

# Actu GORSSA



Trimestriel - décembre 2011



## AFGHANISTAN - FOB TORA -



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

2<sup>ème</sup> année  
n°4

## Revue commune à :



**UNMR**  
**Union Nationale**  
**des Médecins de Réserve**



**FNPR**  
**Fédération Nationale**  
**des Pharmaciens de Réserve**



**UNVR**  
**Union Nationale**  
**des Vétérinaires de Réserve**



**FNCDR**  
**Fédération Nationale des**  
**Chirurgiens-Dentistes de Réserve**



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



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

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

**Actu**  
**GORSSA**

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

**Directeur de la Publication : Xavier SAUVAGEON**

### COMITÉ DE RÉDACTION

**Rédacteur en Chef : Jean-Pierre MOULINIE**

**Délégué Général : Jean-Michel PAUCHARD**

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

**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 : 3<sup>e</sup> trimestre 2011**

**ISSN : 2110-7424**

**Crédits photographiques : F.M-L, J-DC, J-MP, DR, EB, C-R, NS, MIN.DEF, HIA/DES, HIA/VDG, HIA/PEP, CHA/B**

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

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

## Editorial

Les fêtes de Noël sont passées. Cet éditorial est l'occasion de vous souhaiter une bonne et heureuse année 2012. J'ai une pensée particulière pour les réservistes opérationnels qui participent pendant ces périodes de rapprochement familial, à des missions ou des opérations extérieures au sein des forces françaises.

Cette implication à l'occasion de ces fêtes, montre la vitalité de la réserve du SSA et l'investissement extrêmement important de ses membres, quelque soit le niveau de responsabilité.

A l'aube de cette nouvelle année, la réserve du SSA va encore vivre de grandes évolutions. Après l'adaptation à la nouvelle organisation des CMA, l'intégration au sein du SIRHet le passage à la solde sous Louvois, nous allons devoir investir dans une transformation qui va changer les habitudes.

Tout d'abord, notre administration va progressivement se concentrer à Toulon, au bureau central de l'administration du personnel militaire du service de santé des armées (BCAPMSSA), tout en gardant la gestion (l'emploi) dans les DRSSA. Ceci va permettre d'harmoniser notre administration. . . .

Par ailleurs, la formation initiale sera également réorganisée dans un but de coordination et de rationalisation.

Toutes ces modifications vont entraîner l'édition de nouveaux



François MONTAGNE - LAINÉ

textes provisoires structurant, vous permettant d'avoir une meilleure vision de l'évolution de la réserve.

Toute cette réorganisation est souhaitée afin de vous apporter une meilleure qualité de service, de vous rendre plus serein pour servir dans le SSA et faciliter votre engagement citoyen.

Depuis plus de six ans que j'ai l'occasion de rencontrer (de croiser) certains d'entre vous que ce soit par le biais des associations ou personnellement, je sais que votre engagement peut parfois être contraignant et que ce don de soi au profit du SSA et des armées est souvent désintéressé. Par ces temps de crise et de tendance à l'isolement des mem-

bres de notre société, votre engagement au profit du SSA et des armées est pour beaucoup d'entre vous désintéressé et reconnu à sa juste valeur par le service dans lequel, j'espère, vous trouvez l'épanouissement recherché.

Je suis sûr qu'à l'aube de cette nouvelle année, pouvoir toujours compter sur vous et avec le soutien des associations des réservistes du SSA faire vivre notre réserve et nous soutenir dans les réformes. Je serais toujours à votre écoute par le biais de vos associations ou personnellement.

Je vous souhaite ainsi qu'à vos proches, tous mes vœux de santé, de bonheur et de vous réaliser dans les actions que vous mènerez.

MC CUEFF Serge

## Sommaire

<b>Editorial</b>	<b>3</b>	<b>« Avec »... l'UNMR</b>	<b>18</b>
<b>Cursus Médecin Chef CUEFF</b>	<b>4</b>	<b>« Avec »... la FNPR</b>	<b>26</b>
<b>Hommage au Président FOURES</b>	<b>5</b>	<b>« Avec »... l'UNVR</b>	<b>30</b>
<b>Éthique</b>	<b>6</b>	<b>« Avec »... la FNCDR</b>	<b>36</b>
<b>RETEX</b>	<b>10</b>	<b>« Avec »... l'ANORCTASSA</b>	<b>44</b>
<b>Journée aux Invalides</b>	<b>11</b>	<b>« Avec »... l'AMITRHA</b>	<b>48</b>
<b>Infos « Officielles »</b>	<b>12</b>	<b>Ouvrages parus - Bibliographie</b>	<b>50</b>
<b>Journées Nationales Lyon</b>	<b>14</b>		

## CURSUS DU MEDECIN EN CHEF CUEFF SERGE

Né le 23 mars 1958 à Brest (Finistère)

Marié, 2 enfants

Le 6 septembre 1976 : Engagement souscrit auprès des écoles du service de santé.

Ecole du service de santé à Lyon.

Le 25 novembre 1983 : Docteur en médecine.

Le 01 janvier 1983 : Nommé Médecin des armées.

Le 01 novembre 1983 : Officier de carrière.

Le 01 juillet 2000 prise de rang dans le grade de médecin en chef.

### AFFECTATIONS :

- **Direction Centrale du Service de Santé des Armées** – 1<sup>er</sup> novembre 2011  
Délégué aux réserves du service de santé des armées  
Chef du bureau « réserves »
- **Direction Centrale du Service de Santé des Armées** – 1<sup>er</sup> septembre 2010  
Adjoint au chef de bureau « Réserves ».
- **Direction Régionale du Service de Santé des Armées de Toulon** – 1<sup>er</sup> mars 2007  
Chef du Bureau Organisation Ressources Humaines.
- **Direction Régionale du Service de Santé des Armées de Toulon** – Août 2005  
Adjoint du Bureau Organisation Ressources Humaines.
- **Base Aérienne 365 Le Lamentin** (Martinique) - Juillet 2003  
Médecin chef,  
Médecin de prévention,  
Médecin chargé du personnel navigant,  
Responsable de la SAR  
Médecin expert au profit de la Direction Générale de l'Aviation Civile.
- **Base Aérienne 279 de Châteaudun** – Août 1998  
Médecin chef,  
Médecin de prévention  
Médecin chargé du personnel navigant.
- **Détachement Air 160 de Ouakam** (Sénégal) - Juin 1996  
Médecin chef,  
Médecin chargé du personnel navigant  
Médecin de prévention.
- **Base Aérienne 120 de Cazaux** - Septembre 1991  
Médecin adjoint chargé du personnel navigant,  
Médecin responsable du nucléaire  
Médecin responsable de la SAR.
- **Base Aérienne 217 de Brétigny sur Orge** - Septembre 1988  
Médecin adjoint.
- **Base Aérienne 914 de Romilly** – Prunay - Juin 1984  
Médecin adjoint.

### MISSIONS EXTERIEURES :

- **Opération EUFOR TCHAD-RCA** à N'Djaména : Du 11 Janvier 2008 au 6 mai 2008.  
Médecin chef de théâtre :  
Médical director de l'opération,  
Médical advisor du force commandeur EUFOR,  
chef de la cellule JMED.
- **Opération EUFOR TCHAD-RCA** à Creil : Du 21 octobre 2007 au 20 décembre 2007.  
Planification de la partie santé : rédaction de l'OPLAN et de l'OPORD.
- **Opération EPERVIER** à N'djaména : Du 5 Juillet 2006 au 4 Novembre 2006.  
Médecin chef de théâtre : COMSANTE
- **Opération CARBET** à Haïti : De Mars à fin Juin 2004.  
Réalisation de missions à partir de la Martinique pour

des EVASAN, le suivi du personnel navigant en opération et la réalisation de soins spécifiques (ostéopathie) à certains personnels (personnels navigants et combattants).

- **Opération TRIDENT** à Pétrovec (Macédoine) : Du 13 Février 2001 au 19 Juin 2001.  
Médecin chef du groupement santé de la base de soutien à vocation interarmées (BSVIA) et responsable du point d'évacuation par voie aérienne (PEVA).
- **Opération EPERVIER** à N'djaména : Du 22 Septembre 1995 au 28 Janvier 1996.  
Médecin chef et médecin du personnel navigant de la base de Kosseï à N'djaména
- **Détaché au profit de la FORPRONU et du Haut Commissariat aux Réfugiés (HCR) à Sarajevo** : Du 19 Avril 1994 au 28 Juillet 1994.  
Médecin gestionnaire des EVASAN de la place de Sarajevo
- **Opération ACONIT** à Incirlik (Turquie) : Du 15 Novembre 1992 au 09 Avril 1993.  
Médecin chef des éléments français et médecin chargé du personnel navigant.

### ACTIVITES :

- Planification de l'exercice « Plan Urgence et Intervention » 2010
- Planification et responsable du dispositif santé de la défense lors du sommet Afrique-France à Nice - 2010
- Gestionnaire des moyens santé de la défense en zone sud lors de la grippe A H1N1 – septembre 2009 – mars 2010.
- Supervision de la mise en place des Centre Médicaux des Armées.
- Participation au groupe de projet « soutien des forces » dans le cadre de la réorganisation du Service de santé dans les forces (2008-2010).
- Planification exercice ESTEREL 2008
- Planification et participation au exercice ESTEREL 2006
- Contrôleur exercice nucléaire de niveau 3, base aérienne 125 - 2006
- Organisation et direction de dispositifs santé de 2 meetings aériens et d'une journée porte ouverte.

### DIPLOMES – STAGES :

- Doctorat d'Etat de médecine : 25 Novembre 1983, Lyon I.
- Brevet de Médecine aéronautique et spatiale n°954 : 1984
- Qualification de médecine générale : Juillet 1993
- DIU de Santé Humanitaire, option « Gestion de crise » : 2001, Faculté de Lyon et Aix-Marseille.
- DIU de Médecine manuelle – Ostéopathie : Juin 2003, faculté de Bobigny.

### Stages :

- Cycle supérieur de management option ressources humaines 2010-2011 (CFMD)
- Stage de gestion des ressources humaines par la masse salariale 2010 (CFMD)
- Stage négociation interpersonnelle 2010 (CFMD)
- Auditeur des sessions méditerranéennes des hautes études stratégiques et de l'armement (CHEAR) 19ème promotion.
- Stage de prospectives stratégiques 2009 (CFMD)
- Stage de pilotage des ressources humaines 2009 (CFMD)
- Stage de conduite du changement 2009 (CFMD)
- Stage gestion prévisionnel des ressources hu-

maines 2008 (CFMD)

- Stage de conduite de projet 2007 (Ecole du Val de Grâce)
- Stage de formation à l'organisation et à la délégation 2007 (CFMD)
- Stage de formation des médecins aux techniques d'état-major 2007
- Stage d'analyse des charges et des emplois 2007 (CFMD)
- Stage de formation à la gestion de projets 2007
- Stage d'initiation à la gestion des ressources humaines : 2006 (CFMD)
- Stage de logistique de santé opérationnelle au CPOPEX (stage COMSANTE) : 2006 et deux fois en 2007
- Stage « les conduites addictives » 2002
- Stage d'habilitation vaccination anti-marijuana : 2000
- Stage lutte antipaludique à l'IMTSSA : 1999
- Stage de formation initiale de médecin de prévention : 1999
- Stage d'expertise de médecine aéronautique au CPEMPN : 1999
- Stage de médecine nucléaire au SPRA : 1995
- Stage formation Instructeur facteur humain : 1994, 1995
- Stage EVASAN : 1994
- Stage de Survie : 1992
- Formation continue « médecine aéronautique »
- Formation continue « médecine de prévention »

Langues pratiquées :

- Anglais : lu, parlé, écrit.
- Allemand : parlé.

### ACTIVITES OPERATIONNELLES :

- 48 EVASAN aériennes.
- 403 heures de vol dont 102 au dessus de territoires hostiles.
- 132 treuillages.

### DECORATIONS – RECOMPENSES :

- Témoignage de satisfaction du chef d'Etat-major des armées : 17 novembre 1994
- Témoignage de satisfaction du Commandant des forces françaises du Cap vert : 7 février 1997
- Lettre de félicitation du médecin chef de théâtre de l'opération Trident : 12 juin 2001
- Lettre de félicitation du directeur régional du service de santé de Toulon : Juillet 2008
- Lettre de félicitation du directeur régional du service de santé de Toulon : Juillet 2010
- Chevalier de la légion d'honneur : Juillet 2008
- Chevalier de l'Ordre National du Mérite : Février 2000
- Médaille d'Outre-mer, agrafe Moyen-Orient : 1993
- Médaille d'Outre-mer, agrafe Tchad : 1996
- Médaille de bronze de la Défense Nationale, agrafe Service de santé et Missions d'assistance extérieure : Mars 1994
- Titre de reconnaissance de la nation
- Médaille Commémorative Française, agrafe Ex-Yougoslavie : Juin 1996
- Médaille ONU Ex-Yougoslavie : 1994
- Médaille OTAN, agrafe Ex-Yougoslavie : 1994
- Médaille OTAN, agrafe Kosovo : 2001
- Médaille EUFOR, agrafe Tchad-RCA : 2008
- Officier de l'Ordre National du Lion (Sénégal) : 1998

Le médecin chef des services Numa FOURES n'est plus.

Dans la nuit du 14 au 15 octobre, Numa Fourès s'est éteint, dans sa 88<sup>ème</sup> année, à l'Hôpital d'instruction des Armées du Val de Grâce.

Depuis quelques années déjà, il se savait atteint d'une maladie grave, dont il connaissait mieux que quiconque, le caractère aléatoire de la guérison, et pourtant dans son comportement de la vie tous les jours, rien ne transparaisait. Nous avons tous en mémoire ce regard vif, bleu, malicieux et pétillant d'intelligence.

Il avait accepté ce coup du sort avec une certaine sérénité, continuant à œuvrer inlassablement, comme si de rien n'était, pour les idéaux qu'il s'était fixé.

Ces idéaux, il avait su les définir très tôt dans sa vie d'homme.

Elevé dans le respect des valeurs morales et républicaines, profondément épris de liberté, dès 1942 alors qu'il est jeune étudiant en médecine, il interrompt ses études et entre en Résistance contre l'occupant nazi.

Résistant de la 1<sup>ère</sup> heure, membre des Forces Françaises Libres, il appartient au bureau central des renseignements et actions à Londres, et intègre le réseau de résistance Vélite Thermophyles, chargé des parachutages et distribution d'armes et également chargé de l'accueil et de l'évacuation vers la Grande Bretagne des agents de renseignement et aviateurs abattus au dessus du sol français. Arrêté en 1944, il s'évade de la prison d'Orléans, rejoint le maquis en qualité d'Officier, et participe avec la 2<sup>ème</sup> DB à la libération d'Orléans, de Paris et de l'Alsace.

Libéré de ses obligations militaires, à la suite de la Campagne de France, il reprend ses études de médecine, à l'Ecole Principale du service de santé de la marine et des colonies de Bordeaux (promotion 44-45), devenue plus tard, l'Ecole santé navale, à laquelle, vous le savez tous, il était viscéralement attaché.

Devenu chirurgien du corps de santé colonial, il rejoint l'Indochine et sert comme chirurgien chef de l'Antenne Chirurgicale Parachutiste n°1, avant de poursuivre sa carrière en Afrique à Yaoundé puis à Douala.

Rendu à la vie civile en 1964, il mène de front l'exercice de sa carrière de chirurgien et les fonctions de Médecin Inspecteur général au ministère de la Défense.

Parallèlement à cela, il s'engage dans le monde associatif. Membre de l'Union Nationale des Médecins de Réserve, il en gravit rapidement les échelons de responsabilité et assure de 1978 à 1988 la Présidence de l'Union, avant d'en devenir le Président d'honneur.

Au-delà de l'UNMR, Numa Fourès s'est attaché à rassembler les réservistes non seulement au sein du GORSSA, ce groupement constitué des associations de réservistes dont il a assuré la Présidence de 1988 à 1991, mais aussi dans le cadre de l'UNOR, imposant dans ce contexte la reconnaissance de la réserve santé.

C'est cette action, son action, menée avec conviction force et détermination, qui a permis l'instauration d'un climat de confiance et d'un dialogue de qualité entre les associations elles-mêmes mais aussi et surtout entre les associations et le Commandement.

Et aujourd'hui, force est de constater que tous ses successeurs à la Présidence de l'Union, comme à la Présidence du Groupement ont continué et continuent de gérer le dossier associatif des réserves en s'inspirant largement de son action et des conseils qu'il n'a jamais cessé de prodiguer.

Et, il faut certainement voir dans sa promotion au grade de MCS en 1988, au-delà de la nomination d'un réserviste au grade d'officier général pour 1<sup>ère</sup> fois, le témoignage de la reconnaissance de l'Institution envers un homme dont la seule ligne de conduite a toujours été le seul intérêt du Service.

Homme droit et juste, d'une grande simplicité et d'un grand humanisme, il est doté d'une grande volonté et d'un charisme hors du commun. Il ne peut y avoir mieux que cette phrase, extraite du message officiel du service à l'occasion de sa disparition, pour résumer la personnalité de Numa Fourès.

Commandeur de l'ordre national de la Légion d'Honneur, Grand officier de l'ordre National du Mérite, titulaire de la Croix de guerre 39-45 et des TOE avec 5 citations et de la médaille des Forces Françaises Libres, le médecin chef des services Fourès, entre autres distinctions, est titulaire de la médaille d'honneur du service de santé échelon argent et de la médaille d'or des services militaires volontaires.

Mon général, pour nous tous vous avez été un exemple, un exemple qui restera toujours vivant dans nos esprits et dont nous saurons nous inspirer longtemps encore.

A vous ses filles, à vous ses petits-enfants, à vous tous membres de sa famille, nous voulons dire notre immense peine et vous assurer dans cette terrible épreuve de notre très affectueuse sympathie.

Au revoir mon Général

MC ® X. SAUVAGEON  
Président de l'UNMR et du GORSSA



La réflexion éthique ne se limite pas à une pensée scientifique qui s'affranchirait de la sensibilité humaine. En prenant une décision thérapeutique, chaque soignant fait l'expérience de la nécessité d'intégrer des considérations techniques et émotionnelles. Prendre en compte des émotions telles que, notamment, la colère, le courage, le respect, la compassion, la bienfaisance, la souffrance, la crainte ou encore l'angoisse, tel est le chemin que nous propose le Pr Pierre Le Coz, avec la légitimité que lui confère son expérience de professeur de philosophie, expérience qui l'a mené à la vice-présidence du Comité Consultatif National d'Éthique.

Que le Pr Le Coz soit très vivement remercié car le texte qu'il nous confie et qui reflète la conférence qu'il a prononcée lors de la 24ème Journée d'instruction des Officiers de réserve et honoraires du SSA à l'HIA Laveran, enrichira votre réflexion sur l'éthique médicale. Vous vous convaincrez ainsi, si ce n'est déjà fait, que la philosophie, contrairement au mot du psychologue britannique Thomas Adams, ne donne pas que des réponses incompréhensibles à des questions insolubles.

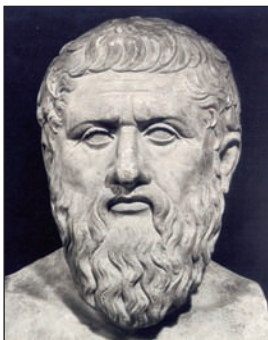
Bonne lecture.

Pascal Bousiquier \*

### *Place de la réflexion éthique dans nos décisions*

#### **Pierre Le Coz**

Maître de conférences en philosophie  
Chargé de mission en sciences humaines  
Faculté de médecine de Marseille  
Vice-président du Comité consultatif national d'éthique



Platon

Les situations qui appellent une réflexion éthique ne sont pas rares en médecine. La liste des cas de conscience est continue : révéler un sombre pronostic à un patient, annoncer à des parents la présence de séquelles neurologiques chez un nouveau-né, pratiquer une opération chirurgicale coûteuse et agressive pour une espérance de vie limitée, recueillir un consentement à des essais cliniques chez une personne dont les facultés cognitives sont altérées par la maladie sur laquelle porte la recherche.

Que ce soit dans les gestes qu'ils effectuent ou les mots qu'ils prononcent, les professionnels de santé doivent se résoudre à prendre des décisions qui ne s'imposent pas par leur évidence. En présence de certains choix difficiles, les médecins peuvent ressentir le besoin de partager leurs cas de conscience avec des tierces personnes issues du monde des sciences humaines. C'est l'une des vocations de l'enseignement de l'éthique et des sciences humaines en faculté de médecine. Un dialogue entre médecins et philosophes peut s'avérer fructueux lorsqu'ils échangent sur ce qu'ils ont en commun en tant qu'êtres humains : les émotions et les valeurs.

#### **Les émotions ont-elles leur place dans la réflexion éthique ?**

Les émotions ont souvent été reléguées hors du domaine de leur objectif si nous avons l'œil humecté par l'émotion ? Par exemple, selon Platon, nous devrions nous hisser au-delà de

notre chair pour contempler les valeurs du bien et du juste qui existent hors de nous (1). En cela nous serions à l'image de Dieu qui a un accès direct aux Valeurs. Kant estime également que la morale découle d'un impératif catégorique qui nous est dicté par la droite raison (2).

Si l'on en croit l'enseignement des religions, Dieu sait immédiatement discerner le Bien du Mal, le Juste de l'Injuste et juger les conduites humaines en conséquence. Mais qu'en est-il pour nous autres, simples êtres humains ? Il semble bien que nous ne puissions guère nous passer des émotions pour connaître les valeurs auxquelles nous tenons. Nous n'avons pas d'accès direct et immédiat à nos valeurs. Pour prendre conscience des valeurs auxquelles nous tenons, nous avons besoin d'une médiation qui n'est autre que l'émotion. Une émotion n'est pas éthique en elle-même mais il n'y a pas d'éthique sans émotion. Prenons un exemple qui a naguère défrayé la chronique : une femme veut récupérer le sperme congelé de son mari décédé des suites d'un cancer. D'où vient le dilemme moral ? D'un côté, nous éprouvons de la compassion pour cette femme qui nous incline à vouloir accomplir un bien en sa faveur. De l'autre, cependant, nous éprouvons une crainte à l'idée que l'enfant va naître délibérément privé de père. La première émotion plaide pour incarner le principe de bienfaisance ; la seconde émotion incline à concrétiser le principe de non-malfaisance.

#### **Il ne peut pas y avoir d'experts en éthique**

Dans le domaine des sciences, s'affranchir de la sensibilité est une condition d'accès à la vérité. Mais l'éthique est une affaire de sensibilité, une question d'intuition non moins que



La mort de Socrate

\* Médecin en Chef  
Secrétaire Gal Adjt de l'UNMR ®

de raison. C’est bien pourquoi il n’y a pas d’expertise en éthique. Déjà Socrate nous avait mis en garde : d’être compétent dans un domaine ne nous rend pas meilleur que le commun des mortels pour prononcer un jugement de valeur (3). La raison dispense des connaissances nécessaires à la qualité scientifique de la prise en charge médicale, mais elle n’a pas le pouvoir de nous rendre sensible à des valeurs morales. Nous pouvons constater que c’est toujours sous l’effet de l’émotion que nous formulons des jugements moraux (« injuste », « choquant », « honteux », « admirable », etc.).

