

Actu GORSSA



Trimestriel - Juin 2016



BORDEAUX
Mai 2016

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

7^{ème} année
n°2

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

ANORSCA : Philippe MASSICOT

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 : 60 €

Étrangers : 90 €

De soutien : à partir de 90 €

Edition, Impression et Routage :

Centr'Imprim - 36100 ISSOUDUN

Commission paritaire : en cours

Dépôt légal : 2^e trimestre 2016

ISSN : 2110-7424

Crédits photographiques : Antenne Vétro Suippes,
J.-D. Caron, M. Dalègre, J.-P. Delobel, C. Lambert,
J.-J. Lehot, Ph. Massicot, Musée du SSA, G. Pina,
SAMU 94, A. Valéry

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

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

« Une nouvelle réserve pour de nouvelles menaces »

La loi de 1999 modifiée par la loi de 2006, reprise dans le code de la défense ont conduit les forces armées à passer d'une réserve de masse à une réserve d'emploi, qui a pour finalité d'épauler l'armée d'active, et en ce qui concerne le service de santé cette réserve d'emploi doit permettre de compléter les éléments organiques du service et de faciliter la montée en puissance des différentes formations et unités de soutien médical, dont le renforcement est nécessaire.

La loi de programmation militaire 2015-2019 a été remaniée à l'été 2015 à la suite des attentats perpétrés à Paris et cette actualisation de la loi, qui privilégie la protection du territoire national, a confirmé que les réserves militaires constituaient une priorité nationale.

Le projet réserve 2019 prévoit un accroissement de l'emploi de la réserve opérationnelle, ce qui doit conduire au recrutement de 40 000 réservistes opérationnels à l'horizon 2019.

Il est nécessaire, pour qu'il y ait une certaine cohérence entre la mise en place du projet de service SSA 2020 et les travaux menés par le groupe de travail réserves 2019, de consolider la réserve du SSA, dont on sait qu'une grande partie de ses personnels, issus de la conscription, sera atteinte par la limite d'âge dans les 5 ans à venir.

Il faut donc rapidement renforcer nos effectifs, et surtout les fidéliser. C'est pour cela que le Directeur central a décidé en janvier dernier à l'occasion d'un comité exécutif consacré à la réserve opérationnelle d'organiser un séminaire avec pour thème de réflexion le concept d'emploi de la réserve rénovée du service.

Ce séminaire se tiendra à Paris, les 19 et 20 octobre prochain et associera réservistes opérationnels et citoyens, personnels d'active, représentants de la société civile et représentants du monde professionnel de la santé, au sens large du terme.

Proposer au directeur central des solutions pour que la réserve du service s'inscrive parfaitement dans le schéma voulu par le ministre pour l'emploi de la réserve opérationnelle des armées, est donc le défi que nous devons mener cette année.

Un mot sur le GORSSA ne serait-ce que pour dire que le Groupement se porte bien, et que la collaboration des différentes associations qui le compose s'affirme chaque année un peu plus.

Vous le savez, les officiers du corps technique et administratif du SSA ont maintenant rejoint le corps des commissaires. Ils restent affectés au Service de Santé et la création de l'Association Nationale des Officiers de réserve du Service du Commissariat des Armées (l'ANORSCA) a permis la concrétisation des vœux du GORSSA de voir ces commissaires rester au sein de notre Groupement. Je voudrais saluer ici, les mérites du Colonel Michel et du Colonel Saliceti, Présidents de l'ANORCTASSA et de l'ANORSCA qui ont mené les travaux qui ont permis cet heureux aboutissement, grâce auquel les réservistes du SSA, quelque soit leur corps d'appartenance, continueront à parler d'une seule voix.

La réorganisation de notre système de défense notamment sur le territoire national, la rénovation de la réserve et le recours de plus en plus important à son emploi opérationnel, que ce soit en métropole ou sur les différents théâtres d'opérations extérieures, sont autant de facteurs qui ne peuvent qu'asseoir le rôle du réserviste, tout naturellement amené à devenir un acteur nécessaire et utile au bon fonctionnement de l'institution militaire, et en conclusion je reprendrai la phrase de notre ministre de la défense : « *Votre engagement vous honore autant qu'il nous engage* ».

CDCS® Jean-Pierre FOGEL
Président de la FNCDR
Vice-Président du GORSSA

Sommaire

In memoriam médecin en chef(h) Louis FRIEZ (1935-2016)	5	Élèves commissaires aux armées et élèves directeur d'hôpital : un dialogue renforcé	28
In memoriam docteur Paul BECHTOLD, chirurgien dentiste en chef® et humaniste	6	OPEX au GMC de Gao	30
Faut-il proposer un enseignement de défense, sécurité et citoyenneté aux futurs professeurs ?	7	Le réseau des coordonnateurs de la réserve	35
JNR 2016 : sauvetage au combat et attentats	11	Trousse individuelle des personnels smur : l'application civile d'un concept militaire.	38
Les militaires forment les étudiants de la faculté Lyon-Est à la mise en place du garrot tactique	11	La restructuration du service de santé aux armées françaises de 1915 à 1918 2 ^{ème} partie	40
S'appuyer sur le savoir faire des étudiants	17	Journées nationales d'instruction du GORSSA	44
Bilan du questionnaire national auprès des pharmaciens de réserve	18	Informations officielles	46
Conduite à tenir lors d'une épistaxis chez le chien militaire ...	21	Ouvrages parus - bibliographie	47
Journée médico-odontologique du 30 mars 2016	26	Index 2015	48

ORGANIGRAMME ASSOCIATIF

GORSSA

Présidents d'Honneur : MCS N. Fourès †, PC N. Carré, COL P.-J. Linon, MCS J.-P. Moulinié

Président : MCS X. Sauvageon (UNMR)

Vice-Présidents : CDCS J.-P. Fogel (FNCDR), PC J.-C. Schalber (FNPR), VC F.-H. Bolnot (UNVR), CRC1 C. Saliceti (ANORSCA), ICS E. de Moulin de Rochefort (ANMITHRA)

Secrétaire Général : MC X. Wagner

Trésorier : CRC1 C. Saliceti

UNMR

154 bd Hausmann 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 Éric Lecarpentier (Dél. Rég. SGL), MC Xavier Wagner.

Secrétaire Général : MC Patrick Hamon

Secrétaires Généraux Adjoints : 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, Vice-Président du GORSSA :
VC François-Henri Bolnot

Vice-Président International, Président Île-de-France (délégué GORSSA) / Metz : VC Bruno Pelletier

Vice-Président National : VC Gilbert Mouthon

Secrétaire Général : VP Stéphane Nguyen

Trésorier Président DRSSA Bordeaux :
VC Christophe Gibon

Président DRSSA Brest : VC Ghislain Manet

Président DRSSA Toulon/Lyon : VC Marc Verneuil

Administrateurs d'honneur :

VC Jean-François Chary, VCS Jacques Ducos de Lahitte, VC Jean Gledel, VC René Pallayret, VC Jean-Paul Rousseau, VC Pierre Royer, VC Pierre TASSIN

Administrateurs :

VC Xavier Beele
VC Christian Bouthie
VC Pierre de Ginestel
VC Dominique Grandjean
VP Cédric Petit
VC Philippe Rols
VC Charles Touge
VC Marc Verneuil

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 Quélern 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

ANMITHRA

Adresse courriel : amithra.gorssa@gmail.com

Présidente : ICS Élisabeth de Moulin
de Rochefort

Vice-Président : MERCN Marc Tranchet

Trésorier : MERCS Frédéric Noret

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

Secrétaire Adjointe : Chargés de relations
avec le GORSSA : ICAS Gérard Chasselat, ISG2G
Anne Vanderstock

ANORSCA

Présidents d'Honneur : Col Pierre-Jean Linon,
Col Jean-Pierre Capel, Col Yves Harel,
CRC1 Alain Michel

Président : CRC1 Christian Saliceti

Vice-Présidents : CRC1 Pierre Voisin, CRC1
Pascal Hugédé, CRC1 Denis Blonde,
CRP Benoît Frasin

Secrétaire général :
CRC2 Jean-Jacques Boniz

Secrétaire général Adjoint :
CRC2 Emmanuel Leblond du Plouy

Trésorier Général : LCL Pierre Enjalbert

Trésorier Général Adjoint : COL Michel Croizet

IN MEMORIAM MÉDECIN EN CHEF^(H) LOUIS FRIEZ (1935-2016)

MCS(h) J.-P. MOULINIÉ Président d'Honneur de l'UNMR et du GORSSA



Notre camarade et ami le Docteur Louis FRIEZ s'est éteint chez lui à Paris le 26 février 2016 diminué par de multiples pathologies mais surtout cruellement affecté par les décès les mois précédents de son épouse et d'un fils chéris ; nous étions nombreux le 4 mars dernier à Saint Jean Baptiste de la Salle église de sa paroisse du 15^{ème} arrondissement à l'accompagner lors des obsèques religieuses.

Né le 14 avril 1935 à Paris 13^{ème}, il poursuit des études secondaires classiques, Externe en 1955 puis Interne des hôpitaux de Paris en 1960, il est incorporé à Vincennes en mai 1961 puis suit le peloton EOR à Libourne, affecté d'octobre 1961 à juillet 1962 en qualité de Médecin-Aspirant en grande Kabylie à l'hôpital militaire de Tizi-Ouzou il participe à de nombreuses missions hélicoptères en zones de combat, nommé Sous-lieutenant et cité à l'ordre de la brigade en juin 1962, citation comportant l'attribution de la Croix de la Valeur militaire avec étoile de bronze, il achève son service national en neurologie à l'HIA du Val de Grâce et est promu au grade de Lieutenant de Réserve du SSA. Officier de Réserve très motivé, il gravira tous les échelons des grades jusqu'à celui de Médecin en Chef autorisé à porter les galons de Colonel et servira en qualité de Médecin-Chef du 102^{ème} RCS puis de la 102^{ème} DI et à l'E.M.I. du CMIDF à Versailles-Satory puis à Saint Germain en Laye où il sera admis à l'Honorariat de son grade en 1999.

Parallèlement, sa carrière professionnelle Hospitalo-Universitaire et ses activités civiles et associatives ont été particulièrement remarquables. Chef de clinique à la faculté de Médecine de Paris, qualifié en rhumatologie

et rééducation fonctionnelle, il sera nommé Chef de service dans cette spécialité jusqu'à sa retraite au Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges et Directeur d'Enseignement clinique à la faculté de Médecine de Créteil-Université Paris XII. Expert près la cour d'Appel de Paris, expert auprès de nombreux Ministères dont celui de la Défense au Centre de Réforme de Paris, de l'Assistance Publique et de la ville de Paris. Il publiera en premier une cinquantaine d'articles scientifiques, inspirera plusieurs thèses de Doctorat en Médecine et sera titulaire de nombreuses Sociétés Savantes dont la Société de Médecine de Paris qu'il présidera.

Membre très actif de nombreuses associations, en particulier Administrateur de l'Union Nationale des Médecins de Réserve, membre de l'Association Nationale des Croix de Guerre et Valeur Militaire, membre de l'Association Nationale des Médecins Anciens Combattants et membre du Souvenir Français auquel il était très attaché, en effet pendant quatorze ans il a rempli les fonctions de Délégué Général-Adjoint pour Paris sur proposition du Général Bougerol, Délégué Général et sous les ordres duquel il avait déjà servi. Il s'est investi à fond avec une remarquable efficacité dans cette mission et a acquis l'estime de tous en particulier pour ses qualités humaines et son talent d'organisateur. Après le décès de celui-ci, Louis Friez a assumé la lourde charge de DG de Paris pendant quelques mois, charge qu'il a dû, par honnêteté, abandonner pour raisons de santé de son épouse et de lui-même, mais tant qu'il a pu rassembler quelques forces il était toujours très heureux de pouvoir continuer à participer aux cérémonies patriotiques du Souvenir Français.

Ses nombreuses décorations militaires et récompenses civiles attestent des engagements qui ont jalonné toute sa vie : Chevalier de la Légion d'Honneur, Officier de l'Ordre National du Mérite, Croix de la Valeur Militaire avec Étoile de bronze, Croix du Combattant, Médaille des Services Militaires Volontaires échelon Or, Médaille Commémorative Algérie et AFN, Titre de reconnaissance de la Nation, Médaille de Vermeil de la ville de Paris, Médaille de la ville de Verdun avec titre de citoyen d'Honneur, Médaille d'Argent de l'UNMR, Médaille de bronze du Souvenir Français, Médaille de l'Ordre Euclides da Cunha du Brésil.

Nous garderons tous en notre mémoire le souvenir de Louis Friez camarade fidèle, généreux, humble et discret.

« J'ai rejoint ceux que j'aimais, j'attends ceux que j'aime »
Saint Augustin

IN MEMORIAM DOCTEUR PAUL BECHTOLD, CHIRURGIEN DENTISTE EN CHEF® ET HUMANISTE

CDC® Jean-Michel Courbier, Président de l'ACDR de Toulon



Né à Marseille en Juin 1925, Paul BECHTOLD fait de brillantes études secondaires et doit s'inscrire à l'Ecole Dentaire de Marseille lorsque la guerre éclate. A 19 ans, il rejoint les FFI, puis, engagé volontaire dans les Commandos d'Afrique, il fera la campagne des Vosges et les campagnes d'Alsace et d'Allemagne. Blessé en novembre 1944 du côté de Belfort, il recevra une citation à l'ordre du Corps d'Armée en 1945.

Démobilisé en 1946 il reprend ses études de Chirurgie Dentaire à Marseille et sera diplômé en juillet 1952, date à laquelle il ouvre son cabinet au boulevard de la Libération. Brillant enseignant, tout d'abord à l'école dentaire de la montée des Accoules puis à la faculté de Chirurgie Dentaire du Pharo, il sera assistant, puis chef de clinique et expert auprès de la caisse primaire d'assurance maladie. Il participera aussi à la formation des assistants dentaires (CNQAOS), activité qu'il exerçait encore il y a peu. Il passe en 1972 sa thèse de troisième cycle de docteur en sciences odontologiques, thèse en odontologie-pédiatrique qui fera référence dans le milieu dentaire (Contribution à l'étude de la mélanodontie infantile de Beltrami-Romieu et de ses rapports avec la carie dentaire).

Élu au Conseil de l'Ordre en 1967, réélu en 1977 et 1981, Paul prend sa retraite en 1990 après 38 ans d'exercice à Marseille. Le Président du Conseil de l'Ordre de l'époque, pour son départ, dira de lui « Un confrère dont l'esprit confraternel et l'attitude dans le cadre professionnel sont au dessus de tout éloge ». C'était un des plus anciens membres de la Commission des Relations avec les Usagers et la Qualité (CRUQ) à l'HIA Laveran, où il était également le représentant de la CLIN (Comité de lutte contre les infections nosocomiales) depuis 2002.

Chirurgien Dentiste en Chef, il occupera différentes fonctions dans la réserve, au GORSSA en particulier, et participera jusqu'au bout à nos manifestations comme en septembre 2015 pour l'assemblée générale de notre Association de Chirurgiens-dentistes de Réserve de Toulon, lors d'une visite à la légion Etrangère à Aubagne. A l'occasion du repas, qu'il anima de bout en bout, émaillant ses propos de savoureuses anecdotes comme il savait si bien le faire, il nous sensibilisait encore à l'importante responsabilité que nous avons dans la Réserve.

Personnage passionné, profondément croyant, enseignant passionnant, camarade fidèle, mémoire de notre profession, il a légué à chacun d'entre nous, d'entre vous, une multitude de souvenirs, d'anecdotes et de documents professionnels et militaires. Je le revois encore me divulguant son savoir et ses conseils pour une conférence que j'avais à faire sur la pédodontie. Son don de soi n'avait pas de limite. Il n'hésitait pas à s'investir pour le bien des autres (il a été aussi membre d'un club service pendant plusieurs années).

Le Chirurgien Dentiste en Chef Paul BECHTOLD était officier de la Légion d'Honneur et de l'Ordre National du Mérite, il était également titulaire de la Croix de Guerre avec étoile de vermeil, de la Croix du Combattant Volontaire et de la Médaille des Blessés et de la médaille des Service Volontaires or.

Le docteur Paul BECHTOLD était veuf depuis peu et avait une fille. Il nous a quittés le 4 avril 2016 à 91 ans et les honneurs militaires lui ont été rendus par ses camarades lors de ses obsèques. Ayons une pensée pour lui et gardons son souvenir !

FAUT-IL PROPOSER UN ENSEIGNEMENT DE DÉFENSE, SÉCURITÉ ET CITOYENNETÉ AUX FUTURS PROFESSEURS ?

J.-J. Lehot¹, J.-L. Lamboley², C.-J. Paoletti³, A. Mougnotte⁴

Depuis 2014, les référents défense sécurité (RDS) de l'Université de Lyon proposent un enseignement de défense, sécurité et citoyenneté (EDSC) aux Ecoles supérieures du Professorat et de l'Éducation (ESPE) de l'Académie de Lyon à l'incitation de leur Directeur. Suite au rapport d'activité de la première année (1), les RDS ont modifié leur approche pédagogique. Les résultats de cette deuxième année d'EDSC sont exposés dans le présent travail.

Matériel et méthodes

Le cadre réglementaire de ces enseignements a été décrit précédemment (1). Durant l'année de leur Master 2, les étudiants des ESPE portent le nom d'étudiants-stagiaires (ES) car ils sont en stage à mi-temps dans une classe. Entre le 29 février et le 27 avril 2016, 988 ES des ESPE de l'Académie de Lyon ont bénéficié d'une demi-journée d'EDSC. (Figure 1)



Figure 1 : Cliché pris le 29 février 2016 à l'ESPE de Lyon

Cinq séances à caractère obligatoire ont été organisées au profit des 860 futurs professeurs des écoles (3 à Lyon, 1 à Saint-Etienne et 1 à Bourg-en-Bresse) et une séance à Lyon et Saint-Etienne pour les futurs enseignants du second degré (CPE, professeurs des lycées professionnels, professeurs d'histoire et géographie). Les responsables pédagogiques des sites ESPE étaient chargés de l'information préalable des ES ainsi que des convocations.

Le programme pédagogique a été proposé à la Direction de l'ESPE par la Collégiale des RDS de l'Université de Lyon et les représentants du Rectorat et de l'Officier Général de la Zone de Défense Sud-Est.

Chaque demi-journée comportait deux temps :

- une conférence sur la défense et la sécurité globale à la charge d'un officier général ou supérieur en présence de tous les ES, accompagnée d'un temps d'échanges.
- un ou deux ateliers (en fonction du temps imparti) par groupes désignés par les responsables pédagogiques des sites ESPE sur les thèmes suivants :
 - Devoir de mémoire
 - Cyberdéfense/cybersécurité,
 - Risques naturels, industriels et d'attentats au XXI^e siècle,
 - Réserves militaires, citoyennes et de l'Éducation Nationale.

Baucoup d'intervenants dans les ateliers étaient réservistes et/ou auditeurs ou membres associés de l'IHEDN. et s'engageaient à respecter la neutralité républicaine dans leurs propos. Ils s'efforçaient d'homogénéiser ces propos dans les domaines respectifs avant leurs interventions.

Les ES ont été sollicités pour remplir un questionnaire anonyme d'une page à l'issue de leur formation. Ces évaluations ont été analysées sur fichier Excel par une biologiste indépendante. Si le nombre de questionnaires rendus était inférieur à 50 % des présents, les résultats n'étaient pas analysés afin de limiter le risque biais.

¹ MCS[®] RMed, Référent Défense Sécurité (RDS), Université Claude-Bernard Lyon 1, Lyon

² CP[®], RDS, Université Lumière Lyon 2, Lyon

³ RDS ENISE, Saint-Etienne

⁴ Directeur de l'École Supérieure du Professorat et de l'Éducation (ESPE), Académie de Lyon, Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon.

