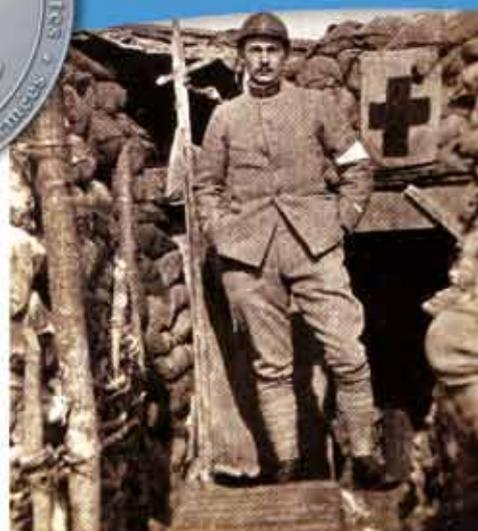
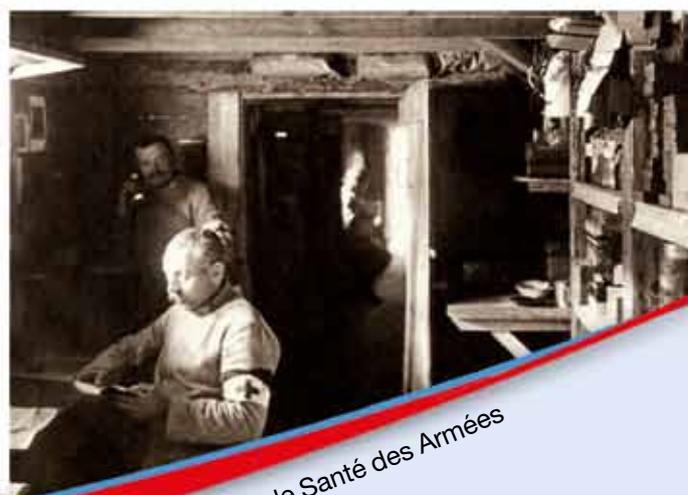


Actu GORSSA

Trimestriel - Décembre 2015



1916 ANNÉE VERDUN



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

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



ANORSCA
Association Nationale
des Officiers de Réserve
du Service du Commissariat
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>

courriel : gorssa.national@gmail.com

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :

Xavier SAUVAGEON

RÉDACTEUR EN CHEF :

Chargé de l'Internet

Jean-Dominique CARON

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

Région de Toulon : Christine DULAURANS

Secrétaire de rédaction : Marie-Hélène SICÉ

DÉLÉGATION GÉNÉRALE

**Chargé de l'information, de la communication
et du Devoir de Mémoire :** Jean-Dominique CARON

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 : 6 €

Prix de l'abonnement :

Membres des Associations : 25 €

Non-membres : 50 €

Étrangers : 80 €

De soutien : à partir de 90 €

Edition, Impression et Routage :

Centr'Imprim - 36100 ISSOUDUN

Commission paritaire : en cours

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2014

ISSN : 2110-7424

Crédits photographiques : BCISSA, DRSSA Metz,
J-J Lehe, MINDEF, R., Man.

Les articles et les opinions émis dans la revue n'engagent que
la responsabilité des auteurs. La direction décline toute responsabi-
lité 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.

Notre Comité directeur m'a fait l'honneur de me confier la responsabilité de présider l'Association Nationale des Officiers de Réserve du Service du Commissariat des Armées (ANORSCA).

Cette Association, que vous connaissez bien, puisqu'elle est la continuatrice de l'ANORCTASSA, a modifié ses statuts et son nom pour s'adapter à l'évolution de l'administration militaire concrétisée par la création du Service du Commissariat des Armées (SCA).

Notre Corps étant effectivement dissous au 31 décembre 2015, nous avons rejoint le SCA au 1^{er} janvier 2016.

Ce passage a marqué la journée du 7 novembre 2015 que le Médecin Général des Armées Jean-Marc DEBONNE et le Commissaire Général Hors Classe Jean-Marc COFFIN nous ont fait l'honneur de présider dans le cadre prestigieux de l'École du Val de Grâce. Les interventions qui s'y sont succédé ont été placées sous le double signe de la tradition et de l'évolution.

Notre chère et vieille association a précisément su évoluer malgré ses 123 ans car, si le Corps des OCTASSA disparaît, les officiers qui le composaient demeurent et continueront à servir dans leurs affectations actuelles comme Commissaires des Armées.

Si forts de nos effectifs et de notre expérience (plus des deux tiers des Commissaires de réserve auront un ancrage « Santé »), notre association souhaite être représentative de la réserve du SCA en s'ouvrant aux Commissaires de réserve d'autres ancrages (Terre, Air, Marine, Armement), nous n'en oublions pas pour autant nos traditions.

Tradition d'abord par notre fidélité au SSA dont nous sommes issus. La confiance qu'il nous témoigne à travers les missions qu'il nous confie nous permet d'être les Officiers de réserve les plus employés de l'Administration militaire.

Tradition aussi par les liens qui nous unissent à nos camarades réservistes des autres Corps du SSA.

Nous travaillons ensemble en parfaite harmonie dans nos affectations avec nos camarades d'active et au sein du GORSSA. Médecins, Pharmaciens, Chirurgiens-Dentistes, Vétérinaires, MITHA, Commissaires : notre diversité est notre force.

Cette force, qui anime notre GORSSA, nous permet d'être habiles au changement et ouverts aux évolutions.

Notre groupement est ainsi partie prenante dans la mise en œuvre du projet SSA 2020 auquel nous avons été largement associés.

Dans cette période troublée, nous avons également toute notre place dans l'évolution nécessaire de la Réserve Militaire car, sans renforcement du lien Armée Nation, les projets qui sont en gestation ne pourront pas aboutir.

J'en veux pour exemple le projet « Réserve 2019 » qui vient d'être confié au Secrétaire Général du CSRM. Ce projet a pour objet de faire passer les effectifs de la Réserve opérationnelle de 27 000 à 40 000 personnels, ce qui ne sera pas une mince affaire. Je pourrais également citer le projet de création d'une Garde Nationale.

Continuons donc à servir avec effort, simplement heureux de notre mission en gardant présent à l'esprit cette pensée de MARC AURELE :

« ... chacun vaut ce que valent les objectifs de son effort ».

CRC1® Christian SALICETI
Président de l'ANORSCA

Sommaire

Editorial	3	Empreinte optique, la révolution numérique	19
Organigrammes associatif	4	De l'ANORCTASSA à l'ANORSCA	22
Vœux du Président et le SSA dans les attentats de novembre 2015	5	Officiers d'Administration : 1800-2015	24
Le Général Christian Thiébault	6	Infirmier au rôle 2 Licorne	30
In memoriam MC Lecomte	7	Adieu aux armes à Metz	32
Mission de courte durée à Djibouti	8	JNI 2016 à Bordeaux	33
Pharmacien réserviste à l'UDPS de l'hôpital Bouffard	12	Informations officielles	37
Guide militaire en restauration	13	Ouvrages parus – Bibliographie	38
		Recommandations aux auteurs	39

ORGANIGRAMME ASSOCIATIF

UNMR

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 Pascal Bousiquier (Dél. Dép. Paris), MCS Jean-Dominique Caron (Rédacteur en chef d'Actu-GORSSA chargé de l'Internet), MCS Michel Gibelli (Dél. Rég. Metz), MC Eric Lecarpentier (Dél. Rég. SGL), MC Xavier Wagner.

Secrétaire Général : MC Patrick Hamon

Secrétaires Généraux Adjointes : MC Laurent Astin (Secr. des Séances), MC Gérard Le Lay, MP Géraldine Pina-Jomir (Dél. Rég. Lyon).

Trésorier : MC Jean-Louis Picoche

Trésorier Adjoint : MC Frédéric Meunier (Dél. Rég. Bordeaux)

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

Délégué Général chargé des relations CIOMR : MCS Christian Le Roux

Porte-Drapeau : MC Jean-Pierre Sala

Administrateurs : MCS Hubert Bouisson, MC Emmanuel Cabanis, MC Yves Cartigny (Dél. Rég. Bordeaux), MC Jean-Yves Coquillat (Dél. Rég. Toulon), MC Serge Dalmas (Dél. Rég. St Germain en Laye), MCS Jean-Marie Duchemin (Dél. Rég. Brest), MA Laurent Fogel, MG(2S) Alain Galeano, MC Claude Gautier, MCS Michel Gibelli (Dél. Rég. Metz), MC Eric Hergon, MC Georges Le Guen, MCS Jean-Jacques Lehot (Dél. Rég. Lyon), MC Georges Léonetti (Dél. Rég. Toulon), MC Yves Mohy (Dél. Rég. Brest), MC Michel Montard (Dél. Rég. Metz), MC Maurice Topcha.

UNVR

Maison des Vétérinaires,
10 Place Léon Blum, 75011 PARIS

Président d'honneur : VC Jean Gledel

Président National : VC François-Henri Bolnot
fbolnot@vet-alfort.fr

Vice-Président et Délégué International : VC Bruno Pelletier (Dél. Rég. IDF)
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 : Vé. Pierre Tassin

Président DRSSA Bordeaux :

VC Christophe Gibon
christophe.gibon@agriculture.gouv.fr

Président DRSSA Brest :

VC Ghislain Manet g.manet@libertysurf.fr

Président DRSSA Toulon :

VC Marc Verneuil
marc.verneuil@cegetel.net

Administrateurs d'honneur : VC René Pal-layret, 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
charles.touge@gmail.com

FNCDR

54, Cours de Vincennes 75012 PARIS

Présidents d'honneur : MM Viau†, Wintergest† Filderman†, Budin†, Lebrun†, David†, Rimmel†, A. Richard†, C. Sebban, J. Robinet†, J-M Pauchard, J-P Mathieu.

Bureau National :

Président : CDCS Jean-Pierre Fogel
54, Cours de Vincennes, 75012 Paris.
Tél. 01 46 28 01 36 & 06 07 26 00 20

Secrétaire Général : 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

Brest : CDC Hervé Le Guen
26 bis, Route de Quéléarn 29570 ROSCANVEL
Tél. 06 80 04 10 20

Lyon : CDC Alain Cuminal
83, Rue Paul Verlaine 69100 Villeurbanne.
Tél. 04 78 93 76 56

Metz : CDC Bruno Crovella
17, Avenue de la Libération
57160 Châtel Saint Germain
Tél. 03 87 60 02 96

Saint-Germain-en-Laye : CDC Philippe Gateau
17 ter, Rue Achille Millien 58000 Nevers.
Tél. 06 80 27 49 64

Toulon : CDC Jean-Michel Courbier
Avenue de l'Américaine 13600 La Ciotat.
Tél. 04 94 29 60 80

Correspondant de la revue Actu-GORSSA :
CDCS Jean-Paul MATHIEU

Délégué à la Réserve Citoyenne :
CDC Jean-Michel PAUCHARD

Délégué ADF : CDC Michel Legens
Porte-Drapeau : CDC Henry Frajder

FNPR

Adresse courriel : fnpr@free.fr

Président : PC Jean-Claude Schalber
66-68, rue de la Folie Regnault
75011 - Paris
jc.schalber@free.fr

Secrétaire Général : PC Jean-Marc Paolo
117, rue Vieille du Temple
75003 - Paris
fnpr.paolo@free.fr

Trésorier : PC Éric Denoix
118, Parc de Cassan
95290 - L'Isle-Adam
EDenoix@aol.com

Porte-Drapeau : PC Jean-Marc Delafontaine

ANMITRHA

Adresse courriel : amitrha.gorssa@gmail.com

Présidente : ICS Élisabeth de Moulins
de Rochefort

Vice-Président : MERCN Marc Tranchet

Trésorier : MERCS Frédéric Noret

Secrétaire : ICAS Érick Legallais (Correspon-
dant de Rédaction d'Actu-GORSSA)

Secrétaire Adjointe : SMCN July Granville
Chargé de relations avec le GORSSA : ICAS
Gérard Chasselat

ANORSCA

Présidents d'Honneur : Col P.-J. Linon,
Col J.-P. Capel, Col Y. Harel, CRC1 A. Michel

Président : CRC1 Christian Saliceti

Vice-Présidents : CRC1 Pascal Hugédé,
CRC1 Pierre Voisin

Secrétaire général :
CRC1 Denis Blonde

Secrétaire général Adjoint :
CRC2 Jean-Jacques Boniz

Trésorier Général : CRP Benoît Fraslin

Trésorier Général Adjoint : CRC2 Emmanuel
Le Blond du Plouy, chargé de mission pour
l'organisation des FMIR

LES VŒUX DU PRÉSIDENT

L'année 2015 a été marquée par le début de la mise en place du projet SSA 2020. Ce projet comprend notamment l'installation des coordonnateurs, à l'échelon central, régional et local.

Ces coordonnateurs ont pour mission d'établir un état des lieux au niveau des différentes structures du Service et de recenser les éventuels déficits en personnel qui pourraient exister, tant sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif.

Les coordonnateurs, local et régional, de par leur exercice civil, sont certainement ceux qui ont la meilleure connaissance des offres de soins de leur territoire de santé et qui donc, peuvent être facilitateurs dans l'établissement de liens et de collaborations, d'une part avec les établissements et d'autre part avec les praticiens de leur territoire.

Et même si le soutien des forces reste la mission première du Service, tout cela doit concourir à une amélioration du service rendu à la population civile, comme au militaire.

À cette mission s'ajoute, celle de s'assurer de la bonne transmission, tant ascendante que descendante, de l'information au sens large du terme, information, qui facilitera plus encore l'intégration du réserviste au sein de sa structure d'accueil, et qui lui apporte tout renseignement sur la gestion et l'administration de son dossier. C'est pourquoi, il importe que s'instaure ou se poursuive un dialogue permanent, clair et constructif entre les réservistes, les coordonnateurs et l'Institution ou ses représentants.

Ce réseau de coordonnateurs est, vous l'avez compris, un élément essentiel qui participera à la réussite du projet SSA 2020 et à la mise en place du plan réserve 2019. Le faire exister, le faire vivre voilà les objectifs que nous nous fixons pour 2016. Je suis certain que tous ensemble, nous y parviendrons.

En ce début d'année, permettez-moi de vous adresser, pour vous et vos familles, tous mes meilleurs vœux de santé, de bonheur et de réussite dans vos entreprises. Bonne année 2016 à tous.

MCS® X. SAUVAGEON

Président du GORSSA National

ATTENTATS DU 13 NOVEMBRE 2015 : LES HIA PARISIENS EN PREMIÈRE LIGNE

Le Service de santé des armées est revenu, à l'occasion d'un point presse, sur la prise en charge des victimes dans les deux HIA franciliens : 41 blessés ont été suivis à l'HIA Begin et 17 à l'HIA Percy, ce qui représente près de 18% des urgences absolues recensées ce soir-là à Paris après les attaques. La mobilisation et le savoir-faire de « *médecine de guerre* » des équipes renforcées par les réservistes ont permis d'assurer une prise en charge performante de ce plan MASCAL, avec mise en œuvre pour plusieurs blessés du « *damage control* ».

Le CTSA, qui a fêté en novembre dernier ses 70 ans, a eu dans ce dernier domaine une action déterminante par un approvisionnement en sang efficace et continu. Enfin une cellule médico-psychologique a été déployée dans les deux HIA, tant au profit des blessés et de leurs familles, qu'à celui des équipes soignantes. Ces cellules sont venues en complément de celle implantée à l'École Militaire, pour le soutien des familles de victimes.

Source : BCISSA

LE GÉNÉRAL CHRISTIAN THIÉBAULT, NOUVEAU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DU C.S.R.M.



Le général de brigade Christian Thiébault a été nommé, le 1^{er} août 2015, par le ministre de la défense, secrétaire général du conseil supérieur de la réserve militaire. Il succède au général de brigade Thierry Beckrich, appelé à d'autres fonctions. Il assure également les responsabilités de délégué interarmées aux réserves et la direction du projet ministériel « Réserve 2019 ».

Sa carrière revêt trois volets : opérationnel, avec une riche expérience sur les théâtres d'opérations extérieures, notamment au sein de la légion étrangère, formation au sein des écoles militaires et dans le domaine politique des relations humaines.

