

Actu GORSSA

1917 *Les Alliés entrent*
EN GUERRE





REVUE COMMUNE À :



UNMR

Union Nationale des Médecins de Réserve



FNCDR

Fédération Nationale des Chirurgiens-Dentistes de Réserve



FNPR

Fédération Nationale des Pharmaciens de Réserve



ANORSCA

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



UNVR

Union Nationale des Vétérinaires de Réserve



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)

Le mot du Rédac'chef

Pour cette nouvelle année, huitième de notre revue, celle-ci change de présentation tout en conservant les logos qui la distinguent des autres revues militaires et marquant la spécificité de notre Groupement. La rédaction d'Actu GORSSA se réjouit des retours positifs des lecteurs et espère que cette année 2017, qu'elle vous souhaite aussi bonne et épanouissante que possible,

vous procurera le même plaisir à la lecture de votre revue. N'hésitez pas à nous faire part de vos remarques et suggestions pour l'améliorer et surtout alimentez la en nous adressant régulièrement les articles que vous souhaitez faire paraître : c'est à ce prix qu'elle continuera à refléter la richesse et la diversité de nos associations.

MCSN(h) Jean-Dominique CARON

REVUE DU GROUPEMENT DES ORGANISATIONS DE RÉSERVISTES DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

154 boulevard Haussmann 75008 PARIS
site : 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 :

BCSSA, J.-D. Caron, J.-P. Delobel, E. Leblond du Plouy, J.-J. Lehot, D. Malaquin, Mairie Marseille



Editorial

La réserve opérationnelle dite de 1er niveau est composée de 3000 personnels, dont 49% sont issus directement du monde civil, et les 51% autres pour cents se répartissant entre les personnels venant du service national et les anciens militaires d'active. L'importance de cette réserve n'est plus à démontrer, retenons simplement que les réservistes assurent chacun en moyenne 20 jours de réserve par an et que 11% des missions extérieures sont à mettre à leur profit.

Pour la première fois, les 19 et 20 octobre derniers, un séminaire des réserves a été organisé à Paris, dans l'enceinte de l'Ecole du val de Grâce, à la demande du Directeur Central du Service de Santé des Armées. Cette réunion rassemblait des militaires d'active, des réservistes et des représentants du monde civil de la santé, des ordres professionnels et des fédérations hospitalières publiques et privées.

Dans un premier temps, le 19 octobre, trois tables rondes ont permis de planter le décor de ces journées de travail.

La 1^{ère} d'entre elle posait la question de savoir ce qu'être réserviste en 2016, pouvait signifier. La réponse s'est tout naturellement imposée. Etre réserviste, c'est avant tout servir, servir sur le territoire national, servir en opération extérieure, ce qui renforce une fois de plus l'affirmation que le réserviste est un militaire à part entière. Le réserviste s'engage et derrière cet engagement, se dessinent la notion de lien Armée-Nation et la volonté de voir ce lien s'exprimer avec force et détermination en toute circonstance.

La 2^{ème} table ronde, à laquelle participaient les représentants du monde civil de la santé, s'est attachée à définir les conditions d'engagement du médecin libéral ou de mise à disposition du médecin hospitalier au profit de l'institution, avec en toile de fond l'importance de la valorisation de ces actions. L'idée étant, comme cela a été dit à maintes reprises, que le contrat passé par le réserviste avec l'institution ou avec l'employeur civil soit un contrat gagnant-gagnant.

Enfin, la 3^{ème} table ronde a donné la parole aux employeurs que sont les CMA NG, les hôpitaux d'instruction des armées ou encore les établissements du service. Les compétences de certaines catégories de personnel, - praticiens, personnels administratifs, soignants - sont particulièrement recherchées par ces employeurs pour permettre au SSA d'assurer pleinement sa mission.

De ces tables rondes sont nées un certain nombre d'interrogations. Ces interrogations ont fait l'objet de travaux en ateliers, dont le rendu a été fait le lendemain 20 octobre.

Recrutement et vivier, intégration, fidélisation, chaîne RH et gestion, valorisation de l'engagement, passage d'une approche individuelle à une approche collective, voilà les grands-thèmes que nous traiterons avec nos camarades d'active, pour que le plan d'action puisse nous permettre de finaliser un nouveau concept de la politique d'emploi des réserves.

Mener à bien ce projet sera notre défi pour 2017, et permettez-moi de vous adresser pour vous et vos familles mes vœux les plus sincères et les plus chaleureux pour cette nouvelle année qui annonce une nouvelle dynamique de la réserve du SSA.

MCSHC® Xavier SAUVAGEON
Président du GORSSA

Sommaire

Organigrammes associatifs.....	4
Biographie du médecin général des armées Patrick GODART	5
In Memoriam Mc(h) Jacques farisse	6
Les réserves des services de santé étrangers.....	7
Compte rendu de la journée GORSSA	9
Intérêts de l'analyse exhaustive des victimes Polyfragmentées d'accidents aériens à propos d'un cas.....	11
Congres de l'association dentaire française (ADF) ...	20
Mission et famille	24
Une belle initiative locale : LA FSOR.....	27
Le pôle de formation militaire des réserves de la DRSSA de Bordeaux	29
Premiers secours tactiques : Nouvelles menaces	32
Indemnités de chômage et périodes de réserve	33
Journées nationales d'instruction.....	36
Informations officielles.....	39
Ouvrages parus – Bibliographie	41
Recommandations aux auteurs.....	43

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), ISG2G E. de Moulin 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 Bousiquier (Dél. Dép. Paris), MCS Jean-Dominique Caron (Rédacteur en chef d'Actu-GORSSA chargé de l'Internet), MCS Michel Gibelli (Dél. Rég. Metz), MC Éric Lecarpentier (Dél. Rég. SGL), MC Xavier Wagner.

Secrétaire Général : MC Patrick Hamon

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

Trésorier : MC Jean-Louis Picoche

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

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

Délégué Général chargé des relations CIOMR : MCS Christian Le Roux

Porte-Drapeau : MC Jean-Pierre Sala

Administrateurs : MCS Hubert Bouisson, MC Emmanuel Cabanis, MC Yves Cartigny (Dél. Rég. Bordeaux), MC Jean-Yves Coquilhat (Dél. Rég. Toulon), MC Serge Dalmas (Dél. Rég. St Germain en Laye), MA Laurent Fogel, MG(2S) Alain Galeano, MC Claude Gautier, MCS Michel Gibelli (Dél. Rég. Metz), MC Eric Hergon, MCS 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 : V.é. Pierre Tassin

Président DRSSA Bordeaux :

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

Président DRSSA Brest :

VC Ghislain Manet g.manet@libertysurf.fr

Président DRSSA Toulon :

VC Marc Verneuil marc.verneuil@cegetel.net

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

Administrateurs :

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

VC Xavier Beele xavierbeele@aol.com

VC Dominique Grandjean dgrandjean@vet-alfort.fr

VC Louis Guillaou louis.guillaou@numericable.fr

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

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

VC Charles Touge charles.touge@gmail.com

FNCDR

54 Cours de Vincennes 75012 PARIS

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

Bureau National :

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

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

Trésorier Général : CDC François Montagne 1 rue Dupuytren 75006 Paris. Tél. 01 43 26 90 00 & 06 09 21 22 91

Délégués Régionaux :

Bordeaux : CDC Jean-Paul Delobel 2 Rue Santiago - 64700 Hendaye. Tél. 05 59 20 23 54

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

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

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

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

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

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

Délégué à la Réserve Citoyenne : CDC Jean-Michel PAUCHARD

Délégué ADF : CDC Michel Legens

Porte-Drapeau : CDC Henry Frajzer

FNPR

Adresse courriel : fnpr@free.fr

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

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

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

Porte-Drapeau : PC Jean-Marc Delafontaine

ANMITHRA

Adresse courriel : amithra.gorssa@gmail.com

Présidente : ICS Élisabeth de Moulins de Rochefort

Vice-Président : MERCN Marc Tranchet

Trésorier : MERCS Frédéric Noret

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

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

ANORSCA

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

Président : CRC1 Christian Saliceti

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

Secrétaire général : CRC2 Jean-Jacques Boniz

Secrétaire général Adjoint : CRC2 Emmanuel Leblond du Plouy

Trésorier Général : LCL Pierre Enjalbert

Trésorier Général Adjoint : COL Michel Croizet

BIOGRAPHIE DU MÉDECIN GÉNÉRAL DES ARMÉES PATRICK GODART NOUVEL INSPECTEUR GÉNÉRAL DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES



Le médecin général des armées, médecin chef des services hors classe Patrick GODART, né le 19 janvier 1957 à Châlons en Champagne, est admis à l'école du service de santé des armées de Bordeaux le 2 septembre 1974.

