

Actu GORSSA

Trimestriel - décembre 2010



Afghanistan

2010

Liban

Londres



Tchad

Côte-d'Ivoire

1940

Brazzaville



Revue de perfectionnement et de formation médicale continue des Réservistes du Service de Santé des Armées

1^{ère} année
n°4

Revue commune à :



UNMR
Union Nationale
des Médecins de Réserve



FNPR
Fédération Nationale
des Pharmaciens de Réserve



UNVR
Union Nationale
des Vétérinaires de Réserve



FNCDR
Fédération Nationale des
Chirurgiens-Dentistes de Réserve



ANORCTASSA
Association Nationale
des Officiers de Réserve
du Corps Technique et
Administratif du Service
de Santé des Armées



AMITRHA
Association des Militaires
Infirmiers et Techniciens
de Réserve
des Hôpitaux des Armées

« Mettons ce que nous avons de meilleur en commun et enrichissons-nous de nos mutuelles différences » Paul Valéry

Actu
GORSSA

Revue du Groupement des Organisations de
Réservistes du Service de Santé des Armées
 154, boulevard Haussmann 75008 PARIS

Directeur de la Publication : Xavier SAUVAGEON

COMITÉ DE RÉDACTION

Rédacteur en Chef : Jean-Pierre MOULINIE

Délégué Général : Jean-Michel PAUCHARD

Correspondants de rédaction : **UNMR :** Yvon MESLIER - **FNPR :** Norbert SCAGLIOLA - **UNVR :** François-Henri BOLNOT - **FNCDR :** Jean-Paul MATHIEU - **ANORCTASSA :** Alain MICHEL - **AMITRHA :** Mireille GRILLET

Secrétaire de rédaction : Marie-Hélène SICE

Trésorier et listing : Michel CROIZET, 14 boulevard des Pyrénées 64000 PAU
 Courriel : michel.croizet@free.fr

CONSEIL SCIENTIFIQUE

Conseil Scientifique : La réunion de l'ensemble des conseils ou comités scientifiques existants pour chaque Association constituant le GORSSA compose le conseil scientifique.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Abonnement et Tirage :

Prix du numéro : 4,25 €

Prix de l'abonnement :

Membres des Associations : 17 €

Non-membres : 40 €

Etrangers : 80 €

De soutien : à partir de 50 €

Edition, Impression et Routage : Centr'Imprim - 36100 ISSOUDUN

Commission paritaire : en cours

Dépôt légal : 4^e trimestre 2010

ISSN : 2110-7424

Crédits photographiques : AR - DB - DCSSA - Sec. Général - HPR - JDC - JPD - PP - N.Burzoni / Ville de Toulon - D.R.

Les articles et les opinions émis dans la revue n'engagent que la responsabilité des auteurs. La direction décline toute responsabilité concernant les textes et photos qui sont envoyés à la rédaction.

Copyright : toute reproduction, même partielle, des textes parus dans la revue est soumise à l'autorisation préalable de la rédaction.



« ADRESSE » à nos lecteurs ou « VARIA » autour d' une ligne éditoriale

« *Le chemin est long du projet à la chose* » (MOLIÈRE, *Tartuffe*)

Nous voici au terme de ce qui fut la première année de parution de notre -votre !- revue qui a l'ambition de se reconnaître « six en un »... Curieuse arithmétique et pourtant...

Commençant à y « réfléchir » après les journées de Besançon et parvenus au terme de 18 mois de balbutiements, d'études, d'esquisses et de maquettes, nous passions en décembre 2009 à la réalisation du numéro 1 d'Actu-GORSSA : important mais exaltant chantier...

D'où partions nous ? Tout d'abord de la volonté résolue, très encouragée par le Commandement, de réellement faire vivre le « nouveau » Gorssa et le dynamiser. Dès lors, une évidence s'imposait : les publications et bulletins existants devaient se fédérer et se fondre, constituant alors une base solide indispensable à la création d'une revue nouvelle en même temps que commune. Nous ne partions donc pas vraiment de rien, d'autant que, dans sa sagesse, la Conférence des Présidents sollicitait, entre autres, certains d'entre nous, qui avaient œuvré aux revues précédentes, pour constituer l'équipe de rédaction. L'affaire était lancée...

Le titre d'abord, Actu-GORSSA, répond à lui seul à ce que sont, à la fois, nos objectifs et notre contenu : c'est l'essentiel de notre ligne éditoriale... Qui sont nos lecteurs ? Que veulent ces lecteurs ? Quels sont donc l'usage et le(s) but(s) de notre -votre !- revue ? C'est pour répondre à autant de ces questions que nous avons conçu la nouvelle publication.

Plutôt qu'additionner et juxtaposer, notre intention est de réaliser un type de fusion respectant la personnalité propre de chacune des 6 composantes. Nous connaissons nos lecteurs : les adhérents de chacune des associations constitutives du GORSSA et -en nombre réduit- les personnalités ou instances dont ils dépendent ou avec lesquelles ils sont éventuellement en rapport, appartenant aux mondes médical, militaire mais aussi civil...

But(s) et usage sont, avant tout, les informations s'agissant des événements ainsi que le dessein de former et perfectionner des « Professionnels » dont c'est déjà le souci constant dans leur exercice quotidien. Ce doit être enfin un vecteur de communication majeur à privilégier.

Il n'est pas dans notre propos d'analyser en détail la revue, la lecture du sommaire vous le permet. Mais, vous le constatez, trimestrielle, elle est imprimée en quadrichromie ; elle comporte des pages communes avec articles divers et informations officielles ; suivent des « cahiers » spécifiques présentés dans l'ordre protocolaire du SSA sur un fond coloré reprenant pour chacun, autant que possible, les couleurs traditionnelles d' « épaulette »... ; reste à charge pour chaque association de transmettre les documents qu'elle souhaite voir publiés dans « ses » pages, après accord du comité de rédaction voire du conseil scientifique... Instruction vous est donnée de veiller, autant que faire se peut, à ce que les sujets traités demeurent accessibles à tous... Conseil est aussi prodigué aux rédacteurs d'articles de ne pas manquer, non plus, de se reporter aux « Recommandations aux Auteurs » et ... de les suivre !... : cela nous aidera beaucoup à nous améliorer dans la mise en page et diminuera le temps d'acheminement, « collant » ainsi plus à l'actualité...

Suivre au mieux cette « ligne », tel est, dans sa totalité, notre projet permanent...

Nous souhaitons qu'à l'usage l'écho des lecteurs (le vôtre !) nous soit renvoyé et nous parvienne afin que remarques et idées étant prises en compte, nous puissions améliorer et « affiner » la conception et le contenu de « votre » revue...

Artisans que nous sommes à la rédaction, nous nous efforcerons d'œuvrer à ce qu'Actu-GORSSA soit avec vous et pour vous un lien fort -source de satisfaction et de progrès- si, toutefois, vous aussi y participez...

« *Mettons ce que nous avons de meilleur en commun et enrichissons-nous de nos mutuelles différences* » écrivait Paul VALÉRY : c'est là notre seule et unique ambition... afin de vivre au mieux, en ce XXIème siècle, notre condition de Réservistes.

Bonne Année à Tous...

Jean-Pierre MOULINIÉ
Rédacteur en Chef

Jean-Michel PAUCHARD
Délégué Général

Sommaire

Editorial	3	Actualités (Articles et Rubriques) :	
<i>Le Général TAVERNIER, nouveau Secrétaire Général du CRSM</i>	4	« Avec »... l'UNMR	24
<i>Les réserves médicales des pays membres de l'OTAN</i>	6	« Avec »... la FNPR	28
<i>Transformation du Service de Santé des Armées</i>	8	« Avec »... l'UNVR	30
<i>Opération PANGEA III</i>	12	« Avec »... la FNCDR	34
<i>Journées Européennes du Patrimoine 2010</i>	14	« Avec »... l'ANORCTASSA	38
<i>Informations «Officielles», Dates à retenir</i>	5, 16	« Avec »... l'AMITRHA	46
		Ouvrages parus - Bibliographie	50



UNMR

FNPR

UNVR

Le Général TAVERNIER

Nouveau Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Réserve Militaire



Né en 1953, le général TAVERNIER est admis à l'Ecole Spéciale Militaire de Saint-Cyr en 1973. Ayant choisi l'Arme Blindée Cavalerie, il suit les cours d'application à Saumur avant de rejoindre en 1976 le 7^{me} régiment de chasseurs à Arras. Deux ans plus tard il est chef de section d'élèves sous-officiers au régiment d'instruction de la Légion étrangère à Castelnaudary.

Promu capitaine en 1980, il est affecté aux Ecoles de Coëtquidan, en tant que chef de section d'élèves officiers d'active à l'École Militaire Interarmes.

En 1982 il rejoint le 3^{me} régiment de cuirassiers, à Lunéville, où il commande un escadron de chars AMX 30 B avant d'y prendre les fonctions d'officier supérieur adjoint. Il est promu chef d'escadrons en 1987.

Reçu en 1988 au concours de l'Enseignement militaire supérieur scientifique et technique, il étudie le polonais pendant deux ans à l'Institut National des Langues et Civilisations Orientales. De 1990 à 1992 il est stagiaire de la 104^{ème} promotion de l'École supérieure de guerre et promu lieutenant-colonel en 1991.

En 1992 il est affecté à l'Académie de la Défense nationale à Varsovie, où il rejoint une trentaine de colonels polonais sur les bancs du Cours Supérieur Opératif et Stratégique, premier occidental admis à suivre cet enseignement.

De 1993 à 1995, il sert au Ministère polonais de la Défense nationale en tant qu'officier de liaison, à la disposition des autorités polonaises pour leur fournir toute aide dans l'adaptation de leur armée aux standards occidentaux.

En 1995 il devient commandant en second du 1^{er} régiment de cuirassiers stationné à St Wendel, en Allemagne.

Le 6 septembre 1996 il prend le commandement du 2^{ème} régiment de dragons et conduit sa dissolution, qui est effective le 30 juin 1997.

Le 1^{er} juillet 1997, il rejoint l'état-major de l'armée de terre à Paris, où il sert au bureau relations internationales (EMAT/BRI). Jusqu'en 2002, il y occupe diverses fonctions, dont celles d'adjoint au chef de bureau. D'août 1997 à février 1998 il est auditeur de la 91^{ème} session du Collège de défense de l'OTAN à Rome. Il est promu colonel le 1^{er} octobre 1997.

Désigné pour occuper le poste d'attaché de défense en Pologne, il retourne alors à Varsovie de 2002 à 2005.

Rentré en France, il est nommé chef du BRI de l'EMAT, poste qu'il occupe jusqu'en juillet 2007.

Nommé général de brigade le 1^{er} juillet 2007, il est affecté à Rome comme attaché de défense près l'ambassade de France le 2 août suivant. Le général Jean-Sébastien TAVERNIER a été nommé secrétaire général du Conseil supérieur de la réserve militaire à compter du 1^{er} août 2010.

Chevalier de la Légion d'Honneur et officier de l'Ordre National du Mérite, le général TAVERNIER est marié et père de six enfants.

Sources : SecGénéral

Droits : SecGénéral

Premier message du général Jean-Sébastien Tavernier, nouveau Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Réserve Militaire.

Appelé à remplir les fonctions de secrétaire général du Conseil supérieur de la réserve militaire, je souhaite en tout premier lieu saluer la composante réserve, opérationnelle et citoyenne, de nos forces armées et lui dire combien son double engagement citoyen au service de la défense de notre pays est significatif au sein de la Nation. Animés par un enthousiasme évident, nos réservistes accomplissent quotidiennement avec un professionnalisme aujourd'hui reconnu les missions militaires pour lesquelles ils ont été formés et entraînés, aux côtés de leurs camarades d'active engagés sur les différents théâtres extérieurs et intérieurs. Ceci explique à soi seul la confiance que je leur porte, d'emblée, comme celle qu'ils ont acquise auprès de leurs chefs par leur savoir-faire et leur savoir-être.

Sans attendre de faire leur connaissance au fil des semaines qui viennent, je souhaite également saluer les 64 membres du Conseil supérieur de la réserve militaire, en soulignant la richesse des travaux menés par les deux commissions et les groupes de travail auxquels ils participent, et qu'ils animent.

Les dossiers suivis ou initiés par le CSRM et son secrétariat général sont nombreux et concernent des domaines parfois très différents les uns des autres. Je commence à en prendre connaissance, et à mesurer à la fois l'évolution constatée depuis quelques années et les pistes d'ouverture qui existent aujourd'hui. J'ai également noté l'enthousiasme avec lequel l'équipe du secrétariat général, chargés de mission et chefs de bureau, s'attelle à ces dossiers et les résultats qu'ils ont obtenus.

Je suis donc résolument optimiste face à la tâche qui m'attend : continuons à aller de l'avant !

Général de brigade Jean-Sébastien Tavernier,
Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Réserve Militaire

Dates à retenir - Éphémérides

BRIGADE DES SAPEURS POMPIERS DE PARIS

Division Santé : MCSHC CARPENTIER - MC JL.PETIT - MC MP.PETIT

SERVICE DE SANTE DES ARMÉES

CLUB DES ANESTHÉSISTES RÉANIMATEURS ET URGENTISTES MILITAIRES

CONFÉRENCES RÉANIMATION PRÉHOSPITALIÈRE 2010 - 2011

Comité d'organisation : M2C Bacquaert - MP Bertho - MC Chai - M1C Dubourdiou - MP Dubourg - MP Lemoine.

TRAUMATISME GRAVE CHEZ L'ENFANT

Mardi 25 janvier 2011 à 14 h 30 : Président : Dr Karim TAZAROURTE - SAMU 77 - Coordinateur : MP Sabine LEMOINE

- **Principes de réanimation chez l'enfant traumatisé crânien.** Pr Philippe Meyer - Hôpital Necker PARIS
- **Traumatisé crânien chez l'enfant, expérience à la BSPP.** MP Sabine Lemoine - BSPP
- **Syndrome du bébé secoué.** Dr Anne-Laurent Vannier - Hôpital National de Saint-Maurice

L'ARRÊT CARDIAQUE : Actualités en 2011

Mardi 8 mars 2011 à 14 h 30 : Coordinateur : MP Olivier DUBOURG

- **Dernières recommandations internationales.**
- **Orientation des arrêts cardiaques réfractaires.**

PLACE ET INTÉRÊT DE LA SIMULATION EN PRÉHOSPITALIER

Mardi 26 avril 2011 à 14 h 30 : Président : Pr René AMALBERTI - HAS - Coordinateur : M2C Sandrine BACQUAERT

- **Intérêt de la simulation en médecine.** Pr René Amalberti - HAS
- **Démonstration pratique : séance de simulation, scénario et débriefing.** MC Bruno Debien - HIA Percy et M2C Sandrine Bacquaert - BSPP

PRISE EN CHARGE DES AVC

Mardi 17 mai 2011 à 14 h 30 : Pdt : Pr Hugues CHABRIAT - Hôpital Lariboisière - Coordinateur : M1C Stéphane DUBOURDIEU

- **Prise en charge préhospitalière et filière dédiée : l'expérience à la BSPP.** LTN Laure Alhanati - BSPP
- **Dernières actualités dans la prise en charge hospitalière.** Pr Christian STAPF - Hôpital Lariboisière PARIS.

Amphithéâtre Rouvillois de l'École du Val-de-Grâce.

1, place Alphonse Laveran - 75 005 PARIS - RER Port-Royal

(parking : hôpital du Val-de-Grâce - 74, Bd de Port-Royal)

Secrétariat des conférences : BSPP/SMU - 1, place Jules Renard - BP 31 - 75 823 PARIS CEDEX 17 - Tél. : 01 56 79 67 53

Courriel : chef.smu@pompiersparis.fr

S.I.R.S.S.A de LYON

Programme de la Journée Réserve du 03 mars 2011

« Les Armes à Létalité Réduite »

9 h : Accueil et collation.

9h30 : Présentation de la journée.

9h45 : Les Armes à Létalité réduite, concepts, définitions, et conséquences, impacts à long terme et éthique de leur utilisation. P.C.S. Yves CHANCERELLE, D.R.S.S.A de Lyon.

10h15 : Armes Sonores. Isabelle SENDOWSKI, I.R.B.A. La Tronche, Grenoble.

11h00-11h15 : Pause

11h15 : Armes à Létalité réduite Electriques : Cas du Pistolet « TASER ® ». Mythes et réalité. Expériences et expérimentations. Risques spécifiques et non spécifiques. Explications techniques du fabricant et distributeur TASER. Docteur David CROUZIER, I.R.B.A. La Tronche, Grenoble. Raymond A. FEKIK, Délégué Taser International, France.

12h30 : Déjeuner au cercle Mixte

14h : Systèmes d'armes électromagnétiques millimétriques à énergie dirigée : « Active Denial System » : les A.D.S. : effets biologiques des hyperfréquences. M.C. Jean-claude DEBOUZY, I.R.B.A. la Tronche, Grenoble.

15h : Incapacitants Chimiques et Psychiques. M.C. Pierre FILLIAT, I.R.B.A. La Tronche, Grenoble.

16h : Brouilleurs Opérationnels : « de l'inquiétude des hommes à la réponse du laboratoire de recherche » M.C. Jean-claude DEBOUZY, Dr. David CROUZIER, I.R.B.A. La tronche.

17h : Présentation d'une « Arme de dissuasion non létale » le « Green Light Optical Warner® » : G.L.O.W. et armes Laser. Groupe THALES, France.

17h30 : Conclusion du Directeur Régional du Service de Santé de Lyon.



LES RÉSERVES MÉDICALES DES PAYS MEMBRES DE L'OTAN CINQ EXEMPLES



Christian LE ROUX*

La demande du COMEDS**, un important rapport de synthèse a été remis en mai 2010 par la Confédération Interalliée des Officiers Médicaux de Réserve : ce rapport avait pour finalité d'émettre des propositions relatives au recrutement et à la fidélisation des réserves médicales. Ce rapport a fait l'objet d'un compte rendu dans le précédent numéro d'ACTU-GORSSA.

L'ALLEMAGNE

Le système de conscription, toujours en vigueur et qui a jusqu'à maintenant garanti le lien armée-jeunesse pendant les années d'études, va sur son déclin.

Le contact avec les armées qui permettait d'orienter les étudiants vers une carrière d'active ou de réserve n'est plus efficient : seulement soixante pour cent des jeunes gens sont incorporés. L'état militaire pâtit d'une défaveur dans la société et la fierté qui peut en être retirée est actuellement au plus bas dans l'esprit du public.

L'Allemagne se trouve maintenant face à une pénurie de médecins aussi bien dans le domaine civil que dans le militaire. En outre, la féminisation atteint ou dépasse cinquante pour cent pour chaque année universitaire. Les jeunes femmes envisagent le plus souvent des emplois à temps partiel.

Un autre facteur déterminant vient des hôpitaux qui sont pauvres en effectifs, notamment médicaux, et très contraints financièrement.

L'enquête qui a été menée récemment auprès de mille médecins réservistes mérite d'être rapportée dans le détail. Les réponses aux questions sont rangées par ordre de fréquence.

1 – Première question : pourquoi êtes vous réserviste ?

- D'abord afin de mettre à profit les compétences personnelles dans un environnement différent.

- Afin d'expérimenter techniques d'encadrement et formation complémentaire en sus de la pratique médicale.

* MCS (R)

Délégué Général UNMR chargé des relations GORSSA-CIOMR
Auditeur de l'IHEDN

**COMEDS : Committee of Chiefs of Military Medical Services

- Pour se montrer utile : en cas de catastrophe naturelle, lors d'opérations de secours dans le cadre national ou international.

- Pour la camaraderie.

- Pour servir son pays.

2 – Pourquoi persévérez-vous dans la Réserve ?

- A cause du changement de milieu de travail : pour de nouveaux défis, pour rompre avec le quotidien.

- Pour la camaraderie

- Par goût de l'exercice de l'encadrement

- Pour davantage de qualification ou de promotion.

3 – Que devrait faire le Ministre de la Défense pour augmenter votre motivation ou votre activité ?

- Améliorer : préavis, fiabilité, flexibilité dans la procédure

- Moins d'obstacles organisationnels et administratifs.

- Une meilleure sécurité financière : solde et couverture du risque.

- Possibilité de périodes plus courtes.

- Promouvoir respect et reconnaissance ostensibles de la contribution des réservistes par les politiciens, la société et l'armée d'active.

- Garantir une transparence prévisionnelle dans les processus de promotion et la possibilité d'accéder aux grades élevés.

4 – Quelles sont vos idées sur ce qui devrait être fait pour recruter de nouveaux réservistes ?

- Il faut une meilleure reconnaissance de la part du public ainsi qu'un soutien affiché de la société et du personnel politique.

- Des propositions d'emploi souple, adaptables.

- Assurer une qualification ultérieure.

- Un meilleur soutien de l'employeur.

- Engager une campagne auprès du public

On peut conclure que la réponse première, selon laquelle la motivation essentielle pour la Réserve, réside dans un changement d'environnement de l'activité professionnelle, démontre que donner à un docteur en médecine le même type de tra-

vail que celui qu'il a dans son propre milieu habituel, ne représente probablement pas un facteur d'attractivité.

Les médecins installés en libéral doivent pouvoir se faire proposer des moyens de servir différemment, en s'impliquant dans la Réserve, tout en maintenant leur activité.

Les obstacles bureaucratiques tendent à perturber une organisation qui nécessairement doit être non rigide et non pesante pour assurer la mise en place et le maintien d'une réserve militaire médicale.

Enfin il est clair que le manque simultané de soutien et de reconnaissance parmi le public et chez les politiciens est cause de découragement chez les réservistes actifs.

LE CANADA

Le Canada a actuellement un système combiné d'officiers d'active et de réserve pour assurer le soutien médical de garnison et des missions outre-mer.

Il ne dispose plus d'aucun hôpital militaire.

Les spécialistes, employés dans les hôpitaux civils, y sont recrutés pour des déploiements à l'étranger durant un ou deux mois. Ainsi tout en entretenant leurs capacités professionnelles, ne sont-ils pas séparés de leur communauté de travail habituelle ou de leur famille pour des périodes d'une durée excessive.

Les praticiens généralistes (GDMO : General Duty Medical Officer) sont plutôt employés dans les services de garnison et ne sont envoyés au loin que tous les deux à trois ans.

Les médecins de réserve peuvent être attachés à un hôpital militaire de campagne ou maintenus sur une liste de première réserve (PRL) à partir de laquelle se font les propositions de période.

Alors que le Canada a connu une baisse d'effectifs sévère il y a cinq ans, il semble qu'un nombre satisfaisant de médecins soit actuellement inséré dans les forces. L'adéquation entre l'offre et la demande affecte le choix des réservistes et par voie de conséquence influe sur la capacité de l'institution militaire à attirer et à retenir. C'est la recherche de l'aventure ou d'un changement d'environnement dans le travail qui détermine manifestement une propension à l'engagement chez les médecins civils.

Le Canada ne connaît pas d'obligation de déploiement de ses réserves. Cependant beaucoup d'intéressés sont prêts à se porter volontaires pour une opération extérieure : à condition que la mission soit de courte durée. Ils ont, ce faisant, également le sentiment de servir leur pays. Beaucoup cultivent un sentiment de loyauté vis-à-vis de l'institution militaire, et donc de fidélité sans être pour autant indifférents au légitime désir de reconnaissance.

LE DANEMARK

Le Service de Santé des Forces armées danoises a misé pour capter des volontaires sur un programme de formation attrayant. Ce programme est conçu pour assurer une formation de niveau élevé en traumatologie et aussi en compétences organisationnelles, susceptible de procurer des avantages dans la formation civile ultérieure du spécialiste, ne serait-ce qu'en manangement.

Les médecins signent pour une période de douze mois : cinq mois de formation et sept mois de service opérationnel (incluant pour presque tous deux mois en Afghanistan). Après ces douze mois, ils retournent dans les hôpitaux civils pour devenir spécialistes et presque tous signent alors un contrat dans la Réserve.

Ces dispositions ont permis au Service de Santé des Armées danoises de garder le contact avec les diplômés : ceux-ci ont la possibilité de rallier pour des périodes de courte durée, basées sur le volontariat (le plus souvent pour des missions internationales).

La méthode de recrutement repose presque exclusivement sur le bouche à oreille et jusqu'à maintenant le retour d'expérience se révèle très positif.

Une fois par an, tous les officiers de réserve du Service de Santé sont invités à une session de trois jours.

L'année passée, une enquête a été faite auprès des participants sur leur motivation pour devenir réserviste, le rester et signer un contrat. Sur les deux premiers points, le programme de formation, le goût de l'aventure, la recherche d'une évolution personnelle et professionnelle dans un environnement plus austère ont constitué les réponses. Sur le point du contrat éventuel, apparaissaient des desiderata supplémentaires quant à la formation et au renforcement de son caractère concret, la programmation, la flexibilité, les conventions de partenariat.

LES ETATS-UNIS

L'armée américaine procure à ceux qui préparent un diplôme dans les professions de santé des prêts et des bourses d'études. Si la considération de la solde payée aux réserves médicales n'est pas un

facteur de motivation pour les candidats à l'engagement, des points attractifs existent.

Les membres de la Réserve peuvent d'un côté obtenir une police d'assurance-vie, se montant à 400 000 dollars, qui ne contient pas de « clause de guerre ».

Surtout, l'armée américaine a développé certains types de contrats intéressants :

- Le contrat ARFORGEN (Army Réserve Forces Generating Schedule) qui vise à améliorer pour tous les personnels de réserve médicaux les possibilités de prévision dans le processus de mobilisation.

- Un contrat BOG (Boots on Ground) d'une durée d'emploi de 90 jours pour les médecins, dentistes, vétérinaires et infirmiers anesthésistes. La brièveté de ces missions minimise les conséquences financières pour les praticiens libéraux et exerçant en groupe.

L'armée américaine a vu s'accroître de façon significative le nombre des professionnels médicaux désireux de rejoindre la Réserve.

Presque unanimement, ils souhaitent être envoyés pratiquer sur les théâtres d'opérations extérieures, Iran ou Afghanistan.

La plupart d'entre eux resteront engagés dans le programme de service pour quatre ou cinq ans. Ils se disent retenus par la camaraderie rencontrée dans la cohésion d'une unité organisée.

L'armée américaine a également une structure du commandement connue sous le sigle APMC qui délivre à ceux qui en expérimentent le besoin un mode de savoir-faire en matière de commandement, non axé sur la théorie, mais basé sur des exercices d'entraînement au déploiement opérationnel.

On en conclut que l'argent, salaire et avantages accessoires, n'est pas une fin en soi pour la plupart des membres de la Réserve médicale américaine et que patriotisme et fierté d'appartenance sous-tendent la motivation de la majorité.

L'entraînement militaire et médical y est reconnu de grande valeur et il est recherché assidûment par tous les réservistes, comme rendant leur vie différente par rapport à l'expérience du quotidien.

LES PAYS-BAS

Après la chute du rideau de fer, le gouvernement des Pays-Bas a décidé de redéfinir son niveau d'ambition en matière militaire. Le modèle et le format du soutien médical ont été calculés en conséquence.

Les GDMO signent un contrat immédiatement après l'obtention de leur diplôme de Faculté : soit deux ans en formation médico-militaire et les quatre années suivantes dans une unité.

Au quotidien (hors opérations) ils assurent la médecine courante dans les camps et les casernes.

Les GDMN sont des infirmiers diplômés, ayant obtenu un diplôme d'état. Ces personnels très précieux ont aussi un rôle d'encadrement comportant de nombreuses applications du domaine militaire.

Cependant il est apparu que les membres de l'active ne seraient pas en nombre disponible suffisant dans les spécialités médicales telles que celles de chirurgien et d'anesthésiste et aussi dans les soins infirmiers spécialisés et médico-techniques.

Pour compenser en partie ce manque, le personnel médical d'active non spécialisé est formé aux spécialités en milieu civil.