Après deux ans de formation à l'école spéciale militaire de Saint-Cyr, il rejoint l'école d'application de l'infanterie. À l'issue, il débute au 4^{ème} Régiment Étranger à Castelnau-d'Aud puis rejoint le 3^{ème} Régiment Étranger d'Infanterie à Kourou en Guyane, comme chef de section de combat. Désigné « officier forêt », il crée le centre d'entraînement en forêt équatoriale à Régina. Il prend ensuite le commandement d'une compagnie de combat au 2^{ème} Régiment Étranger d'Infanterie à Nîmes. Il participe avec ses légionnaires à plusieurs opérations extérieures : Tchad, Arabie Saoudite, Irak, République Centrafricaine et Zaïre. En 2003, il occupe le poste de chef d'état-major du commandement de la

Légion Étrangère. En 2008, il participe à l'opération DAMAN en qualité de commandant en second du secteur Ouest de la Force intérimaire des Nations Unies au Liban (FINUL). En 2013, il est chef de mission de l'opération TAMOUR en Jordanie. Entre 2014 et 2015, il est engagé au Mali en qualité de chef d'état-major de la Mission multidimensionnelle intégrée des Nations Unies pour la stabilisation du pays.

Son expérience du commandement et des opérations le conduit naturellement à occuper des postes dans le domaine de la formation. En 1992, Il sert à l'École d'Application de l'Infanterie comme formateur des futurs chefs de section, responsable de la formation tactique puis directeur du centre de simulation JANUS. Dans le cadre de la coopération, entre 1998 et 2001, il est expert auprès de l'école supérieure de guerre de Tunis. En 2001, il prend le commandement du 4^{ème} Régiment Étranger, le régiment de formation de la Légion Étrangère. En 2011, il rejoint les écoles de Saint-Cyr Coëtquidan en tant que commandant en second, directeur général de la formation militaire et commandant de la formation administrative.

Durant six années, affecté à l'état-major de l'armée de Terre puis à la direction des ressources humaines, le général Thiébault développe, comme chef de bureau « condition du personnel-environnement humain », la politique de l'armée de Terre dans le domaine des relations humaines (concertation, condition du personnel, social, moral, familial, études psychologiques et sociologiques). Il conçoit notamment la politique de soutien psychologique en zone de combat, met en place le dispositif de prise en charge des états de stress post-traumatique (PTSD), le sas de décompression à Chypre et participe à des travaux de recherche sur la résilience.

Le général de brigade Christian Thiébault est officier de la Légion d'Honneur et officier de l'Ordre National du Mérite.

Source : www.defense.gouv.fr/information/reserve

IN MEMORIAM MÉDECIN EN CHEF® MICHAËL LECOMTE

MCS® J-D CARON

La belle église Saint Nicolas de Meulan en Yvelines était trop petite ce mercredi 4 novembre 2015 pour accueillir la foule nombreuse venue dire un dernier adieu à notre camarade décédé à 63 ans, après quelques semaines d'une maladie implacable.

C'est une figure marquante de la Réserve Opérationnelle du Service de Santé des Armées qui nous a quittés. Le MC® LECOMTE avait en effet un parcours exceptionnel tant civil que militaire.

Comme civil tout d'abord :

Diplômé de la Faculté Paris XII en 1981, il avait obtenu en quelques années le CES de biologie et Médecine du Sport, le DU de traumatologie sportive, le DEM de réparation du dommage corporel, la Capacité de médecine de catastrophe, la CAMU et le Monitorat de Secourisme. Tout récemment il avait ajouté à cette longue liste le diplôme de médecin coordonnateur d'EHPAD.

Passionné par la médecine d'urgence, il avait mené de front son cabinet de Médecine Générale à Meulan, dans les Yvelines, depuis 1981, et pendant 8 ans le poste d'Assistant senior des hôpitaux au service d'urgence porte du CH de Mantes la Jolie.

Il avait aussi mis dès 1983 ses compétences au service du Centre de Secours de Meulan, puis du groupement ouest - les Mureaux du SDIS 78, où il assurait régulièrement les gardes départementales opérationnelles, d'abord comme Médecin Capitaine, puis Médecin Commandant. Il en avait commandé en 2010 le détachement médical Ile de France pour Haïti pour la relève n°1.

Médecin fédéral de la ligue des Arts Martiaux pour le département des Yvelines, il était délégué de l'UNC pour ce département et avait participé pendant près de 20 ans à la vie de sa commune en tant que conseiller municipal en charge des relations avec les hôpitaux.

Comme militaire ensuite :

Dès la fin de son Service National en 1980, il avait intégré la réserve, s'engageant avec une égale ardeur dans la partie opérationnelle et le vo-



let associatif. Entre 1996 et 2008, il avait participé à 7 OPEX (Bosnie et FINUL au Liban à 2 reprises, opérations Trident au Kosovo, Épervier au Tchad, Licorne en RCI). Médecin de l'Armée de l'Air, à laquelle il était très attaché, il avait servi dans les BA 107 et 117, et au sein du CMA de Paris.

Il avait régulièrement complété sa formation, ayant réussi en 1993 le Brevet de Qualification des Officiers de Réserve (B.Q.M.O.R.) et plus récemment, en 2004, le Certificat de Médecine Humanitaire et Actions civilo-militaires (A.C.M.).

Ses engagements au profit du Service de Santé et du CODIS 78 lui ont valu un nombre important de récompenses et décorations : 8 lettres de félicitations, 14 Témoignages de Satisfaction du Ministre avec félicitations, 11 Témoignages de Satisfaction à l'ordre de la Région Aérienne.

Chevalier de la Légion d'Honneur et de l'Ordre National du Mérite, titulaire entre autre de la Croix du Combattant, de la Médaille Or des Services Militaires Volontaire et de la Médaille d'Outre-Mer avec agrafes Liban et Tchad, il avait également été honoré par la Médaille de bronze pour Acte de Courage et de Dévouement et par la Médaille Or d'Honneur des Sapeurs-Pompiers.

Ayant adhéré dès 1981 à l'UNMR, il participait régulièrement aux activités de notre association, apportant son expérience et son éternelle bonne humeur.

Nous voulons assurer son épouse et ses trois enfants de nos affectueuses pensées dans cette douloureuse épreuve.

MISSION DE COURTE DURÉE À DJIBOUTI (HÔPITAL BOUFFARD, AOÛT 2015) L'ACIDOSE MÉTABOLIQUE, À PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS

J.-J. LEHOT¹, J.-M. BOURDEREAU², S. ABRASSART³, E.PY⁴



La cour d'honneur et le service de réanimation

En guise de préambule

Devenu Territoire d'Outre-mer français en 1958, puis Territoire français des Afars et des Issas, Djibouti obtient son indépendance le 27 juin 1977. La France y conserve cependant un important dispositif interarmées et un groupement médico-chirurgical qui prend le nom d'Hôpital Bouffard. En décembre 2002, une base américaine d'environ 1800 hommes est venue s'installer à Djibouti dans le Camp Lemonnier, anciennement occupé par la Légion étrangère. L'objectif commun des forces alliées est de sécuriser le Détroit de Bab-el-Mandeb et de lutter contre la piraterie et le terrorisme.

L'infirmerie hôpital (de garnison) créée en 1962 est devenu le CHA Bouffard en janvier 1989, transformé à partir de 2005 en GMC puis en HMC. Hôpital militaire français de référence installé près de la côte Est de la presqu'île de Djibouti, sa mission principale est le soutien des forces françaises stationnées à Djibouti ; il fournit aussi ses soins aux militaires de l'armée djiboutienne et à leurs familles. Une École de médecine a été créée à Djibouti en juillet 2007 ; elle accueille plus d'une centaine d'étudiants. Le 25 mai 2010, une convention de partenariat a été signée par le

Docteur Ali Barreh, Doyen de l'École de médecine, et le Médecin chef de l'Hôpital Bouffard, le Docteur Yvon Le Gulluche, pour recevoir en stage les étudiants de l'École de médecine. Par ailleurs, une collaboration s'est établie avec l'armée US et aussi avec les marines étrangères dont les navires croisent au large.

L'équipe médicale de l'HMC Bouffard est constituée de médecins spécialistes des hôpitaux militaires : deux médecins internistes, deux chirurgiens, deux anesthésistes-réanimateurs, deux urgentistes, un ORL et un dentiste. L'activité médicale proprement militaire n'est pas négligeable pour faire face dans les meilleures conditions possibles aux accidents inhérents au métier militaire. Les accidentés de la circulation, les coups de chaleur et les brûlés représentent des pathologies courantes.

Actuellement cet Hôpital est commandé par le MCSCN Michel Ruttimann. L'Hôpital va déménager sur une structure de type ACA sur la Base Aérienne en 2016.

D'après « P Cristau et R Wey. Les Hôpitaux Militaires, pp : 166-67, 2012, ECPAD ed. » et le MCSCN M Ruttimann.

Une drôle de pancréatite aiguë

M^{me} SID, 34 ans est admise aux urgences pour **vomissements et suspicion de pancréatite aiguë**. Sans antécédents notables, elle présente une surcharge pondérale.

Un avis chirurgical est demandé. L'examen abdominal est sans particularité, non douloureux.

La lipasémie revient rapidement à 606 UI /l (normale < 190). Devant la suspicion de pancréatite aiguë, une place est demandée en réanimation. Entre temps le scanner abdominal est réalisé. Les images sont transmises à l'HIA Bégin pour interprétation.

La biologie montre (tableau 1) :

- une valeur très élevée de la créatininémie signant une **insuffisance rénale avancée**,
- une élévation plus modérée de l'urée,
- une acidose métabolique décompensée avec trou anionique (TA) :

¹MCSCN[®] DRSSA de Lyon,
Professeur Université Claude-Bernard
Lyon 1, GORSSA

²MP[®] DRSSA de Bordeaux

³MC[®] DRSSA de Lyon

⁴MC HMC Bouffard,
SP 40173-00200 HUB ARMÉES

Les auteurs ne déclarent pas de lien
d'intérêt.

TA = (134+3,4) – (115+5) =17,4 mmol/l (proche de la normale qui est à 16 mmol/l). En effet la **baisse des bicarbonates** par défaut de réabsorption tubulaire et consommation par les acides générés et non éliminés par les reins est compensée par l'élévation de la chlorémie. L'élévation minime du TA est expliquée par la présence de toxines urémiques.

- l'absence d'hyperlactatémie car la patiente n'était pas choquée.

Épilogue

L'interprétation du radiologue reviendra 90 min plus tard : normalité du scanner abdominal. Donc pas de pancréatite aiguë. La normalité de la bilirubine va dans le même sens en éliminant une pancréatite d'origine lithiasique.

Le type de néphropathie ne pourra être précisé en l'absence de ponction-biopsie rénale.

La patiente entrera dans un programme de dialyse chronique à l'Hôpital Peltier (sur cathéter de Shaldon, la réalisation d'une fistule artérioveineuse n'étant pas possible du fait de l'absence de chirurgien dédié dans cet hôpital).

Tableau 1 : bilan biologique aux urgences
(a : artériel)

	A l'entrée
pHa	7,05
PaCO2 (mmHg)	8
PaO2 (mmHg)	138
Hémoglobininémie (g/dl)	9,7
Lactatémie (mmol/l)	0,5
Natrémie (mmol/l)	134
Kaliémie (mmol/l)	3,4
Bicarbonates (mmol/l)	5
Chlorémie (mmol/l)	115
Protéinémie (g/l)	81
Urée (mmol/l)	20,7
Créatininémie (µmol/l)	981
Lipasémie (UI/l)	606
Bilirubinémie totale (µmol/l)	8
ASAT (UI/l)	7
ALAT (UI/l)	2

Coma inattendu chez un enfant de 9 ans

Souhaib, 45 kg, se présente aux urgences de l'HA Bouffard au mois d'août 2015 dans un **coma** avec retrait des membres à la dou-

leur non orienté (GCS=8) et **mydriase bilatérale aréactive**. Pas de signe de focalisation. Le teint est gris. Le pouls est régulier. La fréquence cardiaque est à 140 /min, PA=80/50mmHg. La température tympanique est à 35,5°C et la glycémie à 4,4 mmol/l.

Alors que chacun s'interroge, l'infirmière donne le résultat de l'Hémocue à 1,5 g/dL. L'examen découvre une plaie au niveau de la malléole interne gauche. Le Quick-test est négatif.

Devant l'impossibilité de mettre une voie veineuse périphérique en raison du choc, on utilise la voie intra osseuse tibiale pour remplissage par deux concentrés de globules rouges (CGR) et une unité de plasma lyophilisé (PLYO) ⁽²⁾.

L'orthopédiste réalise une exploration sous anesthésie locale. L'enfant présentait une plaie de 1 cm au niveau de la malléole interne avec un saignement en nappe. Il n'y avait pas de lésion vasculaire. La plaie a été suturée en urgence et un pansement compressif a été appliqué.

Antibioprophylaxie par amoxicilline-acide clavulanique (Augmentin). Le lendemain : vaccin antitétanique.

Il s'était blessé avec un morceau de métal le matin et n'arrêtait plus de saigner. L'évolution hémodynamique et neurologique sera rapidement favorable.

Cette observation soulève 3 types de questions :

1. Le bilan biologique prélevé aux urgences met en évidence : voir tableau 2 (première colonne) :

- une anémie aiguë (hémoglobininémie = 3,0 g/l) avec choc hémorragique.
- une acidose métabolique décompensée secondaire au choc.

Le trou anionique (TA) = (Na⁺+K⁺) – (Cl⁻+bicarbonate) = 27 mmol/l (augmenté) témoigne d'une hyperlactatémie (métabolisme anaérobie dû au choc). Une lactatémie à 20 mmol/l est de mauvais pronostic (normale < 1,2 mmol/l) mais l'évolution sera ici favorable car le traitement étiologique (transfusion) sera efficace et on est en présence d'un enfant en bonne santé par ailleurs.

2. Pourquoi un coma avec mydriase aréactive ?

Devant cette constatation surprenante, on peut discuter deux hypothèses :

- œdème cérébral post ischémique après l'anémie extrême.
- hyperadrénergisme comme le suggère la tachycardie.

3. Transfusion massive en urgence

Les recommandations actuelles préconisent :

- transfusion de concentrés de globules rouges et de plasma frais décongelé (PFC, en milieu civil) remplacé en OPEX par du PLYO.
- de transfuser un nombre d'unités de PFC un peu inférieur au nombre de CGR (ratio entre 1/2 et 1/1).
- la transfusion de plaquettes s'impose en cas de transfusion massive (plus d'une demie masse sanguine). La numération a montré que ceci n'était pas nécessaire en ce cas (tableau 2). Les plaquettes ne sont d'ailleurs pas disponibles en OPEX. Elles sont présentes par contre dans le sang frais qui peut être obtenu en mettant en place la procédure de prélèvement sur donneurs en urgence.

La correction de l'hémoglobinémie à 9g/dl est largement suffisante.

Épilogue

Il s'est avéré que cet enfant souffrait d'un syndrome de Von Willebrandt comme un de ses frères. Le traitement de la blessure a été négligé à domicile, avec installation d'une anémie aiguë et choc hémorragique. L'hypothermie, malgré la température ambiante, fait partie du tableau de choc hémorragique et peu être aggravée par une transfusion massive non réchauffée. Elle entrave le processus d'hémostase physiologique, d'où installation d'un cercle vicieux, seulement interrompu par l'hémostase chirurgicale et la transfusion rapide de CGR et de PLYO.

L'enfant a refait un épisode de saignement un mois après, de nouveau au niveau de la cheville. Il a pu être pris au bloc pour exploration de la plaie. Celle-ci n'a rien révélé de particulier en dehors d'un nouveau saignement en nappe. L'évolution sera rapidement favorable.



Une des 2 salles d'opération

**C'est pour pallier à un manque de ressources de plasma et dans un souci permanent d'adaptation aux besoins des armées que le centre de transfusion sanguine de l'hôpital d'instruction des armées Percy, situé à Clamart, a mis au point ce plasma lyophilisé. Concrètement, le plasma en poudre contenu dans un flacon se mélange avec de l'eau contenue dans un autre flacon. Le mélange ainsi obtenu constitue le plasma pouvant être instantanément transfusé. La manipulation prend moins de cinq minutes. Le procédé est donc avantageux à la fois pour sa facilité d'emport et sa rapidité d'utilisation. En effet, le plasma lyophilisé ne requiert pas la mobilisation de congélateurs contrairement au plasma classique dont la décongélation nécessite au moins quarante-cinq minutes. Se conservant à température ambiante pendant deux ans, il a également l'avantage d'être transfusable à tout être humain quel que soit son groupe sanguin.*

Ce plasma lyophilisé est actuellement utilisé sur les théâtres d'opérations. Il va bientôt équiper les médecins en opérations sur le terrain. Le brevet serait en passe d'être vendu par le ministère de la Défense afin d'exploiter les possibilités de ce plasma lyophilisé dans le civil au cours d'accidents de la route ou de catastrophes naturelles, ainsi que dans d'autres armées de l'OTAN.

