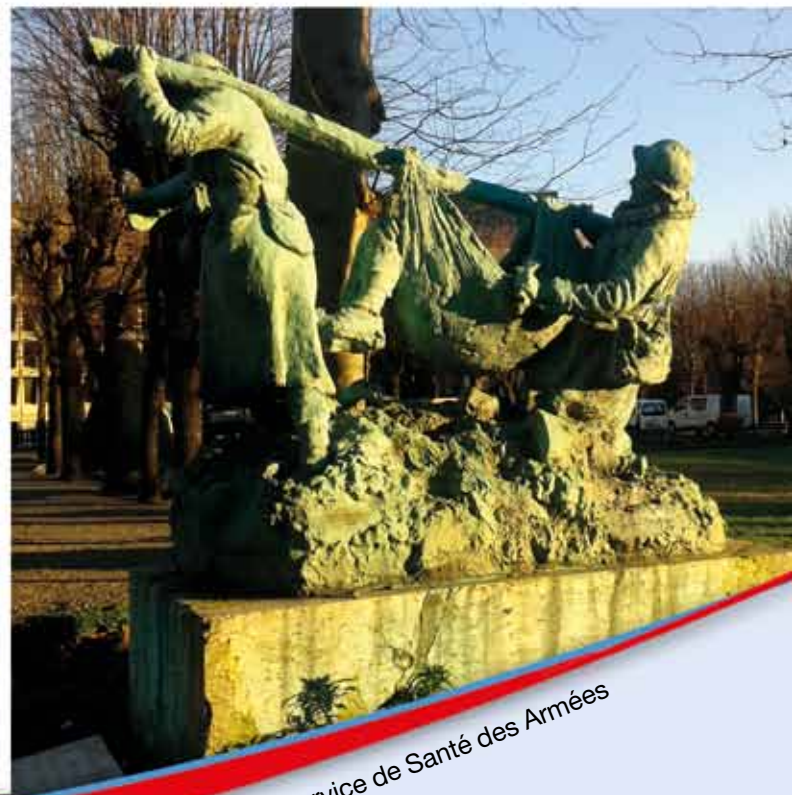


Actu GORSSA



Trimestriel - Mars 2016



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

7^{ème} année
n°1

Revue commune à :



UNMR
Union Nationale
des Médecins de Réserve



FNPR
Fédération Nationale
des Pharmaciens de Réserve



UNVR
Union Nationale
des Vétérinaires de Réserve



FNCDR
Fédération Nationale des
Chirurgiens-Dentistes de Réserve



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



ANMITRHA
Association Nationale
des Militaires Infirmiers
et Techniciens de Réserve des
Hôpitaux des Armées

*« Mettons ce que nous avons de meilleur en commun
et enrichissons-nous de nos mutuelles différences »*

(Paul Valéry)

Actu
GORSSA

**Revue du Groupement des Organisations
de Réservistes du Service de Santé des Armées**

154, boulevard Haussmann 75008 PARIS

site : <http://www.gorssa.fr>

courriel : gorssa.national@gmail.com

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :

Xavier SAUVAGEON

RÉDACTEUR EN CHEF :

Chargé de l'Internet

Jean-Dominique CARON

COMITÉ DE RÉDACTION

Président : Jean-Pierre MOULINIÉ

Correspondants de rédaction :

UNMR : Yvon MESLIER

FNPR : Norbert SCAGLIOLA

UNVR : François-Henri BOLNOT

FNCDR : Jean-Paul MATHIEU

ANORCTASSA : Alain MICHEL

ANMITRHA : Erick LEGALLAIS

Région de Toulon : Christine DULAURANS

Secrétaire de rédaction : Marie-Hélène SICÉ

DÉLÉGATION GÉNÉRALE

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

Chargé des affaires juridiques et administratives :
Norbert SCAGLIOLA

TRÉSORIER ET LISTING :

Michel CROIZET, 14 boulevard des Pyrénées 64000 PAU

Courriel : michel.croizet@free.fr

CONSEIL SCIENTIFIQUE

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

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Abonnement et Tirage :

Prix du numéro : 6 €

Prix de l'abonnement :

Membres des Associations : 25 €

Non-membres : 60 €

Étrangers : 90 €

De soutien : à partir de 90 €

Edition, Impression et Routage :

Centr'Imprim - 36100 ISSOUDUN

Commission paritaire : en cours

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2014

ISSN : 2110-7424

Crédits photographiques : BCISSA, J.-D. Caron,
F.-H. Bolnot, Musée du SSA, G. Mulot, M. Petit

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

Editorial

Après six années passées à la tête de notre revue, le Chirurgien-Dentiste en Chef^(rc) Jean-Michel PAUCHARD a souhaité passer la main. Il a animé avec ardeur notre organe de liaison, lui donnant ses lettres de noblesses. Notre revue est unanimement reconnue, par les instances officielles et les acteurs du GORSSA : il a été l'artisan principal de ce succès. Au moment de prendre la relève, je tenais, au nom de tous les membres de nos Associations, à lui rendre hommage et le remercier pour le travail accompli.

Homme de communication, je vais essayer, avec le soutien du comité de rédaction, de continuer la route tracée par mon prédécesseur. À l'heure des mutations profondes du Service de Santé des Armées, il est primordial que les réservistes des associations qui forment notre Groupement puisse disposer des outils modernes de communication. Outre la revue, le site internet vous permet en temps réel d'être informés des activités proposées dans les différentes régions, ainsi que de l'actualité du Service et de la Défense. Les milliers de connexions depuis sa création sont la preuve de l'intérêt que vous lui portez. À vous d'aider le webmaître à le faire vivre par vos apports, vos remarques et vos critiques.

2016 est également l'année du centenaire de la bataille de Verdun. Notre Pays a fort justement décidé d'honorer la mémoire des centaines de milliers de jeunes hommes tombés durant les quatre années qu'a duré « cette boucherie » qu'est la Grande Guerre. La bataille de Verdun en est un épisode, qui a particulièrement marqué l'ima-

ginaire collectif par sa durée (plus de dix mois) et par l'importance des pertes humaines. Nous avons décidé de publier systématiquement au fil des prochains numéros de la revue, un article sur les différentes composantes du Service de Santé durant le premier conflit mondial. Le Médecin en Chef® Jean-Jacques FERRANDIS a accepté que soit reproduit dans notre revue l'article paru tout récemment dans le n°1 du tome 44 de février 2016 de la revue Médecine & Armées, numéro entièrement consacré au Centenaire de la Grande Guerre. Qu'il en soit remercié.

Espérons enfin que 2016 sera une année d'apaisement pour notre Pays, après les tragiques événements qui ont fait de 2015 une « *annus horribilis* ». Il est du devoir de chacun d'entre nous d'œuvrer pour nos associations, en favorisant le recrutement de nouveaux membres qui permettront, par leur engagement au sein des Réserves Opérationnelle et Citoyenne, d'aider nos chefs à la réussite des plans « *Réserve 2019* » et « *SSA 2020* ».

N'oublions pas, comme le rappelait en 1929 le manuel d'instruction de l'École de Cavalerie que :

« *de toutes les fautes qu'on peut commettre, une seule est infamante : l'inaction...* »

MCSCN® Jean-Dominique CARON
Rédacteur en Chef d'Actu GORSSA
Responsable du site Internet

Sommaire

Éditorial et sommaire.....	3	JNI des Dentistes de réserve Paris novembre 2015.....	27
Organigrammes associatifs.....	4	La restructuration du Service de Santé aux armées françaises de 1915 à 1918, 1 ^{ère} partie.....	29
In memoriam CDC Charles Sebban	5	Journées Nationales GORSSA 2016 à Bordeaux	34
In memoriam MCSCN Jean-Marie Duchemin	6	Informations officielles.....	35
Virus ZIKA : la prévention au profit des forces	7	Ouvrages parus – Bibliographie	37
Dentiste de l'opération Barkhane	10	FRAOS 2016	38
Des sauriens et des hommes : la bataille de l'île de Ramree .	13	Recommandations aux auteurs.....	39
Guyane – retour d'expérience	20		

ORGANIGRAMME ASSOCIATIF

GORSSA

Président : MCS X. Sauvageon (UNMR)

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

Secrétaire Général : MC X. Wagner - **Trésorier :** CRC1 C. Saliceti

UNMR

154 bd Haussmann 75008 PARIS
Tél : 01 53 96 00 19

Bureau National et Conseil d'Administration

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

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

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

Secrétaire Général : MC Patrick Hamon

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

Trésorier : MC Jean-Louis Picoche

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

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

Délégué Général chargé des relations CIOMR : MCS Christian Le Roux

Porte-Drapeau : MC Jean-Pierre Sala

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

UNVR

Maison des Vétérinaires,
10 Place Léon Blum, 75011 PARIS

Président d'honneur : VC Jean Gledel

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

Vice-Président et Délégué International :
VC Bruno Pelletier (Dél. Rég. IDF)
drvetbp@aol.com

Vice-Président et Délégué National :
VC Gilbert Mouthon
gmouthon@vet-alfort.fr

Secrétaire Général : VP Stéphane Nguyen nguyen.
servane@wanadoo.fr

Trésorier : Vé. Pierre Tassin

Président DRSSA Bordeaux :

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

Président DRSSA Brest :

VC Ghislain Manet g.manet@libertysurf.fr

Président DRSSA Toulon :

VC Marc Verneuil
marc.verneuil@cegetel.net

Administrateurs d'honneur : VC René Pallayret,
VC Jean-Paul Rousseau, VC Pierre Royer

Administrateurs :

VC Thierry Alvado-Brette
alvado-brette@caramail.com

VC Xavier Beele
xavierbeele@aol.com

VC Dominique Grandjean
dgrandjean@vet-alfort.fr

VC Louis Guillou
louis.guillou@numericable.fr

VC Émile Perez
emile.perez@agriculture.gouv.fr

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

VC Charles Touge
charles.touge@gmail.com

FNCDR

54, Cours de Vincennes 75012 PARIS

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

Bureau National :

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

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

Trésorier Général :

CDC François Montagne
1, Rue Dupuytren 75006 Paris.
Tél. 01 43 26 90 00 & 06 09 21 22 91

Délégués Régionaux :

Bordeaux : CDC Jean-Paul Delobel

2, Rue Santiago 64700 Hendaye.

Tél. 05 59 20 23 54

Brest : CDC Hervé Le Guen

26 bis, Route de Quélern 29570 ROSCANVEL

Tél. 06 80 04 10 20

Lyon : CDC Alain Cuminal

83, Rue Paul Verlaine 69100 Villeurbanne.

Tél. 04 78 93 76 56

Metz : CDC Bruno Crovella

17, Avenue de la Libération 57160 Châtel Saint Germain

Tél. 03 87 60 02 96

Saint-Germain-en-Laye : CDC Philippe Gateau

17 ter, Rue Achille Millien 58000 Nevers.

Tél. 06 80 27 49 64

Toulon : CDC Jean-Michel Courbier

Avenue de l'Américaine 13600 La Ciotat.

Tél. 04 94 29 60 80

Correspondant de la revue Actu-GORSSA :

CDCS Jean-Paul MATHIEU

Délégué à la Réserve Citoyenne :

CDC Jean-Michel PAUCHARD

Délégué ADF : CDC Michel Legens

Porte-Drapeau : CDC Henry Frajder

FNPR

Adresse courriel : fnpr@free.fr

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

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

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

Porte-Drapeau : PC Jean-Marc Delafontaine

ANMITRHA

Adresse courriel : amitrha.gorssa@gmail.com

Présidente : ICS Élisabeth de Moulins
de Rochefort

Vice-Président : MERCN Marc Tranchet

Trésorier : MERCS Frédéric Noret

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

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

ANORSCA

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

Président : CRC1 Christian Saliceti

Vice-Présidents : CRC1 Pascal Hugédé,
CRC1 Pierre Voisin

Secrétaire général :
CRC1 Denis Blonde

Secrétaire général Adjoint :
CRC2 Jean-Jacques Boniz

Trésorier Général : CRP Benoît Fraslin

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

IN MEMORIAM CHIRURGIEN DENTISTE EN CHEF^(H) CHARLES SEBBAN (1921-2016)

CDC^(RC) J.-M. PAUCHARD Président d'honneur FNCDR

Nous avons appris le décès de notre Camarade le CDC^(H) Charles SEBBAN survenu le 13 février 2016 dans l'EHPAD de Maisons-Alfort où son état de santé l'avait amené à résider ces dernières années. Nous étions plusieurs à l'accompagner à sa Dernière Demeure au Cimetière de Bagneux. Né en Algérie le 12 juin 1921, il aurait eu 95 ans dans 4 mois.

Charles SEBBAN était une figure bien connue du monde des réserves du SSA et encore plus de celui de la Chirurgie Dentaire militaire. L'évoquer est tâche ardue tant il se manifestait de façons différentes. Très actif jusqu'en des temps récents, faire « *revivre* » Charles SEBBAN mériterait un long récit. Nous avons donc choisi de nous adresser directement à lui, à défaut de le faire parler.

Sacré Charles ! Je vais profiter de ton sens permanent de l'humour (sans ton talent de conteur) pour rédiger cet hommage, avec cependant beaucoup moins de « *tchatche* » que toi. Tu aimais rappeler que tu étais Pied-noir juif, fils de petit agriculteur, glorieux combattant de 14-18 tout comme ton grand-père en 1870. Peu savent qu'au terme de tes études secondaires tu fus lauréat du Concours Général en Physique...

Ceci va nous amener très vite à ta vie militaire d'« *active* » : la grande épopée de ta vie. Ta classe d'âge n'étant pas mobilisable en 39, tu fréquentes les Chantiers de Jeunesse en 41-42 et tu t'inscris à la Faculté de Médecine de Montpellier. Mais, apprenant le débarquement allié en Afrique du nord, voilà que tu contractes en décembre à Oran un engagement volontaire pour la durée de la guerre. Je passe sur les péripéties de ta traversée de l'Espagne...

Te voilà donc au 2^{ème} Régiment de Zouaves avec lequel tu feras comme Caporal la Campagne de Tunisie contre l'Africa-Korps de Rommel. Dès la création du Corps Expéditionnaire d'Italie, tu le rejoins et deviens Caporal-Chef... Et là, tu étais le seul à pouvoir le conter, ce seront les batailles de Monte Cassino et de Garigliano où tu fus blessé en combat singulier et fus le seul survivant de ta jeep qui sauta sur une mine. Ce fut aussi le glorieux défilé de l'entrée à Rome puis Sienne et Florence.

Tu participes au débarquement de Cavalaire et prends part avec la 1^{ère} Armée à la Libération de la France, à la Campagne d'Alsace et enfin à la Campagne d'Allemagne... pour être démobilisé comme Médecin Auxiliaire.

Désormais, ta carrière militaire se fera dans les Réserves. Tu es très vite un des responsables de la FNASOR avant de rejoindre la FNCDR dont tu seras un temps Président National. Rappelons que sur des décennies tu fus particulièrement actif dans tes différentes fonctions... Tu étais Chirurgien-Dentiste en Chef avec port des galons de Colonel...



Je ne puis faire autrement qu'évoquer rapidement, maintenant, ta carrière de Chirurgien-Dentiste « *civil* ». Après 30 années d'exercice libéral, tu choisis un exercice d'Enseignant à temps plein en Dentisterie Opératoire. Tu deviendras PU / PH à Paris VII-Garancière. Il était naturel que tu sois membre titulaire de l'Académie de Chirurgie Dentaire.

Mérite aussi d'être signalée ta vie sportive qui fut très active en athlétisme et en football.

Enfin, Charles rappelle-toi, c'était il y a une quinzaine d'années. Nous étions toi et moi conviés à une manifestation officielle au Val de Grâce dans l'Amphi Rouvillois où seules les plus hautes autorités du Service étaient placées ; à la seule vue de ton « *placard* » de décorations le sous-officier chargé de l'accueil t'entraîne en te disant « *Mon Général, asseyez-vous là, les Officiers Généraux sont ici...* ».

Eh oui ! Charles, tu étais Commandeur de la Légion d'Honneur, Commandeur de l'Ordre National du Mérite, Commandeur des Palmes Académiques, et détenteur d'une bonne vingtaine d'autres décorations françaises et étrangères telles que Croix du Combattant, Médaille des Blessés, SMV(or), MHSSA, MJS(or), etc....C'était tout toi : la prestance en uniforme que bien qu'octogénaire tu avais conservée...

« *Le tombeau des morts est dans le cœur des vivants* » disais-tu Charles. Tu sais donc où se situeront désormais nos rencontres... À propos Charles, ce n'est pas « *le poète* » qui a dit cela, c'était Tacite ...

IN MEMORIAM MÉDECIN CHEF DES SERVICES® JEAN-MARIE DUCHEMIN

MCS® F. POMEY

Le 27 janvier 2016 est parti brutalement un ami cher, Jean-Marie DUCHEMIN. Il nous a quitté et l'avons accompagné à sa dernière demeure où il repose en paix à Caen.

Né en 1947 il fait ses études de médecine à Caen et est reçu docteur en Médecine en mai 1974. Diplômé de médecine du travail en 1977 et en médecine du sport en 1979, Jean-Marie DUCHEMIN s'installe en libéral à Caen.

En 1993 il est diplômé de Gynécologie Médicale, spécialité qu'il exercera jusqu'à sa retraite libérale. Il était membre titulaire du C.N.G.O.F. de la S.F.C.P.C.V. et de l'A.F.E.M.

Sa carrière de Médecin réserviste du SSA est extrêmement riche, après son incorporation à l'ENORSSA de Libourne en 1974 il est affecté comme Médecin adjoint au 54° régiment de commandement et transmission de Metz où il effectue son service national.

