, ils sont ballottés : cabinet → urgences → retour sans suivi. » (M6)
« Le CV aide à comprendre les failles du parcours, pas juste notre place à nous. » (M3)

Ce regard systémique n'était pas attendu dans les résultats, mais il apparaît comme une conséquence directe de l'expérience hospitalière régulière.

E. Le CV comme « école clinique accélérée »

Enfin, un thème transversal très récurrent est celui du CV comme espace d'apprentissage rapide, concret, formateur, une véritable « école de l'urgence » pour jeunes médecins généralistes.

« Le CV, c'est une vraie école : on apprend dix fois plus vite qu'en ville. » (M1)
« On voit tellement de cas variés... ça accélère l'expérience clinique. » (M4)
« Ça m'a structuré : hiérarchiser, trier, décider, travailler en équipe. » (M5)
« C'est une formation en conditions réelles, pas théorique. » (M6)

Ce vécu pédagogique intense n'est pas décrit dans le protocole, mais apparaît comme l'un des apports les plus significatifs de l'expérience hospitalière.

DISCUSSION

I. Résumé des principaux résultats

Cette étude qualitative suggère que l'expérience des médecins généralistes au circuit valide des urgences influence leurs pratiques d'adressage. Les médecins interrogés décrivent un gain de confiance clinique, une meilleure capacité à hiérarchiser les situations urgentes et une tolérance accrue à l'incertitude, ce qui se traduit par des adressages plus ciblés et moins réalisés « par précaution ». Le passage au CV semble apporter également une meilleure compréhension du fonctionnement des urgences, permettant d'anticiper plus finement le parcours hospitalier et de communiquer plus efficacement avec les équipes hospitalières.

J'observe également que cette expérience favorise le développement d'un réseau professionnel, utilisé pour obtenir un avis rapide et éviter des adressages non nécessaires. Les médecins évoquent enfin l'apport du CV en termes de reconnaissance professionnelle et de formation pratique, perçu comme une véritable « école clinique » accélérant la maturation décisionnelle.

Enfin, plusieurs thèmes inattendus émergent de mes analyses, notamment la réduction du sentiment d'isolement, la gestion de la charge émotionnelle, et une vision plus globale des ruptures du parcours patient.

II. Mise en perspective avec la littérature

Je présente maintenant une mise en perspective de mes résultats à partir de la recherche de littérature que j'ai réalisée. Cette revue des travaux existants, qu'ils proviennent de données nationales, de thèses de médecine générale, de rapports régionaux ou d'études internationales, permet de confronter mes observations à ce que l'on sait déjà sur l'adressage des patients aux urgences. Elle offre ainsi un cadre pour mieux comprendre et situer les apports spécifiques du circuit valide étudié ici.

A. Littérature française

1. Fréquentation des urgences et contexte organisationnel

La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), organisme français de référence pour l'analyse du système de santé, documente chaque année la forte augmentation du recours aux services d'urgences. En 2023, les structures d'urgences ont pris en charge environ 20,8 à 20,9 millions de passages au total, un niveau supérieur à celui du début des années 2010. Lors de l'enquête nationale menée en 2023, les 715 points d'accueil ayant répondu ont enregistré 58 379 passages en 24 heures, contre 51 765 en 2013, soit une hausse de 13 %. Le taux de recours a également augmenté, passant de 0,8 à 0,9 passage pour 1 000 habitants entre 2013 et 2023.

La DREES souligne un allongement important de la durée de passage : en 2023, la moitié des patients est restée plus de trois heures aux urgences, soit près de 45 minutes de plus qu'en 2013. Elle met également en évidence de fortes variations départementales et temporelles : dans un même département, les jours les plus chargés comptent au moins 19 % de passages supplémentaires par rapport aux jours les moins chargés. Ces données traduisent une surcharge structurelle persistante, touchant la majorité des établissements.

Une proportion importante des passages ne relève pas d'urgences vitales. Parmi les patients interrogés, 21 % déclarent être venus aux urgences en raison de difficultés d'accès à leur médecin traitant. Les facteurs évoqués par la DREES incluent la difficulté à obtenir un rendez-vous rapide en ville, la perception des urgences comme un lieu d'accès gratuit et immédiat aux soins, ainsi que la recherche d'un avis spécialisé ou d'un examen complémentaire disponible rapidement [1-2].

Ces constats rejoignent les propos des médecins de notre étude, qui rapportent eux aussi des difficultés à revoir les patients dans des délais adaptés, des contraintes organisationnelles pouvant conduire à adresser « par défaut », et une tendance de certains patients à privilégier les urgences pour accélérer leur prise en charge. Le manque d'accès à l'imagerie ou à la biologie en ville est également fréquemment mentionné. Comme l'exprime un médecin : « parfois ce n'est pas une urgence médicale, c'est une urgence de disponibilité » (M1).

Notre étude s'inscrit ainsi dans ce contexte national de tension sur les services d'urgences et d'interrogation sur la place et les possibilités réelles des soins primaires dans l'orientation des patients.

2. Pertinence de l'adressage

La thèse de Champenier (Université de Strasbourg, 2020) [10] a évalué la pertinence des adressages des médecins généralistes vers les services d'urgences en s'appuyant principalement sur une grille issue des recommandations de la Haute Autorité de Santé [11], fondée sur l'Appropriateness Evaluation Protocol — version française (AEPF). Cette évaluation était complétée par un questionnaire adressé aux médecins urgentistes, permettant de recueillir leur appréciation du caractère approprié ou non de l'adressage dans des situations cliniques concrètes.

Les résultats montrent qu'une partie des adressages n'est pas considérée comme appropriée. Ces situations sont fréquemment associées à l'absence de plateau technique en médecine de ville, à la pression exercée par les patients ou leur entourage, ainsi qu'à l'incertitude clinique à laquelle sont confrontés les médecins généralistes. Ces observations sont très proches de celles décrites par les médecins interviewés dans notre étude lorsqu'ils évoquent leurs pratiques antérieures au passage au circuit valide.

Notre travail suggère toutefois un élément complémentaire. L'expérience hospitalière régulière, en particulier au circuit valide, semble contribuer à réduire ces adressages réalisés « par sécurité », en renforçant la confiance clinique des praticiens, leur capacité à hiérarchiser les situations et leur tolérance à l'incertitude. Ainsi, là où la thèse de Champenier identifie les déterminants des adressages jugés non pertinents à l'aide d'outils normatifs et du regard des urgentistes, notre étude apporte un éclairage sur les leviers professionnels susceptibles d'en modifier les logiques décisionnelles.

3. Profil des patients adressés

La thèse de Baumann (Université de Strasbourg, 2021) [12] s'est intéressée aux patients se présentant aux urgences munis d'un courrier d'adressage rédigé par leur médecin généraliste. Ce travail s'inscrit dans la continuité de plusieurs études françaises et internationales décrivant les motifs de recours aux urgences et la place du médecin généraliste dans l'orientation des patients. En particulier, les données de la DREES ont montré qu'une part importante des passages aux urgences concerne des situations ne relevant pas d'une urgence vitale immédiate, mais liées à des difficultés d'accès aux soins de ville, à la recherche d'examens complémentaires rapides ou à un besoin de sécurisation de la prise en charge.

