

Actu GORSSA



Trimestriel - janvier 2011



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

2^{ème} année
n°1

Revue commune à :



UNMR
Union Nationale
des Médecins de Réserve



FNPR
Fédération Nationale
des Pharmaciens de Réserve



UNVR
Union Nationale
des Vétérinaires de Réserve



FNCDR
Fédération Nationale des
Chirurgiens-Dentistes de Réserve



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



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

Actu
GORSSA

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

Directeur de la Publication : Xavier SAUVAGEON

COMITÉ DE RÉDACTION

Rédacteur en Chef : Jean-Pierre MOULINIE

Délégué Général : Jean-Michel PAUCHARD

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

Secrétaire de rédaction : Marie-Hélène SICE

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

CONSEIL SCIENTIFIQUE

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

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Abonnement et Tirage :

Prix du numéro : 5,50 €

Prix de l'abonnement :

Membres des Associations : 22 €

Non-membres : 50 €

Etrangers : 80 €

De soutien : à partir de 60 €

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

Commission paritaire : en cours

Dépôt légal : 4^e trimestre 2010

ISSN : 2110-7424

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

Les articles et les opinions émis dans la revue n'engagent que la responsabilité des auteurs. La direction décline toute responsabilité concernant les textes et photos qui sont envoyés à la rédaction. Copyright : toute reproduction, même partielle, des textes parus dans la revue est soumise à l'autorisation préalable de la rédaction.

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

« Le trop d'expédients peut gâter une affaire :
« On perd du temps au choix, on tente, on veut tout faire.
« N' en ayons qu' un, mais, qu' il soit bon. »
jean de la fontaine, Le Chat et le Renard

Voici que pour la seconde fois consécutive, nous souhaitons nous adresser à vous lecteurs et auteurs...

Nous voulons tout d'abord vous exprimer nos profonds remerciements pour la teneur de votre abondant courrier et vos différents messages ou témoignages ; vous êtes unanimes à exprimer votre totale satisfaction d'Actu-GORSSA : présentation, contenu, illustrations, etc... Mais, vous le comprenez, ces encouragements s'ils sont très appréciés ne doivent pas « figer » notre action et nous ne pouvons pas considérer que notre « méthode » est définitivement « fixée »...

Ainsi, lors de la dernière réunion du Comité de rédaction destinée à délivrer le « bon à tirer », le numéro qui est en ce moment même l'objet de votre lecture et de votre découverte fût défini par tous comme « exceptionnel ». Fûmes-nous donc tous, à ce moment, atteints d'orgueilleuse suffisance ? Que nenni !... Très simplement, il nous est apparu que ce numéro comportait trop de pages. Pourquoi donc et quoi faire ?

« Sans la liberté de blâmer, il n'est point d'éloge flatteur » affirmait Beaumarchais dans le Mariage de Figaro : ce fût et cela demeure pour nous le temps de nous en souvenir...

Pourquoi donc et quoi faire ?, nous interrogeons-nous : sans doute pour de multiples raisons. Nous avons probablement mal contrôlé les envois d'articles, au demeurant tous d'un grand intérêt ; nous avons certainement mal défini et insuffisamment transmis nos recommandations aux auteurs. Il en est résulté une quasi impossibilité à réaliser un « chemin de fer » pourtant indispensable. Il nous faut donc établir une régulation et celle-ci doit être simple.

Notre revue, associative, exprimant six sensibilités différentes et remplaçant 2 revues préexistantes devrait, nous semble-t-il, et sauf exception toujours à considérer, comporter entre 48 et 64 pages (coût et nécessité d'équilibrer les

rubriques). Les articles scientifiques devraient ne pas excéder 6/8 pages ; nous devons d'exprimer nos excuses aux auteurs dont nous avons du scinder les textes ou ceux que nous faisons attendre ; une suggestion : prendre modèle sur cet auteur, unique, qui a pris la peine de nous adresser 2 versions de sa publication, l'une longue et l'autre courte (merci à lui) ; une règle absolue : ne pas faire soi-même la mise en page et transmettre toutes illustrations et iconographie dans un dossier indépendant du texte ; les caractères que nous vous demandons d'utiliser sont exclusivement Times et Helvetica ; il est nécessaire de garder à l'esprit que la part faite à ce qui est associatif n'est pas secondaire mais, aussi, ne pas oublier qu'un compte rendu ne doit pas relater le sujet qu'il rapporte in extenso : une brève mais concise rédaction convient et suffit ; enfin, les dates et événements que l'on souhaite annoncer doivent être parvenus au plus tard 1 mois 1/2 avant la parution de la revue... Et, ne pas oublier de lire ou relire en 3ème de couverture les « Recommandations aux Auteurs »...

Nous jugeons utile de vous avoir exprimé ces quelques réflexions et nous notons que, nous, les éditorialistes, avons été bien longs !!!... Décidément, notre propos convient, mais de par sa taille seulement, à ce numéro...

Vous savez pouvoir compter sur nous et nous sollicitons votre active mais méthodique collaboration : nous savons ce que nous avons et ce que nous voulons...

Charles Baudelaire affirmait qu'« une suite de bonnes volontés fait un gros résultat » et que « plus on veut, mieux on veut » : c'est ainsi que non seulement, à l'avenir, notre revue sera « bien » mais encore, elle sera « mieux ».

Jean-Michel PAUCHARD
Délégué Général

Jean-Pierre MOULINIÉ
Rédacteur en Chef

Sommaire

Editorial	3	« Avec »... l'UNMR	22
Ordre du jour	4	« Avec »... la FNPR	36
Biographie Mr Gérard Longuet	5	« Avec »... l'UNVR	46
Parcours de formation des personnels de réserve	6	« Avec »... la FNCDR	58
Télé médecine	8	« Avec »... l'ANORCTASSA	68
Journées Nationales	14	« Avec »... l'AMITRHA	76
Informations «Officielles»,	18	Ouvrages parus - Bibliographie	80
		Index	82

Ordre du jour

**Ordre du jour
de monsieur Gérard Longuet,
ministre de la Défense
et des Anciens Combattants**

Officiers, sous-officiers, officiers mariniers, gendarmes, soldats, marins et aviateurs, ingénieurs, ouvriers et personnels civils de la Défense.

Nommé ministre de la Défense et des Anciens Combattants par le président de la République, je mesure l'honneur qui m'est fait et je tiens à vous dire la grande fierté que j'éprouve à diriger une communauté d'hommes et de femmes toujours prêts à servir leur patrie au péril de leur vie et dont je connais l'engagement au service de la paix, de la France et de ses valeurs.

Vous qui exercez un métier exigeant qui nécessite rigueur et disponibilité, vous qui assurez la permanence des missions de dissuasion et de sûreté, vous qui exécutez avec ardeur et courage en France et sur le théâtre d'opérations extérieures les missions qui vous sont confiées, je tiens à vous exprimer ma totale confiance.

Mobilisés pour la sécurité de notre territoire avec un professionnalisme exemplaire associé à un esprit de service sans faille, vous suivez la trace glorieuse de vos aînés, que j'ai tenu à honorer en ravivant la flamme sous l'Arc de Triomphe, vous contribuez chaque jour à protéger les lignes fondatrices qui forment le véritable socle des valeurs de notre République.

Face à un monde en perpétuelle mutation, je serai toujours pleinement mobilisé à vos côtés pour vous donner les moyens modernes et performants qui vous permettront d'exercer vos missions dans les meilleures conditions.

Conscient des efforts que la rénovation de notre outil de défense vous demande, je m'engage à poursuivre avec toute ma détermination et mon énergie les réformes indispensables à la modernisation de nos armées.

Je resterai vigilant pour que chacun trouve sa place et puisse s'épanouir dans le métier exaltant qu'il a choisi.

Ensemble nous relèverons les nombreux défis qui nous attendent afin de garantir à la France une défense digne du rôle qu'elle entend jouer sur la scène internationale.

Gérard Longuet, ministre de la Défense et des Anciens Combattants.

Gérard Longuet

Biographie

Gérard Longuet est né le 24 février 1946 à Neuilly-sur-Seine (Hauts-de-Seine)

Cursus

- Ecole nationale d'administration, promotion 1973
- Diplôme d'études supérieures de sciences politiques en 1968
- Institut d'Etudes politiques de Paris, promotion 1966

Carrière

- Président de la société de conseil Sokrates group, depuis mai 2001
- Chargé de mission au secrétariat d'Etat auprès du Premier ministre, de 1977 à 1978
- Haut fonctionnaire au ministère de l'Intérieur, de 1973 à 1977

Fonctions électives

- Sénateur de la Meuse, de 2001 à 2011
- Député de la Meuse, de 1978 à 1981 et de 1986 à 1993
- Président du conseil régional de Lorraine, de 1992 à 2004
- Député européen, de 1984 à 1986
- Vice-président du conseil général de la Meuse, de 1982 à 1986
- Conseiller municipal de Bar-le-Duc, en 1983
- Conseiller général de la Meuse, de 1979 à 1992 et de 1998 à 2001

Fonctions ministérielles

- Ministre de la Défense et des Anciens Combattants, depuis le 27 février 2011
- Ministre de l'Industrie, des Postes et Télécommunications et du Commerce extérieur, de 1993 à 1994
- Ministre délégué auprès du ministre de l'Industrie, des Postes et Télécommunications et du Tourisme, chargé des Postes et Télécommunications, de 1986 à 1988.
- Secrétaire d'État chargé des Postes et Télécommunications, de mars à août 1986

Fonctions politiques

- Président du groupe UMP du Sénat, depuis juillet 2009
- Vice-président de l'UDF, de 1991 à 1996
- Président du Parti républicain, de 1990 à 1995
- Secrétaire général du Parti républicain, de 1989 à 1990
- Délégué général du Parti républicain, de 1988 à 1989

Autres fonctions

- Président du Centre de la Paix à Verdun (Meuse), depuis sa création en 1988
- Président de l'Association des régions de France, de 2002 à 2004



Gérard LONGUET
Ministre de la Défense et des Anciens Combattants

Le parcours de formation des personnels de réserve du Service de Santé des Armées.

Conditions d'attribution des insignes de qualification et de l'insigne de formation de réserviste du SSA.

P. HAMON*

Exigée par la loi n° 99-894 du 22 octobre 1999, portant organisation de la réserve militaire et du service de défense, consolidée le 19 avril 2006, la formation permet une meilleure intégration du réserviste au sein des armées. Ce d'autant qu'au fil du temps, la source de la conscription se tarissant progressivement, le réserviste est issu de plus en plus de la société civile, actuellement à hauteur de 53%. Le service de santé s'est attelé à la mise en place d'un parcours de formation original prenant à la fois en compte les objectifs « opérationnels », « milieu » et « rayonnement » de la formation, ainsi que la formation continue. Sa réflexion a débuté en 2006 avec la mise en place d'un groupe de travail, qui a abouti à la rédaction d'un rapport sur le parcours professionnel du réserviste en 2007. En 2010, le Médecin Général Inspecteur FLOCARD et le Médecin Chef des Services de classe normale GUILLOU, avec l'Instruction n°13174/DEF/DCSSA/RH/RES du 15 octobre 2010 concrétisent ce parcours de formation.

Le parcours de formation :

S'articule autour de quatre étapes : la formation opérationnelle, la formation milieu, les formations générales et la formation continue.

1 – La Formation opérationnelle

Le personnel de la réserve opérationnelle du SSA, n'ayant pas précédemment servi dans l'armée d'active ou effectué un service militaire, doit obligatoirement suivre une formation opérationnelle, faute de quoi les contrats d'engagement à servir dans la réserve (CESR) des réservistes ne seront pas renouvelés pour les personnels âgés de moins de 50 ans ; au-delà, la formation militaire ne s'effectue que sur volontariat des intéressés.

Elle comporte au minimum un stage de formation militaire initiale du réserviste (FMIR) et un stage de découverte du Service de Santé en opérations, tel que le stage « SECUR 1 » ou une formation « Rôle 1 » (anciennement appelé poste de secours).

En fonction de son affectation, de la motivation du réserviste et des besoins du service, d'autres formations militaires peuvent lui être proposées (stages de parachutiste, montagne, tir...).

2 – La Formation « milieu »

Elle doit permettre aux réservistes d'adapter leurs compétences professionnelles civiles aux particularités de l'exercice de leur métier au sein des armées.

Certaines formations sont spécifiquement organisées au profit des réservistes (stage médecine d'armée, DENTOPS, etc.).

Lorsque leur durée et leur capacité d'accueil le permettent, le SSA préfère proposer aux réservistes de bénéficier des formations organisées pour le personnel d'active (CITERA (techniques de relevage de l'avant), CACHIRMEX (cours de chirurgie appliquée aux missions extérieures), etc.)

3 – Les formations générales

Il s'agit de formations destinées à parfaire les connaissances que les réservistes ont des armées, du Service de Santé et des organisations internationales.

Elles ont pour finalité de permettre aux réservistes d'exercer des responsabilités organisationnelles au sein de la réserve opérationnelle, ainsi que de les rendre aptes de communiquer au sein de la société civile une image pertinente et actualisée des armées.

Au nombre de ces formations de connaissance générale des armées, on peut par exemple citer les modules optionnels de médecine d'armée organisés dans certaines facultés de médecine et de pharmacie, les sessions de l'Institut des Hautes Etudes de Défense Nationales (IHEDN), les formations d'officier de réserve du Service d'Etat-Major (ORSEM) ainsi que le séminaire médico-militaire du SSA.

4 – La formation continue

Elle permet de perfectionner et d'actualiser les connaissances militaires et techniques acquises précédemment. Rentrent dans ce cadre, les formations continues organisées au sein des unités d'emploi, les conférences des CIRSSA organisées par les DRSSA et les journées d'instruction nationales ou régionales organisées sous l'égide des associations de réservistes.

Notons que l'Instruction n°15048/DEF/DCSSA/RH/RES du 09 décembre 2010 reprecise le fonctionnement des Centres d'Instruction du personnel de Réserve du SSA (CIRSSA) : missions, périodicités (en général, une fois par semestre), directions, répartitions géographiques, rattachements, durées et contenus, aspects administratifs et financiers.

On peut imaginer qu'à terme les CIRSSA se verront également confier la formation continue dans le domaine opérationnel (organisation en association avec les structures militaires d'active de marches de tirs etc.)

Organisation de la formation des réservistes

Les besoins en formation sont identifiés annuellement par le chef de l'organisme d'emploi du réserviste (Médecin chef de SMA ou d'HIA), qui en rend compte à la DRSSA dont dépend le réserviste avant l'établissement du plan prévisionnel d'activité annuel (PPAA).

Le réserviste peut également se porter volontaire pour suivre une formation répondant aux besoins du service, à l'occasion de l'établissement du PPAA. Si cette demande de formation est validée par le directeur régional, le temps de formation requis est intégré dans le PPAA du réserviste.

Les besoins en matière de formation sont communiqués par les DRSSA au bureau « Réserves » de la DCSSA qui les regroupe et les analyse avant

* MC(R)
Secrétaire Général de l'UNMR

transmission à l'École du Val de Grâce (EVDG), qui a pour mission de planifier et d'organiser l'ensemble des formations militaires et techniques du SSA.

Chaque formation est validée par la remise d'une attestation délivrée par le directeur en région pour les FMIR et par l'EVDG pour les autres. Elles sont répertoriées dans le dossier individuel du réserviste et dans le SIRH ARHMONIE (nouveau système informatique de gestion des ressources humaines du SSA).

Insignes sanctionnant les étapes du parcours de formation

Ils sont, à partir du 1^{er} janvier 2010, attribués aux réservistes en fonction des étapes du parcours professionnel qu'ils ont validées ainsi que de leur temps de service et de leurs activités au sein de la réserve opérationnelle, selon les modalités définies ci-après :

1/ Insigne de qualification militaire élémentaire de réserviste du SSA (QME)

(Anciennement appelé « insigne de qualification opérationnelle de réserviste du SSA échelon de bronze ») : figure 1

Cet insigne est attribué aux réservistes remplissant l'ensemble des conditions suivantes :

- avoir effectué une formation militaire initiale (FMIR)
- détenir la qualification SECURI,
- avoir participé avec succès à un raid des réserves (RMER ou RSSA)
- totaliser au moins 2 années d'ancienneté dans la réserve opérationnelle,
- avoir effectué 40 jours d'activités sous CESR depuis le début de son engagement dans la réserve opérationnelle.

2/ Insigne de qualification opérationnelle de réserviste du SSA (QOR)

(Anciennement appelé « insigne de qualification opérationnelle de réserviste du SSA échelon d'argent ») : figure 2

Cet insigne est attribué aux réservistes remplissant l'ensemble des conditions suivantes :

- être titulaire de l'insigne de qualification militaire élémentaire
- avoir suivi au moins une formation « milieu » correspondant à la catégorie professionnelle ou au corps d'appartenance du bénéficiaire.
- totaliser au moins 4 années d'ancienneté dans la réserve opérationnelle,
- avoir effectué 80 jours d'activités sous CESR depuis le début de son engagement dans la réserve opérationnelle.

3/ Insigne de qualification opérationnelle supérieure de réserviste du SSA (QOSR)

(Anciennement appelé « insigne de qualification opérationnelle de réserviste du SSA échelon or ») : figure 3

Cet insigne est attribué aux réservistes remplissant l'ensemble des conditions suivantes :

- être titulaire de l'insigne de qualification opérationnelle du réserviste,
- avoir suivi au moins une formation de connaissance générale des armées,
- totaliser au moins 8 années d'ancienneté dans la réserve opérationnelle,
- avoir effectué 160 jours d'activités sous CESR depuis le début de son engagement dans la réserve opérationnelle.

4/ Insigne de formateur des réserves du SSA (FRSSA) : figure 4

Il est attribué aux réservistes remplissant l'ensemble des conditions suivantes :

- avoir effectué des activités d'instruction au moins 15 jours par an pendant 3 années,
- totaliser au moins 5 années d'ancienneté dans la réserve opérationnelle,
- avoir effectué au moins 100 jours sous CESR depuis le début de son engagement dans la réserve opérationnelle.

5/ Modalités d'attribution et équivalences

Les insignes sont attribués par les directeurs régionaux du Service de Santé aux réservistes placés sous leur autorité, sur demande motivée des intéressés.

Les réservistes ayant effectué le service national ainsi que les anciens personnels d'active servant dans la réserve ne sont pas tenus d'avoir suivi une formation opérationnelle ni un stage formation milieu pour se voir attribuer ces insignes. La participation au raid des réserves du SSA, reste par contre exigée. Cette activité constitue en effet une démarche d'adhésion aux valeurs de la réserve militaire tout autant qu'une activité de cohésion entre les différentes générations et les différents corps qui constituent la réserve du SSA.

Les praticiens et paramédicaux possédant des qualifications civiles en matière de prise en charge des urgences, et exerçant de façon habituelle dans ce domaine au moment de l'attribution de l'insigne, ne sont pas tenus de suivre un stage CITERA, ni un stage SECUR 1.

Pour les anciens militaires d'active servant dans la réserve opérationnelle, les activités de formation exercées pendant leur carrière au bénéfice des réservistes ainsi que leur ancienneté de service dans l'active peuvent être prises en compte pour l'attribution de l'insigne d'instructeur des réserves du SSA, s'ils remplissent les autres critères.

L'attribution de l'un des quatre insignes susmentionnés peut être accordée à titre exceptionnel par le directeur central du service de santé des armées à un réserviste ou un personnel d'active ayant œuvré de façon significative au profit de la réserve, sur présentation d'un dossier argumenté, transmis au délégué aux réserves du SSA, avec avis favorable du directeur régional dont relève l'intéressé.

En conclusion

La variété et la complémentarité des formations, associées à une progressivité d'acquisition des degrés de qualification tenant compte de l'ancienneté de l'engagement du réserviste dans la réserve opérationnelle, feront tout l'intérêt de ce parcours de formation. Il ne sera pas vécu comme une contrainte de plus, mais au contraire comme un outil facilitant l'intégration et l'épanouissement du réserviste opérationnel au sein du service de santé et plus généralement des armées. Par ailleurs, la matérialisation des différentes étapes du parcours par des mentions et des insignes permettra aux autorités d'emploi d'identifier plus facilement le degré de formation de leurs réservistes.

Le nombre d'insignes disponibles à ce jour étant nettement insuffisant pour répondre aux besoins, un appel d'offre pour la fabrication de nouveaux insignes vient d'être lancé par la direction des approvisionnements du SSA auprès des entreprises spécialisées. Il est donc prématuré d'adresser des demandes d'insignes à vos directions régionales qui ne seront approvisionnées que dans quelques mois.



De nouvelles organisations et pratiques de soins par télé-médecine

P. SIMON*



Le Figaro Magazine

Introduction

Souvent les situations difficiles sont l'occasion de voir émerger de nouvelles organisations. La situation dans laquelle se trouve notre système sanitaire aujourd'hui est celle de tous les pays qui ont connu au cours des dernières décennies un allongement constant de la durée de vie¹. La principale conséquence médicale est la progression constante depuis près de deux décennies de la prévalence des maladies chroniques liées au vieillissement². En face de cette demande croissante de soins, la ressource médicale diminue, avec un seuil-plancher annoncé pour les années 2018-2020. Cette modification de la démographie médicale a deux causes principales : le départ en retraite de la génération de médecins née lors du « baby-boom » des années 50 et un numérus clausus à l'entrée des facultés de médecine qui n'a été réajusté que récemment. Au cours de la dernière décennie, les pratiques médicales ont évolué, notamment en médecine générale où les nouvelles générations de médecins veulent, à juste titre, maîtriser le caractère trop chronophage des anciennes pratiques. La médecine générale veut être traitée comme une spécialité à part entière et la permanence des soins est devenue volontaire. Enfin, les missions de service public, réévaluées en 2008 par la Commission Larcher, s'intègrent désormais dans un parcours de soins du patient prenant en compte à la fois les trois grands secteurs de soins : l'hôpital, l'ambulatoire et le médico-social. C'est dans ce nouveau paysage sanitaire que la loi « hôpital, patients, santé, territoire » (HPST) a rendu légales de nouvelles organisations de soins et de nouvelles pratiques médi-

cales et paramédicales. L'article 78 de la loi HPST³ précise ce que peut être la pratique de la télé-médecine dans un champ beaucoup plus large que celui qui avait été défini précédemment dans la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie. Le nouvel article permet d'inscrire désormais la télé-médecine dans le Code de la santé publique au chapitre consacré à l'organisation et à la permanence des soins⁴.

La télé-médecine est un levier, parmi d'autres, pour restructurer l'offre de soins, qu'elle soit libérale ou publique, ambulatoire ou hospitalière, afin de corriger les inégalités d'accès aux soins qui touchent certaines régions françaises et de réduire les pertes de chance. La télé-médecine assure enfin la continuité des soins au domicile des patients. Elle crée de nouvelles pratiques médicales et paramédicales (I) au sein de nouvelles organisations de soins (II)⁵.

I Les nouvelles pratiques médicales et paramédicales de la télé-médecine.

La pratique traditionnelle de la médecine repose sur un rapport direct et individuel avec le patient dans le cadre d'une responsabilité contractuelle du médecin vis-à-vis de son patient⁶. La présence physique devant le médecin était jusqu'à présent nécessaire pour que le médecin puisse être remboursé de son acte médical par l'Assurance maladie. Cette obligation a été supprimée par le Parlement⁷ afin de permettre la réalisation des actes médicaux à distance par télé-médecine. Cela ne signifie pas que la pratique traditionnelle doit être abandonnée. Le contact physique avec un patient est toujours nécessaire, notamment lorsque le patient consulte pour la première fois ou que le problème qu'il présente nécessite un examen physique. C'est un point essentiel, rappelé tant par le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)⁸ que par le Collectif Inter associatif sur la santé (CISS)⁹. Le consentement préalable du patient à bénéficier des actes médicaux par télé-médecine est une obligation déontologique puisque le patient a le choix entre la pratique traditionnelle de la médecine ou les nouvelles pratiques par télé-médecine. Ce consentement est éclairé par une information préalable « loyale, claire et appropriée à son état »¹⁰ sur les raisons qui conduisent le médecin à proposer ce nouveau mode de prise en charge, notamment chez des patients atteints de maladies chroniques. Autrement dit, la pratique de la télé-médecine ne peut être imposée à un patient lorsqu'il a le choix de poursuivre la pratique médicale traditionnelle. Néanmoins, c'est la progression importante du nombre de patients atteints de maladies chroniques¹¹, liée à l'allongement de la durée de vie, qui remet en cause les pratiques et les organisations médicales traditionnelles. Après le diagnos-

1 Depuis 1950, l'INSEE mesure cet allongement en France. Jusqu'en 2008, l'allongement a été de 17 ans pour la femme et de 15 ans pour l'homme. L'espérance continue de progresser de 3 mois/an.

2 On estime en 2007 à 15 millions le nombre de patients atteints d'au moins une maladie chronique (hypertension artérielle, diabète, insuffisance rénale chronique, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire etc.). Les études épidémiologiques ont montré qu'un patient âgé de 80 ans et plus cumulait 5 à 7 maladies chroniques.

3 Art. 78 I- La télé-médecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. La définition des actes de télé-médecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique. » II.-Les articles 32 et 33 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie sont abrogés

tic d'une maladie chronique, le patient est suivi à un rythme qui est souvent défini par les recommandations des sociétés savantes, en fonction de la maladie chronique et de son stade d'évolution. Aujourd'hui le suivi d'un malade chronique par la pratique traditionnelle est souvent insuffisant, car trop espacé, ou de qualité médicale médiocre, car trop rapide. Le nombre croissant de maladies chroniques crée une surcharge de travail aux médecins, qui nuit à la fréquence du suivi et à son efficacité pour prévenir les complications et les décompensations. Les services d'urgences des hôpitaux sont de plus en plus fréquentés par des malades dont la décompensation aurait pu être prévenue si la surveillance avait été plus fréquente. On estime aujourd'hui que 20 à 30% des hospitalisations pourraient ainsi être évitées. Les nouvelles pratiques de la télémédecine peuvent améliorer la prise en charge des patients et réduire le recours à l'hospitalisation. La qualité de vie des patients, souvent très âgés, en est améliorée et le poids financier de la prise en charge, réduit. La télémédecine permet le « juste soin » au « juste coût ».

a) La définition juridique des actes de télémédecine

Les actes de télémédecine relèvent du droit commun. Les pouvoirs publics ont souhaité clarifier la nature et les conditions de mises en œuvre de ces actes pour simplifier la pratique de la télémédecine et éviter la confusion avec la télésanté¹². Les actes qui ont été retenus peuvent exister dans la plupart des spécialités médicales. Cette définition juridique permet de mieux reconnaître les responsabilités engagées, ainsi que les modes de financement de ces nouvelles pratiques.

La téléconsultation a pour objet de permettre à un patient de consulter un professionnel médical. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, peut assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ;

La nécessité d'identifier le médecin pour le patient, et le patient pour le médecin, conduit à ne retenir comme téléconsultation que l'acte utilisant la technologie de la vidéo présence¹³ (figure 1). Tous les organismes représentatifs des professionnels médicaux, qu'ils soient nationaux ou internationaux, soulignent la nécessité d'une identification réciproque du médecin et du patient pour que le consentement implicite ou explicite du patient soit fondé. Un professionnel de santé non médecin peut assister le patient pendant la téléconsultation. La télémédecine favorise la collaboration entre plusieurs professionnels de santé¹⁴. Cette possibilité donnée par la loi HPST favorise les téléconsultations dans les EHPAD et les maisons de retraite où les pensionnaires relèvent de plus en plus souvent d'une prise en charge médicale régulière.. Le professionnel de santé non médecin qui participe à une téléconsultation est tenu au secret professionnel et doit être identifié dans le dossier médical où l'acte est tracé. De même, les conditions

d'organisation de la consultation doivent respecter les règles de la confidentialité de l'acte médical. Il ne peut y avoir de bonne télémédecine sans accès au dossier du patient. L'acte de télémédecine ne peut être réduit à un simple dialogue en vidéo présence. Le médecin consulté doit avoir accès au dossier informatisé du patient et y tracer les termes et les conclusions de la téléconsultation, ainsi que l'éventuelle prescription qui peut être télétransmise. La télé prescription ou *e-prescription* nécessite pour le médecin d'avoir identifié le patient à qui il prescrit un examen ou un traitement, ce qui est une raison supplémentaire de ne considérer comme téléconsultation que celle où le patient est en vidéo présence¹⁵.

La télé-expertise a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales nécessaires à la prise en charge d'un patient ;

Le patient n'est pas présent, du moins ne participe pas à l'acte et ne dialogue pas avec les médecins sollicités. La télé-expertise repose sur la mutualisation de savoirs spécialisés. Les médecins spécialistes travaillent sur le dossier médical du patient. Le meilleur exemple de cette nouvelle pratique est illustré par les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) autour du cancer. Plusieurs compétences médicales sont aujourd'hui nécessaires pour qu'un patient atteint d'un cancer bénéficie des données acquises de la science. Les médecins spécialistes se réunissent pour mettre en commun leurs savoirs et ainsi optimiser la démarche diagnostique et thérapeutique. Le modèle du RCP en cancérologie peut s'appliquer à d'autres maladies chroniques. La télémédecine favorise ces concertations entre médecins de disciplines différentes en évitant la contrainte du déplacement sur le lieu où se déroule la RCP. La télé-expertise nécessite que chaque médecin sollicité ait un accès au dossier médical du patient.

La télésurveillance médicale, acte de surveillance ou de suivi continu ou non continu, a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter les données nécessaires au suivi médical d'un patient et le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient, sur la base de ces données. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé. L'interprétation par le professionnel médical peut être réalisée, selon la nécessité médicale, en direct ou différée dans le temps ;



Figure 1 L'acte de téléconsultation

4 Livre III, Titre 1er, chapitre VI, art. L6316-1

5 Le lecteur intéressé par le sujet peut se référer au rapport qui a inspiré l'article de loi et le décret d'application « La place de la télémédecine dans l'organisation des soins », Pierre Simon et Dominique Acker, Ministère de la santé et des sports, novembre 2008 http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf

6 Arrêt Mercier de la Cour de cassation civile du 20 mai 1936 « Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat pour le praticien, l'engagement, sinon, bien évidemment, de guérir le malade, du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science. La violation, même involontaire, de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle. »

7 Loi PLFSS 2010

8 Livre Blanc sur la Télémédecine, les préconisations du CNOM, janvier 2009

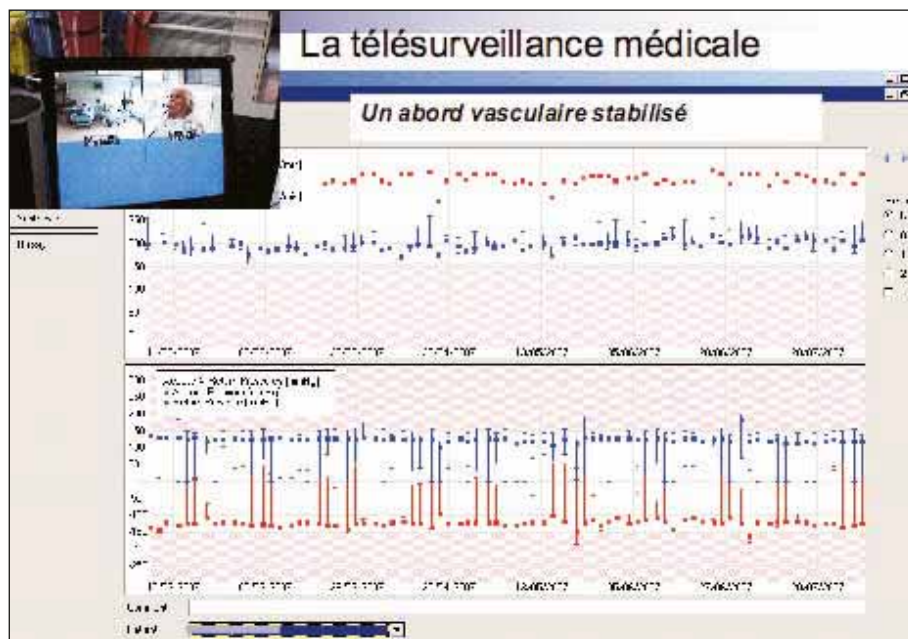
9 CISS Sept recommandations prioritaires pour un développement serein de la télémédecine. 21 octobre 2009

10 Article 35 du code de déontologie médicale.

11 On estime à 15 millions le nombre de patients atteints de maladies chroniques en 2009, il doublera d'ici 2030.

12 La télésanté est le vaste champ de l'application des technologies numériques au service du bien être des personnes, au sens défini par l'OMS qui considère la santé comme le bien être de la personne et pas uniquement l'absence de maladies. La télémédecine concerne l'usage du numérique par les professionnels de santé dans leurs pratiques professionnelles. Il peut y avoir une interface entre la télésanté et la télémédecine lorsque des actes médicaux sont réalisés au domicile d'un patient qui est déjà équipé de services de télésanté. Le lecteur intéressé par ce sujet pourra consulter le rapport remis par le député Lasbordes à Mme la Ministre de la santé en novembre 2009 : « La télésanté, un nouvel atout au service de notre bien-être »

13 L'usage simple du téléphone ne peut relever de la télémédecine, en dehors du champ particulier de la régulation par le centre 15 qui relève de la téléassistance à une personne en situation d'urgence ressentie ou réelle et non de la téléconsultation.



La télésurveillance médicale

Cet acte (figure 2) repose sur le choix d'indicateurs pertinents qui permettent d'évaluer si l'état d'un patient est stabilisé ou non, le but de la télésurveillance étant de prévenir toute complication, notamment celle qui nécessite une hospitalisation. Le système de télésurveillance permet à un professionnel de santé non médical de suivre et de dépister les anomalies éventuelles, dans le cadre des collaborations pluri professionnelles permises par la loi¹⁶. Le protocole de télésurveillance prévoit les anomalies qui justifient le recours au professionnel médical, lequel prend alors des décisions relatives à la prise en charge du patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou le professionnel de santé. L'interprétation par le professionnel médical peut être réalisée, selon la nécessité, en direct ou en différée dans le temps. Là encore, la possibilité de tracer l'information reçue et transmise en retour nécessite que le système de télésurveillance soit connecté au dossier médical informatisé du patient.

La téléassistance médicale a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.

C'est notamment le cas de la télé chirurgie ou de l'assistance par le médecin régulateur du centre 15 d'un personnel de santé médecin ou non médecin qui assiste une victime ou un patient en attendant l'arrivée du SMUR ou lors du transfert vers l'hôpital¹⁷.