C’est précisément ce qui singularise l’émotion humaine au regard de celle des autres animaux. Les animaux éprouvent des émotions mais n’y attachent aucun jugement de valeur. En revanche, lorsque nous sommes saisis d’émotions telles que la compassion, l’indignation ou le respect, nous les verbalisons (ne serait-ce que silencieusement, en notre for intérieur). Ces expériences émotionnelles sont des révélateurs de nos valeurs.

**Rôle de l’indignation dans notre attachement à la valeur de la dignité de la personne**

Certaines émotions semblent n’avoir guère de portée éthique. Elles peuvent même provoquer des effets contraires à l’éthique, à l’instar de la colère. Adam Smith a remarqué sur ce point que nous rechignons à approuver celui qui se met en colère, même lorsqu’il a objectivement raison (4). Etre humain c’est savoir maîtriser ses émotions. Néanmoins, la colère elle-même peut avoir une vertu éthique en certaines circonstances, quand elle n’est pas liée à l’amour-propre mais lorsqu’elle nous informe qu’une valeur à laquelle nous tenons se trouve malmenée. Elle revêt alors la forme d’une indignation. Je me mets en colère parce que l’autre est humilié et cette colère me révèle à moi-même l’importance que j’accorde à la valeur du respect de la dignité de la personne. Mon émotion fait comprendre à un tiers, à celui qui a déclenché cette colère, qu’il a trahi une valeur éthique qui me paraît fondamentale.

A travers l’émotion de la colère, ce n’est pas seulement l’autre, mais moi-même qui me trouve averti de mon attachement à cette valeur. Cela revient à dire que l’émotion est un message. La sensibilité nous transmet des éléments de savoir aussi indispensables que ceux que nous prodigue la raison dans le domaine des sciences. Nos émotions nous révèlent nos valeurs au même titre que nos décisions nous ré-

velent nos préférences. Ainsi, nul ne peut comprendre ce que veut dire le mot « dignité » s’il n’a jamais ressenti d’émotion d’indignation.

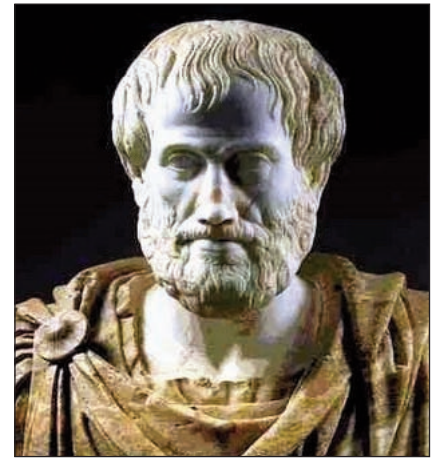
**Le courage d’une personne face à l’adversité nous inspire une émotion de respect**

L’intensité du vécu n’est pas un trait caractéristique de l’émotion. Une réaction émotionnelle peut être discrète et furtive. C’est le cas du respect par exemple. Nous ressentons du respect lorsque nous apercevons sur le visage de l’autre une expression de dignité face à l’adversité. La patience fataliste avec laquelle un homme fait face à la maladie, par exemple, nous touche ; nous disons que par son courage, il force notre respect. Aucun bouleversement affectif majeur ne se produit en nous, lorsque nous ressentons du respect. A peine une brève suspension de la respiration qui indique cet élément de rupture affective caractéristique de l’émotion.

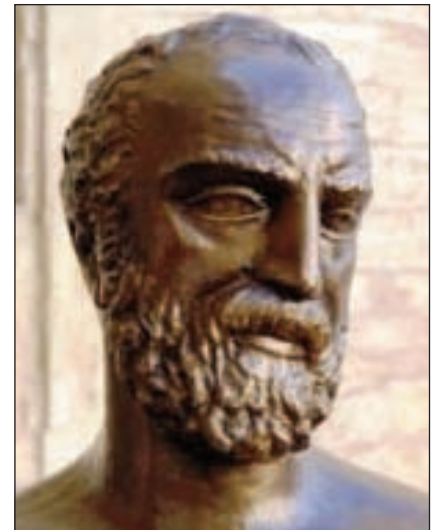
L’expérience affective du respect réactive chez les acteurs de soin la valeur qu’ils attachent au principe d’autonomie du patient. Le respect est ce que nous ressentons quand nous percevons une grandeur morale chez une personne. Lorsque nous découvrons chez autrui des qualités morales telles que le courage, la constance de la volonté, nous avons l’intuition de la grandeur en l’être humain. C’est à cette grandeur que l’on réserve le nom de dignité de la personne. Le respect, écrit Kant, est « un tribut que l’on ne peut refuser au mérite » (5).

Le respect d’une personne se traduit concrètement par le désir de l’écouter, de partager avec elle un moment de dialogue, dans un climat de loyauté et d’authenticité. Même si nous sommes soumis à des contraintes de temps, du fait de la vivacité du respect que nous éprouvons pour elle, nous sentons que nous avons le devoir de lui consacrer le temps d’un échange loyal. Le respect nous incline à vouloir la faire participer à la décision. C’est en ce sens que l’expérience du respect réveille en nous la valeur que nous attachons au principe de l’autonomie (5).

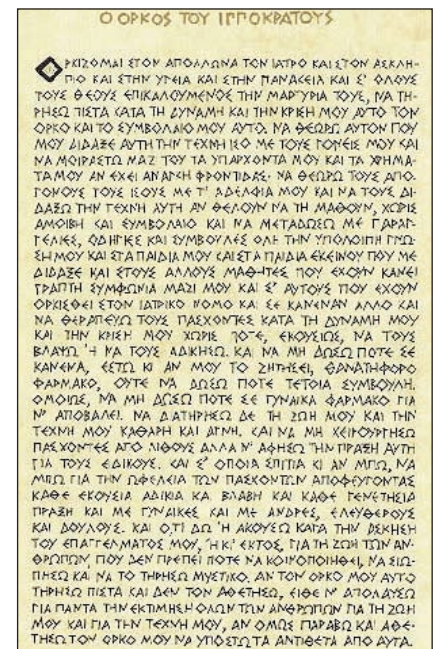
On note que si les animaux peuvent nous inspirer de la compassion, c’est seulement en présence d’une personne humaine que nous ressentons du respect. Notons encore que le respect ne se refuse pas à l’enfant. Nous éprouvons de la compassion pour un enfant qui souffre mais nous ressentons également du respect pour lui lorsque nous percevons son courage face à l’épreuve qu’il endure, la patience fataliste avec laquelle il affronte la cruauté dont le destin l’a accablé.



Aristote



Hippocrate



Serment d’Hippocrate



Saint Côme et Saint Damien, première greffe... ?



Greffe(s) d'organe(s)...



FIV...

### La compassion nous incline à incarner la valeur de la bienfaisance

Si on retirait d'un hôpital la compassion qui lui donne vie, il ne resterait plus qu'un immense bloc de béton armé. Perception d'une souffrance chez autrui, la *compassion* est une émotion qui réactualise l'attachement des soignants au principe de bienfaisance. Aujourd'hui non moins qu'hier, la bienfaisance demeure une valeur universelle reconnue comme un des piliers de l'éthique médicale. Le principe de bienfaisance n'est pas un résidu d'on ne sait quelle médecine d'autrefois, qui serait relégué dans les débris du passé par le moderne principe d'autonomie. Le respect de l'autonomie est tout à fait compatible avec une attitude protectrice et compassionnelle. Quand un patient se plaint d'avoir eu affaire à un médecin ayant manqué d'humanité à son égard, il fait tacitement référence à l'idée qu'un praticien doit être bienfaisant envers ceux qui souffrent. Il attend du médecin qu'il exprime des réactions d'humanité, à travers sa présence, son regard, des gestes de fraternité.

La bienfaisance corrige les excès auxquels peut conduire la sacralisation du principe d'autonomie (« A vous de décider ! »). Se retrancher derrière le « respect de l'autonomie » de patients qui sont manifestement perdus serait une fuite dans l'irresponsabilité.

On met parfois en garde contre la compassion parce qu'on la confond avec une pitié larmoyante ou une commisération. Or la compassion vraie est une participation empathique aux tourments d'autrui (6). Elle n'est pas une transmission en chaîne de la souffrance. Elle n'est pas la contagion affective qui confond la souffrance de l'autre avec la sienne (7). C'est la réaction affective la plus naturelle à la perception d'une détresse (8). Rares, en effet, sont les personnes qui n'éprouvent pas de compassion en présence de la souffrance lisible sur le visage d'un de leur semblable. L'expérience de la compassion déclenchée par la perception sensible de la souffrance d'autrui incline à accomplir un bien en sa faveur, à mettre en œuvre tous les moyens possibles pour apaiser sa douleur physique et lui redonner le goût de vivre. En ce sens, la vertu éthique de la compassion est de nous rendre sensible à la valeur du principe de bienfaisance. La vraie compassion n'exclut pas le respect, bien au contraire. Elle est pudique, silencieuse, secrète. Elle ne fait pas pleurer dans les chaumières à partir de plateaux de télévision, comme c'est parfois le cas dans notre société de consommation émotionnelle.

### La crainte pour autrui nous rend sensible au principe de non-malfaisance

Outre l'indignation, le respect, la compassion (qui nous révèlent les valeurs telles que « la dignité », « l'autonomie », « la bienfaisance ») nous avons besoin de ressentir une émotion de crainte pour être sensible à la valeur du principe de non-malfaisance. « D'abord ne pas nuire » disait Hippocrate. Le principe de non-malfaisance exprimée par cette formule traduit le souci de ne pas empirer une situation au motif de la réduire. Une décision se doit d'être empreinte d'une part d'appréhension pour éviter l'écueil de l'excès de confiance.

La crainte n'est ni la peur ni l'épouvante qui paralysent l'action au lieu de la stimuler. Tandis que la peur nous confronte à un danger immédiat, la crainte est orientée vers l'avenir : elle est tournée vers l'imagination de ce qui pourrait survenir (9), d'un aléa qui serait contraire à nos attentes. L'obstination déraisonnable ou l'infection nosocomiale sont souvent perçues comme des atteintes au principe de non-malfaisance. C'est la crainte pour l'avenir du patient qui conduit un médecin à anticiper le pire, à envisager un scénario irréversible, une tournure défavorable des événements. L'émotion de crainte nous protège d'un optimisme béat qui nous pousserait à croire un peu hâtivement que « tout va bien se passer » et à rassurer à trop bon compte notre interlocuteur. L'insouciance est la principale source de nos erreurs (10). La crainte nous en prémunit<sup>1</sup>.

### L'angoisse est le révélateur d'un conflit entre nos valeurs

Le questionnement éthique émerge quand nous sentons que nous ne pouvons pas incarner toutes les valeurs en même temps, qu'il faut les hiérarchiser. Par exemple, le devoir de loyauté inspiré par le respect réclame de dire sans détour ce que la crainte ou la compassion encouragent sinon à taire, du moins à alléger par des euphémismes. Ce déchirement produit une réflexion éthique. Il y a problème éthique chaque fois que l'angoisse nous signale que nos valeurs sont en conflit et que les émotions que nous ressentons tour à tour ne plaident pas unanimement en faveur de la même solution au dilemme moral qui s'impose à nous. L'angoisse nous prévient que nous sommes le théâtre d'émotions contradictoires qui se révisent les unes les autres. Elle nous presse de prolonger cette révision, de l'élucider, jusqu'à ce que nous sachions lesquelles des émotions en jeu sont les plus fiables. Tant que nous n'au-

<sup>1</sup> Notons qu'on peut aussi éprouver la crainte d'un procès intenté par un patient. Mais bien loin d'avoir une portée éthique, une telle crainte étouffe dangereusement les émotions qui nous mettent en relation avec les principes éthiques.



rons pas parachevé ce travail de révision, l'angoisse ne nous lâchera pas. Elle réapparaîtra dès que le problème d'éthique se posera (principe du « vélo dans la tête »).

Révéléateur et moteur de la révision émotionnelle, l'angoisse joue le rôle d'un système d'alarme qui nous avertit que nous sommes en présence d'un problème auquel nous n'avons pas trouvé de solution satisfaisante.

### Conclusion

L'éthique n'est pas qu'un échange d'arguments pesés et sous-pesés de façon froidement rationnelle. Elle met en jeu la partie sensible de notre être. Les émotions sont nécessaires à l'éthique car elles nous informent des valeurs auxquelles nous sommes attachés : respect de l'autonomie, bienfaisance, non-malfaisance.

Ce qui imprime une dimension éthique à une décision c'est le pouvoir de l'acteur à entrer dans les états affectifs d'autrui. Cette capacité empathique met plusieurs émotions à contribution. Ces émotions peuvent s'exprimer de façon pudique et intime, comme le respect ou la compassion.

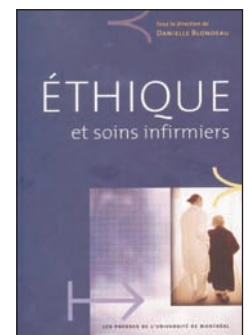
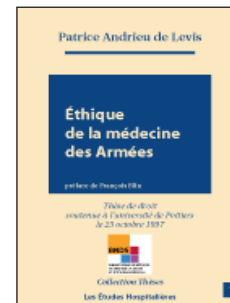
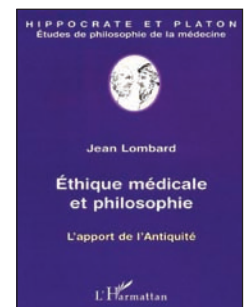
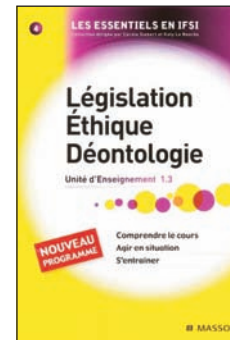
La médecine est un travail de la pensée réflexive, l'humanité est une expression de l'intelligence du cœur. La pensée médicale n'est pas qu'une pensée qui calcule, c'est aussi une pensée qui médite.



Mères porteuses... ?

### Références bibliographiques

- (1) Platon, *La République*, trad. R. Bacou, Flammarion, GF Paris, 1966
- (2) Kant E., *Critique de la raison pratique*, PUF, coll. « Quadrige », Paris, [1788], 2000.
- (3) Kant E., *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Delagrave, trad. V. Delbos, [1785], Paris, 1957.
- (4) Platon, *Le Ménon*, trad. E. Chambry, Flammarion, GF, Paris, 1967.
- (5) Smith A., *Théorie des sentiments moraux*, PUF, coll. « Léviathan », trad. M. Bizou, Paris, [1759], 1999.
- (6) Schopenhauer A., *Le fondement de la morale*, trad. A. Burdeau, Le Livre de Poche, Paris, 1991.
- (7) Scheler M., *Nature et formes de la sympathie. Contribution à l'étude des lois de la vie émotionnelle*, trad. M. Lefebvre, Paris, [1913], Payot : 1950.
- (8) Rousseau J.J. *Discours sur l'origine de l'inégalité parmi les hommes*. Paris: Union générale d'éditions, coll. «10/18»; 1973 [1754].
- (9) Jonas H., *Le principe responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique*, Cerf, Paris, 1990.
- (10) Hume D., *A Treatise of Human Nature*, Londres : Penguin Books : 1969 [1739].



\* \*  
\*

## RETEX : RECRUTEMENT DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES EN CHAMPAGNE-ARDENNE

Eric BOURGEOIS Médecin Principal®



Depuis maintenant trois ans et suite à l'impulsion donnée par la DCSSA lors d'une journée de formation à l'école du Val de Grace, le chirurgien dentiste des armées LEVAN Vincent et moi-même travaillons ensemble afin de promouvoir le S.S.A auprès des lycéens. Domiciliés dans la région Champagne-Ardenne et tous deux sous contrat ESR au C.M.A de Mourmelon Mailly, groupe médical Rochambeau, nous sillonnons les lycées et participons aux incontournables forums étudiants. Ainsi durant le mois de décembre à Reims (51) et février pour Troyes (10), nous montrons aux jeunes la possibilité de faire carrière au sein de l'armée tout en choisissant le domaine de la santé.

Si les demandes sont nombreuses quant aux parcours à réaliser afin de devenir infirmier(e) au sein de l'institution et notamment grâce à l'EPPA de Sainte Anne basée à TOULON (83), les questions sur le cursus médical sont fréquentes. La présentation de l'Ecole de Santé des Armées (E.S.A.) de Lyon Bron est, en effet, l'élément clé de notre présence. Nous insistons sur le fait qu'il n'existe plus qu'une seule école pour former les futurs praticiens (médecins et pharmaciens) depuis le 02.07.2011. Ces derniers sont recrutés au niveau du baccalauréat principalement et des 1<sup>ère</sup> et 2<sup>e</sup> années des études de médecine.

Nous rappelons aussi aux jeunes que le Service recrute pour les hôpitaux militaires : des infirmiers, manipulateurs en électroradiologie, masseurs-kinésithérapeute diplômés d'État. Le personnel paramédical et médico-technique exerce selon les cas sous statut militaire ou civil. Il propose également des emplois administratifs : secrétaires médicaux, officiers du corps technique et administratif.

Bref, tout un panel de métiers et d'ouverture professionnelle que nous essayons de faire connaître aux jeunes à travers ces actions de communications. Pour ceux qui tentent le concours, nous essayons de suivre de près leur devenir...

Nous profitons de cet article pour remercier le capitaine DURAND Frédéric, responsable du Cirfa de Champagne Ardenne. Le partenariat que nous avons tissé avec le centre information et de recrutement des forces armées est primordial. Grâce à lui, en effet, nous avons accès à toutes les manifestations de l'Education Nationale.

Dernièrement, nous avons eu à la DRSSA de Metz une réunion avec le médecin en chef Kazmierczak, chef du Bureau Organisation des Ressources Humaines afin de pouvoir multiplier avec d'autres réservistes ce type d'action de communications à travers toute la région Est. Affaire à suivre....



## HIA LEGOUEST DE METZ LE 06 OCTOBRE 2011



Elle meilleure communication affichée lors de la traditionnelle journée de rencontre entre Médecins hospitaliers et médecins d'unités de la région Est, les réservistes

LEVAN (CDA) et BOURGEOIS Eric (MP) ont vu leur travail récompensé : Retex du recrutement du SSA lors des forums étudiants en Champagne-Ardenne.

*2 réservistes récompensés lors de la 8<sup>ème</sup> Journée de Médecine d'Armée de l'Est.*

FNCDR

ANORCTASSA

AMITRHA

# JOURNÉE MÉDICO-ODONTOLOGIQUE DES INVALIDES OUVERTE À TOUTES LES DISCIPLINES, SOUS L'ÉGIDE DU GORSSA

## Mercredi 4 avril 2012

### Salle des boiseries

## PROGRAMME

- 9h00** – Accueil par le Médecin Général Inspecteur Louis CADOR, directeur de l'Institution Nationale des Invalides
- 9h15** – **Innovations chirurgicales dans le traitement des cancers des voies aérodigestives supérieures.**  
MP AUPY B., MLt GENESTIER L., MC ROGUET E., MC CLEMENT P., MCSCN CONESSA C.  
Service ORL et Chirurgie Cervico-faciale - HIA Val de Grâce.
- 9h45** – **Prise en charge dentaire des cancers de la cavité buccale et des voies aérodigestives supérieures.**  
CDC BRAU J-J, CD® FOUQUET F., MP AUPY B., MC CLEMENT P., MCSCN CONESSA C.  
Service d'Odontologie / ORL et Chirurgie Cervico-faciale - HIA Val de Grâce.
- 10h15** – **Pause café**
- 10h45** – **Infections dentaires et complications neurochirurgicales**  
CDC BRAU JJ, MCSCN® SAUVAGEON X.  
Service d'Odontologie - HIA Val de Grâce  
Service d'Anesthésie Réanimation - Hôpital Ste Anne.
- 11h15** – **Traumatismes maxillo-faciaux en OPEX - Place de la réhabilitation prothétique**  
CDP ZIMMERMANN P., CDC VETTER V., MC GI-RAUD O., CDC DENHEZ F.  
Service d'Odontologie, de Chirurgie Maxillo-faciale et Plastique - HIA Percy
- 11h45** – **Aptitude dentaire avant départ en OPEX**  
CD PONSART M., CD LUNARDI D., CDC BENMAN-SOUR A.  
Service d'Odontologie - HIA Bégin
- 12h15** – **Conclusion** par le Médecin Général Inspecteur Jack DOROL, Directeur Régional du Service de Santé des Armées de Saint-Germain-en-Laye.
- 12h30** – **Déjeuner - Buffet, Salle des colonnes** en présence du Général d'Armée Bruno CUCHE, Gouverneur des Invalides
- 14h00** – **Visite des toits des Invalides**

Cette activité sera prise en compte comme une journée d'instruction convoquée par la D.R.S.S.A. de St-G-L  
Demande à effectuer avant le 15/03/2012

**Volet détachable à retourner au Trésorier de la FNCDR : Dr F. Montagne - 1 Rue Dupuytren 75006 Paris**

**Inscription et réservation obligatoires avant le 31 mars 2012**

**ATTENTION PLACES LIMITÉES**

**Journée Médico-Odontologique des Invalides**

Nom : .....

Prénom : .....

Grade : ..... ESR : .....

E-Mail : ..... Tel Portable : .....

**Inscription pour la journée du 4 avril 2012 : 20€**

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

## INFORMATIONS « OFFICIELLES »

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

### BOC n°33 du 19 août 2011

Décision N°689/DEF/DCSSA/BCHOG portant attribution de la médaille des services militaires volontaires (du 6 juin 2011)

### BOC n°33 du 19 août 2011

Décision N°1894/DEF/DCSSA/OSP/ORG portant dissolution de l'école du service de santé des armées de Lyon (du 14 juin 2011)

### BOC n°33 du 19 août 2011

Nominations dans les Corps des Secrétaires, Infirmiers, Masseurs-Kinésithérapeutes, Volontaires, Médecins et Aides-Soignants

### BOC n°34 du 26 août 2011

Nominations dans les Corps des Aides-Soignants, Infirmiers, Pharmaciens, Technique et Administratif et Secrétaires

### BOC n°35 du 2 septembre 2011

Décision N°2309/DEF/DCSSA/OSP/ORG portant création de l'inspection du service de santé des armées (du 26 juillet 2011)

### BOC n°37 du 9 septembre 2011

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

### BOC n°38 du 16 septembre 2011

Nomination dans le Corps des Aides-Soignants

### BOC n°39 du 23 septembre 2011

Décision N°1971/DEF/DCSSA/OSP/ORG modifiant la décision n°1674/DEF/DCSSA/OSP/ORG du 25 mai 2011 relative aux possibilités d'attribution d'indemnités, de majorations et de primes au sein des centres médicaux des armées et interarmées (du 20 juin 2011)

### BOC n°40 du 30 septembre 2011

Décision N°2395/DEF/DCSSA/OSP/ORG portant création du service d'intervention médico-psychologique des armées (du 29 juillet 2011)

### BOC n° 40 du 30 septembre 2011

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

### BOC n°42 du 7 octobre 2011

Nomination dans le Corps des Médecins

### JORF n°0242 du 18 octobre 2011- Décret du 14 octobre 2011 portant nominations dans la réserve opérationnelle

Concerne les Corps des Internes, Médecins, Pharmaciens, Chirurgiens-Dentistes, Technique et Administratif

### JORF n°0244 du 20 octobre 2011-Arrêté du 7 octobre 2011 portant attribution de la qualité de partenaire de la réserve citoyenne

...est attribuée pour une durée de trois ans renouvelable à la Fédération nationale des chirurgiens-dentistes de réserve (FNCDR)...