Volontaire pour servir dans la réserve, nommé Médecin de réserve en octobre 1975, il est affecté à la 32° division militaire territoriale à Caen où il participe aux convocations et aux enseignements de perfectionnement des officiers de réserve. Il y aura différentes affectations, le centre mobilisateur 43 de Caen, le régiment d'infanterie de marine de la Lande d'Ouée et l'école de défense NBC de Breteville sur Odon. Excellent officier de réserve il s'adapte à toutes ces affectations où il est unanimement apprécié.

De 1992 à 1995 il occupe le poste d'Adjoint au Médecin-chef commandant le 501° Hôpital d'Évacuation Lourd et le 120° Hôpital Complémentaire de Breteville sur Odon.

En 1997 confirmant son attachement à l'institution militaire il souscrit un engagement spécial dans la réserve en qualité de médecin d'unité au Prytanée National militaire de la Flèche.

En septembre 1999, il rejoint le service de gynécologie et obstétrique de l'Hôpital d'Instruction des Armées Begin à Saint-Mandé où il servira jusqu'à la fin de son contrat en 2012, il continuera à titre bénévole jusqu'à maintenant. Praticien de grande qualité, toujours à l'écoute des patientes, unanimement apprécié par ses collègues et par l'ensemble de l'établissement, il est totalement investi dans l'évolution et la progression de sa spécialité et dans le bon fonctionnement et le rayonnement du service de gynécologie et obstétrique de l'H.I.A. Begin.

Au cours de cette brillante carrière de médecin de réserve, Jean-Marie DUCHEMIN est nommé au grade de médecin chef des services de classe normale le 1^{er} décembre 2010.

Jean-Marie DUCHEMIN adhère à l'U.N.M.R. dès 1980, il est successivement délégué départemental du Calvados, délégué régional adjoint en région terre Nord-Ouest de Rennes et depuis 2008 administrateur et délégué régional en région de Brest. En tant que responsable régional il est le représentant de l'U.N.M.R. puis du G.O.R.S.S.A. auprès des autorités santé de Brest, toujours proche de ses administrés, attentif aux situations et desiderata de chacun.

Il supervise l'organisation des journées nationales d'instruction de l'U.N.M.R. puis du G.O.R.S.S.A., il prend une part active à la réussite de l'organisation de nos journées nationales à Brest en 2015.

Homme politique il fut pendant 3 mandats conseiller municipal de la ville Caen, maître dans ses dossiers il est apprécié des habitants pour son écoute et son professionnalisme, très impliqué dans les affaires de santé de la ville. Jean-Marie DUCHEMIN préside la station de la Société Nationale de Sauvetage en Mer (S.N.S.M.) de Luc sur Mer dans le Calvados témoignant ainsi de son attachement à l'aide et au sauvetage, participant à la formation et aux secours en mer.

Jean-Marie DUCHEMIN est élevé au grade de Commandeur de l'Ordre national du Mérite en 2012, il est titulaire de la médaille d'or des Services Militaires Volontaires en 2009. Il a reçu de nombreux témoignages de satisfaction ministériels, médaille d'argent de l'U.N.M. R. en 2000.

Marié, père de deux filles, grand père attentionné, il faisait notre admiration. Par cette gentillesse qu'il dégageait tant dans sa famille qu'auprès de ses amis ou des milieux professionnels, il était toujours à l'écoute, toujours prêt à aider et mettre en valeur son prochain, nous avons perdu brutalement un grand ami, un grand professionnel avec lequel il était toujours agréable d'échanger.

Nous assurons à son Epouse et ses Filles toute notre amitié et notre sympathie, Jean-Marie DUCHEMIN était un Grand Homme.



VIRUS ZIKA : LA PRÉVENTION AU PROFIT DES FORCES

J.-D. CARON¹

Transmis par un moustique du genre *Aedes* (*Aedes Aegypti*), ce virus est membre de la famille des *Flaviviridae* du genre *Flavivirus*. Hôte endémique des zones tropicales d'Afrique et d'Asie, il a fait son apparition au printemps 2015 en Amérique centrale et Amérique du sud, dans une vingtaine de pays. Fin 2015 le Suriname et la Guyane Française ont été touchés à leur tour, puis la Martinique et la Guadeloupe début 2016. Le moustique transmetteur pique au cours de la journée, plus particulièrement en début de matinée et fin de journée.

La présence de forces françaises permanentes dans les 3 territoires des Antilles-Guyane, impose à tous les médecins d'unités, d'active mais aussi de réserve, d'être un maillon essentiel de la lutte contre cette affection "*dengue-like*", et ce par l'information et la prise en charge clinique et administrative des cas déclarés.

L'information

Le médecin d'unité a un rôle primordial par les conseils donnés lors des Visites Médicales Périodiques (VMP) ou les visites avant départ soit en Mission de Courte Durée (MCD) soit en Séjour Hors Métropole (SHM) pouvant aller de quatre à six mois pour les premières à trois ans pour les seconds. Ces conseils s'adressent bien entendu aux militaires, mais sont valables également pour les familles accompagnantes en cas de SHM. Cette information se fera également au niveau des unités, de manière collective, en utilisant les supports établis par la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale (CNMSS) et le Service de Santé. Ces supports et leurs mises à jour en fonction de l'évolution de l'épidémie, sont adressés régulièrement aux Antennes Médicales des CMA.

Cette information concernera tous les personnels projetés pour les conseils de prévention sur place :

- port de vêtements longs,
- application d'un produit répulsif cutané (cf. Infra) sur les parties découvertes du corps,
- utilisation de moustiquaires pré-imprégnées d'insecticide, en vérifiant régulièrement l'absence de déchirures

- isolation des chambres à coucher avec des moustiquaires de fenêtre dont le bon état doit être là aussi vérifié régulièrement
- maintien des nourrissons sous moustiquaire, que ce soit dans le berceau, le lit ou la poussette
- utilisation de diffuseur électrique ou de bombe aérosol
- inspection régulière des abords des locaux d'habitation pour supprimer tous les endroits pouvant abriter des larves de moustiques (eaux stagnantes), ainsi que les endroits de l'habitation où l'eau peut stagner (gouttières, syphons, etc.).

Cette information concernera par ailleurs plus spécifiquement les personnels féminins (militaires ou accompagnantes), compte tenu du risque probable de malformations congénitales type microcéphalie en cas d'infestation au cours d'une grossesse. Celle-ci entraînant une inaptitude temporaire aux MCD, seules les SHM sont concernés, pour les grossesses survenant en cours de séjour :

- renforcer les mesures de protection individuelle
- consulter avant le départ le gynécologue ou le médecin traitant afin de définir le type de prévention le plus adapté, compte tenu des différentes compositions des répulsifs
- surseoir à la mise en route d'une grossesse, tant que durera l'exposition au risque.

La prise en charge clinique et administrative

Le rôle du médecin d'unité est primordial sur place. Il devra dépister les cas suspects par une connaissance précise des symptômes, sachant que près de 80% des formes sont asymptomatiques :

- incubation de 3 à 12 jours
- suivie d'un syndrome dengue-like avec exanthème maculo-papuleux accompagné ou non de fièvre, auquel s'associe des arthralgies des extrémités associées ou non à des oedèmes, des myalgies et une hyperhémie conjonctivale
- une guérison spontanée en 3 à 7 jours.

¹ MCS® GORSSA

La prise en charge précoce de tous les cas symptomatiques est essentielle : informer sur la maladie et prescrire un traitement symptomatique : antipyrétiques privilégiant le paracétamol ; complément par antalgiques de classe 2 à 3 selon les cas pour la phase aiguë. *Du fait de la similitude des symptômes avec ceux de la dengue chez certains patients, dans les zones où une circulation de la dengue est avérée, il est recommandé d'éviter l'aspirine, l'ibuprofène et les autres AINS en raison du risque hémorragique en cas de dengue.*

En cas de suspicion, il convient de protéger au plus vite le patient d'autres piqûres de moustique. Ne pas attendre la confirmation biologique pour recommander les mesures préventives individuelles (et éviter ainsi la dissémination de la maladie) :

- en isolant le patient sous moustiquaire de lit pré-imprégnée d'insecticide (pyréthrinoides) en bon état non déchirée et correctement utilisée descendant jusqu'au sol ou bordée, au minimum pendant les 7 jours suivant le début des symptômes ;
- en recommandant au patient de porter des vêtements longs (pantalons...) et d'utiliser des répulsifs cutanés sur les parties découvertes du corps.

Ces mesures d'isolement seront levées en cas d'élimination du diagnostic de Zika.

Le diagnostic est confirmé par la prescription d'analyses adaptées par rapport à la date de début des signes cliniques, après avoir **systématiquement éliminé un paludisme** en cas de séjour en zone d'endémie palustre. Compte tenu de la circulation de la dengue et du chikungunya aux Antilles-Guyane, tout cas suspect doit faire l'objet d'une **recherche diagnostique des 3 virus** selon le schéma suivant :

- Virus Zika

- de J1 à J5 après la date de début des signes : RT-PCR Zika sur sang + RT-PCR Zika sur urines
- de J6 à J10 après la date de début des signes : RT-PCR Zika sur urines uniquement

Évolution de la stratégie diagnostique : en phase épidémique de Zika, la confirmation biologique du diagnostic est réservée uniquement aux femmes enceintes et aux patients atteints de formes graves ou atypiques. Les prélèvements réalisés dans d'autres cas ne sont pas pris en charge. Il faudra se référer **aux directives civiles locales**.

- Dengue et chikungunya

- de J1 à J7 : NS1, RT-PCR dengue et chikungunya sur sang

- à partir de J5 : sérologies dengue et chikungunya : détection des IgM et des IgG

Du fait de la brièveté de la virémie, un résultat négatif de la PCR n'infirmes pas le diagnostic de Zika.

Le médecin d'unité devra toujours rechercher des complications propres au Zika : complications neurologiques de type Guillain-Barré essentiellement (quelques jours à quelques semaines après l'épisode, attention aux retours précoces en métropole). Le patient doit être prévenu de cette éventualité et de la nécessité de consulter en urgence en cas de signes neurologiques d'appel (faiblesse musculaire, baisse de la sensibilité...). En cas de complication, hospitaliser le patient dans un service d'infectiologie ou de médecine (CHU ou HIA de rattachement).

Le médecin devra enfin être très précis dans le compte rendu administratif :

- *inscrire* dans le dossier médical (LUMM) la suspicion clinique et la confirmation du Zika
Code CIM 10 : A92.8 - Autres fièvres virales précisées, transmises par des moustiques
- *conserver* l'ensemble des examens complémentaires dans le dossier médical
- *rendre* compte à la DRSSA/DIASS de rattachement
- *signaler* rapidement les cas suspects ou confirmés de Zika au Centre d'Épidémiologie et de Santé Publique des Armées (CES-PA) sans attendre la confirmation biologique
Heures ouvrables : Tél. : 821 131 76 33 ou sur cespa.survepid.resp.fct@intradef.gouv.fr
Heures non ouvrables : Tél. : 06 75 67 93 67 (astreinte).
- *déclarer* à la surveillance épidémiologique dans les armées les cas suspects ou confirmés de Zika survenant chez des militaires, via le Message Épidémiologique Hebdomadaire (MEH) et la fiche spécifique de déclaration **C11 « Syndromes dengue-like »**

Deux précisions pour terminer :

- le médecin d'unité n'est jamais seul : ne pas hésiter à demander un avis spécialisé aux services référents en maladies infectieuses et tropicales :
 - HIA Laveran (04 91 61 72 32 / 72 44)
 - HIA Bégin (salle de soins 01 43 98 54 09, astreinte 06 89 87 16 64)
- la CNMSS prend en charge, sous condition, l'achat des produits répulsifs cutanés, pour tout militaire (sans condition) affecté en séjour outre-mer ou à l'étranger et pour sa famille (sous réserve de droits ouverts à la CNMSS à la date d'achat des produits).

Mesure générale : 1 produit par mois et par personne dans la limite de 3 mois quelle que soit la durée de l'affectation.

Mesure exceptionnelle : en cas d'épidémie, la quantité de produits remboursés par la CNMSS pourra être augmentée sur décision spécifique de la caisse.

Références :

- Avis du HCSP du 20 janvier 2016 relatif à l'actualisation de la prise en charge médicale des personnes atteintes par le virus Zika
- Note N°503658/DEF/DCSSA/PC/ESR/EPID du 2 février 2016 relative au virus Zika. Sous-Direction Plans-Capacités, Bureau Expertise des Risques Sanitaires
- Caisse nationale militaire de sécurité sociale : Informations sur cnmss.fr, rubrique : Je suis assuré / Ma santé : espace prévention/Mon départ outre-mer ou à l'étranger
- Informations sur www.invs.sante.fr, www.ars.martinique.sante.fr, www.ars.guadeloupe.sante.fr, www.ars.guyane.sante.fr
- Recommandations de bonne pratique clinique sur la « protection personnelle anti vectorielle » établies par la Société de médecine des voyages et la Société française de parasitologie, label HAS, disponibles sur <http://www.medecine-voyages.fr/publications/ppavtextecourt.pdf>

Zika : le réseau international des Instituts Pasteur mobilisé



DENTISTE DE L'OPÉRATION BARKHANE (JANVIER -MARS 2015)

M.PETIT¹



Il y a l'avant, le pendant et l'après OPEX.

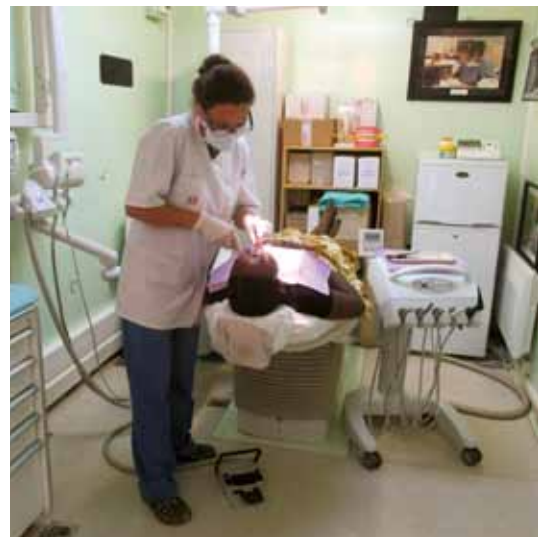
Et on nous l'aura souvent répété, le parcours du combattant c'est l'avant ! A quelques semaines du départ « *pressenti* », 2 feuilles de formalités divers et variées m'ont fait traverser de long en large l'Île de France, formation DENTOPS, ISCT Famas, passeport, carte d'identité, plaque d'identification, paquetage, visite médicale, une dizaine de vaccins... et j'en passe ! A cela s'ajoute toute la préparation d'une mise entre parenthèse professionnelle mais aussi familiale. Mais à 51 ans, après 3 ans d'humanitaire en Inde, 5 ans de collaboration et plus de 20 ans de cabinet libéral à Melun (77), cette parenthèse était une aubaine.

Le 3 janvier 2015, je débarque donc pour 2,5 mois de mission à N'Djamena au Tchad comme chirurgien-dentiste réserviste de l'opération Barkhane. Le camarade que je relève m'y accueille, et durant nos quelques jours en binôme il m'aidera à prendre mes repères dans le camp Kosseï, me présentera à l'équipe médicale mais aussi à notre précieuse assistante dentaire Yvonne. Et c'est le cœur gros de partir que Pierre me cédera sa place.

Ce temps de relève est très important, car il permet de s'intégrer rapidement dans l'équipe déjà constituée et soudée des 40 personnes présentent au GMC.

Kosseï est une base aérienne permanente depuis 1986, elle se divise en une zone de vie et une zone technique, offrant principalement des installations en dur. Environ 1280 PAX y séjournent, repartis en un groupement Terre, un groupement Air, une base de soutien interarmées dont fait partie le GMC, et bien sûr d'un état-major interarmées. Le GMC se situe juste à l'entrée du camp, et se déploie en un ensemble de bâtiments formant un U autour d'une cour. Rôle 1, rôle 2, UDPS (Union de Distribution en Produit de Santé), TMS (Technicien des Matériels de Santé), laboratoire du vétérinaire et cabinet dentaire s'y concentrent.

Le cabinet dentaire est installé dans un shelter d'environ 10m². Bien qu'exiguë, il est très bien équipé, disposant d'un fauteuil récent, d'une radio RVG, d'un espace pour la stérile, le tout climatisé.



Le scanner du Rôle 2 est à notre disposition et s'avérera bien utile pour certain cas.

Yvonne, notre assistante dentaire y règne depuis plus de 15 ans, et a la formidable faculté de s'adapter avec tact et gentillesse à la parade des différents praticiens missionnés. Elle remplit également un rôle majeur en tant que traductrice, tout particulièrement durant les soins dispensés à la population locale.

¹CD[®] CMA Monthéry

Sous l'autorité directe du DIRMED, le chirurgien-dentiste est seul gestionnaire du cabinet dentaire et de son activité, ayant d'une certaine manière un statut d'indépendant.

A N'Djamena, les matinées sont consacrées aux soins des populations locales, soins se résumant principalement à des extractions. Cependant, si notre mission première est bien sûr la prise en charge des militaires de la Force, nous soignons aussi des militaires d'armées alliées, des expatriés et des personnels d'ambassades de toutes nationalités. Nous sommes amenés également à aider et conseiller par téléphone les médecins de certaines bases isolés.

Notre travail ne se limite pas aux soins dentaires et nous devons gérer l'inventaire des stocks, les commandes, le matériel et son entretien. Les commandes sont en fait très délicates à établir car elles se font au profit du praticien nous succédant (voire même de celui lui succédant !) praticien qui n'aura peut-être pas les mêmes besoins en consommables ou matériels que vous. Il n'y a aucune visibilité de dates de livraison...ni même des commandes en cours qui courent justement, durant plusieurs mois ...Tiphaine, la consœur me relevant et moi-même, aurons eu la chance d'avoir l'aide du pharmacien très dynamique et impliqué, pour ranger lisiblement le stock et informatiser la gestion de celui-ci.