Après avoir soutenu sa thèse de docteur en médecine en juin 1982, et été promu médecin des armées il est affecté à l'Institut de médecine tropicale de Marseille

d'où il rejoint sa première affectation, en juin 1983, comme médecin chef de la circonscription médicale de Chepenehe, île de Lifou en Nouvelle Calédonie.

Muté en 1985 comme médecin chef de la garnison et du 11^{ème} Régiment d'Artillerie à Poitiers, il y sert jusqu'en 1988, affecté alors comme médecin chef du 11^{ème} Régiment de Génie à Rastatt en Allemagne.

Reçu au concours d'assistant des techniques d'état-major du service de santé, il rejoint en 1989 la direction du service de santé des forces françaises en Allemagne à Baden-Baden, où il sert successivement comme officier rédacteur, chef du bureau emploi, personnel soutien, puis adjoint au directeur.

Promu médecin principal en 1991, il réussit en 1995 le concours de spécialiste du service de santé et est envoyé la même année comme officier stagiaire à la Führungsakademie der Bundeswehr à Hambourg (premier médecin français et étranger à suivre cette formation).

Promu médecin en chef en 1996, il rejoint après la fin de sa scolarité en octobre 1997 le Corps Européen à Strasbourg où il occupe les fonctions de conseiller santé du général commandant le Corps Européen.

D'août 1998 à mars 1999, il est médecin-chef de la Division multinationale sud-est à Mostar (Bosnie-Herzégovine).

En août 1999 il est nommé adjoint du directeur régional du service de santé à Bordeaux.

En mai 2001 il est appelé à la direction centrale du service de santé à Paris où il occupe successivement les fonctions d'officier rédacteur au bureau organisation, chef du bureau opérations, organisation et relations internationales, puis de septembre 2005 à septembre 2007 d'adjoint au sous-directeur « organisation, soutien, projection ».

De septembre 2007 à juin 2008, il est auditeur de la 57^{ème} session du Centre des Hautes Études Militaires (premier médecin à suivre cette formation).

De juillet 2008 à octobre 2012, il est conseiller santé du chef d'état-major des armées.

Il est promu médecin chef des services le 1^{er} janvier 2009 puis médecin général en 2011.

D'octobre 2012 à décembre 2016 il est directeur central adjoint du service de santé des armées.

Le 30 décembre 2016, il est nommé **Inspecteur Général du Service de Santé des Armées** et les rang et appellation de médecin général des armées lui sont conférés.

Diplômé de l'institut d'études politiques, section service public, le médecin général des armées Godart est titulaire d'une maîtrise de droit public et d'un diplôme d'études supérieures spécialisées en droit de la santé. Ancien auditeur de la 60^{ème} session de l'Institut des Hautes Études de la Défense Nationale, il est également breveté de l'enseignement militaire supérieur (101^{ème} promotion), de la Führungsakademie der Bundeswehr (38^{ème} promotion) et de la Médical School de San Antonio (Texas) (premier médecin français à suivre cet enseignement).

Officier de la Légion d'honneur et officier de l'Ordre National du Mérite, le médecin général des armées Godart est titulaire de la médaille du Titre e Reconnaissance de la Nation, de la médaille d'outre-mer avec agrafe « Tchad », de la Médaille de la Défense Nationale échelon argent, de la médaille d'honneur du service de santé des armées échelon argent et de la médaille commémorative française avec agrafe « Ex-Yougoslavie ». Il est « *Honorary member of the United States Army Medical Department Regiment* ».

IN MEMORIAM

MC(h) JACQUES FARISSE (1935 – 2016)

MC (H) JACQUES DUCROS



C'est avec une réelle émotion que nous venons d'apprendre le décès à l'âge de 80 ans de notre compagnon le Médecin en Chef Honoraire Jacques Farisse. Il nous a quittés dans la discrétion le 19 Avril 2016 et repose maintenant au cimetière Saint Pierre à Marseille.

Jacques Farisse, né à Alger le 9 juin 1935, eut une carrière en tout point exemplaire. Toutes ses études se font en Algérie où il suit la

voie royale : Externe des Hôpitaux 1955, Interne des Hôpitaux 1958 (Prix Spécia). Très vite il est passionné par l'anatomie. En Septembre 1958 il passe le concours d'Aide d'Anatomie et le 24 Avril 1962 il devient Prosecteur d'Anatomie à la Faculté de Médecine. Deux jours plus tard il soutient sa thèse de Docteur en Médecine. Après les événements d'Algérie il poursuit sa carrière à Marseille.

En Octobre 1963 il est nommé Assistant de Sciences Fondamentales (Anatomie) à la Faculté de Médecine de Marseille. En 1965 il est délégué dans les fonctions de Chef des Travaux Anatomiques. Puis sa carrière s'accélère : Chef de Clinique à la Faculté-Assistant des Hôpitaux, Chaire d'Anatomie ce qui l'amène tout naturellement à exercer en tant que chirurgien dans le Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital de la Conception à Marseille. En 1969 il est Maître de Conférences Agrégé d'Anatomie, de Chirurgie Générale et d'Organogénèse.

Professeur des Universités et Chirurgien des Hôpitaux en 1970, il devient Professeur sans chaire en 1974. En 1979 il est Chef de Service des Urgences, Chirurgie Générale, Traumatologie et en 1997 de Chirurgie Générale et Urgences Viscérales de l'Hôpital Sainte Marguerite.

A partir du 1^{er} Janvier 1985 il est Professeur des Universités de 1^{ère} classe et dirige le Laboratoire d'Anatomie de la Faculté de Médecine de Marseille jusqu'en 2001. En matière d'enseignement ses activités furent multiples. En Anatomie (il a rédigé et dessiné un manuel d'Ostéologie, Arthrologie et Myologie de la Tête qui fait référence et sert de base également aux études d'Odontologie à Marseille), en Chirurgie Générale, Oxyologie, Médecine d'Urgence, Médecine de Catastrophe, Biomécanique et Anthropologie. Son nom reste attaché à la rédaction de deux livres d'Éditions sur l'Anatomie de la Tête et du Cou et sur le Système Limbique.

En matière de Recherches il a encadré les différentes équipes de transplantation d'organes, et s'est personnellement impliqué dans la recherche des bases anatomiques de l'exploration des glandes endocrines du cou et sur les propriétés rhéologiques et biomécaniques des artères conservées pour transplantation.

Parallèlement il occupe les fonctions de Médecin Expert de Médecine du sport, de Chirurgien Expert près la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence, de Médecin Chef Départemental des Sapeurs-Pompiers des Bouches du Rhône puis Conseiller Technique à la Direction du Service Départemental d'Incendie et de Secours des Bouches du Rhône (SDIS 13).

Le nombre de Sociétés Savantes auxquelles il a appartenues est le témoin de l'étendue de son savoir et de la reconnaissance de ses pairs : Membre de l'Association des Anatomistes, du Collège Français des Professeurs d'Anatomie, de la Société Anatomique de Paris, de l'Association Française et de l'Association Européenne d'Anatomie Clinique. Mais aussi Membre de l'Association Française de Chirurgie, de la Société de Biomécanique, de la Société d'Anthropologie du Sud-Ouest, de la Société d'Anthropologie de Paris, Membre de la Société Francophone d'Urgences Médicales

A côté de ses fonctions hospitalières et d'enseignement Jacques Farisse a occupé de très nombreuses fonctions électives et administratives. On retiendra, entre autres, qu'il fut membre de la Commission Administrative et du Conseil d'Administration du SDIS 13, membre de la Commission Administrative et du Centre de Réception et Régulation des Appels Urgents, membre cofondateur et Administrateur de l'Association Migration Santé Provence, président de la Société de Chirurgie de Marseille en 1994. Sans compter toutes ses participations non seulement en tant que Rapporteur, Chairman ou Organisateur aux Congrès Nationaux et Internationaux de Chirurgie d'Urgence, et de Biomécanique. En 1995 il eut la responsabilité de l'organisation du 77^{ème} Congrès de l'Association des Anatomistes de Langue Française à Marseille. Ses titres militaires montrent quel fut son engagement pour la Patrie notamment pendant la guerre d'Algérie, puis au sein de la Réserve.

