

Actu GORSSA



Trimestriel - septembre 2012



14 Juillet

11 Novembre

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

3^{ème} année
n°3

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



ANMITRHA
Association Nationale
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
 site : <http://www.gorssa.fr>

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :
 Xavier SAUVAGEON

RÉDACTEUR EN CHEF :
 Jean-Michel PAUCHARD

COMITÉ DE RÉDACTION
Président : Jean-Pierre MOULINIÉ

Correspondants de rédaction : UNMR : Yvon MESLIER - FNPR : Norbert SCAGLIOLA - UNVR : François-Henri BOLNOT - FNCDR : Jean-Paul MATHIEU - ANORCTASSA : Alain MICHEL - ANMITRHA : Erick LEGALLAIS

Secrétaire de rédaction : Marie-Hélène SICÉ

DÉLÉGATION GÉNÉRALE

Chargé de l'information, de la communication
et du Devoir de Mémoire : Jean-Michel PAUCHARD

Chargé des affaires juridiques et administratives :
 Norbert SCAGLIOLA

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 : 5,50 €

Prix de l'abonnement :

Membres des Associations : 22 €

Non-membres : 50 €

Etrangers : 80 €

De soutien : à partir de 60 €

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

Commission paritaire : en cours

Dépôt légal : 1^e trimestre 2012

ISSN : 2110-7424

Crédits photographiques : BCISSA, MIN-DEF, MG, SPRA-HIA PERCY, DR, BSPP, PZ, PC-CB, ANORCTASSA, FN, BM

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.



Editorial

L'ANORCTASSA va fêter à la fin du mois d'octobre son 120^{ème} anniversaire. Cela fait d'elle la plus ancienne des associations de réservistes du service de santé des armées puisqu'elle a été créée le 12 octobre 1892.

Au-delà de cet évènement ponctuel, l'année 2012 est aussi une année essentielle pour les OCTA tant d'active que de réserve. En effet, elle est marquée par la perspective de la fusion des Commissariats de l'armée de terre, de l'air et de la marine en un Commissariat des armées dès le 1^{er} janvier 2013, première étape vers la disparition des corps d'OCTA – dont celui des OCTASSA – et l'intégration dans le corps des Commissaires au plus tard fin 2015.

Les premières réunions entre la Délégation aux réserves du service de santé des armées et la direction centrale du service du Commissariat des armées ont débuté en juin et se poursuivront en octobre. Les informations fournies par notre direction centrale nous permettent aujourd'hui d'estimer qu'en dehors des psychologues, des ingénieurs et de certains officiers à fonctions particulières, une majorité des OCTA de réserve aurait vocation à être intégrée au Commissariat (173 sur 295). Ce n'est pas la première fois qu'une modification de cette importance a lieu. Ce fut notamment le cas en 1977 au moment de la création des corps d'OCTA.

Cette réforme, qui s'inscrit dans le cadre de la révision plus générale de l'administration des armées aura au moins eu comme intérêt de bien définir les besoins du service de santé en emplois pour les Commissaires et d'ouvrir d'autres perspectives d'emplois pour ceux qui le souhaitent.

Elle ne sera pas sans conséquences pour notre Association et son évolution et il conviendra de s'y adapter.

Les objectifs fondateurs de l'ANORCTASSA de 1892 qui étaient : "de donner à ses membres l'instruction professionnelle, de les tenir au courant des modifications apportées aux règlements et de développer par tous les moyens possibles leur instruction administrative, s'occuper également des intérêts moraux et matériels de ses membres", restent les mêmes auxquels s'ajoute évidemment avec la fin du service national, une action particulière vers le recrutement.

Le Président du GORSSA, le MCS ® SAUVAGEON a déclaré au moment de notre Assemblée Générale de Lyon en mai dernier qu'il souhaitait voir les Commissaires affectés au service de santé rester au sein de cette instance associative. Nous avons réfléchi à une possibilité de participer "au futur" des associations des Commissaires aujourd'hui distinctes, de terre, mer, air et de continuer à participer au GORSSA. Nous nous y sentons bien et nous pensons pouvoir y conserver toute notre place puisque les équipes santé, médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires, infirmiers auront toujours parmi eux des Commissaires Santé et devront toujours continuer à travailler ensemble.

Alain MICHEL
Lieutenant colonel ®
Président de l'ANORCTASSA

* *
*

Sommaire

Editorial	3	« Avec »... l'UNMR	14
Biographies	4	« Avec »... la FNPR	18
Capacité et caractéristiques d'une frappe nucléaire	6	« Avec »... l'UNVR	22
Les nouveaux profils lésionnels	9	« Avec »... la FNCDR	30
Délégation Réserves SSA	11	« Avec »... l'ANORCTASSA	36
Infos Officielles	12	« Avec »... l'ANMITRHA	40
Brèves - Infos	13	Bibliographie	44



UNMR

FNPR

UNVR



Jean-Yves LE DRIAN
Ministre de la Défense

BIOGRAPHIE

Jean-Yves LE DRIAN

Né le 30 juin 1947 à Lorient

Agrégé d'histoire

Inspecteur général honoraire de l'Éducation nationale

Distinctions :

Commandeur du Mérite maritime

Chevalier des Palmes Académiques

Fonctions politiques :

Président du Conseil régional de Bretagne (PS)

Ancien secrétaire d'État à la Mer (Gouvernement Édith Cresson)

Ancien Député du Morbihan (5^{ème} circonscription)

Ancien Maire de Lorient (Morbihan)

Carrière politique :

mars 1977 : *Conseiller municipal* de Lorient

juillet 1981 à mars 1998 : *Maire* de Lorient

1983 / 2004 : *Président du SIVOM du Pays de Lorient* (6 communes), puis du *District du Pays de Lorient* (10 communes), et enfin de la *Communauté d'agglomération du Pays de Lorient* (19 communes)

mars 1978 à juin 1991, puis juin 1997 à juin 2007 : *Député* du Morbihan :

- mission sur la marine marchande

- membre de la commission de la défense nationale, rapporteur du budget sur la marine nationale

- rapporteur de la commission d'enquête sur la sécurité du transport maritime des produits dangereux et polluants, rapport « Après l'Erika, l'urgence »

mai 1991 à avril 92 : *Secrétaire d'État à la Mer* auprès du ministre de l'Équipement, du Logement, des Transports et de l'Espace, Paul Quilès (gouvernement Cresson) : mise en place de la politique de modernisation de la filière portuaire

mars 1998 : *Conseiller régional de Bretagne*

avril 2004 : élu *Président du Conseil régional de Bretagne*

- 3^{ème} vice-président de l'ARF (Association des Régions de France) :

- Président de la commission Europe

- vice-président de la commission consultative sur l'évaluation des charges et président de la section des régions

mars 2010 : réélu *Président du Conseil régional de Bretagne*

Comité des Régions :

- Vice-président de la délégation française

- Représentant au Bureau du Comité des Régions au titre des Régions

- membre titulaire de la commission COTER (commission de la politique de cohésion territoriale) et de la commission NAT (commission des ressources naturelles)

Autre mandat :

- 30 septembre 2010 : élu Président de la CRPM (Conférence des Régions Périphériques Maritimes d'Europe)



BIOGRAPHIE

Kader ARIF

Ministre délégué auprès du ministre de la Défense, chargé des Anciens Combattants depuis le 16 mai 2012

Kader ARIF

Né le 3 juillet 1959 à Alger (Algérie alors Française), il est âgé de 53 ans.

Origines, études et famille

Kader Arif, fils de harki est l'aîné d'une famille de quatre enfants. Sa famille restée fidèle à la France rejoint le territoire métropolitain. Il a fait ses études à Castres, puis à Toulouse. De 1992 à 1995, il est chargé d'affaires dans un cabinet d'architecture puis responsable régional de Nouvelle Liberté et voyageur d'Air Liberté de 1995 à 1998. En 1999, il effectue ses études à l'École supérieure d'audiovisuel, à l'Université Toulouse le Mirail, et obtient une maîtrise de communication.

Carrière politique

Militant socialiste haut-garonnais, proche de Lionel Jospin, puis de François Hollande, il dirige une des fédérations socialistes qui a les meilleurs résultats nationaux, puis au plan national du parti, Kader Arif est politiquement investi dans les relations internationales en particulier trans méditerranéennes ou liées à la mondialisation ; il a signé le manifeste du Groupe Spinelli pour une Europe fédérale.

- 1995-2001 : membre du conseil municipal, chargé des sports, de Castanet-Tolosan, ville de l'agglomération toulousaine.
- 1999 : premier secrétaire de la fédération du Parti socialiste de la Haute-Garonne.
- 2000 : entre au Bureau national du Parti socialiste.
- 2002 : devient l'un des Secrétaires nationaux, chargé des relations internationales.
- 2003 : devient Secrétaire national chargé de la mondialisation. Il assiste à ce titre au Forum social mondial de Porto Allegre.
- 13 juin 2004 : Kader Arif est élu député européen. Il devient titulaire de la commission du commerce international de deux assemblées parlementaires mixtes (Euromed et ACP-UE) et de la CPM UE-Turquie et suppléant de la Commission Environnement et Santé Publique et de la sécurité alimentaire.
- 24 novembre 2005 : réélu Premier Secrétaire du Parti socialiste de la Haute-Garonne
- 30 novembre 2005 : après le congrès du Mans, il est nommé secrétaire national aux fédérations et devient ainsi le numéro 3 de l'organisation du parti socialiste.
- 6 juin 2009 : réélu député européen.
- 16 mai 2012 : il est nommé Ministre chargé des anciens combattants dans le Gouvernement Jean-Marc Ayrault.

Jean-Michel PAUCHARD (d' après Wikipédia)

Capacité et caractéristiques d'une frappe nucléaire

E. BOUQUOT *



Le Traité de non-prolifération nucléaire (TNP) n'attribue juridiquement le statut de puissances «dotées de l'arme nucléaire» qu'à cinq pays historiques : les USA et la Russie qui disposent tous deux d'un arsenal se comptant en milliers d'ogives nucléaires, le Royaume-Uni, la Chine et la France qui en possèdent plusieurs centaines chacun.

D'autres nations se sont ensuite et plus modestement, dotées d'armes nucléaires, telles l'Inde, le Pakistan, probablement Israël et plus récemment la Corée du Nord.

Cette situation relativement figée aurait pu faire figure de norme internationale surtout depuis l'abandon des programmes nucléaires militaires de l'Argentine, du Brésil et de l'Afrique du Sud.

Pourtant depuis plusieurs années, l'Iran fait l'objet de pressions internationales croissantes visant à l'abandon de son programme d'enrichissement d'uranium, dont les ambitions soit disant civiles laissent perplexes les meilleurs spécialistes. Alors que ce pays, animé de nationalisme et désireux d'affirmer sa puissance vient de démontrer sa capacité à mettre en orbite un satellite et donc ses aptitudes à «vectoriser une charge utile», il est peu probable que les tensions diplomatiques s'apaisent.

Car si la maîtrise de la technique de fabrication d'une arme nucléaire est un postulat

initial indispensable, pouvoir miniaturiser celle-ci et lui associer un vecteur intercontinental avec la précision nécessaire pour toucher sa cible est un autre challenge.

Bien que des changements profonds soient intervenus dans le contexte stratégique post 11 septembre 2001 et que les anciens adversaires immédiats de l'Otan sont désormais déclassés au statut d'adversaires potentiels, la détention d'armes nucléaires pour un État contribue très largement à sa capacité internationale de dissuasion.

L'intégrité de son territoire, la protection de sa population, le libre exercice de sa souveraineté, la garantie des approvisionnements énergétiques, la défense des pays alliés sont très souvent garantis par le parapluie nucléaire qui s'inscrit, pour la France, dans le cadre de l'article 51 de la Charte des Nations Unies, garantissant le droit naturel à la légitime défense.

Dans ce monde où l'efficacité de l'atome n'est plus à démontrer, il est intéressant de rappeler les différentes composantes que peut revêtir le nucléaire militaire, les caractéristiques de leurs indissociables vecteurs et enfin leur capacité en cas d'emploi.

Les différentes composantes militaires :

Les trois composantes des armées (Terre-Air-Mer) peuvent toutes détenir des capacités nucléaires.

La composante terrestre comprend les installations enterrées (silos fixes de missiles) et les lanceurs mobiles, chenillés ou à roues.

Ce concept, encore privilégié par la Chine, a été abandonné par la France avec la fermeture du plateau d'Albion en 1999 et le retrait du service des composantes Pluton et Hadès, qui étaient confiées à l'armée de terre.

Le stockage des armes dans des lieux connus à l'avance par un ennemi potentiel accroît la vulnérabilité et nécessite un durcissement de ces mêmes sites. La notion de portée maximum prend également toute sa valeur puisque les plates-formes de lancement sont soit fixes soit à mobilité terrestre donc faiblement délocalisables et peu rapides. Leurs frappes sont de facto de portée plus réduite, réduisant leur intérêt stratégique en

* Lt Col - Centre Civilo-Militaire de Formation et d'Entraînement Nucléaire, Biologique, Chimique et Explosifs (CCMFE NRBC-E)
Ancien commandant l'Antenne Spéciale de Sécurité « Armes », Gendarmerie de la Sécurité des Armements Nucléaires (Taverny 95)

rendant certains objectifs internationaux inaccessibles.

La composante aérienne permet de gagner très largement en distance et cela à vitesse supersonique puisque l'avion, ravitaillable en vol, a la capacité de se rendre sur un point de tir éloigné, avant de déclencher le propulseur intégré à l'arme nucléaire aéroportée et la laisser de façon autonome se rendre sur son objectif.

La haute vitesse initiale de l'avion et ses capacités de pénétrer l'espace aérien de l'adversaire avant le tir présentent des atouts : la montée en puissance de la crise visible pour l'ennemi et le report jusqu'à l'ultime seconde de la décision du tir.

En revanche, la vulnérabilité de ce genre d'opération est également élevée, notamment par le besoin de protection aérienne, par l'indispensable ravitaillement en vol, par un besoin de renseignements à jour, par la nécessité de pouvoir contrer les défenses sol air adverses, par le besoin d'obtenir des autorisations de survol de pays amis, etc....

La composante marine inclue les missiles embarqués sur navire de surface mais aussi et surtout les missiles embarqués dans les sous-marins. Ces derniers, à propulsion nucléaire donc d'autonomie élargie, garantissent la capacité d'emploi à la distance voulue et l'effet de surprise maximum, y compris à proximité immédiate du territoire ennemi.

Le principe de permanence à la mer reste d'actualité pour les 3 puissances nucléaires de l'Otan qui maintiennent toujours au moins un SNLE (sous-marin nucléaire lanceur d'engins) en mission. Tapis au fond des mers, totalement silencieux, ces sous-marins sont la garantie pour leur pays de pouvoir assurer la frappe en second (la riposte) de l'ultima ratio nucléaire sur un ennemi, quel qu'il soit.

Des modes de pénétration variés :

Cette diversité des porteurs assure une souplesse d'emploi dans de multiples options stratégiques car elle permet des modes de pénétration variés. On y retrouve celui du missile non balistique, ayant une portée se mesurant en centaines de kilomètres, tiré depuis son lanceur terrestre ou amené à proximité de son objectif, essentiellement par moyen aérien. (Nota: L'Inde vient de signer un contrat avec l'avionneur Dassault pour 126 avions de combat Rafale, lequel possède la capacité d'emport de l'arme nucléaire aéroportée française ASMPA*). L'autre cas est

celui du missile balistique, capable d'atteindre de façon autonome son objectif situé à plusieurs milliers de kilomètres.

Pour les missiles non-balistiques, dont les portées sont un peu plus réduites, les caractéristiques de manœuvrabilité sont bien spécifiques. Ils doivent en effet pouvoir contrer les systèmes adverses qui auront été mis en œuvre, compte tenu de la visibilité de leur activation.

Ces armes ont des trajectoires multiples, situées à quelques dizaines de mètres d'altitude pour des cibles navales (un porte avion et sa flotte d'accompagnement par exemple) ou des trajectoires hautes en passant par les «suivis de terrain» en zone de relief montagneux. Leur vitesse propre doit être de l'ordre de Mach 3 pour éviter les systèmes anti missiles. Ils présentent également des critères de furtivité (discretion aux échos radars) et de durcissement (capacité de résistance aux contremesures).

La conception des vecteurs balistiques est identique à celle d'une fusée. Plusieurs étages propulsifs se superposent et sont éjectés au fur et à mesure qu'ils sont vides de carburant. La perte du «poids mort» est un gain non négligeable pour les performances du système dans son ensemble. Ainsi les étages inférieurs ne peuvent être destinés qu'à la propulsion alors que le dernier étage contient la charge, les systèmes de guidage et de corrections de trajectoire ainsi que les contre-mesures et systèmes de leurre.

La trajectoire d'un missile balistique quitte l'atmosphère (altitude 100 km) pour entrer dans l'espace en restant toutefois à une vitesse sub-orbitale, puisque l'objectif cible est dans la plupart des cas, terrestre.

La très haute vitesse (7km/s) que permet ce type de trajectoire garantie une capacité de frapper l'ennemi sans réelle possibilité d'interception pour ce dernier compte tenu des temps de vol très bref (30 minutes environ dont 3 minutes de propulsion et 2 minutes pour la phase de rentrée dans l'atmosphère).

Les capacités d'emploi :

Les progrès réalisés dans les systèmes de guidage de ces types de vecteurs, associés à la technologie d'emport de têtes nucléaires multiples ont rendu possible la réduction des énergies militaires de ces armes. Cette donnée a également induit de nouvelles hypothèses de planification.

* Air Sol Moyenne Portée Amélioré

UNMR

FNPR

UNVR

En effet, de nos jours la notion d'armes anti démographique n'est plus d'actualité tout comme l'unité de mesure du Méga-mort /kilotonne. Comme pour la notion d'intérêts vitaux pour un État, qui reste volontairement ouverte, les objectifs d'une frappe nucléaire sont de nature politique, économique ou militaire. Or la coexistence des installations de cette nature avec des zones démographiques est fréquente.

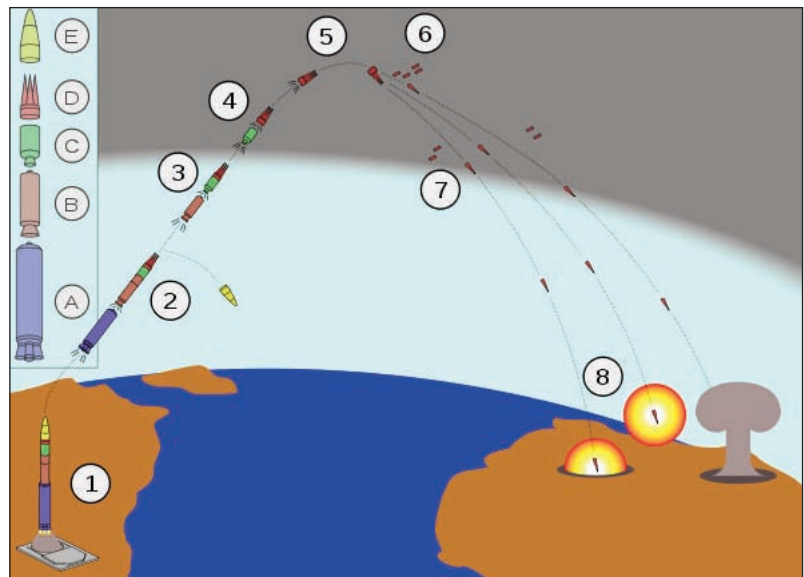
Les effets d'une explosion nucléaire sont de plusieurs natures. Les plus connus sont les effets mécaniques (souffle, onde de choc, pression, dépression), lumino-thermique (brûlures à des dizaines de km du point d'impact) et radiologique (contamination par les résidus radioactifs dus aux composants de l'arme, provoquant des irradiations directes immédiates et à long terme). Un autre effet pourtant mérite toutes les attentions : l'effet d'impulsion électromagnétique (IEM). Lors de l'explosion, un fort courant d'électrons est libéré. Celui-ci provoque autour de lui la destruction irréversible des cir-

cuits électroniques et la perturbation de toutes les alimentations électriques non protégées par une cage de Faraday. Un tel impact sur une économie moderne, privée de tout dispositif fonctionnant à l'électricité, est facile à imaginer.