Dans cette perspective, Baumann décrit de façon détaillée les caractéristiques des patients adressés : âge, sexe, motifs de consultation, symptômes présentés, antécédents médicaux, degré de gravité perçu et devenir aux urgences. Les résultats mettent en évidence une population hétérogène, associant des tableaux cliniques potentiellement graves (douleur thoracique, dyspnée, troubles neurologiques) et des situations plus intermédiaires ou incertaines. Ces constats rejoignent ceux rapportés par Durand et al. [13], qui soulignent que l'adressage par le médecin généraliste repose souvent sur une évaluation globale du risque, intégrant à la fois des critères cliniques et contextuels, plutôt que sur la seule présence de signes de gravité.

Plusieurs études citées par Baumann, notamment celles de O'Cathain et al. [14], et de Cowling et al. [15], montrent également que les médecins généralistes adressent parfois aux urgences pour pallier les limites structurelles de la médecine de ville, telles que l'accès restreint à l'imagerie ou à la biologie, la difficulté d'organiser une surveillance rapprochée ou la nécessité d'un avis spécialisé rapide. Ces travaux mettent en évidence le rôle central de l'incertitude clinique et de la sécurisation de la prise en charge dans la décision d'adressage.

Toutefois, comme le souligne Baumann elle-même, ces études restent majoritairement descriptives et centrées sur les patients ou les flux, sans analyser en profondeur le raisonnement du médecin généraliste au moment de la décision. Les dimensions subjectives — tolérance à l'incertitude, sentiment de responsabilité, expérience professionnelle ou connaissance du fonctionnement hospitalier — sont peu explorées.

C'est précisément sur ce point que mes entretiens apportent un éclairage complémentaire. En adoptant une approche qualitative centrée sur le vécu des médecins généralistes, elle permet de mieux comprendre comment ces facteurs influencent la décision d'adressage et comment l'expérience hospitalière au circuit valide modifie la perception de l'urgence, renforce la confiance clinique et affine le tri des situations. Ainsi, là où la thèse de Baumann et les études qu'elle mobilise décrivent le profil des patients adressés aux urgences, notre travail explore les mécanismes décisionnels en amont, du point de vue du médecin de premier recours.

4. Communication ville-hôpital

La thèse de Commont (Université de Lille, 2019) [16] s'est penchée sur la qualité des lettres d'adressage envoyées par les médecins généralistes aux urgences. Elle montre que ces lettres sont souvent très différentes d'un médecin à l'autre, parfois incomplètes, et qu'elles ne transmettent pas toujours les informations nécessaires aux urgentistes. Cette étude met ainsi en évidence une communication parfois insuffisante entre la ville et l'hôpital.

Nos résultats viennent compléter cette observation. Les médecins ayant travaillé au circuit valide expliquent qu'ils communiquent beaucoup plus facilement avec les urgences grâce à des contacts directs : appels téléphoniques, relations personnelles, échanges rapides entre collègues. Ce fonctionnement informel améliore la transmission d'informations, mais il repose sur des liens individuels et n'est donc pas accessible à tous les médecins généralistes.

Ainsi, notre étude confirme les limites décrites par Commont concernant la lettre d'adressage, tout en montrant que l'expérience au circuit valide peut partiellement compenser ce manque. Elle souligne toutefois l'importance de développer des outils de communication plus structurés, utilisables par l'ensemble des praticiens, qu'ils aient ou non une activité hospitalière.

5. Obstacles à la prise en charge des urgences

Un rapport mené par Union Régionale des Médecins Libéraux de Normandie (URML Normandie) [17] intitulé « Facteurs influençant la prise en charge des urgences en médecine générale : analyse des pratiques de généralistes normands » (2018) a analysé les pratiques des médecins généralistes confrontés à des situations d'urgence ou de soins non programmés dans la région. Le document met en évidence plusieurs obstacles permanents : un manque de temps pour revoir les patients rapidement, un isolement décisionnel du praticien isolé en cabinet, la pression des patients et de leur entourage désirant une prise en charge immédiate, ainsi que des difficultés d'accès aux examens complémentaires ou à des plateaux techniques en médecine de ville.

Nos résultats confirment que ces freins sont bien présents : plusieurs médecins interrogés décrivent une surcharge de l'agenda, une peur de manquer un diagnostic grave lorsqu'ils sont seuls, ou encore une tendance à adresser pour « sécuriser ». En revanche, notre étude va plus loin : elle suggère que l'expérience au CV permet d'atténuer certains de ces obstacles. Grâce à l'exposition répétée à des situations aiguës hospitalières, au travail en équipe et à la construction de repères cliniques plus solides, les médecins de notre étude affirment mieux gérer le tri, prendre des décisions plus sereinement, et se sentir moins isolés. Cela ouvre l'hypothèse que l'activité hospitalière peut être un levier pour renforcer la prise en charge de l'urgence en médecine générale.

6. Soins non programmés et rôle des médecins généralistes

Plusieurs thèses françaises [18–20] récentes se sont intéressées à l'organisation des soins non programmés et à la mise en place du Service d'Accès aux Soins (SAS), en particulier du point de vue des médecins généralistes. Ces travaux montrent que les généralistes occupent une place centrale dans la prise en charge des demandes aiguës, mais qu'ils doivent composer avec des limites structurelles importantes : manque de temps, difficulté à proposer un rendez-vous rapide, surcharge d'activité, accès limité aux examens complémentaires ou encore coordination parfois insuffisante avec l'hôpital.

Parmi ces travaux, on peut citer :

- Thèse de Thabuis A. (Lyon, 2023) : « Perception du SAS par les médecins généralistes d'un territoire pilote. » Cette étude montre que les MG reconnaissent l'intérêt du SAS pour réguler les demandes urgentes, mais soulignent un manque de moyens, une surcharge administrative et des difficultés à absorber les créneaux de soins non programmés.
- Thèse de Dupré M. (Lille, 2022) : « Place du médecin généraliste dans l'organisation des soins non programmés : limites et perspectives. » L'étude met en avant les contraintes organisationnelles (temps, épuisement, disponibilité) qui freinent l'implication des MG dans la prise en charge des urgences du quotidien, malgré leur rôle central.
- Thèse de Roussel L. (Rennes, 2021) : « Analyse de la participation des médecins généralistes au SAS et obstacles rencontrés. » Les résultats identifient des freins récurrents : manque d'accès aux examens (imagerie, biologie rapide), difficulté à revoir les patients dans les 24–48 h, organisation du cabinet non adaptée à l'imprévu.

Ces travaux convergent vers l'idée que, même si les médecins généralistes sont des acteurs majeurs des soins non programmés, leurs capacités sont limitées par la structure même du système ambulatoire : planning saturé, absence d'outils de tri formalisés, manque de coordination avec l'hôpital. Nos résultats confirment ces constats.

