

2025-2026

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en **INDIQUER VOTRE SPÉCIALITÉ DE D.E.S.**

Évaluation du ressenti des médecins généralistes ayant une activité de Médecin Sapeur-Pompier en Sarthe sur leur activité ambulatoire

Étude qualitative

JACQUELINE Victor

Né le 19 septembre 1999 à Caen(14)

HERRAULT Lucas

Né le 25 mai 2001 à Le Mans (72)

Sous la direction du Dr. BARBIEUX Charles ■

Membres du jury

Madame la Professeure ANGOULVANT Cécile | Président

Monsieur le Docteur BARBIEUX Charles | Directeur

Monsieur le Docteur HAMON Cédric | Membre

Soutenue publiquement le :
17 septembre 2026



**FACULTÉ
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussigné JACQUELINE Victor
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **23/07/2026**

Je, soussigné HERRAULT Lucas
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **23/07/2026**

Charte d'utilisation de l'IA générative

Je soussigné JACQUELINE Victor

Déclare avoir pris connaissance et accepte de respecter la Charte d'utilisation de l'IA générative pour la rédaction des rapports,
thèses d'exercice et mémoires d'étude.

Je m'engage à utiliser ces outils conformément aux règles et recommandations énoncées dans la charte.

Angers le 23/07/2026

Signature **JV**

Je soussigné HERRAULT Lucas

Déclare avoir pris connaissance et accepte de respecter la Charte d'utilisation de l'IA générative pour la rédaction des rapports,
thèses d'exercice et mémoires d'étude.

Je m'engage à utiliser ces outils conformément aux règles et recommandations énoncées dans la charte.

Angers le 23/07/2026

Signature **LH**



SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS		DES		UNIVERSITÉS	
ABRAHAM Pierre	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU			CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET	
ANGOULVANT Cécile	VEILLISSEMENT		LACOEUILLE FRANCK	STOMATOLOGIE	
ANNWEILER Cédric	REANIMATION		LACCOURREYE Laurent	RADIOPHARMACIE	
	RADIOLOGIE ET IMAGERIE		LAGARCE Frédéric	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	
ASFAR Pierre	MEDICALE		LANDREAU Anne	BIOPHARMACIE	
AUBE Christophe	NEPHROLOGIE		LASOCKI Sigismond	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	
	CHIRURGIE THORACIQUE ET			ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	
AUGUSTO Jean-François	CARDIOVASCULAIRE		LEBDAI Souhil	UROLOGIE	
BAUFRETON Christophe	MEDECINE GENERALE		LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	
	REANIMATION		LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	
BELLANGER William	CARDIOLOGIE		LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	
BELONCLE François	UROLOGIE		LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	
BIERE Loïc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE		LEROLLE Nicolas	REANIMATION	
BIGOT Pierre	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE		LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	
BOUCHARA Jean-Philippe	GASTROENTEROLOGIE-		LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	
BOUET Pierre-Emmanuel	HEPATOLOGIE		MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	
BOURSIER Jérôme	RHUMATOLOGIE		MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE	
	ENCRINOLOGIE, DIABETE ET		MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU	
BOUVARD Béatrice	MALADIES METABOLIQUES			DEVELOPPEMENT ET DE LA	
BRIET Claire	PHARMACOLOGIE			REPRODUCTION	
	CANCEROLOGIE, RADIOTHERAPIE		MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	
BRIET Marie	NEUROLOGIE		MERCAT Alain	REANIMATION	
CAMPONE Mario	PHARMACOLOGIE/		ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	
	PHYSIOLOGIE		PAISANT Anita	RADIOLOGIE	
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE		PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	
CLERE Nicolas	GENETIQUE			MEDICALE	
	ANATOMIE, CYTOLOGIE		PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	
CODRON Philippe	PATHOLOGIQUES		PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	
COLIN Estelle	PEDIATRIE		PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	
COPIN Marie-Christine	PHYSIOLOGIE			CHIRURGIE VASCULAIRE ;	
	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE		PICQUET Jean	MEDECINE VASCULAIRE	
COUTANT Régis	MEDECINE GENERALE			CHIRURGIE INFANTILE	
CUSTAUD Marc-Antoine			PODEVIN Guillaume	GENETIQUE	
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOGNOSIE		PROCACCIO Vincent	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE	
DE CASABIANCA Catherine	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE		PRUNIER Delphine	MOLECULAIRE	
DERBRE Séverine	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL			CARDIOLOGIE	
DESCAMPS Philippe	MEDECINE PHYSIQUE ET		PRUNIER Fabrice	MEDECINE GENERALE	
D'ESCATHA Alexis	READAPTATION		PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	
	MEDECINE D'URGENCE		RAMOND-ROQUIN Aline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE	
DINOMAIIS Mickaël	MALADIES INFECTIEUSES ET		REYNIER Pascal	MOLECULAIRE	
	TROPICALES			BIOSTATISTIQUE	
DOUILLET Delphine	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ;		RIOU Jérémie	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	
DUBEE Vincent	HYGIENE HOSPITALIERE		RINEAU Emmanuel	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	
	PEDOPSYCHIATRIE			ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET	
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE		RIQUIN Elise	MALADIES METABOLIQUES	
	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE			MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	
DUVERGER Philippe	ANATOMIE		RODIEN Patrice	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA	
EVEILLARD Matthieu				SANTE	
FAURE Sébastien	CHIRURGIE THORACIQUE ET		ROQUELAURE Yves	ANATOMIE ET CYTOLOGIE	
	CARDIOVASCULAIRE			PATHOLOGIQUES	
FOURNIER Henri-Dominique	CARDIOLOGIE		ROUGE-MAILLART Clotilde	CHIRURGIE PLASTIQUE,	
FOUQUET Olivier	PNEUMOLOGIE		ROUSSEAU Audrey	RECONSTRUCTRICE ET	
	PSYCHIATRIE D'ADULTES			ESTHETIQUE	
FURBER Alain	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION		ROUSSEAU Pascal	ANATOMIE ET CYTOLOGIE	
GAGNADOUX Frédéric	CHIMIE ANALYTIQUE			PATHOLOGIQUES	
GOHIER Bénédicte	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION			MEDECINE D'URGENCE	
GUARDIOLA Philippe			ROUSSELET Marie-Christine	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	
GUILLET David	IMMUNOLOGIE		ROY Pierre-Marie	CHIMIE ORGANIQUE	
HUNAUULT-BERGER Mathilde	MEDECINE GENERALE		SAULNIER Patrick	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	
JEANNIN Pascale				CHIRURGIE INFANTILE	
JUDALET-ILLAND Ghislaine	PSYCHIATRIE		SERAPHIN Denis		
KAZOUR François			SCHMIDT Aline		
			SCHMITT Françoise		
	KEMPF Marie				
PHYSIOLOGIE			BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE		
MEDECINE GENERALE	KUN-DARBOIS Daniel		; HYGIENE HOSPITALIERE		



**FACULTÉ
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

TESSIER-CAZENEUVE
Christine
TRZEPIZUR Wojciech
UGO Valérie
URBAN Thierry
VAN BOGAERT Patrick

MEDECINE GENERALE

PNEUMOLOGIE
HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
PNEUMOLOGIE
PEDIATRIE

VENARA Aurélien

VENIER-JULIENNE Marie-
Claire
VERNY Christophe
WILLOTEAUX Serge

CHIRURGIE VISCERALE ET
DIGESTIVE
PHARMACOTECHNIE

NEUROLOGIE
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

MAÎTRES DE CONFERENCES

AMMI Myriam

BAGLIN Isabelle
BASTIAT Guillaume

BEAUVILLAIN Céline
BEGUE Cyril
BELIZNA Cristina
BENALLEGUE Nail
BERNARD Florian
BESSAGUET Flavien

BLANCHET Odile
BOISARD Séverine
BOUCHER Sophie
BRILLAND Benoît
BRIS Céline

BRUGUIERE Antoine
CAPITAIN Olivier

CHABRUN Floris

CHAO DE LA BARCA Juan-
Manuel
CHOPIN Matthieu
CORVAISIER Mathieu
DEMAS Josselin

DESHAYES Caroline
FADEL Marc

FERRE Marc
FORTRAT Jacques-Olivier
GHALI Maria
GUELFF Jessica
HADJ MAHMOUD Dorra
HAMEL Jean-François

HAMON Cédric
HELESBEUX Jean-Jacques
HERIVAUX Anaïs
HERSANT Jeanne

CHIRURGIE VASCULAIRE ET
THORACIQUE
CHIMIE THERAPEUTIQUE
BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES
IMMUNOLOGIE
MEDECINE GENERALE
MEDECINE INTERNE
PEDIATRIE
ANATOMIE
PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE
HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
CHIMIE ANALYTIQUE
ORL
NEPHROLOGIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
MOLECULAIRE
PHARMACOGNOSIE
CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
MOLECULAIRE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
MOLECULAIRE
MEDECINE GENERALE
PHARMACIE CLINIQUE
SCIENCES DE LA READAPTATION
BACTERIOLOGIE VIROLOGIE
MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
BIOLOGIE MOLECULAIRE
PHYSIOLOGIE
MEDECINE GENERALE
MEDECINE GENERALE
IMMUNOLOGIE
BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE
MEDICALE
MEDECINE GENERALE
CHIMIE ORGANIQUE

BIOTECHNOLOGIE
MEDECINE VASCULAIRE

HINDRE François
JOUSSET-THULLIER Nathalie
JUSTEAU Grégoire
KHIATI Salim

LEFEUVRE Caroline
LEGEAY Samuel
LEPELTIER Elise
LE ROUX Gaël
LETOURNEL Franck
MABILLEAU Guillaume

MALLET Sabine
MAROT Agnès

MIOT Charline
MOUILLIE Jean-Marc
NAIL BILLAUD Sandrine
PAILHORIES Hélène
PAPON Xavier
PASCO-PAPON Anne

PENCHAUD Anne-Laurence
PEUROIS Matthieu
PIHET Marc

PIRAUX Arthur
POIROUX Laurent
RONY Louis

ROGER Emilie
SAVARY Camille

SCHINKOWITZ Andréas
SPIESSER-ROBELET
Laurence
SUTEAU Valentine

TEXIER-LEGENDRE Gaëlle
VIAULT Guillaume

BIOPHYSIQUE
MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA
SANTE
PNEUMOLOGIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
MOLECULAIRE
BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE
PHARMACOCINETIQUE
CHIMIE GENERALE
TOXICOLOGIE
BIOLOGIE CELLULAIRE
HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET
CYTOGENETIQUE
CHIMIE ANALYTIQUE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
MEDICALE
IMMUNOLOGIE
PHILOSOPHIE
IMMUNOLOGIE
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ANATOMIE
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SOCIOLOGIE

MEDECINE GENERALE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
OFFICINE
SCIENCES INFIRMIERES
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
TRAUMATOLOGIQUE
PHARMACOTECHNIE
PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE
PHARMACOGNOSIE
PHARMACIE CLINIQUE ET
EDUCATION THERAPEUTIQUE
ENDOCRINOLOGIE ; DIABETE ET
MALADIES METABOLIQUES
MEDECINE GENERALE

CHIMIE ORGANIQUE

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER

BARAKAT Fatima
ATCHADE Constantin

ECER

HASAN Mahmoud

PRCE

AUTRET Erwan
BARBEROUSSE Michel
COYNE Ashley
O'SULLIVAN Kayleigh
RIVEAU Héliène

PAST-MAST

AUBRUCHET Héliène

BEAUVAIS Vincent
BRAUD Cathie

CAVAILLON Pascal
CHAMPAGNE Romain

CHIMIE ANALYTIQUE
GALENIQUE

GALENIQUE

ANGLAIS
INFORMATIQUE
ANGLAIS
ANGLAIS
ANGLAIS

PHARMACIE DEUST PREPARATEUR
OFFICINE
PHARMACIE DEUST PREPARATEUR
PHARMACIE INDUSTRIELLE
MEDECINE PHYSIQUE ET
READAPTATION
DILÉ Nathalie
GUITTON Christophe

KAASSIS Mehdi
LAVIGNE Christian
LE FLOCH Maxime
MARSAN-POIROUX Sylvie
MOAL Frédéric
PEREZ-GRANDIERE Lucia
PICCOLI Giorgia
POMMIER Pascal

SAVARY Dominique
TORREGGIANI Massimo
PLP
CHIKH Yamina
AHU
ROBIN Julien
OFFICINE
MEDECINE INTENSIVE-
REANIMATION
GASTRO-ENTEROLOGIE

MEDECINE INTERNE
GERIATRIE
COMMUNICATION

PHARMACIE CLINIQUE
MALADIES INFECTIEUSES

NEPHROLOGIE
CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE
MEDECINE D'URGENCE
NEPHROLOGIE

ECONOMIE-GESTION

DISPOSITIFS MEDICAUX

REMERCIEMENTS COMMUNS

À Madame la Professeure Cécile ANGOULVANT,

Merci de nous faire l'honneur de présider notre soutenance. Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre sincère considération.

À Monsieur le Docteur Charles BARBIEUX,

Merci de nous avoir accompagnés tout au long de ce travail et d'en avoir grandement facilité la réalisation. Merci pour ton implication sans faille dans l'intégration des étudiants au sein de la sous-direction de la santé.

À Monsieur le Docteur Cédric HAMON,

Merci d'avoir accepté de faire partie de notre jury.

Aux membres de la sous-direction santé du SDIS 72,

Au Dr Mougeolle, au Dr Attal et à Lucille, merci pour votre accueil si chaleureux et pour nous avoir transmis votre précieux savoir en matière de médecine d'aptitude, de gestion de crise et des rouages inhérents au SDIS.