Chevalier de la Légion d'Honneur, Croix de la Valeur Militaire avec Etoile de Bronze, Croix du Combattant Volontaire, Titre de Reconnaissance de la Nation, Médaille commémorative A.F.N. « Algérie », Médaille des Services Militaires Volontaires, TS à l'ordre de Santé des Forces Terrestres en Algérie

Médecin Colonel de Réserve maintenu Chef de Service Chirurgical N.B.C. puis Chef de Service Hôpital Militaire d'Instruction des Armées Laveran à Marseille mais aussi Conseiller Régional du Commandement en Région Militaire de Défense Méditerranée et chargé de l'Encadrement et de l'Enseignement des Médecins de Réserve en R.M.D Méditerranée, Jacques Farisse succéda à Serge Zakarian comme Administrateur National et Délégué Régional de l'U.N.M.R. En Mars 1999 il fut chargé de l'organisation de nos Journées Nationales à Marseille.

L'année suivante à l'occasion du centenaire de l'U.N.M.R. à Paris il fit une conférence magistrale sur la Guerre d'Algérie et les Antennes Chirurgicales et son vécu qui l'influença toute sa vie « l'aventure algérienne a été pour beaucoup dans notre devenir professionnel ». En Avril 2000 il accède à l'Honorariat et en 2001 il est promu au grade de Chevalier de l'ordre des Palmes Académiques.

Il fut mon prédécesseur dans les fonctions de Délégué Régional de l'UNMR mais aussi un de mes patrons dans les Hôpitaux et à ce double titre je souhaite par ces quelques lignes lui rendre hommage. C'est un grand patron et un grand serviteur de la Nation dans tous les sens du terme que nous venons de perdre.

Nos plus sincères et chaleureuses condoléances à son épouse et toute sa famille.

LES RÉSERVES DES SERVICES DE SANTÉ ÉTRANGERS

E. HALBERT¹

Communication prononcée le 19 octobre 2016 lors du séminaire sur la politique d'emploi des réserves du service de santé des armées organisé à l'Ecole du Val-de-Grâce.

Mesdames et messieurs les autorités civiles de la santé,

Mon général,

Mesdames et messieurs,

je vais vous présenter en quelques minutes les réserves des services de santé étrangers.

Quelle est ma légitimité pour en parler ?

Je suis en poste à Bruxelles au siège de l'OTAN depuis 2012. Durant 3 ans, j'ai été le secrétaire du comité des chefs des services de santé de l'OTAN. A ce titre, j'ai travaillé avec une quarantaine de service de santé. Depuis l'année dernière, je suis le conseiller santé de l'état-major militaire et du secrétariat international, c'est-à-dire du volet militaire et politique, au siège de l'Alliance atlantique.

Concernant les réserves, quand je discute avec des collègues étrangers, il me semble que nous avons tous plus ou moins les mêmes problématiques reflétées par les trois tables rondes d'aujourd'hui.

Un rapport très récent sur les réserves étrangères a été rédigé à la demande du conseil supérieur de la réserve militaire. 6 pays y sont décrits en détail : le Canada, le Royaume-Uni, l'Allemagne, la Finlande, l'Italie et la Russie. Le cas des services de santé est peu décrit dans ce rapport mais c'est essentiellement parce que les services de santé étrangers suivent les règles communes des réserves, en termes de statut et de modalités.

En quelques minutes, je ne vais pas reprendre ces pays ni vous décrire toutes les réserves des services de santé étrangers. Il me semble plus intéressant de vous montrer quelques tendances générales et de vous montrer deux exemples de stratégie gagnant-gagnant.

Quelles sont les tendances ?

Tout d'abord, de nombreux pays ont encaissé les dividendes de la paix en réduisant leurs dépenses de défense. La moyenne des dépenses de défense en Europe des membres de l'OTAN est de 1.43%. Je rappelle que le chiffre admis par les chefs d'état et de gouvernement pour répondre aux besoins collectifs de l'Alliance est de 2%.

Les Etats-Unis dépensent bien plus mais leur gigantisme limite la comparaison avec nous. En fait, seul le Royaume-Uni qui dépense ces 2% est comparable à nous. A côté de nous, l'Allemagne, par exemple, ne dépense que 1.2%.

La réduction des budgets de défense s'est opérée au fil du temps, globalement depuis la fin du pacte de Varsovie mais en cherchant à préserver les forces de combat au maximum. Tous les domaines du soutien ont souffert et au sein du soutien, le soutien médical a été un des plus touchés. Plusieurs facteurs ont contribué à la réduction des services de santé. Tout d'abord, beaucoup d'hôpitaux militaires ont fermé soit par manque d'activité car ils étaient réservés aux seuls militaires soit par manque d'intégration dans le secteur public c'est-à-dire sans possibilité de générer des recettes. Ensuite, les services de santé ont été mis en difficulté par l'abandon de la conscription qui amenait une masse salariale bon marché. Enfin, le déficit global en Europe de professionnels de la santé au regard des besoins de la population a aussi grandement contribué par manque d'attractivité à faire carrière sous statut militaire.

De fait, la grande majorité des services de santé étrangers s'appuient maintenant massivement sur la réserve. C'est une tendance lourde que rien ne semble arrêter. A la demande de l'OTAN, la confédération interalliée des officiers médicaux de réserve avait rédigé en 2014 un rapport sur la contribution des réserves des services de santé aux opérations. Ce rapport estime que 30% des personnels de santé déployés en opération proviennent des réserves. C'est un chiffre global qui recouvre évidemment des réalités différentes. Il est de 11% pour le service de santé des armées mais à près de 80% pour les petits pays. Donc la première remarque d'importance, c'est que **la réserve est devenue vitale pour les services de santé étrangers**. Elle n'est pas un complément. On pourrait penser que des pays comme les USA et les Britanniques qui ont gardé une réelle capacité d'intervention ou capacité à entrer en premier sur un théâtre d'opération ne sont pas dans ce cas mais c'est faux. Par exemple, les services de santé américains ont recours à la réserve, de l'ordre de 20%.

Le recours massif à la réserve suppose deux choses : du côté civil, une grande intégration avec le secteur public de la santé et du côté militaire, un effort en termes d'accompagnement de proximité et de formation et aussi surtout des possibilités intéressantes d'emploi.

¹ MCS, DCSSA relations internationales, conseiller santé de l'état-major militaire et du secrétariat international, au siège de l'OTAN.

Le point le plus dimensionnant pour mes collègues étrangers semble la possibilité d'avoir des postes en opérations extérieures. C'est un souci que je relève au travers de mes discussions avec eux. Tous les services de santé de l'OTAN ainsi que de nombreux partenaires ont participé aux opérations de l'OTAN en Afghanistan. D'un point de vue médical, la mission a été passionnante et les services de santé ont réussi à attirer les réservistes. Ceux-ci y vont vu une mission extraordinaire mais dans un cadre plus sécurisé que celui qu'offrent les ONG.

Maintenant que le tempo opérationnel de l'Alliance a significativement diminué, beaucoup craignent pour la pérennité de leur recrutement.

Je voudrais maintenant vous présenter deux modèles très différents mis en œuvre par des services de santé étrangers.

Tout d'abord, le service de santé britannique qui s'appelle le *Defence Medical Services* par regroupement des services de santé Terre, Air et Mer.