Cependant, ils ajoutent un élément nouveau ; l'expérience au circuit valide apparaît comme un levier pour renforcer les compétences décisionnelles face aux soins non programmés, en particulier grâce à :

- Une exposition répétée aux situations aiguës,
- L'acquisition d'automatismes de tri,
- L'amélioration de la tolérance à l'incertitude,
- Et la possibilité d'obtenir rapidement un avis grâce à un réseau hospitalier informel.

Ainsi, alors que les thèses récentes mettent surtout en lumière les limites structurelles de la médecine générale dans les soins non programmés, notre étude montre qu'une activité hospitalière régulière peut contribuer à mieux les gérer.

7. Existe-t-il en France des modèles comparables au circuit valide ?

Les résultats de cette étude s'inscrivent dans un contexte français où les services d'urgences ont progressivement mis en place des organisations visant à mieux gérer les flux de patients. L'une des principales réponses organisationnelles repose sur la sectorisation des patients en filières, selon leur gravité, leur autonomie et leurs besoins en ressources.

Dans de nombreux services d'urgences français, une organisation en filières distinctes est aujourd'hui en place. Les patients sont orientés dès l'accueil vers un circuit adapté, souvent décrit comme *circuit court*, *filière courte*. Cette organisation repose sur un tri infirmier structuré, le plus souvent à l'aide de la grille FRENCH, recommandée par la Société Française de Médecine d'Urgence [21].

Ces filières ont pour objectif principal de fluidifier les parcours, de réduire les temps d'attente et de limiter l'encombrement des secteurs accueillant les patients les plus graves (SFMU, Organisation des structures d'urgences). Elles sont largement décrites dans les recommandations professionnelles et les rapports institutionnels, et ont été mises en œuvre dans de nombreux établissements, parfois explicitement sous l'appellation de *circuit valide* [22].

Toutefois, dans la majorité de ces dispositifs, la filière courte est assurée par des médecins urgentistes ou des praticiens hospitaliers, et non par des médecins généralistes exerçant parallèlement en ville.

Le circuit valide de l'hôpital Saint Vincent de Paul s'inscrit dans cette dynamique organisationnelle, tout en s'en distinguant par plusieurs aspects. Contrairement à la majorité des filières courtes décrites en France, il est supervisé en journée par des médecins généralistes exerçant parallèlement en médecine de ville.

Cette double activité confère au dispositif une dimension hybride, à l'interface entre soins primaires et soins hospitaliers. Les résultats de cette étude suggèrent que cette spécificité pourrait avoir un impact au-delà de la seule gestion des flux aux urgences. Les médecins interrogés décrivent une influence durable de leur expérience au circuit valide sur leurs pratiques en ville, notamment sur leur raisonnement clinique, leur tolérance à l'incertitude et leurs décisions d'adressage aux urgences.

Ces effets, rapportés par les participants, sont peu décrits dans la littérature française existante, qui s'intéresse principalement aux aspects organisationnels internes aux services d'urgences. Ainsi, si des organisations comparables existent en France sous la forme de filières courtes ou de circuits valides, le dispositif étudié semble se distinguer par son articulation directe avec la pratique libérale des médecins généralistes et par sa dimension formative et professionnalisante.

8. La place des médecins généralistes aux urgences en France

Contrairement à certains pays comme le Royaume-Uni, où l'intégration des médecins généralistes au sein ou à proximité des services d'urgences (dispositifs GPED) est largement documentée et évaluée [3,4], la présence de médecins généralistes aux urgences françaises reste hétérogène et peu formalisée.

En France, certaines structures font ponctuellement appel à des médecins généralistes pour renforcer la filière courte ou prendre en charge des consultations relevant de soins non programmés. Ces organisations reposent le plus souvent sur des initiatives locales et sont peu décrites dans la littérature scientifique nationale. Les référentiels français insistent davantage sur la nécessité d'adapter l'organisation aux réalités territoriales que sur la définition précise du rôle du médecin généraliste aux urgences [23-24].

9. Spécificité du circuit valide étudié

Le circuit valide étudié dans cette thèse se distingue de ces modèles par plusieurs aspects.

Tout d'abord, il ne s'agit pas uniquement d'une filière courte destinée à améliorer la gestion des flux, mais d'un dispositif explicitement supervisé en journée par des médecins généralistes ayant une activité régulière en médecine de ville. Cette double activité confère au circuit valide une dimension hybride, à l'interface entre soins primaires et soins hospitaliers.

Ensuite, notre étude montre que l'intérêt du circuit valide dépasse le cadre organisationnel des urgences. Les médecins interrogés décrivent une modification durable de leurs pratiques en ville, avec une meilleure capacité de tri, une tolérance accrue à l'incertitude, une diminution des adressages réalisés par précaution et une meilleure compréhension du fonctionnement hospitalier. Ces effets sur le raisonnement clinique du médecin généraliste sont peu décrits dans les travaux français existants, qui s'intéressent principalement aux flux de patients ou à l'organisation interne des urgences.

Bien que le circuit valide repose sur l'intervention de médecins généralistes au sein du service des urgences, son fonctionnement ne peut être assimilé à celui d'une maison médicale de garde (MMG). En effet, les MMG ont pour vocation d'assurer la permanence des soins ambulatoires et accueillent principalement des patients relevant de soins non programmés de médecine générale, en dehors des horaires habituels d'ouverture des cabinets. À l'inverse, le circuit valide s'inscrit pleinement dans l'organisation hospitalière des urgences. Les patients y sont orientés après un tri infirmier utilisant une échelle de gravité standardisée, et peuvent présenter des situations nécessitant un accès immédiat au plateau technique hospitalier ou une réorientation rapide vers les urgentistes.

Ainsi, si l'intervention de médecins généralistes dans ces deux dispositifs peut apparaître similaire, leurs missions et leur environnement de pratique diffèrent. Le circuit valide constitue davantage un modèle hybride permettant d'intégrer les compétences de la médecine générale dans le fonctionnement d'un service d'urgences hospitalier, afin d'améliorer la gestion des flux tout en maintenant un niveau de sécurité adapté aux patients consultant aux urgences.

Enfin, le circuit valide s'inscrit dans les orientations institutionnelles récentes visant à améliorer la pertinence du recours aux urgences. Le guide ministériel relatif à l'orientation et à la réorientation à l'entrée des urgences souligne la nécessité de proposer des réponses adaptées aux patients ne relevant pas d'une urgence vitale immédiate, tout en garantissant la sécurité des parcours (ministère de la Santé, DGOS, 2024). Le circuit valide apparaît ainsi comme une application concrète de ces recommandations, en combinant une filière dédiée, un tri structuré et l'expertise spécifique des médecins généralistes [23-24].

Ainsi, si des organisations comparables existent en France sous la forme de filières courtes ou de circuits valides, le dispositif étudié se distingue par l'implication structurée de médecins généralistes exerçant également en ville. Cette étude montre que le circuit valide ne constitue pas seulement un outil de gestion des flux, mais également un levier de formation, de coordination ville-hôpital et de transformation des pratiques d'adressage en soins primaires.

