

## **EXAMEN PROFESSIONNEL D'AVANCEMENT DE GRADE DE COMMANDANT DE SAPEURS-POMPIERS PROFESSIONNELS**

**SESSION 2022**

### **ÉPREUVE DE NOTE ADMINISTRATIVE SUR UN CAS PRATIQUE**

#### **ÉPREUVE D'ADMISSIBILITÉ :**

**Rédaction d'une note administrative à partir des éléments d'un dossier portant sur un cas pratique soulevant un ou plusieurs problèmes d'organisation ou de gestion rencontré par un service d'incendie et de secours et consistant à dégager des solutions adaptées.**

Durée : 4 heures  
Coefficient : 3

**La résolution du cas pratique prend la forme d'une note argumentée visant notamment à introduire les propositions de solution pratique du candidat. Ces propositions prennent la forme de documents annexes de son choix, tels que des projets de courrier, de fiche de procédure, de courriel, de rétro planning, d'organigramme ou d'outil de communication. L'argumentaire utilisé par le candidat peut faire référence aux acquis de son parcours académique et professionnel.**

**Cette note permet d'apprécier les capacités d'analyse et de synthèse, la cohérence du raisonnement, les facultés à argumenter et à soutenir des propositions ainsi que les qualités rédactionnelles du candidat.**

#### **À LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE TRAITER LE SUJET :**

- ♦ Vous ne devez faire apparaître aucun signe distinctif dans votre copie, ni votre nom ou un nom fictif, ni initiales, ni votre numéro de convocation, ni le nom de votre collectivité employeur, de la commune où vous résidez ou du lieu de la salle d'examen où vous composez, ni nom de collectivité fictif non indiqué dans le sujet, ni signature ou paraphe.
- ♦ Sauf consignes particulières figurant dans le sujet, vous devez impérativement utiliser une seule et même couleur non effaçable pour écrire et/ou souligner. Seule l'encre noire ou l'encre bleue est autorisée. L'utilisation de plus d'une couleur, d'une couleur non autorisée, d'un surligneur pourra être considérée comme un signe distinctif.
- ♦ Le non-respect des règles ci-dessus peut entraîner l'annulation de la copie par le jury.
- ♦ Les feuilles de brouillon ne seront en aucun cas prises en compte.

**Ce sujet comprend 32 pages.**

**Il appartient au candidat de vérifier que le document comprend  
le nombre de pages indiqué.**

*S'il est incomplet, en avertir le surveillant.*

Vous êtes commandant de sapeurs-pompiers professionnels, chef du service "Gestion et développement du volontariat" au sein du groupement "Ressources humaines" du Service départemental d'incendie et de secours (SDIS) Alpha.

Le SDIS Alpha, classé en catégorie C, totalise près de 15 000 interventions annuelles dont 80% de Secours et soins d'urgence aux personnes (SSUAP). Parmi ces interventions SSUAP, 18% sont liées aux carences d'ambulances privées.

Le SDIS Alpha compte un effectif de 150 sapeurs-pompiers professionnels (SPP), 1 000 sapeurs-pompiers volontaires (SPV) ainsi que 40 agents administratifs, techniques et spécialisés.

L'organisation du SDIS s'articule autour d'un groupement territorial et 5 groupements fonctionnels. Le budget du SDIS pour 2022 est de 19 millions d'euros en fonctionnement et 6 millions d'euros en investissement.

Le département Alpha est un territoire fortement rural qui a subi de plein fouet la désindustrialisation et qui, désormais, doit faire face à la désertification médicale. L'activité économique est principalement implantée sur le bassin d'emploi de la ville préfecture. Cette situation géographique impacte fortement l'activité opérationnelle et de manière conséquente, l'activité de sapeur-pompier volontaire, sur le reste du territoire départemental.

La Directrice départementale des services d'incendie et de secours (DDISIS) vous demande de rédiger, à son attention, une note administrative étayée d'annexes mettant en avant les problématiques des territoires ruraux dans le domaine de l'accès aux soins et leurs répercussions sur le volontariat, puis de dégager des propositions opérationnelles visant à relancer l'activité de sapeur-pompier volontaire sur le territoire d'Alpha.

Outre les documents fournis, vous vous appuyerez sur vos acquis académiques et vos connaissances de l'environnement professionnel des SDIS.

#### Liste des documents :

- Document 1 :** « Quelles perspectives pour les campagnes françaises ? » - Philippe Perrier-Cornet - Revue Projet - 2003 - 3 pages
- Document 2 :** « Étude sur l'avenir du dispositif de volontariat chez les sapeurs-pompiers » (extrait) - Stéphane Chevrier et Jean-Yves Dartiguenave - *Université Rennes 2 - Mana Lares* - 27 décembre 2008 - 3 pages
- Document 3 :** « Les agriculteurs, force vive des secours en milieu rural » - Mélanie Comte – *L'Auvergne-agricole.com* - 26 janvier 2022 - 2 pages
- Document 4 :** « Allier : les centres de secours ruraux en manque de sapeurs-pompiers volontaires » - Laura Morel - *lamontagne.fr* - 7 mars 2021 - 2 page
- Document 5 :** « Le Sénat alerte sur le recul des services publics dans les territoires » - *laGazette.fr* - 11 mars 2020 - 3 pages
- Document 6 :** « Dans quelle mesure la désertification médicale impacte-t-elle l'organisation des services départementaux d'incendie et de secours ? » (extraits) - Véronique Bailly - *Institut de Management public et gouvernance territoriale - Aix Marseille Université et École nationale supérieure des officiers de sapeurs-pompiers* - 2020 - 4 pages

**Document 7 :** « Accès aux soins en contexte de désertification médicale : un rôle tampon joué par la « chaîne de secours » ? Le cas des sapeurs-pompiers français » - *Revue Gestion et management public* - 2018 - 12 pages

**Documents reproduits avec l'autorisation du C.F.C.**

*Certains documents peuvent comporter des renvois à des notes ou à des documents non fournis car non indispensables à la compréhension du sujet.*

## Quelles perspectives pour les campagnes françaises ?

Philippe Perrier-Cornet  
(extraits)

*Les campagnes sont à la fois ressources, paysages – cadre de vie –, nature. D'autres relations villes-campagnes se dessinent, avec de nouvelles mobilités, et d'éventuelles créations d'emplois. Mais la diversité des attentes et des usages peut être source de confrontation. L'articulation et la complémentarité supposent de clarifier les choix dans l'action publique.*

À u début des années 90, la réflexion sur l'avenir des espaces ruraux était animée par une idée force : en finir avec le mythe de la désertification des campagnes et mettre l'accent sur le renouvellement des espaces ruraux, la naissance de nouvelles campagnes... Animateur de la prospective rurale à la Datar, Bernard Kayser récusait les discours des Cassandre qui, raisonnant à partir de la seule production agricole, n'envisageaient pas de développement rural sans une agriculture forte et le maintien du plus grand nombre de paysans. Il soulignait la reprise démographique des campagnes, les nouvelles demandes sociales et les perspectives que l'attractivité des territoires ruraux faisait espérer pour faire fructifier le capital de ces espaces.

Dix ans plus tard, l'histoire semble avoir tranché : la problématique du rural cadre de vie, espace d'accueil de populations urbaines, est plus que jamais d'actualité. Le thème de la désertification des campagnes et de

l'assistance au rural est toujours présent, mais avec moins d'ampleur. Entre-temps, ont émergé – ou réémergé – de nouveaux enjeux. Pour partie, ceux-ci sont liés à la montée des préoccupations environnementales, qui conduisent à prendre en compte les espaces ruraux dans leur ensemble comme des espaces de nature, en même temps que des espaces productifs et des espaces résidentiels ou récréatifs.

Cette reconnaissance de la diversité de leurs usages et de leurs « fonctions » fournit aujourd'hui un cadre utile pour repenser la dynamique et les perspectives des espaces ruraux. Pour notre part, nous l'ordonnons autour de ces trois figures : la « campagne ressource », la « campagne paysage », la « campagne nature<sup>1</sup> ». La première met en avant les usages productifs de l'espace rural vu comme le support d'activités économiques. La seconde est celle de l'espace comme cadre de vie avec ses usages résidentiels, récréatifs. La troisième correspond à une définition « objective » de la nature comme ensemble incluant des ressources (eau, sol, biodiversité...), mais aussi des fonctionnements (cycles...) et des fonctions (régulation climatique, écosystème...). Il ne s'agit pas d'une conception de la nature en termes d'aménités, de paysages ou d'espace faiblement anthropisé, qui relève de la campagne cadre de vie, mais d'usages de l'espace rural comme support permettant d'assurer la conservation de la diversité biologique, la préservation des ressources naturelles, la prévention des risques globaux (le changement climatique...), au nom du bien être des générations futures comme de celles actuelles.

A la lumière de cette diversité, les principales tendances dans la dynamique actuelle des campagnes françaises peuvent être regroupées autour des trois grands trends suivants : l'essor résidentiel du rural, la mutation et la diversification du tissu économique, la montée en puissance des questions de nature.

(...)

1. Cette analyse est développée dans deux ouvrages de Ph. Perrier-Cornet (dir.), *Repenser les campagnes*, éd. de l'Aube, série Bibliothèque des territoires, 2002, et *A qui appartient l'espace rural ?* chez le même éditeur (août 2002).

### **Le tissu économique du rural à la croisée des chemins**

Si pour les mobilités de population la tendance est bien à la dispersion, à l'étalement urbain, et constitue à ce titre un enjeu pour l'avenir des espaces ruraux, en revanche la tendance dominante pour les activités éco-nomiques est plutôt à l'agglomération des emplois et activités dans les plus grands pôles. D'autres facteurs, pourtant, poussent à la dispersion ou la déconcentration de certaines activités : ils contribuent au fait que le rural français actuel est loin de s'orienter vers un désert économique.

#### *Trois grands blocs d'activités économiques aux destinées différentes*

Pour comprendre l'évolution du tissu économique rural, il est nécessaire de distinguer trois grands types d'activités rurales, qui obéissent à des logiques différentes.

Les premières reposent sur la valorisation des ressources spécifiques – naturelles ou construites – des espaces ruraux. C'est bien sûr le cas de l'agriculture. Mais aujourd'hui, « l'agricole ne fait plus le rural », l'emploi agricole ne représentant guère plus de 10 % de l'emploi rural (14 % dans l'espace à dominante rurale). Certes, l'agriculture occupe toujours le territoire, son emprise s'étant en définitive peu relâchée (elle utilise près de 30 millions d'ha sur les 55 millions du territoire national, soit un recul de 5 % sur les vingt dernières années). Parallèlement, on observe une demande croissante de biens de nature et la patrimonialisation des composantes « naturelles » du rural. Les territoires sont très inégalement dotés pour répondre à ces demandes.

Le second type est constitué par des activités plus « mobiles » qui peuvent choisir entre localisation urbaine, métropolitaine, et localisation rurale ou périphérique : les activités industrielles au sens large (incluant les services aux entreprises et tout le tertiaire industriel). Dans une économie de flexibilité, de variété et de réseaux, la logique de localisation des firmes ren-force les processus de métropolisation<sup>3</sup>. Des contre tendances à ces forces d'agglomération d'entreprises et d'activités dans les pôles existent néanmoins. La concentration a aussi des effets négatifs : les problèmes d'engorgement ou de congestion se traduisent par des surcoûts pour les entreprises. Et la prise en compte de plus en plus directe de la pollution et des nuisances par les instances politiques tend à accentuer les difficultés pour les entreprises qui y sont les plus sensibles à se maintenir au centre.

Les emplois et activités liés directement aux populations (services aux particuliers, services éducatifs et de santé, commerce de détail) sont le troisième type d'activités économiques pour les espaces ruraux. Fournissant aujourd'hui plus de 40 % des emplois, elles assurent aujourd'hui la majeure partie des nouveaux emplois dans les campagnes. Ces activités sont beaucoup moins sensibles que les précédentes aux forces classiques d'agglomération : les services à la population bénéficient peu des économies d'échelle et supportent des coûts de transports élevés. Leur localisation dépend d'abord de celle des ménages.

### **La croissance de l'emploi rural compense désormais la chute de l'emploi agricole**

Depuis 1990, en France, c'est dans les communes périurbaines que la croissance de l'emploi total a été, et de loin, la plus élevée (+ 16 % contre + 3,5 % au niveau national)<sup>4</sup>. L'emploi total a aussi progressé dans l'espace à dominante rurale, même si cette progression est modeste (d'à peine 1 %, alors qu'elle est de l'ordre de 8 % hors emploi agricole). Ceci est dû en partie à une déconcentration significative d'emplois industriels vers les communes périurbaines ou sous faible influence urbaine, les seules dans lesquelles l'emploi industriel manufacturier a progressé.

La situation est plus contrastée dans l'espace à dominante rurale. Les industries agroalimentaires y sont en progression comme dans le péri-urbain. Les emplois tertiaires y augmentent aussi comme partout en France, mais ici, la croissance est due aux services administrés (éducation, santé, administration...) plus qu'aux services privés (commerces et autres services aux particuliers).

