



P. FORGET/SAGAPHOTO

# POMPIERS ET SAMU

## Un mariage impossible ?

### BILAN

**Tensions entre acteurs.** Missions, traitement des appels, réponse graduée, bilans simplifiés, répartition du financement : le référentiel du secours aux personnes devait clarifier les rôles respectifs des services départementaux d'incendie et de secours (Sdis) et du Samu. Mais cinq ans après son élaboration, son application demeure souvent difficile.

### OUTILS

**Bonnes pratiques.** Le référentiel prévoit la signature de conventions bipartites entre les acteurs. Certaines d'entre elles contiennent de bonnes pratiques déjà testées avec succès par endroits et qui améliorent la prise en charge des victimes : plateformes communes, procédures partagées, mutualisation des ressources, télé-transmission des données des secouristes...

### FINANCEMENT

**Règles du jeu.** Près des trois quarts des interventions réalisées par les Sdis relèvent du secours aux personnes. Pourtant les recettes venant des hôpitaux, qui s'élèvent à 41 millions d'euros, ne représentent que 0,9% du budget des Sdis. Le financement est un enjeu majeur des nouvelles concertations qui vont s'engager entre les acteurs dans les mois à venir.

# Référentiel du secours aux personnes: pas de miracle

Le document de référence commun, censé préciser les missions et responsabilités des sapeurs-pompiers et du Samu, reste peu appliqué.

**C**larifier les missions et responsabilités respectives des « blancs » et des « rouges », tel est le principal objectif du référentiel portant sur l'organisation du secours aux personnes et de l'aide médicale urgente élaboré en 2008 (1) par un comité quadripartite. Celui-ci était composé des ministères de tutelle (Santé et Intérieur) et des représentants du Samu et des sapeurs-pompiers. Cinq ans après, quel bilan tirer de ce guide de bonnes pratiques ?

## Des conventions dans les limbes

Le 2 juillet dernier, le comité national de suivi du référentiel se réunissait au ministère de l'Intérieur. « Il n'avait pas eu de réunion depuis quinze mois, alors que deux par an étaient prévues, déplore le docteur Patrick Hertgen, vice-président de la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France (FNSPF), chargé du service de santé et de secours médical. C'est un signe révélateur du fait que cet accord n'est pas appliqué ! » Ce n'est pas le seul: une évaluation de la réforme était programmée pour juin 2012. Elle vient seulement d'être confiée aux inspections générales de l'administration et des affaires sociales.

**248 300 sapeurs-pompiers exercent en France (professionnels, volontaires et militaires). Ils ont réalisé 4,242 millions d'interventions en 2011, 70 % dans le cadre du secours à victime et de l'aide aux personnes. Le service de santé et de secours médical est constitué de 5 % des effectifs. Il a participé à 184 855 interventions. 173 155 au profit de la population, 8 672 au profit des sapeurs-pompiers eux-mêmes.**

Source: statistiques des Sdis, édition 2012, direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises.



Les conventions signées entre les Sdis et le Samu ont un impact très positif, notamment sur la rapidité de la réponse apportée à la victime.

Le référentiel prévoit des mesures fortes pour optimiser la prise en charge des victimes et organiser la complémentarité des services départementaux d'incendie et de secours (Sdis) et du Samu. Des mesures que les protagonistes s'engagent à mettre en œuvre lors de la signature d'une convention bipartite, sous l'autorité du préfet. Un tel accord se fait toujours attendre dans 22 départements. A ce jour, 75 conventions sont en vigueur. Elles ont eu un impact très positif, notamment sur la rapidité de la réponse apportée à la victime, une priorité du référentiel. Celui-ci fixe un déclenchement immédiat des moyens du Sdis en cas d'ur-

gence vitale, même supposée. L'avis du Samu est sollicité ensuite. « Cette organisation fonctionne plutôt bien, estime François Braun, chef du Samu de Verdun [18 500 hab., Meuse] et secrétaire général de Samu-urgences de France. Même s'il est fréquent que les motifs des interventions réalisées par les pompiers ne relèvent pas de l'urgence vitale telle que précisée dans l'annexe 1 du référentiel. »

## Plateformes communes

Toutefois, d'importantes marges de progrès subsistent sur d'autres points. Le document préconise une interopérabilité des systèmes d'information entre le centre de traitement des alertes des pompiers (le 18) et le centre de réception et régulation des appels du Samu (centre 15). Souvent « la transmission des données entre les services se fait encore oralement, constate Patrick Hertgen. Le nom et l'adresse sont dictés au téléphone, et l'appelant est obligé de se répéter ». Cela constitue une perte de temps considérable. « La volonté de communiquer est là, assure François Braun. Mais elle se heurte aux contraintes techniques.