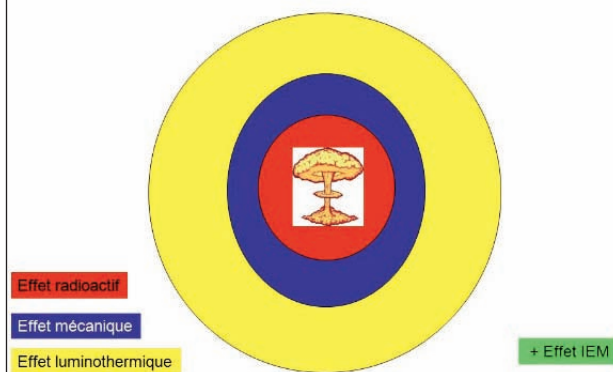
Les études menées par les programmes de simulations montrent que l'IEM/HA (haute altitude) serait la plus efficace.

Si aujourd'hui des doutes existent sur un emploi de type Hiroshima pour des questions morales, qu'en serait-il d'un emploi privilégiant l'IEM en HA (100km), n'entraînant au sol aucun effet mécanique (et donc aucune destruction environnementale), aucun effet lumino-thermique, des retombées radiologiques quasi négligeables et un bilan en perte démographique initiale de zéro ?

Face aux nouvelles armes nucléaires modernes qui privilégient des effets radiologiques réduits et des énergies particulièrement optimisées, les hypothèses de frappe IEM sont devenues des options désormais non négligeables.



Zones d'efficacité des effets



- A : Premier étage propulsif (EP1)
 B : Second étage propulsif (EP2)
 C : Troisième étage propulsif (EP3)
 D : Système multi-têtes nucléaires
 E : Coiffe

- 1 : lancement
 2 : éjection de l'EP1
 3 : éjection de l'EP2
 4 : éjection de l'EP3
 5 : orientation vers les cibles
 6 : largage coiffe, têtes, leurres
 7 : trajectoire de rentrée
 8 : explosion

Les nouveaux profils lésionnels en opérations extérieures

J.-C FAVIER*, D PLANCADE*

Le type de lésions observées sur les soldats français engagés dans les conflits récents s'est notablement modifié ces dernières années [1].

A quoi cela est-il dû ?

Cela est en relation avec l'engagement de nos forces dans des conflits asymétriques au tout premier plan duquel nous trouvons l'Afghanistan. Plusieurs milliers de soldats français sont engagés depuis plusieurs années (4400 soldats en 2011 avant que le désengagement de la coalition ne s'amorce).

Dans ce type de conflit, tout comme en Irak, les assauts classiques ont été remplacés par des pratiques insurrectionnelles du type « snipping » et utilisation d'explosifs : « improvised explosive device », « suicide bomber », véhicule suicide [1].

La plus grande partie des pertes de la coalition l'a été par lésions secondaires à l'usage des explosifs pour $\frac{3}{4}$, le reste étant en relation essentiellement avec les blessures par balles [1].

Néanmoins, les accidents routiers et aériens existent aussi, partiellement liés à l'état des infrastructures locales.

Quel est le type de lésions rencontrées sur le théâtre ?

Ces lésions sont le fruit de l'interaction agent vulnérant/effets de protection du soldat et tout particulièrement de la cuirasse dont est porteur le soldat.

La cuirasse protège largement le thorax et l'abdomen du combattant qui en est porteur. Cela explique la très grande proportion de blessés des membres observés par rapport aux conflits antérieurs où les lésions thoraco-abdominales étaient plus fréquentes [1]. L'utilisation du garrot tactique par les combattants eux-mêmes est donc devenu un geste naturel et logique. Elle a un impact positif sur la survie de blessés pourtant sévèrement touchés, ce dont témoigne les ISS de plus en plus élevés trouvés sur la population des soldats décédés [1]. Ceci est d'autant plus remarquable que les insurgés (aussi bien en Irak qu'en Afghanistan) ont adaptés



leurs moyens depuis le début des opérations, utilisant des dispositifs explosifs de plus en plus lourdement chargés d'explosifs, avec des additifs vulnérants (clous etc) de façon à rendre leurs actes plus meurtriers, vulnérants, plus efficaces en terme d'impact médiatique [1].

Pour ce qui est de la pratique du snipping, une interaction en temps réel a même été observée sur les zones du soldat visées par les insurgés, suivant quasi- instantanément les commentaires des sites médicaux spécialisés américains de traumatologie, commentaires portant sur les lacunes de la cuirasse US de l'époque. Cela a conduit les autorités américaines à limiter la diffusion de ce type d'information sensible en légiférant [2].

Les zones de faiblesse identifiées par les insurgés (et maintenant visées) sont la région cervicale (voies aériennes et gros vaisseaux) et le triangle de Scarpa, mal protégés par les différents modèles de cuirasses, ainsi que la zone faciale au niveau de la partie qui n'est pas protégée par le casque. La tactique des snippers va jusqu'à sciemment immobiliser les combattants en zone de tir (tir à clouer : sur les membres inférieurs) puis engager un tir à tuer quand suffisamment de personnels de la coalition peuvent être atteints. L'objectif est (toujours) d'obtenir le maximum d'impact médiatique.

*MC - HIA Legouest, METZ

Hors « snipping », l'addition de particules métalliques dans les dispositifs explosifs ainsi optimisés, permet à certains éclats de parvenir quand même à pénétrer, par les zones non couvertes, dans le thorax (zone axillaire) avec induction de pneumothorax parfois mortel. Il faut bien se rappeler que le pneumothorax est la deuxième étiologie de mort évitable sur les théâtres afghan et irakien. Ces particules vont pouvoir également venir léser les yeux des combattants, obligeant ces derniers à porter des lunettes pare-éclat en retour, afin de limiter l'exposition du combattant à ce risque [1].

1/Pasquier P., De Rudnicki S., Donat N., Auroy Y., Merat S. Type et épidémiologie des blessures de guerre, à propos de deux conflits actuels : Irak et Afghanistan *Ann Fr Anesth Reanim* ; 2011, 30(11):819-27

2/Cordts P.R., Brosch L.A. and B. Holcomb J.B. Now and Then: Combat Casualty Care Policies for Operation Iraqi Freedom and Operation Enduring Freedom Compared With Those of Vietnam *J Trauma* 2008;64: S14-20

Une autre zone menacée faisant maintenant l'objet de toute l'attention du commandement est l'atteinte des mains, dans les véhicules blindés, victimes d'explosion, avec dégagement d'énergie thermique important à l'intérieur de l'habitacle. Les gants techniques commerciaux jusqu'alors souvent utilisés en raison de leur confort conduisaient par ignition à des dégâts fonctionnels majeurs par brûlure [1].

Au titre de la prévention, outre les efforts considérables réalisés par les forces de la

coalition en terme d'équipement individuel de protection (cuirasse, casque adaptés, lunettes pare-éclat qui soient supportables par forte chaleur, gants ignifugés..), une réflexion sur la conception des vecteurs employés a été développée. Elle touche les véhicules de transport de troupes, privilégiant maintenant le matériel qualifié MRAP (mine résistant anti personal) et amène à remiser le matériel ne garantissant pas une protection suffisante face aux explosifs. C'est le cas du « Hummer », où le personnel est particulièrement exposé. Cela est en relation avec le fond plat du « Hummer » transmettant l'énergie dégagée par l'explosif à ses occupants : lésions de blast primaire en cas d'explosion au niveau du sol (« solid blast » et véhicule soufflé à distance).

Cet effort est également investi sur les ambulances qui se doivent d'être blindées, labellisées MRAP pour assurer une garantie de survie à ses occupants. De ce point de vue, notre vétuste VAB est un très bon vecteur dans la mesure où son blindage a été renforcé pour son usage en Afghanistan.



DÉLÉGATION RÉSERVES SSA À MIÉLAN (Gers) le 30 Juin 2012

J.P DELOBEL*

La demande du MC(er) Jean Renault, le AMG Le Roux, Directeur Régional du SSA de Bordeaux, accordait son autorisation et son appui, pour qu'une délégation de Réservistes des CIRSSA Landes-Pyrénées et Toulouse-Castres fût présente lors des commémorations à caractère historique organisées à Miélan dans le département du Gers autour de la Mémoire du Général Pierre Léglise (1771-1838).

C'est ainsi que se retrouvaient le MC(rc) Yves Cartigny, le MC(r) Philippe Rodde de l'AM de Tarbes-Soult, le CDC(r) Jean-Paul Delobel de l'AMS de Bayonne, le CBA(r) Emmanuel Le Blond du Plouy de la DRSSA de Bordeaux, le CDC(rc) Jean-Michel Pauchard et le CDC(r) Philippe Gateau, de la Région SSA de Saint Germain en Laye ainsi que le Dr Patrick Dours. Notre délégation se trouve sous l'autorité du PC Espinasse de la DRSSA, qui représente le MG Le Roux, Directeur Régional du SSA de Bordeaux.

Cette manifestation organisée pour la quatrième année consécutive, par l'Association Culturelle Historique de Miélan, réunit plusieurs Associations qui perpétuent la mémoire de l'Empire. Les participants sont en costume d'époque avec un étonnant souci du détail reproduisant le bivouac, les déplacements en ordre serré avec musiciens accompagnant la marche. Un des moments importants de

ces reconstitutions historiques réunit l'ensemble des troupes, fantassins, cavaliers, artilleurs, qui manœuvrent lors d'une bataille simulée. Ces groupes viennent de différentes provinces françaises, mais aussi de Belgique et du Portugal. Beaucoup de jeunes « soldats » se trouvent dans les rangs.

Le D^r Baldivia, collectionneur passionné, expose un nombre impressionnant d'instruments chirurgicaux de cette époque, et explique à un auditoire attentif leur utilisation, en particulier sur le champ de bataille. Le MG(2s) Ambrosini présente une conférence très documentée sur la vie d'Hyppolite Larrey, fils du Baron Dominique Larrey, initiateur du concept de la médicalisation de l'avant. Hyppolite Larrey fut l'artisan de l'indépendance du fonctionnement du Service de Santé ses Armées.

Dans l'après midi, une gerbe était déposée sur la tombe du Général Léglise avec les nombreuses troupes en tenue d'époque, en présence des Autorités civiles et militaires, devant un nombreux public.

On notera que le D^r Patrick Dours, membre de l'Association Régionale des Chirugiens dentistes de réserve du SSA de Bordeaux, est un descendant du Général Léglise dont la mémoire est commémorée à cette occasion.



INFORMATIONS « OFFICIELLES »

Ci-après, références des textes officiels vous concernant ou pouvant vous intéresser... Vous pouvez vous en procurer les listes complètes (comportant l'identité des personnes concernées) auprès des Présidents nationaux et des correspondants de rédaction. Toutefois, en ce qui concerne les nominations et promotions dans les 2 Ordres Nationaux (LH et ONM) ainsi que pour la Médaille Militaire et la Médaille de la Défense Nationale, une exception est instituée, vous permettant de retrouver dans ces colonnes les noms des camarades, confrères ou amis qui en sont l'objet... **Aux heureux bénéficiaires, nos chaleureuses félicitations...**

Boc n°23 du 25 mai 2012

Nominations dans le Corps Technique et Administratif

BOC n°24 du 1^{er} juin 2012

Nominations dans les Corps des Aides-Soignants, Secrétaires, Infirmiers, Volontaires

BOC n°25 du 8 juin 2012

Nominations dans les Corps des Secrétaires, Infirmiers, Infirmiers-Anesthésistes, Volontaires, Médecins, Corps Technique et Administratif

BOC n°26 du 15 juin 2012

Décision N°287/DEF/DCSSA/OSP/ORG relative aux postes restructurés pour le service de santé des armées en 2012 (du 1^{er} février 2012)

JORF n° 0148 du 27 juin 2012 – Décret du 25 juin 2012 portant nomination dans la réserve opérationnelle

Concerne les Corps des Internes, Médecins, Chirurgiens Dentistes, Technique et Administratif, Cadres de Santé

BOC n°29 du 6 juillet 2012

Circulaire N° 466/DEF/DCSSA/CHOG relative aux travaux d'avancement pour 2012 (réserves) et pour 2013 (active) des militaires du service de santé des armées (du 6 mars 2012)

BOC n°29 du 6 juillet 2012

Circulaire N° 465/DEF/DCSSA/CHOG relative à la notation en 2012 et au travail préparatoire à la notation 2013 des militaires d'active et de réserve du service de santé des armées (du 6 mars 2012)

BOC n°30 du 13 juillet 2012

Nomination dans le Corps des Infirmiers

BOC n°31 du 20 juillet 2012

Décision N°4507/DEF/CAB/SDBC/CPAG portant filiation de patrimoine et inscription sur un emblème (... «Le Régiment médical est institué héritier...des patrimoines

de tradition des 1^{er}, 2^e et 3^e régiments médicaux... (son) drapeau... portera les inscriptions : « ITALIE 1043-1944 » ; « FRANCE 1944-1945 » ; « ALLEMAGNE 1945 » ; « INDOCHINE 1945-1954 »... »

BOC n°32 du 27 juillet 2012

Nominations dans les Corps des Infirmiers, Secrétaires, Aide-Soignants, Volontaires, Techniciens de laboratoire

JORF n° 0177 du 1^{er} août 2012

Arrêté du 20 juillet 2012 portant attribution de la qualité de « partenaire de la défense nationale »... attribuée ... au centre hospitalier d'Autun...

BOC n°33 du 3 août 2012

Décision N° 702/DEF/DCSSA/BCHOG portant attribution de la médaille de la défense nationale

La médaille d'argent de la défense nationale est décernée aux militaires n'appartenant pas à l'armée d'active, dont le nom suit, à titre normal, à compter du 1^{er} janvier 2011, Service de Santé des Armées

MÉDECINS :

TAZAROURTE Karim, médecin en chef, agrafe « service de santé »

REVEL Denis, médecin en chef, agrafe « service de santé »

De GAINZA David, médecin en chef, agrafe « service de santé »

COTEL Yann, médecin en chef, agrafe « service de santé »

LEBRET Yannick, médecin principal, agrafe « service de santé »

GENCE Éric, médecin principal, agrafe « service de santé »

CONTANT Michel, médecin principal, agrafe « service de santé »

VÉTÉRINAIRES :

ISPA Myriam, vétérinaire, agrafes « service de santé » et « missions d'assistance extérieure »

INFIRMIERS :

RIZZO Christel, infirmière de classe normale, agrafes « service de santé » et « missions d'assistance extérieure »

ZIEBELEN David, infirmier de classe normale, agrafes « arme blindée «et cavalerie » et « service de santé »

FERRACHAT Damien, infirmier de classe normale, agrafe « service de santé »

BOC n° 33 du 3 août 2012

Arrêté portant nomination du secrétaire général adjoint du conseil supérieur de la réserve militaire

BOC n°33 du 3 août 2012

Décision N° 827/DEF/DCSSA/BCHOG portant attribution de la médaille des services militaires volontaires (du 31 mai 2012)

BOC n° 33 du 3 août 2012

Nominations dans les Corps des Infirmiers, Techniciens de laboratoire, Médecins

BOC n° 34 du 10 août 2012

Nominations dans les Corps des Médecins, Infirmiers

INFORMATION ET /OU RAPPEL UTILES ET RÉGLEMENTAIRES SUR L'AVANCEMENT DE GRADE

Article L. 4143-1 du code de la défense

« ... L'officier ou le sous-officier de réserve ne peut être promu au grade supérieur que s'il compte, dans le grade, une ancienneté au moins égale à celle de l'officier ou du sous-officier de carrière du même corps et du même grade le moins ancien en grade promu, à titre normal la même année » .

FNCDR

ANORCTASSA

AMITRHA

BRÈVES - Informations - *DIVERS* - **Retenir** - BRÈVES - Informations - *DIVERS* -

Le GORSSA dispose désormais d' un site internet : <http://www.gorssa.fr> qu' il vous faudra prendre l' habitude de consulter, mais pour lequel nous sollicitons pour quelque temps encore votre amicale indulgence

Il a été décidé en conférence des présidents que désormais, certaines informations ponctuelles et spécifiques (sauf exceptions) , telles que compte rendu des conseils d' administration des différentes disciplines, rapports divers, programmes ou manifestations à impact très limité et « autres », seraient désormais publiées et disponibles sur le site internet

CARREFOUR EMPLOI DÉFENSE MOBILITÉ

Le prochain « Carrefour Emploi Défense Mobilité » a lieu le mardi 13 novembre 2012 de 9h à 13h dans l' enceinte de l' École Militaire (Ronde Gabriel).

Défense Mobilité, dont la mission est d' accompagner les personnels militaire et civil de la Défense au titre d' une mobilité professionnelle vers les secteurs privé et public, est la passerelle entre la Défense et l' emploi civil. Elle devient de ce fait un acteur incontournable du monde de l' emploi.

Co-organisé avec l' établissement d' utilité publique « Carrefours pour l' Emploi », ce forum de recrutement est ouvert à l' ensemble des militaires, aux civils de la Défense en reclassement professionnel ainsi qu' aux conjoints de ressortissants de la Défense et de la Gendarmerie.

*Il permet aux candidats de s' informer tout en rencontrant plus de **100 entreprises** de tous secteurs confondus. Tous les profils sont ciblés, de tout niveau de compétence, de qualification et d' expérience... Postes en CDD, CDI, contrats à temps partiel, missions à l' international...*

*Afin de préparer au mieux sa rencontre avec les recruteurs, il est indispensable de se munir de CV, de consulter la liste des exposants et des postes à pourvoir sur le site www.emploi-reconversion.fr ou d' appeler le **01 53 95 15 15** .*

NOTEZ ET RETENEZ QUE :

LE SAMEDI 27 OCTOBRE 2012, L' ANORCTASSA CÉLÈBRERA SES 120 ANS D' EXISTENCE (1892-2012) SUR LE SITE DU VAL DE GRÂCE.

LE DIMANCHE 11 NOVEMBRE 2012 LA MESSE DE COMMÉMORATION SERA CÉLÉBRÉE À 11H PRÉCISES DANS L' EGLISE DU VAL DE GRÂCE ET SERA SUIVIE D' UN DÉPÔT DE GERBE. NOUS VOUS INFORMONS QUE LE STATIONNEMENT DANS LA COUR D' HONNEUR EST DÉSORMAIS IMPOSSIBLE

LE SAMEDI 1^{ER} DÉCEMBRE 2012, SE TIENDRA LA JOURNÉE NATIONALE D' INSTRUCTION ORGANISÉE PAR LA FNCDR DANS LE CADRE DU CONGRES DE L' ADF A PARIS – PALAIS DES CONGRES -. LES MEMBRES DE TOUTES LES DISCIPLINES DU GORSSA Y SERONT LES BIENVENUS.

LES VENDREDI 31 MAI ET SAMEDI 1^{ER} JUIN 2013 SE DÉROULERONT À METZ LES JOURNÉES NATIONALES D' INSTRUCTION DU GORSSA . LE PROGRAMME EN COURS D' ÉLABORATION AVANCÉE TRAITERA DE CERTAINS ASPECTS DES OPEX. PROGRAMME DÉFINITIF ET BULLETIN D' INSCRIPTION FIGURERONT DANS LE PROCHAIN NUMÉRO.

Enquête sur l'observance de la chimioprophylaxie antipaludique à bord d'un bâtiment de la Marine nationale

MC Ollier*, ICS Christmann*, ICN Robert*

UNION NATIONALE
DES MÉDECINS DE RÉSERVE :
154 BD HAUSSMANN 75008 PARIS
Tél : 01 53 96 00 19

Bureau National et Conseil d'Administration

Présidents d'honneur : MCS Numa Fourès †, MC Maurice Mathieu, MC René-Claude Touzard, MCS Jean-Pierre Moulinié (Président du Comité de Rédaction d'Actu-GORSSA)

Président : MCS Xavier Sauvageon (Directeur de Publication d'Actu-GORSSA)

Vice-Présidents : MC Jean-Dominique Caron, MC Michel Gibelli (Dél.Rég. Metz), MC Yves Mohy (Dél.Rég. Brest), MC Michel Montard (Dél.Rég. Metz), MC Xavier Wagner (Très. Adj.)