### **La montée en puissance de la question de la nature**

Cette montée en puissance repose d'abord sur des politiques publiques, qui dépassent d'ailleurs le cadre national : les politiques de la nature mises en œuvre en France (dans les dix ou quinze dernières années) sont d'abord intégrées et normalisées dans des dispositifs européens (Directives sur les oiseaux, l'habitat, les nitrates...) ou mondiaux (au travers des conventions internationales). Enfin, les experts et la science sont mobilisés pour cadrer et « normer » les objectifs de ces politiques (seuils, doses, taux de couverture, « paysages » écologiques...).

3. Michel Savy et Pierre Veltz (dir.), *Les nouveaux espaces de l'entreprise*, éd. de l'Aube, 1993.

4. B. Schmitt et al., Actualisation du ZAU et de son complément rural. *Rapport pour l'instance d'évaluation des politiques rurales*, Commissariat général au Plan, 2002.

Cette évolution, de plus en plus prégnante, est source de controverses (cf. les problèmes posés par la mise en œuvre de Natura 2000, les conflits pour appliquer la directive oiseaux...). Les conséquences sur l'organisation et la dynamique des espaces ruraux en sont aujourd'hui bien visibles. De nouveaux dispositifs conduisent à de nouvelles manières de découper ces espaces, autour d'objets naturels, selon des principes de cohérence territoriale qui ne recouvrent pas ceux des autres figures de la campagne.

L'agriculture est particulièrement concernée dans cette confrontation. Les activités productives rurales comme l'agriculture sont engagées dans un processus difficile de redéfinition : de plus en plus considérées comme des composantes à part entière du fonctionnement des objets naturels, il leur faut intégrer les attentes et usages d'autres groupes par rapport à ces objets naturels. Les « assises régionales pour un développement pérenne de l'agriculture et de l'agroalimentaire » tenues en Bretagne à l'automne 2001 ont révélé l'acuité de cette question.

### ***Quelles perspectives pour les espaces ruraux ?***

A la lumière de ces évolutions très différenciées, les scénarios sont ouverts quant aux futurs possibles des espaces ruraux français. La poursuite, tout à fait envisageable, du développement résidentiel peut-elle conduire à rendre hégémonique la figure du rural cadre de vie, au prix de profondes transformations des autres usages, dont les dynamiques lui seraient subordonnées ? La montée en puissance de la nature est-elle inéluctable : la demande de nature et de biens de nature dans les sociétés urbanisées est-elle appelée à se développer ou peut-elle être remise en cause ? La contre-tendance récente à la périurbanisation des activités économiques va-t-elle s'étendre plus largement dans le rural, lui redonnant – sous une forme renouvelée – une physionomie d'espace productif que le recul de l'agriculture lui a fait perdre en partie ?

Sur le long terme, ces interrogations ouvrent la porte à des scénarios très contrastés pour l'avenir des espaces ruraux. Les principes d'action pour réguler les tensions et les synergies entre usages seront ici déterminants. Cette régulation peut, par exemple, osciller le long d'un gradient de segmentation-intégration territoriale. A un extrême, seraient privilégiés des dispositifs de segmentation de l'espace, une logique de spécialisation : ter-ritoires de l'agriculture, de la nature, de la résidence, de la plaisance. A l'autre extrême, seraient recherchés les schémas de l'intégration rurale la plus achevée : articulations, complémentarités, contributions réciproques entre activités-usages seraient favorisés, généralisant à l'ensemble du rural les objectifs de multifonctionnalité de l'agriculture affichés dans la dernière loi d'orientation de l'agriculture. Entre les deux, on peut imaginer une grande variété de situations intermédiaires, de spécialisations territo-riales ou intégrations partielles... L'espace des possibles est bien ouvert pour l'action publique et la gestion d'un espace rural multifonctionnel.

Philippe Perrier-Cornet

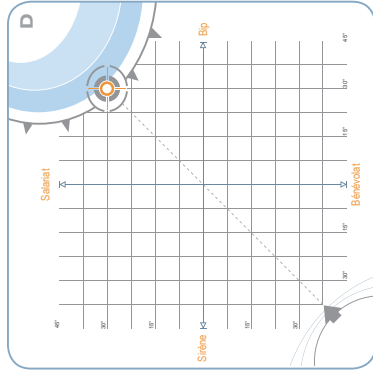
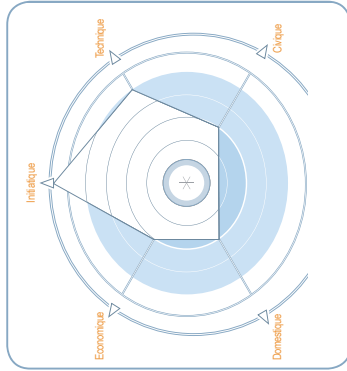
(...)

2

# Échographie du volontariat

## Profil 1 • Le Villageois

### Etude sur l'AVENIR du VOLONTARIAT chez les SAPEURS-POMPIERS (extrait)



**#1** Le villageois est une figure très répandue rencontrée dans tous les départements. Il est très attaché au territoire qu'il défend et sur lequel il vit. Ce territoire a pour lui une valeur affective forte. En devenant volontaire, il s'investit d'une mission tutélaire de protection des siens, c'est-à-dire de ceux qui partagent avec lui une même appartenance territoriale, communale. Devenir sapeur-pompier constitue ainsi un acte identitaire fort. Cet engagement lui permet de dire son appartenance à une communauté locale qui, à la fois, le porte et le dépasse. Le villageois est par essence nostalgique du passé, d'un âge d'or communal rythmé par le son de la sirène, d'un territoire intégrateur qui formait une unité de temps et de lieu. Le villageois vit très mal la départementalisation et la transformation des systèmes opérationnels de gestion de l'alerte. Le bénévolat constitue un élément central de la définition du villageois. C'est pour rendre service aux autres, ceux qui sont *dans le besoin*, ceux qui sont plus faibles, ceux qui *ont de la misère* que l'on devient volontaire. L'expression *aider son prochain*, souvent utilisée par les volontaires du Haut-Rhin, souligne la dimension religieuse de cette forme d'engagement. Les cloches et la sirène, la flèche de l'église et la tour de séchage des tuyaux renvoient métaphoriquement à un ordre paroissial. Le villageois se situe dans la partie sud-ouest de notre carte météo. S'il est loin de la zone dépressionnaire plus au nord, il vit durement les évolutions liées à la départementalisation des corps et à la transformation des territoires.

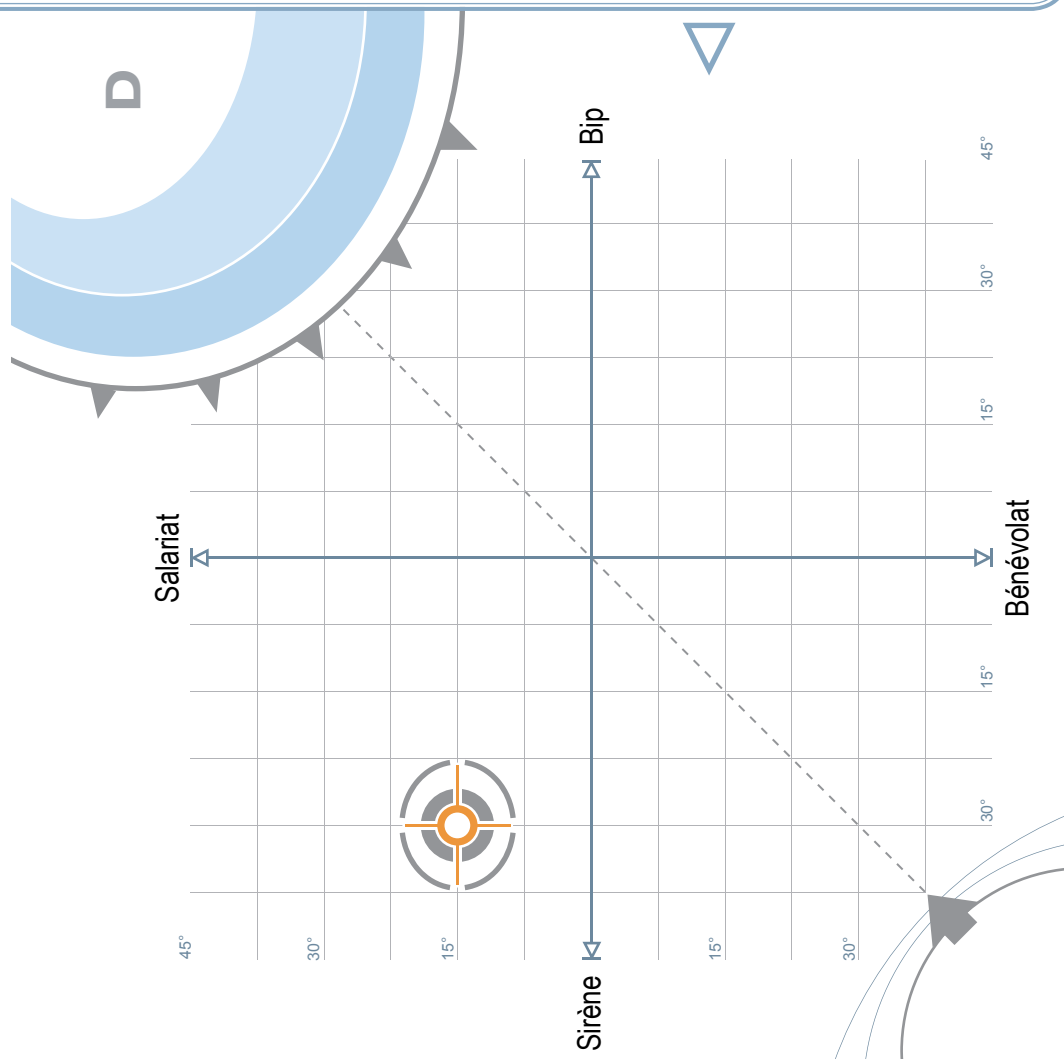


## Variante 1 Le Néo-villageois

peut-il être une figure moderne ? Le villageois, figure marquée par le poids de la tradition, est-il, au contraire, appelé à disparaître ? C'est avec ces questions en tête que nous sommes retournés sur le terrain pour réaliser une seconde campagne d'entretiens. C'est à Mende, en Lozère, que nous avons trouvé réponse à cette question. Il existe des manières modernes d'être villageois. Le néo-villageois reste très attaché à son territoire d'origine ou son territoire d'adoption. Il devient volontaire pour témoigner de cet attachement ou de sa volonté de s'intégrer. Il recherche la convivialité et la camaraderie d'un petit groupe d'amis. L'ambiance au sein du groupe est donc essentielle à l'émergence de cette fi gure. Mais à la différence du villageois, s'il respecte la discipline, le néo-villageois rejette l'ordre ancien marqué par une rigueur et une rigidité parfois excessives, par un manque de dialogue et de concertation, par un culte de la virilité et un certain sexisme. Le néo-villageois ne supporte pas que ses supérieurs fassent *péter les galons*. Il remet ainsi en question une forme d'autorité traditionnelle. La fi gure du villageois a un avenir si les sapeurs-pompiers savent adoucir son caractère « martial » sans renoncer à faire des centres d'incendie et de secours des lieux accueillants, chaleureux, animés, où peut s'exprimer la volonté des personnes d'œuvrer en faveur d'un bien commun.

## Variante 2 Le Permanent

diffère du villageois par son positionnement sur la carte météo. À plusieurs reprises, nos interlocuteurs ont évoqué le retour du permanent supposé avoir disparu en 1992. S'il a disparu statutairement, certains villageois, très souvent employés communaux, s'en rapprochent. En milieu rural, l'activité volontaire peut constituer un appoint financier pour des personnes de situation modeste ou en situation de précarité. Certains volontaires dénoncent ces situations qui installent plus encore la personne dans la précarité.







2

# Échographie du volontariat



## Profil 1 • Le Villageois (suite)

C'est sur l'axe domestique que le Villageois se distingue le plus des autres figures. L'axe domestique marque cet attachement au territoire, mais aussi aux valeurs traditionnelles (respect de l'autorité des aînés, de la discipline, de la famille...). Si le villageois fait preuve d'un sens civique, ce civisme s'incarne dans un territoire local. Le territoire communal est l'expression de l'unité du territoire national. Le villageois respecte ainsi les valeurs et les symboles républicains auxquels il est attaché. Le drapeau, l'uniforme, la *Marseillaise* méritent le respect. Il est sensible aux signes de reconnaissance en provenance des *autorités* investies de la légitimité républicaine. Il regrette le service militaire, creuset républicain qui permettait de transmettre ces valeurs, et dénonce l'attitude de supporters qui sifflent la *Marseillaise*. L'autre à qui il veut porter secours n'a pas le visage abstrait du citoyen incarnant la souveraineté populaire. C'est un proche, un membre de la famille étendue. Cette forme de civisme conserve donc un caractère très domestique.