### BOC n°46 du 4 novembre 2011

Nominations dans les Corps des Médecins, Masseurs-Kinésithérapeutes, Aides-Soignants, Volontaires, Vétérinaires, Infirmiers

### BOC n°46 du 4 novembre 2011

Décision N°1290/DEF/DCSSA/BCHOG portant attribution de la médaille de la défense nationale

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

#### MÉDECINS :

BOUCEBCI Karim

MARIET Yves

PARAUD Jean-Henri

CLOIX Pierre-Henri

HAICAULT de LA REGONTAIS Ghislain

GAUDIN Hyacinthe

#### CHIRURGIENS-DENTISTES :

FLOURENS Jean-Pierre

DELOBEL Jean-Paul

#### VÉTÉRINAIRES :

PETIT Cédric

BERRING Éric

#### MILITAIRES INFIRMIERS ET TECHNICIENS DES HOPITAUX DES ARMÉES :

CONSEIL Yann

BARCELLA Carmine

BALOURDET Patrice

GIGANDON Sylvie

LEMIRE Nathalie

SCHOTT Agathe

VALDENNAIRE Ghislaine

CHANAL Christophe

CHANDELER Marguerite

GIL Jean

**JORF n°0257 du 5 novembre 2011- Décret du 4 novembre 2011 portant promotion et nomination dans l'Ordre National du Mérite des militaires n'appartenant pas à l'armée d'active désignés ci-après :**

#### SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

##### AU GRADE DE COMMANDEUR

**PETER (Anne-Marie), épouse BAUMGARTEN**, 5 septembre 1947, infirmière surveillante-chef des services médicaux. Officier du 12 juillet 2003.

##### AU GRADE D'OFFICIER

**CLIN (Philippe, Marcel, Raoul)**, 21 juillet 1958, chirurgien-dentiste en chef. Chevalier du 15 janvier 2003.

FNCDR

ANORCTASSA

AMITRHA

**ÉTESSE (Jean, Claude, Charles)**, 14 janvier 1935, médecin en chef honoraire. Chevalier du 9 juin 1985.

**MAMAN (Jean, Claude)**, 16 juillet 1941, aumônier militaire, réserve citoyenne. Chevalier du 9 décembre 1985.

**STOLTZ (Georges, André, Bernard)**, 4 avril 1955, médecin en chef. Chevalier du 8 mai 1997.

**VUILLARD (Pierre, Lucien, Jacques)**, 4 mars 1951, médecin en chef. Chevalier du 25 juillet 2003.

#### AU GRADE DE CHEVALIER

**ALVADO (Thierry, Émile)**, 20 janvier 1958, vétérinaire en chef.

**AZCUTIA (Angélita, Carmen)**, épouse CANOVA, 17 avril 1953, adjudant-chef.

**BENICHOU (Roland, Max)**, 5 janvier 1955, médecin en chef.

**BOIN (Jean-Marc, Dominique)**, 31 janvier 1955, médecin en chef.

**COLLET (Philippe, Jacques)**, 18 décembre 1960, médecin en chef.

**DAGAIN (Marc)**, 6 avril 1947, chirurgien-dentiste en chef.

**GALAN (Jean-Michel)**, 20 mai 1950, chirurgien-dentiste en chef.

**LECARPENTIER (Éric)**, 25 août 1967, médecin en chef.

**ROBERT (Rémy, Max, Jacques)**, 5 mars 1958, chirurgien-dentiste en chef.

**TINEL (Hervé, François, Alain)**, 29 octobre 1948, médecin en chef.

**UNINSKI (Claude, Henri, René)**, 14 juillet 1947, chirurgien-dentiste en chef.

**VENNER (Chantal, Monique, Eugénie)**, épouse KLEIN, 9 juin 1957, adjudant-chef.

#### MESSAGE de la RÉDACTION

Nous sommes heureux d'accueillir dans nos colonnes notre nouveau Délégué aux Réserves et nous le remercions très vivement d'avoir consenti avec beaucoup de gentillesse à nous délivrer son message et cela, dès son arrivée...

Alors que ce numéro était déjà en cours d'impression, nous avons appris la nomination du Médecin en chef Serge CUEFF au grade de Médecin chef des services...

Toutes nos félicitations, mon Général et ... bienvenue ! Soyez assurés de notre volonté déterminée de collaborer avec tout l'attachement, l'enthousiasme, la disponibilité et le dévouement qui sont les nôtres et dont nous vous assurons, vous, notre nouveau « Patron »...

#### UNE NOUVELLE ANNÉE...

*Le Médecin chef des services @ Xavier SAUVAGEON, Président du GORSSA et toute la Rédaction d'Actu-GORSSA s'associent pour vous souhaiter que cette nouvelle année vous apporte santé, bonheur et sérénité, à vous et ceux qui vous sont chers, cela dans votre vie personnelle ainsi que dans vos activités professionnelles et associatives...*

*Nous tenterons de nous impliquer et de nous « mobiliser » encore plus afin de vous présenter et vous offrir une revue qui vous satisfasse pleinement.*

*Bonne année 2012 à tous !*

# JOURNÉES NATIONALES D'INSTRUCTION DU GORSSA

## 11 et 12 MAI 2012 A LYON

### PROGRAMME

#### Vendredi 11 Mai 2012 :

##### Matin :

07 h 30 : Départ des bus du Quartier Général FRÈRE (Cercle Mixte) 22 Av. Leclerc-69007 Lyon.

08 h 00 : Accueil à l'École de Santé des Armées de BRON :

- Allocution du Directeur Central du Service de Santé des Armées.
- Allocution du Médecin Général Perret, Directeur de l'École :
- « Le système de formation des médecins et pharmaciens militaires ».

9 h 30 – 12 h 30 : Visites par groupes (transport en bus)  
5 activités au choix à l'inscription (à noter sur le bulletin d'inscription par ordre de préférence

**Activité n°1 :** ESA : CPOPEX (MCS Belat) et extraction de blessés d'un VAB du RMED.

**Activité n°2 :** Visite du Fort de BRON (MCS PINATON)

**Activité n°3 :** HIAD : CITERA (MC Puidupin et MC Martinez).

**Activité n°4 :** HIAD : Chaîne de décontamination NR (MA Pina-Jomir) et chimique (PC Dalègre et MaS-soubre).

**Activité n°5 :** Groupement de Gendarmerie de BRON : démonstrations.

13 h : Déjeuner sur place.

**Après-midi :** à l'École du Service de Santé des Armées de Bron :

14 h 00 : Thème : **les OPEX**

- Capacité et caractéristiques d'une frappe nucléaire (LC BOUQUOT, CMIF Aix en Provence)
- Nouveaux types de blessures rencontrées

dans les troupes de la coalition en Afghanistan (aspects logistiques de la prise en charge inclus) (MC FAVIER, Metz).

- Les drones (M. HAMON, Safran/Sagem).

Pause-café.

- Retex d'un réserviste en OPEX : Exemple des pharmaciens (PC Malaquin, PC Grelaud)  
Exemple des chirurgiens-dentistes (CDC Fer-rachat

- Gestion du cycle veille-sommeil : l'exemple des OPEX (IRBA).

17 h 30 : Retour aux hôtels.

18 h 30 : Départ pour la visite du Musée Gallo-romain et soirée de gala.

20 h 00 : Dîner de Gala au Musée Gallo-Romain.

23 h 00 : Retour aux hôtels (bus).

#### Samedi 12 Mai 2012 :

##### Matin : Cercle Mixte du Quartier Général FRÈRE

08 h 30 : Assemblées Générales des Associations membres du GORSSA.

10 h 00 : Conseils d'Administration des Associations membres du GORSSA.

##### Pour les non-administrateurs :

Conférence du Professeur J. Freney, microbiologiste : Le bioterrorisme.

11h 30 : Assemblée Générale du GORSSA

12 h 30 : Repas sur place..

14 h 00 : Fin des Journées.

**Note : En raison de la période électorale, le port de l'uniforme dans les transports publics est interdit.**

## Programme des Dames et Accompagnants

#### Vendredi 11 mai 2012

##### Matin

09 h 30 : Visite du Vieux Lyon (départ de Fourvière)

12 h 15 : Restaurant dans le centre.

##### Après-midi :

14 h 00 : Croix-Rousse et Terreaux.

17 h 00 : fin de la visite.

FNCDR

ANORCTASSA

AMITRHA

# JOURNEES NATIONALES D'INSTRUCTION DU GORSSA

en Direction Régionale du Service de Santé des Armées de Lyon - 11 et 12 mai 2012

## Bulletin d'inscription

Dernière limite d'envoi : 20 avril 2012

Aucun désistement ne sera pris en compte après le 30 avril 2012

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 ..... 40,00 € OUI/NON  
 jusqu'au grade de capitaine inclus ..... 20,00 € OUI/NON

### CONGRESSISTES :

#### Vendredi 11 Mai 2012 :

Déjeuner de travail à l'ESA – participation ..... 20,00 € OUI/NON  
 Dîner Officiel au Musée Gallo-Romain – participation ..... 50,00 € OUI/NON

#### Samedi 12 Mai 2012

Assemblées des associations membres du GORSSA ..... OUI/NON  
 Déjeuner QGF – participation ..... 20,00 € OUI/NON

### Accompagnants :

#### Vendredi 11 Mai 2012

Programme des dames – visites et déjeuner - participation ..... 65,00 € OUI/NON  
 Dîner Officiel au Musée Gallo-Romain – participation ..... 50,00 € OUI/NON

#### Samedi 12 Mai 2012

Visite libre .....  
 Déjeuner QGF – participation ..... 20,00 € OUI/NON

TOTAL .....

### Inscription activités du vendredi matin : NOTER LES NUMEROS PAR ORDRE DE PREFERENCE (voir programme) :

Choix n°1 : activité n° .....  
 Choix n°2 : activité n° .....  
 Choix n°3 : activité n° .....  
 Choix n°4 : activité n° .....  
 Choix n°5 : activité n° .....

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

**Tenue réglementaire** du Service de Santé pour l'ensemble des manifestations (11 et 12 mai 2012) : tenue bleue interarmes, chemise blanche, cravate noire (éventuellement possibilité de chemisette blanche la journée du vendredi et le samedi matin). A défaut costume civil foncé.

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

A RETOURNER DANS LES MEILLEURS DELAIS ET **AVANT LE 20 AVRIL 2012**

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

**Renseignements :** jn.gorssa@gmail.com



Vue sur la cathédrale St-Jean et la Basilique de Fourvière



## LISTE DES HOTELS PROPOSÉS (mentionner le GORSSA)

Par souci d'organisation et de déplacement dans la ville de Lyon, 2 points de ramassage sont prévus :

1 - Quartier Général Frère avenue Leclerc

2 - Les 2 Hôtels Ibis et Novotel avenue Leclerc distant de plus d'un kilomètre.

En cas de choix d'un autre hébergement, il faut rejoindre les 2 lieux de rendez-vous.  
ou se rendre directement par ses propres moyens sur les différents endroits prévus.

### BALLADINS HOTEL

16 rue Maryse Bastié - 69500 BRON  
Tél : 04 72 37 46 46  
lyon.bron@balladins.com  
Nuitée du 10 mai : 69,00 €  
Nuitée du 11 mai : 42,00 €  
Petit déjeuner : 7,00 € - Taxe séjour : 0,99 €

### COMFORT HOTEL 2\*\*

10 rue Maryse Bastié - 69500 BRON  
Tél : 04 72 15 02 02  
kiotel.bron@wanadoo.fr  
Nuitée du 10 mai : 74,00 €  
Nuitée du 11 mai : 44,00 €  
Petit déjeuner : 8,00 € - Taxe séjour : 0,99 €

### CAMPANILE HOTEL 2\*\*

20 rue Maryse Bastié - 69500 BRON  
Tél : 04 78 26 45 40  
lyon.bron@campanile.fr  
Nuitée du 10 mai : 98,00 €  
Nuitée du 11 mai : 65,00 €  
Petit déjeuner : 9,00 € - Taxe séjour : 0,99 €

### KYRIAD HOTEL 3\*\*\*

12 rue Maryse Bastié - 69500 BRON  
Tél : 04 72 37 01 46  
Nuitée du 10 mai : 98,00 €  
Nuitée du 11 mai : 57,00 €  
Petit déjeuner : 9,00 € - Taxe séjour : 0,99 €

### IBIS HOTEL 3\*\*\*

18 rue Maryse Bastié - 69500 BRON  
Tél : 04 72 37 01 46  
ho854-dm@accord.com  
Nuitée du 10 mai : 105,00 €  
Nuitée du 11 mai : 62,00 €  
Petit déjeuner : 8,60 € - Taxe séjour : 1,10 €

### NOVOTEL HOTEL 4\*\*\*\*

Case 17 av Jean Monnet - 69676 BRON  
Tél : 04 72 15 65 65  
HO436@accord.com  
Nuitée du 10 mai : 155,00 €  
Nuitée du 11 mai : 110,00 €  
Petit déjeuner : 13,90 € - Taxe séjour : 1,65 €

### STARS HOTEL

16 rue Maryse Bastié - 69500 BRON  
Tél : 04 72 37 02 51  
Nuitée du 10 mai : 50,00 €  
Nuitée du 11 mai : 50,00 €  
Petit déjeuner : 7,00 €

### KYRIAD HOTEL

24 Quai Perrache - 69007 LYON  
Tél : 04 78 37 16 64  
kyriad@kyriad-confluence.com  
Nuitée du 10 mai : 81,00 € (confort : 93,00)  
Nuitée du 11 mai : 56,00 € (confort : 71,00)  
Petit déjeuner : 8,50 € - Taxe séjour : 1,00 €  
Parking : 10,00

### IBIS HOTEL 3\*\*\*

68 avenue Leclerc - 69007 LYON  
Tél : 04 78 58 30 70  
HO778@accor.com  
Nuitée du 10 mai : 100,00 €  
Nuitée du 11 mai : 67,00 €  
Petit déjeuner : 8,60 € - Taxe séjour : 1,10 €

### NOVOTEL HOTEL 4\*\*\*\*

70 avenue Leclerc - 69007 LYON  
Tél : 04 72 71 11 11  
HO736@accor.com  
Nuitée du 10 mai : 155,00 €  
Nuitée du 11 mai : 110,00 €  
Petit déjeuner : 13,90 € - Taxe séjour : 1,65 €

### GENDARMERIE DE BRON

292 Route de Genas - 69677 BRON  
Tél : 04 37 56 20 00  
Nuitée du 10 mai : 25,00 €  
Nuitée du 11 mai : 25,00 €  
Petit déjeuner : 1,50 €  
15 chambres doubles

## Évacuation sanitaire aérienne stratégique collective de brûlés thermiques

MC Stéphane Mérat<sup>1</sup>, MC Laurent Grasser<sup>2</sup>, MC Laurent Bargues<sup>3</sup>, MC Emmanuel Bordier<sup>2</sup>, IACN Céline Péraldi<sup>2</sup>, MP Céline Gil<sup>2</sup>, MA Anne LeNoel<sup>2</sup>, MC Stéphane de Rudnicki<sup>2</sup>

1 Département d'anesthésie réanimation, HIA Bégin, Saint Mandé. 2 Département d'anesthésie réanimation, HIA du Val de Grâce, Paris. 3 Centre de traitement des brûlés, HIA Percy, Clamart.

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

Président : Docteur Xavier SAUVAGEON

Docteur Laurent ASTIN (Secrétaire des Séances)  
Docteur Pascal BOUSQUIER (Secrétaire Général Adjoint)  
Professeur Emmanuel CABANIS  
Docteur Louis CALLOC'H  
Docteur Jean-Dominique CARON (Vice-Président)  
Docteur Yves CARTIGNY (Délégué Régional de Bordeaux)  
Docteur Serge DALMAS (Délégué Régional de Saint-Germain-en-Laye)  
Docteur Jean-Marie DUCHEMIN (Délégué Régional de Brest)  
Docteur Numa FOURES (Président d'Honneur) †  
Médecin Général Alain GALEANO  
Docteur Claude GAUTIER  
Docteur Michel GIBELLI (Vice-Président, Délégué Régional de Metz)  
Docteur Patrick HAMON (Secrétaire Général)  
Docteur Eric HERGON  
Professeur François LABORDE  
Docteur Eric LECARPENTIER (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 (Vice-Président, 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 (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)

Le 2 juillet 2011, lors d'une patrouille une roquette de RPG7 pénètre à l'intérieur d'un VAB avec 8 soldats à bord. Et si un incendie s'était déclaré à l'intérieur du VAB ? Voilà vraisemblablement comment aurait été organisé et réalisé l'évacuation sanitaire des blessés vers la métropole.

### 1. Brûlures thermiques à l'avant : épidémiologie et généralités

En Irak et en Afghanistan, les brûlures concernent 5 à 10 % des blessés de guerre. Ces brûlures sont en général peu étendues, 80 % des brûlés ayant une surface cutanée brûlée (SCB) inférieure à 20% <sup>(1)</sup>. Cependant, la moitié des brûlures concernent les mains <sup>(2)</sup>.

Les combats sont directement responsables de 63 % des brûlures, 37 % ne sont pas directement liés au combat et sont provoqués par l'inflammation de carburants, la manipulation de munitions, des feux de poubelle ou des accidents électriques <sup>(3)</sup>.

D'avril 2003 à avril 2005, les brûlures traitées à l'Institut militaire américain de recherche chirurgicale étaient de gravité faible à moyenne, ISS à 11, mais dans 52 % des cas étaient accompagnées d'une lésion associée, dont 17 % d'inhalation <sup>(3)</sup>.

La gravité des brûlures est liée à plusieurs facteurs :

- La surface : peut s'estimer à l'aide de plusieurs méthodes (paume de la main 1 %, règle des 9 de Wallace),
- La profondeur : 2<sup>ème</sup> degré superficiel ou profond, 3<sup>ème</sup> degré,
- la localisation : détermine le pronostic fonctionnel, la survenue de complications septiques et de difficultés de cicatrisation (visage, cou, mains, orifice naturels, périné),
- Lésions traumatiques associées : orthopédiques, neurologiques, viscérales,
- Inhalation de fumées et intoxications associées : monoxyde de carbone, cyanures.

Dans notre exemple, les formations de l'avant du Service de Santé étant confrontés à plusieurs brûlés, le triage des blessés est indispensable afin de répartir au bénéfice du plus grand nombre les ressources

des différentes structures. Le modèle de triage retenu est la catégorisation OTAN :

- Priorité 1 : urgence immédiate « Urgent »
  - o Brûlés en détresse respiratoire ou choc
  - o SCB : 15 à 50 %
- Priorité 2 : urgence différée « Delayed »
- Priorité 3 : urgence minimale « Minimal »
  - o Petites brûlures < 15 %
- Priorité 4 : urgence dépassée « Expectant »
  - o Brûlures > 50 %

### 2. Prise en charge des brûlures thermiques

Les objectifs de traitement et de prise en charge des patients brûlés en vue d'une évacuation imposent plusieurs actions débutées le plus précocement possible :

- Un brûlé est un blessé qui nécessite un remplissage vasculaire : il faut disposer d'accès veineux de gros calibre et sécurisés.
- Le remplissage vasculaire est classiquement guidé par un monitoring, rendu d'autant plus difficile que les surfaces cutanées habituellement concernées (tronc, membres supérieurs) font elles-mêmes partie des zones lésées : le monitoring minimal comporte la mise en place d'un cathéter artériel et d'une sonde urinaire à demeure (figure 1).



Figure 1 : localisation des brûlures rendant difficile le monitoring classique.

- En raison d'une dégradation pulmonaire rapide des conditions de ventilation, un brûlé doit bénéficier d'un mode ventilatoire assurant une hématose op-

<b>Brûlures &lt; 20 % SCB</b>	H0 à H8 : 2 ml/kg/% SCB (RL) H8 à H24 : 1 ml/kg/% SCB (RL) H24 à H48 : 1 ml/kg/% SCB (RL)
<b>Brûlures &gt; 20 % SCB</b>	H0 à H8 : 2 ml/kg/% SCB (RL) H8 à H24 : 0,5 ml/kg/% SCB (RL) + 0,5 ml/kg/% SCB (SAD) H24 à H48 : 0,5 ml/kg/% SCB (RL) + 0,5 ml/kg/% SCB (SAD)

RI : Ringer Lactate. SAD : sérum albumine dilué à 4%. SCB : surface cutanée brûlée.

HO : début de la perfusion, H8, H24 et H48 : 8<sup>ème</sup>, 24<sup>ème</sup> et 48<sup>ème</sup> heure.

Tableau 1 : remplissage vasculaire du brûlé, formule du SSA.

timale, et ce malgré l'existence de brûlures pulmonaires ou de difficultés d'accès aux voies aériennes : la prise en charge initiale comprend l'intubation ou la trachéotomie précoces et la mise sous ventilation mécanique, accompagnée de la pose d'une sonde nasogastrique.

- Les brûlures des membres et du thorax s'accompagnent très rapidement d'œdèmes importants retentissant sur le pronostic vital et fonctionnel : les indications d'incisions de décharge sont larges.
- Le risque d'hypothermie est très important : le réchauffage précoce et lutte contre les pertes thermiques.

Toutes ces actions doivent être réalisées ou débutées avant le début de l'évacuation, l'environnement technique de certains vecteurs d'évacuation ne permettant pas la réalisation de certaines d'entre elles. Le bon déroulement d'une évacuation aérienne dépend directement de la qualité de la mise en condition initiale et de la stabilité des fonctions vitales des blessés.

#### • Le remplissage vasculaire

Durant les 48 premières heures le remplissage vasculaire obéit à un schéma de perfusion en fonction de la surface cutanée brûlée, qui permet de compenser la déplétion volémique (tableau 1). Cette période de 48 heures comprend la prise en charge initiale et tout ou partie de l'évacuation du blessé. Il est important que tous les acteurs respectent le même protocole de remplissage vasculaire afin que la prise en charge reste homogène et compréhensible à toutes les étapes de l'évacuation.