À ma maman, merci de m'avoir toujours poussé à travailler, accompagné et soutenu dans toutes les étapes.

À mon papa, merci d'avoir toujours été derrière moi, de m'avoir transmis ton humour et ta curiosité débordante.

À Carla, merci de m'avoir supporté toute ton enfance en tant que petite sœur, pour finalement suivre la même voie que moi.

À Alexandre, parti beaucoup trop tôt. Tu aurais été fier de tout ce que j'ai accompli.

À Charles, en tant que directeur de cette thèse, mais surtout pour m'avoir fait découvrir le SDIS 72, tout ce qu'il pouvait m'apporter et pour m'avoir accompagné dans mon engagement. Sans toi, je ne serais pas là où je suis aujourd'hui.

À Lionel, merci de m'avoir accompagné dans mon projet depuis le début. Ton investissement me permet de le réaliser un peu plus chaque jour.

À mes amis de l'externat, pour le meilleur et souvent pour le pire, merci.

Il fallait bien l'ambition débordante de **Fontaine** pour lancer des projets toujours plus démesurés, et l'énergie de **Jean** pour nous entraîner dans le chaos des Crits. Entre deux combines improbables signées **Samy** et les fières leçons de **Pilou**, mon frère d'origine croate, le quotidien n'avait déjà plus rien de très académique. Et puis il y a **Pipo**, pour qui la langue française manque cruellement de vocabulaire pour le décrire ; **Théo** pour animer une coloc, une étude interventionnelle en D4 et un confinement mouvementé, le tout au rythme du son toujours impeccable d'une enceinte rentabilisée en de multiples locations et exploitée de main de maître par **Pierre** et **Buz**, pendant que **Raph** prenait très au sérieux ses galons de représentant au CHM. Que dire d'**Antoine**, devenu malgré lui le sosie officiel de Justine, de **Robin** qui passe ses journées à hésiter entre me détester et m'adorer, ou d'**Orville** qui mène une guerre sans merci pour le monopole des meilleurs snaps ? On aura vraiment tout vu : des examens cliniques (ou non examens) de **Marius** sur des patients profondément endormis, jusqu'à l'humiliation mémorable d'**Enzo** face à un soulevé de barre au décours d'un anniversaire.

Merci d'avoir transformé l'externat en cette fresque collective totalement absurde et inoubliable.

Aux filles qui ont su supporter ce groupe de mecs : **Castille, Lucie, Léa, Enora, Justine, Margaux, Klervi, Adèle, Lou** et **Caroline**.

À Landry, je sais pertinemment que tu as quitté Bordeaux uniquement pour me rejoindre à Angers.

À mes amis de l'internat et co-internes :

- À **Martin, Margaux** et **Mathilde**, pour un deuxième semestre sur les chapeaux de roue.
- À **Andréa, Mathilde, Zoé, Julie** x2, **LouxaCha** et **Prescila**, pour cette virée à travers la Mayenne.
- À **Thomas, Linda** et **Julie**, pour n'avoir fait que nous croiser sans jamais vraiment bosser ensemble.
- À **Maxime, Laetitia, Manon** et **MC**, pour cette cohésion et cette ambiance de service incomparables.

À **Albane, Boriane, Cédric, Robin, Camille, Thomas** et toute l'équipe du Mans avec qui j'ai vibré semaine après semaine pour ce mandat mémorable.

À **Lucas**, C'est un honneur de partager la réalisation de ce travail de thèse avec toi. Tu es quelqu'un de formidable, aussi brillant que rigoureux.

Pour finir, **Léa**. Mille mercis pour ta présence à mes côtés au quotidien et pour toute la force que tu me donnes. Tu es toujours là pour m'encourager, me motiver, et surtout pour supporter mes idées, mes passions et mes lubies. Bientôt, ce sera ton tour.

REMERCIEMENTS DE LUCAS

Merci à ma famille :

À ma mère, mon soutien indéfectible, tu as été là du début à la fin, sans toi rien de tout ça n'aurait été possible

À ma grand-mère, qui a toujours eu confiance en moi, j'aurais été fière qu'elle puisse voir ce jour se concrétiser

À Frédo, qui a su être là quand j'avais besoin

À ma petite sœur, pour son soutien et son amour

À mon oncle, ma tante et mes cousines, toujours dépitées de me voir travailler

Merci **à Blandine**, rencontrée au milieu de la fatigue intense des urgences. Tu m'as accompagné tout au long de la production de cette thèse, et pour encore très longtemps j'espère

Merci **à Victor** pour m'avoir entraîné dans ce projet, j'admire ta détermination et ta passion

Liste des abréviations

AMU	Aide Médicale d'Urgence
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des libertés
CPP	Comité de Protection des Personnes
ENSOSP	École Nationale Supérieure des Officiers de Sapeurs-Pompiers
GRIMP	GRoupe d'Intervention en Milieu Périlleux
MG	Médecin généraliste
MSP	Médecin Sapeur-Pompier
MSPV	Médecin Sapeur-Pompier Volontaire
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SDS	Sous-Direction Santé
SMP	Secours en Milieu Périlleux (anciennement GRIMP)
SPP	Sapeur-Pompier Professionnel
SPV	Sapeur- Pompier Volontaire
SSO	Soutien Sanitaire opérationnel
SSSM	Service de Santé et de Secours Médical
VMA	Visites médicales de Maintien en Activité

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Déterminants et motivations à l'engagement

- 1.1. Influence du milieu communautaire
- 1.2. Utilité sociale et intégration au service publique
- 1.3. Recherche d'un esprit de corps et d'un cadre valorisant
- 1.4. Conserver une pratique de soins d'urgence
- 1.5. Rompre la routine du cabinet
- 1.6. Le SDIS, un environnement facilitateur
- 1.7. Acquisition et développement de capacités de médecine préventive

2. Bénéfices psychosociaux et personnels

- 2.1. Équilibre émotionnel et psychique
- 2.2. Travail d'équipe opposé à la pratique ambulatoire
- 2.3. Sentiment d'utilité et valorisation sociale
- 2.4. Prise de conscience de l'importance d'une santé globale

3. Retentissement sur la posture clinique en médecine générale

- 3.1. Prise de recul et confiance dans la gestion des urgences
- 3.2. Prises en charge plus sereines et qualitatives
- 3.3. Optimisation des compétences de médecine préventive
- 3.4. Recul sur sa pratique et apports théoriques
- 3.5. Formations continues et professionnalisantes

4. Modifications pratiques et matérielles au cabinet

- 4.1. Dotation matérielle élargie
- 4.2. Contraintes gestionnelles surajoutées
- 4.3. Utilisation accrue et plus pertinente des examens paracliniques

5. Transposition des compétences de médecine générale vers l'activité de médecin sapeur-pompier

- 5.1. Approche médicale globale
- 5.2. Compétences psychosociales précieuses
- 5.3. Socle de connaissances étendu

6. Freins, frustrations et zones de friction

- 6.1. Contraintes géographiques et horaires incompressibles
- 6.2. Manque de pratique et sollicitation faible
- 6.3. Alourdissement de la charge administrative et formative
- 6.4. Système hiérarchique parfois rigide
- 6.5. Intégration au système global parfois difficile

DISCUSSION

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Évaluation du ressenti des médecins généralistes ayant une activité de Médecin Sapeur-Pompier en Sarthe sur leur activité ambulatoire

Victor JACQUELINE

Rédaction de la fiche de thèse

Réalisation de 5 entretiens (seul ou en commun)

Analyse de chaque entretien, codage et triangulation

Rédaction du manuscrit de thèse

Préparation de la présentation pour la soutenance

Lucas HERRAULT

Rédaction de la fiche de thèse

Réalisation de 7 entretiens (seul ou en commun)

Analyse de chaque entretien, codage et triangulation

Rédaction du manuscrit de thèse

Préparation de la présentation pour la soutenance

INTRODUCTION

Le Médecin Sapeur-Pompier (MSP) occupe une place singulière au croisement de la médecine d'urgence, de la santé publique et de la médecine d'aptitude. Engagé au sein des Sous-Directions Santé (SDS) anciennement Service de Santé et de Secours Médical (SSSM) des Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS), il intervient dans des contextes variés où la réactivité, la polyvalence et la coordination interprofessionnelle sont essentielles.

Le rôle du médecin sapeur-pompier se formalise à partir des années 1970, et la loi du 3 mai 1996 consacre l'organisation du SSSM(1). Historiquement, le maillage territorial assuré par les MSP était plus dense avant l'essor et la généralisation des SAMU. Cependant, si le SAMU a redéfini le périmètre d'intervention médicale, il n'a pas provoqué une diminution brute des effectifs de médecins chez les pompiers, mais a plutôt induit une transformation profonde de leur identité, passant d'une médecine de corps autonome à une composante intégrée et spécialisée du SSSM.. Ce glissement historique explique en partie la mutation des missions vers une synergie nécessaire entre médecine pré-hospitalière et hospitalière. (2-4)

Selon les textes législatifs, tout médecin inscrit à l'Ordre, quelle que soit sa spécialité, peut s'engager en tant que MSP, généralement volontaire, au sein d'un SDIS. Le Code général des collectivités territoriales et Code de la sécurité intérieure encadrent aujourd'hui leurs missions, définissant le MSP comme un acteur essentiel dont les fonctions sont multiples et cumulatives :

- Le Soutien Sanitaire Opérationnel (SSO)
- La médecine d'aptitude et de prévention des Sapeurs-Pompiers Volontaires (SPV) et Professionnels (SPP)
- La formation au secourisme
- La participation à la planification et à la gestion de crises
- Les actes médicaux de diagnostic et de soins, ainsi que le concours à l'Aide Médicale d'Urgence (AMU). (5-7)

Si la fonction du médecin au sein de la SDS est bien identifiée, son impact sur sa pratique quotidienne de la médecine générale reste peu exploré. Or, un nombre non négligeable de Médecins Sapeur-Pompiers Volontaires (MSPV) sont des médecins généralistes (MG), combinant deux dimensions complémentaires de la pratique médicale

: la prise en charge globale, continue et individualisée du patient ou de l'agent avec l'action rapide et contextuelle sur le terrain (8,9).

Cette double appartenance, à la fois civile et opérationnelle, confère au MSP une position unique. L'expérience du terrain, la confrontation fréquente à des situations d'urgence ou à des décisions à haut enjeu, ainsi que la formation spécifique dispensée par les SDIS localement ou nationalement au sein de l'École Nationale Supérieure des Officiers de Sapeurs-Pompiers (ENSOSP), peuvent influencer la manière dont ces médecins perçoivent et exercent la médecine au cabinet. À l'inverse, leur pratique de la médecine générale, centrée sur la relation médecin-patient, la prévention et le suivi au long cours, peut enrichir leur approche de la médecine opérationnelle ainsi que celle d'aptitude.

La littérature confirme que l'engagement des généralistes est minoritaire ; une enquête descriptive (2013) a révélé que 95% des généralistes interrogés ne souhaitent pas s'engager, citant principalement le manque de temps lié à l'activité libérale (63%) (7). Ce déficit de recrutement est aggravé par une méconnaissance du rôle du MSPV qui, en tant que premier maillon médicalisé en zone rurale, constitue un enjeu de santé publique. Ce rôle reste largement méconnu non seulement des internes en médecine générale, mais aussi des médecins généralistes installés (8-10).

Cette double pratique est susceptible d'influencer directement le raisonnement clinique. En effet, alors que l'incertitude diagnostique est omniprésente en médecine générale, estimée à près de 70% des consultations (11), l'expérience acquise en contexte d'urgence préhospitalière (caractérisée par une prise de décision rapide, sous contrainte et avec des informations limitées) pourrait développer chez le MSPV une meilleure tolérance à cette incertitude et affiner des stratégies cognitives qu'il pourrait réinvestir par la suite dans son cabinet.

Concernant la mission de médecine d'aptitude, la littérature révèle que les sapeurs-pompiers consultent très peu leur médecin traitant (MT) pour les problèmes chroniques. Dans ce contexte, la communication et le partage d'informations entre le MT et le MSP sont souvent limités, ce qui place le MSP en première ligne concernant les dépistages et la prévention des facteurs de risque chez le personnel (12,13).

Comprendre comment s'articulent ces deux dimensions de la pratique et évaluer l'impact sur les compétences techniques (gestion de l'incertitude), ainsi que sur les dimensions relationnelles et organisationnelles, est essentiel.

Il existe encore peu de données qualitatives sur le ressenti des médecins eux-mêmes. Leurs témoignages pourraient permettre de mieux comprendre comment cette double pratique influence leurs représentations, leurs comportements cliniques et paracliniques et leurs rapports au soin...

C'est dans cette perspective que s'inscrit cette étude : donner la parole aux médecins sapeurs-pompiers du département de la Sarthe afin d'explorer les retombées subjectives (professionnelles et humaines) de leur engagement au sein de la SDS, sur leur pratique de la médecine générale.

Les présupposés de cette thèse partiraient du principe que l'activité de MSPV serait une double pratique qui aurait des répercussions concrètes sur l'exercice ambulatoire, mais qui impose également une charge d'investissement significative.