B. Littérature internationale

Si la présence de médecins généralistes au sein des services d'urgences reste peu formalisée en France, elle est en revanche largement décrite dans la littérature internationale, notamment au Royaume-Uni. Dans ce contexte, plusieurs dispositifs ont été développés afin d'intégrer des médecins généralistes au sein ou à proximité des services d'urgences, sous l'appellation de *General Practitioners in or alongside Emergency Departments* (GPED).

L'analyse de ces modèles internationaux permet de mettre en perspective les résultats de cette étude, tout en soulignant les spécificités du circuit valide de l'hôpital Saint Vincent de Paul, notamment en termes d'exercice mixte ville-hôpital et d'impact perçu sur les pratiques d'adressage en soins primaires.

1. Les dispositifs GPED : médecins généralistes intégrés aux urgences

Dans plusieurs pays, notamment au Royaume-Uni, les dispositifs GPED (General Practitioners in or alongside Emergency Departments) intègrent des médecins généralistes directement au sein des urgences. Les objectifs sont de désengorger les services, améliorer le tri et orienter les cas non urgents vers des soins primaires. Les études d'Anderson, Scantlebury ou Rainer [3-5] montrent que ces dispositifs améliorent le tri et la satisfaction des patients, et que les médecins généralistes y développent une expertise particulière pour distinguer les urgences réelles des situations bénignes. Les résultats de notre étude rejoignent ces conclusions. Les médecins ayant exercé au circuit valide décrivent une meilleure capacité de tri, une confiance renforcée limitant les adressages de précaution et une compréhension plus fine du fonctionnement des urgences.

2. Impact de l'expérience hospitalière sur l'adressage

Les travaux de Kim et al. [25] mettent en évidence que l'expérience en service d'urgences améliore la tolérance à l'incertitude, facilite la prise de décision et renforce la connaissance du parcours hospitalier. Nos participants expriment des évolutions similaires : meilleure gestion de l'incertitude, diminution de l'adressage défensif et communication plus fluide avec les équipes hospitalières.

3. Le rôle des soins primaires dans la réduction du recours aux urgences

Des études australiennes, notamment celles de Willson et al. [26], montrent que les soins primaires jouent un rôle important dans la réduction de la demande adressée aux urgences, mais que ce rôle est limité par des contraintes structurelles : manque de temps, accès insuffisant aux examens complémentaires, coordination parfois difficile. Ces limites apparaissent également dans notre étude, bien que l'expérience au circuit valide offre un levier d'amélioration partiel.

4. Spécificité du modèle du circuit valide

Contrairement aux dispositifs GPED, le circuit valide étudié ici repose sur une des médecins qui travaillent en alternance entre la pratique hospitalière et la pratique libérale. Cette alternance, selon nos résultats, favoriserait une transformation durable du raisonnement clinique, améliore le sentiment de légitimité professionnelle, diminue la solitude décisionnelle et facilite l'accès à des avis spécialisés via des réseaux informels. Ces éléments ne sont pas retrouvés dans la littérature internationale, ce qui souligne l'originalité du modèle étudié.

L'expérience au circuit valide semble n'agir pas uniquement sur les décisions d'adressage, mais plus largement sur le raisonnement clinique des médecins généralistes. En exposant les praticiens à des situations aiguës répétées, à un tri structuré et à une prise de décision collective, le CV semble favoriser une évolution du raisonnement, passant d'une logique essentiellement sécuritaire à une approche plus probabiliste et contextualisée, caractéristique de la médecine générale.

III. Limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites qu'il convient de souligner.

Tout d'abord, comme toute recherche qualitative, les résultats reposent sur une part importante de subjectivité, tant dans les propos recueillis que dans leur interprétation. Même si une rigueur méthodologique a été appliquée (guide d'entretien, codage thématique, triangulation des données lorsque possible), l'analyse reste influencée par ma propre posture et par le contexte particulier des entretiens.

Par ailleurs, l'échantillon recruté est relativement homogène. Les participants sont majoritairement de jeunes médecins généralistes, exerçant dans un même territoire et partageant une expérience récente au circuit valide. Ce manque d'hétérogénéité peut limiter la transférabilité des résultats. Notamment, aucun médecin exerçant en zone rurale n'a été interrogé alors que la pratique, les ressources disponibles et les modes d'adressage peuvent y être très différents. L'inclusion de médecins ruraux aurait enrichi la variété des points de vue et des pratiques.

De plus, l'étude n'a pas inclus de médecins généralistes n'ayant jamais travaillé au circuit valide, ce qui limite la possibilité de comparer directement les pratiques entre médecins exerçant exclusivement en ville et ceux ayant une activité mixte ville-hôpital. Une comparaison entre ces deux groupes aurait permis de mieux isoler l'effet spécifique du circuit valide sur les décisions d'adressage.

Le nombre de participants constitue également une limite, même s'il reste cohérent avec les standards de la recherche qualitative. Un échantillon plus large aurait pu permettre d'atteindre une saturation plus robuste et de capter une diversité plus fine des pratiques.

Il est aussi possible que les participants aient été soumis à un biais de désirabilité sociale, certains pouvant valoriser l'apport du circuit valide en raison de leur implication personnelle dans ce dispositif, ou au contraire minimiser certaines difficultés vécues. Ce biais est renforcé par le fait que l'étude repose uniquement sur des entretiens déclaratifs, sans observation directe des pratiques d'adressage.

Enfin, l'étude a été réalisée dans un contexte organisationnel précis, celui d'un circuit valide local dont le fonctionnement, les équipes et la culture professionnelle peuvent différer d'un établissement à l'autre. Les résultats ne sont donc pas généralisables à l'ensemble des services d'urgences ou à d'autres modèles d'intégration ville-hôpital.

IV. Forces de l'étude

Cette étude comporte plusieurs forces qui renforcent la qualité et la pertinence de ses résultats.

Tout d'abord, il s'agit de l'une des rares recherches françaises portant spécifiquement sur l'impact d'une activité au circuit valide sur les pratiques d'adressage des médecins généralistes. Ce thème reste peu documenté dans la littérature scientifique, en particulier dans le contexte français. L'étude contribue donc à combler un vide et apporte un éclairage original sur un dispositif encore peu étudié.

La démarche qualitative adoptée constitue également un point fort. Elle a permis d'explorer en profondeur le raisonnement, le vécu et les perceptions des médecins concernant l'adressage aux urgences, ce que les approches quantitatives ne permettent pas.

Cette méthode s'est révélée particulièrement adaptée pour comprendre les mécanismes subjectifs — tels que la tolérance à l'incertitude, l'évolution de la confiance clinique ou les interactions avec l'hôpital — qui influencent les décisions d'orientation.