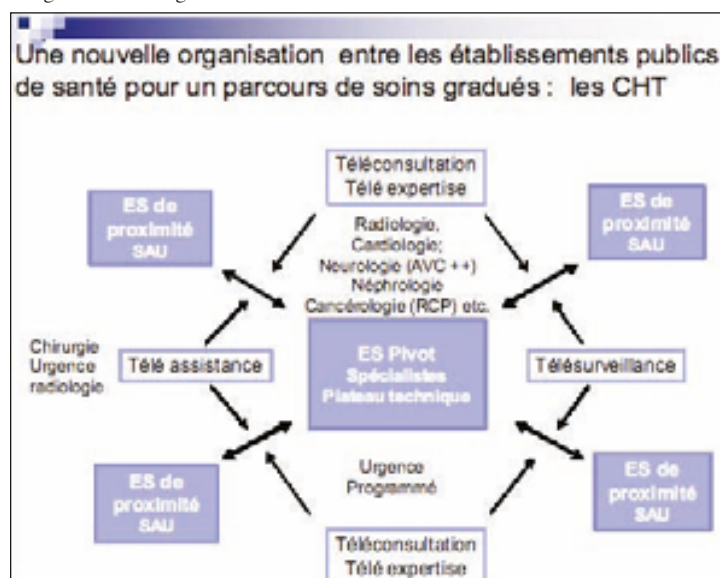
C'est également cet acte qui est utilisé dans les zones militaires opérationnelles.

b) Les responsabilités médicales engagées dans la pratique de la télémedecine

L'identification de ces actes permet de mieux analyser les responsabilités engagées en cas de préjudice causé à un patient. Compte tenu de la possibilité d'obtenir par télémedecine des avis spécialisés en dehors de l'hexagone, voire de l'espace communautaire européen, la responsabilité médicale engagée, de nature contractuelle en exercice libéral ou de nature légale en exercice hospitalier, est celle du médecin traitant qui a en charge le patient à son domicile ou à l'hôpital. Le médecin hospitalier ou le médecin libéral qui a en charge un patient par télémedecine a une obligation légale ou contractuelle d'information sur l'acte qu'il réalise et il doit être en mesure d'apporter la preuve de son exécution en cas de dommage subi par le patient¹⁸. Le médecin sollicité ou requis pour un avis d'expert est choisi par le médecin traitant, libéral ou hospitalier, qui requiert la téléconsultation ou la télé expertise et non par le patient lui-même. Il assume ainsi une responsabilité de nature délictuelle¹⁹ vis-à-vis du patient, c'est-à-dire qu'il n'a pas l'obligation légale ou contractuelle d'informer le patient sur les risques encourus par l'acte de télémedecine. C'est au médecin traitant qui a requis l'avis d'un expert par télémedecine de prendre la décision finale et donc d'informer le patient. En cas de litige, le médecin traitant mis en cause par le patient peut se retourner par une action récursoire vers le médecin expert qui a été sollicité. Compte tenu de l'apparition de ces nouvelles pratiques médicales par télémedecine, il est souhaitable que le droit médical actuel évolue vers une responsabilité collective lorsque plusieurs médecins prennent en charge un même patient par télémedecine. Ainsi serait reconnue la nécessité de mutualiser les savoirs spécialisés pour la meilleure prise en charge d'un patient. La responsabilité contractuelle serait attribuée à l'ensemble des médecins engagés dans un acte médical collaboratif de nature pluridisciplinaire.

Tableau 1

L'organisation de la graduation des soins entre les établissements de santé d'un territoire



14 Art. L4011-1. Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3. Le patient est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui.

15 La possibilité de faire une prescription médicamenteuse par téléphone (télé prescription) dans le cadre de la régulation médicale (rapport HAS de février 2009) s'appuie sur l'article 34 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie dont les articles 32 et 33 ont été abrogés et remplacés par l'article 78 de la loi HPST. Ces recommandations ne concernent que la prescription médicamenteuse dans le cadre de la régulation médicale et correspond à trois situations : la rédaction et la transmission à distance d'une ordonnance écrite, la prescription d'un médicament présent dans la pharmacie familiale et l'adaptation d'un traitement lorsque le médecin traitant n'est pas joignable. La loi PLFSS 2010 a rendu possible la télé prescription dans le cadre d'un acte de télémedecine.

16 Voir la note 14

17 La téléassistance dans les situations d'urgence est largement utilisée dans les pays anglo saxons dont la gestion l'urgence pré-hospitalière repose sur le système « paramédic », c'est-à-dire des ambulanciers (ères) ayant un diplôme d'études collégiales en soins pré hospitaliers. Le paramédic télétransmet pendant le transfert de la victime ou du patient vers l'hôpital des informations médicales au médecin régulateur permettant d'avoir ainsi une orientation adaptée à l'état du patient ou de la victime.

18 La loi du 4 mars 2002 a confirmé ce devoir d'information.

Tableau 2
Organisation de la télé-radiologie

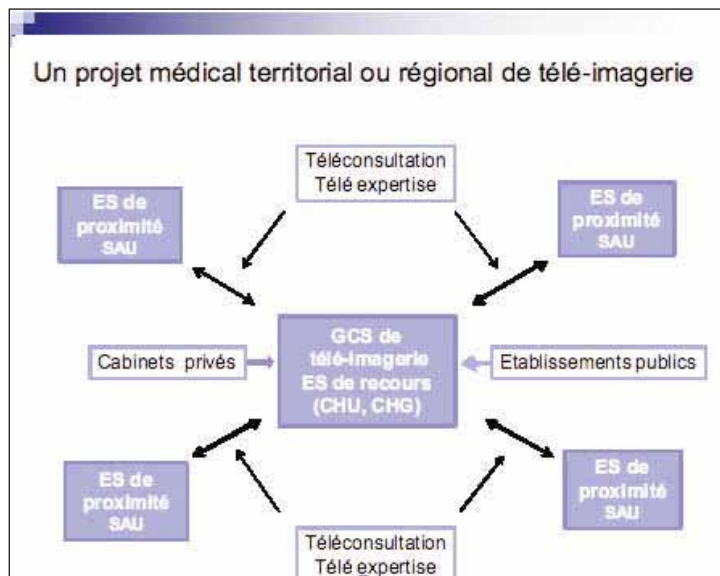


Tableau 3
Organisation des soins primaires



plinaire. La télé expertise illustre l'évolution de ces pratiques médicales.

La télé-médecine fait apparaître de nouvelles responsabilités, notamment celles que doit (vent) assumer le(s) tiers technologique(s) responsable(s) des dispositifs de télé-médecine et les prestataires de santé. Il y a une obligation faite aux établissements, aux services de santé et aux professionnels de santé libéraux utilisateurs de dispositifs techniques de télé-médecine de s'assurer que ces derniers sont conformes aux dispositions du Code de la santé publique²⁰.

c) Les grands principes du financement des actes de télé-médecine

Souvent considéré comme un frein au développement de la télé-médecine, le financement

des actes peut être aujourd'hui clarifié.

Lorsqu'un patient est hospitalisé dans un établissement de santé, le financement des actes de téléconsultation et de télé expertise est inclus dans les tarifs des GHS²¹. En effet, si un médecin en charge d'un patient dans un établissement A requiert un avis spécialisé auprès d'un établissement B, l'établissement A doit rémunérer l'établissement B. Ce principe est déjà appliqué à la consultation avancée, l'établissement de proximité qui en bénéficie rémunérant l'établissement auquel est rattaché le médecin qui assure la consultation avancée. Cette rémunération à l'acte ou au forfait est incluse dans le tarif du GHS dont bénéficie le patient, l'établissement A payant à B la prestation qu'il ne peut fournir sur place au patient. Les téléconsultations et télé-expertises entre établissements peuvent aujourd'hui se substituer aux consultations avancées. Dans le secteur libéral, la télé consultation ou la télé expertise peut aujourd'hui être financée²² sur la base d'un partage d'honoraires entre les professionnels de santé engagés dans l'acte de télé-médecine.

La télé-médecine favorise le développement du financement au forfait lorsque plusieurs profes-

sionnels de santé collaborent dans le même acte de télé-médecine. C'est le cas en particulier de la télésurveillance du patient à son domicile, acte qui ne peut être rémunéré que sur la base d'un forfait.

II Le nouvelles organisations des soins bénéficiant de la télé-médecine

Deux grandes restructurations de l'offre de soins sont possibles grâce à la télé-médecine : la mise en place d'une gradation des soins entre les établissements de santé publics ou privés d'un territoire de santé et la télésurveillance médicale à domicile des patients atteints de maladies chroniques par les professionnels de santé exerçant au sein des maisons ou centres de santé de premiers recours.

19 Il s'agit du droit médical actuel rappelé dans l'ouvrage de JM Croels : le Droit des Obligations à l'épreuve de la télé-médecine, 2006, PU d'Aix-Marseille, p.70 et dans un article de M. Jean Guigue, Président du TGI de Bobigny, dans un article intitulé Télé-médecine : légitimité et responsabilité paru dans la Revue des SAMU, 2001, p.275-279

20 4^{ème} alinéa de l'article L.1111-8 La Détenion et le traitement sur des supports informatiques de données de santé à caractère personnel par des professionnels de santé, des établissements de santé ou des hébergeurs de données de santé à caractère personnel sont subordonnés à l'utilisation de systèmes d'information conformes aux prescriptions adoptées en application de l'article L.1110-4 et aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité arrêtés par le ministre chargé de la santé après avis du groupement mentionné à l'article L.1111-24.

21 Groupes homogènes de séjours

22 Loi PLFSS 2010

23 L'article L. 6132-1 du CSP donne la possibilité aux EPS de constituer une CHT afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités, grâce à des délégations ou transferts de compétences entre établissements et grâce à la télé-médecine.

24 A l'ouverture d'hôpital Expo de mai 2008, Mme la Ministre de la santé annonçait sa volonté de maintenir une structure d'urgences hospitalière à moins de 20 mn du domicile des personnes pour au moins 90% de la population française.

25 L'AVC est un bon exemple d'urgence neuro-vasculaire où le médecin urgentiste doit entrer en contact avec un neurologue de garde dans l'établissement de santé disposant d'une unité neuro-vasculaire avant le transfert pour réaliser ou non une fibrinolyse après examen des données radiologiques.

a) La gradation des soins entre les établissements d'un territoire de santé

Le troisième schéma régional d'organisation des soins (SROS III) préconisait de nouvelles organisations fondées sur une gradation des soins entre les établissements de santé, laquelle était définie dans le projet médical de territoire. La loi HPST a repris cette organisation territoriale en préconisant la communauté hospitalière de ter-

ritoire (CHT) et le groupement de coopération sanitaire (GCS). A ces deux outils juridiques s'ajoute la télémédecine qui a été associée dans la loi à la mise en place des CHT²³ (tableau 1).

L'organisation graduée des soins au sein d'un territoire de santé doit prendre en compte deux contraintes : celle du maintien des structures d'urgences de proximité²⁴ et celle de la localisation du plateau

technique spécialisé au niveau de l'établissement-pivot du territoire de santé ou du CHU régional. La télémédecine aide à résoudre ces deux contraintes. Un établissement de santé de proximité reçoit par son service d'urgences des personnes atteintes de maladies chroniques qui nécessitent souvent un avis spécialisé qui ne peut être obtenu dans l'établissement. La télémédecine, grâce aux actes de téléconsultation et de télé-expertise, permet d'obtenir ces avis auprès de l'établissement public de santé-pivot ou du CHU où sont regroupées les équipes médicales spécialisées du territoire. Le médecin urgentiste ou le praticien de médecine polyvalente peut ainsi recevoir un avis autorisé sur la conduite diagnostique et thérapeutique à suivre. Il peut savoir, notamment dans les cas d'urgences, s'il est nécessaire ou non de transférer le patient vers l'établissement-pivot ou vers le CHU²⁵. Une telle organisation permet d'éviter les transferts inutiles et améliore les chances du patient lorsque le médecin qui requiert l'avis spécialisé n'envisageait pas le transfert du patient²⁶. La radiologie est également la grande bénéficiaire de la télémédecine, notamment dans les établissements publics de santé dépourvus de radiologues (tableau 2). Des plateformes régionales de télé-radiologie permettront à tous les établissements de santé d'un territoire ou d'une région d'obtenir non seulement la lecture des images, mais également l'avis clinique d'un radiologue sur la démarche diagnostique sur laquelle repose la demande d'imagerie²⁷.

b) La télésurveillance médicale à domicile

C'est probablement dans ce champ d'application que la télémédecine va le plus bousculer les organisations actuelles de l'offre de soins. La demande de soins de plus en plus importante, liée à l'allongement de la durée de vie, alors que la démographie des professionnels de santé va baisser pendant plusieurs années, oblige à revoir les

organisations actuelles. La télémédecine permet d'améliorer la continuité des soins dans les régions insuffisamment dotées en professionnels de santé. Elle permet en particulier d'améliorer la prévention des complications des maladies chroniques. De nombreuses hospitalisations de patients atteints de maladies chroniques pourraient être évitées si la surveillance médicale était plus fréquente pour prévenir les complications. Le développement de cette prévention secondaire a un impact sur les dépenses hospitalières dont la réduction peut permettre de financer la télésurveillance médicale à domicile de nombreuses maladies chroniques²⁸. Toutes les études nationales et internationales de télésurveillance médicale à domicile de maladies chroniques ont montré que ces nouvelles organisations qui reposent sur la prévention des complications améliorent la qualité de vie et la sécurité des patients. La viabilité économique sur le long terme de ces nouvelles organisations n'a pas été jusqu'à présent suffisamment étudiée. C'est la raison pour laquelle le déploiement de ces nouvelles organisations de soins doit comporter une méthodologie rigoureuse d'évaluation médico-économique²⁹.



Le Figaro Magazine



Le Figaro Magazine



Le Figaro Magazine

26 Dans l'expérience du GIP télémédecine de Midi-Pyrénées, la téléconsultation ou la télé-expertise a permis d'éviter un transfert d'un patient vers le CHU de Toulouse dans 40% des cas et de réduire la perte de chances dans 14% des cas.

27 Les organisations professionnelles de radiologues (G4) avec le CNOM ont défini en 2006 les bonnes pratiques de la télé-radiologie qui ont été reprises dans le rapport sur la place de la télémédecine dans l'organisation des soins

28 L'exemple de l'insuffisance cardiaque est éloquent. Plus de 300 000 patients se présentent chaque année aux urgences hospitalières pour une décompensation de leur insuffisance cardiaque. Les pays, comme le Québec, qui ont mis en place une surveillance à domicile ont vu la DMS à l'hôpital passer de 11 à 3 jours/an et par patient. Appliqué à la situation française révélée par le PMSI, un tel résultat réduirait la dépense hospitalière dans cette pathologie de près de 1 milliard d'euros.

29 Voir l'étude canadienne de Guy Paré « Revue systématique des effets de la télésurveillance à domicile dans le contexte du diabète, des maladies pulmonaires et des maladies cardiovasculaires. AETMIS, 2009, 5 (3) :1-75. Accessible sur le site <http://www.aetmis.gouv.qc.ca>

* Président de l'Association nationale de télémédecine.

Réception dans l'Ordre National du Mérite au C.M.A de Vannes-Coëtquidan

C'est dans une salle du Centre Médical des Armées Jean Vial que, le jeudi 16 décembre 2010, le Médecin en chef ® Georges Le Guen, délégué U.N.M.R du Finistère, était fait Officier de l'Ordre National du Mérite.

Ses insignes lui étaient remis par le Chirurgien Dentiste en Chef ® Yannick Danrée, Président de l'ACDR du SSA en Région de Brest, au terme d'une journée effectuée dans le cadre de leurs ESR respectifs.

Cette cérémonie conviviale, où la confraternité interdisciplinaire était de mise, se déroulait en présence du médecin chef du Centre, le Médecin

en Chef Loïc Jousseume et de ses adjoints le Médecin Principal Yves-Marie Gaveau, le Médecin Thomas Erauso, et le Médecin Anne Pegorie, du Chirurgien dentiste en Chef Jean-Sébastien Fron, ainsi que de l'ensemble des personnels civils et militaires.

Après une évocation de la carrière du récipiendaire par le C.D.C Danrée, le M.C Jousseume remerciait chaleureusement son confrère, et conviait l'ensemble des participants au « pot » de l'amitié.

Nos très sincères félicitations au Médecin en Chef Le Guen.



JOURNEES NATIONALES D'INSTRUCTION DU GORSSA

20 et 21 MAI 2011 A TOULON

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

PROGRAMME

Vendredi 20 Mai 2011 :

Matin :

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

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

08 h 30 : Mot d'accueil par l'Autorité du Service.

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

09 h - 09 h 30 : Conférence : « Les missions de la Force d'Action Navale ».

09 h 30 - 10 h 00 : Conférence: « Le Service de Santé de la Force d'Action Navale » par le MC J-Christophe NOËL.

10 h - 12 h15 : Visites par groupes d'un BPC et du CEPHISMER.

12 h 30 : Déjeuner à la Base Vie Ouest (restaurant le Titan).

Après-midi :

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

17 h 00 : Retour en car vers les hôtels.

19 h 30 : Reprise des cars aux points de ramassage (place de la Liberté).

20 h 00 : Dîner officiel au Domaine du Coudon (Les gueules cassées) à la VALETTE.

23 h 00 : Retour vers les hôtels (place de la Liberté et Holiday Inn).

Samedi 21 Mai 2011 :

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

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

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

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

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

10 h 30 - 11 h 30 : Conférence sur « Le Service de Santé de la Marine à Toulon, à travers ses implantations hospitalières depuis 1708 » par le MC (H) J. SCOTTO.

12 h 30 : Repas final au Cercle des Officiers Mariniers.

14 h 00 : Retour en cars vers la gare SNCF ou les hôtels (place de la Liberté).

Programme des Dames et Accompagnants

Vendredi 20 mai 2011

Matin

Promenade conférence dans les rues du vieux Toulon associant l'historique et la visite des fontaines (9 h - 11 h)
Circuit en petit train touristique.

Déjeuner en terrasse au Fort Saint Louis.

Après-midi :

Visite au village du Castellet (typiquement provençal) en passant par la côte.
Retour sur Toulon, Place de la Liberté.

Samedi 21 mai 2011

Matin :

Tour de rade en bateau à partir du port.

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

JOURNEES NATIONALES D'INSTRUCTION DU GORSSA

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

BULLETIN D'INSCRIPTION

Dernière limite d'envoi : 25 avril 2011

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

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

RENSEIGNEMENTS D'IDENTITE IMPERATIFS :

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

A REGLER :

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

CONGRESSISTES :

Vendredi 20 Mai 2011 :

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

Samedi 21 Mai 2011

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

ACCOMPAGNANTS :

Vendredi 20 Mai 2011

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

Samedi 21 Mai 2011

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

TOTAL €

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

Tenue réglementaire du Service de Santé pour l'ensemble des manifestations (20 et 21 mai 2011) :

tenue «panachée» (pantalons bleu - chemisette blanche) pour la journée du vendredi et le samedi matin ;
 tenue bleue interarmes (cravate noire pour le dîner officiel - à défaut costume civil foncé).

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

Signature

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

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



Arsenal de Toulon : Les grands bassins Vauban. (photo © Marine Nationale)

LISTE DES HOTELS DE TOULON

(la plupart son accessibles par internet)

Annoncer GORSSA

HOLIDAY INN : **** prix pour le GORSSA : 114 euros pour une personne, 128 euros pour deux personnes
-1 Avenue RAGEOT DE LA TOUCHE
Tél : 04 94 92 00 21 (proche de la porte CASTIGNEAU-Arsenal)
15 chambres pré-réservées

CELENYA HOTEL : ** 7 bis rue de Chabannes (proximité Place de la Liberté - centre ville). Prix de 60 euros / nuitée, pour le GORSSA
Tél : 04 94 92 37 44
15 chambres pré-réservées

GRAND HOTEL DU DAUPHINE : ** 10 rue Berthelot (centre ville)
Prix : de 60 euros à 74 euros.
Tél : 04 94 92 20 28
20 chambres pré-réservées - DATE LIMITE 1^{er} MARS

GRAND HOTEL DE LA GARE : ** 7 Boulevard de Tessé. (proximité gare)
Prix : de 58 euros à 77 euros

Tél : 04 94 24 10 00

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

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

Prix : de 58 euros à 77 euros.

Tél : 04 94 89 04 22

15 chambres pré-réservées

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

Prix : de 53 à 65 euros

Tél : 04 94 93 07 51

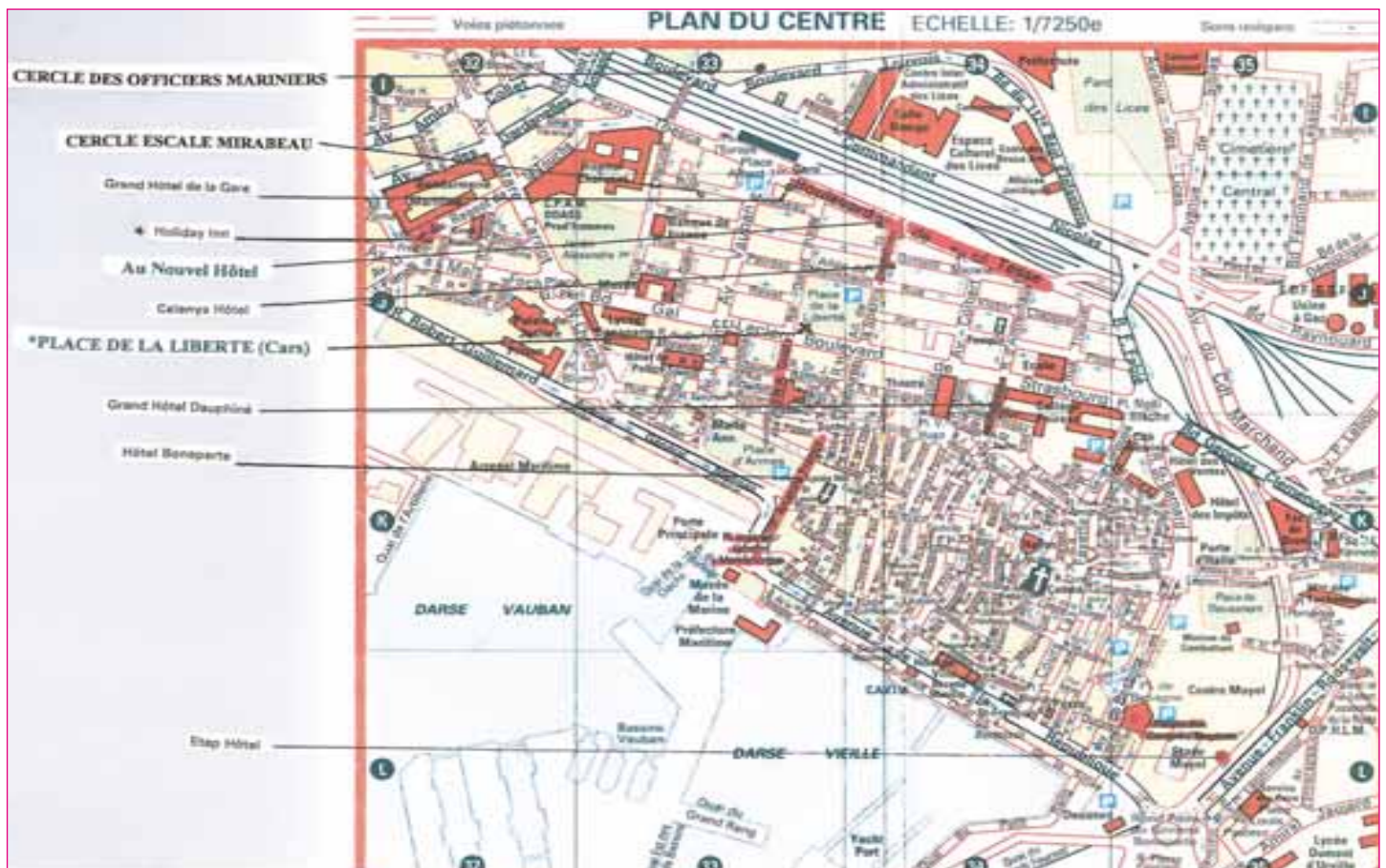
10 chambres pré-réservées

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

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

ETAP HOTEL : 40 - 200 Avenue Franklin ROOSEVELT

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



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

FONCTIONNEMENT DES CENTRES D'INSTRUCTION DU PERSONNEL DE RÉSERVE DU SSA (CM.SSA).

Références :

- Instruction n°3330,DEF/DCSSA/OSP/OORI/ORG du 11 mai 2005, relative à l'organisation et au fonctionnement des DRSSA

- Lettre N°13174 DEF/DCSSA/RH/RES du 15 octobre 2010, relative aux parcours de formation des réservistes-

Textes abrogés :

Le présent texte abroge les instructions et directives publiées antérieurement en matière de fonctionnement des CIRSSA

Préambule

Dans son paragraphe 2.1.4, f instruction mentionnée en référence (A) confie aux directeurs en région du SSA la responsabilité de la formation du personnel d'active et de réserve placé sous leurs ordres.

Dans chaque région, la formation continue des réservistes opérationnels du SSA est assurée par les centres d'instruction des réserves du service de santé des armées (CIRSSA), dont la présente note définit les modalités de fonctionnement.

Mission

Ces centres ont pour mission d'organiser selon une périodicité fixée par le directeur régional (généralement : une fois par semestre), des réunions d'information destinées à communiquer aux réservistes des différents corps du SSA :

- des retours d'expérience,
- une information métier,
- une information militaire générale destinée à porter à la connaissance des réservistes l'actualité et les grandes évolutions de la défense nationale et du service de santé.

Les CIRSSA constituent par ailleurs un lieu de rencontre entre les différentes composantes de la réserve et le personnel d'active, aussi ce dernier doit-il être informé des activités du CIRSSA et être invité à ses réunions.

Direction

Ces centres sont placés sous l'autorité d'un directeur, réserviste du SSA, nommé par le directeur régional du SSA.

Le directeur du CB.SSA a pour mission :

- de proposer au directeur régional le ca-

lendrier et le programme des réunions,

- d'en organiser le déroulement avec l'appui de la DRSSA,

- de proposer au directeur régional l'invitation de personnalités civiles ou militaires extérieures au service de santé, vis-à-vis desquelles une action de communication paraît souhaitable,

A l'issue de chaque séance CIRSSA, il rend compte au directeur régional du déroulement de la séance et lui remet la liste du personnel de la réserve opérationnelle qui a assisté à la réunion, afin qu'elle soit prise en compte dans le décompte des activités des réservistes.

Répartition géographique

Chaque région peut organiser plusieurs CIRSSA sur son territoire. Leur implantation sera choisie en fonction de la géographie et la répartition des réservistes.

La notion de secteur d'instruction des réservistes du SSA (SIRSSA) est abandonnée.

Toutefois, si le directeur régional le juge nécessaire, il peut désigner comme coordonnateur des CIRSSA de la région un réserviste de son choix.

Rattachement

En fonction de son lieu de résidence, chaque réserviste est attaché à l'un des CIRSSA de sa région. Toute dérogation à cette règle est soumise à l'appréciation des directeurs régionaux concernés.

Durée et contenu

La durée, le contenu et les planifications des séances de formation des CIRSSA sont proposés pour validation au directeur en région du SSA par le directeur du CIRSSA.

La périodicité et les conditions de déroulement du CIR-SSA (organisé sur une soirée, une demi-journée et une journée) sont arrêtées par le directeur régional en fonction des conditions locales.

Les exposés sont prononcés par des personnels d'active ou de réserve.

L'ensemble des séances d'instruction organisées sur une année constitue un cycle d'instruction.

La programmation des thèmes abordés au cours d'un cycle doit tenir compte de la variété des origines professionnelles et des centres d'intérêt des différents corps constituant la réserve du SSA (Internes, praticiens, OCTASSA, MITHA)

Des séances thématiques peuvent être organisées pour traiter de thèmes d'actualité ou présentant un intérêt particulier.

Aspects administratifs et financiers

Les réservistes opérationnels souhaitant assister à une séance de CIRSSA peuvent bénéficier d'un ESR.

Les réservistes opérationnels assistant à une séance CIRSSA bénéficient et de la prise en charge de leurs frais de déplacement dans les conditions réglementaires.

Les activités de préparation assurées par le directeur du CIRSSA sont prises en compte en ESR selon un volume laissé à l'appréciation du directeur régional.

Dans la limite des places disponibles, les réservistes citoyens et les honoraires qui en expriment le soin à leur direction peuvent être invités aux séances du CIRSSA.

Cette activité n'ouvre droit à aucun défraiement, car il s'agit d'une invitation et non d'une mission ordonnée.

Les éventuels frais de fonctionnement, occasionnés par l'organisation des réunions (location de salle, rafraîchissement etc.) sont à la charge du budget des directions régionales. Ils font l'objet d'une évaluation ou d'un devis préalable que le directeur du CIRSSA soumet à l'approbation du directeur régional.

Médecin chef des services de classe normale
Luc GUILLOU

Chef du bureau « Réserves »

RAID (RRSSA) 2011

Nous vous rappelons que le raid des réserves 2011 se déroulera au camp de la Valbonne près de Lyon, les 10, 11, 12 et 13 mai 2011.

Il est ouvert aux réservistes opérationnels de tous les corps du SSA, à jour de leur visite médicale d'aptitude.

Les volontariats pour y participer sont à exprimer dans les plus brefs délais (inscriptions ouvertes depuis 2 mois déjà...) auprès de leurs directions régionales d'appartenance.

* *
*

**Journal Officiel
du 22 octobre 2010**

Décret du 20 octobre 2010 portant nomination dans la réserve opérationnelle

**SERVICE DE SANTÉ
DES ARMÉES**

Corps des médecins des armées

Au grade de médecin de réserve

- Pour prendre rang du 1^{er} octobre 2009
Mme DONNADIEU (Martine, Yo-
lande).
Pour prendre rang du 1^{er} février 2010
Mme ANDRES (Anne-Marie).
Pour prendre rang du 1^{er} mai 2010
L'aspirant de réserve DUPRET (Ar-
naud, Gérard, Norbert).
Mlle CARLES (Céline, Madeleine, Simone).
Pour prendre rang du 1^{er} juin 2010
M. TCHAKONTE TCHATCHOU (Bau-
douin).
Pour prendre rang du 1^{er} juillet 2010
Mme BERTHIÉ (Céline, Julie).
M. FOSCOLO (Sylvain, Jean, Bernard,
Maurice).
M. RAJON (Benjamin, Marc).

Corps des pharmaciens des armées

Au grade de pharmacien de réserve

- Pour prendre rang du 1^{er} août 2010
Mme MOMPER (Sandrine, Nathalie,
Solange).

Corps des chirurgiens-dentistes des armées

Au grade de chirurgien-dentiste de réserve

- Pour prendre rang du 1^{er} mai 2010
M. LAURENT (Florian, Gauthier).
Pour prendre rang du 1^{er} septembre 2010
Mlle LOTY (Christine).

Corps technique et administratif du service de santé des armées

Au grade de sous-lieutenant de réserve

- Pour prendre rang du 1^{er} août 2009
Mme PRADIER (Françoise, Marie, Hen-
riette).
Pour prendre rang du 1^{er} juillet 2010
M. ROYER-BERTRAND (Axel, Tiber,
Colas).
Pour prendre rang du 1^{er} août 2010
Mlle FLECHON (Elsa, Sylvie).
Mlle GUIHOU (Audrey, Kristel).
M. ROUVIER (Florent, Yves, Hubert).
Pour prendre rang du 1^{er} septembre 2010
M. BOULANGER (Jean).
Mme LENFANT (Laurène).
Mlle VIAL (Anne-Laure, Marie, Véro-
nique).

**DÉCISION N° 2331/DEF/DCSSA/CH
portant attribution de la médaille des
services militaires volontaires.**

Du 8 décembre 2010

Décide :

La médaille des services militaires volon-
taires, échelon argent, est décernée aux mi-
litaires n'appartenant pas à l'armée d'active
dont le nom suit :

À titre normal.

À compter du 1er janvier 2010.

**SERVICE DE SANTÉ
DES ARMÉES.**

Médecins des armées.

- ANGRISANI Louis.
ASTOLFI Alain, Charles.
BONNET Hubert.
CARREGA Louis, Maurice.
DEBRAY Gilles.
FONTAINE Benoit.
GELY Christophe, Claude.
GENCE Eric.
GRANDJEAN Bruno, Abel.
GRAVIERE Jean-Paul.
GUERANGER Pierre.
HEYMANS Dominique.
LAFFONT Christian.
LEHOT Jean-Jacques.
LLEU Jean-Claude.
MICHEL Henri-Olivier.
NICOL Claude.
PASCAL Jean-François, Michel, Charles,
Georges, Louis.
RONCHI Luc.
THIRY Charles.

Bulletin Officiel

(BOC N°54 du 23 décembre 2010)

Nominations

Au grade d'infirmier de classe normale de réserve

- Pour prendre rang du 7 octobre 2010
NIVELLE (Thyphaine, Dorothée).

Au grade de secrétaire médical de classe normale de réserve

- Pour prendre rang du 26 octobre 2010
LECAT (Véronique, Rose-Marie, Chris-
tine).

Bulletin Officiel

(BOC N°1 du 7 janvier 2011)

Nominations

Au grade d'infirmier de classe normale de réserve

- Pour prendre rang du 20 septembre 2010
PEREIRA MARINHO (Joaquim, Ma-
nuel).
Pour prendre rang du 6 octobre 2010
RAMDANE (Aïcha).

Pour prendre rang du 7 octobre 2010
DROESCH (Karine, Jeanne).

Pour prendre rang du 13 octobre 2010
MARBAISE (Alain, Jacky).

Pour prendre rang du 25 octobre 2010
VIDAL (Stéphanie, Marie).

Pour prendre rang du 10 novembre 2010
KOHLER (Emilie, Henriette).

Au grade de secrétaire médical de classe supérieure de réserve

Pour prendre rang du 29 novembre 2010
SOIRFLECK (Guillaume, Pierre,
Marie).

Pour prendre rang du 15 décembre 2010
FRECHOU (Mesmin, Harold) né le 15 dé-
cembre 1952

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

Pour prendre rang du 31 août 2010
PACTET (Céline)

Pour prendre rang du 12 novembre 2010
SCHEPENS (Adrien)

Pour prendre rang du 17 novembre 2010
OBELLIANNE (Laura)

Au grade de technicien de laboratoire de
classe normale de réserve

Pour prendre rang du 9 novembre 2010
ZITO (Nicole, Marie-Thérèse)

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

Pour prendre rang du 8 novembre 2010
LEGOUVERNEUR (Alexis, Antonio,
Roger)

Pour prendre rang du 15 novembre 2010
CHEBION (Guillaume, François, Jérôme)

**Journal Officiel
du 30 décembre 2010**

**Extrait du Décret du 28 décembre 2010
portant nomination
et promotion dans la réserve
opérationnelle**

**SERVICE DE SANTÉ
DES ARMÉES**

Corps des médecins des armées

Au grade de médecin chef des services de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} décembre 2010
Les médecins en chef de réserve :
DUCHEMIN (Jean-Marie, Urbain,
Georges).

LA BATIE (Jean-Paul, Marie, Joseph).

Au grade de médecin en chef de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} décembre 2010
Les médecins principaux de réserve :
LALLEMANT (Philippe, Pierre).
GRANGE Praderas (Pascal, Claude,
René).

OLIVIER (Gérard).
 DEVILLE DE PERIÈRE (Gilles, Marie,
 André, Alfred, Pierre).
 VAN DER PUTTEN (Sylvain, Jacques,
 Pierre).
 JARZUEL (Yves, Alain).
 BISMUTH (Philippe, Benoit).
 DE PALEZIEUX (Olivier, François).
 BELLIVIER (Jean-Pierre).