Compte tenu du dimensionnement du Service de Santé et en particulier de l'hôpital militaire, il n'est pas possible de former tous les personnels dans l'hôpital même. Une solution a été mise en place, reposant sur un système mixte active-réserve. Il associe actuellement l'hôpital militaire qui met en œuvre deux équipes de spécialistes d'active, et onze hôpitaux – hôtes civils, dont chacun fournit une équipe d'active (détachement permanent) et deux équipes de réservistes.

Préalablement à l'envoi en mission, les équipes de spécialistes pourront s'entraîner avec les GDMO, GDMN et auxiliaires qui partiront avec eux.

In fine, le système fonctionne bien : il est parvenu à la fois pour les membres de l'active et ceux de la réserve à entretenir compétences et motivation à un bon niveau.

Financièrement, le système est également intéressant pour l'hôpital-hôte. Une durée de mission acceptable couramment se situe de quatre à dix-huit mois pour les personnels d'active et de deux à dix-huit mois pour les réservistes.

Les deux catégories, active et réserve, sont traitées de manière égale en ce qui concerne la rémunération, les assurances, l'entraînement et les équipements.

CONCLUSION

Chaque pays a engagé ses idées propres pour assurer un maintien à niveau ou un développement des Réserves au sein du système de Santé militaire en fonction de ses besoins et de ses ambitions sur la scène internationale. Il a fallu, ou pallier la fin de la conscription, ou étoffer les moyens de l'armée active ou assurer une présence internationale et des opérations extérieures.

Le rapport de la CIOMR au COMEDS vient à échéance entre l'heure du bilan pour chacun des membres à l'intérieur de l'OTAN et une tentative opportune pour harmoniser les systèmes en vue d'un effort global dont l'efficacité appelle plus de cohérence.

Transformation du Service de Santé des Armées

Dynamique d'un nouveau plan d'actions

Eric DARRÉ*

Emiland d'ALINCOURT**

Depuis plus de deux ans, le Service de Santé des Armées a entrepris un vaste programme de transformation touchant l'ensemble de ses composantes. Il a su démontrer sa capacité à conduire le changement en étant un élément moteur de la réforme des armées. Audité par la Cour des comptes pendant la mise en œuvre de cette vaste entreprise, il a fait l'objet de 14 recommandations du rapport public qui l'invitent à améliorer la performance d'ensemble du Service. C'est dans ce cadre qu'il s'est engagé dans une nouvelle dynamique volontariste visant à lui donner encore plus de cohérence, fédérant l'ensemble de ses acteurs vers un nouveau projet collectif de soutien des forces.

« Une société qui ne se transforme pas est vouée à disparaître »

Le Service de Santé des Armées a toujours été en mouvement, essayant d'anticiper en permanence les évolutions de son environnement. Cette dynamique s'est particulièrement illustrée dans les dix dernières années avec la mise en œuvre de grands projets touchant l'ensemble de ses composantes (création des centres médicaux interarmées outre-mer, interarmisation des directions régionales, évolution de la fonction ravitaillement, projet fédérateur de la recherche...). Elle s'est poursuivie plus récemment avec les premiers travaux relatifs au plan stratégique du Service de Santé des Armées et est enfin entrée dans une phase d'accélération avec la révision générale des politiques publiques.

Toutefois, la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances a fait basculer l'ensemble des ministères dans une véritable démarche de performance que le Service n'a sans doute pas prise en compte dans toutes ses dimensions. Par la mise en œuvre des projets annuels de performance et la justification au premier euro de ses dépenses, le Service de Santé des Armées doit aujourd'hui démontrer que chaque euro dépensé l'est à bon escient.

C'est sur ce point que la Cour des comptes a jugé le Service à l'occasion de son audit réalisé durant les deux dernières années. C'est sur ce point que le Service doit faire porter son effort afin de diminuer son empreinte financière.

Un contexte fortement réformateur

Le Livre Blanc sur la défense et la sécurité nationale, publié en 2008, a réaffirmé le positionnement du SSA comme composante majeure de l'efficacité opérationnelle du ministère. Les missions du SSA sont confortées en tant que « responsable du soutien santé des forces en opérations, tout comme sur le

territoire national ». L'ancrage d'un service pérenne est explicité et la maîtrise à la fois quantitative et qualitative de ses ressources est affichée comme objectif majeur. Le service doit contribuer à renforcer les grandes fonctions stratégiques ministérielles en matière :

- d'intervention, avec le soutien médical, notamment sur les théâtres d'opérations, où la représentation du SSA est décrite comme une nécessité stratégique ;
- de connaissance et d'anticipation, avec le renforcement de la recherche biomédicale et l'optimisation des capacités hospitalières pour répondre en particulier au risque NRBC ;
- de prévention, dans le cadre de la participation du SSA aux actions de coopération civilo-militaire. En particulier, le SSA est clairement identifié comme capacité de réponse à des besoins civils post-conflit (reconstruction, consolidation de la paix) ;
- de protection, au travers d'un apport d'expertise médicale et de capacités d'analyse biologique et de personnels soignants (insertion dans les directives nationales de sécurité « santé » et « défense »).

En complément, l'audit RGPP de la fonction santé (2007 – 2008) a invité à une rationalisation et une optimisation accrues des composantes majeures du SSA. Parmi l'ensemble des audits interministériels, le Service de Santé des Armées a en effet bénéficié, pendant une année, d'un audit spécifique mené par un contrôleur général des armées et un inspecteur général des affaires sociales.

Dans la continuité des travaux menés depuis 2006 afin de définir et partager son plan stratégique (P3SA), adapter ses structures de pilotage, formaliser ses processus clés en mettant en lumière le caractère cohérent et systémique de la fonction santé, le SSA a in-



* MCS.

Chef du bureau « études et pilotage » de la DCSSA et coordinateur du programme de transformation du service de santé des armées.

** Directeur de projet « Transformation du service de santé des armées ».

tégré les orientations et les objectifs issus de la RGPP dans le cadre d'une démarche globale d'évolution du service : le « programme de transformation du SSA ».

Ce programme vise à conduire de manière cohérente et pragmatique une réorganisation d'ensemble du service garantissant le respect des missions confiées dans le cadre du contrat opérationnel et permettant d'optimiser significativement les composantes fonctionnelles du SSA ainsi que ses fonctions transverses.

Une transformation d'ensemble.

L'ensemble des composantes du Service a fait l'objet d'une évolution plus ou moins profonde allant d'une réorganisation à une véritable refondation.

La réorganisation du soutien santé des forces s'inscrit dans la continuité d'actions menées depuis 2002 dans le cadre du renforcement des logiques interarmées, de la recherche de synergies croissantes entre le soutien des forces et la médecine hospitalière, ou de l'intégration progressive dans le système de santé publique (gardes mutualisées, partenariats avec les acteurs locaux...). Elle trouve une nouvelle impulsion avec la mise en place au niveau ministériel du réseau de bases de défense (BdD), affirmant ainsi davantage la responsabilité du Service en matière d'organisation du soutien santé des forces.

Cette réorganisation se concrétise par la création au sein de chaque BdD d'un centre médical des armées (CMA) et de ses antennes auxquels sont abonnées les forces armées de la base, ainsi que certaines formations hors BdD, comme celles de la gendarmerie nationale. Unités organiques du SSA, pilotées par l'échelon régional du Service, les CMA assurent un soutien médical de proximité tout en maintenant un contact privilégié avec les différents commandements.

Dix-huit CMA ont été créés depuis janvier 2009, accompagnant le déploiement des BdD expérimentales puis pilotes. Après bientôt 2 ans de fonctionnement, l'organisation déployée délivre un soutien de qualité, souligné lors des retours d'expérience des BdD réalisés semestriellement par l'EMA. La performance du soutien médical des forces répond aux objectifs fixés et se traduit, a minima, par le maintien de la qualité de service rendue aux usagers voire, le plus souvent, par une amélioration de la capacité des CMA à répondre aux demandes de soutien qui leur sont adressées.

La publication de la cartographie définitive des BdD 2011 en mai dernier a permis d'arrêter l'implantation des CMA. A terme, le soutien santé des forces comptera donc 55 CMA et 14 centres médicaux interarmées outre-mer, auxquels seront adossés 5 centres d'expertise médicale initiale, 49 centres médicaux de pré-

vention et antennes, ainsi que 23 services vétérinaires des armées et antennes.

La refondation de la recherche entreprise dans le cadre de la RGPP a largement dépassé la démarche fédératrice initiée en 2001. Cette transformation repose sur un ensemble capacitairé resserré sur un site unique. Elle doit renforcer l'efficacité des moyens consentis grâce aux synergies, aux partages de compétences, et au regroupement des équipes qui seront ainsi mieux en mesure de répondre aux besoins de la sécurité nationale et d'assurer un rayonnement national et international, en cohérence avec les autres acteurs « défense » et les partenaires publics et privés.

Le périmètre de la recherche biomédicale de défense a été validé par l'EMA en juin 2009. Ces nouvelles orientations ont été prises en compte dans le cadre de la directive d'orientation de la recherche du SSA, actée par le conseil d'orientation de la recherche dès décembre 2009. En complément, la création de l'Institut de recherche biomédicale des armées (IRBA) est effective depuis le 1^{er} mars 2009.

La fermeture échelonnée des instituts et centres de recherche du SSA pour rejoindre l'IRBA se poursuit (IMASSA depuis juillet 2010, IMNSSA en juillet 2011, IMTSSA et CRSSA en juillet 2013) et les projets fédérateurs (NRBC et soutien médico-chirurgical des forces) en cours d'élaboration en partenariat avec la DGA et l'EMA permettront de répondre aux enjeux d'une recherche biomédicale de défense modernisée, copilotée par l'EMA, la DGA et le SSA.

La refondation de la formation initiale des praticiens s'est caractérisée par l'intégration progressive dès 2009 des études médicales dans le processus de Bologne (Réforme LMD) et par la recherche d'une amélioration de la performance d'ensemble de l'outil de formation initiale du service. Ceci a conduit, en cohérence avec les orientations de la RGPP, au regroupement sur un seul site des deux écoles du service de santé des armées (Bordeaux et Lyon) pour former une nouvelle et unique école de formation des praticiens : l'École de santé des armées (ESA).

Les actions préparatoires à la fermeture du site de Bordeaux et à la montée en puissance de la nouvelle école se poursuivent, après la rentrée en septembre 2009 d'une promotion unique sur le site de Lyon. Elles s'inscrivent dans le cadre d'une modernisation d'ensemble de la formation initiale des praticiens.

L'année 2010, à forts enjeux, doit à la fois concrétiser la création officielle de l'ESA au 02 juillet 2011 et poursuivre la refonte d'ensemble du dispositif de formation, à travers l'amélioration de la performance du recrutement initial et l'optimisation de la formation d'officier.



UNMR

FNPR

UNVR



L'évolution de la fonction ravitaillement sanitaire du SSA s'inscrit dans le prolongement du contrôle effectué par la cour des comptes en 2001 et d'audits externes réalisés en 2005. Les recommandations portent principalement sur l'optimisation des capacités de stockage et des niveaux de stocks associés, l'externalisation ou la suppression des activités hors cœur de métier, ainsi que la centralisation des achats – liquidation au sein de la direction des approvisionnements en produits de santé des armées (DAPSA).

Le resserrement du dispositif logistique a été largement amorcé, avec la fermeture des sites de Brest et Mondeville le 31 juillet 2009. La manœuvre RH s'est déroulée dans des conditions satisfaisantes pour les personnels, avec un taux de reclassement supérieur à la moyenne ministérielle. En complément, la DCSSA a décidé d'accélérer la centralisation de la fonction « achat » (marchés et commandes), avec pour objectif de faire de la DAPSA l'opérateur unique d'achats du ministère dans le domaine de la santé dès le 1^{er} janvier 2011.

La nouvelle organisation logistique se poursuit avec la concentration du site d'Orléans sur son cœur de métier (monitoring des opérations logistiques et maintenance des matériels), axant les sites de Marseille et de Vitry sur la fonction de distribution des articles et matériels pharmaceutiques. Dans cette optique, l'ERSA de Chartres sera consacré dès juillet 2001 et jusqu'à sa fermeture en juillet 2013, au stockage et à la maintenance des équipements biomédicaux, fonction qui sera assurée à terme par la plateforme logistique des matériels du SSA devant être créée sur le site de Chateau à partir de l'établissement central des matériels en 2013.

La refonte de la fonction RH du SSA s'inscrit dans le cadre des orientations issues des audits de modernisation des centres payeurs des armées, visant à mettre en œuvre une chaîne intégrée RH et solde. A ce titre, le SSA a initié une démarche de réorganisation de sa chaîne RH (tant sur le volet de son organisation que sur les processus qu'elle met en œuvre) supportée par des systèmes d'information modernisés.

La nouvelle organisation de la chaîne RH du SSA en trois échelons (central, central déconcentré, local), s'appuyant notamment sur une mutualisation de l'administration RH de proximité au sein des BLRH, est opérationnelle. Elle s'appuie sur un SIRH modernisé, Arhmonie, dont la connexion au système de solde interarmées LOUVOIS au premier trimestre 2011 concrétisera l'émergence d'une chaîne RH-solde intégrée.

La modernisation de la fonction RH du SSA s'inscrit dans une démarche d'ensemble

d'évolution de la GRH ministérielle qui se structurera, à horizon 2014, et conformément aux orientations de la RGPP, autour de processus harmonisés entre les différentes armées, directions et services. L'étude en cours sur l'évolution de l'administration centrale du service de santé des armées étudie actuellement la délocalisation de la sous-direction des ressources humaines à l'aune des sous-directions RH des états-majors.

Avec l'insertion en bases de défense, le SSA, prestataire de service au sein des BdD à travers les CMA, se positionne également en client bénéficiaire du nouveau réseau des BdD. En transverse à l'ensemble de ces projets, il s'inscrit pleinement dans la réforme ministérielle visant à mutualiser, au sein des groupements de soutien de la base de défense (GsBdD), les fonctions d'administration générale et de soutien commun (achats hors cœur de métier, SIC, infrastructures...). A ce titre, un projet chargé de sécuriser l'entrée en BdD (EBdD) a été créé en août 2010.

Enfin, dans le cadre de la création d'un pôle de gouvernance ministériel en 2014 sur le site de Balard, le service de santé des armées travaille sur une réorganisation de la Direction Centrale du SSA. Celle-ci se construit autour :

- d'un nouveau positionnement du SSA au sein du futur pôle de gouvernance ministériel de Balard (70 ETP en première estimation), en proximité du ministre, du CEMA et des Etats-majors afin d'apporter conseil et expertise santé ;
- d'une nouvelle organisation autour de 4 sous-directions garantissant le renforcement de l'ancrage militaire du service, l'articulation efficace du SSA avec les structures mutualisées ministérielles, les grandes fonctions métiers modernisées dans le cadre de la RGPP (Achats, RH, Finances...) et le nouveau dispositif de santé publique (Lien avec les Agences Régionales de Santé) ;
- d'un redimensionnement des effectifs de la DCSSA avec un objectif de réduction des effectifs d'administration centrale de 5 à 10%.

Une nouvelle dynamique

La Cour des comptes a organisé, le 7 octobre 2010, une conférence de presse au cours de laquelle elle a rendu public son rapport intitulé « Médecins et hôpitaux des armées » et les 14 recommandations qu'elle formule en soulignant le déficit de performance du SSA dans certains domaines. Tout au long de cette procédure, le SSA a fait valoir ses arguments et a répondu aux relevés d'observations intermédiaires et définitives, ainsi qu'au projet de rapport public.

A l'occasion du discours du ministre de la défense lors des journées d'actualités du service de santé des armées à Lyon le 20 octobre 2010, celui-ci, tout en réaffirmant la mission



du Service sur la base de ses cinq composantes majeures, a souligné, dans la lignée des recommandations de la cour des comptes, la nécessité de poursuivre l'amélioration de la performance globale du Service.

Le service de santé des armées a pris acte de cet objectif fixé par le ministre et s'est engagé avec détermination dans une démarche nouvelle d'évolution. Même si certains développements de la Cour paraissent devoir justifier un réexamen, notamment pour ce qui concerne le déficit d'exploitation des HIA (calculé selon les normes comptables des hôpitaux publics qui ne peuvent s'appliquer, en l'état, aux hôpitaux militaires), l'analyse du fonctionnement du SSA ne peut être exclusivement économique : sa mission de soutien des militaires, en tout temps et en toute circonstance, induit un coût consenti par la Nation, notamment pour prendre en charge les blessés sur les théâtres d'opérations extérieures). Une nouvelle dynamique de transformation doit donc être mise en œuvre.

Conscient que les premières réalisations concrètes et génératrices de gains issues du programme de transformation du SSA, en lien avec les objectifs RGPP, sont un pallier fondamental devant ouvrir sur une ambition complémentaire, il s'engage sur une nouvelle feuille de route intégrant en particulier les chantiers dimensionnants mis en avant par le ministre avec trois axes majeurs :

- l'adaptation du contrat opérationnel du SSA pour répondre aux évolutions du besoin des armées, afin d'évaluer les capacités nécessaires en volume et qualité pour répondre aux scénarii envisagés. Cette analyse permettra, entre autres, de donner des orientations sur la nouvelle répartition du socle hospitalier nécessaire à la projection et à une actualisation du schéma national d'organisation des soins militaires.

- l'amélioration de la performance économique du SSA, avec une concentration forte

des efforts autour d'un plan d'action relatif aux HIA (similaire au plan de redressement des hôpitaux publics). Le SSA devra à la fois réduire l'empreinte financière des hôpitaux militaires et améliorer la coordination avec le dispositif de santé publique ;

- l'intensification de plusieurs chantiers initiés dans le cadre du programme de transformation : la poursuite de la refondation initiale des praticiens en axant l'effort sur l'amélioration de l'efficacité du dispositif et l'évolution des plateformes pédagogiques visant à optimiser le site de Bron en étudiant les avantages du regroupement avec d'autres écoles du ministère de la Défense ; la poursuite de la réorganisation de la chaîne RH en lien avec l'évolution de la fonction RH ministérielle ; la poursuite de la restructuration des anciennes directions régionales du SSA vers des échelons intermédiaires modernisés ; l'intensification de l'insertion du SSA en bases de défense.

Ambitieuse et exigeante, la transformation du SSA est une réforme de grande ampleur. Cette mutation d'un service dont les missions sont confirmées, dont l'efficacité en opérations comme sur le territoire national sont reconnues, doit permettre d'améliorer la performance économique et l'efficacité d'un dispositif qui reste perfectible.

Plus qu'une remise en cause profonde, les recommandations de la cour des comptes récemment publiées doivent être perçues comme un levier complémentaire permettant de poursuivre les évolutions engagées. Couplées aux orientations initiales du Livre Blanc et de la RGPP, elles engagent pleinement les cinq composantes majeures du SSA (la médecine d'unité, la médecine hospitalière, le ravitaillement sanitaire, la formation initiale et la recherche) dans une démarche de modernisation nécessitant l'implication de tous au sein d'un projet collectif de soutien des forces.



OPERATION PANGEA III

Lutte contre les réseaux de vente illicite de médicaments sur Internet

Xavier WAGNER*



L'opération internationale PANGEA III (du grec gaia : terre et pan : entière), destinée à lutter contre la vente illicite de médicaments contrefaits (photo 1) sur Internet a impliqué plus de 40 pays. En France cette opération a été coordonnée par l'**OCLAESP** (Office Central de Lutte contre les Atteintes à l'Environnement et à la Santé Publique), en partenariat avec l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé). Elles ont également impliqué les services de la police, les unités de Gendarmerie territorialement compétents ainsi que les services des douanes.

Installé à Arcueil (94), l'OCLAESP (photo 2) est rattaché à la sous-direction de la police judiciaire de la Direction Générale de la Gendarmerie Nationale (DGGN) et a pour domaine de compétence la lutte contre les infractions liées à l'environnement et à la santé publique, à l'exception des matières relevant spécifiquement de l'office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants et de celui chargé de la répression du trafic des armes, munitions, des produits explosifs et des matières nucléaires. Cinq grandes missions lui ont été attribuées : animer et coordonner, à l'échelon national et au plan opérationnel, les investigations de police judiciaire relatives aux infractions entrant dans son domaine de compétence ; observer et étudier les comportements les plus caractéristiques des auteurs et complices ; centraliser les informations relatives à cette forme de délinquance en favorisant leur meilleure circulation ; assister les unités de la gendarmerie nationale et les services de la police nationale, ainsi que ceux de tous les autres ministères intéressés ; participer dans son domaine de compétence à des actions de formation et d'information.

PANGEA III, troisième opération fait suite aux semaines d'action concertée d'envergure internationale en 2008 et 2009, est la plus vaste opération de ce type menée sur Internet pour soutenir l'action du groupe spé-

cial international anticontrefaçon de produits médicaux (IMPACT). Elle a été coordonnée par INTERPOL, l'organisation mondiale des douanes (OMD), le Permanent Forum on International Pharmaceutical Crime (PFIPC) ainsi que le Head of Medicine Agencies Working Group of Enforcement Officers (HMA WGEO).

Organisée du 5 au 12 octobre 2010, cette opération mondiale a été centrée sur les fournisseurs d'accès à Internet, les systèmes de paiement ainsi que les services de messagerie qui constituent les trois principaux éléments utilisés par des sites Internet commercialisant des médicaments illicites et dangereux. Cette démarche est intervenue avec la participation des services de police, des douanes et des autorités compétentes en matière de médicaments et a reçu le concours des fournisseurs d'accès à Internet (FAI), des fournisseurs de systèmes de paiement et des sociétés de messagerie.

En France, l'opération PANGEA III avait fait l'objet d'une phase préparatoire en juillet 2010 via une veille sur Internet pour identifier des sites illégaux, conduite par les services de gendarmerie et de police spécialisés dans la cyberdélinquance et par l'AFSSAPS. Tous les sites hébergés à l'étranger et proposant des médicaments aux consommateurs français ont fait l'objet d'une transmission aux autorités étrangères concernées via Interpol.

Les sites hébergés en France ont été l'objet d'opérations judiciaires réalisées sous l'égide des parquets de Paris, Clermont-Ferrand, Lille, Nantes, Bobigny, Versailles et Pontoise, par les enquêteurs de la police et de la gendarmerie nationale territorialement compétents et avec le concours des enquêteurs de l'OCLAESP et des inspecteurs de l'AFSSAPS.

L'opération PANGEA III a ainsi permis une série d'arrestations et la saisie de médicaments contrefaits (photo 3) et de dispositifs médicaux contrefaits, tous potentiellement dan-



* Médecin en Chef, Vice Président de l'UNMR
Secrétaire Général du GORSSA

gereux, qui pourront conduire au démantèlement de réseaux illicites. Les produits saisis en France sont essentiellement des produits indiqués dans les troubles de l'érection, des produits utilisés dans le milieu sportif pour accroître les performances (anabolisants stéroïdiens, clenbutérol, tamoxifène, clomifène, hormone de croissance, éphédrine), des médicaments de diverses classes thérapeutiques (anxiolytiques, hypnotiques, antiulcéreux, antidiabétiques, antispasmodiques, diurétiques) mais aussi des dispositifs médicaux tels les lentilles de contact et les solutions de rinçage pour lentilles. Tous les produits d'origine incertaine ou potentiellement falsifiés saisis sont actuellement analysés dans les laboratoires de contrôle de l'AFSSAPS.

Bilan de l'opération :

- 164 sites Internet illégaux de mise en ligne de médicaments ont été identifiés, dont 19 rattachés à la France (145 sites localisés à l'étranger ont été communiqués à Interpol pour investigations par les pays concernés).
- 8 procédures réalisées conduisant à 3 gardes à vue et cinq auditions de suspects.
- 11 enquêtes engagées par voie de réquisitions pour poursuivre les investigations.
- 11 fermetures de sites Internet illicites localisés en France.
- 2 nouvelles enquêtes engagées à la suite de signalements du Canada et de la Croatie.

L'infraction principalement visée est l'exercice illégal de la profession de pharmacien (sanctionné de 2 ans d'emprisonnement et 30.000 d'amende).

En achetant sur Internet, les consommateurs s'exposent à recevoir des médicaments dont la qualité n'est pas garantie, dont la provenance et les circuits empruntés sont inconnus et dont le rapport bénéfice/risque n'est pas évalué. Les médicaments proposés sur Internet peuvent être périmés ou altérés par les conditions de stockage ou de transports inadaptés.

Selon l'OMS, environ 50% des médicaments vendus sur Internet seraient des contrefaçons. Outre les contrefaçons de médicaments, un grand nombre de produits falsifiés circule sur Internet : pseudo médicaments génériques non autorisés en Europe, pseudo compléments alimentaires répondant à la définition du médicament de par leur composition ou leur indication (tels certains

produits du dysfonctionnement érectile ou à visée amaigrissante).

L'AFSSAPS rappelle que l'achat de médicaments sur Internet comporte de nombreux risques pour la santé des consommateurs et peut favoriser le mauvais usage des médicaments. Seul le circuit des pharmacies d'officine est régulièrement contrôlé par les autorités sanitaires.



Références :

- Gend'Info, Ecologie-Environnement, les nouveaux défis, n° 305, Mars 2008
- SIRPA Gendarmerie : info@gendarmerie.interieur.gouv.fr Tel : 01 56 28 63 45
- www. INTERPOL.int/ Public/ICPO/ Press Releases
- AFSSAPS, note d'information du 14 octobre 2010.

JOURNEES EUROPEENNES DU PATRIMOINE 2010

Baudéan (Hautes-Pyrénées)

« QUAND FEMMES ET HOMMES CONSTRUISENT L'HISTOIRE » :
HONNEUR AU BARON DOMINIQUE LARREY



Les 18 et 19 septembre était célébré le souvenir du Baron Dominique Larrey dans son village natal de Baudéan, juste au sud de Bagnères de Bigorre, en vallée de Campan, au pied des célèbres cols de Peyresourde et du Tourmalet. C'est le MC(er) Jean Renault, Président de l'Association des Amis de Larrey qui, depuis plusieurs mois, conçoit, bâtit et organise autour du musée situé dans la maison natale du célèbre chirurgien des armées de Napoléon 1^{er}, le déroulement de cet hommage.

Dès le début, le MGI C. Mourareau, Directeur Régional du SSA de Bordeaux, encourage et soutient cette initiative. Cette manifestation se déroule sur deux journées. Les deux Régiments TAP de Tarbes sont mis à contribution : le 35^{ème} RAP avec véhicule 4x4 et VAB sanitaires équipés de leurs personnels ainsi que le 1^{er} RHP avec sa fanfare régimentaire composée de 22 musiciens en costume d'époque (1807). Les CDC(R) P. Pécheur et Ph. Clin ont assuré la liaison avec leurs unités respectives où ils effectuent leurs ESR, tandis que le MC Catanèse, Médecin Chef du CMA de Pau et le MC Dejonghe, chargé de mission du DRSSA, font le lien avec la Direction Régionale.

Sur place, outre le SSA, l'Association des Amis de Larrey et les deux Régiments TAP, sont également présents : le Conseil Général des Hautes Pyrénées, la Région Midi-Pyrénées, le Service d'Incendie et de Secours des Hautes Pyrénées, la Sécurité Civile, la Direction départementale de la Mémoire, du

Patrimoine et des Archives, le Souvenir Napoléonien, l'Institut Européen de Télémédecine, l'IHEDN Midi-Pyrénées, la Croix Rouge Française, le Bleuets de France, le Souvenir Français.

Sur la prairie, les membres du Souvenir Napoléonien ont reconstitué un bivouac de l'époque impériale et sont déjà en costumes dès le samedi matin. Les chevaux et leurs cavaliers hussards prennent position. Ces journées européennes du Patrimoine sont ouvertes par Madame la sous-Préfète de Bagnères de Bigorre et par le MGI C. Mourareau, Directeur Régional du SSA de Bordeaux en compagnie du Maire de Beaudéan, du Colonel Magny, DMD des Hautes Pyrénées et des Chefs de Corps du 35^{ème} RAP et du 1^{er} RHP. Après discours et dépôt de gerbes au Monument aux Morts, les autorités présentes, accompagnées des Médecins Chefs des CMA de Pau et de Toulouse, des médecins référents des deux régiments, ainsi que de nombreux réservistes du SSA venant des environs ou de beaucoup plus loin, se rendent au musée puis sur le site où les attendent les différents intervenants. Un public déjà nombreux est présent, attentif, intéressé. Les tentes et véhicules sanitaires des Sapeurs Pompiers, de la Croix Rouge, de la Sécurité Civile, le VAB santé, attirent de nombreux visiteurs. La météo s'améliore, mais la température nous rappelle que nous sommes au pied de la montagne et au début de l'automne.