Une autre force réside dans la richesse des données recueillies. Les entretiens ont permis de faire émerger des éléments attendus, mais aussi des dimensions plus inattendues, comme le sentiment de légitimité professionnelle, la réduction de l'isolement décisionnel ou la constitution de réseaux informels facilitant l'accès à un avis spécialisé. Cette diversité de thèmes renforce la profondeur analytique de l'étude.

La cohérence des résultats entre les participants constitue également un élément robuste : malgré des parcours individuels différents, les médecins interrogés décrivent des évolutions similaires dans leurs pratiques et leurs perceptions après leur passage au circuit valide. Cette convergence renforce la crédibilité interne de l'analyse.

Par ailleurs, le travail de thématisation a suivi une démarche rigoureuse, incluant un codage structuré, une réflexion itérative et une confrontation systématique aux données brutes, ce qui contribue à la fiabilité de l'interprétation. L'articulation entre les éléments issus du codage inductif et ceux issus du codage déductif a permis de présenter une vision complète et nuancée.

Enfin, un autre point fort est l'ancrage de l'étude dans la pratique clinique réelle. Les participants exercent dans des conditions courantes de la médecine générale, ce qui confère aux résultats une pertinence opérationnelle. Ces constats pourraient être directement utiles pour les structures hospitalières, les organisations territoriales de santé ou les responsables de formation souhaitant renforcer les compétences des jeunes médecins et améliorer l'articulation ville-hôpital.

V. Implications pratiques et perspectives organisationnelles : le circuit valide comme modèle

Les résultats de cette étude m'amènent à identifier plusieurs implications pratiques, tant pour la formation des médecins généralistes que pour l'organisation des soins et la coordination entre la médecine de ville et l'hôpital. Au-delà des effets perçus sur les pratiques individuelles d'adressage, mes résultats invitent à réfléchir aux conditions organisationnelles susceptibles de favoriser une prise en charge plus pertinente des situations aiguës.

A. Formation initiale et continue des médecins généralistes

Tous les médecins interrogés soulignent le caractère structurant du stage obligatoire de six mois aux urgences réalisé en début d'internat de médecine générale. Ce stage est perçu comme un socle essentiel pour l'acquisition des compétences de tri, de prise en charge de l'aigu et de gestion de l'incertitude.

Les résultats de mon étude suggèrent toutefois que l'expérience du circuit valide permettrait de consolider et de prolonger ces acquis dans un contexte différent, à l'interface entre la ville et l'hôpital. L'exposition répétée à des situations aiguës, associée à un encadrement hospitalier, favoriserait une maturation plus rapide du raisonnement clinique et une autonomisation progressive dans la prise de décision.

Plusieurs pistes concrètes d'amélioration du dispositif peuvent être envisagées, tant sur le plan de la formation que de l'organisation des soins

- Ouvrir le circuit valide à certains internes de médecine générale (internes de niveau 1, internes en SASPAS, docteurs juniors), afin de renforcer les effectifs médicaux tout en proposant une expérience formatrice dans la prise en charge des soins non programmés aux urgences. Cette immersion pourrait également favoriser l'attractivité du dispositif et contribuer au recrutement ultérieur de médecins généralistes ;
- Mieux structurer le stage aux urgences autour des compétences transférables à la médecine générale, notamment le tri, la hiérarchisation du risque et la communication avec l'hôpital, afin de renforcer la pertinence de cette expérience dans le parcours de formation ;
- Proposer des temps de formation continue ou de réactualisation des compétences en urgences dans les premières années d'exercice, pour accompagner la consolidation du raisonnement clinique et maintenir un niveau de compétence adapté ;

- Envisager des expériences hospitalières encadrées, ponctuelles et volontaires après l'installation, permettant de maintenir un lien avec l'hôpital et d'entretenir les compétences en médecine d'urgence.

B. Coordination ville-hôpital et maintien d'un lien fonctionnel

L'expérience du circuit valide favorise une meilleure connaissance du fonctionnement des urgences et facilite les échanges avec les équipes hospitalières. Les médecins interrogés décrivent une communication plus fluide, reposant souvent sur des relations interpersonnelles et des contacts directs.

Mes résultats suggèrent l'intérêt de renforcer des outils de coordination plus structurés, afin d'élargir ces bénéfices à une échelle plus large et de les rendre accessibles à l'ensemble des médecins généralistes.

Pistes concrètes :

- Mise en place de canaux de communication dédiés entre médecine de ville et urgences (ligne directe, messagerie sécurisée) ;
- Amélioration de la traçabilité et du retour d'information après un passage aux urgences ;
- Organisation de temps d'échange réguliers ou de staffs mixtes ville-hôpital.

C. Aide à la décision et sécurisation de l'adressage en ville

Une part importante des adressages dits « par sécurité » semble liée à l'absence d'outils formalisés de tri et à la difficulté de gérer l'incertitude en médecine de ville.

L'expérience du circuit valide fournit aux médecins des repères cliniques implicites et renforce leur capacité à temporiser et à surveiller certaines situations.

Ces résultats m'amènent à réfléchir au développement d'outils d'aide à la décision accessibles à l'ensemble des médecins généralistes, indépendamment d'une expérience hospitalière préalable.

Pistes concrètes :

- Élaboration de grilles décisionnelles simples pour les motifs fréquents d'adressage ;
- Rédaction de protocoles partagés entre médecine générale et urgences ;
- Diffusion de supports pratiques précisant les critères de surveillance et les seuils d'orientation.

D. Intégration territoriale et organisation des soins non programmés

Les médecins ayant une expérience au circuit valide décrivent une aisance particulière dans la gestion des situations aiguës et des soins non programmés.

Au regard de mes résultats, cette compétence pourrait être mobilisée à l'échelle territoriale, notamment dans le cadre des dispositifs de régulation et d'organisation des soins.

Pistes concrètes :

- Implication de médecins formés au circuit valide dans les dispositifs de régulation (SAS, CPTS) ;
- Participation à la formation des internes et des jeunes praticiens sur la gestion de l'aigu en ville ;
- Réflexion sur le développement de structures intermédiaires dotées d'un plateau technique ambulatoire minimal.

CONCLUSION

Dans ce travail, j'ai exploré, par une approche qualitative, comment une activité hospitalière exercée au circuit valide des urgences pourrait influencer les pratiques d'adressage des médecins généralistes de ville. Les résultats suggèrent que cette expérience serait associée à une évolution du raisonnement clinique. Les médecins décrivent un gain de confiance, une meilleure hiérarchisation des situations aiguës et une tolérance accrue à l'incertitude. Ces éléments pourraient conduire à des adressages plus ciblés et moins réalisés par précaution.

Les participants rapportent également que le passage au circuit valide leur permettrait de mieux comprendre le fonctionnement des urgences. Cette connaissance semblerait faciliter la communication avec les équipes hospitalières. Elle contribuerait aussi à réduire le sentiment d'isolement décisionnel souvent ressenti en médecine de ville. Le circuit valide pourrait ainsi être perçu comme un lieu d'apprentissage clinique pratique, fondé sur l'expérience et le travail en équipe.