Le DMS soutient environ 200 000 personnes, un chiffre comparable à la France. Il est composé de 6800 personnels d'active et de 5200 réservistes. Cela fait 12000, chiffre pas très éloigné de nos 15900 personnels. Les Britanniques présentent ce chiffre en agrégeant active et réserve alors que leurs réservistes représentent 43 % du DMS. Ce chiffre ne cesse d'augmenter. Il était de 38 % il y a 3 ans. Leurs réservistes ont assumé environ 10% des postes en opération, chiffre similaire au nôtre. Malgré la forte culture de défense des Britanniques, le DMS a du mal à recruter ses personnels d'active et aussi ses réservistes. Ce phénomène s'amplifie après le retrait d'Afghanistan.

Une grande différence avec le service de santé des armées françaises réside dans le fait que pour entraîner et fidéliser un si grand nombre de réservistes, le DMS comprend 7 régiments médicaux répartis sur le territoire. Ces régiments assurent le soutien de proximité, la formation et l'entraînement. Je note, pour l'avoir entendu, que cela donne aux réservistes la fierté d'appartenir à une unité. La plupart des services de santé suivent cette logique et ont maintenu des unités médicales de réserve qui garantissent le recrutement local et la fidélisation.

Le DMS a aussi une autre particularité, c'est sa grande implication dans la gestion des crises. Le directeur du DMS, le vice-amiral Walker est conseiller du gouvernement pour la gestion de crise. Cela reflète le haut niveau de partenariat du DMS avec le NHS.

Je terminerai par vous citer l'exemple du service de santé néerlandais.

Il ne conserve qu'une structure hospitalière à Utrecht qui n'est pas à même de fournir le nombre de personnels hospitaliers projetables. Le service de santé néerlandais comprend 3500 personnes, ce qui correspond un peu près au ratio français.

Le service de santé néerlandais repose sur 12 hôpitaux civils. Le contrat est le suivant. Chaque hôpital civil dispose d'une équipe chirurgicale d'active en sur effectif. L'hôpital bénéficie complètement de l'activité de cette équipe. En retour, et c'est là l'originalité de leur système, chaque hôpital doit fournir 2 équipes chirurgicales projetables constituées à partir des personnels civils de l'hôpital. Le résultat, c'est que les Pays-Bas disposent donc d'un total de 36 équipes chirurgicales projetables avec des délais de projection différenciés entre active et réserve. Les réservistes ont tenu environ 33% des postes en opération. Afin que la mise en œuvre du contrat donne toute satisfaction au service de santé, aux hôpitaux civils et aux réservistes, le service de santé a mis en place une structure dédiée chargée de la relation client. De la sorte, chaque hôpital fait l'objet d'un suivi personnalisé, que ce soit l'équipe de direction de l'hôpital, l'équipe chirurgicale militaire et les deux équipes chirurgicales de réservistes.

Voilà en quelques minutes l'essentiel sur les réserves des services de santé étrangers. La réserve est un élément vital pour beaucoup d'entre eux et les deux exemples que je vous ai rapidement montrés sont gagnant-gagnant.

Je vous remercie de votre attention.

COMPTE RENDU DE LA JOURNÉE GORSSA DU 08 OCTOBRE 2016

J.-J. LEHOT¹



COL Delaigue

Cette manifestation proposée par le MCS[®] Lehot et organisée par le CDC[®] Cuminal a eu lieu à l'Hôpital Femme Mère Enfant dans l'enceinte du Groupement Hospitalier Est (Hospices Civils de Lyon).

Une cinquantaine de participants y ont assisté, la majorité membres d'une des associations du GORSSA. Pour les conférences, il y a eu la présence également de nombreuses personnes sympathisantes.

Le MCS[®] Lehot a proposé une minute de silence à la mémoire du MCS[®] Jean Derrien décédé en juin 2016.

1 - L'assemblée générale du GORSSA de Lyon a accueilli les adhérents des délégations lyonnaises de l'UNMR, FNPR, UNVR, FNCDR, ANORSCA et ANMITRHA.

Les actualités ont d'abord concerné la **Région**.

- Les missions des Coordonnateurs du réseau de la réserve ont été rappelées.

- Le MCS[®] Lehot a souligné l'implication des réservistes dans les organisations des Journées Nationales de la Réserve :

- Le 7 avril 2016 sur le campus Rockefeller en présence des autorités militaires et universitaires de Lyon et d'un détachement du Régiment Médical qui a activement participé aux démonstrations concernant la prise en charge des blessés organisées par les étudiants de l'unité d'enseignement animée par le MP[®] Pina-Jomir.

- Le 9 mars 2017 est prévue une manifestation semblable pour les étudiants scientifiques et techniques de Lyon 1 à la demande du Président de l'université. Un programme comprenant l'apprentissage aux 1^{ers} secours, l'invitation des industriels de la défense du Cluster Eden et la participation du CIRFA est prévue.

- Le 23 mars 2017 est prévue une journée semblable à celle du 7 avril 2016 est prévue sur le campus Rockefeller (secteur santé de Lyon 1). Le Président de Lyon 1 a par ailleurs chargé de mission le MCS[®] Lehot pour enseigner les 1^{ers} secours à l'ensemble des étudiants en sciences et technologies de Lyon 1 (environ 30 000 étudiants).

- La Collégiale des Référents Défense Sécurité de l'Enseignement Supérieur de l'Académie de Lyon-Saint-Etienne a organisé des manifestations en faveur des étudiants depuis 4 ans. Elle compte de nombreux réservistes. Elle participe aux points d'actualités du Général Chavancy, Gouverneur Militaire de Lyon. La Collégiale organise le 1^{er} février 2017 une table ronde sur les Réserves.



Professeur Neidhardt et MCS Lehot

Cette table ronde est ouverte à l'ensemble des étudiants de l'Enseignement Supérieur de l'Académie. Enfin les référents défenses juniors, la plupart réservistes, organiseront leur « *café du réserviste* » en mai.

- La disparition prévue de la DRSSA est évoquée avec les suppléances qui devront être mises en place pour la gestion des Réservistes.

Le CDC[®] Mienville a rappelé que les membres de la FNCDR-DRL sont au nombre de 20 dans notre région et que la dernière activité fut la participation d'une équipe au TIA (Tir International de l'Amitié de l'Association des Officiers de Réserve SUISSE-Léman à Bernex (Suisse) en septembre 2016.

Le PP[®] Massoubre a parlé au nom de la FNPR qui a 25 adhérents dans notre région.

Les ISG[®] Nau et Secondi ont présenté le T-shirt noir de l'ANMITHRA qui est en vente.

Le MC[®] Mino-Vercellis a détaillé les activités de la SER-FREMAvecnotamment la journée de cohésion du 22/09/16 au DA 278 d'Amberieu et au château des Allymes qui a regroupé 25 réservistes.

La Journée de la DRSSA aura lieu le 4 mai à l'ESA avec les dernières informations sur la réorganisation de la gestion de la réserve après la disparition de la Direction Régionale et des démonstrations dynamiques de SC.

Le MC(H) Morin et le Major(H) Gandiglio ont présenté les activités du Cercle Ambroise Paré.

Le MGI Kalfon propose une conférence sur la maladie et le pouvoir.

Le Major[®] Pasquier parle de la création des UMO au RMed pour lesquelles les métiers du bloc opératoire sont recherchés.

Le Capitaine[®] Ravello a présenté la Formation Santé Opérationnelle des Réserves (FSOR) : bilan 2016, prospective et calendrier 2017.

Au niveau national, le GORSSA a organisé les 27 et

28 mai 2016 ses Journées à Bordeaux. Ces Journées auront lieu à Marseille les 19 et 20 mai 2017.

L'EVDG, la DRSSA et le RMed ont organisé la FRAOS à La Valbonne du 25 au 30 juin 2016 avec le même succès qu'à l'ordinaire (MC[®] Volot).

La Seconde Conférence Internationale NRBC aura lieu à 69 500 Bron du 29 mai au 1^{er} juin 2017 (www.cbrn-conference.fr). Le MCS[®] Lehot fait partie du comité d'organisation. Les industriels concernés sont invités à participer à cet évènement.