Chaque fin de semaine est établi le CRASH, synthèse de l'activité du GMC, qui permet entre autre de rendre compte auprès de notre DIRMED du nombre de patients reçus, de leur appartenance et du type de soins dispensés. Enfin, le rapport de fin de mission que nous remettons avant notre départ, reprend le bilan de notre OPEX, les difficultés rencontrées, les propositions à formuler, et tout ce que nous avons dans, et sur le cœur !

Une journée type à N'Djamena commence en général par du sport, au petit matin, mais surtout à la fraîche ! De 6h à 7h c'est footing ou piscine. A 7h30 arrive le non moins sportif triage des patients locaux à la grille du camp, sous l'escorte d'Yvonne. Environ 15 patients sont choisis parmi tant d'autres sur des critères quelquefois subjectifs, mais priorité est faite aux enfants... et aux « gonflés ».

L'après midi est consacrée aux soins des personnels militaires et des expatriés.

Lorsque le timing le permet, un nouveau moment est dédié au sport avec volley, cross fit, salle de musculation, ou rattrapage footing !



Vient ensuite le temps de la « *popote* », moment privilégié pour retrouver toute l'équipe du GMC autour d'un verre ou rencontrer d'autres têtes, d'autres unités.

Les soirées sont diverses et variées, allant de parties de cartes endiablées, de répétitions de chants de messes, en passant par des cours de salsa, des concerts ou des virées karaokés. Bref vous l'aurez compris... les journées sont bien remplies.

Durant ce mandat, il m'aura été demandé de me rendre par 3 fois au Mali, sur le camp de Gao, à la demande des médecins du Rôle 1. Ces départs s'organisent en fonction des listes de patients en souffrance mais surtout des moyens aériens disponibles, à savoir rares...il nous faut alors survoler un territoire grand comme l'Europe à bord d'un CASA ou d'un Beechcraft pour une durée théorique de 5h30 qui s'est muée pour ma part en une expédition de 15h passant par le Niger, le Burkina Faso et le nord Mali.

Gao, c'est une toute autre ambiance. Le camp ne comporte que quelques bâtiments en dur, le personnel est logé en tentes Utilis et les douches sont de campagne ! La tension est palpable, casque lourd et Frag sont à portée de main. Nous retrouvons exactement le même shelter qu'à N'Djamena, Yvonne en moins et la poussière en plus, nous permettant de travailler dans les minutes qui suivent notre arrivée. Car les minutes sont comptées et je ne serai restée que quelques heures sur Gao durant ces 3 séjours, le temps de prendre en charges 10 à 15 patients à chacun de mes passages, et de reprendre l'avion pour « *rentrer à la maison* ».

Mais quel type de pathologies présentent les militaires venant consulter ? Elles sont multiples et pour la plupart évitables. Cela va du descellement de couronne ou de bridge résultant du perfide caramel de ration, en passant par des accidents de dent de sagesse, des nécroses pulpaire, des abcès, des tassements alimentaires sous lésions carieuses ou obturations défectueuses, etc. Tout cela souvent à quelques jours seulement de l'arrivée du consultant sur le théâtre, avec une VMP à jour... On peut donc s'interroger sur la fiabilité de cette dernière, sur la pertinence d'un examen dentaire effectué à la simple vue d'une radio panoramique, sur la compétence du praticien civil effectuant cette visite, mais aussi sur la qualité des soins réalisés, quelque fois à la hâte, avant le départ en OPEX. Si la prise en charge des soins dentaires des personnels militaires n'a pas de spécificité particulière, elle doit cependant se faire avec rigueur, sans approximation, palliatif ou expédient. Le stress, la fatigue, la chaleur et des conditions de vie rustiques, sont sans pardon sur des pathologies dormantes. Cette mission m'aura permis d'en saisir toutes les conséquences sur le terrain et de constater la dérive qualitative des soins dentaires en général.

Il faut alors s'adapter à toutes les situations, être en mesure de diagnostiquer, soulager et traiter le patient, le plus souvent sur une séance.

Pour conclure cette brève présentation, je dirai qu'être une femme en OPEX n'a jamais été source de distinction ou de discrimination et d'ailleurs pas moins de 25% du personnel de santé était féminin.

Le temps de la relève est venu, temps d'accueil et d'échange très profitable avec ma consœur Tiphaine durant une semaine.

Ces 2,5 mois se seront écoulés bien vite, trop à v goût. Forte d'une enrichissante expérience professionnelle mais surtout humaine, de la découverte en immersion du monde militaire en OPEX et des difficultés de notre Armée face aux restrictions budgétaires de rigueur, le retour vers la France, vers la « vraie vie » comme il se dit là bas, se fera sans allant. Car l'après OPEX, c'est la reprise du cabinet dentaire dès le lendemain de l'arrivée, les patients impatients, les piles de courriers à éplucher, la météo d'hiver à affronter et la pesante absence des camarades.



DES SAURIENS ET DES HOMMES : LA BATAILLE DE L'ÎLE DE RAMREE

F.-H. BOLNOT¹

Il y a soixante dix ans, le 19 février 1945, se déroulait sur la côte birmane l'épilogue particulièrement tragique de la bataille de l'île de Ramree, qui est entrée dans l'histoire comme étant le plus grand massacre connu d'humains par des animaux ; en l'occurrence des crocodiles de mer. Cet épisode sanglant continue de fasciner et divers médias l'ont récemment remis en lumière. Que s'est-il réellement passé, dans la mangrove de cette île du golfe du Bengale, entre le 14 janvier et le 22 février 1945, lors de la campagne de Birmanie menée par la 14ème Armée britannique du Lieutenant-Général William Slim contre les troupes japonaises ?



Le contexte historique

La campagne de Birmanie est une phase du théâtre extrême-oriental de la Seconde Guerre mondiale. Elle s'est déroulée de janvier 1942 à juillet 1945 sur le territoire birman, aujourd'hui Myanmar, alors colonie de l'Empire britannique. Elle a opposé les forces Alliées (Royaume-Uni et troupes des Indes britanniques et du Canada, République de Chine, États-Unis) à celle de l'Axe (Empire du Japon et Royaume de Thaïlande).

De janvier à mai 1942, l'armée impériale japonaise étend son emprise en Asie du Sud-Est. Après s'être emparé de Hong Kong, de la Malaisie et de Singapour, possessions britanniques, elle conquiert toute la Birmanie, principale voie de ravitaillement de l'armée nationaliste chinoise de Tchang Kai-Chek, en guerre avec les Japonais depuis 1937. Après la prise de Rangoon, effective le 7 mars 1942, la route Lashio-Kunming est coupée le 15 mai 1942, privant Tchang Kai-

Chek de tout approvisionnement. Les troupes japonaises atteignent les monts d'Arakan, dans l'Ouest du pays, et la frontière indienne où se replient les troupes alliées.

En 1942-1943, les opérations au Moyen-Orient sont privilégiées par les Alliés, en raison de la proximité avec l'Europe, et du fait de la priorité donnée à la lutte contre l'Allemagne nazie. Les effectifs britanniques étant également occupés, à cette époque, par les troubles en Inde orientale, les tentatives de reconquête de la Birmanie se font à petite échelle et sans succès.

De décembre 1943 à novembre 1944 la tendance s'inverse : des troupes mieux entraînées, une logistique améliorée ainsi qu'une plus grande force de feu et une supériorité aérienne, redonnent l'avantage aux forces Alliées. L'offensive japonaise pour pénétrer en Inde s'avère un désastre : l'armée impériale est repoussée jusque dans le Chindwin et la contre-offensive japonaise dans la région de l'Arakan est stoppée.

Fin 1944 et début 1945, alors que l'empire nippon recule sur tous les fronts dans le pacifique sous l'assaut des Marines américains, les Alliés poursuivent une série d'opérations visant à reconquérir toute la Birmanie. L'objectif est de rouvrir au plus vite la route vers la Chine afin de ravitailler plus facilement les troupes chinoises ainsi que les forces américaines en Chine. Pour l'armée impériale il est en revanche impératif de maintenir la ligne de ravitaillement du Japon en pétrole indonésien. Trois fronts vont s'ouvrir :

Au Nord, la rencontre des forces Alliées avec les troupes de Tchang Kai-chek s'effectue le 21 janvier 1945, permettant la réouverture définitive de la route de Birmanie.

¹VeC® GORSSA, Président UNVR



Au centre, La 14^{ème} armée britannique fournit l'effort principal de reconquête du territoire Birman. Les combats sont très intenses. La ville de Mandalay est reprise le 20 mars 1945. Les alliés accumulent les succès en Birmanie centrale, mais il est d'une importance vitale de capturer le port de Rangoon avant les pluies torrentielles de la mousson. La reconquête de la capitale prend le nom d'opération « **Dracula** » : le 1^{er} mai, un bataillon de parachutistes Gurkhas est lancé sur l'embouchure de la rivière Rangoon et la 26^{ème} division d'infanterie indienne du Major-Général Chambers débarque par bateau le lendemain. Ils trouvent la capitale vidée de ses occupants, évacuée par les japonais depuis le 22 avril. Le 2 mai la mousson s'abat sur la ville !

Le troisième front est **méridional**. En Arakan, le 15^{ème} corps poursuit son avance vers l'île d'Akyab (aujourd'hui Sittwe), pour la troisième fois en trois ans. Les Japonais, très affaiblis, évacuent Akyab le 31 décembre 1944 et l'île est occupée sans résistance deux jours plus tard. A l'aide de barges de débarquement des attaques amphibies sont lancées depuis l'île sur la péninsule de Myebon le 12 janvier 1945, et sur Kangaw dix jours plus tard, afin de couper la retraite japonaise. Les pertes nipponnes sont très lourdes. Un objectif important est la prise des îles de **Ramree** et **Cheduba** afin d'y construire des terrains d'aviation pour supporter les troupes alliées opérant au centre de la Birmanie et d'y préparer des opérations amphibies.

La bataille de l'île de Ramree

L'île de Ramree (Yangbye Kywan), de 80 km de long sur 30 km de large, est située sur la côte birmane à une centaine de kilomètres au Sud d'Akyab. Relativement plate, elle constitue un site parfait pour établir une base aérienne.



Une position stratégique

Ramree représente un maillon clé de la défense territoriale japonaise sur la côte birmane. Elle abrite un camp d'entraînement commando, un aérodrome près de la petite ville de Kyaukpyu et, surtout, une base d'artillerie à longue portée constituant une menace majeure pour les navires de débarquement britanniques. Son élimination est une priorité pour la Royal Navy.

La garnison japonaise de l'île est constituée d'unités aguerries, puissamment armées et équipées (2^{ème} bataillon / 121^{ème} régiment d'infanterie / 54^{ème} division). Le régiment commando du colonel Kanichi Nagazama, fort de 1 215 soldats d'élite, surnommé « *tornado* », est réputé avoir vaincu à plusieurs reprises des unités très supérieures en nombre.

La reconquête des îles

Le 14 janvier, après une opération de reconnaissance aérienne, ordre est donné à la 26^{ème} division Indienne d'attaquer Ramree.

La bataille de Ramree débute le 21 janvier par l'opération « **Matador** », un assaut amphibie sur le port de Kyaukpyu, au Nord de l'île. Les batteries japonaises opérant depuis des grottes surplombant les plages de débarquement, un fort appui naval et aérien est nécessaire : le cuirassé HMS Queen Elizabeth, plusieurs destroyers et d'autres bâtiments de la Royal Navy pilonnent les positions japonaises, bombardées également par les avions du HMS Ameer.



Après cette préparation d'artillerie intense, la 71^{ème} brigade indienne du Brigadier Cotterell-Hill nettoie les plages minées pour permettre aux divisions d'infanterie de débarquer et prendre la ville de Kyaukpyu et son aérodrome. C'est chose faite le 23 janvier. Dans les jours qui suivent les troupes progressent vers le Sud de l'île, rencontrant une forte résistance du 121^{ème} régiment d'infanterie japonais. Dans le même temps, les commandos des Royal Marines, transportés par la flotte des Indes orientales, ont pour mission d'occuper **Cheduba**, petite île située à 10 km au Sud-ouest de Ramree. L'opération « **Sankey** » est lancée sur Cheduba le 26 janvier : l'île est en fait inoccupée et la 22^{ème} Brigade Est Africaine pourra venir renforcer l'offensive sur Ramree par le Sud.



En revanche, sur Ramree la bataille fait rage. Le 1^{er} février les britanniques réussissent néanmoins à atteindre la ville de Sane et contraignent les japonais à abandonner leurs positions. Le 7 février, la 71^{ème} brigade, appuyée par des blindés, atteint la ville de Ramree qui tombe malgré une forte résistance des japonais. Environ un millier de soldats japonais du 1^{er} corps des commandos de marine tentent alors de gagner le centre Est de l'île afin d'y rejoindre un bataillon plus important. Encerclés par les troupes britanniques et insensibles aux appels à se rendre, ils décident de couper à travers la mangrove ; ce qui les force à traverser 16 km de marécage boueux particulièrement inhospitalier et coupé par des chenaux de marée.

Le « massacre » de Ramree

Appuyés par la Navy à l'Est de l'île qui empêche les troupes ennemies de quitter Ramree, les britanniques procèdent à des tirs d'artillerie qui contraignent les japonais à s'enfoncer dans les marécages.

L'histoire a retenu que l'idée de cette manœuvre avait germé dans l'esprit du chef du bataillon aéroporté britannique, Andrey Wyert : ayant appris par un groupe envoyé en reconnaissance que la mangrove était infestée de crocodiles marins, il avait décidé d'y pousser à tout prix les japonais. L'opération paraissait risquée, les troupes japonaises étant beaucoup mieux équipées et préparées pour combattre dans cet environnement. La suite lui donna toutefois raison au-delà de ce qu'il était envisageable.

Après avoir repoussé les unités japonaises au fond du marais par des combats de position, les britanniques se retirent progressivement vers la côte en laissant quelques éléments au contact sous couvert d'artillerie. Les japonais s'estimant avatagés dans cet environnement continuent leur progression mais, ralentis par le terrain, se trouvent peu à peu encerclés dans le marécage et embourbés, malgré leurs équipements. Leur progression est stoppée dans une mélasse dense et profonde. Rapidement la faim et le manque d'eau potable se font cruellement sentir. De nombreux soldats, affaiblis par les maladies tropicales et face à une faune hostile, s'avèrent incapable de résister et répondre aux attaques sporadiques de l'armée britannique.

Après quelques jours Wyert ordonne une suspension temporaire des attaques et le retrait de l'avant-garde.

Les britanniques, depuis une colline, observent à la jumelle les troupes japonaises profondément engluées dans les marais. Malgré l'arrêt des hostilités les soldats japonais semblent disparaître mystérieusement (« *diaboliquement* ») les uns après les autres, dans des « *convulsions épileptiques* » et d'horribles hurlements ponctués par des tirs d'armes automatiques, selon les récits largement inspirés du seul témoignage direct disponible : celui du naturaliste Bruce Wright qui aurait assisté à la scène.

Son récit de la nuit (supposé être celle du 19 février¹) est effectivement saisissant² !

« *That night was the most horrible that any member of the marine launch crews ever experienced. The crocodiles, alerted by the din of warfare and the smell of blood, gathered among the mangroves, lying with their eyes above water, watchfully alert for their next meal. With the ebb of the tide, the crocodiles moved in on the dead, wounded, and uninjured men who had become mired in the mud. The scattered rifle shots in the pitch black swamp punctured by the screams of wounded men crushed in the jaws of huge reptiles, and the blurred worrying sound of spin-*

¹ Selon les sources les dates ne sont pas totalement concordantes. Toute résistance japonaise dans l'île aurait cessé dès le 17 février, le blocus de l'île étant maintenu jusqu'au 22 février par la Navy.

² Wright B.S., 1962: *Wildlife Sketches: Near and Far*. Brunswick Press;

ning crocodiles made a cacophony of hell that has rarely been duplicated on earth. At dawn the vultures arrived to clean up what the crocodiles had left...Of about thousand Japanese soldiers that entered the swamps of Ramree, only about twenty were found alive. »

Les descriptions ultérieures de ce macabre évènement ajouteront encore à l'horreur de la situation. Les différents récits, apocryphes, relatent pour la plupart les mêmes faits : malgré les appels répétés des britanniques les exhortant à se rendre et à quitter les marais, les commandos japonais s'enfoncent plus profondément dans la mangrove et défendent leurs positions avec acharnement. Mais affaiblis, englués dans la boue épaisse, ils deviennent rapidement la proie des milliers de scorpions, des serpents venimeux tels les vipères de Russell, des moustiques vecteurs de maladies telle la malaria, et surtout d'un millier de crocodiles de mer qui infestent les lieux. Ceux qui ne meurent pas de faim et de soif, incapables de leur résister, sont dévorés ou démembrés les uns après les autres par les sauriens géants.



Le crocodile marin

Crocodylus porosus, le **crocodile de mer**, se rencontre en Asie du Sud-est et en Océanie. Il est abondant sur la côte Nord de l'Australie et en Nouvelle-Guinée. Il vit aussi bien en eau douce qu'en milieu marin. C'est la plus grande espèce de crocodile et le reptile le plus lourd.



En moyenne, il mesure entre 4 et 5 m de long pour une masse voisine de 700 kg. Certains individus peuvent atteindre 7 m et peser près d'une tonne. Malgré sa corpulence il se déplace très rapidement : jusqu'à 30 km/h sous l'eau ; sur terre, il est capable de pointes de vitesse impressionnantes, comparables à la course d'un homme ! La force de leur mâchoire est suffisante pour écraser le crâne d'un grand ruminant ou la carapace d'une tortue de mer. Prédateur opportuniste, il s'attaque à des animaux de toutes tailles, jusqu'à des buffles... ou des être humains pour lesquels il reste extrêmement dangereux. En Australie, plusieurs attaques fatales de crocodiles de mer sont répertoriées chaque année (106 entre 1971 et 2013). On estime que dans les autres territoires où vivent ces prédateurs, environ 30 attaques mortelles par an sont non répertoriées.