## Tensions autour des infirmiers de sapeurs-pompiers

Les Sdis comptent 6 111 infirmiers de sapeurs-pompiers. En 2012, ceux-ci ont participé à 150 000 interventions et ont mis en œuvre 40 000 protocoles de soins. Leur rôle dans la chaîne des secours, reconnu par le référentiel, constitue toujours le principal point de crispation entre les acteurs. « Les Samu redoutent que le recours croissant à la paramédicalisation des interventions n'entraîne, mécaniquement, une baisse de leur médicalisation, regrette Patrick Hertgen, vice-président de la FNSPF. Du coup, par endroits, le 15 n'y a pas recours alors que l'offre existe ». Et François Braun, chef du Samu de Verdun (Meuse), de justifier la position des Samu: « Ce qui relève de la santé et du soin ne doit pas être à la charge des départements, mais des agences régionales de santé, martèle-t-il. C'est à ces institutions de juger de l'utilité de déployer des infirmiers sur tel ou tel territoire. »

## LEUR POINT DE VUE



S. GAUTIER/SAGAPHOTO

**Eric Faure**, président de la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France

### « L'évaluation prévue n'existe pas »

« Que l'appel arrive au 15 ou au 18, en cas de doute, les pompiers interviennent. Cela améliore le service rendu aux victimes et traduit une réelle coopération entre services. Toutefois, le référentiel reste inachevé. Les dispositifs d'évaluation qu'il prévoyait n'existent pas. Le problème du financement des missions qui ne relèvent pas du prompt secours n'est pas réglé. Enfin, le secteur de la santé travaille de manière unilatérale sur l'engagement présidentiel d'un délai maximal de trente minutes entre chaque Français et les soins d'urgence. Les sapeurs-pompiers ont parfois l'impression d'être des supplétifs et non des acteurs du dispositif. »



V. VINCENTO

**Claudy Lebreton**, président de l'Assemblée des départements de France

### « Cet accord était mal parti d'emblée »

« Les élus n'étaient pas représentés lors de l'élaboration du référentiel, bien qu'ils dirigent les Sdis. Ceci explique en partie l'insuccès de l'accord, qui n'a pas clarifié les responsabilités de chacun. Il reste notamment une zone de flou entre le prompt secours et l'aide médicale urgente qui coûte cher aux départements: nous payons lorsque les pompiers sortent à la place du Samu. Le bilan prévu pour 2012 n'a pas été réalisé. Le secours à personne sera évalué dans le cadre de la modernisation de l'action publique. Un groupe de travail sera mis en place par le ministère de l'Intérieur, associant les départements, afin de clarifier les compétences. »



SAMU

**Marc Giroud**, président de Samu-urgences de France

### « Des pratiques mettent les patients en danger »

« Nous avons le sentiment d'avoir été trompés! Il n'est pas normal que les Sdis continuent à recruter des professionnels de santé – surtout des infirmiers – pour, se justifient-ils, pallier les carences de l'offre de soins. D'autant que cette pratique pose des problèmes: elle est susceptible de retarder la médicalisation par les Smur et de mettre en danger la vie des patients lorsque certains protocoles de soins sont mis en œuvre, et désorganise les services d'urgence où nombre de ces infirmiers travaillent. Le référentiel prévoyait une convention-cadre déclinée au niveau local entre le Sdis et les hôpitaux du département: celle-ci n'existe pas. »

Les logiciels de traitement de l'appel sont incompatibles.» Une réflexion est engagée sous l'égide de l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip) sur la modernisation des SI et télécoms des Samu-centres 15, depuis janvier 2013. Les Sdis y sont associés. Le déploiement d'Antarès, réseau de radiocommunications numériques dédié aux services d'urgence, plus performant et fiable que les lignes téléphoniques, devait fluidifier les échanges. 73 Sdis sont opérationnels sur ce réseau, selon la sécurité civile, et 58 Samu. « Dans 15 départements, Samu et Sdis ont créé un centre d'appel commun 15-18-112 et sont installés dans les mêmes locaux, révèle le colonel Pascal Farron, chef du bureau

“organisation” à la sous-direction des services d'incendie et des acteurs du secours de la sécurité civile. Dans 5 autres départements, ce centre commun est virtuel et repose sur l'interconnexion des systèmes d'information et radio. » Ce qui fait 20 plateformes communes au total, soit seulement 5 de plus qu'en 2008!