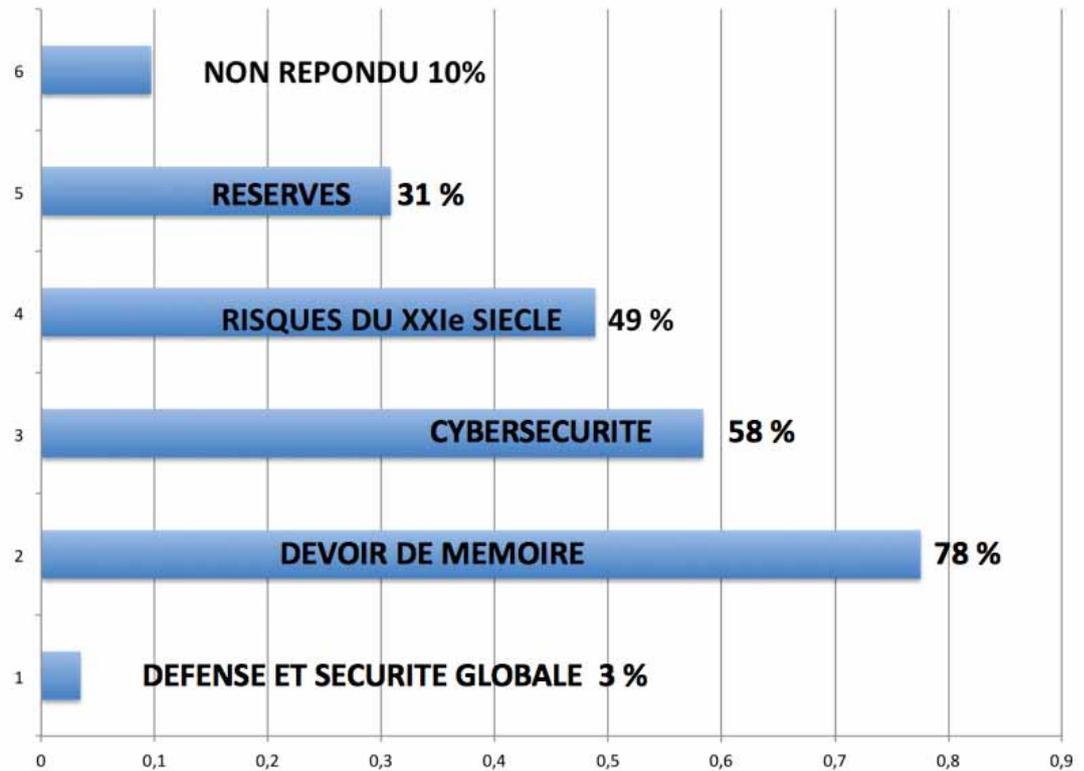


Figure 2 : Thème ayant le plus intéressé (% des ES présents)

Résultats

433 évaluations portant sur 5 demi-journées ont été analysées (50,05% des présents). 35 évaluations provenant d'un centre n'ont pas été analysées car ne représentant que 28,45% des présents.

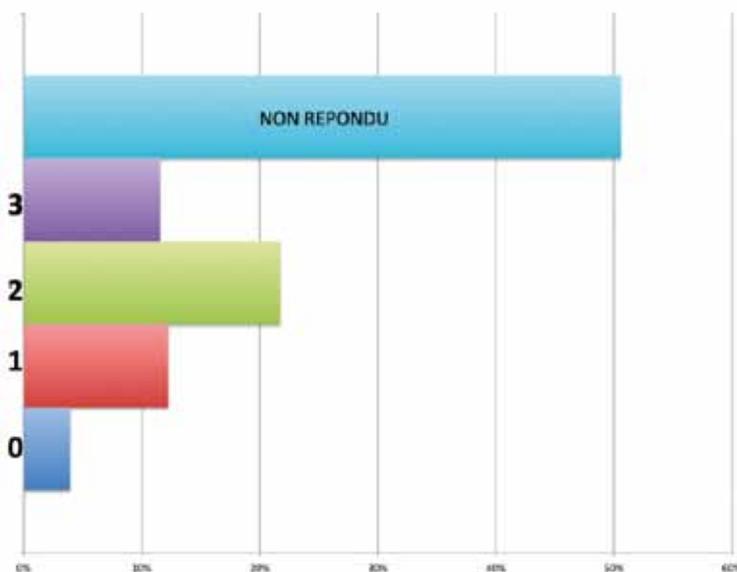


Figure 3 : Thème défense sécurité globale : ressenti du respect des objectifs (échelle de 0 à 3) en % des réponses sur 433 ES

Résultats globaux

61% ont répondu que les objectifs de l'EDSC avaient été clairement formulés.

Il s'agit d'une formation utile pour exercer leur future profession (46%), inutile (29%), sans opinion ou non répondu (24%). 45% d'entre eux recommanderaient la formation aux étudiants de Master 1,22% ne la recommanderaient pas, 33% sont sans opinion ou n'ont pas répondu. Les échanges ont paru utiles (33%), inutiles (9%), suffisants (38%) ou trop courts (26%).

La neutralité républicaine a été respectée pour 93%, non respectée (3%) et sans opinion ou non répondu (4%).

Résultats selon le thème

Dans l'opinion des ES, les objectifs ont été respectés différemment selon les formations :

- pour défense et sécurité globale, 33% seulement ont coté 2 ou 3 (sur une échelle allant de 0 à 3) mais 51% ne se sont même pas prononcés (figure 3).

Pour les ateliers, les résultats sont satisfaisants avec respectivement 92 et 6% pour le devoir de mémoire, 83 et 7% pour cyberdéfense, 81 et 8% pour les risques du XXI^e siècle et 76 et 5% pour les réserves.

Le thème qui a le plus intéressé (figure 2) était le devoir de mémoire (78% de ceux qui y ont assisté), puis dans l'ordre la cyberdéfense (58%), les risques du XXI^e siècle (49%), les réserves (31%) et la défense et sécurité globale (3%). La perception de la qualité du traitement du thème suit presque le même ordre.

Commentaires libres

Présents dans le tiers des évaluations, on note :

- sur l'ensemble de cette formation : « *peu de lien avec le métier d'enseignant, pas assez pratique, pas assez interactif* ».
- sur la conférence initiale : « *ennuyeuse, inutile, rappelle la JAPD* ».
- sur les ateliers : « *les 4 devraient être programmés systématiquement, devraient être plus longs pour permettre plus d'échanges, ne pas leur imposer le thème* ».

Le devoir de mémoire est préféré car « *en lien avec le métier et bien traité* ». La cyberdéfense devrait donner « *plus d'exemples pratiques* ». Les risques du XXI^e siècle devraient se concentrer sur les « *risques au sein de la classe* ». Les réserves devraient être traitées par des enseignants réservistes non médecins.

Discussion

Six demi-journées accueillant près d'un millier d'ES des ESPE qui seront en poste en septembre prochain ont été organisées par les RDS et le Trinôme de l'Académie de Lyon. Ces enseignements se sont effectués dans des conditions satisfaisantes concernant les soutiens institutionnels, le choix des intervenants en fonction de leurs compétences et la logistique.

Les résultats globaux des évaluations sont encourageants avec possibilité cependant d'améliorer certains points tels que l'annonce des objectifs à l'avance. Les thèmes abordés en ateliers ont été appréciés, en particulier le devoir de mémoire qui fait partie du programme des professeurs des écoles et qu'ils doivent enseigner. De plus, le Centenaire de la Première Guerre Mondiale les a préparés à aborder ce thème. La cybersécurité et la cyberdéfense intéressent tous les citoyens ; de plus il paraît logique que les enseignants puissent former leurs élèves à cette thématique touchant à leur quotidien. Le fait que la cyberdéfense et les risques du XXI^e siècle arrivent derrière le devoir de mémoire est surprenant en raison de l'actualité du péril. Ceci peut témoigner d'un défaut d'information sur ces périls ou de la focalisation des ES préoccupés avant tout par leur année universitaire en cours. Dans les deux hypothèses il paraît important de continuer à prioriser ces deux thèmes.

Il n'est pas surprenant que les réserves militaires ne touchent que faiblement les ES des ESPE qui ne se sentent pas majoritairement concernés. Cependant le dernier rapport d'emploi des armées (2) envisage de promouvoir la réserve militaire chez les étudiants, ce qui permettrait en outre de créer des liens entre civils et militaires. La réserve de l'Education Nationale mériterait également d'être mieux connue.

L'accueil défavorable du thème « *défense et sécurité globale* » est surprenant, alors que les militaires sont largement déployés en métropole et à l'étranger (Opérations Sentinelle et Barkhane en particulier). Il s'agit sans doute d'un manque d'information objective, la réalité perçue au travers des médias et du web pouvant être déformée ou les ES pouvant être victimes de l'« *effet tunnel* », leurs préoccupations pouvant être centrées uniquement sur leur avenir immédiat.

Il nous paraît capital que les jeunes enseignants puissent transmettre les savoirs opérationnels mais aussi le savoir-être aux générations qui constitueront la France et l'Europe de demain. Dans ces conditions nous devons envisager des modalités pédagogiques adaptées.

Pour susciter la motivation des étudiants, une activité d'apprentissage doit (3) :

- être diversifiée
- être signifiante aux yeux de l'étudiant
- lui présenter un défi à relever
- avoir un caractère authentique à ses yeux
- exiger de sa part un engagement cognitif
- le responsabiliser en lui permettant de faire des choix
- lui permettre d'interagir et de collaborer avec les autres
- avoir un caractère interdisciplinaire
- comporter des consignes claires
- se dérouler sur une période suffisante.

Ainsi, pourrait-on suggérer :

- dans un premier temps, s'efforcer de remplacer la conférence sur défense et sécurité globale par des ateliers en plus petits groupes, animés par des enseignants auditeurs de l'IHEDN, de l'ANAJ-IHEDN, ou des réservistes enseignants ou participant à l'opération Sentinelle.
- dans un deuxième temps, insérer les notions de défense dans les parcours MEEF, par exemple histoire, géographie et économie et en favorisant les « *classes inversées* » dans lesquelles l'étudiant fait le cours devant ses camarades sous le contrôle de l'enseignant.

Les réservistes de l'Education Nationale et des auditeurs de l'IHEDN pourraient intervenir dans ce cadre.

En conclusion, nous avons évalué une action pédagogique des RDS de l'Université de Lyon et du Trinôme Académique en faveur des Masters 2 des ESPE de l'Académie de Lyon. Si les enseignements par atelier sont dans l'ensemble appréciés, la conférence sur la défense et la sécurité globale risque de ne pas avoir atteint sa finalité. Des modalités pédagogiques innovantes doivent être proposées.

Références

1. Lehot JJ, Lamboley JL, Bourgou T et la Collégiale des RDS de l'Université de Lyon. *La sensibilisation à la culture de défense et de sécurité dans les ESPE. Défense. Septembre-octobre 2015, 176, 53.*
2. Ministère de la Défense Nationale. *Conditions d'emploi des armées lorsqu'elles interviennent sur le territoire national pour protéger la population. Rapport au Parlement 2016.*
3. Viau R. *Savoir motiver les étudiants. In : Ménard L et St-Pierre L. Se former à la pédagogie de l'enseignement supérieur. Association Québécoise de Pédagogie Collégiale, 2014, pp. 236-52.*

Remerciements :

Les auteurs remercient les personnalités suivantes pour leur implication et leur soutien :

Madame F. Moulin Civil, Rectrice de l'Académie de Lyon, GCA P. Chavancy, Gouverneur Militaire de Lyon, MGI J. Escarment, DRSSA Lyon, J.-J. Roche, Président du Comité Scientifique de l'IHEDN, Y. Thevenot, F. Aubert, M. Front, Responsables pédagogiques des sites ESPE de l'Académie de Lyon, Dr M.-E. Reverdy, biologiste.

Les auteurs remercient les personnalités suivantes pour leurs interventions :

GBR C Péraldi, Adjoint au GML, MCSHC(H) E. Tissot, COL(ER) JL Lemaire, PC(R) M. Dalègre, CDTF Porteyron, MP(R) JS David, MP(R) G. Pina-Jomir, CP(R) G. Arnist, CP(R) S. Bazerolle, LTN(R) P Kirmizigul, SCH(R) R. Gleizal et B Poncet, RDS Juniors Université Lumière Lyon 2 et Université Claude Bernard Lyon 1.

Messieurs les professeurs N Rosset (IPR), G. Maguin et D Yendt

Liens d'intérêt : aucun

Le réseau des référents défense sécurité de l'enseignement supérieur (RDS) a été créé par le Protocole de 2007. La Collégiale des RDS a été créée dans l'Académie de Lyon pour rassembler les RDS des universités et grandes écoles de Lyon et Saint-Etienne. Les représentants de l'Officier Général de Zone de Défense Sud-Est, de la Direction Régionale du Service de Santé des Armées, du Rectorat, de l'IHEDN-Région de Lyon et le CIRFA nous ont rejoint pour offrir un programme pédagogique annuel sur défense, sécurité globale et citoyenneté. Depuis 2014, la fonction de RDS junior a été créée pour faire entrer des étudiants dans ce groupe de travail.

Nous remercions la rédaction d'ActuGORSSA de nous permettre de présenter trois des actions réalisées durant le premier semestre 2016. Nous espérons ainsi que des organisations semblables voient le jour dans d'autres villes afin de développer l'enseignement de l'esprit de défense chez les étudiants.

MCSCN® LEHOT, MP® PINA-JOMIR

JNR 2016 : SAUVETAGE AU COMBAT ET ATTENTATS LES MILITAIRES FORMENT LES ÉTUDIANTS DE LA FACULTÉ LYON EST À LA MISE EN PLACE DU GAROT TACTIQUE

Pina-Jomir G¹., Massoubre B.², Dalègre M.³, Faure M.-A.⁴, Vialan A.⁵



Les étudiants se pressent autour du VABSAN

Le personnel du RMED assure une grande partie de la logistique sur place. Ses personnels, présents en grand nombre, jouent la partie « sécurisation » de l'exercice. LE VABSAN attire un grand nombre d'étudiants tout au long de la journée.

RÉSUMÉ

La prise en charge de patients victimes d'attentats comme ceux qui ont touchés Paris le 13 novembre 2015 relève plus du sauvetage au combat que de la prise en charge habituelle d'urgences médicales en métropole. La situation est alors proche de la médecine de guerre, avec plus de blessés que de soignants, un environnement hostile (échanges de tirs, zone non sécurisée) et une typologie de blessures particulière, avec notamment une prépondérance de plaies hémorragiques.

Ces situations d'exception sont bien connues des équipes soignantes du Service de Santé des Armées. La médecine et la chirurgie de guerre qu'elles exercent sur les théâtres d'opération extérieure constituent leur « cœur de métier » : une médecine pré hospitalière très particulière en milieu hostile.

La journée nationale du réserviste 2016 de l'université Lyon 1 voulait illustrer cette émergence dans le milieu civil de la médecine tactique, et l'implication forte des réservistes du SSA dans la transmission de ce savoir faire du monde militaire au monde civil, en particulier pour nos jeunes étudiants santé.

Lors de la Journée nationale du réserviste (JNR) 2016, qui s'est déroulée à l'université Claude Bernard Lyon 1, sur le campus Santé Est Rockefeller le jeudi 7 avril, dont le thème était : « Une nouvelle réserve pour de nouvelles menaces, parce que la sécurité nationale est l'affaire de tous ! ». Des étudiants en santé de Lyon ont participé, aux côtés des militaires d'active et de réserve du Centre Médical des Armées (CMA) et du Régiment Médical (RMED) de La Valbonne, à un exercice en

¹ MP[®], HIA Desgenettes

² PP[®], HIA Desgenettes

³ PC[®], HIA Desgenettes

⁴ PA[®], HIA Desgenettes

⁵ MC, CMA de La Valbonne

conditions réalistes mettant en pratique les protocoles d'intervention militaire et les techniques de sauvetage au combat sur un scénario d'attentat en milieu civil. Un atelier de la cellule mobile d'entraînement par simulation de la Direction Régionale du Service de Santé des Armées de Lyon (DRSSA) et du AMU 69 permettait aux visiteurs de s'exercer à la pose d'un garrot.

L'exercice faisait partie intégrante de la formation des étudiants en médecine, dans le cadre d'une Unité d'Enseignement libre de défense et de sécurité : « *Évolution de la santé, évolution des risques* ».

Parce que la sécurité nationale est l'affaire de tous, le but de cette journée était d'insister particulièrement sur la prise en charge de l'hémorragie (l'hémorragie représentant plus de 50% des décès évitables au combat) et en particulier la pose d'un garrot, alors même cette technique n'était plus enseignée en milieu civil dans la formation aux gestes de premiers secours. L'atelier de la cellule mobile d'entraînement par simulation de la Direction Régionale du Service de Santé des Armées de Lyon et du SAMU 69 proposaient à l'ensemble des visiteurs qui le souhaitaient de s'exercer à la pose d'un garrot et à la réalisation d'un pansement compressif... et d'en vérifier son efficacité !



Figure 1 : Entraînement des étudiants au CESimMO de l'École du Val de Grâce, à l'HIA Desgenettes.

Les étudiants de l'enseignements optionnel, guidés par le personnel militaire, apprennent les gestes techniques de sauvetage au combat et s'entraînent à la prise en charge d'un blessé en appliquant le SAFE MARCHÉ RYAN

En marge se tenaient plusieurs stands :

- Stand de la DRSSA qui présentait la réserve opérationnelle aux étudiants de santé, et son rôle indispensable au SSA pour remplir sa mission au profit des armées,
- Stand de présentation NRBCe, montrant différents types de tenues du SSA adaptées aux risques NRBCe, appareils de détection (AP2C, MIP 10), antidotes (seringues bicompartiments) ...
- Les Démineurs de la Sécurité Civile présentaient une tenue de protection et le robot et le véhicule d'intervention.

L'objectif pour les étudiants : apprendre à pratiquer la médecine d'urgence en équipe civilo-militaire

L'enjeu était de mettre les étudiants, futurs médecins, en situation de travail dans des conditions dégradées et hostiles type attentat, de les amener à travailler en équipe mixte et de bénéficier de l'expérience technique et pratique de militaires experts dans le domaine.

Le scénario était celui d'un attentat (par armes à feu et explosifs) au sein de la faculté de médecine Lyon Est. Des personnels du Plan Sentinelle, qui patrouillaient sur les lieux, arrivent rapidement et sécurisent la zone, permettant dans un deuxième temps l'intervention d'étudiants qui portent secours à leurs camarades blessés.

Les étudiants, qui avaient reçu au préalable une instruction spécifique au sauvetage au combat par le personnel du CMA de la Valbonne avec l'aide du CeFOS (Centre de Formation Opérationnel Santé) et du CESimMO (Centre d'Enseignement et de Simulation de la Médecine Opérationnelle) de l'École du Val de Grâce, ont appliqués les protocoles d'intervention de médecine tactique (Figure 1).

Ces situations d'exception sont bien connues des équipes soignantes du SSA pour lesquelles la médecine opérationnelle et par extension la médecine en situation de crise est le cœur du métier. La prise en charge des victimes en situation tactique, leur catégorisation, leur mise en condition « à l'avant » où le facteur temps et l'aspect de sécurité est une préoccupation constante, est l'aboutissement d'une longue expérience du SSA français. Elle est basée sur le concept du sauvetage au combat d'une part, et de l'optimisation des techniques médico-chirurgicales spécifiques de « *damage contrôle* ». L'intérêt est de réduire (à toutes les étapes) le temps opératoire initial en ne réalisant que les gestes vitaux strictement nécessaires.