Au grade de médecin principal de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} décembre 2010
 Les médecins de réserve :
 FRICHET (Jacques, Fernand).
 PANE (Jean-Pierre).
 DUCOMBS (Olivier).
 PICAUD (Henri).
 TAILLANDIER (Jeanne).
 ROCHE (Olivier, Louis, Benoit).
 GERAIN (Matthieu, Alexandre).
 MORSLI (François).
 FELTEN (Eric).
 MARQUET (Eric).
 CATINEAU (Jean).
 KRAUSE (Francis).
 DENIS (Christian, Pierre, Jacques).
 BLANCHAD (Anne).
 COUDIER (Philippe).
 JOUINEAU (Laurence).
 REYNAZ (Florent).
 CLÉRET DE LANGAVANT (Marie,
 Odette, Marguerite).
 PELISSIER (Ludovic, Maurice).
 GAUTRET (Philippe).

Corps des pharmaciens des armées

Au grade de pharmacien en chef de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} décembre 2010
 Le pharmacien principal de réserve
 PAUWELS (Christophe, Jean, Louis).

Au grade de pharmacien principal de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} décembre 2010
 Le pharmacien de réserve :
 BEVALOT (Fabien).

Corps des vétérinaires des armées

Au grade de vétérinaire en chef de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} décembre 2010
 Les vétérinaires principaux de réserve :
 HEITZ (Pascal, Joseph, Eugène).
 RIFFARD (Olivier).

Au grade de vétérinaire principal de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} décembre 2010
 Les vétérinaires de réserve :
 ANDREU DE LAPIERRE (Etienne, Phi-
 lippe).
 VAUTIER (Muriel).
 DURAND (Stéphanie).

Corps des chirurgiens-dentistes des armées

Au grade de chirurgien-dentiste en chef de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} décembre 2010
 Les chirurgiens-dentistes principaux de réserve :

SIMON (Dominique, Louis, Michel).
 BEAUCHEMIN (Pierre-Philippe, Alain,
 Claude).
 LEGENS (Michel, Serge).
 TUFFREAU (Eric, Pierre, Alexandre).
 MONTELIARD (Philippe).
 GILLOUX (Christophe).
 LEBETTRE (Antoine).

Au grade de chirurgien-dentiste principal de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} décembre 2010
 Les chirurgiens-dentistes de réserve :
 BERRUET (Jean-Luc, Robert).
 GABISON (Raphaël).
 GUNEPIN (Marc, Antoine).
 LE BOT (Patrick).
 SELLEM (Frédéric).
 CASARI (Bruno, Pierre, Jean).

Corps technique et administratif du service de santé des armées

Au grade de lieutenant-colonel de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} décembre 2010
 Les commandants de réserve :
 DUMÉE (Patrick, Marcel, Valère,
 Georges, Antoine, Marie, Joseph).
 JUIF (Pierre, François, René).

Au grade de commandant de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} décembre 2010
 Les capitaines de réserve :
 MAYOL (Jean-Michel, Marc, Antoine).
 LIZET (Gérard, Michel).
 VANBESIEN (Christophe-Yves).
 GONARD (Alain, René, Marcel).

Au grade de capitaine de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} décembre 2010
 Les lieutenants de réserve :
 JONQUIÈRES (Fabrice, André, Lau-
 rent).
 VARENNE (Jean-Paul, Simon, Mau-
 rice).
 ROTH (Philippe).
 SPEYSER (Frédéric).
 SIMEONI (Laurent, Charles, Georges).
 BOUDIER (Camille, Hélène, Simone).

Au grade de lieutenant de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} décembre 2010
 Les sous-lieutenants de réserve :
 MALE (Marie-Christine).
 FRAINEAU (Pierre).
 PAULIAT (Anne-Sophie, Marie).
 MELLHAOUI (Grégoire).
 BINE (Sébastien, Pierre, Louis).

CLAEYSSEN (Richard, Noël, Michel,
 Robert).

FOURNET (Xavier).
 MASCLLET (Sandrine, Valérie).
 TROUILLON (Anne, Isabelle, Marie).
 DEVE-BEAUVAIS (Anne-Christel).
 FIOLE (Daniel, Guillaume).
 COSTA (Fabien, Mathias).
 BERDA (Gilles, Elie).
 BAILLY (Nadège, Magalie).
 TUR (Cécile, Songül).
 PETITCLERC (Matthieu).

Bulletin Officiel (BOC N°2 du 14 janvier 2011)

Nominations

Au grade de sous-lieutenant de réserve (corps technique et administratif)

Pour prendre rang du 1^{er} décembre 2010
 MULLER (Pierre, Jean, Charles) né le 5
 mai 1979.

Au grade de diététicien de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 22 novembre 2010
 BARRY (Bérengère, Marie, Mathilde).

Au grade d'aspirant de réserve (corps des vétérinaires des armées)

Pour prendre rang du 30 novembre 2010
 SCANDOLA (Pierre, Emmanuel) né le
 26 septembre 1988.

Au grade de secrétaire médical de classe exceptionnelle de réserve

Pour prendre rang du 15 décembre 2010
 CHOL (Hélène, Bernadette, Renée) née le
 14 novembre 1954.

Bulletin Officiel (BOC N°5 du 4 février 2011)

Nominations

Au grade de pharmacien en chef (4ème échelon) de réserve (corps des pharmaciens des armées)

KARCHE (Hélène, Claude).

Au grade d'infirmier de classe supérieure de réserve

Pour prendre rang du 1^{er} mai 2009
 COMTE (Suzanne, Jacqueline, Hen-
 riette).

Au grade d'infirmier de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 2 août 2009
 PONCELET (Julien).
 Pour prendre rang du 4 novembre 2010
 LAROCHE (Marie-Dominique, Jeanne,
 Odile, Françoise, Alexandra).
 Pour prendre rang du 15 janvier 2011
 LEVILLY (Benoît, Vincent) né le 31
 janvier 1973.

COMMUNIQUÉS

Le CeTIMA recherche un renfort en réservistes opérationnels Pour des missions de formation

Le Centre de traitement informatique médical des armées (CeTIMA) recherche des réservistes destinés à être employés comme formateurs à l'emploi du LUMM (logiciel unique médico-militaire et médical).

- Afin de bien connaître l'outil et la formation à dispenser, ces réservistes recevraient dans un premier temps une formation sur le LUMM dispensée au cours d'un stage de deux semaines au CeTIMA (le CeTIMA est implanté dans l'enceinte de l'hôpital d'instruction des armées Bégin à Saint Mandé (94)

- A l'issue de cette formation, les nouveaux assureraient la formation des utilisateurs dans les centres médicaux des armées (CMA) et annexes de leur région, via des stages de 4 jours ouvrables. (Formation initiale théorique et surtout pratique de rappel).

Le profil attendu des formateurs est le suivant :

- Motivation et sens pédagogique.
- Appartenance à une profession médicale ou paramédicale.
- Connaissance de l'activité quotidienne d'un centre médical des armées. (consultation, aptitudes)
- Aisance dans l'utilisation d'un outil informatique, sans qu'il pour autant de disposer de connaissances techniques en informatique.
- Disponibilité pour répondre aux stages de formation programmés à Paris et en région.
- Sensibilité à l'importance du projet pour le SSA.

Contact : 01 43 98 51 00

Recrutement d'infirmiers des forces spéciales terre

L'infirmier des forces spéciales de l'armée de Terre doit allier compétences techniques dans tous les domaines (urgences, instruction, gestion des personnels), disponibilité à toute épreuve et connaissances solides du métier des armes pour pouvoir suivre les équipiers Stick(1) actions spéciales (SAS) en mission.

A l'issue des tests d'entrée régimentaires et du stage initial de formation interne des cadres récemment affectés, l'infirmier peut partir en mission avec un Stick, aussi bien sur des postes très isolés (désert, montagne...) qu'en binôme avec un médecin au sein de détachements plus conséquents. Sa formation militaire se poursuivra durant toute son affectation, en passant par des stages de combat SAS en milieu clos, de contre-terrorisme ou de chuteur opérationnel. Il devra également entretenir ses connaissances paramédicales, notamment auprès de la brigade des sapeurs pompiers de Paris et d'un Centre d'instruction aux techniques de réanimation de l'avant (CITERA).

Ainsi, doté d'une bonne condition physique, d'une réelle autonomie, d'une volonté constante de progresser et de s'adapter, l'infirmier pourra s'intégrer parfaitement comme un équipier à part entière d'un stick, lors d'opérations aéroterrestres ou nécessitant l'emploi de modes d'action non conventionnels, raison d'être des forces spéciales.

Dès 2011, l'antenne médicale des forces spéciales de Dieuze, prochainement transférée à Souges, et celle de Bayonne recruteront quatre infirmiers.

Médecin en chef Denis Morgand
Conseiller santé du commandement des opérations spéciales

(1) stick : file de parachutistes sortant d'un avion en un passage.

Contact : DCSSA Section personnel de jours. Sous direction RH.
Madame le Capitaine ROBINSON 01 41 93 25 09

La carte du combattant est accessible aux anciens des opex

Les conditions pour obtenir la Carte du Combattant se sont assouplies en faveur des militaires ayant participé aux opérations extérieures.

Le Décret du 12 novembre 2010 modifiant le code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre et l'arrêté du 10 décembre 2010 précisent les actions de feu et de combat prises désormais en compte pour l'obtention de la Carte du Combattant dans le cadre des OPEX.

Rappelons que la Carte du Combattant ouvre notamment droit à la retraite du combattant à partir de 65 ans, le port de la croix du combattant, une demi-part d'impôt sur le revenu à partir de 75 ans, la qualité de ressortissant de l'Office National des Anciens Combattants et Victimes de guerre (l'ONAC propose une aide sociale à ses ressortissants, des maisons de retraites, etc...).

Pour en savoir plus, contactez le service départemental de l'ONAC dans votre département.

**UNION NATIONALE
DES MEDECINS DE RESERVE
CONSEIL D'ADMINISTRATION**

Président : Docteur Xavier SAUVAGEON

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



Nous avons appris le décès du Médecin en chef (H) Philippe Lufiacre le 8 Juillet 2010 à l'âge de 78 ans.

Ayant effectué ses études à la Faculté Libre de Lille, il a été incorporé en 1959 et a participé à la campagne d'Algérie. Rendu à la vie civile, il a suivi les séances de perfectionnement puis a participé activement à l'instruction des Officiers de Réserve du Service de Santé, à celle du CEPR et aux nombreux exercices sur le terrain. Il est devenu Directeur de l'Ecole de Perfectionnement des Officiers de Réserve de Santé (EPORSS) puis du CIRSSA de Lille.

Il a exercé les fonctions de Médecin-Chef d'un hôpital d'évacuation de réserve, et de médecin-colonel des Sapeurs-Pompiers de la Communauté Urbaine de Lille. Il était Officier de l'Ordre National du Mérite.

Il a été délégué départemental du Nord de l'UNMR pendant de nombreuses années.

Lors de la cérémonie des funérailles le Service de Santé était représenté par le médecin en chef Vanderpotte, le colonel Hees et le commandant Grave (OCTASSA), le pharmacien en chef Vandeputte et le Major Garcia, ancien de la DRSSA de Lille.



ASSEMBLEE GENERALE DE L'U.N.M.R 2011 SAMEDI 21 MAI 2011

ELECTION DES ADMINISTRATEURS

9 postes d'administrateurs sont à pourvoir par l'Assemblée Générale du 21 mai 2011. Les candidats ayant reçus l'agrément du Conseil d'Administration de l'U.N.M.R. du 19 Novembre 2010 pour présenter leur candidature d'administrateur au vote de l'Assemblée Générale du 21 Mai 2011 sont :

Dr Laurent ASTIN	(administrateur sortant)
Pr Emmanuel CABANIS	(administrateur sortant)
Dr J-Dominique CARON	(administrateur sortant)
MG Alain GALEANO	(administrateur sortant)
Dr Patrick HAMON	(administrateur sortant)
Pr François LABORDE	(administrateur sortant)
Dr Jean-Pierre SALA	(administrateur sortant)
Pr René-Claude TOUZARD	(administrateur sortant)
Dr Joseph TRAN	(administrateur sortant)

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'U.N.M.R. 19 NOVEMBRE 2010

Excusés :

MM CABANIS — CARON — CARTIGNY — GAUTIER — HERGON — LABORDE —
LE GUEN — LEONETTI — MOHY — MONTARD — TOPCHA — TOUZARD.

Invités excusés : MM. FRIEZ-FIX

Présents :

MM. ASTIN — BOUSQUIER — BRUYERE — CALLOC'H — DALMAS — DUCHEMIN —
FOURES — GALEANO — GIBELLI — HAMON — LECARPENTIER LEHOT — LE LAY
— LE ROUX — MATHIEU M — MESLIER — MEUNIER F. MOULINIE — PICOCHÉ —
PICOT-BELLANGER — PINA-JOMIR — POMMIER de SANTI — SALA — SAUVAGEON
— TRAN — WAGNER.

Le Président SAUVAGEON ouvre la séance en donnant la parole au Docteur HAMON qui cite les nouvelles adhésions en l'absence du Docteur MESLIER retardé par sa présence au Bureau de l'UNOR.

Le Docteur ASTIN fait la lecture des procès-verbaux de l'assemblée générale extraordinaire, de l'assemblée générale et du conseil d'administration de l'UNMR qui se sont tenus à Lille le 29 mai 2010. Ils sont approuvés à l'unanimité.

Le Docteur M. MATHIEU propose des camarades pour l'attribution de la médaille de l'UNMR, 10 en argent et 10 en bronze ce qui est approuvé à l'unanimité. Il remercie les délégués régionaux pour ces propositions.

Le Docteur LE LAY absent excusé lors du conseil d'administration du 29 mai 2010 est confirmé à l'unanimité au poste de Secrétaire Général Adjoint de l'UNMR.

Les administrateurs à présenter au vote de l'assemblée générale 2011 reçoivent l'agrément à l'unanimité. Il s'agit des Docteurs Laurent ASTIN, Emmanuel CABANIS, Jean-Dominique CARON, Alain GALEANO, Patrick HAMON, François LABORDE, Jean-Pierre SALA, René-Claude TOUZARD et Joseph TRAN.

Sont élus, également à l'unanimité, les administrateurs au titre des régions pour 2011 :

- Metz : Docteur Michel GIBELLI
 - Brest : Docteurs Jean-Marie DUCHEMIN et Yves MOHY
 - Lyon : Docteur Géraldine PINA-JOMIR
- Le Docteur HAMON intervient au sujet

de la FMC. Le département du développement professionnel continu du Val de Grâce organise une formation quant aux spécificités de la médecine d'armée pour les réservistes de chaque région par sous-groupes. Une journée d'instruction des Pharmaciens de Réserve s'est déroulée en région de Brest à la Centrale nucléaire de Paluel le 21 septembre 2010. Le matin, le Médecin en Chef LAROCHE, directeur adjoint du SPRA fit un exposé sur « contamination et irradiation » et l'après midi fut consacrée à la visite d'un réacteur primaire et d'un réacteur secondaire. La DRSSA de Saint Germain en Laye a annulé la deuxième séance du CIRSSA. La 24^{ème} journée d'instruction du GORSSA à l'HIA Laveran aura lieu le 10 décembre 2010 consacrée aux enjeux civils et militaires de l'éthique biomédicale. Une journée d'instruction du CIRSSA de Lyon est prévue le 17 mars 2011 sur les armes à létalité réduite.

Le Docteur DALMAS fait le bilan des journées nationales 2010 du GORSSA qui se sont déroulées au CRR-FR installé dans la citadelle de Lille. Il y avait 80 médecins sur les 165 participants. Un pourcentage du solde positif sera conservé par le GORSSA et le reste reversé à chacune des associations au prorata de son nombre d'inscrits.

Le Docteur POMMIER de SANTI fait part du programme des journées nationales du GORSSA qui se tiendront les 20 et 21 Mai 2011 à Toulon dont le thème sera « la Marine Nationale et le SSA en 2011 ». Le vendredi matin les participants seront accueillis par le Médecin Général Inspecteur LADRANGE, Directeur du SSA en Région de Toulon. Après les ac-

tualités sur les Réserves par le Médecin Chef des Services GUILLOU, Délégué aux Réserves du SSA, deux conférences seront données : les missions de la Marine en 2011 et le Service de Santé pour la Marine, rôles et missions en 2011. Des visites par groupes en alternance avec l'après-midi seront organisées : BPC (bâtiments de la Marine) et CEPHISMER (Centre de plongée humaine, robots, sauvetage sous-marin). Le dîner officiel aura lieu au domaine du Coudon (les gueules cassées) à la Valette. Le samedi matin les congressistes seront accueillis dans les locaux de l'ancien hôpital Sainte-Anne, situés face aux nouveaux. Les assemblées générales et conseils d'administration des associations membres du GORSSA s'y tiendront. Pendant la Conférence des Présidents du GORSSA, une conférence sur l'histoire du port de Toulon et le SSA sera prononcée. Le repas final sera servi au Cercle des Officiers Mariniers. Un programme pour les dames et accompagnants est prévu. Le Docteur POMMIER de SANTI évoque les réservations hôtelières, le budget prévisionnel et la subvention versée par la communauté urbaine de Toulon, grâce à Monsieur Hubert FALCO, Maire de Toulon, ancien Secrétaire d'Etat à la Défense.

Le Président SAUVAGEON fait le compte rendu du XV^{ème} Raid Médical d'Evaluation des Réserves qui s'est déroulé au 3^{ème} Régiment Médical au camp de la Valbonne près de Lyon. L'orientation se fait vers un outil pédagogique faisant partie du parcours professionnel. Il s'agit d'acquiescer ou de confirmer des connaissances en rapport avec les besoins du SSA plutôt qu'évaluer au sens strict. Le Docteur Eric LECARPENTIER qui souhaite une augmentation de la participation des médecins confirme cet aspect formateur dont le but est de fournir une connaissance sur chaque atelier. L'auto-évaluation des candidats est pratiquée. Les questionnaires concernant l'approfondissement des notions apprises et l'impression sur les épreuves seront analysés. Le Président SAUVAGEON après avoir souligné la réussite de ce RMER notamment de la prise d'Armes, estime que c'est une occasion de faire adhérer à l'UNMR et au GORSSA de jeunes internes.

Le Professeur LEHOT intervient à ce sujet. Le Prochain RMER aura lieu la dernière semaine de mai 2011 du lundi après-midi au jeudi soir.

Le Docteur LE ROUX fait le compte rendu du congrès d'été de la CIOMR qui s'est déroulé à Stavanger en Norvège du 8 au 15 août 2010. Il avait pour thème « l'apport des réservistes des SSA dans la gestion des catastrophes civiles ». La

France fit trois communications sur les vingt. Le Médecin en Chef CLER responsable des relations avec l'étranger à la DCSSA traita du concept français d'assistance humanitaire. Le Docteur MAY chirurgien réserviste évoqua le séisme en Haïti. Le chirurgien dentiste de Réserve RAMON fit un exposé sur l'expérience Active-Réserve de l'identification dentaire lors du tsunami en Thaïlande. Le prochain congrès d'hiver de la CIOMR se tiendra au siège de l'OTAN en Février 2011 ayant pour thème « l'épidémiologie et la propagation des maladies ». La représentation française est réduite à trois par une nouvelle directive précisant que la proposition des membres est faite par le GORSSA, puis avalisée par la DCSSA. La Délégation aux Réserves et la Direction des Relations avec l'étranger assurent ce pilotage. Le Président SAUVAGEON souligne que les spécificités des réservistes ne sont pas toujours connues du GORSSA. En sa qualité de président du GORSSA il sera consulté pour la désignation du chef de la délégation française dont le mandat de deux ans sera renouvelable deux fois. Un crédit de soixante ESR par an sera accordé au GORSSA. Le financement de certains réservistes par ce dernier afin d'étoffer la représentation française est à étudier. Le Médecin Général GALEANO intervient au sujet de la gestion des finances publiques imposant des choix budgétaires à la DCSSA qui concernent les soldes et frais de missions.

Le Président SAUVAGEON fait le compte rendu du ravivage de la Flamme sous l'Arc de Triomphe présidé par le Directeur Central du SSA le 18 Octobre 2010. Une délégation de l'Ecole du Val de Grâce et des représentants du GORSSA étaient invités. Outre le Président SAUVAGEON, étaient présents les Docteurs BOUSQUIER, FOURES, HAMON, MESLIER, MOULINIE et SALA.

Le Docteur MESLIER fait le compte rendu des cérémonies à Verdun les 6 et 7 Novembre 2010 auxquelles étaient conviés les élèves des écoles de Lyon et Toulon. Le samedi matin une visite du champ de bataille comprenant le Fort de Douaumont fut organisée, l'après midi étant consacrée au musée de la bataille de Verdun, à Fleury-devant-Douaumont.. Le dimanche matin, une cérémonie se déroula au monument aux morts.

Le Président SAUVAGEON fait le compte rendu des cérémonies du GORSSA à Paris les 10 et 11 Novembre 2010. Le mercredi, la Flamme fut ravivée à l'Arc de Triomphe sous la présidence du Général CUCHE en présence du Médecin Général des Armées BRUNOT et du Médecin Chef des Services

GUILLOU, représentant le Directeur Central du SSA. La participation de l'UNMR était notable. Le jeudi était consacré à la mémoire des camarades disparus. Le matin des gerbes furent déposées à la Faculté de Chirurgie Dentaire et au Monument des Pharmaciens morts pour la France à la Faculté de Pharmacie avant la messe célébrée au Val de Grâce. Un dépôt de gerbes se fit ensuite au monument des Membres du Personnel du SSA morts glorieusement pour la France et au monument des Brancardiers. L'après-midi, le Professeur Alain CARPENTIER, Vice-Président de l'Académie des Sciences, Professeur émérite de chirurgie cardiaque à l'hôpital Pitié-Salpêtrière, présida une cérémonie au Mémorial des Médecins morts pour la France, à l'ancienne Faculté de Médecine. Le Docteur FOURES représentait le Directeur Central du SSA à cette cérémonie.

A propos du CSRSM, le Docteur WAGNER, signale que deux réunions mensuelles de fin d'année ont été supprimées. Une lettre de mission du Ministre est attendue, la prochaine réunion étant fixée au 16 Décembre 2010.

Le Président SAUVAGEON fait part des travaux du GORSSA. Il précise qu'une conférence des Présidents, suivie de l'Assemblée Générale, aura lieu le 6 Décembre 2010. Il évoque la répartition du bénéfice des journées nationales 2010 et la revue commune. Le Docteur FOURES estime que le deuxième numéro d'ACTU-GORSSA est amélioré par rapport au premier.

Les Docteurs GIBELLI et MEUNIER regrettent que certains exemplaires n'aient pu parvenir à leurs destinataires. Selon le Docteur MOULINIE, il s'agit d'une difficulté transitoire liée à la suppression récente des adresses libellées « ARMEES ».

Au sujet des articles de fond, le Professeur LEHOT va proposer à ses collègues d'apporter leur concours.

Le Président SAUVAGEON fait remarquer la diminution du tarif d'abonnement de la revue décidé par le comité de rédaction car elle est commune. Le Docteur M. MATHIEU regrette cette diminution sensible.

Néanmoins, le revenu des abonnements de soutien restera dans la trésorerie de chacune des associations qui l'aura reçu. Ceci palliera un déficit éventuel. Le Docteur MOULINIE communique le prix de revient du deuxième numéro.

Le Docteur LE LAY évoque les travaux de l'UNOR. Sa situation financière est réglée et l'ACORAM recotise. Le Docteur

TRAN précise les modalités de cette cotisation.

Le Président SAUVAGEON envisagerait que le GORSSA cotise de nouveau à l'UNOR si le montant est raisonnable et une subvention obtenue pour les journées nationales. Le Docteur FOURES intervient à ce sujet. Le Président SAUVAGEON rappelle un entretien avec le Médecin Général des Armées LAFONT, ancien Directeur Central du SSA, précisant au Colonel [®] VITROLLES, Président de l'UNOR, que le seul interlocuteur de la Direction centrale est le GORSSA. Il faut d'abord adhérer à son association d'origine avant de cotiser à l'UNOR.

Le Docteur LE LAY fait part d'une demande d'enquête du CSRSM auprès des treize associations y siégeant. L'UNOR a souhaité s'en occuper. L'assemblée générale de l'UNOR se tiendra le samedi 20 Novembre 2010.

Le Docteur WAGNER précise qu'une subvention pour le GORSSA au titre de 2010 a été demandée auprès du Contrôleur Général des Armées ROUDIÈRE.

Le Docteur PICOCHÉ fait le point du Trésorier. Le niveau des cotisations se maintient honorablement. Concernant les subventions, le Docteur MOHY sollicite à nouveau les laboratoires. Le laboratoire NOVARTIS a versé mille cinq cent euros par l'intermédiaire du Docteur TRAN qui est remercié. Il convient également de remercier le Docteur MESLIER qui fait don du montant de la solde de ses journées GORSSA.

L'état des comptes confirme que nos avoirs demeurent à peu près stables. Le transfert de Sicav du compte CIC sur le livret A de la Banque Postale s'est effectué.

Le Docteur PICOCHÉ propose les nouveaux tarifs 2011 :

- Cotisation 70 euros au lieu de 67,
- Abonnement à « ACTU-GORSSA » : 17 au lieu de 43
- Le total, cotisation plus abonnement étant de 87 au lieu de 110
- Cotisation aspirant/étudiant, inchangée à 20
- Le total, cotisation aspirant/étudiant plus abonnement étant de 37 au lieu de 61
- Abonnement non adhérent : 50 au lieu de 75
- Abonnement étranger : 80 au lieu de 90
- Abonnement de soutien : 60 au lieu de 90.

Les frais relatifs à la Médaille UNMR et les tarifs de la publicité et des stands sont inchangés. Ces propositions sont adoptées à l'unanimité, sauf le tarif abonnement contre lequel s'exprime un votant.

Le Président SAUVAGEON a rencontré le Lt^t ® TISSERAND, Octassa, proposé par la Conférence des Présidents comme délégué jeunes du GORSSA. Ancien élève de l'Ecole Normale Supérieure de Lyon, il est actuellement professeur de physique en classes préparatoires aux grandes écoles dans cette ville.

Le Professeur LEHOT délégué Défense de l'université de Lyon fait part de la constitution de trinômes académiques composés du Recteur ou son représentant, du Gouverneur ou de son représentant, et de l'IHEDN par l'intermédiaire d'auditeurs de l'IHEDN. Une conférence ayant pour thème les réseaux sociaux et l'intelligence économique sera donnée par une responsable des renseignements généraux le 15 décembre 2010.

Le Docteur MEUNIER communique au Docteur HAMON la liste des titulaires d'ESR établie par la DRSSA de Bordeaux,

promise par le Médecin Général Inspecteur MOURAREAU, Directeur Régional. Un comité pédagogique de la Réserve opérationnelle concernant la FMIR et la formation supérieure a été constitué. Le Médecin Général Inspecteur MOURAREAU fera son adieu aux Armes le 1^{er} Décembre 2010. Une assemblée générale des associations locales du GORSSA se tiendra à Bordeaux le 4 Décembre 2010.

Enfin, le Président SAUVAGEON donne la parole au Docteur Louis CALLOC'H qui fait part de ses réflexions sur les différentes Réserves civiles : communale, sécurité civile, sanitaire et civique. Leur multiplication pourrait être préjudiciable au recrutement dans la Réserve militaire du SSA dont il souligne la spécificité : esprit citoyen de sacrifice et savoir éthique. Les Docteurs DALMAS, FOURES et WAGNER interviennent à ce sujet.

Le prochain conseil se tiendra le 4 Février 2010

La séance est levée à 23 H 00.

Médecin en Chef ® Laurent ASTIN
Secrétaire des Séances

* *
*

MESSAGE DE LA DRSSA DE BORDEAUX

Du 12 juin au 7 novembre 2011, est projetée une expédition « Bordeaux-Bering-Bordeaux » à la voile, représentant ainsi un tour du monde par les pôles. Son organisateur, Mr Daniel BOULOGNE*, a reçu le soutien de Mr Alain JUPPÉ et souhaite embarquer au sein de l'équipage de la goélette de 24 mètres « Adélie », un médecin familier de l'exercice professionnel en mer et si possible, ayant l'expérience des voiliers. Sollicités par le Commandant de la Marine à Bordeaux... nous informons vos membres de l'opportunité pour un ou deux médecins (uns relève étant envisageable à mi-parcours) de participer à cette aventure à titre bénévole...

* contact : *Daniel BOULOGNE – 22 Quai des Chartrons – 33000 BORDEAUX*

Tél : 05 56 85 29 & 06 73 53 76 66

Fax : 05 56 08 57 32

www.22rivegauche.com

d.boulogne@22rivegauche.com

Route et Médecine 2010 compte-rendu

M. GIBELLI*

Une délégation significative de l'UNMR y a pris part, notamment, pour le Conseil d'Administration, le Professeur TOUZARD, et les Docteurs PICOT-BELLANGER, JOLIOT et GIBELLI.

On y a traité des thèmes techniques : le véhicule électrique, l'intérêt du casque pour les deux roues, mais aussi politiques : le partage de l'espace, liberté et conduite, et état des lieux et perspectives internationales européennes.

Les sujets médicaux ont abordé le terrain délicat de l'aptitude à travers l'état des fonctions supérieures. Pour commencer, on a évalué la place et l'usage des tests psychotechniques, et l'incidence de l'âge sur la conduite. Ensuite, c'est l'épidémiologie, l'évaluation en matière d'aptitude à la conduite, et le devenir du traumatisé crânien qui ont été défrichés plutôt que mis à plat de manière exhaustive.

Enfin, en dernier chapitre, ce sont les actualités en matière de traumatologie routière qui ont permis de plaider pour un retour au secourisme immédiat (Professeur LARCAN), pour une remise en respectabilité du garrot, et l'assistance a été avertie des dangers des anti-coagulants et des anti-aggrégants plaquettaires en matière de soins de chirurgie d'urgence.

Les annales détaillées de ces journées du 25 et 26 novembre paraîtront dans les prochaines semaines.

* *
*

Formation des Réservistes aux spécificités de la Médecine d'Armée

M. GIBELLI*

Le Département du développement professionnel continu offre aux Réservistes du SSA l'opportunité d'un recyclage, et pour les derniers arrivés, une véritable formation afin d'acquérir un bagage opérationnel pour exercer en Unité, en Métropole ou en OPEX.

Le stage se déroule sur 2 jours et demi, dirigé par le MCS MIGLIANI, Professeur Agréé du Val de Grâce, et traite successivement de l'aptitude, de la surveillance épidémiologique dans les armées, de la mise en condition sanitaire pour mission outre mer, des vaccinations dans les armées, de la conduite à tenir face à : une TIAC, un cas de tuberculose, de méningococcie, de rougeole.

Les 17 participants de la session de novembre ont accueilli ce programme très dense avec une satisfaction évidente, que démontraient les échanges permanents avec les conférenciers. Ils ne peuvent qu'encourager leurs camarades à venir confronter leurs expériences et enrichir leurs compétences dans ces journées que beaucoup appelaient de leurs vœux depuis longtemps ! Que notre Direction centrale soit ici remerciée pour cet effort auquel nous sommes très sensibles. Gageons que nous saurons ainsi lui être plus utiles à l'avenir.

* MC
Vice Président de l'UNMR

L'hôpital du Val de Grâce à l'heure de la robotique chirurgicale

X. DURAND*



L'hôpital du Val de Grâce vient d'acquiescer un Robot Da Vinci permettant aux chirurgiens des équipes d'Urologie, de Gynécologie, d'ORL, de Chirurgie Viscérale et Thoracique de l'Ensemble Hospitalier Militaire Parisien de réaliser cette chirurgie robot assistée au sein d'un bloc opératoire multi disciplinaire.

Lors d'une Journée Portes Ouvertes à la fin de l'année 2010, plus de 250 visiteurs ont pu découvrir dans le hall de l'Hôpital le robot DA VINCI SI quatre bras dont vient de s'équiper l'établissement. Les démonstrations réalisées ont permis de mieux comprendre les avantages que peuvent apporter ce robot.

Le chirurgien assis derrière sa console à distance du champ opératoire mobilise les instruments et dirige l'optique à l'aide de commandes manuelles et de pédales aux pieds. L'unité opératoire placée au pied du patient porte les quatre bras opérateurs sur lesquels sont placés les différents instruments sur le même principe que pour la coelio-chirurgie.

Cette nouvelle technologie améliore les capacités chirurgicales de ces équipes en associant les avantages d'une chirurgie mini invasive à ceux d'une vision trois dimensions avec agrandissement du champ opératoire.

Cette assistance robotique apporte au chirurgien une précision inégalée du geste ainsi qu'une ergonomie incontestable de par sa maniabilité.

Les instruments opératoires miniaturisés peuvent effectuer des mouvements dans l'espace jusque là irréalisables re-

produisant ceux de la main du chirurgien avec une précision et une sécurité inégalées. Le patient bénéficie ainsi des avantages de la chirurgie mini invasive qu'il s'agisse de la réduction du saignement ou de la douleur post opératoire. Cette technique devrait également permettre pour certains un retour rapide à la vie active.

Les interventions chirurgicales pouvant bénéficier de cette nouvelle technologie sont propres à chaque spécialité. Pour l'Urologie les indications correspondent essentiellement à la chirurgie pelvienne, la cancérologie et certaines interventions sur le haut appareil urinaire. Pour la gynécologie les interventions d'oncologie pelvienne et certaines chirurgies de la stérilité. Pour les ORL le robot est utilisable en chirurgie oncologique des voies aérodigestive supérieures, pour la chirurgie du ronflement et tend à se développer dans le traitement de certaines pathologies thyroïdiennes. Pour la chirurgie viscérale il s'agira notamment de la prise en charge de certains cancers digestifs.

Les procédures se succèdent aujourd'hui au sein de l'établissement, apportant une grande satisfaction aux patients et aux équipes chirurgicales impliquées dans le projet.

Situé dans le Vème Arrondissement l'hôpital du Val de Grâce accueille l'ensemble des assurés sociaux qui peuvent ainsi bénéficier de cette chirurgie robot assistée.

* *
*

* MC service d'Urologie
H.I.A. du Val de Grâce

Campagne de vaccination antigrippale A (H1N1) 2009-2010, importance du suivi de Pharmacovigilance et de la surveillance virologique de la grippe saisonnière 2010-2011.

X. WAGNER*

La grippe A (H1N1)v 2009 est une maladie respiratoire aiguë contagieuse provoquée par un nouveau virus grippal (photo.1), contenant des gènes de plusieurs virus connus d'origine porcine, aviaire et humaine. Il est différent du virus responsable de la grippe saisonnière, d'origine humaine.

Le virus de la grippe A (H1N1)v peut survivre dans l'environnement de quelques heures à quelques jours. Dans le cadre de l'épidémie actuelle, les modes de transmission du virus de la grippe A (H1N1)v semblent similaires à ceux de la grippe saisonnière, à savoir par voie aérienne (toux, éternuement ou postillons), par contact rapproché avec une personne malade (serrer la main ou embrasser) et par les mains avec des objets contaminés par une personne porteuse du virus (poignée de porte, transports en commun).

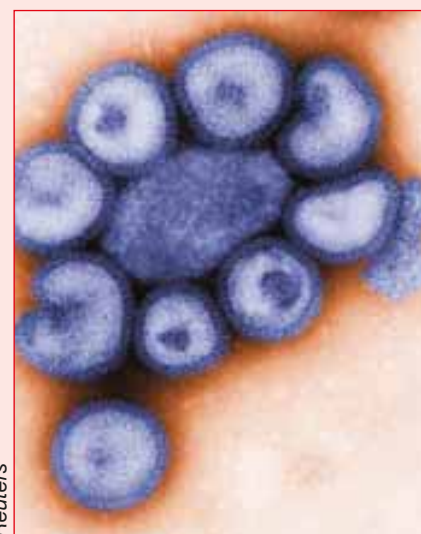
En complément de la vaccination, les mesures d'hygiène pour réduire la transmission de la maladie sont donc primordiales (photo.2).