Secrétaire Général : MC Patrick Hamon

Secrétaires Généraux Adjoints : MC Pascal Bousquier, MC Gérard Le Lay, MC Éric Lecarpentier (Dél.Rég. St Germain en Laye), MC Joseph Tran

Trésorier : MC Jean-Louis Picoche

Secrétaire des séances : MC Laurent Astin

Chargé de Mission auprès du Président : MC Yvon Meslier (Correspondant de Rédaction d'Actu-GORSSA)

Délégué Général chargé des relations CIOMR : MCS Christian Le Roux

Porte-Drapeau : MC Jean-Pierre Sala

Administrateurs : MC Emmanuel Cabanis, MC Louis Calloc'h, MC Yves Cartigny (Dél.Rég. Bordeaux), MC Jean-Yves Coquillat (Dél.Rég. Toulon), MC Serge Dalmas (Dél.Rég. St Germain en Laye), MC Jean-Marie Duchemin (Dél.Rég. Brest), MG(2S) Alain Galeano, MC Claude Gautier, MC Eric Hergon, MC François Laborde, MC Georges Le Guen, MC Jean-Jacques Lehot (Dél.Rég. Lyon), MC Georges Léonetti (Dél.Rég. Toulon), MC Frédéric Meunier (Dél.Rég. Bordeaux), MA Brigitte Picot-Bellanger, MA Géraldine Pina-Jomir (Dél.Rég. Lyon), MC Maurice Topcha.

Introduction

La stratégie de chimioprophylaxie antipaludique fait partie des éléments de préparation de mission de tout bâtiment de la Marine nationale avant déploiement. Cette stratégie dépend évidemment de la région dans laquelle se déroule la mission et de sa nature et de la durée des escales. L'ensemble de ces paramètres donne lieu à la mise en place de dispositions plus ou moins contraignantes pour l'équipage. Une mission Corymbe se déroulant dans une zone d'endémie permanente à pression parasitaire forte peut donner lieu à une prescription médicamenteuse quotidienne prolongée sur plusieurs mois. La situation est identique pour certaines OPEX en Afrique. L'observance d'un tel traitement ne va pas sans problème d'adhésion pour une population jeune, percevant mal la réalité du risque palustre.

L'objectif de cette enquête était donc d'évaluer l'observance à la chimioprophylaxie antipaludique selon les différentes catégories de personnels à bord d'un bâtiment de la marine nationale, afin d'identifier les populations la refusant et d'améliorer leur observance.

Contexte

Le transport de chalands de débarquement (TCD) Siroco a appareillé de Toulon le 7 novembre 2011 pour un déploiement de plus de 5 mois en zone Corymbe, s'étendant sur la côte Ouest Africaine depuis le Sénégal jusqu'à l'Angola au Sud. Des séances d'éducation sanitaire ont été organisées à bord durant le transit entre Toulon et Dakar. Ces séances sont obligatoires par décision de commandement pour tous les nouveaux embarqués et les équipages jusqu'au grade de second maître inclus. Les sujets abordés sont divers et ont trait aux risques sanitaires rencontrés dans la zone de mission. Une large place est faite au paludisme en in-

sistant sur sa gravité potentielle. Des messages de prévention sont délivrés à cette occasion, dont la nécessité de la prise d'une chimioprophylaxie antipaludique.

La prise médicamenteuse quotidienne de doxycycline a débuté le 14 novembre. Chaque membre d'équipage a reçu une boîte de comprimés et un spray de produit répulsif. Lors de la distribution, quelques personnels ont refusé d'emblée ce traitement. Ces comportements ont amené le service médical du bord à s'interroger sur le nombre de personnels prenant réellement leur chimioprophylaxie. Une enquête d'évaluation a donc été menée parmi les personnels du bord.

Matériel et méthode

Le questionnaire (cf. annexe 1) a été élaboré par le service médical, en veillant à respecter l'anonymat des répondants, seul garant de la sincérité des réponses. Trois questions relatives à la chimioprophylaxie antipaludique (observance, utilité) et à l'information reçue sur le paludisme étaient posées. Une rubrique optionnelle, destinée à recevoir les commentaires, figurait en fin de questionnaire. Il était par ailleurs demandé aux personnels de préciser leur appartenance à la catégorie des officiers, des officiers mariniers supérieurs (OMS, équivalant aux sous-officiers supérieurs), des officiers mariniers (OM, équivalant aux sous-officiers) ou des équipages (équivalant aux hommes du rang).

L'équipage du TCD Siroco comptait au moment de l'enquête 256 personnes. Le questionnaire a été distribué à l'appel du matin en poste de compagnie. Il a été retourné le jour même après complétion ou remis le lendemain à l'appel au capitaine de compagnie. Les résultats ont été exploités par le service médical. Les résultats ainsi que quelques éléments d'appréciation ont été expo-

*Enquête menée et rapport rédigé par le service médical du TCD Siroco

sés au briefing d'activité quotidien. Les éléments du briefing étant diffusés en boucle sur plusieurs écrans disposés dans les coursives, la totalité de l'équipage a pu prendre connaissance des résultats. La restitution a évidemment donné lieu à un rappel sur la nécessité de la prise de la chimioprophylaxie antipaludique.

Quelques jours plus tard, un marin du TCD Siroco allait faire l'objet d'une MEDEVAC stratégique vers la France pour un accès palustre dont la sévérité était attestée par une parasitémie à 17%. Ce patient avait refusé toute chimioprophylaxie à bord.

Résultats

Les résultats sont présentés selon les différentes catégories de personnels. Sur les 256 questionnaires distribués, 239 ont été retournés. Trois n'étaient pas exploitables en raison de réponses fantaisistes. Le taux de participation était donc de 92% ; il était sensiblement le même dans toute les catégories de personnels.

A la première question concernant l'observance de la chimioprophylaxie antipaludique, 47% des interrogés déclaraient ne pas prendre la doxycycline (figure 1). Ce pourcentage était significativement plus élevé chez les équipages (52%) et les officiers mariniers (57%), que chez les officiers mariniers supérieurs (26%) et les officiers (9%).

L'appréciation de l'utilité de la chimioprophylaxie était moyenne puisque seuls 53% des personnels pensaient que le traitement était utile (figure 2). Il existait une disparité des résultats selon les catégories de personnels ; une majorité des officiers (82%) et des officiers mariniers supérieurs (71%) trouvaient la chimioprophylaxie utile contre 51% des officiers mariniers et 41% des équipages.

Concernant l'information reçue sur le paludisme, la majorité du personnel (63%) s'estimait correctement informée sur le paludisme (figure 3). En revanche, cette perception était variable selon les catégories de personnels. Les officiers s'estimaient les mieux informés avec 91% de réponses positives. Les autres personnels s'estimaient moins bien informés sur le paludisme.

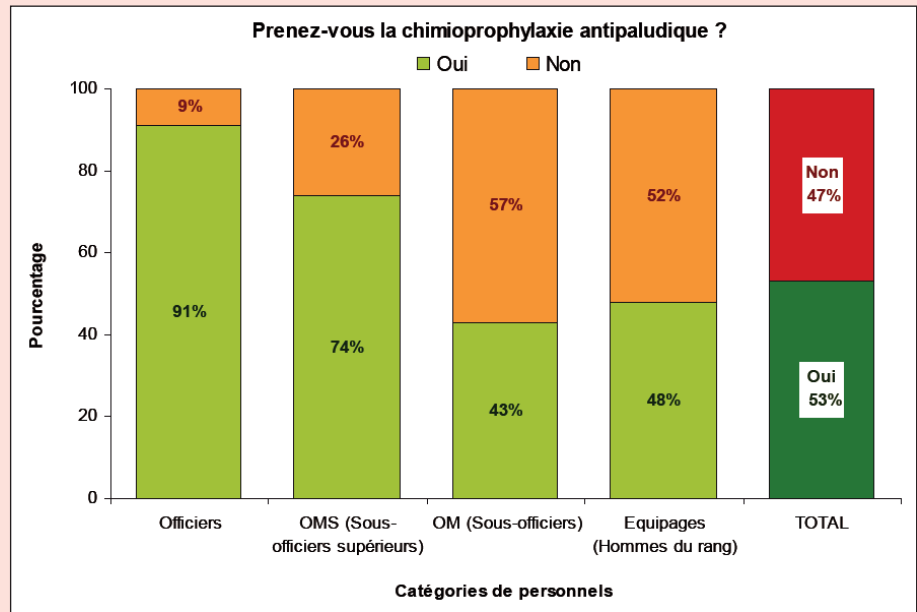


Figure 1 : Observance déclarée à la chimioprophylaxie antipaludique selon les catégories de personnels (n=236)

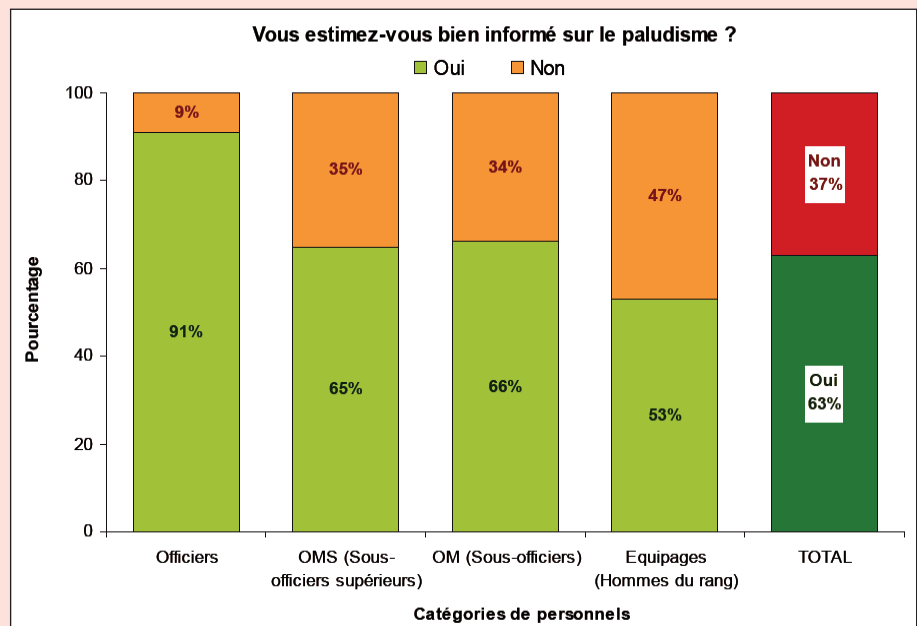


Figure 2 : Perception de l'utilité de la chimioprophylaxie antipaludique selon les catégories de personnels (n=236)

Discussion

L'anonymat du questionnaire a permis d'obtenir un fort taux de participation à l'enquête. Les résultats montrent que la chimioprophylaxie antipaludique est globalement peu suivie par les personnels embarqués, près de la moitié d'entre eux déclarant ne pas la prendre. C'est une notion connue, et ce malgré l'éducation sanitaire dispensée sur le sujet. Or la majorité du personnel s'estime correctement informée sur le paludisme. Ainsi, certains

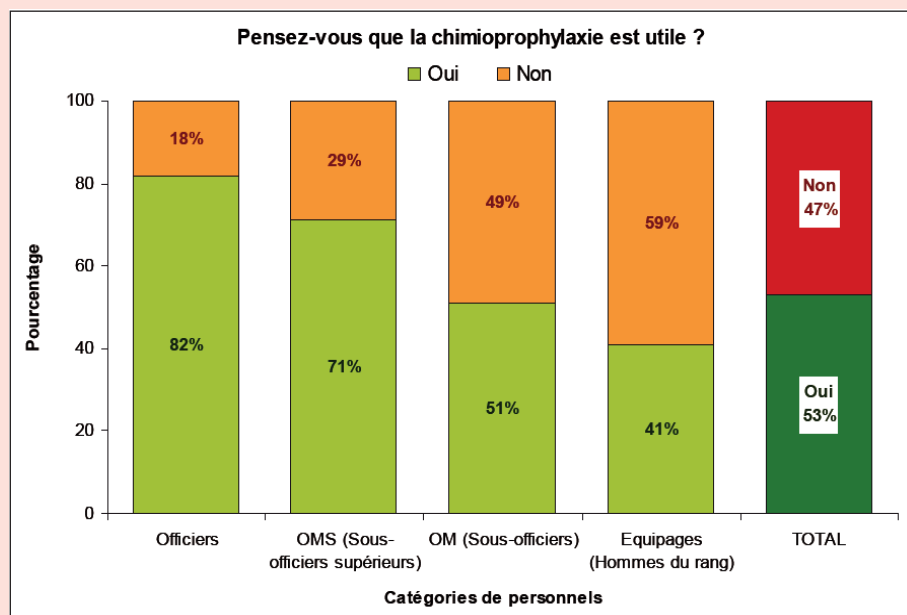


Figure 3 : Perception de la qualité de l'information reçue sur le paludisme selon les catégories de personnels (n=226)

NDLR : Cet article est extrait du « Bulletin Épidémiologique des Armées – BÉA » (volume 2, numéro 5, 2012, semaine 05, pp 2 à 5). Il a pu être reproduit grâce à l'obligeance et avec l'autorisation du Centre d'Épidémiologie et de Santé Publique des Armées – CESPAS – que nous remercions ici.

individus non observants auraient connaissance du risque encouru et choisiraient délibérément de ne pas suivre les recommandations. Il est cependant certain qu'une information bien comprise favorise l'adhésion au traitement.

Trois éléments se dégagent de cette enquête :

→ **l'observance du personnel vis-à-vis de la chimioprophylaxie antipaludique est globalement faible ;**

→ **une formation du personnel plus adaptée pourrait améliorer la perception de l'utilité du traitement et par conséquent son observance ;**

→ **certains des sujets non observants ne le sont pas par méconnaissance, mais par choix délibéré.**

Nous devons nous interroger sur la pertinence d'une information non ciblée sur le paludisme. Des séances de questions-réponses sur le thème du paludisme seront dans ce sens prochainement expérimentées dans notre unité.

Il restera cependant une population opposée à la prise de la chimioprophylaxie antipaludique, et ce quels que soient les efforts entrepris en matière d'information et d'éducation sanitaire. Chez une population jeune vivant en collectivité, l'hypothèse d'un désir de singularisation et d'affirmation de soi en opposition aux autres et à l'autorité peut être avancée. Il peut aussi y avoir un désir plus ou moins conscient de braver un risque potentiellement léthal. L'existence de ce type de comportement, qui échappe à toute rationalité, doit être abordé au cours des séances d'éducation sanitaire afin d'insister sur leur caractère inadapté. Le commandement militaire a ici un rôle d'autorité à jouer dans le respect des recommandations émises par le Service de santé.

Annexe : Questionnaire d'enquête

Questionnaire anonyme à remettre le lendemain à votre adjudant de compagnie

Vous êtes : (cochez la case correspondante)

Officier

OMS

OM

Equipage

Prenez vous votre traitement anti-paludique : (cochez la case correspondante)

OUI

NON

En percevez-vous l'utilité : (cochez la case correspondante)

OUI

NON

Vous estimez vous bien informé sur le paludisme : (cochez la case correspondante)

OUI

NON



BRIGADE DE SAPEURS-POMPIERS DE PARIS

Division Santé : MCS DOMANSKI - MC J.P TOURTIER- MC C.E ASTAUD
 SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES
 CLUB DES ANESTHÉSISTES RÉANIMATEURS ET URGENTISTES MILITAIRES



CONFÉRENCES DE RÉANIMATION PRÉHOSPITALIÈRES

CYCLE 2012 - 2013

Comité d'organisation : MC CE.Astaud - MC M.Bignand - MC O.Bon - MCS L.Domanski - MHC S.Dubourdiu
 VC D.Grandjean - MP S.Lemoine - MC E.Ramdani - MC JP.Tourtier

Mardi 16 octobre 2012 à 16 h
 Amphithéâtre Rouvillois - École du Val de Grâce

Accidentologie routière

Président : Médecin Général Henri JULIEN
 Coordinateur : MC Éric RAMDANI (BSPP)

- L' évolution de l'accidentologie routière depuis 20 ans des points de vue véhicules et lésions.
 Pr Jean-Yves LECOZ (LAB NANTERRE)
- Épidémiologie et aspects lésionnels des accidents de deux-roues à Paris et la petite couronne.
 MED Noémie GALINOÛ et M2C Marie PERY (BSPP)
- Désincarcération : extraction et mise en condition de la victime.
 MED Sophie MOLE et MED Anne-Claire MLYNSKI (BSPP)
- Explosion de véhicule en opération extérieure : physiopathologie et principes de prise en charge.
 MC Jean-Pierre TOURTIER (BSPP)

Mardi 18 décembre 2012 à 14 h 30 -
 Amphithéâtre Baudens - École du Val de Grâce

Urgences métaboliques préhospitalières

Président : Pr Frédéric ADNET (SAMU 93)

- Coordinateur : MC Jean-Pierre TOURTIER (BSPP)
- Urgence métabolique à présentation neurologique chez le diabétique. MP(r) Gildas GUERET (BSPP)
 - Lactates en préhospitalier. MC Thomas LECLERC (Centre de traitement des brûlés HIA Percy - CLAMART)
 - ECG et intoxications aigües. Dr Frédéric LAPOSTOLLE (SAMU 93)

Mardi 15 janvier 2013 à 14 h 30
 Amphithéâtre Baudens - École du Val de Grâce

Pathologies circonstancielles et urgences vitales de l'enfant

Président : Dr Jean-Louis CHABERNAUD

(SMUR pédiatrique Bécélère - Clamart)

Coordinateur : MP Sabine LEMOINE (BSPP)

- Le jeu du foulard ? Un « jeu » mortel. Dr Jean LAVAUD (ancien directeur du SMUR pédiatrique Necker - PARIS)
- Les accidents domestiques par caustiques. Dr Jean-Louis CHABERNAUD (SMUR pédiatrique Bécélère - CLAMART)
- Troubles du rythme chez l'enfant.
 Dr Damien BONNET (Hôpital Necker PARIS)

Mardi 19 février 2013 à 14 h 30
 Amphithéâtre Baudens - École du Val de Grâce

Ventilation et urgence

Président : MC Stéphane DE RUDNICKI
 (HIA Val de Grâce PARIS)

Coordinateur : MC Olivier BON (BSPP)

- VNI chez l'adulte en préhospitalier.
 MP Jean-Louis DABAN (HIA Percy CLAMART)
- VNI chez l'enfant : principes et indications.
 Dr Sandrine ESSOURI (Hôpital BICETRE)

Mardi 16 avril 2013 à 14 h 30
 Amphithéâtre Baudens - École du Val de Grâce

Risques « B », et si demain ... ? Exemple du charbon

Président : Pr Dominique GRANDJEAN

(École Nationale Vétérinaire de Maisons-alfort)

Coordinateurs : MC Cécil-Emmanuel ASTAUD (BSPP)

- Une maladie ancestrale toujours d'actualité.
 Pr Marc SAVEY (Agence Nationale de Sécurité Sanitaire)
- La militarisation du charbon.
 Médecin Général Jean-Didier CAVALLO (École du Val de Grâce)
- Un accident peut toujours arriver... Pr Dominique GRANDJEAN (École Nationale Vétérinaire de MAISONS-ALFORT)

Mardi 21 mai 2013 à 14 h 30
 Amphithéâtre Baudens - École du Val de Grâce

Médecine d'urgence et grands événements

Président : MC Sergio ALBARELLO

(Médecin-chef de la présidence de la République)

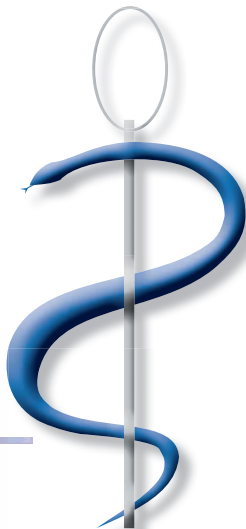
Coordinateur : MCS Laurent DOMANSKI et MC Michel BIGNAND (BSPP)

- Retour d'expérience sur les JO de Londres.
 MHC Patrick HERTGEN (SDIS 59)
- Médicalisation des grands rassemblements : contraintes, législation, place des organismes privés.
 Dr Patrick BASSET (Société DOKEVER)
- Recommandations SFMU : rassemblement de foule et gestion médicale événementielle ; quelles contraintes pour demain ?
 MP(r) Ludovic STEEN (BSPP, SAMU 72)

École du Val de Grâce - 1, place Alphonse Laveran - 75 005 PARIS - RER Port-Royal

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

courriel : medecinchef.bmu@pompierparis.fr



Contrôle de la sécurisation du circuit du médicament en HIA

H. Dupont*

L'arrêté du 6 avril 2011 relatif au ma-
nagement de la qualité de la prise en
charge médicamenteuse et aux médica-
ments dans les établissements de santé a
matérialisé l'engagement des pouvoirs pu-
blics dans la lutte contre les erreurs médi-
camenteuses dans les établissements de
santé, parfois à l'origine d'accidents dra-
matiques.