Vers 17h30, après la lecture de plusieurs lettres particulièrement évocatrices du Baron Larrey, en présence de Madame Josette DURRIEU, sénatrice, Présidente du Conseil Général et devant les quelque deux cent auditeurs réunies dans la cour du musée, le MG Choukroun fait don de son bicorne d'étudiant « Santard » au président de l'Association des Amis de Larrey, le MC(er) Jean Renault, après que le CDC(r) J.P. Delobel eût lu ce texte écrit en l'honneur du donateur par les réservistes présents :

« Le Baron Larrey, que nous honorons aujourd'hui, représente l'origine d'une longue lignée de praticiens militaires qui, de génération en génération, a largement contribué à bâtir le socle du Service de Santé des Armées. Ces praticiens, formés par les écoles de Bordeaux et de Lyon, désormais réunies à l'ESA de Lyon-Bron, ont un jour accueilli un jeune Santard : Georges Choukroun. Comme tous ses camarades, et pour les grandes cérémonies, il sera alors coiffé du bicorne.

La carrière militaire du Docteur Choukroun a commencé par le grade d'Elève Officier Médecin pour arriver à celui de Médecin Général. Belle trajectoire dominée par l'action ! Nommé à la Direction Centrale du Service de Santé, au poste de Chef du Bureau Réserves, il contribua de façon décisive à la mise en place



de cette composante, véritable lien entre la Nation et son Armée. Il fût et demeure pour nous un très estimé « Patron ». Et à côté du Médecin Général, nous saluons son épouse Maryse. Aujourd'hui, image parfaite de cette continuité initiée par le Baron Larrey, il fait don de son bicorne. Ce geste symbolique qui l'honore rejaillit sur l'ensemble d'entre nous. Nous le saluons et l'en remercions. »

Puis, c'est au tour du Dr Chaouky, médecin urgentiste et éminent historien, suivi du MG (2^{es}) Ambrosini, talentueux biographe, de nous faire revivre la vie de Dominique Larrey, de la resituer dans son contexte historique, depuis la fin de la Révolution française jusqu'à celle de l'Empire Napoléonien. Les spectateurs, installés sous un chapiteau dans la cour du musée, sont particulièrement attentifs malgré la température qui fraîchit. L'assistance est ensuite conquise par l'intervention du Pr Louis Lareng, pionnier de la télémédecine et fondateur des Samu de France (1968 !...), service précurseur imité aujourd'hui dans le monde entier.

Quel symbole ! Dans cette cour, Dominique Larrey enfant y fit ses premiers pas. Brillant élève, il y vécut jusqu'à sa quatorzième année, avant de partir vers Toulouse, pour rejoindre à pied son oncle chirurgien à l'hôpital de la Grave et y suivre, encore tout jeune adolescent plein de promesses, son enseignement puis, plus tard, ceux des grands maîtres au Val de Grâce.

Créateur des « ambulances volantes », désireux de porter sans cesse ses soins avisés au plus près de la mitraille, aujourd'hui, plus de deux siècles plus tard, sur les lieux de son enfance, un autre homme de talent et d'énergie, pétri d'humanisme et de sagesse nous fait le récit de ses propres « batailles ». Un grand moment d'espoir, une belle leçon d'humanité !...

Cette première journée se termine par une reconstitution nocturne particulièrement réaliste avec force salves d'infanterie, intervention du chirurgien, et l'on entendra enfin dans la nuit tonner le canon sur la proche colline.

Tout au long de la journée du dimanche, la foule afflue à nouveau vers Baudéan. Il faut agrandir en urgence les parkings !

Sous un ciel d'azur, les démonstrations se succèdent : chirurgie de guerre, présentation particulièrement didactique des instruments chirurgicaux d'époque, charges de cavalerie, vie au bivouac, évocation et correspondance de Dominique Larrey mais aussi médecine actuelle de l'avant et présentation des matériels et des techniques d'urgence de pointe... A ce sujet, les 20 « reconstituteurs » costumés venus des 4 coins de France n'étaient pas membres du Souvenir Napoléonien mais faisaient partie de plusieurs associations de reconstitutions historiques fédérées pour l'occasion par le Dr Bernard Baldivia anesthésiste-réanimateur au CH de Martigues et ORSSA.

Le baron Larrey était un homme hors du commun, connu, reconnu et admiré de tous les soldats de la Grande Armée et de leur chef suprême, l'Empereur Napoléon 1^{er}.

Aujourd'hui, quelques uns, avec passion, par leur volonté et leur ténacité, compris et suivis par les autorités civiles et militaires, lui ont rendu ainsi un hommage particulièrement exceptionnel, unanimement applaudi.



Informations « officielles » : nominations, promotions, législation, réglementation

ORDRE NATIONAL DU MERITE

Décret du 8 novembre 2010 portant promotion et nomination

Par décret du Président de la République en date du 8 novembre 2010, pris sur le rapport du Premier ministre et du ministre de la défense et visé pour son exécution par le chancelier de l'ordre national du Mérite, vu la déclaration du conseil de l'ordre en date du 20 octobre 2010 portant que les présentes promotions et nominations sont faites en conformité des lois, décrets et règlements en vigueur, sont promus ou nommés, pour prendre rang à compter de la date de la remise réglementaire de l'insigne, les militaires n'appartenant pas à l'armée active désignés ci-après :

SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

Au grade d'officier

CAZALBOU (Georges, Pierre, Yves), 4 mai 1952, médecin en chef. Chevalier du 18 octobre 1996.

LATOURE (Georges, René, Bertrand), 2 septembre 1947, médecin en chef. Chevalier du 13 juillet 1990.

LE GUEN (Georges, Marcel), 18 août 1955, médecin en chef. Chevalier du 24 mai 2001.

Rolland (Roger, Elie, Lucius), 30 juin 1953, médecin en chef. Chevalier du 14 novembre 1994.

SCOTTO (Jacques, Michel, Auguste), 24 octobre 1937, médecin en chef honoraire. Chevalier du 2 décembre 2002.

Au grade de chevalier

ALLANORE (Patrice), 25 septembre 1959, médecin en chef.

APOSTOLOU (Philippe), 20 février 1959, chirurgien-dentiste en chef.

ARNETTE (Claude, Paul, Emile), 18 mars 1950, vétérinaire en chef.

BELLENOT (François, Charles, Albert), 24 juin 1953, médecin en chef.

BRAESCU (Jacques, Georges), 3 mars 1957, médecin en chef.

BROUSSET (Jean-Jacques, Patrick, Marie), 19 avril 1949, médecin en chef.

CASSELY (Michel, Jean, Marie), 5 février 1949, médecin en chef.

DALÈGRE (Michel, Gérard, Marie), 8 novembre 1962, pharmacien en chef.

DANIEL (Annie, Marie), épouse Blanco de la Torre, 18 août 1957, médecin principal.

DELOSTE (Jean-Yves, Marie), 7 novembre 1951, médecin en chef.

GOY (Geneviève, Henriette, Thérèse), 17 novembre 1949, infirmier surveillant des services médicaux.

HAIMOVICI (Joseph, Charles), 10 novembre 1954, médecin en chef.

LE GUEN (Hervé, Pierrick, Jos), 25 décembre 1962, chirurgien-dentiste en chef.

LIZET (Gérard, Michel), 15 août 1952, capitaine.

LOUIS (Lysiane, Raymonde), épouse Selic, 3 novembre 1958, secrétaire médicale de classe supérieure.

MALQUIN (Dominique, André, Gustave), 11 janvier 1953, pharmacien chimiste en chef.

MARTELET (François-Régis, Marie, Eugène), 17 février 1960, médecin en chef.

NICOMETTE (Dominique, Emilie, Blanche), 1^{er} avril 1957, technicien de laboratoire de classe supérieure.

RABOTEAU (Bernard, Jean-Yves), 26 décembre 1938, médecin en chef honoraire.

ROBERT (Jacques, René, Paul), 21 septembre 1926, pharmacien chimiste en chef honoraire.

ROUHIER (François-Jean, Guy, Fernand), 1^{er} mai 1961, chirurgien-dentiste en chef.

ROUSSIGNOL (Bernard, Gustave, Edmond), 7 janvier 1939, médecin en chef honoraire.

TUFFREAU (Eric, Pierre, Alexandre), 17 mars 1965, chirurgien-dentiste principal.

VALENTIN (Marie-Jeanne, Joséphine), épouse Plumecocq, 1^{er} juin 1948, cadre de santé.

VOLOT (François, Jean, Louis), 20 novembre 1960, médecin en chef.

Décret du 13 octobre 2009 portant nomination et promotion dans la réserve opérationnelle

Par décret du Président de la République en date du 13 octobre 2009, sont nommés ou promus dans la réserve opérationnelle :

SERVICES COMMUNS

SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

Corps des internes des hôpitaux des armées

Au grade d'interne de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} juin 2009

Le médecin aspirant de réserve TROSSAT (Valérian, Pierre, Maurice).

Mlle DALLOZ-FURET (Marie-Amélie, Béatrice, Jeanne).

Corps des médecins des armées

Au grade de médecin de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} octobre 2006

L'aspirant de réserve JANY (Jean-François, Patrick).

Pour prendre rang du 1^{er} août 2008

Mme HUGONIE (Aude, Jeanne, Gisèle).

Pour prendre rang du 1^{er} février 2009

L'interne de réserve SZYMEZAK (Pierre, Jean-Paul, Daniel).

Pour prendre rang du 1^{er} mars 2009

M. CREST (Jean-Paul, Marie, Vital, Marcel).

Pour prendre rang du 1^{er} avril 2009

Mme BELTRAN (Ana-Isabel).

M. BEY-BOUMEZRAG (Abderahman).

Mme COULON (Laurence, Maryse).

M. FRASSA (Gwénaél).

Mme LE MELLE (Laure-Anne, Evelyne, Marie).

Pour prendre rang du 1^{er} mai 2009

M. FOUÉRÉ (Thierry, Jean-Michel, Marie).

Pour prendre rang du 1^{er} juin 2009

L'aspirant de réserve DEL GALLO (Gérald).

Mme FLIN (Catherine, Josette, Simone).

M. SCHJOTH (Bruno, Henri, Richard).

M. TARSISSI (Omar).

Décret du 30 août 2010 portant nomination dans la réserve opérationnelle

NOR: DEFM1019624D

Par décret du Président de la République en date du 30 août 2010, sont nommés dans la réserve opérationnelle :

SERVICES COMMUNS

SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

Corps des internes des hôpitaux des armées

Au grade d'interne de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} mai 2006

L'aspirant de réserve DURPOIX (Anne-Cécile, Julie).

Pour prendre rang du 1^{er} septembre 2009

M. HAAS (Jérémy).

Pour prendre rang du 1^{er} avril 2010

Mlle BÉRA (Géraldine, Simone, Céline).

Corps des médecins des armées

Au grade de médecin de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} septembre 2004

L'aspirant de réserve GERAIN (Matthieu, Alexandre).

Pour prendre rang du 1^{er} août 2009

Mme de BERNARDI (Patricia, Jeanne, Emilie, Lola).

Pour prendre rang du 1^{er} octobre 2009

Mme BITAR (Salma). M. Tawil (Hani).

Pour prendre rang du 1^{er} novembre 2009

L'aspirant de réserve TROUILLET (André, Bernard, Robert, Ghislain).

M. BOSSON (Wilfried, Jean, Albert).

Pour prendre rang du 1^{er} décembre 2009

Mlle PENVEN (Katel).

Mlle RADOUL (Lucille, Marie, Denise).

Pour prendre rang du 1^{er} février 2010

L'interne de réserve ANDRIEU (Gwénaél, Christian, Michel).

Pour prendre rang du 1^{er} mars 2010

M. DUPORTE (Pierre).

Pour prendre rang du 1^{er} avril 2010
L'interne de réserve LETELLIER (Guy, Roger, Paul, Marie).

M. CHALARD (Pascal, Pierre).
M. ELEGBEDE (Akanbi, Olatundé, Yves).
Mme GOUGES (Julie).
Mme SAY (Catherine, Andrée, Suzanne, Marie).

Pour prendre rang du 1^{er} mai 2010
Mme COURTENS (Florence, Mariette).
M. JACQUESSON (Jean-Luc).
Mme MARIAUX (Evelyne, Christiane, Alaine).
M. MIGRAINE (Bertrand, William, Christian).
Pour prendre rang du 1^{er} juin 2010
Mme GARÇON (Nadia).

Corps des pharmaciens des armées

Au grade de pharmacien de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} décembre 2009
L'aspirant de réserve CIOSEK (Jean-Denis).
Pour prendre rang du 1^{er} mars 2010
M. STEFFEN (Loïc).

Corps des vétérinaires des armées

Au grade de vétérinaire de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} janvier 2010
Mlle GAUTIER (Nathalie, Méлина, Maurice, Claude).
Pour prendre rang du 1^{er} mai 2010
Mme DANJOU (Orianne, Françoise, Michèle).

Corps des chirurgiens-dentistes des armées

Au grade de chirurgien-dentiste de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} octobre 2009
Mme POUSET (Bénédicte, Marie, Isabelle).
Pour prendre rang du 1^{er} mai 2010
M. LAURENT (Florian, Gauthier).

Corps technique et administratif du service de santé des armées

Au grade de sous-lieutenant de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} novembre 2009
M. BIDANEL (Jacques).
M. BOSSER (Pierre).
Mlle FRANIER (Marianne, Juliette, Brigitte).
M. LANFRANCHI (Pascal, Robert, Julien, Marc).
M. SABINE (Frantz, Kévin, Jonathan).
Pour prendre rang du 1^{er} décembre 2009
Mme ALEXANDRE (Pascale, Simone, Marie).
M. DION (Fabrice, Michel, Alain).
Mlle MAINPIN (Clémence).
Pour prendre rang du 1^{er} janvier 2010
M. CAVELIER (Florent, Georges, Jacques).
M. RISCH (Mickaël).
Pour prendre rang du 1^{er} février 2010
Mme PIALLOUX (Delphine).
Pour prendre rang du 1^{er} mars 2010
M. VESSILLER (Lionel, Jean).
Pour prendre rang du 1^{er} avril 2010
M. THAUVIN (Xavier, Jean-Georges).

Pour prendre rang du 1^{er} juillet 2010
M. ENDRES-LE SAUX (Pierre, Marc, Roger).

MILITAIRES INFIRMIERS ET TECHNICIENS DES HÔPITAUX DES ARMÉES

Corps des directeurs des soins

Au grade de directeur des soins de 2^e classe de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} novembre 2009
M. UHRIG (Christian, Joseph, Jean).
Pour prendre rang du 1^{er} décembre 2009
Mme MUTTI (Viviane, Claire).

Corps des cadres de santé

Au grade de cadre de santé de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} septembre 2009
M. LEGALLAIS (Erick, Marcel, Michel, Jean).

Bulletin Officiel

(BOC N°31 du 30 juillet 2010)

Nominations

Au grade d'infirmier de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 6 avril 2010
ROUSSEL (Lorianne, Cyrille)

Corps des volontaires de réserve

Au grade de 2^{ème} classe

Pour prendre rang du 30 mars 2009
PARISSE (Fanny, Emilie)
Pour prendre rang du 18 juin 2009
BERTRAND (Manon, Jeanne, Françoise)
Pour prendre rang du 24 juin 2009
ASCENSIO (Laura)
COURIVAUD (Estelle, Amélie, Marie-Claude)
NGUYEN-HUY-THUY (Ella, Marie, Diane)
Pour prendre rang du 26 août 2009
PEYRAT (Laure-Anne)
Pour prendre rang du 11 février 2010
BENYAMINA (Habib)
Pour prendre rang du 7 avril 2010
BONALDI (Jade, Simone, Charlotte)
BURNIE (Anaïs, Marie-Laure)
CECCONI (Sabrina, Eliane, Renée)
CHETTAB (Linda, Malika, Zaihia)
CRINON (Marie-Emeline, Lucienne)
DAHMANI (Françoise)
DUBREY (Brice)
EMBOULAS (Alexandre)
ESPITALIER (Marie-Yvette, Jeanne)
GEAUGEY (Célia, Jeanne, Marcelle)
GIRARD (Héloïse, Sarah)
GONZALEZ (Marie)
LEOTOING (Claire)
MENAGER (Jessy)
MOREL (Camille)
MORIZET (Marion, Jeanne, Corinne)
PUIGPINOS (Manon, Marie, Margueritte)
SARRAN (Christelle, Audrey, Monique)
TURLUTTE (Pauline, Géronima, Lydia)
VERNET (Aurélie, Marie-Andrée)
ZOUAGHI (Nadia)

Bulletin Officiel

(BOC N°33 du 12 août 2010)

Nominations

Au grade d'infirmier cadre de santé de réserve

Pour prendre rang du 10 février 2010
GALI (Leila)

Au grade de cadre de santé de réserve

Pour prendre rang du 15 juin 2010
DECOR (Thierry, Denis) né le 5 mai 1961

Changement d'armée (Le major de réserve de l'armée de l'air est nommé dans le corps des secrétaires médicaux au grade de secrétaire médical de classe exceptionnelle de réserve à compter du 15 mai 2010).

BOURSE (Serge, François, Etienne) né le 19 juillet 1954

Changement d'armée (Le caporal de réserve de l'armée de l'air est nommé dans le corps des médecins des armées au grade d'aspirant de réserve à compter du 1^{er} juin 2010).

PAYET-REVEST (Camille, Colette, Léone) née le 27 janvier 1988

Au grade de secrétaire médical de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 7 avril 2010
GOIC (Sophie)
Pour prendre rang du 26 avril 2010
TALOC (Carole)
Pour prendre rang du 28 avril 2010
LOSSOUARN (Carole, Vanessa)

Au grade d'infirmier anesthésiste de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 6 mai 2010
LOPEZ (Christophe, Marcel)

Au grade d'infirmier de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 22 janvier 2010
KROMMENACKER (Yannick)
Pour prendre rang du 23 avril 2010
BLUET (Olivier, Raymond, Albert)
Pour prendre rang du 6 mai 2010
KERBOURCH (Christel, Christine, Géraldine)
Pour prendre rang du 1^{er} juin 2010
MOUGENOT (Marc, Daniel) né le 16 juin 1974

Changement d'armée (La première maître de réserve de la marine nationale est nommée dans le corps des infirmiers au grade d'infirmier de classe normale de réserve à compter du 1^{er} juin 2010).

SALAUN (Anne) née le 7 septembre 1972

Au grade de masseur-kinésithérapeute de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 19 novembre 2009
DROUIN (Maggy, Evelyne)
Pour prendre rang du 27 avril 2010
SWIATODYCZ DE KISIEL (Jérôme, Nicolas, Ladislav)

UNMR

FNPR

UNVR

Changement de corps (La volontaire de réserve est nommée dans le corps des secrétaires médicaux au grade de secrétaire médical de classe normale de réserve à compter du 17 octobre 2009).

GUESSARD (Jade, Aurélia, Olivia) née le 7 juin 1990

Changement d'armée (Le capitaine de réserve de l'armée de terre est nommé dans le corps technique et administratif au grade de capitaine de réserve à compter du 1^{er} juin 2010).

HISSUNG (Serge, André) né le 19 septembre 1953

Au grade de technicien de laboratoire de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 16 octobre 2009

BONIFACE (Chantal, Marie) née le 11 novembre 1982

**Bulletin Officiel
(BOC N°34 du 20 août 2010)**

Nominations

Au grade de secrétaire médical de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 30 avril 2010

LOUISIN (Laurent, Louis, Julien) Texte 24

Corps des volontaires de réserve

Au grade de caporal-chef pour prendre rang du 18 septembre 2009

MIATH (Alberte, Toussine) Bulletin Officiel (BOC N°36 du 3 septembre 2010)

Nominations

Au grade de secrétaire médical de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 26 avril 2010

MARTIN (Patricia, Paul, Joëlle)

Changement d'armée (La caporale de réserve de l'armée de terre est nommée dans le corps des secrétaires médicaux au grade de secrétaire médical de classe normale de réserve à compter du 15 juin 2010).

CHARTON (Laëtitia, Monique, Madeleine) née le 9 avril 1986

**Bulletin Officiel
(BOC N°38 du 16 septembre 2010)**

Nominations

Au grade d'orthoptiste de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 20 mai 2010

MURE (Véronique, Yvonne, Gratiennne)

Au grade d'infirmier de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 10 novembre 2006

LAMOUREUX (Jessica)

Pour prendre rang du 8 juin 2009

FERMANEL (Maëva, Maryse, Louise) née le 23 décembre 1985

Pour prendre rang du 29 septembre 2009

DENJEAN (Elodie, Stéphanie)

Pour prendre rang du 18 décembre 2009

MARTINEAU (Geneviève, Raymonde)

Pour prendre rang du 31 mai 2010

ROSSI (Marc, Christophe, Jean)

Pour prendre rang du 14 juin 2010

TERRADE (Fabrice, Pierre, Lucien)

Pour prendre rang du 25 juillet 2010

GOUIRAND (Bénédicte, Paule, Christine)

RONSSIN (Marie-Madeleine, Elisabeth, Françoise, Agathe)

Pour prendre rang du 1^{er} août 2010

BRUNET (Jérôme, Gérald, Didier) né le 23 novembre 1986

Au grade d'infirmier de classe supérieure de réserve

Pour prendre rang du 28 novembre 2008

DELOR (Dominique, André)

Au grade de secrétaire médical de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} décembre 2009

JAI-LEBOT (Alexandra)

Au grade de secrétaire médical de classe supérieure de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} août 2010

PERRON (Guy, Gilbert) né le 12 juin 1954

Au grade de masseur-kinésithérapeute de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} août 2010

PATRIER (Dominique) né le 22 novembre 1956

Corps des volontaires de réserve

Au grade de 2^{ème} classe pour prendre rang du 18 juin 2010

AUJARD (Raphaëlle)

ALLARY (Alexandre, Paul)

AMOUROUX (Marie, Edith, Monique)

BERGHEAU (Fiona, Fanny)

CAMBLAIN (Julien, Eric, Roger)

CLUZEL (Marion, Brigitte, Anne)

CORBEAU (Iléana, Marie, Aurélia)

COYE DE BRUNELIS (Anne-Sophie, Marie, Béatrice)

DECROCK (Marc, Denis, Michel)

DELCROS (Camille)

DESCOUX (Jérémy)

DEVAUX (Juliette, Suzanne, Claude)

FALGUIERES (Julie, Alizée, Marie)

MAUBERT (Marine, France, Tanguy)

ROUEN (Chloé, Coralie, Monique, Renée)

VELLA (Caroline, Jeanne, Olga, Marie, Agnès)

VILLARD (Silène, Valentine, Mariam)

Au grade de technicien de laboratoire de classe supérieure de réserve

Pour prendre rang du 3 juin 2010

KERN (Régis, Raymond)

Au grade d'aspirant de réserve dans le corps technique et administratif

Pour prendre rang du 8 juillet 2010

COUPEAU (Sylviane, Marie-Louise)

Bulletin Officiel

(BOC N°39 du 24 septembre 2010)

Nominations

Au grade d'aspirant de réserve (corps des chirurgiens-dentistes des armées)

Pour prendre rang du 17 juin 2010

PEIGNON (Kévin, Jean-Marie, Philippe, Michel) né le 17 avril 1987

Au grade d'infirmier de bloc opératoire de classe supérieure de réserve

Pour prendre rang du 15 mai 2009

BIGOT (Christine, Marie)

Au grade d'infirmier de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 9 février 2010

GIBILARO (Audrey, Tiffany)

**Bulletin Officiel
(BOC N°40 du 1^{er} octobre 2010)**

Nominations

Au grade de secrétaire médical de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 15 décembre 2009

FABRES (Myriam)

Au grade d'infirmier de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 15 mai 2008

MINATCHY (Agnès) née le 17 août 1982

Pour prendre rang du 28 avril 2009

LIOT DE NORMBECOURT (Mathilde, Marie, Charlotte)

Pour prendre rang du 29 juin 2010

TAITE (Julie)

Pour prendre rang du 8 juillet 2010

PINEAU (Maurice, Henri, Paul)

Pour prendre rang du 28 juillet 2010

ROBERT (Stéphane, André, Dominique) né le 23 octobre 1972

Pour prendre rang du 1^{er} septembre 2010

DUPONT (Véronique, Carole, Vanessa) née le 7 août 1975

Au grade d'aspirant de réserve dans le corps technique et administratif

Pour prendre rang du 1^{er} juin 2010

MOTTA (Isabelle, Andrée, Suzanne) née le 17 juin 1988

Au grade d'élève officier de réserve (corps des médecins des armées)

Pour prendre rang du 24 août 2009

DELEPLANQUE (Marine, Caroline, Ann) née le 26 mai 1987

Au grade de secrétaire médical de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 8 juillet 2010

BESSAQUE (Vanessa)

Pour prendre rang du 27 juillet 2010

CHARRON (Eric, Charles, Maurice)

**Bulletin Officiel
(BOC N°41 du 8 octobre 2010)**

Nominations

Au grade d'infirmier anesthésiste de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} septembre 2001

MANTEZ (Stephen, Jérôme, Patrick)

Pour prendre rang du 10 octobre 2008

MARY-SIDA (Marie, Chantal)

Au grade d'infirmier de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 24 juin 2010

FRIDRICK (Sophie, Anne)

FNCDR

ANORCTASSA

AMITRHA

Pour prendre rang du 20 juillet 2010
AUMONIER (Caroline, Marie, Bertrand)

Au grade de secrétaire médical de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 13 avril 2007
PICARD-TURPIN (Jean-Pierre)
Pour prendre rang du 28 avril 2009
LEVENEUR (Isabelle, Jacqueline, Mireille)
Pour prendre rang du 1^{er} décembre 2009
BOUILHOL (Sandrine, Marie-Pierre)
Pour prendre rang du 19 avril 2010
BRUSSELLE (Bénédicte, Catherine, Florine)
Pour prendre rang du 25 juin 2010
BERTRANNE (Eric, Olivier)
Pour prendre rang du 9 août 2010
LATAPIE-SERE (Emilie, Alicia, Reine)
Pour prendre rang du 24 août 2010
SCHMITT (Chantal, Cécile, Thérèse)

Au grade d'aide-soignant de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 15 juillet 2010
DUCHEMIN (Isabelle, Louise)

Au grade de technicien de laboratoire de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 3 août 2010
PICHAT (Yoann, Bernard)

Corps des volontaires de réserve

Au grade de 2^{ème} classe pour prendre rang du 9 mars 2010

LEON (Elisabeth)

Au grade de 2^{ème} classe pour prendre rang du 29 juin 2010

BEULE (Aurélien)
CREMONT (Lisa, Lucille) Texte 29
HONTANG (Elodie, Josette, Elida, Sylvie) Texte 29
LACUGUE (Laure, Catherine, Jacqueline) Texte 29
NEBOUT (Mireille, Nicole, Pierrette) Texte 29
PEYRE (Marie, Madeleine, Marguerite) Texte 29
TCHEKINIAN (Marion, Nadine, Monique) Texte 29

Au grade d'élève officier de réserve (corps des médecins des armées)

Pour prendre rang du 24 août 2009
DEGEZELLE (Damien, Philippe, Noël) né le 5 novembre 1986

Au grade d'infirmier cadre de santé

Pour prendre rang du 12 septembre 2008
PROUTEAU (Didier, Luc, Fortunat, Emilien)

Bulletin Officiel

(BOC N°45 du 29 octobre 2010)

Nominations

Au grade de secrétaire médical de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 5 août 2008
SALCEDO (Valérie)

Bulletin Officiel

(BOC N°46 du 5 novembre 2010)

Nominations

Au grade de secrétaire médical de classe supérieure de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} octobre 2010
KRAUSS (Francis, Marcel, Michel) né le 23 octobre 1959

Au grade d'infirmier de classe supérieure de réserve

Pour prendre rang du 6 août 2007
SEJOURNE (Géraldine, Anne)
Pour prendre rang du 2 octobre 2008
LE VAILLANT (Jean-Luc)

Au grade d'aide-soignant de classe normale de réserve

TOULOU (Djamel) 24 juin 2009

Au grade de secrétaire médical de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 31 octobre 2009
BONNAFOUX-PERPOLI (Maud, Michèle)
Pour prendre rang du 9 novembre 2009
LEPOINTE (Audrey, Sylvie)
Pour prendre rang du 6 juillet 2010
COURIVAUD (Estelle, Amélie, Marie-Claude)
Pour prendre rang du 18 août 2010
JUILLAC (Lauriane, Gaëlle)
Pour prendre rang du 30 septembre 2010
PUIDUPIN (Alexandre, Marie, François, René)

Au grade de lieutenant de réserve dans le corps technique et administratif

Pour prendre rang du 22 octobre 2009
MINYEMECK (André, René, Njock)

Au grade de cadre de santé de réserve

Pour prendre rang du 16 mars 2008
BALDACCHINO (Gilberte, Marie)

Au grade d'infirmier de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 9 février 2009
GODEY (Ghislaine, Christiane, Michelle)
Pour prendre rang du 20 juin 2010
ROCARD (Valérie, Françoise, Yvonne)
Pour prendre rang du 15 septembre 2010
ROY (Laëtitia) Texte 42
Pour prendre rang du 20 septembre 2010
DEL AGUILA (Laëtitia, Nadine)
Pour prendre rang du 22 septembre 2010
SCHULIAR (Anne)
Pour prendre rang du 27 septembre 2010
FRANTZ (Emilie, Alexia)
Pour prendre rang du 28 septembre 2010
VESIN (Armelle, Audrey, Sandra)

Au grade d'adjudant-chef de réserve dans le corps des sous-officiers féminins

Pour prendre rang du 15 mai 2009
DESCAMPS (Maryse, Jeanne)

Au grade d'infirmier de bloc opératoire de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 8 septembre 2008
POUGET (Danielle, Catherine, Marie)

Au grade d'aspirant de réserve dans le corps technique et administratif

Pour prendre rang du 27 septembre 2010
FLORES (Carine, Marie) née le 10 juillet 1976

Au grade de capitaine de réserve dans le corps technique et administratif

Pour prendre rang du 2 septembre 2010
KOCH (Emmanuel, Henri, Jean-François)

BULLETIN OFFICIEL DES ARMEES

DÉCISION N°

14029/DEF/CAB/SDBC/DECO/B5

portant attribution de la médaille de la défense nationale.
Du 2 septembre 2010

CABINET DU MINISTRE : *sous-direction des bureaux des cabinets ; bureau des décorations.*

DÉCISION N°

14029/DEF/CAB/SDBC/DECO/B5

portant attribution de la médaille de la défense nationale.