Dans ce contexte, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) a recommandé l'utilisation de solutions et gels hydro-alcooliques pour les mains dotés de propriétés bactéricide, fongicide et virucide, en l'absence de point d'eau disponible. Il est important de respecter un temps de friction d'au moins trente secondes jusqu'à l'obtention de mains sèches. L'AFSSAPS rappelle que le lavage ou la désinfection des mains est nécessaire plusieurs fois par jour et notamment dans les cas suivants: après s'être mouché,



photo.2 affiche de prévention

avoir éternué ou toussé, après un passage par un environnement collectif (transport en commun, lieu de rassemblement, activité publique, vie en collectivité), après avoir été en contact avec des surfaces ou des objets potentiellement contaminés par une ou des personnes atteintes ou susceptibles d'être atteintes par la grippe (ou par toute autre maladie transmissible). Enfin, il faut privilégier le lavage des mains lorsqu'un point d'eau potable est disponible. Il doit être systématiquement réalisé avec un savon, de préférence liquide, en respectant un temps de lavage minimum de trente secondes. Il est nécessaire de bien rincer et sécher les mains avec des essuie mains ou serviettes propres.



Reuters

photo.1 vue microscopique du virus grippal A(H1N1)

* MC (R)
Vice Président et Trésorier adjoint de l'UNMR



photo.3 gouttelettes de Pflüge



photo.4 vaccin

De même, pour se protéger d'une infection, le port d'un masque de protection respiratoire est essentiel. Le masque chirurgical est destiné à éviter, lors de l'expiration du porteur la projection de sécrétions des voies aériennes supérieures ou de salive pouvant contenir des agents infectieux transmissibles par voie liquide et aérienne (gouttelettes de Pflüge, photo.3) : hors cadre pandémique, il est porté habituellement par le soignant pour prévenir la contamination du patient et de son environnement (air, surface, produits) ; il doit être porté par un patient contagieux, particulièrement en cas de pandémie de grippe, pour prévenir la contamination de son entourage et de son environnement. Par ailleurs les masques FFP2 « canard » et FFP2 à valve ont été prévus pour le personnel soignant.

Le vaccin (photo.4) est le meilleur moyen de prévention contre les infections et notamment la grippe, en permettant au corps humain de stimuler la production d'anticorps et de l'immuniser contre le virus.

Dans le cadre du plan national de prévention et de lutte contre la pandémie grippale A (H1N1)v 2009, liée à un nouveau virus grippal contre lequel



photo.5 campagne de vaccination

l'immunité de la population était faible ou nulle, une campagne de vaccination (photo.5) a été organisée au niveau national, dans le cadre d'une collaboration interministérielle, sous l'autorité conjointe du Ministère de la Santé et du Ministère de l'Intérieur, afin de limiter la diffusion de ce virus, d'en diminuer la morbidité et la mortalité et de permettre d'atteindre une im-



photo.6 centre de vaccination – crédit photographique TF1 / LCI

munité fiable de la population française.

Le Ministère de la Défense a également contribué au renforcement de cette campagne de vaccination nationale en mettant à la disposition des Préfectures des médecins et infirmiers militaires du **Service de Santé des Armées (SSA)** : ainsi 200 médecins et 580 infirmiers, grâce à la mobilisation de 260 élèves de 5^{ème} et 6^{ème} années des Ecoles de Lyon-Bron et de Bordeaux du SSA, ont exercé dans les centres de vaccination répartis dans toute la France.

Dans chaque département, la mise en place de centres de vaccination (photo.6) a été décidée après arrêté préfectoral, afin de prendre en charge des patients souhaitant être vaccinés. A titre d'exemple, dans les Hauts de Seine, des personnels soignants (médecins et internes en médecine, infirmiers/ères et élèves infirmiers/ères) et des personnels administratifs (des municipalités et autres services publics) ont ainsi été réquisitionnés et 24 centres de vaccination ont été ouverts à compter du 12 Novembre 2009. Des personnels soignants bénévoles ont également fait acte de volontariat auprès de la Préfecture et ont été ainsi intégrés dans les centres de vaccination. A titre d'exemple un centre de vaccination des Hauts de Seine était ouvert de 8h à 22h, sept jours sur sept, comprenait 40 personnels pour en assurer chaque jour le bon fonctionnement et 8.000 personnes de tous âges, ont ainsi été vaccinées jusqu'au 23 Janvier 2010, date de fermeture du centre (et de tous les autres centres de vaccination) décidée par les ministères de la Santé et de l'Intérieur. Cependant, la vaccination antigrippale A (H1N1) était toujours réalisable au cabinet des médecins généralistes après cette date.

Au niveau national, d'après les données de l'AFSSAPS en date du 28 mars 2010, plus de 5,7 millions de sujets ont été vaccinés. La répartition par tranche d'âges de ces sujets vac-

cinés a été la suivante : 4,5 % concernant des enfants âgés de moins de 24 mois ; 14,7 % des enfants d'âge compris entre 2 et 8 ans ; 13,9 % des enfants et adolescents d'âge compris entre 9 et 17 ans ; 45,6 % des adultes d'âge compris entre 18 et 60 ans ; 21,3 % des sujets âgés de plus de 60 ans.

Depuis le 20 octobre 2009 et jusqu'au 28 mars 2010, plus de 4,1 millions de doses de vaccin PANDEMRIX[®] ont été administrées, d'abord aux personnels de santé, médico-sociaux et de secours des établissements hospitaliers, à partir du 12 novembre 2009 à certaines catégories de personnes prioritaires (porteurs de maladies respiratoires ou de pathologies à risque) dans des centres de vaccination dédiés, puis à partir du 26 novembre dans les établissements scolaires. Plus de 1,6 millions de doses du vaccin PANENZA[®], disponible depuis le 20 novembre 2009, ont été administrées essentiellement aux femmes enceintes et aux nourrissons (de 6 à 24 mois). Quelques milliers de doses de vaccins FOCETRIA[®] et CELVAPAN[®] (destinés aux patients allergiques) ont par ailleurs été administrées en milieu hospitalier. Depuis le 23 janvier 2010, la vaccination antigrippale A (H1N1)v peut être réalisée par les médecins généralistes. Au 14 avril 2010, environ 5 800 patients ont été vaccinés par leurs médecins traitants.

Sur le plan épidémiologique, le Bulletin du 20 Avril 2010, publié par l'Institut de veille sanitaire (InVS), précisait qu'à cette date tous les indicateurs sont revenus aux valeurs de base observées hors saison hivernale et le virus de la grippe A (H1N1)v 2009 n'est plus identifié que de façon sporadique en France métropolitaine (dans la totalité des territoires français ultramarins, l'épidémie est terminée). Moins de 1 % des prélèvements ont été positifs en semaine 14 (5-11 Avril 2010) pour la grippe A (H1N1)v 2009 et aucun cas grave de grippe A

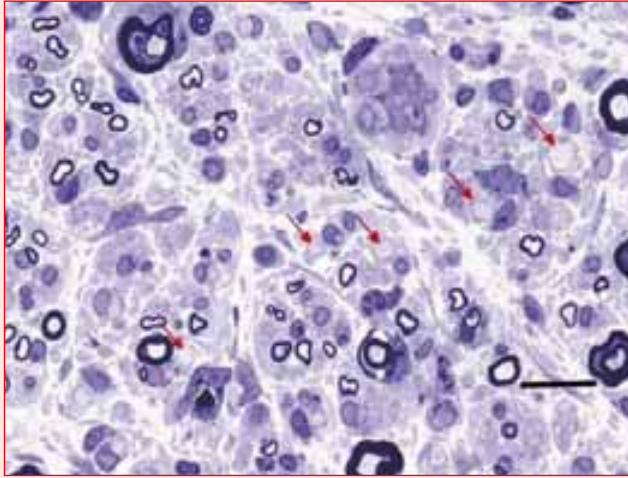


photo.7 syndrome de Guillain-Barré (coupe semi-fine, biopsie nerf musculo-cutané, nombreuses fibres démyélinisées (flèches), échelle: 20µm)

(H1N1)v n'a été hospitalisé en semaine 15 (12-18 Avril 2010). Au total, dans la population non vaccinée, 1.334 cas graves de grippe A (H1N1)v, dont 312 cas ayant évolué péjorativement vers un décès, ont été notifiés depuis le début de l'épidémie. En Europe, l'activité grippale demeure faible et le virus pandémique est détecté de façon sporadique.

Dans le reste du monde, la situation de la grippe pandémique reste globalement inchangée.

Par ailleurs, un dispositif renforcé de gestion des effets indésirables (pharmacovigilance) concernant ces vaccins, a été mis en place par le Ministère de la Santé. Des modalités spécifiques de déclaration et d'analyse des événements indésirables étaient opérationnelles dès le début de la campagne de vaccination. Ainsi les professionnels de santé et les patients eux-mêmes ont eu la possibilité de déclarer d'éventuels effets indésirables et la surveillance se prolonge actuellement par une série d'études de cohortes de sujets vaccinés qui sont suivis pendant 6 mois après la vaccination.

Un bilan actualisé de Pharmacovigilance des vaccins antigrippaux A (H1N1) daté du 11 Mai 2010 précise ainsi qu'un certain nombre d'événements indésirables dits « d'intérêt particulier » ont fait l'objet d'un suivi attentif. Il s'agit des affections du système nerveux, notamment le syndrome de Guillain-Barré (photo.7), mais aussi les névrites, les convulsions, les paralysies faciales, les encéphalites ainsi que toute affection inflammatoire démyélinisante du système nerveux central. Ainsi un observatoire des syndromes de Guillain-Barré a été mis en place par

l'AFSSAPS en France dans 7 régions, en collaboration avec des neurologues et réanimateurs. Cet observatoire a été lancé le 4 novembre 2009 et l'objectif principal est d'avoir une estimation du nombre de syndromes de Guillain-Barré (SGB) survenant en période d'épidémie grippale (novembre 2009 - avril 2010) par le virus A(H1N1)v 2009 selon les étiologies retrouvées. La comparaison de la fréquence d'exposition à la vaccination et/ou au virus de la grippe A (H1N1)v chez les cas de SGB et dans une population de sujets témoins recrutés de façon contemporaine et dans les mêmes structures hospitalières que les cas devrait permettre d'appréhender le risque éventuel lié à la vaccination dans le cadre de la pandémie grippale. Il est à noter qu'à la date du mois de mai 2010, aucun signal particulier n'a été identifié au décours de la vaccination dans ces études.

D'autres événements indésirables dits « d'intérêt particulier » ont parallèlement fait l'objet d'un suivi identique : il s'agissait des réactions anaphylactiques (allergies graves, choc anaphylactique), des vascularites, des échecs vaccinaux confirmés cliniquement et biologiquement ainsi que des décès. Quel que soit le vaccin considéré, une prédominance des effets indésirables non graves attendus, de caractère bénin et transitoire a été observée. Leur proportion comparée à la totalité des cas recueillis pour chacun des vaccins est de 87.4% avec PANDEMRIX[®] et 73.9% avec PANENZA[®]. Les réactions au site d'injection ont été les effets indésirables les plus fréquemment observés avec PANDEMRIX[®] alors qu'avec PANENZA[®], les réactions fébriles prédominaient. Ont été également notifiés (par ordre décroissant) : douleur systémique, douleur locale, céphalées, syndrome grippal, fièvre, paresthésies, fatigue, prurit et vertiges avec PANDEMRIX[®] et syndrome grippal, prurit, douleur systémique, vomissements, paresthésies.

sies, fatigue, céphalées, malaise et urticaire avec PANENZA®.

Concernant les effets graves d'intérêt particuliers, ceux ayant été le plus fréquemment notifiés ont été les suivants : 21 décès, 4 chocs anaphylactique, 9 cas de purpura thrombopénique immunologique (PTI), 6 poussées de sclérose en plaques et 9 syndromes de Guillain-Barré. Le nombre attendu de syndromes de Guillain-Barré est en moyenne de 2,8 cas pour 100 000 personnes par an dans la population générale en France (données PMSI). En considérant que le risque de syndrome de Guillain-Barré est le même dans la population vaccinée que dans la population générale, le nombre attendu de cas de Guillain-Barré chez les 5,7 millions de personnes vaccinées en France, peut donc être estimé à environ 42 cas sur la période du 20 octobre au 28 mars 2010. La proportion des notifications graves colligées avec les vaccins PANDEMRIX® et PANENZA® était respectivement de l'ordre de 4.6% et de 15.8% de la totalité des cas rapportés. Cependant, au vu des données cliniques et biologiques disponibles pour la majorité de ces observations, une association causale entre l'effet indésirable grave observé incluant les effets indésirables d'intérêt particulier et la vaccination n'a pu être établie.

Au total, l'analyse des données actualisées de Pharmacovigilance a montré que les vaccins les plus utilisés en France, PANDEMRIX® et PANENZA®, ont été bien tolérés. L'analyse de l'ensemble des signalements portés à la connaissance de l'AFSSAPS à la date du 28 mars 2010 n'avait pas montré de signal d'alerte particulier pouvant remettre en cause le profil de tolérance des vaccins et ainsi remis en cause la balance positive du bénéfice obtenu versus le risque d'administrer l'un des quatre vaccins antigrippaux préconisés par le Ministère de la Santé.

Le 18 août 2010, dans le cadre du maintien de la surveillance systématique et internationale de ces vaccins (Pharmacovigilance), l'Agence européenne du Médicament (EMA) a été informée de la survenue de plusieurs cas de narcolepsie chez des enfants âgés de 12 à 16 ans, un à deux mois après la vaccination. L'hypnogramme (organisation du sommeil de 24h) chez un patient narcoleptique met en évidence la survenue de plusieurs épisodes de sommeil en cours de journée, une perturbation du sommeil par des éveils en cours de nuit et une tendance à la survenue très rapide du sommeil paradoxal, de jour comme de nuit (photo.8).

Ces cas de narcolepsie ont été signalés en Finlande (six cas) et en France (six cas dont cinq survenus après l'administration du vaccin PANDEMRIX® et un après l'administration du vaccin PANENZA®). Les cas français sont survenus chez trois enfants et trois adultes. A ce jour, c'est au total 22 cas de narcolepsie qui ont été signalés en Europe après vaccination. La narcolepsie avec cataplexie est une maladie rare caractérisée par une somnolence diurne excessive sévère associée à des attaques de cataplexie définies comme des pertes du tonus musculaire déclenchées par une forte émotion. Cependant il faut savoir qu'en Europe, la prévalence (ou incidence naturelle) de la narcolepsie (avec cataplexie) est de 20-30 cas pour 100.000 personnes. L'incidence annuelle estimée est de l'ordre de 7 à 8 nouveaux cas par million de personnes, soit en France l'apparition d'environ 500 nouveaux cas par an. Par ailleurs la narcolepsie et la cataplexie ne figurent pas dans les listes d'effets indésirables répertoriés antérieurement et reliés à l'administration des vaccins en général.

Ces données de Pharmacovigilance font actuellement l'objet d'une évaluation par l'EMA en collaboration avec les autorités de santé européennes (dont l'AFSSAPS), mais il est cepen-

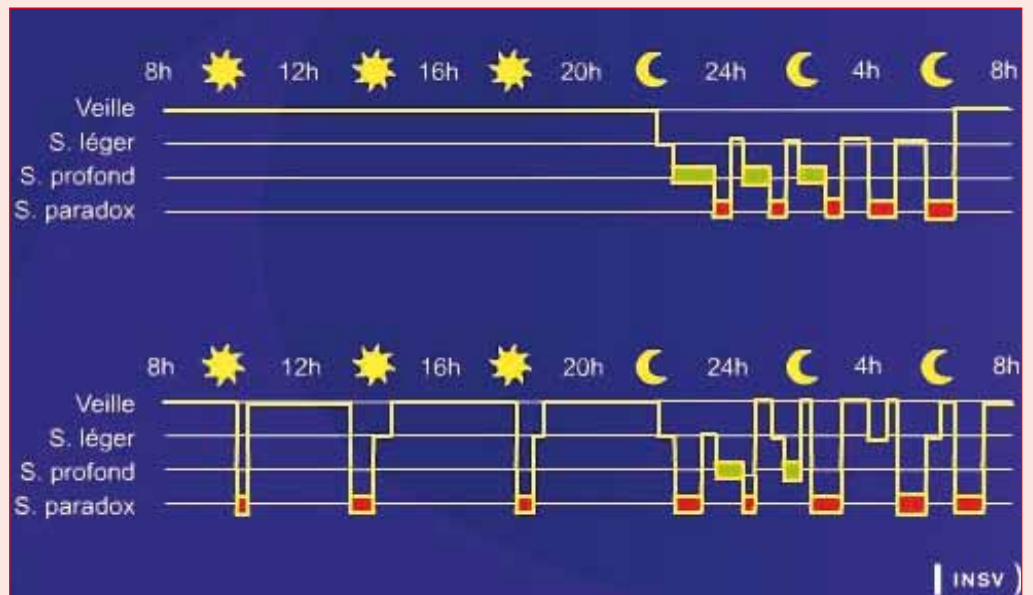


photo.8 hypnogramme sujet sain et patient narcoleptique

dant important de noter qu'à ce jour, aucun lien entre la vaccination contre la grippe A (H1N1)v et la survenue de narcolepsie n'a été établi.

L'AFSSAPS rappelle que tout effet indésirable grave et/ou inattendu doit être déclaré par les professionnels de santé aux Centres Régionaux de Pharmacovigilance (CRPV) et que plus de 36 millions de sujets ont été vaccinés en Europe. Au regard de cette situation, l'intérêt de la vaccination se trouve toujours conforté, ceci d'autant plus qu'il est impossible d'exclure, à court et à moyen termes, la récurrence d'une situation pandémique similaire à celle survenue en 2009-2010.

Dans son avis du 29 Décembre 2010 relatif à l'actualisation de la stratégie vaccinale contre la grippe saisonnière 2010-2011, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) considère que la vaccination 2010-2011 n'est pas un rappel de la vaccination pandémique 2009. Par ailleurs, il souligne qu'il n'existe pas à ce jour de données sur la durée de protection conférée par la vaccination ou par l'infection à virus A(H1N1)2009, d'où la nécessité de vacciner les sujets à risque avec le vaccin trivalent saisonnier pour la saison 2010-2011.

La vaccination contre la grippe saisonnière doit se faire tous les ans.

Ainsi, les personnes ayant été vaccinées l'année dernière avec un des vaccins pandémiques ou avec le vaccin saisonnier et présentant un facteur de risque de complication de la grippe justifiant d'une vaccination annuelle, doivent être vaccinées avec le vaccin trivalent 2010-2011, qui comporte comportent les souches suivantes : A/California/7/2009 (H1N1), souche proche de la souche des vaccins pandémiques A(H1N1)2009, en association avec A/Perth/16/2009 (H3N2), nouvelle souche par rapport aux vaccins de grippe saisonnière 2009-2010 et B/Brisbane/60/2008, souche inchangée par rapport aux vaccins de grippe saisonnière 2009-2010.

L'analyse des dernières données épidémiologiques (franchissement du seuil épidémique, co-circulation des virus A(H1N1) 2009, A(H3N2) et B, augmentation du nombre d'hospitalisations et de formes graves – majoritairement liées au virus A(H1N1)2009 -, types de patients touchés), a conduit la Direction Générale de la Santé (DGS), sur la base des recommandations des experts formulées le 29 décembre 2010, à actualiser les recommandations de vaccination concernant la grippe saisonnière. Par ailleurs, l'Institut de veille sanitaire (InVs) précise, dans son bulletin heb-

domadaire de surveillance de la grippe daté du 19 Janvier 2011, que l'épidémie de grippe saisonnière 2010-2011 semble atteindre son pic mais se poursuit néanmoins avec une augmentation des cas graves admis en réanimation. La majorité des cas graves (au moins 58%) a été infectée par un virus A(H1N1)v et il existe un facteur de risque dans la majorité de ces cas (59%), rappelant l'importance de la vaccination au sein des populations fragiles ; pour autant, 41% de ces cas graves n'ont pas de facteur de risque identifié. La létalité parmi les cas graves est de 10% (41 décès identifiés incluant 4 décès de grippe à domicile au 19 janvier 2011).

(NDLR : article reçu le 25 janvier 2011)



Références :

- BRICAIRE F., Grippe : bilan épidémiologique, prévention et traitement, vaccination et alternative thérapeutique. DIU d'Infectiologie, CHU Pitié-Salpêtrière, Faculté de Médecine Paris VI, 2009, (www.infectiologie.com).
- Grippe pandémique A(H1N1). Diaporama de la Fédération Française d'Infectiologie, version 1 du 08/11/2009, (www.infectiologie.com/site/medias/alerte/grippe/vaccin-H1N1-Federation-Francaise-Infectiologie)
- Info'pandémie grippale (www.pandemie-grippale.gouv.fr)
- Grippe : information aux professionnels (www.sante-sports.gouv.fr/vaccination,3705.html)
- Le syndrome de Guillain-Barré, synthèse de l'AFSSAPS, Octobre 2009
- La surveillance des effets indésirables, synthèse de l'AFSSAPS, Octobre 2009
- Recommandations relatives à la vaccination H1N1 des sujets participant ou susceptibles de participer à des essais cliniques, AFSSAPS, 2 Novembre 2009
- Bulletin n° 17 de suivi de Pharmacovigilance des vaccins grippaux A(H1N1)v, AFSSAPS, 14 Avril 2010.
- Bulletin épidémiologique Grippe, InVS, 20 Avril 2010.
- Bilan actualisé de Pharmacovigilance des vaccins antigrippaux A (H1N1), AFSSAPS, 11 Mai 2010
- Communiqué de presse de l'AFSSAPS, 26 Août 2010.
- WAGNER X., Santé : Campagne de vaccination antigrippale A(H1N1) 2009-2010, La Cohorte, revue de la Société d'Entraide des Membres de la Légion d'Honneur, n° 202, pp. 29-31, Novembre 2010.
- Avis relatif à l'actualisation de la stratégie vaccinale contre la grippe saisonnière 2010-2011, Haut Conseil de la Santé Publique, 29 Décembre 2010.
- Bulletin épidémiologique Grippe, InVS, 19 Janvier 2011.

LE RISQUE B : CONTRIBUTION DU LABORATOIRE DE MICROBIOLOGIE

Extrait du cours du Master PRO « RISQUES SANITAIRES NRBC »
Ecole du Val-de-Grâce, Université Pierre et Marie-Curie, septembre 2010, Paris

D. A. DE BRIEL*



FÉDÉRATION NATIONALE DES PHARMACIENS DE RÉSERVE (FNPR)

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

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

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

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

La correspondance est à adresser au Président.

Préambule au Traité d'interdiction des armes bactériologiques et toxiques, 1972

(Nous sommes) *déterminés, pour le bien de l'humanité tout entière, à exclure totalement la possibilité que des agents bactériologiques et des toxines puissent être utilisés comme armes; (Nous sommes) convaincus que la conscience de l'humanité répugnerait à un tel usage et qu'aucun effort ne doit être épargné pour réduire le risque...*

Extrait du Prologue de « La Guerre des Germes » (1999, Presse de la Cité) COL Kanatjan Alibekov (Ken Alibek exilé aux USA), chef du réseau BIOPREPARAT jusqu'au milieu des années 90.

INTRODUCTION

Le laboratoire de microbiologie, qu'il soit fixe ou embarqué, qu'il soit privé, hospitalier ou un des centres nationaux de référence pour un agent défini, est un élément clé d'alerte d'un risque infectieux caractérisé par des techniques spécifiques mise en oeuvre dans les prélèvements qu'il reçoit. Il fait partie intégrante, par la nature de son activité analytique, d'un véritable maillage territorial destiné à la surveillance du risque infectieux à travers les Agences Régionales de Santé.

La surveillance de ce risque essentiellement virologique ou bactériologique est intégrée plus largement dans un réseau sentinelle national de veille sanitaire au sein duquel les données épidémiologiques spatio-temporelles sont colligées par l'Institut de Veille Sanitaire dans le cadre du plan BIOTOX.

http://www.invs.sante.fr/publications/2003/rapport_annuel_2001/rapp_ann_2001_p067_120.pdf.

• Le risque peut être accidentel :

- Civil, lors d'évacuation d'eaux souillées non maîtrisée lors de production d'agent biologique. Ce fut le cas de l'épidémie de fièvre aphteuse survenue en août 2007 en Grande-Bretagne dans un élevage situé à proximité du laboratoire Merial. Celui-ci travaillait à la confection d'un vaccin en utilisant la souche du virus O1 BFS67, isolé dans l'épizootie de fièvre aphteuse de 1967. Friedrich LOEFFLER, suite à ses travaux sur la fièvre aphteuse, était déjà contraint, en 1898, de déménager son laboratoire sur une île perdue de la mer Baltique suite aux plaintes de ses voisins ...
- Militaire, lors de la production en 1979 d'agents biologiques à Sverdlovsk (Ekaterinbourg, URSS) à l'origine de la découverte du programme Biopreparat (1973-92). Plusieurs cas d'infections à

* PC (R) Chef du service de Microbiologie Chef du pôle de Biologie et Pathologie Hôpitaux Civils de Colmar
dominique.debriel@ch-colmar.fr

Bacillus anthracis (charbon pulmonaire) et d'autres pneumopathies « professionnelles » à *Francisella tularensis* (tularémie) furent rapportées pendant cette période.

- **Le risque peut être naturel :**

- D'emblée, cas des épidémies de dengue (cas autochtones de fin 2010) et de chikungunya très récentes dans les DOM-TOM; la grippe A H5N1 de 2007 ou le SRAS de 2002; ou plus anciennes, telles que les fièvres hémorragiques initialement décrites en 1976 au Soudan et au Zaïre puis en Occident; un cas isolé de Cowpox diagnostiqué au service de dermatologie et au laboratoire L3 de HIA Legouest, Metz, en 2010 chez un jeune homme à qui sa fiancée avait offert un rat contaminé pour son anniversaire.

- Initialement étiqueté d'origine terroriste: cas des encéphalites d'origine aviaire (moustiques infectés « aérotransportés » par des oiseaux migrateurs déroutés) à virus West Nile de 1999 survenues à New-York ; cas de Monkeypox (« varicelles graves ») de 2003 liées à l'importation de rats de Gambie et d'écureuils du Ghana aux USA.

- **Le risque peut être intentionnel :**

- Sites irakiens 1984-1996 El-Hakam, Irak UNSCOM 1998; sectes diverses (1990 Aum Shinrikyo, Japon).

- Enveloppes à *B. anthracis* octobre 2001 aux USA. Bruce Ivins, chercheur au laboratoire LSB4 de l'USAMRIID, Fort Detrick, MD, a été retrouvé mort après suicide le 29/08/2008. Il serait responsable des cas d'anthrax (charbon dans les pays anglo-saxon) et aurait « utilisé » les événements du 11 septembre 2001.

- Complot de la ricine (*Ricin plot*) septembre 2002, liant la Grande-Bretagne, l'Irak et Al Qaida. La ricine a été utilisée dans les épisodes des « parapluies bulgares » de la guerre froide.

- Al Qaida au Maghreb Islamique (AQMI) a proféré des menaces d'utilisation de bombes virales en France, DCRI septembre 2010.

- **La démarche générale**

Le type de lésions, la symptomatologie clinique et le mode supposé de transmission doivent être reconnus rapidement (cf. 2.2 à 2.3)

Cette étape est fondamentale, elle oriente la

nature des investigations, le nombre et les conditions d'acheminement des prélèvements au laboratoire de microbiologie ainsi que la nature des techniques à mettre en oeuvre selon le degré d'urgence, les recommandations des sociétés savantes et les données réglementaires.

Les techniques (tk) sont utilisées selon leur validation (référentiels tels que le guide de bonne exécution des examens de laboratoire, Rémic, Révir, cf références) dans les matrices de prélèvements : sang total, sérum, liquide céphalo-rachidien (LCR), urine, sécrétions respiratoires, selles, frottis divers, biopsies, nécropsies, environnementaux, vétérinaires etc.

Classification « opérationnelle » des tk selon leurs performances et leur délai de résultat:

- **J0 H0 (délai 15 à 30 min) :** les tk rapides non moléculaires sur liquides: sang total, sérum, LCR, urine: recherche qualitative d'antigènes ou d'anticorps par immunochromatographie type test de grossesse, rapides mais peu sensibles,

- **J0 H+3:** les tk rapides moléculaires recherche d'ADN ou d'ARN quantitatives, simples ou multiplex, par amplification génique en temps réel type *polymerase chain reaction* (PCR) dans les prélèvements, techniques rapides sensibles et spécifiques,

- **J0 à J+5** en moyenne: les autres tk directes plus larges (examen microscopique, culture, antibiogramme, génotypage); une tk rapide d'identification bactériologique et mycologique très récente sur culture actuellement : la spectrométrie de masse; et les tk traditionnelles indirectes sérologies (titre anticorps),

- **Confirmation des résultats par un centre national de référence (CNR)**

Les CNR utilisent des tk de référence, souvent réservées à un laboratoire très spécialisé (injection à l'animal). Ils organisent la centralisation des données scientifiques (analytiques et épidémiologiques) vers l'InVS qui assure la transmission de l'évaluation du risque des informations aux instances ministérielles (MinSan :

Centre de crise activé, Cogic et minDef : Sgdn), qui émettent des recommandations officielles de prise en charge pour la durée de l'évènement et les suites.

1. SITUATION DU LABORATOIRE ET CONDUITE À TENIR

Diagnostic de présomption en médecine de ville ou hospitalière, selon signes cliniques ou un contexte évocateurs. Une présentation inhabituelle d'une infection (charbon systémique avec méningite, octobre 2001, USA) ou l'apparition brutale de cas groupés d'infections (charbon cutané) sévères (charbon pulmonaire) peut faire évoquer, même rétrospectivement, un risque sanitaire biologique naturel ou non.

L'organisation géographique de la prise en charge microbiologique nationale est la suivante :

- Orientation des patients vers le SAMU du CHU de référence selon la zone de défense (7 métropolitaines et 5 outre-mer), sauf avis contraire,
- En métropole 10 CHU: Lille, Lyon, Marseille, Nancy, Paris (Bichat, Pitié), Rennes, Rouen, Strasbourg,

- 3 en Outre-Mer: Saint-Denis-de-la-Réunion, Fort-de-France et Cayenne,
- Et les 9 HIA: Bordeaux, Brest, Lyon, Marseille, Metz, Paris (Bégin, Percy, Val-de-Grâce), Toulon.

Les 22 laboratoires de ces centres sont équipés d'un laboratoire de sécurité de type LSB3 (laboratoire confiné de sécurité biologique de niveau 3), de matériels de diagnostic rapide notamment moléculaire et dotés de techniques standardisées et évaluées applicables aux principaux agents biologiques.

Une quarantaine de CNR civils ou militaires (IRBA, CRSSA, IMTSSA, CEA etc.) peuvent, ou doivent selon le cas, recevoir les échantillons ou les cultures issues de laboratoires de biologie polyvalente ou de microbiologie pour confirmation et analyse épidémiologique approfondies.



2. LES 12 PRINCIPAUX AGENTS BIOLOGIQUES

Liste établie par le G7 (décembre 2004)

Six bactéries:

<i>Bacillus anthracis</i>	Syndrome respiratoire aigu ou épidémique (SRA ou E), pas de transmission interhumaine , lésion cutanée (nécrose), fièvre, charbon (anthrax)
<i>Yersinia pestis</i>	SRA ou E, lésion cutanée (bubons), fièvre, peste
<i>Francisella tularensis</i>	SRA ou E, lésion cutanée, fièvre, tularémie, pas de transmission interhumaine
<i>Brucella spp.</i>	Fièvre, brucellose, pas de transmission interhumaine
<i>Burkholderia mallei</i>	SRA ou E, fièvre, agent de la morve
<i>Coxiella burnetii</i>	SRA ou, agent de la fièvre Q (rickettsiose)

Trois toxines:

Toxines de <i>Clostridium botulinum</i>	Syndrome neurologique non fébrile, paralysie des nerfs crâniens
Entérotoxine B de <i>Staphylo. aureus</i>	SRA ou E, diarrhée, avec ou sans vomissements
Ricine (extraite de <i>Ricinus communis</i>)	Fièvre, SRA, nécrose voies aériennes supérieures, OAP lésionnel, DC 24 à 72h (inhabituel pour agents infectieux précédents)

Trois groupes de virus:

La variole (<i>Variola major</i>)	Eruption pustuleuse fébrile (type varicelle grave)
Les alphavirus des encéphalites équine	Syndrome neurologique fébrile épidémique
Les virus des fièvres hémorragiques	Fièvres

2.2 EXEMPLES

2.2.1. La maladie du charbon (source MCS VIDAL)

cutanée



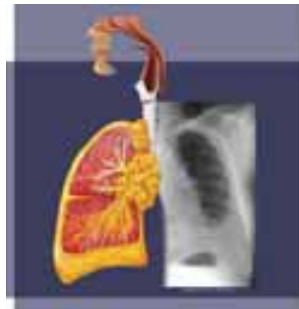
digestive

pulmonaire : incubation 2-5 jours
fièvre, toux non-productive
aggravation brutale avec détresse respiratoire
effusion pleurale hémorragique
élargissement du médiastin
choc et mort en 24-36 heures

Inhalation des spores



Drainage dans les ganglions



2.2.2. La variole



Le délai d'incubation du virus de la variole (smallpox) est compris entre 7 et 17 jours, avec une moyenne de 14 jours. La maladie débute par une forte fièvre, des céphalées et des douleurs dorsales, suivis, au bout de 2 à 3 jours d'une éruption vésiculo-pustuleuse centrifuge, évoluant en une seule poussée (toutes les vésicules sont au même stade sur un même territoire), prédominant sur la face et les extrémités (pas de traitement spécifique).