Cet arrêté s'inscrit également dans la
logique de la Loi Hôpital Patient Santé Ter-
ritoires (dite HPST) qui favorise l'élabora-
tion et la mise en œuvre par les
établissements de santé d'une politique
d'amélioration continue de la qualité et de
la sécurité des soins, ainsi que de la gestion
avérée des risques.

Le rapport de l'Inspection Générale des
Affaires Sociales (IGAS) de mai 2011 dans
son introduction rappelle également que de-
puis 20 ans le législateur renforce la poli-
tique de qualité au sein des établissements
de santé. La procédure de certification
menée par la Haute autorité de santé (HAS)
porte une attention particulière au circuit du
médicament : déjà ciblé comme essentiel
dans la procédure de certification dite V
2007 (critère 31) la démarche qualité de la
prise en charge médicamenteuse du patient
est devenue une pratique exigible priori-
taire (PEP) dans le cadre de la 3^{ème} version
dite V 2010 (point 20 a et 20 b).

L'enquête nationale sur les événements in-
désirables liés aux soins (ENEIS) a confirmé
l'enjeu que constituait le médicament dans
le domaine de la sécurité des soins : en effet
après les actes invasifs et les infections liées
aux soins, les médicaments sont la 3^{ème} cause
d'événements indésirables graves (EIG) liés
aux soins, qui serait responsable de 60 000 à
130 000 EIG par an et que 15 000 à 60 000
d'entre eux seraient évitables.

Les textes applicables aux Pharmacies à
usage intérieur (PUI) des établissements de
santé civils publics et privés s'appliquent
aux hôpitaux des armées (Articles L. 5126-
1 et suivant du code de la santé publique).

Le contrôle de la mise en œuvre et du res-
pect de ces textes sont réalisés dans le civil
par les Pharmaciens inspecteurs de santé
publique (PHISP) des Agences régionales
de santé (ARS), et dans les hôpitaux mili-
taires par le pharmacien général, inspecteur
technique des services pharmaceutiques des
armées (ITSPA) affecté à l'inspection du
service de santé des armées (ISSA).

Siégeant respectivement au Conseil na-
tional de l'Ordre des pharmaciens, en tant
que PHISP au titre de représentant du mi-
nistre de la santé et en tant qu'ITSPA au
titre de représentant du ministre chargé de
l'outre mer (Article L.4231-4 du code de la
santé publique), un partenariat s'est établi
autour d'une réflexion sur nos méthodes
respectives d'inspections.

Il s'est concrétisé par mon engagement à
servir dans la réserve opérationnelle.

Mon expertise en la matière a été sollici-
tée à plusieurs reprises pour participer aux
missions d'inspections et d'audits, dans les
HIA mais également pour mener des ré-
flexions conjointes sur la mise en applica-
tion des nouveaux textes réglementaires
dans le domaine pharmaceutique.

Le programme d'inspection 2011 com-
prenait la visite des 9 HIA, avec l'origina-
lité de coupler l'inspection et l'audit sur les
champs thématiques du circuit du médica-
ment, de la stérilisation et de la réalisation
des préparations, dont les médicaments an-
ticancéreux.

Les équipes inspecteurs-auditeurs se sont
trouvées renforcées l'une par l'autre dans
leur mission, étant complémentaires, tant

FÉDÉRATION NATIONALE DES PHARMACIENS DE RÉSERVE (FNPR)

Courriel : fnpr@free.fr

Président : Claude BOYMOND

7, rue du noyer
67207 - Niederhausbergen
boymond@unistra.fr

Secrétaire général : Jean-Claude SCHALBER

66-68, rue de la Folie Regnault
75011 - Paris
jc.schalber@free.fr

Trésorier : Éric DENOIX

118, Parc de Cassan
95290 - L'Isle-Adam
EDenoix@aol.com

dans le domaine des techniques appliquées que des constats effectués.

Pour ma part ce fut une expérience enrichissante et un grand honneur que d'être intégrée à 3 des missions : HIA de Brest, Lyon et Marseille.

Ma connaissance du terrain civil sur lequel j'exerce depuis près de 20 ans (promotion de PHISP 1992) me permet d'apprécier la qualité des mesures mises en œuvre dans les HIA pour sécuriser le circuit du médicament.

Une inspection est basée sur l'application des textes dont les Bonnes Pratiques (à l'hôpital notamment l'arrêté du 22 juin 2011 relatif aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière BPPH) et examine les points suivants :

- Gestion de la qualité
- Personnel
- Locaux et matériel
- Lignes directrices particulières : préparation des dispositifs médicaux stériles.

Les principaux constats positifs que j'ai effectués portent sur :

- La mise en œuvre de la DJIN (dispensation journalière individuelle nominative) basée sur l'analyse préalable des prescriptions en vue de leur validation pharmaceutique. Ceci n'est pas très courant dans les hôpitaux civils dans lesquels les pratiques de dispensation peuvent être variées. Outre la DJIN peuvent y être observés la dispensation globale, la dispensation individuelle reglobalisée ainsi que des dispositifs mixtes voire de simples distributions de médicaments à partir d'armoires de service et avec validation pharmaceutique a posteriori.
- L'informatisation du circuit du médicament, encore rare dans les hôpitaux civils, est un point fort à souligner ; la sécurisation de l'interface entre le SIH et le logiciel métier Pharma est engagée pour répondre aux exigences de la loi du 29 décembre 2011 de renforcement de la sécurité sanitaire et des produits de santé.

- La mobilisation du personnel autour d'un projet pharmaceutique et l'implication forte des équipes a été constatée dans les HIA visités.

Des points perfectibles ont bien sur été observés mais je tiens à préciser que les remarques qui ont été faites lors des inspections sont liées à des constats assez habituels dans les établissements civils et pointent des points particuliers à travailler, qui peuvent être assez facilement améliorés.

De plus certaines de ces visites d'inspection-audit ont permis d'anticiper les visites des experts de la HAS et d'obtenir de bons résultats lors de la certification.

Dans le civil, l'inspection des établissements sur le thème de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est une priorité 2012.

Avec la réalisation des inspections des 9 HIA en 2011 sur ce thème, il est ainsi remarquable de souligner que l'administration militaire se révèle avoir été proactive sur ce thème, montrant ainsi la pertinence de son analyse en anticipation sur l'analyse d'un risque avec le thème majeur qu'est la bonne utilisation du médicament.

Je tiens à exprimer mes plus vifs remerciements à l'inspecteur des services pharmaceutiques des armées qui m'a fait confiance en me permettant d'intégrer ses équipes d'audit et d'inspection, d'y côtoyer des camarades d'active et de réserve qui m'ont fait partager leurs compétences ainsi qu'à tous ceux qui m'ont accueillis avec respect dans l'exercice de ma mission.



URGENCES RADIOLOGIQUES : MISE AU POINT

J.-C Amabile*, T. Erauso**, P. Laroche***

Les missions du Service de protection radiologique des armées (SPRA) concernent tout particulièrement le contrôle de la surveillance médico-radiobiologique et dosimétrique des personnels de la Défense exposés aux rayonnements ionisants, les contrôles techniques de sécurité radiologique mais aussi l'intervention en situation d'urgence radiologique et la formation des personnels.

Le SPRA est parfaitement intégré à l'îlot Percy qui possède sur le même site tous les services nécessaires à la prise en charge des blessés radio-contaminés et/ou irradiés :

- des services de l'hôpital d'instruction des armées (HIA) tels que le service d'accueil des urgences (le SAU est responsable de la mise en œuvre du centre de traitement des blessés radio-contaminés [CTBRC]), le service de chirurgie plastique, l'hématologie, le service de médecine physique et de réadaptation, la psychiatrie ;
- le centre de traitement des brûlés (CTB) ;
- le centre de transfusion sanguine des armées (CTSA).

Pour ce qui concerne l'organisation nationale de crise nucléaire défense (ONCD), le SPRA apporte son appui technique au niveau national (cellule de crise) mais aussi au niveau local en déployant, en fonction des circonstances, une équipe d'expertise et une équipe d'analyses (laboratoires mobiles aérotransportables). Les actions menées par le SPRA dans le cadre de l'accident radiologique de Fukushima ont été calquées sur cette organisation.

Dans le cadre de sa mission de formation, le SPRA participe notamment aux exercices nucléaires nationaux majeurs, au module NR du Master NRBC-E (organisé par l'École du Val-de-Grâce, le Commissariat à l'énergie atomique et aux énergies alternatives (CEA) et l'université de Paris 6) et élabore régulièrement des guides pratiques destinés aux praticiens du Service de santé des armées (SSA).

En cas d'incident ou d'accident radiologique, le SPRA est impliqué directement dans la prise en charge des blessés radio-contami-

nés et joue un rôle d'expert pour le traitement des irradiés.

1. PRISE EN CHARGE DES BLESSÉS RADIO-CONTAMINÉS

Au cours d'un accident radiologique impliquant de nombreux blessés, l'objectif est de « transformer » un blessé radio-contaminé en patient stable décontaminé qui pourra être accueilli par la suite dans une structure hospitalière classique. Le SSA possède deux types de structures médicales spécifiques qui répondent à cet objectif : le poste d'accueil des blessés radio-contaminés (PABRC) pour le traitement des urgences relatives et la mise en condition des urgences vitales et le CTBRC pour la prise en charge des urgences vitales.

Il existe un certain nombre de règles d'or dans ce domaine :

- le traitement de la contamination interne est administré dès que possible quelque soit le niveau d'intervention, sur simple suspicion ;
- il faut confiner la contamination externe sans retarder les gestes d'urgence ;
- il ne faut pas transformer une contamination externe en contamination interne ;
- la contamination résiduelle fixée ne pose pas de problème sanitaire et peut attendre une décontamination plus fine après le départ du dernier blessé ;
- la gestion des décédés contaminés primaires n'est pas du ressort du SSA.

A titre d'exemple, en février 2010, le traitement d'un blessé radio-contaminé a impliqué l'ensemble de l'îlot Percy et a permis d'utiliser des techniques innovantes (cartographie en temps réel au cours de l'intervention chirurgicale, exérèse d'un « tatouage au plutonium » à l'aide d'un dermatome réglé à 0,3 mm et vérification secondaire de la pertinence de la cartographie par autoradiographie et gamma-caméra).

En France, il existe un véritable maillage du territoire national, constitué par les CTBRC, les PABRC et les hôpitaux civils référents (cf. circulaire 800 du SGDSN). Le SPRA a initié

*MC, **M, ***MCS

en 2010-2011 un audit des CTBRC qui a abouti à une évolution du concept de cette structure militaire spécifique. Le CTBRC peut être désormais considéré comme étant un PABRC doté d'une structure chirurgicale dédiée et d'une salle de soins intensifs « musclée ». Une réflexion est actuellement engagée sur une optimisation des moyens du SSA. Le CTBRC de Percy est situé à côté de la base aérienne de Villacoublay et est intégré à un pôle d'excellence : il pourrait servir de structure de référence et accueillir des blessés radio-contaminés rapatriés par voie aérienne. Un audit du même type débute également pour l'ensemble des PABRC du SSA et une autre expertise a été réalisée dernièrement par le SPRA au profit des unités mobiles de décontamination des armées (UMDA).

Enfin, les antidotes dédiés aux blessés radio-contaminés sont quasiment tous produits par la pharmacie centrale des armées (PCA) et un important travail est mené pour aboutir systématiquement à des autorisations de mise sur le marché.

2. PRISE EN CHARGE DES IRRADIÉS

La prise en charge des irradiés répond aussi à des règles strictes :

- un irradié n'irradie pas tout comme un brûlé ne brûle pas ;
- l'urgence pour l'irradié réside dans l'évaluation de la dose qu'il s'agisse d'une irradiation globale ou d'une irradiation localisée.

Là encore, l'expérience de l'îlot Percy est remarquable, notamment pour le traitement des brûlures radiologiques qui est désormais fondé sur une chirurgie anticipatrice guidée par l'évaluation dosimétrique fournie par l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) et associée éventuellement à la thérapie cellulaire (cellules souches mésenchymateuses produites par le CTSA). Dernièrement, une étude menée conjointement par le service d'imagerie médicale de l'HIA Percy et le SPRA a montré l'intérêt de l'IRM pour étudier en profondeur les tissus exposés. D'autres pistes sont également étudiées, telle l'utilisation de progéniteurs de cellules endothéliales (angiogénèse thérapeutique).

Le traitement du syndrome d'irradiation globale aiguë (SIGA) repose sur l'utilisation de facteurs de croissance (cytokines G-CSF et EPO). Contrairement aux idées reçues, la

greffe allogénique de cellules souches hématopoïétiques est toujours exceptionnelle et, dans ce cas, différée à trois semaines (absence de réponse aux cytokines). Des recherches récentes montrent qu'une bithérapie associant une protéine bactéricide (BPI) et un antibiotique (fluoroquinolone) donne d'excellents résultats sur les souris.

Au total, l'îlot Percy est un site unique au monde qui propose une prise en charge pluridisciplinaire des blessés radio-contaminés ou irradiés. Cette prise en charge répond à des règles strictes mais simples qui ne doivent jamais faire oublier le dogme suivant :

L'urgence médico-chirurgicale prime sur l'urgence radiologique !

L'urgence médico-chirurgicale prime sur l'urgence radiologique !



Le SPRA situé au sein de l'îlot Percy

– DERNIERE MINUTE – Nous apprenons que par « Décret du 17 septembre 2012... Le Président de la République... Décrète... -Les rang et prérogatives de général de brigade avec appellation de pharmacien général sont conférés dans la 1^{ère} section des officiers généraux du service de santé des armées : Pour prendre rang du 1^{er} octobre 2012 À M. le pharmacien chef des services de classe normale **BURNAT (Pascal, Guy)**, nommé inspecteur à l'inspection du service de santé des armées à la même date... ». Toutes nos félicitations.

UNION NATIONALE DES VÉTÉRINAIRES DE RÉSERVE

Siège social : Maison des Vétérinaires,
10 Place Léon Blum, 75 011 PARIS

PRÉSIDENT D'HONNEUR

VC Jean GLEDEL

PRÉSIDENT NATIONAL

Vice-président du GORSSA

VC François-Henri BOLNOT fbolnot@vet-alfort.fr

VICE-PRÉSIDENT

et DÉLÉGUÉ INTERNATIONAL

Délégué GORSSA Île-de-France

VC Bruno PELLETIER drvetbp@aol.com

VICE-PRÉSIDENT

et DÉLÉGUÉ NATIONAL

VC Gilbert MOUTHON gmouthon@vet-alfort.fr

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

VP Stéphane NGUYEN
nguyen.servane@wanadoo.fr

TRÉSORIER

Dr. Pierre TASSIN

PRÉSIDENT DRSS Bordeaux

VC Christophe GIBON
Christophe.GIBON@agriculture.gouv.fr

PRÉSIDENT DRSS Brest

VC Ghislain MANET g.manet@libertysurf.fr

PRÉSIDENT DRSS Toulon

VC Marc VERNEUIL marc.verneuil@cegetel.net

ADMINISTRATEURS D'HONNEUR

VC René PALLAYRET
VC Jean-Paul ROUSSEAU
VC Pierre ROYER

ADMINISTRATEURS

VC Thierry ALVADO-BRETTE
alvado-brette@caramail.com

VC Xavier BEELE xavierbeele@aol.com
VC Dominique GRANDJEAN dgrandjean@vet-alfort.fr
VC Louis GUILLOU louis.guillou@numericable.fr
VC Émile PEREZ
Emile.PEREZ@agriculture.gouv.fr
VC Philippe ROLS
philippe.rols@agriculture.gouv.fr
VC Charles TOUGE charlestouge@aol.com

Gestion des animaux dangereux en milieu urbain

D. GRANDJEAN*, D. CLERO**

Au cours des vingt dernières années, la problématique des animaux dangereux en milieu urbain s'est considérablement accrue, en relation avec une véritable « explosion démographique » touchant la détention d'espèces exotiques souvent dangereuses ou susceptibles de déclencher de véritables réactions phobiques de la part d'un public peu averti. Dans ce contexte, la recolonisation du tissu urbain par des espèces sauvages métropolitaines joue également un rôle important : elle est souvent perçue à tort comme dangereuse par le citoyen peu au fait de ces animaux pourtant communs. A cela s'ajoute une conception parfois anthropomorphique de la relation avec des animaux de compagnie classiques que sont les chiens et les chats, génératrice de dérives comportementales de la part de ces derniers. La gestion de cette composante importante du risque biologique est assurée par les services de secours, qui disposent en leurs rangs de vétérinaires et équipiers animaliers spécialisés. Cet article se propose de dresser un état de la situation.



Photo n°1 - la mode des nouveaux animaux de compagnie.



Photo n°2 - jeune caïman chez des particuliers.

« **veaux animaux de compagnie** » (photo n°1) (photo n°2) au sein desquels on retrouve des rongeurs et lagomorphes (hamster, cobaye, souris, gerbille, lapin, etc.), un carnivore comme le furet et quelques reptiles d'ornementation (tortues, serpents non venimeux de types boïdés ou élapidés) (photo n°3).



Photo n°3 - Une jolie prise !.

Sur les vingt dernières années, le nombre d'animaux familiers vivant en milieu urbain n'a cessé de s'accroître, ne tendant à se stabiliser que depuis 2006. Aux espèces animales traditionnelles (chiens, chats, oiseaux, poissons) sont venues dans un premier temps s'ajouter des espèces nouvelles, que les vétérinaires qualifièrent de NAC, « **nou-**

Les origines de cet engouement ont fait l'objet de nombreuses analyses sociologiques : parmi les facteurs en cause, on peut citer l'urbanisation explosive, la dissociation de la famille, l'insécurité ou encore l'isolement. A la fin des années 90, les concepts d'exclusion sociale (avec pour corollaire le besoin d'exister « autrement »), d'effet de mode, et une « sur médiatisation » ont conduit ce phénomène à évoluer vers la possession d'espèces plus rares et pour certaines plus dangereuses. Dans le même temps, les modifications

*VeC ®, **Ve ® - GORSSA

radicales des mesures nationales de protection antirabique, induites par l'éradication de la maladie, conduisaient nombre d'animaux sauvages métropolitains méconnus du grand public citadin à recoloniser progressivement le tissu urbain.

La problématique des animaux dangereux, ou en situation de dangerosité avérée, en milieu urbain s'avère bien réelle et constitue une composante non négligeable de la notion de **risque biologique**. La mission de capture de ces animaux, aux fins de protection des personnes et des biens, incombe aux services de secours. Celle, plus large, de gestion globale du problème ne peut être que collective.

Notion de dangerosité animale

Danger réel immédiat

Le « danger réel immédiat » regroupe les situations dans lesquelles le risque d'atteinte humaine traumatique ou par envenimation est patent, voire avéré, dès lors qu'une ou plusieurs victimes ont été touchées. Plusieurs circonstances peuvent y conduire :

Morsures de chiens

En France, en 2008, les morsures de chiens représentaient environ 2% des accidents dits « domestiques », avec une incidence dépassant 200 morsures / 100 000 habitants / an.