Cette étude suggère que le circuit valide de l'hôpital Saint Vincent de Paul se distingue des filières courtes habituellement présentes dans les services d'urgences français. Ces filières visent principalement à gérer les flux de patients. À l'inverse, le dispositif étudié repose sur l'implication de médecins généralistes exerçant également en ville. Cette double activité lui confère une dimension à la fois organisationnelle, formative et relationnelle. Les effets décrits par les médecins semblent dépasser le seul cadre des urgences et influencer leurs pratiques d'adressage en amont.

À partir de ce travail, il ne serait pas possible de conclure à la nécessité de généraliser les circuits valides sur l'ensemble du territoire français. Les résultats reposent sur des perceptions subjectives et sur un contexte local spécifique. Ils suggèrent toutefois que l'expérience hospitalière régulière des médecins généralistes pourrait constituer un levier intéressant pour améliorer la pertinence du recours aux urgences, à condition d'être adaptée aux réalités locales.

Plutôt que de reproduire le modèle de Saint Vincent de Paul à l'identique, cette étude invite à réfléchir aux principes qui le sous-tendent. L'exercice mixte ville-hôpital, le tri structuré, le travail en équipe et la reconnaissance du rôle du médecin généraliste pourraient inspirer d'autres organisations, selon les besoins des territoires.

En perspective, des études complémentaires seraient nécessaires pour évaluer la transférabilité de ces dispositifs. Il serait notamment intéressant d'inclure d'autres territoires ou des médecins généralistes sans expérience hospitalière. Des approches combinant données qualitatives et quantitatives pourraient également permettre de mieux mesurer l'impact sur les pratiques d'adressage.

Enfin, ce travail conduit à poser une question centrale : **dans quelle mesure l'expérience hospitalière régulière des médecins généralistes pourrait-elle contribuer à une meilleure régulation des urgences et à une évolution durable des pratiques d'adressage, tout en respectant la spécificité de la médecine générale ?**

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] DREES. Éclairer la situation des services d'urgence. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; 2024.
- [2] DREES. La fréquentation des services d'urgence : évolution et facteurs contributifs. Enquête nationale 2023. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; 2023.
- [3] Anderson H, Scantlebury A, Leggett H, Brant H, Salisbury C, Bengner J, et al. Factors influencing streaming to general practitioners in emergency departments: a qualitative study. *BMC Emerg Med*. 2021;21:69.
- [4] Scantlebury A, Adamson J, Salisbury C, Brant H, Anderson H, Baxter H, et al. Do general practitioners working in or alongside the emergency department improve clinical outcomes or experience? A mixed-methods study. *BMJ Open*. 2018;8:e024501.
- [5] Rainer J, et al. Perspectives of GPs working in or alongside emergency departments in England: qualitative findings from the GPs and Emergency Departments Study. *Br J Gen Pract*. 2020;70(698):e697–e705. doi : 10.3399/bjgp20X708661.
- [6] Kim S, et al. Study on referral behaviors and decision-making among general practitioners working in emergency settings. *Ann Emerg Med*. 2019;74(3):359–67. doi:10.1016/j.annemergmed.2019.04.014.
- [7] Willson KA, Lim D, Toloo GS, Fitzgerald G, Kinnear FB, Morel DG. Potential role of general practice in reducing emergency department demand: a qualitative study. *Aust J Prim Health*. 2019;25(5):432–8.
- [8] Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Grille communale de densité (définition). Paris : INSEE ; 2020.
- [9] École normale supérieure de Lyon (ENS de Lyon). La grille communale de densité : nouvelle définition du rural en France. *Géoconfluences* ; 2022.
- [10] Champenier R. Pertinence de l'adressage aux urgences par les médecins généralistes. Thèse d'exercice de médecine générale. Strasbourg : Université de Strasbourg ; 2020.
- [11] Haute Autorité de Santé. Guide d'utilisation de l'Appropriateness Evaluation Protocol — version française (AEPF). Saint-Denis : HAS ; 2012.
- [12] Baumann A. Analyse des patients adressés aux urgences par leur médecin généraliste à l'aide d'un courrier d'adressage. Thèse d'exercice de médecine générale. Strasbourg : Université de Strasbourg ; 2021.
- [13] Durand AC, Gentile S, Devictor B, et al. ED patients : how nonurgent are they? Systematic review of the emergency department use. *BMC Emerg Med*. 2011;11:5. doi:10.1186/1471-227X-11-5.

- [14] O’Cathain A, Connell J, Long J, Coster J. ‘Clinically unnecessary’ use of emergency and urgent care: a realist review of patients’ decision making. *Health Expect.* 2020;23(1):19–40. doi:10.1111/hex.12995.
- [15] Cowling TE, Harris MJ, Watt HC, Soljak M, Richards DA, Majeed A. Access to primary care and visits to emergency departments in England: a cross-sectional, population-based study. *PLoS One.* 2013;8(6):e66699. doi:10.1371/journal.pone.0066699.
- [16] Commont A. Analyse de la lettre d’adressage du médecin généraliste aux urgences d’Armentières. Thèse d’exercice de médecine générale. Lille : Université de Lille ; 2019.
- [17] Union régionale des médecins libéraux de Normandie (URML Normandie). Facteurs influençant la prise en charge des urgences en médecine générale : analyse des pratiques de médecins généralistes normands. Rapport régional. Normandie : URML Normandie ; 2018.
- [18] Thabuis A. Perception du Service d’Accès aux Soins (SAS) par les médecins généralistes d’un territoire pilote. Thèse d’exercice de médecine générale. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2023.
- [19] Dupré M. Place du médecin généraliste dans l’organisation des soins non programmés : limites et perspectives. Thèse d’exercice de médecine générale. Lille : Université de Lille ; 2022.
- [20] Roussel L. Analyse de la participation des médecins généralistes au Service d’Accès aux Soins (SAS) et obstacles rencontrés. Thèse d’exercice de médecine générale. Rennes : Université de Rennes 1 ; 2021.
- [21] Société Française de Médecine d’Urgence (SFMU). Organisation des structures des urgences. Recommandations professionnelles. Paris : SFMU ; 2019. *Référentiel IOA — Disponible* sur : https://www.sfmou.org/upload/referentielsSFMU/FRENCH_2018_Grille_Triage_IOA_Version_1_2.pdf (consulté le 28/12/2025)
- [22] Agence Régionale de Santé Guyane. Réorganisation du service des urgences du Centre Hospitalier de Cayenne : mise en place d’un circuit valide. Cayenne : Agence Régionale de Santé Guyane ; 2022
- [23] Direction générale de l’offre de soins (DGOS). Guide d’organisation des soins non programmés et articulation avec les services d’urgences. Paris : ministère des Solidarités et de la Santé ; 2022.
- [24] Ministère de la Santé et de la Prévention, Direction générale de l’offre de soins (DGOS). Guide de l’orientation et de la réorientation à l’entrée des services d’urgences. Paris : ministère de la Santé ; 2024.
- [25] Kim CH, Knight R, Mew EJ, Blackmore CC, et al. General practitioners’ experiences of emergency department work: a qualitative study exploring clinical confidence, decision-making and professional identity. *BMJ Open.* 2019;9(3):e024629. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024629.
- [26] Willson S, O’Brien K, Burghuber C, Berendsen Russ E. General practitioners and emergency departments: a systematic review exploring the impact of primary care on emergency demand. *Aust J Gen Pract.* 2019;48(9):586–93. doi:10.31128/AJGP-05-19-4935.