Notre hypothèse principale suggérerait que l'expérience des urgences sur le terrain (où le temps est compté et les informations sont limitées) permettrait aux MSPV d'être plus à l'aise face à l'incertitude diagnostique (omniprésente en médecine générale). Cette habitude de la décision rapide et du raisonnement sous contrainte pourrait améliorer leur pratique au cabinet. De plus, les formations initiales et continues de la SDS, ainsi que la pratique opérationnelle, augmenteraient l'aisance technique : la manipulation répétée d'examens paracliniques (ECG, spirométrie lors des VMA) et la réalisation de gestes techniques urgents (pose de voie veineuse périphérique, administration de thérapeutiques IV) se traduiraient par une meilleure gestion des urgences au cabinet.

Sur le plan de l'investissement personnel, nous pensons que, malgré la contrainte de temps et de disponibilité, cette double activité serait vécue par les MSPV comme un facteur d'équilibre professionnel et de satisfaction, grâce à la diversification des missions et au travail d'équipe.

Néanmoins, nous émettons l'hypothèse que cette double fonction est source de difficultés concrètes d'organisation.

MÉTHODES

1. Choix de la méthode

Cette étude est une étude qualitative basée sur la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés, ne cherchant pas à quantifier ou mesurer, mais permettant de recueillir le ressenti subjectif des médecins interrogés et d'en faire une démarche interprétative permettant d'extraire des idées et pistes sur notre sujet de thèse et l'intégration du système pompier au sein d'une pratique médicale riche et variée.

L'étude s'inscrit dans une approche de théorisation ancrée, une méthode inductive où l'analyse des données se fait de manière itérative pour faire émerger une théorie ancrée dans les réalités du terrain. Ce processus guide la constitution de l'échantillon jusqu'à l'atteinte de la suffisance des données, moment où les nouveaux entretiens n'apportent plus d'éléments originaux à l'analyse.

Le choix de l'entretien individuel a été privilégié aux « focus groups » pour deux raisons : d'une part, pour s'adapter aux contraintes d'emploi du temps de ces praticiens et, d'autre part, pour éviter les biais liés à l'hétérogénéité des missions exercées par les participants au sein de l'institution.

Pour garantir la rigueur de l'analyse, nous avons suivi les critères de qualité internationaux COREQ (*Consolidated criteria for REporting Qualitative research*) (Annexe I).

2. Population étudiée et recrutement

L'étude cible l'ensemble des MSP thésés du SDIS 72 ayant une activité ambulatoire actuelle ou ayant exercé en ambulatoire au cours des trois dernières années. Les médecins retraités depuis moins de trois ans mais conservant une activité de MSP ont été inclus, de même que ceux encore en activité et ayant eu une activité de MSP par le passé. Les externes et internes ont été exclus afin de garantir un retour d'expérience basé sur une pratique de médecine générale autonome.

La population ciblée est de 11 médecins. La taille définitive de l'échantillon sera déterminée par le principe de suffisance des données.

Les critères d'inclusion sont donc :

- Être docteur en médecine (thèse).
- Avoir une activité de médecine générale ambulatoire (en cours ou terminée depuis moins de 3 ans).
- Être en activité ou avoir eu une activité de Médecin Sapeur-Pompier au sein du SDIS 72.

Le recrutement initial a été réalisé par mail puis par téléphone en l'absence de réponse. La liste des médecins incluables dans l'étude nous a été fourni par le secrétariat de la SDS avec l'accord du médecin-chef. Ce premier contact a permis de présenter et expliquer précisément l'objet de notre étude et son déroulement, ainsi que la méthodologie utilisée pour le traitement des données.

3. Recueil des données

Le lieu et l'heure des entretiens ont été choisis selon la convenance des participants (domicile, cabinet médical ou locaux du SDIS 72). Les entretiens ont été menés par un ou deux investigateurs selon les disponibilités. Dans le cas d'un binôme, un seul investigateur assurait l'animation de l'échange. Un guide d'entretien, composé de cinq questions ouvertes, d'une question optionnelle et de relances ciblées, a servi de trame. Ce guide a été évalué et ajusté de manière itérative après chaque entretien pour s'adapter aux thématiques émergentes(Annexe II).

Avant chaque entretien, une information orale et écrite sur les objectifs de l'étude a été de nouveau délivrée. Un questionnaire sociodémographique a été complété en fin de séance pour définir les caractéristiques de notre échantillon. Notre population étant restreinte, ces informations ont été sélectionnées pour garantir une anonymisation de nos résultats. Chaque rencontre a débuté par la signature d'un consentement éclairé autorisant l'enregistrement audio et l'utilisation des verbatims à des fins de recherche.

4. Retranscription et analyse des données

Les entretiens ont fait l'objet d'un double enregistrement numérique (Iphone 15 et Ipad Pro d'un côté, Samsung S22+ et Asus Vivobook de l'autre) pour prévenir tout risque de perte de données. Une retranscription intégrale (mot à mot) a été effectuée après chaque entretien. Une première version a été générée par une intelligence artificielle

(Gemini), puis systématiquement vérifiée et corrigée manuellement par l'un des investigateurs pour garantir la fidélité des propos. Les fichiers audios ont été supprimés après validation de cette retranscription.

Les données ont été anonymisées par l'attribution d'un code (M1, M2, etc.). L'analyse a été menée de façon thématique : les verbatims ont été codés et regroupés par sous-thèmes puis thèmes. Pour assurer la validité de l'analyse, les deux premiers entretiens ont fait l'objet d'un double codage indépendant par les deux investigateurs, suivi d'une phase de confrontation.

5. Cadre éthique et juridique

Cette étude portant sur le ressenti professionnel de médecins, les données collectées sont strictement anonymisées et ne comportent aucune donnée de santé concernant des patients. Conformément à la réglementation française, ce travail se situe hors du champ de la Loi Jardé (recherche n'impliquant pas la personne humaine au sens médical) et ne nécessite donc pas d'avis d'un Comité de Protection des Personnes (CPP). De même, l'étude ne nécessite pas de déclaration préalable auprès de la CNIL, les données étant traitées dans un cadre de recherche interne et anonymisées dès la retranscription. Les participants ont été informés de leur droit d'accès, de rectification et de retrait de leur consentement à tout moment.

RÉSULTATS

Pour la réalisation de cette étude, les entretiens ont été menés entre avril et juin 2026 auprès de 11 médecins sarthois. Les caractéristiques sociodémographiques de chaque participant ont été recueillies via un questionnaire dont les données ont été reportées dans le tableau 1. La durée moyenne des entretiens était de 19,03 minutes. Faute de participants supplémentaires, le principe de suffisance des données n'a pas pu être vérifié.

L'analyse sociodémographique de notre échantillon révèle un profil de médecins particulièrement expérimentés et fidélisés.

Concernant l'ancienneté d'engagement (Annexe III), plus de la moitié des participants (55 %) justifie de plus de 25 ans d'expérience en tant que MSP, tandis que 27 % ont entre 11 et 25 ans d'ancienneté, et 18 % comptent 10 ans ou moins d'engagement. Cette implication s'est initiée de manière très précoce dans leur carrière (Annexe IV) : 36 % des médecins se sont engagés moins d'un an après leur installation, et une proportion identique (36 %) l'a fait dans un délai de 1 à 5 ans. Seuls 27 % rapportaient une activité ambulatoire préalable de plus de 5 ans avant de s'engager.

L'analyse de la fréquence d'activité au sein de la SDS (Annexe V) démontre un investissement constant et régulier : près des trois quarts des praticiens interrogés (73 %) déclarent un rythme d'intervention compris entre une et trois fois par mois. À cette norme majoritaire s'ajoutent 18 % des médecins réalisant une activité plus soutenue, intervenant de manière hebdomadaire.

Enfin, la totalité des médecins ont une activité ambulatoire, mais près de la moitié d'entre eux (45 %) déclarent une activité mixte (coordinateur d'EHPAD, centre de rééducation...).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participants

Participant	Durée d'entretien	durée d'engagement	Durée d'installation avant engagement	Activité médicale	Activité MSP	Fréquence d'activité MSP (en moyenne)
M1	28'08"	34 Ans	4 ans	• Libéral urbain • PDSA • Centre 15 • Médecin secouriste FFSS	• VMA • Opérationnel et SSO • Formation ENSOSP	Selon demande
M2	07'51"	4 ans	5 ans	• Libéral	• VMA • Peu d'opérationnel	1/mois
M3	27'20"	26 ans	quelques mois	• Libéral rural • Coordinateur EHPAD	• VMA • Peu d'opérationnel • Formation	1/mois
M4	14'08"	2 ans	7 ans	• Libéral semi-rural	• VMA • Formation	2-3/mois
M5	09'28"	11 ans	3 ans	• Libéral	• VMA • Peu d'opérationnel • Formation	2-3/mois
M6	31'20"	37 ans	3 ans	• Libéral • Salarié en centre de réadaptation professionnelle	• Opérationnel	1/semaine
M7	10'49"	20 ans	12 ans	• Libéral • Correspondant SAMU • Médecin expert tutelle	• VMA	1/mois
M8	15'11"	32 ans	3 mois	• Libéral • Salarié en centre de réadaptation professionnelle	• Opérationnel • VMA	1/semaine
M9	20'41"	25 ans	0	• Libéral	• Opérationnel • Formations SMP	1/mois
M10	21'07"	44 ans	8 ans	• Libéral • Coordinateur EHPAD	• Opérationnel • Puis VMA seules	1-2/mois
M11	25'12"	26 ans	0	• Libéral • Urgentiste • SOS médecin • Salarié en SSR	• Opérationnel • VMA	2/mois

1. Déterminants et motivations à l'engagement

1.1. Influence du milieu communautaire

L'engagement résulte souvent d'une opportunité, parfois en lien avec un manque réel de médecin dans un secteur géographique donné : *« il y avait pas de médecin de pompier à l'époque sur Le Mans »* (M1), souvent également, à l'époque où l'activité pompier était régie par les communes, par volonté de ces dernières d'ajouter une réponse médicale aux compétences existantes : *« toutes les communes avaient un corps de sapeurs-pompiers et voulaient un médecin de sapeur-pompier »* (M1). Cet engagement s'intégrait par ailleurs dans la pratique habituelle : *« il y avait de nombreux médecins sapeurs-pompiers. Tous les médecins de village quasiment étaient sapeurs-pompiers. Euh c'était assez à la mode »* (M6).

Ainsi se découpent deux tendances, d'un côté la volonté d'intégrer ce corps et d'apporter sa contribution en comblant un manque : *« la motivation c'était essentiellement le fait qu'il y avait besoin d'aide et que tous les autres médecins voulaient pas le faire »* (M8), d'un autre côté une sorte d'obligation morale face à la demande locale : *« Je suis pas de moi-même allé dire je vais être médecin sapeur-pompier. C'est une demande qui avait été faite »* (M10).

L'influence de l'entourage professionnel et familial peut également représenter une incitation pour les médecins à s'investir moralement : *« mon papa avec qui j'étais installée était médecin de sapeur-pompier »* (M5) *« Ça m'a été vendu, comme : j'étais le dernier arrivé, comme une espèce de d'obligation ou hein la dernière recrue : c'est toi qui t'y colles »* (M8).

1.2. Utilité sociale et intégration au service public

Intégrer le milieu des pompiers relève pour beaucoup d'une évidence, devenir MSP apparaissant comme la juste continuité de leur activité médicale : *« ça m'intéressait bah du fait de ma pratique en médecine rurale où régulièrement en fait, j'étais sollicitée »* (M5) *« Elle est purement éthique hein et elle est dans le cadre de la vocation médicale que que j'avais. Le but étant de rendre service »* (M10). Pour certains, au-delà de cette continuité, c'est presque un devoir que de s'impliquer au service de la population : *« Y'a toujours une utilité. D'un point de vue social, c'est toujours bien d'être impliqué dans le milieu social dans lequel on évolue, surtout en campagne »* (M11) *« Être médecin et ne pas intervenir [...] enfin moi personnellement,*

ça me paraît, ça me paraît délicat » (M11).