Elles constituent aujourd'hui environ 1% des consultations hospitalières en urgence chirurgicale, et concernent dans 45% des cas des enfants de moins de 14 ans, essentiellement atteints au visage (74%) et aux bras. Les victimes sont dans leur grande majorité de sexe masculin, les races canines les plus impliquées étant le Rottweiler, le Berger Allemand et le Labrador. A la décharge de ces dernières elles sont numériquement parmi les plus importantes en France. Des données hollandaises datant de 2001 arrivent à des conclusions équivalentes, précisant que pratiquement 50% des chiens mordus sont des récidivistes, et que plus de deux tiers d'entre eux sont des chiens de pure compagnie. Un dernier travail canadien réalisé en 2002 envisage l'origine du chien concerné (inconnu de la personne mordue que dans 35% des cas), confirme que l'âge des blessés est majoritairement inférieur à 14 ans et détaille les

circonstances des accidents pour constater que dans 46% des cas il n'y avait eu aucun contact physique préalable entre le chien et la victime. (photo n°4)

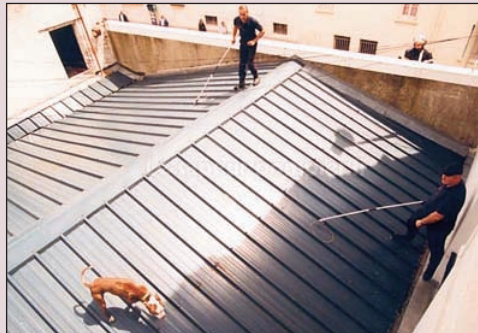


Photo n°4 - sur les toits de Paris...

Lorsqu'il y a morsure, celle-ci peut avoir chez le chien plusieurs origines :

- la **peur** ; l'animal répond avec le seul moyen dont il dispose à un stress environnemental,
- l'**agression** ; même si rare sont les chiens intrinsèquement agressifs, ils peuvent le devenir dans certaines conditions (défense d'un territoire, frustration de liberté, dominance, irritation, douleur, possession, prédation, instinct maternel de défense),
- La **criminalité** ; le chien est utilisé comme une arme par destination (délinquance, dealers, chiens de combat).

L'affection induite par la morsure est généralement une plaie de type écrasement, qui peut être très délabrante et profonde, sans préjuger du portage infectieux important de la gueule du chien ; la contamination est alors le plus souvent pluri bactérienne et est une source de complications locales et générales dans environ 10% des cas.

30 cas de décès humain après morsure canine sont à dénombrer sur les 3 dernières décennies, ce qui est à mettre en perspective par rapport aux autres causes de mortalité.

Griffures de chats

Les statistiques relatives aux griffures de chat, souvent associées à des morsures, sont quasi-inexistantes, hormis un recensement annuel en France d'une moyenne de 5000 cas de « **maladie des griffes du chat** ». Les plaies générées peuvent être extrêmement délabrantes, en particulier chez les enfants, ou les personnes âgées

souffrant de varices et griffées au niveau des jambes. Ces cas beaucoup trop fréquents revêtent majoritairement les mêmes circonstances de survenue : animal relativement âgé décrit comme se ruant sans aucune raison sur son propriétaire, et n'ayant jamais auparavant montré de signe d'agressivité ; très impressionnant visuellement, ce trouble comportemental brutal demeure incompréhensible au simple examen des commémoratifs.

Envenimation ophidienne

Si les serpents d'ornementation non venimeux peuvent parfois se révéler agressifs (morsures délabrantes et fractures par compression pour les gros boïdés, petites plaies avec risque infectieux pour certains élapidés), le risque est évidemment plus important concernant les espèces venimeuses. Dans ce cas, la morsure est génératrice d'une **envenimation**, caractérisée par un ensemble des manifestations locales et générales induites par la pénétration dans l'organisme d'une substance toxique produite par un serpent venimeux.

Le développement croissant de la détention de ce type d'animaux conduit à un nombre d'accidents annuel qui peut sembler réduit (entre 5 et 10). Mais le type de reptiles en cause, que le propriétaire souhaite toujours plus rare et plus dangereux, débouche sur des syndromes cobraïques ou vipérins gravissimes. Si le phénomène de mode et l'inconscience notoire sont de règle, le côté souvent illégal de la détention (qui nécessite un certificat de capacité, voire une autorisation d'ouverture d'établissement) rend le risque insidieux pour le public en cas de fugue, mais surtout pour les services de secours appelés en cas de malaise, de feux, ou de toute autre forme d'accident (découverte fortuite). (photo n°5)



Photo n°5 - un locataire encombrant !.

Urticance et venimosité

Ce type d'accident est notamment le fait de **mygales**, dont par ailleurs moins de 10% sont venimeuses et qui ne mordent que rarement ; à l'opposé, la projection par des animaux stressés de **poils urticants** très fins conduit chez le propriétaire non averti à de fortes irritations oculaires et à des syndromes respiratoires douloureux. Les circonstances de survenue sont les mêmes que précédemment, et concernent tout autant les col-

lectionneurs de scorpions et autres scolopendres. Rappelons qu'il est fréquent de trouver des scorpions indigènes et inoffensifs dans les caves parisiennes

Errance des grands animaux

Les grands animaux, affolés (le cas n'est pas rare en environnement urbain), peuvent se révéler très dangereux pour les personnes et les biens. C'est parfois le cas lors d'accidents de transport d'animaux : chevaux, bétail, animaux de cirque, etc. Certains événements exceptionnels peuvent également être à l'origine de ce type de risque, notamment l'échappement d'animaux de parcs zoologiques ou de cirques (cas de la tempête de 1999). Concrètement il s'agit d'accidents traumatiques directs ou indirects (manœuvres d'évitements, sur accidents, etc.). (photo n°6) (photo n°7)



Photo n°6 - contention d'un cervidé en ville.



Photo n°7 - capture d'un cervidé.

Faune sauvage métropolitaine

Les risques liés à la **recolonisation de l'espace urbain** par la faune sauvage métropolitaine existent, même s'ils sont systématiquement amplifiés dans l'esprit d'un public citadin peu au fait des connaissances biologiques et environne-



Photo n°8 - renard en zone urbaine.

mentales. Renards (photo n°8), fouines, sangliers, putois et autres profitent pour ce faire :

- de la **disparition de la rage** (assouplissement des mesures prophylactiques, disparition de la notion de front épizootique),
- de l'accroissement **des grands axes de communication** (voies de pénétration mieux protégées),
- de l'étalement géographique croissant **des zones périurbaines** (progression territoriale de proche en proche via l'accroissement des zones pavillonnaires).

Bien que le nombre de ces captures urbaines soit élevé, les accidents dans lesquels une personne se fait mordre ou attaquer restent exceptionnels.

Primates

Espèces dont **la vente et la détention sont interdites ou strictement réglementées**, les primates n'en constituent pas moins une catégorie de la faune urbaine non négligeable numériquement. L'anthropomorphisme du grand public conduit souvent à ignorer le danger permanent qui existe pour le possesseur de singe (photo n°9). Les morsures de chim-



Photo n°9 - un chimpanzé affectueux !.

panzés et autres babouins sont traumatologiquement redoutables, indépendamment du danger potentiel représenté par le portage infectieux zoonotique (photo n°10). Signalons le « phénomène magot », très médiatisé en 2001 et 2002, qui fut surtout le fruit, une fois encore, d'une amplification médiatique totalement démesurée.

Oiseaux

Aux rapaces intégrés à l'environnement (cas des faucons parisiens) susceptibles de se trouver prisonniers d'un local public, et de ce fait apeurés, s'ajoutent les fréquentes fugues d'animaux dont la détention est interdite ou strictement réglementée (photo n°11) : becs et griffes peuvent être sources d'accidents pour un public « bon samaritain » (perroquets, toucans, émeus, autruches, etc.). (photo n°12)

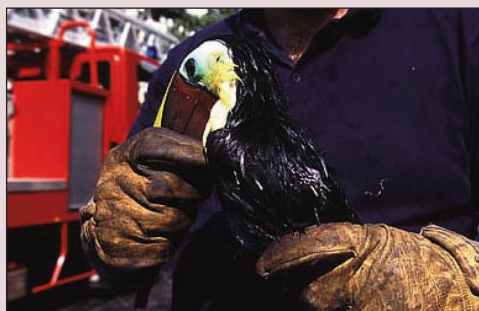


Photo n°12 - méthode de contention des oiseaux.

Danger ressenti

La notion de danger ressenti consiste, par simple peur ou frayeur panique, à prendre un risque inconsidéré dès lors que l'on se trouve visuellement confronté à une présence animale perçue comme hostile. Il en va ainsi des **réactions phobiques**, touchant le plus souvent reptiles ou arachnides, mais pouvant chez certains concerner le chien. De telles personnes perdent ainsi tout sens commun, et peuvent tout autant demeurer paralysés à la vue de l'animal, que tenter de le tuer (en obtenant pour résultat la réponse agressive de défense de ce dernier) ou s'enfuir sans réfléchir (quitte à sauter sur les voies du métro parce qu'un petit boïdé est roulé en boule dans un coin du quai !). Le problème est identique vis-à-vis des espèces de la faune sauvage métropolitaine : trop de citoyens gardent en eux les images d'Épinal du « méchant renard », de la « vilaine fouine », ou des chiens de type molossoïde, en relation



Photo n°10 - capture d'un primate en ville.



Photo n°11 - Buse des steppes de russie.



Photo n°13 - Un kangourou à Ivry sur seine.



Photo n°14 - détention illicite d'espèces protégées.



Photo n°15 - une découverte devenue courante.

avec les campagnes médiatiques qui précèdent et suivent la publication de la loi du 6 janvier 1999 sur les chiens dangereux.

Danger sanitaire

Mordu ou griffé par un animal, l'homme devient la cible d'un **risque zoonotique** parfois méconnu ou mal apprécié. La rage n'est plus à l'ordre du jour, hormis les cas importés récents, et sans doute à venir en milieu urbain, possiblement par l'importation frauduleuse d'animaux comme les chiens de prairie en provenance des Etats-Unis. Mais la gueule d'un chien reste un réservoir de *pasteurella* qui peuvent se révéler invalidantes, tout autant que d'un arsenal de streptocoques, staphylocoques, *moraxella* et autres *neisseria*, causes d'abcès souvent longs à traiter. La maladie des griffes du chat, ou lymphoréticulose bénigne d'inoculation, concerne chaque année environ 5000 personnes en France, 15% d'entre-elles présentant des complications graves. Il apparaît d'ailleurs que près de la moitié des chats seraient porteurs de *Bartonella*, elle-même transmise à l'animal via les fèces de puces. De nouveaux réservoirs pourraient concerner le renard et le chien. Le renard, par exemple, semble aujourd'hui représenter un risque réel en matière parasitologique (échinococose alvéolaire). Plus insidieux sont les risques infectieux, attachés aux autres espèces animales rencontrées : reptiles (salmonelloses), primates (hépatites, herpèsvirose, etc.), oiseaux (ornithose-psittacose, campylobactériose, etc.).

Le développement de la possession de **nouvelles espèces** ne doit pas faire oublier les risques de transmissions parasitaires qui pourraient en particulier concerner les personnels des services de secours en les manipulant sans précaution lors des actes de capture/transport : les singes sont fréquemment porteurs de *giardias*, oesophagostomes et trichures zoonotiques, les reptiles d'ophidascaris capables d'entraîner des *larva migrans* viscérales. De même, beaucoup de parasites externes sont véhiculés par différents rongeurs ou carnivores exotiques. Ces animaux sont vendus le plus souvent sans aucun conseil quant aux risques qu'ils représentent pour le propriétaire et son entourage, a fortiori s'il s'agit d'un circuit parallèle illégal.

L'animal en milieu urbain joue un rôle sociologique important mais constitue un facteur de **risque biologique** non négligeable, à la fois macro et microbiologique. Gérées en « aigü » par les équipes spécialisées des services de secours (sa-peurs pompiers) ou de sécurité publique (polices nationale et/ou municipale), les situations de dangerosité avérée nécessitent de développer des **mesures préventives** essentiellement informatives, mais sans doute aussi **répressives**.

Le trafic animalier, facteur aggravant du risque

Depuis quelques années on note une augmentation importante des données concernant le trafic d'animaux dits « de compagnie et d'agrément », en relation avec les évolutions comportementales de la société vis-à-vis de la détention d'animaux (photo n°13). Cette augmentation ne va pas sans risques pour les populations urbaines. C'est en effet en zones à forte densité de population que les conséquences sanitaires globales de ce phénomène sont les plus importantes. Avec pour objectif la protection d'environ 27 000 espèces animales en situation d'extinction potentielle, la **convention de Washington**, signée par la plupart des Etats en 1973, en a interdit la vente, sauf respect des conditions administratives strictes visant à freiner/stopper les prélèvements effectués sur le niveau naturel. Un trafic très enrichissant, ne concernant pas uniquement les espèces dites protégées, s'est alors mis en place. Il est estimé à l'échelle mondiale à plus de deux milliards d'euros (troisième rang mondial derrière la drogue et les armes, **second rang national derrière la drogue**). (photo n°14)

C'est ainsi que se sont développés l'importation frauduleuse, la détention simple ou aux fins de revente, voire l'élevage, de primates (flambée des singes « magots » des années 1999-2000), d'animaux venimeux (serpents, arachnides), ou de rongeurs aux dangers ignorés du public (chiens de prairie, campagnols roussâtres, etc.). (photo n°15)

Des textes existent au plan international (Convention de Washington, directive européenne 338/1996) ou national (arrêté Guyane, arrêté du 21 novembre 1997, loi du 6 janvier 1999) plaçant de fait ce problème sous le contrôle ou la tutelle de quatre mi-

nistères (environnement, agriculture, intérieur et finances) : complexité dont peuvent parfois profiter les fraudeurs. Néanmoins, le nombre de saisies réalisées par les services douaniers français est passé de 584 en 1997 à 5869 en 2004 (après avoir culminé à 6445 cas en 2003). Il s'agit majoritairement de reptiles et d'oiseaux exotiques. La France se positionne au septième rang des saisies animalières réalisées au sein de l'Union européenne, assez loin derrière l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Espagne et le Royaume-Uni. Dans le même temps, le commerce licite des reptiles dits « d'ornementation » a littéralement explosé dans une ville comme Paris, avec un chiffre d'affaires dépassant les cinq millions d'euros en boutiques, et voisin de trois millions d'euros en vente via Internet sur le territoire national ! Il est malheureusement facile de commander sur le Web à l'étranger des reptiles venimeux pour se les faire expédier en boîte cartonnée par voie postale !

Capture d'animaux dangereux : rôles des services de secours

Particularisme des interventions impliquant des animaux

Dans le cadre de leurs compétences réglementaires, les Services Départementaux d'Incendie et de Secours (Brigade de Sapeurs Pompiers de Paris pour la région parisienne) ont à connaître de l'animal au cours d'interventions diverses, au bénéfice de victimes humaines, voire animales, suite à agression ou menace lors d'accidents, sinistres ou catastrophes pour lesquelles la présence animalière entrave la bonne marche des secours d'urgence. Comme lors d'opérations de sauvetage animalier ou de protection des personnes, des biens dont les animaux (article 528 du code civil) et de l'environnement (protection de la nature, de la biodiversité et de la faune sauvage), ces interventions impliquant des animaux présentent plusieurs caractéristiques :

- **présence animalière active** nécessitant, pour mener à bien la mission, une adaptation comportementale pertinente de l'intervenant, lui-même toujours perçu comme un agresseur territorial, après analyse éthologique des sujets animaux en situation de stress et pouvant exprimer des réac-

tions de panique ou de défense (fuite ou intimidation, attaque ou reconduite),

- **nécessité de contenir l'animal** en limitant ses mouvements et son pouvoir de nuisance pour assurer la sécurité des intervenants et sa propre sécurisation dans certaines situations périlleuses évolutives,
- **mise en jeu d'un arsenal de textes officiels** spécifiques garantissant, en particulier, la santé publique et la protection de l'animal, être vivant sensible,
- **pression émotionnelle forte** et propension à déclencher des réactions passionnelles des témoins, voire des acteurs eux-mêmes, comme à susciter un intérêt patent pour une médiatisation toujours recherchée.

L'aspect sécuritaire de l'intervention animalière est donc spécifique, déclinant de plus les différentes facettes du risque biologique :

- **macrobiologique** avec les traumatismes physiques infligés, comme les contusions, griffures et blessures par griffade, plaies de morsure, atteintes orthopédiques, envenimations, voire réactions allergiques,
- **microbiologique** avec la possible transmission d'agents parasitaires ou de zoonoses infectieuses pouvant entraîner des affections invalidantes voire mortelles.

Compétence de la réponse sécuritaire

Les risques spécifiques des interventions animalières retiennent l'attention des autorités de commandement, justifiant pour partie du développement de structures vétérinaires chez les sapeurs pompiers, ceux-ci étant en charge du véritable professionnalisme des acteurs des services de secours par :

- une **formation** et une **préparation** adaptées des personnels, lesquelles sont renforcées dans le cas d'équipes plus spécialement dédiées (équipes animalières) (photo n°16) ;
- une **protection** optimale des personnels par des équipements de protection collectifs et individuels complémentaires spécifiques, et l'emploi de techniques et de matériels



Photo n°16 - les personnels doivent se familiariser avec les différentes espèces.



Photo n°17 - contention des rapaces.



Photo n°18 - technique de préhension d'un serpent.



Photo n°19 - téléanesthésie au fusil hypodermique.

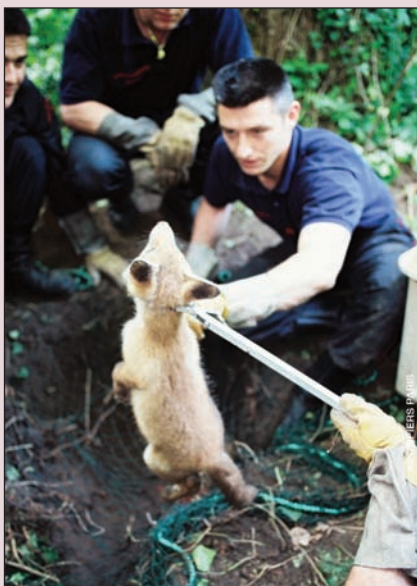


Photo n°20 - priorité à la sécurité des personnels.

permettant d'assurer une capture et une contention manuelle ou instrumentale, plus ou moins rapprochée, inoffensive (photo n°17) (photo n°18),

- une **sécurisation** des interventions avec des animaux dangereux par le recours ultime, dans la réponse graduée aux situations les plus difficiles, à l'application d'une camisole chimique » par injection directe ou projetée (« télé-anesthésie ») de médicaments à visée narcotique permettant de supprimer la source du danger sans exposition du personnel.

La **contention médicamenteuse à distance** des animaux bénéficie d'une technique ancestrale modernisée grâce au remplacement des points de flèches curarisées par divers systèmes réservoirs propulsables à injection automatique après effraction cutanée (photo n°19). Cette technique d'anesthésie des animaux mettant en jeu un véritable « lasso chimique » implique le respect de plusieurs textes législatifs et réglementaires concernant en particulier :

- l'usage de projecteurs hypodermiques (sarbacanes, pistolets ou fusils) classifiés arme de 6^{ème} catégorie (décret n°95-589 du 6 mai 1995),
- la détention et l'usage de médicaments vétérinaire contenant des substances vénéneuses, classifiées en listes I et II, et stupéfiants, pouvant présenter un danger pour la santé (articles L 5132-1, L.5132-2, L.5132-6, L.5143-2, L.5143-4 et L et L.5144-1. du code de santé publique),
- la pratique d'une effraction cutanée par pénétration d'une aiguille hypodermique qualifiée comme acte de l'exercice professionnel vétérinaire réservé (articles L243-1, L.243-2, L.243-3 du code rural).

Il en ressort que la télé-anesthésie ne peut relever que de la pratique vétérinaire.