Tableau 2 : données biologique
(a : artériel)

Date	23/08/15	24/08/15
Heure	16:11	08:21
Hémoglobinémie (g/dl)	3	9
Hématocrite	6	
Hématies (G/l)	0,61	
Plaquettes (G/l)	321	143
Natrémie (mmol/l)	120	128
Kaliémie (mmol/l)	5	3,1
Chlorémie (mmol/l)	93	98
Bicarbonates (mmol/l)	5	
pHa	7,01	
PaCO2 (mmHg)	10	
PaO2 (mmHg)	339	
Lactatémie (mmol/l)	20	
Protéïnémie (g/l)	39	

Quand évoquer une acidose métabolique ?

L'acidose métabolique accompagne la plupart des détresses vitales. Sa reconnaissance et la recherche de sa cause est donc fondamentale. Son traitement repose avant tout sur le traitement de sa cause.

1. La reconnaître sur la gazométrie artérielle

- pHa abaissé :
- $7,35 < \text{pHa} < 7,40$: acidose compensée
- $\text{pHa} < 7,35$: acidose décompensée,
- bicarbonates abaissés
- la PaCO₂ baisse par hyperventilation pour essayer de compenser la baisse des bicarbonates. En effet, le pHa est fonction du rapport bicarbonates/PaCO₂

2. Le calcul du trou anionique permet d'orienter vers la cause de l'acidose métabolique

- Calcul du TA * : $\text{TA} = (\text{Na}^+ + \text{K}^+) - (\text{Cl}^- + \text{bicarbonates})$
- Valeur normale : 16 mmol/l
- Si le TA est normal cela signifie que la chlorémie est augmentée donc pas de possibilité d'avoir des anions « *indosés* » dans le plasma. La cause de l'acidose métabolique est recherchée

en priorisant les pertes digestives ou rénales.

- Si le TA est augmenté : présence d'anions « *indosés* » :
 - Endogènes : lactate, corps cétoniques, toxines urémiques
 - Exogènes : méthanol, éthanol, salicylate...

3. Traitement

- a. étiologique ++ : état de choc pour l'acidose lactique, insuline pour l'acidocétose diabétique, etc.
- b. perfusion de bicarbonate de sodium :
 - en cas de pertes de bicarbonates (TA normal)
 - si le TA est augmenté : seulement si le pHa reste inférieur à 7,10 et le CO₂ total inférieur à 10 mmol/l malgré le traitement étiologique.
 Dans tous les cas le bicarbonate de sodium doit être administré en perfusion continue et non en bolus.

c. si besoin : épuration extrarénale.

**Le calcul du TA peut être réalisé en utilisant différentes formules ou être donné par le laboratoire. Son calcul peut être faussé en présence d'une hypo ou hyper albuminémie.*



le scanner de l'Hôpital

PHARMACIEN RÉSERVISTE AU SEIN DE L'UDPS DE L'HÔPITAL BOUFFARD

R. TROCME¹

Pharmacien réserviste au sein des Forces Françaises Stationnées à Djibouti (FFDj) depuis bientôt deux ans, mon engagement était avant tout dicté par ma volonté de servir la France mais il devait aussi me permettre de découvrir une nouvelle facette de mon métier. Avec le recul, cette aventure est un enrichissement professionnel et personnel incomparable.

En tant que pharmacien, j'ai naturellement rejoint l'Unité de Distribution des Produits de Santé (UDPS) comme suppléant du Pharmacien en Chef et renfort en fonction des besoins. Outre mon rôle principal de pharmacien d'UDPS, je suis amenée à assurer certaines fonctions de pharmacien hospitalier en raison de l'organisation du soutien médical sur Djibouti. En effet, des restructurations ont conduit à supprimer le service de pharmacie hospitalière depuis février 2015 et, par conséquent, la distribution en produits de santé a été centralisée en un point unique : l'UDPS.



Le ravitaillement, l'élimination, la comptabilité, l'importation de médicaments psychotropes et de stupéfiants, la maintenance du matériel, la stérilisation... constituent les actions à entreprendre au sein de l'UDPS. La fonction de pharmacien regroupe une multitude d'activités dont le fil conducteur est l'approvisionnement en médicaments dans un contexte international.

L'entretien des unités médicales opérationnelles (UMO) permet de répondre, sous faible préavis, aux besoins des engagements opérationnels. La coordination de ces activités requiert avant tout de la part du pharmacien des qualités de gestion, d'écoute et de réactivité. Cette dernière qualité est d'autant plus importante que, dans le contexte géopolitique actuel, les forces pré-positionnées à Djibouti évoluent en permanence dans un environnement complexe et sensible. C'est ainsi que j'ai

compris toute l'ampleur des enjeux de cette mission et l'importance du travail à fournir.

Dans ma fonction de pharmacien hospitalier, la préparation et la délivrance des médicaments sont les tâches quotidiennes qui permettent le bon fonctionnement de l'Hôpital Médico-Chirurgical (HMC) Bouffard et des autres sites de Djibouti comme le Centre Médical Interarmées (CMIA) ou l'antenne médicale d'Arta. Le rôle du pharmacien hospitalier ne s'arrête pas là : il a aussi un rôle informatif auprès des praticiens. A ce titre, j'ai élaboré et rédigé un livret sur les antibiotiques permettant d'informer le personnel de leur disponibilité.



J'ai également réalisé un audit sur l'état des stocks et des périmés des pharmacies à usage interne des services de l'HMC Bouffard. Cette démarche qualité a permis d'élaborer, pour chaque service, des dotations types en médicaments. De là en est ressortie une meilleure information sur les produits dont dispose le personnel, et au second plan, une meilleure gestion, permettant ainsi de diminuer l'empreinte budgétaire.

Mon engagement de pharmacien réserviste me permet de mettre mon expérience en gestion des stocks et en démarche qualité au service des armées, tout en sollicitant en permanence ma capacité d'adaptation. Le travail en milieu hospitalier, l'environnement militaire et l'importance des missions qui me sont confiées m'ont permis de découvrir d'autres dimensions du rôle de pharmacien.

Au final, je retire de cette expérience une très grande satisfaction, professionnelle et personnelle, qui me pousse à continuer dans la réserve pour mon retour en France.

N'est-ce pas là la meilleure preuve de l'attractivité de cet emploi ?

¹PA® FFDj

LES GUIDES MILITAIRES DE RECOMMANDATIONS ET DE BONNES PRATIQUES EN RESTAURATION

P. PERRIN¹, O. CABRE², C. PERRAUDIN³ et F.-H. BOLNOT⁴



Pour tout consommateur, la confiance dans la maîtrise de la sécurité sanitaire des aliments est implicite. Le doute n'est pas permis, que ce soit en environnement civil ou militaire. Or il s'agit d'un domaine complexe. Les sources de dangers sont multiples. En restauration, l'assiette concentre tous les dangers de toutes les filières : biologiques, chimiques ou physiques ! Les risques sont non négligeables, en particulier en situation opérationnelle. S'il est admis que le risque zéro est un objectif inatteignable, il est en revanche possible de s'en approcher grâce à des systèmes de maîtrise reposant, entre autres, sur la mise en place d'outils performants et adaptés. C'est dans ce but que les Services Vétérinaires des Armées ont développé des guides de recommandations et de bonnes pratiques pour la restauration, y compris en situation opérationnelle (OPEX).

Les exigences réglementaires

Les exigences réglementaires européenne et française en matière de sécurité sanitaire des aliments s'appliquent au cadre militaire. Le Service de Santé des Armées, à travers les Services vétérinaires des Armées, est chargé de les faire respecter.

De la sécurité des produits à la production sécurisée.

Assurer la sécurité des aliments est un objectif assigné à l'ensemble des intervenants de la chaîne alimentaire. La façon d'y parvenir a évolué au cours des dernières décennies. Auparavant, l'objectif affiché était l'obtention d'un produit dit « sûr ». Encore fallait-il pouvoir le définir. La limite d'une telle approche est en effet la difficulté à définir des indicateurs pertinents et fiables. A titre d'exemple, l'analyse microbiologique des produits finis ne peut prétendre apporter une réponse absolue : les incertitudes et les marges d'erreur demeurent trop importantes.

A un produit sûr, il est aujourd'hui préféré une production sécurisée à travers la maîtrise des procédés et des processus. Ce passage du contrôle à la maîtrise constitue l'un des principes fondamentaux de la nouvelle approche réglementaire européenne.

La nouvelle approche européenne

La réglementation européenne relative à la sécurité des aliments a été considérablement simplifiée au début du 21^e siècle : de dix-huit directives, transposées en soixante arrêtés

¹ VGI, Inspecteur technique des Services Vétérinaires des Armées

² VeC, Responsable qualité des Services Vétérinaires des Armées

³ VCS, Chef du Service Vétérinaire des Armées de Brest

⁴ VeC[®] GORSSA, Membre associé, Pôle santé publique vétérinaire / restauration, DCSSA/PC/VET



ministériels français, elle est aujourd'hui concentrée en cinq règlements d'application directe rassemblés dans ce qu'il est convenu d'appeler « *le paquet hygiène* ». Cette réglementation, non prescriptive, est axée sur la responsabilité dite « *active* » des exploitants : elle fixe les objectifs généraux, obligations de résultat, sans imposer de moyens pour les atteindre. A charge pour les professionnels de les définir et les appliquer.

Les outils normatifs

Les objectifs généraux ayant été fixés par la réglementation, les professionnels doivent choisir les moyens permettant de les atteindre. Différents outils normatifs les décrivent : Codex alimentarius, normes internationales (ex : ISO 22000), référentiels privés (ex : British Retail Consortium ou International Food Standard) ou les Guides de Bonnes Pratiques d'Hygiène (GBPH) qui proposent, pour chaque filière, des outils et des solutions ayant fait l'objet d'une validation au niveau national par les pouvoirs publics. Lors des contrôles effectués dans les établissements par les services officiels, ces GBPH constituent la principale référence des inspecteurs.

En pratique sur les sites

Les GBPH sont des outils pragmatiques à vocation pédagogique. Ils doivent attirer l'attention des exploitants sur les dangers significatifs liés au type de production, décliner les règles d'hygiène générales, faire reconnaître les pratiques ayant été jugées efficaces, faciliter l'analyse des dangers et la mise en place des moyens de maîtrise.



Nécessairement généralistes, de façon à couvrir l'ensemble des problématiques d'un secteur, ils doivent obligatoirement être déclinés sur chaque site sous forme de référentiels d'entreprise adaptés au contexte et à la réalité de l'exercice professionnel : en pratique, un Plan de Maîtrise Sanitaire (PMS), conforme à la structure définie par l'administration, est exigé sur chaque site de restauration. Le PMS décrit toutes les mesures mises en place pour assurer l'hygiène et la sécurité des productions vis-à-vis des dangers identifiés.

Un système cohérent et ambitieux ou le « *pari de l'intelligence* »

Le système européen est cohérent et ambitieux. Sa principale caractéristique est en effet de laisser une marge de manœuvre importante aux professionnels sur lesquels repose l'essentiel de la maîtrise : c'est le principe de la responsabilisation active. Les services de contrôle se positionnent sur des missions de vérification adaptées à leur capacité opérationnelle. La réussite du système repose par conséquent sur la mise à niveau conjointe des contrôleurs et des contrôlés, qui pour la première fois se voient imposer dans un même ensemble les règles du jeu.

A chacun d'adapter son comportement à ces nouvelles exigences, en respectant l'esprit de la nouvelle approche. L'Europe a ainsi fait le « *pari de l'intelligence* ».

Le cas particulier de la restauration collective

L'absence de guide de référence

En France, il existe aujourd'hui un GBPH par filière agroalimentaire. Tous les domaines sont couverts, sauf celui de la restauration



collective, le « *Restauguide* » n'ayant jamais vu le jour après vingt ans de gestation ! Cette situation est préjudiciable dans la mesure où les professionnels ne disposent pas d'un outil commun leur permettant d'appliquer les mêmes règles. Si de nombreux documents circulent, aucun n'a été validé par les pouvoirs publics. Dès lors, comment établir sur chaque site les Plans de Maîtrise Sanitaire, censés être des déclinaisons contextuelles d'un GBPH qui n'existe pas ?

Dans les petites structures, les compétences nécessaires à la mise en place d'un PMS créé ex nihilo existent rarement et le marché s'est largement ouvert aux nombreux consultants offrant ce type de service. Pour les gros opérateurs du secteur, publics ou privés, la rédaction de guides spécifiques a le plus souvent été réalisée en interne. Certains ont reçu l'aval des pouvoirs publics.

Un guide militaire : une nécessité

S'agissant de la restauration collective militaire, la nécessité d'établir un outil spécifique s'est rapidement imposée après un double constat de terrain :

Du point de vue des inspecteurs : un dialogue souvent difficile avec les exploitants, une harmonisation des pratiques perfectible, un manque relatif d'efficacité des contrôles et un déséquilibre croissant entre contrôle documentaire et contrôle des bonnes pratiques d'hygiène ;

Du point de vue de l'exploitant : une certaine incompréhension des termes et des attentes réglementaires, des inspections mal perçues et parfois mal vécues en fonction des intervenants, un déficit de formation continue et plus généralement le sentiment d'être démunis face au défi de la sécurité sanitaire.

Dès lors, la nécessité de disposer d'un outil spécifique s'imposait.



Le guide pour la mise en place d'un Plan de Maîtrise Sanitaire en restauration collective militaire

L'outil et son but

Divers projets avaient vu le jour, notamment au niveau régional, et la réalisation d'un GBPH en restauration collective militaire avait été envisagée au niveau national. Ce projet s'est recentré sur un outil de mise en place d'un Plan de maîtrise sanitaire, qui a semblé mieux correspondre aux attentes conjointes des exploitants et des inspecteurs.

Véritable boîte à outils à multiples compartiments, l'ouvrage a d'emblée été conçu pour répondre aux besoins de tous les organismes de restauration du Ministère de la défense, dans leur diversité, qu'il s'agisse de très petites structures, d'établissements spécialisés (Centre de production) ou fonctionnant dans des conditions particulières (chalet de montagne).

Couvrant l'ensemble du secteur, cet outil est obligatoirement générique et doit faire l'objet d'une déclinaison contextuelle sur chaque site afin de l'adapter à la réalité du terrain.



Il s'agit d'un document interne d'application volontaire. Les exploitants peuvent l'utiliser en totalité ou partiellement. S'ils s'y réfèrent et en appliquent les recommandations, ils n'ont pas à faire la preuve de l'efficacité de leurs choix de moyens de maîtrise : il y a présomption de conformité aux exigences réglementaires. Dans le cas contraire, lors des inspections, ils devront démontrer que leur système de maîtrise apporte un niveau de sécurité sanitaire au moins équivalent à celui offert par l'application du guide.

Pour quel public ?

Le guide a été conçu pour s'adresser aux managers de la restauration (directeurs, responsables qualité, gérants), aux opérateurs, aux responsables de formation, de marchés et aux inspecteurs des antennes vétérinaires.

De quoi se compose-t-il ?

Dans sa version 3, en date du 1^{er} août 2015, le guide comprend quatre parties.

- **Management.** Cette partie rappelle les responsabilités de l'encadrement et certaines démarches à appliquer pour assurer la maîtrise de la sécurité sanitaire des produits ;
- **Bonnes pratiques d'hygiène.** Des fiches décrivent les bonnes pratiques d'hygiène qui sont à mettre en place avant toute activité de production. Elles définissent le cadre dans lequel l'activité pourra se dérouler ;
- **Bonnes pratiques de fabrication.** Cette partie regroupe les bonnes pratiques qui sont à mettre en place pour maîtriser la

sécurité sanitaire des aliments par étapes de production et des recommandations relatives à l'environnement de travail (locaux, matériels et équipements) ;

- **Analyse des dangers.** Démarche d'élaboration des procédures issues de la mise en œuvre de la méthode HACCP (Hazard Analysis Critical Control Points : analyse des dangers, points critiques pour leur maîtrise). Vérification du PMS. Recommandations relatives à la documentation et l'archivage ;

Le corps du texte est suivi de 13 annexes, parmi lesquelles :

- la mise en œuvre d'autocontrôles microbiologiques (utilisable indépendamment du guide comme base d'un cahier des charges pour un laboratoire d'analyse) ;
- une description détaillée des principaux agents d'intérêt dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments ;
- des éléments d'analyse des dangers (exemple : mécanisme des toxi-infections) ;
- des propositions de supports d'enregistrement pour le PMS ;
- une identification des allergènes éventuellement présents dans une denrée alimentaire.