Les objectifs du remplissage vasculaire sont de maintenir la pression artérielle systolique au delà de 90 mm d'Hg et la diurèse à 0,5 à 1 ml/kg/h. Afin de guider le remplissage, le monitoring repose essentiellement sur la mesure invasive de la pression artérielle, la surveillance par pression non invasive, cardioscope et SpO2

étant souvent impossible du fait de la localisation des blessures.

Le remplissage vasculaire permet de compenser la déplétion liée à la plasmorragie. La transfusion de produits sanguins labiles (CGR, PFC) peut être nécessaire en raison de lésions associées.

#### • Oxygénation

Un brûlé est un blessé potentiellement rapidement très hypoxémique. L'oxygénation précoce est impérative et systématique. L'oxygénation peut nécessiter la mise sous ventilation mécanique d'emblée et un abord des voies aériennes par intubation ou trachéotomie :

- Brûlures du 3<sup>ème</sup> degré de la face et du cou 0 %
- Troubles de conscience

#### • Sédation et analgésie

Les douleurs liées aux brûlures sont très importantes et doivent être prises en considération selon les moyens disponibles en fonction du niveau de prise en charge :

- 1<sup>er</sup> stade : morphine sous-cutanée du combattant
- 2<sup>ème</sup> stade : titration de morphine IV, titration de kétamine à faibles doses
- 3<sup>ème</sup> stade : sufentanil
- 4<sup>ème</sup> stade (patients ventilés) : benzodiazépines et morphiniques IV en continu

#### • Principes thérapeutiques concernant les lésions cutanées

Le risque infectieux chez le brûlé est important et existe dès les premières heures.

Un des objectifs du traitement des lésions cutanées brûlées est d'éviter la contamination des brûlures par des germes et le développement de résistances bactériennes. Le traitement initial est constitué d'une première étape de désinfection (savon/eau stérile/antiseptique), puis de l'application d'un antibactérien local, le sulfadiazine argentine (Flammazine®).

- *Incisions de décharge*

L'apparition rapide d'œdème menace le pronostic vital et fonctionnel et impose la réalisation précoce d'incisions de décharge (figure 2). Il s'agit des :

- Brûlures profondes circulaires avec ischémie d'un membre : avant la 6<sup>ème</sup> heure,
- Brûlures profondes thoraciques circulaires.



Figure 2 : incisions de décharge.

### 3. Evacuation sanitaire aérienne stratégique collective

- *Evacuation sanitaire aérienne*

Les évacuations sanitaires aériennes (EVASAN) sont des missions dimensionnant l'engagement de la France dans un conflit armé loin de ses frontières. C'est un maillon essentiel de la doctrine de soutien santé des forces armées françaises.

Une EVASAN est un acte médical qui s'inscrit dans une démarche de prise en charge médicale globale (IM 208/DEF/EMA/OL.5 du 28 janvier 1998).

Le transport sanitaire aérien d'un blessé est réalisé afin de garantir le maximum de chances de survie et de récupération fonctionnelle. Il s'effectue sous surveillance médicale ou paramédicale en poursuivant les traitements préalablement initiés.

Les EVASAN sont des composantes de la médicalisation de l'avant (médecin à proximité du combattant pour assurer sa survie immédiate) et de la chirurgicalisation de l'avant (bloc opératoire près du combattant afin de permettre une stabilisation précoce). L'EVASAN doit être précoce dans le but d'assurer le traitement spéci-

fique des lésions dans un hôpital d'infrastructure et dans les plus brefs délais.

Evacuer les blessés au combat est une nécessité comprenant :

- Un intérêt médical : la capacité médicale est limitée et l'EVASAN permet un traitement spécifique précoce, le traitement des urgences vitales et fonctionnelles.
- Un intérêt psychologique pour les blessés et leurs camarades,
- Un intérêt logistique en restaurant la capacité de soins à l'avant. L'organisation des EVASAN comprend 2 composantes, 3 étapes et 5 acteurs principaux (figure 3) :

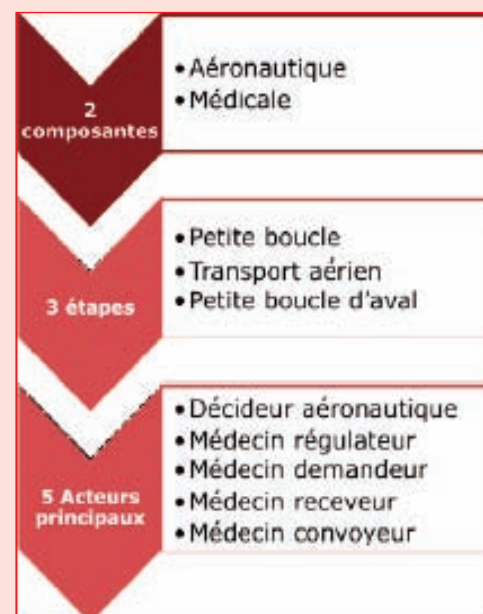


Figure 3 : Organisation des EVASAN.

- Les 2 composantes sont les 2 filières de décision qui vont juger de la nécessité, de la faisabilité et de la réalisation des EVASAN : une filière aéronautique (commandement) et une filière médicale.
- Les 3 étapes sont la petite boucle d'amont qui permet l'acheminement du blessé de la formation sanitaire de l'avant jusqu'au vecteur d'évacuation, la grande boucle représentée par le vol entre le théâtre et la métropole, la petite boucle d'aval qui va du vecteur d'évacuation jusqu'à l'hôpital d'infrastructure.
- Les 5 acteurs principaux sont le demandeur situé sur le théâtre (exprime sa demande au régulateur médical), le régulateur médical (reçoit la demande du théâtre, exprime une demande de besoins auprès du ministère de la défense et de la filière aéronautique, met en alerte l'hôpital receveur et désigne l'équipe de convoyage), le décideur,

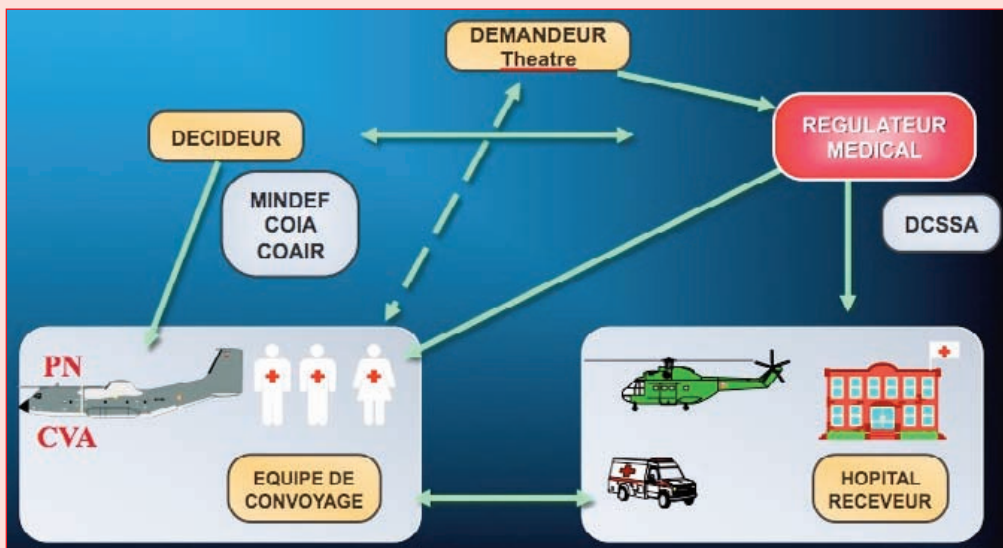


Figure 4 : Les 5 acteurs principaux d'une EVASAN.

l'équipe de convoyage et l'hôpital receveur (figure 4).

• *Contraintes physiopathologiques du transport aérien sanitaire*

Les EVASAN sont réalisées dans un milieu (aérien) et dans un environnement (aéronef) qui sont à l'origine de contraintes importantes avec des conséquences non négligeables sur la prise en charge médicale. Il s'agit de contraintes :

- Liées à l'altitude :

o Dysbarie : la diminution de la pression atmosphérique à l'intérieur de l'avion engendre une augmentation du volume d'air contenu dans les organes creux (les pneumothorax doivent être drainés) et les dispositifs médicaux (remplir le ballonnet des sondes d'intubation avec de l'eau ou adapter un régulateur automatique de pression), et a des conséquences sur le fonctionnement des appareils de ventilation en particulier (penser à compenser le volume courant, intérêt des respirateurs à turbine type LTV 1200).

o Hypoxie hypoxique : la pression d'un gaz étant la somme des pressions partielles des différents gaz qui le constitue (Loi de Dalton) si la pression atmosphérique totale diminue, la pression partielle d'O<sub>2</sub> diminue d'autant. Il faut anticiper les besoins en oxygène d'au moins 150 % et économiser l'oxygène.

o Thermo-hygro-métrie : le milieu aérien est un milieu sec provoquant un assèchement des sécrétions (majorer les apports hydriques) et froid avec un risque d'hypothermie.

- Liées à l'aéronef :

o Le niveau sonore est élevé ce qui nuit à la transmission des informations, à la qualité de l'auscultation, ...

o L'ambiance thermique est fluctuante entre le chaud et le froid.

o L'ambiance lumineuse peut être diminuée.

o C'est un milieu exigu où le rangement doit être optimisé et la gestuelle adaptée.

o L'équipe de convoyage est soumise à un isolement psychologique et technique (ressources limitées en O<sub>2</sub>, électricité, fluides, ...).

- Liées au vol :

o Les différentes phases du vol génèrent des forces de gravité liées aux accélérations et décélérations, principalement au décollage et à l'atterrissage. Le retentissement est hémodynamique (les patients instables sur le plan hémodynamique sont positionnés pieds en avant) et chez les traumatisés crâniens (positionnés tête en avant). D'autre part les vibrations sont responsables de mal de transport, aussi bien chez l'équipe de convoyage que chez les patients. Enfin, ces stimulations peu habituelles chez un patient conscient mais sanglé pour les besoins du vol peuvent être à l'origine d'épisodes d'agitation.

• *Stratégique et collective*

Dans notre exemple, les blessés sont à Kaboul et doivent être rapatriés à Paris, soit une distance de 5697 km et environ 8 heures de vol. Il s'agit donc d'une évacuation sanitaire aérienne stratégique, d'un théâtre vers la métropole, à la différence des évacuations tactiques réalisées sur le théâtre lui-même. Compte tenu des distances concernées le choix des aéronefs utilisables est restreint : Falcon 50 et 900, Airbus A310 et A340, Boeing C135FR Morphée.



Figure 5 : intérieur d'un Falcon 50. Noter le caractère exigu.

Pour une durée de vol de 8 heures, compte tenu des ressources électriques et en fluide, les Falcon 50 et 900 permettent l'évacuation d'un seul blessé intubé et ventilé. De plus l'environnement de travail est exigu et la capacité d'emport logistique limitée (figure 5).

La médicalisation des Airbus A310 est pratiquement identique (18 barquettes) mais la possibilité d'alimentation en 220V permet l'évacuation de blessés intermédiaires.

Les Boeing C135FR Morphée sont médicalisés par un lot Morphée avec 12 personnels dont 2 anesthésistes réanimateurs pour un décollage en moins de 24 heures. Selon la configuration ils peuvent permettre le rapatriement de 12 blessés dont 4 patients de réanimation (figure 6).

Avions	Rayon action (km)	Piste (m)	Capacité sanitaire théorique	O2	Electricité
A310	8000	3000	9 à 18 (2 graves)	4 bouteilles AF (3250L/ bouteilles) +4	220 V oui 2 prises
A 340	14000	3000	25	50 bouteilles max	220 v: non 2 prises US (15 V 400 Hz)
C135FR	7000	3000	6 lourds ou 4 lourds 6 légers	16 bouteilles de 3000l+ 40000l O2 liquide	

Tableau 2 : Capacités d'évacuation des avions gros porteurs.

Les avions gros porteurs ont des avantages et des inconvénients différents selon leur modèle (tableau 2). Leurs avantages sont leur polyvalence, leur vitesse, leur rayon d'action et leur capacité. Leurs inconvénients sont liés à leur disponibilité et au délai de mise en œuvre, à la nécessité d'un relais de nombreux véhicules au sol, à la maîtrise de l'espace aérien, à des contraintes aéronautiques et de piste.

Les Airbus A340 est médicalisé en 6 à 12 heures par le lot CS7 et 13 personnels du SSA, et comporte 25 civières. L'absence de possibilité d'alimentation électrique en 220 V le réserve aux blessés légers.



Figure 6 : évacuation de blessés avec Morphée

L'évacuation de blessés en nombre est une évacuation collective. Dans l'exemple choisi de plusieurs blessés brûlés, c'est l'association des problèmes rencontrés lors d'une évacuation individuelle classique associés à la spécificité des brûlés. La réussite d'une EVASAN collective de ce type repose sur l'anticipation et la logistique. L'anticipation dépend de la qualité des échanges entre le théâtre, l'équipe de convoyage et les équipes hospitalières de métropole. La logistique doit prendre en considération la durée de vol, le nombre et la gravité des blessés, l'estimation des besoins correspondants en solutés, oxygène, pansements spécifiques, ...

L'adéquation entre les moyens humains et le nombre et la gravité des blessés obéit à la

classification de Chabanne et Pujol qui définit les ratios patients / IDE, IADE, anesthésiste-réanimateur, médecin aéronautique.

#### 4. En pratique

L'incendie survenu après l'attaque du VAB est responsable de 4 blessés catégorisés P1 (urgence immédiate) intubés et ventilés dont 2 sont brûlés avec une SCB de 30 % et 2 avec une SCB de 20 %, et de 4 blessés catégorisés P3 (urgence minime) brûlés avec une SCB de 10%.

Compte tenu de la distance à parcourir, du nombre et de la gravité des blessés, des contraintes logistiques et en personnel engendrées par les brûlures, le choix du vecteur se porte vers un Boeing C135FR Morphée.

Tous les patients sont mis en condition avant évacuation : stabilité hémodynamique, chirurgie, pansements, identification précise des blessés. La petite boucle d'amont est organisée entre le rôle 3 déployé à Kaboul et l'aéronef utilisé pour l'évacuation.

Sur le plan logistique, la prise en charge pendant 24h00 des 8 blessés préalablement mentionnés (poids moyen 80 kg) et selon les principes précédemment décrits impose de prévoir les quantités suivantes :

- Remplissage vasculaire : 210 litres de Ringer Lactate et 58 litres de sérum albumine à 4 %.
- Produits sanguins (CGR et PCSD) : fonction du bilan d'évolution,
- Oxygène : 16 bouteilles de 3000 litres en plus de l'accès aux 40 000 litres de l'oxygène liquide de l'avion,
- Flammazine<sup>®</sup> : 15 pots,
- Hypnotiques et morphiniques : 20 ampoules de 250 mcg de sufentanil et 80 ampoules de 50 mg de midazolam. Le vol aller est consacré au repos de l'équipe de convoyage, à l'optimisation de l'ergonomie de l'avion, au briefing et à l'élaboration du plan d'embarquement. L'embarquement et le débarquement des blessés sont les périodes les plus à risque de par la rupture des soins. Immédiatement avant l'embarquement la mise en condition est réévaluée et optimisée : un geste facilement réalisable au sol avant le vol ne doit jamais être différé. L'optimisation porte sur la stabilité hémodynamique, le dépistage et la prévention des facteurs susceptibles de décompenser en vol et la finalisation du conditionnement au sol. L'embarquement se déroule sous la direction du directeur médical de la mission selon le plan précédemment élaboré, celui-ci étant évolutif. Les blessés sont embarqués du plus léger au plus grave. Le brancardage dans l'avion nécessite

l'optimisation des personnes présentes à l'intérieur de l'avion. Les ressources du théâtre (O<sub>2</sub>, drogues, solutés, ...) sont utilisées jusqu'à la fermeture des portes. En vol, la continuité des soins est poursuivie : remplissage vasculaire, gestion des voies aériennes, prévention de l'hypothermie, nursing (exudation importante, réfection précoce des pansements), gestion des effets liés au vol (agitation). Les documents de surveillance et de suivi sont réalisés. A l'arrivée, le débarquement se déroule dans l'ordre inverse de l'embarquement, du plus grave au plus léger. La boucle d'aval permet la répartition et l'accueil des blessés par les services hospitaliers préalablement désignés.

#### Conclusion

Une évacuation sanitaire aérienne stratégique et collective est un défi logistique et humain. L'évacuation de brûlés graves est un défi supplémentaire. La réussite de la mission repose sur l'entraînement, l'organisation et l'anticipation.

#### RÉFÉRENCES

- 1 Hedman TL, Renz EM, Richard RL, Quick CD, Dewey WS, Barillo DJ, Cancio LC, Baer DG, Wolf SE, Holcomb JB. Incidence and severity of combat hand burns after all army activity message. *J Trauma* 2008;64:S169-73.
- 2 Chung KK, Blackbourne LH, Wolf SE, White CE, Renz ME, Cancio LC, Holcomb JB, Barillo DJ. Evolution of burn resuscitation in operation iraki freedom. *J Burn Care Res* 2006;27:606-11.
- 3 Kauvar DS, Wolf SE, Wade CE, Cancio LC, Renz ME, Holcomb JB. Burns sustained in combat explosions in Operations Iraqi and enduring freedom. *Burns* 2006;32:853-7.

#### REMERCIEMENTS

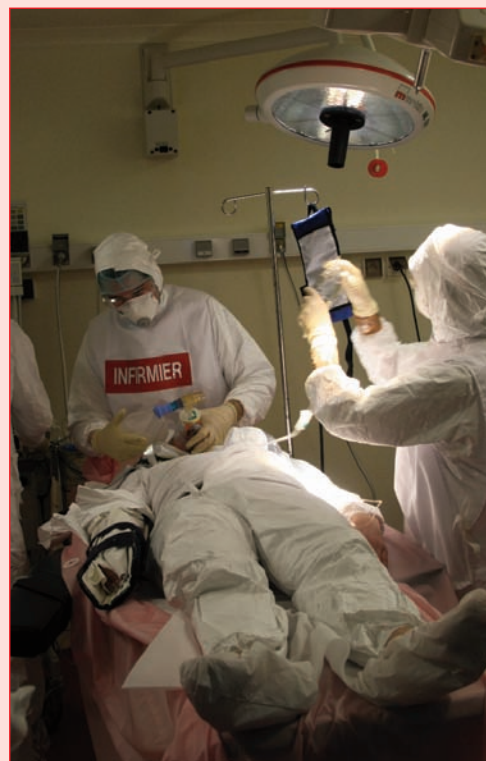
*Tous nos remerciements au Médecin en Chef Stéphane MÉRAT, rédacteur en chef de Réanoxyo (revue du Club des Anesthésistes-Réanimateurs et Urgentistes Militaires) qui en amicale confraternité et avec une généreuse camaraderie nous a autorisés à « partager » cet article en le publiant et le reproduisant ici...*

## SIMULER POUR MIEUX SOIGNER... PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE DE BLESSÉS RADIOCONTAMINÉS

Pina G. Médecin des armées<sup>®1</sup>, Dalègre M. Pharmacien en Chef<sup>®1</sup>, Massoubre B. Pharmacien des armées<sup>®1</sup>, Thizy M. MERCASS<sup>1</sup>, Astrié G. Médecin en Chef<sup>1</sup>

**8 juin 2011, un accident à la centrale nucléaire du Bugey fait deux blessés. Porteurs d'une contamination radiologique en plus des lésions accidentelles, les deux victimes sont aussitôt évacuées vers l'Hôpital d'Instruction des Armées Desgenettes (HIAD).**

Ce scénario était le thème d'un exercice grandeur nature qui, ce jour là, s'est déroulé en présence de nombreux observateurs civils et militaires, réunis afin d'apprécier et évaluer l'ensemble de la prise en charge hospitalière de blessés radiocontaminés.



Jouées par deux brancardiers secouristes du 3<sup>ème</sup> régiment médical, les victimes sont accueillies dès leur arrivée au Centre de Traitement des Blessés Radiocontaminés (CTBRC) par le personnel de l'HIA, spécialement formé à la prise en charge NRBC, équipé en tenue radiologique.

En état de choc, la première victime est classée immédiatement par le médecin ur-

gentiste en T1 (Extrême Urgence EU) avec une suspicion de contusion abdominale. La prise en charge de l'urgence vitale primant sur l'urgence radiologique, elle est immédiatement dirigée vers la salle de déchoquage et prise en charge par l'Infirmière Anesthésiste (IADE) pour être perfusée et intubée, avant intervention chirurgicale au bloc opératoire du CTBRC (Figure 1). Après stabilisation, en post opératoire, la victime sera décontaminée sur la chaîne « invalide » puis hospitalisée en secteur de réanimation.

La deuxième victime est classée en urgence relative et souffre d'une plaie associée à une impotence fonctionnelle du bras droit. Elle est déshabillée (Figure 2), puis une recherche de contamination radiologique est réalisée au poste de détection primaire (Figure 3), qui retrouve une contamination au niveau des deux mains. La plaie n'est pas contaminée. Après parage de la plaie, la victime est décontaminée, puis rhabillée après contrôle de l'efficacité de la décontamination au poste de détection secondaire. Elle est enfin évacuée vers le Service d'accueil des Urgences (SAU).

### Le rôle central du CRTBC

Cette simulation permet à cette occasion de montrer la pertinence opérationnelle du CRTBC, chaîne de décontamination dédiée à la prise en charge des victimes valides ou invalides contaminées par un agent radiologique, avant leur admission à l'hôpital. La décontamination permet, en effet, de limiter l'exposition de la victime comme les conséquences radiologiques de l'accident sur l'établissement hospitalier et son personnel, qu'un transfert de contamination rendraient complètement inopérant. La présence d'une salle de déchoquage et d'un bloc opératoire à l'intérieur du CTBRC permet la prise en charge des urgences médico-chirurgicale – qui priment sur l'urgence de décontamination pour le risque radiologique – sans risquer la contamination hospitalière.

La simulation a mis en exergue l'importance de disposer de personnel en nombre suffisant, équipé, formé et régulièrement

<sup>1</sup> Hôpital d'Instruction des Armées Desgenettes, 108 Boulevard Pinel, 69003 Lyon





entraîné aux particularités de la prise en charge radiologique. L'infrastructure doit être adaptée, et l'organisation rodée avec des procédures de décontamination dûment validées et régulièrement évaluées.

Le CTBRC a d'abord une vocation opérationnelle d'accueil et de traitement des blessés en situation d'urgence radiologique. Il est également utilisé pour des missions d'enseignement et d'entraînement à la prise en charge de ces blessés radiocontaminés.

#### **Un protocole d'action testé, des objectifs précisés**

Tester les protocoles et vérifier la validité des étapes fondamentales de la décontamination radiologique sont les objectifs de ces exercices. Ont donc été contrôlés :

- l'accueil, l'enregistrement et le tri des patients,
- la prise en charge d'une extrême urgence,
- le déshabillage protocolisé, adapté aux tenues civiles comme militaires, qui permet d'enlever jusqu'à 90% de la contamination externe,
- la détection de la contamination résiduelle,
- la décontamination par douchage, puis séchage
- la détection secondaire de l'efficacité de la décontamination.