Effets secondaires cutanés de la vaccination anti-variolique



Inoculation accidentelle



Eczema vaccinatum



Vaccinia necrosum



Vaccine généralisée

2.2.3. La peste



Nécroses des extrémités



Infection pulmonaire



Bubon fistulisé

Adénopathies axillaires et inguinales (bubons) de la peste



2.2.4 La tularémie

Ulcération tularémique

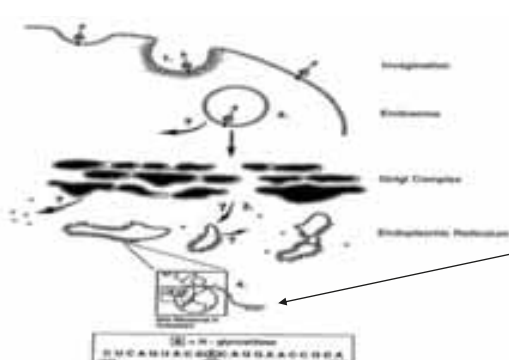


Forme pulmonaire



2.2.5 La ricine

Nécrose pulmonaire chez l'animal



Boucle « sarcine-ricine » de l'ARN 28S: inhibition irréversible de la synthèse protéique
 1 ricine vs 1500 ribosomes/min! Apoptose cellulaire

2.3. Caractéristiques comparées de certains agents

Disease	Transmit Man to Man	Infective Dose (Aerosol)	Incubation Period	Duration of Illness	Lethality (approx. case fatality rates)	Persistence of Organism	Vaccine Efficacy (aerosol exposure)
Inhalation anthrax	No	8.000-50.000 spores	1-6 days	3-5 days (usually fatal if untreated)	High	Very stable - spores remain viable for > 40 years in soil	2 dose efficacy against up to 1,000 LD ₅₀ in monkeys
Brucellosis	No	10 -100 organisms	5-60 days (usually 1-2 months)	Weeks to months	<5% untreated	Very stable	No vaccine
Cholera	Rare	10-500 organisms	4 hours - 5 days (usually 2-3 days)	≥ 1 week	Low with treatment, high without	Unstable in aerosols & fresh water; stable in salt water	No data on aerosol
Glanders	Low	Assumed low	10-14 days via aerosol	Death in 7-10 days in septicemic form	> 50%	Very stable	No vaccine
Pneumonic Plague	High	100-500 organisms	2-3 days	1-6 days (usually fatal)	High unless treated within 12-24 hours	For up to 1 year in soil; 270 days in live tissue	3 doses not protective against 118 LD ₅₀ in monkeys
Tularemia	No	10-50 organisms	2-10 days (average 3-5)	≥ 2 weeks	Moderate if untreated	For months in moist soil or other media	80% protection against 1-10 LD ₅₀
Q Fever	Rare	1-10 organisms	10-40 days	2-14 days	Very low	For months on wood and sand	94% protection against 3,500 LD ₅₀ in guinea pigs
Smallpox	High	Assumed low (10-100 organisms)	7-17 days (average 12)	4 weeks	High to moderate	Very stable	Vaccine protects against large doses in primates
Venezuelan Equine Encephalitis	Low	10-100 organisms	2-6 days	Days to weeks	Low	Relatively unstable	TC 83 protects against 30-500 LD ₅₀ in hamsters
Viral Hemorrhagic Fevers	Moderate	1-10 organisms	4-21 days	Death between 7-16 days	High for Zaire strain, moderate with Sudan	Relatively unstable - depends on agent	No vaccine
Botulism	No	0.001 µg/kg is LD ₅₀ for type A	1-5 days	Death in 24-72 hours; lasts months if not lethal	High without respiratory support	For weeks in nonmoving water and food	3 dose efficacy 100% against 25-250 LD ₅₀ in primates
Staph Enterotoxin B	No	0.03 µg/person incapacitation	3-12 hours after inhalation	Hours	< 1%	Resistant to freezing	No vaccine
Ricin	No	3-5 µg/kg is LD ₅₀ in mice	18-24 hours	Days - death within 10-12 days for ingestion	High	Stable	No vaccine
T-2 Mycotoxins	No	Moderate	2-4 hours	Days to months	Moderate	For years at room temperature	No vaccine

3. TABLEAUX CLINIQUES ET PRELEVEMENTS MICROBIOLOGIQUES

Les 8 tableaux syndromiques suivants conditionnent la nature et le nombre des prélèvements tout comme leur acheminement (réglementation stricte) jusqu'au laboratoire. La qualité de ces prélèvements détermine totalement la fiabilité du diagnostic microbiologique réalisé au LSB3 en général :

1. Syndrome respiratoire aigu épidémique ou non : sang (flacons hémocultures, EDTA, citrate, papier filtre pour PCR, expectoration, aspiration trachéale, frottis, sérum, tissus (autopsie). Recherche d'antigènes (Ag F1 pour *Y. pestis*) ou toxines, microscopie (Gram), cultures bactériennes (hémocultures) ou virales (lignées cellulaires), PCR (ADN bactérien ou viral) ou RT-PCR (virus à ARN).

2. Syndrome neurologique non fébrile paralysie nerfs crâniens : Sérum (10ml mini sans anticoagulant), aliments (TIAC), fluides gastriques. Tests immunologiques ELISA toxines A, B, E; injection à l'animal (CNR).

3. Syndrome neurologique fébrile épidémique : sang, LCR, frottis gorge. Idem 1.

4. Syndrome diarrhéique épidémique avec ou sans vomissements : selles, vomissements, aliments (TIAC). Recherche d'Ag et toxines, microscopie (Gram), cultures bactériennes (hémocultures) ou virales (lignées cellulaires), RT-PCR (virus à ARN).

5. Eruption pustuleuse fébrile : pustule, grattage base de lésion, sang, PCR ADN viraux, cultures en LSB4 pour recherche de variole.

6. Lésion cutanée : liquide ou exsudat, sang. Microscopie (Gram), PCR ADN bactériens tous agents, Ag F1 (*Y. pestis*).

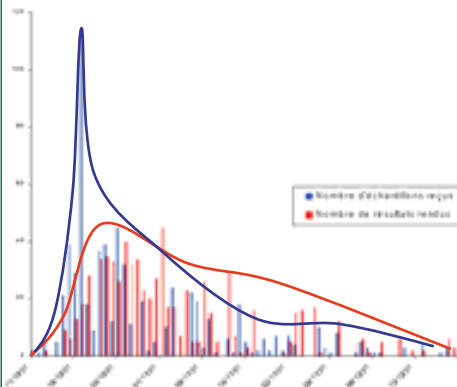
7. Fièvres : sang, sérum, LCR. Idem 1 et 5, RT-PCR arbovirus, frottis sanguin, Ag dengue etc.

8. Suspicion d'intoxication à la ricine : sérum, urines. Recherche toxine par test immunochromatographique (CRSSA), chromatographie gazeuse, spectrométrie de masse.



Crise BIOTOX 2001 au CRSSA (source MCS VIDAL)

Chaque année plusieurs centaines de colis et lettres suspects, prise en charge spécifique. Contacter autorités



REFERENCES



Thierry DE REVEL,
Patrick
GOURMELON,
Dominique VIDAL,
Claude RENAUDAU,
John LIBBEY
Eurotext, 2005



REMIC, SFM Paris,
4^{ème} éd. 2010



REVir, SFM Paris,
VIVACTIS PLUS
2^{ème} éd. 2007



- BLUE BOOK USAMRIID, 6^{ème} éd., avril 2005
<http://www.usamriid.army.mil/education/instruct.htm>
- MANUAL OF CLINICAL MICROBIOLOGY (Photos), 9^{ème} éd., avril 2007, American Society for Microbiology



http://www.cdc.gov/search.do?q=bioterrorism&btnG.x=0&btnG.y=0&oe=UTF-8&ie=UTF-8&sort=date:D:L:d1&ud=1&site=default_collection

Allocution au Monument aux Morts à la Faculté de Pharmacie

Paris – 11 novembre 2010

Cl. Boymond*

Nous voici, comme chaque année, réunis devant le monument aux morts de la Faculté de Pharmacie de Paris pour commémorer la mémoire des pharmaciens civils et militaires « Morts pour la France ».

La guerre de 1914-1918 a vu l'émergence d'armes nouvelles et l'utilisation massive des armes chimiques malgré les conventions de La Haye de 1899, puis 1907, qui prohibent « l'emploi des poisons, des balles empoisonnées et celui des projectiles qui ont pour objet unique de répandre des gaz asphyxiants et délétères ».

Dès août 1914, les français ont utilisé des grenades lacrymogènes.

En réponse à ce type d'agression, les allemands vont utiliser le chlore dans le secteur d'Ypres, le 22 avril 1915 à 17 heures, où, en moins d'une heure, on déplora 20 000 gazés dont 5 000 morts, 1 800 prisonniers et la perte de soixante canons.

A partir de cette date, les allemands utilisèrent les gaz de combat à de nombreuses reprises. En juin et juillet 1915, les toxiques irritants type bromure de benzyle furent utilisés en Argonne. Ils permettaient de diminuer les capacités des combattants sans provoquer le décès.

Les vésicants, de type phosgène, alourdi par des fumigènes furent utilisés dès fin novembre 1915 puis l'ypérite en 1917, faisant également de nombreuses victimes.

Très rapidement, la protection contre les gaz asphyxiants employés par l'ennemi fut confiée au service de Santé seul.

En avril 1915, le pharmacien major Launoy, professeur agrégé à l'École supérieure de Pharmacie de Paris, fut chargé de mettre au point un système

de protection contre le chlore. Ceci va permettre de confectionner des baillons constitués d'un rectangle de six épaisseurs de tarlatane, imprégné d'hyposulfite de sodium et maintenu par deux ganses nouées derrière la tête.

L'évolution rapide des gaz de combat va également mobiliser les professeurs de l'École supérieure de Pharmacie de Paris qui vont apporter leurs compétences en réalisant de nouveaux moyens de protection.

Parallèlement, la prise en charge des intoxiqués s'améliore.

En août 1916, le ministère de l'Armement crée l'Inspection des études et expériences chimiques dont la mission est la conception d'appareils de protection, la diffusion des connaissances sur la parade aux gaz toxiques et l'élaboration de moyens de riposte français par l'arme chimique. Cette commission est composée de médecins, de pharmaciens militaires ou mobilisés et emploie les ressources mises à sa disposition par l'École supérieure de Pharmacie de Paris, l'École de physique et de chimie industrielles, l'École navale supérieure, le Collège de France et l'Institut Pasteur.

Leurs travaux conjoints permirent de diminuer considérablement les pertes.

Au total, 52 000 tonnes d'agents toxiques furent déversés par les Allemands de 1915 à 1918, les Français en utilisèrent 26 000 tonnes et les Anglais 14 000. Il y eut 200 000 hommes intoxiqués en France, et 10 000 tués.

Rendons hommage à nos camarades du Service de Santé des Armées qui ont ainsi engendrés des progrès significatifs dans la protection et le traitement des combattants.



* PC®
Président de la F.N.P.R.

Hommage au Mémorial du Service de Santé des Armées École du Val de Grâce

11 novembre 1918, 11 novembre 2010

Cl. Boymond*

Il y a 92 ans, alors que des combats très violents avaient encore lieu sur les bords de la Meuse, à Vrigne-Meuse, (petite commune des Ardennes), coutant la vie à une centaine de soldats français dont la grande majorité appartenait au 415^e Régiment d'Infanterie, l'armistice est signé à 5h15, marquant ainsi la fin de la première guerre mondiale et la capitulation de l'Allemagne. Le cessez-le-feu sera effectif à 11h00 annonçant la fin d'une guerre qui a fait plus de 18 millions de morts et des millions d'invalides ou de mutilés.

Au cours de ce conflit, le Service de Santé des Armées a été très sollicité et nombreux sont ses personnels qui ont fait le sacrifice de leur vie.

Gravé dans le marbre de l'École du Val de Grâce figure les noms de 109 Officiers du Corps et du Service de Santé de l'Armée active tués à l'ennemi ou morts des suites de leurs blessures (dont 100 médecins, 1 Pharmacien, 8 Officiers d'administration), 3 morts d'accident de service, et 38 morts de maladies contractées aux armées durant ce conflit (34 médecins, 2 pharmaciens, 2 officiers d'administration).

Mais cette guerre n'était pas la « Der des Der ». Elle n'était que le début d'autres grands conflits qui eux aussi ont fait des millions de victimes à travers le monde et continuent à en faire.

Récemment, le 14 octobre 2010, dans la vallée d'Uzbeen en Afghanistan, l'Infirmier de classe supérieur MILOCHE, du 126^e Régiment d'Infanterie de Brive-la-Gaillarde était touché par un tir de roquette insurgé. Grièvement blessé, il est évacué sur l'Hôpital militaire français de Kaboul où il décède des suites de ses blessures. Au cours de cet accrochage, un auxiliaire sanitaire à également été blessé et rapatrié le 15 octobre dans un hôpital militaire parisien.

En hommage aux personnels du Service de Santé morts lors des conflits, je voudrais vous lire ce poème de Marie QUILICHINI « Hommage aux morts pour la France »

Sur vos livres d'or glorifiant la mémoire de nos morts

Pleurons toutes les ignorances de rage et de remords

Ils étaient ses enfants et ceux de toutes les guerres

Signant pour leur engagement au prix du sang sous les yeux de leurs frères.

N'entendez vous pas l'appel de nos morts ??.....

Sous les airs d'une bien triste fanfare

Chantée comme une messe solennelle

Leurs chants se mélangent en un bien triste requiem au respect de l'étendard !!

**Soldats tombés pendant toutes les guerres
Nous ignorons le coût de votre souffrance"**

Victimes de votre temps qui pour le sang versé à notre délivrance.

Ils ont un même but nos morts qui nous appellent !!

Juste pour leur mémoire et un droit au souvenir éternel

Martyrs de tous les temps et de tous les régiments

En ces jours de souvenir je vous rends cet hommage

Vous qui êtes tombés aussi sur des terres lointaines

Sur des terrains minés de la main de l'homme et de la haine !!!

« A NOUS LE SOUVENIR – A EUX L'IMMORTALITE »

* PC®

Président de la F.N.P.R.

Les Toxi-infections alimentaires Hier et aujourd'hui. Fantômes et réalités.

BOLNOT F.H.¹, ROZIER J.² et MANET G.³

Les récents événements survenus dans le cadre de la restauration rapide nous rappellent, si besoin en était, que la sécurité sanitaire des aliments reste une priorité en ce début de XXI^{ème} siècle. Le fait qu'elle soit implicite pour le consommateur renforce l'obligation, pour les professionnels, d'assurer l'innocuité de leurs productions. Pour autant, entre l'illusion du risque zéro, l'application discutée du fameux « principe de précaution » et les fantômes médiatiques entretenant les crises de confiance dans l'alimentation, la juste perception des risques n'est pas aisée pour qui souhaite s'alimenter de façon raisonnée.

Qu'en est-il réellement en termes d'accidents, en milieu civil et dans le cadre des armées ?

UNION NATIONALE DES VÉTÉRINAIRES DE RÉSERVE

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

PRÉSIDENT D'HONNEUR

VC Jean GLEDEL

PRÉSIDENT NATIONAL

Vice-président du GORSSA

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

VICE-PRÉSIDENT

et DÉLÉGUÉ INTERNATIONAL

Délégué GORSSA Île-de-France

VC Bruno PELLETIER drvetbp@aol.com

VICE-PRÉSIDENT

et DÉLÉGUÉ NATIONAL

VC Gilbert MOUTHON gmouthon@vet-alfort.fr

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

VP Stéphane NGUYEN nguyenservane@wanadoo.fr

TRÉSORIER

Dr. Pierre TASSIN

PRÉSIDENT DRSS Bordeaux

VC Christophe GIBON

Christophe.GIBON@agriculture.gouv.fr

PRÉSIDENT DRSS Brest

VC Ghislain MANET g.manet@libertysurf.fr

PRÉSIDENT DRSS Toulon

VC Marc VERNEUIL marc.verneuil@cegetel.net

ADMINISTRATEURS D'HONNEUR

VC René PALLAYRET

VC Jean-Paul ROUSSEAU

VC Pierre ROYER

ADMINISTRATEURS

VC Thierry ALVADO-BRETTE

alvado-brette@caramail.com

VC Xavier BEELE xavierbeele@aol.com

VC Dominique GRANDJEAN dgrandjean@vet-alfort.fr

VC Louis GUILLLOU louis.guillou@numericable.fr

VC Émile PEREZ

Emile.PEREZ@agriculture.gouv.fr

VC Philippe ROLS philippe.rols@agriculture.gouv.fr

VC Charles TOUGE charlestouge@aol.com

Introduction : les paradoxes de l'alimentation

Toute prise alimentaire est une prise de risques !

En tant qu'omnivore, l'Homme cherche à élargir le champ des possibles alimentaires. Pour autant, tout aliment nouveau est source d'inquiétude. Ce paradoxe est renforcé par le « principe d'incorporation » : l'aliment, qu'il soit d'origine animale ou végétale, est d'abord vivant, puis transite par une phase inerte avant de redevenir « vivant » en étant assimilé puis incorporé par le mangeur. Il devient alors partie intégrante de l'organisme. Cette particularité confère à l'aliment un statut spécifique aux yeux des consommateurs qui explique en partie leur comportement et leur ressenti vis-à-vis de l'alimentation.

De fait, rien de ce qui touche à l'aliment n'est anodin et tout problème venant affecter ce domaine peut prendre des proportions considérables : le déroulement des crises récentes en témoigne.

Depuis quelques décennies des progrès considérables ont été réalisés à tous les niveaux de la chaîne alimentaire, de la production à la distribution. L'incidence des accidents alimentaires a chuté de façon spectaculaire. Mais paradoxalement, plus la sécurité sanitaire est assurée, plus les accidents résiduels deviennent « politiquement incorrects » et font l'objet d'un traitement médiatique intense. C'est l'effet « queue de prophylaxie », que l'on peut également observer dans le cadre de l'éradication des maladies contagieuses, notamment dans le domaine vétérinaire.

Pourtant, la réalité des chiffres est plutôt rassurante et plaide en faveur de la confiance. En France, l'estimation du nombre de morts liés directement à l'alimentation est d'environ **350 à 400 par an, toutes causes confondues**⁴. Dans l'absolu c'est encore trop dans la mesure où il est inacceptable que l'acte de se nourrir puisse s'avérer léthal. Toutefois il convient de rapprocher ces chiffres des autres causes de mortalité, en particulier le tabagisme actif responsable de plus de 175 morts... par jour (dont 9 qui n'ont jamais inhalé que la fumée des autres), les accidents ménagers (18 000 morts par an) ou encore la mortalité infantile (environ 5 000 par an).

L'alimentation : quels dangers, quels risques ?

Les **dangers**⁵ susceptibles d'être présents dans les aliments sont classiquement regroupés en trois catégories : biologique, chimique et physique.

Les dangers biologiques

Les **bactéries** sont les agents pathogènes les plus fréquemment invoqués lors d'accidents alimentaires. La liste des bactéries concernées est très longue et les citer toutes reviendrait à effectuer un inventaire à la Prévert. Quelques noms parmi les plus connus : *Aeromonas*, *Bacillus*, *Brucella*, *Campylobacter*, *Clostridium*, *Escherichia*, *Listeria*, *Salmonella* (photo n°1), *Shigella*, *Staphylococcus* (photo n°2), *Vibrio*, *Yersinia*, etc.

Les **virus**, autrefois méconnus, représentent aujourd'hui une proportion non négligeable des agents mis en cause (ex : norovirus, rotavirus, ou les virus des hépatites A et E) (photo n°3).

Les **parasites** constituent un autre groupe de dangers potentiellement présents dans les aliments. Pour la plupart, il s'agit d'agents zoonotiques. A titre d'exemples : les ténias, les trichines, les toxoplasmes, les sarcosporidies ou encore les anisakis.

Les **ATNC**, ou agents transmissibles non conventionnels, rassemblent les agents difficiles à classer parmi les autres groupes. Le Prion de l'ESB (encéphalopathie spongiforme bovine, ou maladie dite « de la vache folle ») en est le meilleur exemple.

Citons enfin toutes les **toxines** « naturelles », non produites par des bactéries, qui peuvent néanmoins être présentes dans les aliments. Elles sont très nombreuses (mycotoxines, toxines marines, histamine, etc.) et rejoignent la seconde catégorie de dangers :

Les dangers chimiques

Sont rangés dans cette catégorie, les résidus médicamenteux (traitements vétérinaires), les pesticides et autres résidus de traitements phytosanitaires, les métaux lourds (plomb, mercure, cadmium, nickel, etc.), les détergents, désinfectants, et de manière générale tous les produits accidentellement présents dans une denrée alimentaire. Les contaminations chimiques étant accidentelles, elles sont par nature imprévisibles et peuvent concerner une multitude de produits.

Le XX^{ème} siècle fut celui des « microbes », au sens large du terme. Ils restent une préoccupation constante des hygiénistes, mais le XXI^{ème} siècle peut être considéré comme étant celui de la **molécule**. Les accidents alimentaires les plus récents viennent étayer cette affirmation (Cf. la crise de la **dioxine** fin 2010 outre Rhin).

Les dangers physiques

Ce sont les corps étrangers, c'est-à-dire tout ce qui peut se trouver dans un aliment de façon anormale, le plus souvent accidentelle. La liste est longue et les exemples pourraient être multipliés à l'infini : verre, plastique, bois, métal, etc., sous forme d'objets ou résidus les plus variés (billes, copeaux, aiguilles, etc.). Parfois surprenant, toujours gênant voire dangereux, le corps étranger est un danger pris très au sérieux par l'industrie agroalimentaire.

Il conviendrait de citer également une autre catégorie de dangers : les **éléments radioactifs**. La contamination radioactive des aliments est exceptionnelle. En revanche les conséquences sanitaires, économiques, politiques à court et long termes peuvent s'avérer considérables. Le 25^{ème} anniversaire de la catastrophe de **Tchernobyl** (26 avril 1986) nous le rappelle.

Si les dangers sont bien présents dans l'alimentation, les **risques**⁶ sont fort heureusement faibles et les manifestations relativement rares au regard du nombre de prises alimentaires. Pour autant les accidents existent, à l'exemple des **toxi-infections alimentaires**, quelles soient individuelles ou collective.

Les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC)

Parmi les conséquences imputables à la présence des dangers biologiques dans les aliments figurent en première place les **toxi-infections alimentaires** : appelées « **intoxications alimentaires** » en langage courant, ces affections à prédominance gastro-intestinale sont consécutives à l'ingestion d'aliments contaminés par des bactéries, virus, parasites, toxines ou des produits métaboliques issus de ces agents.

Ces épisodes, toujours spectaculaires et parfois mortels, sont particulièrement craints en restauration collective en raison notamment du nombre de victimes potentielles : rappelons qu'en 1986, une TIAC en restauration collective scolaire à Champs-sur-Marne, en région parisienne, a touché près de 1 000 enfants, avec plusieurs centaines d'hospitalisations en une nuit.

Comme toute collectivité l'armée peut y être confrontée, les conséquences médicales étant alors doublées, le cas échéant, de **retentissements opérationnels**.

Une toxi-infection alimentaire est une **anadémie** (origine de contamination commune, unique et sans cas secondaires) et non une épidémie (propagation des cas). Sauf cas exceptionnel, tous les malades contractent l'affection en même temps et à partir d'une même source. La courbe épidémique présente un début et une fin rapides, la durée correspondant à la période d'incubation. Généralement, surtout en collectivité, les cas sont géographiquement stables.

Face à un épisode de syndromes gastro-intestinaux anormalement élevés et plus ou moins localisés, ces différents éléments, associés à un tableau clinique souvent caractéristique, permettent d'orienter rapidement vers une suspicion de TIAC.

Une collectivité... réduite !

Réglementairement, les toxi-infections collectives, ou **TIAC**, se définissent par « l'apparition d'au moins **deux cas groupés similaires d'une symptomatologie, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire** »⁷.



Photo n°1 - *Salmonella enteridis*



Photo n°2 - *Staphylococcus aureus*

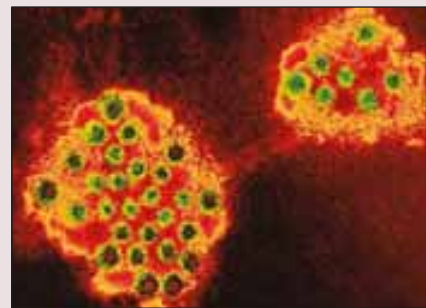


Photo n°3 - *Norovirus*

¹ VEC^{esr}, Chef de service Sécurité des Aliments / Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort, Directeur de l'Observatoire risques et aliments, Président national UNVR.

² Professeur Honoraire à l'Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort.

³ VEC^{esr}, Vétérinaire épidémiologiste, Président UNVR DRSS Brest Grand Ouest.

⁴ Ce chiffre doit être modulé : il ne prend pas en compte les éventuels effets à très long terme d'une exposition par l'alimentation à de faibles doses cumulées, du fait de l'impossibilité de relier la cause supposée à l'effet (maladies dégénératives, cancers, etc.).

⁵ Danger : tout ce qui menace ou compromet l'existence ou la sûreté d'une personne ou d'une chose, ou la situation qui en résulte.

⁶ Risque : fonction de la probabilité d'expression d'un danger et de la gravité de sa manifestation.



DR

Photo n°4 - Symptomatologie gastrointestinale des TIAC



DR

Photo n°5 - Arrachage du cuir mal maîtrisé

L'accident toxi-infectieux peut survenir par l'ingestion :

- d'une toxine préformée dans l'aliment, avant son ingestion. Il s'agit alors d'une **intoxication** : c'est notamment le cas du botulisme (*Clostridium botulinum*) ou de l'intoxication staphylococcique à *Staphylococcus aureus*. L'entérotoxine provoque la maladie, même si les microorganismes excréteurs ne sont plus présents dans l'aliment.
- d'aliments contenant un germe directement dangereux, capable de se multiplier dans le tube digestif. Ce sont les **toxi-infections alimentaires vraies** : parmi les bactéries responsables on peut citer *Salmonella*, *Shigella*, *Vibrio*, ou encore *Campylobacter*.
- d'aliments contenant des germes banals en très grande quantité et les produits de leur métabolisme. Ce sont les **intoxications alimentaires** : les plus courantes sont dues notamment à *Clostridium perfringens* ou *Bacillus cereus*.

Dans ce cadre, une bactérie peut s'avérer pathogène par toxinogénèse avant ingestion, par multiplication invasive de la muqueuse intestinale et/ou production de toxine *in situ*. Selon le cas, le délai d'apparition des symptômes et leur nature vont varier considérablement. Une classification des TIAC peut ainsi être réalisée en fonction des symptômes dominants : vomissements, diarrhées, syndrome fébrile, ténésme, épreintes, abatement, pertes de connaissance, etc. (photo n°4). Le recueil de ces données s'avère fondamental pour orienter rapidement l'enquête épidémiologique diligentée par les pouvoirs publics en cas de suspicion de TIAC.

Les circonstances d'apparition des TIAC

Dans un précédent numéro d'Actu-GORSSA⁸ nous avons évoqué les cas très particuliers de TIAC résultant de contaminations intentionnelles. Ces circonstances sont exceptionnelles et dans la majorité des cas il s'agit **d'accidents**, même s'il est pratiquement toujours possible d'en imputer la cause à des négligences ou des fautes professionnelles à divers niveaux de la chaîne alimentaire.

En effet, la survenue d'une TIAC n'est jamais due au hasard ou à la « malchance » : elle est conditionnée par ce qu'il est convenu d'appeler une « **triple faute** » :

Première faute : contamination de l'aliment

Pour présenter un danger, l'aliment doit être contaminé par un agent susceptible de provoquer un accident toxi-infectieux. Or, les

pathogènes sont présent de façon naturelle dans l'environnement et dans les denrées alimentaires, quelles soient d'origine animale ou végétale. Quiconque a visité un abattoir ne peut plus affirmer que la viande est stérile, au moins en surface ! Après arrachage du cuir, les muscles situés en superficie de la carcasse ne bénéficieront plus d'aucune protection jusque dans l'assiette (photo n°5). De même, la présence de quelques pathogènes à cœur de la viande est « naturelle » : issus du tube digestif, ils sont véhiculés dans tout l'organisme par voie lymphatique puis sanguine après translocation au cours de la digestion. La saignée au moment de l'abattage en fige une (très) faible quantité au sein des muscles. Et que dire des légumes qui arrivent dans les cuisines avec leur lot de terre accompagnés des divers contaminants afférents ?

Les hygiénistes partent donc du principe que **tout aliment est contaminé...** à faible dose ! Dès lors, ce postulat oblige les acteurs de la chaîne alimentaire à prendre toute précaution pour éviter que n'intervienne la seconde faute, la multiplication de l'agent infectieux⁹.

Deuxième faute : multiplication de l'agent infectieux

Le rôle de l'aliment dans la transmission d'agents infectieux pathogènes peut être uniquement passif, en tant que simple véhicule. Pour provoquer des manifestations cliniques, la contamination doit alors être massive pour atteindre une dose infectieuse suffisante. Bien que celle-ci puisse être très faible pour certains agents (parfois estimée à 10 cellules pour *Escherichia coli* O157:H7, responsable du syndrome hémolytique et urémique), dans la plupart des cas il est nécessaire d'atteindre des contaminations importantes pour déclencher une TIAC (de l'ordre de 10^3 à 10^6 germes par gramme d'aliment) et la contamination initiale des aliments s'avère insuffisante. Une **multiplication** de l'agent infectieux est donc nécessaire (photo n°6).



DR

Photo n°6 - Bactérie en division

⁷« Hygiène alimentaire, Toxi-infections alimentaires collectives », Journal Officiel de la République Française, brochure n° 1487.

⁸ Actu-GORSSA n°1, Juin 2010, « La chaîne alimentaire face au risque biologique provoqué intentionnel », p. 26-35.

⁹Ce raisonnement est valable pour une contamination d'origine bactérienne. Il n'a pas de sens pour une contamination d'origine virale (impossibilité de multiplication des virus dans l'aliment) ou a fortiori chimique.

Une multiplication exponentielle

La multiplication peut s'avérer très rapide, en particulier s'agissant des entérobactéries pathogènes. A titre d'exemple, à 37°C, le temps de génération de *Salmonella* est d'environ 20 minutes : une bactérie en génère 8 (2³) en une heure et une quantité dépassant largement la dose infectante en une demi-journée (de l'ordre de 10⁹ en 10 heures). Le respect de la **chaîne du froid** (<4°C) s'avère donc impératif, les multiplications étant très ralenties en dessous de 10°C et stoppées à 4°C. Pour d'autres espèces qualifiées de « psychrotrophes » (qui se développent au froid), à l'image de *Yersinia* ou *Listeria*, ces températures devront être encore plus basses. Autre possibilité, conserver l'aliment au dessus de 60-65°C : c'est la **chaîne du chaud**. L'effet létal de la température commence à partir de cette limite.

Troisième faute : consommation de l'aliment

Pour être malade il faut consommer l'aliment contaminé. Ce truisme peut sembler incongru. Pour autant il rappelle qu'un aliment contaminé, même fortement, restera un aliment « normal » aux yeux du consommateur qui ne pourra détecter le danger. Il sera donc ingéré. C'est la différence entre **altération** et **contamination** :

- Un aliment altéré est modifié dans ses caractéristiques organoleptiques et aura peu de chances d'être consommé... sauf préférences particulières (ex : œufs dits « pourris »).

L'altération concerne la **salubrité** des denrées (photo n°7).

- Un aliment contaminé, que ce soit par des bactéries, des virus ou des toxines, ne subira généralement aucune modification de son état ou de ses caractéristiques essentielles : aspect, odeur, goût. Il sera consommé.

La contamination concerne la **sécurité** des denrées.

Anadémie ou réaction psychogénique collective ?

Certains épisodes épidémiques observés en collectivité peuvent être liés à un phénomène de type **psychogénique**. Un premier cas, quelle qu'en soit l'origine, peut entraîner une réaction en chaîne parmi les membres d'un collectif partageant une croyance commune sur la cause supposée des troubles observés. L'alimentation, facteur commun,

est alors systématiquement impliquée. Plusieurs cas ont été documentés dans des collectivités scolaires. Leur fréquence est sans doute sous-estimée. Actuellement, le contexte d'inquiétude vis-à-vis de la restauration rapide pourrait être de nature à susciter de telles manifestations, en particulier chez les jeunes consommateurs.

Les TIAC, des affections récentes ?

L'expression « toxi-infection alimentaire » a moins d'un siècle. Auparavant ces épisodes étaient qualifiés « **d'empoisonnements alimentaires** », ce qui semblait cohérent par rapport aux symptômes observés : troubles gastro-intestinaux, manifestations nerveuses diverses telles que paralysies ou excitations. Apparaissant régulièrement au sein des troupes, ces affections ont très tôt suscité l'intérêt des médecins des armées : Sacquepée, en 1909, définissait les empoisonnements alimentaires comme « *des accidents aigus d'apparence toxique, éveillant l'idée d'une intoxication d'origine chimique, consécutifs à l'ingestion d'un aliment et sans que l'expertise permette de déceler dans cet aliment la présence d'un poison chimique nettement défini* ». Définition qui pressent le rôle des toxines microbiennes...

Aliments vénéneux ou substances criminelles ajoutées ?

La suspicion était souvent de mise et les tentatives fréquentes. L'histoire en témoigne : Mithridate VI (132-63 av. JC) (photo n°8), craignant de se faire empoisonner au cours d'un repas, s'était prémuni contre une telle malveillance par l'absorption quotidienne d'une faible dose (d'où le terme de « **mithridatisation** »). Selon la légende, quand il voulu se donner la mort en 63 av. JC, le poison n'ayant plus d'action, il dut avoir recours aux services de l'un de ses soldats, Galates.

Si les microbes ont attendu la fin du XIX^{ème} siècle pour se révéler à la science, leurs effets sur la santé des hommes ont été décrits depuis l'Antiquité : les épisodes relatés par **Hippocrate** (5^{ème} siècle av. JC), **Horace** et **Ovide** (1^{er} siècle av. JC), correspondent nettement à des descriptions de toxi-infections alimentaires. La sémiologie y est remarquable.

Plus tard et en particulier au Moyen Age, les descriptions d'empoisonnements alimentaires furent nombreuses sans que l'origine des troubles soit déterminée. En l'an 943, la compilation des écrits disponibles permet de recenser plus de quarante mille cas mortels imputables à l'alimentation sur le territoire, qui était alors plus réduit que la France d'aujourd'hui... et bien moins peuplé.



Photo n°7 - Altération des aliments



Photo n°8 - Mithridates VI Louvre

Combien d'innocents furent condamnés, torturés, suppliciés et exécutés au cours des siècles alors que les microbes étaient les vrais coupables ?



DR

Photo n°10 - Epis parasités par *Claviceps purpurea*



DR

Photo n°9 - Le mal des ardents par Doyen. Eglise St. Roch Paris



DR

Photo n°12 - Timbre Nicolas Appert

L'ergotisme

Les accidents les plus spectaculaires ont été décrits sous le nom de « Feux de Saint Antoine », ou « Mal des ardents » (photo n°9). Il s'agit d'hystéries collectives à la suite de la consommation de « folle avoine » ou « d'ergot du seigle ». Le pain des pauvres était alors à base de farine de seigle de mauvaise qualité. Mal conservée, elle était souvent contaminée par un champignon ascomycète, *Claviceps purpurea*, dont le rôle ne sera éclairci qu'en 1940 par la mise en évidence de la production d'alcaloïdes responsables notamment d'hallucinations (photo n°10).

L'ergotisme fut également évoqué parmi les causes potentielles de l'intoxication qui frappa la ville de Pont-Saint-Esprit durant l'été 1951 et causa la mort de sept personnes. Un téléfilm diffusé en 2010 sur France 3, « le pain du diable », a été tiré de cet épisode.

Face aux « empoisonnements alimentaires », la croyance populaire incriminait volontiers la viande et les produits carnés putréfiés. En 1870, Francesco SELMI exposa sa théorie des « ptomaines » (de *ptoma*, le cadavre) : les viandes putréfiées renferment des substances aminées susceptibles de reproduire expérimentalement des troubles comparables à ceux observés lors des empoisonnements. Plus tard d'autres auteurs parleront de « cadavérine » ou de « putrescine ». Cette notion de putréfaction faisait référence à l'action supposée des vers ou asticots apparaissant spontanément sur les cadavres. C'est la théorie de la génération spontanée qui persista jusqu'aux travaux de Pasteur (photo n°11) et, avant cela, fut mise à mal par la découverte de Nicolas Appert.

Nicolas Appert, bienfaiteur des armées !