En pratique

Le guide est hébergé sur le site intranet de la Direction centrale du service de santé des armées (DCSSA) / Bureau activités vétérinaires.

Un lien est créé depuis le site du Service du commissariat des armées (SCA).

Le document fait l'objet de mises à jour en fonction des retours des exploitants et des inspecteurs.





© L. Marzin/Armée de l'air

Le contexte particulier des situations opérationnelles

Sur les théâtres d'opérations extérieures, sur les lieux d'implantation des forces prépositionnées ou à l'occasion d'entraînements menés en France ou à l'étranger, l'alimentation des effectifs militaires présente de nombreuses particularités qui peuvent être sources de difficultés pour les différents intervenants en charge de cette fonction : adaptation aux installations existantes, difficultés logistiques, contraintes liées au conflit, au climat, au contexte épidémiologique, etc.

L'enjeu est essentiel car il vise à garantir, sous la responsabilité du commandement et des services concernés, la sécurité sanitaire de personnels « *captifs* » dans leur mode d'alimentation et le maintien de la capacité opérationnelle des forces.

Un guide spécifique

La rédaction d'un document adapté à la restauration collective en situation opérationnelle s'est donc avérée nécessaire. Présenté sous forme de fiches pratiques, il a été conçu pour prendre en compte les spécificités et l'hétérogénéité des situations rencontrées : lieu de l'opération, phase et conditions d'engagement, contexte multinational, contraintes opérationnelles et de sécurité, etc.

Champ d'application

Ce guide spécifique est destiné aux unités, formations ou services relevant du ministre de la défense, en opérations à l'étranger sous commandement français, à l'entraînement (y compris en métropole) ou aux forces de présence.

Il inclut les dispositions à prendre à bord des aéronefs, mais n'aborde pas les activités de restauration à bord des bâtiments de la marine.

Il a pour vocation d'indiquer les mesures de maîtrise à mettre en oeuvre pour assurer la sécurité sanitaire des aliments préparés et distribués en situation opérationnelle ; les principales notions sont rappelées sous forme de fiches pratiques auxquelles sont associés des modèles d'enregistrement correspondant aux autocontrôles à réaliser.

Il s'adresse plus particulièrement aux cadres et aux opérateurs chargés de la restauration, c'est-à-dire à l'ensemble des personnes qui participent aux opérations visant à préparer, distribuer ou livrer les repas ou des denrées alimentaires aux consommateurs. En revanche, ce guide ne traite pas de la sélection des fournisseurs de denrées alimentaires qui relève des structures spécialisées en charge des approvisionnements. De plus, il ne prend pas en compte l'alimentation réalisée à titre individuel en dehors des circuits officiels, la restauration familiale ou privée, ni les situations d'urgence (conditions de survie) ou de conflit à caractère exceptionnel.



Bases réglementaires

Si les réglementations française et européenne en matière d'hygiène des aliments s'appliquent lors d'exercices et manœuvres ayant lieu en métropole et dans les départements d'outre-mer, ce n'est pas le cas lors de missions à l'étranger (opérations extérieures, forces de présence), même si elles restent des références pour les responsables d'organismes de restauration et les vétérinaires des armées.

Le STANAG 2556 MEDSTD (Food Safety, Defense, and Production in support of NATO operations : Sécurité sanitaire des aliments, Sécurité de la chaîne alimentaire et Alimentation dans le cadre des opérations de l'OTAN) et en particulier l'AMedP-4.6, ratifié le 11 septembre 2014 par la France, constitue une référence technique et réglementaire dans le cadre d'opérations engagées sous le mandat OTAN et ses prescriptions ont été intégrées au guide qui s'adresse aux forces françaises en dehors des opérations OTAN.

En outre, il faut tenir compte de la réglementation du pays ou du territoire concerné qui peut s'appliquer, en complément de la réglementation française, aux forces de présence

Le guide de la restauration collective en situation opérationnelle s'inscrit dans la logique de l'ensemble des documents de référence relatifs à l'hygiène générale en campagne, à la lutte contre les nuisibles, ainsi qu'au traitement des eaux usées et des déchets.

S'agissant d'un document évolutif, il fait l'objet de révisions périodiques pour prendre en compte l'évolution des pratiques et les retours d'expérience (actuellement version n°2 du 28 janvier 2015).

Conclusion

La mise en place du « Guide pour la mise en place d'un Plan de Maîtrise Sanitaire en restauration collective militaire » et les débuts de son application sur le terrain ont d'ores et déjà permis de constater une nette amélioration des conditions des contrôles : meilleure efficacité, harmonisation des pratiques, restauration du dialogue avec les exploitants et, ce qui demeure l'objectif, une meilleure maîtrise de la sécurité sanitaire sur les sites grâce notamment à l'utilisation du guide en tant qu'outil de formation continue.

Cet ouvrage a fait l'objet d'une reconnaissance nationale, par la Direction générale de l'alimentation (DGAL) du Ministère de l'agriculture, et européenne par la mission de l'Office alimentaire et vétérinaire (OAV) de la Commission Européenne, en 2014.

Dans un proche avenir il pourrait constituer la base d'un futur « *Vade-mecum d'inspection* ».

Une déclinaison du guide, adapté aux conditions particulières des situations opérationnelles, est d'ores et déjà en application sur le terrain.



Ph. Orlandini

EMPREINTE OPTIQUE : LA RÉVOLUTION NUMÉRIQUE MISE À L'ÉPREUVE

B. BABINA¹, P. GATEAU²

Le congrès de l'ADF cette année nous le proclame : la Révolution numérique est en marche. Le digital prend peu à peu ses marques dans tous les secteurs de l'art dentaire. La CFAO s'invite au chevet du clinicien à travers les caméras optiques intra-orales. Au fur et à mesure du temps, les fabricants nous offrent un choix toujours plus fourni, promettant des performances continuellement améliorées. L'empreinte optique permet au praticien d'obtenir, au fauteuil, une image tridimensionnelle d'une ou plusieurs dents de l'arcade grâce à un système optique couplé à un ordinateur. À partir de cette empreinte optique, un logiciel spécifique élabore un maître modèle virtuel permettant de réaliser les étapes de conception et fabrication assistées par ordinateur. Le temps est venu de travailler sur des maîtres-modèles en 3D sur ordinateur, autorisant des libertés virtuelles telles que l'étude dynamique de l'occlusion à l'écran, ou la visualisation dans toutes les dimensions de l'espace d'une préparation périphérique par exemple.

Cependant, on estime que les méthodes faisant appel à des moyens chimico-manuels c'est-à-dire des matériaux tels que l'alginate, les silicones, les polyéthers ou encore le plâtre restent la référence pour 97 à 98% de dentistes français (étude CE-REC). Ainsi, la prise d'empreinte par le biais de scanner intra-oral reste aujourd'hui une pratique à la marge de l'exercice clinique français. Outre le coût de l'équipement, un des freins majeurs à la généralisation de ces techniques provient de la palette restreinte des caméras intra-orales concernant la précision d'enregistrement d'une arcade complète, ou d'un cadran. En effet, la numérisation d'une dent afin de concevoir une endocouronne ou une céramique usinée est d'une précision désormais prouvée dans la littérature. Cependant, la fiabilité à l'échelle de l'arcade complète ne fait pas encore l'objet d'un consensus. Réaliser un bridge dento-porté ou implanto-porté de grande étendue : est ce du ressort des caméras intra - orales actuellement sur le marché ?

L'empreinte optique dentaire est une mesure tridimensionnelle des volumes dentaires et gingivaux et/ou des plateformes implantaires à l'aide d'une caméra intra-orale. Celle-ci combine un système d'acquisition, la caméra, et un système de traitement des données : le logiciel d'exploitation. La caméra mesure la perturbation générée par les volumes dentaires étudiés sur un système ondulatoire connu et stable tel que le laser. Ce type d'imagerie délivre un certain nombre de vues de l'objet dans plusieurs référentiels. Les algorithmes d'exploitation des données 3D du logiciel analysent ces informations pour les modéliser en un modèle 3D numérique. L'erreur induite par l'empreinte numérique peut résulter d'une imprécision de la caméra ou du logiciel.

Pour un opérateur identique, la précision de l'empreinte dépend de deux paramètres. Le premier est la précision du système d'acquisition : la ressource matériel. On y retrouve le type de rayonnement utilisé, les conditions expérimentales (humidité, lumière ambiante, température), la qualité de l'émetteur et du récepteur (degré de résolution et vitesse d'intégration). Le deuxième facteur influant sur la qualité du modèle 3D réalisé relève de la précision des algorithmes de traitement des données utilisés : la ressource logiciel, dont dépend la sophistication des systèmes de traitement d'image.

Une étude réalisée au sein du laboratoire Lyra (GACD) sous la supervision du CDC® Philippe Gateau, MCU-PH à Paris 7, a permis de mettre en évidence quantitativement la distorsion liée à la numérisation 3D avec une caméra intra-orale.

Nous avons réalisé un maître-modèle en munissant un Frasaco de plots métalliques issus de mandrins de fraises pour turbine, scellés dans des puits à l'aide de Résine Unifast Trad (GC). Des distances de référence ont été fixées. A est la distance inter-canines, B la distance entre les deuxièmes molaires. C se situe entre 13 et 27. D est la distance canine - deuxième molaire dans le secteur 1

¹Chirurgien-dentiste,
Auditrice de la session 2013 Jeunes
« Grandes Écoles » de l'IHEDN
² CDC®, MCU-PH à Paris 7

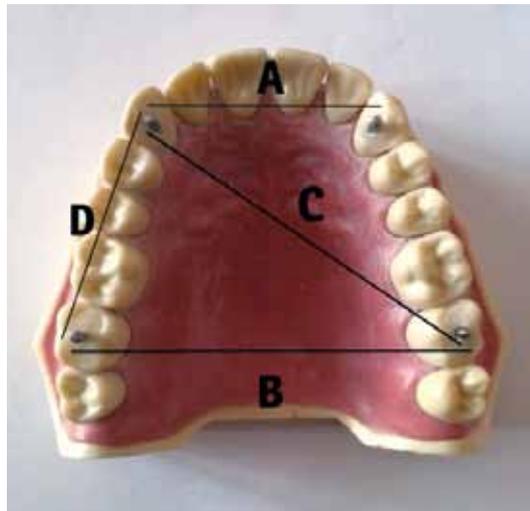


Figure 1 Distance de référence

Ce maître modèle a été scanné avec le scanner TRIOS de 3Shape puis avec le TDS de 3M ESPE. 20 modèles numériques ont été réalisés successivement grâce aux 2 scanners. Les scans ont été convertis et exportés en format STL (Standard Tessellation Language) par le laboratoire Lyra.



Figure 2 Empreinte réalisée par le scanner Trios 3 Shape. Apparue sur le marché en 2010, la caméra Trios utilise le principe de la microscopie confocale laser. La technologie de sectionnement optique « Ultrafast Optical Sectioning » est couplée à une numérisation en couleur. Trios ne requiert aucun poudrage. Selon la notice du fabricant, la caméra combine jusqu'à 3000 images 2D par empreinte

Les fichiers STL correspondant aux 20 modèles 3D ont été insérés dans un logiciel d'évaluation 3D : Geomagic Verify 2012, (Geomagic, Morrisville, USA). Ce logiciel exploitable sur Windows est un software de métrologie et de vérification 3D employé notamment dans le secteur aéronautique et automobile. Une fonction de mesure permet de mesurer les distances à une précision sur l'image de 1 micron.



Figure 3 Empreinte issue de 3M affichée sur la station d'accueil. Commercialisé depuis 2013, le TDS de 3M emploie l'Active Wavefront Sampling couplée avec la projection de lumière structurée: c'est la technique que 3M a nommé « 3D-in-motion technology ». 3 capteurs à haute résolution monochromatique enregistrent 20 images par seconde. L'utilisation du TDS nécessite un poudrage préalable de la surface à enregistrer à l'aide d'un spray composé de dioxyde de titane, de distéarate de zinc et de dioxyde de zirconium.

La fonction « Mesure Distance » permet de pointer deux points et de calculer la distance entre les 2 points. La translation de cette flèche permet de vérifier l'axe de la mesure qui doit se situer au niveau des limites externes des plots



Figure 4 et 5 Mesure de toutes les distances sur une empreinte (3M)



Une analyse statistique réalisée avec le logiciel XLSTAT (Addinsoft) permet d'étudier la déviation mesurée entre les modèles 3D et le maître-modèle original.

Les résultats permettent d'affirmer que la distance inter-canines A a été enregistrée avec la justesse maximale, tandis que la distance inter-molaires B subissait la plus grande déviation : 92 microns en moyenne avec le TDS, et 126 microns en moyenne avec la caméra Trios. On se doit de s'intéresser à fortiori aux chiffres des écarts-types relevés entre les modèles 3D puisqu'ils sont d'un ordre de grandeur de 100 microns pour les 2 scanners.

Rappelons qu'Ender et al avaient comparé les techniques d'empreinte conventionnelles (Vinylsiloxanether de marque Identium, Kettenbach) avec des empreintes réalisées avec le CEREC AC. Ils ont trouvé une précision moyenne par rapport à la réalité de 58,6 microns +/- 15,8 microns là où l'empreinte conventionnelle avait une fidélité de 20,4 microns +/- 2,2 microns. Avec un écart-type de 2,2 microns, le silicone reste donc un challenger incontesté pour les empreintes de prothèse fixe, aussi bien unitaire que de grande étendue.

Bindl et al avaient évalué le défaut périphérique acceptable entre 50 et 100 microns pour la prothèse issue de CFAO : il faut donc prévoir dans cette erreur celle liée à la fabrication de la prothèse. Pour la précision en prothèse supra-implantaire, la tolérance théorique est celle de l'amplitude de mouvement de l'implant oséo-intégré : 50 microns dans le sens latéral. Dans notre étude, l'erreur d'enregistrement sur la distance entre 17 et 27 reste cliniquement inadaptée pour envisager une reconstruction prothétique de grande étendue sur l'arcade. La marge d'erreur remet en question la qualité de la limite cervicale, la passivité de l'armature et tout simplement l'adéquation de la prothèse avec la situation clinique. Cependant, il reste envisageable de faire un bridge inter-canines, ou de la canine à la seconde molaire, tout en tenant compte de la variabilité reflétée par l'écart-type.

Le principe d'acquisition 3D optique est limité par la taille de la caméra : distance entre capteurs, entre capteur et émetteur de rayonnement. L'avenir de l'amélioration des qualités des caméras intra-buccales se trouve donc au niveau du software. Dans ce sens, une nouvelle caméra nommée CONDOR, arrive sur le marché et se base sur la stéréophotogrammétrie active en couleurs. Développée par le professeur François Duret, elle cherche à mimer la vision humaine en misant sur la puissance

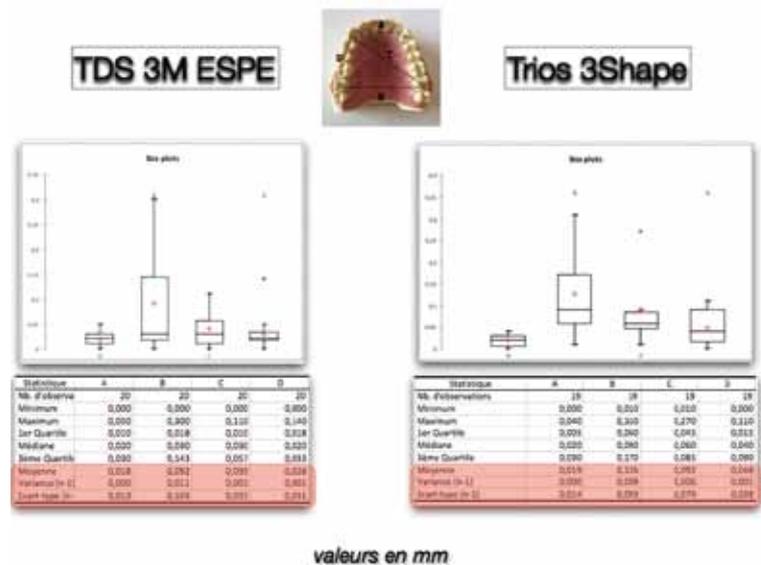


Figure 6 Résultats statistiques

de son logiciel de corrélation de vues. Chaque année nous apportant son lot de nouveautés techniques, continuons de suivre l'actualité des scanners intra-oraux, promis à des évolutions significatives au fil du temps. Victor Hugo considérait que « les révolutions sortent, non d'un accident, mais de la nécessité. » De gadget à outil indispensable, quelques pas nous séparent encore d'un éventuel règne incontesté du scanner intra-oral.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- CAZIER Stéphane, MOUSSALLY Jean-François, Descriptif des différents systèmes d'empreinte optique. Revue d'Odonto Stomatologie / Mai 2013 pp 107 à 117
- 2- ENDER, Andreas et MEHL, Albert. Accuracy of complete-arch dental impressions: a new method of measuring trueness and precision. The Journal of prosthetic dentistry, 2013, vol. 109, no 2, p. 121-128.
- 3- BINDL Andreas et MÖRMANN, Werner H. Fit of all-ceramic posterior fixed partial denture frameworks in vitro. The International journal of periodontics & restorative dentistry, 2007, vol. 27, no 6, p. 567-575.