Les praticiens soulignent leur volonté d'être utiles socialement et d'apporter leurs compétences à la collectivité : *« c'était simplement de participer au titre d'urgentiste [...] au secours à personne, au secours civil entre guillemets et d'apporter mes compétences » (M11), afin de servir au bien commun, en participant à une mission de service public: « y'a le sentiment quand même de d'être utile socialement, qui n'est pas négligeable » (M1) « cette mission quand même de de secours à personne enfin de, de service public, de service de l'État » (M3).*

1.3. Recherche d'un esprit de corps et d'un cadre valorisant

Comme le porte l'image des hommes du feu, l'engagement à leur côté est perçu comme gratifiant et offrant une reconnaissance bienvenue : *« Euh avoir une utilité, faire partie socialement euh... avoir une participation citoyenne qui est quand même valorisante » (M1) « Alors maintenant ben je suis colonel. Mais bon, c'est c'est à l'ancienneté hein [...] Mais je suis assez fier de l'être quand même » (M6).*

Ce qui ressort particulièrement, c'est ce corporatisme propre aux sapeurs-pompiers, rendant possible les rencontres et le travail en équipe. Ce sentiment d'appartenance favorise l'apprentissage mutuel et la création de liens durables dans un environnement bien différent du cabinet : *« on sent vraiment qu'on est une grosse... une grosse famille » (M2) « même d'un point de vue personnel, bah c'est un peu ce, ce sentiment aussi de groupe et de fraternité » (M9) « j'aimais bien le travail d'équipe chez les pompiers, j'aimais bien euh l'ambiance » (M6) « Ça t'ouvre à une autre culture, à une autre façon de penser » (M5).*

Cet apport plus personnel permet ainsi de s'inscrire dans un système global qui permet d'améliorer les prises en charges des victimes en fluidifiant les interactions interpersonnelles, et donc indirectement la chaîne de secours : *« Et puis appartenir à un groupe euh qui est cohérent. J'avais connu ça avec les urgences » (M1) « au circuit de secours quoi. Et puis de pouvoir connaître tous les intervenants, et que ce soit fluide » (M11)*

1.4. Conserver une pratique de soins d'urgence

Reflète de l'ancienne structuration des études médicales, pour certains cet engagement est l'opportunité de maintenir une pratique d'urgentiste, considérée comme stimulante physiquement et intellectuellement : *« participer à l'urgence, d'avoir une clientèle et d'être intégré dans le truc... je voulais continuer à exercer dans l'urgence » (M1) « pour pouvoir continuer cette activité de médecine d'urgence, je me suis dit que je pouvais m'engager » (M7) « on surveille, on doit pas surveiller n'importe comment, et ça c'est passionnant parce que y'a il y a plein de choses à faire. Et là y'a mon cerveau euh d'urgentiste, de médecin généraliste, de de là qui commence à pétiller » (M11).*

Pour d'autres, n'ayant pas connu cette double pratique de la médecine, la possibilité d'une activité de terrain, préhospitalière, était l'occasion de sortir de sa zone de confort et de ressentir des émotions fortes, propres au contexte d'urgence : *« L'idée effectivement, c'était de faire un peu d'opérationnel, avoir plutôt un profil de terrain » (M2) « je décolle un coup d'adrénaline et euh je me rend sur une intervention euh plus ou moins euh grave » (M3).* En sus de cette activité opérationnelle pure, être MSP c'est se confronter à la complexité d'une multitude d'activités (VMA, SSO...) : *« ce que j'aimerais plus faire maintenant, c'est de l'interventionnel, mais du soutien sanitaire essentiellement » (M11) « c'est passionnant je trouve d'arriver et de mettre un truc opérationnel sur place, une task force du soutien sanitaire en incendie, parce qu'on va y être confronté sur de longues périodes, sur de longs moments » (M11)*

1.5. Rompre la routine du cabinet

Être pompier est une source d'imprévisibilité. C'est sortir de sa zone de confort et briser la monotonie du cabinet : *« une activité autre que celle de médecine générale où effectivement tu es assis derrière un bureau » (M2) « je voulais changer un peu d'activité, faire autre chose » (M4) « Moi l'intérêt c'était de de sortir de mon cabinet en fait, de faire autre chose » (M6).* La diversification des tâches répond souvent à un besoin de changement, prévention d'un potentiel épuisement lié à la routine : *« d'avoir une autre activité à côté, bah tu prends du recul et d'ailleurs j'ai eu aussi euh l'activité de régulation libérale parce que j'avais besoin de multiplier les activités » (M5) « couper un peu de ma routine quotidienne » (M9) « moi c'est le soutien sanitaire en incendie qui me botterait parce que c'est complexe. Enfin y'a de la complexité » (M11).*

L'intégration au corps des pompiers représente aussi l'occasion d'avoir une activité médicale plus hétérogène, considérée parfois comme une échappatoire, voire une occasion de prendre du plaisir à soigner : *« c'était divertissant, c'était... c'était chouette, ça me permettait de faire autre chose et de pas me lasser du cabinet »* (M5) *« c'était, je dois l'avouer hein, c'est c'était un peu la récréation quoi. Tu changes d'activité, tu changes de monde »* (M9).

1.6. Le SDIS, un environnement facilitateur

L'environnement institutionnel du SDIS ajoute à l'activité d'urgence de proximité (qui est une part du rôle de médecin généraliste) un cadre sécurisant bienvenue pour certains : *« autant être dans un cadre qui me bah qui me protège entre guillemets et qui me propose des formations »* (M 5) *« ça reste malgré tout un système qui reste efficace en tout cas »* (M11). C'est par ailleurs le berceau d'évolutions majeures, transcendant l'activité globale des sapeurs-pompiers en leur apportant de nouvelles facultés pour répondre aux urgences : *« le SSSM a su intégrer rapidement toutes les manœuvres de réanimation, le défibrillateur, tout ça, ce que moi j'ai vu arriver dans les SDIS aussi de façon très rapide, et hyper efficiente en fait. Et ça peut être extrêmement réactif aussi »* (M11).

La richesse des compétences à développer et des spécialisations offertes est un facilitateur à l'engagement: *« on était à l'époque venu me chercher [...] pour intégrer le GRIMP, ce qui m'avait assez intéressé quand même. C'était une spécificité aussi qui était assez intéressante »* (M9) *« j'ai été sapeur-pompier donc volontaire mais avec des spécialités, euh en faisant du GRIMP. En faisant aussi de la visite médicale d'aptitude »* (M11).

Enfin, le SDIS est propice à l'acquisition et au maintien de compétences, via des formations plus ou moins obligatoires permettant une remise à niveau régulière et une plus grande sérénité au quotidien : *« Par contre en termes de formation c'est top. Enfin clairement moi c'est un un gros point positif, c'est que les pompiers euh ils nous payent une quantité de formations »* (M5) *« Bon maintenant il y a des entraînements, euh... il y a des il y a des répétitions de d'accidents euh ça oui »* (M6). Comme évoqué plus haut, il cimenter la cohésion d'équipe ce qui apparait comme sécurisant : *« je trouve qu'en fait le le SDIS est plutôt bien composé, ça, y'a une bonne entente, une bonne bienveillance »* (M4).

1.7. Acquisition et développement de capacités de médecine préventive

L'autre facette, moins évoquée et pourtant prérogative majeure de la SDS : les visites de maintien en activité (VMA), vitales au système global car part majeure de la médecine du travail. Elles sont nécessaires au suivi des pompiers, professionnels comme volontaires, qui mettent régulièrement leur santé, voire leur vie, en danger : « *Et effectivement la VMA où tu fais finalement un peu plus de médecine du travail* » (M2) « *une espèce de de de fonction médecin du travail qui est aussi intéressante, que je fais aussi en ville* » (M3) « *Et nous on leur doit, aux pompiers, une expertise médicale, parce que quand on dit oui, on dit oui. C'est important parce qu'ils peuvent mettre leur vie en jeu. Et ça, ça a toujours été mon moteur* » (M11).

Cette activité répond plus globalement à un besoin de santé publique : anticiper, informer, et assurer la sécurité des personnels en permanence, que ce soit dans leur vie de pompier ou au quotidien : « *moi j'aime bien un peu tout ce qui touche à... aux missions de santé publique, des choses comme ça, la prévention* » (M4) « *ça me passionnait vraiment de faire de la médecine d'aptitude parce qu'il y a une vraie implication du rôle du médecin dans la santé des sapeurs-pompiers* » (M11). C'est donc une place indispensable que prend la SDS ici, nécessitant un engagement franc de ses professionnels médicaux et paramédicaux, garants d'une expertise cruciale : « *Quand je suis arrivé, l'état des sapeurs-pompiers était assez déplorable. Enfin l'aptitude était faite à l'ancienne [...] c'était remettre tout ça d'aplomb, ça a été un vrai challenge* » (M11).

2. Bénéfices psychosociaux et personnels

2.1. Équilibre émotionnel et psychique

S'investir dans le milieu pompier permet l'acquisition d'une confiance en soi et plus de sérénité face aux situations critiques : « *Je me sentais beaucoup moins stressée. A l'idée d'avoir quelqu'un qui fasse un arrêt ou quoi* » (M5), et une distanciation psychologique saine par rapport aux exigences du cabinet et des patients, parfois lourdes : « *Bah une stabilité émotionnelle* » (M5) « *je pense qu'en med' gé on peut vite se faire bouffer par ses patients, euh par son travail* » (M5) « *dans mon rythme de travail, j'y ai trouvé un certain équilibre parce que finalement c'était, je dois l'avouer hein, c'est... c'était un peu la récréation quoi* » (M9).

Ces moments laissent souvent d'excellents souvenirs : *« c'est que du... pour moi ça n'a été que du bonheur hein »* (M1) *« Ouais, non c'était vachement de bons souvenirs ouais »* (M6).

2.2. Travail d'équipe opposé à la pratique ambulatoire

En rupture avec la solitude parfois pesante du cabinet, la dynamique collective inhérente au monde des sapeurs-pompiers apparaît comme un soulagement et participe à améliorer le vécu, que ce soit en intervention ou dans les relations interpersonnelles : *« On travaille avec une équipe, on rencontre d'autres personnes, euh chose qu'on n'a pas dans notre cabinet »* (M5) *« c'était un sacré soulagement aussi d'avoir l'avis d'un autre »* (M6) *« Ce que ça m'a apporté sur le plan professionnel c'est peut-être le fait d'être entouré par un... par une équipe et non plus d'être seul en... et non pas d'être seul en intervention »* (M10)

Travailler en équipe enrichit le vécu professionnel, car source d'un apprentissage de l'autre, d'une ouverture à des points de vue différents, et du développement de nouvelles compétences : *« Ça t'ouvre à une autre culture, à une autre façon de penser »* (M5). *« C'est juste euh l'appétence et la joie d'avoir travaillé dans des structures où il y a plein de compétences qui sont disponibles »* (M11).

2.3. Sentiment d'utilité et valorisation sociale

Faire partie intégrante du corps des sapeurs-pompiers est souvent considéré comme une gratification. C'est donner de son temps et être prêt à répondre aux besoins à tout moment : *« le jour où on pense à toi euh t'es bien là »* (M1) *« c'est l'idée euh qu'on peut compter sur toi. Et toi tu peux compter sur les autres »* (M1) *« je décalais quand c'était comme ça, ou dès que je voyais les pompiers arrêtés au bord de la route, je m'arrêtais tout le temps »* (M11).

Cette réponse à une demande de service citoyen rassemble les professionnels autour d'une figure valorisante de "médecin de terrain", perpétuant la fierté de faire partie d'un vaste circuit de soin, peu importe le rôle donné et l'implication : *« on sait très bien qu'on est respecté »* (M3) *« les gens parlent de vous et vous avez euh comment dire, ça augmente votre réputation... ça donne une image de disponibilité »* (M6). *« la fierté d'être pompier. Même si je re... je me suis jamais... je suis toujours resté à l'écart des pompiers, mais je suis vraiment content d'en d'en avoir fait partie »*

aussi » (M11)

À nouveau, la représentation primant ici est celle du médecin utile, au service des autres, œuvrant à une médecine globale et unifiée : *« Mais c'est... la médecine, la médecine c'est une seule chose en fait, hein. Hum. La médecine est une, hein, avec des orientations euh en fonction de de ce que l'on fait » (M7) « Pour moi je suis médecin de terrain. Et médecin de terrain, pour moi c'est médecin pompier, c'est médecin urgentiste, c'est médecin généraliste. C'est être là quand y'a besoin » (M11).*

2.4. Prise de conscience de l'importance d'une santé globale

L'exigence de l'activité de sapeur-pompier nécessite de porter une attention toute particulière à la condition physique et psychique des personnels. Cela peut mener à des choix difficiles, mais donne un sens à la place du médecin au cœur du suivi clinique, que ce soit à titre préventif lors des VMA ou directement sur le terrain : *« Ça les valorise aussi de se dire que ben oui il faut faire attention à soi, et c'est pas n'importe qui qui peut monter dans un camion » (M11) « là on va pousser les gens dans leurs... dans leurs extrémités physiologiques, et il va falloir qu'on soit bon. En rafraîchissement, en trucs, que ce soit prévu à l'avance. Et ça je trouve ça passionnant quoi en fait » (M11).*

Cette mission majeure ouvre à une prise de conscience de l'importance de soi-même se soigner, se préserver en bonne santé : *« mais je fais plus de sport. Parce que je me dis qu'effectivement euh pour la santé ben c'est effectivement c'est important » (M4),* mais aussi de faire plus attention à ce qui nous entoure, comprendre les dangers, même mineurs, du quotidien : *« je réfléchis plus sur certaines choses effectivement [...] plus ouais, côté risque... risques domestiques, accidents domestiques, des choses comme ça effectivement je, je pense que je suis plus prévenant » (M4).*

3. Retentissement sur la posture clinique en médecine générale

3.1. Prise de recul et confiance dans la gestion des urgences

Face à l'urgence pouvant survenir à tout moment au cabinet, l'activité opérationnelle permet de se confronter plus fréquemment à l'imprévisibilité souvent

angoissante. Elle permet de dédramatiser la gestion des soins non-programmés : « *je me sens beaucoup plus à l'aise en fait effectivement dans les situations d'urgence* » (M2) « *on est plus confiant et euh... de par ces missions d'urgence, comparé aux urgences du cabinet qui sont euh pas forcément moins graves d'ailleurs* » (M3) « *plus euh... détendu, plus relâché dans certaines prises de décisions, on va dire plus réfléchi* » (M4) « *j'ai eu plusieurs fois à faire à des euh dyspnées, des arrêts cardiaques, des chocs anaph' et donc je me sentais vraiment plus à l'aise* » (M5).

3.2. Prises en charges plus sereines et qualitatives

L'expérience préhospitalière enseigne la gestion du stress, favorisant des soins dispensés plus sereinement et d'une meilleure qualité : « *le fait de prendre un peu d'expérience dans les situations un peu plus urgentes* » (M8) « *ben déjà de prendre plus de recul effectivement quand tu es confronté à une situation d'urgence... le fait de savoir garder son calme* » (M2) « *ça permet d'être aussi un peu plus euh serein face à l'urgence du cabinet* » (M3) « *d'être moins dans la précipitation, d'être plus réfléchi, moins dans le euh ouais comment dire euh.. mieux gérer l'urgence* » (M4).