Prise en charge pratique d'un blessé - La méthode "MARCHE-RYAN", Le "MARCHE" ou Tout ce qui doit être fait maintenant pour sauver ce blessé

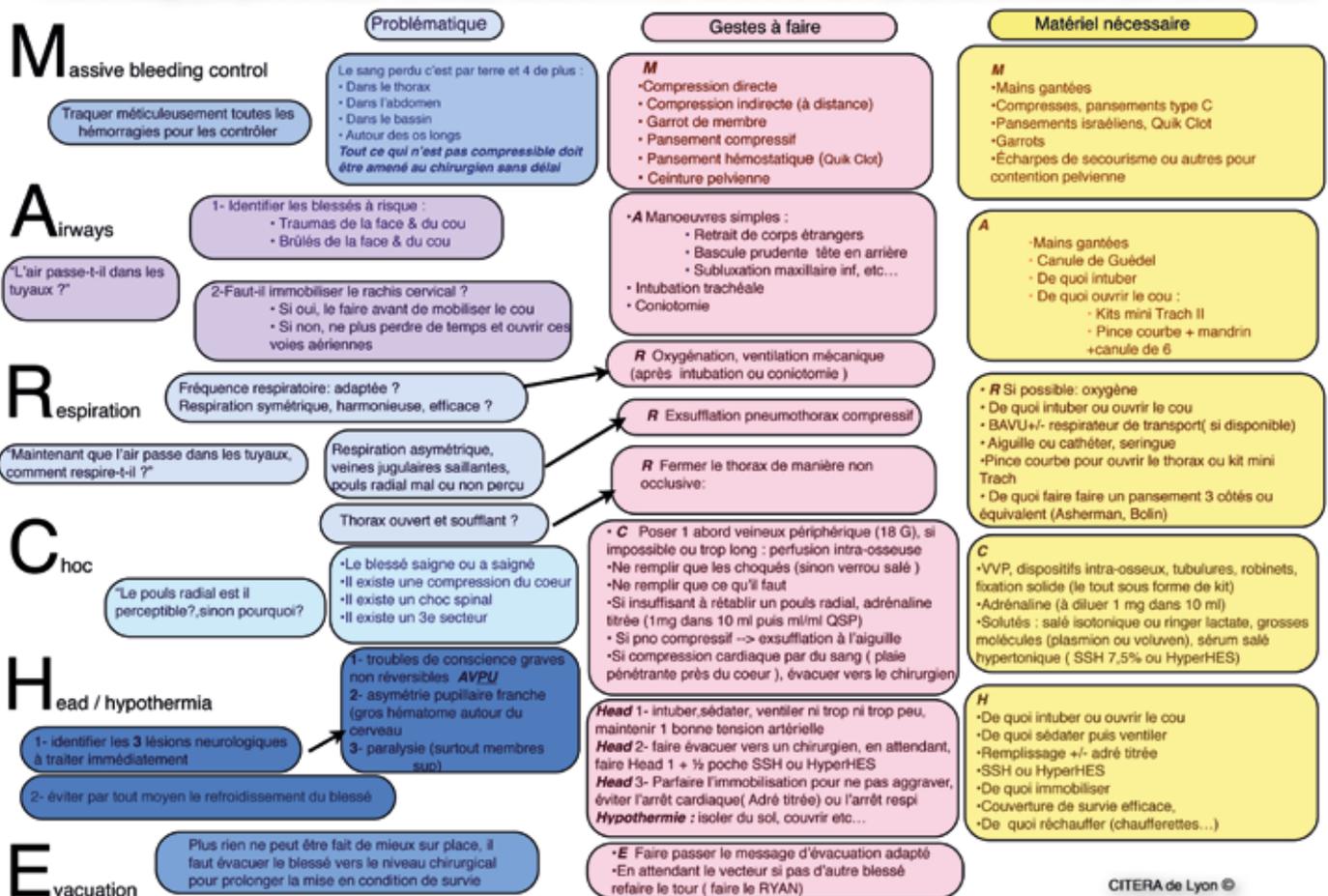


Figure 2 : Prise en charge pratique d'un blessé : le « MARCHE »

Cette technique permet une prise en charge rapide de réanimation, centrée sur la maîtrise du choc hémorragique par le biais de l'emploi précoce des dérivés du sang et de médicaments favorisant la coagulation. Elle autorise ensuite une reprise chirurgicale éventuelle à 24 heures chez un blessé stabilisé, donc dans de meilleures conditions.

Sauvetage au combat et « SAFE MARCHE RYAN », un objectif simple : diminuer le nombre de morts évitables

Le SAFE MARCHE RYAN (Figure 2) est un moyen mnémotechnique inspiré des protocoles américains, pour aider à la prise en charge du blessé de guerre, dans un contexte de stress voire sous le feu. Son objectif, simple, est de diminuer le nombre de morts évitables.

Le déroulé de l'anagramme SAFE implique la Suppression de la menace, son Analyse (et le cas échéant l'extraction du blessé de la zone dangereuse vers un endroit sécurisé « *pick and run* »,

s'assurer que la zone est alors libre de danger « *Free of danger* » et enfin l'Evaluation du blessé (en particulier en cas nombreux blessés par la méthode de l'ABC qui vérifie les fonctions vitales : voies aériennes supérieures, Airways, recherche d'un saignement actif : Bleeding et évaluation hémodynamique : Circulation.

C'est ensuite l'acronyme MARCHE qui guide pas à pas l'examen clinique, en commençant par le risque vital le plus imminent, étape cruciale pour le blessé de guerre : la recherche et prise en charge d'hémorragie massive (Massive bleeding control). Suit le contrôle et le cas échéant la libération des voies aériennes supérieures (Airways), la recherche de signes d'insuffisance respiratoire aigüe (Respiration) (et le cas échéant exsufflation d'un pneumothorax compressif, prise en charge d'une plaie soufflante...). L'état hémodynamique du patient (Circulation) est contrôlé à la recherche d'un état de choc qui sera pris en charge immédiatement (VVP ou voie osseuse, remplissage...).



Figure 3 : démonstration de sauvetage au combat

Les étudiants réalisent des démonstrations de sauvetage au combat sur des mannequins haute fidélité. Ils sont guidés, évalués puis débriefés par des militaires (active et réserve) du CESimMO et du CMA de La Valbonne.

La lettre H correspond d'abord à un examen neurologique rapide : conscience, pupilles, mobilité des 4 membres (Head) mais aussi à la prévention de l'Hypothermie qui est un facteur aggravant l'état du blessé. Enfin le E correspond à l'Évacuation (préparation du message d'évacuation) (et à Exacyl® dont l'injection a prouvé chez le traumatisé grave une diminution de la mortalité).

Une fois passée le message d'évacuation, le RYAN correspond à la Réévaluation du blessé, à la préservation d'organes fonctionnels comme la mise en œuvre d'une protection oculaire (Yeux) ou auditive, l'Analgésie et le cas échéant l'Antibiothérapie ainsi que le Nettoyage des plaies.

A l'issue de la prise en charge par la méthode du SAFE MARCHE RYAN, le blessé est prêt à être évacué.

Dans le scénario, l'étape « SAFE » avait été assurée par les personnels du Régiment Médical. Les étudiants évoluaient successivement par groupe de 4 ou 5 pour prendre en charge les victimes par la méthode du MARCHE.

Les parties prenantes : coopération entre soignants civils, réservistes et militaires

Cet exercice faisait intervenir des militaires (d'active et de réserve) du CMA de la Valbonne, du Régiment Médical de La Valbonne, du Centre de formation Opérationnelle Santé (CeFOS)

et du CESimMO (Centre d'Enseignement et de Simulation de la Médecine Opérationnelle) de l'Ecole du Val de Grâce, de l'Hôpital d'Instruction des Armées Desgenettes (HIAD), de la Direction Régionale du Service de Santé des Armées (DRSSA), de la cellule mobile d'entraînement par simulation de la DRSSA de Lyon, ainsi que des personnels du SAMU 69 et des étudiants et personnels des Hospices Civils de Lyon et de l'Université de Lyon.

L'entraînement pratique par simulation : une démarche essentielle à l'acquisition du geste technique

Les exercices ont pour objectif l'évaluation des connaissances acquises lors des séances de formation, le cas échéant l'amélioration des procédures ou leur adaptation grâce au retour d'expérience.

Chaque geste technique doit préalablement avoir été acquis. C'est le but des entraînements pratiques. Ainsi durant plusieurs heures, les étudiants ont pu s'entraîner sous le regard bienveillant et les conseils de personnels d'active et de réserve du CESimMO de l'Ecole du Val de Grâce, du Centre Médical des Armées de la Valbonne et de l'Hôpital d'Instruction des Armées Desgenettes, à la réalisation des gestes de prise en charge de sauvetage au combat. Puis ont eu lieu plusieurs séances d'exercice en équipe sur des scénarios réalistes et sur

mannequins haute-fidélité qui permettaient en temps réel de faire évoluer la situation clinique des « patients ». Pour chacun des groupes, un débriefing concluait chaque intervention, revenant sur les erreurs relevées, proposant des voies d'amélioration personnalisées.

L'exercice final était « joué » pour la Journée Nationale du Réserviste, devant de nombreux spectateurs parmi lesquelles des personnalités civiles et militaires (Figure 3). Il constituait pour les étudiants l'examen pratique de validation de l'optionnel. Ceci constituait un stress supplémentaire qui s'ajoutait au stress médiatique, et dont l'objectif est triple : améliorer la mémorisation, suppléer l'absence de stress lié à l'absence de danger réel pour s'approcher des conditions opérationnelles, observer et juger le comportement sous stress de ces futurs professionnels de santé.

La coopération civilo-militaire au centre du dispositif

Évalué par plusieurs observateurs, experts militaires et civils, et sous l'œil de nombreux spectateurs, l'exercice a permis d'apprécier

l'implication forte des personnels militaires de chaque structure ainsi que celle des étudiants de l'UFR Médecine. Pour les étudiants de médecine et de maïeutique de l'Université Lyon 1, ce fut l'occasion de découvrir le Service de Santé des Armées. Les étudiants ont particulièrement apprécié l'approche pratique par simulation du sauvetage au combat et les échanges lors de la transmission de ce savoir et de ce savoir-faire avec les intervenants militaires. Les militaires ont été touchés par la volonté d'apprendre, l'enthousiasme et les progrès des étudiants. Cette cohésion rapide entre sachants et apprenants civilo-militaires s'est concrétisée par un exercice final dont la complexité a dû être revue à la hausse pour tenir compte de la progression plus rapide et du niveau de compétence plus élevé acquis par les étudiants.

De plus, l'organisation d'exercice mixte civilo-militaire favorise au niveau local l'échange de compétences spécifiques et le partage des responsabilités opérationnelles. Ceci participe également à la construction d'une connaissance et d'une confiance réciproque entre les différents services et institutions.



Figure 4 : Savez vous mettre un garrot ?

La cellule mobile d'entraînement par simulation de la DRSSA de Lyon enseigne le concept et la pose du garrot tactique à tous. L'utilisation de mannequins haute fidélité permet à l'apprenant de vérifier concrètement l'efficacité de son geste à l'arrêt du saignement.

Prise en charge d'une hémorragie massive : des gestes que chacun peut apprendre

La prise en charge initiale d'une hémorragie massive peut se faire par des gestes simples mais dont la réalisation doit respecter des règles essentielles pour qu'ils soient efficaces. A côté de la démonstration de sauvetage au combat, l'atelier « *savez vous mettre un garrot ?* », mis en œuvre par la cellule mobile d'entraînement par simulation de la DRSSA de Lyon et le SAMU 69 permettait à tous ceux qui le souhaitaient de s'exercer à la pose de garrot ou à celle d'un pansement compressif ou hémostatique. Sur une hémorragie massive, rapidité et efficacité de la prise en charge étant vitales, l'utilisation de mannequins haute fidélité permettait aux participants de vérifier en temps réel l'efficacité de la pose du garrot quand s'arrêtait le saignement (Figure 4).

Le SAMU 69 présentait également un lot polyvalent de Poste Sanitaire Mobile de niveau 2 (PSM2) qui ont pour vocation de renforcer lors d'une situation sanitaire exceptionnelle le potentiel d'intervention de l'aide médicale urgente, ainsi que son kit « *damage control* ».

La journée s'est terminée par des conférences d'une grande qualité sur la prise en charge médicale de victimes d'attentats, avec des retours d'expérience des attentats de novembre 2015 de la BSPP, présenté par le CNE Avillaneda, du SAMU 94 présenté par le MC[®] Le Carpentier et de l'HIA Bégin présenté par le MC Ould Ahmed. Le Dr Nathalie Priéto (Chef de Service de la CUMP des

Hospices Civils de Lyon) revenait sur le rôle indispensable des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) dans ce contexte. Enfin, le MP[®] David abordait l'émergence de la médecine tactique en réponse au risque terroriste. Le MCSCN[®] Lehot et le Pr Gueugniaud, président de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) modéraient cette séance.

Étudiants et visiteurs ont unanimement salué et apprécié cette journée. Un grand nombre a souhaité s'exercer à la pose de garrot, tous ont observé avec beaucoup d'attention les démonstrations de sauvetage au combat réalisés par leurs pairs. Ce succès est en grande partie lié à la participation enthousiaste de l'ensemble des personnels des différentes entités militaires de la région, du SSA comme de l'armée de Terre, eux aussi ravis d'échanger avec nos jeunes étudiants. La parfaite cohésion des personnels d'active et de réserve au sein de chaque activité, si elle était troublante pour les jeunes étudiants qui ne savaient distinguer les uns des autres, est une belle démonstration – s'il en était besoin – de la qualité de l'engagement des réservistes au sein de leur unité d'emploi. Enfin nous avons eu la grande satisfaction de voir représentées, en nombre, l'ensemble des associations du GORSSA, dans chacun des différents stands et ateliers, comme parmi les visiteurs.

Réalisé dans le cadre de la Journée Nationale du Réserviste, cet exercice était placé sous l'égide du Général de Corps d'Armée Chavancy, Gouverneur Militaire de Lyon, du Pr. Fleury, Président de l'Université Lyon 1, du MGI Escarment de la DRSSA de Lyon, du Pr. Vinciguerra, Directrice de l'ISPB, du Pr. Etienne, Doyen de l'UFR Médecine Est et Président du CCEM, du Pr O Claris, Président de la Commission Médicale d'Établissement des Hospices Civils de Lyon, du MCSCN(R) Lehot, Référent Défense de l'Université Lyon 1 et président de la Collégiale des Référents Défense, du MC Javelot du CMA de la Valbonne, du MC Quentin du Régiment Médical, du MC Rabatel du CeFOS, du MC Martinez du CESimMo et du MGI Ausset de l'HIA Desgenettes.

Il était organisé par le MP[®] Géraldine Pina-Jomir, réserviste opérationnel de l'Hôpital d'Instruction des Armées Desgenettes (HIAD), responsable de l'UE « *Évolution de la santé, évolution des risques* » au sein de l'Université Lyon 1 et Déléguée à l'Enseignement Supérieur et à la Collégiale des Référents Défense de l'association régionale de l'IHEDN (Institut des Hautes Etudes de Défense Nationale). Mis en action par le personnel du RMED et du CMA de la Valbonne, avec l'aide de nombreux réservistes opérationnels, il illustre la convention signée le 10 avril 2014 entre les HCL et le Service de Santé des Armées pour faciliter l'accès à la réserve opérationnelle du personnel des HCL.

S'APPUYER SUR LE SAVOIR FAIRE DES ÉTUDIANTS

L. Monteil¹ et les RDS Jeunes de Lyon

La création des Référénts Défense Jeunes est une initiative de la Collégiale des Référénts Défense de Lyon, qui contribue ainsi à renforcer le rayonnement intergénérationnel de l'esprit de Défense. Chaque Référént Défense peut ainsi désigner un ou plusieurs Référénts Jeunes de son université ou de son école, qui deviennent autant de relais de communication auprès des étudiants.

C'est là l'une de nos tâches essentielles, être le liant entre une communauté étudiante parfois trop éloignée des enjeux de sécurité et de défense, et une Collégiale, dont nous sommes aujourd'hui partie intégrante, qui recherche les moyens de toucher ladite communauté. Nous participons ainsi activement à l'élaboration et l'organisation des activités de la Collégiale, que nous ne pouvons que remercier pour nous offrir ces opportunités. Notre rôle est également celui de l'initiative : parfois plus au fait que nos aînés des modes d'action qui toucheront les étudiants, nous avons ainsi organisé plusieurs événements de sensibilisation des réserves militaires, qui à chaque fois ont été un succès.

Pour résumer, nous ne pouvons que remercier la Collégiale de Lyon de nous permettre ainsi de travailler avec eux à la diffusion d'un



Conférence d'information sur la réserve opérationnelle

esprit de Défense auquel nous sommes tous attachés. Cela est une preuve de confiance et d'estime qui nous touche et que nous tentons d'honorer. Grâce à leur initiative et à notre action, le développement de l'esprit de Défense dans l'enseignement supérieur lyonnais touche un cercle toujours plus large d'étudiants. Qu'il suscite l'adhésion ou qu'il ne fasse qu'interroger, cet esprit rayonne aujourd'hui davantage qu'hier, et demain sans doute plus largement encore.



L'équipe du « Café du Réserviste »

¹ SGT[®] 27[°] BCA, étudiant en master RISD à Lyon 3, Référént Sécurité & Défense Jeune Université Jean Moulin Lyon 3, Auditeur Jeune de l'IHEDN 85^{ème} session

BILAN DU QUESTIONNAIRE NATIONAL AUPRÈS DES PHARMACIENS DE RÉSERVE

J. GELAS ¹

La France est touchée au cœur par des événements sans précédent.

Dans son discours prononcé le 10/03/2016, lors des Assises de la Réserve dans le cadre de la JNR, le Ministre de la Défense Jean-Yves LE DRIAN a insisté sur la montée en puissance de la réserve militaire. Ce discours fait écho à la Loi de Programmation Militaire (LPM) modifiée et le projet de service SSA 2020 et propose un budget de 125 millions d'euros en 2018 et un objectif de 40000 réservistes opérationnels avec une capacité permanente de déploiement de 1000 réservistes par jour pour les missions de protection sur le territoire national à l'horizon 2018.

Avec un budget alloué aux réserves en 2016 de 11,34 millions d'euros, le SSA table sur un objectif de 3500 personnes en 2019 et une réalisation de plus de 85000 journées d'activité par an.

De plus le relatif vieillissement de la population des Pharmaciens de réserve va confronter les Ressources Humaines à une obligation de recrutement et de fidélisation des réservistes.

En effet, selon les chiffres de la DCSSA, 50% de la population des officiers devra être remplacée, dans les 6 ans à venir, du fait du départ du personnel provenant du contingent.

Dans ce cadre, il nous semblait intéressant de faire un bilan le plus exhaustif possible au sujet des pharmaciens de réserve, au travers d'un questionnaire.

L'enquête

Nous avons mené cette enquête avec l'approbation Bureau « *Gestion des réserves* » de la DCSSA et sous l'impulsion du PHC Claude DUSSART, Professeur agrégé du Val-de-Grâce, Chef de service de la pharmacie hospitalière de l'Hôpital d'Instruction des Armées Desgenettes (HIAD).

Nous avons fait parvenir via la Présidence de la FNPR (Fédération Nationale des Pharmaciens de Réserve) ce questionnaire en début d'année 2015 aux 109 Pharmaciens de réserve sous contrat ESR (Engagement à

Servir dans la Réserve).

Cette population se répartit comme suit :

- DRSSA de Bordeaux : 14
- DRSSA de Brest : 13
- DRSSA de Lyon : 23
- DRSSA de Metz : 10
- DRSSA de Saint Germain en Laye : 33

Nous avons obtenu 33 réponses soit 30 %, Ce taux de retour est statistiquement satisfaisant mais aurait pu être augmenté avec un questionnaire plus simple et moins long à remplir. En effet, certains sondés nous ont fait part de cette difficulté.