Après la funeste nuit décrite par Bruce Wright, lorsque le silence se fit sur la mangrove, les britanniques décident à leur tour d'y pénétrer avec précaution et de ratisser le terrain. A l'aube, au milieu des cadavres et des charognards se disputant les corps, ils ne trouvèrent que 20 soldats japonais blessés. Ces survivants racontèrent leur cauchemar : les attaques incessantes et imparables des crocodiles surgissant de la mangrove attirés par le sang des blessés, les claquements de mâchoires géantes, les tirs aveugles et désespérés de leurs camarades dans toutes les directions avant de se faire dévorer dans d'atroces souffrances, les cris des soldats déchiquetés, les monstres surgissant dans l'obscurité des eaux boueuses et entraînant les soldats hurlants sous la surface. La plupart, pris au piège, n'avaient aucune chance d'échapper à cette fin macabre. Ils décrivent également les attaques incessantes de nuages de moustiques, l'état d'épuisement des hommes rongés par la soif et la faim, pris dans la vase saumâtre.



Côté japonais, le rapport du colonel Yasu Yunuko sur les événements, déclassifié il y a peu, fait état de « 22 soldats et 3 officiers revenus en vie des marécages de Ramree ». L'enquête d'une commission spéciale de la Cour martiale a conclu que l'eau des marécages, sur 3 km² de superficie, était composée à 24% de sang humain !

L'historien de l'armée britannique Woodburn Kirby qualifia le comportement des commandos japonais de Ramree de « *courageux et déterminé* ».

Le plus grand massacre d'humains par des animaux

Sur plus de 1000 commandos japonais entrés dans le marais, seuls 20 furent retrouvés vivants par les hommes de Wyert. 500 auraient réussi à fuir. Ce constat numérique a fait entrer la bataille de Ramree dans le livre des records (funestes) comme étant le plus grand massacre d'hommes par des animaux, survenu en un seul épisode. Loin devant les méfaits des grands requins blancs dans les eaux du pacifique, s'acharnant sur les rescapés des bâtiments coulés lors des batailles entre les marines japonaises et américaines.

Le drame de l'USS Indianapolis

L'*USS Indianapolis (CA-35)* est un croiseur lourd de l'US Navy, célèbre pour les circonstances de son naufrage. Le 30 juillet 1945, quatre jours après avoir livré à la base aérienne américaine de Tinian des composants importants des deux bombes atomiques lancées sur Hiroshima et Nagasaki, le navire est torpillé par un sous-marin japonais. Le bâtiment coule en douze minutes, emportant avec lui 300 des 1 197 membres d'équipage. Les sur-



vivants, sur des embarcations de sauvetage, doivent faire face à des attaques de requins pendant des jours avant d'être repérés par une patrouille aérienne de routine. Seuls 317 marins survivent au naufrage.

Approche critique

Un manque de témoignages fiables

La « *British Burma Star Association* », association de vétérans ayant servi durant la campagne de Birmanie³, fondée en 1951, accrédite la thèse d'une attaque par des crocodiles de mer dans l'île de Ramree, sans pour autant faire le lien formel avec les vingt survivants retrouvés sur plus de mille soldats entrés dans le marais.

Toutefois, il n'existe étrangement aucune mention de ce macabre épisode dans les archives militaires britanniques ou japonaises relatives à la campagne de Birmanie. En 1965, *The British official history* (volume IV, *The Reconquest of Burma*) évoque simplement des « *marécages infestés de crocodiles* ».

Encore plus étonnant : aucun témoignage de la population locale birmane, de soldat anglais ou japonais n'a jamais corroboré la thèse du massacre de Ramree et apporté la confirmation d'une attaque massive par des crocodiles marins. La seule source d'information disponible reste le récit de Bruce Wright. Il a toutefois été largement contesté : notamment par l'historien Mc Lynn, qui a contribué à démystifier le massacre par les sauriens, présenté comme un « *mythe urbain* »⁴. D'autres auteurs utiliseront le mythe comme thème d'un ouvrage⁵.

³ Le patron de l'association est le Prince Philippe, Duc d'Edimbourg, et le président le fils de Bill Slim qui commandait la 14^{ème} armée en Birmanie.

⁴ Mc Lynn F. 2011: *The Burma Campaign: Disaster into Triumph, 1942-45*, Yale University Press.

⁵ Appleton R. 2012: *Sunset on Ramree. History's Deadliest Crocodile Attack*.

Des questionnements « zoo-logiques » !

Sans prétendre effectuer une analyse historique, hors de propos au regard de nos moyens et compétences, il est toutefois difficile de ne pas s'interroger sur la réalité des faits tels qu'ils ont été relatés puis transmis.

Sur le plan zoologique, il est permis de douter de la présence de certaines espèces décrites dans les différents documents.

Les **scorpions** sont effectivement très présents en Asie du Sud-est. Mais toutes les espèces sont terrestres et, bien que le « *Marais aux scorpions* » face partie de la légende populaire, il est douteux qu'ils aient infesté la mangrove de Ramree.



De même pour la **vipère de Russell** ou vipère de Russell des Indes (*Daboia russelii*). Cette espèce est considérée comme le vipéridé le plus dangereux et la plus grande cause d'envenimations et de décès. Toutefois elle se trouve principalement dans les prairies ouvertes, herbeuses ou broussailleuses, dans les forêts secondaires, sur les plantations forestières et les terres agricoles. Elle évite les milieux humides, comme les marais, les marécages et les forêts tropicales. Peu probable d'en rencontrer dans la mangrove de Ramree.



Mais d'autres serpents venimeux, arboricoles, ont pu effectivement poser problème...

Les nuages de **moustiques** évoqués dans les récits sont une réalité des jungles et marécages de ces régions. Ils sont vecteurs de maladies tropicales dont la malaria est l'exemple emblématique. Le paludisme y est endémique et il est certain que de nombreux soldats aient été atteints lors des campagnes en Birmanie. Les séjours prolongés dans les mangroves ont certainement participé à une augmentation du nombre de cas et de décès. S'agissant de l'épisode de Ramree, il convient toutefois de tenir compte d'une période d'incubation de 7 à 30 jours (*Plasmodium falciparum*) !

Les **crocodiles de mer** posent un autre problème. Ils sont présents dans les mangroves de la côte birmane. Mais c'est le nombre supposé qui interpelle ! Si un millier de ces sauriens (pour un millier de victimes) s'est effectivement attaqué aux commandos japonais, d'où venaient-ils ? De quoi vivaient-ils auparavant en si grand nombre : quelles proies et en quelle quantité, même s'ils sont capables de jeûner plusieurs mois dans une semi léthargie ? Où étaient-ils après le supposé festin macabre ? L'écosystème de la mangrove n'est pas capable d'abriter une telle population de grands prédateurs. Leur nombre a été manifestement très exagéré de même que celui de leurs victimes.

Par ailleurs, les prétendues conclusions de **l'enquête** de la commission spéciale de la Cour martiale paraissent pour le moins fantaisistes : « L'eau des marécages, sur 3 km² de superficie, était composée à 24% de sang humain » : à supposer 1000 victimes, vidées de leur sang (sur une base de 5 à 6 litres pour un homme de 70 kg), 5 à 6000 litres seraient sensés représenter le quart du volume liquide du marécage ! La commission d'enquête a plus vraisemblablement constaté la présence de traces de sang dans le quart de la zone concernée.

Un décompte difficile pour un scénario plausible

S'il paraît incontestable que certains soldats se soient fait dévorer, il existe très probablement une confusion majeure entre le nombre total des victimes japonaises de la bataille de Ramree et celui des victimes des crocodiles de mer. La garnison japonaise de Ramree avait effectivement été renforcée et ce sont 1215 commandos qui se seraient enfoncés dans les marécages.

En réalité plus de 500 ont réussi à gagner la côte et à rejoindre les troupes stationnées sur le territoire birman. Le chiffre exact n'a jamais été révélé par les autorités militaires japonaises et il est possible que beaucoup d'autres aient pu échapper aux pièges des marécages. Aucun d'entre eux n'a jamais évoqué le massacre par les crocodiles marins.

Les 20 survivants récupérés par les britanniques étaient pour la plupart blessés, dans un état d'épuisement extrême et incapables de rejoindre la côte avec leurs camarades. Il est possible que laissés sur place, ils aient eu



pour consigne ou aient décidé d'eux-mêmes de livrer aux britanniques la version de l'anéantissement complet de la force nipponne par les sauriens afin de protéger la fuite de ceux qui en étaient encore capable.

Il n'en reste pas moins qu'un certain nombre a réellement connu une fin peu enviable dans les marécages de Ramree, englués dans la vase et les sables mouvants, noyés dans les chenaux de marée, emportés par les courants, ou la proie de la faune locale.

Conclusion

Le « massacre de Ramree », bien que difficilement dénombrable, restera néanmoins dans l'histoire comme **la plus grande attaque de crocodiles** jamais décrite. Au-delà des décomptes macabres et des incertitudes historiques, le sort des malheureuses victimes de ces sauriens, quel que soit leur nombre, figure à jamais en bonne place parmi les horreurs de la guerre.

Epilogue : à la rescousse des tigres du Bengale !

En 2004 on recensait 270 tigres dans les forêts du Bengale occidental, en Inde. Trois ans plus tard, du fait d'un braconnage intensif, il en restait moins de la moitié. Dans l'incapa-

cité de mettre fin à ces pratiques, ainsi qu'aux coupes de bois illégales, les autorités ont pris dès 2007 une mesure radicale : des centaines de crocodiles d'élevage ont été lâchés dans la jungle et les mangroves de l'Est du pays avec pour « mission » de patrouiller, afin d'ôter toute envie aux braconniers de ratisser le territoire. A moins que ces crocodiles marins ne soient devenus eux-mêmes des proies intéressantes du fait de la qualité de leur cuir... Leur population ayant chuté dramatiquement dans les années soixante-dix, un programme national a permis de les multiplier en captivité dans le parc national de Bhitarkanika.



GUYANE – RETOUR D'EXPÉRIENCE MAI – JUILLET 2015

G. MULOT¹



Bienvenue en Guyane

L'énergie déployée n'a jamais été aussi intense. Nous progressons lentement dans l'immensité d'une forêt dans laquelle la biodiversité s'est méticuleusement adaptée à la survie. Néanmoins, je me plais à penser qu'elle s'est, d'une manière inexplicable, soustraite à la vue de l'Homme en vue de s'armer - et d'armer toute la vie qu'elle abrite - de façon à repousser ou ralentir nos futurs et cupides assauts. L'homme n'y a pas sa place. Nous nous sommes éloignés et imaginer pouvoir la traverser sans perte est illusoire. Prochainement, je m'attends à des blessés. Dans leur sourire, j'observe l'insouciance liée à la jeunesse de certains soldats. Le sentiment inhérent d'être immortel s'ajoute également et s'élève dangereusement lorsqu'une tenue camouflée laisse abusivement penser qu'un motif rendrait invulnérable celui qui le revêt.

Et puis tout pèse. D'abord le sac. Il s'alourdit rapidement une fois immergé dans les courants d'une crique qu'il nous faut traverser ; mais seulement si la pluie ne s'en est auparavant pas chargée. Ensuite, il y a la chaleur. Omniprésente, pincée d'un malveillant sourire, je l'imagine de tout son poids s'agiter à califourchon sur mes épaules. Son désir, non dis-

simulé, se hâte de me voir trébucher et abandonner la marche. Et si le ciel se fissure tôt ou tard et libère un torrent, cette chaleur s'agrippe toujours à moi. Je n'oublie pas non plus ce pantalon qui, une fois trempé, pèse et limite l'amplitude de nos mouvements. Se déplacer nécessite davantage de temps et d'effort et notamment après avoir franchi l'ancre d'une mangrove. S'y aventurer, et prétendre pouvoir en sortir sans en connaître son étendue conduit à une mort justifiée tant il semble naïf de sous-estimer à tel point la dangerosité de la nature. Les dimensions de ce piège s'illustrent dans l'imagination. Et en l'absence d'une carte, l'inquiétante perspective d'une vue aérienne de notre emplacement conclut à une mort certaine. Quelle que soit la direction des pas, ces derniers semblent se rapprocher de tout éloignement. La mangrove tisse et entremêle de hautes racines partiellement immergées dans des eaux boueuses dans lesquelles on y noie ses jambes. On y heurte ses tibias et enjambrer ces bois tentaculaires nécessite autant d'effort que d'agilité. Il nous est aussi conseillé de se laisser surprendre par un trou dans lequel le corps s'y engouffrera plutôt que d'essayer de se rattraper au tranchant d'une feuille dont l'apparence se confond, dans la précipitation, à celle d'un tronc ou d'une branche. Tout est hostile si bien que la conduite à tenir vise à manipuler le moins de choses possible mais surtout, surtout, celles que l'on ne connaît pas.



La mangrove.

*Bientôt les racines seront immergées,
mais il faudra continuer d'avancer*

¹ ICN® CMA Rennes

Des pensées positives régulièrement répétées prennent la forme d'un muscle auxiliaire une fois s'être solidement sanglées aux jambes. Au cours de l'effort, l'attention se focalise sur des détails. Leur addition économise les dépenses d'énergie et rend plus fort. Je me répète certaines phrases. Pense à bien respirer, évite les grandes enjambées et entretient les petits pas, bois quelques gorgées mais régulièrement, ôte-moi ce chapeau et applique-toi à abaisser ta température corporelle, surmonte la fatigue cumulée de la journée et mobilise un temps pour panser tes plaies. Prends également soin de ton matériel. Et si tu peux, aide ton pote. La difficulté peut également se court-circuiter dans des souvenirs remémorés. Je pense à certaines expériences passées, certaines de celles qui me rappellent que je peux tenir. D'autres mettent en scène des proches, des personnes chargées d'estime et auprès desquels on apprend à mieux se connaître. À celles-ci, je leur souris. Merci de l'énergie que vous m'apportez. Je ne lâcherai pas. L'esprit s'articule et élabore ingénieusement d'insoupçonnables contre-mesures.

Évoluer en groupe favorise le bon déroulement de la mission. La nécessité de connaître les hommes avec lesquels je pars rend la mission plus agréable. L'échange conduit à l'entraide et les forces des uns compensent à tour de rôle les faiblesses, temporaires ou non, des autres.

Nous parlons alors en termes d'unité même si je préfère parler d'organisme. Les organes dont il est constitué se spécialisent, s'adaptent et dépendent les uns des autres. Cette force collective me semble redoutable bien qu'elle nécessite selon moi beaucoup de temps avant qu'elle ne révèle son réel potentiel. Nous devons passer du temps ensemble, nous connaître pour nous montrer solides face à l'adversité et l'inattendu.

La mission Harpie ne stoppera pas l'orpailage. Nous le ralentissons seulement. Ma place se situe anormalement du côté de l'autorité car en vérité je refuse de jeter une pierre à ces hommes et à leur activité. Ces hommes subissent l'infortune d'une vie misérable qu'ils n'ont évidemment pas désirée. Nous en ferions tous autant à leur place. Moi le premier. Néanmoins, n'y aurait-il pas moyen d'exploiter leurs aptitudes en forêt et leur capacité à survivre plutôt que de les appauvrir ou de les chasser en sachant pertinemment qu'ils reviendront ultérieurement... Utopie.

Je tente vainement d'innocenter ma présence à travers ma seule activité soignante. Ce n'est pourtant pas si simple. Je soigne les

militaires mais je soigne également ces militaires chargés de chasser ces infortunés de la forêt. À la fois, tout aussi indirectement, je réduis les bénéfices de ceux qui tirent réellement profit de cette activité illégale. Pourtant, dans la balance, je doute que notre action nuise au quotidien des plus fortunés alors qu'il est certain, et même évident, qu'en détruisant le matériel des plus pauvres nous les appauvrissons encore davantage. Je n'aime pas ça. Je m'agrippe alors parfois, tant bien que mal, à une action environnementale. Je ne tarde jamais à l'expliquer auprès de mon entourage. Le mercure amalgame les paillettes d'or, se déverse dans les eaux et contamine les poissons qui, une fois pêchés, intoxiquent les hommes et les femmes qui les mangeront ainsi que ceux et celles qui simplement, dans ces eaux, se réhydrateront. Ceci pour ne prendre que l'exemple du mercure et l'un de ses dangers.



Un curotel (village) d'Etrangers en Situation Irrégulière, des orpailleurs

On associe certains hommes à des forces de la nature. Je n'ai encore jamais rencontré d'orpailleurs, mais à travers quelques anecdotes attachées à leur sujet, ils en sont indiscutablement. J'admire réellement leur courage, leur force et leur organisation et d'autant plus qu'ils n'ont rien. Ce talent c'est comme s'ils réinventaient l'instinct de survie en une arme hautement salvatrice. Il est d'ailleurs inutile de les pourchasser en forêt. Dans leur fuite, ces hommes équipés de simples bottes en caoutchouc vous abandonnent devant le déplacement du feuillage qu'ils ont laissé derrière eux. Et plutôt que de penser qu'ils connaissent la jungle par cœur, ce qui expliquerait la rapidité de leur déplacement, je souris si j'imagine les racines s'écarter du sol pour y libérer un sentier avantageusement nivelé et entretenu ; comme sorti de nulle part. Évidemment, le paysage initial se rétablit dès l'instant qu'une de leur botte quitte ce sentier

autoroutier. Bref, je poursuivrai ce conte de fées plus tard. Ces hommes ont également élaboré des techniques inimaginables pour dissimuler leur matériel. Dernièrement, on me rapporte que des frigidaires ont été retrouvés suspendus à des arbres. Cela impose le respect.