Evaluation des connaissances acquises lors des séances de formation (application des fiches de poste et des fiches réflexe), amélioration des procédures et adaptation constante de celles-ci grâce au retour d'expérience : la réalisation d'exercice a des ef-

fets concrets sur l'amélioration de la prise en charge de ce type de risque.

#### **Des équipes impliquées, des observateurs attentifs, des protocoles vérifiés**

Évalué par plusieurs observateurs venant des CNPE environnantes et des Hospices Civils de Lyon (HCL), l'exercice a permis d'apprécier l'implication forte du personnel formé sur le CTBRC, la cohésion de l'équipe soignante et la validation des formations théoriques dispensées. Les principes généraux de la décontamination radiologique

(marche en avant, urgence médico-chirurgicale qui prime sur l'urgence de décontamination, éviter le transfert de contamination) sont respectés.

La réalisation de ce type d'exercice, prévu par les plans spéciaux, est indispensable au maintien d'un bon niveau opérationnel. Mais il favorise aussi, au niveau local, l'échange de compétences spécifiques, le partage des responsabilités opérationnelles et le maintien du lien entre l'HIAD et les CNPE. Il participe également à la construction d'une connaissance et d'une confiance réciproque entre les différents services et institutions qui seraient amenées à travailler ensemble en situation réelle.

#### **ENCART**

Cet exercice était placé sous l'égide du médecin-chef adjoint Coulot. Organisé par la cellule des plans spéciaux, il s'inscrit dans le cadre du plan de formation continue interne de l'HIA Desgenettes et des conventions existantes avec les Centres Nucléaire de Production D'Electricité (CNPE). Le montage d'une tente UTILIS, tente polyvalente pour la décontamination chimique ou radiologique, par le personnel militaire de l'HIAD, aidé d'un groupe de la compagnie NRBC du 3<sup>ème</sup> régiment médical de la Valbonne, complétait cet entraînement.





## Départ en MCD\* avec DTCD\*\*



Norbert SCAGLIOLA Pharmacien en Chef®

### FÉDÉRATION NATIONALE DES PHARMACIENS DE RÉSERVE (FNPR)

Courriel : [fnpr@free.fr](mailto:fnpr@free.fr)

**Président :** Claude BOYMOND  
7, rue du noyer  
67207 - Niederhausbergen  
[boymond@unistra.fr](mailto:boymond@unistra.fr)

**Secrétaire général :** Jean-Claude SCHALBER  
66-68, rue de la Folie Regnault  
75011 - Paris  
[jc.schalber@free.fr](mailto:jc.schalber@free.fr)

**Trésorier :** Éric DENOIX  
118, Parc de Cassan  
95290 - L'Isle-Adam  
[EDenoix@aol.com](mailto:EDenoix@aol.com)

Certains matins, il vous arrive, en vous réveillant, de vous dire : « aujourd'hui, rien de spécial, la journée devrait être calme ».

Vous avez sûrement observé, comme moi, que c'est en principe, ce jour là, que des événements inattendus surviennent qui vont impacter lourdement les semaines ou les mois à venir.

Ce lundi 7 mars 2011, tout était calme et la journée se passait sans problème particulier. C'est vers 15 heures que l'événement est arrivé par l'intermédiaire d'un appel sur mon téléphone portable.

Une voix amicale et bien connue du bureau réserve de la Direction Centrale se mit à m'expliquer que des problèmes au sein du corps des pharmaciens avaient provoqué le départ de deux confrères d'active de leur affectation, l'un au Tchad et l'autre en Guyane.

Il fallait donc trouver deux pharmaciens

de réserve afin de pourvoir ces postes.

Etant parfois sollicité afin de trouver « le » réserviste adéquat pour un type de mission bien déterminé, je demandais à mon interlocuteur quelques détails concernant ces deux postes :

Tout d'abord : date du départ ?

Ensuite : durée de la mission ?

Enfin : quel type de mission ?

Réponse :

- date de départ : **31 mars** pour la Guyane et **1<sup>er</sup> mai** pour le Tchad.
- Durée de la mission : 3 mois
- Mission : commander le ravitaillement sanitaire des forces (UDPS)

Nous étions le 7 mars et il fallait trouver deux confrères qui acceptent de partir pour trois mois dans un délai très court (« DTCD », terme non réglementaire mais terriblement pragmatique). En effet, trois

\* MCD : mission de courte durée.

\*\* DTCD : « délai de courte durée »

semaines pour l'un et deux mois pour l'autre sont des délais qui pourraient laisser penser qu'on est dans le domaine du raisonnable.

Or, chacun d'entre nous est un professionnel de santé qui a l'obligation de l'exercice personnel, ce qui veut dire que, pour partir, il faut se faire remplacer par un autre pharmacien.

Il faut aussi tenir compte qu'une remise à niveau sur le plan technique est nécessaire quelle que soit son ancienneté dans la réserve opérationnelle et son degré de connaissance afin d'assurer pleinement sa mission.

La tâche était rude pour trouver ces « oiseaux rares », mais j'avais obtenu de mon interlocuteur de pouvoir scinder la mission en Guyane en deux périodes d'un mois et demi ce qui imposait de trouver deux confrères sur cette mission mais en réduisant la durée.

Ce type de mission, l'une en OPEX et l'autre en Outre Mer étaient fort intéressantes aussi bien sur le plan humain que sur le plan professionnel. Par ailleurs, les postes offerts aux réservistes opérationnels pharmaciens ne sont pas très nombreux. Il fallait donc satisfaire à cette demande.

Nous étions lundi et les réponses devaient arriver le vendredi à la Direction Centrale...

La FNPR dispose, par l'intermédiaire de son secrétaire général, d'un listing permettant de joindre par mail tous les camarades réservistes. Ce qui fut fait dans l'heure qui suivit.

Le « tam-tam » fonctionna bien car, moins de 48 heures plus tard, les postes étaient pourvus : un confrère officinal, le PC E.DENOIX prenait le poste au Tchad et je partageais celui de Guyane avec le PC JM. PAOLO.

L'affaire était réglée et commençait maintenant le début de l'aventure, c'est-à-dire les différentes phases préliminaires obligatoires pour partir en mission.

Je n'aborderai ici que l'aspect concernant la mission outre mer et non celui de l'OPEX car le PC E.DENOIX aura l'occasion de le décrire dans un prochain numéro d'Actu GORSSA.

La mise en condition de départ comporte des formalités administratives et médico-administratives individuelles ainsi que la préparation technique.

### **Formalités administratives et médico-administratives**

**Sur le plan purement administratif**, certains documents doivent être fournis par le réserviste et d'autres par la Direction régionale.

Dans le premier cas, il s'agit principalement de :

- la photocopie de la carte nationale d'identité,
- la photocopie du permis de conduire,
- la photocopie du livret de famille,
- 10 photos d'identité,
- le dernier bulletin de solde,
- une attestation de sécurité sociale.

La direction régionale apporte dans le dossier administratif le reste des éléments nécessaires :

- la carte d'identité militaire,
- la carte sanitaire,
- la photocopie du contrat ESR et de son avenant,
- le certificat de position militaire,
- l'habilitation « confidentiel défense »,
- la photocopie du livret matricule,
- le dossier administratif de campagne,
- des feuillets d'états de paiement et une fiche récapitulative.

Concernant l'équipement, la DRSSA fournit au réserviste :

- la plaque nominative avec chaînette,
- le paquetage opérationnel.

**Sur le plan médical**, l'intéressé doit passer une visite médicale d'aptitude au cours de laquelle les vaccinations seront mises à jour.

Concernant les vaccinations, étant parti en mission outre mer peu d'années auparavant, l'ensemble du carnet vaccinal était à jour, ne nécessitant que la vaccination contre la fièvre jaune, élément le plus important pour un départ en Guyane puisque son absence interdit l'embarquement à l'aéroport. Et la mienne était trop ancienne.

De plus, le réserviste doit fournir un panoramique dentaire et une carte de groupe sanguin.

Il faut bien savoir que, sans qu'elles soient particulièrement difficiles à remplir, ces formalités obligatoires nécessitent un investissement en temps qu'il faut assumer tout en continuant à exercer sa profession



et à mettre en place une organisation personnelle et professionnelle pour pallier à l'absence à venir.

A titre personnel, je suis gré aux services de la Direction régionale de Saint Germain en Laye en accord avec le Bureau réserve de la DCSSA de m'avoir facilité la tâche, compte tenu des délais qui m'étaient impartis, tant au niveau administratif que médical, ma visite médicale d'aptitude ayant été effectuée dans le cadre de mon CESR quelques temps avant.

Dans cette période consacrée aux formalités, il faut inclure le temps de préparation technique à l'emploi et de la remise à niveau.

### La préparation technique

Que ce soit en OPEX ou en Outre mer, le pharmacien chef de l'UDPS (Unité de Distribution en Produits de Santé) doit remplir les missions suivantes :

- organiser le ravitaillement sanitaire des forces
- assurer un niveau suffisant des médicaments, matériels et dispositifs médicaux pour les unités
- gérer les comptes en valeurs de la DIASS (Direction Inter Armées du Service de Santé) et des services médicaux d'unités
- prendre en charge la politique du médicament dans les services de consultations de la DIASS ainsi que dans les services médicaux d'unités
- contrôler le suivi de la réglementation.

Pour assumer ces charges et notamment les procédures de ravitaillement (état des stocks, commandes, dédouanement des livraisons, etc...), le pharmacien réserviste doit obligatoirement remettre à niveau ses connaissances, quelque soit la discipline exercée dans le civil (officinal, praticien hospitalier ou grossiste répartiteur).

Pour cela, les séjours outre-mer ne

nécessitant pas obligatoirement de passer par le CPOPEX, il est important de faire des stages de quelques jours afin de se perfectionner dans les procédures de commande qui sont spécifiques au Service de Santé et de s'adapter parfaitement au logiciel de gestion (SERENA) qu'il faudra utiliser.

Compte tenu des délais, nous effectués un stage d'une journée à la DAPSA et de deux jours à l'ERSA de Vitry le François

A la DAPSA, notre journée a été consacrée à l'étude des modalités et des procédures de commande, procédures différentes selon les articles (produits de la chaîne du froid, médicaments relevant de la réglementation des stupéfiants).

Par ailleurs nous avons été instruits sur les modalités douanières car il existe dans les départements d'outre mer une taxe particulière sur toute marchandise, l'octroi de mer.

Nous tenons à remercier tous ceux qui, malgré une activité intense, nous ont pris en charge afin que nous puissions ensuite, sur place, assurer notre mission « dans les règles de l'art ».



A l'ERSA de Vitry le François, nous avons passé deux journées intenses de formation sur le logiciel SERENA sous la direction de celui qui le maîtrise le mieux dans le service, M.ZERBIB.

Ce logiciel est complexe mais dispose de fonctionnalités étonnantes qui permettent une gestion rigoureuse des stocks et du ravitaillement. De par la finalité opérationnelle, il est à remarquer qu'il diffère beaucoup des logiciels dont nous disposons dans les officines ou dans les pharmacies à usage intérieur des hôpitaux.

Il m'avait déjà été donné de la pratiquer à Djibouti quelques années auparavant mais une remise à niveau s'imposait afin de

pouvoir exploiter pleinement toutes ses possibilités.

Au cours de ces deux journées, nous avons été suivis par notre consoeur Isabelle DAUPHIN, commandant l'ERSA, et son adjointe (qui devait prendre le poste en Guyane quelques mois plus tard) qui nous ont prodigué des conseils pratiques pour notre mission et fourni une documentation particulièrement utile ainsi que des numéros de téléphone qui nous ont permis de nous « sécuriser ». Merci à nos deux consoeurs.

31 mars, 12 heures, nous allons nous restaurer au mess de l'ERSA, la DRSSA de Saint Germain en Laye me téléphone pour

me signifier le message : « départ demain 1er avril à Orly par vol civil AF 3508 à 10h45 ».

Depuis ce fameux lundi qui devait se passer tranquillement, une période intense de trois semaines et demie s'était déroulée à une vitesse vertigineuse.

Retour à Paris dans la soirée, dernier dîner en famille, une nuit sans trop de sommeil, un réveil très matinal, dernier contrôle du packaging, embarquement et décollage.

Ensuite, ce qui s'est passé, j'espère avoir le plaisir de l'écrire dans un prochain numéro d'Actu-GORSSA.



### UNION NATIONALE DES VÉTÉRINAIRES DE RÉSERVE

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

#### PRÉSIDENT D'HONNEUR

VC Jean GLEDEL

#### PRÉSIDENT NATIONAL Vice-président du GORSSA

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

#### VICE-PRÉSIDENT et DÉLÉGUÉ INTERNATIONAL Délégué GORSSA Île-de-France

VC Bruno PELLETIER drvetbp@aol.com

#### VICE-PRÉSIDENT et DÉLÉGUÉ NATIONAL

VC Gilbert MOUTHON gmouthon@vet-alfort.fr

#### SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

VP Stéphane NGUYEN nguyen.servane@wanadoo.fr

#### TRÉSORIER

Dr. Pierre TASSIN

#### PRÉSIDENT DRSS Bordeaux

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

#### PRÉSIDENT DRSS Brest

VC Ghislain MANET g.manet@libertysurf.fr

#### PRÉSIDENT DRSS Toulon

VC Marc VERNEUIL marc.verneuil@cegetel.net

#### ADMINISTRATEURS D'HONNEUR

VC René PALLAYRET  
VC Jean-Paul ROUSSEAU  
VC Pierre ROYER

#### ADMINISTRATEURS

VC Thierry ALVADO-BRETTE  
alvado-brette@caramail.com  
VC Xavier BEELE xavierbeelee@aol.com  
VC Dominique GRANDJEAN dgrandjean@vet-alfort.fr  
VC Louis GUILLOU louis.guilou@numericable.fr  
VC Émile PEREZ Emile.PEREZ@agriculture.gouv.fr  
VC Philippe ROLS philippe.rols@agriculture.gouv.fr  
VC Charles TOUGE charlestouge@aol.com

*Dans le cadre des opérations extérieures, la gestion de l'eau est une tâche primordiale qui incombe à la profession vétérinaire. Le Vétérinaire en Chef Gilles BORNERT, Professeur agrégé du Val de Grâce, apporte dans cet article le regard du spécialiste du domaine. Ces fondamentaux sont aujourd'hui dispensés dans le cadre de la formation des camarades réservistes dont le départ en OPEX est programmé. Trois d'entre eux nous livrent leurs réflexions dans le cadre d'un retour d'expérience après plusieurs missions.*

*François-Henri BOLNOT, Président national UNVR.*

## ANALYSE DES EAUX EN OPERATIONS EXTERIEURES : OPTIONS TECHNIQUES RETENUES POUR LES LABORATOIRES VETERINAIRES.

*BORNERT G. Vétérinaire en Chef<sup>1</sup>*

### Introduction

La gestion de la sécurité sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine, en contexte opérationnel, repose fondamentalement sur une approche technologique cohérente et maîtrisée. Il s'agit de mettre en place une filière de traitement des eaux adaptée au type de ressource exploitée, de confier les activités de production et de distribution des eaux à des personnels compétents et encadrés et d'assurer une surveillance permanente des paramètres technologiques critiques.

Dans un tel contexte, la réalisation d'**analyses d'eau** n'intervient que dans le cadre de la vérification de l'efficacité des mesures de maîtrise mises en œuvre. Elle trouve son intérêt en tant que moyen objectif de s'assurer que l'obligation de résultat imposée par la réglementation est effectivement respectée. Les analyses constituent aussi des outils d'expertise lorsque des incidents surviennent au niveau des processus de production et de distribution des eaux.

Si la nécessité de se doter d'une capacité d'analyse des eaux en contexte opérationnel ne fait aucun doute, la difficulté est de concevoir une approche technique qui prenne en compte les différentes contraintes dans ce domaine. Le paradoxe est en effet de devoir garantir la fiabilité des résultats analytiques alors que les conditions d'installation qui caractérisent les théâtres opérationnels sont parfois très précaires.

Pour répondre à cette préoccupation, le Service de santé des armées a fait le choix d'une approche originale dont la mise en application est fondamentalement confiée aux vétérinaires et techniciens-vétérinaires projetés sur les théâtres opérationnels.

### Stratégie retenue

La réglementation applicable aux eaux destinées à la consommation humaine en contexte opérationnel (1, 2) confie au Service de santé la charge de la réalisation des prélèvements et des analyses d'eau dans le cadre du contrôle sanitaire. Ces analyses sont organisées selon trois canevas, adaptés aux différentes situations techniques :

- Le **canevas P1**, pour une analyse « complète » des eaux permet une évaluation des pollutions des eaux brutes ainsi qu'une vérification de l'efficacité des processus de traitement,
- Le **programme 2** correspond à un canevas d'analyses très simplifié, applicable en routine au stade de la production,
- Enfin, les **analyses P3** répondent aux nécessités du suivi des activités de distribution des eaux. Les canevas analytiques de base sont à adapter sur chaque théâtre aux conditions locales, en fonction des résultats de l'analyse des dangers et selon les processus technologiques utilisés.

Toutes les armées modernes ont mis en place des moyens analytiques permettant

<sup>1</sup> Professeur agrégé du Val-de-Grâce, DRSSA de Brest, CC5, 29240 BREST CEDEX 9

d'assurer le contrôle sanitaire des eaux. Ainsi, certaines nations de l'OTAN, à l'image de l'Allemagne, ont fait le choix de projeter des laboratoires complets d'analyse d'eau. Cette option est non seulement très coûteuse mais aussi particulièrement contraignante en termes de personnels. Certaines analyses spécialisées (recherche des pesticides ou des radio-contaminants) sont difficilement transposables au contexte opérationnel.

La France a développé ces dernières années une **approche mixte**, associant des laboratoires de terrain simplifiés et le recours aux services d'un laboratoire métropolitain pour les analyses les plus complexes. Le principe est de disposer d'une capacité analytique de base sur chaque théâtre, pour les paramètres les plus instables, tandis que les analyses chimiques les plus complexes sont confiées à un laboratoire de référence en métropole, en l'occurrence le laboratoire de l'Institut de recherche biomédicale des armées (IRBA) à Brétigny-sur-Orge et, pour les études de radioactivité, le Service de protection radiologique des armées (SPRA).

Pour mettre en œuvre cette politique, le développement d'outils techniques a été nécessaire.

### Moyens et méthodes

#### Paramètres physico-chimiques

Contrairement à une idée reçue, les paramètres clés d'une analyse d'eau de terrain, indispensables à l'évaluation du processus de production et de distribution, relèvent de **l'analyse physico-chimique**. Il s'agit d'ailleurs de paramètres pris en compte dans la surveillance comme dans la vérification de l'ensemble des étapes technologiques.

La turbidité de l'eau, notion qui renvoie au fait que l'eau soit trouble du fait de la présence d'éléments particuliers ou colloïdaux, constitue un élément essentiel du suivi de la stabilité des nappes d'eaux brutes souterraines, de l'efficacité des systèmes de filtration et de la corrosion des installations de distribution.

Le pH des eaux traitées représente un paramètre clé dont la maîtrise est indispensable en vue de limiter les phénomènes de corrosion des réseaux et de garantir l'efficacité des étapes de désinfection par les dérivés chlorés. La conductivité des eaux permet d'apprécier leur charge minérale, paramètre clé du pilotage des processus d'osmose inverse ou de distillation.

Enfin, le suivi des concentrations en chlore libre et en chlore total permettent de monitorer l'efficacité de l'emploi des désinfectants chlorés et d'apprécier de manière globale le

risque de présence de sous-produits chlorés (chloramines, trihalométhanes, acides chloroacétiques).

Si la surveillance de ces cinq paramètres de base est à la charge des acteurs de la production et de la distribution d'eau (Commissariat, Service d'infrastructure), il est essentiel pour le vétérinaire de disposer des équipements nécessaires à l'évaluation de ces mêmes paramètres. Les dotations mises en place comprennent donc un colorimètre (photo n° 1), un turbidimètre (photo n° 2) et un conductivimètre/pHmètre (photo n° 3) de terrain. Il s'agit d'appareils très simples d'emploi, robustes et parfaitement adaptés aux conditions opérationnelles. Faciles à transporter, ils constituent les outils de base indispensables à toute expertise dans le domaine de l'eau.



Photo n°3 : Conductivimètre-pHmètre.

#### Paramètres microbiologiques

La réglementation fixe des critères pour quatre paramètres de l'analyse microbiologique :

- les bactéries coliformes à +37°C,
- les *Escherichia coli*,
- les entérocoques,
- la flore aérobie revivable à +22°C. Ce dernier paramètre, imposé par les standards de l'OTAN (3) devrait être abandonné à terme.

Les bactéries coliformes représentent des indicateurs de la propreté des réseaux de distribution et du respect des bonnes pratiques d'hygiène, tandis que les *Escherichia coli* et les entérocoques constituent des indicateurs de contamination d'origine fécale.

Les techniques retenues pour **l'analyse bactériologique de terrain**, de type *Colilert*® et *Enterolert*®, ont l'avantage de simplifier de manière spectaculaire les manipulations. Les flacons utilisés pour le prélèvement sont ceux qui serviront à l'analyse, après ajout d'un réactif spécifique. L'incubation dure 24



Photo n°1 : Colorimètre pour dosage du chlore libre / total.



Photo n°2 : Turbidimètre de terrain.

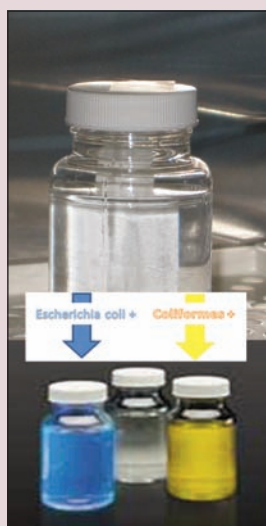


Photo n°4 : Méthode Colilert® pour recherche des coliformes et des *Escherichia coli* dans l'eau. Les flacons stériles destinés à recevoir l'échantillon d'eau contiennent du thiosulfate de sodium afin de neutraliser l'activité du chlore libre résiduel.



Photo n°5 : Malle destinée au conditionnement et au transport des échantillons d'eau.

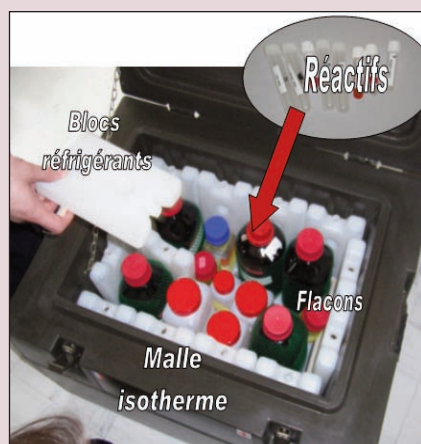


Photo n°6 : Malle destinée au conditionnement et au transport des échantillons d'eau.

heures ; à l'issue la lecture se limite à rechercher une coloration jaune ou une fluorescence (photo n° 4). Il n'y a donc pas de préparation ni de manipulation de milieux de culture gélosés.