ANNEXES

Annexe 1 : accord favorable CIER




COMITE INTERNE D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

IRB 00013355

Président : Pr Sylvestre MARECHAUX

Référence du projet	RNIPH-2025-12	Date de la réunion du CIER	20 mai 2025
Titre du projet	U-Med-G Perception de l'impact de l'exercice régulier au circuit valide des urgences adultes de l'hôpital Saint Vincent de Paul de Lille sur l'adressage aux urgences de médecins généralistes : Étude qualitative pour optimiser la gestion des cas en cabinet médical		
Type de projet	Projet de Recherche N'Impliquant pas la Personne Humaine (RNIPH) Etude qualitative, prospective, monocentrique		
Responsable du traitement de données	GHICL		
Responsable de la mise en œuvre du traitement de données :	Dr Charles MARLIERE		
Etudiant	Frédéric GAMBINO	Discipline	URGENCES
Lieux de l'étude	Hôpital Saint Vincent	Type de participants	Professionnels
Valorisation envisagée	Thèse, puis publication		
Documents examinés	Protocole	Version 1	20 mai 2025
	Note d'information	Version 1	20 mai 2025

Les membres du CIER ayant participé à la délibération		
Expert en médecine	Sylvestre MARÉCHAUX (excusé)	Vincent PAGÈS
	Arnaud CHAMBELLAN	Victor MARGELIDON (excusé)
	Pierre GOSSET	Marc-Antoine DELBARRE (excusé)
Expert en paramédical	Dorothee BRZYSKI	Louise FIEVET
	Antoine DELANNOY	Perrine DELATTRE (excusée)
Expert en maïeutique	Romain DEMAILLY	Fanny SIKORA (excusée)
	Caroline TITRE	
Expert en psychologie	Audrey LAVALLÉE (excusée)	Ana BARBOSA
Expert en recherche médicale	Marie Paule LEBITASY	Marie De SOLÈRE (excusée)
Expert en biostatistique	Laurène NORBERCIAK	Cassandra CHALDAUREILLE
Expert en information médicale	Louis ROUSSELET	Natacha LELANGUE
Expert en éthique	Emanuele CLARIZIO	Paulo RODRIGUES
Représentant des usagers	Gilbert PETOUX (excusé)	Danièle BERTRAND BUISSON (excusée)
Expert en protection des données	Sandrine RÉMY (excusée)	
Coordonnateur du CIER	Domitille TRISTRAM	
Invités (n'ayant pas voté)	Élodie HAINAUT, contrat pro ARC promoteur	
	Ulrich BIEZ, stagiaire DPO	

Avis du CIER

Favorable

A Lille, le 20 mai 2025

Valable 12 mois,
Si l'étude n'a pas débuté au cours de ce délai, cet avis devient caduc.

Rédaction : Domitille TRISTRAM

CIER-AVIS

U-Med-G

Page 1 sur 1

Annexe 2 : courriel de recrutement des médecins généralistes

Bonjour,

Dans le cadre de ma thèse d'exercice en médecine générale, encadrée par le Dr Charles Marlière, je vais prochainement réaliser une étude qualitative sur l'influence de l'activité hospitalière en service d'urgences adultes au circuit valide de Saint Vincent sur les pratiques d'adressage des médecins généralistes vers les urgences. Cette étude s'adresse donc aux médecins généralistes travaillant actuellement au CV ou y ayant travaillé.

Cette étude reposera sur des **entretiens semi-directifs d'environ une heure**, qui permettront d'explorer votre expérience et vos perceptions à ce sujet. Si vous êtes éligible, vous serez prochainement contacté(e) pour vous proposer un rendez-vous.

Je vous remercie par avance pour votre attention et votre éventuelle participation.

N'hésitez pas à me contacter pour toute question.

Bien cordialement,

Frédéric Gambino
Interne en médecine générale

Annexe 3 : grille d'entretien semi-directif

Paragraphe de présentation

« Bonjour, et merci d'avoir accepté de participer à cet entretien.

Je m'appelle Frédéric GAMBINO, je suis interne en médecine générale de Lille et je mène une étude sur les pratiques d'adressage aux urgences des médecins généralistes, en lien avec leur expérience au circuit valide des urgences hospitalières de Saint Vincent de Paul.

L'objectif est de mieux comprendre votre perception et votre vécu dans cette prise de décision.

L'entretien durera environ 1 h et je vais vous poser plusieurs questions sur votre pratique, votre expérience aux urgences et votre manière de décider d'adresser un patient. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse : l'important est de partager votre ressenti et votre expérience.

Avec votre accord, je vais enregistrer cet entretien afin de pouvoir l'analyser par la suite. Toutes vos réponses resteront anonymes.

Est-ce que vous avez des questions avant que l'on commence ? »

1. Contexte professionnel du médecin généraliste

- Pouvez-vous me parler de votre parcours en médecine générale ?
- Depuis combien de temps exercez-vous ?
- Quel est votre mode d'exercice (cabinet libéral, maison de santé, centre de santé, remplaçant) ?
- Dans quelle zone exercez-vous (urbaine, rurale, semi-rurale) ?
- Quelles ressources avez-vous à disposition dans votre cabinet (accès à l'imagerie, spécialistes à proximité, IDE, etc.) ?
- Avez-vous constaté une évolution de votre pratique au fil des années ?
- Travaillez-vous en coordination avec d'autres professionnels de santé ?

2. Expérience en service d'urgences (CV de Saint Vincent)

- Pouvez-vous me parler de votre expérience aux urgences de Saint Vincent ?
- Depuis quand y avez-vous exercé et à quelle fréquence ?
- Quels types de patients prenez-vous en charge ?

- Comment se passait votre collaboration avec les autres professionnels (urgentistes, spécialistes, infirmiers) ?
- Cette expérience influence-t-elle votre manière d'exercer en ville ?

3. Pratiques d'adressage des patients vers les urgences

- Comment décidez-vous d'adresser un patient aux urgences ?
- Quels sont les critères cliniques et/ou biologiques qui vous poussent à le faire ?
- Au-delà des critères médicaux, quels autres facteurs peuvent influencer votre décision (pression des familles, contraintes organisationnelles, peur médico-légale, etc.) ?
- Quel rôle joue la relation avec votre patient dans cette décision ?
- Vous arrive-t-il d'hésiter avant d'envoyer un patient aux urgences ? Dans quels cas ?
- Avez-vous des stratégies alternatives à l'envoi aux urgences (orientation vers un spécialiste, appel à un confrère, surveillance au cabinet...) ?