Méthodologie opérationnelle : cas de la BSPP

La méthodologie opérationnelle fait appel aux éléments suivants :

- **action de pré-engagement** : les spécialités interviennent le plus souvent en seconde intention, après appel en renfort d'un engin déjà sur

site ; les personnels de ce dernier mettent en place un périmètre de sécurité ; tandis qu'à leur arrivée éleveurs animaliers et vétérinaires procèdent aux prises d'informations et reconnaissances nécessaires.

- **capture « manuelle »** : elle s'effectue après mesure du risque, lorsque l'animal est de taille raisonnable, calme, ou contenu dans un espace restreint ; elle comporte deux temps

- préhension de l'animal directement ou à l'aide d'un matériel dédié (costume de protection, lasso, gants, pinces, crochet, filet, etc.) (photo n°20)

- contention directe (muselière) ou indirecte (mise en cage ou en contenant, certaines contentions périlleuses pouvant nécessiter une anesthésie)

- **capture par télé-anesthésie** : après élargissement du périmètre de sécurité, elle s'effectue classiquement en trois temps :

- diagnose d'espèce, estimation du poids, choix du cocktail anesthésique et des posologies,

- injection à distance (plusieurs tentatives sont souvent nécessaires), (photo n°21)



Photo n°21 - téléanesthésie d'un sanglier.

- attente de l'endormissement puis contention et mise en sécurité sous surveillance.

- **transport des animaux capturés** : le « VEC » (« Véhicule Equipe Cynotechnique » de la BSPP) (photo n°22) permet le transport d'animaux de taille raisonnable grâce à différents dispositifs :

- cellule de transport d'animaux inconnus parfaitement étanche, afin



Photo n°22 - véhicule d'intervention de l'équipe cynophile.

de limiter au maximum tout risque de contamination biologique,

- cages gigognes, caisses, vivariums de contention (photo n°23),
- brancard et plan de travail pour animaux blessés.

- **soins aux animaux accidentés** : les animaux blessés se trouvant sur la voie publique (de fait dangereux pour les passants) sont également pris en compte, des matériels et produits de première urgence permettant au vétérinaire d'assurer les soins conservatoires avant transport (photo n°24).

Devenir des animaux capturés

Le devenir des animaux capturés, particulièrement dans le cas de la faune sauvage métropolitaine ou exotique est, dans l'état actuel des choses, soumis au fonctionnement d'un « **système D** » officieux d'accueil ou d'hébergement, en l'absence de structures adéquates et de toute disposition législative spécifique.

A partir de l'analyse de la situation telle qu'elle prévalait à la fin des années 1990, et sachant que celle-ci n'a fait depuis qu'évoluer dans le « mauvais sens » quantitativement et qualitativement, un rapport avait été publié en janvier 1998 par le Conseil Régional d'Ile de France, dont les conclusions étaient de solliciter :

- la mise en place d'un **Centre d'Identification et de Soins** destiné à accueillir les animaux sauvages, blessés ou non, ainsi que les animaux de rente capturés par les sapeurs pompiers et la police. Cette structure permettrait la récupération, l'évaluation du risque physique et sanitaire, ainsi que le placement des animaux dans des établissements adaptés liés par un système de convention ;
- la construction d'une **fourrière « haute sécurité »**, réservée aux chiens mordus ou saisis par la justice, jouant le

rôle de séquestre judiciaire. Cette structure permettrait un meilleur contrôle et une meilleure sécurité, tant pour les chiens que pour les personnels chargés de leur entretien ;

- une meilleure organisation des **systèmes d'accueil d'animaux**, lesquels reposent sur des structures associatives subventionnées souvent mal réparties en tissu urbain ;
- le développement d'**actions d'information et de sensibilisation** du public aux notions de risques, ou de non risques, animaliers, ainsi que la nécessaire moralisation des circuits de ventes animalières ;
- la mise en place par les communes de **structures propres ou en régie de capture des animaux errants non dangereux**, ainsi que l'existence d'un **local de préfourrière** associé à un système de recherche de propriétaires de manière à réduire, autant que faire se peut, le déploiement ultérieur de ces animaux.

Actuellement, il incombe toujours aux services de secours de mettre en place les solutions les plus adaptées concernant le devenir des animaux capturés...

Conclusion

L'intégration des animaux en milieu urbain n'est pas sans poser de nombreux problèmes, même si leur utilité sociologique est indiscutable. Les vingt dernières années ont vu se modifier le paysage animalier des villes, des risques nouveaux apparaissant au rythme des passions et lubies d'un public souvent mal averti, encouragées par des trafics de plus en plus profitables.

La réaction des services de secours, à travers l'action des vétérinaires et des équipes animalières, permet aujourd'hui de garantir une bonne gestion des risques avérés. Il incombe toutefois aux pouvoirs publics de mettre sur pied une réelle politique de prévention, qui passe par la formation et l'information du public, et par la systématique et obligatoire identification de tous les animaux détenus en domicile ou professionnellement. De même il convient de prendre en charge les animaux capturés réputés dangereux ou perçus comme tels, via la mise en place de structures adaptées. (photo n°25)



Photo n°23 - un matériel de transport adapté aux prises.



Photo n°24 - maîtrise d'un sanglier en milieu urbain.



Photo n°25 - bébé tigre à Paris.

TRAUMATISMES MAXILLO-FACIAUX : PARTICULARITES DES CONFLITS MODERNES - Pertes de substance et réhabilitation prothétique -

P. ZIMMERMANN*, V. VETTER**, O. GIRAUD***, F. DENHEZ**, C. LESSEURE****

FÉDÉRATION NATIONALE DES CHIRURGIENS DENTISTES DE RÉSERVE

FNCDR : 54, Cours de Vincennes 75012 PARIS

Présidents d'Honneur :

CDC Charles SEBBAN,
CDC Jean-Michel PAUCHARD
(Rédacteur en Chef d'Actu-GORSSA),
CDCS Jean-Paul MATHIEU
(Correspondant de Rédaction d'Actu-GORSSA).

BUREAU NATIONAL :

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

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

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

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

DÉLÉGUÉS RÉGIONAUX :

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

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

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

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

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

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

Porte-Drapeau : CDC Henry FRAJDER

En dépit du perfectionnement permanent des effets de protection du combattant, les conflits modernes, notamment irakien (2003-2011) et afghan sont toujours pourvoyeurs de traumatismes maxillo-faciaux importants impliquant des fractures, des pertes de substance des bases osseuses et, fréquemment, des lésions dentaires traumatiques.

Les statistiques, d'origine britannique et américaine, relevées dans ce contexte font d'ailleurs état d'une augmentation relative du nombre de lésions intéressant l'extrémité céphalique par rapport aux conflits précédents, en raison notamment d'une meilleure protection des autres parties du corps.

Les patients français rapatriés d'Afghanistan que nous avons suivi au sein du cabinet dentaire de l'HIA Percy ont, pour la plupart, été victimes d'engins explosifs improvisés (Improvised Explosive Devices IED) disposés en bord de route et déclenchés à distance lors du passage de convois de véhicules. L'effet de souffle, ou « blast », résultant de l'explosion est à l'origine, selon ses différentes modalités d'expression, de plusieurs types de lésions :

- Le Blast primaire est un barotraumatisme; les effets sur la sphère maxillo-faciale résultent de l'interaction avec l'onde de choc: brûlures, dilacérations des tissus mous, fractures dentaires en regard de la jonction amélo-cémentaire, fractures symphysaires ou du corps mandibulaire.
- Le Blast Secondaire est lié à la projection des éclats métalliques de l'enveloppe de l'engin explosif, de fragments anti personnels contenus dans l'engin ou d'éléments de l'environnement. Les conséquences sont des atteintes des tissus mous et des fractures comminutives.
- Le Blast tertiaire est lié à la projection de la victime ou au choc physique lors de la projection du véhicule.

En dehors des cas où l'atteinte maxillo-faciale est associée à un risque vital (asphyxie, hémorragie), les fractures des maxillaires seront traitées dans une structure de rôle 4, soit l'un des hôpitaux d'instruction des armées, après rapatriement. Le chirurgien maxillo-facial peut, à ce stade, être confronté à des difficultés de réduction de ces fractures lorsque, notamment, une perturbation des repères dentaires complique le blocage bimaxillaire selon une occlusion stable. La formation d'un cal vicieux peut alors compromettre de façon rédhibitoire les possibilités de réhabilitation prothétique dont le chirurgien-dentiste aura la charge.

Lors de cette phase prothétique, les pertes de substance verticales ou la modification des rapports intermaxillaires (frontaux, sagittaux) imposent au clinicien de faire preuve d'une certaine imagination dans l'élaboration de son plan de traitement. Le souci du confort du patient incitera, dans la quasi-totalité des cas, à privilégier une solution fixe implantoprotée.

La pertinence d'une réhabilitation chirurgicale des bases osseuse dégradées (distraction alvéolaire, greffes en apposition, reprise de la réduction des fractures), avant mise en place des implants, doit être discutée en raison des risques fréquents de complications (jusqu'à 55%, selon certains auteurs, pour les techniques de distraction) chez des patients ayant préalablement subi de nombreuses interventions chirurgicales. Par pragmatisme, nous avons jusque là considéré que, dans la mesure où l'esthétique et la fonction pouvaient être convenablement réhabilitées sans phase chirurgicale autre que la phase implantaire, nous nous adapterions aux difficultés imposées. Nos patients ont adhéré à ce point de vue.

*CDP, **CDC, ***MC, ****Technicien de laboratoire dentaire - HIA Percy

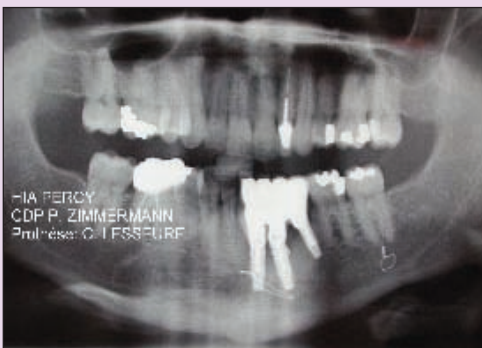


L'exposé du 4 Avril dernier nous a permis de présenter le cas de deux patients illustrant ces principes :

- Le premier, âgé de 30 ans au moment de l'accident, présente une perte de substance horizontale étendue de 41 à 35, avec une occlusion préservée.



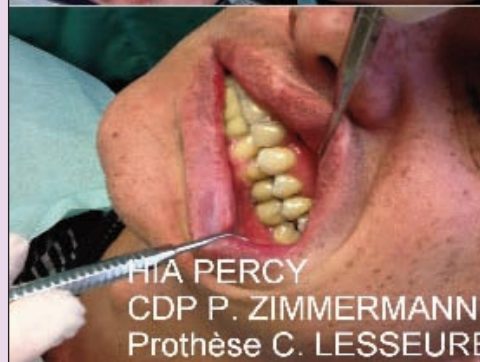
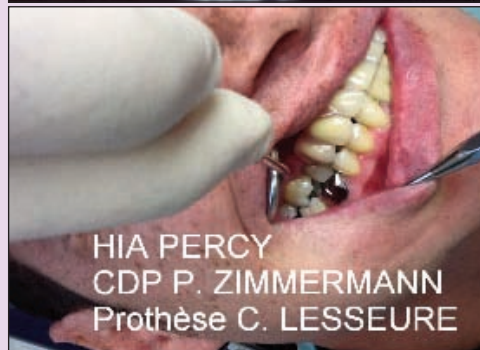
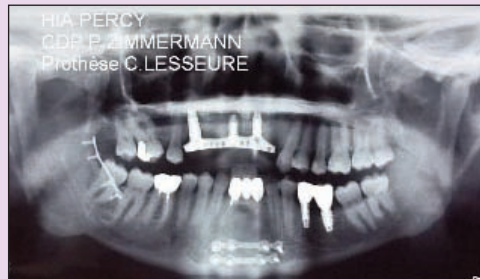
La reconstitution implantoportée scellée comporte une fausse gencive esthétique réhabilitant la perte de substance alvéolaire.



- Le second patient, âgé de 31 ans présente un édentement maxillaire étendu de 14 à 22, un édentement mandibulaire intéressant 31, 35, 36, 41 et une occlusion altérée en raison d'une consolidation vicieuse des bases squelettiques. Les nouveaux rapports intermaxillaires compromettent la réhabilitation des fonctions canines et incisives



Le traitement impose la mise en place d'une prothèse maxillaire « amovo-inamovible » transvissée sur barre usinée, palliant le déficit alvéolaire antéro-postérieur.



Si la mise en condition des personnels avant départ en opération demeure la mission « régaliennne » du chirurgien dentiste des armées, la réhabilitation des victimes en période de conflit apparaît tout aussi nécessaire. Elle impose d'avoir recours à des modes de reconstruction peu conventionnels que le praticien militaire se doit de savoir mettre en œuvre dans l'intérêt du blessé de guerre.





Journée de l'Association des Chirurgiens Dentistes de Réserve en Zone de Défense Nord-Est sur la BA 113.

C. BOUGOURD*, P. BLANCHET*

Le jeudi 19 avril 2012, l'Association des Chirurgiens-Dentistes de Réserve en zone de défense Est a organisé une journée de formation médico-militaire sur la base aérienne 113 « commandant Antoine de Saint Exupery » à Saint Dizier.

Une trentaine de personnel du SSA de réserve (Chirurgiens-dentistes, médecins, pharmaciens infirmier et cadre de santé) étaient présents, accueillis par le MC GROS, chef du CMA de Saint Dizier.

Le CDC ® Jean-Pierre FOGEL, président de la fédération Nationale des chirurgiens-dentistes nous a fait l'honneur de sa présence.

Le Lieutenant-colonel DE FRANCE, commandant en second de la Base de défense a excusé le Commandant retenu par des obligations.

Il nous a présenté la base aérienne son historique, et ses missions actuelles.

La BA 113 est « la base » des rafales, fleuron de l'aviation militaire française.

Elle est forte de 1900 personnels militaires.

Malgré le retrait des Jaguar et des mirage F1, la BA voit ses effectifs en constante progression grâce à l'important technicité que nécessite les Rafale et par la mission de transformation partagée avec la composante aéroportée de la Marine.

L'incroyable polyvalence du Rafale fait que les missions qui lui sont confiées sont très diversifiées et complexes :

- Reconnaissance et anticipation (exemple récent en Lybie)
- Dissuasion nucléaire (1ere mission de la BA)
- Prévention (ex Emirats Arabes Unis)

- Protection (surveillance aérienne et protection des événements)
- Intervention (Afghanistan, Lybie)

La base est constituée de différents escadrons :

- Escadron de chasse 1/7 Provence
- Escadron de transformation sur rafale 2/92 Aquitaine
- Escadron de chasse et d'attaque nucléaire 1/91 Gascogne
- Escadron de soutien technique aéronautique 15/007 Haute Marne (la plus grosse unité de la BA avec 400 personnels militaire)
- Escadron de défense sol/air 05/950 Barrois
- Groupe régional d'intervention NEDEX (=GRIN)(dépollution des sites dans le quart Nord Est de la France, déminage des convois, sécurisation) Cet escadrons n'est pas sous les ordres du commandant de la BA.

En tout, la Base de Défense de Saint Dizier-Chaumont soutient un effectif de 3500 personnels militaires avec une forte vocation opérationnelle et une forte identité inter-armée Elle mélange 3 cultures militaires différentes (Terre/ AIR/Marine).

La base est un acteur de poids important dans le paysage socio économique de la région. Elle reste le principal employeur de la région.

La base est selon les autorités « une communauté d'hommes et de femmes solidaires fiers de leurs passé et confiant dans leur avenir, partageant des valeurs communes au service de la sécurité et de la défense de la France et de leur concitoyens »

En milieu de matinée, deux chirurgiens-dentistes membres de l'ACDR-NE nous ont présenté leur communication :

*CD ® - GORSSA

IMPLANTS ET BISPHOSPHONATES par le CD[®] Pierre GALL

Notre confère nous rappelle les différentes formes, générations et mode d'administration de ces produits ainsi que leur incidence sur les risques d'apparitions d'ostéo-chimio nécrose des maxillaires.

Peu d'études permettent de conclure de façon formelle à un taux d'échec implantaire en rapport avec l'absorption de telles molécules.

Le médecin prescripteur devrait systématiquement demander une consultation dentaire afin de réaliser les soins nécessaires avant la mise en place du traitement par bisphosphonate.

SOPHROLOGIE EN ODONTOLOGIE ENQUÊTE D'OPINION, INTERET ET POSSIBILITE D'APPLICATION

Par le CD[®] Bastien KLIPFEL

La sophrologie est la science de la conscience et des valeurs de l'être, inspiré de plusieurs branches (bouddhisme, zen, hypnose).

Elle se situe au niveau sophroluminal (entre veille et sommeil)

3 problématiques :

- Stress
- Douleurs
- Relation patient/praticien

Lors de cette enquête d'opinion menée à la faculté de chirurgie dentaire, sur 147 praticiens sondés, 87% définissent le stress du patient comme un frein au déroulement des soins. 43,5% des praticiens sont pour consacrer 5 à 10 minutes de relaxation pendant une journée de travail.

Face à l'importance du burn out dans notre profession de chirurgien-dentiste, les confrères portent un grand intérêt à la méthodologie de la sophrologie mais gros écart persiste entre la prise de conscience du besoin et le passage à l'acte et la mise en pratique.

PRÉSENTATION DU RAFALE

Nous avons été ensuite invités à assister à une présentation statique du Rafale dans

un des hangars de l'escadron de soutien technique aéronautique Hte Marne par le Major Sylvain RAISER

Le Dassault Rafale est un avion militaire omnirôle développé et produit par l'avionneur français Dassault Aviation. Appartenant à la génération dite « 4++ » des avions de chasse, il est le résultat d'un programme, lancé au milieu des années 1980, d'uniformisation des forces armées françaises qui vise à remplacer, à l'horizon 2025-2030, les sept types d'aéronefs en service jusqu'alors dans l'Armée de l'air et la Marine nationale. Le Rafale doit ainsi remplir toutes les missions anciennement dévolues à ces appareils, dont la possibilité d'effectuer une frappe nucléaire.

Le Rafale est un avion à aile delta avec un empennage canard rapproché, propulsé par deux turboréacteurs à postcombustion Snecma M88. Il est décliné en trois versions : le Rafale M, avion monoplace Marine, pour les opérations menées à partir d'un porte-avions, et le Rafale C et Rafale B, avions respectivement monoplace et biplace, pour les opérations réalisées à partir d'une base terrestre.

Le Rafale est capable d'atteindre une vitesse maximale de 2 203 km/h (Mach 1,8), et sa capacité d'emport maximale est de 9 500 kg. Sa particularité est de pouvoir effectuer simultanément plusieurs missions aux profils très variés, d'où le terme d'avion « omnirôle ».

Il a été mis en service le 18 mai 2001 et au 31 décembre 2011, 105 exemplaires de Rafale équipent les forces armées françaises sur les 286 commandés par le gouvernement français. Proposé à l'exportation vers plusieurs pays (Émirats arabes unis, Brésil, Inde, etc.), le Rafale n'a pour l'heure pas reçu de commande ferme. Cependant Dassault aviation est entrée en négociation exclusive en février 2012 pour 126 avions destinés à l'armée indienne pour un montant de 12 Milliards \$ qui en ferait le plus gros contrat export d'armement jamais remporté par la France.

VISITE DE L'ESCADRON DE TRANSFORMATION SUR RAFALE 02/092 AQUITAINE

Avec le commandant NICOLAS nous avons visité cet escadron ayant en charge la formation opérationnelle des pilotes et des navigateurs venant de différents horizons (jeunes issus de Tours sur Alpha jet ou plus anciens aguerris sur Mirage 2000 ou F1)

Les moyens sont mis en communs avec la marine.

L'équivalent de 500 ordinateurs permet de faire fonctionner les 6 salles de simulations très réalistes et interactives. Tous les types de missions peuvent ainsi être simulées et analysées depuis les pupitres de contrôles. Les pilotes y passent de nombreuses heures avec des avantages énormes en termes d'économie et de formation. Mais les pilotes reconnaissent tous que rien ne remplace un véritable vol avec son stress et ses sensations physiques.