Cet apport trouve toute sa logique dans les problématiques locales, avec des défauts d'accès aux soins et dans des lieux à distance de centres de second recours. Le médecin est alors seul face à des situations parfois très délicates : « *à 30-35 kilomètres, c'est c'est quand même plus euh serein pour moi de savoir que je peux faire des choses* » (M3) « *c'est quand même relativement anxiogène. Surtout que encore une fois à l'époque on n'était pas euh... pas du tout aidé. Euh s'il y avait s'il y avait besoin du SAMU, le plus souvent on gérait le début et puis il y avait ensuite une jonction* » (M8).

La rigueur imposée par le suivi des pompiers consolide également l'approche globale du clinicien en l'entraînant à une vision holistique et un examen systématisé : « *Ça m'a appris à être déjà beaucoup plus complet effectivement quand... lors des... lors de certificats effectivement* » (M2) « *ça m'a apporté une peut-être une rigueur. La rigueur du travail, avec les avec l'équipe médicale, paramédicale* » (M11).

3.3. Optimisation des compétences de médecine préventive

L'appétence que certains ont pu exprimer dans leurs motivations à devenir MSP se confirme dans l'apport des VMA dans le quotidien au cabinet : « *ça m'a apporté une*

réflexion un peu plus euh un peu plus santé, prévention des risques euh au travail » (M4) « Je m'interpelle, enfin je me pose plus de questions par rapport à certains risques » (M4) « une connaissance en médecine du travail, et ça c'est hyper important en médecine générale » (M11). Ces nouvelles pratiques se reflètent dans l'utilisation de nouveaux dispositifs, s'incorporant parfaitement à l'idée de prévention et de détection précoce des maladies : « la visite d'aptitude m'a poussé à notamment acheter un appareil d'EFR [...] pour m'approprier le suivi des EFR, des patients asthmatiques ou le dépistage des, des fumeurs BPCO » (M3).

Le suivi rigoureux des SP, exposés à de multiples toxiques, fonde une appétence pour la médecine du travail et la prévention des maladies en lien : *« c'était hyper intéressant de s'impliquer dans la santé des sapeurs-pompiers et de faire comprendre aux pompiers que sa santé a une influence sur l'activité sapeur-pompier. Et que ça peut avoir une influence sur l'intervention [...] » (M11). Ces compétences se transfèrent ensuite au bénéfice des patients ambulatoires : « on a beaucoup de patients qui ont des implications de pathologies professionnelles et cette connaissance-là elle est quand même hyper impor- enfin, très importante à avoir pour pouvoir aider le patient et l'orienter correctement » (M11)*

3.4. Recul sur sa pratique et apports théoriques

La formation continue inhérente à l'engagement MSP offre un socle théorique solide et en développement constant : *« Ah bah ça m'a apporté, ça m'a remis les idées en place surtout. Toutes ces formations » (M1) « des formations de qualité. Qui nous permettent de monter en compétences. Ou de maintenir nos compétences et euh et ça ils rechignent pas à nous former, et c'est vraiment appréciable » (M5)*

Se confronter à un milieu différent mais plus structuré permet une mise à distance de sa pratique ambulatoire et de clarifier des notions parfois complexes : *« Ça m'a appris à être déjà beaucoup plus complet effectivement » (M2) « d'avoir plusieurs casquettes ça ouvre l'esprit et... et ça efface des zones qui peuvent être obscures dans nos pratiques » (M3) « donc il y a certaines choses que je comprends mieux en tant que médecin généraliste, du coup euh comment ça fonctionne, les accidents de travail » (M4). Cette activité apporte donc un regard neuf sur la pratique ambulatoire, mais elle reste surtout un pan complémentaire naturel de la médecine générale : « Que ça soit une pratique médicale comme médecin euh généraliste ou comme médecin euh... sapeur-pompier, ça reste la même quelque part, [...] c'est toujours la même chose » (M7) « y'a pas de remise en cause réelle, ce sont des ajouts*

complémentaires les uns aux autres » (M11).

Au-delà du regard porté sur sa pratique personnelle, certains s'ouvrent aussi à une vision différente de la médecine, plus rationnelle et désidéalisée : *« j'ai appris que la médecine était pas toute-puissante, on essaie de faire au mieux » (M6).*

3.5. Formations continues et professionnalisantes

La grande qualité des formations offertes par le SDIS est à nouveau exprimée lors de plusieurs entretiens : *« c'était vraiment très très instructif, vraiment les... ben les collègues étaient vraiment au top sur le... sur l'aspect formation » (M2) « ils nous payent une quantité de formations euh impressionnante, des formations de qualité. Qui nous permettent de monter en compétences. Ou de maintenir nos compétences » (M5).*

Ces formations sont variées, abordant la partie interventionnelle comme préventive : *« avoir ces compétences même réactualisées récemment euh sur la médecine d'aptitude » (M3)*, et ont pour vocation de raviver des notions de secourisme souvent oubliées, comme d'apporter des connaissances médicales poussées et spécifiques aux missions confiées : *« Les gestes de secourisme avec euh la formation qu'on a faite à La Rochelle sur 2 jours je crois... qui m'a permis d'apprendre des des choses » (M4) « ça m'a poussé un peu plus d'aller... à aller plus loin en fait. D'avoir des formations complémentaires » (M4).*

4. Modifications pratiques et matérielles au cabinet

4.1. Dotation matérielle élargie

La logistique centralisée des ressources matérielles via la PUI permet d'alléger la charge mentale associée à la gestion de ces dotations et offre un complément, notamment médicamenteux, non-négligeable : *« alors faut surveiller les péremptions, c'est c'est une autre gymnastique, c'est vrai qu'on est content quand... quand la pharmacienne du SDIS prend en main ça » (M3) « j'avais mon sac déjà, ça ça aide aussi hein d'avoir un sac euh complet » (M5) « ça m'a ramené une énorme trousse d'urgence au lieu d'être obligé de la composer moi-même » (M10).* Malgré tout, l'approvisionnement parfois complexe selon les situations, nécessite un investissement personnel notamment de temps, mais cet apport reste une base à la constitution d'une

trousse très complète, avec potentiellement un intérêt pédagogique : *« J'ai un sac euh SDIS ouais. J'ai un j'ai un sac alors je le... je le pharmacie tout seul. Parce qu'il faut aller au Mans euh... mais voilà, je le mets à jour, on met à jour avec euh un interne ou un infirmier pompier euh donc on a quand même quel- quelques trucs »* (M3).

La possibilité de se fournir directement à la PUI représente une économie substantielle : *« J'avais de quoi intuber. J'avais de quoi perfuser... euh au début euh bah on avait commandé, j'avais acheté du matériel moi-même [...] j'avais investi quand même euh au début »* (M6) *« on a eu des valises avec du système plein de matériel de perf mais ça coûtait vachement cher »* (M6).

4.2. Contraintes gestionnelles surajoutées

En contrepartie, cette dilatation de la dotation en équipement de soins s'accompagne inévitablement de contraintes organisationnelles, ce d'autant plus que le rythme de l'activité opérationnelle limite souvent l'utilisation de certaines drogues onéreuses : *« Alors j'ai pas de cordarone parce que c'est la pharmacie hospitalière, et il y a des choses qu'on aimerait bien mais il y a des contraintes, et puis des contraintes de péremption, des contraintes de... de fréquence d'utilisation »* (M3) *« Mais faute d'usage ou de déclenchement euh... c'est un peu embêtant de consommer des drogues chères »* (M3). Cette gestion obligatoire à la bonne tenue des stocks paraît chronophage et fastidieux, mais nécessaire car indissociable de l'activité du MSP : *« on revoit régulièrement les listes des cabinets euh des maisons de garde ou du... de mon sac pompier »* (M3) *« il fallait en... entretenir ça, euh c'est bien de le faire mais après euh tous les ans faut faut refaire hein »* (M6).

4.3. Utilisation accrue et plus pertinente des examens paracliniques

La répétition lors des VMA d'examens paracliniques accessibles au cabinet permet, à force de pratique, une analyse plus fine des résultats et une familiarisation à l'utilisation des équipements, dont certains finissent par se pourvoir : *« j'utilise beaucoup plus l'ECG [...] parce que du coup on... on en voit quasiment tout le temps »* (M4) *« la spirométrie c'est pareil, je me suis acheté un appareil de spiromètre »* (M4) *« Je me suis équipé d'un audiomètre. Euh pareil il y a 1 an »* (M4) *« on est obligé de faire des électros quasi systématiquement, euh bah ça nous a obligé de de de s'y remettre »* (M8) *« ça m'a permis de faire de l'EFR, enfin de la spirométrie dans mon cabinet, j'avais acheté mon appareil de spirométrie parce que je l'ai appris avec les*

pompiers » (M11).

L'utilisation systématique représente, par ailleurs, une motivation claire à développer là aussi des compétences spécifiques et ainsi améliorer la qualité des diagnostics et du dépistage en cabinet: *« En plus de la formation des pompiers du coup, j'ai fait une formation complémentaire donc je suis plus à l'aise pour l'ECG ça c'est ça c'est clair et net » (M4) « L'électro, c'est mon dada, donc j'en bouffais chez les pompiers. Et donc j'en faisais à fond au cabinet aussi en médecine générale » (M11).*

5. Transposition des compétences de médecine générale vers l'activité de médecin sapeur-pompier

5.1. Approche médicale globale

Aborder des pathologies diverses et variées en médecine générale permet de se décentrer du suivi des SP, parfois axé uniquement sur les problématiques propres à l'activité. Il faut faire face à des sujets plutôt jeunes et en bonne santé. Ce sont ainsi des compétences thérapeutiques et diagnostiques, mais surtout de prévention, qui sont mises au service des personnels : *« c'est une prise en charge globale donc c'est déjà un peu ce que je faisais déjà en médecine générale euh... mais on le voit vraiment sous un autre œil, un autre angle » (M4) « Je dirais que c'est plus la globalité en fait entre guillemets de la prise en charge, euh notamment les antécédents » (M4) « c'est surtout ma pratique de med' gé' qui a servi les VMA. Parce que euh on a une vision plus globale » (M5) « quand on prend en charge un patient, on pense à plein d'aspects. Psychosocial, euh les autres antécédents » (M5).*

Pour beaucoup la médecine générale reste vaste et est l'assise d'une pratique médicale holistique. L'intégration complète des antécédents et du contexte du patient apporte une véritable plus-value aux examens d'aptitude, allant au-delà de la simple aptitude physique : *« 80 % c'est de la médecine générale. Donc c'est des décisions que tu prends tous les jours au cabinet » (M1) « Que ça soit une pratique médicale comme médecin euh généraliste ou comme médecin sapeur-pompier, ça reste la même quelque part [...] Mais c'est la médecine, la médecine c'est une seule chose » (M7) « mon cadre quand je suis dans mon cabinet, c'est un petit peu la... la même la même façon de travailler, que ça soit en cabinet ou... ou chez les pompiers » (M7) « La médecine gé' c'est allez, c'est le couteau suisse de la médecine, avec ça on peut tout faire » (M11).*

5.2. Compétences psychosociales précieuses

Être médecin sapeur-pompier, c'est aussi avoir conscience des risques auxquels s'exposent cette population, physique effectivement, mais tout autant psychologique. Avec un vécu parfois traumatisant des interventions, et des drames affectant souvent le système à tous ses échelons, la médecine générale offre les armes pour accompagner humainement les agents concernés : « *Euh les... la capacité d'écoute active. Euh c'est pareil, c'est des des qualités de médecine générale* » (M5) « *je pense que je prends pas mal de recul, euh que ce soit en inter ou en VMA euh... l'empathie* » (M5), et prévenir une aggravation potentielle « *savoir expliquer aux gens ce que c'est que la prévention, pourquoi on doit traiter...* » (M11).

Sur le versant interventionnel, c'est permettre au médecin de comprendre les problématiques qui l'entourent et réfléchir de façon ajustée à chaque situation : « *En médecine générale, ça t'apprend un peu ce que c'est que la population en général, ben oui ils sont un peu cinglés des fois, et ben on fait ce qu'on peut* » (M6) « *Alors sur tout ce qui était dépressif, tout ce qui était psychiatrie, tout ce qu'on voyait dans l'urgence [...] l'activité de médecin généraliste aide dans ce qu'on voit en accidentologie* » (M6).

5.3. Socle de connaissances étendu

L'approche variée de la médecine générale et la mise à jour constante et nécessaire des connaissances, donne une assise théorique et expérientielle solide pour se confronter aux situations rencontrées : « *moi la pédiatrie j'étais hyper à l'aise parce que j'en faisais beaucoup au cabinet* » (M5). Parfois, elle permet tout simplement de savoir réagir et s'adapter aux personnels en face « *Et ça m'a permis de trouver plein plein de mensonges parce que je connais les traitements, je connais les pathologies, et que je sais parfois que si certaines choses ont pas été faites c'est que c'est pas normal* » (M11).

Le MSP a un rôle de conseiller et d'expert, ce d'autant plus que l'apport de la médecine générale et son approche globale fournissent un solide bagage pour une prise en soins de qualité « *je pense que là, c'est une vraie plus-value dans le cadre de l'expertise du médecin sapeur-pompier de pouvoir expliquer aux gens, de pouvoir prendre en charge aussi les agents* » (M11) « *Sur le retentissement, le premier aspect, c'est sa santé qui retentit sur son activité professionnelle. Et euh... connaître les pathologies, connaître la médecine générale, c'est hyper important dans cette prise en charge initiale* » (M11).