Demain, je quitte Maripasoula. Un séjour de près de quinze jours en forêt m'attend à Tadéo. C'est un poste isolé autour duquel l'orpaillage s'est dangereusement intensifié. Et si le capitaine de section nous présente les orpailleurs comme une population constituée de près de 99 % de « *paysans* », je n'oublie pas qu'ils peuvent aussi être armés. La consigne est simple : je ne laisse rien derrière moi qui ne soit pas clair. Enfin, j'espère seulement que les conduites à tenir en cas de blessés graves, réétudiées tout au long de cette semaine, ne seront pas mises en pratique. Je pense notamment à certaines d'entre elles.

La suite dans quinze jours...

...Quinze jours plus tard. De ceux qui survivent ! Je rentre de forêt !

Tadéo, mission Sakasaka.

Sur le terrain, les patrouilles durent de trois à quatre jours, très rarement plus de sept jours. Après quoi, les hommes rentrent au camp, rétablissent leur force et repartent à nouveau. Pourtant, sur le planning accroché au mur de l'infirmerie, une mission se démarque des autres et s'étend sur près de vingt jours. Dur pour ces hommes. Sans même les connaître, je leur souhaite déjà bon courage. Même si, plus tard, j'apprendrai avec un plaisir masochiste que j'en ferai également partie. Je rejoins donc les Forbans, 1^{ère} compagnie du 3^{ème} régiment d'infanterie de Marine, basée initialement à Vannes. La mission Sakasaka est imminente. Ce véritable exil nous expédiera au cœur d'une terre boueuse régulièrement entretenue par l'approche de pluies torrentielles ; souvent audibles quelques instants avant qu'elles ne frappent. Bienvenue à Tadéo.

Malgré les nombreuses heures, à serpenter en pirogue sur le fleuve, l'excitation conserve son sourire. Nous rejoindrons enfin le « *dégrad* » tant attendu (appellation donnée pour situer un endroit sur lequel il est possible de débarquer). Une marche de près de 6 kms sera ma première en forêt. Je goûte, ou déguste, pour la première fois à l'effort qu'il me faut fournir une fois attelé à ce sac (trop ?) lourdement constitué de mon matériel sanitaire et de celui qui me permettra de tisser mon hamac. Porter sa « *maison* » accentue péniblement cette première marche.

Nous déposons nos maisons au sol face aux abris qu'utilisaient certains orpailleurs. Ces abris, appelés « *carbets* », se limitent en réalité à la perspective formée par les seules arêtes d'une maison que nous esquisserions sur une feuille, excepté qu'elles sont ici en bois. Nous étendons nos bâches pour en faire les toits qui nous protégeront des violentes intempéries et ajoutons un plancher pour nous isoler du sol, des insectes, des scorpions et de quelques animaux rampants. Nous relient également les carbets en construisant des chemins au moyen de sacs de terre collés les uns aux autres ou de longues branches de bois sur lesquels nous y déposons des planches de bois. Près du camp, le feu requiert également son abri. Enfin, je m'abstiendrai de vous décrire le cumul d'expérience tapi dans l'architecture d'une feuillée (= les toilettes).

Chaque jour, nous rayonnons autour du campement à la recherche du matériel permettant aux orpailleurs d'extraire de l'or. En l'absence de gendarmes, nous réalisons des patrouilles de reconnaissance afin de récolter des renseignements sur l'activité présente sur le terrain. La destruction du matériel n'est possible qu'en présence de la gendarmerie. Elle seule est habilitée à détruire ce qui est inflammable et ce qui nécessite d'être brûlé. Les groupes électrogènes, les motopompes, les concasseurs, les quads regroupent le matériel principalement recherché. L'or, s'il est retrouvé sur un ESI (Étranger en Situation Irrégulière), est évidemment saisi. Alors que nous marchons en moyenne 11 kms en forêt par jour, nous n'avons rien saisi. La zone a précédemment déjà été explorée. Deux relèves de gendarmes n'amélioreront pas le bilan. La venue d'un maître chien et de son chien inexercé dans le pistage, mais dressé à mordre, étonne encore. Mais l'étonnement prendra une nouvelle dimension lorsque nous recevrons l'ordre de creuser une zone de plusieurs hectares (zone GP 22) pourtant communiquée et décrite par nos soins depuis plusieurs semaines comme totalement abandonnée de toute activité. Une zone immense s'ouvre anormalement sur le ciel. Il n'y a plus d'arbres. De profonds puits, par lesquels l'or y était extrait, criblent les courbes d'une terre à l'allure ben plus lunaire. Il n'y a plus rien. Malgré une observation du terrain difficilement plus proche, la hiérarchie, postée à Maripasoula, répondra succinctement qu'il « *faut chercher pour trouver* ». Sous une chaleur caniculaire, nous multiplions les coups de pioches et retournons les pierres. Nous ne trouverons rien. Ce sketch élève

quelques sauts d'humeurs mais quelques sauts d'humours permettront heureusement de désamorcer cette tension passagère. Je proposerai la réalisation de photos que nous communiquerons à la hiérarchie afin d'illustrer le bilan que nous connaissions pourtant déjà.

Le matin, nous traversons chaque jour ce même « *curotel* » (= « *village* » constitué de plusieurs carbets, correspondant à la zone de vie des orpailleurs) constitué de dizaines de carbets. Des chiens annoncent notre approche. Seulement une dizaine de personnes y vivent. D'autres patrouilles ont déjà frappé cette zone si bien que la majorité des ESI (Étranger en Situation Irrégulière) ont dû fuir. Passé ce *curotel*, nous rayonnons dans des directions quotidiennement différentes.



La zone GP 22. On aperçoit au premier plan un puits, l'or y est extrait. La zone est abandonnée

Maintenant, comment donner raison ou justifier certaines actions si celles-ci se confondent à de la cruauté. Les exemples sont nombreux. L'autorité, représentée par la gendarmerie, peut-elle justifier le retrait et la destruction d'une paire de bottes portée par un ESI ainsi que l'abandon de cet homme, désormais pieds nus, en pleine forêt équatoriale ? Car nous pourrions, dans l'esprit, tout aussi bien les mutiler et laisser quelques infections se charger d'eux. Avec autant de barbarie, si l'idée consiste à les chasser hors de nos frontières alors la volonté d'incendier leurs bâches, et donc leur toit, semble pour certains être une solution. Seulement, cela ne fait en réalité que les déloger. J'ajouterai que si celles-ci ne sont pas détruites, le manuel du parfait petit colon encourage l'emprunt de ces bâches à des fins personnelles tandis qu'il bannit, sans surprise, tout sentiment de culpabilité... pour peu que l'un de ses fidèles lecteurs ait étonnement déjà tissé une fibre de compassion



Chaque jour nous patrouillons tout autour du camp. Ici, un nouvel obstacle. La traversée des troncs... Je ne m'y ferai jamais

au cours de sa vie. Pour finir, je dénoncerai le vol de denrées alimentaires. Il est difficile de se sentir à sa place, d'observer de tels agissements sans pouvoir réagir. En quoi nos conditions de vie seraient-elles plus difficiles que celles supportées par ces hommes et ces femmes alors qu'ils les « *acceptent* » depuis des mois ? Ainsi, une quantité de riz suffisante pour nourrir une quinzaine d'hommes pendant près de deux semaines, de la farine de maïs, plusieurs dizaines de bières, des conserves et bien d'autres choses encore ont été volées au profit de l'armée. Si certains l'expliquaient autrement, cela reste néanmoins du pillage.

Pour cette raison, j'ai refusé d'ajouter ces aliments à la nourriture contenue dans mes rations. Et je n'en suis pour autant pas mort. Aussi, je me rappelle du commencement, de ce moment où je ne connaissais encore que très peu les membres de « *l'expédition Tadéo* ». Une quantité importante de bières fut découverte et rapportée dans notre camp si bien qu'à la tombée du jour, et une fois tous rassemblés sous l'un de nos carbets, les hommes en avaient tous une à la main, comme pour fêter cette « *prise* » ; ... et comme si cela figurait dans les objectifs de la mission Harpie. Disons que cela aurait pu être « *le pot de cohésion* », celui autour duquel on apprend à mieux se connaître. Mais comme je n'avais volontairement pas pris de bière, il m'était impossible de trinquer. Je partageais donc mon point de vue à chaque fois qu'une bouteille cherchait à être entrechoquée. Cette attitude, surtout au début, aurait pu être perçue comme un refus d'adhé-

rer à un groupe alors que je dissociais malgré tout ceux qui se désaltéraient de celui qui a pris la décision de voler ces boissons. Quoi qu'il en soit, personne ne m'en fit un reproche. Je reste donc choqué et révolté par les agissements entrepris par certains gendarmes car, pour rappel, seule la gendarmerie pouvait (ab)user de ce pouvoir. Au final, ces agissements, et s'ils perdurent encore, finiront par soulever la colère des orpailleurs et mèneront à une violence (peut-être armée).

Au final, les gens partagent souvent leur aventure à travers l'expression commune « *d'une expérience très enrichissante* ». Et c'est vrai, elle l'est. Mais il faut en rappeler le contexte. Car, dans le détail, c'est l'extraction du pied et le frottement d'une ampoule située à sa cheville qui arracheront à chaque pas une « *rangers* » piégée dans un environnement jeté dans la boue et l'humidité. C'est confronter des conditions difficiles à nos capacités d'adaptation. C'est également vivre dans des conditions proches de celles vécues au moyen-âge. C'est faire de l'hygiène une préoccupation tant individuelle que collective. C'est partager des conseils afin de réduire ou panser la pénibilité de notre exil. C'est avancer au sein d'une population respectueuse, professionnelle et avec laquelle il est à la fois heureusement possible de partager des instants de franche bonne humeur. C'est une aventure hautement humaine. Et même si le quotidien exige de nombreux efforts, je ne regrette pas mon billet.



*Un gendarme brûle une bâche.
Les ESI observent en arrière plan.*

Dorlin

La mission Harpie se poursuit et le plus dur restait encore à venir. Le temps de récupération à Maripasoula n'excéda pas deux jours. Le Capitaine frappa à ma porte et ne dissimula

pas son sourire à l'annonce de mon départ pour Dorlin. Il précisera, dans un plaisir toujours plus prononcé, qu'une marche de 60 kms m'y attend. J'éprouve alors des difficultés à me représenter une telle distance. Je me remémore la formation forêt et l'intensité des efforts qu'il a fallu déployer dans la mangrove pour parcourir seulement quelques centaines de mètres.

Un petit aparté. Dans la mangrove, l'un des sergents qui nous accompagnait participait au transport d'une lourde caisse. Dans le cadre de l'exercice, celle-ci ne devait en aucun cas toucher le sol. Il lui était donc impossible de porter à la fois son sac. Il me le confia même si j'apprécierai être en capacité de me faire oublier dans de pareils moments ; comme si mon propre sac ne me suffisait pas. Quoi qu'il en soit, je m'efforçais de faciliter la progression de son sac tout en le tirant à bout de bras afin qu'il franchisse les nombreuses racines tissées dans l'eau dans laquelle nous patauions. L'enfer. Pour la première fois, et pourtant épaulé d'un autre militaire, j'ai pensé que je pouvais ne pas atteindre l'arrivée.



Le POAT (Poste Opérationnel Avancé Temporaire) de Dorlin

Mais revenons à Dorlin. Je commençais par recueillir quelques informations sur le terrain auprès des personnes qui y ont déjà séjourné. Très souvent, cette curiosité déclenchait un large sourire. Beaucoup d'entre eux présentaient une main oblique pour en décrire le relief. À la fois... une fois rentré de Dorlin, et lorsqu'on venait m'interroger à mon tour, j'attachais cette même gestuelle à un pareil sourire tant il était effectivement difficile de mieux décrire le lieu et l'enfer qui y règne. Dorlin fut une expérience très différente de celle vécue à Tadéo en raison, essentiellement, de son relief.

Pourtant, là-bas, tout était tellement différent de la moyenâgeuse insalubrité côtoyée à Tadéo. Nous n'avions rien à bâtir. De solides structures en bois accueillaient l'approche

de notre pirogue. Une fois amarrés, nous marchions sur de la terre et non plus dans la boue. Un ciel bleu et rayonnant couronnait le camp. Dans la pièce dans laquelle nous nous rassemblions autour d'une table pour manger, nous remarquions de nombreuses boîtes de conserve empilées sur l'étagère située en face d'un volumineux frigidaire. Il n'était également plus question de se laver dans les eaux d'une crique ou bien d'utiliser la pelle plantée à proximité d'un feuillet. Des douches et des sanitaires étaient disponibles. Un tout autre univers ! Étais-je au paradis ? Non, mais aux portes de l'enfer car, en vérité, ce confort venait panser les militaires revenus d'un calvaire que je ne soupçonnais pas encore.

Ainsi, nous ne tardions pas à repartir en forêt. Mais il ne s'agissait plus d'établir un camp, de s'y installer et d'y rayonner tout autour. Nous rejoignons un village d'orpailleurs situé à plusieurs jours de marche. Mais les mots manquent à nouveau cruellement de profondeur lorsqu'il s'agit de décrire à quel point le dénivelé était éreintant. Les photos, si réductrices, fâchent également car elles semblent n'afficher aucune inclinaison et finalement aucune difficulté alors qu'en réalité ces ascensions exigeaient à chaque pas beaucoup d'énergie, de concentration et de détermination. L'esprit se focalise alors sur l'effort et rien d'autre. Il s'agit dans la première heure puis verrouille un souffle suffisamment profond pour oxygéner une cadence qui, finalement, écorche cette limite au-delà de laquelle l'esprit ne permettrait plus à son corps d'avancer. Au cours d'un effort, jamais je ne m'étais aussi longtemps et autant concentré sur la régularité et la profondeur de mon souffle ; idem dans le déplacement de mes pas.

La nuit, nous dormions là où nous pouvions. Je repense alors à cette nuit au cours de laquelle il fut nécessaire d'éventrer la végétation à l'aide de nos coupe-coupe afin de créer un espace suffisant et suffisamment sécurisant pour tendre nos hamacs. Le terrain était en pente et la pluie y avait ruisselé toute la nuit. Couchés aux alentours de vingt-deux heures, nous repartions à quatre heures du matin. Au cours de cette première marche nocturne, je me souviens de ce layon creusé par le passage d'un quad. Cette ascension était si abrupte et glissante que l'idée d'avancer à quatre pattes s'est presque imposée. Heureusement, je me ressaisis et ne tarda pas à me relever. Ma lampe frontale choisit également ce moment pour m'abandonner. Mais comment un quad pouvait-il monter et descendre une telle piste sans jamais se retourner. Je m'interroge encore.



Le moment du repas. Un moment tant attendu !

Une fois arrivé à destination, les orpailleurs avaient sans surprise déserté le curotel et l'espace de travail réservé à l'extraction de l'or (appelé placer). Un nouveau pillage eut lieu et une partie importante des denrées présentes dans leurs carbets constitua le repas du soir. Deux de leurs poules, encore vivantes à notre arrivée, rôtièrent sur la grille d'un frigidaire utilisée comme grille à barbecue. Il me semble qu'un peu d'or fut aussi découvert. Le lendemain matin, nous repartions à Dorlin avec hâte. Mais avant cela, de nombreuses affaires, dont des bâches naturellement, furent regroupées au centre du village puis réduites en cendres. Les planches qui permettaient à certains carbets d'être équipés de « murs » furent retirées une à une. Le plancher fut réduit au même sort. C'est simple, après notre départ, il ne restait plus rien.

Mais cette ultime marche fut la plus difficile. Il nous aura fallu pas moins de huit heures pour parcourir vingt kilomètres. Comme d'autres, je décidai de m'appuyer sur deux bâtons, relativement légers, pour faciliter la marche, gravir plus aisément les montées et me ralentir lors des descentes. Je ne les ai jamais quittés. Mais quel bonheur de se noyer dans les eaux d'une crique et de remplir ses gourdes. Sur la fin, j'ai par deux fois utilisé l'un de mes sachets réservés à une sévère déshydratation. Je les ai ajoutés puis mélangés à une eau déjà améliorée par les poudres énergisantes contenues dans nos rations. L'effet fut quasi immédiat. Selon moi, chaque homme devrait posséder un ou deux sachets. Étant le deuxième homme le plus chargé, après le transmetteur, je fus placé en tête sur les dernières heures de marche de manière à ne pas obliger mes camarades



Je soigne la plaie d'une ESI

à m'attendre ou à m'abandonner lorsqu'ils venaient à marcher plus vite que moi. Mais je ne m'aperçus des effets de ma potion qu'après avoir entendu le lieutenant m'ordonner de ralentir. Cette remarque fut très motivante. Une fois arrivé à Dorlin, l'épuisement se mêlait au plaisir d'être enfin rentré mais également à cette fierté soulevée par une performance physique encore jamais réalisée.

D'un point de vue professionnel, tout s'est heureusement bien déroulé. Ma présence se penchait essentiellement sur des problèmes dermatologiques. Il s'agissait principalement d'ampoules, de mycoses et de petites plaies qu'il fallait très régulièrement désinfecter et protéger. D'ailleurs, oubliez en partie le protocole quatre temps qui pèsent et requièrent une quantité pharaonique de compresses. Préférez la simple utilisation de la Chlorhexidine. Par ailleurs, le manche d'une masse maintenue verticalement hors du sac de ce jeune militaire aurait pu, au cours d'une marche, conduire à une plaie crânienne plus importante et nécessiter une suture. Une désinfection et un simple bandage compressif suffisent. Enfin, je n'ai eu qu'une fois recours à une anesthésie locale. Je devais me retirer une épine d'awara plantée trop profondément dans le bord inférieur de l'ongle. Un soin très désagréable à faire quand il s'agit de le réaliser sur soi-même. La fin approche.