2 - La conférence du Pr JPH Neidhardt a porté sur les plaies de guerre durant plus de 2 heures. L'orateur a fait toute sa carrière comme chirurgien des urgences, de la Guerre d'Algérie aux Hôpitaux de Lyon, et comme professeur d'anatomie à l'Université Claude Bernard. Son intervention était passionnante et nous avons retenu que « *les bonnes idées sont rarement nouvelles et les nouvelles rarement bonnes* ».

Après le buffet, Mme MA Marion, Directrice aux HCL, a accueilli l'assemblée.

Les conférences de l'après-midi ont porté sur la préparation aux attentats de la Métropole de Lyon. Le MP[®] J Wergzyn a tour à tour présenté :

- le COL S Delaigue, Commandant le SDMIS,
- le Pr PY Gueugniaud, responsable du Samu 69, qui a parlé du rôle du Samu puis du Plan Blanc,
- M^{me} F Peyronnard (Conseillère Sanitaire de Zone, ARS ARA),
- Le Major R Junca (DGPN-DCPJ-PTS) et Pr L Fanton (professeur de Médecine Légale à l'Université Claude-Bernard et Réserviste).

Les nombreux échanges ont témoigné des qualités des orateurs et de l'intérêt de ce public averti.

Au total, cette journée a permis d'informer un large public et de resserrer la cohésion des adhérents des délégations régionales lyonnaise du GORSSA.

INTÉRÊTS DE L'ANALYSE EXHAUSTIVE DES VICTIMES POLYFRAGMENTÉES D'ACCIDENTS AÉRIENS À PROPOS D'UN CAS

S. MALBRANQUE¹, F. DOZIERES², Y. SCHULIAR³

Résumé

L'objectif de cet article est de présenter un accident d'avion récent ayant eu lieu en France (crash d'avion privé d'affaire, monoturbine, pressurisé, avec 6 personnes à bord, évoluant en mode « *règles de vol aux instruments* » et chutant avec une vitesse très élevée), à l'origine d'une fragmentation très importante des corps et de l'aéronef avec un éparpillement au sol. Par une procédure exhaustive dite de « *relevage-triage* » des corps et l'emploi de différents outils d'analyses génétiques, il a été possible d'identifier très rapidement tous les occupants de l'avion et de les restituer en grande partie aux familles. Une étude croisée par géolocalisation et pesée des fragments humains, pour la première fois décrite dans cet article, a également permis de déterminer outre la trajectographie finale de l'avion et son impact au sol, les positions exactes occupées par les occupants dans l'avion. Enfin, via une étude statistique (distribution de Dirichlet et test de Wilcoxon), il a aussi été permis de concevoir une procédure d'échantillonnage du nombre de fragments à analyser afin d'obtenir un résultat d'identification optimum. Cette méthode permet donc une restitution très rapide des corps aux familles et renseigne également, sous certaines conditions, sur la position des occupants d'un avion. L'intérêt aéronautique du travail médico-légal sur un crash aérien est une fois de plus démontré et peut servir de base de réflexion quant aux recommandations à adopter non seulement pour un accident aérien limité mais aussi pour des catastrophes identiques d'une plus grande ampleur (crash de la Germanwings* par exemple)

Mots clés : Médecine légale ; Crash aérien ; Identification victimes de catastrophe

1. Introduction

La chute d'un avion est un accident de transport qui revêt une dimension dramatique de par sa violence et sa soudaineté ainsi que par le nombre, souvent important, de décès qu'il génère. Outre les actes d'expertises techniques de l'avion qui vont s'effectuer afin de comprendre l'origine et le déroulement du crash, l'examen du corps des victimes et l'étude de leurs blessures par des spécialistes médico-légaux ont pour objectifs d'apporter des

réponses vivement attendues quant à leurs identifications mais aussi, des précisions sur l'origine de l'accident et les modalités d'impact au sol de la carlingue.

À l'occasion d'un crash aérien de capacité intermédiaire, où les victimes avaient comme particularité d'être toutes sévèrement fragmentées, nous avons tenté de savoir si l'analyse exhaustive des tous les tissus humains, y compris en fonction de leurs dispersions au sol, pouvait nous renseigner sur le positionnement des occupants dans l'avion ainsi que sur la dynamique de la chute de l'appareil.

2. Généralités

En France chaque année, il se produit environ une quinzaine d'accidents mortels de chutes d'avions. La qualification pénale retenue par le procureur en charge de l'enquête initiale est généralement « *homicides involontaires* » pour ce type d'évènement. Au tout premier temps de l'enquête, toutes les surfaces d'éparpillements des débris au sol sont prises en compte par les services de constatation de la Gendarmerie Nationale qui réalise un « *gel des lieux* », c'est à dire que l'accès à cette zone est interdit à toute personne étrangère à l'enquête. Le but étant de préserver toutes les traces et indices résultant de l'accident d'aéronef dans l'attente de l'arrivée des unités spécialisées de la gendarmerie dont les enquêteurs des transports aériens (SRGTA).

La réussite d'une mission d'identification de victimes de catastrophes (IVC) dépend en grande partie de l'adhésion des spécialistes engagés et de la gestion des principes opérationnels (rédigés sous la forme de protocoles).

La conception du ramassage des corps par exemple, doit permettre d'examiner rapidement les éléments humains à l'épreuve des objectifs de l'enquête (recherche d'éléments probatoires pour tenter d'expliquer le crash), action toute aussi impérative même lors des crashes aériens entraînant de grandes fragmentations. Par analogie avec la médecine de l'avant où le triage des blessés est utilisé avec succès pour gérer le nombre initial de victimes en les classant selon des catégories, à partir des blessures et des soins à apporter ; ce concept est applicable aux gestions des catastrophes de masse accompagnées de décisions systématiques à réaliser face aux fragments retrouvés.

¹ MC[®], SSA, Institut de Recherche Criminelle de la Gendarmerie Nationale (IRCGN)

² LTN, Gendarmerie - Section de Recherche des Transports Aériens (SRGTA) - Roissy Charles de Gaulle

³ MCSHC, SSA, Institut de Recherche Criminelle de la Gendarmerie Nationale (IRCGN)

Concernant l'identification des victimes, une équipe médico-légale ante mortem (AM) œuvre de façon traditionnelle (prélèvements ADN réalisés sur les parentèles, prises de contact avec les dentistes traitant pour obtenir les odontogrammes, recherche sur les bijoux et/ou prothèses portés...) afin de recueillir tous les éléments utiles pour effectuer les comparaisons ultérieures, avec les données recueillies par l'équipe médico-légale post mortem (PM), suites aux autopsies judiciaires réalisés.

Une réquisition judiciaire est également adressée à l'Agence Nationale des Titres Sécurisés (ANTS) pour obtenir les encrements (empreintes) réalisés par les victimes, à l'occasion de la délivrance des passeports ou bien de leurs cartes nationales d'identités (les empreintes digitales étant comme l'ADN et les spécificités dentaires, classées comme identifiant dit « primaire », selon INTERPOL).

3. Recommandation pour le « triage » des fragments humains

Avant l'examen médical post-mortem, les personnels en charge du recueil des données doivent établir un système de traçage des éléments corporels qui prend en compte la sévérité de la fragmentation et le niveau de mélange des tissus. Il faut également développer un système d'index de tri intuitif des fragments et déterminer en fonction de la violence du crash, un ensemble dit de « fragments non aisément identifiables ». Un temps est également nécessaire pour faire préciser les recommandations pour le recueil des échantillons ADN.

Le personnel responsable de ces recommandations doit être persuadé que l'établissement de ces protocoles, rédigés sans retard, aura des conséquences importantes et durables pour les personnels en charge de l'enquête et les familles endeuillées.

A- Système de traçage des fragments humains

La recherche et l'exécution du traçage des fragments est indispensable pour assurer l'intégrité de la chaîne de conservation et la gestion des nombreuses données, tout au long de la procédure d'identification. Ce système doit être basique, séquentiel et interdisant la reproduction de doublons. Il doit aussi être d'un usage et d'une lecture simples. D'emploi progressif afin d'être adapté aux différentes situations rencontrées dans un simple accident, il doit être également opérationnel en cas de grande fragmentation. Enfin, il ne sera pas rectifié une fois les opérations débutées (les modifications étant source de confusion et augmentant les risques d'erreurs). Ce système enfin ne doit pas interférer avec ceux utilisés pour d'autres incidents tels que les données ante-mortem ou les preuves matérielles et ne doit pas non plus interférer avec le système de classement utilisé au quotidien, au sein de la morgue locale du lieu de l'événement.