6. Freins, frustrations et zones de friction

6.1. Contraintes géographiques et horaires incompressibles

L'activité de sapeur-pompier étant par essence une activité de volontariat se surajoutant à des plannings déjà chargés, le temps est une ressource que peu sont en mesure de donner : *« Aujourd'hui c'est plus compliqué parce que ouais libérer le cabinet 15 jours c'est très complexe » (M3)* *« les visites d'aptitude bah c'est intéressant, mais c'est pareil euh j'avais essayé de mettre un soir par mois, et puis euh faut trouver l'infirmier, et puis les outils techniques évoluent... » (M3)* *« Limites... ouais, ce serait le temps, la disponibilité » (M4)* *« On ne peut pas tout faire. J'aurais aimé faire plus d'interventionnel, mais c'est difficile avec la médecine gé. Euh c'est difficile... voilà on veut vouloir tout faire mais à un moment il faut faire des choix » (M11)*. Par essence même ce volontariat prend racine sur le lieu de vie, ce qui restreint encore la disponibilité et empiète sur le plan personnel par une conciliation souvent complexe : *« la principale difficulté c'est effectivement le fait que je ne peux pas... qu'il m'est difficile de concilier à la fois et ma vie privée et ma pratique ambulatoire et la médecine pompier en fait » (M2)*, et avec parfois une incompatibilité géographique franche : *« ils font des formations au Mans mais c'est, c'est pareil je reviens à moi, il me faut 45 minutes pour y aller » (M3)* *« c'est vrai que j'habite à Angers donc c'est un peu plus compliqué » (M4)*.

Historiquement, image de l'intense sollicitation passée, on comprend la complexité d'articuler activité ambulatoire et SP, source de sacrifices, et s'inscrivant dans une activité de groupe, amenant des conciliations obligatoires entre professionnels : *« ben les gens euh... certains s'en allaient, certains restaient et puis d'autres qui étaient pressés, bah ils voyaient un autre médecin. Donc j'ai bénéficié du groupe » (M6)* *« Et puis ben on partait un peu n'importe quand donc euh on avait des semaines [...] et on se prenait une semaine chacun en fait de de de garde pompier quoi » (M8)* *« il y a aussi le côté inconvenient hein du coup, on était obligé de quitter le cabinet, et on savait pas pour combien de temps » (M8)*. Néanmoins, dans le cadre étudié ici, une fois accepté et compris par les patients, ces départs imprévisibles entraînaient la logique de leur mode de pratique : *« par contre euh j'avais été étonné que mes patients acceptaient parfaitement. La salle d'attente était pleine et je me barais. Je revenais que 1h30 après. Bah euh tout le monde était d'accord » (M6)* *« à l'époque on voyait le médecin sécu une fois par an. Et il m'avait fait remarquer que j'avais euh que j'avais la réputation d'être LE médecin pompier et que ça m'avait euh grandement favorisé » (M6)*.

6.2. Manque de pratique et sollicitation faible

Paradoxalement à cette idée d'activité chronophage, devenir sapeur-pompier découle souvent de la volonté de s'investir dans des projets, dans la SDS, et au service de la population. Hors le service évoluant, moins de place était donnée au volontariat médical : *« j'ai trouvé que parfois on n'était pas assez sollicités, et je pense qu'il y a des médecins de sapeur-pompier aussi qui se sont aussi un peu lassés » (M5) « la médecine d'urgence comme médecin pompier j'ai fait euh... j'ai fait quelques interventions et puis au fil des années, plus le temps a passé, moins j'en ai fait » (M7) « avec le recul, je suis un petit peu, un petit peu comment dire déçu de d'être moins engagé sur les interventions » (M7) « j'avais émis un peu le desiderata d'intégrer un tout petit peu plus le SSSM pour pouvoir participer [...] Mais j'ai vite compris que c'était complètement verrouillé et bloqué » (M9) « on était tombé dans un creux où y'avait plus de demande, où les médecins sapeurs-pompiers ne portaient plus » (M11)*

Ce manque d'activité actuel rend difficile une réintégration ultérieure, que ce soit par manque de volonté du fait d'une articulation difficile avec quotidien : *« j'étais dans les études, dans l'internat, euh vie de famille tout ça, du coup j'ai pas eu trop l'occasion de de m'y replonger » (M4)*, ou par perte de réflexes et de compétences indispensables dans l'urgence : *« quand on a un peu moins de training euh... on perd un peu des réflexes, des... des habitudes, euh alors qu'au cabinet on fait de la répétition » (M3)*. Les volontés sont donc d'autant moins fortes que le recours aux médecins est faible, dans un système où de nouvelles réponses d'urgence préhospitalière se construisent : *« et après ça s'est... avec l'arrivée de l'EPMU ça s'est arrêté complètement. » (M11)*. Ces transformations surviennent malgré la volonté initiale de développer une réponse opérationnelle par le biais du système pompier : *« ce que je regrette c'est de pas avoir tenu suffisamment longtemps en tant que sapeur-pompier pro pour pouvoir faire évoluer le service » (M11)*.

6.3. Alourdissement de la charge administrative et formative

L'arrivée progressive de nouvelles lois et contraintes formatives pour exercer certaines activités, notamment les VMA, est source de perte de sens et de lassitude : *« Et je me suis fait chier à faire le truc d'aptitude là de l'ENSOSP, parce qu'ils m'avaient inscrit [...] 3 fois je l'ai refait, c'est compliqué, il est dur en plus le truc. Bah je me suis dit et bah je laisse tomber, de toute façon ça me servira peut-être pas en fait... » (M1) « y avait une formation maintenant pour pouvoir justement suivre la euh*

les visites médicales... y avait une formation assez... assez lourde à faire. Et puis bon euh... essentiellement administrative. Et donc ça... ça m'a, ça m'a barbé » (M8).

Par ailleurs, les aptitudes SPV devenant de plus en plus régulées par des textes, les médecins, mettant leur responsabilités et des vies en jeu, se retrouvent confrontés à des choix en contradiction avec leur logique : *« et là avec la réforme de la, de la visite médicale euh ouais, j'ai... j'ai perdu un peu la foi, voilà pour moi y'a trop de, trop d'aptitudes possibles » (M11) « pour les diabétiques et l'incendie, pour moi c'est trop ris- enfin, ça va pas avec ma logique » (M11).*

Les formations, bien que nombreuses et qualitatives, sont souvent de courtes durées et demandent une mise en application régulière pour intégrer durablement les notions abordées *« Toutes ces formations-là euh... c'est vraiment très intéressant, tu reviens regonflé, mais euh il faut pratiquer juste après » (M1) « parce que à l'ENSOSP c'est très c'est très bref en fait, c'est rapide, c'est bref, c'est en quasiment 24 heures il faut tout boucler » (M4).*

6.4. Système hiérarchique parfois rigide

La structuration hiérarchique du SDIS restreint le développement et l'aboutissement de projets, décourageant les initiatives voire motivant certains départs : *« je partais avec ma voiture. Sans gyro. Avec plus ou moins du coup une protection... Mais bon en gros on m'a dit t'as pas le choix c'est comme ça » (M5) « Tout est euh très protocolisé, parfois un peu trop » (M8) « je pense que euh maintenant on, on rentre dans une gestion beaucoup plus rigide des choses » (M8) « le SDIS c'est une grosse machine, et des fois ça met énormément de temps à bouger parce que c'est bloqué par l'administratif » (M11), que ce soit en lien avec la lenteur administrative ou par conflits personnels, inéluctables dans un système si vaste. Par ailleurs, les regards portés sur les projets et l'avenir du SDIS sont contraints par de nombreuses problématiques : *« moi j'y avais cru et puis euh non non, les pompiers quand ils veulent pas, ils veulent pas hein. Ils bougent pas » (M6) « j'avais émis un peu le desiderata d'intégrer un tout petit peu plus le SSSM [...] Mais j'ai vite compris que c'était complètement verrouillé et bloqué » (M9) « parfois c'est difficile de faire changer les choses, ça peut tenir qu'à une seule personne qui peut être entièrement bloquante. Et c'est pas grave, c'est la vie » (M11).**

Ce fonctionnement s'accommode mal avec la liberté d'exercice habituelle du médecin libéral : *« Alors le regret, c'est dans le passé, c'est euh malgré les dires, je*

pense qu'il y a eu des tas de gens qui étaient de très bonne volonté et je pense qu'il y en a qui ont dû lâcher aussi au fur et à mesure » (M9) « Si on est tous là, c'est parce qu'on a une certaine idée aussi euh... de ce qu'on pourrait apporter, mais ils n'utilisaient pas cette... cette envie » (M9) « y'a eu une divergence majeure de prise en charge de la douleur et de l'évolution du service de santé, ce qui m'a fait démissionner du service » (M11).

6.5. Intégration au système global parfois difficile

Les difficultés à s'insérer activement dans les projets du SDIS et le manque de sollicitation génèrent de la frustration : *« j'aurais bien aimé euh être plus intégré dans les projets » (M5), mais de nouvelles perspectives se créent, base pour de nouvelles idées : « C'est apporter une véritable compétence, et nous intégrer quand même par rapport à ce que l'on peut apporter » (M9) « ce qui serait bien, c'est peut-être d'intégrer différemment les médecins, alors c'est pas évident parce que la vie fait qu'il y a plusieurs activités » (M11).*

Ce qui ressort aussi, c'est la dichotomie pompier-SAMU, qui est un frein à l'intégration des MSP dans l'assemblage préhospitalier actuel : *« le système SAMU-SDIS, on n'a quand même pas l'impression que c'est un... comment dire, euh un... une coopération de tous les jours efficace ou ou lisible » (M3) « Parce qu'en fait je sais que le SAMU intervient assez, assez rapidement [...] donc moi c'est pour ça que je crois que je n'interviens pas beaucoup » (M7) « et après ça s'est... avec l'arrivée de l'EPMU ça s'est arrêté complètement » (M11).*

Nous sommes dans une structure en mouvement, qui évolue vite. L'adaptation est parfois difficile et décourage : *« Ces histoires de... d'outils numériques pour se mettre de garde, pas de garde, bah il faut avoir du temps pour... » (Entretien 3) « et puis les outils techniques évoluent » (Entretien 3), mais il en ressort aussi de la nostalgie, de la fierté et un certain espoir quant au renouvellement de la profession : « c'est ça qui m'a fait plaisir c'est quand 20 ans après [...] parce que c'était 20 ans après c'était vachement drôle de voir ça apparaître » (M6) « C'est encourager un peu tout ce qui a pu être fait sur le département depuis euh... depuis 5-6 ans hein en gros, depuis qu'on a intégré un médecin adjoint qui a développé la VLS, les cours et l'intégration ainsi que la formation, et ainsi pouvoir faire en sorte qu'on puisse regrouper, refaire quand même une cohésion de... de SSSM (M9). On retrouve aussi ce sentiment de transmission, de "remise de flambeau" : « Mais aujourd'hui vous avez, je pense, énormément de chance et il faut le cultiver » (M9) « c'est place à la jeune*

relève et franchement c'est un vrai plaisir aussi, y'a un temps pour tout aussi quoi. Maintenant j'ai d'autres challenges, d'autres envies » (M11).

DISCUSSION

Cette étude qualitative met en exergue la richesse et la complexité de l'interaction entre l'activité de Médecin Sapeur-Pompier (MSP) et la pratique de la médecine générale ambulatoire.

1.1. Forces et limites

Nous avons abordé un sujet peu prospecté jusqu'à maintenant. Un nombre très limité d'études explore les répercussions directes de l'activité de pompier sur le quotidien du cabinet médical et l'hybridation entre ces deux pratiques, ce qui apporte un éclairage nouveau.

L'utilisation d'une approche qualitative par théorisation ancrée est particulièrement pertinente ici pour comprendre en profondeur la subjectivité, les motivations et les frustrations des professionnels. Cette trame a permis de mettre à l'écart le ressenti propre des investigateurs, ce qui a laissé une vaste place à l'émergence de théories originales et extrêmement variées, propres aux réflexions de chaque médecin.

La rigueur méthodologique a été assurée par le respect des critères internationaux COREQ, la retranscription intégrale avec relecture de tous les entretiens, et par un double codage indépendant lors de la phase d'analyse initiale pour limiter les biais d'interprétation.

Une des principales limites de notre thèse est l'échantillon restreint de 11 médecins et le cadre monocentrique de l'étude.

Le principe de suffisance des données n'a pas pu être atteint en raison du manque de médecins supplémentaires à inclure. De nombreux thèmes étaient redondants et, très rapidement, aucune idée nouvelle n'était apportée. À l'inverse, plusieurs entretiens amenaient à aborder des sujets ou point de vue nouveaux qui, jusqu'à maintenant, n'avaient jamais été mis en lumière par d'autres médecins.

L'étude étant monocentrique (restreinte à la Sarthe), les résultats sont intrinsèquement liés à la politique locale de la SDS et du SDIS 72. Cela restreint la généralisation des conclusions à l'ensemble du territoire national.

Par ailleurs, nous l'avons vu l'activité de MSP est en constante évolution. Ce remodelage permanent limite la transposition du vécu des médecins interrogés à la pratique actuelle, et à ce qu'elle sera dans quelques années. Les fortes mutations passées et à venir rendent unique chaque expérience, avec des pratiques évoluant toutes dans des contextes très différents.

1.2. Un enrichissement clinique bidirectionnel

Cette étude met en évidence que la double pratique de la médecine générale et de l'activité de MSP ne relève pas d'un simple cumul, mais d'une véritable synergie.