Dès les premiers temps de la Révolution, à Massy dans l'Essonne, Nicolas Appert (photo n°12), futur « bienfaiteur de l'humanité », se livre à des expériences sur la conservation des aliments frais. Pour pouvoir les consommer ultérieurement en toute sécurité, il associe après de multiples essais deux méthodes qui fondent le principe de la conserve : traiter les aliments par la chaleur et les mettre à l'abri de l'air. Il enferme dans des bouteilles de champagne, récipient de verre le plus solide à l'époque puisque résistant au gaz de fermentation, des petits pois qu'il met en conserve dans des bains bouillants afin de chasser l'air des flacons, solidement bouchés puis testés. En 1810, il reçoit un prix de 12 000 Francs du gouvernement impérial, dont les armées avaient besoin d'aliments sains en campagne. En particulier la marine : la mise en « conserve » protégeait la vitamine C, évitant ainsi le scorbut. A l'époque, la méthode proposée est efficace, mais il n'existe pas de démonstration scientifique : il faudra encore attendre un demi-siècle pour que Bondeau démontre la présence de microbes dans le lait (1847) et que Pasteur constate que l'acidification du lait est due à des bactéries (1857).



DR

Photo n°11 - Le jubilé de Pasteur

Les premières investigations

Alors qu'en Allemagne, Ostertag relate entre 1880 et 1894, 55 accidents alimentaires ayant entraîné 2 700 cas dont 32 décès, la première véritable observation microbiologique d'une toxi-infection alimentaire collective est réalisée en 1888 par Gaertner en Bavière à Frankenhäusen : lors d'un banquet suivant la cérémonie funèbre d'un membre d'une fanfare, 88 personnes présentent des accidents toxiques après ingestion de la viande d'un bovin abattu pour entérite. Un ouvrier qui avait mangé, le jour même de l'abattage, de la viande crue, fut malade huit heures après le repas et succomba en trente cinq heures. De la rate du décédé et de la viande suspecte, Gaertner isola une bactérie qu'il appela *Bacillus enteridis* et porta le nom de bacille de Gaertner (*Salmonella enteridis* par la suite). Ce même bacille fut retrouvé par Johnne en 1895 à Gotha, en Saxe, lors d'une intoxication ayant entraîné 136 malades et 4 décès après consommation de viande de bœuf.

Des consommateurs courageux ou inconscients ?

En 1894, Poels et Dhont inoculèrent à une vache le bacille d'une épidémie ayant sévi à Rotterdam. Vingt minutes après l'animal fut sacrifié. Très peu de bactéries étaient alors présentes dans la viande. Dans un morceau laissé à la glacière il n'y eut pas de développement microbien. Dans un autre morceau abandonné à température ambiante, le nombre de bacilles était considérable après trois jours : 53 personnes, réputées toutes volontaires, en consommèrent. 15 furent malades, mais aucun ne succomba ! Expérience dangereuse, mais qui démontra à l'époque le pouvoir pathogène pour l'Homme des « bacilles carnés ».

La véritable démonstration « de cause à effet » entre la présence d'une bactérie dans l'aliment et ses conséquences médicales fut réalisée en 1895 par Van Ermengem (photo n°13), professeur à l'Université de Gand, au cours d'événements dramatiques. C'est l'affaire du « **saucisson assassin** » (photo n°14).

Le samedi 25 octobre 1895, un vétérinaire, inspecteur sanitaire de la ville de Gand, recevait à expertiser des saucissons fabriqués le 19 du même mois par un charcutier de la ville. La police les considérait comme suspects, deux ou trois personnes ayant été empoisonnées. L'expertise avait été demandée par le charcutier, contestant la saisie de sa marchandise. Constatant l'excellente apparence des produits, leur bonne odeur et leur couleur rosée, l'expert n'hésite pas à les déclarer bons pour la consommation. Fort

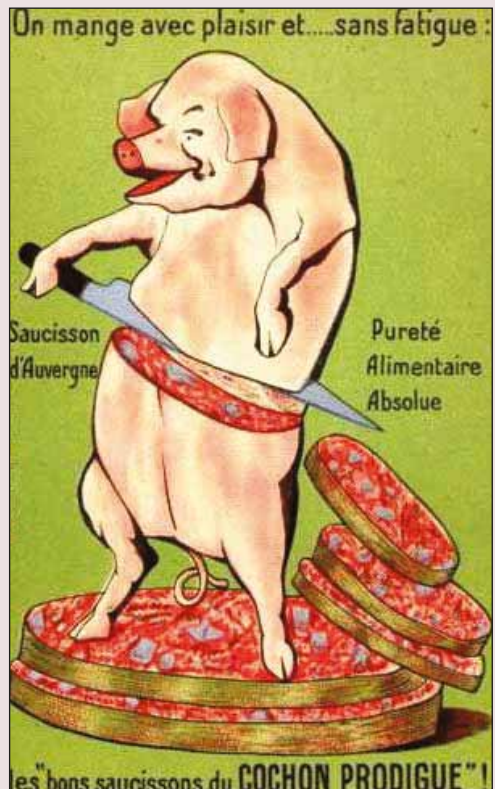


Photo n°14 - Le saucisson assassin

de sa conviction, il en ingère trois rondelles, ainsi que le directeur de l'abattoir. Deux employés en prennent également quelques rondelles. Douze heures après tous sont malades : fièvre, vomissements et forte diarrhée. Le 27 au matin, le vétérinaire fait venir son médecin et lui déclare qu'il est empoisonné par les « ptomaines ». Son état s'aggrave rapidement et la mort survient dans la nuit du 31 octobre. L'autopsie révèle une entérite violente. Des microbes sont retrouvés dans tous les organes. Des saucissons saisis, du cadavre du vétérinaire, des selles diarrhéiques d'un singe qui succomba par entérite aiguë après avoir consommé quelques rondelles, Van Ermengem isola une même bactérie qu'il rapprocha du germe de la fièvre typhoïde humaine. Il s'agissait de *salmonella enteridis*.

C'est en 1899 que Nobele isole *Salmonella typhimurium* d'une toxi-infection collective.

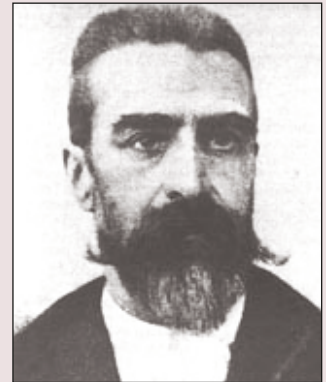


Photo n°13 - E. van Ermengem

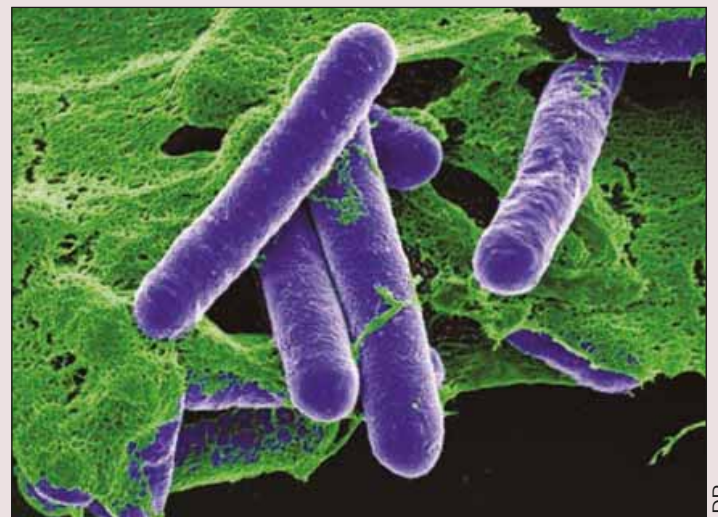


Photo n°15 - Clostridium botulinum



DR

Photo n°17 - Le camp de la Martinerie en 1917

Ce genre, d'abord nommé *Salmonella aertzycke*, avait été découvert sept ans plus tôt par Loeffler chez la souris. Ce qui explique son nom actuel. Pendant près de 100 ans, ce germe fut le plus souvent mis en évidence dans les TIAC, avant de céder la première place à *Salmonella enteridis*.

S'agissant du **botulisme**, en 1820 le poète germain Kerner décrit un empoisonnement collectif mortel provoqué par une grosse saucisse, botula en latin, qui donnera son nom à l'empoisonnement. Mais *Clostridium botulinum* (photo n°15) ne sera mis en évidence que beaucoup plus tard, en 1896 : au cours d'une fête municipale, à Ellezelles en Belgique, un ensemble de 34 musiciens charme les oreilles des habitants. Il leur est offert un jambon salé de dix jours. Dans la semaine qui suit trois d'entre eux meurent et dix autres sont mourants. On évoque un empoisonnement criminel et Van Ermengem se livre à une véritable enquête policière. Retrouvant des restes du jambon salé, il y met en évidence la bactérie. Cet isolement du bacille est en fait exceptionnel, car généralement c'est la toxine qui permet d'identifier la maladie. Beaucoup plus tard, différents toxinotypes de *Clostridium botulinum* seront reconnus.

La fin du XIX^{ème} siècle verra également reconnue la responsabilité des **staphylocoques** dans les empoisonnements alimentaires. Cette hypothèse émise par Denys en 1894 fut confirmée par Barber aux Philippines en 1913, qui observa des cas d'intoxication de touristes dans une ferme, par consommation de lait de vache à mammite, alors que les fermiers immunisés n'éprouvaient aucun trouble. Par la suite, les Staphylocoques responsables d'empoisonnement auront surtout une origine humaine. Ce fut le cas dans l'épisode suivant (photo n°16) :



DR

Photo n°16 - Préparation de la semoule de couscous

En 1955, un couscous réunit dans un village du Constantinois les troupes de la garnison et la population civile. Une heure et demie plus tard, la totalité des convives (120 militaires et 80 civils) est atteinte de troubles d'allure grave : vomissements incoercibles, diarrhées,

L'alcool protégerait-il des microbes ?

L'épisode dit du « camp de la Martinerie », rapportée par Sacquepée, Liégeois et Fricker, tendrait à le prouver. En 1929 une « épidémie » survint dans ce camp militaire situé près de Châteauroux (photo n°17). Le mess des sous-officiers du régiment d'infanterie servait ce jour là un plat de cœur de veau au vin blanc. Cette viande, qui fut mal cuite, provenait malheureusement d'animaux atteints de salmonellose. 49 soldats tombèrent malades dans les 24 heures qui suivirent le repas, dont 23 gravement. L'un d'entre eux mourut. En fait, seuls les cuisiniers du mess demeurèrent indemnes. Au cours de la préparation du repas, ils avaient largement profité des facilités offertes par leur fonction pour abuser du vin blanc. De là à imaginer que leur coupable penchant les ait protégés de la TIAC...

En 1960, Baylon H. et Dulac J., tous deux Professeurs au Val-de-Grâce, notent dans une revue sur les toxi-infections alimentaires collectives dans l'armée, « le rôle protecteur relatif de l'alcool constaté dans l'épidémie du camp de la Martinerie (...) ».

La vérité est certainement moins poétique. Le vin blanc utilisé pour la cuisine était de mauvaise qualité et particulièrement acide. Le boire en grande quantité avait eu pour effet d'acidifier le tube digestif suffisamment pour créer un milieu dysgénésique au développement de *Salmonella* pendant le temps de son transit. L'effet antibiotique de l'alcool dans ces circonstances est donc douteux et le résultat serait aujourd'hui le même avec... du cola. Simple question de pH ?

brûlures gastriques, crampes musculaires, collapsus. Les troubles cédèrent en quelques heures et aucun décès ne fut à déplorer. L'examen bactériologique des restes du couscous permit la mise en évidence d'un staphylocoque pathogène. Aujourd'hui, la toxine serait recherchée.

Le XX^{ème} siècle ne fera qu'enrichir la gamme des agents bactériens responsables des TIAC. 1906 : *Bacillus cereus*, 1938 : *Campylobacter enteridis*, 1939 : *Yersinia enterocolitica*, 1945 : *Clostridium perfringens*, 1955 : *Vibrio cholerae* et *Escherichia coli*, ainsi que le choc histaminique. En 1981 *Listeria monocytogenes* complétait cette suite après une importante anadémie aux USA. Depuis, ce pathogène poursuit une belle carrière.

La liste ne cesse de s'allonger au fil des ans et des épisodes toxi-infectieux, les bactéries les plus inoffensives pouvant se révéler dangereuses par mutations, à l'image d'*Escherichia coli* O157:H7. Au-delà des bactéries, l'ère des virus a commencé.

Illustres ou inconnus

En 1658 Louis XIV tomba gravement malade suite à une intoxication alimentaire lors de la prise de Bergues (photo n°18). Le 18 mai 2009, l'actrice madrilène Penelope Cruz est victime d'une intoxication alimentaire durant le festival de Cannes (photo n°19). Aucun lien entre les deux événements si ce n'est qu'au cours des siècles les TIA n'épargnent personne !

Aujourd'hui, quelle incidence ?

Les TIAC sont des maladies à **déclaration obligatoire** depuis 1990 (décret n°86-770 du 10 juin 1990). Il n'est donc pas surprenant que leur incidence ait fortement augmenté dans les statistiques officielles au cours de la décennie qui suivit. Ce biais épidémiologique et les réels progrès de l'épidémiologie¹⁰ permettent d'expliquer cette augmentation apparente. D'autres facteurs sont également à considérer, parmi lesquels :

- la progression de la restauration hors foyer,
- la production de masse et la mondialisation des échanges agroalimentaires,
- l'augmentation des groupes de consommateurs à risques,
- la fragilisation des individus,
- l'intensification des voyages internationaux,
- l'augmentation souhaitée de la durée de vie des denrées alimentaires, conjuguée à la volonté de bénéficier de produits « frais » ou « ultrafrais »,
- la méconnaissance des aliments, des dangers et des risques par les consommateurs,
- les comportements irresponsables (non respect des consignes d'utilisation), etc.

Les données disponibles les plus récentes concernant la surveillance des toxi-infections alimentaires collectives en France, issues de la déclaration obligatoire, concernent l'année **2008**.

En 2008, **1 124 foyers** de toxi-infections alimentaires collectives ont été déclarés en France, affectant **12 549 personnes (742 hospitalisations dont 5 décès)**. Les agents les plus fréquemment incriminés ou suspectés étaient l'entérotoxine staphylococcique (32% des foyers pour lesquels un agent a été identifié ou suspecté) et les salmonelles (25% des foyers). Aucun agent n'a pu être mis en évidence ni suspecté dans 40% des foyers déclarés.

2006 : 908 foyers, 9 415 malades, 808 hospitalisations, 5 décès.

2007 : 1 095 foyers, 11 440 malades, 752 hospitalisations, 5 décès.

La saisonnalité habituelle s'est vérifiée avec un pic estival, de juin à septembre, des foyers à *Salmonella* et une augmentation hivernale des foyers provoqués par des virus entériques, fréquemment liés à la consommation de coquillages.

71% des TIAC à *Salmonella* ou à virus entériques sont survenues dans le cadre de repas familiaux, alors que *Bacillus cereus* et *Clostridium perfringens* ont été identifiés principalement en restauration hors foyers, commerciale ou collective.

La proportion des accidents en restauration scolaire est en diminution (23% en 1990, 10% depuis 2005), celle des foyers survenus en restauration commerciale augmente depuis 2003, et celle des foyers familiaux reste stable.

En restauration collective, la contamination par l'utilisation d'**équipement inadéquat** ou mal entretenu a été le facteur contributif le plus fréquemment mis en évidence par l'investigation (54% des foyers survenus en restauration collective pour lesquels un facteur au moins a pu être identifié). En restauration familiale, les contaminations ont été principalement liées à une **rupture de la chaîne du froid** (39%).

Les chiffres en Europe

Selon l'EFSSA¹¹, en 2007, 5 600 foyers de TIAC ont été déclarés par les 22 pays membres de l'Union Européenne ainsi que la Suisse et la Norvège qui participent au réseau de surveillance. 40 000 européens ont été touchés et 19 en sont morts. *Salmonella* est responsable de près de 40% des foyers, le plus souvent par l'intermédiaire des ovoproduits. Calicivirus (dont norovirus), rotavirus et virus de l'hépatite A représentent la deuxième cause de TIAC par consommation de produits de la mer. *Campylobacter* arrive en troisième position, avant *Bacillus*, *Clostridium* et *Staphylococcus*. En Europe, le réseau d'alerte est centralisé via le RASFF (Rapid Alert System for Food and Feed) mis en place par le règlement européen 178/2002. Malgré cela, l'harmonisation des systèmes de données reste à développer et les informations en provenance des différents membres de l'UE sont très hétérogènes : 73% des cas avérés ont été déclarés par la France et l'Espagne ! Ce qui indique simplement un bon fonctionnement du système de surveillance national dans ces deux pays...

La France semble par ailleurs **un bon élève au niveau mondial**, comme en attestent les chiffres diffusés par l'OMS. A titre d'exemple, aux Etats-Unis, l'incidence des accidents alimentaires est proportionnellement beaucoup plus importante¹².

La limite des statistiques

Salmonella, ennemi public numéro 1 ?

Les statistiques sont formelles : *Salmonella* est en tête de liste des germes responsables



Photo n°18 - Louis XIV en guerre dans les Flandres



Photo n°19 - Penelope Cruz malade à Cannes.

¹⁰ En particulier l'utilisation de plus en plus généralisée depuis 2006 du logiciel « WinTiac » dans les DDASS, et l'intégration systématique des données des centres nationaux de référence (CNR). De plus le travail effectué par le bureau des alertes de la Direction générale de l'alimentation du Ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche (DGAL) a permis d'améliorer sensiblement la remontée rapide d'informations en provenance des Directions départementales des services vétérinaires (DDSV), actuelles Direction de la protection des populations (DDPP).

¹¹ Agence européenne de sécurité sanitaire des aliments.

¹² Il ne s'agit pas d'un « french paradox » de plus, dans la mesure où la réglementation nationale française en matière alimentaire a toujours figuré parmi les plus complètes et les plus sévères.

de TIAC répertoriées. En réalité, les symptômes et conséquences d'une salmonellose sont suffisamment inquiétants et importants pour qu'un accident soit détecté et une déclaration effectuée. Ce qui n'est pas le cas pour d'autres incidents, mineurs, ne justifiant ni consultation ni traitement et/ou arrêt de travail, à l'image des épisodes de TIAC à *Clostridium perfringens* ou *Bacillus cereus*. Bien qu'étant beaucoup plus fréquents, ils ne sont que rarement répertoriés. Cette perte d'information épidémiologique, ou « cascade de Mossel », explique que la fréquence réelle des accidents toxi-infectieux soit très largement **sous-estimée dans les statistiques officielles**. En Grande Bretagne en 1999, Wheeler estimait à 136 le nombre de cas réels pour un cas détecté : 3,2/1 pour *Salmonella*, 7,6/1 pour *Campylobacter*... et 1 562/1 pour les norovirus !

Des causes indéterminées ?

En microbiologie des aliments, le laboratoire ne met en évidence que ce qui est recherché. C'est ainsi que *Campylobacter* était que peu recherché en France et donc absent de la tête de liste des statistiques alors qu'il s'agissait de la première cause de TIAC aux USA via les volailles. Depuis que ce germe est recherché sa position grimpe dans les statistiques, jusqu'à venir concurrencer le numéro un, *Salmonella* !

De la même façon, **la recherche des virus** dans les aliments est assez récente. Elle montre cependant la prévalence importante de ces agents dans les causes de TIAC. Il est probable que beaucoup de TIAC auparavant inexplicables, du fait de l'absence de cause identifiée, étaient en fait dues à des virus.

En milieu militaire

En 1931, Verge évoque les toxi-infections en milieu militaire (photo n°20) : « dans l'armée, où l'attention est vivement sollicitée par le nombre plus ou moins élevé des malades, la simultanéité de l'apparition des troubles morbides, l'entrave brusque apportée au service, l'écho parfois excessif que ces accidents trouvent au dehors, le chiffre des toxi-infections alimentaires semble à première vue plus élevé : Sacquepée, de 1866 à 1905, accuse 1 804 cas avec 5 décès. ». Il est vrai qu'à l'époque le nombre d'accidents répertoriés dans la population civile est restreint. L'auteur s'en félicite et en attribue les mérites à la profession vétérinaire : « (...) nous ne saurions trop louer, en l'espèce, les consciencieux efforts, l'incessant dévouement, le haut désintéressement et l'admirable sagacité de nos praticiens qui font que la France est un des rares pays au monde où les toxi-infections alimentaires d'origine carnée demeurent à peu près inconnues »¹³.

Aujourd'hui

En milieu militaire, devant une suspicion de TIAC, il convient d'alerter en premier lieu le Département d'épidémiologie et de santé publique (DESP) de rattachement (structure SSA) qui mène l'investigation en collaboration avec le secteur vétérinaire interarmées de rattachement, transmet les informations



Photo n°20 - Viande en conserve pendant la grande guerre

¹³ Verge J. : « Les Toxi-infections alimentaires d'origine carnée et l'inspection bactériologique des Viandes », Recueil de médecine Vétérinaire, 1931, p. 804-851.

obtenues à la délégation territoriale de l'agence régionale de santé (DT-ARS) et rédige un rapport d'investigation. Parallèlement à ces procédures de déclaration militaires, toute suspicion de TIAC doit faire l'objet d'une déclaration aux DT-ARS ou aux services vétérinaires rattachés aux directions départementales de la protection des populations (DDPP) du lieu de survenue.

Les chiffres les plus récents sont extraits du **rapport DESP-NORD 2011**, actuellement sous presse (références en fin de texte) :

Entre 1999 et 2009, **209 suspicions de TIAC** ont été déclarées dans les armées, incluant un total de **4 906 cas** (figure n°1). Plus de la moitié des suspicions de TIAC (53,8%) ont été déclarées par des unités de l'armée de terre et 48,3% sont survenues en dehors de métropole.

Les symptômes digestifs étaient dominants : des diarrhées ont été observées dans 149 foyers (82,8%), des vomissements dans 137 (76,1%) et des nausées dans 133 (73,9%).

Aucun cas d'hospitalisation n'a été signalé.

Aucun décès n'est survenu.

Un prélèvement de selles ou de vomissements a été effectué chez au moins un malade dans 91 foyers (51,4%). Les germes les plus fréquemment rencontrés sont *shigella* (15,4%), les virus (12,1%) dont une majorité de calicivirus (8,8%), *Salmonella* (11,0%), et *Clostridium perfringens* (7,7%). 66 foyers ont fait l'objet d'analyses sur les repas témoins, dont 34 (51,5%) positives. 13 analyses mettent en évidence *Clostridium perfringens* (37,4%), 7 des staphylocoques et/ou la toxine staphylococcique (20,6%), 4 de l'histamine (11,8%). *Clostridium perfrin-*



Photo n°21 - Le risque relatif est plus important en OPEX

DR

gens a surtout été retrouvé dans les plats en sauce et les viandes, *Staphylococcus* dans les préparations froides (figure n°2 et figure n°3).

Des facteurs de risque

Compte tenu des éléments de maîtrise mis en place tout au long de la chaîne alimentaire, la probabilité d'apparition des TIAC reste heureusement faible, que ce soit en milieu civil ou en milieu militaire, en particulier dans le contexte sécurisé de la métropole.

En revanche, le risque relatif est beaucoup plus important en **OPEX** (photo n°21), et particulièrement en zone tropicale (photo n°22). S'agissant des approvisionnements locaux, la fourniture de denrées alimentaires saine est un



Photo n°22 - Abattoir local

DR

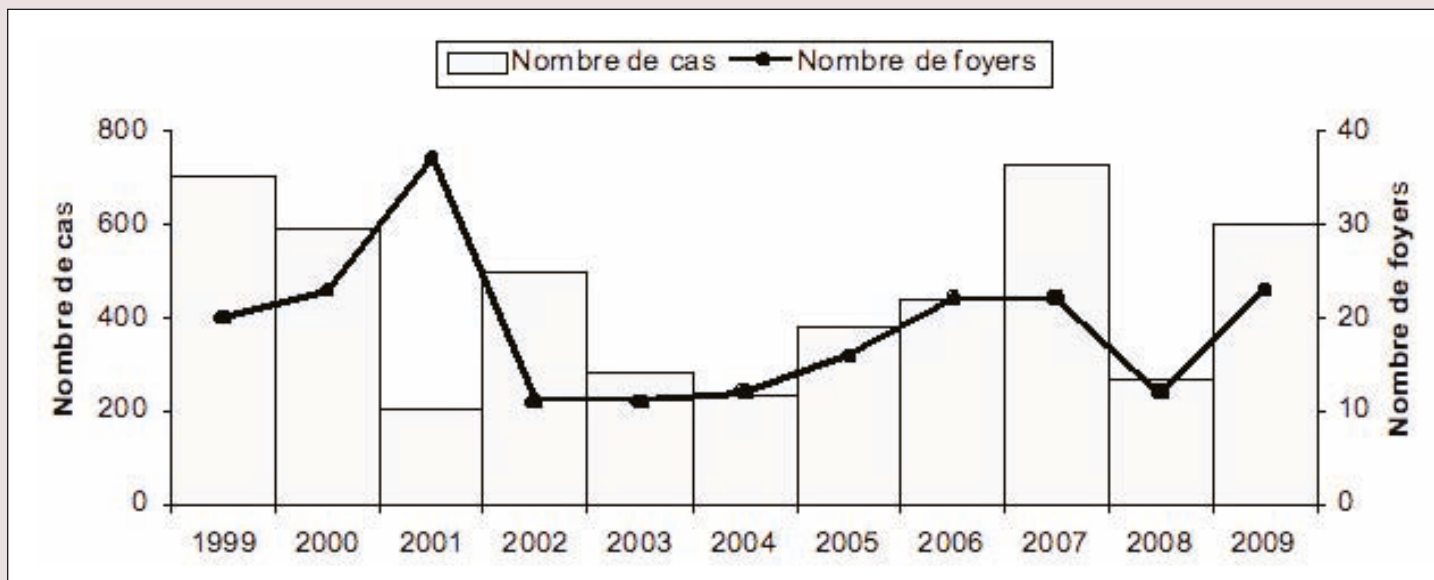


Figure n°1 : nombre de foyers et de cas de TIAC déclarés- période 1999-2009



DR

Photo n°23 - L'approvisionnement local

impératif majeur (photo n°23). De même les conditions de transport, stockage et fabrication des repas doivent faire l'objet de procédures strictes, validées, surveillées et vérifiées.

La maîtrise de l'eau et la lutte contre le **péril fécal** représentent des priorités.

Ces fondamentaux ont été intégrés dans la logistique, comme en témoigne la présence constante des vétérinaires du SSA sur tous les théâtres d'opérations.

Conclusion

L'histoire le prouve : les toxi-infections alimentaires, ou empoisonnements alimentaires selon le vocabulaire de l'époque pré-pastorienne,

sont aussi vieilles que l'humanité. L'essor de la microbiologie, depuis la fin du 19^{ème} siècle, permet d'en comprendre les causes et les mécanismes.

Aujourd'hui, les dangers sont relativement bien cernés, en particulier s'agissant des bactéries, et les mesures de maîtrise susceptibles de limiter les risques ont été largement développées sur la chaîne alimentaire, de la production à la distribution. La vigilance reste toutefois de mise : de nouveaux dangers apparaissent et d'autres ressurgissent. Les virus, moins bien connus et plus difficiles à maîtriser, prennent aujourd'hui une place prépondérante.

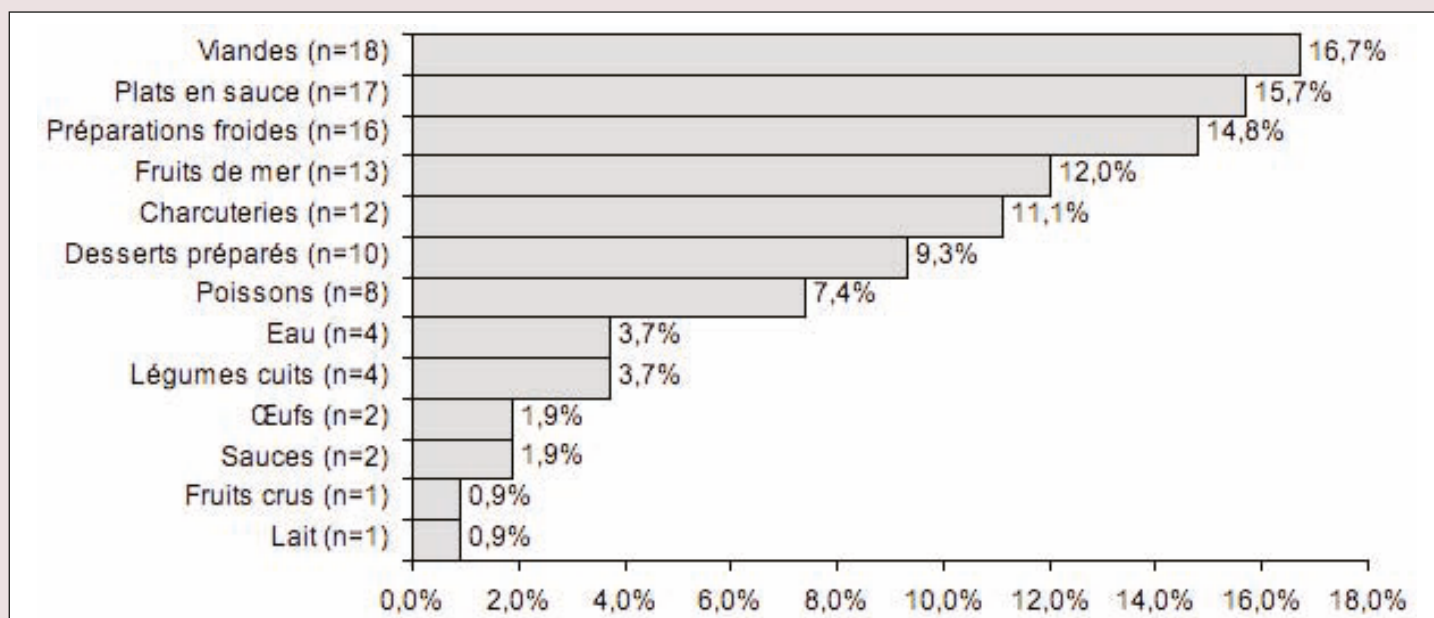
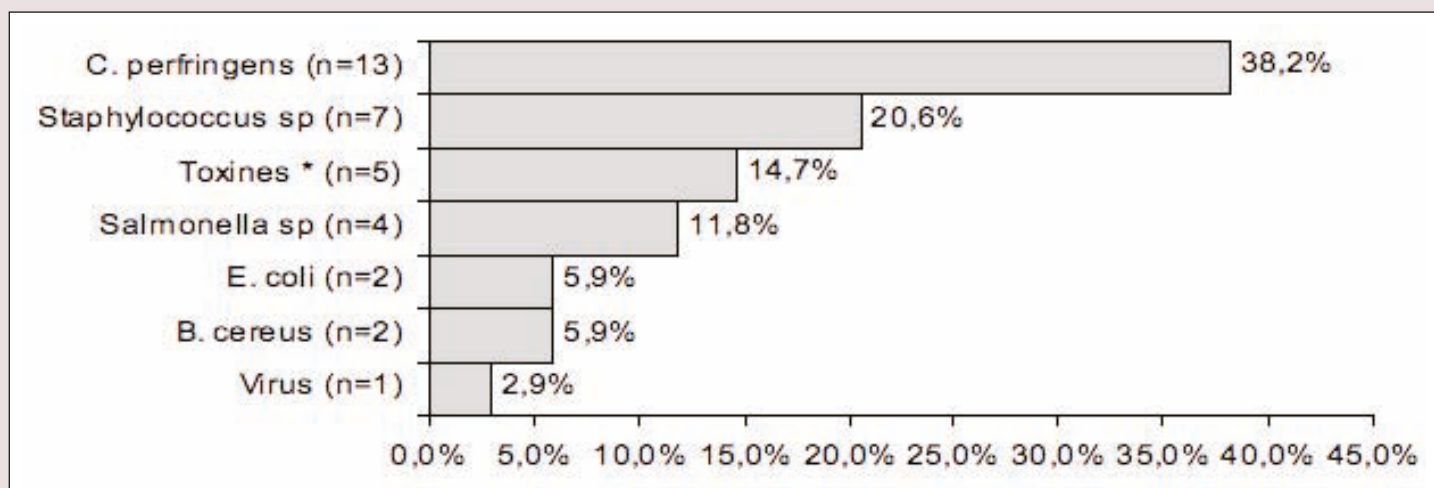


Figure n°2 : principaux plats suspectés par les enquêtes épidémiologiques alimentaires (1999-2009)



* Toxines chimiques, dont 4 échantillons positifs à l'histamine et 1 champignon vénéneux

Figure n°3 : principaux germes retrouvés dans les 34 échantillons positifs prélevés sur les repas-témoins (1999-2009)

Que ce soit en milieu civil ou militaire, **l'incidence des TIAC reste très faible**, comparée au nombre de repas ou de prises alimentaires. Ce constat rassurant ne doit cependant pas faire oublier qu'il est du en grande partie au professionnalisme des acteurs de la chaîne alimentaire et à la vigilance des services de contrôle, au sein desquels les vétérinaires occupent une place stratégique.

Abaisser le niveau de vigilance se traduirait immanquablement par une recrudescence des accidents alimentaires dont les conséquences pourraient, dans certains cas, s'avérer non négligeables au regard des missions des armées.

Pour en savoir plus

Historique

- Sacquepée E. : « *Les empoisonnements alimentaires* », Baillière édition, Paris, **1909**.

- Verge J. : « *Les porteurs de germe. Etude générale* », Revue Vétérinaire Militaire, **1931**, p.325-346. (Conférence faite aux vétérinaires de réserve de la région de Paris par

le Vétérinaire Lieutenant de réserve J. Verge, Professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort).

- Baylon H. et Dulac J. : « *les toxi-infections alimentaires collectives dans l'armée* », Revue du Corps de Santé, **1960**, 1, p. 7-24.

- Névot A., Pantaléon J. et Névot P. : « *Intoxications alimentaires d'origine bactérienne* », Intoxications, 10-**1961**, 16080 A¹⁰, p.1-16.

- Merlin M. et col. : « *Toxi-infections alimentaires collectives dans les armées. Evolution des tendances sur 5 ans (1985-1989)* », Médecine et armées, **1990**, 18, 5, p. 327-329.

Données actuelles

- MP Mayet A. et col. : « *Toxi-infections alimentaires collectives dans les armées entre 1999 et 2009. Résultats de la surveillance épidémiologique* », Rapport DESP-NORD présenté par le MCS Migliani R., février **2011, à paraître**.

www.invs.sante.fr



ORTHODONTIE DE L'ADULTE

Ph. Kalifa*

FÉDÉRATION NATIONALE DES CHIRURGIENS DENTISTES DE RÉSERVE

FNCDR : 54, Cours de Vincennes 75012

Présidents d'Honneur :

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

BUREAU NATIONAL :

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

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

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

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

DÉLÉGUÉS RÉGIONAUX :

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

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

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

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

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

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

Porte-Drapeau : Dr Henry FRAJDER

Introduction

Le développement des connaissances et des techniques rend dorénavant facilement accessible au patient adulte la possibilité de bénéficier de soins orthodontiques.