B - les « fragments non aisément identifiables »

Tous les fragments humains identifiés ou non, relèvent de considérations à la fois scientifiques, éthiques et judiciaires. Avant le début des opérations, les enquêteurs doivent savoir si l'objectif est d'identifier toutes les

victimes ou bien tous les fragments. L'évolution des techniques ADN permet aux biologistes désormais de pouvoir identifier (en théorie, tout au moins) et de réassocier des fragments jusque-là peu considérés comme exploitables. Cependant, l'existence de ces outils de séquençage ne doit pas être à l'origine d'une analyse exhaustive. Le terme « fragments non aisément identifiables » regroupe ainsi d'usage les tissus qui ne donnent pas de résultats positifs après leurs analyses ou ne sont pas jugés éthiquement analysables dès le ramassage. Cet ensemble est donc constitué de matières organiques dont les critères scientifiques normalement requis, traduisent une absence de toute possibilité d'identification par un caractère spécifique individuel et/ou n'apportant aucun élément informatif quant à l'origine de la mort ou du crash.

D'un point de vue scientifique, la nécessité de ce groupe est dictée par l'état des tissus (fragmentation importante, degré de modification thermique et décomposition sévère), peu importe que l'on soit dans le cadre d'une catastrophe ouverte ou fermée (liste des victimes connue et non évolutive) et malgré la qualité des informations ante-mortem recueillies. Même s'il est évident pour tous, que les attentes des familles et les considérations des enquêteurs sont tout autres.

Les recommandations de classifications de ces groupes doivent donc être clairement définies si les tissus sont très fragmentés (donc très nombreux) et en fonction des capacités des laboratoires dans l'analyse des échantillons [notion de « seuil » du prélèvement ADN (limitations à des prélèvements simples ou une bien à partir d'une masse minimum)].

Ces recommandations sont aussi accident-dépendant (attentat...) et, une fois posées, ne doivent être changées que si le magistrat instructeur à la volonté d'identifier dans un 2^e temps ces tissus initialement non considérés. Dans l'hypothèse de ce choix, un petit pourcentage de tissus humains demeura toutefois non identifiable. Des facteurs périmortem comme la putréfaction, le feu, le contact avec des inhibiteurs amplifiants et la décomposition détruiront de l'ADN ou le rendront de mauvaise qualité, ininterprétable pour des propositions d'identifications.

C – Classification par tri intuitif

Les fragments humains relevés au sol, par leur nombre élevé, doivent être classés selon leur potentiel d'identification ou leur valeur d'investigation. Pour cela, il est nécessaire de recourir à un tri systématique, simple et objectif.

D'usage, un tableau de la sorte semble tout à fait adapté à cette tâche : (Voir page 13)

Ce tableau récapitule la présence de caractéristiques d'identification potentielle et positive des éléments d'identification dits primaire et secondaire.

Les valeurs numériques affectées à chaque fragment reposent sur la présence d'attributs utiles à la procédure d'identification.

Les fragments à haute valeur probatoire seront les plus facilement identifiables ou utiles à la compréhension du crash, et ainsi, seront les éléments prioritaires pour un examen détaillé.

Valeur	IDENTIFIANTS PRIMAIRES			IDENTIFIANTS SECONDAIRES	
	Empreinte	Dentaire	ADN	Morphologique	Effets personnels
Haute (2)	Bonne qualité Réalisable	Fragments avec nombreux soins	Prélèvements nombreux et de haute qualité permettant un rapport complet STR ou séquence Mt DNA	Caractéristique spécifique, unique (prothèse, tatouage, cicatrices...)	Spécifique et associée à un fragment (alliance gravée)
Moyenne (1)	Partielle Mais réalisable	Absence de soins	Eléments décomposés, Thermiquement modifié et/ou faible échantillon rendant un profil partiel	Fragment anatomiquement identifiable mais sans caractéristique spécifique	Non spécifique (chaussure et chaussette avec un pied)
Nulle (0)	Non Imprimable	Absence de dent	Os calciné Tissu fibro-graisseux Echantillon de taille insuffisante	Fragment ne pouvant être rapporté qu'à un ensemble anatomique (peau, muscle, os...)	Non associé à un fragment humain.

Ce référencement doit être conçu comme un outil de tri « incident-spécifique », puisque comme l'état des fragments, la fiabilité de la liste des victimes et la pertinence des données ante mortem auront des conséquences sur les identifications finales.

(En principe, les données AM conduisent à la procédure d'identification, c'est pourquoi les enquêteurs doivent prendre en considération la pertinence des données AM).

Si des prélèvements ADN sont effectués sur tous les tissus retrouvés, le système de classification peut être ainsi modifié pour bien indiquer les prélèvements prioritaires. Les méthodes morphologiques (dactylographie, odontologie...) reposent sur l'examen physique des tissus et ne s'appuient pas sur les stratégies moléculaires d'identification. Avant l'usage courant des méthodes biologiques, les tissus qui ne pouvaient pas être identifiés par les examens standards étaient considérés comme non identifiables lors des fragmentations sévères. Désormais, avec les progrès de la génétique, la majorité des tissus collectés est en voie d'être considérée comme « potentiellement identifiable ».

L'évaluation systématique et la « priorisation » assure donc une gestion optimale des ressources. Ce choix d'organisation est indispensable à considérer lors des grandes opérations d'identification.

4. Notion d'index de fragmentation (IF)

L'état des tissus humains retrouvés, particulièrement en cas de grande fragmentation a des conséquences indéniables sur la gestion de la catastrophe et l'identification des victimes, y compris lors des phases de « reconciliation » (i.e. re-association) des pièces anatomiques, précédant la remise des corps aux familles.

L'index de fragmentation se définit comme le rapport entre le nombre d'éléments humains collectés et le nombre d'impliqués dans le crash. Il peut être ainsi utilisé pour rendre globalement compte de la violence de l'impact de l'avion [exemples : IF =1,0 (aucune fragmentation)] ; IF=38,9 dans le cas du crash du vol Value Jet 592 DC-9 percutant le sol

avec un angle de 70-80° et une vitesse de 675 feet/sec. Même si cette notion représente une donnée brute du choc, celle-ci est toutefois grandement dépendante aussi de la stratégie du recueil et des protocoles d'analyses des données post mortem. Les opérations de relevage réalisées par du personnel expérimenté doivent s'appuyer sur des protocoles éprouvés et adaptés à la réalité de l'événement, au risque d'introduire des biais modifiant cet index (Dirkmaat, 2012).

Les protocoles d'autopsies peuvent également influencer cet index. C'est pourquoi les responsables des données post mortem doivent pouvoir décider, en fonction des objectifs fixés, quels éléments ne doivent pas être comptabilisés, mais avec le risque connu de minorer l'index de fragmentation. Comme le tableau des caractéristiques ci-dessus, l'IF doit demeurer un outil pratique afin de comparer la sévérité des fragmentations parmi les accidents concernant de nombreuses victimes aux fins d'anticiper les manœuvres et les résultats escomptés.

Au fur et à mesure que le nombre de passagers et de fragments augmentent, les experts en identifications doivent aussi prendre des décisions contraignantes en fonction des contraintes judiciaires (coût et temps requis des expertises ADN, par exemple) ; de disponibilité en personnels, de temps et selon l'environnement (site du crash : mer, montagne...). Les données de la littérature au sujet de 13 crashes récents suggèrent qu'il n'existe pas de relation directe entre le nombre de décédés et le temps nécessaire à leurs identifications lorsque le paramètre « nombre de fragments » n'est pas pris en considération (un seul fragment suffit à l'identification « minimale »). En revanche, le lien avec le temps des identifications devient significatif lorsque l'IF est bien pris en compte (plus l'IF est bas, plus les identifications seront rapides).