L'expérience opérationnelle permet au médecin de se confronter plus fréquemment à des situations d'urgences vitales ou complexes, ce qui lui confère un gain de confiance significatif dans sa pratique quotidienne. Les médecins interrogés rapportent être plus sereins, moins dans la précipitation et capables de prendre davantage de recul face aux urgences survenant au cabinet, souvent sources de stress en exercice isolé.

La qualité des formations continues dispensées par le SDIS ou l'ENSOSP favorise un maintien et une mise à jour rigoureuse des compétences en secourisme et en réanimation.

La réalisation régulière de VMA est l'occasion pour les médecins de mener des consultations structurées, avec un réel enjeu de sécurité. Cette configuration, différente de la consultation classique de médecine générale, permet d'apporter rigueur et systématisation dans la pratique libérale. Les VMA sont également l'occasion d'ouvrir de nouveaux champs d'interrogation et de développer des compétences particulières, notamment en médecine du travail et prévention.

Réciproquement, la médecine générale enrichit profondément la pratique du MSP. L'approche globale propre aux soins primaires, intégrant la dimension psychosociale, les antécédents médicaux et le mode de vie, s'avère précieuse lors des VMA pour appréhender la santé des pompiers au-delà de la simple aptitude physique. Le médecin traitant transpose ses connaissances en prévention et son empathie pour accompagner au mieux les agents, notamment face aux risques psychologiques ou aux problématiques liées à l'exposition aux toxiques. La médecine générale offre ainsi un "couteau suisse" diagnostique qui complète l'approche purement opérationnelle de certains et façonne la façon d'aborder le suivi des personnels pour les autres.

1.3. Remède contre l'isolement et quête de sens

La pratique ambulatoire est souvent décrite comme solitaire. L'intégration au monde des pompiers offre une rupture salubre, un puissant contrepoids psychologique. Il apporte un "esprit de corps", un sentiment de fraternité et la sécurité d'un travail en équipe qui font souvent défaut en cabinet. Cette activité est perçue comme une source d'équilibre émotionnel (parfois qualifiée de "récréation"). Le cadre sécurisant et collégial permet d'échanger sur les cas difficiles et d'alléger la charge mentale.

L'engagement est perçu comme le prolongement direct de la vocation médicale, ancré dans une volonté de servir la communauté, de participer à un service public citoyen. Les praticiens rapportent une fierté importante à appartenir à cette institution et à contribuer à la chaîne des secours. Cette disponibilité leur offre également une impression de valorisation sociale, de reconnaissance de leurs compétences et de leur utilité dans le système de soins actuel.

1.4. Révolution matérielle et paraclinique en soins primaires

Un apport majeur de l'activité de MSP réside dans la modification tangible des pratiques techniques au cabinet.

La répétition systématique des examens réalisés lors des VMA pousse de nombreux praticiens à transposer ces outils dans leur cabinet médical en répondant à une certaine appréhension. Forts de cet entraînement, beaucoup se forment et s'équipent d'ECG, de spiromètres voire d'audiomètres, améliorant ainsi la qualité du dépistage et du suivi en soins primaires.

Le soutien logistique de la PUI du SDIS est un atout financier et matériel indéniable, permettant aux médecins de disposer d'une dotation matérielle très complète (sacs d'urgence, matériel de perfusion ou d'intubation, médicaments...) qu'il serait coûteux de constituer seul. Toutefois, cette dotation s'accompagne d'un alourdissement gestionnel inexorable (suivi scrupuleux des dates de péremption, révision des sacs d'intervention régulière) qui, comparé à une faible sollicitation opérationnelle, peut paraître chronophage ou fastidieux. Est pris en compte, de plus, le rapport coût-bénéfice qui n'est pas toujours favorable à un équipement matériel aussi développé.

1.5. Les fractures du modèle : freins, déceptions et frustration

Malgré une motivation initiale forte, l'étude souligne une fragilisation de l'engagement des médecins sapeurs-pompiers en raison de difficultés multiples.

Si l'engagement était autrefois "à la mode" et facilité par une démographie médicale plus favorable, le manque de temps est aujourd'hui le frein principal. Les médecins ne peuvent plus quitter une salle d'attente pleine, ou ne souhaitent pas empiéter sur leur vie personnelle. C'est sans compter sur les contraintes géographiques, qui là aussi ont un poids certain dans la balance décisionnelle à l'engagement.

Les médecins, pour la plupart engagés afin de participer à une médecine d'urgence préhospitalière, sur le terrain, rapportent également une frustration liée à une sollicitation opérationnelle déclinante. Cette baisse d'activité, parfois liée à l'essor et à la structuration organisationnelle du SAMU (et de l'EPMU) dans la réponse pré-hospitalière, génère un sentiment de mise à l'écart, voire une perte progressive de réflexes cliniques d'urgence qui par la suite désincite à poursuivre cette activité. C'est, par la suite, une envie et des compétences difficiles à retrouver pour certains.

Les exigences formatives, particulièrement pour la réalisation des VMA, se sont durcies et sont souvent perçues comme trop administratives. Les exigences réglementaires accrues (notamment pour les aptitudes), ou au contraire parfois trop lest (comme l'exemple des patients diabétiques) va à l'encontre de la volonté d'exercice d'une partie des médecins.

Le système hiérarchique des pompiers, décrit comme par moment trop rigide ou lent, entrave les initiatives personnelles et décourage les médecins porteurs de projets, tendant à essouffler les vocations. En effet, le médecin généraliste, habitué à l'indépendance de son exercice libéral, se heurte à une "grosse machine" administrative, avec l'obligation de valider toute proposition novatrice par les supérieurs.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Cette étude montre que l'engagement en tant que Médecin Sapeur-Pompier n'est pas une activité cloisonnée, mais cultive une approche différente de la médecine et du soin. La double casquette permet de rompre l'isolement du cabinet grâce au travail en équipe. Elle procure une assurance clinique déterminante dans la gestion des urgences en soins primaires, et favorise également le développement d'une démarche préventive rigoureuse, accompagnée d'un meilleur équipement matériel et paraclinique.

En retour, la vision holistique et les compétences psychosociales du médecin généraliste sont des atouts précieux pour la médecine d'aptitude et le soutien opérationnel des pompiers.

Cet équilibre est néanmoins fragile, face à une charge administrative croissante, des contraintes de temps incompressibles et le sentiment d'avoir perdu la place qu'avait le MSP d'autrefois et son rôle face à l'évolution du secours préhospitalier.

Il paraît aujourd'hui important de valoriser la polyvalence du médecin généraliste qui se veut pompier, et de faciliter son intégration dans un maillage territorial complexe, afin de faire de cette synergie un atout durable au service de la population.

Repenser la coordination inter-services dans la chaîne des urgences préhospitalières semble aujourd'hui un point important, afin notamment de redéfinir la place du médecin volontaire en complémentarité avec les structures d'urgence existantes.

La mutualisation des formations entre le SDIS et le Développement Professionnel Continu (DPC) des généralistes pourrait constituer un puissant levier d'attractivité pour les jeunes médecins cherchant à diversifier leur pratique. Il faut relever par ailleurs la particularité toute récente du SDIS72, qui accueille et intègre progressivement depuis près de 4 ans maintenant des étudiants en médecine, créant un vivier potentiel pour de futurs médecins sapeurs-pompiers, ou du moins de médecins généralistes avec une appétence pour les soins d'urgence.

Ce travail montre toutes les applications et évolutions permises par le système pompier. Il serait très intéressant de comparer avec la structuration des SDIS d'autres départements, dont la diversité organisationnelle rend chaque vécu de MSP différent, amenant des prérogatives et expériences variées.

Le système étant en perpétuelle mutation, c'est également un travail qu'il faudra remettre à jour dans quelques années afin de suivre les évolutions de pratique, faire émerger de nouvelles problématiques et appréhender le devenir du service.

BIBLIOGRAPHIE

1. LOI n° 96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours. 96-369 mai 3, 1996.
2. Sous-section 4 : Service de santé et de secours médical du service départemental d'incendie et de secours (R) (Articles R1424-24 à R1424-28) - Légifrance. [cité 26 oct 2025]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070633/LEGISCTA000006192597/2020-11-01
3. Sous-section 4 : Catégories particulières de sapeurs-pompiers volontaires (Articles R723-79 à R723-91) - Légifrance [Internet]. [cité 26 oct 2025]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000025503132/LEGISCTA000029656870/
4. Sous-section 5 : Sous-direction santé (Articles R1424-24 à R1424-28) - Légifrance [Internet]. [cité 26 oct 2025]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070633/LEGISCTA000006192597/
5. DGSCGC. Statistiques 2025 SDIS. 2025.
6. Sénat [Internet]. [cité 9 févr 2026]. Proposition de loi relative à l'organisation et aux missions des professionnels de santé, vétérinaires, psychothérapeutes et psychologues professionnels et volontaires des services d'incendie et de secours. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/l24-578/l24-578.html>
7. Teyssier L, Pierre M, Gloaguen A, Tissier C, Colombin P, Freysz M. Dans un futur proche, quel avenir pour le médecin généraliste sapeur pompier volontaire ? 2013;
8. Benjamin BM. ETUDE DES MOYENS ET METHODES DE COMMUNICATION MIS EN OEUVRE PAR LES SERVICES DEPARTEMENTAUX D'INCENDIE ET DE SECOURS (SDIS), POUR LE RECRUTEMENT DE MEDECINS SAPEURS-POMPIERS VOLONTAIRES. UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE; 2020.
9. Christian SJ. Que savent les internes de médecine générale en France de la médecine sapeur-pompier? Strasbourg; 2013.
10. Cyril M. Médecin Sapeur-Pompier Volontaire / Médecin Correspondant du SAMU : antagonisme ou synergie ? Evaluation menée sur le Limousin.
11. DRUENNE - REDIS S. Connaissances et gestion de l'incertitude diagnostique par les internes en stage ambulatoire. Etude quantitative auprès des internes de médecine générale à Amiens en 2020. Amiens; 2020.
12. LOPEZ A. Le partage d'informations entre les résultats obtenus par le biais de la visite médicale d'aptitude et les médecins généralistes des patients sapeurs-pompiers concernant le risque cardiovasculaire : questionnaire auprès des médecins généralistes Alsaciens [Internet]. Strasbourg; 2024. Disponible sur : <https://publication->

13. Mathieu É. Santé des sapeurs-pompiers: place du médecin généraliste dans leur parcours de soins. 2022;

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 8

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	I
INTRODUCTION	2
MÉTHODES	5
RÉSULTATS.....	8
1. Déterminants et motivations à l'engagement	10
1.1. Influence du milieu communautaire	10
1.2. Utilité sociale et intégration au service publique.....	10
1.3. Recherche d'un esprit de corps et d'un cadre valorisant	11
1.4. Conserver une pratique de soins d'urgence	12
1.5. Rompre la routine du cabinet	12
1.6. Le SDIS, un environnement facilitateur	13
1.7. Acquisition et développement de capacités de médecine préventive.....	14
2. Bénéfices psychosociaux et personnels	14
2.1. Équilibre émotionnel et psychique	14
2.2. Travail d'équipe opposé à la pratique ambulatoire	15
2.3. Sentiment d'utilité et valorisation sociale	15
2.4. Prise de conscience de l'importance d'une santé globale	16
3. Retentissement sur la posture clinique en médecine générale	16
3.1. Prise de recul et confiance dans la gestion des urgences	16
3.2. Prises en charge plus sereines et qualitatives.....	17
3.3. Optimisation des compétences de médecine préventive	17
3.4. Recul sur sa pratique et apports théoriques	18
3.5. Formations continues et professionnalisantes.....	19
4. Modifications pratiques et matérielles au cabinet	19
4.1. Dotation matérielle élargie	19
4.2. Contraintes gestionnelles surajoutées	20
4.3. Utilisation accrue et plus pertinente des examens paracliniques.....	20
5. Transposition des compétences de médecine générale vers l'activité de médecin sapeur-pompier	21
5.1. Approche médicale globale	21
5.2. Compétences psychosociales précieuses	22
5.3. Socle de connaissances étendu	22
6. Freins, frustrations et zones de friction	23
6.1. Contraintes géographiques et horaires incompressibles.....	23
6.2. Manque de pratique et sollicitation faible	24
6.3. Alourdissement de la charge administrative et formative	24
6.4. Système hiérarchique parfois rigide	25
6.5. Intégration au système global parfois difficile.....	26
DISCUSSION	28
CONCLUSION ET PERSPECTIVES	32
BIBLIOGRAPHIE	34
LISTE DES TABLEAUX	36

TABLE DES MATIERES..... 37

ANNEXES..... I

ANNEXES

Annexe I: Grille COREQ

N°	ITEM	Réponses adaptées à l'étude
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1	Enquêteur/animateur	JACQUELINE Victor, HERRAULT Lucas
2	Titres académiques	Internes de médecine générale
3	Activité	Stage phase approfondissement/ Stage phase socle
4	Genre	Hommes
5	Expérience et formation	Diplôme de formation approfondie en Sciences médicales de la faculté de médecine d'Angers. Expérience en lien avec l'étude : engagement en tant que Médecins Sapeurs-Pompiers Volontaire en Sarthe
Relation avec les participants		
6	Relation antérieure	Connaissance de certains participants
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Pas d'information en dehors de celle donnée dans l'e-mail de présentation de l'étude
8	Caractéristiques des enquêteurs	Internes de médecine général, MSPV, analyse du ressenti de l'engagement
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre Théorique		
9	Orientation méthodologique et théorie	Étude qualitative d'approche phénoménologique, utilisant une analyse par théorisation ancrée
Sélection des participants		
10	Échantillonnage	De convenance
11	Prise de contact	Par e-mail et par téléphone
12	Taille de l'échantillon	11
13	Non-participation	Pas de non-participation
Contexte		
14	Cadre de la collecte de données	Domicile, lieu de travail (SDIS 72 ou cabinet de médecine générale)
15	Présence de non participants	Non
16	Description de l'échantillon	CF Tableau de caractéristique de l'échantillon
Recueil des données		
17	Grille d'entretien	Guide d'entretien non fourni au préalable
18	Entretiens répétés	Non
19	Enregistrement audio/visuel	Enregistrement audio
20	Cahier de terrain	Oui pendant et après les entretiens
21	Durée	
22	Seuil de saturation	Oui, suffisance des données
23	Retour des Retranscriptions	Non
Domaine 3 : analyse et résultats		
Analyse des données		
24	Nombre de personnes codant les données	2 personnes
25	Description de l'arbre de codage	Non
26	Détermination des thèmes	Déterminés à partir des données
27	Logiciel	
28	Vérification par les participants	Pas de retours des participants
Rédaction		
29	Citation présentées	Oui, anonymisation (M1, M2...)
30	Cohérence des données et des résultats	
31	Clarté des thèmes principaux	
32	Clarté des thèmes secondaires	

Annexe II: Guide d'entretien

Question 1 : Parcours et motivation

- Quelle a été votre motivation pour vous engager en tant que MSP ?