DE L'ANORCTASSA VERS L'ANORSCA : COMPTE RENDU DE LA JOURNÉE DU 7 DÉCEMBRE 2015 À L'ÉCOLE DU VAL DE GRÂCE

E. COLCOMBET¹ et Ch. DELAURANS²



Cérémonie au monument aux morts du Service de Santé

Samedi 7 novembre 2015, dans le cadre prestigieux de l'École du Val-de-Grâce, et sous la présidence du Médecin Général des Armées Debonne, Directeur Central du Service de Santé des Armées (SSA) et du Commissaire Général Hors Classe Coffin, directeur Central du Service du Commissariat des Armées (SCA), l'Association Nationale des Officiers de Réserve du Corps Technique et Administratif du SSA (ANORCTASSA) rassemblait ses adhérents à l'occasion de son évolution.

Cette association, héritière de l'association de 1892 des officiers d'administration du Service de Santé militaire, évolue en effet pour devenir l'Association Nationale des Officiers de Réserve du Service du Commissariat des Armées (ANORSCA). Cette transformation s'inscrit dans le cadre du transfert en cours des ORCTASSA vers le Commissariat des Armées qui verra la nomination de Commissaires des armées de réserve d'ancrage Santé, à l'instar de ce qui se fait simultanément pour les officiers d'active.

À l'issue d'une prise d'arme avec dépôt de gerbe au monument de la cour d'honneur du Val-de-Grâce, en mémoire des officiers d'administration morts au service de la Patrie, l'assemblée s'est retrouvée à l'amphithéâtre Rouvillois.

Après le mot d'accueil du Colonel[®] Michel, Président sortant de l'ANORCTASSA, le Président entrant de l'ANORSCA, le Colonel[®] Saliceti, a développé cette transition sur deux thèmes : Tradition et Evolution.

Le Colonel (RC) Linon s'est ensuite livré à une remarquable rétrospective 1800-2015 de l'histoire et des évolutions des cadres et statuts qui ont régi, depuis le Consulat jusqu'à nos jours, l'administration du Service de Santé militaire. La loi de juillet 1889 qui donnait toute son autonomie au Service de Santé et à son administration a joué un rôle capital. Plus récemment, après l'unification dans les années 1950 des statuts des différentes catégories de personnels, 1976 a vu la création du Corps Technique et Admi-



Les autorités et les participants dans l'amphithéâtre Rouvillois

¹MC, DCSSA/Bureau Réserves
²CR1[®] GORSSA

nistratif du SSA, lequel est donc sur le point de s'éteindre pour intégrer le SCA. Le colonel (RC) Linon n'a pas manqué de souligner les hauts faits de guerre et les nombreuses décorations et citations qui ont jalonné la riche histoire des officiers d'administration du Service de Santé.

Le Médecin en chef Vergez-Larroquet, délégué aux réserves et chef du bureau de gestion des réserves du SSA, a présenté la réserve du service de santé et l'opération de transfert des ORCTASSA vers le SCA. Il a rassuré l'auditoire sur le futur processus de gestion de ces réservistes du commissariat qui œuvreront au profit du SSA. Le Commissaire en chef de première classe Cannet, lui-même ancien OCTASSA, actuel délégué aux réserves du SCA, a présenté le pôle de gestion des réserves du Commissariat dont il a la responsabilité et a décrit la réserve du SCA qui au 1^{er} janvier 2016 comprendra près de 360 réservistes dont plus des deux tiers auront un ancrage santé et continueront à travailler au profit du Service de Santé des Armées.

Le discours du Médecin Général Debonne est revenu sur le transfert des ORCTASSA vers le SCA qu'il a suivi de près, considérant que ce changement de statut est une opportunité pour l'ouverture et le rayonnement du service. Il a insisté sur la participation des réservistes à la mise en place du projet SSA 2020 et sur l'augmentation du rôle et de l'importance des réservistes dans le SSA en général.

Le Commissaire Général Coffin a rappelé l'histoire très récente du SCA, créé en 2010 à partir des Commissariats des trois Armées, et toute l'importance que celui-ci a rapidement pris.

Le Commissariat gère en particulier lui-même le soutien de l'ensemble des bases de défense en métropole et outre-mer grâce à ses 64 groupes de soutien et comporte 47 autres établissements et organismes. Il a insisté sur la qualité de l'accueil qu'il entendait voir offert aux nouveaux réservistes du SCA issus du SSA. Il a souligné sa préoccupation de voir maintenue la qualité de gestion des réservistes qui ne devait pas souffrir du transfert du SSA vers le SCA.

Les orateurs se sont ensuite livrés au jeu des questions et réponses de l'assemblée qui, a montré son plus vif intérêt pour les sujets abordés au cours de la matinée. La nouvelle médaille de l'ANORSCA a été présentée et offerte aux intervenants en salle capitulaire où les discussions informelles ont continué autour d'un moment de convivialité.



De gauche à droite : CRGHC COFFIN, COL® MICHEL, MGA DEBONNE, CRC1® SALICETI



De gauche à droite : COL® MICHEL, Président sortant de l'ANORCTASSA, MC VERGEZ-LARROUGET, DCSSA, chef du bureau de gestion des réserves, MGA DEBONNE, Directeur Central du SSA, CRGHC COFFIN, Directeur Central du SCA, CRC1 CANNET délégué aux réserves du SCA, CRC1® SALICETI, Président entrant de l'ANORSCA lors des « questions-réponses »

LES OFFICIERS D'ADMINISTRATION, ENTRE INTENDANCE ET SANTÉ RÉTROSPECTIVE 1800 - 2015

Communication du 07.11.2015, journée associative de l'ANORCTASSA,
sous la présidence du MGA Jean- Marc Debonne, DCSSA, et du CCGHC Jean-Marc Coffin, DCSCA. P.-J. LINON¹

Pour cette longue période, marquée par de nombreux changements, on distingue deux parties : la première, du Consulat à la loi sur l'administration de l'armée du 16 mars 1882, la deuxième à partir de l'autonomie complète du Service de santé par la loi du 1er juillet 1889. A l'état de subordination de nos grands anciens aux commissaires des guerres puis à l'Intendance militaire succèdera la subordination des officiers d'administration aux médecins militaires. Deux époques.

1. Du Consulat à la loi de 1882

Pourquoi 1800, An VIII de la République ? Louis Madelin a qualifié de « *Monument de l'An VIII* » les réformes entreprises par le Consulat, à commencer par la Constitution de l'an VIII (22 Fri. 13 décembre 1799). Dès le 25 mars 1800 (4 Ger. An VIII), deux arrêtés concernent la réorganisation du SS et des hôpitaux militaires, l'un établissant un Conseil de santé auprès du ministre, l'autre un Directoire central des hôpitaux militaires.

Le 12 août 1800 (24 Th. An VIII) est mise en place la Commission préparatoire au Code Civil... Le même jour est signé l'Arrêté concernant les hôpitaux militaires qui comprend la création du corps des agents des hôpitaux militaires, signé par Bonaparte et Carnot, ministre de la guerre, Corps qui est l'ancêtre de notre Corps des officiers d'administration militarisé en 1824⁽¹⁾.

Le Corps des agents des hôpitaux militaires est placé sous les ordres des commissaires des guerres, la police supérieure des hôpitaux militaires est confiée aux commissaires ordonnateurs. Il comprend notamment des agents en chef ou principaux, des directeurs, des économistes, des gardes magasins, affectés dans les HM divisés en Hôpitaux permanents, temporaires et ambulants.

Apprécié par le personnel de l'administration des HM cet arrêté sera très critiqué par les médecins. Dans le tome II de l'Histoire de la Médecine aux armées⁽²⁾ le rédacteur écrit : « *Ce règlement contribue grandement à désorgani-*



Le COL Linon pendant son exposé

ser le Corps de santé de l'armée de terre... » On s'étonnera que le rédacteur n'ait pas mentionné la création du Corps des agents des hôpitaux militaires...

Recrutement : employés des hôpitaux militaires de l'organisation antérieure, officiers de l'Ancien Régime ; des « *contrats* » limités jusqu'à la fermeture des hôpitaux et la fin des campagnes, suivis de licenciements. Les besoins furent considérables sous le 1^{er} Empire : 40 Hôpitaux temporaires ou ambulants pour la campagne de Russie. Les pertes furent considérables : 436 agents morts aux armées ou victimes du devoir de 1805 à 1815.

Après le Traité de Paix de 1814 la plupart seront licenciés mais resteront attachés au service des hôpitaux militaires. Beaucoup seront repris en Espagne (1823-1824).

¹ COL(rc) Président d'honneur de l'ANORCTASSA et du GORSSA

Premier corps des personnels administratifs militarisé, le Corps des officiers d'administration du Service des hôpitaux militaires est créé le 18.09.1824 (ordonnance signée Charles X).

C'est une grande époque pour le Corps. Sous la surveillance et l'autorité de l'Intendance Le COL Linon pendant son exposé Militaire – organisée le 26.07.1817 -, le Corps des officiers d'administration des hôpitaux militaires fait partie du personnel du Service de santé et des hôpitaux militaires et exerce la direction générale des HM.

Effectifs : 261 dont 153 brevetés et 108 commissionnés, recrutés parmi les anciens agents des hôpitaux militaires. Le règlement d'application de l'Ordonnance comprend 824 articles : chef d'oeuvre d'administration ! Cette ordonnance de 1824 sera particulièrement contestée par les médecins⁽³⁾.

On observera que depuis l'origine, quel que soit le nombre d'hôpitaux et de formations de campagne, les effectifs du corps d'active se situeront toujours autour de 300, jusqu'à nos jours.

Ordonnance de février 1838 : Réorganisation des services administratifs par militarisation des Subsistances, de l'Habillement-Campement. La réorganisation s'effectue au désavantage des officiers d'administration des hôpitaux qui perdent la direction générale des hôpitaux militaires.

En 1838 est créé un quatrième corps d'officiers d'administration : celui des Bureaux de l'Intendance et en 1862 ces corps seront unifiés formant un seul corps et ses officiers étant répartis en 4 services.

Formation des officiers d'administration : Un cours d'administration est organisé en juillet 1855 à Vincennes, puis l'École d'administration militaire (EAM) de Vincennes est créée par la loi du 13 mars 1875. La formation est commune pour tous les officiers d'administration, complétée selon les spécialités. C'est à cette époque qu'apparaît « *l'esprit de Vincennes* ». Les professeurs sont recrutés par concours. De 1863 à 1940, dix-huit officiers d'administration du Service des hôpitaux et du Service de santé y seront professeurs. Parmi eux, plusieurs licenciés ou docteurs en droit. Sept deviendront Intendants militaires.

Sur l'histoire de l'École d'administration militaire et le rôle des officiers d'administration des hôpitaux la revue du service de l'Intendance a publié deux articles très documentés : le premier par l'officier d'administration de 2^e classe des Subsistances Garnier en 1893⁽⁴⁾, le second par l'officier d'administration de 2^e classe du

Service de santé Esquieu pour la période suivante, en 1903⁽⁵⁾. Parmi les OASS professeurs, l'histoire a retenu les noms de Poulard, sous-intendant de 1^o cl. en 1909, auteur d'ouvrages de droit, commandeur de la Légion d'honneur, de Segelle, docteur en médecine en 1902, de Guerin, commandeur de la Légion d'honneur, d'Auger, décoré des Croix de guerre 14-18, TOE, 39-45, Lt. colonel en 1949.

Pour la future loi sur l'administration de l'armée (Loi du 16 mars 1882), les travaux parlementaires débutent le 18.07.1874. Ils dureront 8 ans. C'est une période de doutes, de craintes et d'oppositions pour les OA des HM qui manifestent leur attachement à l'Intendance militaire alors que se discute l'autonomie future du Service de santé. Des comptes rendus des séances de la Chambre des députés on peut retenir la déposition d'Antonini, officier d'administration principal, doyen du Corps des officiers d'administration des hôpitaux, officier de la Légion d'honneur, 30 campagnes, le 22 mars 1878⁽⁶⁾. C'est un vibrant plaidoyer en faveur du maintien du Corps au sein de l'Intendance et la manifestation d'un profond attachement. Lecture à recommander aux étudiants en sciences politiques...

L'admission des officiers d'administration dans le Corps des Intendants (art. 29-Loi 16.03.1882) fut proposée et défendue au Sénat en juillet 1881 par Charles de Freycinet. Sénateur (1876), Président du Conseil (1879), Ministre de la guerre, (1888 à 1899).

Cette perspective, critiquée par certains Intendants, fut commentée et expliquée par quelques officiers d'administration et en particulier par l'officier d'administration principal des hôpitaux Juving, officier de la Légion d'honneur, 40 campagnes, 3 fois cité, dans le Moniteur de l'Algérie du 31.03.1881. Cet article fut à l'origine de « *l'affaire Hugo* » (officier d'administration de 1^ocl., gestionnaire de l'Hôpital du Dey à Alger) dont la presse militaire rendit largement compte à l'époque.

Pour l'anecdote, tant elle est significative, on peut la résumer : Défenseur de la Place de Montmédy en 1870 avec ses infirmiers, Hugo possédait une forte personnalité. Le 24 avril 1881, il réunissait les officiers d'administration des hôpitaux militaires d'Alger pour honorer l'officier d'administration principal Juving, retraité à Alger. Cette rencontre déplut au sous-Intendant d'Amade, chargé de la surveillance des hôpitaux de la Division d'Alger. Il obtint de M. Rousseau, Intendant de la Division d'Alger, qu'il demande 30 jours d'arrêts contre Hugo⁽⁷⁾.

Hugo sera défendu par le commandant de la Division d'Alger et par M. de la Granville, Intendant Général Inspecteur. Mais le ministre tranche – selon les pratiques d'alors. La carrière du sous-Intendant d'Amade et celle de l'officier d'administration de 1^ocl. Hugo s'achèveront peu après. Hugo sera rétabli dans son honneur le 13 mars 1937, jour de la remise de son drapeau à l'École d'administration militaire, par le général Dosse, membre du Conseil supérieur de la Guerre, qui le cita dans son discours.

L'attachement des officiers d'administration des hôpitaux à l'Intendance, qui a déjà été évoqué, reposait aussi sur le fait qu'ils ont été souvent associés aux griefs du Corps médical envers l'Intendance, griefs connus et parfois fondés. Cependant l'historien est frappé par le caractère systématique de la critique (Hist. Médecine aux armées, tome II, 1984).

2. De la loi d'autonomie à nos jours :

L'autonomie complète du Service de santé (Loi 1er juillet 1889) se traduit par une nouvelle subordination pour les officiers d'administration des Hôpitaux qui quittent la Direction des personnels administratifs et passent pleinement au Service de santé, non sans douleur en raison de leurs habitudes et de leur attachement à l'Intendance militaire. Conséquence de la loi d'autonomie de 1889, la Réunion amicale des officiers d'administration du cadre auxiliaire du Service de santé est fondée le 12.10.1892, dans les jours suivants les exercices spéciaux du service de santé en campagne (3 au 7 octobre 1892), répondant à un besoin d'instruction et de perfectionnement. Elle est sans doute la première et son exemple sera suivi. Les officiers d'active du Corps y seront admis en 1910⁽⁶⁾.