Les traitements qui sont prodigués tout comme aux enfants et aux adolescents répondent à l'amélioration de l'esthétique, des fonctions (déglutition, mastication, ventilation et phonatoire), assurer la stabilité et la pérennité des arcades dentaires.

Néanmoins, le traitement de l'adulte se différencie par la diversité des demandes en liaison avec les autres disciplines médicales. Les exigences esthétiques, la part psychologique, la durée et l'aspect financier sont déterminants dans la prise de décision.

Ces objectifs de traitements ne peuvent être concevables que par une action concertée avec les autres disciplines ou spécialités médicales et para-médicales :

- Les confrères chirurgiens-dentistes (parodontologue, implantologiste, prothésiste...)
- Les ORL (problème de ventilation : apnée du sommeil, ronflement...)
- Les chirurgiens maxillo-faciaux (décalages squelettiques)
- Les orthophonistes et kinésithérapeutes.

Les techniques employées sont semblables à celles utilisées pour les adolescents mais adaptées à l'adulte en excluant bien évidemment toutes celles qui font appel à l'orthopédie puisque la croissance est terminée.

Le déplacement dentaire n'est possible que grâce au remaniement des tissus de soutien. Les forces orthodontiques sont converties en signaux cellulaires. Le remodelage s'effectue par des phénomènes d'apposition et de résorption osseuse.

Le diagnostic

Le diagnostic est obtenu par un examen clinique approfondi du patient comprenant: un examen systématique du visage de face comme de profil au repos, le patient étant debout puis assis, un bilan photographique exobuccal et endobuccal, un

examen endobuccal pour évaluer dans les trois sens de l'espace les rapports dentaires, les para-fonctions sont relevées (pulsion linguale...), analyse de la musculature, l'existence ou non de DAM, un bilan radiologique permettant d'apprécier les rapports squelettiques (téléradiographie de profil en occlusion), les éléments dentaires (panoramique, occlusale, long cône et si nécessaire cone beam ou scanner).

Objectifs de traitement

Du diagnostic, des objectifs sont déterminés sur le plan fonctionnel, dentaire et esthétique en tenant compte de la faisabilité (âge du patient, état des tissus de soutien, motivation du patient).

Plan de traitement

C'est l'adéquation du diagnostic et des objectifs de traitement.

Les moyens thérapeutiques :

Les techniques fixes multibattaches

Pour déplacer les dents dans les trois sens de l'espace antéro-postérieur (mésial, distal) vertical (ingression, égression), transversal (vestibulaire, linguale), des forces sont appliquées sur les dents. Pour ce faire, des attaches sont collées à la surface des dents en respectant des critères de positionnement. Ces attaches transmettent aux dents les informations délivrées par des fils orthodontiques. Les attaches (brackets) sont de compositions variées : en acier inoxydable, en acier fritté, en titane, en résine ou en céramique. Les attaches peuvent être auto-ligaturantes ou ligaturées par des ligatures métalliques ou élastomériques.



Les attaches sont fixées sur les dents par l'intermédiaire de colle. Les colles sont de type hydrophobe, hydrophyle ou auto-mordançante. L'assemblage s'effectue entre le

* CD (R)

Ancien assistant des universités
Spécialiste Qualifié en Orthopédie- Dento- Faciale

bracket et la colle et la colle et le dent, selon l'état de la dent : de l'émail, du métal, de la céramique ou du composite.

Les arcs (fils) utilisés sont d'alliage différents (acier, cobalt-chrome, β -ti-

tanium, nickel-titium) ,de section différentes . Le choix de l'alliage et de la section du fil est fonction du plan de traitement et des phases de traitement.

Les attaches peuvent être placées :

- en vestibulaire



- en lingual



Le collage des attaches en lingual pour une bonne fiabilité de positionnement nécessite l'aide de laboratoire spécialisé par l'intermédiaire de gouttière (collage indirect). Le système Incognito® permet de réaliser des attaches coulées en or sur mesure et d'établir une série d'arcs qui correspondent au plan de traitement.



Les techniques amovibles :

Mouvement par des plaques amovibles :

Les dispositifs amovibles permettent des mouvements limités . Ces dispositifs ont une action ponctuelle sur une ou plusieurs dents. Ce sont des plaques amovibles constituées d'une partie rétentive et d'une partie active développant une force. Il s'agit d'un procédé utilisable pour des redressement de molaire, égression de racine (dent fracturée), correction d'inversé d'articulé.



Egression d'une racine avec prothèse provisoire sur incisive latérale

Mouvement par gouttière :

Les gouttières nécessitent une forte coopération du patient (22h / 24h) pendant plusieurs mois selon le degré de correction à apporter. Chaque gouttière est changée au bout de 15 jours. Un déplacement progressif et lent est ainsi obtenu. Le concept Invisalign est l'un des plus répandus . La mise en place du traitement est assistée par ordinateur (Clincheck®). Les gouttières sont en polycarbonate médical thermoformé. Plus la correction est complexe, plus le nombre de gouttières requis est élevé et plus longue sera la durée du traitement.



Exemples de cas cliniques :

***Traitement de malpositions sans extractions patient de 35 ans par technique fixe multiat-
taches***



Avant traitement : classe I , supraclusion, ddm



Après 18 mois de traitement , stabilisation par gouttière de contention et arc collé en lingual de 33 à 43. Cette contention par fil collé est laissée environ 10 ans .

* *
*

Traitement de compromis à but esthétique sur demande et suivi par parodontologue sur une patiente de 59 ans par technique fixe multiattaches



Avant traitement, classe II division 2 avec supraclusion sévère et encombrement sévère



Après 9 mois de traitement avec contrôle radiologique régulier, suivi parodontal, attelle collée en linguale en fil souple 0175 collé à vie, suivie régulièrement une fois par an.

Traitement de mise en place de canine incluse chez une patiente de 47 ans par technique fixe multiattaches céramique



Cone beam et panoramique permettant d'apprécier les rapports de la canine supérieure gauche avec les dents contiguës avant traitement.



Mise en place de la canine au bout de 10 mois, le traitement global aura duré 14 mois avec réglage de l'occlusion et mise en place d'une gouttière de contention à port nocturne en raison de la faible coopération et de l'irrégularité des rendez-vous.

* *
*

Traitement avec fermeture des espaces chez une jeune adulte de 22 ans en technique fixe vestibulaire, avec extraction de dent lactéale (agénésie de dent définitive), de dents de 6 ans délabrées et de prémolaire pour obtenir une bonne concordance des arcades.



Avant traitement



Après 30 mois de traitement, les extractions des dents de sagesse ont été programmées, une gouttière de contention et un fil collé servent de contention. Ce choix de traitement a été retenu dans le but d'éviter la pose d'implants et de prothèses.

Traitement d'un décalage squelettique par technique fixe associée à de la chirurgie maxillo-faciale chez un patient de 40 ans.



Avant traitement, nous notons l'inversé d'occlusion antérieure et la prognathie mandibulaire.



Après intervention en chirurgie maxillo-faciale, 12 mois après la préparation orthodontique, nous observerons l'impact psychologique d'une telle intervention...

Traitement d'une Classe I encombrement modéré par gouttières thermoformées (Invisalign)avec stripping en 12 gouttières sur une patiente de 31 ans.



Avant traitement



Après traitement, mise en place de fil de contention sur le bloc incisif supérieur et sur le bloc incisivo-canin.

Conclusion :

La diversité des techniques permet actuellement de répondre aux principales exigences cliniques et à la demande des patients avec plus ou moins de facilité ou de difficulté dans la mise en place du traitement liée à la fois au plateau technique, à la coopération du patient et aux contraintes économiques .

Quelques revues et ouvrages de référence :

Revue d'ODF, www.sdid.org
 Les traitements orthodontiques Invisalign®, Richard Bouchez, Quintessence International
 L'orthodontie de l'adulte, Julien Philippe, éditions S.I.D
 Parodontologie du diagnostic à la pratique, Bercy, Tenenbaum, édition de boeck



ADF 2010 JOURNEE D'INFORMATION ACTIVE-RESERVE- SAMEDI 27 NOVEMBRE

J-P. Delobel*



Dans le cadre du Congrès annuel de l'ADF le CDC(r) Jean-Pierre FOGEL a ouvert pour la première fois cette journée aux Chirurgiens dentistes d'Active et de Réserve. En effet cette année 2010 marque le dixième anniversaire de la création du Corps des Chirurgiens Dentistes des Armées.

concerne les Réserves du SSA, l'Inspection Technique est supprimée et c'est le Délégué aux Réserves qui fusionne les structures précédentes. Le MCS Luc GUILLOU est secondé par le MC Serge CUEFF qui le remplacera par la suite.

En termes d'effectifs le référentiel d'organisation (REO) s'appliquera aux Réserves comme à l'Active. En 2015 il sera de 4100. Va se poser un problème de choix dans le recrutement des Réservistes. Il sera fait suivant les besoins. Des radiations sont à l'ordre du jour.



La formation professionnelle des Réservistes revêt plusieurs aspects : formation interne, formation au milieu, ouverture aux Réservistes des formations destinées à l'Active (IHEDN). Le stage DENTOPS à l'intention des



C'est ainsi qu'environ 150 participants ont suivi les conférences, sous l'autorité du MGI Frédéric FLOCARD, DRH de la DCSSA, et du MCS Luc GUILLOU, Délégué aux Réserves à la DCSSA, en présence du MC Xavier SAUVAGEON Président du GORSSA. Le CDC(r) Jean-Pierre FOGEL, Président de l'Association Nationale des Chirurgiens dentistes de Réserve, accueille à la tribune les différents conférenciers :

CESR employés au service des Forces, qui se déroule à l'EVDG se pérennise. L'organisation des CIRSSA continue à se développer. La mise en place du logiciel spécifique de gestion du SSA se poursuit.

Les Théâtres d'Opérations Extérieures ouverts en 2011 aux réservistes restent le Tchad et le Sénégal, avec la future ouverture de l'Afghanistan.

Le Docteur Xavier Riaud (CDP-RésCit) et le CDC Alain Benmansour - Chef de Service à l'HIA Bégin - nous refirent l'un et l'autre l'histoire des Chirurgiens Dentistes Militaires, leurs différentes places et emplois durant près d'un siècle pour aboutir à la création du Corps des Chirurgiens Dentistes des Armées par le biais du Décret N°2000-187 du 1^{er} mars 2000...

Le MCS Luc Guillou présente la nouvelle gouvernance de la Réserve du SSA en commençant par la récente fusion des Ministères de la Défense et des Anciens Combattants. Dans cette réorganisation, plusieurs organismes sont créés dont le Comité Directeur de la Réserve Militaire, le Groupe de Pilotage de la Réserve Militaire présidé par le CEMA ainsi que le Conseil Supérieur de la Réserve Militaire présidé » par le Ministre de la Défense. Ence qui

Le CDC(r) André Rouas fût envoyé en mission d'identification en République d'Haïti, après le récent séisme dévastateur

* CDC (R)

Délégué FNCDR Région Bordeaux

et meurtrier qui a frappé ce pays. Avec un préavis extrêmement court dû à la situation, il part dans une des deux équipes issues de l'IRCGN, en compagnie du CDC Rateau et du MC Berger. Ils transitent par Fort de France avant d'atterrir à Port au Prince, dont la zone aéroportuaire est très vite saturée, car de superficie relativement réduite. Après avoir décrit la « zone vie » située sur le site de l'Ambassade de France, le CDC(r) Rouas évoque les difficultés de travail dans cette capitale totalement détruite et dont les itinéraires ont disparu. Les identifications se déroulent suivant un protocole bien établi, bien que chaque mission revête un caractère différent de la précédente : sélection des corps, numérotage, dactyloscopie, examen externe des corps, relevé des indices (bijoux, tatouages, clés de voiture, téléphone portable...). Au total ,33 victimes sont identifiées, et leurs corps rapatriés en Métropole.

Le MC Xavier Desruelles, Adjoint planification à l'Etat Major Opérationnel santé de la DCSSA, présente la préparation opérationnelle Santé, nécessaire du fait de la spécificité des Théâtres. Il rappelle d'abord les missions OPEX qui se déroulent actuellement et les effectifs de personnels soignants qui y servent, ainsi que les moyens projetés. Il évoque ensuite les conditions opérationnelles actuelles de prise en charge du blessé en Afghanistan. Le délai est très rapide, car celui-ci est soigné par un médecin 25 mn après sa blessure et se trouve en salle d'opération au bout d'une heure vingt. Si nécessaire, il se retrouve à Paris en 24h. De plus, dans ce contexte, il est indispensable que le personnel médical soit capable de se tirer d'affaire, ou de participer à une opération de combat auprès de ses camarades. C'est pour cela qu'il doit acquérir ou entretenir ses connaissances pour le manie- ment de son armement, de ses transmissions, de sa topo. Cette formation est apprise durant les études(ESA), au cours de la formation continue (HIA, DRSSA), et lors de la mise en conditions opérationnelles(CPO). Toutes ces formations sont pilotées par l'EDVG. Pendant l'année 2010, sont parues 3 directives, dont la préparation individuelle pour le rôle

1. Son contenu est médical et militaire. Pour le médical, il s'agit du CITERA, du sauvetage au combat(SC2), de stages au SAMU, et d'enseignements concernant la décontamination, le paludisme, les transfusions sanguines, l'utilisation des dotations. Pour le militaire, il s'agit de l'ISTC, le NRBC, la topo, les transmissions ainsi que de bonnes connaissances de la langue anglaise. On exige aussi de bons résultats au CCPM (ex COVAPI). De plus, une formation individuelle spécifique adaptée au théâtre, est imposée par les armées ; elle comporte également une partie « santé ».

Pascal Steichen, rédacteur en Chef de la revue « l'Indépendant » , vient nous parler de l'optimisation du temps de travail . Le conférencier connaît bien son sujet, son exposé est magistral, chacun se sent peu ou prou concerné. Travailler mieux et dans de meilleures conditions...vaste programme : « Y a plus qu'à.. »!!

Après un déjeuner pris sur place, les Interventions repré- nent.

Le MGI Flocard, achève l'enseignement prodigué tout au long de cette enrichissante journée. En présentant l'avenir et les perspectives du Corps des Chirurgiens Dentistes des Armées ainsi que les relations Active-Réserve .Depuis de nombreuses années, on considère que l'état dentaire est primordial du fait de sa problématique propre : douleurs et évacuations. D'où l'attention que le SSA porte à la mise en conditions des personnels avant le départ en mission. Pour ce qui est des **Chirurgiens Dentistes d'Active**, le REO (référentiel en organisation) prévoit 43 postes .Actuellement, 47 sont répartis en HIA(28) et dans les Forces (19) parmi lesquels 38 sont de carrière et 9 sous contrat. Ces derniers, selon toute vraisemblance, seront prolongés. Les années de naissance des praticiens vont de 1952 à 1982.En conséquence le recrutement reste faible.





A l'instar des médecins, les odontologistes se voient proposer le statut de praticien, confirmé et certifié. En ce qui concerne les grades, on a 18 CD, 14 CDP, 15 CDC répartis en 10 femmes et 37 hommes. Pour ce qui est des **Chirurgiens Dentistes de Réserve**,

beaucoup d'entre eux développent une activité de conseil et d'expertise. Ils ont un rôle fondamental dans la prévention et la mise en conditions des personnels. Quelques uns travaillent en HIA ou à l'IRCGN. Au nombre de 220, on en compte 34 de moins de 35 ans, 123 entre 35 et 55 ans et 63 de plus de 55ans, il y a donc du recrutement à faire. En termes de grades il y a 94 CDC, 40 CDP, 82 CD et 4 Aspirants. Ils réalisent en

moyenne 19 jours d'activité par praticien et par an. Leur formation professionnelle s'inscrit sur deux niveaux : la formation initiale (FMIR) principalement destinée à ceux qui n'ont pas fait le Service National, puis la formation continue avec en particulier le stage DENTOPS, qui dispense un enseignement à l'EDVG, ainsi que les stages de premiers gestes en situation de combat (qui seront réalisés dans les régions). En conclusion le MGI Flocard souligne l'importance du rôle des Chirurgiens Dentistes de Réserve, qui, à l'instar de leurs Confrères d'Active, sont devenus incontournables dans le fonctionnement du Service de Santé.

La conférence s'achève par une séance de questions de l'auditoire auxquelles le MGI Flocard apporte des réponses.

Cette journée militaire de l'ADF, à laquelle étaient conviés les Praticiens d'Active et de Réserve, a pour vocation de se pérenniser. Nul doute que le succès remporté cette année se renouvellera dans le futur.



FNCDR
CONVOICATIONS aux ASSEMBLÉE GÉNÉRALE
et CONSEIL d'ADMINISTRATION
à TOULON le Samedi 21 Mai 2011 de 9h à 10h30

Assemblée Générale

- Accueil des participants.
- Mot du président.
- Rapport moral du secrétaire général.
- Rapport financier du trésorier, approbation des comptes et vote du quitus.
- Fixation du montant de la cotisation 2011-2012.
- Tour de table des Régions et Calendrier des manifestations à venir.
- Questions diverses (Actu-GORSSA, CIOMR, avancement, décorations...).

* *
*

Conseil d'Administration

- Présentation des nouveaux administrateurs.
- Lecture et approbation du Procès Verbal du précédent CA de Lille du 29 mai 2010.
- Election du Président de la FNCDR.
- Election des membres du Bureau National.
- Questions diverses.

Le Président

NOUVELLES DE LA FILIALES DE BREST

Journée terrain

Lassy - 2 Octobre 2010

Ph. Massicot*

ANORCTASSA

Présidents d'Honneur : Cl (H.) P.-J. LINON,
Cl (R.) J.-P. CAPEL, Cl (R.) Y. HAREL

Président : Lcl (R.) Alain MICHEL

Secrétaire Général : Lcl (R.) Denis BLONDE

Trésorier Général : Cne (R.) Benoît FRASLIN

Vice-Présidents : Cl (H.) Michel CROIZET,
Lcl (R.) Pascal HUGEDE et Lcl (R.) Christian
SALICETTI

Administrateurs : Lcl (R.) Jean-Jacques BONZ,
Cdt (R.) Emmanuel LEBLOND du PLOUY,
Cdt (R.) Jean-Luc LECRIVAIN, Lcl (R.) Jean
GASTARD, Cdt (R.) Philippe MASSICOT
Col (R.) Pierre VOISIN : Délégué à la formation.

En ce samedi, l'automne manifeste bien sa présence : la pluie nous suivra toute la journée...

Certes, ce ne sont pas des giboulées. Mais, le petit crachin constant, accompagné d'un vent persistant, n'épargnera personne.

La dissolution récente du 18° RT de Breteville/Odon nous fait maintenant perdre définitivement la présence de sa Compagnie de réserve qui nous accompagnait régulièrement lors de ces journées depuis quelques années.

Dorénavant, le format de nos journées sera donc vraisemblablement un peu réduit (20 à 25 personnes) mais, toujours de qualité. La motivation est toujours présente : j'en veux pour preuve la présence de certains camarades, venus de Brest, Nantes, Paris...

Nous nous retrouvons en fin de matinée dans la salle communale de Lassy (14), commune dont le LCL Pascal Hugédé est conseiller municipal. Comme d'habitude, certains camarades honoraires de l'association Basse-Normandie / Basse-Franconie nous ont rejoints. Leur présence est importante, car ils contribuent également au recrutement de candidats intéressés par la réserve.

Après le repas, le LCL Hugédé annonce la composition des deux équipes. En effet, il nous semble préférable de constituer 2 équipes de 7, afin de brasser les compétences et permettre aux plus jeunes de bien profiter des enseignements des anciens, plutôt que de lancer sur le terrain deux équipes de 5 et une de 4. Par ailleurs, le parcours étant un peu plus long aujourd'hui (11 à 12 km à la place des 9 à 10 km habituels), cela facilitera la gestion du temps. Les équipes ont reçu une carte, mais, pour changer, c'est sur des photos



aériennes que sont indiqués les différents points qu'elles doivent rejoindre successivement. 12h20 : départ de l'équipe alpha. Elle arrive rapidement à l'atelier de topographie, qui a été préparé par le CDC Jean-Paul Vasseur. Exercice classique, mais que nous n'avions pas proposé depuis un moment : la triangulation. Il est évident qu'à l'heure du GPS, quand déjà, il n'y a plus aucune carte routière à bord des voitures, l'opération est délicate.

L'atelier suivant, NRBC, a été réalisé par le PC Yves Lecointre. Individuellement, l'exercice n'est pas aisé. Mais, collectivement, les équipes se débrouillent. Il reste cependant à ne pas oublier que, dans un local confiné, à faible teneur en oxygène, une cartouche filtrante, quelle qu'elle soit, ne permet pas de survivre bien longtemps...

C'est ensuite l'atelier brancardage qui a été imaginé par le CNE Piard. Dans les consignes, il avait été précisé aux équipes que cet atelier se trouvait en zone d'insécurité. Ce qui ne les a pas empêchés d'arriver au pas cadencé, comme pour un défilé. Il est évident que, si nous avions encore eu nos chefs de groupe de combat du 18°RT, l'arrivée à l'atelier aurait été faite différemment ! Néanmoins, le plus dur reste à faire : il faut aller chercher un blessé inanimé dans une zone minée, au fond d'un sous-bois.

* Cdt (R)

Sourire aux lèvres pour nos spécialistes Santé : prise en charge d'un blessé, on sait faire. L'équipe Bravo est plus rapide à la manœuvre.

A la fin de chaque atelier, les responsables font un rapide débriefing, afin que les équipes visualisent rapidement ce qui a été fait, bien et moins bien, et ce qui aurait dû être fait.

Retour à la salle communale de Lassy pour un débriefing plus complet de la journée et de chacun des ateliers. Un corrigé détaillé est remis à tous les participants.

Pour ma part, j'en profite pour faire quelques remarques sur l'ordre serré. Je rappelle notamment que celui qui commande se met toujours au garde-à-vous le premier, avant de donner ses ordres. Je devais d'ailleurs animer un atelier, mais, vu la météo, nous avons préféré le supprimer.

Le LCL Hagedé conclut en remerciant tous les participants, et nous propose de nous retrouver l'an prochain, le premier samedi d'avril.



Assemblée Générale du 4 décembre à RENNES

Nouvelle composition du Bureau :

Président :	<i>Lcl® Pascal Hagedé</i>
Vice-Présidents :	<i>Cne® Frédéric Piard</i> <i>Cdt ® Jean-Pierre Blaudeau</i>
Trésorier :	<i>Lcl® Jean-Jacques Boniz</i>
Trésorier Adjoint :	<i>Cdt® Vincent Magrou</i>
Secrétaire :	<i>Cdt ® Philippe Massicot</i>
Secrétaire adjoint :	<i>LTN ® Séverine Vendrame</i>

Journées régionales pour l'année 2011 :

- Journée terrain le 2 avril
- Journée terrain le 1^{er} octobre



VISITE AU 1^{er} REGIMENT MEDICAL DE METZ

15 DECEMBRE 2010

Je tiens à remercier le MCS Luc GUILLOU de nous avoir permis d'organiser une visite du 1^{er} Régiment Médical à Metz en fin d'année 2010 malgré le déménagement du Régiment à La Valbonne concrétisant la poursuite des promotions d'OCTA de réserve après leur formation à Saint-Cyr Coëtiquidan.

Mes remerciements vont également au MC François CHARROT, Chef de corps, et l'ensemble des officiers, des sous-officiers pour leur disponibilité et la parfaite organisation de cette journée.

Lieutenant Colonel @ Alain MICHEL

Témoignages sur la journée*

A l'initiative du Président de l'ANORCTASSA, le Lieutenant-colonel @ Alain MICHEL, promoteur de cette journée d'ESR, nous étions plusieurs jeunes officiers réservistes du corps technique et administratif du Service de Santé des Armées (ORCTASSA) à participer à la visite du 1^{er} régiment médical de Metz le 15 décembre dernier. Cette expérience a constitué une étape supplémentaire dans notre formation en même temps qu'un approfondissement appréciable de notre connaissance du SSA, plus particulièrement dans son versant le plus opérationnel.

La journée a débuté par une présentation du régiment par son Chef de corps, le médecin en chef François CHARROT. Créé le 1^{er} juillet 1992, le 1^{er} régiment médical est une formation de l'armée de Terre, appartenant à la 1^{ère} brigade logistique, ayant pour mission principale le soutien médical d'une force projetée. Il a hérité des traditions des bataillons médicaux du corps expéditionnaire français en Italie. Son drapeau porte l'inscription « Italie 1943-1944 » et sa devise est « Partout, pour tous ». Le régiment assure des missions spécifiques santé et des missions communes à toutes les formations de l'armée de Terre. Le 1^{er} régiment médical est articulé en 7 compagnies : 3 compagnies médico-chirurgicales, une compagnie spécialisée dans la décontamination des blessés NRBC, le 810^{ème} hôpital mobile de campagne, une compagnie d'administration et de soutien, et une compagnie de commandement et de logistique.



Dans le cœur de métier, il intervient à tous les niveaux dans la prise en charge des blessés d'une force projetée en opération. Ses missions principales consistent dans le montage des structures de traitement médico-chirurgical (antennes chirurgicales, hôpitaux médico-chirurgicaux en version dite "shelters" (abris) modulables ou structure métallo-textile), le ramassage des blessés à l'avant, l'évacuation vers l'arrière après traitement initial, le ravitaillement sanitaire de toutes les structures de soins, et la décontamination médicale des blessés radio-contaminés ou intoxiqués par arme chimique. Ses personnels sont projetés, collectivement ou en individuel, sur tous les théâtres d'opérations où sont déployées les forces françaises, notamment en Afghanistan (aussi bien en soutien santé des troupes patrouillant sur le terrain, qu'au sein de l'hôpital médico-chirurgical de Kaboul), au Liban, au Tchad, ou en Côte d'Ivoire.

C'est dans cette optique que nous avons poursuivi cette journée à l'extérieur pour apprécier concrètement le savoir-

faire du 1^{er} régiment médical en matière de déploiement d'un Hôpital médico-chirurgical (HMC). Résultat de l'assemblage de près de 5 tonnes de matériels en moins de 4 heures, la structure modulaire que nous avons pu visiter, configurée pour une prise en charge optimale des blessés selon un parcours dédié, comporte notamment une salle de bloc opératoire ainsi qu'une unité de réveil-réanimation pouvant accueillir 5 à 6 blessés simultanément.



Au terme de cette journée, nous tenons tout d'abord à saluer la qualité des exposés (sur les missions du régiment et l'organisation de l'HMC ainsi que les présentations sur le terrain). Ils nous ont fourni de précieux éléments sur les formations péri médicales, le secourisme militaire et, au-delà, sur les défis que doit relever le SSA lors des opérations extérieures : les retours d'expérience d'Afghanistan ont été, à ce titre, particulièrement éclairants. Cette visite nous a présenté le terrain d'action du régiment et les difficultés qu'il peut rencontrer. En outre, nos discussions avec une OCTASSA récemment rentrée de Kaboul nous a permis de mesurer le rôle et les missions d'un OCTASSA lors des Opex. Nous avons enfin été impressionnés par la rapidité de la mise en place de l'HMC et par la qualité de ses équipements.



Mais c'est aussi la qualité de l'accueil et de l'organisation de notre visite que nous souhaitons souligner : le moment de convivialité prévu après la visite sur le terrain, est venu compléter idéalement cette journée riche d'enseignements. Il nous a permis d'échanger sur de nombreux thèmes d'actualité telle que la reconfiguration prochaine des régiments médicaux (le régiment médical de Metz sera prochainement transféré au camp de la Valbonne et fusionné avec le 3^{ème} régiment médical), d'appréhender la spécificité des missions actuelles du régiment ainsi que les missions futures qui seront celles de la nouvelle entité médicale opérationnelle du SSA. Sans conteste, cette expérience sera pour nous tous très profitable pour la suite de notre engagement.



* SLT® Clémence MAINPIN
 SLT® Pierre BOSSER
 SLT® Florent CAVELIER
 SLT® Pascal LANFRANCHI
 SLT® Frantz SABINE

Formation des Elèves de l'Ecole des hautes Etudes en Santé Publique comme officier de réserve du SSA

La Formation militaire initiale d'officier de réserve de la promotion issue de l'EHESP vient de s'achever. Elle fut un vrai succès, à la fois par le nombre de participants (28) et par sa durée qui a été allongée (2 jours de cours sur la défense et le SS et 2 semaines d'acculturation militaire à l'Ecole de Saint-Cyr Coëtquidan.

Les principales activités réalisées furent :

- entraînement physique et sportif : 8 heures
- entraînement tactique et vie en campagne : 15 heures (dont une nuit)
- instruction théorique armement plus tir au pistolet : 1 journée
- cours d'information sur la Défense : 8 heures
- activités de tradition (une marche de nuit plus cérémonie de remise des képis ; une veillée au Drapeau au musée du Souvenir, une cérémonie finale)

A noter que par rapport à la formation des années précédentes, les élèves ont pu bénéficier dans la partie « formation au commandement » à un développement, une mise en situation ainsi qu'à un exercice du commandement en gestion de crise ;

La formation s'est terminée le 15 décembre 2010 par une cérémonie au Musée du Souvenir à Saint-Cyr Coëtquidan.

Je tiens à remercier la Direction Centrale du SSA et tout particulièrement le MCS Luc GUILLOU, délégué aux réserves, la DRSSA de Brest, en particulier le Cdt LIZET, Monsieur MARIN, responsable de la formation des directeurs d'hôpitaux à l'EHESP grâce à qui nous avons pu allonger le stage, Monsieur responsable de la formation des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux, Madame GALBOIS, Madame

Les collègues OCTA d'active et de réserve chargés des cours (MC HALBERT, CI HACKETT, CDC PAUCHARD, CI HAREL, CI CAPEL, Lt CI HUGEDE) et les autorités militaires des Saint-Cyr, le Général de Division BONNEMAISON, commandant les écoles de Saint-Cyr, le Colonel MAURY, directeur des formations d'élèves, le Lt CI le SEGRETAIN du PATIS, commandant le 4^{ème} bataillon, le Cpt (f) THOMAS, commandant la compagnie, le Cpt GOERIG, Officier supérieur adjoint du 4^{ème} bataillon, le Cpt [®] GESLIN, chef de la section ORCTASSA et enfin, merci aux élèves d'avoir répondu présents.

Les échanges avec eux me permettent de dire qu'ils étaient satisfaits de cette expérience.

Il convient maintenant de faire en sorte de les fidéliser.

Lieutenant Colonel [®] Alain MICHEL



Témoignage des Elèves sur leur stage

Du 17 au 28 janvier 2011, 28 élèves volontaires de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) de Rennes ont suivi le stage d'Officier de Réserve du Corps Technique et Administratif du Service de Santé des Armées (ORCTASSA) au 4^{ème} bataillon de l'Ecole Spéciale Militaire de Saint Cyr.

Parmi les stagiaires, trois filières étaient représentées : des élèves directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S), des élèves directeurs d'hôpital et des Ingénieurs du Génie Sanitaire, avec des profils variés, les âges allant du simple au double, avec une parité parfaitement respectée.

Au programme de cette formation, un subtil mélange de cours théoriques et d'applications sur le terrain, le tout dans un contexte d'immersion dans le monde militaire. Ce stage faisait suite à un premier de deux jours sur Rennes, axé sur le fonctionnement du service de santé des armées.

Dès le premier jour, le ton est donné : réveil 5h45 ! Les premières responsabilités sont attribuées : élève de semaine, chargé pour 24h de veiller au bon déroulement de la vie au sein du bâtiment (propreté, respect des horaires de lever et coucher, sécurité...), élève de jour, responsable de la section pour les activités de la journée. Sous une petite pluie matinale, nous découvrons la cérémonie de la levée des couleurs, ainsi que notre chant de promotion, qu'il faudra connaître pour la semaine suivante : deux semaines de formation, c'est court donc nécessairement intensif ! La perception du paquetage et les premières instructions d'ordre serré permettent à chacun de disposer des éléments de base pour évoluer au sein de l'école.

Au fil des jours, l'ensemble de la section s'acclimate et assimile le vocabulaire, les grades, les règles et les codes de ce monde encore inconnu il y a peu pour la majorité d'entre nous... La cohésion se développe au sein du groupe, fortement sollicité par les nombreux exercices collectifs ou la pratique de sports sans groupes de niveaux. La vie en collectivité, la perte de repères habituels et la fatigue rendent également nécessaire l'entraide et le soutien mutuel.

Cette première semaine est marquée par l'obtention du certificat d'aptitude au tir de niveau 1, source de vives émotions. La manipulation du FAMAS, du pistolet automatique et le tir à balle réelle ne constituent pas des exercices des plus aisés ! Certains découvrent avec stupéfaction qu'ils sont capables de se servir d'une arme, tandis que d'autres, déjà un peu aguerris, s'emploient à viser aussi précisément que possible... Citons également parmi les temps forts de cette semaine, l'évolution en atmosphère viciée, la réalisation d'un parcours d'obstacle ou encore la cérémonie de remise des insignes, des képis ou marquises...

A mi-parcours de la formation, la section bénéficie d'une permission ô combien appréciée... Un week-end bienvenu qui permet à chacun de se reposer, de faire le plein d'énergie, de pansements et autres sous-pulls, dont l'utilité a pris tout son sens au cours de la première semaine !

Le dimanche 23 janvier au soir, c'est le retour de la section au complet, qui s'organise et se prépare pour la semaine : révision du chant, préparation du treillis, le tout en partageant les nouvelles du week-end. « Rigueur, discipline et convivialité », les trois mots d'ordre du Colonel Le Secretain du Patis ont été bien entendus et sont d'ores et déjà mis en application.

Le début de la semaine s'annonce plus calme. Les deux premiers jours sont consacrés à des cours théoriques en salle, avec notamment des cours « mines explosifs et franchissement », « transmissions » et « règlement de discipline générale ». C'est à ce moment que nous vivons notre première veillée au drapeau. Cette cérémonie permet à chacun de se recueillir et méditer sur les sacrifices de nos anciens pour notre patrie, mais également sur le sens de l'engagement militaire : servir et défendre.

Nous poursuivons notre découverte des traditions avec le « barbecue cohésion », moment plus décontracté pour échanger sur toutes ces expériences et découvertes, mais également sur les activités qui nous attendent encore. En effet, nous savons que le lendemain, nous partons pour la « vie en campagne »...

Ces 24h passées sur le terrain apparaissent comme majeures dans la formation. Les 11 réflexes à acquérir sont présentés au cours de la journée dans un froid que nous tentons de dissiper en faisant bon usage de nos rations que nous chauffons avec attention ! Le soir, sous couvert d'un exercice de nuit, chacun de nous se trouve pris en otage, menottes aux poignets et cagoule sur la tête... Une expérience unique, qui crée bien des émotions malgré la situation d'exercice ! Avec la même qualité d'attention qui nous a été procurée depuis le début par notre encadrement, nous enchaînons un parcours, privés d'une partie de nos repères. Au petit matin, une marche de retour d'une heure, après une nuit d'un sommeil discutable, dans un baraquement, avec notre FAMAS et notre duvet, vient clore cette vie en campagne.





Une douche salutaire, et nous voilà repartis pour une dernière journée d'activités avant la cérémonie de remise des diplômes. Nous réalisons des exercices de commandement en situation d'urgence, notre état de fatigue avancé permettant d'être dans une situation proche de la réalité. La cohésion du groupe est fortement sollicitée et pour beaucoup, nous dépassons les limites que nous pensions avoir.