Je vais donc m'arrêter ici. Je garde de cette expérience de très bons souvenirs et de très belles rencontres. Dans l'attente d'une nouvelle aventure, et d'un éventuel prochain retour d'expérience !



« L'équipe Tadéo ». je me distingue par mes crocks bleus...

JOURNÉE NATIONALE D'INSTRUCTION DES DENTISTES DE RÉSERVE PARIS 28 NOVEMBRE 2015

E. COLCOMBET¹, J.-P. FOGEL²

Comme tous les ans dans le cadre du congrès de l'Association dentaire française (ADF) à la Porte Maillot (Paris XVII), la fédération nationale des chirurgiens-dentistes de réserve (FNCDR) a organisé sa journée nationale d'instruction samedi 28 novembre.

Actualité oblige, cette journée s'est déroulée en tenue civile et a débuté par une minute de silence en mémoire des victimes des récents attentats parisiens.

Le président de la FNCDR, le CDGS® Jean-Pierre FOGEL, a ouvert la session en saluant le représentant du directeur central du SSA, le VCS Philippe ULMER, et en soulignant la contribution des chirurgiens-dentistes déréserve au soutien des armées, aux côtés de leurs camarades d'active. Il a également remercié le MGI Philippe ROUANET de sa présence amicale.

Puis, il a laissé la place au MC Christian BAY de l'École du Val-de-Grâce (EVDG) qui a exposé la formation milieu et la préparation opérationnelle du personnel du Service de santé des armées (SSA). Il a en particulier décrit les différentes missions et composantes du département préparation aux missions opérationnelles qu'il commande, insistant sur la diversité des personnels à former et des formations organisées.

Le MC Didier LANTERI, commandant le CMA de Lyon, a ensuite décrit la formation des réservistes d'aguerrissement opérationnel santé (FRAOS) auparavant appelée « *raid des réserves* ». Cette formation nationale d'une semaine, organisée tous les ans en juin sur le camp de La Valbonne par l'EVDG et la direction régionale du SSA de Lyon, a pour but d'apporter à 80 réservistes une culture militaire et médico-militaire avec découverte de la rusticité du terrain dont le thème central est la prise en charge initiale du blessé de guerre.

Puis le CD® Marianne PETIT du CMA de Montlhéry a fait part avec enthousiasme de sa première expérience d'opération extérieure (OPEX) au Tchad (opération Barkhane). Elle a décrit avec précision ses conditions d'exercice au sein du groupe médico-chirurgical stationné à N'Djamena, son activité partagée entre aide médicale à la population locale,



venant parfois de très loin pour bénéficier de soins, et le soutien dentaire des troupes françaises ; elle a insisté sur la parfaite symbiose entre personnels d'active et de réserve et sur la mise en pratique des valeurs du service.



¹ MC DCSSA Bureau Réserves

² CDGS® GORSSA, Président FNCDR

Après une pause permettant de découvrir le salon de l'ADF, le MC® Stéphane MALBRANQUE a pris la parole pour un passionnant exposé sur le dispositif médico-légal de la Gendarmerie nationale lors de la catastrophe de l'avion Airbus A-320 survenu le 24 mars 2015 dans les Alpes. Resituant son rôle au sein du Pôle judiciaire de la gendarmerie nationale (PJGN) où il est affecté en tant que réserviste, il a décrit les conditions de son arrivée sur le théâtre de cet accident tragique, son rôle, celui de ses camarades du PJGN dans cette mission d'identification des corps des 150 victimes, mission qui s'est déroulée dans des conditions exemplaires pour respecter les délais impartis par les autorités.

Le CD® Eline ZIMMERMANN, elle aussi affectée au PJGN, a poursuivi sur le même thème de l'identification de victimes de catastrophes et de son insertion, en tant que dentiste, dans une équipe pluridisciplinaire, recourant à diverses méthodes de reconnaissance des corps. Elle a insisté sur l'excellente logistique offerte par le PJGN et sur l'importance de la mission de recueil des informations pré-mortem auprès d'interlocuteurs très variés (familles, praticiens, Interpol ...); elle a également exposé son expérience particulière au Mali de situation de catastrophe en juillet 2014 après l'écrasement d'un avion de ligne sur un théâtre d'opération des forces françaises.

Enfin, le MC Claude VERGEZ-LARROUET de la DCSSA a clôturé cette riche matinée par une information sur l'évolution des réserves du SSA en tant que délégué aux réserves et chef du bureau de gestion des réserves. Il a ainsi décrit toute l'importance qui était actuellement portée par les plus hautes autorités de l'état aux réserves militaires depuis les événements tragiques de ces derniers mois et les projets de montée en puissance de la réserve de la défense, tant en matière d'effectifs que journées d'activité réalisées. Cette augmentation s'appliquera au SSA qui devra accroître son recrutement de réservistes opérationnels ainsi que le nombre de jours d'activité annuel. Par ailleurs, il a fait le point des évolutions récentes en ce qui concerne la gestion, la mise en place du réseau des coordonnateurs de la réserve opérationnelle, le site interarmées de la réserve militaire (SIRèM), les modifications de statuts des infirmiers, psychologues et le transfert des officiers d'administration ... Les sujets ne manquaient pas en cette période particulièrement intense pour les réserves opérationnelles et citoyennes.



LA RESTRUCTURATION DU SERVICE DE SANTÉ AUX ARMÉES FRANÇAISES DE 1915 À 1918 (1^{ÈRE} PARTIE)

J.-J. FERRANDIS¹

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

Pour le Service de santé français aux armées, la Grande Guerre commença par un désastre sanitaire majeur. Nous ne reviendrons pas sur les causes de ce désastre, bien décrites dans un autre article de cette revue (*NDRL : Médecin et Armées, tome 44 n°1*) par R. Wey. Nous savons que les progrès de la Médecine sont malheureusement trop souvent rythmés par les conflits. La Grande Guerre en est un exemple significatif car pour la majorité des auteurs, ces progrès dans tous les domaines ont fait entrer la Médecine dans son ère moderne. Notre propos a pour but de rappeler la restructuration totale du Service de 1915 jusqu'à l'Armistice. Les progrès techniques proprement dits, l'organisation du Service de santé aux Dardanelles et en Macédoine ainsi que la réparation fonctionnelle et juridique après la blessure, font l'objet d'articles spécifiques dans cette revue (*NDRL : ibidem*)⁽¹⁾.

À l'entrée en guerre, la doctrine du Service de santé aux armées prévoyait que les plaies majoritairement bénignes seraient seulement désinfectées à la teinture d'iode et « emballées » avec des pansements rapides, 85 % des blessés seraient évacués rapidement vers les hôpitaux éloignés du front où un traitement idéal serait réalisé. Contrairement aux prévisions, les plaies dues essentiellement aux obus et aux mitrailleuses, furent le plus souvent graves et le conflit s'installa dans la durée nécessitant une adaptation de la médecine de guerre. Le Service allait être totalement restructuré à partir du 15 octobre 1914 et la création d'une Direction générale du Service de santé au Grand quartier général (GQG). Les missions des divers échelons de la chaîne de soins furent redéfinies et adaptées, d'abord avec une accélération du relèvement des blessés, ensuite une réorganisation des plans de triage, d'hospitalisation et d'évacuation.

La restructuration fut grandement facilitée par la stabilisation du front sur 750 km à partir de novembre⁽²⁾. Le 26 novembre 1914,



Figure 1. Justin Godart et ses collaborateurs au Sous-secrétariat d'État au Service de santé.
©Musée du Service de santé des Armées, Paris.

les chirurgiens les plus confirmés furent affectés au plus près des lignes de feu et traitèrent désormais les blessés dans des conditions de plus en plus performantes. Le 1^{er} juillet 1915, la 7^e sous-direction du ministère de la Guerre devenait le Sous-secrétariat d'État au Service de santé, dirigé par l'avocat lyonnais J. Godart, député du Rhône (fig. 1).

Malgré ses relations souvent conflictuelles avec le général commandant en chef, celui-ci fut le principal artisan de la réorganisation structurelle et fonctionnelle du service. Pourtant, le 17 janvier 1917, nouvel avatar : après le remplacement de Joffre par Nivelle, la Direction générale du Service de santé au GQG fut supprimée et remplacée par une section dirigée par un capitaine d'infanterie qui seul, décidait de l'organisation des évacuations sanitaires. Le fiasco de l'offensive du Chemin des Dames, notamment sanitaire, entraîna la démission du général Nivelle. Le 10 juin 1917, le général Pétain, nouveau commandant en chef, créa au GQG une Inspection du Service de santé et désigna le Médecin inspecteur général (MIG) C. Sieur pour la diriger. Le 5 février 1918, le Docteur L. Mourier, député puis sénateur du Gard, succéda à J. Godart et fit décider : « le devoir d'organiser, à côté de l'Armée qui se bat, une

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

véritable Armée qui soigne et qui opère, sous la haute autorité du commandant en chef, mais indépendamment de tous les autres services ... et la nécessité pour cette armée d'avoir un chef d'état-major sanitaire, conseiller technique du gouvernement, agent de liaison nécessaire entre ce dernier et la zone des Armées ». Le 11 février 1918, le MIG J. Toubert fut nommé aide-major général du Service de santé au GQG. Il reçut délégation de signature du général commandant en chef avec mission « de centraliser tout ce qui concernait la préparation, l'organisation et l'exécution du Service de santé aux armées, tout en conservant les liaisons nécessaires avec les autres services »⁽³⁾. Définie depuis 1882, l'autorité technique du Service de santé était enfin réalisée.

Qu'elles furent les mesures les plus significatives mises en œuvre ?

La reconnaissance des compétences et la spécialisation des soins

Rappelons que le Service de santé était constitué en majorité de médecins civils mobilisés. Dès le 28 octobre 1914, on procéda à un recensement exhaustif de toutes les compétences et les spécialistes, notamment en chirurgie, anesthésie et radiologie, reçurent enfin une affectation correspondant à leur qualification. Le 4 janvier 1915, les professeurs de faculté, les chirurgiens, médecins, pharmaciens des hôpitaux avec 10 ans d'ancienneté, furent nommés major de 1^{er} classe. Ceux ayant moins de 10 ans, major de 2^e classe. Le Service de santé manqua de personnels chirurgicaux spécialisés, notamment en 1915 et 1916, l'instruction du 25 janvier 1917 institua des « équipes chirurgicales mobiles » permettant de concentrer un grand nombre de chirurgiens sur le lieu des combats (498 équipes le 20 février 1918).

La spécialité la plus répandue aux armées a été la stomatologie. Dès le 21 décembre 1914, furent généralisées les prescriptions de prothèses dentaires. Pour ce qui concerne les blessures des membres, rappelons qu'elles étaient particulièrement fréquentes (67,4 % des blessures dont 56 000 amputés). Entre 1916 et 1918, sur 300 000 soldats réformés, 120 000 l'ont été pour infirmités graves consécutives à des fractures. Des services spécifiques furent officialisés le 30 mars 1917 et la circulaire du 2 avril 1917 créa officiellement des services spécialisés dans le traitement des fractures et des blessures des grandes articulations, afin qu'un blessé puisse recevoir un traitement continu depuis l'Avant jusqu'aux grands services d'orthopédie de l'Arrière.

En fait, ce type de service existait dès le début de 1915, dû à des initiatives individuelles à Châlons-sur-Marne (Alquier), Compiègne (Carrel), Château-Thierry, Épernay, Amiens ou Zuytcoote. En effet, la note n° 30105 C/7 du 21 avril 1915, créa le premier service spécialisé réservé aux blessés présentant des fistules osseuses : « réunis pour chaque région dans un ou plusieurs services hospitaliers dotés d'un personnel chirurgical qualifié et de l'instrumentation nécessaire au traitement des fistules osseuses ». D'abord ouverts dans la zone de l'Arrière, comme celui du Pr Judet à Marseille, ils furent installés dans la zone des Armées au début de 1916. Ces services étaient coordonnés entre eux et les échanges d'informations et surtout de personnels devinrent la règle. Un enseignement spécifique au traitement des fractures fut créé en février 1918. De la même manière, des services spécialisés en ophtalmologie et en ORL furent rapidement ouverts. Les centres médico-légaux et d'atteinte par les gaz furent créés le 1^{er} novembre 1915 et réorganisés le 4 juin 1917, dans chaque armée du Nord et de l'Est. Devant le spectre grandissant de la syphilis, la Grande Guerre a donné le coup d'envoi d'une démarche prophylactique qui n'allait plus cesser ; le 5 mars 1916, des dispensaires de dermatovénérologie ouvrirent dans les dépôts d'éclipsés (18 en 1918)⁽²⁾.

La création des chirurgiens, médecins et spécialistes consultants

Sous l'impulsion des membres éminents de la Société de chirurgie de Paris (l'actuelle Académie nationale de chirurgie), le professeur Tuffier, président de cette société fut nommé, le 21 octobre 1914, chirurgien consultant auprès de la 7^e sous-direction. Le 8 octobre 1916, J. Godart désigna cinq chirurgiens consultants de l'Administration centrale aux armées. Pour chacune des armées, les chirurgiens consultants ne furent désignés que le 19 décembre 1917, parmi les chirurgiens les plus renommés, notamment les médecins chefs des ambulances automobiles chirurgicales. Ils intervinrent dans le choix de l'emplacement et de l'aménagement des formations chirurgicales, contrôlèrent la capacité technique des équipes chirurgicales et de leur groupement en nombre. Les médecins consultants d'armée étaient chargés quant à eux du contrôle technique des services de médecine, de la surveillance de l'hygiène des troupes et de la direction technique des services des gazés. L'inspection pharmaceutique fut créée le 27 juin 1916. Enfin, chaque armée disposait d'un inspecteur administratif.

L'éducation chirurgicale dans les armées

En 1914 et 1915, il y avait seulement 150 chirurgiens de carrière. Le 15 décembre 1915, J. Godart décida l'ouverture d'un centre d'instruction dans chaque armée. En avril 1917, Cl. Regaud ouvrit le Groupement des services chirurgicaux et scientifiques (GSCS), à l'Hôpital d'origine d'étapes (HOE) de Prouilly (fig.2), puis à l'HOE de Bouleuse (5 juin 1917-29 juin 1918) jusqu'à l'incendie de celui-ci lors de l'offensive dans le secteur de la V^e armée, près de Reims, fut une véritable faculté de guerre avec des stages théoriques et pratiques par des enseignants particulièrement renommés (Roux-Berger, Lemaitre, Guillain, Leriche, P. Masson, Nogier, Policard). En juillet 1917, la Faculté de médecine de Paris demanda au ministre de faire coïncider l'enseignement médico-militaire avec les pro-



Figure 2. Hôpital d'origine d'étapes de Bouleuse, héliothérapie, pansements faits au soleil.
© Musée du Service de santé des Armées, Paris.

grammes de l'université. J. Godart présida une commission composée de professeurs et d'agréés de l'Université qui proposa de réaliser des stages dans les villes proches des Armées à Besançon, Nancy et Amiens⁽²⁾. La majorité des médecins et surtout des chirurgiens dans la zone des armées, purent ainsi mettre à jour leurs connaissances et leurs pratiques. La diffusion de l'enseignement chirurgical s'est faite également très largement à l'Intérieur et notamment à Paris, lors de réunions scientifiques comme par exemple le congrès interalliés de chirurgie (mars 1917). Les conclusions étaient largement publiées dans les très nombreux périodiques médicaux dont les thèmes étaient essentiellement la médecine de guerre.

La répartition des personnels médicaux entre l'Intérieur et la zone des Armées

Dès la fin de 1915, les hôpitaux de l'Intérieur étaient débordés par l'afflux des blessés et des malades évacués. Le 22 mars 1916,

J. Godart exigea pour cette zone 1 000 médecins, 60 chirurgiens, 50 pharmaciens, 100 officiers d'administration, sans toutefois toucher à l'Armée de Verdun. En 1917, la zone des Armées disposait ainsi d'environ 9 000 médecins dont 500 équipes chirurgicales et l'Intérieur de 6 700 médecins dont 350 équipes chirurgicales. Or, le nombre des blessés et des malades traités était d'environ 20 000 aux Armées pour 230 000 à l'Intérieur. En janvier 1918, J. Godart prononça près de 20 000 mutations afin d'établir la zone des Armées aux environs des deux tiers de l'ensemble des effectifs.

Les progrès de l'hygiène

La vie dans les tranchées était particulièrement difficile. Toutes les nuisances dues au défaut d'hygiène retentissaient gravement non seulement sur la santé physique des soldats mais également sur leur santé mentale. Une commission permanente de prophylaxie aux armées, composée de médecins, d'officiers d'administration et d'architectes, fut créée le 9 octobre 1914. Dès 1915, des mesures furent prises dans de nombreux domaines de l'hygiène et à partir de 1916, furent mises sur pied des voitures automobiles d'incinération, de désinfection-douches, de dévermination ou encore de blanchisserie. L'épuration de l'eau fut un problème majeur. Divers procédés furent employés dont la décontamination bactériologique par divers moyens chimiques : hypochlorites (javellisation), permanganate de potassium, iode surtout et aussi chlorure de calcium, sulfate ferreux, eau oxygénée. Le Service de santé décida la généralisation de la javellisation de l'eau, d'abord par le chlore neutralisé par l'hyposulfite, puis à partir de 1916, par la « verdunisation » mise au point par l'ingénieur polytechnicien Bunau Varilla : « Comme ce décimilligramme de chlore, introduit dans la bouteille d'essai de un litre, risquait d'être absorbé rapidement par la matière organique de l'eau, dans la partie voisine du point d'introduction et de ne pas laisser de chlore pour le reste de la bouteille, je prescrivis une agitation violente pendant deux à trois minutes, pour distribuer le chlore dans toute la masse de l'eau ... Cette infime quantité de chlore avait non seulement réduit, comme je l'espérais, le nombre de colibacilles, mais elle les avait intégralement détruits ... Ce fulgurant résultat annonçait dans le deuxième semestre de 1916, la découverte du phénomène jusque-là inconnu que j'ai baptisé « verdunisation » en raison du lieu illustre de sa manifestation première »⁽²⁾.