4. Perception de l'impact de l'expérience hospitalière sur l'adressage

- Pensez-vous que le fait de travailler aux urgences de Saint Vincent a changé votre manière d'adresser aux urgences ?
- Avez-vous gagné en confiance dans votre capacité à gérer des situations urgentes en ville ?
- Votre connaissance des circuits hospitaliers influence-t-elle vos décisions d'adressage ?
- Cette expérience a-t-elle modifié votre manière d'interagir avec les urgentistes ?
- Pensez-vous que les médecins généralistes n'ayant qu'une activité de ville adressent différemment les patients aux urgences ?

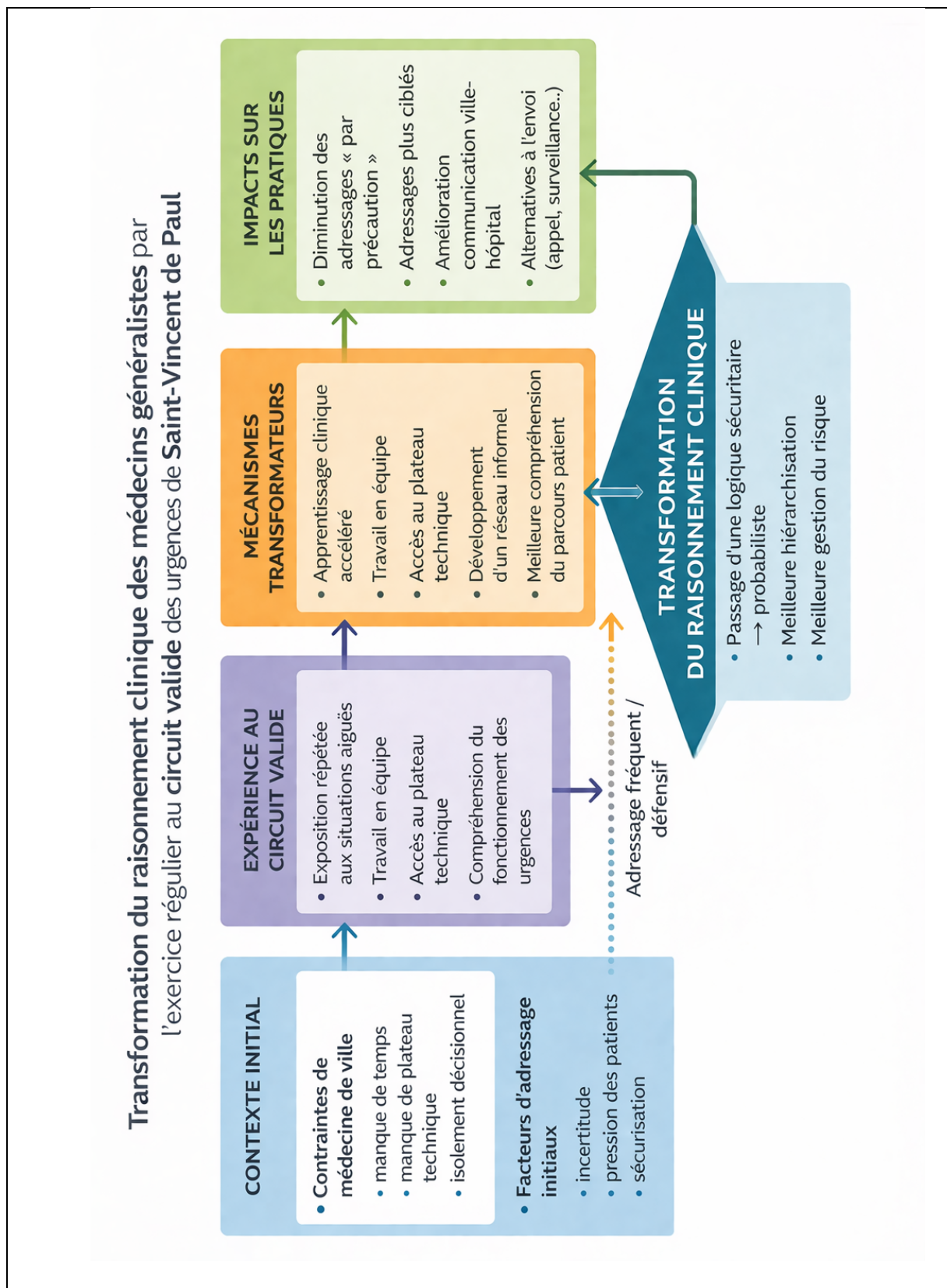
5. Suggestions pour améliorer la gestion des flux entre médecine générale et urgences

- Selon vous, comment pourrait-on améliorer la gestion des patients entre la ville et l'hôpital ?
- Quelles seraient les solutions pour optimiser les décisions d'adressage ?

- Pensez-vous que certaines formations ou outils (guides, télé-expertise, échanges réguliers avec les urgences) seraient utiles ?
- Pensez-vous que les 6 mois obligatoires aux urgences adultes lors du cursus de médecine générale facilite un meilleur adressage aux urgences ?

Quels conseils donneriez-vous à un jeune médecin généraliste pour bien gérer l'adressage aux urgences ?

Annexe 4 : modèle conceptuel



Influence de l'expérience au circuit valide sur les décisions d'adressage des médecins généralistes

AUTEUR : Nom : GAMBINO

Prénom : Frédéric

Date de Soutenance : 30 avril 2026

Titre de la Thèse : Impact du circuit valide sur les pratiques d'adressage des médecins généralistes aux urgences – étude qualitative à l'Hôpital Saint Vincent de Paul

Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine Générale – Lille 2026

Cadre de classement : Médecine Générale, Soins palliatifs

DES : Médecine Générale

Mots-clés : Médecine générale ; urgences ; adressage ; soins non programmés ; coordination ville-hôpital ; étude qualitative ; circuit valide

Contexte : La fréquentation des services d'urgences augmente en France, soulevant la question de la pertinence de l'adressage par les médecins généralistes. À l'hôpital Saint Vincent de Paul de Lille, un « circuit valide » supervisé par des médecins généralistes a été mis en place pour les patients autonomes. Cette étude explore l'influence de cette expérience sur leurs pratiques d'adressage.

Méthode : Étude qualitative monocentrique reposant sur des entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes exerçant en ville et au circuit valide. Les entretiens ont été retranscrits et analysés thématiquement.

Résultats : Huit entretiens ont été analysés. Les médecins décrivent une meilleure capacité de tri des situations urgentes, une tolérance accrue à l'incertitude et une diminution des adressages par précaution. L'expérience hospitalière améliore également la compréhension du fonctionnement des urgences et renforce les liens ville-hôpital.

Conclusion : L'expérience au circuit valide semble favoriser des adressages plus ciblés et renforcer la coordination entre médecine de ville et urgences.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Éric WIEL

Assesseurs : Monsieur le Docteur Jan BARAN, Monsieur le Docteur Charles MARLIÈRE

Directrice de thèse : Monsieur le Docteur Charles MARLIÈRE