#### Paramètres chimiques

Compte tenu de la complexité de certaines techniques analytiques, les laboratoires vétérinaires de terrain n'ont pas vocation à réaliser des analyses chimiques complètes des eaux. Le choix du Service de santé a été de s'équiper de spectrophotomètres de terrain (photo n° 5) avec pour priorité le dosage des contaminants chimiques les plus instables, pour lesquels l'envoi d'échantillons vers la métropole est inconcevable. Il s'agit là encore de matériels et de méthodes optimisés, pour un emploi particulièrement simple. Les manipulations de réactifs sont limitées et les séquences de l'analyse sont gérées de manière autonome par l'automate. En routine, les paramètres faisant l'objet d'un suivi de terrain sont peu nombreux, nitrates, nitrites, ammonium, fer, cuivre et nickel, mais en fonction des circonstances il est possible d'élargir cette liste à la plupart des agents chimiques d'intérêt.

Dès lors que le choix a été fait de rapatrier des échantillons vers la métropole, la question s'est posée du conditionnement et de la conservation de ces échantillons, afin de garantir la stabilité de leurs caractéristiques.

Une dotation spécifique pour transport d'échantillons d'eau est disponible auprès des établissements de ravitaillement sanitaire. Il s'agit d'un conteneur isotherme équipé de plaques réfrigérantes renfermant un ensemble de flacons spécifiquement destinés au transport des échantillons d'eau (photo n° 6). Si ce matériel peut sembler d'une grande banalité, il est en fait le résultat d'études techniques approfondies menées par l'IRBA, qui ont permis de choisir les matériaux les plus adaptés à chaque type de contaminant et de développer des techniques de stabilisation des échantillons. Pour chaque type de flacon, un réactif de pré-dosé est fourni afin de bloquer l'évolution des caractéristiques des eaux au cours de leur acheminement vers la métropole. Le délai de conservation garanti est de 96 heures au minimum, pour les polluants les plus instables.

#### Encadrement du fonctionnement des laboratoires

Les choix réalisés en matière de matériels et de méthodes permettent de simplifier le travail de paillasse, sur les théâtres. Il n'en demeure pas moins indispensable de mettre en place des personnels disposant d'une bonne

connaissance des moyens mis à leur disposition et de formaliser des procédures de fonctionnement des laboratoires de terrain.

La démarche de **formation des vétérinaires et techniciens-vétérinaires** tient compte du fait qu'en métropole aucun d'entre eux n'est en charge d'activités d'analyse. Le challenge est donc de former des néophytes et d'entretenir cette compétence. Depuis quatre ans, l'IRBA met ses moyens à la disposition de l'École du Val-de-Grâce afin de réaliser des stages de cinq jours de formation spécialisée dans le domaine de l'analyse des eaux en contexte opérationnel. La treizième session s'est déroulée en octobre 2011. Centrés sur des travaux pratiques, ces stages permettent d'acquérir une première expérience pratique de l'emploi des matériels disponibles sur les théâtres. Il s'agit aussi de donner aux stagiaires des points de repère en ce qui concerne l'optimisation du recours à l'analyse d'eau et l'interprétation des résultats.

Ces activités pédagogiques se fondent sur un ensemble documentaire très détaillé regroupé sous forme d'un Guide de bonnes pratiques au laboratoire. Ce recueil permet de disposer non seulement des modes opératoires correspondant aux différentes activités de terrain, mais aussi de documents précisant les règles générales de bonnes pratiques et des imprimés-types pour le suivi des activités de laboratoire. Outil incontournable pour une standardisation du fonctionnement de laboratoires de terrain, ce guide traite aussi de la gestion des déchets ou de l'ergonomie des postes de travail.

L'encadrement du fonctionnement des laboratoires bénéficie aussi d'une organisation fonctionnelle mise en place dans une perspective plus générale pour le suivi des activités vétérinaires.

Pour chaque théâtre opérationnel, un référent a été désigné par la Direction centrale du service de santé des armées (DCSSA). Il s'agit d'un vétérinaire en charge du suivi des activités vétérinaires sur un théâtre, avec pour objectif d'en garantir la continuité et la cohérence. Il représente l'interface technique de premier niveau pour tous les vétérinaires et techniciens-vétérinaires effectuant une mission sur le théâtre concerné. Le **référént « théâtre »** participe à la transmission des consignes aux nouveaux arrivants et reçoit leur retour d'expérience en fin de mission. Ce système se superpose à un réseau de **référénts techniques**, identifiés par domaines techniques : eaux, mais aussi santé animale, restauration, qualité des denrées, etc. Les ré-



férents techniques peuvent être sollicités par l'intermédiaire du référent « théâtre » mais aussi par prise de contact directe.

Les moyens modernes de communication, et principalement la messagerie électronique, permettent aux vétérinaires en mission d'établir des contacts étroits avec des référents chargés de leur apporter une assistance confraternelle et informelle, ce qui évite de solliciter systématiquement la DCSSA. Il est enfin à retenir que les experts du laboratoire de l'IRBA peuvent aussi être contactés pour toute précision technique en relation avec l'analyse des eaux.

Au bilan, l'organisation actuelle permet de ne jamais laisser un collègue en mission seul face à des difficultés et interrogations en relation avec l'exercice des compétences vétérinaires en opérations extérieures.

#### Retours d'expérience et perspectives

Le bilan actuel du fonctionnement des laboratoires des théâtres d'opérations permet de mesurer le chemin parcouru. Les retours d'expérience conduisent à penser que **l'organisation mise en place est efficace**, ce qui n'empêche pas d'en identifier les limites afin de proposer des perspectives d'évolution.

Une difficulté récurrente est liée au **transport des échantillons vers la métropole**. Lorsque les conditions sont hostiles, comme c'est le cas en Afghanistan, les élongations peuvent s'avérer très complexes à gérer. Il s'agit d'un domaine où le Service de santé des armées n'a pas toutes les cartes en main, puisqu'il demeure dépendant de la logistique opérationnelle, et notamment des possibilités de transport par voie aérienne depuis les théâtres. Le recours à des entreprises spécialisées dans les transports urgents pourrait être exploré, mais le coût des prestations peut s'avérer rédhibitoire.

Les laboratoires de terrain sont désormais des outils largement « rodés », mais il manque des moyens de s'assurer de la qualité de leurs prestations. Une réflexion est en cours pour organiser un système d'essais interlaboratoires, sous la direction de l'IRBA. Bien évidemment, ce qui relève de la routine en métropole devient sensiblement plus compliqué à gérer lorsque les laboratoires concernés sont à Kaboul ou à Naqoura...

La formation initiale des vétérinaires en charge des laboratoires n'a pas appelé de réclamation particulière. La perspective d'actualité est l'organisation chaque année, dans le cadre du Centre de préparation aux opérations extérieures du Service de santé (CPOPEX) à Lyon, de **stages de « mise en condition »**

destinés aux seuls personnels programmés pour un départ en mission. Ces sessions incluraient notamment une remise en main des matériels et méthodes d'analyse des eaux.

Enfin, une réflexion est nécessaire afin d'organiser de manière plus officielle le **soutien à distance** apporté par les référents. Actuellement, la permanence du service offert repose sur la bonne volonté des référents. La solution d'avenir serait plutôt d'organiser un tour de permanence par domaine technique, avec un service de « hot line » dédié à la gestion des crises relevant du domaine vétérinaire.

#### Conclusion

Challenge majeur pour le Service de santé des armées, l'organisation d'un soutien « laboratoire » sur les théâtres, dans le domaine des eaux destinées à la consommation humaine, est désormais bien en place. Simple et efficace, la gestion de cette activité technique permet d'apporter une information précieuse dans la démarche de maîtrise des risques liés à l'eau.

La France a ainsi rattrapé le retard qu'elle avait par rapport à ses alliés de l'OTAN dans ce domaine et dispose d'une approche cohérente, répondant aux besoins des théâtres sans générer de contraintes excessives. Son expérience a parfois inspiré d'autres nations.

Les perspectives principales concernent désormais l'organisation d'essais interlaboratoires, afin de garantir la fiabilité des résultats délivrés. Une réflexion est aussi engagée afin que l'expérience acquise dans le développement de laboratoires d'analyse des eaux puisse être transposée au domaine des denrées alimentaires.

#### Références bibliographiques

1. Instruction ministérielle n°3252/DEF/DCSSA/AST/VET du 23 novembre 2006 relative à la mise en œuvre de la surveillance de la qualité et du contrôle sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine, pour les forces en opérations et à l'entraînement.
2. Doctrine InterArmées (DIA 4.3.2) « *Gestion de l'eau en opération extérieure* » n°172/DEF/CICDE/NP du 23 juin 2010.
3. "Minimum standards of water potability during field operations and in emergency situations". Accord de standardisation OTAN n°2136 / AMedP-18, janvier 2006, 49 pages.

## RETOUR D'EXPERIENCE DE VETERINAIRES RESERVISTES EN OPEX

ROLS P.<sup>1</sup> Vétérinaire en Chef<sup>®</sup>,

ARNETTE C. Vétérinaire en Chef<sup>®</sup> et MANET G.<sup>2</sup> Vétérinaire en Chef<sup>®</sup>



Photo n°1 : boucherie à N'Djamena



Photo n°2 : abattoir à N'Djamena



Photo n°3 : escadron de protection à N'Djamena

Les vétérinaires réservistes en OPEX ont couvert essentiellement quatre théâtres d'opérations : **la Bosnie, le Kosovo, le Tchad et la Côte d'Ivoire.**

Cette synthèse correspond au retour d'expérience de trois camarades vétérinaires de réserve suite à leur engagement depuis 2001 sur ces théâtres, pour des périodes d'une durée de deux mois. L'un est praticien en cabinet, l'autre scientifique de la fonction publique et le troisième praticien et fonctionnaire de l'administration. Issus de la génération ayant connu le service national, ils n'avaient eu quasiment aucune expérience militaire depuis celui-ci avant de partir en OPEX pour la première mission.

### Les missions

Le vétérinaire sur le théâtre d'opération est le seul représentant du Service vétérinaire des armées : il assume auprès de la chefferie santé toutes les fonctions réparties dans les trois échelons locaux et régionaux en métropole. Il est exceptionnel qu'il puisse bénéficier de la présence d'un technicien ou d'un sous officier. La mise en place de « référents de théâtre » en métropole, depuis 2007, permet aujourd'hui de se documenter avant le départ et de pouvoir communiquer avec un spécialiste des établissements locaux en cours de séjour : c'est en quelque sorte « la mémoire du SVA ».

La mission principale du vétérinaire est la même qu'en métropole : en premier lieu **garantir la sécurité de l'approvisionnement et de la distribution des aliments.** Elle comporte l'évaluation des sources, la surveillance des ateliers de transformation et le suivi de la distribution dans les ordinaires, les bivouacs et les « popotes ».

La prise en charge de **l'alimentation en eau** est effective depuis 2005.

En OPEX, la chaîne alimentaire couvre souvent plusieurs pays (Tchad, Kosovo), ce qui complique les relations avec les autorités locales et les déplacements du vétérinaire, surtout sur de courtes périodes.

Les autres missions peuvent également s'avérer importantes dans le contexte d'une OPEX :

- les soins aux animaux militaires, auxquels s'ajoutent les « mascottes », car il est ra-

rement possible de recourir au secteur civil. A titre d'exemple, au Tchad en été, le vétérinaire de la base aérienne est le seul vétérinaire praticien présent dans la capitale ce qui peut le conduire à intervenir au bénéfice des animaux relevant d'organismes civils comme les ambassades.

- la prévention et la surveillance des zoonoses, la lutte contre les maladies vectorielles.

A ces missions principales, peuvent s'ajouter des missions spécifiques :

- La gestion des évacuations d'urgence,
- La prévention de l'introduction des maladies exotiques par les matériels et animaux lors des retours en métropole,
- Les éventuelles campagnes d'aide aux populations locales.

### Déroulement de la mission

#### Les moyens et les actions

En OPEX, la mission du vétérinaire s'exerce en milieu civil et sur tous les sites d'implantation militaire qui nécessitent une surveillance permanente. Les moyens de déplacement et de communication sont donc des instruments de travail fondamentaux au même titre que le thermomètre et le pot de prélèvement. Suivant le site, le vétérinaire est plus ou moins autonome et de nombreux facteurs interviennent dans le bon déroulement de ses missions : nécessité d'une sécurisation, place dans les avions, affectation d'un véhicule de service, etc.

Les actions vétérinaires sont surtout des opérations de longue haleine car portant sur les pratiques, les locaux, la prévention dont l'exécution ne dépend pas du Service de santé des armées.

La rotation du personnel de restauration, des maîtres chiens et du commandant remtent en cause « l'acquis » plusieurs fois par an, ce qui ne facilite pas la tâche.

La situation étant toujours précaire, il faut savoir anticiper, être réactif et s'adapter.

#### Relations professionnelles

L'accueil par les camarades d'active est toujours confraternel et bienveillant, même si au départ, le réserviste doit parfois justifier sa

<sup>1</sup> Service vétérinaire des armées de Bordeaux

<sup>2</sup> Service vétérinaire des armées de Brest

place. Avec les membres des autres disciplines du service de santé, tout est fonction de l'immersion dans la vie du service et de la manifestation. La présence de réservistes est fréquente et maintenant largement admise.

Avec les autres personnels militaires c'est l'intérêt porté à leur travail et l'efficacité de son propre travail qui sont les meilleurs garants d'un séjour agréable durant la mission. Le grade peut également aider dans certains cas...

Avec les vétérinaires civils métropolitains, c'est plutôt la curiosité qui domine : ils en voient peu !

S'agissant du personnel des ordinaires et des maîtres chiens, les rapports sont fondés sur la compétence et le sens des relations humaines : il faut parfois savoir s'imposer avec diplomatie mais fermeté.

### Gestion de la mission

Dans l'administration, la principale difficulté pour le candidat à l'OPEX est l'accord de la hiérarchie qui est tentée de croire à des « vacances déguisées » et qui s'inquiète de la désorganisation potentielle du service. Pour le vétérinaire praticien, la gestion de la clientèle et du remplacement est une tâche difficile, commune à l'ensemble des professions libérales, mais la décision de partir relève fondamentalement de son propre choix.

Avant le départ, il est important de consacrer le temps nécessaire aux formalités de départ et de retour avec la Direction régionale du SSA. De même il n'est pas inutile de prévoir un soutien personnel au retour car le lieu d'atterrissage et la date peuvent parfois surprendre...

Sur place, une fois le paquetage perçu et l'organisation locale comprise, en général la vie ne pose pas de problèmes particulier, ni les relations avec la métropole. Le tuilage entre arrivant et partant est fondamental aussi bien sur ce point que sur l'organisation du travail et la connaissance des fournisseurs qui peuvent parfois envisager le changement de vétérinaire comme une « opportunité ».

### Evolution

La formation préalable aux missions et à la situation du théâtre d'opération s'est fortement renforcée depuis 2001. Il en est de même pour le débriefing de fin de mission avec la région.

Sur le plan technique, la mise en place du système « Qualigram » a pu entraîner quelques difficultés pour des camarades non familiarisés avec l'outil en métropole. La surveillance de la chaîne alimentaire évolue avec la montée en

charge de l'économat des armées et la répartition des tâches dans l'agrément et la surveillance du fournisseur et la participation aux opérations multinationales où les responsabilités sont aussi éclatées.

### Les principaux problèmes rencontrés

- La gestion du départ en mission et des remplacements,
- Une durée de mission courte pour mener des actions approfondies sur le terrain, le plus souvent sans en voir les résultats,
- La nécessité de déplacements permanents.
- Des missions différentes de celles pratiquées dans le civil et peu d'expérience pratique de l'exercice vétérinaire militaire en métropole du fait des missions ponctuelles effectuées dans le cadre des ESR.
- Une pathologie tropicale parfois éloignée de l'exercice civil. La formation du CPOPEX ne prépare pas aux pathologies spécifiques rencontrées.

### Les aspects positifs

- Un métier passionnant et des conditions d'exercice variées,
- Des contacts humains multiples et le choc des cultures,
- Des responsabilités importantes avec une obligation de pragmatisme,
- Un encadrement des missions qui s'améliore au fil de leur répétition et de l'évolution du SSA.

\* \*  
\*



Photo n°4 : service médical de N'Djamena



Photo n°5 : mascottes dans le campement à Faya



Photo n°6 : cage d'isolement des mordeurs à N'Djamena

# MISSION JEANNE D'ARC 2011

Stéphane BAREK Chirurgien Dentiste en Chef<sup>®</sup>

## 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

Avec le désarmement du porte hélicoptère Jeanne d'Arc, la formation des officiers élèves issus de l'Ecole Navale est désormais assurée à bord des bâtiments de projection et de commandement (BPC). Ainsi le 28 février dernier, le BPC Mistral a appareillé pour la mission Jeanne d'Arc avec à son bord 135 officiers élèves et leurs 30 instructeurs pour compléter la formation reçue à l'École navale et préparer les officiers-élèves et commissaires-élèves à leurs futures responsabilités d'officiers de Marine.

La capacité opérationnelle des BPC leur permet d'accueillir jusqu'à 500 hommes, 60 véhicules et un état major opérationnel. Durant la première partie de cette mission le Mistral à embranché à Toulon un groupement tactique embarqué (GTE) de 205 marsouins ainsi que leurs matériels. A Abu-Dhabi le GTE à débarqué remplacé par l'état major d'Alindien pour la seconde partie de la mission jusqu'à Singapour.

Afin d'assurer la formation des officiers-élèves le BPC Mistral était accompagné d'un autre bâtiment (la conserve): la frégate anti-sous-marine (FASM) 'Georges-Leygues' avec un équipage de 190 marins dont 17 femmes. Cet ensemble constituant le Groupement École des Élèves Officiers de Marine (GEAOM). Pour cette phase finale de leur formation les élèves auront réalisé entre autres 244 présentations au ravitaillement à la mer, 67 exercices d'évolution tactiques et 40 exercices d'homme à la mer.

En même temps que la mission école, le GEAOM à participé à différents exercices d'entraînement avec le GTE et à des missions opérationnelles ou de représentation. Ainsi, en coordination avec l'UE et le HCR le Mistral à livré dans le port de Zarzis au sud de la Tunisie du fret humanitaire destiné aux réfugiés se pressant à la frontière tuniso-libyenne. En mer rouge, dans le Golfe d'Aden, en Mer d'Oman le GEAOM a été incorporé au dispositif de l'opération anti-piraterie EUNAVFOR Atalanta et à

Singapour le Mistral accompagné de la FLS Vendémiaire représentait la France au salon IMDEX Asia.

Le soutien santé de l'ensemble de ces personnels est assuré, sur le Mistral, au sein d'une structure hospitalière très complète pouvant être armée en rôle 1 ou 2 et extensible en rôle 3 par utilisation du hangar hélicoptères. Pour cette mission nous disposons d'un rôle 1 renforcé avec un médecin major, un médecin adjoint, un chirurgien, un chirurgien-dentiste, un infirmier major, une infirmière anesthésiste, 2 infirmières et une secrétaire.

L'hôpital comprend en particulier: une salle de triage, 69 lits dont 19 médicalisés, 2 blocs opératoires des salles de réveil, des chambres d'isolement et un cabinet dentaire. Ces structures sont agencées de manière extrêmement ergonomique permettant un transfert rapide des blessés depuis le hangar hélicoptères ou le radier, elles sont complétées par l'infirmier du 'Georges Leygues' qui est autonome et est équipée d'un coffre dentaire permettant des interventions d'urgence.

Concernant le cabinet dentaire du Mistral, l'effectif soutenu, était compris entre 830 et 648 et concernait aussi bien le BPC Mistral que la conserve, les éléments embarqués (GTE et E.M. Alindien) et l'équipage de la FLS Vendémiaire entre Singapour et Jakarta. Le poste a été tenu par 2 réservistes (le CDC<sup>®</sup> Chouteau et le CDC<sup>®</sup> Barek) qui se sont succédés pour des périodes d'environ 2 mois chacun. Le matériel était récent et adapté aux missions éloignées (fauteuil et unit pneumatique ADEC<sup>®</sup>, système de radiologie numérisée, stérilisation centrale). Les BPC présentant un système de stabilisation, l'activité de soins reste possible même par mer forte, ainsi nous avons pu traiter des patients par mer 5.

L'activité du cabinet dentaire a été recueillie en fonction de la tarification à l'acte (T2A) afin d'évaluer plus précisément l'activité et afin de permettre une

\* MCU Paris VII  
® Docteur d'Université

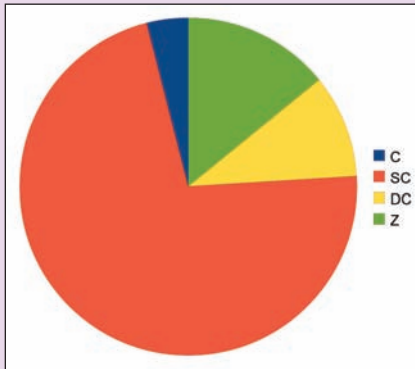


Figure 1 Répartition des actes réalisés durant l'ensemble de la Mission Jeanne d'Arc 2011.

C: 185, SC: 3345, DC: 460, Z: 656

comparaison avec les structures hospitalières. Les chiffres (figure 1) sont importants et montrent une activité soutenue bien que l'essentiel des personnels soit à jour de leur l'aptitude dentaire.

Or d'après les directives du SSA devraient être déclarés inapte temporaire pour les missions embarquées ou OPEX les personnels présentant en particulier des parodontites apicales chroniques, des lésions carieuses importantes ou des dents de sagesse susceptibles d'accidents d'évolution.

L'étude de la littérature (1,2) et différents retours d'expérience (3,4,5,6,7) permettent d'évoquer différentes hypothèses.

- Un nombre restreint de patients présenterait une majorité de pathologie.
- Les critères d'aptitude appliqués dans le civil sont souvent éloignés de ceux retenus par le SSA.
- Le rythme tendu des périodes à la mer successives complique, la prise en charge à terre des traitements d'odontologie (soins et prothèse). Du fait de leur durée, ces soins sont ainsi parfois réalisés à bord.

Plusieurs pistes peuvent être évoquées pour tenter de diminuer le nombre de traitement, en particulier les traitement d'urgences réalisés en mer.

- Un meilleur ciblage des patients à risque carieux élevé accompagné d'une motivation à l'hygiène bucco-dentaire.
- Une prise en compte de la norme OTAN STANAG 2466, une proposition de modèle adapté est jointe en annexe.

La présence effective d'un chirurgien dentiste reste cependant une nécessité pour les mission éloignées du port base. Un RETEX plus approfondi sur les éléments santé de la mission Jeanne d'Arc sera présenté lors du congrès de l' ADF.