Nous prenons ensuite un très agréable repas en présence du Colonel chef de Corps de la BA 113

Puis nous assistons à la

DESCRIPTION D'UN MOTEUR M88 sur RAFALE

Avec l'ADC J.P PICARD dans un des ateliers mécanique avion.

Nous visitons les 3 parties des ateliers : démontage / remontage (1h30 suffisent pour chaque manœuvre sur un réacteur contre 3h pour un Mirage)

Remise en état des pièces déposées

Dépannage « en ligne »

Le fonctionnement du moteur nous est expliqué : 2 systèmes de compression, une turbine, une chambre de combustion et une de post combustion. La gestion de la poussée est régulée par des calculateurs totalement autonomes, doublés voir triplés pour plus de sécurité. Les calculateurs peuvent enregistrer les pannes pendant le vol puis à l'arrivée au sol les données sont extraites et analysées. La fatigue du moteur est fonction de l'utilisation de l'avion (reconnaissance, chasse/combat et lieu géographique sable des zones désertiques)

VISITE DE LA TOUR DE CONTROLE

Nous avons pu assister de puis la tour au contrôle des avions au sol puis en l'air au décollage ou à l'atterrissage sur des fréquences et par des personnels différents. Nous avons vu ainsi s'élancer devant nous un Alpha jet, un Rafale et un TBM.

VISITE DU CMA DE LA BA

Nous avons enfin terminé la visite de la base en passant par le centre médical de la base. Nous avons été accueillis par le Médecin Kevin COQUENPOT. Il nous a présenté le service médical et tout particulièrement la chaîne de décontamination NRBC, en rapport avec la mission spécifique nucléaire de la BA113.

FINEX à 17H30.

Nous avons appris, trop tardivement, par voie de presse, le décès survenu le 8 septembre 2012, à Fréjus où son état de santé l'avait contraint d'y séjourner, de notre excellent camarade, confrère et ami le **Docteur Jean-Paul ÉGASSE**, dans sa 84^{ème} année ; ses obsèques ont eu lieu à Rambouillet le 12 septembre. Chirurgien-dentiste DFMP, il avait exercé durant des décennies au Perray-en-Yvelines où il fut un praticien très apprécié et un citoyen investi dans la vie de sa cité. C'était un homme charmant, très souriant et toujours attentif et bienveillant. Son engagement militaire mérite d'être souligné. Il était chirurgien dentiste en chef de réserve et durant des décennies il fut non seulement un réserviste très actif et dynamique mais encore fidèle et très engagé dans la vie associative où il se vit confier diverses responsabilités. Il nous faut mentionner et évoquer les longs mois pendant lesquels il prit part à la guerre d'Algérie et la conduite courageuse et exemplaire qu'il eut durant ce temps sous les drapeaux, se distinguant à diverses reprises et dont il ne faisait pas état tant il était modeste et discret. Nous devons saluer tout cela et lui rendre l'hommage qu'il mérite. Il était depuis bien longtemps Commandeur de l'Ordre National du Mérite à titre militaire. À son épouse et ses enfants nous disons notre tristesse et notre sympathie, les assurant que son souvenir demeurera...

Jean-Michel PAUCHARD - CDC®
Président d'honneur de la FNCDR

**Journée nationale d'instruction de la F.N.C.D.R. dans le cadre du congrès
de l'Association Dentaire Française
Paris palais des Congrès - Porte Maillot - Salle 351 (Niveau 3 - Zone N)
Samedi 1^{er} décembre 2012**

Sous le haut patronage du MGA. NEDELLEC Directeur Central du Service de Santé des Armées

PROGRAMME

- | | |
|--|---|
| <p>8h45 - Accueil - Ouverture par le Président National, CDC ®
<i>Jean-Pierre FOGEL</i></p> <p>9h00 - « Prise en charge d'une fracture de croc chez le chien »
<i>VC Thierry LAMOUR Responsable de l'antenne vétérinaire de Châlons-en-Champagne (sites de Suippes et Châlons)</i></p> <p>9h30 - La reconstitution prothétique des crocs fracturés des chiens militaires
<i>CDC Bruno PENIGUEL Service d'Odontologie HIA Bégin (Saint Mandé)</i></p> <p>10h00 - « Cellulite sous mandibulaire d'origine dentaire associée à une défaillance multi-viscérale.
Etapes chirurgicales et médicales. A propos d'un cas. »
<i>IHA L. GENNESTIER¹, MC M. LAHUTTE², MC B. AUPY¹, CD(R) F. FOUQUET³, CDC JJ. BRAU³, MC Ph. CLEMENT¹</i>
<i>(1) Service ORL et Chirurgie Cervico Faciale - HIA Val de Grâce. (2) Service de Radiologie et de Radiodiagnostic - HIA Val de Grâce. (3) Service d'Odontologie - HIA Val de Grâce.</i></p> <p>10h30 - Pause café - Visite de l'exposition</p> | <p>11h00 - « Rôle du chirurgien dentiste de la FAN »
<i>CDC Sébastien DEJEAN de la BATIE</i></p> <p>11h30 - «Prise en charge bucco-dentaire du personnel navigant »
<i>CD M. GUNEPIN - CMA de Draguignan - CD F. DERACHE - HIA Sainte Anne (Toulon) Y. ZADIK (Israël), L. DYCHTER (Etats-Unis).</i></p> <p>12h00 - Informations sur l'évolution des réserves par le Délégué aux Réserves du Service de Santé des Armées,
<i>MC(TA) Serge CUEFF</i></p> <p>12h30 - Intervention du MGI Frédéric FLOCARD Sous-Directeur des Ressources Humaines DCSSA</p> <p>13h00 - Déjeuner en commun sur place salle 352a</p> |
|--|---|

Avec la participation de :



**Cette activité sera prise en compte comme une journée d'instruction convoquée par votre D.R.S.S.A., organisme d'administration.
Demande à effectuer avant le 10/11/2012**

**Volet détachable à retourner au Trésorier : Dr François MONTAGNE - 1 Rue Dupuytren 75006 Paris
Inscription et réservation obligatoires avant le 23 novembre 2012
Journée ADF du samedi 1^{er} décembre 2012**

Nom :

Prénom :

Grade : Région d'appartenance :

E-Mail : Tel Portable :

Pour les membres des Associations à jour de leurs cotisations et les Chirurgiens-Dentistes d'Active conférences seules : GRATUIT

Pour Tous, facultatif, je m'inscris au déjeuner et, je règle le repas soit : 40 €

Je règle donc ma participation, soit au TOTAL : €

Chèque à établir à l'ordre de la FNCDR et à adresser au trésorier avec ce coupon

UNMR

FNPR

UNVR



ANORCTASSA

Présidents d'Honneur : Cl @ P.-J. LINON, Cl
@ J.-P. CAPEL, Cl @ Y. HAREL

Président : Lcl @ Alain MICHEL

Vice-Présidents : Col @ Pierre VOISIN, Lcl @
Pascal HUGEDE, Lcl @ Christian SALICETTI

Secrétaire général : Lcl @ Denis BLONDE

Secrétaire général Adjoint : Lcl @ Jean-Jacques
BONIZ

Trésorier Général : Cne @ Benoît FRASLIN

Trésorier Général Adjoint : Cdt @ Emmanuel
LE BLOND DU PLOUY, chargé de mission pour
l'organisation des FMIR

Cérémonie de remise des prix à la promotion sortante des officiers d'active du CTA Santé 2012

Sous la présidence du MGA NEDELLEC, Directeur central du service de santé des armées, l'Ecole du Val de Grâce organisait, comme chaque année, une séance académique au cours de laquelle des élèves de la promotion sortante, praticiens et OCTASSA, recevaient les prix qui leur avaient été attribués.

La promotion des OCTASSA comprenait 9 officiers, 6 du recrutement direct, 2 du recrutement semi-direct et un recruté sur titres.

Le MGI VERGOS, directeur de l'Ecole, précisait que ces élèves OCTASSA seraient transférés « dès 2014 dans le Service du commissariat des Armées ». Il s'agissait donc de l'avant dernière promotion.

Le Sous-Lieutenant Caroline MARRE (Master de l'Institut Européen d'Etudes de Gestion) sort Major. Elle est affectée à l'HIA Clermont-Tonnerre de BREST.

Le Sous-Lieutenant Vincent MARLY est second. Il a reçu le premier des deux prix remis au nom de l'ANORCTASSA par le Président d'Honneur, le Colonel ® Jean-Pierre CAPEL.

Cet officier possède la particularité 'être titulaire d'un DEUG de musicologie. C'est un ancien clarinettiste de la Musique Principale des Troupes de Marine. Il est affecté à l'HIA BEGIN de Saint-Mandé.

Le Sous-Lieutenant Aurélie SAINTOIN est troisième. Ancien sous-officier de l'Armée de Terre, titulaire d'une licence de lettres modernes, elle reçoit le second prix attribué par l'ANORCTASSA. Elle est affectée à l'ESA de LYON.

Une prise d'armes en l'honneur de la promotion sortante (127 internes, 2 pharmaciens, 9 OCTASSA) clôturait cette matinée du 22 juin 2012.



DERNIÈRE MINUTE- Publication du décret du 5 septembre 2012 relatif au corps des commissaires des armées

J.-P. CAPEL*

Le JO du 7 septembre (texte 14) a publié le contenu du décret du 5 septembre 2012 portant statut particulier du corps des commissaires des armées.

Applicable au 1^{er} janvier 2013, il définit les règles relatives notamment au recrutement, à la formation, à l'avancement des officiers appartenant au corps militaire des commissaires des armées, corps unique se substituant, à cette date, aux anciens corps des commissaires de l'armée de terre, de l'armée de l'air et de la marine nationale.

Comme annoncé, les articles 43 et 44 du décret prévoient que les officiers des corps techniques et administratif (dont celui du service de

santé des armées) seront admis du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2015 dans le corps des commissaires des armées, compte tenu de leur expérience et de leur mérite, sur demande agréée par le ministre de la défense, après avis d'une commission. Sa composition et les modalités d'admission seront précisées par arrêté.

Au 1^{er} janvier 2016, les officiers des corps techniques et administratifs de l'armement et du service de santé des armées (et eux seulement) qui n'auront pas usé de cette procédure seront affectés d'office dans le corps des commissaires des armées.

Le corps des OCTASSA disparaîtra donc à cette échéance.

*Col ® GORSSA

UNMR

FNPR

UNVR



120^{ème} ANNIVERSAIRE DE L'ANORCTASSA

ASSOCIATION NATIONALE des OFFICIERS de RÉSERVE
du CORPS TECHNIQUE et ADMINISTRATIF
du SERVICE de SANTÉ des ARMÉES

Sous la présidence
du médecin général des armées Gérard NEDELLEC, directeur central du service de santé des armées
Le lieutenant-colonel @ Alain MICHEL, président de l'ANORCTASSA,
Les colonels Pierre-Jean LINON @, Jean-Pierre CAPEL @, Yves HAREL (h), présidents d'honneur et
les membres du comité directeur
sont heureux de vous convier aux Cérémonies du 120^{ème} Anniversaire
de l'Association Nationale des Officiers de Réserve
du Corps Technique et Administratif du Service de Santé des Armées

Le samedi 27 Octobre 2012 à 10 heures
à l'École du Val-de-Grâce
1 Place Alphonse Laveran
75230 PARIS 5^{ème}

PROGRAMME DU SAMEDI 27 OCTOBRE 2012

10h00 > **Dépôt de gerbe***Cour d'Honneur de l'École du Val-de-Grâce*

10h30 > **Séance Solennelle** Amphithéâtre Rouvillois

Accueil par le lieutenant-colonel @ Alain MICHEL, président de l'ANORCTASSA

Conférences :

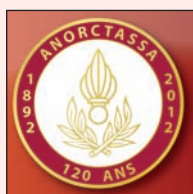
- **Les OCTA de réserve Hier** : Colonel @ du CTASSA, Pierre-Jean LINON
- **Les OCTA de réserve Aujourd'hui** : Médecin en Chef (TA) Serge CUEFF, Délégué aux réserves du SSA
- **Les OCTA de réserve Demain** : Commissaire en Chef de 1^{ère} classe, Cyriaque GARAPIN, Chef du bureau de gestion des corps de la DCSCA

12h30 > **Intervention du médecin général des armées Gérard NEDELLEC** directeur central du service de santé des armées

13h00 > **Remise des médailles du 120^{ème} Anniversaire**

BuffetSalle Capitulaire

**Bulletin d'inscription à la journée placée sous ESR
du 27 octobre 2012
120^{ème} Anniversaire de l'ANORCTASSA**

Grade :**Nom :****Prénom :****Adresse :****Adresse email :****Je participerai à la journée** **OUI/NON****Je participerai au buffet dans la salle capitulaire** **OUI/NON****Coût du déjeuner (1) :** **28 €****Je souhaite acheter la médaille commémorative** **OUI/NON****Ci contre spécimen de la médaille****Coût de la médaille :** **30 €****Nombre d'exemplaire(s) :** **1/2/3...** **...****Coût total de la commande de médailles (2)** **...****Coût total de la participation de la journée (1 + 2) :** **...****Règlement par chèque bancaire à l'ordre de l'ANORCTASSA à envoyer à :**

Lcl® Denis Blondé -Secrétaire Général de l'ANORCTASSA-

2 Quai du Canal

77250 Moret sur Loing

Réponse attendue dès réception du bulletin

Infirmier(e) réserviste militaire : profil et missions

B.-M Le Pladec*, C. Lambert**, B. Moncomble***, É de Moulins de Rochefort****, F. Noret*****
(coordinateur : B.-M Le Pladec*)

Pour répondre pleinement à ses besoins opérationnels d'aujourd'hui, le Service de Santé des Armées (SSA) intègre des réservistes à ses unités d'active. Plusieurs affectations sont possibles selon le professionnel de santé, ses spécialités et sa situation géographique : hôpitaux d'Instruction des Armées, centres médicaux des armées (CMA) et la possibilité de participer à des opérations extérieures.



(crédit : Frédéric Noret)

Soins à un militaire étranger lors d'une OPEX à Djibouti

acquise en métropole et la réalisation de formations complémentaires, des missions en Opération Extérieure (OPEX) sont possibles.

L'infirmier réserviste en Centre Médical des Armées (CMA)

Depuis la création des bases de défense, les réservistes du Service de Santé des Armées ne sont plus affectés en régiment ou base aérienne, mais en CMA pour le soutien des forces.

Cela implique des activités sur un plus grand territoire.

Les 5 domaines d'activité de l'infirmier réserviste en CMA :

- **L'Antenne Médicale des Armées** : visites médicales d'aptitudes (Biométrie, ECG, vaccinations, prises de sang) des incorporations des nouveaux militaires, du personnel d'active et de réserve. Les soins courants (pansements, strapping), la participation à la prise en charge des urgences médicales (gastro-entérite, lumbago...) et traumatologiques (entorses, traumatismes sonores lors de tirs...) pendant le service, avec les soins qui en découlent ;

- **Le soutien des activités militaires ponctuelles** : sportives (marches, courses, cross régimentaires), logistiques (embarquement de véhicules sur voie ferrée, manipulations d'engins dangereux), d'instruction à risque (navigation, rappel ...) ou de tir (explosifs, parcours de tir...). La caractéristique principale de ce type de soutien est l'attente avec les moyens de secours et l'intervention immédiate en cas de problème avec l'aide de brancardiers-secouristes ;

AMITRHA

Adresse courriel : amitrha.gorssa@gmail.com

BUREAU :

Présidente : ICN® Élisabeth de MOULINS de ROCHEFORT

Vice-Président : MERCN Marc TRANCHET

Trésorier : MERCN Frédéric NORET

Secrétaire : IACN® Boris MARTIN LEPLADEC

Chargé de relations avec le GORSSA : ICAS® Gérard CHASSELAT

Correspondant de rédaction d'Actu-GORSSA : ICAS® Erick LEGALLAIS

Création de la nouvelle réserve militaire française

Après que l'Assemblée Nationale eut déclaré la « patrie en danger », de nombreux volontaires sont venus combattre avec l'armée révolutionnaire pour arrêter les Prussiens à Valmy le 20 septembre 1792. En 1933, dans son ouvrage « vers l'armée de métier » le général De Gaulle a évoqué une armée professionnelle adossée à des réservistes. Et c'est seulement en 1999 avec la suspension du Service National obligatoire (en 1997) et la création de l'armée professionnelle que la nouvelle réserve militaire, dénommée « réserve opérationnelle » est née.

Cette dernière intègre au sein du Service de Santé des Armées (SSA) les paramédicaux infirmiers¹ spécialisés ou non, volontaires, issus du secteur civil, avec ou sans passé militaire.

Après une Formation Militaire Initiale des Réservistes (FMIR), ces infirmiers sont affectés selon leurs desiderata et en fonction des places disponibles, soit dans un Hôpital d'Instruction des Armées (HIA), soit au sein d'un Centre Médical des Armées (CMA). Après une expérience

*Infirmier anesthésiste ® - BSPP, **Infirmier puériculteur ® - CMA Besançon, ***Infirmière ® - DRSSA de St Germain en Laye, **** Infirmière ® - HIA du val de grâce, Manipulateur radio ® - HIA Bégin

Cet article a paru en mars 2012 sur le site «www.infirmier.com»

- **Le soutien sur le terrain** : lors de manœuvres, stages d'aguerrissement ou de préparation opérationnelle, l'infirmier réserviste peut accompagner une unité sur le terrain, vivre et se déplacer dans les mêmes conditions qu'elle (bivouac, vie en situation tactique...). Pour ce type de soutien, il faut une connaissance de la vie militaire tant sur le plan humain que technique (topographie, transmissions), une bonne capacité d'adaptation et une certaine rusticité ;

- **Les relations Armées-Nation** : participation aux journées portes ouvertes, accueil du public : découverte des locaux, des matériels et du travail quotidien ;

- **L'instruction personnelle sur le plan militaire et/ou professionnelle** : journée de formation nationale, participation à des raids du SSA.



Véhicules sanitaires à disposition en OPEX – Kosovo juillet 2005

(crédit : Bénédicte Moncombe)

Le quotidien au CMA

Les Antennes Médicales des Armées (AMA) adressent à l'infirmier réserviste par courriel les besoins en renfort nécessaires. Le préavis est très variable (de plusieurs mois à l'avance pour des visites médicales d'incorporations ou des vaccinations, à quelques jours pour des soutiens ponctuels).

Les missions sont attribuées en fonction de la disponibilité du réserviste. En dehors du travail en salle de soins, où le réserviste pratique des soins infirmiers sur prescription, les autres activités réclament des notions d'urgence et de secourisme, des facultés d'initiatives et bien sûr beaucoup de patience, car le principe même du soutien médical est d'attendre l'hypothétique accident en espérant qu'il n'arrive pas.

En contact permanent avec les militaires professionnels et porteur de la même tenue réglementaire, l'infirmier réserviste doit avoir une bonne connaissance du règlement de discipline générale des armées et adopter le même comportement.

Le travail d'infirmier réserviste du SSA en centre médical des armées est passionnant, car les activités sont variées. Cela nécessite disponibilité, rusticité, capacités d'adaptations et initiatives. Des notions d'urgence, une connaissance de la vie militaire et des techniques spécifiques des armées, qui s'acquièrent par la formation militaire initiale de réserve donnée à toute nouvelle recrue réserviste.

L'infirmier(e) réserviste en Hôpital d'Instruction des Armées (HIA)

Le personnel «d'active» accueille le réserviste, le rôle de celui-ci est d'être un support pour l'équipe soignante. En effet, il allège la tâche quotidienne en venant renforcer les équipes «d'actives» dont certains personnels peuvent être partis en missions extérieures. Le même éventail d'activités s'offre à l'infirmier en HIA que dans un hôpital civil. Par contre en HIA, le réserviste est un militaire à part entière. Ses supérieurs attendent de lui un sens des valeurs affinis, un devoir de réserve, et le respect de la hiérarchie.