Du 2 septembre 2010

NOR D E F M 1 0 5 2 0 1 3 S

Référence de publication : BOC N°40 du 1^{er} octobre 2010, texte 36.

Le ministre de la défense,

Vu le décret n° 82-358 du 21 avril 1982 modifié, portant création de la médaille de la défense nationale, et notamment son article 9. qui prévoit l'attribution de cette distinction « à titre exceptionnel » ;

Vu l'instruction ministérielle n° 16000/DEF/CAB/SDBC/DECO/A5 du 21 octobre 2004 modifiée, fixant les modalités d'application dudit décret,

Décide :

La médaille de la défense nationale, échelon « or », est décernée à titre normal, à compter du 1^{er} janvier 2010, aux personnels n'appartenant pas à l'armée active désignés ci-après :

SERVICES DE SANTÉ DES ARMÉES.

Sous-officiers.

Boumekred Chantal, Denise, infirmière de classe normale, agrafe « service de santé ».

Le Ministre de la Défense
Hervé MORIN.

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE

Arrêté du 31 août 2010 portant attribution de la qualité de « partenaire de la défense nationale »

Art. 1^{er}. – En application des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 4211-1 du code de la défense, la qualité de « partenaire de la défense nationale » est attribuée...

– au centre hospitalier de La Rochelle...

HUBERT FALCO

Pour accéder aux cercles et mess :

La liste des cercles et mess ainsi que tous les renseignements pratiques pour y accéder sont disponibles dans le numéro du BuS (Bulletin d'information sociale de la Défense) N°77 en page 10. La liste est consultable sur l'intradef www.sga.defense.gouv.fr <<http://www.sga.defense.gouv.fr>> (rubrique vie pratique) ou sur le site internet familles www.familles.defense.gouv.fr <<http://www.familles.defense.gouv.fr>> (rubrique cercles et mess).

UNMR

FNPR

UNVR

JOURNEES NATIONALES D'INSTRUCTION DU GORSSA 20 et 21 MAI 2011 A TOULON

La Marine Nationale et le Service de Santé des Armées en 2011

PROGRAMME

Vendredi 20 Mai 2011 :

Matin :

07 h 30 : Départ des cars des points de ramassage.

08 h 00 : Accueil à l'amphithéâtre de la FAN (Arsenal de la Marine, îlot Castigneau)

08 h 30 : Mot d'accueil par une Autorité (Médecin Général Inspecteur LADRANGE ?)

08 h 45 : Actualités sur les Réserves du SSA- MCS GUILLOU, Délégué aux Réserves du SSA

09 h - 09 h 30 : Conférence : « Les missions de la Marine en 2011 ».

09 h 30 - 10 h 00 : Conférence: « Le Service de Santé pour la Marine » rôle et missions en 2011.

10 h - 12 h15 : Visites par groupes du BPC (Mistral ?) et du CEPHISMER.

12 h 30 : Déjeuner à la Base Vie Ouest

Après-midi :

14 h 00 : Reprise des visites par groupes du BPC et du CEPHISMER

17 h 00 : Retour en car vers les hôtels

20 h 00 : Reprise des cars aux points de ramassage

20 h 30 : Dîner officiel au Domaine du Coudon (Les gueules cassées) à la VALETTE

20 h 00 : Retour vers les hôtels.

Samedi 21 Mai 2011 :

08 h 30 : Départ des cars des points de ramassage.

08 h 45 : Accueil à l'EPPA (îlot Sainte Anne).

09 h 00 - 10 h 00 : Assemblées Générales des Associations membres du GORSSA.

10 h 00 - 10 h 30 : Conseil d'Administration de l'UNMR.

10 h 30 - 11 h 30 : Conférence des Présidents du GORSSA.

10 h 30 - 11 h 30 : Conférence sur l'historique du Port de Toulon.

12 h 00 : Repas final au Cercle des Officiers Mariniers.

14 h 00 : Retour en cars vers la gare SNCF ou les hôtels.

Programme des Dames et Accompagnants

Vendredi 20 mai 2011

Matin

Promenade conférence dans les rues du vieux Toulon associant l'historique et la visite des fontaines (9 h - 11 h)

Circuit en petit train touristique.

Déjeuner en terrasse au Fort Saint Louis.

Après-midi :

Visite au village du Castellet (typiquement provençal) en passant par la côte.

Retour sur Toulon, Place de la Liberté.

Samedi 21 mai 2011

Matin :

Tour de rade en bateau à partir du port.

12 h 00 : Repas final au Cercle des Officiers Mariniers.

FNCDR

ANORCTASSA

AMITRHA

JOURNEES NATIONALES D'INSTRUCTION DU GORSSA

en Direction Régionale du Service de Santé des Armées de Toulon - 20 et 21 mai 2011

BULLETIN D'INSCRIPTION

Dernière limite d'envoi : 25 avril 2011

Aucun désistement ne sera pris en compte après le 10 mai 2011

Nom.....Prénom.....
 Né le àNationalité.....
 Adresse (complète).....
 E-mail (important).....Portable (important).....
 Hôtel choisi.....

RENSEIGNEMENTS D'IDENTITE IMPERATIFS :

Carte d'identité n°.....Délivrée le.....
 Autorité de délivrance et lieu :
 GradeESR.....
 Région d'appartenance.....
 Discipline.....

A REGLER :

Inscription obligatoire aux Journées.....	35,00	OUI/NON
jusqu'au grade de capitaine inclus.....	20,00	OUI/NON

CONGRESSISTES :

Vendredi 20 Mai 2011 :

Déjeuner de travail à la Base Vie Ouest – participation	15,00	OUI/NON
Dîner Officiel au domaine du Coudon – participation.....	60,00	OUI/NON

Samedi 21 Mai 2011

Assemblées des associations membres du GORSSA.....		OUI/NON
Déjeuner au Cercle des Officiers Mariniers – participation.....	15,00	OUI/NON

ACCOMPAGNANTS :

Vendredi 20 Mai 2011

Programme des dames – visites et déjeuner - participation	60,00	OUI/NON
Dîner Officiel au domaine du Coudon – participation.....	60,00	OUI/NON

Samedi 29 Mai 2011

Visite de la rade (sous réserve d'un nombre minimum d'inscriptions).....	10,00	OUI/NON
Déjeuner au Cercle des Officiers Mariniers – participation.....	15,00	OUI/NON

TOTAL

BUT (bon unique de transport) à demander à l'organisme d'administration pour les officiers de réserve **sous ESR** pour le trajet domicile Toulon et retour.

Tenue réglementaire du Service de Santé pour l'ensemble des manifestations (20 et 21 mai 2011) : tenue bleue interarmes, chemise blanche, cravate noire (éventuellement possibilité de chemisette blanche la journée du vendredi et le samedi matin). A défaut costume civil foncé.

Règlement ce jour le/...../..... Par chèque bancaire ou postal **à l'ordre du GORSSA**

Signature

A RETOURNER DANS LES MEILLEURS DELAIS ET **AVANT LE 25 AVRIL 2011**

Au Secrétariat de l'U.N.M.R. – 154, bd Haussmann – 75008 PARIS – Tél : 01 53 96 00 19



Crédit photo : Nicolas BURZONI - Ville de Toulon

LISTE DES HOTELS DE TOULON

(la plupart son accessibles par internet)

DATE LIMITE DE RESERVATION : 15 Mars 2011 sauf pour 2 hôtels. Annoncer GORSSA

HOLIDAY INN : **** prix pour le GORSSA : 114 euros pour une personne, 128 euros pour deux personnes

-1 Avenue RAGEOT DE LA TOUCHE

Tél : 04 94 92 00 21 (proche de la porte CASTIGNEAU-Arsenal)

15 chambres pré-réservées

CELENYA HOTEL : ** 7 bis rue de Chabannes (proximité Place de la Liberté - centre ville). Prix de 60 euros / nuitée, pour le GORSSA

Tél : 04 94 92 37 44

15 chambres pré-réservées

GRAND HOTEL DU DAUPHINE : ** 10 rue Berthelot (centre ville)

Prix : de 60 euros à 74 euros.

Tél : 04 94 92 20 28

20 chambres pré-réservées - DATE LIMITE 1^{er} MARS

GRAND HOTEL DE LA GARE : ** 7 Boulevard de Tessé. (proximité gare)

Prix : de 58 euros à 77 euros

Tél : 04 94 24 10 00

20 chambres pré-réservées - DATE LIMITE : 1^{er} MARS

AU NOUVEL HOTEL : ** 224 Boulevard de Tessé (proximité gare)

Prix : de 58 euros à 77 euros.

Tél : 04 94 89 04 22

15 chambres pré-réservées

HOTEL BONAPARTE : ** 16 Rue Anatole France (Place d'armes)

Prix : de 53 à 65 euros

Tél : 04 94 93 07 51

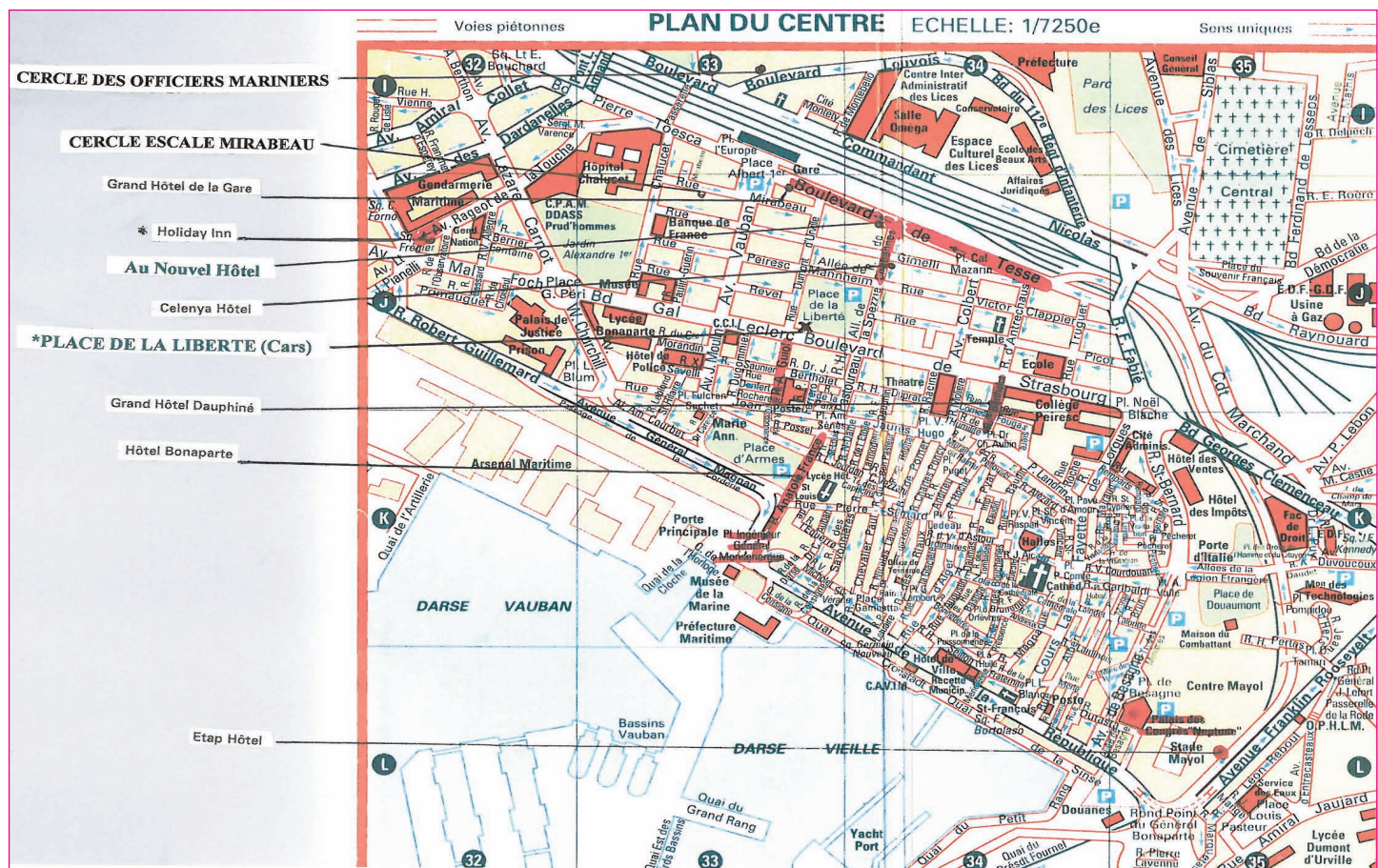
10 chambres pré-réservées

CERCLE DES OFFICIERS MARINIERS : 13 Boulevard LOUVOIS (au dessus de la Gare)

Tél : 04 94 893482 20 - Chambres pré-réservées.

ETAP HOTEL : 40 - 200 Avenue Franklin ROOSVELT

Tél : 08 92 68 09 57 - nombre important de chambres mais plus excentré



Réserviste des Eléments Français du Tchad à Faya-Largeau

Jean-Dominique CARON* Médecin Chef du GRLE, Fort de Nogent,
Médecin du PM de Faya-Largeau de décembre 2009 à février 2010

UNION NATIONALE DES MEDECINS DE RESERVE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président : Docteur Xavier SAUVAGEON

Docteur Laurent ASTIN (Secrétaire des Séances)
Docteur Pascal BOUSQUIER (Secrétaire Général Adjoint)
Professeur Emmanuel CABANIS
Docteur Louis CALLOC'H
Docteur Jean-Dominique CARON (Vice-Président)
Docteur Yves CARTIGNY (Délégué Régional de Bordeaux)
Docteur Serge DALMAS (Délégué Régional de Saint-Germain-en-Laye)
Docteur Jean-Marie DUCHEMIN (Délégué Régional de Brest)
Docteur Numa FOURES (Président d'Honneur)
Médecin Général Alain GALEANO
Docteur Claude GAUTIER
Docteur Michel GIBELLI (Vice-Président, Délégué Régional de Metz)
Docteur Patrick HAMON (Secrétaire Général)
Docteur Eric HERGON
Professeur François LABORDE
Docteur Eric LÉCARPENTIER (Délégué Régional de Saint-Germain-en-Laye)
Docteur Georges LE GUEN
Professeur Jean-Jacques LEHOT (Délégué Régional de Lyon)
Docteur Gérard LE LAY (Secrétaire Général Adjoint)
Docteur Georges LEONETTI (Délégué Régional de Toulon)
Docteur Christian LE ROUX (Délégué Général chargé des relations G.O.R.S.S.A.-C.I.O.M.R.)
Docteur Maurice MATHIEU (Président d'Honneur)
Docteur Yvon MESLIER (Chargé de mission auprès du Président et correspondant de rédaction d'Actu-GORSSA)
Docteur MEUNIER Frédéric (Délégué Régional de Bordeaux)
Docteur Yves MOHY (Délégué Régional de Brest)
Docteur Michel MONTARD (Vice-Président, Délégué Régional de Metz)
Docteur Jean-Pierre MOULINIE (Président d'Honneur et Rédacteur en Chef d'Actu-Gorssa)
Docteur Jean-Louis PICOCHÉ (Trésorier)
Docteur Brigitte PICOT-BELLANGER
Docteur Géraldine PINA-JOMIR (Déléguée Régionale de Lyon)
Docteur Patrice POMMIER de SANTI (Vice-Président, Délégué Régional de Toulon)
Docteur Jean-Pierre SALA (Porte-Drapeau)
Professeur René-Claude TOUZARD (Président d'Honneur)
Docteur Maurice TOPCHA
Docteur Joseph TRAN (Secrétaire Général Adjoint)
Docteur WAGNER Xavier (Vice-Président et Trésorier Adjoint)

A la mémoire du Médecin de Deuxième Classe Michel de Larre de la Dorie, médecin du 2^e REP, tué en opération dans le secteur de Safay-Abatcha le 6 mars 1970 en donnant ses soins à un sous-officier tchadien blessé.

Le Détachement des Eléments Français du Tchad (EFT) de Faya-Largeau, est une petite unité implantée au sein de la palmeraie éponyme, dans le cadre de l'Opération Épervier. Huit personnels « permanents » (dont le médecin) sont renforcés par un Détachement de Protection (DETPRO) de six militaires du rang relevés tous les dix jours environ. Dernier poste isolé de médecin militaire en Afrique, dans le cadre des OPEX et des accords de coopération, la mission proposée reporte ceux qui servent à ce poste un siècle en arrière, du temps de nos grands anciens.

Rappel historique :

Grand comme environ deux fois la France, le Tchad a une longue histoire commune avec notre pays. C'est en effet dans le cadre de l'expansion coloniale voulue par le gouvernement français au lendemain de la défaite de 1871 que ce vaste territoire fut exploré par plusieurs expéditions. En 1885, la conférence de Berlin attribue ce territoire à la France et en 1890 le lac Tchad est découpé en trois zones : britannique, allemande et française. Pour assurer l'occupation effective de ce territoire, la France lance une série d'expéditions dont nous rappellerons les plus importantes :

- La mission du Lieutenant de Vaisseau Mizon, venu par le Niger, échoua en 1891.
- La même année le Capitaine Monteil, accompagné de l'Adjudant Badaire, entrevit le premier le lac Tchad.
- Casimir Maistre atteignit le Chari en 1893.
- Quatre ans plus tard la mission Gentil (du nom de l'administrateur Émile Gentil, commissaire du gouvernement français au Chari) était arrivée au Tchad en octobre. Il y revient l'année suivante avec la mission Bretonnet-Braun.
- Il faut oublier la désastreuse campagne de la colonne des Capitaines Voulet et Chanoine de 1899 pour évoquer les trois missions mises sur pied par le gouvernement français pour en finir avec le rebelle Rabah et placées sous les ordres du Commandant Lamy qui sera tué pendant les opérations. Son nom sera immortalisé dans celui de la future capitale, Fort-Lamy (l'actuelle N'Djamena).
- C'est sous les ordres de chefs prestigieux (Destenave, Gouraud, Largeau...) que la décennie suivante permettra progressivement de stabiliser le pays et d'en définir les frontières actuelles.
- Avec la pacification du Borkou, au nord, en 1913, on mesure enfin le rôle capital joué

par le Colonel Largeau dans la consolidation de ce maillon important de l'AEF.

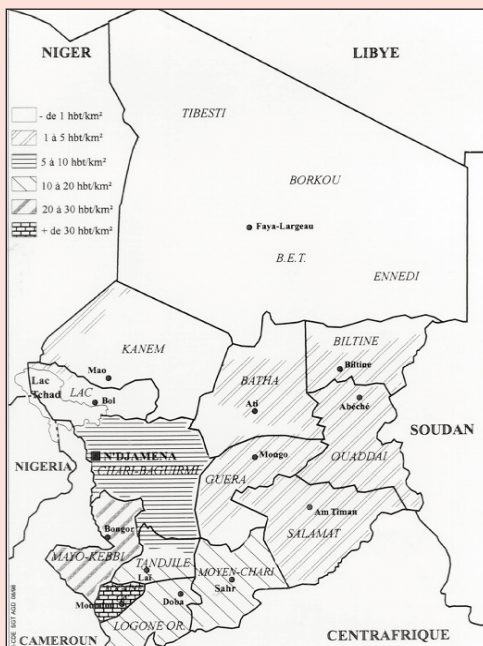
Longtemps placé sous administration militaire, le pays devient une colonie de l'AEF en 1920 et ses contours actuels sont définitivement arrêtés par le rattachement du Tibesti au nord en 1929.

En 1940, l'AEF se rallie au Général de Gaulle. Le Tchad se lève sous l'autorité du Gouverneur Félix Éboué et du Colonel Marchand. Remontant progressivement vers le nord, les troupes de la France Libre se regroupent à Faya-Largeau, sous le commandement du Général Leclerc. Et c'est de la palmeraie que partira le 26 janvier 1941 le détachement de ce qui deviendra rapidement le Régiment de Marche du Tchad, pour s'élancer à la conquête de Koufra en Lybie. On connaît la suite de ce qui sera une série continue de victoires et de hauts faits d'armes pour honorer le « Serment de Koufra ».

Après bien des incertitudes politiques, le Tchad obtient son indépendance le 11 août 1960. Ce n'est pas la fin de la présence française puisque outre l'aide technique qui n'a jamais cessé, la France est intervenue et intervient encore actuellement dans le cadre de trois opérations principales au cours des cinquante dernières années. Après les interventions dans les palmeraies du B.E.T. (Borkou, Énedine, Tibesti) entre 1968 et 1972, l'opération Tacaud est déclenchée en 1978 pour trois années. Lui succède l'opération Manta (août 1983 à novembre 1984) et l'opération Épervier depuis 1986.

Un peu de géographie et de démographie :

La république du Tchad est située dans l'Afrique centrale, au Sud de la Libye, à l'Est du Niger, à l'Ouest du Soudan et au Nord de la République Centre Africaine. Totalement enclavé, il n'a aucun débouché sur la mer. Son climat est tropical dans le Sud et désertique dans le Nord. La proportion des forêts est de 26 %, celle des pâturages de 36 % et



celle des cultures de 20%. Le lac Tchad, qui est situé à l'Ouest de la république, est la zone d'eau la plus importante du Sahel, bien qu'étant en voie de régression inquiétante.

Plus précisément, la palmeraie de Faya-Largeau, qui se trouve au centre de la région du Borkou-Ennedi-Tibesti (le BET) est à 1000km au nord de N'Djamena, en pleine zone désertique. Elle survit grâce à la présence d'une nappe phréatique conséquente et permanente permettant une irrigation agricole régulière. Il tombe en moyenne moins de 20 mm d'eau par an avec une température maximale de 50° et des minimas descendant jusqu'à 5°.

En 1993, le premier recensement général de la population et de l'habitat donnait le chiffre de 6 288 261 habitants. La population totale du Tchad en 2009, lors du second recensement, est passée à 11 274 106 habitants. Il s'agit d'une population jeune, puisque près de 47% à moins de 14 ans, et seulement 3% plus de 65 ans, avec un taux de croissance de 2,93% et une densité de 7,7 habitants au km². Cette densité tombe à 0,1 habitants/km² dans le BET.

L'espérance de vie à la naissance est estimée à 50,3 ans (47 ans pour les hommes et 54,5 ans pour les femmes). La mortalité infantile et des femmes en post partum reste encore élevée.

Enfin le taux d'alphabétisation est inférieur à 50%.

Situation économique :

L'exploitation du pétrole au Tchad a démarré en 1973 avec le forage d'un premier puits à Doba, au sud du pays. Le coût total du projet pétrolier est estimé à 4 Milliards de dollars. Le pétrole de Doba est destiné à l'exportation via le Cameroun et les champs de

Doba sont censés produire environ 250 000 barils par jour pendant une trentaine d'années.

La part des recettes pétrolières dans le budget de l'état est estimée en 2009 à 56,86%.

Malgré cette richesse, le Tchad reste un des pays les plus pauvres au monde. Le revenu annuel par habitant était en 2009 de 1500\$.

Cependant la grande disparité nord-sud joue en défaveur du BET. Les infrastructures publiques sont très dégradées : pas d'eau courante ni d'électricité, pas d'assainissement des eaux usées...

Situation sanitaire :

Les conclusions du Rapport Mondial du Développement Humain (RMDH) de 2009 montrent une situation sanitaire du Tchad très préoccupante. Elles classent le pays au 175^{ème} rang sur 182 pays pour l'Indice de Développement Humain (IDH), qui prend en compte l'espérance de vie, le degré d'alphabétisation et le niveau de vie. Cet indice est particulièrement bas, de 0,392. Second indice pris en compte : l'Indice de Pauvreté Humaine (IPH⁻¹), qui mesure les privations graves pour la santé, les enfants de moins de 5 ans souffrant d'insuffisance pondérale pour leur âge, le taux d'analphabétisation des adultes et le nombre de personnes vivant sous un certain seuil de pauvreté : le Tchad se classe en 2009 au 132^{ème} rang parmi les 135 pour lesquels l'indice a été calculé. Nous citerons enfin un dernier indice, l'Indicateur Sexospécifique du Développement Humain (ISDH) qui prend en compte la disparité entre les sexes pour les critères de l'IDH : là encore, sur 155 pays régulièrement observés, 141 ont un meilleur rapport que le Tchad.

Pour le district de Faya-Largeau, l'éloignement des grands centres, la rigueur du climat et sa sécheresse aggravent encore cette situation précaire. La nomination à un poste médical est considéré comme une relégation et rares sont les volontaires tchadiens pour « monter ». Il y a en permanence un médecin de Santé Publique qui n'a pas de rôle soignant... Les structures hospitalières ou de dispensaires sont quasi inexistantes, et celles en place sont dans un tel état de vétusté et de délabrement qu'il est très difficile d'envisager un suivi médical sérieux. L'approvisionnement en médicaments se fait au niveau de la pharmacie de l'Hôpital Central, mais les stocks sont à variation aléatoire. Une structure particulière assure un suivi gynécologique par des sages-femmes : l'Association Tchadienne pour le Bien Être Familial (AST-BEF). Enfin l'absence de soutien médical laisse le champ libre aux pratiques des marabouts. La médecine traditionnelle est toujours tentée en premier, et les enfants pâissent particulièrement de cette tradition (la lulette est systématiquement enlevée -sans anesthésie- dans la première enfance, car c'est elle qui cause les angines...).