La Loi Garreau du 28 avril 1900 accordera à tous les officiers d'administration la correspondance des grades avec ceux de la hiérarchie militaire (officier d'administration de 3^ocl. à officier d'administration principal) après des années de revendications. Cette période est marquée par la présence du ministre de la guerre aux banquets des assemblées générales des Associations d'OA de réserve (Intendance et Santé). En janvier 1902 est créée La Vincennoise, société de secours mutuel regroupant les officiers d'administration d'active et de réserve de l'Intendance et du Service de santé. Plusieurs OASS en seront présidents : Perier, Franconville, Penancier. 4000 adhérents en 1909. En 1908, les EORA Intendance et Santé sont formés à l'École d'administration militaire. Beaucoup d'étudiants en droit se retrouvent à Vincennes.

La guerre 14-18 effacera les difficultés nées de la subordination aux médecins militaires. Le binôme médecin chef – gestionnaire se constituera définitivement. On trouvera les officiers d'administration dans toutes les structures du Service de santé : hôpitaux, ambulances divisionnaires, groupes de brancardiers, magasins etc... les besoins seront considérables et beaucoup de sous-officiers seront nommés officiers au cours de la guerre. Au moment de l'armistice ils seront plus de 5200. On doit aussi rappeler ceux qui servirent volontairement dans les armes combattantes et même dans l'Aéronautique militaire : près de 60 dont 21 pilotes de chasse⁽⁹⁾. Certains exerceront des fonctions éminentes : l'officier d'administration principal Raphal⁽¹⁰⁾ sera responsable du ravitaillement auprès du médecin inspecteur Toubert, aide-major général du Service de santé au GQG en mars 1918. La remise à plat de toutes les sources et la consultation des dossiers individuels a permis de corriger le chiffre des pertes : 144 OASS dont 109 officiers de réserve morts pour la France.

L'École d'administration militaire devient Ecole militaire d'administration le 2 décembre 1925. La Croix de guerre avec palme est attribuée à l'EMA (cérémonie le 24 mars 1927). La Loi des cadres et effectifs du 28 mars 1928 prévoit le 5^o galon (lieutenant-colonel) pour tous les officiers d'administration, obtenu après une bataille parlementaire conduite par le LCL Penancier, Président de la Réunion amicale, Sénateur, futur Garde des Sceaux.

20 juin 1928 : Inauguration à Vincennes par Gaston Doumergue, Président de la République, du Monument aux officiers d'administration morts pour la France.

27 octobre 1930 : Création de la Commission des écoles d'instruction de la Réunion amicale par Louis Bouillard, futur président de l'Association, commandeur de la Légion d'honneur en 1939⁽¹¹⁾. 13 mars 1937 : Remise de son drapeau à l'Ecole militaire d'administration par le Général Dosse. Tous ces événements ont développé l'esprit de Vincennes.

L'École militaire d'administration ferme ses portes à Vincennes le 20 septembre 1939 et s'installe près de Nantes. Les EOA Intendance et Santé sont incorporés le 25 septembre et seront nommés sous-lieutenant le 20 décembre 1939. Le dernier peloton d'EORA du Service de santé se repliera le 18 juin 1940 dans le Tarn et Garonne.

L'École supérieure de l'Intendance et l'École d'administration s'installent à Marseille, Avenue de Védrières. Résultant de la création des corps civilisés, l'EMA devient Ecole d'administration et

ouvre le 7 octobre 1941. Elle s'installera à Nérès les Bains en octobre 1943. Trois promotions. La section Santé était commandée par le capitaine d'administration du SS Duché, professeur, (admis à l'Ecole supérieure de l'Intendance en 1945, Intendant de 2° classe à son décès en 1956).

1940-1945. En raison des circonstances, quelques changements de corps : des OASS passent dans l'Intendance et réciproquement.

Au cours des campagnes de 1940, de Tunisie, d'Italie, de France, d'Allemagne, dans la France Libre et la Résistance, de très nombreux OASS s'illustreront. Le capitaine d'active Orabona sera cité par le Président des Etats-Unis à l'ordre de la Légion du Mérite, une des plus hautes distinctions américaines⁽¹²⁾, le commandant de réserve Baillou sera élevé à la dignité de Grand Officier de la Légion d'honneur⁽¹³⁾. Amiot et Dehon deviendront Compagnons de la Libération⁽¹⁴⁾. 115 Médailles de la Résistance dont 12 à titre posthume, déportés ou fusillés, dont le commandant Solomon fusillé au Mont Valérien le 23 mai 1942⁽¹⁵⁾. Après remise à plat des sources et consultation des dossiers individuels on relève 39 OASS morts pour la France dont 14 en mai-juin 1940. Parmi eux : trente officiers de réserve.

Juin 1946 : Création de la Section administrative de l'Ecole du service de santé militaire à Lyon, due au MGI Debenedetti-DGSS. C'est un nouvel acte de l'intégration effective du Corps des OASS dans le Service de santé mais c'est aussi la rupture du dernier lien institutionnel qui subsistait avec l'Intendance. 600 officiers d'active y seront formés, ou spécialisés après la création de l'Ecole militaire du corps technique et administratif, jusqu'en 1985. La Section administrative de l'Ecole du service de santé militaire formera les OASS de réserve de 1948 à 1970.

18 janvier 1947 : Constitution du Groupement des officiers de réserve du Service de santé.

C'est une nouvelle étape de l'intégration des officiers d'administration dans la communauté du Service de santé. Comment ne pas mentionner le projet de fédération proposé par la Réunion amicale en décembre 1920 ?

Participation à la Guerre d'Indochine. De 1946 à 1955, on compte 216 OASS dont 79 OR et une centaine de contractuels du CAF AEO (Corps auxiliaire des Forces armées en Extrême-Orient) dont plusieurs dizaines d'OA de l'Intendance (retraités et réservistes). 4 OASS morts pour la France en Indochine, tous officiers de réserve.

Liens avec l'EMA, Montpellier : Remise de la Croix de guerre 39-45 citation à l'ordre de

l'Armée le 9 juin 1949 et remise du Monument aux morts transféré de Vincennes (association dans les discours des OA Intendance et Santé). Souvenirs des OASS à l'EMA : Ader, mort en Chine en 1860 ; Morel, pilote mort en 1918 ; Salvat, mort en déportation ; Penancier, par deux fois président de la Réunion amicale.

On ne saurait oublier d'évoquer le cadre des OA du SS des troupes coloniales, créé le 6 mai 1904. Ils seront formés à l'EAM, à l'Ecole d'administration de 1941 à 1943 et à la Section administrative de l'Ecole du service de santé militaire à partir de 1946. Ces derniers effectueront le stage d'application à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales au Pharo jusqu'en 1967.

Quant au cadre des OA de la Marine, créé en décembre 1913, il comprenait une branche Intendance et Santé, devenu Commissariat et Santé en 1956. Ses officiers étaient formés à l'Ecole des OA de la Marine. Après la fusion des corps d'OA des SS (loi du 13 juillet 1965), une dizaine d'OA de la Marine, principalement de la branche Commissariat et Santé, seront intégrés sur option dans le Corps des OA du Service de santé. Dernier intégré, en 1979, Jean le Corre sera promu général de brigade en 1^{ère} Section en 1993.

Pour la troisième fois dans le siècle, la Nation a fait appel à ses réserves pour la Guerre d'Algérie. Près de 1100 OASS y ont participé dont 900 officiers de réserve. 80 officiers ont été cités avec attribution de la croix de la valeur militaire. Neuf sont morts pour la France dont cinq OASS de réserve⁽¹⁶⁾.

Le Corps des OASS, devenu Corps technique et administratif du SSA en décembre 1976, doit beaucoup au SSA, certes par les dispositions statutaires mais aussi en raison des mesures prises par la DCSSA, notamment sur le plan du perfectionnement, le brevet technique en particulier pour l'enseignement militaire supérieur du 2° degré⁽¹⁷⁾. Un regret, cependant, qu'il n'y ait qu'un seul breveté technique parmi les douze officiers généraux de notre Corps, le général Dubois.

Sur le plan associatif, le décret de 1976 est à l'origine de la création en mars 1977 de l'Association Amicale des anciens élèves d'administration de l'ESSM de Lyon qui, après une nouvelle dénomination en 1986, est devenue Association Amicale des officiers d'active et en retraite de l'Administration Santé des armées en mai 2013. L'oeuvre de l'A3 est considérable.

Sans revenir sur la communication présentée pour le 120^{ème} anniversaire de notre Association le 27.10.2012, publiée dans ACTU-GORSSA⁽¹⁸⁾, je voudrais rappeler l'article publié en 2008

dans le numéro du Tricentenaire du Service de santé de Médecine et Armées. Je l'avais titré : « *Le CTASSA, un aboutissement* »⁽¹⁹⁾.

L'intégration au sein du Service du Commissariat des Armées montre que le CTASSA n'était pas un aboutissement... Elle montre la justesse de l'observation du MGA Bernard Lafont, DCSSA, qui indiquait que « par leurs qualités les OCTASSA pouvaient se préparer à relever des challenges nouveaux » (Armées d'Aujourd'hui, juillet 2008). Nous y sommes.

Ces challenges se traduisent par l'intégration de la plupart des officiers du CTASSA dans le Service du Commissariat des Armées, commencée en 2014 et qui s'achèvera le 31.12.2015, date de la disparition des corps techniques et administratifs des armées. Les officiers de réserve du CTASSA de la réserve opérationnelle ayant été admis sur leur demande suivront cette profonde mutation.

L'ANORCTASSA se transforme en devenant le 31.12.2015 l'Association nationale des officiers de réserve du Service du Commissariat des Armées, ouverte à tous les commissaires de réserve. C'est aussi un nouveau challenge avec un formidable objectif d'osmose.

Évoquons enfin rapidement nos anciens devenus adjoints aux commissaires des guerres, commissaires des guerres, Intendants militaires ou Commissaires⁽²⁰⁾.

Une dizaine sous le 1^{er} Empire dont :

- Carles, employé des HM en 1794, adjoint/CG en 1808, sous-Intendant en 1817, sous-Intendant 1^o classe en 1835
- Cart, directeur HM en 1809, adjt/CG en 1812, mort en Russie en 1813
- Maison, directeur HM en 1794, Commissaire des Guerres en 1806, sous-Intendant 2^o classe en 1825, chevalier de Saint-Louis
- Moze, dans l'administration des HM en 1794, adjt/CG en 1813, Commissaire des Guerres en 1814, sous-Inspecteur aux revues en 1815, sous-Intendant 1^o classe en 1832
- Poinchevalle, dans l'administration des HM en 1815, adjt/CG en 1812, sous-Intendant 2^o classe en 1839

Intendants ou Commissaires de l'armée de terre de 1885 à 1976 :

- 33 OASS admis dans le Corps de l'Intendance militaire dont 31 recrutés sur concours, deux sur titres.
- De 1885 à 1910 : 9 admissions dont Joseph Gazounaud, promu Intendant général de 2^o classe, en 1928, officier de la Légion d'honneur

- De 1914 à 1939 : 14 admissions dont Scipion Chanal, Intendant général de 1^o classe, en 1943, commandeur de la Légion d'honneur
- De 1944 à 1976 : 10 admissions dont :
 - Jean Marie Saumade, Intendant général de 2^o classe, en 1^o section en 1965 ;
 - Paul Sourdois, commissaire général de brigade, en 1^o section en 1989 ;
 - Henri Prothin, commissaire général de brigade, en 1^o section en 1996 ;
 - Michel Coiffe, commissaire général de division, en 1^o section en 2000 ;

Commissaires dans l'Armée de l'Air

De 1957 à 1965 : 2 admissions sur concours dont Jean Pierre Leminor, commissaire général de brigade aérienne, en 1^o section en 1996

Soit 35 OASS intégrés Intendance - Commissariats dont 7 officiers généraux

En terminant, comment ne pas avoir une pensée pour les officiers d'administration de notre Corps morts aux armées ou victimes du devoir : 184 de 1825 à 1912 (Espagne, Morée, Algérie (127), Crimée, Mexique, Chine, Tonkin, Tunisie, Madagascar, Maroc), la plupart morts de maladies épidémiques.

Au total, avec ceux qui ont été mentionnés précédemment : 386 de 1825 à 1971 dont 148 officiers de réserve⁽²¹⁾.

Parvenu au terme de cette rétrospective historique et au moment où le CTASSA disparaît par l'intégration de ses officiers dans le Service du Commissariat des Armées, rappelons-nous Marc Bloch quand il nous livrait son testament d'historien : « *L'Histoire est, par essence, science du changement.* »⁽²²⁾

Références bibliographiques

- ¹ Linon P-J, Officiers d'administration du Service de santé, monographie d'un corps, EREMM ed., Paris, 1983, 492 p.-12 p. illust., préface du MGI Juillet, DCSSA. Membre Acad. nat. Médecine. Ouvrage couronné par l'Académie des Sciences morales et politiques.
- ² Histoire de la médecine aux armées, tome II, coll. sous la direction du MGI Fabre, Charles-Lavauzelle ed., 1984.
- ³ Anonyme, ex-chir.major, Mémoire sur le Service de santé militaire et Observations sur l'ordonnance du 18.09.1824, Imp. de Plassan, 1825, 183 p.
- ⁴ Garnier J, off.adm. 2^o cl. Subsistances, Historique de l'Ecole d'administration de Vincennes (1855- 1892), Rev.Serv.Int.Mil., t. 6, 1893, pages 1-31 et 140-167.
- ⁵ Esquieu J-E, off.adm. 2^o cl. Serv. Santé, Historique

de l'École d'administration (1893-1903), Rev.Serv.Int. Mil., t. 16, 1903, pages 1061-1079.

⁶ Antonini P, off.adm.princ.Serv.Hôpitaux. Journal officiel RF, Chambre députés, 09.02.1880, séance 22.03.1878, pages 1478-1480. Dossier Antonini SHD-Vincennes / 5 yf 12927.

⁷ Hugo E, dossier SHD-Vincennes / 5 yf 30224 – d'Amade, dossier SHD / 5 yf 77855.

⁸ Linon P-J, Fondation de la Réunion amicale des OA du cadre aux. du SS le 12.10.1892, Gestion sanitaire et armées, n° 10, 2° trim. 1992, et op. cit. ref. n° 1, chap. 15 et chap. 17.

⁹ Linon P-J, Contribution des officiers d'administration du Service de santé à l'Aéronautique militaire (1914-1918), Cahiers réserves santé – CARESA, n° 54, avril 2009, et OASS détachés à l'Aéronautique militaire, in *Eléments de sociologie historique du corps*, 2° partie, Bull. A3, n° 68, octobre 2010.

¹⁰ Linon P-J, François Raphal, OAP, au GQGF (1918-1919), Rev. OCTASSA, n° 101, 1er trimestre 1988.

¹¹ Bouillard L, (sous la direction) L'administration du Service de santé militaire, préface du MGI Morvan, DSS au min. guerre, ouvrage de la Commission des écoles de la RA, Charles-Lavauzelle, 1936. Président de la RA, 1938-1941.

¹² Le capitaine d'adm. Orabona (1900-1956) de la DSS à Alger est détaché le 04.09.1943 au QG des Forces alliées (Services spéciaux américains). Participe à la libération de la Corse puis parachuté en France le 07.01.1944. Agent P2/FFC, chef du Réseau Ritz-Crocus. Officier Légion d'honneur et cité à l'ordre de l'armée (mai 1945). Proposé pour la croix de la Libération (août 1945). Cité à l'ordre de la Légion du Mérite-US pour avoir obtenu et transmis les renseignements les plus importants sur les forces ennemies de janvier à août 1944 au profit de la 7° Armée américaine. (cit.

signée Roosevelt, visée GPRF le 29.03.1945). Dossier Orabona SHD / 8 ye 94567 et 16 P 295593.

¹³ Linon P-J, Hommage au commandant Jean Baillou, Gestion sanitaire et armées, n° 4, 4° trim. 1990.

¹⁴ Linon P-J, Les officiers d'administration du Service de santé dans la France Libre, Gestion sanitaire et armées, n° 19, 4° trim. 1994.

¹⁵ Solomon J-I, (1908-1942), sous-lieutenant d'adm. (1934), initiateur de la Résistance universitaire, commandant Résistance intérieure française (RIF), interné le 02.03.1942, fusillé au Mont Valérien le 23.05.1942. Chevalier Légion d'honneur à TP. Dossier Solomon, SHD / 8 ye 28611 et 16 P 552440.