Ainsi, l'appréciation de la sévérité de la fragmentation des corps a des conséquences directes sur la gestion des ressources de l'enquête (nombre de personnes engagées et temps nécessaire à la collecte des données augmentant également avec le nombre d'impliqués) et est à l'origine d'une identification optimale des corps.

5. Méthode pratique de relevage et de prélèvements

Concernant la méthode de relevage des fragments humains, le protocole classique prévoit après la mise en place d'un quadrillage au sol adapté à la dimension de l'événement, une première vague de ratissage avec comme objectif de repérer l'ensemble des éléments humains, marqués initialement à l'aide d'un drapeau de couleur jaune. Un second ratissage en dehors du quadrillage (jusqu'à quelques centaines de mètres si besoin) est également effectué à la recherche des éléments encore plus éloignés.

Ensuite, une ou plusieurs équipes composées d'au moins un médecin légiste et un biologiste examinent tous les tissus repérés. Lorsque ceux-ci présentent un fort potentiel pour une identification par analyse génétique (selon leur taille, leur masse ou la nature anatomique du fragment), les drapeaux jaunes sont alors remplacés par un drapeau de couleur rouge. À l'inverse, si le fragment laisse présager un faible pouvoir d'extraction d'ADN (tissu trop dégradé par exemple, taille réduite du tissu...), le drapeau jaune est laissé en place.

Les effets personnels (carte d'identité, bijoux...) (notés « E » pour élément) sont également marqués avec un drapeau rouge d'emblée. Des prises de vue aérienne sont ensuite réalisées zone par zone (utilisation d'un drone).

Au 3^e temps, tous les drapeaux jaunes sont géopositionnés au moyen d'un appareil GPS de précision. Un numéro définitif leur est affecté, il deviendra celui du scellé (inscrit au feutre indélébile au contact des drapeaux). Ce code est de la forme : Nom du carré - l'intitulé « PM » pour Post-Mortem - numéro dans l'ordre du ramassage - précision sur l'échantillon ramassé (B pour corps entier ; P : partie de corps ; T : dent(s) ; E : élément personnel) [ex : A1-PM-01-P pour le premier élément ramassé dans la zone A1, d'un fragment de corps).

Une photographie est auparavant prise, in situ, de chaque fragment avant qu'il ne soit retiré puis, il est conditionné dans un sac en plastique pour congélation avec l'étiquette portant le numéro, placée à l'intérieur.



Les éléments « *drapeau rouge* » sont ensuite acheminés au laboratoire de terrain (sous tente) ou bien à la morgue locale, idéalement par transport réfrigéré si celle-ci est éloignée de la zone du crash. L'équipe post-mortem procède aux examens descriptifs puis aux prélèvements biologiques aux fins d'analyses, en prenant soin d'indiquer si possible, le type de pièce anatomique étudiée, la masse et la nature des blessures (type de fracture, brûlure, corps étrangers...). Ces prélèvements cellulaires peuvent être réalisés soit par prélèvement corporel direct (os, muscle), soit à l'aide du kit standardisé de prélèvement sur individu (type FTA®). L'écouvillon est chargé en matière biologique puis celle-ci transférée sur une sorte de papier buvard spécifique. L'écouvillon et le papier FTA® sont ensuite laissés à sécher à l'air libre une 10^{ème} de minutes puis, tous les deux, placés dans une même enveloppe hermétique. Une autre technique de prélèvement, par mini-brosse, à l'aide du kit CHEMUNEX® est également réalisable.

Une fois ce travail de recueil accompli, les prélèvements sont définitivement placés sous scellés avec le numéro de référence. On ajoute le chiffre 1 après la nature de l'élément ramassé pour le prélèvement à destination du laboratoire et le chiffre 2, pour le fragment conservé en réfrigération dans l'attente des résultats (ex : A5-PM-031-B2 pour un corps entier relevé 31^e position dans la zone A5, conservé en réfrigération / A5-PM-031-B1 étant le numéro de l'échantillon adressé au laboratoire).

Les éléments « *drapeau jaune* » sont quant à eux, tous relevés individuellement par zones distinctes puis pesés également. La finalité n'étant pas leur analyse a priori (sauf en cas de non-identification d'un passager par exemple) mais le retrait de tout fragment biologique de la zone impactée. Ces éléments « *jaunes* » sont placés sous scellés, par zones, dès le PC-terrain puis acheminés jusqu'à la morgue pour réfrigération, dans l'attente de leur devenir (analyse, inhumation...) selon la décision des magistrats.

Dans ce même temps de recueil pour les équipes PM, si des doigts sont retrouvés, les experts en dactyloscopie tentent de procéder à la restructuration des extrémités digitales et réalisent les encrages post mortem, pour comparaison. Lorsqu'il s'agit d'éléments dentaires, les chirurgiens-dentistes réalisent également des clichés radiographiques et des odontogrammes post mortem, selon la même logique comparative.

6. Exemple du crash d'un TBM 700

L'avion qui effectuait un vol sur le territoire national, avec un pilote et cinq passagers, s'est écrasé alors qu'il volait à une altitude de 18 000 pieds, selon une chute enregistrée par radar à une vitesse moyenne d'environ 30 000 pied/min, soit 600 km/heure. Alors qu'il se trouvait en croisière, sans qu'il ait signalé de problème, l'avion a chuté et s'est écrasé.

L'impact a eu lieu dans un champ céréalier ensemencé. La terre, très humide et grasse, y était mélangée à de nombreuses pierres de petites tailles et réparties de façon homogène.



Avec l'aimable autorisation de Win Houquet

L'avion s'est pulvérisé et la zone de dispersion des éléments (tant humains que structurels de l'avion) s'étendait sur environ 120 m par 200 m. Les éléments projetés étaient de petite taille et en grande quantité. La météo sur les lieux était défavorable, avec des conditions possiblement givrantes mais la cause exacte de l'accident demeure inconnue.

A- Relevage des corps

L'étendue de la zone et le nombre de débris a nécessité la mise en place d'un quadrillage de 50 mètres de côté avec des couloirs de cheminements. Le second ratissage en dehors du quadrillage a conduit à la découverte d'une main avec une alliance, à environ 200 mètres en périphérie. Tous les « *drapeaux rouges* » sont géopositionnés par un géomètre au moyen d'un GPS de précision de type GNSS 1200 LEICA et un numéro de scellé est, comme prévu, inscrit au feutre sur les drapeaux. Les éléments « *drapeau jaune* » sont tous relevés par zone distincte, dans un sachet placé sous scellés et acheminés aussi jusqu'à la morgue.

Devant l'extrême fragmentation des corps, il est décidé de ne pas réaliser de description lésionnelle, ni de codage des blessures des pièces humaines relevées, idem pour les examens radiologiques, à l'exception des éléments dentaires retrouvés.

Dans une morgue locale et adaptée, les éléments humains ont ensuite été décrits sur le plan anatomique ; prélevés en un exemplaire à destination du laboratoire d'analyse ADN puis re-conditionnés et scellés pour être enfin conservés à basse température dans l'attente des résultats (prélèvements réalisés à l'aide du kit standardisé FTA et à l'aide du kit CHEMUNEX®).

B- Concernant l'identification

En un peu plus de deux jours, un total de 2074 fragments humains ont été collectés dont seulement 319 « *drapeaux rouges* ». 21 d'entre eux (soit 6%) produiront un résultat inexploitable (profils ADN mélangés), du fait de l'intrication des tissus organiques.

L'index de fragmentation (défini comme le rapport entre le nombre d'éléments humains collectés et le nombre d'impliqués dans le crash) est d'environ 53, ce qui traduit l'extrême sévérité du choc.

Au total, nous avons relevés 258 kg de matières corporelles pour une masse ante-mortem totale estimée, pour les six victimes, d'environ 425 kg (soit environ 61 %).

1755 éléments « *drapeaux jaunes* » ont été recueillis pour une masse de 77,2 kg (soit 30 % de la masse AM). Ceux-ci étaient tous de petite taille (< 25cm²) et/ou de faible masse (<100 gr).

Le bilan descriptif des recueils nous a permis de constater l'absence de deux pieds sur douze et la présence de 23 doigts sur les 60 recherchés.