Examen d'un malade à l'Hôpital Central



La concession française de Faya-Largeau

* MC
Médecin Chef du GRLE, Fort de Nogent,
Médecin du PM de Faya-Largeau de décembre
2009 à février 2010



Avec Justin, l'infirmier-interprète tchadien

Missions du médecin du détachement de Faya-Largeau :

Présent depuis le début de l'opération Épervier en février 1986, le détachement de Faya est une des 3 composantes des EFT (environ 1100 PAX), les 2 autres étant la portion centrale à N'Djamena, et le détachement d'Abéché à l'est. Aux 8 personnels permanents (dont le médecin), s'ajoute le renfort d'un DETPRO de 6 militaires du rang relevé tous les 10 jours environ, en fonction des rotations des Transall. En effet l'éloignement de la palmeraie de N'Djamena et l'absence de route, rend le détachement totalement dépendant de la liaison air, grâce à la piste « en dur » de 2800m. Les conditions climatiques, en particuliers les vents de sable violents et fréquents, rendent aléatoires la régularité des convois aériens.

Intégré au dispositif Santé de l'opération Épervier, le Poste Médical (PM) de Faya a un DUO très simple : 1/0/0... Le médecin détaché dans la palmeraie se retrouve ainsi dans les conditions d'exercice d'une médecine « de base ». Il est assisté néanmoins d'un sous-lieutenant tchadien, infirmier ayant une grande expérience du terrain puisqu'il a participé plusieurs années aux combats contre la Lybie. Cet auxiliaire est précieux car, originaire du Borkou, il parle non seulement arabe mais également gorane, le dialecte local. Sans sa présence souriante et sa bonne humeur permanente, la partie AMP de la mission serait impossible, le français étant peu pratiqué malgré le poids de l'Histoire.

Le PM est bien équipé pour faire face au maximum de situations. En revanche la seule P4 apparaît insuffisante en cas de coup dur avec évacuation d'un blessé. Un VLRA dédié Santé serait beaucoup plus adapté.

La mission du médecin est de trois niveaux :

• D'abord et avant tout le soutien santé du détachement :

Il est nécessaire en l'absence d'EVASAN rapide possible (minimum 8 heures aller et retour en Puma ou 5 heures en Transall, si les conditions atmosphériques le permettent). Outre le soutien purement médical en campagne, le médecin doit veiller à l'état psychique du détachement. En effet, toutes les conditions sont réunies pour que les permanents soient fragilisés : mandat de 4 mois, effectif particulièrement réduit, absence de communications internet et téléphonique (en dehors des SMS), absence de sorties possibles le soir dans Faya car aucun restaurant et encore moins de « boîtes », repos dominical ne permettant pas de varier le quotidien (en dehors des quelques sorties groupées dans le désert). La cohésion prend là tout son sens et une équipe solide de militaires chevronnés habitués aux OPEX est indispensable. Ce soutien au détachement est complété par la prise en charge des PCRL (Personnel Civil de Recrutement Local). Au nombre de 6, ils as-

surent les tâches ancillaires : cuisine, lavandiers, entretien de l'infrastructure. Leur suivi médical est calqué sur celui en vigueur dans les armées, y compris les Visites Systématiques Annuelles.

Le médecin du détachement doit par ailleurs gérer les approvisionnements sanitaires, la Section de Ravitaillement Sanitaire étant au camp Kossei de N'Djamena, en prenant en compte l'important délai entre la commande et la livraison (10 à 20 jours).

Il doit enfin veiller au suivi de la chimioprophylaxie anti palustre par les personnels du détachement, même si durant ces mois d'hiver le risque est quasi nul dans cette zone désertique.

• Ensuite le soutien santé de l'Armée Nationale Tchadienne (ANT) :

Les consultations à la concession sont ouvertes aux militaires de l'ANT, car celle-ci ne dispose pas de médecin sur Faya (moins d'une trentaine de médecins militaires tchadiens pour tout le territoire). Par ailleurs deux des dispensaires visités dépendent de détachements de l'ANT et les consultations sont prioritairement réservées aux militaires et leur famille.

• Enfin l'Aide Médicale à la Population (AMP) :

Tradition du Service de Santé des Armées, cette aide peut se faire lorsque les conditions de sécurité sont assurées, c'est-à-dire lorsque les rebelles venus du nord (en particulier du Tibesti) sont discrets... Activité principale du médecin en période calme, elle lui permet d'établir des contacts étroits avec les tchadiens, dans le cadre des consultations au service médical de la concession et en dispensaires. En effet chaque matin est consacré à un dispensaire différent (6 au total dont 2 de l'ANT). Cela nécessite un déplacement variant entre 3 et 20 kilomètres, seul avec l'interprète. Nous avons limité le nombre de patients à une trentaine par consultation, faute de quoi la journée complète ne suffirait pas à satisfaire une demande toujours pressante. Une consultation journalière complémentaire est ouverte au PM l'après-midi de 16h00 à 18h30, horaires très théoriques et effectif variable !... Cela permet d'exercer dans de meilleures conditions matérielles et de faire les soins et les consultations plus spécialisée (gynécologie). Précision importante : il n'y a ni biologie (en dehors d'une NFS, d'un ECBU, du VIH et des BK à « l'hôpital » local), ni radiologie, ni échographie.

Deux missions annexes, non médicales, viennent compléter cet emploi du temps chargé :

• **Radio Faya** : chaque semaine, à la demande du directeur de cette radio locale très écoutée par la population, le médecin des EFT peut, s'il le souhaite, intervenir pour une émission de vulgarisation médicale simple.



La concession française de Faya-Largeau



Consultation d'AMP à Djiddi

Nous avons personnellement participé avec enthousiasme à cette action, en abordant de façon pratique les soucis quotidiens que rencontrent les tchadiens : brûlures, diarrhées aiguës, préparation d'aliments pour éviter la déshydratation des nourrissons, etc... Enregistrées avec un journaliste local en français puis traduites en arabe et en gorane, ces émissions passent le samedi en fin d'après-midi, dans les trois langues.

• **La représentation auprès des autorités :** nous avons régulièrement accompagné le chef du détachement français dans un certain nombre de réunions et de manifestations à l'invitation des autorités tchadiennes, civiles et militaires. Nous avons pu ainsi mesurer l'impact très positif de la présence française en général et de son action médicale en particuliers au niveau de la région. Le point d'orgue a été la cérémonie du 26 janvier commémorant le départ de Faya-Largeau de la « colonne Leclerc » le 26 janvier 1941.

Les pathologies couramment rencontrées au niveau de la population :

Comme l'indique le tableau ci-dessous, la majorité des consultations concerne les enfants. Le climat sec, avec le vent constant et le sable entraîne de nombreuses pathologies de la sphère ORL, pulmonaire et ophtalmologique. Les conditions de vie sont à l'origine également de brûlures étendues fréquentes, quel que soit l'âge. La première enfance est particulièrement exposée avec de nombreuses atteintes de la face, souvent du second degré, nécessitant des soins quotidiens que leurs apporte le PM du détachement

français. En l'absence de ceux-ci, soit par éloignement soit par négligence de la famille, de nombreux décès surviennent dans des tableaux d'infection et de nécrose pouvant aller jusqu'à l'amputation lorsqu'il s'agit d'un membre... Les pathologies digestives sont également le lot quotidien de ces consultations, tant pour les adultes que pour les enfants. Là encore, ces derniers payent un lourd tribut aux habitudes alimentaires et à la tradition, et durant notre séjour nous avons eu la tristesse d'assister au décès de 3 nourrissons par cachexie irrécupérable avec les moyens locaux. La période d'hiver, relativement fraîche, surtout la nuit, est marquée par l'absence de morsure de serpents ou de piqure de scorpions. Ceux-ci réapparaissent début février et au plus fort de l'été ces accidents sont fréquents, d'après les comptes rendu des collègues en poste antérieurement. Un protocole bien précis doit être mis en œuvre rapidement pour les scorpions et le détachement dispose d'une réserve de vaccin FAV Afrique pour les morsures de serpents.

Les MST sont fréquentes et nous avons eu à traiter régulièrement des gonococcies chez les hommes (population civile et ANT). Les infections par VIH sont de 3,5% de la population du Tchad (données 2010 du Fond Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme) mais nous n'avons vu aucun cas durant notre séjour. Deux cas de tuberculose ont été suspectés et confirmés. Nous n'avons enfin eu à déplorer aucun cas de paludisme, endémique surtout dans le sud du pays, mais en « sommeil » durant cette période froide de l'année.



Bureau du médecin au Centre d'Instruction de l'ANT, à Amoul

CARON L. (Colonel).

Au Sahara tchadien, l'administration militaire au moment de l'indépendance, Borkou-Ennedi-Tibesti, 1955-1963. Ed. L'Harmattan, (2009). 222 pages.

DUFOUR P. **La France au Tchad depuis 1969**. Ed. E.T.A.I. (2009). 191 pages.

GRAS D. **Médecin des Éléments Français au Tchad à Faya-Largeau**. Médecine et Armées (2008, 36, 3, 223-228)

LUGAN B. **Histoire de l'Afrique des origines à nos jours**. Ed. Ellipses, (2009). 1245 pages.

LUGAN B. **God Bless Africa**, contre la mort programmée du continent noir. Ed. Carnot (2003). 325 pages.

NAYGOTIMTI B. **Santé au Tchad : les chiffres font peur**. Rapport du Centre d'Étude et de Formation du Développement. (08/2007).

SPARTACUS Colonel. **Opération MANTA**. Ed. Plon (1985). 262 pages

ABONNEMENTS DE SOUTIEN AU MÉDECIN DE RÉSERVE

Au nom du Conseil et du Bureau de l'UNMR, le Trésorier remercie bien vivement les membres de l'association qui ont souscrit en 2010 un abonnement de soutien

Les Docteurs

Laurent ASTIN, Cédric BISIG, Pascal BOUSQUIER, Jean-Claude BRUYERE, Henri BUREAU DU COLOMBIER, Jean-Yves COQUILLAT, Dominique CORDIER, Gilles DEVILLE DE PERIERE, Jean-Marie DUCHEMIN, Jacques DUCROS, Michel GIBELLI, Jacques FARISSE, Numa FOURES, Henri FOULQUES, François FRANCHI, Patrick HAMON, Abdelkader HAMMA, Eric HERGON, Denis KINTS, José LAPCHIN, Jean-Jacques LEHOT, Christian LE ROUX, Jean-Louis MAS-SOTTE, Yvon MESLIER, Bernard MEUNIER, Philippe MOREL, Jean-Pierre MOULINIE, Jean-Louis PICOCHÉ, Michel POINSARD, Daniel RIITANO, Jean-Pierre SALA, Raymond SCIARLI, Xavier SAUVAGEON, Maurice TOPCHA, René-Claude TOUZARD, Joseph TRAN, Michel VERDAGUER, Xavier WAGNER

AMP						
Enfants	Femmes	Hommes	Total	ANT	Total	Soins
						111
593	345	124	1062	91	1153	
DET/EFT FAYA LARGEAU						
EFT	PCRL	Total	Soins	Hospitalisés	Exempts	VSA
			4	1	3	5
26	12	38				
RÉCAPITULATIF CONSULTATIONS PM DET/EFT FAYA						1191

Conclusion

Le poste de médecin du Détachement des EFT de Faya-Largeau offre une occasion unique de servir dans un environnement exceptionnel et dans des conditions médicales proches de celles qu'ont connues les anciens du Service au début du 20ème siècle... L'éloignement et l'isolement, le faible effectif soutenu et la promiscuité permanente font que ce poste est à réserver à des personnels rompus aux OPEX. Cela suppose également de bonnes connaissances des techniques d'urgence et il est indispensable de suivre (ou « re-suivre ») un stage CITERA au préalable. C'est ce que nous avons fait dans le cadre de l'enseignement dispensé au sein de l'HIA Legouest de Metz quelques semaines avant notre départ.

JOURNEE INTER - REGIONALE DES PHARMACIENS DE RESERVE EN DRSSA DE BREST ET DE SAINT GERMAIN EN LAYE

Eric DENOIX*

FÉDÉRATION NATIONALE DES PHARMACIENS DE RÉSERVE (FNPR)

Siège social : 4, Avenue de l'Observatoire, 75006
Paris.

Président : BOYMOND Claude
7, rue du noyer - 67207 - Niederhausbergen
boymond@pharma.u-strasbg.fr

Secrétaire général : SCHALBER Jean-Claude
66-68, rue de la Folie Regnault - 75011 - Paris
jc.schalber@free.fr

Trésorier : DENOIX Éric
118 Parc de Cassan - 95290 L'ISLE - ADAM
EDenoix@aol.com

La correspondance est à adresser au Président.

Le 21 septembre 2010, une journée d'instruction s'est déroulée à la Centrale Nucléaire de PALUEL, (seine maritime), sur le thème **Nucléaire Civil et Nucléaire Militaire**.

Cette formation est placée sous l'autorité du **MGI PATS Directeur de la DRSSA de Brest**, du **MGI DEROL Directeur de la DRSSA de Saint Germain en laye et du GORSSA**.

A **7h45**, nous accueillons les premiers des 28 participants inscrits et nous remplissons les formalités d'accès au centre de sécurité.

A **8h45** **Mr PEREZ**, Directeur de la Centrale nucléaire de Paluel, nous souhaite la bienvenue et nous fait part de sa satisfaction de recevoir dans son établissement, une délégation du GORSSA.

A **9h00**, allocution de bienvenue du **PC(r)LECOINTRE**, qui remercie **Mr PEREZ** de nous recevoir dans un site hautement protégé et de nous faire bénéficier de la visite d'une tranche de réacteur en phase d'arrêt. Il remercie le **Docteur LE COULTEUX** pour son implication, son aide à la préparation du programme et la mobilisation du service médical (deux médecins, 3 infirmières). Il remercie également **Mme FONTAINE**, responsable du service communication, qui a assuré avec l'aide de ses trois collaboratrices, l'accueil, le lunch du midi et la visite de l'après midi. Il remercie le **PCSCN HALLEY**, représentant le **MGI PATS** et le **PC CORBE**, pharmacien référent à la DRSSA de Brest. A 9h10 le Docteur LE COULTEUX Médecin du service médical, nous présente le programme de la journée. F

A **9h15** le Médecin en Chef **LAROCHE**, **Directeur adjoint du SPRA**, nous expose avec beaucoup de pédagogie, le risque nucléaire militaire. Son expérience et ses explications médicales sont appréciées de tous. Il aborde la prise en charge des irradiations et des contaminations, sous forme d'un tableau évolutif. Il insiste sur la précocité des traitements à mettre en place : l'insidiosité des signes, l'évolution irréversible en lésions nécrotiques, qui conditionne la prise en charge. Le volet pharmaceutique aborde les traitements déjà utilisés : DTPA ,bleu DI.. L'approche du traitement des déchets contaminés (pansements, liquides biologiques, ...) clôture

cet exposé. De nombreuses questions suivent ce remarquable exposé.

A **10h15** le **Docteur LE COULTEUX**, aborde le thème des contaminations externes et internes. Elle nous parle des cas rencontrés et traités sur le site, qui comprend 1200 agents en phase de fonctionnement, jusqu'à 3000 en cas d'arrêt de tranche, du à l'intervention de personnels d'entreprises externes. La visite du centre médical, concrétise l'approche technique du début de matinée, par le suivi d'agents EDF venus faire une scintigraphie de contrôle. Le Docteur LE COULTEUX aborde l'approche psychologique du ressenti d'une contamination externe /interne par un agent.

A **12h00** Discours de remerciements du **CDC(R) VASSEUR, délégué régional du GORSSA**. Il aborde la représentativité de toutes les filiales du GORSSA ; pharmaciens, médecins, chirurgiens dentistes, vétérinaires, octassa et mitrha. Il remercie les intervenants, qui ont passionné un auditoire peu habitué à côtoyer ces technologies de pointe.

Une remise de fleurs est faite au Docteur LE COULTEUX et à Madame FONTAINE ainsi que la remise d'une plaque nominative au **Professeur LAROCHE** par le PCSCN (r) HALLEY à **Mr PEREZ** par le CDC(r) VASSEUR au **Docteur LE COULTEUX** par le PC(r) LECOINTRE.

A **12.05** le **PC(r) LECOINTRE**, présente les activités Régionales et Nationales prévues pour la fin 2010 et l'année 2011. Il remercie **Mr HOFFCHIR**, conseiller Technique de l'Enseignement Supérieur et Recherche au cabinet du Premier Ministre, pour sa présence à titre amical.

A **14h00** **Mr PEREZ**, Directeur du Centre, nous présente les bâtiments techniques de son établissement. Les caractéristiques techniques de fonctionnement, sont approchées : les circuits de vapeur primaire, le système de refroidissement, les rendements, le combustible à base d'uranium enrichi, le chargement du réacteur, la régulation de l'activité nucléaire par un système «d'araignée» aux propriétés neutrophages, la durée de vie de ce combustible.

A **14H30** visite du bâtiment réacteur en arrêt de tranche. Le réacteur est vidé de son combustible, et l'ensemble de la chaudière est vérifiée .Cette opération n'intervient que tous les 10ans. Nous suivons une chaîne



* MC (R)

d'habillage, de vérifications de nos validations d'accès. Port d'un dosimètre individuel, qui mesurera l'absorption de doses sur l'ensemble de notre parcours. Quatre groupes de 7 personnes seront constitués et dirigés par un guide spécialisé et avalisé par EDF. Ce dernier portant en plus un radiamètre, afin de mesurer le débit de dose, avant l'accès du groupe sur chaque zone. Ainsi équipé, nous voyons le réacteur vide, équipé d'un couvercle de plomb, afin de protéger les personnels des radiations, le système de stockage en piscine de 26 mètres, la technique de rechargement des alvéoles, suivant un schéma très précis. La visite a

abouti tout naturellement au groupe générateur d'électricité (alternateur.....). La sortie de zone contaminée vers la zone propre, se fait par un contrôle de notre tenue de protection, suivi par un déshabillage formaté et un dernier contrôle de la peau. Notre dosimètre est évalué et nous accorde l'accès à la zone propre. Tous les participants ont validés cette manipulation.

A 19h00 FINEX La Centrale Nucléaire nous propose un rafraîchissement et nous offre un souvenir sous forme de documents scientifiques.

«Prise d'Armes» du 28 juin 2010 : Additif

Dans l'article paru dans le trimestriel de septembre 2010 concernant la prise d'armes qui a eu lieu au Val de Grâce le 28 juin, nous avons oublié de préciser le MC (H) Maurice MATHIEU, Président d'honneur de l'UNMR, assistait également à la cérémonie.

Nous prions notre ami de bien vouloir nous excuser pour cette omission bien involontaire...

PC® J.C. SCHALBER

LISTE DES ORATEURS ET DES PARTICIPANTS

Directeur de la Centrale Nucléaire : MR PEREZ de PALUEL

Médecin du travail : Docteur LE COULTEUX

Médecin du travail : Docteur DUBOIS

Médecin en Chef - SPRA : Professeur LAROCHE

Deux Infirmières EDF

Services communication EDF : Mme Fontaine ,
Mme Savary,
Mme Delabarre,

Guides Spécialisés à la visite

de la centrale : quatre groupes encadrés

Conseillé Technique de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur du cabinet du Premier Ministre. : Mr HOFFCHIR

Pharmacien en Chef : Hubert Corbé (DRSSA de Brest)

Réservistes Présents : Pour la DRSSA BREST :

Méd Bosson wilfried,
PC Courcou Guy
CDC Danrée Yannick
CDC Derennes Bertrand
ICN Eustache Christelle
PCSCN Halley Gérard
LT COL Hugédé Pascal
CDC Le Guen Hervé
PC Lecointre Yves
LT Legallais Erick
VC Manet Guislain
P Morel Nelly
P Morgan Martine
PC Provin Antoine
PC Sinoquet Jean Claude
PP Supplie Pascal
Colonel Toumafond Jean Guy
CDP Tuffreau Eric
CDC Vasseur Jean Paul

Pour la DRSSA SAINT GERMAIN EN LAYE :

MC Fabre Roland
PC Gamblin François
MC HAMON Patrick
PC Paolo Jean Marc

En un demi-siècle, parallèlement aux évolutions sociétales, la « filière viande » a subi de profondes transformations, de l'étable à la table. L'abattage, étape incontournable de cette filière, a été profondément impacté par ces changements. Il était intéressant de se pencher sur des évolutions qui, par ailleurs, ont pu influencer sur les conditions de l'inspection vétérinaire des viandes de boucherie. Au-delà des considérations sanitaires, l'aspect économique s'est également avéré prépondérant : l'abattoir est un maillon de la chaîne économique où s'opère une transformation dont l'opérateur doit minimiser les coûts.

La communication suivante est extraite d'un rapport rédigé par l'auteur auprès de qui il est possible de se procurer la version intégrale : christophe.gibon@agriculture.gouv.fr

François-Henri BOLNOT, Président UNVR

Le réseau des abattoirs de boucherie en France de 1960 à 2010 : passage d'une logique de planification à une régulation sanitaire

Christophe GIBON¹

L'abattage des animaux de boucherie était initialement réalisé chez les bouchers : ce que l'on appellera les tueries particulières. Il en résultait des inconvénients pour le voisinage qui amèneront dès le début du 19^{ème} siècle la création d'établissements municipaux spécialisés, les abattoirs. Ceux-ci seront confortés à la fin de ce même siècle par la découverte des microbes par Pasteur et la mise en place d'une inspection sanitaire vétérinaire municipale pour limiter la prolifération des maladies animales et protéger le consommateur.

Petit-à-petit le pouvoir politique encadrera cette activité pour des raisons sanitaires, mais également économiques et fiscales, pour aboutir à la loi du 8 juillet 1965 sur la modernisation du marché de la viande, dont l'objectif sera de faire passer cette filière d'un stade majoritairement artisanal à une structure industrielle.

Le dispositif juridique instituant le **plan national d'équipement en abattoirs** prévu par cette loi a été démantelé en 2009. Depuis une vingtaine d'année il avait progressivement perdu sa vocation d'impulsion et de coercition. Des fermetures pour des motifs sanitaires avaient pris le relais et restent, en 2010, le principal ressort mis en avant par l'Etat. Toutefois le constat d'une hygiène déficiente fait par les services vétérinaires n'est souvent que le reflet d'une situation économique.

Évolution du marché de la viande entre 1960 et 2010

L'élevage

Après la seconde guerre mondiale l'élevage va mettre à disposition du consommateur de la viande à profusion en rentrant dans une logique industrielle qui va connaître son apogée avec l'élevage hors sol des volailles, des porcs et des veaux de lait. Quant aux races bovines de travail, elles vont devenir les races de boucherie (par opposition aux races laitières) ou races allaitantes (qui allaitent leurs veaux) et vont être utilisées désormais pour produire de la viande : 58% de la viande bovine provient des races bouchères et 42% des races laitières.

C'est la révolution verte et la production en grande quantité de céréales qui permit ces progrès puisqu'il faut entre 5 et 10 calories végétales pour produire une calorie de viande.

L'Ouest de la France connaît alors une croissance très rapide de son élevage et de l'industrie agro-alimentaire. La France exporte, principalement vers l'Espagne et l'Italie, des veaux et bovins vivants destinés à l'abattage ou à l'engraissement.

Les bouchers et la grande distribution

En 1960, les ménages s'approvisionnaient uniquement chez leur boucher, ce qui expliquait la sollicitude des élus à

¹ Inspecteur en Chef de la Santé Publique Vétérinaire, Chargé de mission auprès de la Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt d'Aquitaine, Président UNVR DRSS Bordeaux.

l'égard de ces derniers et les freins mis pendant quatre-vingts ans à la fermeture des tueries particulières et des 1463 abattoirs publics disparus entre 1963 et 2000.

Puis la grande distribution s'est développée : en 2005 elle commercialisait 80% de la viande de bœuf, 83,7% de la viande de porc, 72% de la viande de mouton, 70,5% de la viande de mouton. Seule la viande de cheval, commercialisée à 55% par des bouchers détaillants, a résisté à cette tendance. Mais elle ne représente qu'un très faible tonnage.

Les besoins des bouchers ont évolué. Auparavant un boucher se faisait fort de vendre la totalité d'une carcasse bovine. Aujourd'hui la demande est plus forte en morceaux de première catégorie (à griller ou à rôti). Le boucher doit donc acheter plus de quartiers arrière (cuisse, fessiers et muscles de la colonne vertébrale) constitués en grande partie de viandes de première catégorie, les viandes de deuxième catégorie (à bouillir ou à braiser) se trouvant sur le quartier avant (membre antérieur, cou et poitrine). Ce qui suppose que les chevilleurs, ou chevillards, (grossistes en viande), puissent orienter les morceaux les moins vendus vers la fabrication industrielle, notamment de viande hachée.

Par ailleurs cette époque fut aussi celle du développement de la restauration hors foyer (RHF) qui représente aujourd'hui 100 repas par an et par français, assurés à 55% par des restaurants collectifs. Les professionnels de la RHF ont besoin de viande découpée préemballée prête à l'emploi. Ainsi, pour la viande bovine, **l'armée est passée de l'achat de carcasses à l'achat de viande découpée sous vide en 1980.**

Les abattoirs et l'industrie

Au milieu du 20^{ème} siècle, les abattoirs étaient implantés principalement près des lieux de consommation, les plus grands se situant dans les grandes villes (Paris, Lyon, Marseille, Bordeaux, Rouen, etc.). C'était l'héritage d'une époque où les animaux venaient à pied à l'abattoir. Progressivement dès les années cinquante les viandes venant de l'extérieur de la commune, et soumises à un second contrôle sanitaire, progressent fortement en tonnage. On les appelle **les viandes foraines** : en 1980 le marché de la viande de Lille voyait passer autant de viande foraine que de viande abattue sur place.

Comme il est moins coûteux de transporter une carcasse qu'un animal vivant,

les abattages se sont déplacés vers les zones d'élevage et donc dans le grand Ouest. Les abattoirs des grandes villes ont progressivement fermé (Paris-la Villette, Lille, Rouen, Marseille, Toulouse, etc.). Ont survécu les abattoirs adossés à une région de production (ex : Limoges) ou ceux qui sont devenus privés et spécialisés (ex : Compiègne spécialisé dans le porc, ou Périgueux spécialisé dans le veau).

L'abattage privé, qui était minoritaire en 1963, représentait 85% des tonnages en 2004. Entre 1963 et 2000, le tonnage abattu était passé de 2,3 à 3,7 millions de tonnes, soit une augmentation de 60%. En 2005, les exportations de viande bovine et porcine ont représenté près d'un million de tonnes.

La profession de chevilleur (ou chevillard)² qui consiste à négocier des carcasses et des morceaux de viande auprès des bouchers s'est concentrée pour accéder à une dimension industrielle. En aval des abattoirs, le secteur industriel de l'entreposage, de la découpe, et de la transformation s'est progressivement développé.

La loi de modernisation du marché de la viande

Dès 1946, le premier rapport de la commission de la modernisation de l'équipement rural du plan Monnet reconnaissait la nécessité de moderniser les abattoirs et de créer un service d'État d'hygiène alimentaire. Cela viendra 20 ans plus tard avec la loi de modernisation du marché de la viande du 8 juillet 1965. Elle a permis de faire passer un secteur essentiellement artisanal et de proximité à une logique industrielle et exportatrice.

Le plan national d'équipement en abattoirs

En 1968 a été publié un plan d'équipement comportant 418 abattoirs publics (contre 641 pour le plan précédent de 1962-1964) avec un objectif de tonnage annuel moyen de 5 000 tonnes. Les municipalités s'engagent à moderniser ces abattoirs dits **inscrits** (au plan). Les abattoirs qui ne sont pas retenus sont qualifiés de **non inscrits**.³

La modernisation des abattoirs

Des règles de construction vont être édictées avec une vision industrielle. Ainsi est-il recommandé une liaison ferroviaire, une station d'épuration, etc.