9/32

Le villageois dénonce très régulièrement le travail de formatage auquel il est soumis pour s'intégrer dans la chaîne opérationnelle. Il se montre très critique vis-à-vis de la formation et des critères d'aptitude médical jugés trop sévères. Il éprouve des difficultés à s'intégrer dans une organisation jugée trop soucieuse de la performance et de l'efficacité. Il rappelle, au cours des tables rondes, que le volontaire n'est pas un professionnel, que son engagement repose sur un acte volontaire qu'il faut savoir valoriser. Faut-il que le volontaire ait les mêmes compétences que le professionnel dont c'est le métier ? Ne risque-t-on pas de tarir cette forme de civisme à trop vouloir faire du volontaire l'égal du professionnel s'interroge-t-il ? Les plus anciens manifestent leur découragement et leurs difficultés à s'intégrer à une organisation plus exigeante.

Si des raisons d'ordre économique ne sont pas à l'origine de l'engagement du villageois, les vacances sont cependant les bienvenues. Elles compensent le temps donné au service et le temps pris à la famille. Elles peuvent constituer un complément de revenu pour des personnes aux revenus modestes. La vacation est regardée comme une forme de reconnaissance justifiée et légitime. En cela, le villageois ne se confond pas avec la figure du bénévole ; l'activité mérite *rétribution* pour le service rendu et non simplement *gratification* au nom de l'effort consenti.

Le villageois, comme la plupart des sapeurs-pompiers, aime l'action et le frisson de l'intervention, mais cette dimension a probablement moins d'importance que pour les autres figures. Dans certains centres, les interventions sont rares et peu spectaculaires. L'intervention a rarement cette dimension initiatique recherchée par le héros.

Le villageois peut contracter un engagement très tardivement. Après avoir joué au football ou au rugby pendant plusieurs années, il raccroche les crampons et retrouve ses copains au centre. Après un déménagement consécutif à la construction d'une maison, il s'engage chez les pompiers pour mieux s'intégrer à la vie de la commune.

Le monde des pompiers est un milieu très masculin. Le villageois n'échappe pas à cette règle. Devenir sapeur-pompier est traditionnellement une activité masculine. Aux hommes revient la charge de protéger et de défendre la commune.

Les agriculteurs, les artisans, les commerçants, les employés communaux qui entretiennent une certaine proximité avec le territoire sont des professions qui entretiennent une certaine affinité avec le villageois.

Les territoires ruraux (Nièvre, Dordogne), les territoires de montagne ou de moyenne montagne, les territoires excentrés (Lozère) constituent des terreaux pour cette figure. La dimension identitaire et l'attachement au territoire y sont plus forts. Face à l'isolement géographique, les habitants se sentent parfois le devoir de prendre en charge leur propre sécurité. Mais ces territoires peuvent être soumis, plus qu'ailleurs, à la désertification démographique ou au vieillissement de la population. Les territoires plus urbains disposant d'une forte identité communale, comme c'est le cas dans le Haut-Rhin, constituent aussi des sols fertiles au développement de cette figure.

(...)

Secours

## Les agriculteurs, force vive des secours en milieu rural

Dans bien des territoires ruraux, les services de secours d'urgence sont assurés au quotidien grâce à l'engagement volontaire des agriculteurs.

Publié le 26 janvier 2022 - Par Mélodie Comte



Le Puy-de-Dôme compte environ 3 600 sapeurs-pompiers volontaires. Chaque année, ils réalisent plus de 50% des 50 000 interventions de secours déclenchées sur le territoire. Parmi eux, plus de 150 sapeurs-pompiers volontaires sont des agriculteurs. Sans eux, le secours en milieu rural ne pourrait être assuré en semaine. Entre 8 h et 17h, ils sont souvent, avec les artisans, les seuls à être encore présents pour répondre aux appels. Depuis plusieurs années maintenant, le SDIS 63 recrute auprès de la profession pour maintenir le maillage territorial.

### Le système de secours français repose sur les volontaires

Le Capitaine Jean-François Barili, référent du volontariat au SDIS 63, est formel. "Sans les volontaires, c'est tout le système de secours français qui s'écroule." La France compte plus de 200 000 sapeurs-pompiers volontaires qui réalisent chaque année environ 80% des interventions. Leur présence est même primordiale en milieu rural où ils sont majoritaires voire même exclusifs. Chauffeurs, infirmières, institutrices, électriciens, informaticiens, mécaniciens... Toutes les professions se côtoient au sein des casernes y compris les agriculteurs. Ces derniers sont d'ailleurs depuis longtemps, "une force vive

d'intervention". Nombre de secours sont assurés grâce à eux. "Nous sommes confrontés depuis 20 ans à une érosion des effectifs. Rapidement, le SDIS s'est rendu compte que sans les agriculteurs, le maillage de secours en milieu rural pourrait devenir défaillant." Leur présence quotidienne dans les territoires, leurs connaissances de ces derniers et "leur côté démerde" sont vantés et recherchés. " Les agriculteurs ont plus l'habitude de faire face à l'imprévu. Ils réagissent et trouvent rapidement des solutions. Ils sont aussi très manuels et ont une connaissance très pointue du secteur où ils interviennent. Il vaut mieux parfois avoir un agriculteur dans le camion qu'un GPS !"

## **Moins de jeunes dans les casernes**

L'époque où les jeunes suivaient les traces de leur père ou de leur grand-père dans les casernes est révolue. L'agrandissement des exploitations agricoles et le manque de main-d'œuvre sont préjudiciables à leur engagement au sein des casernes. La mise en place d'un système informatique pour la gestion des disponibilités des personnels ne change rien. Dans les centres de secours aussi, le renouvellement générationnel peine à se faire. "L'âge moyen des volontaires augmente" précise le Capitaine Barili. Le SDIS 63 déploie les grands moyens en multipliant les campagnes de promotion, notamment auprès des agriculteurs.

Depuis plusieurs années maintenant, le service départemental d'incendie collabore avec le Service de Remplacement et Groupama pour financer le remplacement des agriculteurs pendant leurs formations de sapeurs-pompiers. "Le volontariat n'est plus seulement une passion, c'est un engagement citoyen."

## **Allier : les centres de secours ruraux en manque de sapeurs-pompiers volontaires**

**Publié le 07/03/2021 par Laura Morel**

Dans le département de l'Allier, près de 85 % des sapeurs-pompiers sont des volontaires. Et si depuis cinq ans, les effectifs ont augmenté de près d'une centaine de personnes, des besoins se font encore ressentir dans différents centres de secours ruraux.

Le Service départemental d'incendie et de secours (Sdis) de l'Allier compte dans ses rangs près de 2.000 personnes. Parmi elles, 60 personnels administratifs et techniques, 225 sapeurs-pompiers professionnels... et surtout 1.695 sapeurs-pompiers volontaires.

### **Un chiffre stabilisé... mais il y a encore des besoins**

« Depuis cinq ans, nous avons progressé en termes d'effectifs », note le lieutenant Serge Lacoste, responsable du développement du volontariat. « En 2015, nous étions à un peu moins de 1.600 volontaires. Nous avons donc progressé d'une centaine et nous avons réussi à stabiliser autour de 1.700. »

Mais, malgré ces chiffres encourageants, certains besoins se font encore ressentir. « En agglomération, à proximité des centres de secours principaux [*Montluçon, Moulins et Vichy, NDLR*], il n'y a pas vraiment de besoin. »

« Ces centres arrivent à compléter leurs effectifs. On est même, à la limite, presque sur-sollicités par des personnes qui voudraient devenir volontaires. Mais ce n'est pas la même chose dans les centres de secours ruraux, où là, il y a vraiment des besoins. »

Le responsable explique ce phénomène : « Il y a plusieurs facteurs à cela. Aujourd'hui, même si le Covid pondère un peu tout ça, nous avons une multitude de propositions en termes d'occupation de temps. Il est possible d'avoir un temps familial, un temps professionnel, un temps sportif, on peut aussi avoir un autre temps par exemple du bénévolat dans une association... Pour devenir volontaire, il faut donc avoir cette fibre pour s'engager et aider les autres. Il faut avoir envie de donner du temps pour autrui sur son temps de repos. »

### **Entre six et sept centres par groupement concernés**

Aujourd'hui, entre six et sept centres de secours, sur chaque groupement territorial (le groupement ouest pour l'arrondissement de Montluçon, le groupement sud pour celui de Vichy et le groupement nord pour celui de Moulins) sont concernés par un manque d'effectif.

« Il y a par exemple, des centres comme celui de Jaligny-sur-Besbre au nord, Saint-Bonnet-Tronçais à l'ouest ou encore Ferrières-sur-Sichon au sud où, pour nous, l'effectif n'est pas suffisant. »

Nous sommes donc très attentifs et nous faisons notre maximum pour essayer d'accompagner ces centres et les aider au recrutement.

Pour notamment leur permettre d'assurer des interventions en journée. Car c'est en journée que les besoins sont les plus importants. Le lieutenant Lacoste souligne : « Les seuls sapeurs-pompiers professionnels sont à Montluçon, Moulins et Vichy. Il n'y a pas de professionnel dans les centres de secours ruraux. Et la difficulté, aujourd'hui, c'est que la population, en journée est au travail. Beaucoup ne rentrent que le soir à domicile. Ce qui fait qu'il y a un trou le temps de cette absence professionnelle. »



Certains centres, n'ayant pas suffisamment d'effectifs en journée, ne pourront donc pas assurer d'intervention.

## **Des solutions mises en place**

« Heureusement, nous avons un maillage territorial relativement satisfaisant. Nous avons soixante-quatre centres de secours sur tout le département, ce qui fait que, quand l'un ne peut pas se rendre sur une intervention, c'est l'autre qui va assurer la mission en fonction de la disponibilité du moment. »

Mais pour tenter de libérer du temps à ses volontaires, le Sdis a décidé de mettre en place différentes conventions avec les collectivités territoriales et les entreprises privées.

« Aujourd'hui, nous avons, grâce à ces conventions, plus de possibilités pour que les volontaires puissent se former. C'est-à-dire que le pompier va pouvoir disposer, par exemple, d'une semaine pour aller se former. »

« Mais, ce sont des temps prévisibles à long terme. Cela reste encore très compliqué de libérer un volontaire en journée, il faut le reconnaître.

Les entreprises ne pouvant pas forcément se passer d'un salarié pendant plusieurs heures de manière inopinée.

« C'est pour cela aussi que nous avons mis en place quelque chose qui marche plutôt bien », poursuit le lieutenant Lacoste. « C'est le retard à l'embauche. C'est-à-dire que l'entreprise va autoriser le retard à l'embauche de son salarié. »

Le responsable du développement du volontariat précise : « Majoritairement, dans l'Allier, les interventions se font sur les flux routiers. L'employeur offre donc la possibilité au sapeur-pompier d'arriver plus tard d'une heure ou d'une demi-heure quand il est en intervention. Ce qui permet à nos centres ruraux d'assurer des interventions. »

**DOSSIER** : Quand les services publics s'en vont

Dossier publié à l'adresse <https://www.lagazettedescommunes.com/667810/le-senat-alerte-sur-le-recul-des-services-publics-dans-les-territoires/>

ACTION PUBLIQUE

## Le Sénat alerte sur le recul des services publics dans les territoires

Laura Fernandez Rodriguez, Romain Gaspar | A la Une finances | Actu experts finances | France | Publié le 11/03/2020

**Un rapport de la commission des finances du Sénat alerte sur les dysfonctionnements des services de l'Etat dans les territoires (dématérialisation, mutualisation de certains services publics, ou encore accès aux soins) et propose des solutions pour y faire face. Passage en revue des enjeux qui concernent directement les collectivités.**

Retrouver de la proximité et de l'efficacité dans les territoires, telle est l'ambition du rapport parlementaire qui a été remis par le sénateur Jacques Genest (Les Républicains, Ardèche), au nom de la Commission des finances, le 19 février 2020. Les sénateurs se sont penchés sur la réorganisation qu'ont connue les services de l'Etat dans les territoires depuis le milieu des années 2000. Et le constat est sévère. « Malgré des efforts substantiels – notamment pour assurer la sécurité de nos concitoyens – l'État sort affaibli de cette période de réformes. Agissant à des échelons inadaptés, ayant réduit ses moyens d'action, se retirant progressivement des territoires ou laissant perdurer des dérapages financiers des opérateurs des services publics, l'État doit agir rapidement pour inverser la tendance. ». Revue de détail.

### Les trésoreries s'éloignent

Le rapport constate la suppression nette de 535 trésoreries sur le territoire depuis 2013. Il l'explique par la modification de leur rôle à l'occasion de la fusion entre les directions générales des impôts (DGI) et de la comptabilité publique (DGCP). Après cette fusion, les trésoreries n'effectuent plus la mission de recouvrement de l'impôt sur le revenu et sur les sociétés. Il estime que seulement un tiers des postes supprimés a été compensé par des augmentations de postes dans d'autres départements. Il pointe deux problèmes à ces fermetures : l'éloignement géographique du comptable public, la disparition des seules structures d'encaissement de recettes en liquides d'organismes publics ou parapublics. Il réclame le maintien d'un contact privilégié entre les élus et les comptables publics et la suspension de toute fermeture de trésorerie lorsqu'aucune solution alternative n'existe pour l'encaissement des liquidités. Le rapporteur est aussi critique sur l'implantation des services des impôts. 75 d'entre eux ont été supprimés entre 2013 et 2018 ainsi que 2781 équivalents temps plein. Il remet en cause les solutions non satisfaisantes pour accompagner le départ des services de guichet relevant de l'Etat, à commencer par la dématérialisation.