#### Qualité du service rendu

Il était aussi prévu que des conventions fixent les modalités de financement des missions réalisées par les pompiers et ne relevant pas du « départ réflexe » (2). « 75 ont été signées, poursuit Pascal Farron. Dans certains départements, la situation est bloquée. Deux points de désaccord sont récur-

**103 Samu existent en France. Ils s'appuient sur 369 services mobiles d'urgence et de réanimation (Smur), qui ont réalisé 721 861 interventions en 2009. Les 703 services hospitaliers d'urgence du territoire ont pris en charge 16,4 millions de personnes en 2009.**

Source: direction générale de l'offre de soins.

rents: l'action opérationnelle des infirmiers de sapeurs-pompiers et la qualification des interventions réalisées pour carence des ambulanciers privés. » Enfin, il était acté que la qualité du service rendu aux usagers soit évaluée sur des critères objectifs, tels que le temps mis par les centres d'appels pour décrocher. Si cette évaluation n'existe pas au niveau national, certains acteurs s'y sont mis, comme l'Isère, depuis 2008. Chaque année, le Sdis et le Samu élaborent un bilan commun, qu'ils envoient au préfet et à l'agence régionale de santé. Par ailleurs, ils répondent ensemble aux réclamations des usagers qui concernent les deux services.

(1) Arrêté du 24 avril 2009.  
(2) Avant régulation médicale.

# Des outils pour coopérer en bonne intelligence

Plateforme commune ou virtuelle, coélaboration de procédures partagées, mutualisation des ressources: les bonnes pratiques sont connues et testées par endroits avec succès.

L'articulation entre le secours aux personnes et l'aide médicale urgente pose toujours problème dans plusieurs départements, où des tensions persistent entre les acteurs. « Certes, le nombre de plaintes des usagers est encore réduit, constate la Cour des comptes dans son rapport sur les Sdis, publié en novembre 2011. Mais ce résultat est obtenu au prix de difficultés et de coûts qui nuisent à une utilisation optimale des moyens. »

## Pallier les manques

Plusieurs facteurs pourraient dégrader plus encore la situation sur le terrain, au détriment des victimes: le départ à la retraite de nombre de généralistes, le vieillissement de la population, la multiplication des situations de précarité et de détresse psychosociale, et la fermeture de plateaux techniques hospitaliers (blocs opératoires, maternité, etc.). La crise des finances publiques

## 6 millions de Français

de métropole se situent à plus de trente minutes d'accès d'un service mobile d'urgence et de réanimation (Smur). Les territoires les plus fragiles sont situés à la frontière entre plusieurs départements et éloignés des préfectures.

Source: « Les Inégalités de santé dans les territoires français », d'Emmanuel Vigneron (professeur d'aménagement sanitaire à l'université de Montpellier) éd. Elsevier Masson, 2011.

constitue une contrainte supplémentaire, et non des moindres.

Toutefois, par endroits, Samu et Sdis ont enterré la hache de guerre – parfois depuis longtemps – et collaborent en respectant le référentiel de 2008 presque à la virgule près. « Dans les départements ruraux, où il faut gérer la pénurie de médecins, pompiers et Samu sont solidaires pour rendre service à la population, confie le docteur Denis Duchamp, du service des urgences et du Smur de Saint-Flour (6 700 hab., Cantal). Les problèmes existent là où il y a pléthore de moyens et où chacun doit justifier son existence! » Pour débloquer la situation, il faut donc que les acteurs mettent de côté leur corporatisme. « Les cultures des pompiers et des hospitaliers sont différentes, analyse le colonel Christophe Roux, médecin-chef du Sdis de l'Isère (1,2 million d'hab.). C'est pourquoi il est essentiel que les deux structures se rencontrent

régulièrement et que leurs représentants soient les mêmes d'une réunion à l'autre, afin d'apprendre à se connaître et se faire confiance. Objectif: s'appuyer sur les points forts des deux services pour éviter la concurrence. » Dans ce département, les rencontres ont lieu deux fois par mois, depuis 2008. « Elles ont offert l'occasion de coélaborer un recueil de procédures partagées, détaille le professeur Vincent Danel, responsable du Samu 38. Celles qui concernent le "départ réflexe" tiennent sur une feuille A4 recto verso. Mais il nous a fallu six mois pour les rédiger. »