De l'étable à la table...

DR



Filière porcine

DR



Filière bovine

DR

² Un chevillard achète un animal vivant, fait procéder à son abattage et en commercialise les produits (de la « cheville », cintre en bois qui permettait autrefois de suspendre les carcasses entières en position ouverte)

³ En 1985 il était encore possible de voir fonctionner un abattoir « non inscrit ». Il avait été offert à la commune par l'impératrice Eugénie et jamais modernisé depuis. Il n'avait pas de chambre froide et ne disposait que d'un robinet d'eau froide et d'un WC à la turque sans eau courante, qui avait dû constituer le summum de la modernité sous le Second Empire... En 1980 l'abattage était encore « au poste » à Rouen et Lyon-la Mouche, dans des abattoirs datant des années 1930.



Découpe de gros à l'abattoir

DR

L'abattage traditionnel se faisait « **au poste** », toutes les opérations « d'habillement » étant effectuées sur un poste unique par un seul tueur : assommage, saignée, enlèvement de la tête et des pattes, dépouille du cuir, fente du sternum, éviscération thoracique et abdominales, fente vertébrale. Puis viendra l'abattage « **à la chaîne** » où la carcasse est véhiculée de poste en poste par une chaîne mécanisée ; à chaque poste un opérateur effectue une opération. Certains postes sont réservés aux agents des services vétérinaires. Contrairement aux idées reçues, ces chaînes ne sont pas une taylorisation inspirée par la construction automobile. En fait c'est Henry Ford qui s'était inspiré des chaînes de l'abattoir de Chicago !

En matière d'hygiène vont notamment être exigées des installations de réfrigération (« ressuage »), de production d'eau chaude et froide, des vestiaires et sanitaires pour le personnel.

L'étatisation des services sanitaires municipaux

La loi du 5 avril 1884 prévoyait que le maire était responsable de la salubrité des comestibles exposés à la vente sur sa commune. Ce texte a constitué, de sa promulgation jusqu'en 1971, le seul viatique juridique des services vétérinaires municipaux auxquels le maire avait systématiquement délégué l'inspection de salubrité. Au premier janvier 1968, les services vétérinaires municipaux deviennent des services d'Etat et intègrent les Directions des services vétérinaires (DSV). Les agents, vétérinaires et préposés sanitaires passent du statut de fonctionnaires municipaux à celui de fonctionnaires d'Etat, exemple assez unique de centralisation. Il est aussi perçu au profit du budget de l'Etat une taxe de protection sanitaire et d'organisation du marché de la viande destinée à payer le fonctionnement des services vétérinaires.

La réglementation sanitaire

Un décret du 31 mars 1967 organise le **Service vétérinaire d'hygiène alimentaire** et définit les droits des agents, dont le droit de saisie des denrées insalubres, dite « saisie vétérinaire ». Un second décret du 21 juillet 1971 définit des règles générales qui seront déclinées par des arrêtés ministériels verticaux relatifs à un type d'établissement (les abattoirs, les

ateliers de découpe, etc.) ou horizontaux et commun à toutes les filières (la congélation, le marquage de salubrité, le transport, etc.). Certains de ces arrêtés sont des transcriptions de directives communautaires qui commencent à être édictées et concernent des secteurs dits « harmonisés ».

Pour le secteur artisanal et industriel, il est défini deux niveaux : l'**agrément sanitaire** qui permet de vendre dans toute la communauté européenne et l'**immatriculation nationale** pour vendre sur le territoire national.

Ces arrêtés ministériels vont devenir le moteur d'une modernisation rapide en incitant à une mise aux normes indispensable pour conquérir ou conserver des marchés.

Montée en puissance d'une régulation par le sanitaire

La réglementation concernant les abattoirs est la transcription d'une directive communautaire qui impose les mêmes normes pour les abattoirs de la communauté économique européenne (CEE) et pour les abattoirs des pays tiers exportant vers la CEE.

Des experts vétérinaires de la Commission vont vérifier dans les pays tiers le respect de ces normes, pendant que des experts des pays tiers, principalement des experts américains, viennent faire des contrôles analogues en Europe.

En 1983, il a été décidé que ces experts européens effectueraient aussi des inspections dans les Etats Membres, ce qui a inauguré une longue série de rapports très critiques visant la quasi totalité des Etats Membres visités : même les abattoirs les plus modernes n'avaient pas des pratiques sanitaires du niveau de celles des pays tiers ! Il restait en outre des abattoirs agréés à l'exportation avec des promesses de modernisation qui n'avaient pas été tenues.

A cette époque eut lieu une dernière vague de fermetures autoritaires d'abattoirs non inscrits, par décision préfectorale, en application de la loi du 8 juillet 1965, ou dans certains cas de la législation sur les installations classées. Dans le même temps, les DSV commencèrent à exercer une pression plus soutenue sur les abattoirs inscrits.

Vers 1990 la gestion du plan national d'équipement en abattoir va perdre son



« Carcasse »

DR



Quartier arrière de bovin

DR

aspect dynamique et coercitif, les motifs de fermetures non volontaires étant d'ordre sanitaire ou environnemental. La législation européenne va évoluer à partir de cette époque : suite à un livre blanc et pour faciliter les échanges de denrées alimentaires, il est décidé que toutes les filières vont dépendre d'une directive sanitaire verticale et devront se mettre aux normes. Il n'y aura plus qu'un niveau sanitaire permettant de livrer dans toute la communauté européenne : **l'agrément sanitaire**. Les établissements à immatriculation nationale devront se moderniser ou disparaître. Le secteur de la viande va

connaître sa **seconde mise aux normes**.

En 2004 est publié le **“Paquet Hygiène”**, ensemble de règlements communautaires qui remplacent les directives UE issues du livre blanc de 1990. Les cartes sont à nouveau battues. Si des ouvertures existent permettant l'agrément sanitaire pour de petits établissements d'abattage de volailles, en revanche les établissements locaux régionaux doivent disparaître ou se doter de l'agrément sanitaire. C'est la **troisième mise aux normes** pour la filière viande.

La situation en 2010

Accélération de la pression de mise aux normes

Les experts vétérinaires européens dépendent désormais de l'Office Alimentaire et Vétérinaire (OAV), basé à Dublin, créé à la suite de la crise de la vache folle. Ils continuent à exercer une pression certaine comme le montre le compte-rendu de leur dernière inspection d'abattoirs français en 2009, publié sur internet et repris par la presse. Voici la relation, qu'en fait le journal Ouest France :

« Dans un rapport rendu public récemment, l'office alimentaire et vétérinaire de l'Union européenne (OAV) explique que, sur les sept abattoirs visités par ses fonctionnaires l'été dernier, trois présentaient des « déficiences graves » qui auraient justifié des mesures de fermeture immédiates. La situation de l'un d'entre eux « dépassait l'entendement », rapportent-ils, visiblement choqués de ce qu'ils ont pu constater. (...) La situation « est telle qu'une remise au niveau communautaire sur le site actuel est tout à fait problématique pour ne pas dire impossible », prévient le rapport à propos de l'un des établissements. L'agence européenne parle « d'un état de saleté et de délabrement impressionnants », pour un second.

Le MAAP a réagi avec vigueur à ces critiques de l'office européen et s'est fixé un objectif sanitaire ambitieux : avoir la totalité des abattoirs de boucherie en agrément sanitaire et en niveau hygiénique I ou II (niveaux les plus élevés) au 31 décembre 2010. Déjà, les abattoirs classés en IV (le plus mauvais niveau) ont été fermés au premier janvier 2010.

Conclusion

La filière viande a connu en 50 ans une véritable révolution. Fermer 1 500 abattoirs et 18 000 tueries particulières ne s'est pas fait sans conflits ni heurts. Même si l'abattage public a été ramené à la portion congrue, il faut savoir gré aux municipalités qui ont pris des risques et permis l'émergence d'opérateurs industriels.

Il est possible de dégager a posteriori plusieurs fondamentaux économiques, difficilement perceptibles en 1965 :

- l'abattage doit être adossé à une zone d'élevage et non à une zone de consommation,
- les abattoirs spécialisés (mono espèce) sont plus rentables,
- les petits établissements d'abattage, sans pour autant être condamnés, ne peuvent qu'avoir de plus en plus de difficultés,
- Il n'est pas acceptable de procurer un avantage concurrentiel à certains opérateurs par le non respect des règles sanitaires ou par des subventions d'équilibre, notamment au bénéfice des régies,
- Si l'abattage n'est plus obligatoirement un service public, un abattage public peut en revanche s'avérer important dans le cadre de l'animation des territoires.

Ces considérations restent d'actualité et devront guider la réflexion présidant à la mise aux normes ou à la fermeture de la centaine d'abattoirs classés en catégorie III qui sont encore en activité sur le territoire national



« La crise de la vache folle »

DR



Inspection vétérinaire à l'abattoir

DR



Tout ça... pour « cela » !

DR

OPERATION EXTERIEURE « SEISME HAITI 2010 »

La mission d'identification d'humaine

H.P. RATEAU*
D. BERGER D**
A. ROUAS***

FÉDÉRATION NATIONALE DES
CHIRURGIENS DENTISTES DE RÉSERVE
FNCDR : 54, Cours de Vincennes 75012

Présidents d'Honneur :

Pr Charles SEBBAN,
Dr Jean-Michel PAUCHARD
(Délégué Général d'Actu-GORSSA),
Dr Jean-Paul MATHIEU
(Correspondant de Rédaction d'Actu-GORSSA).

BUREAU NATIONAL :

Président : Dr Jean-Pierre FOGEL
54, Cours de Vincennes, 75012 PARIS.
Tél. 01 46 28 01 36 & 06 07 26 00 20

Secrétaire Général : Dr Stéphane BAREK
50, Rue Pierre Charron 75008 PARIS.
Tél. 01 47 20 34 90 & 06 21 05 40 12

Secrétaire Général Adjoint : Dr Philippe GATEAU
17ter, Rue Achille Millien 58000 NEVERS.
Tél. 03 86 57 06 52 & 06 80 27 49 64

Trésorier Général : Dr François MONTAGNE
1, Rue Dupuytren 75006 PARIS.
Tél. 01 43 26 90 00 & 06 09 21 22 91

DÉLÉGUÉS RÉGIONAUX :

Bordeaux : Dr Jean-Paul DELOBEL
2, Rue Santiago 64700 HENDAYE.
Tél. 05 59 20 23 54 & 06 09 06 51 07

Brest : Dr Yannick DANREE
85, Avenue de Moka 35400 SAINT MALO.
Tél. 02 99 20 05 34 & 06 33 35 20 72

Saint-Germain-en-Laye : Dr Michel LEGENS
(Délégué ADF)
3, Rue Anatole de la Forge 75017 PARIS.
Tél. 01 56 24 10 53 & 06 09 15 15 20

Lyon : Dr Alain CUMINAL
83, Rue Paul Verlaine 69100 VILLEURBANNE.
Tél. 04 78 93 76 56 & 06 60 36 48 81

Metz : Dr Bruno CROVELLA
17, Avenue de la Libération 57160 CHÂTEL SAINT
GERMAIN
Tél. 03 87 60 02 96 & 06 83 81 08 83

Toulon : Dr Jean-Michel COURBIER
Avenue de l'Américaine 13600 LA CIOTAT.
Tél. 04 94 29 60 80 & 06 12 81 71 08

Porte-Drapeau : Dr Henry FRAJDER

* CDC (Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué Bordeaux)

** CDC(CR) (DRSSA Saint Germain en Laye)

***CDC(CR) (DRSSA Bordeaux, Professeur des Universités Bordeaux2)

Trois chirurgiens dentistes du Service de Santé des Armées ont participé à la mission d'identification des victimes françaises du séisme qui a frappé Haïti le 12 janvier 2010.



Carte de Haïti

Avec 33 ressortissants français identifiés sur les 33 disparus, la mission d'identification des victimes a atteint ses objectifs. Le contexte et l'environnement après cette catastrophe donnent à cette mission un caractère particulièrement poignant : les journées sont éprouvantes dans une ambiance dramatique ou chaque débordement peut devenir dangereux.

Les médecins et chirurgiens dentistes, d'active et de réserve, ont rallié en urgence Port au Prince (Haïti) dès le 14 janvier, et contribué à former l'Unité Nationale d'Identification des Victimes de Catastrophe (U.N.I.V.C.), sous couvert de l'Institut de Recherche Criminelle de la Gendarmerie Nationale



Plan de Port au Prince

(I.R.C.G.N. de Rogny Sous Bois). Une seconde équipe a assuré la relève le 05 Février.

Sur le terrain, les experts sont chargés d'assister aux opérations de déblaiement, de soutenir les équipes de recherche et d'examiner tous les corps sortis des décombres sur des sites sélectionnés, notamment au niveau des ruines de l'Hôtel Montana.



Hôtel Montana

La mission s'est déroulée dans un contexte difficile et chaotique. En raison de l'absence de l'organisation Interpol, la coordination des équipes médico-légales n'était pas supervisée et les échanges des données corporelles se faisaient au gré des rencontres entre professionnels des différents pays.

Il nous aura fallu composer aussi avec l'instabilité géologique de l'île. Au cours du déroulement de la mission, de nombreuses répliques du tremblement de terre ont menacé les bâtiments déjà fissurés, dans lesquels les praticiens intervenaient, les contraignant à plusieurs reprises, à des évacuations rapides. Notre morgue improvisée était installée dans un des garages de l'Ambassade de France, au cœur de Port au Prince, avec un stockage des corps dans un camion frigorifique.

Il aura également fallu composer avec l'instabilité politique. Après l'effondrement des bâtiments officiels et l'anéantissement des dirigeants de la MINUSTAH (Mission de Stabilisation de l'ONU en Haïti) et des responsables Haïtiens, aucune structure de commandement n'était en place.

Cette instabilité s'est traduite par une insécurité quotidienne au sein d'une population Haïtienne possédant des armes blanches ou à feu. L'absence de ravitaillement en eau et en denrées alimentaires pousse la population à la révolte dans une ville en ruine.

La tension étant palpable dans les rues, chaque déplacement s'effectuait avec des gilets pare-balle et sous la protection d'une escorte armée. Cette escorte était assurée, au début par les casques bleus de l'ONU, puis par la suite par la gendarmerie mobile française. Les gendarmes ont fait preuve, dans des conditions extrêmes, de solides qualités opérationnelles et d'un dévouement permanent.

Le soir venu, il nous a été difficile de trouver un sommeil réparateur, au rythme des fusillades nocturnes et des répliques telluriques sur fond d'incantations vaudou, sans parler de la température et des moustiques.

Notre zone de vie était située dans les jardins de la résidence de l'Ambassadeur de France avec d'autres personnels militaires français (pompiers de

la Sécurité Civile), des journalistes, des membres d'O.N.G. et des familles haïtiennes en instance de départ pour la France.

La résidence et les murs d'enceinte du bâtiment étaient effondrés. De ce fait, l'installation de barbelés et la surveillance par des gardes armés s'est imposée pour éviter toute tentative d'intrusion humaine ou animale (chiens errants). Notre village sous tentes regroupait environ 900 personnes vivant dans des conditions d'hygiène précaire (douches collectives et sanitaires de fortune). Notre alimentation quotidienne reposait sur des rations de combat et des packs d'eau importés de métropole, solution enviable par rapport au manque évident de nourriture des sinistrés.

Tous les ressortissants français disparus ont été retrouvés et identifiés par nos deux équipes, en grande partie grâce aux odontogrammes antemortem établis par les chirurgiens-



Résidence de l'ambassadeur de France



Numérotation des corps



Prélèvements des maxillaires et de la mandibule

dentistes métropolitains ou locaux et récupérés par la mission. Les corps ont pu être restitués aux familles sur place ou en territoire français, après réunion de la commission d'identification, suivie de la mise en bière et du scellement des cercueils.

En marge du processus d'identi-

cation humaine, nous ne sommes pas prêts d'oublier cette mission particulière. Au delà des morts c'est le contact avec les familles rescapées présentes sur place, leur stress et leur désespoir, dans un contexte de dangerosité permanent qui a rendu les identifications plus pénibles et difficiles que jamais.

ANNEXE 1 : PROTOCOLE D'IDENTIFICATION MIS EN PLACE

- 1/ Numérotation du corps.
- 2/ Dactyloscopie.
- 3/ Examen externe du corps.
- 4/ Examen interne du corps (autopsie).
- 5/ Dissections ou prélèvements des maxillaires et de la mandibule.
- 6/ Nettoyage des organes dentaires.
- 7/ Photographies des arcades dentaires et de l'occlusion.
- 8/ Radiovisiographie des arcades dentaires.
- 9/ Odontogramme respectant le protocole défini.
- 10/ Prélèvements dentaires, ou osseux, pour la détermination de l'A.D.N.
- 11/ Contrôle de qualité des éléments du dossier Post-Mortem.
- 12/ Comparaison des dossiers Post-Mortem et Ante-Mortem de la victime.



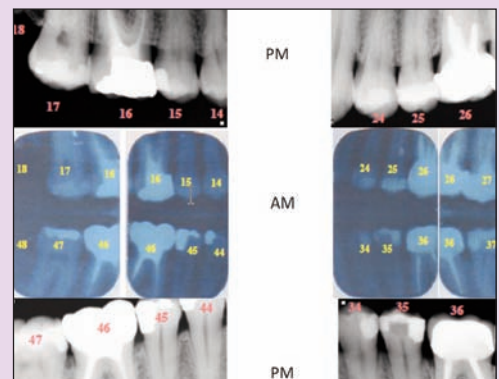
Dactyloscopie



Examen externe : tatouage



Radiovisiographie post-mortem des arcades dentaires



Analyse comparative ante mortem (A.M.) et post mortem (P.M.)



Panoramième antemortem avec implant en secteur 4



Repérage de l'implant en secteur 4 sur la victime

« Formation des chirurgiens-dentistes de réserve »

Ecole du Val de Grâce, Paris du 18 au 21 octobre 2010

Du 18 au 21 octobre dernier s'est tenue à l'Ecole du Val de Grâce la première session de formation destinée au chirurgien-dentiste de réserve. L'inspection des réserves du Service de Santé des Armées avait réuni 14 praticiens sous ESR provenant des différentes directions régionales autour des CDC A. Benmansour (HIA Begin) et O. Lecomte (SMU BFMC Lorient).

Ce fut l'occasion de leur rappeler le statut particulier du chirurgien-dentiste militaire ainsi que son rôle et ses prérogatives dans ses missions de conseil en matière d'aptitude et de prévention tout en abordant la problématique des radiographies panoramiques et des odontogrammes. Furent également traités les conditions de réalisation des prothèses dentaires, le recueil épidémiologique de l'activité, et le ravitaillement sanitaire. Forts de leurs expériences respectives, praticiens d'active et réservistes purent échanger à propos des particularités de l'exercice en OPEX. Ce fut ainsi l'occasion de présenter le shelter dentaire et de rappeler l'importance des actions civilo-militaires. Les questions de réglementation concernant la radioprotection, la prévention du risque infectieux et l'évaluation des pratiques professionnelles furent également abordées. Enfin, après avoir rappelé l'histoire de la création du corps des chirurgiens-dentistes militaires français, le CDC Benmansour reçut les participants dans son service d'odontologie de l'HIA Begin. Le MCS L. Guillou, Délégué Réserves du SSA et le CDC(R) J.-P. Fogel, Président de la Fédération Nationale des Chirurgiens-Dentistes de Réserve (FNCDR) honorèrent cette visite de leur présence. De l'avis unanime des participants ce séminaire, par les thèmes abordés et le format adopté, permit de nombreux et fructueux échanges entre les « ESR » et les intervenants d'active.

Ce stage devant être pérennisé, il permettra dix ans après la création du corps des chirurgiens-dentistes, de diffuser la doctrine de l'odontologie en milieu militaire et d'amorcer une véritable standardisation de la formation et donc de l'exercice de ses réservistes en unité ou en HIA.

CDP (R) Michel Mienville (CMA BdD Valence)

Un véhicule de gènes et d'agents de contraste pour des thérapies anti-gliomes : La microglie

Partie 1 : Contraintes et stratégies

Ribot^{a,b} E.J., Miraux^a S., Bouchaud^a V., Bouzier-Sore^a A.K., Pourtau^a L., Delville^c M.H., Thiaudière^a E., Franconi^a J.M., Voisin^{a*} P.

Les gliomes sont parmi les tumeurs cérébrales les plus communes. Elles sont particulièrement agressives et caractérisées par une récurrence presque systématique malgré les traitements chirurgicaux et par radio et/ou chimiothérapie. Le pronostic reste pessimiste, la survie moyenne des patients traités pour des glioblastomes varie entre 12 et 18 mois.

A ce titre la thérapie génique apparaît comme une autre stratégie avec des cellules comme vecteur de gènes d'intérêt.

En effet les cellules sensibles à la chémoattraction tumorale et pouvant être manipulées ex vivo sont des vecteurs intéressants car ils disposent d'une part des propriétés biologiques assurant un transport de gènes d'intérêt (gène réparateur, gène suicide) orienté vers la région d'intérêt et d'autre part des potentialités pour être suivie in vivo de façon non invasive et en temps réel.

La thérapie génique : le cahier des charges

Conduire un gène d'intérêt dans l'environnement tissulaire souhaité implique la prise en compte de plusieurs aspects (figure 1) :

- **L'aspect spatial** : C'est le véhicule cellulaire ! Ce dernier doit présenter un tropisme « naturel » vers le tissu ciblé en exprimant entre autre des déterminants de surface (intégrines, récepteurs) sensibles à des molécules chémoattractantes libérées par le tissu (interleukines) et /ou en présentant une spécificité vis-à-vis de protéines tapissant le tissu interstitiel (protéines d'adhésion..).
- **L'aspect temporel** : La notion de temps affecte plusieurs acteurs. En premier le temps mis par le véhicule cellulaire pour atteindre sa cible et le temps pendant lequel il va rester dans l'environnement souhaité doivent être connus et si possible contrôlés. D'autre part ce véhicule transporte un gène d'intérêt. Le déclenchement de l'expression de ce transgène doit être maîtrisé. La durée de vie de la protéine alors exprimée doit être connue. Elle conditionne le choix du moment où de nouvelles inductions du transgène peuvent être engagées. Si la protéine exprimée est une enzyme nécessitant un substrat exogène, le temps d'efficacité du produit de la catalyse doit aussi être connu. Ainsi la notion de temps conditionne la coor-

dination des étapes du traitement et sa qualité. A l'évidence les effets sur la régression tumorale sont aussi « temps dépendant » !

- **L'aspect toxicité** : La manipulation des cellules et en particulier leur transfection ne doit pas modifier le phénotype de ces cellules. Elles doivent conserver en particulier leur propriété chémoattractante. La présence du transgène ne doit pas générer de processus cytotoxique pour le véhicule lui-même. De plus les cellules véhicules de gènes d'intérêt ne doivent pas être cytotoxiques vis à vis de l'hôte après leur manipulation ex vivo et lors de leur réinjection par voie intraveineuse.
- **L'aspect sécurité et le contrôle pharmacologique** : Le transgène doit rester silencieux tant que son induction n'est pas engagée. Cependant une expression inattendue et accidentelle du transgène décrite comme un processus d'échappement ne peut être ignorée. Aussi dans ces stratégies, l'intérêt est de pouvoir développer une toxicité ou une réparation cellulaire seulement si le substrat de l'enzyme est injecté. Ainsi si échappement il y a, il n'y aura pas de conséquence dans la mesure où le substrat est absent!
- **Contrôle par imagerie** : L'ensemble de ces aspects spatiotemporels implique un suivi en temps réel. A ce titre l'imagerie non invasive doit être combinée à ces développements [1].

(a) : RMSB UMR 5536 CNRS- Université V. Segalen Bordeaux2, Bordeaux , Fr.

(b) : Robarts Research Institute London, Ontario, Canada

(c) : ICMCB UPR 9048 CNRS Bordeaux, Fr.

(*) : Correspondance : Dr. Pierre Voisin Centre de Résonance Magnétique des Systèmes Biologiques, UMR 5536 CNRS-Université Victor Segalen, case 93, 146 rue Léo Saïgnat 33076 Bordeaux, France.

En effet la capacité à suivre ces cellules, les savoir au bon endroit, au bon moment et en nombre suffisant conditionnent l'engagement de la thérapie. L'évolution de la tumeur implique aussi l'imagerie [2]. A ce jour seule l'IRM peut répondre à ces exigences, de façon non invasive avec une résolution suffisante malgré son manque de sensibilité.

Les choix stratégiques

- Le vecteur thérapeutique : Les cellules microgliales

Les cellules microgliales sont d'origine monocytaire et représentent une composante majeure du système immunitaire cérébral. Les microglies sont les macrophages résidents et représentent entre 5 et 20% de la population gliale [3]. Ces cellules sont sensibles à toutes perturbations de l'homéostasie cérébrale (trauma, affection bactérienne, virale, processus neurodégénératifs...) [4]. Ainsi lors de la croissance tumorale, les microglies modifient leur comportement [5]. Leur sensibilité à des facteurs de croissance comme le granulocyte macrophage colony stimulating factor (GM-CSF) provoque la chemoattraction des microglies et leur prolifération dans la tumeur. Ainsi les microglies peuvent représenter jusqu'à 70% de la population tumorale selon le type de tumeur [6-7]. Au regard de ces propriétés, les microglies peuvent constituer un bon vecteur thérapeutique pour le transport de gène d'intérêt dans la tumeur. Cependant à ce jour aucune étude résolutive n'a pu mettre en évidence cette chemoattraction et cette accumulation microgliale intratumorale autrement que par des analyses histologiques *postmortem* ne permettant pas un suivi longitudinal d'une telle thérapie sur le même animal.

- Le mode de caractérisation : L'imagerie par résonance magnétique

L'imagerie par RMN (IRM) est une technique non invasive permettant un suivi longitudinal sur un même sujet. L'IRM présente une bonne résolution spatiale (jusqu'à 100 μm chez le petit animal) et de bons contrastes entre les différents tissus. D'autre part l'internalisation par les cellules « véhicules » d'agents de contraste permet un suivi de ces cellules *in vivo*. Les cellules microgliales, dès lors qu'elles sont activées, peuvent spontanément internaliser des nanoparticules (NP)

de diamètre compris entre 20nm et 0,1 μm [8]. Des NP superparamagnétiques à base de noyau fer (superparamagnétique iron oxide, SPIO et USPIO type Sinerem (Guerbet)) sont largement utilisées car elles diminuent le seuil de détection en imagerie pondérée T2*. D'autre part des NP à base de silice sont intéressantes car après internalisation elles présentent une concentration intracellulaire importante et échappe à la dégradation lysosomiale [9]. Aussi des NP à base de silice sur laquelle est greffé du chélate de gadolinium (SiNP-Gd) sont internalisées par des cellules microgliales *ex vivo* et sont détectables dans des gliomes implantés en sous-cutané et ce jusqu'à 4 jours après leur injection intratumorale [10-11].

La validation des images IRM *in vivo* implique une approche classique par microscopie de fluorescence sur les cellules isolées et /ou par histologie sur coupe de tissus. Aussi, les mêmes NP ont été greffées avec une sonde fluorescente, la rhodamine (SiNP-TRITC).

- Le gène d'intérêt et le contrôle de son expression :

Le concept connu sous le sigle GDEPT (Gene Directed Enzyme Prodrug Therapy) consiste à utiliser un gène codant pour une enzyme comme agent thérapeutique et une prodrogue substrat comme inducteur de la thérapie [12].

Le substrat de l'enzyme n'est pas cytotoxique aux concentrations utilisées. De fait il n'affecte pas les tissus avoisinants. Par contre sa transformation par l'enzyme alors présente dans la cible conduit à un produit de réaction actif.

Dans les choix de stratégies antitumorales, des gènes dits « suicides » sont étudiés. Ces gènes codent pour des enzymes comme la thymidine kinase du virus de l'Herpès simplex ou la cytosine désaminase d'origine bactérienne [13-14].