### La dématérialisation, à quel prix ?

« Le déploiement d'un ensemble croissant de services publics en ligne génère des coûts supplémentaires pour les usagers et les collectivités territoriales », alerte Jacques Genest dans ce rapport. « Ces procédures dématérialisées font peser une responsabilité de plus en plus importante sur les collectivités territoriales les plus excentrées », peut-on lire. « En effet, faute d'intérêt pour les acteurs de marché de procéder aux investissements nécessaires, ces collectivités, essentiellement rurales, se trouvent confrontées à la nécessité de faire procéder elles-mêmes aux travaux de raccordement nécessaires. Pour que leur territoire bénéficie de

la fibre optique, ces collectivités territoriales assument un coût par habitant plus important que dans les zones urbaines densément peuplées ».

Le rapport alerte donc sur « les limites que fait peser une conception de la réorganisation des services publics trop orientée vers la modernisation de l'outil technologique et insuffisamment vers l'utilisateur ». Il appelle à un plus grand encadrement du développement des procédures dématérialisées en imposant le maintien d'une méthode alternative (papier par exemple), et la possibilité de disposer d'un interlocuteur physique. Il invite aussi à soutenir et étendre les actions conduites par la Direction interministérielle de la transformation publique (Ditp) en faveur d'une réflexion mettant l'utilisateur au centre de la réorganisation des services de l'Etat.

### **Des services publics mutualisés qu'assument les collectivités**

En ce qui concerne les Maisons de Service au public (MSAP), qui ont désormais vocation à devenir France Services, le rapport souligne l'engagement moindre de l'Etat au regard des opérateurs présents et des collectivités locales : « La part de financement prise en charge par les collectivités territoriales est excessive alors qu'une fraction croissante des services offerts par les MSAP correspond à des démarches concernant des administrations de l'Etat », juge-t-il. <sup>(1)</sup>.

Dans le cas des services publics itinérants, qui parviennent à toucher un public plus âgé et éloigné du numérique, « l'Etat ne prend pas sa juste part », estime-t-il également à la suite d'observations de terrain. « L'Etat, qui a par ailleurs fermé la trésorerie, a participé à une partie de l'achat du véhicule roulant mais n'assume pas les coûts de fonctionnement et d'entretien ou, encore, la rémunération des agents mis à disposition des agents », pointe ainsi Jacques Genest, qui s'est rendu dans un service itinérant opérant sur le territoire de la communauté de communes Thiérarche-Sambre et Oise.

Et la labellisation des Maisons en France Services le laisse pour le moins dubitatif : même si une enveloppe de 30 millions d'euros devrait être débloquée d'ici 2022, traduisant une augmentation de l'engagement de l'Etat de 10 millions d'euros, « le coût de cette montée en gamme risque d'être pris en charge par les collectivités ». Le rapport préconise donc d'accompagner financièrement les collectivités territoriales pour l'obtention du label France Services.

### **Un accès aux soins dégradé**

L'exemple des services obstétricaux mobilisé dans le rapport est éloquent : il faut 22 minutes pour y accéder en moyenne en zone urbaine, quand il en faut 36 en zone rurale, avec notamment une forte dégradation de la situation en ZRR. Face à la désertification médicale à l'œuvre dans certains territoires, la question de la continuité de l'offre de soins se pose sur le territoire. Recommandation est faite de réguler l'installation des professionnels de santé libéraux en tenant compte des besoins identifiés à moyen terme sur le territoire. A défaut, de prévoir la mise en œuvre d'un conventionnement sélectif cohérent avec les besoins en santé identifiés sur le territoire.

### **La sécurité préservée, mais pas le lien de confiance avec les élus**

Le rapporteur spécial souligne « une certaine homogénéité de la répartition des forces de l'ordre ». Des efforts ont été faits pour préserver le nombre des effectifs les plus au contact des populations. Des départements ont même bénéficié d'une augmentation de leurs moyens humains. Cependant, les « économies ont été réalisées au détriment des capacités d'investissement, d'intervention et de pilotage de la police et de la gendarmerie nationale ». Les dépenses pour les forces de l'ordre hors dépenses de personnel ont été divisées par deux depuis 2006. Le sénateur préconise donc de renforcer le niveau et la qualité des



équipements. “L’Etat a su préserver la sécurité dans les territoires mais s’est privé des moyens d’entretenir un lien de confiance avec les élus locaux”, regrette le rapporteur. Il relève que les effectifs alloués au contrôle de légalité ont diminué, et que ce sont désormais “des catégories entières d’actes administratifs qui ne sont tout simplement pas contrôlées”. Cet instrument de conseil et de sécurité juridique manque désormais aux maires des petites communes.

### **Le recul de l’ingénierie territoriale**

Le remplacement en 2014 de la délégation interministérielle à l’aménagement du territoire et à l’attractivité régionale (DATAR) par le Commissariat général à l’égalité des territoires (CGET) a entraîné un changement des modes d’intervention de l’Etat et une baisse des dépenses consacrées à l’aménagement du territoire. Autrefois centralisé, l’aménagement du territoire se conçoit dorénavant comme une politique de soutien aux projets de développement conçus et portés par les acteurs territoriaux. Cette nouvelle approche s’est illustrée par un recours croissant au zonage (pôles de compétitivité, pôles d’excellence rurale...) et par le développement d’instruments de contractualisation (Contrats de plan Etat-Régions, action cœur de ville...).

Ces modifications ont également entraîné un « important recul de l’offre d’ingénierie territoriale de l’Etat ». Le rapport cible en particulier la loi MURCEF à la fin des années 1990, la révision générale des politiques publiques (RGPP) en 2008 et la suppression de l’Assistance technique fournies par les services de l’Etat pour des raisons de solidarités et d’aménagement du territoire (ATESAT) en 2014.

### **(Re)miser sur l’échelon des sous-préfectures**

« Les réorganisations ont contribué à réduire les moyens alloués aux préfectures de départements et aux sous-préfectures sans, pour autant, que cela ne se traduise par une grande efficacité au niveau régional », regrette le rapporteur. Les effectifs des sous-préfectures ont diminué de 1058 postes équivalents temps plein entre 2010 et 2015. Le rapporteur recommande de redéfinir le rôle des sous-préfectures dans l’organisation territoriale de l’Etat en renforçant leurs missions et les moyens dont elles disposent.

Ce constat plutôt sévère de ce rapport sénatorial tranche avec le rapport du 20 mars 2019 de la Cour des Comptes. En pleine crise des gilets jaunes, la Cour des comptes avait dressé un bilan plutôt positif concernant l’accès aux services publics dans les territoires ruraux, à l’exception de la santé et de la dépendance. Les magistrats préconisaient par ailleurs un recours accru à la dématérialisation, sous certaines conditions.

## **Dans quelle mesure la désertification médicale impacte-t-elle l'organisation des services départementaux d'incendie et de secours ? (extraits) -**

(..)

### **3.3. Des SDIS agiles pour répondre au besoin des territoires**

Face à ces situations et bien qu'ils pourraient s'en tenir à leurs missions propres, les SDIS dont les territoires souffrent de désertification médicale ont fait preuve d'agilité et sont en recherche permanente d'adaptation.

Si, au regard de la structure du territoire, les problèmes identifiés ne sont pas identiques, les réponses apportées ne le sont pas non plus ; pour autant elles se catégorisent selon 2 grands axes :

#### **3.3.1 Organisationnelles**

Les départements tels que l'Ardèche, l'Ariège et le Cher ont une plateforme commune SAMU-SDIS, et la proximité des équipes est une richesse affirmée par chacun des SDIS. La confiance s'est instaurée entre les équipes et permet des échanges rapides tant pour l'engagement des moyens que pour la complémentarité de ces derniers ; elle permet aussi une intelligence de situation et que des décisions soient prises au bénéfice de la victime, dans le respect des compétences de chacun, ou que des problèmes soient réglés de suite plutôt que de polluer les relations.

Le maillage territorial des centres de secours est un atout pour apporter des secours de proximité. S'il ressort des entretiens réalisés que seul le SDIS de la Haute Garonne augmente le nombre de ces centres de secours (+5) au regard de l'augmentation de la population et bien

que son maillage soit déjà dense<sup>57</sup>, les autres SDIS semblent stables. Par contre, l'Aude<sup>58</sup> et l'Eure et Loir<sup>59</sup> qui ont un maillage serré reconnaissent que cette construction historique est un atout majeur et vertueux. Il ne s'agit donc pas en soi d'une organisation voulue pour palier la désertification médicale, mais d'un atout constaté de jour.

Le recours au dépôt de victime en MSP est assez rare, sauf dans les régions montagneuses où culturellement, les médecins ont pour habitude de prendre en charge des urgences. Concernant les autres départements, bien que présentée comme une solution vertueuse, peu de SDIS sont arrivés à mettre en place ce fonctionnement, soit ne trouvant pas de MSP pouvant assurer une permanence des soins à même d'accueillir des petites urgences, soit par manque d'habitude des médecins régulateurs du SAMU à considérer d'autres services d'urgence que ceux des hôpitaux, soit par refus de ces derniers de réguler vers les MSP. Ce constat est majeur et nécessite une vraie prise de conscience des pouvoirs publics afin d'optimiser cette ressource de proximité.

Afin de répondre à la sollicitation qui leur est faite au regard des compétences des ISP, mais aussi pour garantir une meilleure qualité dans la réalisation de leurs missions propres, les SDIS renforcent leur maillage d'ISP protocolés et organisent des gardes ou des astreintes. Le SDIS de l'Ardèche est même allé jusqu'à, d'une part conventionner avec l'ARS pour mettre en place un binomage ISP – Médecin Correspondant SAMU (MCS) après que le constat ait été réalisé que ces médecins, non accoutumés à l'urgence, avaient tendance à plus s'engager en présence d'un professionnel de l'urgence, et d'autre part définir avec l'ARS les zones où les ISP assurent une permanence. Le SDIS de la Dordogne a, quant à lui, mis en place une garde d'ISP doté de matériels multi paramètres qui assurent une télétransmission vers le SAMU, en collaboration avec l'ARS afin de palier d'absence quasi-totale de médecins dans le nord du département.

### 3.3.2 Humaines

Cette sollicitation des compétences infirmières induit un recrutement d'ISP pour une majeure partie des SDIS, qu'il s'agisse de sapeurs-pompiers professionnels ou volontaires. En découle deux conséquences :

- Le nécessaire besoin de les former à l'urgence puisque leur cœur de métier initial ne le prévoit pas, ainsi qu'à la mise en œuvre des PISU
- Un coût non négligeable au regard de l'augmentation des Véhicules Légers Infirmiers (VLINF) qu'il convient de doter de matériels spécifiques multi paramètres et permettant la télétransmission dans le meilleur des cas, afin de donner le plus précisément possible au SAMU les éléments propres à prendre des décisions

De par la situation de désertification médicale, les médecins de sapeurs-pompiers exercent, sauf exception, essentiellement leurs missions de médecine préventive. Parmi les exceptions, nous noterons la situation du SDIS du Jura qui a conventionné avec le Procureur de la République pour que les médecins sapeurs-pompiers signent les certificats de décès.

Une tendance qui commence à se remarquer est le recrutement par les SDIS d'internes en qualité de médecins de sapeurs-pompiers volontaires. La finalité est de pouvoir les projeter sur le terrain avec des ISP avec un gain opérationnel, mais aussi de leur donner le goût de l'urgence au travers des interventions et de la formation, de leur permettre de découvrir le territoire et d'avoir envie de s'y installer à l'issue de leur études. Cependant, il y a encore trop peu de recul pour savoir si cette démarche permet de les fidéliser.

Face à une certaine forme de désertification, non pas médicale mais de services médicaux, en l'occurrence de maternités, des SDIS recrutent des sapeurs-pompiers volontaires experts sages-femmes. Outre d'intervenir auprès d'une parturiente avec l'équipage d'un VSAV, ces experts ont une réelle valeur ajoutée tant dans le cadre de la formation des sapeurs-pompiers secouristes, que dans l'accompagnement téléphonique de ces derniers en situation d'intervention pour accouchement inopiné.

(...)