#### BIBLIOGRAPHIE :

- (1) - **GUNEPIN M, DERACHE F** Approche militaire américaine de l'optimisation de la mise en condition dentaire des forces. Médecine et armées, 2008 ; 36 (4) : 57-65,
- (2) - **RICHARDSON PS** Dental morbidity in united kingdom armed forces, Iraq 2003. Milit Med 2005; 170 (6) : 536-41.
- (3) - **BAREK S.** Prévalence et qualité des traitements endodontiques dans l'équipage d'un bâtiment de la Marine Nationale. Médecine et Armée, 2001, 2:128-132.
- (4) - **BAREK S. FASM** Montcalm, Rapport de fin de mission, mai 2009
- (5) - **GUNEPIN M., DERACHE F, BAREK S., FOGEL J.P, ROBERT R., RICHARD J.M.** Mise en condition dentaire des militaires partant en mission. Importance du partenariat militaire/civil A propos d'un cas. Information Dentaire, 2010 ; 29 : 22-26.
- (6) - **BAREK S.** Corymbe 109, Rapport de fin de mission. Juillet 2010.
- (7) - **BAREK S.** Mission Jeanne d'Arc 2011, Rapport de fin de mission. Juin 2011.

Proposition de certificat

Je soussigné Docteur ....., chirurgien dentiste, après avoir examiné Madame/Monsieur .....

**HAUT**

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

**DROITE** **GAUCHE**

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

**BAS**

**COEFFICIENT DE MASTICATION**  
(valeur des dents)

2	5	5	3	3	4	1	2	2	1	4	3	3	5	5	2	%
3	5	5	3	3	4	1	1	1	1	4	3	3	5	5	3	

Radiographie panoramique dentaire faite le:

Présence de lésions carieuses:	oui *	non *
Racines dentaires restantes:	oui *	non *
Présence de lésions apicales d'origine endodontique:	oui *	non *
Dents de sagesse en dés-inclusion ou en malposition:	oui *	non *

(présentant ou ayant présenté des signes cliniques ou radiologiques)

Certifie que Monsieur..... ne présente aucune pathologie dentaire susceptible d'évoluer en urgence dans les 12 mois.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Note: Ce patient est marin de l'état. Les exigences de santé bucco dentaire sont différentes de celles des civils car son activité professionnelle comporte des périodes à la mer de 2 à 4 mois sans possibilité de soins dentaires, de plus les conditions de vie en opération constituent un facteur de risque. Une attention toute particulière devra être portée aux dents de sagesse et à la présence de lésions apicales spécialement sur les dents ayant déjà reçu un traitement endodontique.

## Le BPC MISTRAL en chiffres

**Dimensions :** longueur 199m largeur 32m

**Déplacement :** 16500 tonnes

**Equipage :** 21 officiers, 116 officiers-mariniers, 40 quartier-maîtres et matelots, 450 passagers (900 pour une courte durée), état major embarqué de 150 hommes. Féminisation environ 15%.

**Propulsion :** 2 moteurs électriques en pods Mermaid (2 x 7MW), 2 hélices à 5 pales.

**Vitesse max. :** 18,8 nœuds.

**Autonomie :** 19800 nautiques à 15 noeuds

**Capacités de transport :** 60 blindés dont un escadron de chars Leclerc.

**Capacités de débarquement :** 4 **CTM** (chaland de transport de matériel) ou 2 **LCAC** (Landing Craft, Air Cushion).

**Capacités Aériennes :** 6 spots dont un pour type 'Super Stallion' pour un groupe aérien composé de 8 NH90 et 8 Tigres.

**Capacités de commandement :** poste de niveau opératif embarqué (NOE)

**Capacités de soutien santé :** Hôpital de niveau Rôle 2 sur 750 m<sup>2</sup>, extension possible en hôpital de campagne.



## POINT DE VUE SUR LA PRÉPARATION AUX MISSIONS EXTÉRIEURES CLASSIQUES.

E. TUFFREAU\* Chirurgien Dentiste en Chef®

C'est avec une expérience d'une petite vingtaine d'années d'activités dans la réserve, de quatorze années sous CESR accompagnées de trois missions extérieures ces dix dernières années que l'honneur m'est fait de donner un point de vue sur la préparation de nos missions opérationnelles de soutien aux forces engagées en opérations extérieures.

Il faut d'abord remercier les responsables de la rédaction qui sont à l'initiative du développement de ce sujet. En effet cette question est à mon avis centrale, car c'est principalement, d'une bonne préparation que dépend la réussite d'une mission. Cette dernière n'est alors que la face émergée de l'**iceberg** qui a si souvent été décrite avec passion par nous tous en retour d'OPEX ou de MCD.

Maintenant soyons en certain, un grand nombre de paramètres vont intervenir. Je vais les rattacher à trois entités : la mission, la gestion du personnel, le personnel.

- 1 - **La mission** : Elle est connue et pour nous chirurgiens dentistes sécurisée ou à risque faible, elle ne demande pas de formation spécifique importante. La mission garde cependant une part d'inconnu en terme de risque majeur, bien que celui-ci soit minimisé pour les réservistes.
- 2 - **La gestion du personnel** : Tâche lourde et indispensable, elle demande du temps des moyens humains et de la coordination entre services des DRSSA, DCSSA et le réserviste.
- 3 - **Le personnel** : Au profil professionnel et privé spécifique et à l'expérience militaire variable, il est volontaire et va évoluer en isolement dans un système fiable et sécurisé pouvant présenter des aléas mineurs tel que des dates de projections aléatoires.

Le réserviste va se couper de son quotidien en quelques heures pour rentrer en

immersion dans le monde opérationnel militaire où il lui sera demandé d'être : **OPERATIONNEL.**

C'est essentiel à comprendre car il ne lui sera plus possible de « tergiverser », il ne devra en aucun cas être une charge pour le service et devra disposer de toutes ses capacités techniques physiques et mentales dans un monde nouveau, souvent inconnu, où les situations de stress ne manqueront pas de se présenter, pour une durée de plusieurs semaines ...

Nous pouvons dire que la préparation d'une mission a pour objectif sa réussite !

Mais **qu'est ce qu'une mission réussie** pour nous Chirurgiens-Dentistes réservistes?

Voici les éléments que je propose de prendre en compte :

- (1) Réussite technique médico-militaire (+++)
- (2) Intégration aux groupes /tuilage
- (3) Absence de séquelles physiques ou psychologiques
- (4) Renforcement de l'unité familiale
- (5) Valorisation de l'exercice civil
- (6) Evolution du réserviste

### Principes de fond sur l'engagement :

Les DRSSA demandent chaque année le volontariat aux CD (chirurgiens dentistes) réservistes.

La DCSSA met en place le plan annuel.

La DRSSA contact le CD pour engager la procédure.

Le CD doit être apte et confirmer son accord.

Le compte à rebours commence ...

**Afin de mieux exposer le sujet, je propose de différencier la préparation en quatre périodes :**

### Le long terme :

Cette période correspond au quotidien du réserviste, il y développe ses compétences professionnelles civiles mais surtout ses connaissances du milieu militaire. Un engagement sous CESR lui

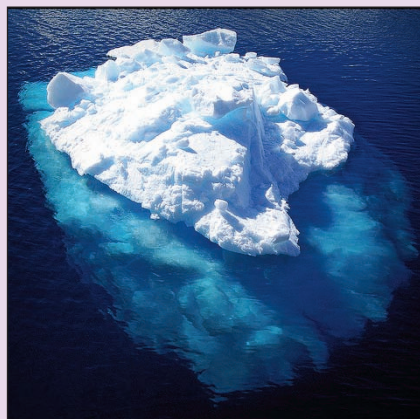


Photo 1 : L'iceberg représentant la mission en partie émergée et la préparation en zone immergée

\* eric.tuffreau@wanadoo.fr



permet de se faire connaître, de réaliser une préparation généraliste et d'apprendre à travailler une double activité civile et militaire. C'est la période où le réserviste consolide sa « densité mentale » sa motivation qui lui permettront de résister à l'immersion tant attendue.

L'aptitude physique est d'actualité tout autant que le projet de partir un jour...

#### Le moyen terme :

A ce stade le projet se concrétise, c'est la période de désignation. Une organisation globale devient indispensable afin de préparer en douceur son activité civile et sa famille à la projection.

Les services de la DRSSA travaillent la préparation administrative, qui demande du temps. Le dossier sera suivi jusqu'à notre retour. Cet article sera l'occasion de remercier chaleureusement les personnels des BORH de nos DRSSA qui préparent et suivent dans l'ombre nos missions.

Il faudra se rendre disponible, c'est la période idéale de la formation spécifique et de la mise en condition opérationnelle.

La préparation physique est acquise, les objectifs de la mission connus.

#### Le court terme :

C'est la période critique où la disponibilité est requise. L'organisation doit être centrée sur la mission des imprévus sont à prévoir. Il faut être réactif et concentré. A mon avis cette période correspond à la moitié du temps de la mission pour un praticien ayant des contraintes familiales et un exercice libéral. Cette mise sous tension doit permettre un départ dans la plus grande sérénité afin de débiter sa mission l'esprit totalement libre.

Cette période peut-être le moment d'une désignation tardive !

#### Le retour :

Un départ en mission ne s'envisage pas sans préparer le retour.

Le réserviste va devoir reprendre son exercice dès son arrivée !!!

Des surprises peuvent l'attendre, il faut les avoir prévues ...

Il est idéal de prévoir quelques jours de repos mais ce n'est pas toujours possible.

Un RETEX sera réalisé et aura été également prévu.

Le retour à la vie civile est une nouvelle transition, elle demande de l'énergie.

Préparation	Long terme	Moyen terme	Court terme
Période	Activités de réserve Parcours de formation	A la désignation	A quelques jours du départ
Zone	Verte	Orange	Rouge

La qualité du retour sera liée au niveau de préparation.

#### Discussion

Bien que le réserviste soit parfaitement encadré, l'exercice n'est pas simple et demande un investissement important et des sacrifices pour lui et sa famille : la mission va **impacter** son quotidien.

Une foule de détails (privés et professionnels) sont à régler avant de partir et il est essentiel de penser à tout et de tout envisager. Les citer serait trop long et sans intérêt.

L'anticipation doit permettre de trouver la sérénité dans les domaines privés et professionnels.

La connaissance du contexte général de la mission, du matériel disponible, du type de soins et des conditions de vie sont essentiels. La prise de contact avec les camarades expérimentés est souhaitable, un passage par le CP-OPEX de Lyon est recommandé.

L'usage des armes ne me semble pas souhaitable compte tenu de notre faible niveau de compétence, cependant les autorités pourront en décider autrement. Une formation est toujours possible.

#### A mon avis trois bases sont fondamentales :

- un bon niveau technique
- une bonne connaissance de la société militaire
- une forte motivation associée à de bonnes capacités d'adaptation

Ces bases, travaillées sur le long terme, vont permettre au CD d'évoluer sereinement au cours de sa mission en s'adaptant et en s'intégrant du mieux possible au contexte et aux conditions locales.

A ce jour, le **niveau de qualification opérationnelle** semble théoriquement correspondre à l'aptitude à la projection. La difficulté de la mission sera liée au manque d'expérience et de préparation, proportionnelle à la durée, en rapport avec le niveau de contraintes civiles du réserviste.

Avec l'expérience acquise je pense que **l'aspect humain reste prépondérant**. Il permettra de potentialiser les qualités professionnelles de chacun au sein d'une équipe.



Photo 2 : Le passeport et la plaque d'identification, deux pièces essentielles du dossier



Photo 3 : le pack est limité !

## ODONTHIA

Journée de formation odontologique  
Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué

**- Samedi 24 Mars 2012 -**

Sous le haut patronage du Médecin Général Directeur Régional du Service de Santé des Armées, du Médecin Général Médecin Chef de l'IIA et du Directeur de l'UFR d'Odontologie Université Bordeaux2.

- Service d'Odontologie de l'IIA, Robert Piqué,
- U.F.R. d'Odontologie - Bordeaux2,
- Association Régionale des Chirurgiens Dentistes de Réserve du SSA de Bordeaux
- Fédération Nationale des Chirurgiens Dentistes de Réserve,
- G.O.R.S.S.A.

### Programme

- *Anomalies de structure amélaire, thérapeutiques a minima*  
Dr Patrick Rouas MCU-PH UFR d'Odontologie Université Bordeaux2
- *Quels collages, quels scellements pour quelles céramiques ?*  
Dr Laurent Bordes AU en prothèses UFR d'Odontologie Univ. Bordeaux2
- *Evolution ou révolution en endodontie*  
Dr Raphaël Devillard MCU-PH UFR d'Odontologie Université Bordeaux2



### Partenaires

- Oral Care Pierre Fabre Médicament
- Laboratoire Expanscience

INSCRIPTION AU  
DOS DE LA FEUILLE

Ouverte à tous :  
**praticiens**  
et  
**étudiants**

**PRIX:**  
**ETUDIANT: 10€**  
**PRATICIEN: 50€**

crédits de points

9h00 - 14h30

## ODONTHIA

### LIEU DE LA FORMATION

CFASM.  
HOPITAL  
D'INSTRUCTION  
DES ARMEES  
ROBERT PICQUE

351 ROUTE DE  
TOULOUSE  
33882 VILLENAVE  
D'ORNON

8H15 : Accueil

8H45 : Interventions du Médecin Général Barbrel, Médecin Chef de l'IIARP, puis du Chirurgien dentiste en Chef Rateau, coordonateur de la journée et début des conférences.

13H30 : Conclusion par le Chirurgien dentiste en Chef (r) A. Rouas , PU

Repas convivial au Service de Restauration de l'Hôpital

### PRIX repas compris:

Praticien : 50 Euros

Etudiant : 10 Euros ( sur présentation de la carte d'étudiant)

### Le Paiement s'effectue sur place

Renseignements : 0609065107

### BULLETIN D'INSCRIPTION

NOM : .....

PRENOM: .....

ADRESSE: .....

TELEPHONE:.....

E- MAIL :.....

M'inscris à la journée de formation du 24 mars 2012

Adresser ce bulletin à :

Dr Jean-Paul DELOBEL

13 rue des Evadés 64700 Hendaye

## UN ASPECT DU PARCOURS PROFESSIONNEL DU RÉSERVISTE

Philippe CLIN Chirurgien Dentiste en Chef ®

Dans le cadre de la formation des réservistes du Service de Santé des Armées, sous l'autorité du MGI LE ROUX, Directeur Régional du Service de Santé des Armées de BORDEAUX, un Centre de Formation Militaire Initiale de Réserve (CFMIR) et de Formation Militaire Continue de Réserve (FMCR) a été mis en place.

L'organisation est assurée par des réservistes de la DRSSA de BORDEAUX :

Lcl(r) Patrick Dumée (Chef CFMIR), Cne(r) Stephen Boulfroy(r) (adjoint FMIR), Administration : Adc Christian Mercier et l'Adc Eric Giroussens

Cdt(r) Emmanuel Le Blond du Plouy (Chef FMCR), Cne(r) Gilles Barbé (Adjoint FMCR), Administration : lcn Morigny

Si la FMIR s'adresse aux praticiens n'ayant pas effectués le Service National, les stages FMCR sont destinés à tous les réservistes.

En 2011, trois sont prévus pour l'ISTC PA au camp de GER près de TARBES (65) : 13 au 17 mai, 22 au 26 juillet, 23 au 27 septembre.

Auparavant, une journée administrative / complément paquetage est prévue Caserne Nansouty à BORDEAUX.

Le soutien terrain est apporté par le 1RHP, le 35RAP et des personnels ISTC PA du 1RIMA.

L'instruction comprend :

Le Module ALPHA :

- l'apprentissage des 4 règles du tir :

- 1) une arme doit toujours être considérée comme chargée
- 2) ne jamais pointer ou laisser pointer le canon d'une arme sur quelque chose que l'on ne veut pas détruire
- 3) garder l'index hors de la détente tant que les organes de visée ne sont pas sur l'objectif

4) être sûr de son objectif

- démontage / remontage du PA avec exercice de rapidité

- acquisition absolue des manipulations (chargement, incidents ...) avec rapidité et sécurité : tout combattant doit être maître de son arme et de l'environnement

Le Module BRAVO :

- le tir à 5, 7, 10 m : précision, rapidité et doublette dans la cible !

Lors de l'épreuve finale, le stagiaire doit restituer tout l'acquis dans le temps donné. En sachant que l'encadrement et les instructeurs font tout pour l'amener dans la sécurité au succès...jusqu'à la dotation en munitions tirées (130 - 150)

Si toute matinée débute bien évidemment par le rassemblement aux couleurs, l'ISTC s'achève par une conviviale séance de nettoyage armement.

Pour se remettre d'éventuelles émotions, le dernier jour est dédié à une course d'orientation d'une bonne quinzaine de kilomètres (marcher est autorisé !)

L'expérience des derniers conflits a ainsi modifié considérablement l'instruction et l'application du tir : comme les personnels d'actives, les réservistes devront s'entraîner pour maîtriser et maintenir cet acquis annuellement, pour le module BRAVO.

Outre la formation professionnelle propre à chaque entité du SSA (DENTOPS à l'EDVG pour les chirurgiens dentistes), ces stages de FMCR sont amenés à se pérenniser et à proposer d'autres domaines de formations indispensables aux réservistes affectés au sein d'une armée de projection.

### LE CDC® A. ROUAS DÉCORÉ DE LA LÉGION D'HONNEUR

Jean Paul DELOBEL Chirurgien Dentiste en Chef ®

Le Jeudi 30 Juin 2011, Monsieur Sammarcelli, Maire de Lège-Cap-Ferret et Président de la Communauté de Communes du Bassin d'Arcachon remettait au CDC(r)A. ROUAS l'Insigne de Chevalier dans l'Ordre National de la Légion d'Honneur, en présence du Médecin Général Détré, Directeur Adjoint du Service de Santé des Armées en Région de Bordeaux. La cérémonie, organisée à la

Mairie de Lège réunissait des Personnalités Civiles et Militaires, le Professeur PELI Directeur de l'UFR d'Odontologie de Bordeaux ainsi que de nombreux amis, Confrères et collègues. Après une quarantaine d'années au service de l'Institution, quatre OPEX, c'est là une prestigieuse récompense pour laquelle nous lui adressons nos vives félicitations.

# NOUVELLES DE LA FILIALES DE BREST

## Journée terrain

### Le Breuil en Auge - 1er octobre 2011

Ph. Massicot Commandant ®

#### ANORCTASSA

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

Président : Lcl ® Alain MICHEL

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

Secrétaire général : Lcl ® Denis BLONDE

Secrétaire général Adjoint : Lcl ® Jean-Jacques  
BONIZ

Trésorier Général : Cne ® Benoît FRASLIN

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

**D**écidément, le temps est toujours au beau fixe, au Breuil en Auge ! Nous étions venus il y a 4 ans, à la même époque, et nous avons déjà bénéficié d'une excellente journée.

"Ne vous inquiétez pas!" nous dit avec humour le maire de la commune lorsqu'il accueille l'équipe d'organisation en début de matinée, " j'ai signé hier un arrêté imposant un soleil radieux pour aujourd'hui !..."

En effet, la journée a été belle, et chaude ! Le thermomètre frôlait les 30° quand les deux équipes ont entamé l'ascension du Mont Massu qui présente une bonne centaine de mètres de dénivelé...

d'organisation a souhaité privilégier l'instruction, donc, si les ateliers sont un peu plus longs, il est préférable qu'il y ait un nombre réduit d'équipes.

Comme à l'habitude, certains de nos camarades ont fait des déplacements conséquents pour nous rejoindre, et nos anciens de l'Association Basse-Normandie / Basse-Franconie ont répondu présent.

Après le pique-nique, pris sur la terrasse de la salle aimablement mise à notre disposition par la municipalité, le LCL Pascal Hugédé annonce la composition des équipes, et la première prend le départ à 12h30. Le vétérinaire en chef Ghislain Manet a préparé un atelier sur l'hygiène de l'eau en campagne. Un questionnaire est proposé aux équipes. Il concerne, notamment, les préconisations en matière d'approvisionnement en eau pour une section isolée sur le terrain.

Mais, surtout, le VeC Manet a apporté deux appareils permettant de mesurer la teneur en chlore de différents échantillons d'eau. Et, c'est ainsi qu'une table de pique-nique ombragée, à proximité d'un cours d'eau, est devenue une paillasse de laboratoire.

La manipulation est simple et rapide quand on a un peu d'entraînement, ce qui n'est pas le cas de nos équipes. Cependant, après quelques erreurs, les résultats des analyses deviennent fiables...

Le CNE Frédéric Piard, pour sa part, a organisé un atelier sur le thème du SSA en OPEX. En effet, le retour plein



Deux équipes seulement ? Oui, cela arrive de temps en temps, lorsque le nombre de participants est de l'ordre d'une petite quinzaine. Et puis, cela facilite l'organisation. En effet, l'équipe

et entier de la France au sein de l'OTAN a amené à modifier le concept de soutien médical, qui est désormais calqué sur le modèle "Otanien".

Ainsi, si la chaîne logistique santé comportait auparavant 4 niveaux, il faut désormais parler de 4 rôles. De même, les catégorisations d'urgences absolues (EU et U1) et relatives (U2 et U3) sont désormais classifiées en T1, T2, T3 et T4.

Les équipes prennent bonne note de toutes ces modifications, mais, certains équipiers ont chaud, et même, très chaud, puisque l'atelier se situe au sommet du Mont Massu ! Cependant, il y a une récompense, puisque, la vue sur la vallée est magnifique...

D'ailleurs, il faut commencer à redescendre et, successivement, les deux équipes, dans un chemin encaissé, sont prises au piège que leur ont tendu le PC Yves Lecointre et le CDC Jean-

Paul Vasseur... Quelques pétards explosent alors que des fumigènes commencent à émettre des fumées de couleur. Pas de doute, c'est un atelier RNBC, et il faut immédiatement prendre les mesures qui s'imposent, et, notamment, le port de la tenue de protection.

Une fois revenu au point de départ, les rafraîchissements sont les bienvenus pour les équipiers ! Débriefing rapide des ateliers, et mot de conclusion par le LCL Hugédé qui remercie chaleureusement le maire du Breuil en Auge pour la qualité de son accueil. Ce dernier nous propose de revenir quand on veut !

Les rendez-vous de 2012 sont fixés aux samedis 31 mars et 6 octobre.

Pour tout renseignement :  
[pascal.hugede@gmail.com](mailto:pascal.hugede@gmail.com)



# Journée Nationale de l'ANORCTASSA à l'HIA du Val de Grâce 8 octobre 2011

D. BLONDÉ Lieutenant - Colonel ®



La 5<sup>ème</sup> édition de notre journée nationale d'instruction a permis aux 35 adhérents de l'ANORCTASSA présents de rencontrer et d'échanger avec le Délégué aux Réserves de la DCSSA le MC Serge CUEFF et le Gestionnaire de l'HIA du Val de Grâce le Colonel Christophe HACKET qui nous avaient fait l'honneur d'être parmi nous.