Les périodes de travail sont établies en fonction des disponibilités du réserviste. Le programme prévisionnel est établi en début d'année il peut être de 5 jours à exceptionnellement 120 jours dans une année en métropole. En accord avec le service d'affectation il est possible d'être réserviste à deux endroits différents. L'emploi du temps est relativement souple en horaire et en fréquence. Il est possible d'effectuer des périodes de trois à cinq jours ou bien régulièrement un à deux jours par semaine.

Les HIA ont pour rôle premier le soutien des forces, ce sont des hôpitaux à taille humaine ayant un haut niveau technique. On peut noter le savoir faire historique des services de reconstruction faciale, des maladies infectieuses et

tropicales, des soins aux brûlés. Ces hôpitaux sont au nombre de 9 en métropole :

- à Paris les HIA du Val de Grâce, de Begin, de Percy ;
- à Marseille l'HIA Laveran ;
- à Bordeaux l'HIA Robert Piqué ;
- à Brest l'HIA Clermont Tonnerre ;
- à Toulon l'HIA Saint Anne ;
- à Lyon l'HIA Desgenettes et à Metz l'HIA Legouest.

A ceux-ci s'ajoute l'hôpital militaire de campagne (HMC) Bouffard situé à Djibouti (Afrique de l'Est).

Cette diversité des tâches et la richesse des rencontres offrent une dimension plus humaine du soin au réserviste et lui permet d'avoir un recul appréciable sur son métier.

L'infirmier réserviste en Opération Extérieure (OPEX)

L'infirmier réserviste partant en OPEX est un personnel réalisant des journées de Réserve pour le Service de santé des armées en HIA ou en CMA, qui en plus de son cursus de soignant a reçu une formation militaire initiale du réserviste et depuis quelques années une formation complémentaire avant le départ en mission. Cela lui permet d'appréhender le pays et le contexte dans lequel il devra évoluer. Une visite médicale d'aptitude à servir en OPEX est également obligatoire.

Les infirmiers sont tous volontaires pour partir en mission extérieure. Ils sont affectés sur le terrain soit en infirmerie de campagne au profit de leur régiment soit dans un GMC (Groupe Médico-Chirurgical), un HMC (Hôpital Médico-Chirurgical) ou une ACA (Antenne Chirurgicale Aérotransportable). Pendant toute son OPEX, l'infirmier est disponible dans les 24 heures et prodiguera des soins au profit des militaires Français et/ou étrangers.

Lors de missions sous l'égide de l'union européenne (EU), de l'Organisation des Nations Unies (ONU) ou de l'OTAN. Il existe des regroupements de différentes forces armées et chacune prend en charge une partie des activités sur le terrain (sanitaires, sécurité, ravitaillement, protection, formation). Il peut aussi exister une action auprès des populations civiles dans le cadre des CIMIC (Civil-Military Cooperation) ou AMP (Aide Médicale aux Populations).

L'infirmier en OPEX basé en infirmerie de campagne.

Il est sur le terrain avec une unité militaire. Il prodigue les soins au jour le jour sous l'autorité du médecin des armées, au sein de la base vie, mais aussi pendant toutes les missions d'un régiment sur le terrain (en patrouille par exemple). Son activité est calquée sur l'ensemble des activités du régiment pour lequel il est en soutien sanitaire. Il peut donc travailler en extérieur ou dans les VAB (Véhicules Blindés de l'Avant). Il possède une arme et un équipement de combat complet en plus de son sac médical. Il peut être amené à « techniquer » un soldat blessé avant son évacuation vers une structure de soin (en hélicoptère par exemple).

L'infirmier en OPEX affecté à un hôpital de campagne (HMC ou GMC).

Il a, quant à lui, une activité qui ressemble plus à celle de l'activité hospitalière en HIA, avec un rôle très polyvalent, en tournant sur tous les postes. Il est donc tour à tour IAO (Infirmier d'Accueil et d'Orientation) au service des consultations, infirmier en service d'hospitalisation (médical et chirurgical) de jour et/ou de nuit, de garde pour les rapatriements sanitaires vers d'autres hôpitaux de la zone ou vers l'aéroport pour des évacuations sanitaires en Europe de patients ou soldats blessés. Il peut aussi aider dans leurs soins le dentiste, le pharmacien et le vétérinaire, à leur demande et selon l'activité.



Hôpital militaire allemand – Kosovo juillet 2005

Pendant toute sa mission sur le théâtre d'opération, l'infirmier participe à des activités militaires en plus de son travail, accompagnement de convois militaires, cérémonie des couleurs, exercice de tir

au fusil d'assaut ou pistolet automatique et bien sûr effectue des activités sportives.

Le savoir-faire, le comportement et les connaissances demandées à l'infirmier réserviste du Service de Santé des Armées sont les mêmes que pour l'infirmier militaire d'active (militaire professionnel).

Que l'infirmier travaille pour **un régiment** ou pour **un hôpital de campagne**, il est disponible 24 heures/24 pendant toute la durée de la mission (entre 2 et 3 mois).

Les OPEX permettent à l'infirmier réserviste du SSA d'appréhender de manière concrète la vie militaire, de pratiquer des techniques nouvelles de soins et d'organisation, ainsi que d'être confronté à des situations de crise et d'afflux massifs de victimes. Voici une facette particulière du travail d'infirmier où servir son pays s'accorde avec un grand enrichissement personnel et humain.

Comment intégrer la réserve du SSA ?

C'est un acte de volontariat demandé par écrit à la direction régionale du service de santé des armées (DRSSA) dont dépend l'infirmier.

- Exprimer ses souhaits dans une lettre de motivation.
- Joindre CV + Diplômes.
- Passer une visite médicale auprès d'un médecin militaire.
- Signer un contrat d'Engagement à Servir dans la Réserve (ESR).
- Prévenir son employeur pour obtenir ses jours de droit (5 jours par an sur

son temps de travail) prévu par l'article 10 de la Loi n° 99-894 du 22 octobre 1999 portant organisation de la réserve militaire et du service de défense modifiée par la loi du 19 avril 2006.

Précisions : les délais de constitution du dossier varient entre 4 et 6 mois avant d'être nommé dans la réserve du SSA.

L'infirmier civil est recruté avec un statut de militaire infirmier technicien réserviste des hôpitaux des armées (MITRHA au grade de sous-officier) et obtient une carte d'identité militaire. L'employeur doit libérer obligatoirement sur préavis 5 jours par an l'employé sur son temps de travail sans perte de droit, pour rejoindre son affectation militaire, les jours supplémentaires sont généralement pris sur les congés ou repos.

Durant ses périodes, le réserviste perçoit une solde par journées effectuées, non imposable.

Les journées sous ESR peuvent être faites en une ou plusieurs journées consécutives. Les contrats signés vont de 1 à 5 ans renouvelables. Des médailles en fonction de son dévouement et des missions effectuées lui seront attribuées au cours de sa carrière de réserviste militaire.

L'association ANMITRHA (association nationale des militaires infirmiers techniciens réserviste des hôpitaux des armées) regroupe, fédère et informe les réservistes tout au long de leur vie militaire.

Note :

1. Lire partout infirmière = infirmier



OUVRAGES PARUS - BIBLIOGRAPHIE

par

MARIE-HÉLÈNE SICÉ, JEAN-PIERRE MOULINIÉ et JEAN-MICHEL PAUCHARD

AU CŒUR DU TRAFIC D'ARMES, des Balkans aux banlieues – Jean-Charles ANTOINE

Éditions VENDEMIER

L'effondrement de l'Union soviétique et des pays satellites du bloc de l'Est en 1991 a provoqué une explosion du trafic d'armes légères et de petit calibre. Pendant une dizaine d'années, profitant de l'affaiblissement de ces États et d'une corruption galopante, les mafias, notamment albanaises, tchéchènes ou italiennes, ont diffusé, sur tout le territoire européen et au-delà, Kalachnikov, fusils-mitrailleurs et même lance-roquettes... Aujourd'hui, les bouleversements politiques qui déstabilisent le Moyen Orient, l'Afrique subsaharienne et le Maghreb ne font qu'accroître la demande et la circulation tarifée de ces armes issues des grands arsenaux militaires de la Guerre froide.

Entre conflits géopolitiques, ingérence des grandes puissances, rôle des organisations criminelles et des guérillas, cet ouvrage, à partir d'une étude de terrain extrêmement documentée, dresse un panorama complet de ce commerce qui pourrait menacer, jusqu'en Europe occidentale, l'Etat de droit et la sécurité des populations.

Jean-Charles Antoine est titulaire d'une thèse de géopolitique (Université Paris 8) sur le trafic d'armes légères et de petit calibre en provenance des pays d'Europe centrale et orientale et des Balkans.

BATAILLES NAVALES DE L'ANTIQUITÉ A NOS JOURS – R.G. GRANT

Éditions FLAMMARION

Le contrôle des mers a toujours été un facteur décisif dans l'histoire militaire et, avant l'arme nucléaire, aucune n'était aussi redoutée que le cuirassé. Cet ouvrage - produit en association avec la Royal Navy - retrace les exploits et les affrontements de l'histoire de la guerre navale dans le monde - lorsque commandants et équipages résistaient aux éléments et combattaient pour la domination des flots. Tous les grands conflits sont évoqués, avec leurs causes, leurs principaux événements et leurs conséquences. Récits de bataille, photo-

graphies, dessins et plans de bataille en 3D recréent chaque détail de l'action. Armes, technologies et tactiques de la guerre navale - des équipements d'abordage au sonar, des canons aux missiles - sont décrites et illustrées, ainsi que l'évolution de l'architecture des bâtiments de guerre et de la stratégie navale. Vous découvrirez la vie quotidienne en haute mer sur et sous le pont, de la discipline et des châtiments à la nourriture et aux distractions, et comprendrez comment les devoirs du personnel embarqué - des rameurs aux capitaines - ont changé avec le temps. Inspiré par les archives, les bâtiments historiques et l'équipement des principales marines, Batailles navales offre une somme d'informations sur tous les aspects de l'aventure périlleuse qu'est la guerre en mer.

R.G. Grant, qui a écrit plus de vingt ouvrages ayant trait à l'histoire militaire, est l'auteur de Batailles, Armes et Soldats, publiés dans la même collection. Le capitaine Christopher Page, consultant militaire pour ce livre, a servi dans la Royale Navy pendant trente-sept ans, avant de prendre sa retraite pour diriger la section d'histoire navale du Naval Staff.

DICTIONNAIRE DU DÉBARQUEMENT – sous la direction de Claude QUETEL

Éditions OUEST-France

Ce Dictionnaire du Débarquement, qui englobe le Jour J et la bataille de Normandie, manquait jusqu'alors en dépit de l'abondante bibliographie sur le sujet. Avec près de 1400 notices détaillées, complétées de 40 cartes, cet ouvrage constitue d'abord un instrument indispensable à des consultations ponctuelles et une «navigation» facilitée par un double système de renvois. C'est aussi un livre d'histoire original qui se lit au gré des approches du lecteur. Il y a en effet plusieurs façons de «visiter» l'histoire du Débarquement en Normandie : les personnes (soldats mais aussi civils et hommes politiques), les lieux (plus de 400 communes et villes), les opérations et les théâtres de combats, les unités combattantes des deux camps, les armes et les matériels, la logistique, les pays

belligérants... On trouvera aussi, dans une démarche plus conforme aux attentes d'aujourd'hui, de nombreuses notices consacrées à la guerre psychologique, à la vie quotidienne des soldats et à celle des civils, à la presse et au cinéma, au tourisme de mémoire.

Au total, une somme facilement accessible et renouvelant les approches d'une histoire finalement moins connue qu'il n'y paraît. Un compagnon de lecture désormais indispensable.

DU SCALPEL A LA PLUME – Jean-Paul CHIGOT

Éditions GLYPHES

1564. Vésale rentre de Palestine. Mais son bateau est pris dans une tempête. Le célèbre anatomiste échoue sur l'île de Zante. Il ne lui reste plus beaucoup de temps à vivre.

Alors il se souvient, et il écrit.

Louvain, Padoue. Les autopsies, Charles Quint, La Fabrica, l'Inquisition. Vésale regrette la méconnaissance des données cliniques, l'absence de réflexion, l'hypermécanisation. Déjà...

Surtout, il a remis en question les auteurs anciens et s'est attiré les foudres de ses confrères. Qu'importe, grâce à Vésale, l'anatomie moderne est née.

Jean-Paul Chigot, professeur de chirurgie, est de l'ancienne école, celle de l'anatomie. Il s'est passionné pour André Vésale, dont il a étudié les œuvres et la correspondance.

MALADES ET MÉDECINS : POUR MIEUX SE COMPRENDRE, eux et nous – André CHAGNON

Éditions L'HARMATTAN

La médecine a cessé, dans une certaine mesure, d'être un art ; elle n'est pas pour autant devenue une science. A tous niveaux, de l'inventaire au traitement, y interviennent des facteurs individuels qui doivent être pris en compte dans la prise en charge des malades. A cette difficulté pour en saisir les contours sont venus s'ajouter de profonds bouleversements influençant la pratique au rang desquels l'extraordinaire progrès technique intervenu depuis l'immédiat après-guerre, l'évolution de différents

paramètres socio-économiques, démographiques et aussi des mentalités... Difficile à suivre... A partir du développement de quelques grands thèmes (dire ou non la vérité, euthanasie, confiance...) et d'une analyse de la genèse de l'homo medicus, l'auteur propose quelques clés pour mieux comprendre les relations entre malades (eux) et médecins (nous) et, plus généralement, la médecine de notre temps.

André Chagnon est professeur de médecine interne (concours Val-de-Grâce, 1980). Sa longue carrière hospitalière a été suivie d'un important volet d'exercice libéral. Il a été, en soutenant sa thèse à l'âge de vingt-deux ans, le plus jeune médecin de France. Dans cet écrit, il commente la formation des médecins et fait partager sa considérable expérience des malades.

LA MARINE FRANÇAISE DANS LA GUERRE D'ALGÉRIE – Contre-Amiral (2S) Bernard ESTIVAL

Éditions MARINES ÉDITIONS

Blocus des côtes, opérations amphibies, tirs d'artillerie au profit des troupes terrestres, transport d'hommes et de matériel des trois armées et, enfin, douloureuses évacuations... Cinquante ans après la fin de la guerre d'Algérie, le contre-amiral Bernard Estival montre comment la Marine française a su s'adapter, à l'époque, à un conflit essentiellement terrestre. Des missions qui ne sont pas sans rappeler des opérations plus récentes en Afrique du Nord ! L'aéronavale, en plus de son rôle de surveillance maritime, a également apporté un précieux

concours à l'armée de l'Air. Ses chasseurs et ses hélicoptères d'assaut ont constitué, avec les commandos marine, une redoutable unité d'intervention. Enfin, la DBFM a mené à bien la pacification d'un secteur difficile et assuré l'étanchéité de la frontière marocaine. Un ouvrage de référence pour les milliers de marins qui ont servi en Algérie entre 1954 à 1962.

MÉDECINS ET MALADES CÉLÈBRES – Jacques BATTIN

Éditions GLYPHES

En nous présentant des hommes illustres concernés par la maladie, Jacques Battin nous propose un éclairage original sur l'histoire de la médecine. Le lecteur plonge dans les vies étonnantes de grands médecins, Larrey, Percy, Desgenettes, Guillotin et plus près de nous Robert Debré. L'auteur nous révèle ensuite les secrets de quelques malades célèbres : Montesquieu frappé de cécité, Toulouse-Lautrec nain et difforme, Nerval, Maupassant et Ravel rongés par la folie. Bordeaux et sa région ont compté beaucoup de médecins célèbres en leurs temps : Jean-Marie Caillaud, précurseur en psycho-pédagogie, Jean-Hameau, hanté par "les infiniment petits" plus de 50 ans avant Pasteur, Paul-Louis Lande, légiste et maire de Bordeaux, le doyen Albert Pitres ou encore Ramond de Carbonnières, qui se pencha sur le triste sort des crétins et des cagots des Pyrénées. *Membre de l'Académie nationale de médecine, Jacques Battin est professeur émérite de pédiatrie et génétique médicale à l'université Victor Segalen Bor-*

deaux II. Il est membre de la Société française et de la Société internationale d'histoire de la médecine. Jacques Battin est aussi docteur ès lettres de l'université Michel de Montaigne Bordeaux III.

LA RÉSISTANCE FRANÇAISE À BUCHENWALD - Olivier LALIEU

Éditions TALLANDIER

Depuis la Libération, le camp de Buchenwald, symbole de la résistance des déportés dans le système concentrationnaire nazi, est au cœur de polémiques acharnées : quel est le rôle respectif des droits communs et des politiques dans le contrôle de l'administration intérieure du camp ? Et chez ces derniers, quelles sont les conséquences des rivalités entre gaullistes et communistes ? Qu'impliquent les rapports de force permanents entre les différentes communautés nationales ? Et dans quelles circonstances le camp est-il libéré, le 11 avril 1945 ?

Au-delà des passions et des conflits, à partir d'archives et de témoignages inédits et avec le recul serein de l'historien, Olivier Lalieu révèle la véritable histoire de la résistance des déportés français alors que chaque action avait le poids d'une vie.

Olivier Lalieu, historien au Mémorial de la Shoah à Paris, est également l'auteur de La Déportation fragmentée. Les anciens déportés parlent de politique (Boutique de l'histoire, 1994) et de nombreux articles ou communications sur la mémoire de la déportation. Jorge Semprun, ancien déporté à Buchenwald, a rédigé la préface de ce livre.



INFOS EXPRESS DERNIÈRES - INFOS EXPRESS DERNIÈRES

DÉCRET DU 18 OCTOBRE 2012 PORTANT AFFECTATION ET ÉLÉVATION AUX RANG ET APPELLATION DE MÉDECIN GÉNÉRAL DES ARMÉES D'UN OFFICIER GÉNÉRAL :

« **Le Président de la République,...** Décrète :...**M. le médecin général inspecteur, médecin chef des services hors classe DEBONNE (Jean, Marc, Louis, André) est nommé directeur central du service de santé des armées et élevé aux rang et appellation de médecin général des armées. ...** »

Nous sommes tous heureux de cette nomination et, en cette occasion, nous adressons à notre nouveau directeur central nos respectueuses félicitations. Nous, « ses » réservistes, lui affirmons toute notre fidélité et notre attachement au service, l'assurant de notre entier dévouement.

RÉORGANISATION DE L'ADMINISTRATION DES RÉSERVES :

À partir du 15 octobre 2012, les directions régionales du service de santé des armées (DRSSA) transféreront progressi-

vement certaines compétences en matière de gestion des réserves au Bureau central d'administration du personnel militaire du service de santé des armées (BCAPMSSA) de Toulon. (BCISSA-DCSSA)

Pour plus d'informations -> <http://www.defense.gouv.fr/sante/a-la-une/2012/reorganisation-de-l-administration-des-reserves>

La 26^{ème} journée d'instruction des officiers de réserve et honoraires du SSA se déroulera le vendredi 07 décembre 2012 à l' HIA Laveran à Marseille. Le thème en sera : « Actualité opérationnelle du SSA ».

La Journée nationale du réserviste 2013 se déroulera le jeudi 04 avril 2013. Pour cette journée, le ministre de la défense a retenu le thème de « La réserve militaire, les territoires et la cohésion nationale », pour souligner l'empreinte

territoriale de la réserve et l' implication des nombreux responsables locaux dans l' animation de cette dernière.

INFORMATION CONCERNANT L' ANORCTASSA : À l' occasion des 120 ans de l' ANORCTASSA des Tee- Shirts ornés de la reproduction de la médaille frappée pour l' événement ont été réalisés ; ces pièces existent en tailles X, XL et XXL et sont disponibles au prix de 10 euros (frais de port en sus). Vous pourrez vous les procurer auprès du Lt Col Denis BLONDÉ -Secrétaire général de l' ANORCTASSA - 2 quai du canal, 77250 Moret sur Loing.

* *

*





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-michel.pauchard@orange.fr*

Président du comité de rédaction : *jean-pierre.moulinie@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.N.M.I.T.R.H.A. : erick.legallais@hotmail.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

ANMITRHA