La restructuration de la chaîne de secours

Les hospitalisations dans la zone des Armées furent totalement réorganisées. Pour chaque régiment sur la ligne de feu, transporté au poste de secours par les brancardiers, le blessé était examiné par un médecin qui pratiquait les premiers pansements, les immobilisations, l'injection antitétanique et rédigeait la fiche médicale de l'Avant. Cette fiche joua un rôle majeur en permettant la poursuite des soins tout au long de la chaîne d'évacuation. Si au début du conflit, les postes de secours s'implantèrent dans des refuges de fortune, ils devinrent fixes et bien balisés, le plus souvent enterrés pendant la période des tranchées.



Figure 3. Vadelaincourt (près Verdun - Meuse).
Automobile chirurgicale (1916).
© Musée du Service de santé des Armées, Paris.

Les ambulances (fig.3)

Le blessé était ensuite transporté par les brancardiers divisionnaires jusqu'à l'ambulance chirurgicale ou au groupement d'ambulances pour un premier triage sommaire. Il existait deux ambulances par division et jusqu'à douze ambulances pour le Corps d'armée (CA). L'orientation spécialisée des ambulances se fit dès 1914. L'ambulance chirurgicale de division, chauffée et éclairée, comportait des salles d'opération et un équipement radiologique mais elle fut supprimée en 1918. L'ambulance, dite médicale était destinée aux malades puis aux gazés (ambulance Z). Les ambulances du corps d'armée (et parfois d'armée) groupées de trois à six, constituaient souvent un « *groupement avancé d'ambulances* » créé en 1916 dans la bataille de la Somme et officialisé en 1917. Ce groupement était installé à une douzaine de kilomètres de la ligne de feu. Sa composition comprenait généralement un hangar du type Bessonneau (100 lits), 1 ou 2 groupes de radiologie et de stérilisation, 6 tentes dont 4 pour l'hospitalisation. La capacité hospitalière pouvait atteindre 1 000 lits. Ces formations s'allégèrent en 1918, lors de la reprise de la guerre de mouvement (30 à 40 lits et 2 à 3 équipes chirurgicales) et se réduisirent à quelques tentes, une baraque opératoire, un camion de radiologie et de stérilisation.

Les premiers postes chirurgicaux avancés fonctionnèrent de manière expérimentale en Argonne, en juillet 1915. Ils étaient installés à proximité immédiate des lignes (800 mètres). Ce terme de poste chirurgical avancé fut étendu à partir de 1917 à des sections d'ambulances plus avancées que les autres. C'étaient des antennes de l'ambulance chirurgicale et parfois des ambulances complètes, « *enterrées* » à 3 km des lignes dans des galeries souterraines. Après le congrès de chirurgie de mars 1917, on retint l'urgence du transport des blessés dans l'un des hôpitaux du front, situés de 10 à 15 km des lignes. Chacun de ces hôpitaux devait avoir sous sa dépendance, une ou plusieurs annexes plus rapprochées de la ligne de feu et destinées à recevoir certains blessés graves (« *shockés* » ou atteints d'hémorragies graves, thorax, abdomen)⁽⁴⁾.

Les ambulances chirurgicales automobiles furent mises sur pied en juillet 1915 et modifiées en 1917 (Gosset). Elles permirent d'amener des équipes chirurgicales performantes au plus près du front. Trois camions transportaient les matériels des salles d'opération, de radiologie, de laboratoire et d'anesthésie. On comptait douze autochirs au front, en août 1915 et 23 en 1917. Elles furent allégées en 1918⁽⁵⁾.

Les HOE ou Hôpitaux d'origine d'étapes ou d'évacuation dans la zone des Armées

En fait, les ambulances ou groupes d'ambulances divisionnaires ou de corps d'armée furent le plus souvent court-circuitées au profit des Hôpitaux d'origine d'étapes (HOE). En effet, au-delà des ambulances, l'évacuation se poursuivait vers des centres hospitaliers déployés dans la zone des Étapes, à l'Arrière des armées où l'on traitait le maximum de blessés. Seuls étaient envoyés vers l'Intérieur, les blessés qui ne pouvaient être récupérés rapidement après un traitement initial. Ces HOE, appelés aussi hôpitaux d'évacuation ou encore des premières lignes, étaient formés de deux ambulances divisionnaires accolées à des sections d'hospitalisation ou à des automobiles chirurgicales. Leur double fonction d'hospitalisation et d'évacuation les échelonna de manière très évolutive au cours du conflit par rapport à la ligne de feu.

Au début de 1915, furent mis sur pied trois types d'HOE. Les HOE 1 ou HOE primaires ou hôpitaux de première ligne étaient d'abord regroupés autour des gares. Trop vulnérables, ils furent ensuite placés au plus près des divisions, entre 15 et 25 kilomètres de la ligne de feu. Installés dans des établissements réquisitionnés, leur capacité était augmentée par l'adjonction de

tentes ou de baraques pour coucher les intransportables. Les HOE 2 ou HOE secondaires ou hôpitaux de deuxième ligne étaient situés dans les gares importantes de la zone des Étapes de chacune des armées, entre 50 et 150 km des lignes. Ils assuraient le traitement et l'évacuation des blessés, préalablement triés dans les HOE 1. Ils formaient également une réserve de personnels sanitaires, des centres d'instruction et de perfectionnement technique pour les officiers du Service de santé. Ils purent ensuite traiter les contagieux et les gazés. À la fin de 1915, la capacité de ces HOE augmenta jusqu'à près de 3 000 lits, ce qui les rendit très vulnérables lors de la reprise de la guerre de mouvement.

Les HOE 3 ou hôpitaux d'évacuation de troisième ligne, appelés également hôpitaux d'évacuation des gares régulatrices, se situaient dans la zone de transition à la limite de la zone des Armées et de l'Intérieur. Les blessés ne pouvant poursuivre leur évacuation y étaient opérés. Ceux présentant une blessure relativement légère étaient renvoyés vers la zone des Armées des « dépôts d'écloués » furent ouverts près des gares régulatrices, afin d'éviter l'évacuation hors de la zone des Armées des petits blessés capables de guérir dans un délai de quatre à six semaines.

A côté à ces HOE 3, les hôpitaux complémentaires étaient implantés à la limite de la zone des Armées, ce qui leur évitait d'être bombardés. Ils correspondaient à certaines spécialités : centres pour petits blessés, gazés, fracturés des membres, tête et cou, médecine, contagieux, dermato-vénérologie, neurologie et psychiatrie. Souvent étiquetés « Temporaires », ils ont joué un grand rôle dès 1915, en facilitant le fonctionnement des HOE auxquels ils étaient annexés lors des afflux importants de blessés mais ils ont également traité de nombreux blessés de manière autonome, avant leur évacuation vers les hôpitaux de l'Intérieur. On comptera 69 hôpitaux de ce type en 1918^(6, 7).

Le Triage (fig. 4)

Autant que les HOE, la notion du triage (ou de catégorisation) des blessés fut l'une des innovations majeures de la Grande Guerre. Le triage de dégrossissage avait lieu au poste de secours du régiment avec la rédaction de la fiche médicale. Le triage technique se déroulait dans les formations d'ambulances divisionnaires et surtout du corps d'armée où pouvaient être opérés les intransportables. Le triage chirurgical proprement dit se faisait dans les HOE 1 où étaient retenus les blessés à opérer en urgence. Les autres blessés étaient



Figure 4. Triage à la gare de la Chapelle, Paris 1916.
©Musée du Service de santé des Armées, Paris.

ensuite évacués sur les HOE 2, les hôpitaux complémentaires spécialisés ou vers l'Intérieur. Enfin, le triage vérificateur avait lieu à la gare régulatrice de la zone des Étapes. En 1917, « le triage devint le pivot de l'organisation du Service de santé de l'Avant et des formations spéciales lui furent affectées ». Il devint un organisme à part entière variant selon les armées et surtout la tactique⁽⁸⁾.

Les hospitalisations hors de la zone des Armées

Le Service de santé aux armées fut le seul organisme dont le fonctionnement se poursuivait depuis les premières lignes jusqu'aux établissements les plus éloignés. Les blessés évacués depuis les HOE de la zone des Armées entraient dans la zone de l'Intérieur (ou Intérieur), administrée par la 7^e sous-direction du ministère de la Guerre. Elle comprenait tous les organismes militaires et civils réquisitionnés dans chacune des régions militaires. Chaque région recevait les blessés venant le plus souvent d'un même secteur du front. Les hôpitaux existant avant la guerre continuant d'accueillir les populations civiles, des Hôpitaux temporaires (HT) furent organisés dans de nombreuses localités, en respectant le cahier des charges imposé par le ministère. Les Hôpitaux complémentaires (HC) étaient gérés par le Service de santé militaire ; les Hôpitaux auxiliaires (HA) par les sociétés d'assistance ; les Hôpitaux bénévoles (HB) par des particuliers, des associations, des communautés ou des collectivités locales. Concernant les hôpitaux bénévoles, trois sociétés d'assistance de la Croix Rouge existaient en 1914 : la Société française de secours aux blessés militaires (SSBM), seule autorisée à intervenir dans la zone des armées, notamment pour le bon fonctionnement des trains sanitaires. Il existait également l'Union des femmes de France (UFF) et l'Association des dames françaises (ADF). Par ailleurs, l'Assistance aux convalescents militaires (ACM), créée en août 1914, était rattachée au ministère de la Guerre et gérait les Hôpitaux-dépôts de convalescents (HDC), de 20 à 30 lits, installés dans les régions au climat tempéré.

¹ Centre de documentation du musée du Service de santé des armées, Val-de-Grâce, Paris, cartons relatifs au sujet.

² Ferrandis JJ, Larcan A. Le Service de santé aux Années pendant la Première Guerre mondiale, LBM, Paris ; 2008.

³ Toubert 1. Le Service de santé militaire au GQF, 1918-1919, Lavauzelle, Paris ; 1934.

⁴ Instruction sur les évacuations et l'hospitalisation dans la Zone des années des blessés et des malades, GQG, Imp. Nat. 1916.

⁵ Olier F, Les autochirs, 1914-1918. Genèse d'une épopée, Médecine et Années 2002 ; 20, 3 : 299-320.

⁶ Le Moyné G, Dupuich H, Lardennois G. Formations chirurgicales d'armée et HOE, Arch. Med. Pharm. Mil., 1917,67/2 : 672-93

⁷ Mignon A. (Médecin inspecteur général), Le Service de santé pendant la guerre 1914-1918, 4 t, Masson, Paris ; 1926-1927.

⁸ Rouquette. La récupération des blessés dans une formation de triage, Bull. Med. Paris 1916, 30 : 185-7

GROUPEMENT DES ORGANISATIONS DE RÉSERVISTES DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

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

Thème général : « Vecteurs aériens et évacuations sanitaires »

Vendredi 27 mai 2016

Matin et après midi : sur le site de la BA 120 « *Commandant Marzac* » Cazaux avec repas sur place au mess

Soirée : Accueil Mairie de Bordeaux et dîner officiel au Mess de Cursol

Programme des Accompagnants

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

Samedi 28 mai 2016

Matinée : réunions associatives (Mess Cursol - Bordeaux)

Assemblées Générales Ordinaires des six associations constituant le GORSSA

Assemblée Générale Ordinaire du GORSSA

Exposition des partenaires privés soutenant les journées GORSSA Bordeaux 2016

12h00 : Repas au mess de Cursol

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

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



Pierre Fabre
ORAL CARE

INFORMATIONS OFFICIELLES

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

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

JORF n°0010 du 13 janvier 2016

Décision du 18 décembre 2015 portant inscription au tableau d'avancement pour l'année 2015 (réserve)

Corps des médecins des armées

Pour le grade de médecin chef des services hors classe de réserve, le médecin chef des services de classe normale de réserve SAUVAGEON Xavier.

Pour le grade de médecin chef des services de classe normale de réserve, les médecins en chef de réserve : GRIMALDOS Carlos, VIDAKOR Nadine, LE GUEN Georges, BENICHOU Roland.

Pour le grade de médecin en chef de réserve, les médecins principaux de réserve : MERLE Joël, COMBES Maurice, LEGER Thierry, MICHEL Stève, LOEB Thomas, CHERKI El Hadji Mohammed, LACHENAUD Lionel, BADIN Claude, AMOUR Catherine, LAVEIX Anne, CREUZET Jérôme, VALERI Gérard, BARRIOT Corinne, BERRA Yvan, KWAN Mion, VIARD Marie, COUCHOT Francine, BOUGAULT Jean-Claude.

Pour le grade de médecin principal de réserve, les médecins de réserve : VESSELLE Benoît, DOLIVET Gilles, LIÉTAR Xavier, DEMESMAY François, DARCQ Clément, APAIRE Bertille, BASQUIN Cédric, BERTIAUX Marie-Dominique, LEFEVRE Alexandre, VERNET Jean-Pierre, FOUÉRÉ Thierry, HERAUD Anne-Marie, MARICOURT Violaine, PENVEN Katel, LETELLIER Guy, RAMU Jean-Charles, PROUST Philippe, YORDANOV Youri, REQUIN Pascale, FROMENTIN Benoît, TEMMAR Mohamed, BEUNEUX Frédéric, FLAIS Karl-Emmanuel, LACOMBE Jean-Paul, MAZEGHRANE Mustapha, COTTON DE BENNETOT Stéphanie.

Corps des pharmaciens des armées

Pour le grade de pharmacien chef des services de classe normale de réserve, le pharmacien en chef de réserve GOSSUIN Pierre.

Pour le grade de pharmacien en chef de réserve, le pharmacien principal de réserve NOUREAU Hélène

Pour le grade de pharmacien principal de réserve, les pharmaciens de réserve : CUNAT Séverine, GRANGE Martine.

Corps des vétérinaires des armées

Pour le grade de vétérinaire chef des services de classe normale de réserve, le vétérinaire en chef de réserve ARNETTE Claude.

Pour le grade de vétérinaire en chef de réserve, le vétérinaire principal de réserve DURAND Stéphanie

Pour le grade de vétérinaire principal de réserve, les vétérinaires de réserve : BERRING Éric, MONNET Sandrine, GIRARD Geneviève.

Corps des chirurgiens-dentistes des armées

Pour le grade de chirurgien-dentiste en chef de réserve, les chirurgiens-dentistes principaux de réserve : MEMBRÉ Michel, EBER Philippe, FONTALBAT Christian.

Pour le grade de chirurgien-dentiste principal de réserve, les chirurgiens-dentistes de réserve : VILLENEUVE Étienne, PETIT Marianne, BERGEAL Marie-Pierre, SAOUT Gwénola, MARÉGINO Paul-Henri, SCHUELLER Olivier, STÉPHAN Anthony.

Corps technique et administratif du service de santé des armées

Pour le grade de colonel de réserve, le lieutenant-colonel de réserve LOUCOUGAIN Michel.

Pour le grade de lieutenant-colonel de réserve, les commandants de réserve : MOUSSY François, ALEXANDRE Christophe.

Pour le grade de commandant de réserve, le capitaine de réserve JUSTIN Dominique.

Pour le grade de capitaine de réserve, les lieutenants de réserve : DESPLANS Jérôme, CASALI Matthieu, DEBACKER Jean-François, RIU Vanessa, JUNET Hervé, TROUVÉ Julien, MARC Flavie.

Pour le grade de lieutenant de réserve, les sous-lieutenants de réserve : BIDANEL Jacques, BIALÈS Pierre, LHUILLIER Philippe, BERNA Béatrice, HOUBRE Barbara, MOLINIER Julien, PSYCHOGIOS Christophe, AMICO Emmanuelle, BELAYGUE Claude, MARION Sibylle, GAUMET Lauriane, CAMBRON Elodie, HENTZ Yolaine, ROUSTANT Corinne, MALAPERT Patricia, CAUSSARD Alexandra, BÈGUÈRE Émilie, HUET Clotilde, LIENHARDT Damien, SADARNAC Mathieu, TORREQUADRA Olivier, DOYELLE Bertrand.

Corps des infirmier en soins généraux et spécialisés

Pour le grade d'infirmier anesthésiste de quatrième grade de réserve, l'infirmier anesthésiste du troisième grade de réserve STANSCYK Daniel.

Pour le grade d'infirmier en soins généraux de deuxième grade de réserve, les infirmiers en soins généraux du premier grade de réserve : MORIGNY François, GILABERT Geneviève, CONSEIL Yann, SCHNEIDER Cindy, GREUZAT Gilles, CHALLE Véronique, CADIC Brigitte, VELOT Nathalie, AUBRY Marie-Pierre, TONNELIER Pascale, GIGANDON Sylvie, LEMIRE Nathalie, CORDIER Ghislaine.

Corps des assistants medico-administratifs

Pour le grade d'assistant médico-administratif de classe exceptionnelle de réserve, les assistants médico-administratifs de classe supérieure de réserve : DAVIOT Brigitte, MERCIER Christian, ROUX Michèle, FRÉCHOU Mesmin.

Pour le grade d'assistant médico-administratif de classe supérieure de réserve, les assistants médico-administratifs de classe normale de réserve : CHANDLER Marguerite, ROCH Sylvie, JESTIN Maryvonne, PICARD-TURPIN Jean-Pierre, BLANC Christine, ANTUNES Marie-Thérèse.