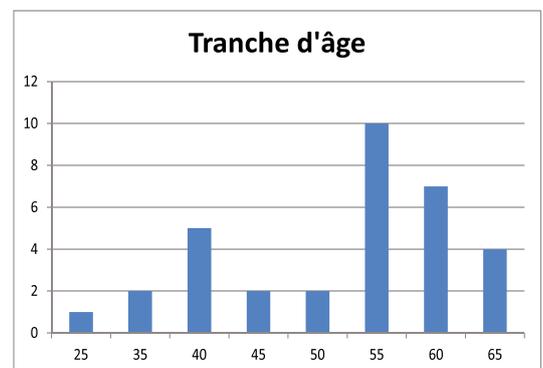
Nous remercions d'ailleurs très respectueusement les camarades qui ont pris le temps de répondre à cette sollicitation.

La démographie

Avec un âge moyen d'entrée dans la réserve de 33 ans, deux grandes catégories de pharmacien de réserve sont rencontrées : les « *anciens* » et les « *jeunes* ».

La première génération s'est engagée à l'issue de la conscription et certains appelés sont restés dans l'institution. C'est aujourd'hui la majorité des Pharmaciens de réserve car on constate que la moyenne d'âge est de 52 ans.

La deuxième génération s'est engagée relativement récemment.



La plupart des pharmaciens de réserve sont des hommes (75%), officinaux (45%) et en particulier des pharmaciens titulaires (27%).

¹ PH[®] HIA Desgenettes

Les activités

Les secteurs d'emploi les plus fréquents pour les pharmaciens de réserve sont : la formation, l'inspection, le NRBC (Nucléaire Radiologique Biologique et Chimique), la gestion d'une PUI (Pharmacie à Usage Interne), la logistique et le ravitaillement.

Certains parcours civils comme militaires sont très originaux et intéressants, voir atypiques. Par exemple, nous avons d'une part un responsable d'une unité de fabrication d'émaux dans le civil et d'autre part, un pharmacien est affecté à l'escadrille des sous-marins nucléaires lanceurs d'engins de Brest dans la réserve.

Même si des pharmaciens mettent en action des compétences particulières au service de la Défense, certains sortent complètement de leur zone de confort et profitent de la réserve pour exercer une toute autre activité que celle pratiquée dans le civil.

Il est possible d'illustrer ces activités variées en exposant brièvement les missions de quelques pharmaciens lyonnais.

Le PHC[®] M. DALEGRE et PHP[®]B. MASSOUBRE ont une mission NRBC, en particulier la gestion de la chaîne chimique de l'Hôpital Desgenettes. Ils font également partie de la SERFREM et ont des actions de recrutement dans la réserve opérationnelle auprès des IFSI et des Facultés de Médecine.

Le PHP[®] B. MASSOUBRE participe activement au Comité d'Éthique de Desgenettes et organise régulièrement des conférences.

Le PH[®] M.-A. FAURE travaille dans le domaine de l'hygiène au sein de l'HIAD.

Le PH[®] Julien GELAS est chargé de Qualité à la Pharmacie de l'HIAD.

Le PH[®] S. PATRIER œuvre dans le domaine des Installations Classées pour la Protection de l'Environnement.

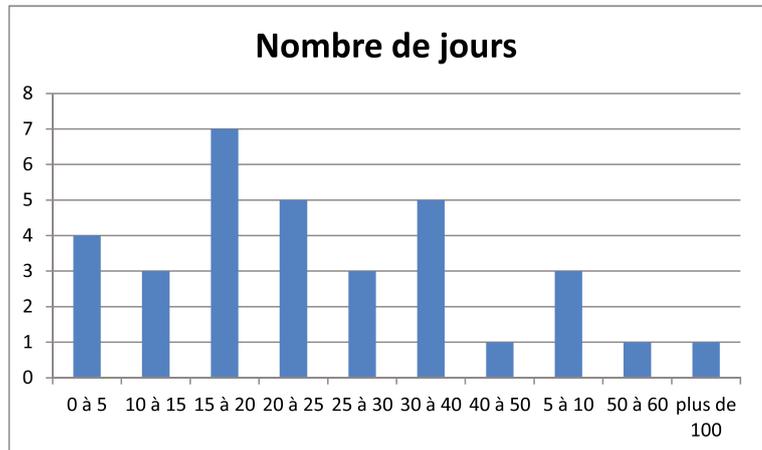
Le PHC^{*} D. MALAQUIN[®], en plus de ses nombreuses OPEX : Chargé des RETEX du SSA et de l'information des théâtres OPEX au sein du CeFOS à La Valbonne (Ecole du Val-de-Grâce).

En parallèle, nous effectuons des journées de réserves dans des activités de formation (FMIR, FSOR, FRAOS, IST-C,...), d'informations (Journées régionales, Journée Nationale du Réserviste,...) et des activités de cohésion.

Nous sommes également engagés dans des associations et en particulier la Fédération Nationale des Pharmaciens de Réserves sous l'égide du GORSSA, avec une participation active au sein de l'entité régionale.

Les motivations

Les sondés réalisent en moyenne plus d'une vingtaine de jours de réserve, avec un peu plus d'une demi OPEX par pharmacien, pour une moyenne de 19 années passées dans la réserve.



Ce nombre de jours important confirme l'engagement pris par ces professionnels de santé pas comme les autres, d'autant que 80% d'entre eux sont obligés de réaliser leur temps de réserve sur des congés, RTT ou même des périodes sans salaire.

Les motivations profondes de nos camarades sont multiples mais elles tournent autour de quelques axes comme par exemple l'idée de servir la France. Cet engagement républicain s'accompagne d'un profond respect des valeurs militaires, qu'elles aient été ou non inculquées dans le cadre familial.

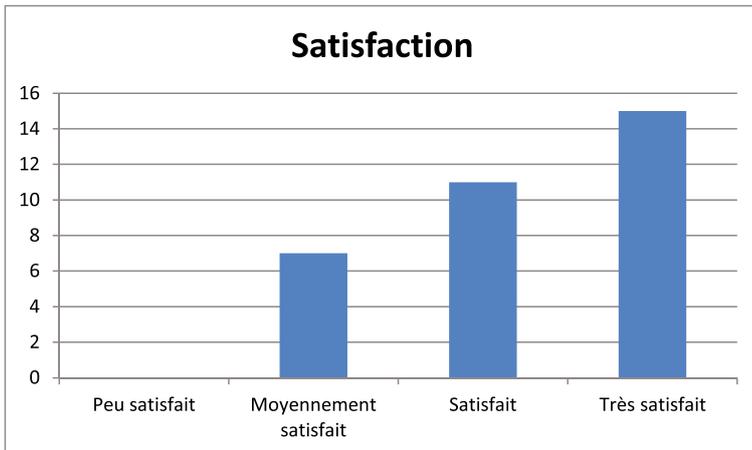
Les pharmaciens réservistes sont fiers de pouvoir faire bénéficier à la France de leur savoir et savoir-faire et cela leur permet de s'épanouir au travers des activités bien différentes que celles proposées dans le quotidien civil.



La considération

Certains points négatifs sont relevés, en particulier des lourdeurs administratives, un manque d'activités proposées à certains pharmaciens ou encore des soucis de perception de l'habillement.

Malgré cela, les pharmaciens de réserve semblent pour la plupart satisfaits et le témoignent par le port régulier de l'uniforme (treillis ou tenue bleue).

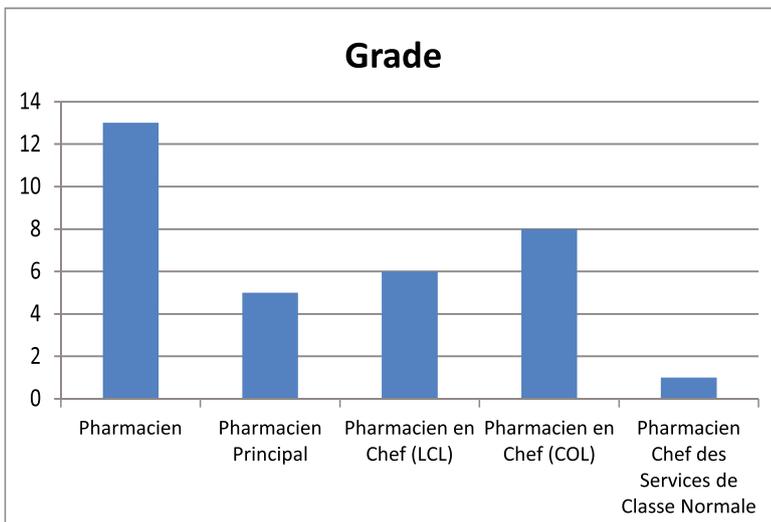


Cette satisfaction est corrélée avec des éléments de considération importants pour tous.

Les chanceliers travaillent plus à l'épanouissement des personnels en particulier en ce qui concerne l'avancement et les décorations.

Les pharmaciens sondés sont récompensés par une moyenne de 2 décorations par personne et 1 pharmacien sur 3 fait partie d'un ordre national.

Les délais d'avancement se rapprochent aujourd'hui de ceux de l'armée d'active.



A titre d'information, il est possible de passer

- Pharmacien Principal en 7 ans (grade de Commandant), 10 ans en pratique
- Pharmacien en Chef en 14 ans (grade de Lieutenant-Colonel), 20 ans en pratique
- Pharmacien en Chef* en 19 ans (grade de Colonel), 25 ans en pratique
- Pharmacien Chef des Services en 26 ans (grade de Général), très peu sont promus en pratique (pas plus de 1 par an).

Pour conclure, ambassadeurs de valeurs fortes qui se perdent de nos jours, il est évident que le Pharmacien de Réserve de demain sera différent de celui d'hier.

A ceux qui craignent la disparition ou la dégradation des conditions d'exercice de certaines professions de santé et en particulier des pharmaciens, trouvez des niches et montrez-vous indispensable.

A l'instar de la société civile où 60% des métiers exercés en 2030 n'existent pas encore aujourd'hui et à la vue de la multiplication du nombre d'expériences et de postes différents dans une carrière, nous devons être proactifs et nous créer des opportunités dans la réserve.

CONDUITE À TENIR LORS D'UNE ÉPISTAXIS CHEZ LE CHIEN MILITAIRE

C. GIRARDET ¹ et G. TROMBINI ²



Épistaxis unilatérale chez un chien militaire

L'épistaxis se définit comme étant un écoulement de sang extériorisé par les narines (photo1). Ce saignement peut être d'origine nasale ou sinusale et sa cause est soit une affection locale, soit une affection systémique. La fréquence de ce symptôme n'est pas négligeable au sein des effectifs canins militaires. En effet, en raison de la projection des chiens militaires sur des territoires ou pays où sévissent des maladies infectieuses susceptibles d'engendrer une épistaxis et en raison de l'utilisation des chiens militaires pour des missions de détection olfactive, le vétérinaire des armées peut être confronté à ce signe clinique. Les causes d'épistaxis chez le chien sont nombreuses et variées. Leurs conséquences pour la santé du chien peuvent être graves à moyen ou court terme. Pour cette raison, la conduite à tenir face à un chien militaire présentant une épistaxis doit être méthodique et rigoureuse pour, dans un premier temps, établir un diagnostic étiologique puis, dans un second temps, mettre en place un traitement spécifique adapté.

Démarche diagnostique

Les commémoratifs et l'anamnèse

L'âge de l'animal et une anamnèse détaillée peuvent apporter des indications précieuses pour orienter le clinicien sur l'étiologie de l'épistaxis. Ainsi, les chiens âgés sont plus souvent atteints de tumeurs des cavités nasales, les jeunes chiens ou les chiens spécialisés en détection sont plutôt concernés par un corps étranger (CE). Les affections congénitales (Hémophilie A et B, maladie de von Willebrand) ou dysimmunitaires (rhinite) touchent préférentiellement des jeunes chiens. L'absorption de toxiques (rodenticides anticoagulants) ou médicaments, les voyages dans des zones d'endémie de maladies vectorielles bactériennes ou parasitaires et les traumatismes récents sont également des critères importants à prendre en considération.

Il est primordial de définir les caractéristiques de l'épistaxis. Tout d'abord, les modalités d'apparition : un mode aigu couplé à des éternuements

¹ Vétérinaire en chef, praticien certifié du service de santé des armées, Antenne vétérinaire spécialisée de Suippes, ferme de Piémont, 51601 Suippes Cedex.

² Vétérinaire principal, praticien confirmé du service de santé des armées, Antenne vétérinaire spécialisée de Suippes, ferme de Piémont, 51601 Suippes Cedex

est plus en faveur d'un CE ; ensuite le type d'atteinte : l'atteinte unilatérale est souvent corrélée à une affection locale par rapport à une atteinte bilatérale ; puis son évolution dans le temps (intensité et durée du saignement, caractère récidivant) : un saignement chronique est plus souvent en relation avec une cause locale ; et enfin rechercher l'apparition d'un jetage associé ou de signes généraux (dégradation de l'état général, autres saignements).

A l'issue de la synthèse de ces données, le praticien procédera à l'examen clinique du chien.

L'examen clinique

Un examen clinique complet est indispensable, avec recherche de signes physiques et de signes fonctionnels. Ses objectifs sont : dresser le bilan des sources de saignement (épistaxis seule ou non), apprécier les conséquences cliniques des saignements et émettre des hypothèses diagnostiques.

La face, les yeux, les narines, la cavité buccale sont observés minutieusement à la recherche d'anomalies telles une déformation, un abcès dentaire avec fistule oro-nasale, une amyotrophie des muscles temporaux ou une ulcération des narines. Une déformation faciale ou du palais dur est en faveur d'une atteinte locale souvent tumorale tandis que l'amyotrophie et l'ulcération des narines nous orientent vers une affection fongique des cavités nasales. La présence d'un jetage muqueux ou mucopurulent, d'éternuements ou de prurit localisé suggère plus fréquemment une cause locale de l'épistaxis. L'observation des cavités nasales avec une lampe peut permettre de mettre en évidence l'extrémité d'un corps étranger.

Les signes cliniques suivants constituent des signes d'appel d'une affection systémique : des pétéchies ou d'autres saignements extériorisés orientent le diagnostic vers un trouble de l'hémostase ; une polyadénomégalie vers une maladie infectieuse telle la leishmaniose ou l'ehrlichiose.

L'évaluation de la couleur des muqueuses, la fréquence cardiaque et le temps de recoloration capillaire (TRC) nous renseignent sur l'importance de la perte de sang et la répercussion fonctionnelle des saignements c'est-à-dire l'intensité de l'état de choc hypovolémique éventuellement associé.

Ces deux premières étapes de la démarche diagnostique permettent de hiérarchiser les hypothèses diagnostiques en privilégiant une affection locale ou systémique. Des examens complémentaires sont ensuite nécessaires afin de porter un diagnostic étiologique.

Les examens complémentaires et le diagnostic étiologique

Les examens complémentaires ont pour intérêt de confirmer l'origine locale ou systémique de la cause du saignement ; ils seront hiérarchisés en fonction de l'hypothèse retenue précédemment sur l'origine locale ou systémique de l'épistaxis. Au final, à l'aide des résultats obtenus, le clinicien doit pouvoir identifier l'affection responsable.

• Exploration d'une cause locale de saignements nasaux

L'exploration d'une cause locale est réalisée tout d'abord par l'imagerie médicale : des radiographies des cavités nasales ou un examen



Corps étranger nasal responsable d'éternuements et d'une épistaxis d'apparition suraiguë chez un chien militaire après un exercice de pistage. Seule la partie encadrée du végétal était visible au fond de la cavité nasale avec une lampe stylo.

tomodensitométrie permettent de confirmer le diagnostic de néoplasie ou d'affection fongique et d'effectuer un bilan d'extension. La mise en évidence de plages radiotransparentes liées à la destruction des cornets nasaux et ethmoïdaux est typique d'une affection fongique telle l'aspergillose tandis qu'une destruction des os maxillaires, nasaux ou du vomer et une radio-opacité augmentée sont des signes corrélés à un processus tumoral malin. Parfois, la radiotransparence rencontrée lors d'aspergillose peut être masquée, rendant alors le diagnostic différentiel avec une affection néoplasique plus difficile.

Dans un second temps, la réalisation d'un examen endoscopique des cavités nasales permet de visualiser directement les cavités, à la recherche d'un corps étranger, de parasites (linguatulose), d'une tumeur ou d'un dépôt jaunâtre en plaque caractéristique d'une aspergillose. Au cours de cette rhinoscopie réalisée par voie rétrograde (visualisation des choanes) puis antérograde, des examens cytologiques ou bactériologiques peuvent être entrepris ; la biopsie permettra quant à elle, de préciser la nature histologique des lésions.

• Exploration d'une cause systémique de saignements nasaux

L'exploration d'une cause systémique d'épistaxis passe initialement par un bilan hématologique et un bilan de coagulation : les temps de Quick, de Céphaline activé, de thrombine, les produits de dégradation du fibrinogène ou de la fibrine (PDF), le dosage de l'antithrombine III seront demandés en

laboratoire. Toutefois des tests diagnostiques simples tels le temps de formation d'un caillot sanguin (inférieur à 12 minutes) et le temps de saignement buccal (trouble de l'hémostase primaire si supérieur à 4 minutes) sont facilement réalisables.

Ces bilans sont entrepris pour mettre en évidence soit un trouble de l'hémostase secondaire (hémophilie A ou B, intoxication aux anti-vitamines K, CIVD), soit un trouble de l'hémostase primaire (thrombopénie, thrombopathie, maladie de von Willebrand), soit une diminution de certaines lignées cellulaires (érythrocytes, plaquettes, leucocytes).

Si l'hypothèse diagnostique concerne une maladie infectieuse, un test de détection rapide des anticorps contre la leishmaniose et l'ehrlichiose est réalisé, complété si besoin par la mise en évidence de l'agent pathogène par des examens cytologiques de nœuds lymphatiques, de moelle osseuse ou par amplification du matériel génétique (PCR). Ainsi, le délai de mise en place de l'immunité doit être pris en compte afin de ne pas obtenir des résultats faussement négatifs. Par exemple, lors d'une évolution inférieure à 15 jours, la recherche de morula d'Ehrlichia par un examen microscopique d'une lame d'un concentré granulocytaire associé à une PCR sera préférée à la sérologie. Lors d'ehrlichiose ou de leishmaniose, une hyperglobulinémie et une thrombopénie sont associées.

Un bilan biochimique incluant les enzymes hépatiques (recherche d'une affection hépatique) et la protéinémie avec électrophorèse des protéines sériques est effectué.

Causes locales	Causes systémiques
<p>Affection traumatique Corps étrangers, choc, cause iatrogénique (endoscopie, chirurgie)</p> <p>Affection tumorale Adénocarcinome nasal, fibrosarcome, ostéosarcome</p> <p>Processus inflammatoire Rhinite lymphoplasmocytaire</p> <p>Affection dentaire Fistule oronasale</p> <p>Affections parasitaires et fongiques Parasitaire (Linguata, Leishmania) Fongique (Aspergillus fumigatus, Rhinosporidium)</p>	<p>Maladies parasitaires et bactériennes Ehrlichiose, leishmaniose</p> <p>Troubles de l'hémostase primaire Thrombopénie (hémopathies malignes, aplasie médullaire, thrombopénie à médiation immune) Thrombopathie (héparine, AINS, antibiotiques) Maladie de von Willebrand</p> <p>Troubles de l'hémostase secondaire Hémophilies A et B, intoxication aux anti-vitamines K, CIVD, insuffisance hépatique</p> <p>Syndrome d'hyperviscosité sanguine Polyglobulie, myélome</p> <p>Hypertension artérielle Insuffisance rénale chronique, diabète sucré, hypercorticisme</p>

Le syndrome d'hyperviscosité sanguine se caractérise par une hyperprotéïnémie : les principales affections responsables de ce syndrome sont une polyglobulie, des gammopathies monoclonale (myélome) ou polyclonale (leishmaniose, ehrlichiose).