Vendredi, le stage touche à sa fin. La cérémonie de remise des diplômes couronne la fin de cette formation et le Général Le Fol, Médecin Chef des services Région Terre Nord-Ouest, nous fait l'honneur de sa présence. Il nous livre de précieuses informations pour les sous-lieutenants de la promotion Jean-Yves Alquier que nous sommes à présent... En présence des représentants de l'EHESP et du service de santé des armées, un premier bilan incontestable-

ment positif est réalisé. Si tous n'ont pas découvert de vocation au cours de ce stage, beaucoup d'idées reçues sont tombées. Le savoir-faire en terme de commandement des officiers de l'armée de terre nous a impressionné et la proximité avec la notion de management fait que les enseignements prodigués auront une portée jusque dans l'exercice de notre profession : l'importance de la délégation, la force de groupe, conserver l'objectif en vue...

Nos remerciements vont également à l'association des ORCTASSA pour son soutien dans ce projet, qui nous l'espérons, se poursuivra à l'avenir.

Sous-lieutenant (R) Géraldine ROY,
Fine de la section ORCATASSA,
Promotion Jean-Yves ALQUIER

Album Photos



IMPORTANT – NDLR

L'ANORCTASSA ayant souhaité privilégier la diffusion de ses pages associatives, il a été décidé – en accord avec l'auteur – de reporter la publication de la 2^{ème} partie de l'article scientifique du Col. (R) P. VOISIN au prochain numéro. Nous le remercions de sa compréhension.

ANORCTASSA

Préparation des Elections / Assemblée Générale

TOULON 21 MAI 2011

Notre Assemblée Générale se tiendra le **samedi 21 mai 2011 à TOULON** dans le cadre des journées nationales d'instruction du GORSSA.

Nous lançons par la présente **l'appel à candidature au Comité Directeur National** pour élire conformément à l'article 10 des statuts approuvés lors de l'Assemblée Générale du 10 juin 2006, les trois membres élus dont le mandat est renouvelable cette année :

- **LCL** ® **GASTARD Jean – Administrateur**
- **LCL** ® **BONIZ Jean-Jacques – Administrateur**
- **CDT** ® **LECRIVAIN Jean-Louis – Administrateur**

- Seuls les adhérents à jour de cotisation pourront présenter leur candidature à l'élection au Comité Directeur.

Le bulletin de candidature devra être retourné au plus tard le 15 avril 2011 :

Lieutenant-colonel ® **BLONDÉ Denis**

Secrétaire Général de l'ANORCTASSA

2 Quai du Canal

77250 Moret sur Loing



Je soussigné :

Grade : **Nom** **Prénom**

Adresse :

Souhaite présenter sa candidature au Comité Directeur de l'ANORCTASSA dont l'élection se tiendra le 21 mai 2011.

Fait à : le :

Signature

NATURE ET OBJECTIFS DE LA PMS SANTE

M. Grillet*

AMITRHA

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

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

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

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

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

La préparation militaire spéciale option santé proposait aux étudiants masculins et féminins un stage qui se situait jusqu'en 2008 sur le camp militaire de BITCHE (57) et en 2009 au CISAT de Metz (57) et qui n'a pas eu lieu *depuis* dans notre région terre Nord Est pour les paramédicaux.

Elle se déroulait en deux sessions, de fin juin à mi juillet sur une période de 15 jours.

Chaque session avait une capacité d'accueil de 200 stagiaires.

LE STAGE

Ce stage s'adressait jusqu'en 2009 aux étudiants(tes) des professions de santé, de nationalité française, et dont l'aptitude médicale avait été reconnue par un médecin militaire d'active.

L'âge limite était de 30 ans sans engagement à servir dans la réserve, au-delà les stagiaires signaient un contrat d'engagement à servir dans la réserve opérationnelle.

Il s'adressait plus particulièrement aux étudiants en médecine de PCEM 1 et de DCEM de 1 à 4, aux étudiants pharmaciens, vétérinaires, dentistes, ou toute autre profession médicale. Y étaient également accueillis un certain nombre d'étudiants en formation paramédicale dans les IFSI (Institut de Formation des étudiants en Soins Infirmiers), ou de spécialités paramédicales (anesthésie, bloc opératoire..).



Section 2009 en visite à VERDUN

Ce stage *s'ouvrait* aussi, mais dans une moindre mesure, à tout étudiant externe au monde de la santé pour peu qu'il en montre intérêt et motivation.

En effet le service de santé des armées emploie principalement des personnels médicaux ou para médicaux, mais a aussi besoin de gestionnaires, de techniciens et de secrétaires.

Pour participer à ce stage une motivation particulière, et une adhésion à l'esprit militaire étaient requises. Pour certains une sélection sur dossier scolaire était faite.

Les stagiaires étaient logés, nourris et habillés pendant la durée du stage. Le déplacement depuis les foyers jusqu'à Bitche ou Metz étaient organisés par l'Armée.

LE PROGRAMME

L'instruction dispensée lors de ce stage, comprenait deux parties :

Une composante militaire :

Elle correspondait à la formation de base du combattant ; certaines disciplines sont complémentaires à l'humanitaire, topographie, transmission, instruction sur les mines et pièges. Les autres disciplines enseignées restant obligatoires et sont inhérentes à la formation militaire initiale : ordre serré, tir à l'arme de poing ou au fusil, sport, bivouacs et raids.



Livret pédagogique de santé



Livret pédagogique militaire



Ordre serré

Une composante spécifique médicale militaire ayant comme finalité de:

Mettre en évidence les applications civiles des disciplines enseignées

Prendre la circulaire médicale portant obligation de sensibiliser les professionnels de santé aux risques N.R.B.C.

Prendre le Décret de compétence (rôle propre et prescription)

Concernant la défibrillation automatisée externe

Concernant la défibrillation manuelle

D'évaluer les détresses neurologiques, respiratoires et circulatoires

De prendre en charge des blessés de guerre, des victimes de traumatismes psychologiques et de gérer un afflux massif de victimes

Ainsi que des objectifs plus transversaux comme :

D'acquérir une approche étiologique, sémiologique, clinique et thérapeutique,

De favoriser l'acquisition d'un état d'esprit et d'une attitude thérapeutique adaptés cohérents et individualisés auprès de la personne blessée ou du groupe de blessés ou de personnes atteintes d'une ou plusieurs lésions ou pathologies

D'utiliser les connaissances théoriques dans les ateliers pratiques proposés.

Et enfin de pouvoir certifier les enseignements par une attestation de formation.

Tous ces enseignements étaient dispensés autour de 3 ateliers et restitués sur le terrain par un exercice de synthèse d'évacuation de blessés fictifs à partir d'un poste de secours sur un hôpital de campagne entièrement déployé par les stagiaires ou le Régiment Médical.



Cours santé

L'ensemble du stage était sanctionné par un test noté, qui selon les universités ou instituts de formation pouvait être validant.

Des supports pédagogiques étaient distribués à chaque stagiaire :

Un pour les enseignements de santé rédigé par le médecin de réserve TH PELACCIA,

Un décrivant le service de santé des armées en opérations ainsi que la topographie, les transmissions, la hiérarchie... rédigé par les CSS BAUMGARTEN et CS GRILLET



Cours topographie

INTERET GENERAL	E.S.I+I.D.E	Autres écoles ou instituts
Découvrir la vie militaire	201	88
Participer à une expérience nouvelle	196	80
Découvrir le service de santé des armées et sa spécificité	182	74
Faire du sport	104	80

MOTIVATIONS PERSONNELLES	E.S.I+I.D.E	Autres écoles ou instituts
Approfondir ses connaissances dans le milieu de la santé	208	89
Transposer les connaissances de la PMS dans le civil	141	51
Découvrir la prise en charge extra hospitalière	141	45
Mettre en pratique les connaissances sur le terrain	79	26



TIC



Camp de Bitche



NRBC



Exercice de tir



Exercice de synthèse

APPORTS DE CE STAGE	ESI+IDE	AUTRES FORMATIONS
A apporté beaucoup de connaissances dans le domaine de la médecine d'urgence et de catastrophe	185	75
Permet de développer la cohésion, de vivre en groupe	166	95
Permet de découvrir ses propres limites	160	38
Permet de découvrir les autres et soi-même	139	70
Est source d'expériences enrichissantes d'un point de vue humain	120	57
Est enrichissant par la multidisciplinarité des stagiaires issus des formations de santé	85	50
Permet de découvrir le milieu militaire et en particulier le service de santé	189	86

EVALUATION DE CE STAGE PAR LES STAGIAIRES

Lorsque l'on demandait aux stagiaires leurs motivations et ce que ce stage leur avait apporté, ils répondaient :

Lorsque l'on posait une question en regard d'un possible engagement à servir dans la réserve :

dians des facultés de médecine, de dentaire d'apprendre à se connaître et à travailler ensemble.

Les étudiants passent donc les 15 jours de cette formation 24h/24 en petits groupes, ce qui leur permet d'éprouver l'importance de la cohésion de leur section pour mieux gérer les différentes épreuves

		ESI+IDE	Autres
		formations	%
OUI	34	15	14,85
NON	74	27	30,60
PEUT ETRE	106	62	50,90
Non réponse	2	2	1,22
Autre motif	Déjà réserviste : 6	Déjà réserviste : 2	2,43
TOTAL	222	108	100%

CEREMONIE DE CLOTURE DU STAGE

A la fin de chaque session, une prise d'arme avec remise d'insigne, en présence des autorités et des familles, concluait ce stage.

Le médecin de réserve C RIS voit ce stage comme :

« Tout d'abord, les étudiants provenant des différents établissements et des différentes structures dans le domaine de la santé sont répartis dans des sections d'une vingtaine d'individus. Ce qui permet à des étudiants de différents instituts de formation en soins infirmiers, d'étu-

qu'ils doivent affronter, en s'entraînant et en mutualisant leurs compétences respectives par une répartition intelligente et efficace des rôles.

D'autre part, lors de certains exercices de simulation, les rôles peuvent se retrouver inversés. Ainsi, un élève infirmier va se voir attribuer pour cet exercice des fonctions de médecin trieur alors qu'un futur médecin va devoir être brancardier. Cela est très enrichissant et permet aux futurs professionnels de santé d'apprendre à se faire mutuellement confiance et à faire fonctionner une équipe en osmose.

Enfin, la préparation militaire santé comprend de nombreux exercices pratiques qui ne font pas partie de l'enseignement « classique » comme la topographie ou le brancardage en terrain accidenté qui peuvent se révéler très utiles lors de certaines interventions « en dehors des sentiers battus » lors de gardes de SAMU par exemple. Les exercices pratiques concernant les risques NRBC comme la marche en tenue de protection avec masque sont non seulement impressionnants mais surtout très formateurs pour ces futurs soignants. »

Une infirmière ayant vécu ce stage en tant étudiante Melle DAUBANTON rapporte ces propos :

« Tout d'abord, la PMS a été pour moi, deux semaines où j'ai appris une grande partie des qualités que représente le métier d'infirmier.

Dans un premier temps, cette manifestation m'a permis de comprendre ce qu'était le travail d'équipe et son importance au sein d'un groupe. J'ai pu découvrir par l'intermédiaire de la PMS qu'il ne fallait pas dire " qu'on savait travailler en équipe" mais qu'il fallait vraiment apprendre à se connaître et explorer les qualités et les défauts de chacun. Cela m'a permis de comprendre vraiment chaque être du groupe, de développer un sens de l'écoute et ainsi souder les forces de chacun pour établir un travail de qualités. J'en ai conclu par l'intermédiaire des exercices que l'équipe pédagogique avait établi que naturellement chacun prenait une place dans ce groupe et que ces places constituaient la hiérarchie. Hiérarchie, *soit dis en passant*, très importante dans notre métier, car nous sommes en quelque sorte la tête d'une équipe (IDE, AS, ASH).

Pour moi, ce sont les deux grandes qualités qui se sont *transposées* directement dans ma vie professionnelle car lorsqu'on est étudiant on ne fait pas vraiment *partie* d'une équipe et nous ne sommes pas à la tête d'une équipe.

Dans un deuxième temps, je me suis rendue compte que lorsqu'on était en tête d'une équipe, qu'on donnait les instructions, les responsabilités étaient de taille. En effet, lors des jeux de rôle sur le terrain, lorsqu'on était chef d'équipe, nos décisions étaient celles établies qu'elles soient bonnes ou mauvaises. Nos coéquipiers suivaient les instructions. On peut dire que ça nous met sur les réalités du terrain. A l'hôpital, toutes

les décisions que nous prenons ont des répercussions sur nous mais surtout sur nos patients. La prise de conscience des responsabilités lors de ces 15 jours a été bénéfique. Il est vrai aussi que cela nous le voyons lors de nos stages et par la prise en charge de nos patients.

De surcroît, la PMS m'a appris à m'adapter à chaque situation et à chaque membre d'une équipe. On a appris à travailler dans la rapidité sans paniquer et surtout à gérer des situations d'urgences. Sans ce stage de 15 jours, je n'aurais jamais su gérer les situations d'urgence au sein de mon service sans paniquer et sans m'embrouiller dans les points clés d'une prise en charge d'urgence. Des automatismes ont été adoptés. Les connaissances apportées avec logique permettent de comprendre une situation et d'agir en fonction des faits.

Dans un troisième temps, j'ai découvert le monde militaire avec ses défauts mais aussi ses grandes qualités. La rigueur faisait partie de leurs quotidiens. Tous les jours, organisation rigide et stricte. On a appris à faire partie de leur quotidien. On a intégré leur grande famille pendant ses 15 jours: Ordre serré, chant militaire, stratégie d'attaque, armement, TIG, levé du drapeau, pompe, rangers, treillis, peinture de guerre, « *le thon* » était aussi de la partie.

Enfin, on a su trouver nos forces mais on a pu connaître aussi nos limites physiques et *mentales* ».

CONCLUSION

Ce stage de préparation militaire était plébiscité chez les étudiants. Il l'est encore aujourd'hui avec le nouveau cursus la formation ils sont 72% à souhaiter le faire sur une promotion de 85 étudiants en soins infirmiers alors que celui-ci ne validerait peut être pas un stage et qu'il pourrait s'effectuer sur leur temps de vacances scolaires.

Pour nous enseignants, c'était un plus dans la formation de nos étudiants, aucun n'est resté sans en tirer un profit quelqu'il soit.

Un certain nombre d'entre eux ont signé un engagement à signer dans la réserve opérationnelle et son même partis en OPEX.

* Cadre de santé de réserve
DRSSA de Metz



Sport



Diplôme remis



Insigne



Remise d'insigne

par

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

AVIATEURS EN INDOCHINE, DIÊN BIÊN PHU

Patrick-Charles RENAUD* – 113, Avenue Foch – 54270 Essey-lès-Nancy

Tél. : 03.83.20.13.38 – e-mail : patrick-charles.renaud@orange.fr

Au-dessus de la vallée de Diên Biên Phu, le 20 novembre 1953, à 10 H 30.

Une armada de Dakota largue les parachutistes du Bataillon Bigeard. Le spectacle est grandiose. Baptisée " Castor ", la plus grande opération aéroportée de toute la guerre d'Indochine n'aurait jamais été déclenchée si, ce jour-là, la météo n'avait pas été favorable...

La décision d'installer une base aéroterrestre en pleine brousse, à 300 kilomètres d'Hanoi dans une région contrôlée par le viêt-minh, incombe au général Navarre, Commandant le Corps Expéditionnaire Français en Extrême-Orient. Le 1er janvier 1954, alors que ses services de renseignements l'alertent sur les moyens considérables que l'ennemi achemine depuis la Chine, il prédit :

Diên Biên Phu sera avant tout une bataille d'aviation

Du 20 novembre 1953 au 7 mai 1954, les Aviateurs allaient devoir pousser progressivement leur action au-delà des limites de la résistance humaine. Sans les équipages de l'Armée de l'Air, de l'Aéronavale, de l'Aviation Légère d'Observation d'Artillerie, des Compagnies Aériennes civiles réquisitionnées mais aussi de pilotes Américains héritiers des Tigres Volants, le camp retranché n'aurait jamais vu le jour et la garnison n'aurait pu survivre et combattre. Outre les conditions météorologiques le plus souvent médiocres, les équipages ont dû affronter une D.C.A. ennemie agressive et meurtrière, comparable à la Flak allemande au-dessus de la Ruhr durant la seconde Guerre mondiale. La piste, neutralisée dès les premiers jours de l'attaque par l'artillerie viêt-minh, obligea les Dakota et les Flying Boxcar à faire du ravitaillement d'assaut dans des conditions plus difficiles qu'à Stalingrad, tandis que les chasseurs et les bombardiers piquaient sur les nombreux canons et mitrailleuses.

Plusieurs années de recherches ont été nécessaires à l'auteur pour recueillir les témoignages et consulter de nombreuses archives souvent inédites, militaires et civiles, officielles et privées, françaises et étrangères, lui permettant ainsi de relater dans le détail le rôle joué par les Aviateurs du 30 novembre 1952, jour où le poste a été enlevé une première fois par le viêt-minh, à la récupération des blessés et des évadés après les combats, en mai et juin 1954.

Cinquante ans après, Aviateurs en Indochine constitue le premier livre qui traite, dans son ensemble, de l'action de l'aviation durant la Bataille de Diên Biên Phu, qui, en fait, fut La bataille de la guerre d'Indochine.

ALGERIE CHRONIQUE D'UNE GUERRE AMNESIQUE

Patrick-Charles RENAUD* – 113, Avenue Foch – 54270 Essey-lès-Nancy

Tél. : 03.83.20.13.38 – e-mail : patrick-charles.renaud@orange.fr

Près d'un demi-siècle après la fin des "événements", les cicatrices ne sont pas encore refermées. Le mutisme et la méfiance prévalent toujours lorsqu'il s'agit de solliciter les acteurs de la Guerre d'Algérie.

Ce livre, richement documenté, aide à comprendre ce que fut réellement ce conflit : ses origines, son déroulement, et son dénouement. Grâce aux archives officielles et à de nombreux témoignages authentiques publiés sans censure ni fioriture, l'auteur en évoque ses différents aspects.

Au fil des mois, ce conflit prit une telle ampleur que des jeunes gens de métropole furent envoyés de l'autre côté de la Méditerranée par paquebots entiers pour être plongés, malgré eux, dans une détresse physique et psychologique sans équivalents. Malgré ces conditions difficiles, ils ont assuré le maintien de l'ordre à la demande de leurs pays, pour une cause perdue. Peut-on parler de "guerre amnésique" ? Sans aucun doute car, plus que les autres, l'Algérie suscite chez ceux qui l'ont connue et aimée des sanglots de douleur muette.

L'auteur a mis dans ce livre le fruit de plus de vingt-cinq années de recherches au cours desquelles il a contacté de nombreux anciens, du soldat de deuxième classe au ministre des Armées. Chapitre après chapitre, sa plume s'est tellement chargée d'émotions qu'elle vous noue parfois la gorge ou vous révolte, jusqu'à l'amertume.

*prix littéraire Raymond Poincaré (2003)

Prix Bergé de la Société de Géographie Humaine de Paris (1994)

Prix du Général Chassin Robert Dufourg de l'Académie Nationale des Sciences, Belles Lettres et Arts de Bordeaux (1993)

CHRONIQUE MILITAIRE DE LA CHUTE DU MUR

Daniel Roudeillac

« attaché de défense » à Bonn 1989-1992

28 € • 292 pages

Peu d'armées au monde, pour ne pas dire aucune, ont été confrontées à autant de défis, en situation de paix. La Bundeswehr se voit en effet contrainte de faire face, au lendemain de la chute du mur à la fusion/absorption de l'armée est-allemande, à la gestion du repli des forces soviétiques, au soutien financier des unités alliées engagées dans le Golfe, à l'envoi de contingents militaires en Turquie, tout en

devant préparer le futur outil militaire d'une Allemagne désormais souveraine, soucieuse de pouvoir affronter, avec ses partenaires, les nouvelles menaces en Europe et dans le reste du monde.

L'instabilité de la zone des Balkans et la fragilité de l'Union soviétique ne cesseront de l'inquiéter. Le putsh de Moscou et l'écroulement brutal du bloc soviétique éveilleront de nombreuses craintes, au premier rang desquelles figurent le nucléaire. L'éclatement de la Yougoslavie lui fera prendre conscience que la sécurité et la stabilité en Europe ne sont pas choses acquises et que l'Europe se doit d'édifier ce pilier de défense, dont on commence à dire qu'il n'est pas exclusif du lien transatlantique.

L'auteur :

Saint-Cyrien, le général de division (2S) **Daniel Roudeillac** est né en 1937. Il sert dans les troupes aéroportées jusqu'en 1994, et exercera notamment les fonctions de Commandant supérieur en Caraïbe, Chef de corps au Liban et au Tchad, il commande le Groupement aéroporté avant de rejoindre Bonn en juin 1989 où il sera l'Attaché de Défense de l'ambassade de France en Allemagne. Il suit à ce titre les travaux des planificateurs de la Bundeswehr et veillera à la pérennité de la coopération militaire franco-allemande. Germaniste, co-auteur d'un dictionnaire de défense, ancien auditeur du Centre des Hautes Etudes Militaires (CHEM) et de l'Institut des Hautes Etudes de la Défense Nationale (IHEDN), le général D. Roudeillac est Officier du Mérite de l'Allemagne Fédérale et Commandeur de la Légion d'Honneur et de l'Ordre National du Mérite.

Contact promotion et diffusion

Emmanuelle Mouche - Editions l'Harmattan - Sciences Humaines

7, rue de l'école Polytechnique 75005 Paris
Tél : 01 40 46 79 22 / Fax : 01 43 25 82 03 /
emmanuelle.mouche@harmattan.fr

L'ART DU COMMANDEMENT

Alexandre, Wellington, Grant et Hitler : quatre grands stratèges et « maitres de guerre » au charisme différent, auxquels John Keegan s'intéresse, à travers l'analyse de leur psychologie. Selon ce spécialiste de l'histoire militaire, auteur de La Première Guerre mondiale et La Deuxième Guerre mondiale, ces hommes incarnent chacun une grande famille de commandement militaire, qui illustre autant d'âges successifs que de conflits historiques. Du temps héroïque d'Alexandre le Grand à la démesure de la guerre totale menée par Hitler, ce livre fournit au lecteur des clés pour comprendre comment le temps du nucléaire a, de nos jours, supplanté l'ère du commandement. John Keegan, éd. Perrin, 566p., 26€

**DICTIONNAIRE DES MÉDECINS,
CHIRURGIENS ET PHARMACIENS DE
LA MARINE**

Ce dictionnaire biographique est le résultat d'un long travail d'exploitation d'archives, notamment celles conservées par le Service historique de la Défense.

Il retrace les vies, souvent passionnantes, de plusieurs milliers de médecins, pharmaciens et chirurgiens qui, depuis 1666 – date de la nomination du premier médecin du port de Toulon –, participèrent à l'exploration du monde et jouèrent les premiers rôles dans l'étude de maladies inconnues en Europe. Un ouvrage exhaustif indispensable à tous les passionnés d'histoire de la médecine ou d'histoire maritime. Sous la direction de Bernard Brisou et de Michel Sardet, éd. du Service historique de la Défense, 874p., 30€

**PSY DES CATASTROPHES : DIX AN-
NÉES AUPRÈS DES VICTIMES**

Editeur : Imago, Paris, France

Auteur : Christian Navarre

Préface : Louis Crocq

Prix : 18.00€ / 118.07 F

Catastrophes naturelles avec le tsunami, humaines avec la guerre au Kosovo, aériennes avec le crash de Charm-El-Cheikh... Une fois pensées les blessures physiques, demeurent toujours, pour les rescapés mais aussi pour les proches, une intense souffrance physique : frayeurs, angoisses, pleurs, insomnies et cauchemars, reviviscences visuelles et auditives de l'événement traumatisant...

Face au terrible choc émotionnel résultant de la confrontation directe avec l'horreur, il convient d'apporter, sur le terrain même puis dans les jours qui suivent, une aide psychologique : tel est le rôle des Cellules d'Urgence

Médico-psychologique. Mais qui sont ces cliniciens volontaires qui interviennent au cœur des drames collectifs ? Et comment ces thérapeutes de l'extrême vivent-ils ces missions dont eux-mêmes ne reviennent pas toujours indemnes.

À partir de nombreux exemples, le docteur Christian Navarre relate l'histoire de ces structures de secours dont il fut l'un des pionniers. Il analyse les différents troubles pathologiques surgissant – de façon brutale ou différée – de ce face-à-face soudain avec la mort, et décrit les recours thérapeutiques proposés aux victimes. Il nous offre ainsi, à travers son expérience et son parcours, un émouvant témoignage sur la vocation et la passion de l'aide humanitaire.

Christian Navarre est psychiatre, chef de service au centre hospitalier de Rouvray (Seine-Maritime). Auteur d'importants articles sur le soutien psychologique, il a participé à de nombreuses missions à l'étranger.

Louis Crocq a créé le Réseau National des Cellules d'Urgence Médico-psychologique. Il est psychiatre des armées, professeur associé honoraire de psychologie pathologique, université de Paris V.



INDEX 2010

I – TABLE DES MATIÈRES PAR AUTEURS

- BOLNOT F-H (VC) (R), THILL M. (VP) : La chaîne alimentaire face au risque provoqué intentionnel - n°1 p 26-35.
- CAPEL J-P. (COL) (R) : Ce que l'officier réserviste opérationnel OCTA du SSA doit savoir en matière de notation, avancement, décorations - n°2-3 p 52-53.
- CARON J-D. (MC) (R) : Réserviste des éléments français du Tchad à Faya-Largeau - n°4 p 24-27.
- DANAN J-L (LCL) (R) : La réforme des études en soins infirmiers, quels enseignements pour quelles compétences ? - n°4 p 46-49.
- DEBAERE O. (Docteur Vétérinaire). CALVET F. (VP) : Les cas de rage chez les animaux domestiques en France métropolitaine et en Guyane - n°2-3 p 40-43.
- DENOIX E. (PC) (R) : Pharmacien-Chef d'un GMC en OPEX - n°2-3 p 34-37.
- DULOU R. (MC) (R), DELMAS J-M. (MC), BLONDET E. (MC), LAMBERT E. (MC), DAGAIN A. (MP), GOASGEN O. (MC), DE SOULTRAIT F. (MC), PERNOT P. (MCS) : L'équipe neurochirurgicale mobile - n°2-3 p 20-23.
- FRAJDER H. (CDC) (H) : A propos d'une période effectuée sur l' « HMS ILLUSTRIOUS » (Royal Navy) et l' « ARGUS » (Royal Fleet Auxilliary) - n°2-3 p 47.
- GATEAU P. (CDC) (R) : L'éclaircissement dentaire - n°2-3 p 48-50.
- GIBON C. (VC) (R) : Le réseau des abattoirs de boucherie en France de 1960 à 2010 - n°4 p 30-33.
- GERVAISE A. (Méd. Lt, interne), LAPIERRE M. (Méd. Lt, interne), PERNIN M. (Méd. Lt, interne), NAULET P. (MA praticien confirmé), DARBOIS H. (MP praticien confirmé), ESPERABE-VIGNAU F. (MC praticien certifié) : Fracture de fatigue du militaire, quelle imagerie en 2010 ? - n°1 p 19-23.
- GUILLOU L. (MCS) : Propos du Délégué aux Réserves du SSA - n°2-3 p 3.
- HERSAN O. (MC) : Le système d'information numérique standardisé (SINUS) - n°2-3 p 12-17.
- JOLY G. (CDS)(R) : Implantologie orale - n°1 p 36-39.
- LASSELIN P. (MC) : Evasan et Rapasan, une chaîne bien rodée au service des militaires - n°1 p 6-7.
- LE ROUX C. (MCS) (R) :
 - L'OTAN dans un monde déstabilisé- n°2-3 p 6-7.
 - Les Réserves au sein de l'OTAN, recrutement et fidélisation du personnel médical à propos du rapport remis au COMEDS par la CIOMR - n°2-3 p 8.
- LOCHERER B. (ICAS) (R) : Les bactéries multi-résistantes (BMR) - n°2-3 p 54-57.
- MARTINOT M. (Hôpitaux civils de Colmar), FEDERICI L., MOHSENI-ZADEH M., AGUILLON S., GRAWAY I., DE BRIEL D., HANSMANN Y. (Hôpitaux Universitaires de Strasbourg), CHAUVIN A., (Ecole Nationale Vétérinaire, Nantes) : Emergence des babésioses en Alsace - n°1 p 24-25.
- MICHEL A. (LCL) (R) : Formation des officiers de réserve du corps technique et administratif du SSA, bilan du partenariat avec l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - n°1 p 42-43.
- NEDELLEC G. (MGA) : Le mot du Directeur Central - n°1 p 3.
- PAPILLAULT DES CHARBONNIERES L. (MC) : Une évaluation des pratiques professionnelles de médecine d'unité sur le dépistage des cardiopathies - n°1 p 16-18.
- RATEAU H.P. (CDC), BERGER D. (CDC) (R), ROUAS A. (CDC) (R) : Opération extérieure « Séisme Haïti 2010 », la mission d'identification humaine - n°4 p 34-37.
- RIAUD X. (CDP) (RC) : Hippolyte MORESTIN (1869 – 1919) - n°2-3 p 44-46.
- RIBOT E.J., MIRAUX S., BOUCHAUD V., BOUZIER-SORE A.K., POURTAU L., DELVILLE M.H., THIAUDIERE E., FRANCONI J.M., VOISIN P. (COL) (R) : Un véhicule de gênes et d'agents de contraste pour des thérapies anti-gliomes : la microglie, partie 1 : Contraintes et stratégies - n°4 p 38-43.
- SAUVAGEON X. (MC) (R) :
 - Editorial n°1, p 3
 - Le mot du Président - n°4 p 4.
- WAGNER X. (MC) (R) : Opération Pangea III, la lutte contre les réseaux de vente illicite de médicaments sur Internet - n°4 p 12-13
- MOULINIE J.P. (MCS) (H), PAUCHARD J.M. (CDC) (R) : Adresse à nos lecteurs ou « varia » autour d'une ligne éditoriale - n°4 p 3.

II – TABLE DES MATIÈRES PAR CHAPITRES

1 - Compte rendus des activités

- Visite de la Base Aérienne 102-GUYNEMER Dijon le 14 janvier 2009 - TUFFREAU E. (CDP) (R), BLANCHET P. (CD) (R) - n°1 p 8-9.
- Journée d'instruction du 4 mars 2010 à Lyon – LEHOT J-J. (MC) (R), CUMINAL (CDP) (R), BISMUTH P. (MP) (R), MOLLARD (SC) (R) - n°1, p 9.
- Journées Nationales d'Instruction du GORSSA, Lille, 28 et 29 mai 2010 – ASTIN L. (MC) (R) - n°1, p 10-13.
- Journée de formation continue des chirurgiens-dentistes de réserve de la région nord-est à l'HIA LEGOUEST de Metz – CROVELLA B. (CDC) (R) - n°1, p 40.
- Journée d'instruction régionale des chirurgiens-dentistes de réserve du SSA en région de Brest au 2ème Régiment de dragons NBC à Fontevraud-l'Abbaye le 1er avril 2010 - n°1, p 40.
- Nouvelles de la filiale de Brest : des réservistes en exercice le 27 mars 2010 à Remilly-sur-Lozon - n°1, p 42.
- Journée Nationale de l'Association des Militaires Infirmiers Techniciens de Réserve des Hôpitaux des Armées le 11 mars 2010 à l'Ecole du Val de Grâce – SEVRAIN D. (ICN) (R) - n°1, p 44-45.
- Le 15ème RRSSA, un succès mérité – PIOT J. (MCS) (R) - n°2-3, p 9-10..

- La 4ème Journée régionale d'instruction vétérinaire, DRSSA Brest le 29 avril 2010 – MANET G. (VC) (R) - n°2-3, p 10.
- Journée d'instruction du CIRSSA de Lorraine le 30 juin 2010 - n°2-3, p 11.
- Assemblée Générale de l'UNMR, Lille le 29 mai 2010 - n°2-3 p 24-31.
- Journées européennes du patrimoine 2010, Baudéan (Hautes-Pyrénées), hommage au Baron Dominique LARREY – PECHEUR P. (CDC) (R), DELOBEL J-P. (CDC) (R) - n°4, p 14-15.
- Journées interrégionale des pharmaciens de réserve en DRSSA de Brest et de Saint Germain-en-Laye du 21 septembre 2010.– DENOIX E. (PC) (R) - n°4, p 28-29.
- Formation des chirurgiens dentistes de réserve, Ecole du Val de Grâce du 18 au 21 octobre 2010 – MIENVILLE M. (CDP) (R) - n°4, p 37.
- Journée d'instruction de l'ANORCTASSA le 25 septembre 2010 à l'HIA du Val de Grâce – BLONDE D. (LCL) (R) - n°4, p 44.

2 – Informations

- Un officier de réserve adjoint au Secrétaire Général du CSRM - n°1 p 5.
- 27ème rallye régional santé en zone de défense nord le 11 septembre 2010 - DALMAS S. (MC) (R), FLOQUET P - n°1 p 9.
- Informations officielles, nominations, promotions, législation, réglementation - n°1 p 14-15, n°2-3 p 18-19, n°4 p 16-19.
- Journées Nationales d'Instruction de la FNCDR le 27 novembre 2010 - n°1 p 41, n°2-3 p 51.
- Hommage du Premier Ministre au Général BI-GEARD - n°2-3 p 4.
- Décès du Pharmacien en chef (H) Georges VIALA – SCAGLIOLA N. (PC) (R) - n°2-3 p 39.
- Réceptions dans la Légion d'Honneur : deux Présidents nationaux et trois de nos camarades distingués – PAUCHARD (CDC) (R) - n°2-3 p 4.
- Conseils d'Administration de l'UNMR – MESLIER Y. (MC) (R) – n°2-3, p 32 – ASTIN L. (MC) (R) - n°2-3 p 33.
- Prise d'Armes au Val de Grâce le 28 juin 2010 – SCHALBER J-C. (PC) (R) – n°2-3, p 38-39.
- Le Général TAVERNIER, nouveau Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Réserve Militaire : biographie et message – n°4, p 4.
- Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris : conférences de réanimation pré-hospitalière 2010-2011 – n°4 p 5.
- SIRSSA de Lyon, Journée réserve du 17 Mars 2011 : « les armes à létalité réduite » - n°4 p 5.
- Journées Nationales d'Instruction du GORSSA les 20 et 21 Mai 2011 à Toulon - n°4 p 20-23.
- L'un des nôtres à l'honneur : remise de la médaille d'honneur du SSA au Colonel (R) CAPEL J-P. – MICHEL A. (LCOL) (R) : n°4 p 44.

3 – Bibliographie

- SICÉ MH (Mme), MOULINIE J-P. (MCS) (H), PAUCHARD J-M. (CDC) (R) - n°2-3 p 58, n°4 p 50.

RECOMMANDATIONS aux AUTEURS

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

REGLES GENERALES

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

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

Ils doivent comprendre :

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

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

PRESENTATION et CONSEILS de REDACTION

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

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

ICONOGRAPHIE

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

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

SOUMISSION d' un ARTICLE pour PUBLICATION

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

À CONNAÎTRE : ADRESSES « COURRIEL » DE LA RÉDACTION

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

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

Secrétariat général : *info@unmr.org*

Correspondants de rédaction :

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

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

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

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

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

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

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

Actu GORSSA



UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

AMITRHA