## Une belle preuve de confiance

Dans l'Hérault (1 million d'hab.), les deux acteurs du secours ont adopté la même démarche de négociation en multipliant les réunions, pour traiter ensemble les sujets qui fâchent ailleurs: la prise d'appel, l'engagement des moyens, la place des infirmiers de sapeurs-pompiers dans la chaîne des secours... « De bonnes relations s'entretiennent, rien n'est acquis, insiste le docteur Richard Dumont, directeur du Samu 34, qui s'est laissé convaincre par le directeur du Sdis, le colonel Christophe Risdorfer, de créer une plateforme commune de réception des appels d'urgence 15-18. Coût pour chaque partenaire: 3 millions d'euros. Dans l'Isère, les deux services ont opté pour une plateforme virtuelle. « Nos systèmes informatiques et nos réseaux radios et téléphoniques sont interconnectés, nous partageons ainsi l'information en temps réel, ce qui nous fait gagner un temps considérable », détaille Christophe Roux. Les deux acteurs sont également interconnectés pour le suivi des missions et n'ignorent rien des opérations engagées par l'autre. La mutualisation des moyens pour apporter une réponse aux territoires



### TÉMOIGNAGE

**JEAN-FRANÇOIS RAZAT,**  
médecin directeur adjoint de l'agence régionale de santé (ARS) du Languedoc-Roussillon

« Un dispositif unique en France, qui pourrait être reproduit ailleurs »

« Confier à un médecin libéral à la fois la permanence des soins et l'aide médicale urgente pour une garde de 24 heures: cette stratégie développée dans le pays cœur d'Hérault est unique en France. L'expérimentation devrait se prolonger jusqu'à fin 2014. Après évaluation, elle pourra être reproduite sur d'autres territoires éloignés d'un Smur et touchés par la baisse de la démographie médicale. Toute-

fois, ces territoires devront être semi-ruraux denses pour autoriser une réponse la plus efficiente possible. Une vingtaine de médecins libéraux prennent part à cette organisation dont, nous l'avons constaté, plus de la moitié ne sont pas installés sur le territoire. Ils permettent de conforter le dispositif. Il n'y a pas de difficultés à remplir le tableau de garde. L'ARS finance 70 % de l'initiative. »



J.-C. DUPUY/ANDIA

**Corrèze • 243 500 hab.**

## Les victimes d'infarctus mieux prises en charge grâce à la télétransmission

Dans la plupart des départements, le « bilan secouriste » – niveau de conscience et pouls – est encore transmis oralement entre les pompiers et le Samu, soit par radio, soit par GSM. Ce n'est plus le cas en Corrèze où, depuis 2012, il est numérisé sur le lieu de l'intervention et télétransmis au médecin régulateur. Ce qui représente un gain de fiabilité et de temps précieux. « Nos 48 véhicules de secours et d'assistance aux victimes [VSAV] sont équipés de tablettes [de la marque TPL systèmes] sur lesquelles les chefs d'agrès saisissent les données et les envoient immédiatement grâce au réseau Antarès, détaille le lieutenant-colonel Pierre Soulier, chef d'état-major opérationnel. Avec ce dispositif, plus besoin de fiches "secouristes" en papier. Les données sont archivées automatiquement dans l'historique de l'intervention et des bilans. » Les VSAV sont également équipés d'une station multiparamétrique (le Propaq de Sebach) susceptible de mesurer des données vitales indispensables à un bilan secouriste efficace (fréquence cardiaque, pression artérielle, saturation du sang en oxygène) et