Relance : Pouvez-vous me raconter comment et pourquoi vous êtes devenu Médecin Sapeur-Pompier Volontaire ?

Question 2 : Apports de l'activité

- Qu'est-ce que cette activité vous apporte professionnellement et/ou personnellement ?

Relance : Quels changements dans votre pratique avez-vous remarqués ?

Question 3 : Répercussions sur la pratique ambulatoire

- Quelle est la répercussion de votre engagement en tant que MSPV sur votre activité ambulatoire ?

Relance : Votre engagement a-t-il déjà amené à remettre en cause certains aspects de votre pratique quotidienne ?

Question 4 : Répercussions sur l'activité de MSP

- Dans l'autre sens, avez-vous remarqué que votre activité ambulatoire de médecin généraliste avait un impact sur votre activité de MSP ?

Question 5: Critiques et attentes

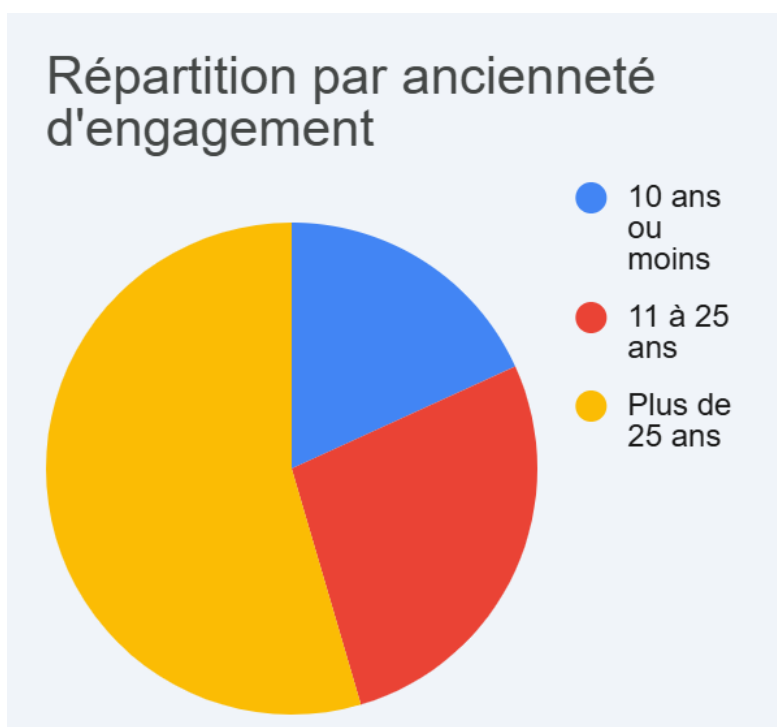
- Avez-vous des critiques concernant votre engagement en tant que MSP ?

Relance : Avez-vous des attentes non comblées concernant votre engagement en tant que MSP ?

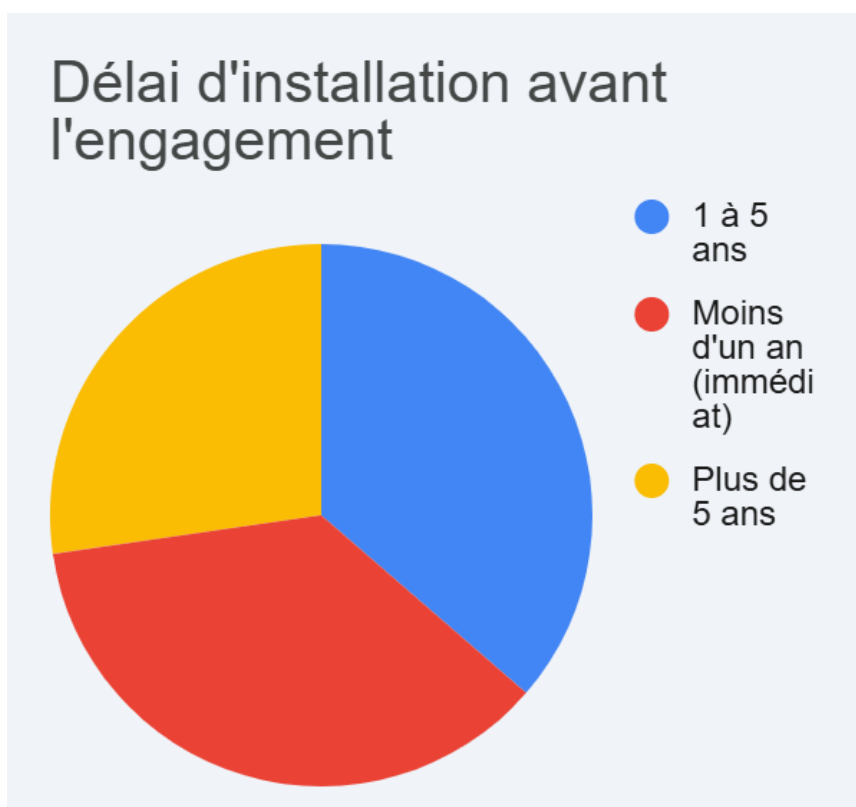
Relance finale :

Y a-t-il quelque chose dont nous n'avons pas parlé et que vous souhaiteriez ajouter ?

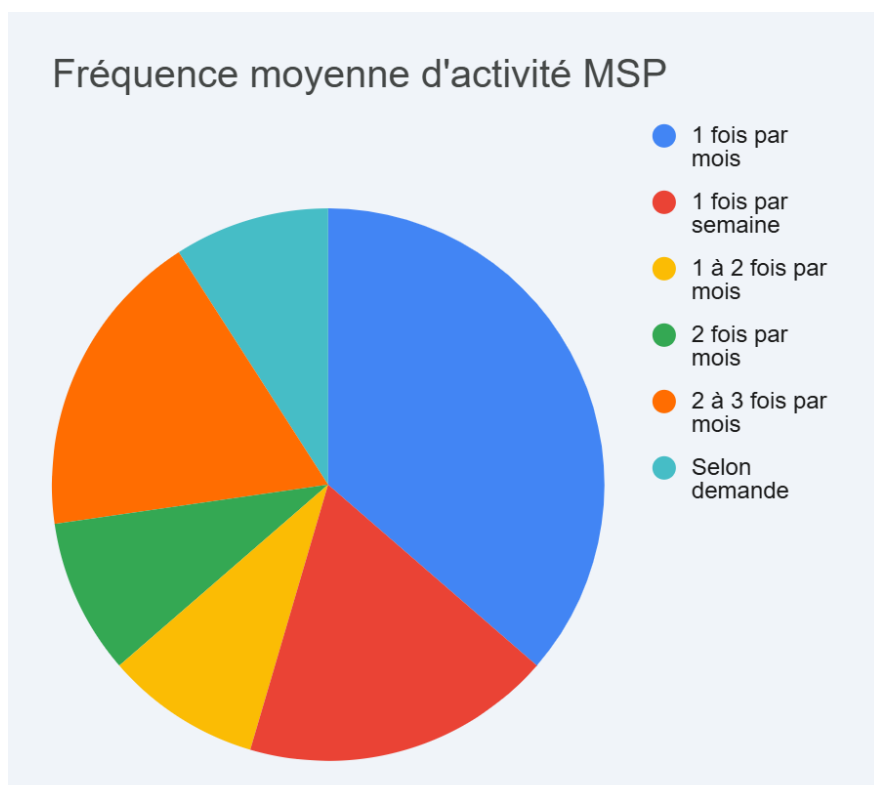
Annexe III: Durée d'engagement



Annexe IV : Délai d'installation avant engagement



Annexe V : Fréquence moyenne de réalisation des activités MSP



Évaluation du ressenti des médecins généralistes ayant une activité de Médecin Sapeur-Pompier en Sarthe sur leur activité ambulatoire

RÉSUMÉ

Introduction : Le Médecin Sapeur-Pompier (MSP) exerce des missions très variées au sein des services d'incendie et de secours (SDIS), allant de la médecine d'urgence sur le terrain à la médecine d'aptitude et de prévention. Bien que son rôle ait historiquement évolué pour se coordonner avec le SAMU et que ses fonctions officielles soient aujourd'hui clairement définies par la loi, l'impact de cet engagement sur la pratique quotidienne en cabinet médical reste peu étudié. Or, de nombreux MSP volontaires sont des médecins généralistes. Nous souhaitons comprendre comment cette médecine opérationnelle et la prise en charge continue de la médecine générale s'influencent et s'enrichissent mutuellement.

Méthode : Étude qualitative réalisée sous forme d'entretiens semi-dirigés, retranscrits puis analysés de manière thématique sur le principe de théorisation ancrée

Résultats : Les 11 médecins sarthois interrogés ont permis de mettre en lumière six axes majeurs : D'abord, l'engagement suit la volonté de servir la collectivité, il permet de rompre la routine du cabinet et de conserver une activité stimulante. Ensuite, l'éloignement de la routine du cabinet et l'intégration à un système social spécifique offre un équilibre psychique bienvenue, auquel s'ajoute un fort sentiment de valorisation sociale. Le troisième axe fait ressortir que cette expérience médicale fluidifie la prise en charge des urgences au cabinet, et renforce l'approche préventive du médecin généraliste. L'appropriation des divers examens paraclinique se transpose en libéral, avec l'acquisition d'outils favorable au dépistage et au suivi de maladies chroniques, tandis que l'organisation centralisée avec la Pharmacie à Usage intérieur assure une dotation matérielle complète. Réciproquement, le bagage théorique et les compétences psychosociales de la médecine générale sont des atouts majeurs pour la pratique quotidienne du MSP. Néanmoins, l'engagement se heurte à de fortes contraintes temporelles et organisationnelles qui, couplées à une sollicitation opérationnelle en baisse et à la lourdeur des exigences administratives, sont source de frustration.

Conclusion : Le double exercice de généraliste et pompier se révèle synergique, avec un enrichissement bidirectionnel de la pratique ressentie au quotidien. Néanmoins, de nombreux freins restent à surmonter pour favoriser l'articulation de ces activités.

Mots-clés : Médecin sapeur-pompier ; Médecine générale ; Double exercice ; Volontariat ; Médecine d'aptitude ; Médecine préhospitalière

Assessment of the perceptions of general practitioners serving as firefighter-physicians in Sarthe regarding their outpatient practice

ABSTRACT

Introduction : The Firefighter Doctor (MSP) performs highly varied missions within the fire and rescue services (SDIS), ranging from emergency medicine in the field to fitness and preventive medicine. Although their role has historically evolved to coordinate with the SAMU and their official functions are today clearly defined by law, the impact of this commitment on daily practice in a medical office remains little studied. Yet, many volunteer MSPs are general practitioners. We wish to understand how this operational medicine and the continuous care of general practice mutually influence and enrich each other.

Méthod : Qualitative study carried out in the form of semi-structured interviews, transcribed then analyzed thematically on the principle of grounded theory.

Results : The 11 ask doctors from Sarthe allowed to bring to light six major axes: First, the commitment follows the will to serve the community; it allows to break the routine of the practice and to maintain a stimulating activity. Next, the distancing from the routine of the practice and the integration into a specific social system offers a welcome psychological balance, to which is added a strong feeling of social valorization. The third axis highlights that this medical experience streamlines the management of emergencies in the practice, and reinforces the preventive approach of the general practitioner. The appropriation of various paraclinical examinations is transposed into private practice, with the acquisition of tools favorable to the screening and follow-up of chronic diseases, while the centralized organization with the Internal Use Pharmacy ensures a complete material endowment. Conversely, the theoretical background and the psychosocial skills of general practice are major assets for the daily practice of the MSP. Nevertheless, the commitment comes up against strong temporal and organizational constraints which, coupled with a decreasing operational demand and the heaviness of administrative requirements, are a source of frustration.

Conclusion : The dual practice of general practitioner and firefighter proves to be synergistic, with a bidirectional enrichment of the practice felt on a daily basis. Nevertheless, numerous obstacles remain to be overcome to favor the articulation of these activities.

Keywords : Firefighter physician; General practice; Dual practice; Voluntary service; Occupational fitness medicine; Prehospital emergency medicine