En dernier recours, la mesure indirecte de la pression artérielle à l'aide d'un brassard indique une éventuelle hypertension artérielle pouvant entraîner les saignements dont des hémorragies rétinienne. Dans ce cas, la cause responsable de l'hypertension artérielle doit être recherchée (hypercorticisme, diabète sucré ou insuffisance rénale).

• Déterminer l'intensité des saignements

Afin d'apprécier la quantité de sang potentiellement perdue, en complément de l'examen clinique, un microhématocrite ou de préférence, un hémogramme complet s'avère nécessaire.

Cette démarche diagnostique raisonnée apporte au clinicien les éléments indispensables pour la mise en œuvre d'un traitement adapté et efficace.

Conduite thérapeutique

Le traitement de soutien

Le traitement de soutien repose initialement sur une réanimation liquidienne. Elle sera adaptée en fonction de l'état de choc dans lequel se trouve l'animal. Cet état de choc devra donc être apprécié notamment lors de l'examen clinique (temps de recoloration capillaire, couleur des muqueuses, fréquence cardiaque et pouls) et par le bilan hématologique (numération et formule sanguines). Cette fluidothérapie consiste en l'administration intraveineuse par perfusion, de Ringer lactate (RL) à raison de 10 ml/kg pour un choc hypovolémique modéré ou de solutés colloïdes (hydroxyéthylamidon = HEA) à raison de 10 ml/kg en 20 minutes suivi d'un relais par du RL à 10 ml/kg/h, en cas de choc hypovolémique sévère.

Si l'importance des saignements remet en cause le pronostic vital du chien, la réanimation médicale est indispensable et doit être entreprise avant toute démarche diagnostique. Une fluidothérapie, associée si besoin à une oxygénothérapie, et dans les cas les plus graves, une transfusion sanguine sont alors entreprises afin de stabiliser l'animal.

A ce traitement de soutien doit être associé le traitement spécifique de l'affection diagnostiquée comme responsable de l'épistaxis.

Le traitement étiologique

Lors d'intoxication aux rodenticides anticoagulants, l'administration quotidienne par voie orale sur au moins trois semaines de vitamine K1 à la posologie de 5 mg/kg est prescrite. La voie intraveineuse lente peut être utilisée en première intention avant un relais per os. L'arrêt du traitement est conditionné à la normalisation du temps de Quick.

Les tumeurs des cavités nasales et des sinus représentent 1 à 2 % des tumeurs chez le chien et sont majoritairement malignes (carcinomes). La chirurgie doit obligatoirement être associée à la radiothérapie permettant ainsi d'augmenter la médiane de survie de 12 mois contre 3 mois chez des chiens non traités ou traités uniquement par voie chirurgicale. Cette option sera peu retenue pour nos chiens militaires.

L'aspergillose, affection fongique la plus commune chez le chien adulte, est traitée par irrigation locale d'énilconazole (Imaveral® à 2% pendant 15 minutes à renouveler 3 à 4 fois à 4 semaines d'intervalle) ou de clotrimazole (baignade à 1%).

L'affection dentaire sera traitée par l'extraction de la dent infectée avec un curetage de la cavité nasale par abord latéral et la fermeture de la fistule oro-nasale par un lambeau muco-gingival associée à une antibiothérapie.

Dans le cas d'un corps étranger, son retrait est effectué par rhinoscopie.

Lors d'ehrlichiose monocyttaire canine, une antibiothérapie à base de doxycycline 10 mg/kg/j pendant un mois est préconisée puis un suivi sérologique est effectué (6 mois plus tard) afin de s'assurer de la séronégativité.

Lors de leishmaniose, le protocole de traitement et le pronostic dépendent du stade clinique de la maladie, quatre stades sont définis en fonction des symptômes et du statut sérologique du chien. Le traitement est à base d'antimoniote de méglumine (100 mg/kg par jour en sous cutanée pendant 4 semaines) et d'allopurinol (10 mg/kg 2 fois par jour per os au moins 6 à 12 mois). Toutefois, le chien traité et guéri cliniquement reste porteur du parasite et constitue de ce fait un réservoir pour le phlébotome, vecteur de la maladie.

Conclusion

L'épistaxis est un symptôme pouvant être rencontré chez le chien militaire. Ses causes sont multiples imposant au clinicien une démarche diagnostique raisonnée et rigoureuse. Il doit savoir hiérarchiser les examens

complémentaires en priorisant une cause locale ou systémique après analyse des commémoratifs, de l'anamnèse et des résultats de l'examen clinique du chien. Le diagnostic étiologique est primordial car le traitement est, dans la plupart des cas, spécifique de l'affection rencontrée.

Certaines affections systémiques incriminées, d'origine infectieuse, peuvent faire l'objet de mesures de prévention, notamment lors de séjours du chien militaire en zone d'endémie de leishmaniose ou d'ehrlichiose. Cette chimioprophylaxie comprend la prévention du contact entre le chien et le vecteur (tiques et phlébotomes) par

l'utilisation de collier ou « *spot-on* » et la protection du chien contre l'agent pathogène. Dans le cas de l'ehrlichiose, la chimio prévention passe par l'administration quotidienne de 100 mg de doxycycline pendant la durée du séjour. De même, un test de détection rapide de l'ehrlichiose, est systématiquement pratiqué sur le sang du chien à son retour de mission, à l'issue d'une période de quarantaine de 21 jours. Cette recherche de séroconversion est également effectuée pour la leishmaniose si le chien a séjourné dans une zone endémique.

Bibliographie

- Bissett SA, Drobatz KJ, Mc Knight A and coll. : « *Prevalence, clinical features, and causes of epistaxis in dogs: 176 cases (1996-2001)* ». Journal of the American Veterinary Medical Association, 2007 ; 231: 1843-1850.
- Davoust B, Keundjian A, Rous V, Maurizi L, Parzy D. : « *Validation of chemoprevention of canine monocytic ehrlichiosis with doxycycline* ». Veterinary Microbiol. 2005 ; 107: 279-283.
- Ettinger SJ, Feldman EC, eds. Saunders Co. Philadelphia, 2000: 213-218. Mahony O.: « *Epistaxis and hemoptysis* ». In : Textbook of veterinary internal medicine. 5th ed.
- Guibaud L, Chervier C, Rodriguez I, Cadoré J-L. : Conduite à tenir face à un jetage chez le chien et le chat. Le Nouveau Praticien, 2010 ; 44 : 9-16.
- Guillot J, Leperlier D, Chermette R. : « *Comment diagnostiquer et traiter les rhinites et rhinosinusites fongiques chez le chien et le chat* ». Le Nouveau Praticien 2010 ; 44: 35-40.
- Laia Solano-Gallego, Guadalupe Miró, Alek Koutinas, Luis Cardoso, Maria Grazia Pennisi, Luis Ferrer, Patrick Bourdeau, Gaetano Oliva and Gad Baneth. : « *LeishVet guidelines for the practical management of canine leishmaniosis* ». Parasites & Vectors, 2011, 4: 86.
- Malinoswki C.: « *Canine and feline nasal neoplasia* ». Clinical Techniques in Small animal Practice, 2006 ; 47(9): 529-536.
- Outters G. : « *Les troubles de l'hémostase* ». Le Point Vétérinaire, 2014 ; 348: 30-35.
- Saunders JH, Van Bree H. : « *Comparison of radiography and computed tomography for the diagnosis of canine nasal aspergillosis* ». Veterinary Radiology and Ultrasound, 2003 ; 44(4): 414-419.
- Prophylaxie médico-sanitaire de l'ehrlichiose canine. Note n°1209 /DEF/ DCSSA/ AST/VET du 15 mars 2001.

JOURNÉE MÉDICO-ODONTOLOGIQUE DU 30 MARS 2016 INSTITUT DE RECHERCHE CRIMINALISTIQUE DE LA GENDARMERIE NATIONALE (IRCGN) CERGY-PONTOISE

L. ASTIN¹



Cette journée particulièrement réussie se conclut par la traditionnelle photo de groupe

Cette journée organisée par le CDCS® Fogel, Président de la FNCDR se déroule en présence du Médecin Général Gerboud, Directeur Régional du SSA de Saint-Germain-en-Laye, du Médecin en Chef Vergez-Larrouget, Délégué aux Réserves du SSA, du Médecin en Chef Colcombet, son adjoint, du Médecin en Chef Astaud, du Bureau Organisation Emploi à la DRSSA de de Saint-Germain-en-Laye.

Sont également présents, l'ICS® de Moulins de Rochefort, Présidente de l'ANMITRHA, le MCS® Sauvageon, Président du GORSSA et de l'UNMR, le PC® Schalber, Président de la FNPR, et le VC® Bolnot, Président de l'UNVR.

Après vingt-cinq ans passés au Fort de Rosny-sous-Bois, les nouveaux locaux du laboratoire de criminalistique de la Gendarmerie Nationale ont été inaugurés en mai 2015 par Monsieur Bernard Cazeneuve, Ministre de l'Intérieur, à la Caserne Lange de Cergy-Pontoise.

Deux cent cinquante personnes travaillent dans ce bâtiment neuf aux normes environnementales performantes, faisant partie du pôle judiciaire de la Gendarmerie Nationale développé sur 20 000 mètres carrés.

Il s'agit de militaires officiers et sous-officiers de la gendarmerie, de médecins, dentistes, pharmaciens du Service de Santé des Armées incluant des réservistes ainsi que des personnels civils techniques (toxicologues, biochimistes, biologistes, ingénieurs, techniciens) et administratifs.

L'Institut a quatre missions principales :

- Effectuer à la demande des unités et des magistrats les examens scientifiques ou les expertises nécessaires à la conduite des enquêtes judiciaires.
- Apporter en cas de besoin aux directeurs d'enquêtes, le soutien indispensable au

¹ MC® Secrétaire Général Adjoint de l'UNMR

bon déroulement des constatations principalement par la mise à leur disposition de personnel hautement qualifié ayant des matériels adaptés et spécialisés.

- Concourir directement à la formation des techniciens en identification criminelle et à l'information des enquêteurs.
- Poursuivre dans tous les domaines de la criminalistique, les recherches utiles au développement des procédés adéquats.

Les trois divisions criminalistiques comprennent au total douze départements :

- A. Physique et chimie avec environnement, incendie/explosifs, toxicologie, balistique et microanalyse.
- B. Ingénierie et numérique avec informatique, électronique, signal image/voix, examen bande vidéo et boîte noire, véhicules.
- C. Identification humaine avec biologie, empreintes digitales, anthropologie/traumatologie/odontologie et entomologie.

La matinée est consacrée aux conférences données dans l'amphithéâtre :

- Présentation du pôle judiciaire de la Gendarmerie Nationale (PJGN) par son directeur adjoint, le Colonel Emmanuel Bartier.

- Présentation de l'IRCGN par son Directeur, le Colonel Patrick Touron.

- Présentation de l'Unité Gendarmerie d'Identification des Victimes de Catastrophe (UGIVC) : l'emploi des réservistes santé par le MCSHC Yves Schuliar.

- L'identification dentaire au sein des missions de l'UGIVC :

- L'équipe ante-mortem, par le CDP® Gwénola Drogou-Saout (IRCGN-DRSSA Brest)

- L'équipe post-mortem par le CDC® Charles Georget (IRCGN-DRSSA SGL)

- Conclusion par le Médecin Général Jean-Marie Gerboud, Directeur Régional du SSA de Saint-Germain-en-Laye.

Le déjeuner-buffet de qualité a lieu sur place et nous visitons les stands de nos sponsors comme lors de la pause-café matinale.

Nous nous rendons ensuite dans les laboratoires, accompagnés par les spécialistes qui répondent à nos questions :

- MLO
- Anthropologie/thanatologie/odontologie
- Balistique
- Véhicules.

ÉLÈVES COMMISSAIRES AUX ARMÉES ET ÉLÈVES DIRECTEUR D'HÔPITAL : UN DIALOGUE RENFORCÉ

C. BARDOT ¹, P. CHALVIN ²



Intervention du CRP Gilles Ramanitra
au colloque lean management

À l'occasion du colloque sur le *lean management** organisé par les élèves directeurs d'hôpital de la promotion Simone Iff le 9 décembre 2015, le commissaire principal Gilles Ramanitra, adjoint au Directeur des études de l'École du Val-de-Grâce, a abordé avec les EDH les rapprochements entre les activités hospitalières civiles et militaires ainsi que la formation de leurs futurs dirigeants. Il était accompagné de Julie Miramon, Cécile Montier, Astrid Morlat, Antoine Lemelle et Jean-Erwan Vol, élèves commissaires aux armées ayant vocation à rejoindre le Service santé des armées.

Pourquoi cet intérêt pour notre colloque sur le *lean management* ?

Aujourd'hui, les réformes de l'hôpital militaire et de l'hôpital public convergent. Il est important de mettre en lien les élèves

directeurs d'hôpital et les élèves commissaires aux armées qui seront demain en charge des hôpitaux militaires, pendant leur cycle de formation, puis tout au long de leur carrière professionnelle.

Cela peut passer par des partenariats, des coopérations, la participation à des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ou des réseaux de santé. Il importe donc notamment d'approfondir ensemble des notions communes, telles que le lean management.

Quels échanges souhaitez-vous que l'École des commissaires aux armées puisse développer avec l'EHESP ?

Les élèves commissaires suivent déjà les enseignements du master « *Analyse et management des établissements de santé* » (AMES) de l'EHESP à raison de 2 à 3 jours par semaine. L'échange avec les civils est intéressant. Le master, animé par les

¹ CRC1® ANORSCA

² EDH Promotion Simone Iff de l'EHESP

* Définition du lean management : « Produire davantage de valeur ajoutée en gaspillant moins de ressources. » Christian Hohmann

enseignants-chercheurs de l'EHESP, regroupe en effet des médecins, des cadres de santé, des militaires, des étudiants en formation initiale... Nous étudions des problématiques communes, bien que des différences subsistent. Il importe tout d'abord de maintenir ce partenariat !

Il pourrait aussi être intéressant de développer des binômes entre élèves directeurs d'hôpital et élèves commissaires aux armées pour multiplier les échanges et approfondir des problématiques communes. Les élèves de l'EHESP manquent parfois d'informations sur les hôpitaux militaires. Ils ne savent pas toujours que nous accueillons beaucoup de civils dans nos structures.

En outre, les hôpitaux militaires ne peuvent se passer des hôpitaux civils. Nous allons vers une intégration de plus en plus forte de l'offre de soins. Les coopérations vont se développer, y compris entre directions fonctionnelles. Cela peut aller jusqu'à des fusions de structures civiles et militaires.

Enfin, il faut remarquer que les profils des élèves sont proches. Nous avons souvent fait les mêmes études avant d'intégrer nos formations respectives.

En quelques mots, comment jugez-vous la promotion Simone Iff ?

Vivante et active !



*En haut, de gauche à droite : EDH M. Maguis, CR A. Lemelle, EDH H. Blanc, EDH P. Chalvin, CRP G. Ramanitra.
En bas, de gauche à droite : CR A. Morlat, C. Montier et Julie Miramon*

OPEX AU GMC DE GAO

24/11/2015 au 23/01/2016

C. LAMBERT ¹

Présentation

Le Groupement Médico-chirurgical (GMC) est déployé, en tant que rôle 2 du fuseau ouest de la bande sahélo-saharienne (BSS), sur la plate-forme opérationnelle Désert (PfOD) de Gao, dans le cadre de l'opération Barkhane.

Sur la PfOD, sont présents le groupement tactique désert (GTD), armé principalement par le 2^{ème} RIMa, renforcé d'un sous groupement aéromobile (SGAM), le bataillon logistique auquel est rattaché le GMC et les éléments organiques de théâtre. De plus des éléments des forces spéciales (opération Sabre) peuvent être en transit à Gao.

Les moyens Santé présents sur la PfOD sont :

- 1 directeur médical adjoint
- Un rôle 1 unifié regroupant les moyens du GTD et du BatLog, soit 4 médecins, 4 IDE, 8 auxiliaires sanitaires et un sous-officier SASS.
- 2 AMET (aéro-médical évacuation team) au niveau du SGAM, soit 2 médecins et 2 IDE
- 1 Casa nurse armé par 1 médecin, 1 convoyeur de l'air et 1 IDE
- Le GMC, dont je détaillerai le personnel plus tard
- 1 technicien vétérinaire chargé du contrôle de l'eau et de l'alimentation
- 1 technicien de matériel de santé, ayant en charge tout le fuseau ouest de la BSS.

Le GMC

Le GMC est abrité dans une structure en préfabriqué, avec des annexes réalisées dans des structures type container KC 20 (le cabinet dentaire, le laboratoire d'analyse, un bureau médical, le bloc sanitaire et la prison) et 1 pharmacie regroupée dans 3 tentes Utilis et 1 KC20.

Il comporte :

- Un bloc opératoire permettant une seule intervention à la fois, avec son vestiaire et sa stérilisation.
- Une réanimation à 2 postes, avec une banque de sang
- Une salle de déchoquage à 2 postes (faisant office de salle de surveillance post interventionnelle)
- Une salle de consultations, à 2 postes pouvant accueillir les urgences classées Bravo ou Charlie
- Une salle de radio
- Un bureau administratif
- Un secteur hospitalisation avec 2 chambres à 5 lits, une salle de soins et une chambre de garde.

Quant au personnel, il est logé sous tente climatisée (5 à 8 Pax) et, outre les douches et toilettes du GMC, bénéficie d'un bloc sanitaire en dur commun au SSA de la plate-forme.

La PfOD



¹ ISGS® 2G, ANMITHRA

L'équipe du GMC est composée de :

- 1 médecin anesthésiste réanimateur, 1 chirurgien viscéral, 1 chirurgien orthopédiste, 1 urgentiste,
- 1 chirurgien-dentiste, 2 infirmiers anesthésistes, 1 infirmier de bloc opératoire, 4 infirmiers DE, 1 manipulateur en électroradiologie, 3 aides-soignantes, dont une pour le bloc opératoire, 1 technicien de laboratoire, 1 sous-officier SASS, faisant fonction d'adjudant d'unité, 2 auxiliaires sanitaires.
- Lors de cette mission de 4 mois, le personnel était issu de 6 HIA et du régiment médical, renforcé par des réservistes (1 IBODE, 1 IDE). À mi-mandat, il y a eu une rotation du personnel médical et de l'infirmier DE réserviste.

En plus de son travail de rôle 2, le GMC réalise des missions d'aide médicale à la population (AMP), sous forme de consultation de médecine générale ou de chirurgie (6 à 12, les après-midis du lundi au samedi), de soins infirmiers (8 à 15 pansements, le matin du lundi au samedi) et d'interventions chirurgicales. Nous assurons également les urgences médico-chirurgicales des personnels civils à recrutement local (PCR) et la prise en charge de certaines urgences des Forces Armées Maliennes (FAMA) après accord du DIRMED.



Le bloc



La salle de déchoquage

Ma mission

Le travail des infirmiers DE se déroule selon un cycle de 4 jours :

- **J1 Noria**, déchoquage, réa (de 8h00 le matin à 8h00 le lendemain) :
 - La noria, consistant à faire la navette (in/out) entre le GMC et les vecteurs aériens lors des Médévacs, avec le médecin urgentiste et un AUXSAN.
 - Le déchoquage, consistant à ouvrir et vérifier, chaque matin, les 2 postes, d'accueillir toutes les urgences (vitales ou non) et d'assurer le réveil post-opératoire des malades extubés.
 - La réanimation, prise en charge les patients qui y sont hospitalisés et vérification des postes
- **J2 Consultations** (de 8h00 à 12h00 pour les pansements, et de 15h00 à 18h00 pour les consultations).
 - Nous accueillons, sur rendez-vous uniquement, des PCRL et leur famille, des civils envoyés par l'hôpital de Gao, les CIMIC ou la DRM, des FAMA adressés par leur médecin et des militaires français.
 - En cas de prise en charge simultanée de plus de 2 urgences, l'IDE arme un 3^{ème} poste dans les locaux de la consultation
- **J3 Hospitalisation** (de 8h00 le matin à 8h00 le lendemain) avec une aide-soignante, l'IDE prend en charge les patients hospitalisés au GMC, y compris dans le KC 20 prison (de 1 à 10 malades pendant mon séjour), certains relevant des soins continus (polytraumatisé, drainage thoracique, VNI, ...)
- **J4 Équipier**. En théorie, le jour de repos, mais surtout soit pour armer la 2^{ème} équipe de déchoquage, soit pour renforcer la consultation et assurer les missions annexes (appro, ...). Pour ma part, étant en partie responsable de la pharmacie, je profitais de cette journée pour approvisionner les secteurs hospitalisation et consultation et réaliser la gestion des stocks.