de les intégrer automatiquement au bilan. Cet appareil est complété par un électrocardiographe (le Télécordia, de Parsys) qui peut aussi transmettre les résultats à la tablette. « Plus le diagnostic d'infarctus est posé rapidement, plus vite on peut orienter le patient vers le bon plateau technique, souligne Jean-Michel Berthommier, médecin responsable du Samu 19. C'est un bénéfice important pour lui, car l'hôpital le plus proche n'est pas nécessairement le plus adapté. » Aujourd'hui, l'électrocardiogramme est réalisé par un médecin de sapeur-pompier dont l'intervention est déclenchée par le 18 ou le 15. « Cet examen est simple à pratiquer : il suffit de positionner correctement l'appareil sur la poitrine du patient et de fixer une pince sur son poignet, poursuit Jean-Michel Berthommier. Il serait souhaitable de le déléguer aux sapeurs-pompiers pour lever les suspicions d'infarctus et éviter d'envoyer un médecin inutilement. » Ces différents équipements de télémédecine ont coûté 563 000 euros, dont 27% ont été financés par le fonds européen de développement régional, le reste étant à la charge du Sdis.

situés à plus de trente minutes d'un service d'urgence est également susceptible d'améliorer le service à la population. « Dans le Cantal, il existe, de nombreuses zones blanches : l'habitat est dispersé, nous sommes en secteur montagneux et les conditions météo empêchent l'hélicoptère de la sécurité civile de voler plus de six mois par an, expose Denis Duchamp. Nous avons donc coélaboré, avec le Sdis, une cartographie fine des moyens susceptibles d'être engagés pour intervenir efficacement. » Dans ce département durement frappé par la désertification médicale, sur la trentaine de praticiens qui travaillent aux urgences, huit sont aussi médecins de sapeurs-pompiers. « On parle ainsi la même langue, lâche Denis Duchamp. Et lorsque je suis de repos pour l'hôpital, je peux intervenir comme pompier. »

### Partage des ressources

Samu, pompiers et médecins libéraux ont mis en place, dans le syndicat mixte pays cœur d'Hérault (66 000 hab., 77 communes) et sous la houlette de l'agence régionale de santé du Languedoc-Roussillon, un dispositif inédit de partage des ressources (lire le témoignage p.28). Depuis mars 2013, un praticien libéral formé à l'urgence, de garde 24 heures, est chargé à la fois de la permanence des soins et de l'aide médicale urgente en attendant, si nécessaire, que le Smur intervienne. Il porte deux casquettes : celles de médecin de sapeur-pompier et de médecin correspondant du Samu. « Le véhicule, le chauffeur, le matériel médical et la pharmacie sont fournis par le Sdis 34, qui débourse 100 000 euros par an », détaille Christophe Risdorfer.

En Isère, l'infirmier de sapeur-pompier joue un rôle essentiel, depuis plus de dix ans. Les protocoles élaborés conjointement par le Samu et le Sdis ont déjà été appliqués plus de 25 000 fois dans ce département. « Nous avons recours aux infirmiers de sapeurs-pompiers plusieurs fois par jour, assure Vincent Danel. Une dizaine d'entre eux sont disponibles quotidiennement sur le territoire, mais pas en pleine ville. Il s'agit d'apporter une réponse adaptée et de ne pas empiler des moyens. »

## « Il va falloir préciser les règles du jeu »

Expert des questions financières des Sdis, le consultant Mathieu Lamotte décrypte les enjeux d'une nouvelle concertation entre les différents acteurs du secours aux personnes.

**Les sapeurs-pompiers ont réalisé 700 000 interventions supplémentaires dans le cadre du secours aux personnes entre 2005 et 2009. Le référentiel a-t-il permis d'enrayer cette hausse ?**

Depuis 2009, le nombre de ces interventions est globalement stable parce que la concertation et la régulation ont indéniablement progressé entre les parties prenantes. Pour autant, le mécanisme de prise en charge financière par le secteur de la santé des interventions relevant des carences n'est pas encore rodé. Les sapeurs-pompiers sont de plus en plus sollicités comme ambulanciers. Et se posent deux problèmes. D'une part, seulement deux tiers des carences relevées par les services départementaux d'incendie et de secours (Sdis) sont payées. D'autre part, bien que le montant forfaitaire d'indemnisation soit fixé à 113 euros par carence (ce qui est nettement inférieur au coût réel), celles-ci sont en réalité rémunérées 106 euros en moyenne ! Sur le fond, il reste que le secours aux personnes représente 71% des interventions des Sdis, alors que les recettes venant des hôpitaux s'élèvent à 41 millions d'euros, soit 0,9% de leur budget total. Les recettes provenant de l'assurance maladie ne sont donc pas à la hauteur des enjeux pour les Sdis !