¹⁶ Linon P-J, Les officiers d'administration du Service de santé dans la guerre d'Algérie, EREMM, ed. Sèvres, 2005, 300 p., 24 p. photos, préface du MGI Lefebvre, membre Acad.nat. Médecine. Ouvrage couronné par le Prix d'Histoire de la médecine aux armées (2006) et par l'Académie nationale de Médecine (2007).

¹⁷ Linon P-J, Le corps technique et administratif a quinze ans, Gestion sanitaire et armées, n° 4, 4° trim. 1990.

¹⁸ Linon P-J, Les OCTASSA de réserve, hier. Rétrospective. Actu-Gorssa, t. 4, n° 1, janvier 2013.

¹⁹ Linon P-J, Le CTASSA, un aboutissement, Médecine et Armées, Tricentenaire du SSA, t. 36, n° 5, décembre 2008.

²⁰ Linon P-J, OASS admis dans le corps de l'Intendance / Commissariat, Armée de Terre (1885-1976), in *Eléments de sociologie historique du corps*, 1ère partie, Bull. A3, n° 66, octobre 2003.

²¹ Linon P-J, Dictionnaire des OASS morts aux armées ou victimes du devoir, en cours d'édition.

²² Bloch Marc, L'étrange défaite (sept. 1940-1942), ed. 1946. Rééditions Gallimard.

INFIRMIER ANESTHÉSISTE AU RÔLE 2 - MANDAT 33 - OPÉRATION LICORNE

R. MANTEL¹



L'équipe médicale du rôle 2

Ancien d'active, je suis réserviste au Centre Médical des Armées de Lille, rattaché à la Direction Régionale du Service de Santé de Saint Germain en Laye. Au quotidien, je suis infirmier urgentiste et anesthésiste au SMUR de Béthune et formateur vacataire au CESU du SAMU 62.

Volontaire pour une OPEX au deuxième semestre 2013, je suis d'abord proposé pour l'Afghanistan au premier trimestre 2014 et on me demande de changer d'orientation en me proposant la mission LICORNE en Côte d'Ivoire pour deux mois. Parti après la mi-février 2014, je suis rentré mi-avril.

Découverte totale pour moi du fonctionnement d'un Rôle deux, de l'ACA. L'équipe était composée d'un chirurgien orthopédiste (chef d'antenne), d'un chirurgien viscéral, un médecin anesthésiste, de deux infirmiers anesthésistes (dont moi-même), d'un IBODE (réserviste), de deux infirmiers (dont un réserviste), de trois aides-soignantes, d'une manipulatrice radio, d'un technicien de laboratoire et d'une secrétaire.

Activités anesthésiques :

J'ai rapidement retrouvé mes repères au bloc opératoire, je travaille essentiellement en préhospitalier. En alternance ou en binôme avec mon collègue IADE, d'astreinte 24 heures/24, nous avons participé à toutes les tâches dévolues à notre fonction :

- Ouverture de la salle de déchoquage et astreinte permanente pour mettre en œuvre celle-ci
- Ouverture du poste d'anesthésie du bloc opératoire et de la salle de réveil
- Gestion de la banque du sang
- Gestion et commande de l'oxygène et de la pharmacie
- Activités anesthésiques

Le bloc fonctionne essentiellement le matin pour l'aide médicale à la population et le reste du temps pour les urgences. Le bloc en dur est très fonctionnel même si nous travaillons en mode dégradé par rapport à la métropole (gestion des fluides, médicaments, matériels)

¹IACS®, GORSSA

Pendant mon activité au bloc, j'ai pu utiliser certains matériels (airtrack..), participer à la formation de médecins, de collègues paramédicaux du Rôle 1 et rôle 2, réaliser des actes sous le contrôle du MAR (rachianesthésie, bloc locorégionaux).

Le chirurgien viscéral et mon collègue IBODE m'ont permis de passer de l'autre côté du champ et ainsi de pouvoir instrumenter, pas évident pour un IADE ! Ça change la vue des choses !

Activités diverses :

En dehors de mon temps dédié au bloc je me suis beaucoup occupé :

- Création à mon arrivée d'un sac d'urgence adapté au binôme MAR/IADE pour les interventions hors bloc opératoire
- Formation continue au PSC1 et aux premiers secours pour les paramédicaux et personnels du camp
- Formation continue aux gestes et soins d'urgence pour les paramédicaux
- Formation continue au sauvetage au combat pour les personnels du camp
- Formation au sauvetage au combat pour l'armée ivoirienne notamment auprès des commandos parachutistes avec un programme adapté. Ce fut une riche expérience récompensée par le commandant du 1^{er} BCP.
- Renfort pour les soins et urgences au Rôle 1
- Participation active à l'exercice du plan MASCAL



Le vélo, indispensable à l'intérieur du camp de Port Bouet

- Consultations auprès de la population
- Soins et pansements avec les collègues soignants au rôle 2
- Soutien sanitaire des équipes du renseignement intérieur avec déplacements dans le pays
- Vol en hélicoptère
- Patrouille en pirogue
- Contrôle de l'eau
- Découverte du fonctionnement du laboratoire
- Visite du Mistral en escale à Abidjan

Deux mois vraiment très riches d'échanges et d'activités avec tous les personnels santé mais aussi du camp, du commandement, des forces ivoiriennes, de l'ONUCI.

En dehors de ces activités soutenues, des temps libres m'ont permis de faire du sport, de la lecture, des repas cohésion, de fréquenter le foyer...

Bien noté par mes supérieurs, j'ai pu ainsi m'épanouir et mettre à profit toutes mes compétences humaines, techniques et pédagogiques. En tant que réserviste, c'était plus qu'une nécessité de partir en OPEX et je ne suis pas rentré déçu mais grandi. Le réserviste a tout à fait sa place et nous le prouvons tous par notre motivation et professionnalisme.

Ma mission a été écourtée d'une bonne semaine, l'ACA tournant au ralenti, le Commandant Santé m'a confié le rapatriement sanitaire de plusieurs blessés dont un brûlé à l'HIA PERCY. Seul regret d'être reparti trop tôt, j'avais mis sur pied la dernière semaine de mon mandat un exercice de terrain avec le médecin du rôle 1 (du sauvetage au combat aux rôles 1 et 2 en passant par l'évacuation hélicopté).

Prêt à repartir ? Oui, je suis en partance pour l'opération BARKHANNE au GMC de GAO en début 2016.



Les stagiaires Ivoiriens

ADIEU AUX ARMES À METZ

M. GIBELLI¹



Le MGI Jean-Luc GUIGON a fait son adieu aux armes le jeudi 10 septembre 2015, cérémonie présidée par le MGA DEBONNE Directeur central du SSA. Le MGI GUIGON est entouré du GCA Jean-Louis PACCAGINI Gouverneur militaire de Metz, du GDI Thibault MORTEROL commandant la région de gendarmerie, et du MGI Philippe ROUANET, adjoint emploi à la DCSSA.

Devant les délégations des différents centres médicaux des armées de la région, regroupées derrière leurs fanions respectifs, le médecin général des armées DEBONNE retrace la carrière exemplaire du médecin général inspecteur GUIGON, notamment Médecin Chef du 8^o régiment de commandement et de soutien à AMIENS, chef de corps du 1^o régiment médical à METZ, chef de la cellule soutien médical de la division opérations du CFLT à MONTLHERY, conseiller santé du CFAT à LILLE, puis de l'EMAT à PARIS, adjoint à la cellule organisation, soutien, projection à la DCSSA à PARIS, enfin directeur régional du service de santé des armées à METZ. En OPEX, le MGI GUIGON a commandé successivement le groupement médico chirurgical de MOSTAR, le DETSOUT



de la mission TANZANITE, puis de RAJLOVAC.

La cérémonie est rehaussée par des remises de décorations prestigieuses : le médecin général BORDAGUIBEL directeur régional du service de santé des armées de Brest est décoré de la croix d'officier de la légion d'honneur. Le Major HENNEQUIN est décoré de la médaille militaire, et le médecin en chef HEBERT de la croix de chevalier de l'ordre national du mérite. Une croix de la valeur militaire avec citation récompense le médecin principal DIOP, le lieutenant THOMAS est décoré de la médaille de bronze de la défense nationale et l'ICASS BOYAVALLE est décorée de la médaille de bronze d'honneur du service de santé des armées.

Il est remarquable de voir des réservistes sur ce rang de décorés, à savoir : le MC[®] POUSSOT pour la médaille d'or des services militaires volontaires, et le CDC[®] FONTAINE, le Colonel[®] MATHIEU, et le MC[®] VOLOT pour la médaille de bronze d'honneur du service de santé des armées.

C'est avec émotion que les personnels d'active comme de réserve, prennent congé du Chef qu'ils ont eu la chance et l'honneur de servir.

¹ MCSCN[®] GORSSA

GROUPEMENT DES ORGANISATIONS DE RÉSERVISTES DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

JOURNÉES NATIONALES D'INSTRUCTION GORSSA BORDEAUX 2016 Vendredi 27 et samedi 28 mai 2016

Thème général : « Vecteurs aériens et évacuations sanitaires »

Vendredi 27 mai 2016

Matin et après midi : sur le site de la BA 120 « *Commandant Marzac* » Cazaux

7h00 : Départ Bordeaux (départ impératif à l'heure)- Le point de RV est à la patinoire de Bordeaux Cours du Maréchal Juin (face à la caserne des pompiers en bordure du quartier Mériadeck).

8h30 – 9h00 : Arrivée Cazaux. Accueil

9h00 – 9h30 : Présentation de la BA 120

9h30 – 12h00 : Ateliers, démonstrations sur le site de l'escadron d'hélicoptère EH 1/67

12h15 – 13h30 : Repas sur place au mess

13h45 – 16h15 : Communications orales SSA

16h30 – 18h00 : Retour sur Bordeaux (départ impératif à l'heure)

Soirée :

19h00 – 20h30 : Accueil Mairie de Bordeaux (palais Rohan)

20h30 : Dîner officiel au Mess de Cursol (9 rue de Cursol, Bordeaux)

Programme des Accompagnants (programme sur deux jours encore à préciser)

- Visite guidée du vieux Bordeaux, du musée d'Aquitaine et/ou du musée d'ethnographie
- Château de Labrède
- Accueil Mairie de Bordeaux (palais Rohan)

Samedi 28 mai 2016

Matinée : réunions associatives (Mess Cursol - Bordeaux)

8h00 – 9h30 : Assemblée des associations

9h30 – 11h45 : Assemblée Générale du GORSSA (réservée aux membres désignés par les associations)

9h30 – 12h00 : Exposition des partenaires privés soutenant les journées GORSSA Bordeaux 2016

12h00 : Repas au mess de Cursol

14h00 : Fin des journées nationales d'instruction du GORSSA Bordeaux 2016

**Merci à nos partenaires GMF et PIERRE FABRE pour leur soutien
aux Journées Nationales GORSSA 2016 de Bordeaux**



**Pierre Fabre
ORAL CARE**

JOURNEES NATIONALES D'INSTRUCTION DU GORSSA EN DIRECTION RÉGIONALE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES DE BORDEAUX

BORDEAUX ET CAZAUX : 27 ET 28 MAI 2016

BULLETIN D'INSCRIPTION

LIMITE D'ENVOI IMPÉRATIVE : AVANT LE 01 MARS 2016
POUR LES VISITES A LA BA 120 : 150 INSCRIPTIONS AU MAXIMUM

Inscription par ordre d'arrivée

Nom : Prénom :
Né le : à : Nationalité :
E-mail : Portable :

RENSEIGNEMENTS D'IDENTITÉ OBLIGATOIRES

Carte d'identité n° : Délivrée le :
Autorité de délivrance et lieu :

JOINDRE LA PHOTOCOPIE RECTO VERSO D'UNE PIÈCE D'IDENTITÉ EN COURS DE VALIDITÉ

Grade : ESR OUI NON

Direction régionale d'affectation pour les ESR :

Discipline :

A RÉGLER

Inscription obligatoire aux Journées 40,00 € OUI NON
Jusqu'au grade de capitaine inclus 20,00 € OUI NON

CONGRESSISTES

Vendredi 27

Déjeuner au mess de la BA 120 20,00 € OUI NON
Apéritif salons de la mairie de Bordeaux OFFERT
Dîner Officiel au cercle de Cursol Bordeaux 50,00 € OUI NON

Samedi 28

Déjeuner au cercle de Cursol Bordeaux 20,00 € OUI NON

ACCOMPAGNANT(E)S

Vendredi

Visite du vieux Bordeaux et du musée d'Aquitaine : forfait 2 jours 60,00 € OUI NON
Dîner Officiel au cercle de Cursol 50,00 € OUI NON

Samedi

Visite du château de la Brède Inclus dans le forfait visites
Déjeuner au cercle de Cursol Bordeaux 20,00 € OUI NON

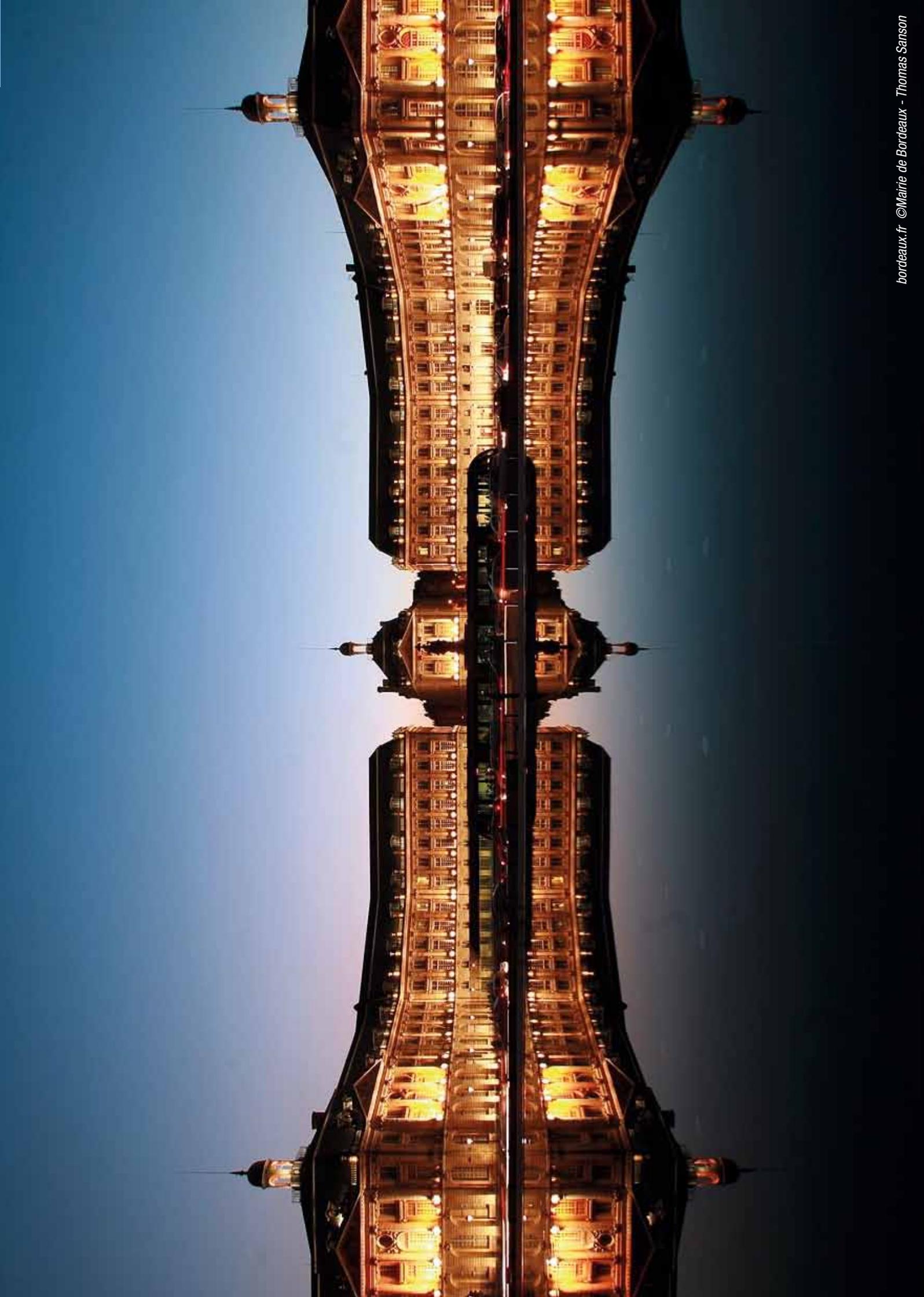
TOTAL

BUT (bon unique de transport) à demander à l'organisme d'administration pour les officiers de réserve sous ESR pour le trajet domicile Bordeaux et retour.
Tenue réglementaire du Service de Santé pour l'ensemble des manifestations : tenue bleue interarmes, chemise blanche, cravate noire, casquette (possibilité de chemisette blanche selon la météo du moment). A défaut costume civil foncé.