La thymidine kinase peut phosphoryler un de ses substrats le ganciclovir pour en faire un dérivé monophosphate qui, repris par les kinases cellulaires, est transformé en formes di et triphosphates s'apparentant alors à un analogue de la guanine triphosphate (figure 2) [15]. Le ganciclovir phosphorylé est intégré dans l'ADN lors de sa replication et stoppe celle-ci provoquant des cassures double brins et entraînant l'arrêt du cycle cellulaire en phase S et G2/M [16]. Les

Nous venons d'apprendre avec tristesse le décès de notre camarade le Lieutenant-Colonel Honoraire Claude DEMANGE, survenu le 9 juillet 2010 des suites d'une longue maladie. Nous assurons son épouse de toute notre sympathie.

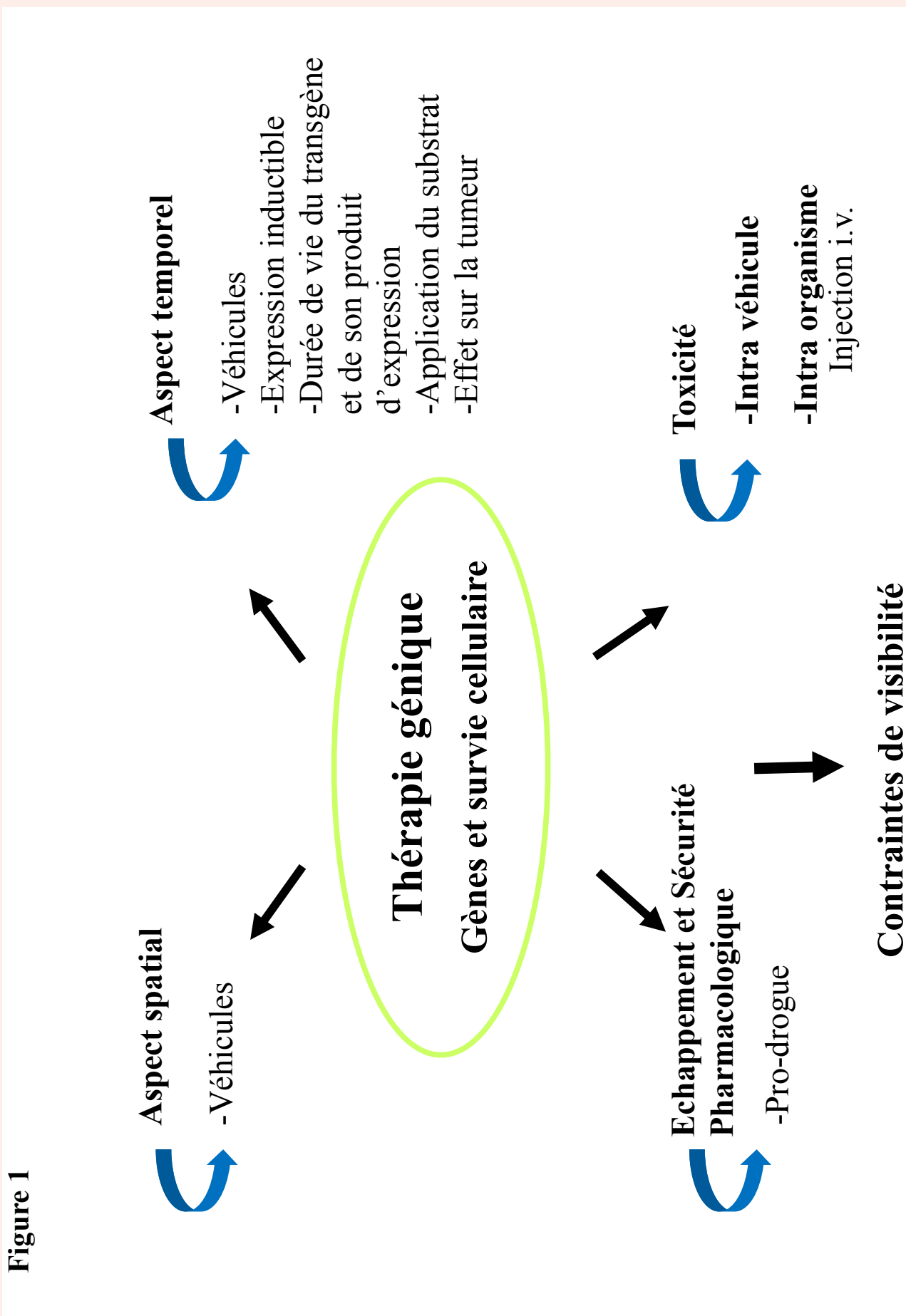


Figure 1 : Contraintes de la thérapie cellulaire antitumorale.
La validation de la thérapie cellulaire antitumorale nécessite un contrôle spatio-temporel du devenir du transporteur de gènes ou de médicaments. Ce contrôle impose non seulement l'assurance de la spécificité de ciblage du transporteur mais aussi l'élaboration de solutions permettant d'éviter toutes formes de toxicité vis à vis de l'environnement tissulaire sain. Ainsi chaque étape implique une contrainte de visibilité de façon non invasive et en temps réel.

Figure 2

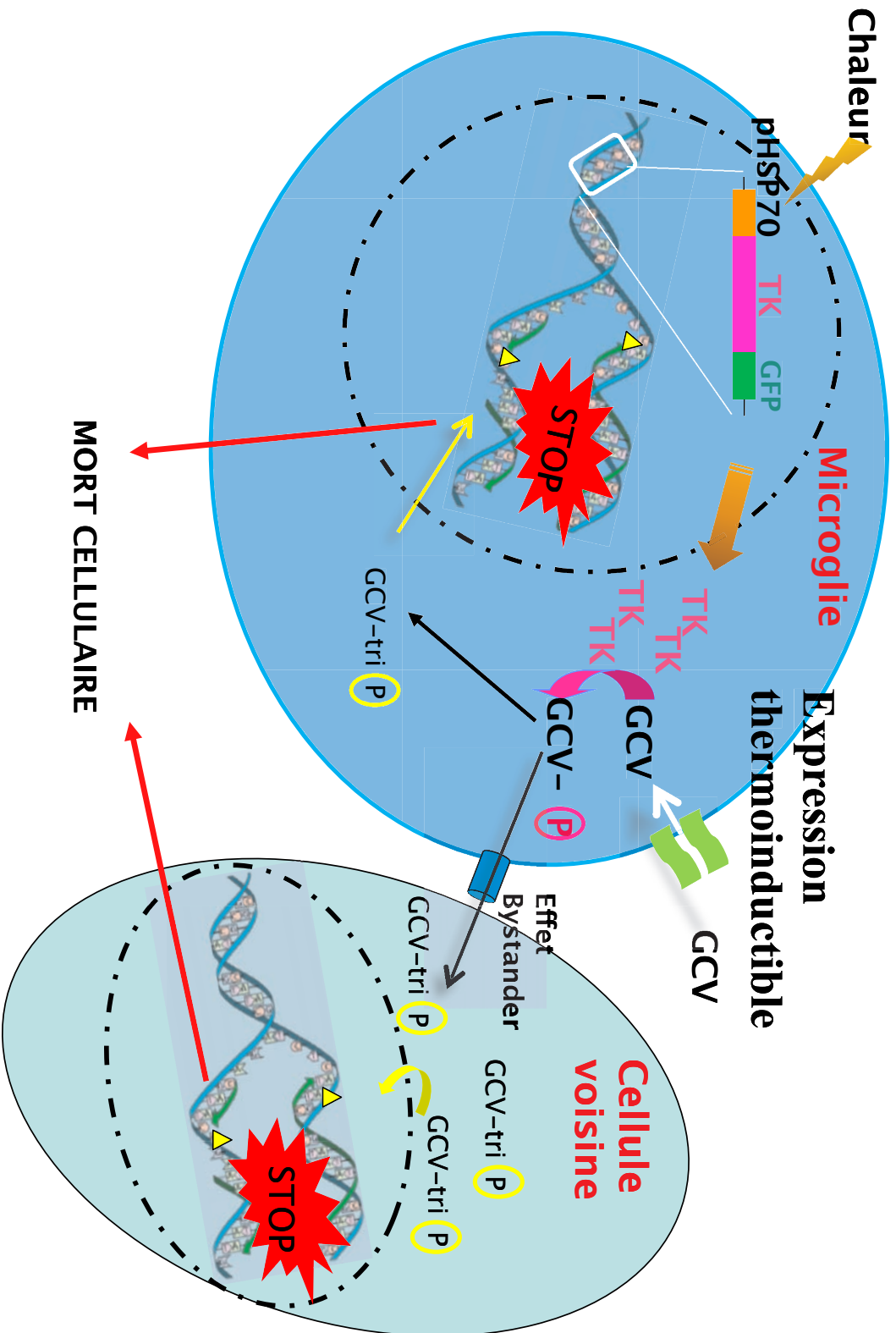


Figure 2 : Stratégie antigliome: Les microglies véhiculées de gènes suicides
 Les cellules de la lignée microgliale sont transfectées par voie lentivirale afin d'exprimer le gène de fusion "thymidine kinase (TK)-green fluorescent protein (GFP)" sous contrôle du promoteur thermoinductible des protéines de stress de 70kDa (pHSP70). Lorsque le gliome implanté est décelable par IRM, les microglies sont chargées en agents de contraste in vitro puis injectées en intra-veineux (IV). Après contrôle IRM de la localisation intra et péri-tumorale des microglies, l'expression du gène est induite. Le ganciclovir (GCV), substrat de la TK, est un dérivé de la 2-déoxyguanosine. Ce dernier est administré en IV. Il est phosphorylé par les cellules exprimant la TK (GCV-P), puis pris en charge par les kinases intracellulaires pour synthétiser les formes di et tri-phosphate. Ces dernières lors de l'élongation de l'ADN stoppent sa réplication et conduisent à la fragmentation de l'ADN des cellules en cours de division. Ces dernières meurent par apoptose. La forme GCV-P peut diffuser de cellule à cellule par les "gap-junctions" et conduire aussi à l'apoptose de cellules TK-négatives. Ceci est une composante de l'effet de voisinage (effet bystander).



En plein travail.



A l'écoute.

cellules s'engagent alors dans un processus de mort par apoptose par des processus encore mal connus impliquant soit la voie de la protéine P53 soit la voie mitochondriale [17-18].

L'effet de cet analogue de base est amplifié par un effet dit de voisinage [19]. En effet le composé sous forme monophosphate peut passer de cellule à cellule par les jonctions intercellulaires et induire le processus apoptotique dans les cellules environnantes. Ainsi seulement 10% de cellules malignes exprimant la thymidine kinase parviennent à induire la régression d'une tumeur pré-implantée. L'autre composante de cet effet de voisinage est généré par les cellules du système immunitaire qui internalisent les corps apoptotiques libérés lors de cette mortalité induisant la reconnaissance des métastases.

Le gène peut être placé sous le contrôle d'un promoteur présentant une spécificité d'induction propre à la cible (promoteur sensible à l'hypoxie [20], promoteur spécifique d'un type cellulaire (GFAP pour les astrocytes), ou d'un organe (PSA pour la prostate) ou bien être inductible par des agents physiques (hyperthermie (par ultrasons focalisés ou par radio-fréquence), rayonnements ionisants). L'hyperthermie est intéressante car elle peut être effectuée par voie physique de façon non invasive [21-22]. Seuls les ultrasons et les ondes radiofréquences peuvent déposer de l'énergie en profondeur dans les tissus sans induire de dommages au niveau des tissus situés sur le trajet des ondes.

Les ultrasons après focalisation génèrent une hyperthermie dans un volume d'intérêt d'environ 50 μ l [23]. Cette méthode est actuellement étudiée pour réaliser de l'ablathermie dans le cas des cancers de la pros-

tate [24] et est à l'étude pour des thérapies géniques adaptées aux cancers du foie [25] et du sein [26].

L'hyperthermie par radiofréquence est applicable aux tumeurs cérébrales. Cependant la largeur du faisceau et l'importance des longueurs d'onde ne permettent pas encore une action localisée.

Résumé sur la stratégie :

La validation de cette stratégie passe par le contrôle de plusieurs étapes:

1- La visibilité *in situ* des cellules microgliales.

Les microglies, en tant que macrophages, capturent des agents de contrastes en concentrations intracellulaires suffisantes pour être visibles par IRM sans affecter leur viabilité, leur phénotype et leur propriété de chémoattraction.

2- les modalités d'expression du gène d'intérêt.

Les microglies transfectées expriment le gène d'intérêt placé dans un cas sous le contrôle d'un promoteur constitutif (promoteur cytomégalovirus pCMV), dans l'autre cas sous le contrôle d'un promoteur inductible (promoteur des protéines de stress de la famille de 70kDa : pHSP70) (figure 2). Dans le premier cas le transgène sera toujours exprimé. Cela permettra d'analyser les propriétés fonctionnelles du transgène *in vitro* et *in vivo*. Dans le deuxième cas les propriétés d'induction par la température seront étudiées à la fois au niveau de l'expression du transgène et de sa fonctionnalité.

3- La chémoattraction et la fonctionnalité du transgène dans le gliome.

Une caractérisation postmortem par histologie sera effectuée afin de valider l'IRM *in vivo*.



La détente.



Entre présidents.

Références partie 1 :

- [1] Efficient stem cell labeling for MRI studies. Küstermann E, Himmelreich U, Kandal K, Geelen T, Ketkar A, Wiedermann D, Strecker C, Esser J, Arnhold S, Hoehn M. *Contrast Media Mol Imaging*. 2008 Jan;3(1):27-37.
- [2] Overview of nanoparticle use in cancer imaging. Islam T, Harisinghani MG. *Cancer Biomark*. 2009;5(2):61-7. Review.
- [3] Heterogeneity in the distribution and morphology of microglia in the normal adult mouse brain. Lawson LJ, Perry VH, Dri P, Gordon S. *Neuroscience*. 1990;39(1):151-70.
- [4] Microglial activation and its implications in the brain diseases. Dheen ST, Kaur C, Ling EA. *Curr Med Chem*. 2007;14(11):1189-97. Review.
- [5] Microglia in brain tumors. Graeber MB, Scheithauer BW, Kreutzberg GW. *Glia*. 2002 Nov;40(2):252-9. Review.
- [6] Macrophages in experimental and human brain tumors. Part 1: Studies of the macrophage content of experimental rat brain tumors of varying immunogenicity. Morantz RA, Wood GW, Foster M, Clark M, Gollahon K. *J Neurosurg*. 1979 Mar;50(3):298-304.
- [7] Macrophages in experimental and human brain tumors. Part 2: studies of the macrophage content of human brain tumors. Morantz RA, Wood GW, Foster M, Clark M, Gollahon K. *J Neurosurg*. 1979 Mar;50(3):305-11.
- [8] Metabolic and cellular characterization of immortalized human microglial cells under heat stress. de Gannes FM, Merle M, Canioni P, Voisin PJ. *Neurochem Int*. 1998 Jul;33(1):61-73.
- [9] A model of lysosomal metabolism of dextran coated superparamagnetic iron oxide (SPIO) nanoparticles: implications for cellular magnetic resonance imaging. Arbab AS, Wilson LB, Ashari P, Jordan EK, Lewis BK, Frank JA. *NMR Biomed*. 2005 Oct;18(6):383-9.
- [10] Use of lanthanide-grafted inorganic nanoparticles as effective contrast agents for cellular uptake imaging. Voisin P, Ribot EJ, Miraux S, Bouzier-Sore AK, Lahitte JF, Bouchaud V, Mornet S, Thiaudière E, Franconi JM, Raison L, Labrugère C, Delville MH. *Bioconjug Chem*. 2007 Jul-Aug;18(4):1053-63. Epub 2007 May 19.
- [11] Microglia used as vehicles for both inducible thymidine kinase gene therapy and MRI contrast agents for glioma therapy. Ribot E, Bouzier-Sore AK, Bouchaud V, Miraux S, Delville MH, Franconi JM, Voisin P. *Cancer Gene Ther*. 2007 Aug;14(8):724-37. Epub 2007 Jun 1.
- [12] Suicide genes for cancer therapy. Portsmouth D, Hlavaty J, Renner M. *Mol Aspects Med*. 2007 Feb;28(1):4-41. Epub 2007 Jan 10. Review.
- [13] Gene therapy for metastatic malignant melanoma: evaluation of tolerance to intratumoral injection of cells producing recombinant retroviruses carrying the herpes simplex virus type 1 thymidine kinase gene, to be followed by ganciclovir administration. Klatzmann D. *Hum Gene Ther*. 1996 Jan 20;7(2):255-67.
- [14] Mechanisms of thymidine kinase/ganciclovir and cytosine deaminase/5-fluorocytosine suicide gene therapy-induced cell death in glioma cells. Fischer U, Steffens S, Frank S, Rainov NG, Schulze-Osthoff K, Kramm CM. *Oncogene*. 2005 Feb 10;24(7):1231-43.
- [15] Cytogenetic genotoxicity of anti-herpes purine nucleoside analogues in CHO cells expressing the thymidine kinase gene of herpes simplex virus type 1: comparison of ganciclovir, penciclovir and aciclovir. Thust R, Tomicic M, Klöcking R, Wutzler P, Kaina B. *Mutagenesis*. 2000 Mar;15(2):177-84.
- [16] Ganciclovir-induced apoptosis in HSV-1 thymidine kinase expressing cells: critical role of DNA breaks, Bcl-2 decline and caspase-9 activation. Tomicic MT, Thust R, Kaina B. *Oncogene*. 2002 Mar 28;21(14):2141-53.
- [17] Herpes simplex virus thymidine kinase/ganciclovir-induced apoptosis involves ligand-independent death receptor aggregation and activation of caspases. Beltinger C, Fulda S, Kammertoens T, Meyer E, Uckert W, Debatin KM. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1999 Jul 20;96(15):8699-704.
- [18] Death receptor-independent cytochrome c release and caspase activation mediate thymidine kinase plus ganciclovir-mediated cytotoxicity in LN-18 and LN-229 human malignant glioma cells. Glaser T, Castro MG, Löwenstein PR, Weller M. *Gene Ther*. 2001 Mar;8(6):469-76.
- [19] Bystander killing of cancer cells by herpes simplex virus thymidine kinase gene is mediated by connexins. Mesnil M, Piccoli C, Tiraby G, Willecke K, Yamasaki H. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1996 Mar 5;93(5):1831-5.
- [20] Targeting gene expression to hypoxic tumor cells. Dachs GU, Patterson AV, Firth JD, Ratcliffe PJ, Townsend KM, Stratford IJ, Harris AL. *Nat Med*. 1997 May;3(5):515-20.
- [21] Spatial and temporal control of expression of therapeutic genes using heat shock protein promoters. Rome C, Couillaud F, Moonen CT. *Methods*. 2005 Feb;35(2):188-98. Review.
- [22] Spatial and temporal control of transgene expression in vivo using a heat-sensitive promoter and MRI-guided focused ultrasound. Guilhon E, Voisin P, de Zwart JA, Quesson B, Salomir R, Maurange C, Bouchaud V, Smirnov P, de Verneuil H, Vekris A, Canioni P, Moonen CT. *J Gene Med*. 2003 Apr;5(4):333-42.
- [23] Spatio-temporal control of gene expression and cancer treatment using magnetic resonance imaging-guided focused ultrasound. Moonen CT. *Clin Cancer Res*. 2007 Jun 15;13(12):3482-9. Review.
- [24] High-intensity focused ultrasound for the treatment of localized prostate cancer: 5-year experience. Blana A, Walter B, Rogenhofer S, Wieland WF. *Urology*. 2004 Feb;63(2):297-300. Review.
- [25] Real time monitoring of radiofrequency ablation based on MR thermometry and thermal dose in the pig liver in vivo. Seror O, Lepetit-Coiffé M, Le Bail B, de Senneville BD, Trillaud H, Moonen C, Quesson B. *Eur Radiol*. 2008 Feb;18(2):408-16. Epub 2007 Sep 26.
- [26] A new noninvasive approach in breast cancer therapy using magnetic resonance imaging-guided focused ultrasound surgery. Huber PE, Jenne JW, Rastert R, Simiantonakis I, Sinn HP, Strittmatter HJ, von Fournier D, Wannemacher MF, Debus J. *Cancer Res*. 2001 Dec 1;61(23):8441-7.

Journée Nationale d'Instruction de l'ANORCTASSA 25 septembre 2010 à l'HIA du Val-de-Grâce à Paris

Comme chaque année l'ANORCTASSA organise avec le soutien de la DCSSA sa journée nationale d'instruction qui a réuni 21 officiers en 2010 représentant l'ensemble des régions du SSA.

C'est l'occasion pour les présidents de régions de rappeler les activités organisées et celles à venir. C'est aussi l'opportunité donnée aux plus jeunes de rencontrer les plus hauts responsables représentant la Direction Centrale en charge des réserves du SSA.

Le Médecin Chef des Services Luc Guillou nous a fait l'honneur et l'amitié d'être présent parmi nous et de se prêter au jeu des questions-réponses avec toute la sincérité que nous lui connaissons et que chaque officier apprécie comme il se doit. C'est aussi l'opportunité pour notre délégué aux réserves du SSA de faire un point fait sur l'actualité des réserves et l'impact induit sur nos l'organisation des activités et les possibilités d'emploi associées.

Le MCS Luc Guillou intervient et nous précise les points suivants :

Les grands enjeux induits par la RGPP invitent le MinDEF à un regroupement des établissements militaires dans les Bases de Défense (ancien services médicaux qui deviennent des antennes) SSA ce qui peut induire des effets non négligeables dans l'organisation, les militaires étant très attachés à leurs unités.

Elle présente en revanche certains avantages fonctionnels liés à la mutualisation des moyens.

Pour les Octas, cette réorganisation pourra présenter un intérêt certain. En effet les structures ainsi redimensionnées présenteront une charge d'administrative plus importante offrant ainsi des possibilités d'emplois supplémentaires au sein des forces.

Les DRSSA au nombre de 6 sont des échelons intermédiaires. Les effectifs de ces entités devraient être réduits, 45 personnes en moyenne actuellement, à court terme vers 40 pour atteindre une cible une trentaine ETP. Avec 15 personnes de moins certaines fonctions devront être gérées ailleurs. Cette gestion des réservistes pourrait être centralisée et devenir une fonction assurée par la DCSSA.

Le Conseil Supérieur de la Réserve Militaire est désormais organisé avec l'aide d'un coordonnateur à la réserve, il s'agira d'un Général de division de l'armée de l'air directement rattaché au Chef état major des armées. Il faut voir là un signe fort sur l'intérêt accordé par les autorités militaires aux réserves.

Un Comité de direction de pilotage des réserves a été créé. Présidé par le chef d'état major des armées il a pour objectif la mise en oeuvre de la politique des réserves.

Au sein du SSA le poste de délégué aux réserves a été créé. Le Capitaine de Frégate Laurent parti en retraite a été remplacé par le Médecin-chef Serge Cueff ancien chef du BORH de la DRSSA Toulon. L'ANORCTASSA souhaite la bienvenue au MC Cueff dans ses nouvelles fonctions à la DCSSA.

Un rapport réalisé par le Col ® Voisin sur les stages Orsem a répondu à beaucoup d'interrogations sur la pérennité de maintenir l'accès à ces stages aux Octa. Ce rapport a mis en évidence la préparation efficiente des Octas aux fonctions de chef adjoint santé en OPEX et également dans la chaîne d'état-major de crise.

En conclusion, le MCS Guillou confirme le maintien de ces formations qui nécessitent néanmoins une formation militaire initiale et une connaissance linguistique importante (anglais).

Point sur les HMC : une réunion est prévue le 27 novembre avec les chefs d'HMC. Ces structures selon le MCS Guillou ne correspondent plus aux objectifs de la guerre froide. Bien qu'elles représentaient des structures d'accueil intéressantes pour tous les corps du SSA, activité TTA (militaire). Elles ont du subir dans un premier temps la dissolution par l'Armée de Terre en 2006 des corps supports qui les soutenaient. Il faut trouver une solution la DCSSA envisage soit :

- de créer une structure HMC d'active dans chaque région avec l'idée d'être dédoublée par une structure réservistes aux niveaux des HIA avec conventions avec les Bases de Défense.
- de rattacher tout le monde au 3^{ème} RMED qui deviendra le 1^{er} régiment médical français sur LYON bien que La Valbonne soit un peu excentrée pour les autres régions.

Les moyens sont déjà regroupés à LYON Ecole de santé :

- CISAT, CPOPEX
- Maintien d'une formation prépa-militaire initiale PMIPDN
- Communication vers les ressources hors ESR

La formation avec St CYR Coëtquidan, est pérennisée. En accord avec l'EHESP la formation est portée à 10 jours. On compte cette année 40 candidats.

Mais l'emploi de ces nouveaux Octas n'est pas optimal dans la mesure où leurs nouvelles fonctions civiles les engagent à beaucoup de mobilité. Conseil leur est donné : lorsque la situation de ces élèves directeurs est stabilisée de demander le transfert de dossier dans la DRSSA de leur domicile.

Paradoxalement des difficultés de recrutement sont à noter dans les HIA accentuées par les évolutions d'organisation d'activités auxquelles les BLRH doivent faire face.

Pour le moins la richesse de formations très diverses des Octas (financiers, psychologues, informaticiens, logisticiens, responsables RH...) demeure une valeur sûre sur laquelle le SSA s'appuie lorsque le besoin est exprimé et les ressources identifiées.

Une demande d'audit pour la gestion des réservistes de santé dans les HIA a été faite au DAISSA.

Une Réserve de sécurité nationale est créée et devrait faire appel aux réservistes militaires. Mais lors de la commission sénatoriale le MCS Guillou a rappelé la difficulté à mobiliser les réservistes.

Les réservistes permettraient de venir en substitution des personnels d'active dans les situations de tension.

Aucune visibilité sur les O.P.E.X. n'est possible du fait de la réduction des théâtres extérieurs. Le ministère de la défense est assez réticent à l'envoi de réservistes en Afghanistan. Les opérations pour 2011 ne sont pas encore programmées.

La C.I.O.M.R. orientée vers le lobbying, nécessite de faire participer dans cette instance des officiers expérimentés pour présenter le SSA, pour conserver un lien avec les autres nations et présenter des thèmes représentant la doctrine SSA. La composition actuelle est : 1 MC + 2 autres officiers ou sous officiers. La prestation des représentants français à été particulièrement appréciée lors de la dernière réunion. Nous allons poursuivre dans cette voie. Sur le financement de la CIOMR Il faudra une évolution avec la participation au COMEDS. Les réservistes présentent

l'avantage l'offrir une stabilité des actions de représentativité très appréciable.

Raid Réserves :

Ils datent de l'armée de mobilisation, liés aux réservistes ayant suivi une formation du Service National qui nécessitaient d'être évalués au cours de ces raids. Actuellement, 53 % des réservistes n'ont pas fait de Service National, les raids devenant des séances d'instruction plutôt que d'évaluation.

Le Raid Réserves a évolué. C'est une structure qui veut formaliser la cohésion et l'instruction. Dès lors les classements, remises d'insignes et remises de coupes n'avaient plus de sens. Il s'oriente dorénavant vers un parcours de professionnalisation des réservistes.

Il n'y a pas d'évolution pour la réserve citoyenne. Il demeure un problème d'harmonisation avec les autres armées. Actuellement c'est une situation qui correspond à la fin des activités opérationnelles.

Les travaux se terminant vers 13 h 30 les discussions se sont poursuivies dans un cadre convivial lors du déjeuner qui a réuni l'ensemble des participants dans le restaurant de l'HIA du Val de Grâce. La visite du Musée qui fut proposée ensuite répond toujours à un plaisir partagé par les anciens et les plus jeunes mettant en valeur la richesse patrimoniale et historique du Service de Santé des Armées.

Rendez-vous à l'année prochaine !