**L'inflation du secours aux personnes risque-t-elle de faire exploser le budget des Sdis ?**

La stabilité de la sollicitation de secours aux personnes est précaire et, en effet, il n'est pas à exclure que celle-ci augmente de nouveau à l'avenir. Toutefois, depuis trois ans, les Sdis maîtrisent leur effectif, et donc leur budget

(4,75 milliards d'euros), puisque la masse salariale représente 75 à 80% de leurs dépenses.

Mais il faut garder à l'esprit que plus des deux tiers du temps d'intervention des Sdis sont assurés par des sapeurs-pompiers volontaires. Or une grande partie du secours aux personnes est à la limite des missions d'urgence. Les employeurs des volontaires ne libèrent pas leurs salariés sur leur temps de travail pour qu'ils aillent relever une vieille dame ou parcourir deux heures de route afin de conduire une victime à l'hôpital. Avec les restructurations hospitalières, les temps de trajet s'allongent. Fondamentalement, l'engagement citoyen des volontaires n'est certainement pas fait pour réaliser ce genre d'interventions éloignées du cœur de mission des services d'incendie et de secours.

**L'objectif affiché par le président de la République de garantir partout un accès aux soins d'urgence dans un délai de trente minutes risque-t-il d'impacter davantage encore les Sdis ?**

C'est le risque ! Les partenaires de la santé ne couvrent pas l'ensemble du territoire, contrairement aux Sdis qui disposent d'un maillage territorial de proximité. Le recours à des médecins libéraux correspondants du Samu est présenté comme la panacée. Encore faut-il qu'il en reste sur les territoires reculés. Et la baisse de la démographie médicale ? Elle ne va pas s'inverser d'un coup de baguette magique ! Il va falloir préciser les règles du jeu et que les Sdis bénéficient d'un financement de la santé plus important. Ce sont certainement les enjeux majeurs de nouvelles concertations entre les acteurs.



**Mathieu Lamotte,**  
consultant au cabinet  
Lamotte

SOUCCAN/ALPACA/ANDIA

### Pour aller plus loin

#### RENDEZ-VOUS

**Du 10 au 12 octobre 2013 à Chambéry**

#### Congrès des pompiers

En parallèle des carrefours des métiers, des expositions et des démonstrations, le 120<sup>e</sup> congrès national de la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France constituera, comme chaque année, un lieu d'échanges d'allocutions officielles, notamment entre le président de la République et celui de la FNSPF, le 12 octobre.

Site internet: [www.congres-sp-chambery-2013.com](http://www.congres-sp-chambery-2013.com)

#### À LIRE

#### Les Sdis sous l'œil de l'ADF

La dernière enquête réalisée par le consultant Mathieu Lamotte (lire ci-contre) a été présentée à l'occasion de la 6<sup>e</sup> journée nationale des Sdis organisée par l'Assemblée des départements de France, le 14 novembre 2012. Disponible sur le site de l'ADF, elle passe au crible les effectifs, les interventions, les investissements des Sdis et leurs recettes.

Site internet: [goo.gl/Mmt2CQ](http://goo.gl/Mmt2CQ)

#### L'accès aux soins en urgence selon Samu - urgences de France

Dans un document publié à l'occasion des premières assises de l'urgence, en septembre 2012, les urgentistes présentent leurs réponses aux questions du moment sur l'urgence médicale. Ils se penchent notamment sur le pilotage des moyens sanitaires.

Site internet: [www.samu-urgences-de-france.fr](http://www.samu-urgences-de-france.fr) > ressources > informations CA



#### POUR COMPLÉTER VOTRE INFORMATION...

- De moins en moins de pompiers volontaires, un défi à relever selon Manuel Valls  
[www.lagazette.fr/167487](http://www.lagazette.fr/167487)
- Les Sdis et leurs dépenses dans le collimateur de la Cour des comptes  
[www.lagazette.fr/87372](http://www.lagazette.fr/87372)