TEXTES OFFICIELS

Texte n°1 du 24 septembre 2015

Instruction n°220186/DEF/SGA/DRH-MD/SDPEP relative à la notation des sous-officiers, officiers mariniers, militaires infirmiers et techniciens des hôpitaux des armées (soumis aux lois et règlements applicables aux sous-officiers), des sous-chefs de musiques, des maîtres ouvriers des armées et des militaires du rang, d'active et de réserve.

Texte n°1 du 26 novembre 2015

Instruction n°11130/DEF/CAB/SDBC/DECO/A4 fixant les modalités d'application du décret n° 2014-389 du 29 mars 2014 relatif à la médaille de la défense nationale.

Texte n°8 du 27 novembre 2015

Circulaire n° 11193/DEF/BOG concernant l'avancement aux grades d'officier général en 201

Texte n°8 du 30 novembre 2015

Directive n°16575/DEF/SGA/DAF/FFC2 modifiant la directive n° 13669/DEF/SGA/DAF/FFC2 du 18 septembre 2015 relative à l'optimisation de l'utilisation de la carte d'achat au ministère de la défense.

Texte n°10 du 4 décembre 2015

Instruction N°15667/DEF/DCSCA/BGC/RES relative à l'organisation et au fonctionnement de la commission consultative de la réserve opérationnelle du service du commissariat des armées.

Texte n°7 du 4 janvier 2016

Décision n°188/DEF/CAB relative aux subventions aux associations.

Texte n°11 du 5 janvier 2016

Décision n°500430/DEF/DCSSA/RH/PF2R portant création de l'antenne de l'école du personnel paramédical des armées sur le site de l'école de santé des armées à Lyon-Bron.

Circulaire du 6 janvier 2016

Circulaire n°24/DEF/DRH-AA/SDEF/BAF/DESC portant sur les épreuves relatives à la formation militaire de base des militaires du rang et sous-officiers de la réserve opérationnelle pour l'année 2016.

Texte n°11 du 8 janvier 2016

Instruction n°40908/DEF/EMA/PERF/BORG - n° 40908/DEF/DCSSA/PC/MA – n°40908/GEND/DPMGN/SDC/BFORM relative à la surveillance médico-physiologique de l'entraînement physique militaire et sportif.

Texte n° 1 du 29 janvier 2016

Erratum à l'instruction n°220186/DEF/SGA/DRH-MD/SDPEP du 24 septembre 2015 relative à la notation des sous-officiers, officiers mariniers, militaires infirmiers et techniciens des hôpitaux des armées (soumis aux lois et règlements applicables aux sous-officiers), des sous-chefs de musiques, des maîtres ouvriers des armées et des militaires du rang, d'active et de réserve.

Journal Officiel du 19 février 2016

Arrêté modifiant l'arrêté du 19 février 2008 fixant les attributions, l'organisation et le fonctionnement de la direction des approvisionnements en produits de santé. Texte modifié : Arrêté du 19 février 2008 (JO n° 55 du 5 mars 2008, texte n° 23)

Texte n° 7 du 9 mars 2016

Circulaire n° 3/DEF/DCSSA/RH/PF2R relative à l'enseignement militaire supérieur ouvert aux militaires infirmiers et techniciens des hôpitaux des armées, cycle 2016-2017.

RETENEZ SUR VOTRE AGENDA

Pèlerinage Militaire International

58^{ème} Lourdes les 20, 21 et 22 mai 2016

Vente d'entraide de la SEVG

Cette vente organisée comme tous les ans par la Société Amicale des Élèves et Anciens Élèves des Écoles du SSA et de l'École du Val de Grâce, se tiendra dans le cloître du Val de Grâce les 2, 3 et 4 juin 2016 de 11 heures à 18 heures.

OUVRAGES PARUS - BIBLIOGRAPHIE

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

LA GUERRE DE SEPT ANS (1756-1763)

par Edmond DZIEMBOWSKI, Éditions PERRIN

Le 28 mai 1754, le capitaine de Jumonville et plusieurs de ses soldats sont massacrés par des Indiens aux ordres de George Washington. Cet accrochage au pays de l'Ohio engendre à partir de 1756 un conflit que Winston Churchill regardait comme la première guerre mondiale de l'histoire. Nées de la rivalité franco-britannique en Amérique du Nord, les hostilités s'étendent alors à l'Europe où Frédéric II de Prusse et le roi de Grande-Bretagne affrontent, dans des « *bouche-ries héroïques* », les armées de Louis XV, de Marie-Thérèse d'Autriche et d'Élisabeth de Russie. Au Canada, aux Antilles, en Afrique, en Inde, sur terre comme sur mer, ce sont les tuniques rouges qui imposent leur loi. Maîtresse des océans, irrésistiblement conquérante, la Grande-Bretagne se voit déjà comme la première puissance mondiale qu'elle deviendra au XIX^e siècle. En Europe, les bouleversements s'avèrent tout aussi profonds. Au sortir de la guerre, la vie internationale est dominée par la pentarchie composée de la France, la Grande-Bretagne, la Prusse, l'Autriche et la Russie, qui, un siècle plus tard, constituera toujours l'ossature des deux systèmes antagonistes menant au cataclysme de 1914. Le legs politique de la guerre de Sept Ans, enfin, est considérable. Vague patriotique défendant le principe d'une citoyenneté active au royaume de France, gestation convulsive du radicalisme britannique, premiers craquements dans les colonies d'Amérique : sous l'effet d'une guerre accélératrice des changements, le monde fait ses premiers pas dans l'ère des révolutions. Avec un véritable talent d'écrivain, Edmond Dziembowski propose la première grande synthèse sur ce conflit majeur.

Edmond Dziembowski est Professeur d'histoire moderne à l'université de Franche-Comté, spécialiste de l'histoire politique et culturelle de la France et de la Grande-Bretagne au XVIII^{ème} siècle.

ENVOYEZ LES HELICOS ! ,

par Pierre VERBORG, Éditions DU ROCHER

« Envoyez les hélicos ! »

L'ordre de l'Élysée tombe le 13 mai 2011.

La France est engagée en Libye depuis plusieurs semaines déjà.

Des nuits de combats redoutables vont suivre. Au cœur des équipages de l'aviation légère de l'armée de Terre (ALAT), au cœur de l'action, les hommes et les femmes du groupement aéromobile (GAM)

s'engagent derrière leur « *patron* », le lieutenant-colonel Pierre Verborg, chef charismatique, audacieux, atypique et résolument novateur. Avec une conscience aiguë du danger et la connaissance du risque permanent de la mort, ils embarquent sur le bâtiment de projection et de commandement Tonnerre. Nuit après nuit, en mode « *hibou* », l'engagement est total, les combats d'une haute intensité, les hommes prêts à tout pour réussir des missions aux limites du possible.

Réflexion, capacité d'analyse de l'adversaire, maîtrise tactique et technique, faculté d'adaptation, solutions originales et efficaces, tout est réuni pour une réussite collective, dans une dynamique de victoire.

L'ALAT, arme singulière et redoutable, par ses succès opérationnels, s'impose comme une arme de contact de portée stratégique.

Dénominateur commun entre Terre, Air et Mer, elle peut, par sa mobilité et ses capacités d'action, emporter la décision sur des terrains d'opération improbables.

Un récit haletant et poignant, dans un style alerte et efficace, un plongeon dans l'action avec des Hommes d'exception pour des missions d'exception. Un exemple pour tous. Un livre essentiel.

Le Colonel Pierre Verborg est officier de carrière dans l'aviation légère de l'Armée de terre et totalise plus de 3 300 heures de vol. Il a participé à de très nombreuses opérations en métropole et à l'étranger et a commandé le bataillon d'hélicoptères de manœuvre et d'assaut du 5e régiment d'hélicoptères de combat.

CHARLES RICHEL (1850-1935),

sous la direction de Jérôme van WIJLAND,

Presses Universitaires de Rennes

« *La curiosité est le premier devoir de tout homme de science* », affirmait Charles Richet dans les Souvenirs d'un physiologiste. Cette curiosité, cette volonté d'exceller dans tous les domaines, du plus érudit au plus pratique, font de Charles Richet une figure originale et fascinante. Prix Nobel en 1913 pour ses travaux sur l'anaphylaxie, il a excellé dans de multiples domaines : écrivain, constructeur et propagandiste de l'aéronautique, militant pacifiste, etc... Cet ouvrage réunit des contributions originales des chercheurs les plus réputés en médecine, en histoire et en littérature, sans esprit apologetique ni polémique. Il éclaire d'un jour nouveau la personnalité et les travaux de cet homme singulier, un siècle après l'attribution du Prix Nobel.

Jérôme van WIJLAND est conservateur d'État des bibliothèques et directeur de la Bibliothèque de l'Académie nationale de médecine, où sont conservées les archives de Charles Richet. Ses recherches portent sur l'histoire du livre de science aux époques moderne et contemporaine.

DAUMESNIL, D'ARCOLE À VINCENNES,

par Didier MIREUR, Éditions CYRANO

Né à Périgueux, Pierre Daumesnil aurait eu une carrière de commerçant en article de mode, sans la Révolution et l'Empire.

Engagé à 17 ans, il est remarqué rapidement par Bonaparte à qui il sauve la vie à trois reprises, à Arcole, Saint Jean d'Acres et Aboukir. Figure légendaire des chasseurs à cheval de la garde consulaire, il perdra une jambe en chargeant à Wagram. Sa jambe de bois ne l'empêcha pas de continuer une carrière, certes moins opérationnelle, mais marquée par sa fidélité à l'Empereur qui le nomma Gouverneur de Vincennes. Il passera définitivement à la postérité à ce poste en ne rendant jamais la place à l'ennemi lors des invasions de 1813 et 1815.

Né à Vincennes en 1947, diplômé en Sciences Économiques, Didier Mireur est devenu consultant pour des grands groupes de maîtrise d'ouvrage. Élu local de sa commune, qu'il n'a jamais quittée, pendant 25 ans dont 16 comme adjoint au maire, il est auditeur de l'IHEDN et conférencier reconnu sur les thèmes historiques. Lieutenant-Colonel honoraire de l'Armée de l'Air, il est chevalier de la Légion d'Honneur et des Arts et Lettres et commandeur des Palmes Académiques.

UNE ARMÉE QUI SOIGNE.

LE SERVICE DE SANTÉ DURANT LA GRANDE GUERRE,

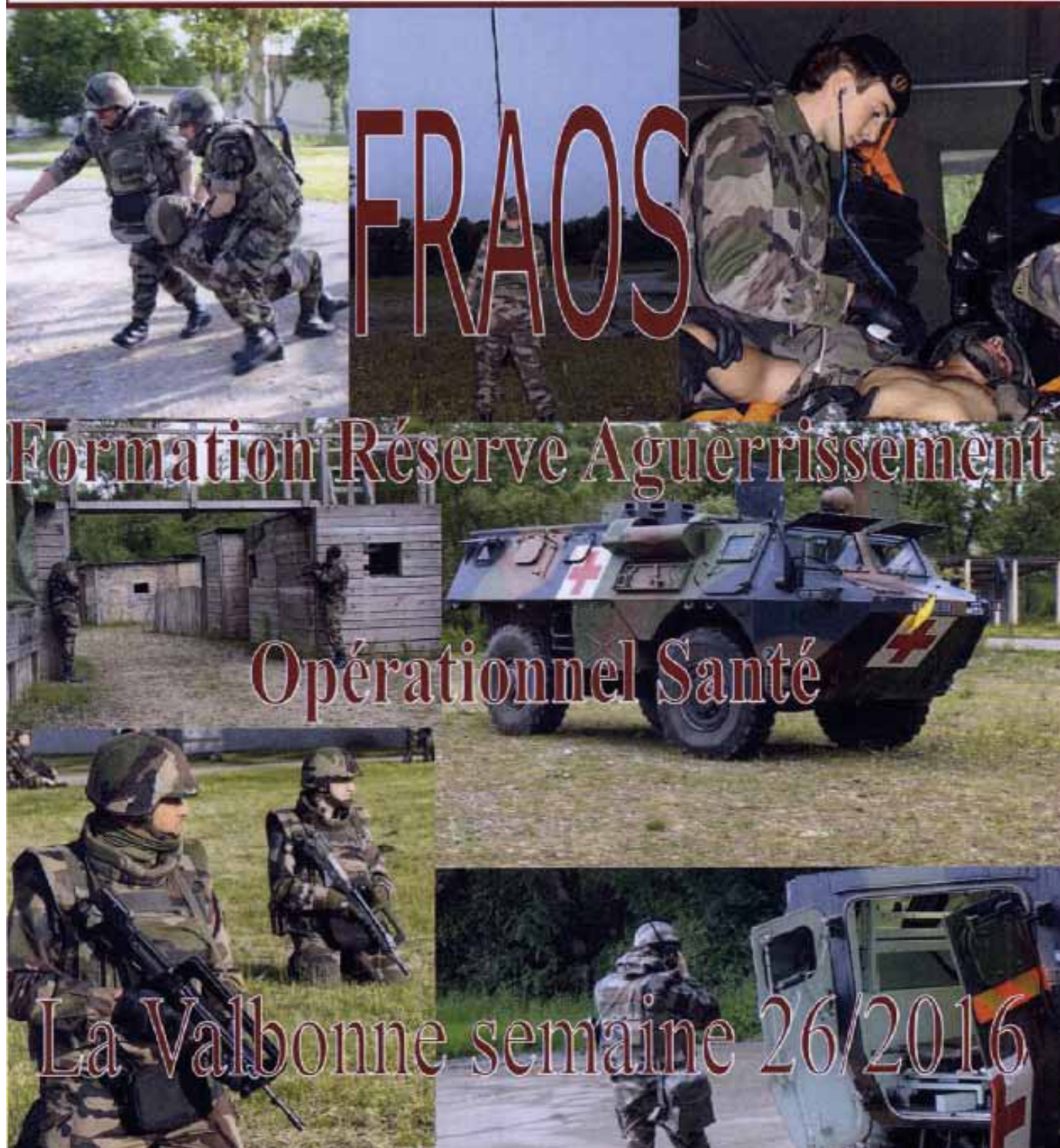
publication des communications présentées lors du colloque qui s'est tenu au Val de Grâce les 4 et 5 février 2015.

Numéro spécial de la revue *Médecine et Armée*. Tome 44, n°1, février 2016.

DERNIÈRE MINUTE



Direction Régionale du Service
de Santé des Armées de Lyon



Par lettre N°500083/DEF/DRSSA LYN/BOE/RES du 18 janvier 2016, la DRSSA Lyon fait connaître les modalités pratiques d'inscription à la FRAOS 2016, qui se déroulera au Camp de la Valbonne **du samedi 25 juin au vendredi 1^{er} juillet**.

Les personnels intéressés doivent contacter le BOE/RES de leur DRSSA de rattachement, **la date de clôture des inscriptions étant fixée au 14 avril 2016**.

La NDS complète et la fiche d'inscription sont également consultable sur le site www.gorssa.fr

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

Actu-Gorssa est une revue multi-disciplinaire qui publie des articles concernant l'ensemble des Corps constituant le Service de Santé des Armées à savoir : Médecins, Pharmaciens, Vétérinaires, Chirurgiens Dentistes, Personnels du Corps Technique et Administratif ainsi que les Militaires Infirmiers et Techniciens des Hôpitaux des Armées.

RÈGLES GÉNÉRALES

Les travaux doivent être soumis obligatoirement au format électronique et seront adressés par courriel ou sur CD-Rom au correspondant de rédaction de la discipline concernée.

Ces travaux peuvent être des cas cliniques, des retours d'expérience, des articles de revue de littérature ou tous autres sujets concernant Santé et (ou) Armées. Ces travaux et articles peuvent être illustrés et se limiter à environ 10 000 caractères, espaces compris.

Ils doivent comprendre :

- Pour les articles de revue : un résumé de 10 lignes maximum ainsi que, si nécessaire, des références bibliographiques indexées selon les normes en vigueur et enfin le(s) nom(s) et coordonnées de(s) (l') auteur(s).
- Pour les retours d'expérience et O.P.E.X., un exposé du contexte géopolitique local (voire national ou régional) est très souhaitable.

PRÉSENTATION ET CONSEILS DE RÉDACTION

Le texte doit être fourni **en double interligne au format Word 97** (ou versions plus récentes) pour PC (extension .doc). **Éviter impérativement les fichiers pdf.** Les règles typographiques sont les règles en usage dans l'édition. **Les titres de paragraphes devront être distingués**, les éléments importants pourront éventuellement être soulignés.

ICONOGRAPHIE

Les images, graphiques, tableaux doivent parvenir au format image (**un fichier par image**), ils doivent **être appelés dans le texte par numéro et accompagnés d'une légende** courte et précise. Les légendes doivent être soumises sur un document à part.

Ne sont acceptées que les images numériques d'une qualité suffisante, à savoir largeur minimum de 8 cm avec une résolution minimum de 300 dpi (pixels par pouce), **transmises dans un format de fichier .jpg, .eps, ou .tif.**

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

SOUSSION D'UN ARTICLE POUR PUBLICATION

Le texte de l'article projeté et les illustrations éventuelles seront adressés au correspondant de rédaction de la discipline considérée qui précisera à l'auteur les modalités de publication.

À CONNAÎTRE : ADRESSES « COURRIEL » DE LA RÉDACTION

Rédacteur en chef, chargé de l'Internet : jeandomon@wanadoo.fr

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

Secrétariat général : gorssa.national@gmail.com

Correspondants de rédaction :

U.N.M.R. : yvon.meslier@wanadoo.fr

F.N.P.R. : norbert.scagliola@wanadoo.fr

U.N.V.R. : fbolnot@vet-alfort.fr

F.N.C.D.R. : mathmathieu91@aol.com

A.N.O.R.S.C.A. : direction@ch-larochelle.fr

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

Région de Toulon : c.dulaurans@laposte.net

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

14 Boulevard des Pyrénées – 64000 PAU

michel.croizet@free.fr

Actu GORSSA



UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORSCA

ANMITRHA