Le Secrétaire Général de l'ANORCTASSA
Lcl ® Denis BLONDÉ



Remise de la médaille d'Honneur du Service de Santé des Armées au Colonel (cr) CAPEL

Le 7 octobre 2010, au cours d'une cérémonie organisée par la DCSSA à la salle capitulaire de l'ensemble conventuel du Val de Grâce, le Médecin Général des Armées Gérard NEDELLEC, Directeur central, a procédé à la remise de la Médaille d'Honneur du Service de Santé des Armées (échelon Bronze) au Colonel (cr) Jean-Pierre CAPEL, Président d'Honneur de l'ANORCTASSA, Vice-Président d'Honneur du GORSSA.

Cette médaille vient récompenser ses 38 années de services dans les réserves et ses activités dans différents domaines d'emploi. Ses amis d'active et de réserve se réjouissent de cette attribution à laquelle, nous le savons, il a été très sensible.

Alain MICHEL

Président de l'ANORCTASSA

Depuis juillet 2009, les étudiants en soins infirmiers sont entrés dans le système LMD. Au travers de ce nouveau programme de formation l'étudiant va lui-même construire un ensemble de compétences. Il sera amené à devenir un étudiant autonome et réflexif, c'est-à-dire d'être capable d'utiliser les ressources qui sont à sa disposition pour traiter les différentes situations de soins qui se présenteront à lui. C'est ce nouveau programme que l'officier supérieur de réserve Jane Laure Danan va nous présenter dans cet article.

Mireille Grillet, cadre de santé

LA REFORME DES ETUDES EN SOINS INFIRMIERS QUELS ENSEIGNEMENTS POUR QUELLES COMPETENCES ?

Jane Laure DANAN*

AMITRHA

Président : I.C.N. (R.) Didier SEVRAIN

Vice-Présidente : I.C.A.S.S. (R.) Anne-Marie PETER-BAUMGARTEN

Trésorier : M.E.R.C.N. (R.) Frédéric NORET

Secrétaire : I.C.N. (R.) Elisabeth de MOULINS De ROCHEFORT

Administrateurs : Lt (R.) Mireille GRILLET (correspondante de rédaction d'Actu-GORSSA) - I.C.A.S. (R.) Bertrand LOCHERER - I.C.N. (R.) Bénédicte MONCOMBLE

L'infirmier a une place centrale dans le dispositif hospitalier. Il est amené à jouer un rôle capital dans l'évolution du système de santé, notamment en ce qui concerne la réorganisation de l'offre des soins, la prise en charge de nouvelles pathologies et de pathologies chroniques. La répartition des tâches entre professionnels de santé et le transfert des compétences intervient à un moment où la démographie médicale est tendue et surtout à un cadre financier de plus en plus contraignant.

Dès 2004, le Ministère de la Santé et des Sports, conscient des mutations à venir, a lancé un vaste chantier de redéfinition et de réingénierie de tous les programmes de formation conduisant aux diplômes des auxiliaires médicaux.

Depuis, la formation infirmière a plus ou moins marqué ce vaste chantier et de nombreux rapports se sont succédés, dont :

- celui de M. Yvan BERLAND : formation professionnels pour coopérer et soigner (décembre 2007)
- ou celui de l'évaluation de l'impact du dispositif LMD sur la formation et le statut des professions paramédicales (septembre 2008)

De plus, le ministère a mandaté l'IGAS et l'IGEN ainsi que Mr Le Député de Meurthe et Moselle Laurent HENART, M. BERLAN et M. CADET pour compléter l'étude de l'impact de la réforme dite du LMD pour les professions paramédicales et l'émergence de nouveaux métiers.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009

portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (H.P.S.T), précise que la formation des auxiliaires médicaux et en particulier celle des infirmiers, par le renforcement du cursus initial doit pouvoir répondre au vieillissement de la population, à l'apparition de nouveaux enjeux de santé publique à la reconnaissance de compétences nouvelles et par voie de conséquence, à l'apparition de nouveaux métiers.

UNIVERSITARISATION – LMD – EUROPE

Le contexte Européen de la formation des infirmiers interroge les pratiques de formation en France.

En effet, la France n'a intégré la formation infirmière dans le processus universitaire que depuis l'Arrêté du 31 juillet 2009, alors même qu'elle a été signataire des Accords dit de Bologne¹ dès 1999.

Accords dont la conséquence est, d'une part :

- le découpage en trois niveaux des niveaux universitaires
- licence ou bachelor (6 semestres – 180 ECTS²)
- master (4 semestres – 120 crédits)
- doctorat (durée moyenne 3 à 4 ans – 180 crédits)

et d'autre part la construction des diplômes à partir d'un système de crédits (ECTS³).

Les objectifs du processus de Bologne⁴

Outre la compétitivité, l'attractivité, l'employabilité, les Accords de Bologne ont pour objectif de favoriser la mobilité dans les pays européens.

¹ Déclaration commune des ministres européens de l'éducation à BOLOGNE le 19 juin 1999

² Européen Credits Transfert System

³ 1 ECTS = 25 h d'activités pédagogiques ou 35 heures de stage

⁴ Source : <http://www.coe.int/t/dg4/highereducation/ehea2010/>

* Lieutenant-Colonel de Réserve, Réserve citoyenne DRSSA du Nord Est.

De plus, ce processus ambitionne de développer des outils permettant une meilleure lisibilité des diplômes ainsi que la promotion de l'innovation et de la recherche.

Conformément aux pays européens, la formation des infirmiers à l'instar des autres professions paramédicales a été repensée sous l'angle de l'acquisition de compétences et plus seulement à celle d'obtention de qualifications supposées être déconnectées des praxis.

La notion de compétence renvoie aux missions, aux savoirs faire et savoir agir en situation, en fédérant les liens théorico cliniques là où la qualification se résumerait à la reconnaissance juridique d'un savoir faire formel et d'un statut avec tout ce qu'il peut comporter de figé.

L'introduction de référentiels de compétences en formation initiale permet à l'étudiant de développer la capacité à intégrer des situations et à y répondre en faisant appel à ses connaissances, son savoir faire (ou agir) et son savoir être.

L'individualisation des parcours de formation ainsi que l'alternance des champs théoriques et des stages vont également permettre de développer chez les étudiants des aptitudes à l'analyse réflexive, l'auto apprentissage, l'auto évaluation et la production de connaissance spécialisées en sciences infirmières.

De plus le programme ambitionne de développer une identité professionnelle nouvelle dans la perspective d'une formation tout au long de la vie. Mais aussi des passerelles clairement identifiées tout au long de la vie professionnelle.

LES GRANDES LIGNES DE LA REFORME DU CURSUS DE FORMATION INFIRMIERE

L'admission

Toujours sous la responsabilité des IFSI, le concours d'entrée en formation est maintenu.

Le nombre d'étudiants en soins infirmiers admis à suivre la formation conduisant au diplôme d'état valant grade de licence demeure pour l'heure soumis aux quotas nationaux.

La sélection comporte une épreuve d'admissibilité (tests d'aptitudes et étude de texte d'actualité sanitaire ou

sociale) et une épreuve d'admission (entretien oral).

La promotion professionnelle permet aux titulaires d'un diplôme d'aide soignant et/ou auxiliaire de puériculture justifiant de 3 ans d'exercice à temps plein de se présenter à des épreuves qui leur sont spécifiques.

De plus, ces étudiants peuvent bénéficier d'une dispense de certains enseignements (infectiologie, hygiène), ainsi que du stage clinique réalisé durant le premier semestre (5 semaines).

Une architecture de formation LMD compatible

La configuration générale de la formation est réalisée selon un cursus se déroulant sur 3 années universitaires.

Chaque année se divise en 2 semestres de 20 semaines chacun.

Les vacances sont imposées : 2 semaines en avril, 8 semaines en été, 2 semaines à Noël.

La formation théorique est articulée en Unités d'Enseignements d'une durée de 2100 heures ; l'alternance est maintenue et le volume horaire de stage est de 2100 heures.

Les activités d'enseignement se répartissent en 750 heures de cours magistraux, 1050 heures de travaux dirigés et 300 heures de travail personnel guidé.

En outre, la part de travail individuel par étudiant est évaluée à 900 heures pour les 3 années de formation.

La formation clinique est divisée en sept stages. Un pour chacun des semestres sauf le dernier semestre qui compte 2 stages.

Les travaux dirigés et les stages sont obligatoires, certains cours magistraux peuvent l'être en fonction des équipes pédagogiques.

*Décret n° 2010-1123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique

LES CONTENUS THEORIQUES DE LA FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Ces contenus sont répartis en six domaines

1. Sciences humaines, sociales et droit
2. Sciences biologiques et médicales



Institut de Formation en Soins Infirmiers de Laxou, ou l'envol vers de nouveaux horizons



Etudiants en cours, IFSI de Laxou



Travaux pratiques au sein même d'un service hospitalier



Travaux pratiques sur les attelles plâtrées organisé en partenariat avec un gypsothérapeute

3. Sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes
4. Sciences et techniques infirmières, interventions
5. Intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière
6. Méthodes de travail (techniques d'information et de communication – Anglais médical)

Le grade de licence octroyé aux étudiants en soins infirmiers confère à l'université un droit de regard sur les contenus et les modalités de validation des unités d'enseignement dans trois domaines (Sciences humaines, sociales et droit, Sciences biologiques et médicales, Méthodes de travail (techniques d'information et de communication – Anglais médical).

Les contenus des unités d'enseignement de sciences infirmières restent sous l'égide des directeurs d'instituts de formation et des équipes pédagogiques.

De plus, il est désormais préconisé de signer des conventions de partenariats avec les universités.

La mise en place de ce partenariat n'est pas tout à fait achevée.

A ce jour, seules trois régions ont signé cette convention tripartite IFSI-université-Conseil Régional.

En effet, depuis 2004, les financements de l'appareil de formation infirmière ont regagné les compétences des régions.

Ces financements étant antérieurement transférés par l'Etat aux hôpitaux dans le cadre du budget global.

LES DISCIPLINES DE STAGE

L'enseignement clinique des infirmières est désormais articulé autour de 4 disciplines obligatoires

1. Soins de courte durée
2. Soins en santé mentale et en psychiatrie
3. Soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation
4. Soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie

L'étudiant devra impérativement effectuer un stage dans chacune de ces disciplines, les autres stages sont appréciés par l'équipe pédagogique et effectués par les étudiants en fonction du profil profession-

nel de ces derniers, de leur choix, mais aussi et surtout selon les disponibilités des unités de soins pouvant les accueillir.

Ces stages sont l'occasion de valider les 10 compétences infirmières déclinées dans le portfolio de l'étudiant.

Cet outil de suivi de l'apprentissage est renseigné par

- l'étudiant lui-même permettant ainsi le développement de la capacité d'auto évaluation,
- les formateurs de l'Institut de formation,
- les professionnels de terrain responsables de l'encadrement.

Il n'existe plus d'évaluation clinique notée à proprement dite, mais un accompagnement des acquis professionnels des étudiants au travers de l'émergence des compétences professionnelles.

LES MODALITES D'EVALUATION DE LA FORMATION INFIRMIERE

Dans chacun des semestres sont déclinés par l'Arrêté bordant le programme de formation, de manière exhaustive pour chacune des unités d'enseignement, les modalités d'examens.

En outre, des modalités de compensation de notes peuvent s'opérer entre deux unités d'enseignement d'un même semestre.

L'évaluation des connaissances et des compétences est réalisée par un examen continu et régulier, soit par un examen final en fin de semestre, soit par ces deux modes de contrôle combiné.

De même, pour chacun des stages sont précisées leur durée ainsi que les compétences à développer.

Le Diplôme d'Etat d'Infirmier valant grade de licence s'obtient par l'obtention de 180 crédits européens se déclinant ainsi

- 120 ECTS pour les unités d'enseignements
- 60 ECTS pour la formation clinique en stage

UNE EVOLUTION DANS UNE PERSPECTIVE EUROPEENNE

Les impacts de cette réforme sont multiples et variés. Ils concernent non seulement un changement de posture de formateur, de nouvelles matières dans le



Travaux pratiques sur les tractions au sein même d'un service hospitalier de pédiatrie



Organisation d'un congrès par les étudiants de l'IFSI sur les conduites addictives

curus des études en soins infirmiers, l'arrivée de nouveaux partenaires dans le paysage de la formation : les universités, mais aussi et surtout ils vont avoir une influence sur la carrière des futurs étudiants qui souhaiteront s'engager dans la fonction publique hospitalière.

En effet, l'obtention du grade de licence va engendrer un recrutement en catégorie A pour tous ceux qui souhaitent rejoindre la fonction publique hospitalière.

Ces perspectives d'évolution en catégorie A sont globalement approuvées par toutes les jeunes infirmières ainsi que la possibilité de poursuivre leur cursus en Master et en Doctorat dans une filière

universitaire restant à mettre en place.

Nul doute que ces évolutions de la formation des infirmières auront aussi des répercussions aussi sur le recrutement au sein du Service de Santé des Armées, que ce soit dans l'active ou dans la réserve opérationnelle, et ce tant en ce qui concerne les grades que les rémunérations.

Ces évolutions voire ces révolutions dans la formation en soins infirmiers ancrent désormais la profession d'infirmière dans le paysage européen d'une part, mais aussi et surtout en réponse à l'évolution des besoins de santé publique de nos concitoyens.



Accueil des étudiants au Val-de-Grâce et conférence sur « éthique et soins en période de conflits »

*



OUVRAGES PARUS - BIBLIOGRAPHIE

par *Marie-Hélène SICÉ, Jean-Pierre MOULINIE et Jean-Michel PAUCHARD*

ÉPHÉMÉRIDE DE CULTURE MILITAIRE. Nicolas TACHON,

L'ESPRIT DU LIVRE EDITIONS
(www.espritudulivre-editions.com)

Un livre de chevet illustré pour les passionnés d'histoire militaire...

Le passionné pour « la chose militaire » peut à loisir restreindre cette passion à des disciplines bien caractérisées : la stratégie, l'histoire des campagnes et des batailles, la biographie des personnalités qui ont marqué l'histoire, l'architecture des fortifications, la sociologie militaire, l'uniformologie, la musique, etc.

Toutes ces sciences sont en fait très étroitement liées entre elles, mais il est impossible de les réunir en un seul volume, tant la masse des informations à remuer est importante. Leur appréhension comme un tout constitue « la culture militaire », fondement de la compétence du chef militaire, qui puise dans ses connaissances les plus diverses les références qui consolident sa capacité à raisonner, en vue d'adapter son action et ses décisions aux circonstances.

Loin de vouloir fournir des informations précises sur tel ou tel événement, cette éphéméride a pour but de sensibiliser sur la diversité des faits qui peuvent permettre à chacun de se forger une culture militaire : les opérations, bien sûr, mais aussi l'évolution des technologies, des structures des unités, ou encore le fondement des traditions.

Forcément incomplète, elle se borne à ouvrir quelques portes à la curiosité du lecteur. À ce dernier, selon les sujets qu'il souhaitera développer, de poursuivre le chemin...

Né en 1966, le colonel Nicolas Tachon a suivi pendant deux ans les classes préparatoires littéraires au lycée national militaire de La Flèche. Saint-cyrien de la promotion « Lieutenant Tom Morel » (1987-1990), il a choisi de servir dans l'infanterie. Après une première partie de carrière au 9^e régiment de chasseurs parachutistes de Pamiers et à l'école d'application de l'infanterie de Montpellier, il a participé à la montée en puissance du centre d'entraînement aux actions en zone urbaine de Sissonne, avant de prendre, en 2009, le commandement du Centre national d'entraînement commando (CNEC) de Mont-Louis. Brevet de l'enseignement militaire supérieur et chevalier dans l'Ordre de la Légion d'honneur, il est également l'auteur d'Enfants de troupe dans les régiments, 1788-1888 et de CNEC, en pointe toujours (L'Esprit du livre-éditions).

CAMPAGNE D'Italie 1943-1944. François de LINARES

Editions LAVAUZELLE

Les Armées de cinq nations étaient en présence en Italie en 1943. Américaine, Britannique, Française, Polonaise et Allemande, et leur affrontement fut un des plus cruels de la Deuxième Guerre mondiale, autant pour les combattants que pour la population civile, dont on ne parle jamais.

Devant la résistance à outrance des troupes allemandes sur la Ligne Gustav au sud de Rome, les Alliés se sont trouvés dans l'impossibilité de remonter vers la capitale italienne « sans l'Armée française d'Afrique, jamais les Alliés, bloqués devant Cassino, ne seraient parvenus à percer le front ».

Une page glorieuse de notre histoire militaire a été écrite là par ces soldats d'Afrique du Nord, avec les Algériens, les Marocains, les Tunisiens et leurs officiers. Malheureusement leur épopée héroïque a été volontairement occultée après la guerre pour de mesquines raisons politiques.

Ce livre incroyablement précis raconte la vérité sur ces combats, les manœuvres magnifiques, les erreurs criminelles, les hauts faits d'armes et à chaque page le courage et la fraternité des combattants.

Aussi était-il juste que les descendants de tous ces magnifiques soldats de la guerre en Italie sachent la vérité.

François de Linares, fils aîné du Général de Linares, est né

à Alger. Passionné de chevaux depuis son enfance, il devient un brillant cavalier de concours hippiques, puis élève de chevaux de courses en Anjou.

A sa retraite, il part dans le midi et là il rencontre quelques compagnons d'armes de son père durant la Deuxième Guerre mondiale. Leurs récits l'ont tant intéressé qu'il a eu envie d'écrire un livre sur cette période. Ainsi, il s'est mis à sillonner la France à la recherche d'autres participants civils et militaires de cette époque et pendant plus de 15 ans il a enregistré plusieurs centaines de témoignages qui ont servi à l'écriture de ce livre.

François de Linares l'a enrichi de nombreuses notes écrites par son père.

PAROLES D'OFFICIERS. Jean-Claude BARREAU, Amiral Jean DUFOURCQ, Frédéric TEULON. FAYARD

Avec ces Paroles d'officiers, « la Grande Muette » donne de la voix.

Avec l'abandon du service militaire par conscription, en 2001, les militaires et les armées ont quasiment disparu des préoccupations quotidiennes de la majorité des Français.

Aujourd'hui, des officiers de toutes générations, cadres d'une société militaire tournée vers la réflexion autant que vers l'action, n'hésitent plus à s'exprimer.

L'amiral Jean DUFOURCQ, qui a quitté récemment le service actif, a sollicité un certain nombre d'entre eux. Ils ont dialogué en toute liberté, sans tabou ni langue de bois. Dépouillés, analysés et assemblés avec un regard extérieur à la fonction militaire par Jean-Claude BARREAU et Frédéric TEULON, leurs propos révèlent une société bien plus complexe, diverse et ouverte qu'on ne le croit généralement.

Tous les sujets sont abordés, de la place des officiers dans la société française à la baisse de la considération portée au métier des armes, de l'expérience du combat en Afrique ou dans l'ex-Yougoslavie au rôle de la dissuasion nucléaire et de l'OTAN... Les officiers répondent à des questions graves, souvent occultées : que signifie aujourd'hui mourir pour la patrie ? A quoi sert l'armée ? La guerre en Afghanistan a-t-elle un sens ? Y a-t-il encore une doctrine stratégique française ?

Jean-Claude BARREAU est historien et écrivain, Jean DUFOURCQ est contre-amiral (2S), docteur en science politique, chercheur et journaliste à l'Ecole militaire. Frédéric TEULON est économiste, sociologue et écrivain.

ILS SE SONT BATTUS MAI-JUIN 1940. Christophe DUTRÔNE

Les photos et les témoignages inédits de la Bataille de France. Editions du TOUCAN

La défaite de 1940 demeure le plus grand drame politique et moral qui ait secoué la France au XX^e siècle. Battus en six semaines, les Français en conservent depuis lors l'idée d'une armée nationale sous-équipée et d'un pays mal commandé, plus prompt à fuir qu'à résister à l'ennemi. Plus largement, le « syndrome de quarante » est un traumatisme profond dans la mémoire collective qui a aujourd'hui encore sa part dans le sentiment de déclin et le manque de confiance récurrent des Français envers eux-mêmes.

Pourtant, de qui parle-t-on ? L'armée française s'est-elle à ce point déshonorée dans la fuite ?

Ce livre, appuyé pour la première fois sur des images prises par les soldats français et non sur les habituelles photos de la propagande allemande, apporte les preuves irréfutables du contraire. Il montre aussi que l'ennemi a commis, dès le début du conflit, des crimes impardonnables.

Voici, en images, l'histoire réelle et occultée des combats meurtriers et souvent héroïques livrés par l'armée française du 10 mai au 25 juin 1940.

Voici en images, l'histoire réelle et occultée des combats meurtriers et souvent héroïques livrés par l'armée française du 10 mai au 25 juin 1940.

Christophe DUTRÔNE est journaliste et historien, spécialiste de la Seconde Guerre mondiale.

LES GRANDES BATAILLES DE L'HISTOIRE DE FRANCE.

Gérard BLIER . Editions ECONOMICA

Victorieuses ou non, les guerres et les grandes batailles ont fortement marqué notre passé et, liées aux évolutions politiques, économiques, sociales ou religieuses, elles ont construit l'esprit et la réalité de la nation. Le souvenir d'Alésia, Marignan, Austerlitz, Waterloo, Verdun ou Diên Bien Phu s'inscrit dans notre patrimoine, dans nos racines. Il est difficile de comprendre la France du XXI^e siècle sans s'y référer. Ce livre entend expliquer brièvement chacun de ces affrontements et situer l'importance réelle de chaque grand combat surtout par ses conséquences immédiates. Il souligne aussi que, dans la mémoire collective, certaines batailles sont quelque peu surcotées ou au contraire sous estimées. Ainsi Hohenlinden et Auerstaedt sont injustement moins célèbres que, dans les deux mêmes guerres, Marengo et Iéna tandis que les batailles navales, aux conséquences souvent beaucoup plus lourdes et lointaines, restent dans l'ombre. Agrémenté de nombreuses cartes, clair et concret, cet ouvrage permet un survol éclairé de notre histoire militaire depuis 2 000 ans et apportera une utile contribution, objective et nuancée, à la connaissance d'événements qui ont façonné notre histoire.

Gérard BLIER est Agrégé de l'Université et Docteur ès Lettres et Sciences humaines, Inspecteur d'Académie. Il a enseigné à l'université de Nantes et a principalement écrit sur la logistique et l'enseignement ce qui lui a donné l'idée du présent ouvrage.

VIENT DE PARAÎTRE :

Les décorations civiles et militaires

De la Révolution à nos jours

(disponible en librairie fin novembre)

On peut s'intéresser aux décorations pour de multiples raisons. D'abord en tant que décoré. Car l'histoire de la distinction qui vous a été remise devient une partie de votre histoire personnelle. Ensuite en tant collectionneur, puisque les médailles constituent, avec leurs rubans, de beaux objets à conserver. Aussi en tant qu'historien, parce que les décorations racontent visuellement une histoire militaire et sociale, qu'elles évoquent une époque déterminée et des titulaires qui ont pu marquer leur temps. Enfin en tant que généalogiste. Ils sont de plus en plus nombreux aujourd'hui ceux qui cherchent, à travers une médaille retrouvée dans un grenier, à étoffer un pan de leur histoire familiale et à compléter leur arbre avec des informations biographiques nouvelles liées à l'obtention de la distinction.

Cet ouvrage veut répondre aux attentes de ces différents publics. D'abord en leur permettant d'identifier facilement les décorations : elles sont ici reproduites en couleur avec leur bélière et leur ruban, pour être reconnues plus rapidement. Elles sont aussi présentées de façon quasi exhaustive, médailles associatives incluses, depuis la Révolution jusqu'en 1990. Ensuite en racontant pour chaque distinction l'histoire de sa création, de ses évolutions, mais aussi de sa suppression éventuelle, ainsi que les motifs pour lesquels elle pouvait être attribuée. Enfin en indiquant au fil des pages et des chapitres comment il est possible d'en apprendre davantage sur le titulaire de telle ou telle décoration, et en précisant aussi dans quels fonds d'archives des documents complémentaires peuvent épauler une recherche biographique ou généalogique.

L'auteur, Jean-Pierre Mir, a publié de nombreux ouvrages sur le premier Empire, notamment sur sa période de prédilection, 1814, et sur les deux guerres mondiales. Collectionneur et président fondateur du groupe « Les Hussards de Lasalle », il participe aux reconstitutions historiques dès leur apparition en France. Il a par ailleurs rédigé les dossiers relatifs aux décorations pour la revue « Généalogie facile » de Hachette, les Éditions Autrement et la « Revue française de généalogie ».

96 pages brochées, format 17 x 24

ISBN : 978-2-35077-174-8

19 euros prix public

Éditions Archives & Culture

26 bis, rue Paul-Barruel - 75015 Paris

Contact presse : Cécile

Mail : edito@archivesetculture.fr Tél : 01 48 28 59 29

www.archivesetculture.fr <<http://www.archivesetculture.fr>



RECOMMANDATIONS aux AUTEURS

Actu-Gorssa est une revue multi-disciplinaire qui publie des articles concernant l'ensemble des Corps constituant le Service de Santé des Armées à savoir : Médecins, Pharmaciens, Vétérinaires, Chirurgiens Dentistes, Personnels du Corps Technique et Administratif ainsi que les Militaires Infirmiers et Techniciens des Hôpitaux des Armées.

REGLES GENERALES

Les travaux doivent être soumis obligatoirement au format électronique et seront adressés par courriel ou sur CD-Rom au correspondant de rédaction de la discipline concernée.

Ces travaux peuvent être des cas cliniques, des retours d'expérience, des articles de revue de littérature ou tous autres sujets concernant Santé et (ou) Armées. Ces travaux et articles peuvent être illustrés et se limiter à environ 10 000 caractères, espaces compris.

Ils doivent comprendre :

Pour les articles de revue : un résumé de 10 lignes maximum ainsi que, si nécessaire, des références bibliographiques indexées selon les normes en vigueur et enfin le(s) nom(s) et coordonnées de(s) (l') auteur(s).

Pour les retours d'expérience et O.P.E.X., un exposé du contexte géopolitique local (voire national ou régional) est très souhaitable.

PRESENTATION et CONSEILS de REDACTION

Le texte doit être fourni en double interligne au format Word 97 (ou versions plus récentes) pour PC (extension .doc). Éviter les fichiers pdf. Les règles typographiques sont les règles en usage dans l'édition. Les titres de paragraphes devront être distingués, les éléments importants pourront éventuellement être soulignés.

Pour les revues, la bibliographie devra être rédigée selon les normes habituelles.

ICONOGRAPHIE

Les images, graphiques, tableaux doivent parvenir au format image (un fichier par image), ils doivent être appelés dans le texte par numéro et accompagnés d'une légende courte et précise. Les légendes doivent être soumises sur un document à part.

Ne sont acceptées que les images numériques d'une qualité suffisante, à savoir largeur minimum de 8 cm avec une résolution minimum de 300 dpi (pixels par pouce), transmises dans un format de fichier .jpg, .eps, ou .tif.

SOUMISSION d' un ARTICLE pour PUBLICATION

Le texte de l'article projeté et les illustrations éventuelles seront adressés au correspondant de rédaction de la discipline considérée qui précisera à l'auteur les modalités de publication.

À CONNAÎTRE : ADRESSES « COURRIEL » DE LA RÉDACTION

Rédacteur en chef : *jean-pierre.moulinie@orange.fr*

Délégué général : *jean-michel.pauchard@orange.fr*

Secrétariat général : *info@unmr.org*

Correspondants de rédaction :

U.N.M.R. : yvon.meslier@wanadoo.fr

F.N.P.R. : norbert.scagliola@wanadoo.fr

U.N.V.R. : fbolnot@vet-alfort.fr

F.N.C.D.R. : mathmathieu91@aol.com

A.N.O.R.C.T.A.S.S.A. : direction@ch-larochelle.fr

A.M.I.T.R.H.A. : mimi.grillet@wanadoo.fr

Responsable du listing : COL (H.) Michel CROIZET : 14 Boulevard des Pyrénées – 64000 PAU
michel.croizet@free.fr

Actu GORSSA



UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

AMITRHA