La consultation



Déchoquage multiple

Pendant la mission, nous avons eu la prise en charge de blessés de guerre à 3 reprises.

- 2 FAMA attaqués à 4h30 et arrivant après 250 km en pick up aux environs de 19h.
 - l'un présentait une blessure thoracique avec orifices d'entrée (plaie soufflante) et de sortie. Exploration chirurgicale et drainage thoracique.
 - l'autre, une blessure dorsolombaire avec 2 orifices, ayant entraînée une lésion complète de la moelle. Exploration chirurgicale et dans les suites ponction pleurale, puis drainage thoracique.
- 3 prisonniers appartenant à un groupe armé, suite à un engagement avec les forces spéciales. Ces individus ont été pris en charge tout au long de leurs soins, selon les conventions internationales, étaient sous contrôle du CICR et étaient gardés par des militaires français
 - Un personnel présentant une plaie craniocérébrale, avec déficit de l'hémicorps controlatéral. Après une vingtaine de jours de soins, était en phase de récupération et a été transféré au centre de rééducation orthopédique de Gao.
 - Un personnel présentant une plaie transfixiante de la cuisse par munition de 5.56mm. Parage chirurgical, puis pansement par VAC, puis cicatrisation dirigée avec un épisode d'abcès profond.
 - Un personnel poly criblé, par des éclats

superficiels de Bombe GBU et présentant une plaie de cuisse par munition anti personnelle de roquette de Tigre. Parage chirurgical, puis pansement par VAC, puis cicatrisation dirigée. Remis aux autorités maliennes à la guérison.

- 1 militaire des FS, blessé çà la cuisse, par balle, lors de l'assaut de l'hôtel à Ouagadougou. Exploration, parage chirurgical, et évacuation sur la métropole 72 heures après l'intervention.
- Nous avons eu aussi à prendre en charge 3 FAMA victime d'un AVP, dont le pronostic vital a été rapidement engagé.
 - 1 fracture de bassin avec déglobulisation majeure, nécessitant une stabilisation par fixateur externe, une transfusion de concentrés globulaires avec plasma lyophilisé et facteurs de coagulation et pour finir une transfusion de sang total.
 - 1 fracture ouverte humérale, associé à un délabrement de cheville et une fracture de bassin, chez un patient séropositif HIV. Après une tentative de pontage, une amputation au-dessus du coude a dû être réalisée. Il a bénéficié, comme son camarade, des mêmes transfusions et produits sanguins.
 - 1 fracture de fémur, associée aune fracture ouverte de poignet, un traumatisme crânien et une fracture de bassin.



total, l'organisation d'un déchoquage pour une urgence vitale, et l'utilisation de la ventilation non invasive (VNI).

Nous avons aussi profité pour visiter le Casa Nurse, le laboratoire CIEL (Counter IED Exploitation Laboratory), structure légère déployée pour la première fois et qui analyse tous les composants des IED, et le NH90 Caïman gréé en Evasan.

Et pour pimenter la mission, un vol de nuit en Casa, avec atterrissage en Cockpit à Niamey, une attaque à la roquette (3 CHICOM) le 14 décembre à 5h30 et le transfert d'un patient à Gao, en VAB SAN, escorté par 2VAB et un VBL qui assuraient notre bulle de sécurité.

Outre ces urgences, nous avons pris en charge 2 militaires français pour appendicectomie et un pour abcès sur kyste sacro coccygien.

Je ne m'étendrai pas sur les prises en charge des patients civils qui allaient de 3 à 70 ans, couvrant de l'orthopédie (pseudarthrose, reprise de fractures, ...), l'urologie, la gynécologie et la chirurgie de la paroi abdominale, associées à des facteurs de risque comme l'hypertension artérielle, le diabète, le défaut d'hygiène, des pathologies disparues en métropole (poliomyélite, ...), le tout étant compliqué par les problèmes de langue.

Lors du séjour, nous avons reçu un enseignement théorique sur la transfusion de sang





Conclusion

Ces 2 mois à Gao ont été très riches sur le plan professionnel, avec de nouveaux apprentissages théoriques et pratiques, des mises en situation complexes, la nécessité de fonctionner en mode dégradé dans des domaines comme la diététique, la prise en charge d'un traumatisé crânien. Sur le plan humain, la mission a permis des rencontres, des confrontations avec la médecine de guerre et d'autres civilisations.

J'émettrai cependant un bémol : l'absence d'une MCO commune, qui aurait permis une meilleure appréhension des problématiques pouvant être rencontrées pendant le séjour, sur les plans médicaux, militaires et relationnels. Le problème a été réglé depuis, puisque le mandat, qui nous a succédé s'est retrouvé une semaine à la Valbonne, avant projection.

Et si c'était à refaire, je partirais sans hésiter. Pour un réserviste opérationnel du SSA, la projection est la finalité ultime, et quand on y a goûté, on ne demande qu'à repartir.

LE RÉSEAU DES COORDONNATEURS DE LA RÉSERVE

Ph. MASSICOT¹

La réserve est devenue indispensable au fonctionnement courant des armées :

- Elle est une priorité ministérielle surtout depuis le 7 janvier 2015,
- La révision de la loi de programmation militaire renforce le rôle de la réserve,
- L'objectif est de 1.000 réservistes sur le terrain tous les jours pour « *Sentinelle* »,
- Un gros effort de recrutement va être entrepris dans l'armée de Terre (22.000 réservistes en 2019),
- Le budget de 81 M€ (+11) sera en augmentation sensible de 2015 à 2019,
- Avec les crédits actuels l'interarmées n'avait pas pu honorer 20% de ses besoins et le SSA 30%.

Dans le cadre de la mise en place du modèle de service SSA 2020, dont l'objectif est notamment d'ouvrir le SSA vers les réseaux de soin civils, publics ou privés, la réserve est un des axes support de l'ouverture, de la mutualisation et du recentrage du Service.

C'est pourquoi, plusieurs décisions ont été prises par le directeur central du SSA concernant la réserve :

- Sa mission sera d'ouvrir au Service le réseau de soins de la santé publique et de s'y ancrer :
 - c'est une mission au long cours qui nécessite une action pérenne que seule la réserve peut permettre,
 - le rôle du réserviste sera d'identifier, d'entretenir, d'ouvrir au Service les réseaux de soins ainsi que les correspondants « *leviers* » nécessaires,
- Création d'un réseau de coordonnateurs réservistes chargés d'animer et de coordonner les différents réseaux tant en interne qu'en externe.

Ces différents principes de base permettent déjà de mettre en évidence que la création du réseau de coordonnateurs réservistes :

- est une priorité de la DCSSA,
- est indispensable pour participer au recrutement des futurs réservistes du SSA, tant dans les métiers médicaux que les métiers paramédicaux.

Le réseau des coordonnateurs se compose :

- d'un coordonnateur central de la Réserve opérationnelle (CCR)
- d'un coordonnateur métier (CMR)
- d'un coordonnateur de la Réserve citoyenne (CRC)
- d'un (ou plusieurs) coordonnateur régional (CRR)
- de coordonnateurs locaux (CLR)

Dans les grandes lignes, les missions de chacun de ces acteurs sont ainsi définies.

Le coordonnateur central de la réserve opérationnelle (CCR) est un réserviste opérationnel qui :

- a un relationnel développé tant dans le milieu militaire que civil, ainsi qu'auprès des institutions de gouvernance territoriales et nationales de santé,
- dispose d'un bon réseau au sein de la réserve du SSA,
- est placé sous l'autorité technique du chef du bureau « gestion des réserves » du SSA.

Le coordonnateur de la réserve citoyenne (CRC) est un réserviste citoyen qui :

- a un réseau très développé dans le milieu civil de la santé ainsi qu'auprès des institutions de gouvernance territoriales et nationales de santé, et de bonnes connaissances du milieu militaire,
- est placé sous l'autorité technique du chef du bureau « *gestion des réserves* » du SSA.

¹ CRC2[®] Coordonnateur local CMA Cherbourg

Le coordonnateur « métier » de la réserve (CMR) est un praticien, de préférence d'origine hospitalière, qui :

- possède un relationnel développé dans le milieu hospitalier civil et, si possible, dans les ARS ;
- est placé auprès de l'adjoint « offre de soins et expertise » du directeur central.

Les coordonnateurs régionaux de la réserve (CRR) sont des réservistes opérationnels qui :

- sont en relation étroite avec les instances militaires et civiles (ARS, hôpitaux, ordres,...) de sa région,
- connaissent :
 - le fonctionnement de la direction régionale du SSA,
 - les personnels chargés de la gestion des réserves au sein de la DRSSA,
 - les organisations régionales de réservistes du SSA, placés auprès de chaque directeur régional du SSA.

Les coordonnateurs locaux de la réserve (CLR) sont des réservistes opérationnels ou citoyens qui :

- possèdent un bon relationnel avec les chefs d'établissements, CMA, CMIA et leurs adjoints, ainsi qu'avec les réservistes exerçant dans ces établissements,
- ont une bonne connaissance du réseau de santé (public et/ou privé) environnant et, plus largement, de l'ensemble des réseaux de soins du territoire de santé concerné,
- sont choisis parmi les réservistes ayant un CESR au sein de ces structures,
- sont placés au sein de chaque Etablissement, y compris dans les organismes extérieurs (BSPP, BMPM, UIISC...).

Il convient de souligner qu'il n'existe pas de lien hiérarchique entre les coordonnateurs des différents niveaux, mais uniquement un lien fonctionnel.

Les CRR sont rattachés au DRSSA, et les CLR sont rattachés à leur médecin-chef d'établissement ou de CMA.

Par ailleurs, le SIRéM est un excellent vecteur qui permet de contribuer à la diffusion de l'information et à la recherche de nouveaux réservistes et permet de connaître les demandes de renfort des établissements.

En conclusion, les points suivants sont **essentiels à retenir** :

- Ce réseau de coordonnateurs doit **faciliter** :
 - **la transmission de l'information** ascendante et descendante, tant en **interne** que vers la société **civile**
 - **l'ouverture** du SSA sur le monde de la santé civile tel que défini dans le modèle **SSA 2020**.
- La réserve **citoyenne** joue également un rôle important par ses activités de **lobbying** qui s'appuient sur sa connaissance du Service et ses activités au sein des différentes structures du système de santé : ordres professionnels, établissements de soins, ARS, industrie, milieu universitaire,...
- Ce réseau de coordonnateurs est **chargé d'agir auprès de tous les acteurs** de santé : médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, administrateurs de structures de soins, paramédicaux, afin de faciliter les actions du service dans le cadre de la mise en œuvre du modèle SSA 2020.
- Si ce réseau est un nouvel outil aidant pour le service, il est également une aide pour tous les réservistes qui auront un **interlocuteur désigné** à même de répondre à leurs besoins et à leurs questions.
- Ce réseau est donc un **outil novateur** qui, in fine, induit une logique gagnant-gagnant pour les trois partenaires et acteurs de santé que sont :
 - Le service,
 - Les réservistes,
 - Le monde civil de la santé.

Activité du réseau au niveau de la DRSSA de Brest

Les coordonnateurs locaux de la réserve ayant été désignés par le directeur régional durant l'été, une première réunion de l'équipe a été organisée début novembre par les coordonnateurs régionaux. L'équipe est variée est représentative de tous les corps du SSA : médecins, pharmacien, chirurgien-dentiste, vétérinaire, commissaires. Il y a de réservistes opérationnels, et des réservistes citoyens.

La mission initiale confiée aux CLR consistait à :

- prendre **contact avec leur médecin-chef** d'établissement ou de CMA,
- se faire **connaître** auprès de **tous les réservistes** des CMA et de leurs antennes,
- **mettre à jour** pour le 15 février 2016 les coordonnées concernant ces réservistes (adresses mail, volontariat OPEX ou crise, disponibilité avec court préavis, appartenance à une autre réserve telle que l'EPRUS ou le SDIS...) de manière, notamment à élaborer le listing de la réserve opérationnelle de crise (ROC),
- recenser les **conventions** qui existent déjà entre les établissements et CMA avec les hôpitaux ou centres de soin civils.

Il a été convenu d'organiser au moins deux réunions annuelles de l'équipe.

Un premier point a été réalisé très récemment (le 26 avril), et les résultats sont très encourageants.

Dans l'ensemble, les CLR, très motivés n'ont pas hésité à « *mouiller la chemise* » depuis le lancement du réseau régional :

- Le fichier des coordonnées des réservistes est complété à 85%,
- 2 conventions CH / CMA ont été signées,

- 2 journées nationales du réserviste ont été organisées,
- Participation à un forum métiers.

Ces diverses actions ont déjà permis de recruter 15 réservistes (médecins, chirurgiens, infirmiers-ères), et 4 commissaires. Il s'agit d'une première étape, car l'objectif fixé par la DRSSA de Brest pour l'année 2016 est de 70 recrutements.

Par ailleurs, différentes questions ont été soulevées quant à l'organisation pratique du travail des CLR. Plusieurs travaillent en « *site isolé* » car, éloignés de leur CMA. Mais, soyons confiants, les choses s'amélioreront progressivement !

Diverses suggestions ont été proposées, afin de faciliter le recrutement de réservistes, notamment en impliquant l'employeur civil, qui ne voit pas forcément d'un bon œil son salarié le quitter plusieurs jours dans l'année. Pourquoi ne pas féliciter cet employeur pour son acte citoyen ? Et, à terme, on pourrait aussi le récompenser : témoignage de satisfaction, voire MSMV pour les plus engagés ?...

Comme on le voit, le chantier qui s'ouvre pour les nouvelles équipes des coordonnateurs du SSA est immense.

Mais, la motivation, l'ardeur, et les idées sont là !

TROUSSE INDIVIDUELLE DES PERSONNELS SMUR : L'APPLICATION CIVILE D'UN CONCEPT MILITAIRE.

C. CHOLLET-XEMARD ¹, C. PENTIER ^{1,2}, N. TRAVERS ^{1,2}, D. MICHEL ¹, JY. ANDRE ¹,
F. GONDOUIN ¹, G. PROVOST ¹, P. TURSI ¹, E. LECARPENTIER ^{1,2}

Introduction

Le combattant des forces armées modernes est le premier acteur de sa santé grâce à l'enseignement de sauvetage au combat. En opération, il est formé à l'utilisation de la trousse individuelle du combattant (TIC) lui permettant de réaliser immédiatement, après mise en sécurité, les gestes de sauvetage adéquats en cas de blessures.

À l'instar du combattant, le personnel soignant civil peut être amené à se retrouver dans des situations où il est exposé physiquement à la blessure. En effet, ces dernières années ont vu se multiplier les situations à risque pour le soignant lors des interventions médicales préhospitalières : attentats, fusillades, frappes secondaires sur un site d'attentat...

Au SAMU 94 – SMUR Henri Mondor, la présence de plusieurs médecins urgentistes appartenant à la réserve opérationnelle a permis la mise en place de la déclinaison civile de la TIC : la trousse individuelle des personnels SMUR (TIPS). L'objectif étant de disposer des moyens nécessaires au contrôle des hémorragies pendant les 10 premières minutes de platine, elle est utilisable par et pour une tierce personne mais aussi par et pour le soignant en cas de nécessité.

Indications du port de la TIPS par le personnel SMUR

Toute intervention pour laquelle la situation tactique est instable : attentats, fusillade ..., sur demande du médecin régulateur du SAMU 94.

Composition de la TIPS

La trousse (16x20x8cm) est en tissu polyamide renforcé, elle se fixe à la cuisse et à la ceinture. Elle contient :

- Pour le contrôle des hémorragies :
 - 2 garrots tactiques type tourniquet
 - 1 pansement compressif
 - 1 pansement hémostatique
- Pour le contrôle d'une détresse respiratoire :
 - compresses stériles, sparadrap permettant la réalisation de pansements « 3 côtés »
 - 2 cathéters 14 Gauges pour l'exsufflation d'un pneumothorax compressif
- Pour la lutte contre l'hypothermie :
 - 1 couverture de survie
- 2 dosettes de povidone iodée (Bétadine®)
- 1 paire de ciseaux de secourisme



¹ SAMU 94 – SMUR Henri Mondor,
Hôpital Universitaire Henri Mondor,
AP-HP, 94010 Créteil

² Médecin de la réserve opérationnelle du Service de Santé des Armées



Condition de déploiement de la TIPS

Sur demande du médecin régulateur du SAMU 94, une TIPS est distribuée à chaque personnel embarqué lors du départ en intervention. Chaque personnel doit attacher la TIPS à sa ceinture et à sa cuisse afin de l'avoir en permanence à portée durant toute la durée de l'intervention. Elle est restituée au retour d'intervention. Sur ordre des autorités compétentes et en cas de risque chimique, le stylo INEUROPE®, disponible en permanence dans les véhicules d'intervention, peut être placé dans la TIPS.

Formation des personnels à l'utilisation de la TIPS

Une formation initiale à l'utilisation des moyens de contrôle des hémorragies a été réalisée avant la mise en place de ces TIPS notamment en ce qui concerne l'utilisation du garrot tourniquet, du pansement compressif et du pansement hémostatique. Une évaluation à distance sera réalisée afin d'analyser les besoins en recyclage.

Conclusion

L'évolution actuelle de la menace sur le territoire national, pose la double question de la gestion préhospitalière d'un afflux saturant de blessés mais également de la sécurité des équipes médicales engagées. La TIPS permet ainsi d'avoir immédiatement accès à du matériel supplémentaire le cas échéant. Elle devrait faire partie de la dotation de tout secouriste ou personnel soignant intervenant en urgence en préhospitalier. Le développement de cette TIPS est une expression pratique de l'utilité du lien armée-nation.

LA RESTRUCTURATION DU SERVICE DE SANTÉ AUX ARMÉES FRANÇAISES DE 1915 À 1918 (2^{ème} partie : le soutien des engagements majeurs)

J.-J. FERRANDIS ¹

Article paru dans le n°1 du tome 44, février 2016, de la revue Médecine et Armées, avec l'aimable autorisation de l'Auteur et de la Direction de Publication de la revue. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre reconnaissance et de nos remerciements.