Recommandation N°8	Objet	But(s)	Moyens à mettre en œuvre / Eléments de réussite	Freins
	Mettre en place une plateforme unique SAMU-SDIS	Permettre une meilleur coordination dans le départ les secours ; minimiser la défiance, accroître la réactivité	SDIS/SAMU : volonté commune SDIS/SAMU : locaux communs et matériel SDIS/SAMU : pédagogie et communication auprès des agents	Manque d'adhésion des partenaires de la politique publique Coût de mise en œuvre Défiance des personnels de chacun des services
Recommandation N°9	Objet	But(s)	Moyens à mettre en œuvre / Eléments de réussite	Freins
	Favoriser les transports vers les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP)	Désengorger les urgences et limiter les durées d'interventions	Collectivités locales : installation de locaux et achat de matériel médical Collectivité locale et Etat : Attractivité et fidélisation des acteurs médicaux Médecins : permanence des soins	Difficulté pour les MSP d'assurer une permanence des soins Manque d'adhésion du SAMU et de ses médecins régulateurs
Recommandation N°10	Objet	But(s)	Moyens à mettre en œuvre / Eléments de réussite	Freins
	Développer la filière SSSM et notamment les ISP	Apporter une médicalisation bénéfique à la prise en charge des victimes	SDIS : recrutement et formation des ISP SDIS : recrutement et formation de médecins de sapeurs-pompiers (si possible) SDIS : coût des valises avec le matériel et les produits médicaux	Manque d'adhésion des financeurs du SDIS Manque de disponibilité des ISP Difficultés de recrutement de médecins
Recommandation N°11	Objet	But(s)	Moyens à mettre en œuvre / Eléments de réussite	Freins
	Se doter d'outils multi paramètres et de télétransmission	Faciliter les décisions du médecin régulateur	SDIS : achat des matériels SAMU : achats des matériels de réception SDIS : formation des infirmiers de sapeurs-pompiers	Coût Manque d'adhésion du SAMU (coût)

(...)

Accès aux soins en contexte de désertification médicale : un rôle tampon joué par la « chaîne de secours » ?  
Le cas des sapeurs-pompiers français (extraits)

## 1. L'ORGANISATION DE LA CHAÎNE DE SECOURS

### face aux déserts médicaux

Partant de la définition du concept de « désert médical » telle que relevant principalement des sciences politiques (en tant qu'outil d'analyse des politiques publiques), cette première partie permet de mettre en exergue les problématiques opérationnelles qu'il soulève au niveau de l'organisation de la chaîne de secours en France — du point de vue de la sécurité civile, et plus particulièrement vis-à-vis de la place qu'y occupent les SDIS.

#### 1.1. Le désert médical d'un point de vue pragmatique

Le terme « désert médical » ne figure pas, à proprement parler, dans les textes de loi. La notion en elle-même semble plutôt résulter de la perception d'une rupture de l'égalité face au service public de santé, telle que posée par l'article L. 1110-1 du Code de la santé publique : « *Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible* ».

Ce constat de rupture d'égalité se fait alors essentiellement sur le plan statistique, lorsqu'un écart est jugé trop important entre la densité des professionnels et équipements par rapport à la population à satisfaire. En tant qu'artefact de politique publique, la notion regroupe cependant une pluralité de réalités opérationnelles. Si le désert médical tel qu'on l'entend est souvent associé à un manquement de médecins généralistes, l'analyse peut se ramifier si l'on s'intéresse à

un type de professionnel de santé, ou à une catégorie d'équipement. Il ne s'agit donc pas d'un seul, mais d'une pluralité de déserts médicaux potentiels, qui traduiront chacun une inquiétude par rapport à un sous-système particulier d'accès aux soins<sup>3</sup>. Cette ambiguïté de langage autour de l'expression de désert médical est ainsi porteuse de confusions lorsque l'on cherche à la questionner sur le terrain, d'autant plus que l'offre de soin sur le territoire en France est particulièrement segmentée et étendue (professionnels de santé, professionnels paramédicaux et assimilés, établissements de santé, pharmaciens...). En termes de politiques publiques, cet état de fait pose d'emblée le problème de la stabilité des définitions, et donc de la pertinence des données et indicateurs retenus.

Ainsi, notre position sera de considérer la notion de « désert médical » comme une expression permettant aux acteurs locaux et au politique de créer du sens autour de types spécifiques d'inégalités de santé sur les territoires. Elle regroupe des réalités protéiformes, qui relèvent de la thématique de l'accès aux soins<sup>4</sup>. Une population est en effet jugée défavorisée en fonction de sa difficulté à accéder à une offre de soin particulière. Ainsi « [...] *les déserts médicaux seraient plutôt une zone de moindre accès aux soins, qui dépasse le simple manque et vide de médecins. Il s'agirait plutôt d'un vide de médecins accessibles, que cela soit pour des raisons d'accessibilité, de disponibilité, de commodité ou de capacité financière. La problématique centrale est donc celle de l'accessibilité.* » (Chasles & Denoyel-Jaumard, 2016, p. 31).

Fort de cette clarification, il nous appartient maintenant de questionner la réalité opérationnelle qui se cache, pour les acteurs du SDIS, derrière cette expression de désert médical, et de faire émerger les problématiques qui en découlent. Au travers de notre étude exploratoire, nous verrons que les SDIS, de par leur positionnement périphérique, sont parfois contraints de jouer auprès des populations un rôle de tampon vis-à-vis des inégalités d'accès au soin, tout en devant gérer les conséquences par ricochet de certains aspects de la désertification.

<sup>3</sup> L'exemple est donné avec la démarche de Vigneron (2013) lorsqu'il isole la pratique de la chirurgie de la cataracte pour mettre en évidence un manque de professionnels de santé spécifiques sur certains territoires.

<sup>4</sup> De la même manière que Vigneron (2013), nous considérerons comme deux éléments distincts – mais fortement intriqués – les inégalités en matière d'état de santé (taux de mortalité, vulnérabilité des populations, etc.) et les inégalités en matière d'accès au soin (distance, temps d'accès, etc.), la désertification médicale restant avant tout une problématique d'accès au soin dont les conséquences vont se traduire par des inégalités d'état de santé.

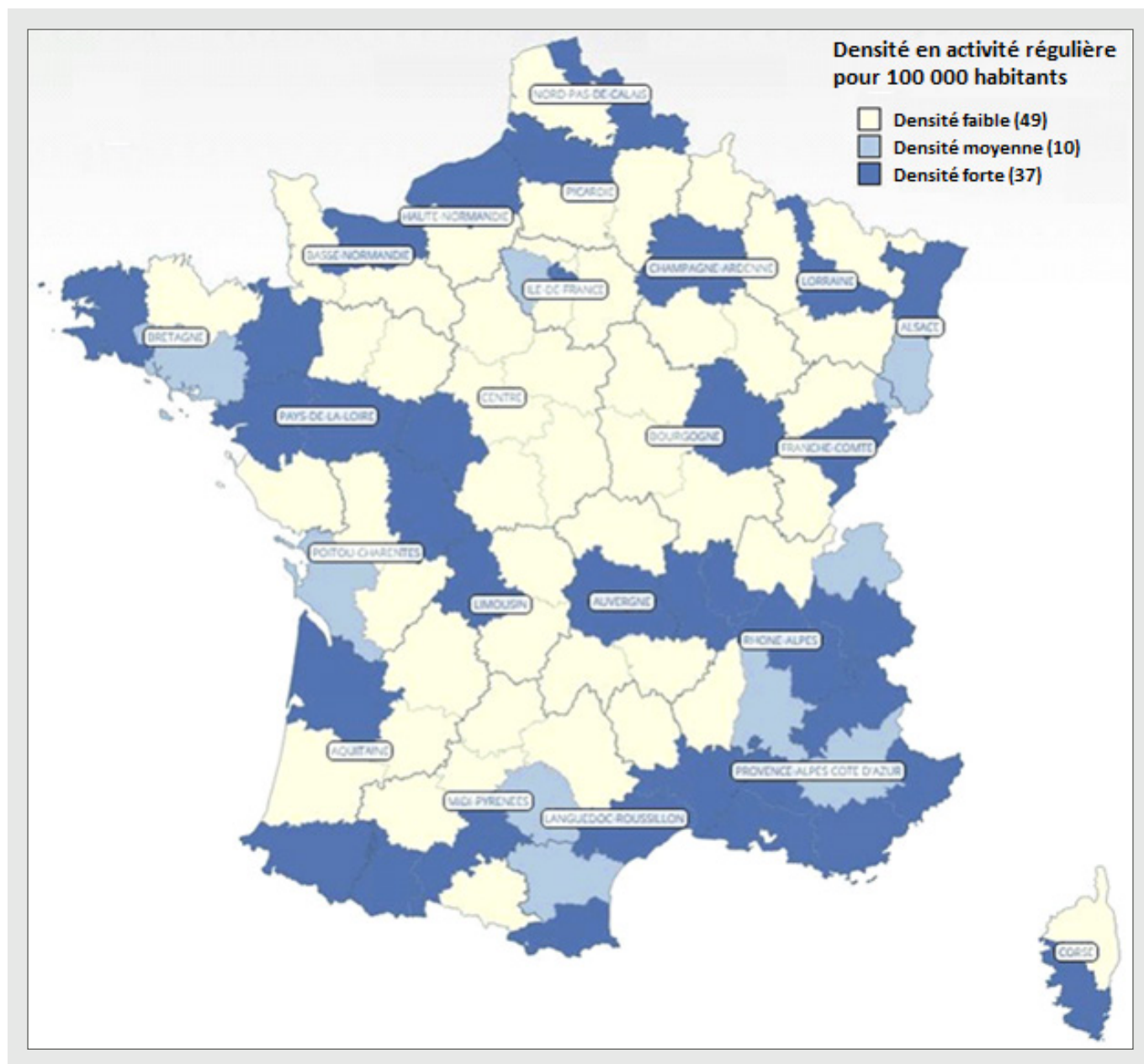


Figure 1 – Densités médicales départementales en activité régulière (2015)  
Source : Le Breton-Lerouvillois G., 2015

## 1.2. La place des SDIS au sein de la chaîne de secours

La notion de désert médical faisant référence à une problématique d'accès aux soins qui peut être très spécifique, il nous a semblé intéressant de préciser notre approche en concentrant le regard sur la question de l'accès aux soins d'urgences. Cette catégorie particulière regroupe l'ensemble des secours et soins apportés à une victime, que ce soit dans le cadre d'un accident, d'une catastrophe ou d'une détresse soudaine. Elle se distingue alors des soins apportés à un patient n'ayant pas le statut de victime, ou bien, dans une plus large

mesure, aux situations où la notion d'urgence – vitale ou non – n'est pas présente.

En matière de prise en charge de l'urgence, la législation française distingue le Secours d'Urgence aux Personnes (SUAP), non-médicalisée, qui est du ressort de la sécurité civile, et l'Aide Médicale Urgente (AMU), médicalisée, qui est du ressort de la santé publique. Dans les faits, cependant, les nombreuses situations d'urgence voient s'intriquer les activités de secours et d'assistance médicale. Pour des besoins de modélisation, nous regrouperons ces deux notions – et l'ensemble des activités qui s'y rapportent – au sein



du terme de « chaîne de secours ». Ce concept vise à permettre une conception plus ancrée de la dynamique de gestion de l'urgence, et des mécanismes de coordination qui s'y attachent. Il nous permettra également de mieux situer l'action des différents acteurs dans l'enchaînement des actes effectués.

La chaîne de secours peut être décomposée de manière générique en « cinq maillons de base que sont : 1) l'aide d'urgence par les témoins ; 2) l'appel d'urgence ; 3) les premiers secours profanes ; 4) les secours professionnels et le transport vers l'hôpital adéquat et 5) l'accueil et le traitement hospitalier » (Ribordy et al., 2006 : 4). L'évolution des pratiques de régulation médicale en France<sup>5</sup> fait désormais que l'hôpital n'est plus nécessairement le point d'arrivée de toute victime, la cinquième étape, le transport, pouvant s'effectuer vers « les structures autres que les services d'urgence (maison médicale de garde, cabinet médical, maison de santé pluri-professionnelle, centre de santé, etc.) »<sup>6</sup>, et ce, en fonction des contraintes des différents acteurs de la chaîne. Étant entendu que le facteur temps est un élément clef de la qualité de la prise en charge de la victime en cas d'urgence, la disponibilité et l'accessibilité des différents acteurs ou équipements impliqués dans la chaîne de secours deviennent des éléments critiques. Or, le désert médical se pose *a priori* comme un problème d'accessibilité et de disponibilité des professionnels et des moyens. Dès lors, la problématique de l'accès aux soins devrait interpeller de fait la chaîne de secours sur le territoire. Notre recherche visera à étayer cette proposition en se concentrant sur les opérations de secours menées par les sapeurs-pompiers.

Dans le cadre de cette recherche, nous nous intéressons à l'intervention des sapeurs-pompiers tout au long de la chaîne de secours. Ces professionnels de la sécurité civile voient leurs missions définies par l'article L. 1424-2 du code général des collectivités territoriales, à savoir : la protection des personnes, des biens et de l'environnement, mais aussi la prévention des risques, l'information, l'alerte et l'évacuation des populations en cas d'accidents, sinistres ou catastrophes. Appliqué au domaine de l'urgence médicale, les sapeurs-pompiers assurent donc : « *la mission de secours d'urgence*

*aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation.* »<sup>7</sup>.