Règlement ce jour le/...../ 2016 Par chèque bancaire ou postal à l'ordre du GORSSA Signature :

A RETOURNER DANS LES MEILLEURS DELAIS ET AVANT LE 01 MARS 2016
Au Secrétariat de l'U.N.M.R. – 154 bd Haussmann – 75008 PARIS – Tél : 01 53 96 00 19
Renseignements : gorssa.national@gmail.com

Aucun désistement ne sera pris en compte après le 30 avril 2016



RECOMMANDATIONS TRÈS IMPORTANTES

Les réservistes et autres personnes civiles de nationalité française devront fournir :

- Nom, Prénom
- Date et lieu de naissance
- Photocopie recto verso de leur carte d'identité en cours de validité.

L'analyse sera effectuée par les services de sécurité de la BA 120.

Un délai d'un mois et demi est exigé par la BA 120. De fait, la clôture des inscriptions sera effective au **15 mars 2016**.

En l'état la BA 120 ne peut accueillir **plus de 150 réservistes**. Ces derniers seront inscrits selon **l'ordre d'arrivée de leur inscription**.

RESERVATIONS HOTELIERS BORDEAUX HOTELS DANS LE QUARTIER MERIADECK ET PROCHE

HÔTEL	CAT	TARIF SINGLE	ADRESSE : 33000 BORDEAUX	TÉLÉPHONE
Le Chantry	★★	70€ +pdj 9.50€	155 rue Georges Bonnac	05 56 24 08 88
Ibis Budget Mériadeck	★★	53€ + pdj 6.50€	37 cours du Maréchal Juin	08 92 68 05 84
Ibis Mériadeck	★★★	80€ + pdj 9,90€	35 cours du Maréchal Juin	05 56 90 74 00
Ibis Styles	★★★	109 € pdj inclus	Avenue du Général de Larminat	05 56 24 01 39
Novotel	★★★★	115€ pdj inclus	45 cours du Maréchal Juin	05 56 51 46 46
Burdigala	★★★★	150€-200€	115 rue Georges Bonnac	05 56 90 16 16
Cœur de City Clémenceau	★★★	Simple 89€ Double 118€	4 cours Georges Clémenceau	05 56 52 98 98
Gambetta	★★	50€ - 80€	66 rue Porte Dijeaux	05 56 51 21 83
La Porte Dijeaux	★★	50€ - 80€	4 rue Bouffard	05 56 81 85 01
De La Presse	★★★	107€ - 148€ + pdj 11€	6 – 8 rue Porte Dijeaux	05 56 48 53 88
Mercure	★★★★	90€ - 160€	5 rue Robert Lateulade	05 56 56 43 43
Cercle De Garnison Cursol		42 € à 53 €+ pdj 4€	Rue de Cursol	05 56 00 76 00

De nombreux hôtels font l'objet de réservations pour la période du 26 au 28 mai 2016 et certains affichent déjà « *complet* ». Ceux proposés disposent encore de quelques chambres.

Il serait sage de réserver au plus vite et en tout état de cause avant le 1^{er} mars 2016.

L'obtention d'un meilleur tarif sur BOOKING et AVISOR est sans doute possible.

INFORMATIONS OFFICIELLES

*Aux heureux bénéficiaires d'une distinction,
nomination ou promotion, nos chaleureuses félicitations !*

Texte n°10 du 10 avril 2015

Circulaire N° 10205/DEF/DCSSA/BGC/CHANC
Relative aux circuits de notation et de fusionnement des officiers du corps des commissaires des armées d'active et de réserve pour le cycle de 2014-2015

Texte n°17 du 4 mai 2015

Instruction N° 744/DEF/EMA/SC_PERF/BORG - N°744/DEF/DCSSA/PC/MA
Relative à l'utilisation militaire de substances modifiant la vigilance.

Texte n°12 du 21 septembre 2015

Instruction N° 340039/DEF/RH-AT/PRH/LEG
Relative au mariage et au pacte civil de solidarité des militaires servant à titre étranger.

SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

Texte n°15 du 12 février 2015

Directive provisoire N° 503254/DEF/DCSSA/PC/MA
Relative à la mise en place des centres médicaux des armées nouvelle génération expérimentaux.

Texte n°2 du 9 juin 2015

Instruction N° 1400/DEF/DCSSA/PC/MA
Relative au recueil des causes médicales d'inaptitude définitive concernant les jeunes engagés en cours de période probatoire

Texte n°1 du 8 juillet 2015

Note N° 240552/DEF/SGA/DRHMD
Relative à la mise en œuvre du dossier individuel unique dans les armées, directions et services.

Texte n°16 du 13 juillet 2015

Circulaire N° 340057/DEF/RH-AT/EP/PMF/DS/39
Relative au secourisme et au sauvetage au combat dans l'armée de terre.

Texte n°6 du 17 juillet 2015

Instruction N° 600/DEF/DCSSA/PC/MA
Relative au soutien sanitaire des activités à risques dans les armées, directions et services.

Texte n°10 du 27 juillet 2015

Instruction N° 421/DEF/DCSSA/DPS
Relative à la politique de valorisation du service de santé des armées.

Texte n°5 du 7 août 2015

Instruction N° 509396/DEF/DCSSA/PC/BMA
Relative à la transfusion sanguine en situation d'exception.

Texte n°8 du 13 octobre 2015

Instruction N° 18000/DEF/DCSSA/AA/PAPS
Relative aux différentes tenues revêtues par le personnel militaire du service de santé des armées.

Instruction N° 514440/DEF/DCSSA/RH/GRM

Fixant les modalités d'organisation de l'évaluation et de la notification du bilan professionnel de carrière du personnel militaire au sein du service de santé des armées au titre de l'année 2015.

Avis n° 166 (2015-2016) de M. Yves POZZO di BORGIO et Mme Michelle DEMESSINE, fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, déposé le 19 novembre 2015

B. L'AVENIR DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

1. Le projet « SSA 2020 »
 - a) L'engagement opérationnel du SSA
 - b) Vers un fonctionnement resserré du SSA
2. La réforme de la médecine des forces et de la médecine hospitalière
 - a) La médecine des forces s'appuiera sur les centres médicaux des armées de nouvelles générations
 - b) La médecine hospitalière s'organisera autour de deux plates-formes
 - c) Le devenir du Val-de-Grâce.
3. Les effectifs du SSA

Compte rendu n° 20 du 24 novembre 2015

Commission de la défense nationale et des forces armées
Audition du médecin général des armées Jean-Marc Debonne, directeur central du service de santé des armées

TEXTES OFFICIELS

JORF n°0261 du 10 novembre 2015 page 20950

Texte n° 3 Décret du 9 novembre 2015
Portant promotion et nomination dans l'Ordre National du Mérite des militaires n'appartenant pas à l'armée active.

BODMR N°5 du jeudi 10 décembre 2015

Médaille d'honneur du service de santé des armées pour les personnels de réserve
Médaille d'argent
BOURSE Serge (SMCE), LEHOT Jean-Jacques (MCSCN), MICHEL Alain (COL).
Médaille de bronze
AIM Marc (MC), BALLESTER Michel (MC), BERTON Jean-Philippe (MC), CREVILLIER Maxime (MC), CROVELLA Bruno (CDC), FRASLIN Benoît (CDT), GIBELLI Michel (MCSCN), GUYON Patrick (MC), ITOUA Serge (LCL), LE GUEN Georges (MC), LEONETTI Georges (MC), LIZET Gérard (CDT), PELI Jean-François (CDC), PALOMBO Philippe (LCL), SCHALBER Jean-Claude (PC), VAUCOURT Daniel (MC).

JORF n°0288 du 12 décembre 2015 page 22968

Texte n° 22 Décret n° 2015-1636 du 10 décembre 2015
Portant application de l'article L. 4221-4-1 du code de la défense et relatif à la réserve opérationnelle

OUVRAGES PARUS - BIBLIOGRAPHIE

Jean-Dominique CARON, Jean-Pierre MOULINIÉ, et Marie-Hélène SICÉ

LA GRANDE GUERRE DES AVIATEURS

par Gilles AUBAGNAC, Clémence RAYNAUD

Éditions EMCC

L'histoire de l'aviation pendant la Première Guerre mondiale est traditionnellement abordée sous l'angle technique : rares sont les publications qui ont traité le sujet à travers l'expérience des aviateurs et, en particulier, celle des quelques 17 000 pilotes français. L'étude d'un nombre important de témoignages (français, alliés et allemands) permet de proposer une approche totalement renouvelée de l'aviation de la Grande Guerre dont l'histoire est habituellement dominée par la figure du poilu. Ce livre apporte des éclairages inédits sur l'histoire des aviateurs mais aussi sur un certain nombre de stéréotypes attachés à l'image du pilote comme le culte des as, ces 182 héros de l'aviation. Réunissant les contributions de quinze auteurs (conservateurs, universitaires, militaires), illustré de documents, de photographies et d'objets issus des collections du musée de l'Air et de l'Espace, cet ouvrage évoque les grandes figures de l'aviation mais surtout les combats, les souffrances et les doutes d'une majorité d'aviateurs moins connus tout comme les relations entre les pilotes et les ingénieurs dans le cadre de l'industrialisation des constructions aéronautiques.

PAROLES DE SOLDATS - LES FRANÇAIS EN GUERRE 1983 - 2015 : Liban, Koweït, Bosnie, Rwanda, Afghanistan, Libye, Mali, Centrafrique

par Antoine SABBAGH et Hubert LE ROUX

Éditions TALLANDIER

Si vous parlez de la guerre autour de vous, on vous dira qu'elle est loin, qu'elle est ancienne. La dernière, celle d'Algérie, qui a mobilisé des centaines de milliers de Français, s'est terminée il y a plus d'un demi-siècle. Depuis, avec la suspension du service militaire, l'éloignement des conflits contemporains auxquels la France participe, les Français ont fini par oublier que leur pays est en guerre permanente. Le livre que nous vous proposons n'est pas une réflexion théorique sur la guerre mais une enquête que nous avons menée auprès de militaires engagés dans tous les conflits des trente dernières années : Liban, guerre du Golfe, Rwanda, Bosnie, Côte d'Ivoire, Afghanistan, Libye, Mali, Centre-Afrique. Plus de cent heures d'entretiens nous ont permis de rencontrer des militaires du rang, des sous-officiers, des officiers, des grands chefs, des hommes des forces spé-

ciales, des blessés, des médecins, des familles de soldats morts au combat. Ce sont leurs mots que nous vous proposons, leurs histoires. Des récits bruts qui font revivre la brutalité des moments de combat, l'intensité des émotions de ceux qui sont face à la guerre. Ces témoignages exceptionnels nous plongent au cœur du quotidien du combattant, dans les déserts, dans les montagnes, sur les routes encombrées de réfugiés, dans les rues de villes étrangères, face à l'ennemi et au danger.

Hubert le Roux est officier supérieur d'active. Il a notamment été chargé du recrutement des sous-officiers et hommes du rang de l'armée de terre. Antoine Sabbagh est historien et éditeur. Il a enseigné à l'université Paris-3 (Sorbonne Nouvelle) et à Columbia University (programme parisien).

LE PONT DU RETOUR

par Pierre Saint-Macary

Éditions GASCOGNE

S'inspirant d'éléments historiques peu connus, Pierre Saint-Macary nous invite à suivre les aventures d'un jeune cadet béarnais à la fin du XVIIIe Siècle. En Amérique sur l'île de Saint-Domingue à la tête d'une plantation, il connaît, les révoltes, la douceur de vivre puis le drame.

Désargenté et rapatrié à Bayonne, il s'engage dans l'armée française en Aragon. Il rejoint la division du général Harispe qui se porte en renfort de l'armée de Soult en retraite. Il se bat à Orthez où son bataillon défend âprement le Pont Vieux, seul point de passage du gave de Pau. Blessé, il s'installe comme tanneur à Orthez, fait fortune et meurt en 1862.

En cette année du bicentenaire de la bataille d'Orthez, ce roman original nous apprend beaucoup sur la vie des jeunes béarnais, exilés en Amérique comme sur la vie des soldats de l'Empire.

Pierre Saint-Macary a effectué une carrière d'officier du génie militaire, de Saint-Cyrien à général. Il a reçu, en 2012, le prix des Cadets dans le cadre du festival du livre militaire pour son premier roman « *Les canonnières du Point-du-jour* ». Il est depuis juin 2015 le Président National de l'UNC.

GÉOPOLITIQUE DES EMPIRES

par Gérard CHALIAND et Jean-Pierre RAGEAU,

Éditions FLAMARION

Une géopolitique des empires à travers six mille ans d'histoire n'avait jamais été tentée. C'est ce que réalise cet ouvrage, depuis le premier empire

(celui de Sargon, en Mésopotamie) jusqu'à l'effondrement du dernier, l'Union soviétique.

Forts de cette appréciation du temps long, les auteurs invitent à appréhender le monde de demain, celui qui suivra la crise majeure que nous traversons.

Comment l'industrialisation, l'urbanisation et la réduction de l'espace-temps bouleversent les équilibres, quel rôle primordial joue la géographie dans l'histoire ? Quelle place les différentes nations occuperont dans le monde ? Faut-il croire à un amenuisement décisif du rôle des États ? Quel type de confrontation les États-Unis et la Chine vont-ils exercer étant donné leurs intérêts d'États, et leur souci de conserver ou de restaurer leur imperium ?...

Jean-Pierre Rageau, ancien élève de l'École nationale des langues orientales, professeur d'histoire-géographie est coauteur d'une dizaine d'atlas avec Gérard Chaliand, homme de terrain, enseignant à Harvard, Berkeley, l'ENA. Ils sont à l'origine du renouveau des atlas.

PORTES DISPARUS, Claude Raoul-Duval, Philippe Béraud – destins croisés 1940-1943

par Patrick COLLET

Éditions HEIMDAL

Avril 1943. La guerre en Europe est à son tournant. Chaque jour au dessus du nord de la France les combats aériens se succèdent, acharnés, meurtriers.

A peine engagé, le groupe de chasse « *Alsace* » perd ses deux premiers pilotes, abattus au même instant, dans le même combat, par le même homme.

Claude Raoul-Duval survivra miraculeusement et passera six mois dans la Résistance, où il vivra une incroyable aventure d'un réseau à l'autre, avant de réapparaître à Londres et de reprendre les commandes d'un Spitfire. Il est aujourd'hui l'un des dix-huit derniers Compagnons de la Libération.

Philippe Béraud disparaîtra. Sa famille le retrouvera après une longue attente de cinq années, enterré anonymement au Havre. A travers ses lettres, elle découvrira alors l'extraordinaire vie qui fut la sienne, d'abord ans la Royal Air Force puis au sein d'une escadrille de chasse de la France Libre.

Portés disparus est le récit poignant de ces deux destins croisés.

Patrick Collet est officier en activité dans l'armée de terre.

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.

RÈGLES GÉNÉRALES

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.

PRÉSENTATION ET CONSEILS DE RÉDACTION

Le texte doit être fourni **en double interligne au format Word 97** (ou versions plus récentes) pour PC (extension .doc). **Éviter impérativement 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.

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.**

Ce seront donc 3 documents : 1 - texte, 2 - photos numérotées et 3 - légendes qui seront à ache-miner en envois séparés.

SOUSSION 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, chargé de l'Internet : jeandomon@wanadoo.fr

Président du comité de rédaction : jean-pierre.moulinie@orange.fr

Secrétariat général : gorssa.national@gmail.com

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.S.C.A. : direction@ch-larochelle.fr

A.N.M.I.T.R.H.A. : erick.legallais@hotmail.fr

Région de Toulon : c.dulaurans@laposte.net

Responsable du listing : COL (H.) Michel CROIZET :

14 Boulevard des Pyrénées – 64000 PAU

michel.croizet@free.fr

Actu GORSSA



UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORSCA

ANMITRHA