(La première partie de cette étude est parue dans le numéro 1/7^{ème} année d'Actu GORSSA, mars 2016)

La bataille de Verdun (21 février - 19 décembre 1916)

L'implantation des hôpitaux dans la zone des Armées évolua au cours du conflit. Le doyen G. Pédroncini a écrit : « *Il faut redire, sans que cela n'enlève rien aux autres batailles, que Verdun est le sommet, le tournant et le symbole de la Grande Guerre* » ⁽⁴⁾. Le MIG Mignon, chirurgien militaire et ancien directeur de l'École du Val-de-Grâce, avait été particulièrement associé à la réalisation du plan d'hospitalisation et d'évacuation de la bataille. Il distingua les HOE d'évacuation et d'hospitalisation. Le triage des blessés fut réalisé à tous les niveaux de la chaîne d'évacuation, dès le poste de secours ou l'ambulance divisionnaire. « *Tant de triages pourraient sembler un abus. Ils ont été plutôt la raison du bon ordre qui a existé et ils ont évité de faux aiguillages aux blessés* » (Mignon) ⁽⁵⁾. Du 21 au 29 février, les HOE reçurent près de 2 500 blessés par jour. L'HOE de Baleycourt et son annexe de Vadelaincourt devinrent la clé de voûte du système destiné au « *triage* » des blessés des deux rives de la Meuse et au traitement des « *intransportables* ». L'HOE de Petit-Monthairons joua le rôle de relais d'évacuation. Les blessés étaient ensuite transportés par automobiles sanitaires vers Clermont-en-Argonne ou Chaumont sur Aire et par train sur voies étroites vers Bar-le-Duc (Le Decauville et le petit Meusien ou Varinot). Au début mars, fut adopté le principe de la sectorisation avec tous les postes de secours sur la ligne de feu et le transport des blessés

en sanitaires à partir du poste évacuateur des lignes. L'évacuation des secteurs se faisait par groupements vers les HOE 1 et HOE 2 en direction radiaire, en branches d'éventail. L'essentiel du traitement chirurgical se faisait plus en arrière dans les groupements d'ambulances et surtout les HOE de la zone des Étapes, renforcés en lits. Lorsque le front fut stabilisé, on distingua la zone Occidentale, difficile d'accès et la zone Orientale avec évacuation directe sur Bar-le-Duc qui ne recevait que les petits blessés. S'ils étaient capables de marcher, ces blessés devaient se rendre à la sortie des tranchées, au poste de chargement des sections sanitaires automobiles. Ils étaient ensuite transportés par la noria des camions (un par minute), revenant à vide vers Bar-le-Duc, par la Voie Sacrée (fig. 5). Les autres blessés étaient évacués sur Revigny, Saint-Dizier et même Paris. Par la suite furent créés des ambulances-hôpitaux de corps d'armée (Froidos, Ville-sur-Cousances, Clairs Chênes, Lempire-Landrecourt, Brocourt) et un centre chirurgical d'armée avec triage et traitement des intransportables. L'utilisation d'un chemin de fer à large voie permit ensuite d'ouvrir l'HOE de Fleury-sur-Aire et tous les hôpitaux têtes de ligne des Étapes furent renforcés d'autochirs.



Figure 5. Petit-Monthairons (Marne) Départ de blessés évacués par la Voie Sacrée vers Bar-le-Duc (Bataille de Verdun, 1916).

© Musée du Service de santé des Armées, Paris.

¹ MC(cr) Conservateur Honoraire du Musée du Service de Santé du Val de Grâce

À la fin de la bataille, il existait 15 000 lits d'hospitalisation pour 18 divisions, soit approximativement, 1 lit pour 16 combattants. Rappelons que l'armée française, a déploré 50 000 tués et 216 000 blessés à Verdun dont 142 000 dans les premiers jours de l'attaque allemande⁽⁷⁾.

La bataille de la Somme (1^{er} juillet - 18 novembre 1916)

Il en fut tout autrement pendant la bataille de la Somme dont le plan d'hospitalisation n'était pas l'œuvre des médecins mais des officiers d'État-major logistique. Il n'y avait pas d'HOE de deuxième ligne, les blessés étaient retenus, triés et majoritairement traités dans la zone des Étapes, dans les Groupements d'ambulances de corps d'armée (GACA) pouvant atteindre plusieurs milliers de lits. Les HOE de première ligne ne recevaient que les blessés graves pour les traiter ou les évacuer vers l'intérieur et secondairement les blessés déjà traités au GACA. À l'entrée de ces HOE, deux groupes de trois médecins triaient les blessés valides et couchés. Mais « *Le triage a été si confus que l'on ne s'est guère aperçu de son efficacité* » (Mignon). Cette concentration des moyens de traitement à proximité de la ligne de feu, donna satisfaction car le front était heureusement très stable. Il fut logiquement reconduit lors des offensives d'Arras (9 avril 1917), de l'Aisne (16 avril 1917) et du Chemin des Dames⁽¹⁰⁾.

Le Chemin des Dames (16 avril - 24 octobre 1917)

Ce fut un nouveau et grave désastre sanitaire, coup d'arrêt aux progrès réalisés jusque-là. L'offensive des I^{er}, V^e, VI^e et X^e armées, décidée par le nouveau commandant en chef, le général Nivelle, sur un front limité de Soissons à Reims, fut rapidement stoppé par les Allemands et entraîna des pertes considérables. Le commandement avait prévu 10 000 blessés, il y en eut 80 000 dont plus de 50 % de petits blessés. Les évacuations sanitaires commencèrent seulement 36h après le début de l'offensive et il n'exista pas de triage dégrossisseur. En fait, le triage fut plus administratif que technique et les HOE qui manquaient d'équipement chirurgical, furent encombrés de petits blessés qui n'avaient pas été « *filtrés* » par les dispositifs de l'Avant. Il était prévu seulement six HOE, chacun de 3 000 lits, mais outre leur nombre insuffisant, leurs renforts n'avaient pas tous rejoint. Le gel avait retardé l'achèvement des HOE montés par le Génie.

Ainsi, celui de Prouilly ne comportait que seize baraques d'hospitalisation, sur les vingt-quatre prévues. Il n'était pas encore admis d'organiser les évacuations d'une armée sur l'autre. Les blessés furent très mal répartis : à Épernay, 230 pour une seule équipe chirurgicale alors que les hôpitaux avoisinants étaient vides et que les chirurgiens de Compiègne et Villers-Cotterêts ne furent pas déplacés vers la zone active ; l'HOE de Saint-Gilles reçut 5 400 blessés, du 16 au 21 avril mais il ne disposait que de six équipes chirurgicales au lieu des 137 prévues. Les blessés étaient entassés dans des trains sans tenir compte du degré d'urgence et les trains sanitaires ont été défilants. Sur une voie unique, ils n'avaient pas la priorité par rapport aux convois de troupes et de munitions. Au comité secret de la Chambre (Rapport de L. Mourier du 29 juin 1917) et à la commission du Sénat (17 mai 1917)⁽¹⁰⁾, les parlementaires critiquèrent la désorganisation coupable du Service de santé et blâmèrent J. Godart. Celui-ci endossa la responsabilité du désastre dont il n'était pourtant point entièrement responsable.

Dans les Flandres (août 1917)

Le fiasco du Chemin des Dames conduisit à de nouveaux concepts : les médecins furent enfin totalement impliqués dans l'élaboration et la réalisation des plans d'hospitalisation et d'évacuation. Après avoir recueilli les avis du consultant chirurgical d'armée P. Duval, le nouvel inspecteur du Service de santé au GQG, le MIG Sieur⁽¹¹⁾ préconisa un triage rigoureux des blessés, qui étaient, soit opérés sur place, soit évacués par trains spéciaux vers des centres spécifiques : grandes urgences à Linde et Rosebruge où opéraient Bamsby et Lenormant ; crânes, fractures, plaies articulaires à Zuydcoote où opérait seul P. Duval; centres de sutures secondaires et petits blessés à Amiens et Abbeville. L'échelonnement du dispositif donna une grande souplesse et d'excellents résultats. Pour Abram, « *la logique avait remplacé l'autorité* ».

La reprise de la guerre de mouvement en 1918.

Les offensives allemandes puis françaises caractérisèrent la reprise de la guerre de mouvement en 1918. À la différence des batailles antérieures, il était désormais possible d'évacuer les blessés d'une armée vers l'autre. Lors de la Bataille de l'Oise à la Somme (Mars-Avril 1918), les ambulances et les formations hospitalières devaient être réparties en trois échelons

mais les Anglais se replièrent rapidement et la III^e année dut s'engager plus tôt que prévu. Le 21 mars, il ne restait que deux HOE : Estrées-Saint-Denis pour les blessés, Villers-sur-Coudun pour les gazés. Beauvais devint le grand centre d'évacuation et de « *débordement* » avec 4 000 lits sur 15 000 initialement prévus. Dès le 2^e avril, en quatre jours, le Service se rétablit en totalité avec une ligne d'ambulances pour intransportables, regroupement des grands blessés à Royallieu et mise en service d'une nouvelle ligne de formations sanitaires, renforcée par le sanatorium à Angicourt. Faute de trains, les évacuations se firent très correctement sur l'Oise, par péniches automotrices et bateaux-mouches. Deux mois plus tard, après que la prise de Soissons, de Wassy, de Mont Notre-Dame eut privé la VI^e armée de toutes ses disponibilités en lits et en matériels, le Service de santé de la III^e armée, dûment réorganisé, pouvait déjà en sept jours recevoir, trier et opérer 10 186 blessés venant du front voisin débordé.

Durant les batailles de la Lys et des Flandres (avril-mai 1918), les ambulances divisionnaires françaises furent déployées comme formations de triage et les évacuations se firent vers les formations hospitalières anglaises installées « *sous dur* » dans les hôtels et sanatoriums de Zuydcoote, Rosendael, Paris-Plage, le Touquet et Berck.

Le 27 mai 1918, débuta par surprise la troisième offensive allemande de l'année 1918. Le Service de santé des batailles de l'Aisne et du Matz (mai-juin 1918) dut faire face à nombreuses pertes humaines et matérielles. Le grand HOE de Bouleuse brûla le 29 juin. Sur le front de la VI^e armée, 30 000 lits durent être abandonnés. Les Français incendièrent leurs HOE de Neuilly-Saint-Front et de Braine, sans avoir pu en évacuer les matériels. Le centre hospitalier de Mont Notre-Dame abandonna 700 blessés et la plupart de son personnel ; des ambulances furent capturées. Il en fut de même à la V^e année au bord de la Marne ainsi qu'à la III^e et à la X^e armées. Les formations repliées ne purent que réaliser des gestes d'extrême urgence et de mise en condition d'évacuation. La dérivation de nombreuses évacuations d'une armée à l'autre était maintenant bien au point, désormais on évacuait aussi directement vers les centres hospitaliers lourds (Sézanne, Senlis, Chantilly, Royallieu, Beauvais).

Lors de la dernière offensive allemande en Champagne (Juillet-Août 1918), la contre-attaque victorieuse française des VI^e et X^e années permit de dégager Château-Thierry et de réoccuper Soissons. Les formations

divisionnaires et de corps d'armée assurèrent le triage et le traitement des intransportables. Les sections sanitaires furent réparties de telle sorte que chaque HOE était desservi par deux sections de voitures sanitaires. Les barrages de division ou de corps d'armée furent supprimés en rendant libre et direct l'accès aux HOE renforcés d'équipes chirurgicales qui assurèrent l'essentiel du traitement des blessés. On eut recourt aux centres plus éloignés, comme Troyes pour la V^e ou Paris pour la VI^e armées, reliés par trains sanitaires directs et rapides.

Dans la Bataille de Picardie (6 août-10 septembre 1918) avec les opérations de rupture comportant une avance importante, l'ambulance divisionnaire unique fonctionna comme poste de secours à grand rendement. Les blessés intransportables étaient immédiatement traités au Groupement avancé d'ambulances de corps d'armée (GACA), installé sous tente, transportable rapidement par voie routière et plus mobile qu'en 1916. L'HOE 1 ou de première ligne prit l'appellation de « *ROE primaire* » installé de 25 à 40 km de la ligne de feu. Il était réservé au triage de tous les blessés et aux urgences avec le souci d'éviter l'engorgement en évacuant dès que possible. Le tri et le traitement des intransportables se faisaient dans les formations de corps d'année réduites en lits. Le traitement primaire des blessés gazés et malades avait lieu dans les HOE 1 d'année. L'évacuation massive des blessés, initialement traités et pouvant voyager sans danger, se faisait ensuite sur les HOE 2 ou de deuxième ligne ou « *HOE secondaire* », situé de 150 à 200 km des lignes. Ils pouvaient aussi recevoir un train complet de blessés à opérer tous les quatre jours. L'ensemble des locaux, établis sur le même plan, était judicieusement disposé à proximité des quais couverts. Plus de 4 000 voitures sanitaires automobiles assuraient les évacuations. Elles étaient associées à 200 trains sanitaires aménagés qui stationnaient sur des quais couverts en bordure de l'HOE.

Après le désastre sanitaire du début de la guerre et avec les progrès spectaculaires de la chirurgie, résultant de l'adaptation particulièrement rapide du Service de santé aux conditions nouvelles du conflit, les 3 500 000 blessés de la Grande Guerre ont pu bénéficier de soins de plus en plus efficaces. Ce Service était devenu en 1918 le plus performant de toutes les années en conflit. Il paya malheureusement un lourd tribut puisque ses pertes le classèrent proportionnellement au second rang derrière l'Infanterie, loin devant l'Artillerie, la Cavalerie et les autres services.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

5. Olier F., Les autochirs, 1914-1918.
Genèse d'une épopée, Médecine et Années 2002 ; 20, 3 : 299-320.
7. Mignon A. (Médecin inspecteur général),
Le Service de santé pendant la guerre 1914-1918, 4 t, Masson, Paris ; 1926-1927.
8. Rouquette. La récupération des blessés dans une formation de triage, Bull. Med.
Paris 1916,30 : 185-7
9. Pédroncini G. L'émergence des armes nouvelles,
actes du colloque du 25 octobre 1996 au Centre mondial de la Paix,
Verdun, Economica, Paris ; 1997.
10. Comité secret du 29 juin 1917, Chambre des dép., intervention de L. Mourier.
JO du 1 juillet 1922 : 407
11. Sieur C. (Médecin inspecteur général).
Le Service de santé pendant la guerre 1914-1918, documents dactylographiés,
Centre de documentation du musée du Service de santé des armées,
Val-de-Grâce, Paris ; 1920.

JOURNÉES NATIONALES D'INSTRUCTION DU GORSSA

Bordeaux 27 et 28 mai 2016

L. ASTIN¹

Leur thème général est « vecteurs aériens et évacuations sanitaires ».

VENDREDI 27 MAI 2016

La journée se déroule sur le site de la Base Aérienne 120 « *Commandant Marzac* » de Cazaux.

Nous sommes accueillis le matin par le Colonel LEFEVRE, Commandant la base dans la salle de cinéma. Après la projection d'un film de quelques minutes, il nous présente la BA 120 :

Cinq axes la caractérisent :

- opérationnel : 90 aéronefs dont l'escadron d'hélicoptères 01.067,
- formation : PN chasse, pompiers, survie, NRBC, armement,
- préparation opérationnelle : capacités d'entraînement optimales,
- engagement dans la modernisation : pôle essais et expérimentations,
- partenariat : ministère de la défense, interministériel, sécurité civile.

Le Colonel® VOISIN nous fait part du déroulement de la journée et nous prenons les cars pour traverser les zones vie puis opérationnelle.

Nous arrivons au hangar pour visiter trois ateliers tenus par les personnels assurant les démonstrations de matériels exposés :

- CPA 30 segment sol de la recherche et du combat,
- section d'intervention NRBC des pompiers de l'Armée de l'Air,
- Centre de Formation à la Survie et au Sauvetage.

Dehors nous visitons deux hélicoptères équipés pour la recherche et le sauvetage en temps de paix pour le PUMA, de guerre pour le CARACAL moderne.

Le déjeuner au mess de la base est précédé d'une remise de médailles.



BA 120 stand du CPA 30

Nous revenons l'après-midi en salle de cinéma pour suivre les communications du SSA. Nous sommes accueillis par le Médecin Général PUEL, Directeur Régional du SSA à Bordeaux, et représentant le Directeur Central pendant le congrès, qui nous expose le modèle SSA 2020.

Le Médecin en Chef GRANGER-VEYRON, Commandant le Centre Médical des Armées de Bordeaux-Mérignac expose son fonctionnement. Assurant le rôle de modérateur, il présente les conférenciers suivants :

- Ejections et rôle dans l'enquête technique par le Médecin Principal Hélène MABIT, Médecin PN au CMA de Bordeaux-Mérignac.
- Aspects médico-psychologiques du suivi des équipages après événements aériens par le Médecin en Chef Marie-Dominique COLAS, Professeur Agrégé du Val de Grâce en psychiatrie, Chef du Service Médical de Psychologie Clinique Appliquée à l'Aéronautique à l'HIA Percy.

¹ MC® Secrétaire Général Adjoint de l'UNMR



*Dîner de gala.
De gauche à droite :
PC® J.-C. Schalber,
ICS® E. de Moulins de Rochefort,
CNE (Bundeswehr) Smyth,
CDCS® J.-P. Fogel,
MC C. Vergez-Larroquet,
CRC1® C. Saliceti*

- Présentation de l'Antenne Médicale de Cazaux par le Médecin Principal Pierre GUENOT.
- Evolution et défis de la Réserve du SSA par le Médecin en Chef Claude VERGEZ-LARROUGET, chef du Bureau Réserves et Délégué aux Réserves du SSA à la DCSSA.

Nous reprenons les cars en direction de Bordeaux, escortés par deux gendarmes de l'Air, pour être accueillis au Palais Rohan, siège de la Mairie par le Docteur Erick AOUIZERATE, Conseiller Municipal, délégué à la vie associative représentant Monsieur Alain JUPPÉ, Maire de Bordeaux.



*Réception à la Mairie de Bordeaux.
Dr Erick AOUIZERATE et CDCS® J.-P. Fogel*

Le CDCSCN® FOGEL, Président de la FNCDR représentant le MCSHC® SAUVAGEON, Président du GORSSA, en mission militaire actuellement, le remercie et lui remet la médaille du GORSSA.

Le MC® BOUSQUIER, représentant le MCSHC® SAUVAGEON, Président de l'UNMR, remet au MCSHC(H) TISSOT la médaille de Vermeil de l'UNMR.

Après l'aubade de la Musique de l'Air dans le parc, un cocktail a lieu dans les salons de la Mairie.

Le dîner officiel se déroule au mess de Cursol, précédé d'une minute de silence à la mémoire du Chirurgien-Dentiste en Chef® CHOUTEAU, récemment décédé.

Le CDCSCN® FOGEL remercie les autorités et les conférenciers au nom du MCSHC® SAUVAGEON. Après une remise de médailles du GORSSA, le Médecin Général PUEL, Directeur Régional du SSA à Bordeaux, prononce un discours.

SAMEDI 28 MAI 2016

Les assemblées générales des différentes associations constitutives du GORSSA sont suivies des conseils d'administration respectifs.

L'assemblée générale du GORSSA qui suit est réservée aux membres désignés par les associations.

Les participants visitent les stands des partenaires privés soutenant les journées.

Le déjeuner clôturant ces journées particulièrement réussies avec une assistance nombreuse est servi au mess de Cursol.

INFORMATIONS OFFICIELLES

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

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

JORF n°0091 du 17 avril 2016

Ordre National de la Légion d'Honneur

Décret du 15 avril 2016 portant promotion au grade d'officier et nomination en faveur des militaires n'appartenant pas à l'armée active

Au grade de chevalier, avec traitement

COL Banssillon Vincent, CDC CLIN Philippe, CNE COLIN Jean-Claude, CDC HOLIK Pierre, CD THIBULT Jean-Louis.

JORF n°0096 du 23 avril 2016

Arrêté du 15 avril 2016 modifiant l'arrêté du 12 septembre 2014 portant détermination des droits à pension ou à certaines primes ou indemnités des militaires infirmiers et techniciens des hôpitaux des armées.

JORF n°0102 du 30 avril 2016 **Ordre National du Mérite**

Décret du 29 avril 2016 portant élévation et nomination à la dignité de grand'croix et de grand officier en faveur des militaires n'appartenant pas à l'armée active

A la dignité de grand officier

MGI KERMAREC Jean

Décret du 29 avril 2016 portant promotion et nomination en faveur des militaires n'appartenant pas à l'armée active

Au grade de commandeur

CDC AIRAULT Christian

Au grade d'officier

MC DALMAS Serge, MC DÉSÈMERIE Franck, MC JUNG Christian, MC KOULMANN Patrick, LCL MASSICOT Philippe, CDC NEBOT Daniel.