Cette réunion fut organisée autour de 3 thématiques :

- L'actualité de la Réserve et l'intégration des OCTASSA dans le corps des commissaires des armées
- L'avenir de l'ANORCTASSA en tant qu'association
- L'anniversaire en 2012 120 ans, en 2012 de l'ANORCTASSA

## Actualité de la Réserve et Intégration des Octassas dans le corps de commissaires des armées

Une présentation par le Col® Jean-Pierre CAPEL nous a rappelé la communication faite lors de la 85<sup>ème</sup> session du Conseil Supérieur de la Fonction Militaire (CSFM) par le Secrétariat Général pour l'Administration (SGA) et traitée dans le 3<sup>ème</sup> numéro d'ACTU GORSSA.

Quelques informations complémentaires ont pu être apportées au cours de la réunion :

- L'école des commissaires des armées se situera à Salon de Provence.
- Les commissaires des armées porteront la tenue bleue

Le Colonel C. HACKETT – Gestionnaire de l'HIA du VG- nous a informés qu'il fut auditionné par 2 contrôleurs généraux des armées dans le cadre de la mission d'audit sur l'intégration des OCTA dans le corps des commissaires. Les auditeurs ont particulièrement apprécié la spécificité des OCTASSA et le niveau de leur recrutement initial à bac +3 optimisé par un

curus de formation continue leur permettant d'accéder au niveau bac +5. Aussi est-il envisagé que les OCTA du SSA intègrent le corps de direction des commissaires des armées.

Les ingénieurs biomédicaux, à la différence de ce qui était prévu initialement, seront intégrés dans le corps des commissaires.

La DCSSA sous-direction RH envisage d'intégrer dans le corps des commissaires l'ensemble des OCTA. Pour les officiers d'active du CTA SSA, le ressenti est plutôt favorable en effet sur les 260 OCTASSA le service offrirait 190 postes. Pour les 70 autres des propositions de postes interarmées pourraient être faites, et correspondre par exemple à des postes de commandement dans les GSBDD (Groupements de Soutien des Bases De Défense).

L'intervention du Délégué aux Réserves le MC Cueff nous a précisé les points suivants :

Pour l'année 2010, les ORCTASSA étaient au nombre de 376. L'ensemble de l'activité de réserve au profit du SSA tous grades confondus a représenté 65956 jours soit 300 ETP.

Le budget de 2012 sera de 8,3 M au lieu de 9,4 soit en baisse de -13 %.

Le paiement des soldes des réservistes avec la nouvelle application Harmonie permet de réduire le décalage de paiement par rapport à l'activité réalisée, à 2 mois. Mais présente l'inconvénient d'un règlement de 14 mois d'activité sur 12 mois budgétaire, cette situation ne facilitant pas la gestion des activités des réservistes.

Les problèmes liés au paiement des soldes trouvent souvent leur source dans la gestion du recueil d'activités réalisé par les établissements employeurs. La création d'un échelon supplémentaire (BLRH) entre eux et les DRSSA semble alourdir



\* Secrétaire Général de l'ANORCTASSA

dans certaines régions le traitement des dossiers des réservistes.

Il est prévu de mettre en place un outil de gestion de l'activité basé sur le premier PPA ce qui permettra d'avoir une meilleure gestion prévisionnelle des activités.

Le Délégué aux Réserves rappelle qu'au moins 30% de réservistes n'ont pas d'activité.

Une évolution dans la gouvernance des réserves va s'opérer. Le CSRSM étudie sa réorganisation, avec les délégués qui disposeront d'attributions plus stratégiques. Il est prévu de créer un délégué interarmées aux réserves représentant le CEMA et les organismes interarmées.

De plus, il est prévu un projet de création d'une CCR commission consultative des réserves.

Même si la limite d'âge est augmentée de + 4 mois par an, la DCSSA ne signera pas pour autant de CESR au-delà de 65 ans.

Il est prévu de ramener la mise à disposition de la Réserve de niveau 2 (anciens d'active versés automatiquement dans la réserve) de 5 ans à 2 ans.

Le MC CUEFF en partenariat avec la DICOD va œuvrer pour améliorer la visibilité de la réserve dans leurs emplois ESR, afin de confirmer leur importance dans l'organisation des activités et des missions accomplies pour le SSA.

L'administration des réservistes sera confiée au BCAPM de Toulon (solde, coordonnées...)

La gestion des activités des réservistes restera toujours de la prérogative des DRSSA

Cette évolution prendra effet en mars pour les régions de Toulon et de Lyon et la mise en place finale sera prévue pour juillet 2013 pour les autres régions.

Il est rappelé que les effectifs des DRSSA sont réduits et passeront de 44 à 30 personnels. 1 seul ETP est prévu pour les affaires de chancellerie.

Concernant la formation des réservistes, une formation initiale médico-militaire (FIMM) est mise en œuvre et les principes d'une formation continue (FCMM) précisés. Un catalogue des formations sera proposé.

Pour ce qui concerne l'intégration des ORCTASSA dans le corps des commis-

saires des armées, aucune modalité n'est encore définie mais l'orientation est de retenir comme critère le niveau d'emploi du réserviste.

Pour les psychologues il est prévu la création d'un corps de MITHA Officier.

Pour les personnels de réserves ayant d'autres compétences, le dossier est en cours de traitement par le SCA.

### **L'avenir de l'ANORCTASSA en tant qu'association**

Le Président le LCL<sup>®</sup> Alain MICHEL, précise que des contacts ont été pris avec les associations de réservistes des commissaires. Il est envisagé pour le moment de s'orienter vers la fusion des différentes associations en une association commune.

Un rapprochement entre l'ANORCTASSA et l'association d'active du SSA la 3A peut être envisagée.

Le Président du GORSSA le MC<sup>®</sup> Sauvageon présent tout au long de notre réunion, a rappelé le souhait du GORSSA de maintenir l'ANORCTASSA comme membre à part entière.

Le Président d'honneur de l'ANORCTASSA le Colonel (h) Pierre-Jean LINON, rappelle que la 3A qui a 33 années d'existence est composée d'anciens officiers en retraite et de jeunes officiers d'active. Cette association n'a pas d'attente particulière mais pas d'opposition à un rapprochement avec l'ANORCTASSA.

Pour sa part et en temps qu'ancien président du GORSSA il souhaite que le lien avec le GORSSA soit maintenu. Mais il faudra savoir évoluer.

Le Colonel<sup>®</sup> Yves HAREL autre résident d'honneur, nous précise que pour ce qui concerne l'UNOR et en tant que Trésorier Général de celle-ci il nous appartient de préserver les liens avec l'UNOR.

### **Préparation de la commémoration des 120 ans de l'ANORCTASSA**

Pour les 120 ans de l'ANORCTASSA, le président propose de créer un comité pour organiser la préparation de cette cérémonie qui devrait se tenir à l'automne 2012. Il est prévu de tenir des conférences, de prévoir la création de plaquettes, un dépôt de gerbe à l'Arc de Triomphe. Cette organisation devra se faire sous l'égide et l'autorisation du Directeur central.

## PARTIR EN MCD OU EN OPEX QUAND ON EST ICAS DE RÉSERVE ? : TÉMOIGNAGE.....

Gérard CHASSELAT, ICAS®

AMITRHA

Adresse courriel : amithra.gorssa@gmail.com

BUREAU :

Présidente : ICN® Élisabeth de MOULINS de ROCHEFORT

Vice-Président : MERCN Marc TRANCHET

Trésorier : MERCN Frédéric NORET

Secrétaire : IACN® Boris MARTIN LE PLADEC

Chargé de relations avec le GORSSA : ICAS® Gérard CHASSELAT

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

Réserviste au SMU de la Base aérienne 279 de CHATEAUDUN, devenu Antenne Médicale du CMA d'ORLEANS-BRICY depuis la création des bases de Défense ; je me porte volontaire chaque année afin d'être désigné pour une MCD ou une OPEX.

Pourquoi vouloir partir en OPEX ?

- Certainement pour aller jusqu'au bout de l'engagement à servir dans la réserve, participer avec nos camarades d'active les mêmes conditions d'emplois, concrétiser encore un peu plus le lien « Armée-Nation »...
- Peut-être aussi retourner dans des pays où j'avais séjourné lors de missions humanitaires avec « Médecins du Monde » : le TCHAD en 1982 alors en proie à la guerre civile, l'AFGHANISTAN en 1984 alors occupé par les troupes soviétiques, enfin le KURDISTAN en 1986 avec les Kurdes iraniens en conflit armé avec le régime de Khomeini.

Dans le civil, je suis cadre supérieur de santé chargé de fonctions de coordinateur général des soins au Centre hospitalier de Coutances (50) ; la difficulté majeure réside dans l'appréciation des délais de préavis lors d'une désignation pour un départ ; ainsi lorsque la DCSSA m'informa d'un départ pour un renfort d'IDE de 2 mois au HMC BOUFFARD à DJIBOUTI, il m'a fallu organiser rapidement mon absence en répartissant une partie de mes activités vers les cadres soignants de l'établissement ; quand à la disponibilité de 2 mois, il m'a suffi d'ajouter à mes congés annuels une partie de mon compte-épargne temps ; j'ajoute que le Directeur Général du Centre Hospitalier : Mr Thierry LUGBULL, étant lui-même officier de réserve, m'a autorisé facilement cette absence, je tiens ici à l'en remercier.

J'ai apprécié la confiance que m'a accordé le CDT LAURENT de la DCSSA (section réserve), celui-ci m'ayant bien informé que je partais sur un poste d'IDE et non pas de cadre.

La préparation à LYON au CPOPEX est indispensable, l'ambiance y est très studieuse et les interventions de qualité, il est à noter également la qualité de l'accueil et la bonne humeur que fait régner le Colonel PULL.

Puis vient l'attente du message d'embarquement.... Et enfin le départ !!!

L'HMC BOUFFARD est une structure pavillonnaire avec un plateau technique : bloc opératoire, imagerie médicale, laboratoire, pharmacie, urgences, et des services de soins : réanimation,





maternité, chirurgie et enfin médecine où je suis affecté sur un poste d'infirmier. Deux jours « en doublure » m'ont permis de me remettre dans le bain, les gestes technique c'est comme le vélo : ça revient vite et grâce aux instructions de mes camarades d'active ainsi qu'à la bonne organisation du service de Médecine de l'ICS Claudine DUBARRE (chargée de l'encadrement du service), ma mission s'est bien déroulée.

L'accueil de l'Infirmier Principal Henri SALIOU a été très chaleureux et nous avons pu échanger entre Directeurs des soins quelques expériences professionnelles très enrichissantes.

Le Médecin en chef MASSOURE et le Médecin principal LAMBLIN, praticiens du service de médecine apportent une ambiance de travail sereine et ont le souci d'être pédagogues et formateurs

Les patients pris en charge en médecine sont essentiellement des militaires de l'armée Djiboutienne et les ayants-droits ; les pathologies rencontrées sont d'ordre cardiaque : infarctus (sur des sujets très jeunes !!) OAP, insuffisance cardiaque, HTA...le diabète est assez courant, lors de mon séjour j'ai vu également beaucoup de pancréatites, des syndromes infectieux, des suites de morsures de serpent....

Les militaires français et leurs familles, étant bien suivi médicalement, utilisent peu les services du HMC. Les pathologies rencontrées sont d'ordre traumatologique (lors des entraînements) ou de problèmes de déshydratation pour les enfants (il fait tout de même très chaud et les « gastro » sont fréquentes). Enfin le commandement se réserve le droit de soigner gratuitement la population Djiboutienne qui n'a pas accès aux soins ; la générosité du SSA auprès des populations n'est pas un mythe.

Mon expérience en tant qu'IDE de renfort au HMC BOUFFARD m'a permis :

- de me replonger dans les fondamentaux des soins (important pour un directeur des soins qui se détache inévitablement du terrain)
- de me sentir complètement intégré à un dispositif des armées françaises et de participer (à un niveau très modeste) à la présence française dans le monde.
- d'acquérir de l'expérience et de pouvoir postuler sur d'autres postes d'IDE en OPEX et de me porter volontaire sur un poste de cadre de santé : en effet depuis 2009 sur l'Hôpital KAIA de Kaboul il existe un poste de coordinateur des soins (bien entendu, je me porte volontaire !!)

#### Remerciements

Je remercie le Médecin chef DO CAO et le Médecin chef GIROULT du SMU de la BA 279 qui m'ont toujours encouragé dans mon volontariat.



## OUVRAGES PARUS - BIBLIOGRAPHIE

par

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

### LES MESSAGES SECRETS DU GÉNÉRAL DE GAULLE, LONDRES 1940-1942.

de Gérard Lhéritier et Jean-Pierre Guéno. Editions Gallimard

Entre 1940 et 1943, le général de Gaulle est à Londres lorsqu'il ne sillonne pas le Moyen-Orient, l'Afrique ou l'Afrique du Nord pour porter les couleurs de la France Libre. Jour après jour, il envoie ses ordres sous forme de messages secrets à ses compagnons, généraux et cadres dirigeants de la France Libre qui se battent dans les sables du désert et sur l'ensemble des territoires de l'ancien empire colonial français contre les soldats allemands, contre les soldats italiens, et contre d'autres soldats français. Ces messages secrets, le plus souvent écrits de sa main, sont codés puis télégraphiés par ses services avant de rejoindre un dossier, où ils resteront cachés 70 ans, avant d'être découverts par Gérard Lhéritier et acquis par le Musée des lettres et manuscrits. Porteurs d'émotion et d'histoire ces 313 messages secrets sont tous inédits sous leur forme manuscrite. 30 messages ont été transcrits par Charles de Gaulle en annexe de ses Mémoires de guerre, 142 dans ses Lettres, Notes et Carnets, mais 141 messages sont restés totalement inédits. Ils nous rappellent que le destin de la France Libre s'est joué dans des pays qui reviennent aujourd'hui sous les feux de l'actualité, tels la Tunisie, le Maroc, l'Algérie, le Sénégal, et surtout le Liban, la Syrie et la Libye. Ils nous rappellent que nous devons aussi notre liberté retrouvée aux « indigènes » qui composèrent 70% des Forces françaises libres portant l'uniforme et qui versèrent leur sang en Afrique du Nord, au Moyen-Orient, en Afrique et dans les territoires d'outre-mer. Le lecteur aura du mal à ne pas être fasciné par l'incroyable force de caractère, par l'insurmontable entêtement du général de Gaulle, par ses qualités de stratège dans le club très fermé des géants qui s'affrontent sur la planète. Des messages secrets qui nous font mieux comprendre le pourquoi et le comment de la politique internationale mise en œuvre par De Gaulle après la guerre tant à l'égard des Américains qu'en matière de décolonisation.

Les auteurs :

Auteur des « Paroles de... » (*Paroles de poilus, Paroles d'étoiles, Paroles du Jour J, Paroles de l'ombre*), Jean-Pierre Guéno se définit comme un passeur de mémoire.

Après *De Gaulle à Londres le souffle de la liberté* (Perin, 2010), il publie, avec *Les Messages secrets du général de Gaulle, son second livre sur un homme dont la force de caractère a bel et bien orienté le destin du monde et dont les mots continuent d'éclairer les hommes du XXIe siècle*.

Gérard Lhéritier est Président du Musée des Lettres et manuscrits.

à noter

**Exposition au Musée des lettres et manuscrits (10 novembre 2011 - 12 mai 2012)**

Le Musée des lettres et manuscrits présente une découverte historique majeure : les messages secrets envoyés par le Général de Gaulle à ses compagnons, cadres dirigeants de la France libre, mais aussi à Churchill ou Staline depuis Londres entre décembre 1940 et décembre 1942. Dans un corpus de 313 messages rédigés de la main du chef de la France Libre, précieusement conservés depuis 70 ans dans la même famille et découverts par Gérard Lhéritier, le musée présente une sélection de quelque 200 messages qui témoignent de l'extraordinaire force de caractère, de l'intransigeance, de la volonté et de la stature d'un homme qui depuis son exil londonien ou lorsqu'il se déplace en Afrique ou au Moyen-Orient infléchit le sort de son pays et le cours de la guerre.

### CODE : MADO, MAIS QUI EST DONC LAURE DIEBOLD-MUTSCHLER par Anne-Marie WIMMER. Pontevecchio.editions@orange.fr

Oui, qui est-elle, cette héroïne exceptionnelle, née à Erstein, EN Alsace, et enterrée à Sainte-Marie-aux-Mines ? Bien que devenue l'une des six femmes Compagnons de la Libération, on ne sait pas grand-chose d'elle...

Bien sûr, ses hauts faits de guerre sont reconnus !

Mais avant ?

Quelle enfant fut-elle ?

Quelle jeune fille ?

Et comment cette Alsacienne se retrouva-t-elle à Lyon, où elle devint la secrétaire de Jean Moulin ?

Par quelle grâce résista-t-elle de son périple caudemardesque à travers tant de prisons et de camps de concentration ?

Et pourquoi, la guerre finie, retombera-t-elle si vite dans l'oubli ?

L'auteur : Née à Erstein elle aussi, comme son héroïne, Anne-Marie Wimmer s'est prise de passion pour cette inconnue qui a vécu un destin national, et même international, et dont, pourtant, personne ne parle plus.

Documents officiels, photos inédites, ultimes témoignages recueillis, courriers, objets retrouvés : une silhouette se dessine, une personne de sang et de chair renaît.

Dans ce livre qui est le récit détaillé d'une enquête minutieuse, mais aussi de son quotidien d'écrivain, Anne-Marie Wimmer nous livre une héroïne qui, ayant repris vis, resurgit enfin de l'oublie.



### LE BOURBIER AFGHAN par Jean Fleury. Editions Jean Picollec

La situation en Afghanistan est grave. L'insécurité y règne avec le retour des talibans, le modèle démocratique américain imposé apporte fraudes et querelles, la prévarication s'est généralisée et les champs d'opium s'y sont multipliés, générant un essor du trafic de drogues. Enfin, le président Karzaï est de plus en plus contesté par les opinions publiques occidentales tandis que les subventions accordées par de nombreux pays n'atteignent pas leurs destinataires prévus.

Les remèdes proposés sont nombreux et contradictoires, de la négociation immédiate avec les talibans au rejet de tout contact avec les terroristes, du renforcement des moyens militaires de l'OTAN au départ rapide des troupes en place, du soutien aux institutions présentes au renversement des autorités actuelles, du rejet de certaines aides extérieures au contrôle renforcé de celles-ci.

Peu d'approches globales ont été effectuées pour mettre fin à cette cacophonie. Tel est le but de cet ouvrage qui prend en compte la culture et les traditions afghanes, les stratégies militaires possibles, les problèmes économiques à résoudre et les intérêts des nombreux intervenants extérieurs. De l'analyse ainsi effectuée, l'auteur trace la seule ligne d'action qui lui paraît adaptée à un problème dont les répercussions sur le monde entier ne sont pas à sous-estimer et où se heurtent les intérêts russes ou iraniens, où les objectifs des Saoudiens ne sont pas ceux des Pakistanais ni ceux des Occidentaux. Et où l'islam le plus radical joue son rôle pour miner et conquérir le monde. Voici l'enjeu de ce livre !

L'auteur : Le général d'armée aérienne (CR) Jean Fleury, est un de nos experts militaires : il a été le conseiller de François Mitterrand à l'Élysée, chef d'état-major de l'armée de l'air pendant la première guerre du Golfe et le consultant de France Info pendant la deuxième guerre du Golfe. Il est l'auteur d'un dossier intitulé *Guerre du Golfe, espoir ou chaos* (Jean Picollec, 2009).

### LA BATAILLE DE L'ATLANTIQUE (1939-1945), LA VICTOIRE LOGISTIQUE ET CELLE DU RENSEIGNEMENT CLÉS DE LA VICTOIRE DES ARMÉES. 2ème édition par Guy Malbos. Editions Economica.

La bataille de l'Atlantique a fait l'objet de nombreux ouvrages, dont le volume est à la mesure du sujet. Mais l'approche chronologique habituelle, appliquée à un sujet aussi vaste, aussi varié et aussi complexe que celui-ci, rend les synthèses difficiles.

Cet ouvrage propose au lecteur des chapitres chronologiques et des chapitres de synthèse sur les points nécessaires à l'acquisition d'une vue d'ensemble du sujet : sous-marins et chasseurs de sous-marins, corsaires de surface, guerre des communications, etc.

Un effort particulier a été accompli pour montrer de manière aussi claire que possible le rôle des états-majors, celui du renseignement et (des décryptages, pour essayer de préciser la logique ayant conduit aux prises de décisions les plus importantes. Ce qui permet également d'apprécier la part de logique ou de hasard intervenant dans la marche des événements.

La victoire remportée par les Alliés sur toutes les mers a été la condition indispensable à leurs victoires sur terre. Dans la guerre moderne, la logistique prime l'habileté tactique des meilleurs généraux, comme l'exprime si bien un expert comme Rommel. Cet ouvrage s'attache donc à montrer l'imbrication des stratégies navales et terrestres, si visible en Méditerranée.

La bataille de l'Atlantique est d'abord une affaire d'organisation n'impliquant d'ailleurs que quelques dizaines de milliers d'hommes. Mais les organisations des deux camps ont été animées par un petit nombre d'hommes, dont certains furent exceptionnels. Leur personnalité est présente tout au long de cet ouvrage.

L'auteur : Guy Malbos a été consultant en organisation. Il a obtenu un DEA d'Histoire à la Faculté des Lettres et Sciences humaines de Brest. Lieutenant-Colonel (ORSEM), il a été affecté à des états-majors de niveau stratégique.

Passionné des choses de la mer, sa vision de la bataille de l'Atlantique est à la fois celle d'un professionnel de l'organisation et celle d'un officier d'état-major.



### CHRONOLOGIE COMMENTÉE DE LA PREMIÈRE GUERRE MONDIALE par Rémy PORTE. Editions PERRIN. Ouvrage récompensé par le Prix Général MUTEAU 2011 de l'Académie des Sciences morales et politiques

La Grande Guerre constitue un événement qui bénéficie aujourd'hui d'un vif regain d'intérêt. C'est cette guerre totale qui est ici reconstituée, mois après mois, sur tous les fronts et selon le point de vue de tous les belligérants. Ce panorama complet et accessible fait également la part belle aux témoins puisque que chaque événement commenté et analysé est accompagné d'une citation tirée des nombreux journaux et correspondance des acteurs, qu'il soit général, soldat ou civil, qu'il soit Français, Allemand, Américain ou Turcs. Instrument de travail essentiel, cette chronologie commentée peut également se lire de manière continue. Elle répond ainsi aux questions que se pose quiconque s'intéresse à la Première Guerre mondiale.

L'auteur : Docteur habilité en histoire, le lieutenant-colonel Rémy Porte est chef du bureau Recherche du Centre de doctrine d'emploi des forces (École militaire). Il s'est progressivement spécialisé sur l'histoire militaire des IIIe et IVe Républiques et est en particulier l'auteur d'un Dictionnaire de la Grande Guerre (1914-1918).



## 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. : erick.legallais@hotmail.fr*

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



# Actu GORSSA



**UNMR**

**FNPR**

**UNVR**

**FNCDR**

**ANORCTASSA**

**AMITRHA**