Cette mission est assurée par un maillage territorial de centre de secours, coordonnés au niveau du département par un Service Départemental d'Incendie et de Secours. Dans les faits, la mission de secours à victime prend une place importante dans les activités des SDIS, bien plus volumineuse que les incendies puisqu'elle représente plus de 70 % des interventions des sapeurs-pompiers sur le territoire français (Ministère de l'Intérieur, 2015). Au niveau de chaque département, on trouve un service de santé et de secours médical, dirigé par un médecin – volontaire ou professionnel – chargé à la fois du suivi médical des sapeurs-pompiers en mission et du soutien opérationnel en matière de secours aux victimes, et si nécessaire, d'intervenir directement auprès des victimes.

(...)

<sup>5</sup> Circulaire interministérielle n° DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente.

<sup>6</sup> *Op. cit.*

<sup>7</sup> *Op. cit.*

Le tableau 1 expose les différences observables entre les SDIS de 1<sup>re</sup> et de 5<sup>e</sup> catégorie.

Ainsi les départements de 5<sup>e</sup> catégorie protègent une population en moyenne 8 fois moins importante (mais pouvant aller jusqu'à 30 fois moins importante si l'on compare le Nord et la Lozère !) par rapport aux SDIS de 1<sup>re</sup> catégorie. Les budgets rapportés à la population, néanmoins, restent de proportions comparables avec une moyenne de 80 € par habitant pour les SDIS de 1<sup>re</sup> catégorie et de 73 € par habitant pour les SDIS de 5<sup>e</sup> catégorie<sup>9</sup>. En revanche, les SDIS de 5<sup>e</sup> catégorie doivent assurer leur activité avec un nombre de sapeurs-pompiers rapporté à la population en moyenne deux fois plus important que dans les départements de 1<sup>re</sup> catégorie. Ainsi les SDIS de 1<sup>re</sup> catégorie disposent de 30 sapeurs-pompiers en moyenne pour 10 000 habitants contre 59 pour les SDIS de 5<sup>e</sup> catégorie<sup>10</sup>.

Dans le cadre de cette recherche exploratoire, nous nous sommes appuyés sur des entretiens semi-directifs réalisés au sein de 12 SDIS différents. La composition de l'échantillon a été bâtie en nous basant sur la nomenclature de la DGSCGC dans le but de couvrir différentes catégories de SDIS, en maximisant les différences. C'est pourquoi nous avons privilégié des SDIS de catégories 1 et 5. Plus précisément, nous avons interrogé six SDIS relevant de la catégorie 1, cinq autres SDIS relevant de la catégorie 5 et un SDIS de catégorie 4 (cf. Tableau 1)<sup>11</sup>. Ainsi, les critères de variabilité retenus sont les suivants :

- Le volume de la population du département,
- Les effectifs de sapeurs-pompiers professionnels et volontaires,
- Les contributions, participations et subventions perçues par les SDIS,
- Ainsi que, de manière complémentaire, la densité médicale du département.

Il est à noter que cette catégorisation des SDIS ne permet pas de présumer de l'existence ou non d'une situation de désert médical sur le département en fonction du classement obtenu, et ce n'est pas à cette fin que nous l'avons retenue mais bien, comme nous l'avons souligné précédemment, afin d'observer des situations les plus contrastées possible. En effet, en rapprochant la figure 1 portant sur les densités médicales départementales en activité régulière pour l'année 2015 de la figure 2 présentant la cartographie des cinq catégories de SDIS selon la DGSCGC, nous pouvons constater que :

- Parmi les 8 SDIS de 5<sup>e</sup> catégorie, 6 sont en situation de faible densité médicale sur leur département, 1 présente une densité moyenne et 1 une densité forte.
- Parmi les 24 SDIS de 1<sup>re</sup> catégorie, 16 sont en situation de forte densité médicale sur leur département, 2 présentent une densité moyenne et 6 une faible densité.

Deux salves successives d'entretiens ont été conduites sur les périodes de mars-mai 2015, puis de juin-juillet 2016 (33 contacts démarchés, les 24 SDIS de catégorie 1, les 8 de catégorie 5 et 1 de catégorie 4).

(...)

<sup>8</sup> Il est à noter que cette catégorisation a été modifiée à la fin de l'année 2016 par la DGSCGC pour fusionner ces 5 classes en 3 : la nouvelle catégorisation présente donc uniquement 3 catégories de SDIS (A, B & C) pour les répartir selon des critères similaires à l'ancienne catégorisation.

<sup>9</sup> Des disparités importantes existent toutefois sur le montant des contributions, participations et subventions perçues au sein même des catégories. Ainsi au sein de la catégorie 1, le SDIS des Alpes-Maritimes dispose d'un budget de 119 € par habitant tandis que celui de la Haute-Garonne se contente de 56 € par habitant. De même au sein de la 5<sup>e</sup> catégorie, le Cantal et le Territoire de Belfort fonctionnent avec des budgets de respectivement 86 € et 84 € par habitant tandis que l'Ariège dispose de 60 € par habitant.

<sup>10</sup> Une fois encore il existe des disparités importantes à ce niveau au sein même des catégories : le Var dispose ainsi de 51 SP pour 10 000 habitants alors que la Haute-Garonne, lui aussi SDIS de 1<sup>re</sup> catégorie, est constituée de 15 SP pour 10 000 habitants ; de même parmi les SDIS de 5<sup>e</sup> catégorie, la Lozère dispose de 92 sapeurs-pompiers pour 10 000 habitants tandis que le Territoire de Belfort comprend 35 sapeurs-pompiers pour 10 000 habitants.

<sup>11</sup> Cette catégorisation a été reprise pour rendre anonymes les propos de nos interviewés qui seront repris à travers la codification « MC » (pour médecin-chef) ou « IC » (pour Infirmier-Chef), suivie de la catégorie dont leur SDIS de rattachement relève. Nous obtenons donc les codes suivants : MC1a, MC1b, MC1c, MC1d, MC1e, MC1f, MC4, MC5a, MC5b, IC5c, IC5d, MC5e.

	Densités médicales départementales en activité régulière (2015) <sup>13</sup> relatives aux SDIS interrogés		
	Densité faible	Densité moyenne	Densité forte
SDIS DE CATÉGORIE 1	1	-	5
SDIS DE CATÉGORIE 4 ET 5	5	1	-

Tableau 2 – Répartition des SDIS interrogés en fonction de leur catégorie (Cf. classement DGSCGC) et de la densité médicale sur leur département

### 3. DÉSERT MÉDICAL ET SECOURS À PERSONNE : des présupposés théoriques aux implications pratiques

Nos résultats et discussion s'articulent, dans un premier temps, autour de la manière dont la notion de désert médical est appréhendée au niveau des SDIS, notamment du point de vue des réalités opérationnelles qui en découlent. Dans un deuxième temps, sont abordés les pistes d'adaptation et dispositifs qui sont déployés face à cette problématique vis-à-vis de l'activité des SDIS.

#### 3.1. La notion de désert médical, une réalité de terrain dans le cadre du secours à personne ?

Interrogés sur leur acception de la notion de désert médical, les praticiens font émerger une combinaison de deux paramètres : un aspect géographique et un aspect quantitatif de l'offre de médecins (« c'est des territoires sur lesquels il n'y a pas ou très peu de médecins installés et qui font que les habitants ont du mal à accéder à un médecin qui soit disponible, qui ait le temps de les voir, ou de les recevoir en consultation au cabinet. » – MC1f), auquel s'ajoute parfois la notion de certaines temporalités renforçant la problématique du désert médical (« c'est vrai que dans les périodes épidémiques, les médecins généralistes sont pas présents et c'est les urgences qui pallient. » – MC1c ; « en période disons de soirée, et la nuit il y a des zones qui sont un petit peu blanches. » – MC1c).

Cependant, si les autorités et notamment les Agences Régionales de Santé (ARS) identifient les territoires touchés par les problématiques de désert médical en s'appuyant sur la densité de médecins par zone, dans les faits, les praticiens identifient deux types de raréfaction de l'effectif médical : d'une part le manque de médecins externes au SDIS, qui peut influencer son activité, et d'autre part le manque de médecins en interne au SDIS, qui sont de moins en moins enclins à donner de leur temps en tant que volontaire. Ces deux modes de raréfaction médicale perçue par les praticiens sont en outre liées entre elles : le manque d'effectifs médicaux externes au SDIS entraîne un recul chez les médecins volontaires pour donner de leur temps en tant que sapeur-pompier :

« Les médecins sont moins nombreux et du coup, ils ne se sentent plus très prêts à pratiquer les soins d'urgence. [...] Dans notre département, pendant très longtemps on avait dans nos effectifs au moins 70 médecins libéraux généralistes, et leur activité a diminué comme peau de chagrin à tel point que pour un gros département comme le nôtre, on se retrouve aujourd'hui à 14 médecins opérationnels. Les autres, soit ont disparu, soit ne font plus que de la visite médicale d'aptitude, donc plus du tout de soin d'urgence. » (MC1e).

« On a une disparition des médecins de garde tout du moins sur le terrain. » (MC5e).

« Comme les médecins sont peu nombreux, ils sont un peu surchargés de travail, comme ils ont aussi un peu changé leurs habitudes de travail<sup>14</sup>, et bien ils sont moins prêts à prendre un engagement de médecin de sapeur-pompier volontaire. » (MC1c).

<sup>13</sup> Cf. Figure 1.

<sup>14</sup> Ce changement dans leurs habitudes de travail est précisé de la manière suivante par un autre répondant : « on est passé, au fil de cette disparition des médecins généralistes, à une reconversion vers l'activité de cabinet de consultations au détriment des visites » (MC1e).

L'on observe donc bien ici un changement du comportement professionnel des médecins notamment généralistes, qui change la donne sur le territoire : l'activité des sapeurs-pompiers est amenée à pallier en partie cette perte en matière d'échelon de proximité puisque cette mutation du réseau médical sur le territoire entraîne un déplacement de la prise en charge des patients vers la chaîne de secours d'urgence.

Face à cette « crise du volontariat médecin », plusieurs phénomènes sont ici à souligner. Pour commencer, la perte de compétences en matière de médecine d'urgence pose un certain nombre de problèmes opérationnels sur lesquels nous reviendrons dans la deuxième partie de nos résultats. Ensuite, cet état de fait ouvre l'activité des sapeurs-pompiers vers la gestion de situations nouvelles problématiques au vu des compétences nécessaires à mobiliser (constatation des décès, gériatrie...)<sup>15</sup>.

Combinée à l'injonction de rationalisation des coûts du secteur public ces dernières décennies, cette situation entraîne bien entendu une problématique délicate pour les SDIS, qui se retrouvent à étendre leurs missions tout en maîtrisant leurs dépenses et leurs effectifs : « Là on est dans une phase où budgétairement on n'est plus du tout en croissance, on est dans le meilleur des cas en stagnation, dans le pire en décroissance et où par ailleurs, la sollicitation opérationnelle continue d'augmenter ! » (MC1f).

Les répondants font en outre émerger l'idée selon laquelle, d'un point de vue pratique, ce n'est pas l'absence de médecins qui réellement fait d'un lieu un désert médical, mais plutôt la difficile accessibilité du médecin : soit parce qu'il est surchargé, soit parce qu'il est à une distance de plus en plus importante des patients.

« Les gens ne peuvent pas comme autrefois où ils pouvaient plus facilement faire venir un médecin chez eux ou alors aller voir un médecin qui n'est pas extrêmement loin de chez eux, les personnes peuvent aller jusqu'à être conduites à l'hôpital. » (MC1f).

« Les gens souffriront plus du désert médical dans leur besoin, je dirais, de consommation journalière

médicale, de déplacement, de problème de transport, pour aller chez le médecin qui ne voudra plus se déplacer parce qu'il n'aura plus trop le temps. Le problème du désert médical il va être plutôt là. » (MC5b).

Ceci est accentué par la suppression de services de santé de proximité, tels que des hôpitaux de petite taille, ce qui n'est pas sans conséquence pour les SDIS :

« Quand on ferme des services d'accueil des urgences dans certains hôpitaux voire quand on ferme carrément l'hôpital, on impose au SDIS des transports qui s'allongent. [...] Ça c'est une contrainte énorme pour les SDIS. Vous les entendez râler là-dessus et à juste titre parce que ça immobilise les pompiers volontaires et professionnels pendant très longtemps. Du coup, en immobilisant les SPV, leurs employeurs vont râler, c'est logique, ça nous coûte beaucoup plus cher en vacations parce qu'on les paye deux heures au lieu d'une et ça use le matériel deux fois plus vite. Ça a un impact très très direct pour les SDIS. » (MC1e).

Les services hospitaliers sont bien entendu eux-mêmes touchés par cette hausse des budgets de transports sanitaires : « Et tout le monde est en train de s'affoler sur l'explosion du budget des transports sanitaires, y compris le taxi, parce que les familles n'ont plus le temps, parce que tout le monde travaille. Ça fait hurler les caisses primaires d'assurance maladie, ça les met en déficit. » (MC1e).