Au grade de chevalier

ISG2GBEDEAU del'ECOCHÈRE Éric, MCBERTON Jean-Philippe, AMACE BROSSIER Jean-Marc, PC DEBRIEL Dominique, MC DOUVIER Serge, ISG2G FRACCHIA Louis, ISG1G GREUZAT Gilles, ISG2G Guillotin de Corson épouse de Moulins de Rochefort Élisabeth, MC MARTIN Philippe, MC PADILLA Norbert, MC PAMART Philippe, MCSCN SOUQUIÈRE Yves, MC VIVIER Dominique.

JORF n°0127 du 2 juin 2016

Décret du 31 mai 2016 portant nomination et promotion dans la réserve opérationnelle.
Pour la liste des nommés et promus, se reporter au n°1/2016 d'Actu GORSSA, pages 35-36.

JORF n°0136 du 12 juin 2016

Décret du 10 juin 2016 portant nomination et promotion dans la réserve opérationnelle.

TEXTES OFFICIELS

Texte n°12 du 15 février 2016

Circulaire n°504996/DEF/DCSSA/CH-RH relative à la notation en 2016 et au travail préparatoire à la notation 2017 des militaires de l'armée active et de la réserve opérationnelle du service de santé des armées

Texte n°7 du 22 février 2016

Instruction n°505584/DEF/DCSSA/RH/RES relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement de la commission consultative de la réserve opérationnelle du service de santé des armées.

Texte n°3 du 4 mars 2016

Instruction n°72/DEF/DGA/DT/DGA_Maîtrise_NRBC relative aux missions et à l'organisation du centre de la direction générale de l'armement maîtrise nucléaire, radiologique, bactériologique et chimique de la direction technique

Texte n°8 du 21 mars 2016

Instruction n°1884/DEF/EMA/PERF/DIAR relative à l'organisation du cycle d'enseignement militaire supérieur de 2° degré des officiers de réserve en vue de l'attribution du brevet technique interarmées de réserve.

Texte n°11 du 21 mars 2016

Circulaire N°930/DEF/DCSEA/SD-RH/GDC/PM/RFR relative à l'organisation de la formation militaire élémentaire en 2016.

État-Major des Armées Texte n°4 du 5 avril 2016

Circulaire n°508290/DEF/DCSSA/AA/PAPS relative à la composition des différentes tenues revêtues par le personnel militaire du service de santé des armées.

JORF n°0085 du 10 avril 2016

Décret n°2016-421 du 8 avril 2016 modifiant le décret n°2002-1490 du 20 décembre 2002 fixant le statut des militaires infirmiers et techniciens des hôpitaux des armées et le décret n° 2008-959 du 12 septembre 2008 modifié relatif aux militaires commissionnés

JORF n°0085 du 10 avril 2016

Décret n°2016-422 du 8 avril 2016 fixant certaines dispositions applicables aux élèves sous-officiers du service de santé des armées et modifiant certaines dispositions applicables aux élèves médecins, pharmaciens, vétérinaires et chirurgiens-dentistes des écoles du service de santé des armées.

JORF n°0096 du 23 avril 2016

Arrêté du 15 avril 2016 modifiant l'arrêté du 12 septembre 2014 portant détermination des droits à pension ou à certaines primes ou indemnités des militaires infirmiers et techniciens des hôpitaux des armées

OUVRAGES PARUS - BIBLIOGRAPHIE

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

J'ÉTAIS MÉDECIN DANS LES TRANCHÉES

par Louis MAUFRAIS, Éditions Robert LAFFONT

Le Août 1914. Louis Maufrais, étudiant en médecine, pense présenter l'internat quand la guerre éclate. Le jeune homme rejoint le front, découvre les tranchées. Il va y rester quatre ans. Quatre ans pendant lesquels il côtoie la mort les pieds dans la boue et les mains dans le sang, jour et nuit enterré au fond de postes de secours secoués par le souffle des obus. Quand il a un moment de repos, il prend des notes, photographie, pour raconter la souffrance, celle de ses camarades, la sienne, mais aussi l'amitié, le burlesque, l'absurde... « Voici un texte hallucinant. Œuvre d'un médecin, qui a fait toute la Grande Guerre dans les tranchées, il est à ce jour inédit, publié pour la première fois en ce 90^{ème} anniversaire de l'Armistice. Maufrais a été partout : d'abord en Argonne et en Champagne en 1915, à Verdun et sur la Somme en 1916, à nouveau à Verdun en 1917, enfin chirurgien dans une ambulance d'avril 1918 à janvier 1919. Non seulement il a été sur tous les fronts de la guerre, en France, mais au feu quatre années sur quatre. En cela, son témoignage est unique. Il l'est aussi en ce que son activité de médecin auxiliaire l'amenait à prendre des notes pour le suivi de ses blessés. Ce sont ses carnets et ses photographies, sauvegardés, qui lui ont permis, soixante ans plus tard, de dicter des fragments d'une précision inégalée : des informations et souvenirs intacts, comme congelés. » Marc Ferro

Comment un témoignage d'une importance exceptionnelle a été sauvé de l'oubli. Le 5 décembre 1977, s'éteint un vieux médecin defamille, généraliste à Saint Mandé. Dans l'héritage qu'il laisse à ses enfants, il y a des photos, beaucoup de photos, et une boîte à chaussures. Dans la boîte, seize cassettes enregistrées par Louis Maufrais peu avant de mourir ; devenu aveugle et incapable d'écrire, il avait peur que son témoignage disparaisse avec lui. Mais le temps passe encore, et les cassettes restent rangées au fond d'un placard. Vingt-cinq ans d'oubli. Jusqu'à ce jour de 2001 où sa petite-fille, Martine Veillet, les trouve, les écoute... Il lui faudra cinq années d'enquête pour décrypter la voix de son grand-père, vérifier les dates, les lieux, retrouver dans les archives les noms qu'il cite. L'ampleur de ses recherches et son travail d'édition ajoutent encore de la valeur à ce livre rare.

ILS ÉTAIENT CAMARADES DE TRANCHÉES SUR LES TRACES DE LOUIS MAUFRAIS,

par Martine VEILLET, Éditions Robert LAFFONT

Après avoir lu « J'étais médecin dans les tranchées, des descendants de soldats évoqués par Louis

Maufrais dans son journal proposèrent en effet à sa petite-fille de lui ouvrir leurs archives familiales. De son côté, Martine Veillet décida de replonger dans celles de sa propre famille, où sommeillaient encore bien des trésors cachés - correspondances, cartes postales et photos inédites. Fondé sur les témoignages croisés de soldats et de leurs proches le livre s'articule autour d'une question lancinante : comment les poilus ont-ils fait pour survivre à l'horreur de la guerre ? Martine Veillet insiste notamment sur le rôle décisif loué par ceux de l'arrière » autrement dit par les familles des combattants, ainsi que sur la place centrale que tint l'amitié entre soldats dans les tranchées.

Ancienne journaliste, Martine Veillet est spécialiste de la Première Guerre mondiale. Elle a reçu lors de la séance de janvier 2016 le Prix de l'AMSSA 2015

UN PRÊTRE MISSIONNAIRE DANS LA GRANDE GUERRE 1914-1919,

carnets de guerre choisis et annotés

par Denise et Allain BERNÈDE Éditions SOTECA

Depuis bientôt un siècle, dix-huit carnets, conservés dans une bibliothèque privée, gardaient précieusement les secrets d'un aumônier bénévole de la Grande Guerre. Mobilisé en août 1914, comme secrétaire dans une ambulance de campagne, Omer Denis ne tarde pas, dès la bataille de la Marne, à exercer auprès des blessés, « sans titre officiel », les fonctions d'aumônier. En 1916, estimant ne plus être en mesure d'accomplir son ministère dans des conditions satisfaisantes, il demande et obtient un poste de brancardier dans un régiment d'artillerie de canons de 75. Ce personnage, qui a le sens de l'humour et de l'anecdote, se lance au fil des pages, dans de très intéressantes digressions qui sont autant de tableaux de la vie en cette période troublée. Ne négligeant jamais les bonnes relations, il n'hésite d'ailleurs pas à recourir à sa condition de prêtre pour améliorer le quotidien !

Bien au-delà de l'ecclésiastique en campagne, le lecteur découvre là un personnage aussi truculent qu'attachant. Partant de la masse considérable de notes des plus diverses, soigneusement consignées d'août 1914 à mars 1919, Denise et Allain Bernède, tous les deux rompus aux techniques du maniement des archives militaires, se sont livrés, après avoir transcrit les 1356 feuillets du document, à un véritable travail de vérifications pour mettre en valeur ce « matériau pour l'Histoire », toujours difficile à traiter, que sont les témoignages.

Historien militaire de terrain, le général (2S) Allain Bernède, docteur en Histoire, ancien professeur

aux Écoles de Saint-Cyr Coëtquidan et à l'École supérieure de Guerre, a toujours mis en valeur l'importance de l'homme au combat.

LA GUERRE PAR CEUX QUI LA FONT

(stratégie et incertitude au XXI^e siècle),

sous la direction du Général Benoît DURIEUX,

Éditions DU ROCHER

Ils sont pilotes de chasse, officiers des forces spéciales ou commandants de sous-marin nucléaire. Ils sont français, allemands, britanniques ou italiens. Depuis 20 ans ils ont été engagés en OPEX sur tous les théâtres, à la tête des régiments, des bâtiments de la Marine ou en survolant les territoires de guerre partout dans le monde à bord d'avions de guerre électronique. Durant ces opérations, ils ont connu la réalité de la guerre et constaté son évolution. Ils ont choisi de prendre le temps de réfléchir à leur métier, pour éclairer les évolutions toujours incertaines de la scène stratégique et analyser les défis de demain.

Le Général Benoît Durieux a pris part avec ses unités à des opérations à Djibouti (1992-1993), en Somalie (1993), en Bosnie (1995 et 1996). Il a été chef de corps du 2^e REI, avec lequel il a été engagé de juin 2009 à janvier 2010 en Afghanistan, dans le secteur de Surobi, à l'est de Kaboul.

SAMEDI 22 AOÛT 1914,

UN MÉDECIN DANS LA BATAILLE

par Sophie DELAPORTE, Éditions Odile JACOB.

En quelques heures, le samedi 22 août 1914, plus de 10 000 hommes sur un effectif total de 15 000 ont été tués, blessés ou portés disparus dans les Ardennes belges, entre Rossignol et Neufchâteau. Cette journée sera la plus meurtrière de l'histoire de France. Soldats, officiers et gouvernement comprennent que cette guerre ne sera pas ce qu'on imaginait. Sophie Delaporte donne vie à un jeune médecin pour écrire une histoire « à hauteur d'homme » et nous faire ainsi comme participer à l'horreur du champ de bataille. Dire la guerre avec les yeux de ceux qui l'ont faite : telle est l'ambition de ce livre. Tout ce qui est écrit est vrai et rigoureusement reconstitué à partir d'archives, de carnets et de témoignages.

Sophie Delaporte est historienne, maître de conférences à l'université de Picardie, spécialiste des traumatismes, des pratiques de soins du XIX^e siècle à nos jours. Elle est notamment l'auteur des Médecins dans la Grande Guerre, et des Carnets de l'aspirant Laby.

INDEX 2015

I – TABLE DES MATIÈRES PAR AUTEURS

BABINA B. (CD), GATEAU P. (CDC) (R)

Empreinte optique, la révolution numérique mise à l'épreuve
n°4 p 19-21

BOUSQUIER P. (MC) (R)

Interview du MCS P-E BERTRAN Médecin chef du Centre Principal d'Expertise Médicale du Personnel Navigant
n°1 p 12-14.

CAPEL J-P (COL) (H)

du « *bleu national* » à l'amarante, à propos des tenues des officiers d'administration puis OCTA
n°2 p 23 et 24.

CUEFF S. (MCS)

Quelques réflexions en guise de conclusion
n°1 p 56

DAIGNEY E. (ICN)

L'escadrille aérosanitaire 6/560 « ETAMPES »
n°1 p 25 -26.

DISTINGUIN B. (MDA)

La sécurité nucléaire sur le BAVN d'Istres
n°1 p 27 -28.

DULIEU F. (VP), MANET G. (VC)

Aspects vétérinaires de l'utilisation des rapaces pour l'effarouchement
n°1 p 45 -51.

DUMAS E. (VC), CABRE O. (VC), CALVET F. (VC)

L'étonnant parcours d'un vétérinaire de réserve, le capitaine Pierre TROQUEREAU, Compagnon de la Libération
n°3 p 23 -26.

FLOCARD F. (MGI)

Avant propos
n°1 p 6

GIBELLI M. (MCS) (R)

Adieux aux Armes du MGI Jean-Luc GUIGON,
le 10-09-2015 à Metz
n°4 p 32.

GRASSER L., de AUDNICKI S., COSTE S., MADEC S., Fédération d'anesthésie-réanimation, HIA VDG

Evacuation médicale aérienne stratégique individuelle et collective, réponses logistiques et médicales
n°1 p 15-24.

LECOMTE O. (CDC)

Spécificités du suivi dentaire des personnels navigants de chasse au CMA de Nancy-Ochey
n°1 p 31-39.

LEHOT J-J. (MCS) (R), BOURDEREAU J-M. (MP) (R), ABRASSART S. (MC) (R), PY E. (MC) (R)

Mission de courte durée à Djibouti, hôpital Bouffard août 2015, l'acidose métabolique, à propos de deux observations
n°4 p 8-11.

LINON P-J. (COL) (RC)

Les officiers d'administration, entre intendance et santé, rétrospective 1800-2015
n°4 p 24-29.

LECUYER T. (MP)

L'activité médicale au sein des écoles d'officiers de l'Armée de l'Air
n°1 p 43 et 44.

MANET G. (VC) (R), MARIE J-L. (VC)

Animaux familiers dans les foyers de fièvre Ebola
n°2 p 17-20.

MERCIER D. (GAA)

Editorial
n°1 p 5.

PAUCHARD J-M. (CDC) (R)

- Préambule
n°1 p 3.
- La nécropole nationale de Notre Dame de Lorette
n°3 p 33.

PERRIN P. (VGI), CABRE O (VC), PERRAUDIN C. (VCS), BOLNOT F-H (VC) (R)

Les guides militaires de recommandations et de bonnes pratiques en restauration
n°4 p 13-18.

REBARDY M. (MDA)

Recherche et sauvetage au combat dans l'Armée de l'Air
n°1 p 29 et 30.

SALICETI C. (CRC1) (R)

Editorial
n°4 p 3.

SAUVAGEON X. (MCS) (R)

- Editorial
n°3 p 3.
- Les vœux du Président du GORSSA
n°4 p 5.

SCHALBER J-C. (PC) (R)

Editorial
n°2 p 3.

**VIALLE E. (COL) (R), FLEITH J. (COL), GARY A. (LCL),
BEDINO A-C. (AAMD)**

Unis pour faire face
n°1 p 7-11.

VOISIN P. (COL) (R)

Théranostic et cancers
n°2 p11-12.

WILHEM A. (MDA)

La médecine du personnel Navigant sur la BA 125 d'Istres
n°1 p 40-42.

II – TABLE DES MATIÈRES PAR CHAPITRES

1 - Compte rendus des activités :

Première affectation d'un commissaire d'ancrage Air

MURY L. (Com LTT)
n°1 p 52-53.

Première affectation sur la BA 125

DARCHICOURT E. (CR2)
n°1 p 54-55.

**Journées nationales d'instruction du GORSSA à Brest
les 05 et 06 juin 2015**

ASTIN L. (MC) (R)
n°2 p 7-10.

**Mission de coopération militaire au Tchad du 22/09 au
05/11 201**

MALAQUIN D. (PC) (R)
n°2 p 13-16.

**Sortie de la 8^{ème} promotion des élèves de l'EHESP au
stage d'ORCTASSA**

MICHEL A. (COL) (R)
n°2 p 25.

**Congrès de l'Association Dentaire Française à Paris,
Palais des Congrès, porte Maillot le 29 novembre 2014
organisé par la FNCDR**

DELOBEL J-P. (CDC) (H), FOGEL J-P (CDCS) (R)
n°2 p 26-28.

**JNR 2015 : exercice en conditions réelles autour du
risque Ebola pour les étudiants en santé de Lyon I et les
militaires du RMED**

PINA-JOMIR G. (MP) (R), MASSOUBRE B. (PC) (R),
DALEGRE M. (PC) (R), FAURE M.-A. (PA) (R)
n°3 p 6-9.

**Retour de la mission de pharmacien en République de
Côte d'Ivoire**

DUPONT H. (PC) (R)
n°3 p 10-15.

**« De la formation à la mission Chamal » !
Embarquement initial au sein de la Force
d'Action Navale**

TUFFREAU E. (CDC) (R)
n°3 p16 et 17.

FMIR 1 Lorient du 14 au 19/06/2015

BAYE L. (SMCN) (R)
n°3 p 18-19.

Impressions et témoignages d'élèves ORCTASSA

· COLIN A. et DEMANET Q.
n°3 p20-22.

· Un tremplin vers les OPEX : le SSA a inauguré son
bâtiment d'imagerie biomédicale
BCISSA/DCSSA
n°3 p 27.

**Attentats du 13/11/2015 : les HIA parisiens en première
ligne**

BCISSA/DCSSA
n°4 p 5.

**Pharmacien réserviste au sein de l'UDPS de l'hôpital
Bouffard**

TROCME R. (PA) (R)
n°4 p 12.

**De l'ANORCTASSA vers l'ANORSCA le 07/12/2015 à
l'EVDG**

COLCOMBET E. (MC), DULAURANS C. (CR1) (R)
n°4 p 22 et 23.

**Infirmier anesthésiste au rôle 2, mandat 33, opération
Licorne**

MANTEL R. (IACSR) (R)
n°4 p 30 et 31.

2 – Informations

• In Memoriam :

CDC (R) Jean-Paul VASSEUR – HUGEDE P. (COL) (R)

n°2 p 5 et 6.

MC (R) Michaël LECOMTE – CARON J-D. (MCS) (R)

n°4 p 7.

• Biographies :

**Général Christian THIEBAULT,
Secrétaire Général du CSRM**

n°4 p 6.

**Médecin en Chef Claude VERGEZ-LARROUGET, Chef du
Bureau Réserves et Délégué aux Réserves du SSA** *n°3 p 5.*

**Journées Nationales d'Instruction du GORSSA : les 5 et
6 juin 2015 à Brest**

n°1 p 58 et 61.

**Organisation de la Réserve Citoyenne du SSA en zone
de défense et sécurité Sud-ouest**

RATEAU J-L. (MC) (H)

n°2 p 21 et 22.

**Conférences de réanimation pré-hospitalière,
division Santé BSPP 2015-2016**

n°3 p 29.

**Journée Nationale d'Instruction de la FNCDR dans le
cadre du congrès de l'Association Dentaire Française,**

le 28 novembre 2015

n°2 p 29-30, n°3 p 30.

**Journées Nationales d'Instruction du GORSSA à
Bordeaux les 27 et 28 mai 2016 : « Les vecteurs aériens
et les évacuations sanitaires »**

n°4 p 33-36.

Informations officielles et diverse

n°1 p 57 ; n°2 p 31 ; n°3 p 31 et 32 ; n°4 p 37.

Organigramme associatif

n°1, 2,3 et 4 : p 4.

Index 2014 – ASTIN L. (MC) (R)

n°2 p 32.

3 – Ouvrages parus - Bibliographie

**MOULINIE J-P. (MCS) (H), PAUCHARD J-M. (CDC) (R), SICÉ
MH (Mme)**

n°1 p 62 ; n°2 p 33 ; n°3 p 34.

**CARON J-D. (MCS) (R), MOULINIE J-P. (MCS) (H), SICÉ
MH (Mme)**

n°2 p 38.

MC® L. ASTIN, GORSSA

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 acheminer 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. : philippe.massicot@orange.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