L'on constate ainsi qu'en ce qui concerne la représentation du désert médical, les répondants nous permettent de comprendre que les offres de soins généralistes, spécialistes et d'urgence constituent trois réseaux perméables sur le territoire en ce sens qu'une raréfaction de l'offre de médecine dans l'un de ces canaux engendrera des conséquences pour les deux autres. Loin d'être déconnectées, la médecine généraliste, la médecine spécialiste et la médecine d'urgence sont interdépendantes :

« On a remarqué un recours beaucoup plus fréquent donc aux sapeurs-pompiers avec deux points d'entrée qui sont soit les demandes en carence d'ambulance pour le transport de personnes ne relevant pas de

<sup>15</sup> « On est confrontés à des choses nouvelles. J'évoquais la problématique du décès. On a aussi la prise en charge de la personne âgée qui est particulière et pas forcément beaucoup abordée dans le secourisme. Ce sont des problématiques auxquelles on va être de plus en plus confrontés. » (MC5e).



*soins d'urgence soit le recours spontané de personnes issues de la population qui, ne pouvant avoir leur médecin et étant un petit peu perdues dans la recherche d'une réponse sanitaire font appel aux sapeurs-pompiers.* » (IC5c).

Dans le cas d'une raréfaction de l'offre de médecine généraliste ou spécialiste, c'est donc la chaîne de secours d'urgence qui est mobilisée par la population, malgré l'inadéquation de la réponse, puisque la mobilisation d'un véhicule de secours à victime et de son équipage de secouristes n'est pas, *a priori*, la plus efficace pour transporter un patient en besoin de consultation non urgente.

Par ces phénomènes, les zones identifiées comme déserts médicaux par les autorités sont, dans les faits, loin d'être les seules à souffrir de la raréfaction médicale. Le tissu de santé semble s'efforcer de pallier des carences observées à la fois dans ces déserts médicaux mais aussi en dehors, en termes d'accessibilité des médecins, tout en ayant des conséquences sur le reste du territoire concerné (« *le système arrive à bout de souffle bien au-delà des petites zones identifiées par l'ARS. Alors après se pose la question du seuil d'acceptabilité.* » – MC1d).

Cette analyse nous permet de mettre en exergue le décalage entre ce que recouvre, pour les autorités ou dans la littérature, un « désert médical », et les difficultés rencontrées en réalité par les acteurs de terrain sur des territoires plus vastes à cause de la raréfaction médicale. Le terme même de désert médical tend à réduire la notion à une dimension géographique où aucun médecin ne serait présent, alors que la réalité engendrée par la raréfaction médicale est plus complexe :

*« Il y a des endroits où les urgences sont assurées mais malgré tout, il faut 48 heures pour avoir un médecin généraliste disponible. Ce n'est pas un désert : il y a quelqu'un ! Sauf qu'il faut 48 heures ! Idem pour les SMUR quand ils sont tous engagés... On est obligé d'envoyer un SMUR d'ailleurs, donc c'est plus long, ça devient comme si c'était un désert médical ! Alors qu'en fait ça ne l'est pas si on fonctionne en statistique. Et nous c'est pareil, il arrive un moment où nous avec nos engins, on est saturés, on n'a plus de ressources. »* (MC1d).

Il semblerait donc pertinent de préciser la notion de désert médical de manière à ce qu'elle prenne en

compte ces dimensions aujourd'hui mal reconnues par les autorités. Au-delà d'un territoire déserté par les médecins, le territoire concerné souffrirait plus précisément d'une inadéquation de la réponse à la demande de soins de santé palliée par des services publics engorgés, notamment par une chaîne de secours conçue pour le transport d'urgence et dénaturée pour rapprocher les citoyens d'une offre médicale souvent non urgente.

Cette conclusion nous rapproche des propos de Chasles & Denoyel-Jaumard (2016) selon lesquels le cœur du problème de la désertification médicale serait l'accessibilité. Le point de vue des professionnels de la chaîne de secours fait cependant émerger une problématique plus large, du fait de la perméabilité des réseaux d'offre de soins évoqués plus haut. Plutôt que d'aborder simplement la carence dans l'offre de soin, il conviendrait, dans notre cas, davantage de parler de réseau de santé sous tension, du fait de la forte résonance des difficultés sur l'ensemble des dispositifs.

Il est important de remarquer que ces éléments se combinent à la difficulté pour les citoyens de comprendre le rôle de chaque service public : la population se trouve de plus en plus exigeante en demande de soins ou de secours (Rochet *et al.*, 2013). Cela place les sapeurs-pompiers dans une difficulté particulière, celle d'un décalage entre les attentes des citoyens et ce pourquoi les pompiers se sont engagés dans ce corps : « *parfois on a des réactions d'incompréhension ou on reçoit des volées de jurons en nous disant 'mais alors les pompiers ils sont là pour quoi ?!' – Les pompiers ils sont là pour traiter les urgences vitales !* » (MC1e).

D'autres tensions peuvent en outre être recensées, telles que celles entre les différents services impliqués, qui font émerger une problématique interministérielle. En effet, les missions du SAMU et des sapeurs-pompiers semblent se recouvrir partiellement, ce qui peut conduire à des doubles compétences entraînant des situations conflictuelles : « *Le Ministère de la Santé, c'est une entité. Avec le SAMU de France, ils revendiquent un petit peu l'urgence sur le terrain. C'est-à-dire que c'est eux qui sont les gestionnaires d'urgence et nous, services de santé des sapeurs-pompiers, on vient un petit peu chambouler cette prérogative forte des SMUR.* » (MC1c). En effet, si dans les textes réglementaires les missions de chacun semblent relativement claires, sur le terrain, les services hospitaliers recourent fréquemment aux sapeurs-pompiers en raison

de leur propre engorgement. Ainsi, le système de carence<sup>16</sup> permet aux SDIS d'être indemnisés. Toutefois, ce système n'est pas sans conséquences (« même si on est indemnisé, ça peut nous poser des problèmes d'organisation parce que ça va affecter notre couverture opérationnelle. » – MC1f) ni même tout à fait bien respecté en pratique (« Et nous, quand on demande un certain nombre de remboursements [...], on nous dit 'Ah ben non, ce n'est pas ci, ce n'est pas ça'... Et on a des ardoises importantes que l'ARS ne veut pas payer. Bon, c'est la même caisse, si vous voulez, c'est vos impôts, c'est les miens, on paye tous pour la cagnotte, mais à un moment il y a des choix politiques, on définit tant pour le ministère de la santé, tant pour le ministère de l'intérieur. » – MC1d).

Pour finir, les différents points de vue recueillis montrent que la catégorisation des SDIS retenue par la DGSCGC ne reflète pas les déserts médicaux formellement identifiés ou non par les ARS. Comme le dit l'un de nos répondants, « il n'y a pas les SDIS des villes et les SDIS des champs » (MC1f). La catégorisation est en fait simplement représentative des moyens bruts dont disposent les SDIS. De fait, nous n'avons rencontré aucun répondant, quelle que soit la classification de son SDIS d'appartenance, pour lequel l'idée de désert médical ne faisait pas écho pour son territoire. Cependant, derrière cette apparente uniformité, se cache une grande diversité des situations rencontrées (problèmes de densité et/ou de disponibilité médicale, manque de médecins volontaires, présence de zones peu peuplées et/ou reculées, manque d'équipements de proximité, problèmes de maillage SAMU/SMUR...)

### **3.2. La mise en tension de la chaîne de secours comme levier d'innovation**

Nous l'avons vu, différentes problématiques liées à la désertification médicale mettent en tension les activités de la chaîne de secours, en imposant de nouvelles contraintes en matière de ressources et de processus. Or, de par leur position, les sapeurs-pompiers ne disposent pas de moyens d'intervention directs sur les causes de la désertification médicale, dépendant pour cela d'initiatives politiques aux niveaux départemental, régional, voire national. Ne pouvant agir en amont de

ces nouvelles contraintes, les SDIS sont dès lors forcés de trouver des solutions d'ajustement au niveau local. « On ne gère pas spécifiquement les problèmes de couverture médicale [...]. Donc, on n'a pas une réponse spécifique à ce qu'on pourrait appeler la désertification médicale, mais en revanche, on adapte notre activité. » (MC1f). Le mouvement d'adaptation qui s'ensuit est alors vécu sur le long terme, en réponse à l'évolution progressive des conditions opérationnelles. « Mais vous savez, ce n'est pas un phénomène brutal. C'est un phénomène de long terme. Par la force des choses on s'est adaptés. » (MC1f).

Au travers de l'expérience des sapeurs-pompiers, nous verrons comment cette mise en tension a constitué un levier d'innovation à deux niveaux de la chaîne de secours : sur le traitement de l'appel et la projection opérationnelle d'abord (maillon 2) ; puis sur la médicalisation du sauvetage et l'acheminement de la victime à une structure adaptée (maillon 4).

Le traitement de l'appel constitue l'un des points critiques de l'opération de sauvetage, et est assumé au niveau sapeur-pompier par un centre d'appel départemental du 18. Cette étape a pour finalité la projection sur le terrain des ressources – en personnel et en équipement – qui répondent à un juste besoin. Mobiliser trop peu de moyens pourrait porter préjudice à la victime dans le cadre de l'opération de secours ; en mobiliser trop risquerait de bloquer pour une longue durée une ressource nécessaire à une intervention future.

« Le facteur critique, pour moi c'est la qualité du bilan initial. De là tout découle. Parce qu'aujourd'hui on est de plus en plus engagé sur des missions que je qualifierais de levée de doutes. On va sur place pour évaluer une situation et donner au régulateur un bilan aussi bon que possible, lui étant confronté à la problématique de mettre le patient dans le bon parcours de soins par rapport aux plateaux techniques disponibles sur le secteur. » (MC5e).

En contexte de raréfaction des ressources et d'explosion du temps des trajets, ce premier arbitrage devient d'autant plus crucial. Différents outils d'aide à la décision peuvent alors être mobilisés par les sapeurs-pompiers, comme des fiches méthodologiques (MC1f) propres aux centres d'appel du 18. Mais cette

<sup>16</sup> Où les sapeurs-pompiers interviennent à la place du SAMU, généralement sur du transport de patients de leur domicile à l'hôpital.

logique peut s'étendre, dans certains cas particuliers, au duo SAMU-SDIS : « Dans notre département, nous avons une particularité par rapport au niveau national, c'est que nous avons un centre de régulation des appels 15 qui est régional. [...] On est à l'origine d'un algorithme décisionnel commun. Pour faire simple, que l'appel ou la demande d'urgence arrive au 15 ou au 18, l'objectif, c'est qu'elle soit traitée de la même façon. Donc on a défini en coopération avec le SAMU et l'ARS quelles étaient nos missions prioritaires, c'est-à-dire sur quoi on va d'emblée et qu'on passe ensuite au médecin régulateur, ou qu'est-ce qu'on fait réguler avant d'être engagé à la demande du centre 15. Et ceci à l'échelle des 4 départements. [...] Le travail sur cet algorithme décisionnel permet de travailler sur le fond du problème en matière de disponibilité de la ressource. » (MC5e).

Il est à noter qu'au vu des comportements de sur-sollicitations non-appropriées de la part des usagers, un travail de communication et de pédagogie est envisagé par les SDIS de certains départements, voire de mobiliser la législation applicable en termes de sanctions<sup>17</sup> (IC5c ; MC1e).

Ces processus de fiabilisation du traitement de l'appel se cumulent alors avec une série de dispositifs destinés à exploiter au mieux le maillage territorial des centres de secours, que ce soit sur le plan humain ou matériel. La ressource humaine sapeurs-pompiers étant essentiellement constituée de volontaires, la mobilisation des moyens humains doit se faire sous tension, en fonction des obligations et disponibilités de chacun.

« Alors on a mis en place un système qu'on appelle les Groupes Fonctionnels Opérationnels, c'est-à-dire que si l'effectif n'est pas complet, la mission peut quand même être effectuée [...]. Dans les petits centres qui n'arrivent pas à fournir le personnel suffisant, par exemple pour armer une ambulance – parce qu'il faut partir à trois, voire quatre – à ce moment-là il y a deux personnes qui partent avec un Lot de Prompt Secours et le centre voisin va compléter l'équipage avec l'ambulance et deux autres personnes supplémentaires [...]. » (MC1c).

Parallèlement, les SDIS doivent construire un parc de véhicules adapté, que ce soit sur le plan de la répartition, du nombre ou de l'équipement spécifique<sup>18</sup>.

Du point de vue de l'intervention proprement dite, malgré toute l'attention portée à la politique de recrutement<sup>19</sup>, le manque persistant de médecins sapeurs-pompiers a poussé les SDIS à se doter de personnels infirmiers agissant sur la base de protocoles d'urgence<sup>20</sup>. « [...] nous avons appliqué les textes qui autorisaient déjà à partir des années 2000 d'inclure des infirmiers dans l'effectif de sapeurs-pompiers du SDIS. [...] Il a donc fallu les former, il a fallu produire les protocoles de soins, et donc contrôler et faire vivre tout ça, faire évoluer les protocoles (on en est à la 4<sup>e</sup> version depuis 2003). » (MC1e).

Cependant, force est de constater que ces dispositifs ne sont pas déployés partout de la même manière : « on est en train de réfléchir aussi, il y a quelques années on en parlait 'dans l'avenir, dans l'avenir', et là on s'y approche tout doucement, sur des VLI (Véhicules

<sup>17</sup> Cf. La circulaire du 5 juin 2015 rappelle que : « le SIS n'est par ailleurs tenu de procéder qu'aux seules interventions qui se rattachent directement à ses missions de service public définies à l'article L.1424-2 du code général des Collectivités Territoriales. S'il est procédé à des interventions ne se rattachant pas directement à l'exercice de ses missions, il peut demander aux personnes bénéficiaires une participation aux frais, dans les conditions déterminées par délibération du conseil d'administration (article L.1424-42 du même code). »

<sup>18</sup> On distingue par exemple les VLI (Véhicules Légers Infirmiers – MC1f, MC5d) des VSAV (Véhicules de Secours et d'Assistance aux Victimes).

<sup>19</sup> En termes de politique de recrutement, nous pouvons faire état ici de certaines pratiques incitatives : « Le médecin-chef essaye d'avoir une politique avec les jeunes médecins qui s'installent en les motivant, en leur garantissant l'exercice de soutien sanitaire et pas uniquement de la visite d'aptitude... qu'on pourrait leur faire des formations, des réunions pour qu'ils se rencontrent en tant que médecins sapeurs-pompiers. » (IC5d) ; ou encore d'un changement de braquet sur les viviers exploités : « on assiste, chez les médecins urgentistes et les médecins sapeurs-pompiers depuis quelques années à un mouvement qui fait que ce sont de moins en moins des gens installés en libéral qui font l'acte de volontariat au sein du SDIS, mais ce sont de plus en plus souvent des gens d'origine hospitalière, sur leur temps de repos. » (MC1e).

<sup>20</sup> Même si, comme on a pu le voir, la législation délimite de manière *a priori* très claire la frontière entre les zones de compétence des SDIS et du SAMU, la complexité des cas de détresse et les spécificités historiques de l'institution amènent dans les faits à une zone « grise » entre intervention de simple secours – non-médicalisée – et urgence médicale. « Notre difficulté, aujourd'hui, dans le secours à personne, c'est d'abord de définir le périmètre de la mission. Jusqu'où va le secours d'urgence et quand est-ce que ça s'arrête et que ça devient de l'intervention médico-sociale ou du simple transport sanitaire, etc. Il est important de circonscrire ce périmètre des missions. » (MC1f). Le rôle de tampon était alors assuré en partie par le médecin de sapeurs-pompiers, habilité à exercer un certain nombre de décisions et gestes transitoires avant la prise en charge par les services hospitaliers. C'est ce rôle d'urgentiste intermédiaire qui est actuellement « récupéré » par les infirmiers de sapeurs-pompiers.



*Légers Infirmiers) pour couvrir, pas le manque de médecins, mais pour faire une réponse graduée, un échelon supplémentaire entre les secouristes et la réponse médicale. » (IC5d).*

Dans certains départements pilotes, cette para-médicalisation de l'activité de secours est vue comme une réelle avancée pour la gestion de l'urgence, notamment en milieu rural. « [...] On est parmi les gros SDIS de France qui ont opéré une para-médicalisation lourde avec les infirmiers, à savoir, qu'en dehors du secteur hyper-urbain de l'agglomération, partout ailleurs, nous avons implanté des infirmiers sapeurs-pompiers en garde ou en astreinte sur véhicule léger et qui sont totalement autonomes. [...] Cette action nous permet d'avoir des résultats de la zone rurale équivalents à la zone urbaine. [...] En zone rurale, on devrait mourir plus vite et plus abondamment qu'en zone urbaine, où on a des secours rapides, le fait d'avoir mis des infirmiers en complément des pompiers nous gomme ce différentiel, c'est très intéressant et c'est fondamental. » (MC1e).

Cette innovation au niveau de la chaîne de secours présente des avantages indéniables comme nous venons de le souligner mais également, de par son caractère hybride, certaines limites réglementaires, culturelles et techniques car le médecin, cantonné à un rôle de régulation, se retrouve éloigné du patient :

*« Un examen médical, c'est toute la puissance de diagnostic du médecin qu'il y a derrière. Un infirmier, on ne lui reconnaît pas de diagnostic. C'est le travail du médecin. L'infirmier, il travaille sur des protocoles, il fait des soins, il ne fait pas des diagnostics. Donc, là, on est déjà dans les limites du dispositif, c'est-à-dire que l'infirmier, comme le pompier d'ailleurs, constituent les yeux du médecin régulateur qui essaye d'interpréter les choses à distance sans que ce soit stricto sensu un examen médical, et derrière, il va faire des prescriptions téléphoniques ou radio. Donc, vous voyez le cheminement ! Ça commence à faire un peu limite. On est 'border line' parce qu'on autorise le médecin régulateur à faire des prescriptions sans avoir fait d'examen. » (MC1e).*

Concernant l'acheminement des victimes vers une structure de santé, la pression sur le délai de transport pousse également à une meilleure coordination avec les acteurs non-hospitaliers, par le biais de collaborations ou de labels. « Jusqu'à présent, classiquement, les

*pompiers transportaient sur les services d'urgences. Là, on essaye d'améliorer le flux, alors, soit en partageant la mission, les pompiers vont sur place et l'ambulance vient après, [...] mais éventuellement transporter sur des cabinets de médecine qui doivent être « labellisés ». Le médecin doit être d'accord, les accès doivent être faciles. Et le même travail est en ce moment entrepris auprès des maisons de santé subventionnées par les ARS qui acceptent dans leur cahier des charges une permanence de soins (de 8h à 20h souvent) et nous travaillons sur le fait de pouvoir transporter sur ces dernières plutôt que systématiquement aux urgences. » (MC5e).*

Qu'il s'agisse de la para-médicalisation des secours, ou bien de la ré-organisation du transport, l'adaptation opérationnelle des SDIS passe à chaque fois par un travail relationnel avec les différents partenaires, le plus important étant le SAMU.

Les SDIS adaptent donc la structure de leurs interventions en fonction des contraintes qui se posent sur leur territoire. Ces différents ajustements restent cependant fortement contraints à la fois par le volet financier et réglementaire, mais également parce qu'ils interviennent dans un contexte où les cultures professionnelles se heurtent. « *Le SAMU ne comprend pas toujours le rôle de l'infirmier sapeur-pompier dans la prise en charge des victimes. C'est le retour des discussions nationales qui viennent un petit peu sur le département [...]. C'est ce qui entraîne, vous savez, la « guéguerre rouge-blanc ».* (MC1c).

À ce titre, les répondants ont largement souligné l'importance d'une collaboration entre ces deux entités fortement mises sous tension par la désertification médicale. Cette collaboration est souvent facilitée par des profils hybrides : « *bon, il se trouve que la dernière version des protocoles (PISU), c'est moi, directeur du SAMU qui les ai signés avec le médecin-chef de l'époque qui était mon ancien adjoint quand j'étais moi-même médecin-chef... Donc, on avait une synergie tout à fait efficace jusqu'à maintenant.* » (MC1e).

Pour autant, des conflits de ressources entre les deux entités risquent d'attiser les tensions, comme cela a pu être le cas suite à la création du dispositif des médecins correspondants SAMU (MCS) : « *Le problème des médecins correspondants SAMU, c'est que c'est bien souvent mis en place à partir de médecins*

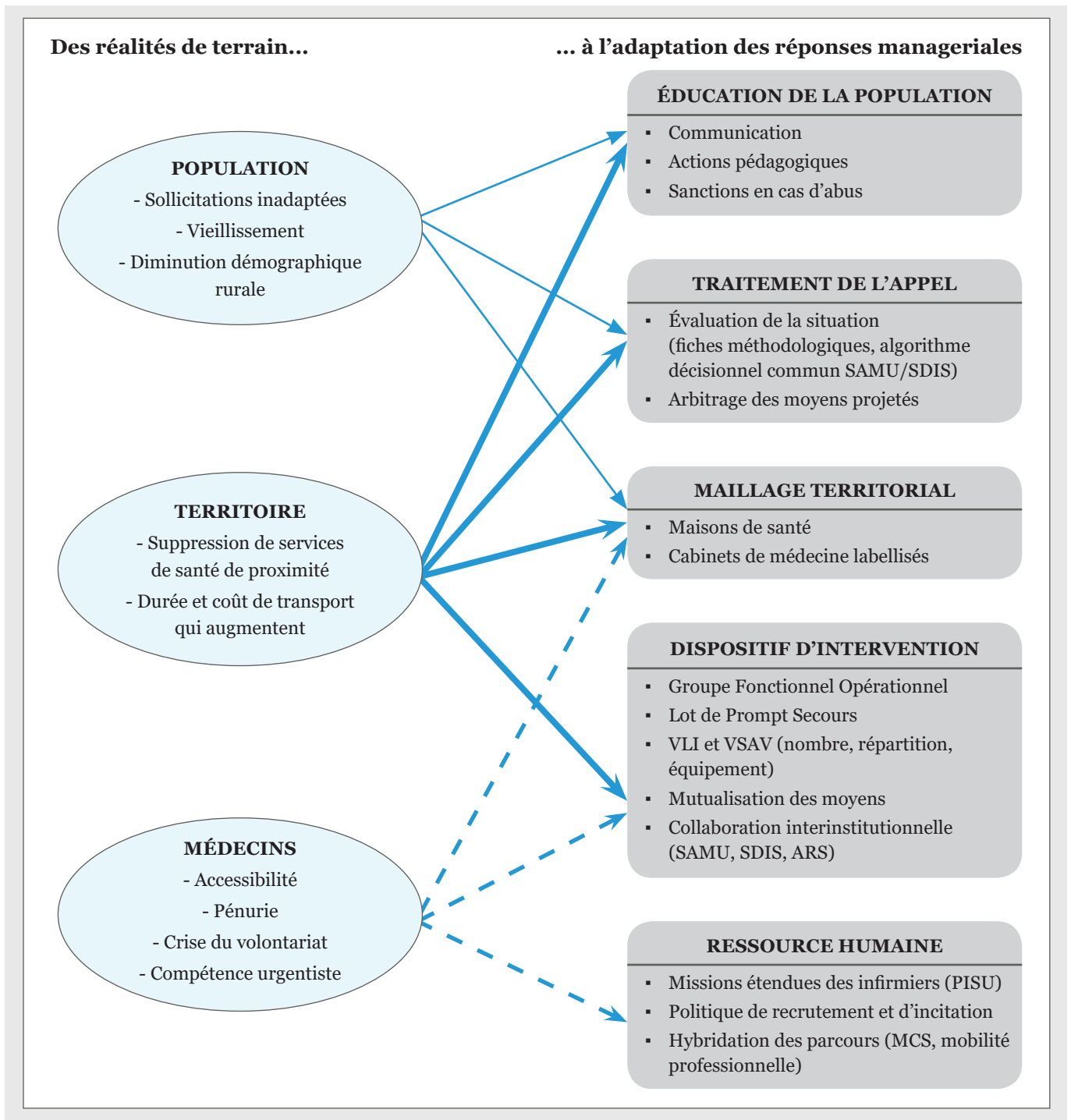


Figure 3 – Désert médical et secours à personne : schéma de synthèse des résultats

sapeurs-pompiers qui ont changé de casquette. Donc on n'a pas eu nous le sentiment d'une amélioration en termes d'effectifs. Les médecins rouges sont devenus blancs, mais en termes de disponibilité, le problème reste le même. » (MC5e). « Alors, nous, chez nous, on a de la chance, c'est que, comme je vous l'ai dit, la bonne répartition des SMUR a fait qu'on n'a pas été dans cette problématique. Et avec le médecin responsable du SAMU, on n'a pas eu à se poser ces questions de

savoir s'il fallait créer ce qu'on appelait les médecins correspondants SAMU. Et nous, dans notre département, on n'a pas de MCS, heureusement. Je ne vois pas... avec le peu de médecins opérationnels, je ne vois pas comment on aurait pu créer ce type de MCS. » (MC1c).

La figure 3 ci-dessus reprend de manière synthétique les principales données du problème posé par la

désertification médicale au secours à personne, telles que nos répondants nous les ont présentées. Nous avons ainsi identifié et distingué (même s'ils sont éminemment liés) des phénomènes propres à la population, au territoire ou encore aux médecins.

Face à ces défis, différentes réponses managériales ont été déployées par ces acteurs de la chaîne de secours, que ce soit dans les dispositifs permettant d'éduquer et d'informer la population ; de traiter au mieux les différentes demandes exprimées à travers le traitement de l'alerte ; de retisser un maillage territorial pour des prises en charge de proximité ; de fluidifier et d'assurer le bon déroulement des opérations de secours à personne sur le terrain ; ou encore dans les politiques de gestion des ressources humaines mises en place en termes de recrutement, de formation, d'animation des équipes et différents corps de métiers.

(...)