Les résultats génétiques identifiants sont issus de moins de 15 % du total des fragments ramassés (298/2074) mais reposent sur 70 % de la masse totale découverte (180 kg). En moyenne, seulement 40% du poids des corps ante-mortem est identifiable pour un poids moyen de 710 grammes/fragments identifiés.

Les deux occupants à l'avant de l'avion ont été retrouvés au quart de leur masse. Les quatre occupants se trouvant à l'arrière ont été retrouvés aux environs de la moitié de leurs masses.

INTÉRÊTS DE L'ANALYSE EXHAUSTIVE DES VICTIMES

zone	Masse rouge (kg)	Masse jaune (kg)	Masse rouge + jaune kg	% rouge (masse)	% jaune (masse)	Estimation nombres drapeaux jaunes	Nombre éléments rouges	nbre total éléments	% rouge (nbre éléments)	% jaune (nbre éléments)
A1	18,1	0,5	18,6	97,31	2,69	11	8	19	41,31	58,69
A2	51,3	37,3	88,6	57,90	42,10	848	111	959	11,58	88,42
A3	36	0	36	100,00	0,00	0	54	54	100,00	0,00
A4	0,2	0	0,2	100,00	0,00	0	2	2	100,00	0,00
B1	40,4	7,2	47,6	84,87	15,13	164	65	229	28,43	71,57
B2	21,8	24,4	46,2	47,19	52,81	555	63	618	10,20	89,80
B3	11,8	7,3	19,1	61,78	38,22	166	11	177	6,22	93,78
C2	1,3	0,5	1,8	72,22	27,78	11	5	16	30,56	69,44
TOTAL	180,9	77,2	258,1	70,09	29,91	1755	319	2074	15,38	84,62

C- Concernant le positionnement des corps

Nous avons pris soin de détailler les 180 kg de « *drapeaux rouges* » par zone et par individu. Concernant les éléments pesant plus d'un kilogramme : ceux-ci sont au nombre de 22 et totalisent 103 kg, soit un peu moins de la moitié de la masse collectée par victime.

Pour les fragments « *drapeaux jaunes* », ceux-ci sont beaucoup plus nombreux en zones A2, B1, B2 et B3 : les plus proches de l'impact.

Représentation par échelles de masses et de couleur/passager des fragments identifiés

i) Un premier calcul appelé « *point moyen de dispersion* » a été calculé en réalisant la moyenne arithmétique des latitudes et des longitudes, rapportés au nombre des éléments corporels d'un même individu identifié.

ii) Un deuxième type de calcul est effectué incluant cette fois-ci, la masse des fragments identifiés, agissant ainsi comme un coefficient multiplicateur des points de dispersion (« *weighted average point* »). On réalise ensuite la moyenne de toutes ces positions pondérées et afférentes à chacune des victimes puis reportons les coordonnées sur un plan orthogonal.

Exemple :

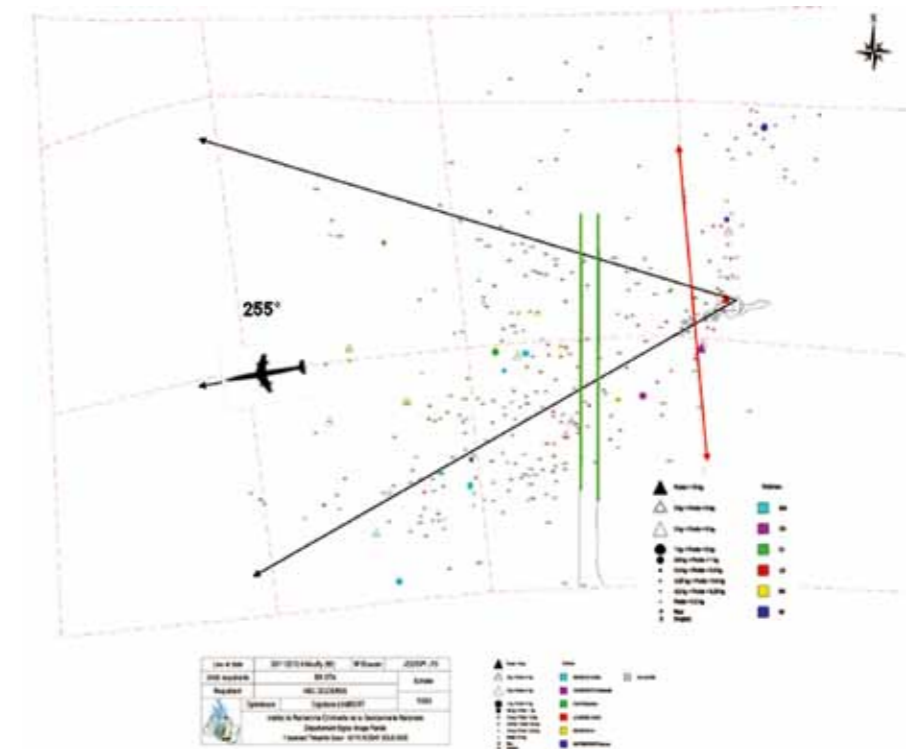
$$([\text{long.1} \times m1] + [\text{long.2} \times m2] + [\text{long.3} \times m3] + \dots) = \text{Longitude moyenne pondérée} / \sum m$$

$$([\text{lat.1} \times m1] + [\text{lat.2} \times m2] + [\text{lat.3} \times m3] + \dots) = \text{Latitude moyenne pondérée} / \sum m$$

iii) Un ultime calcul de ce type est réalisé mais uniquement à partir des 22 fragments pesant plus de 1 kg.

Un positionnement des fragments identifiés a été réalisé sur la cartographie du crash.

Victime	Masse rouge	Nombre fragments	Pourcentage masse retrouvée	Fragments importants > 1kg	Fragment plus lourd	Masse moyenne par élément	Masse moyenne sans éléments > 1kg
1	26,5	21	48,20%	3	14	1,2	0,41
2	42,4	80	58,90%	8	6,6	0,53	0,25
3	43,9	81	43,90%	3	10,6	0,54	0,31
4	34,3	48	44,00%	3	10,6	0,71	0,25
5	19,1	43	26,50%	2	4,9	0,44	0,22
6	17,5	43	25,00%	3	3,8	0,40	0,20



D- Résultats

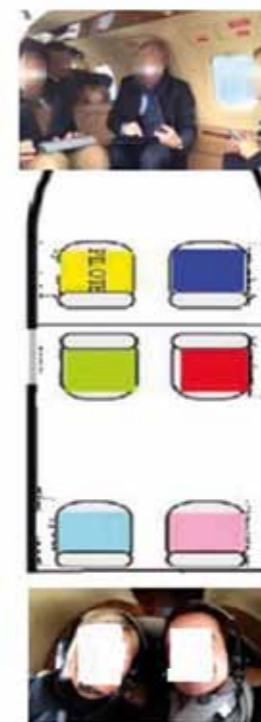
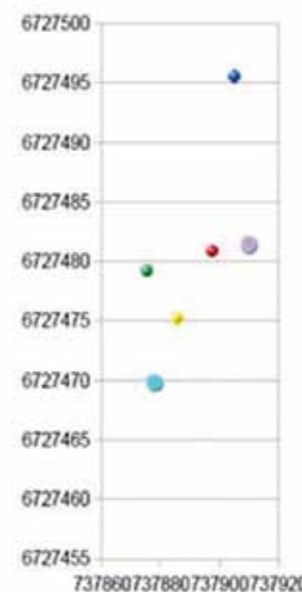
Grâce aux photographies réalisées par les passagers eux-mêmes lors du vol et retrouvées parmi les éléments matériels de l'enquête, nous connaissons ainsi la position exacte des occupants.

Nous constatons que par le calcul des positions pondérées par la masse des fragments (ii), il existe une concordance entre le positionnement des passagers sur les photos et le report sur le repère.

Cette « *moyenne* » des positions des occupants, au sol est même encore plus affirmée lorsque nous travaillons seulement avec les fragments de plus de 1 kg.

Cette transposition graphique des corps « *moyenne* » au sol nous permet donc, en l'espèce, de mettre en évidence, une correspondance parfaite, entre la position des occupants de l'avion lors de l'impact et la répartition globale des fragments humains identifiés.

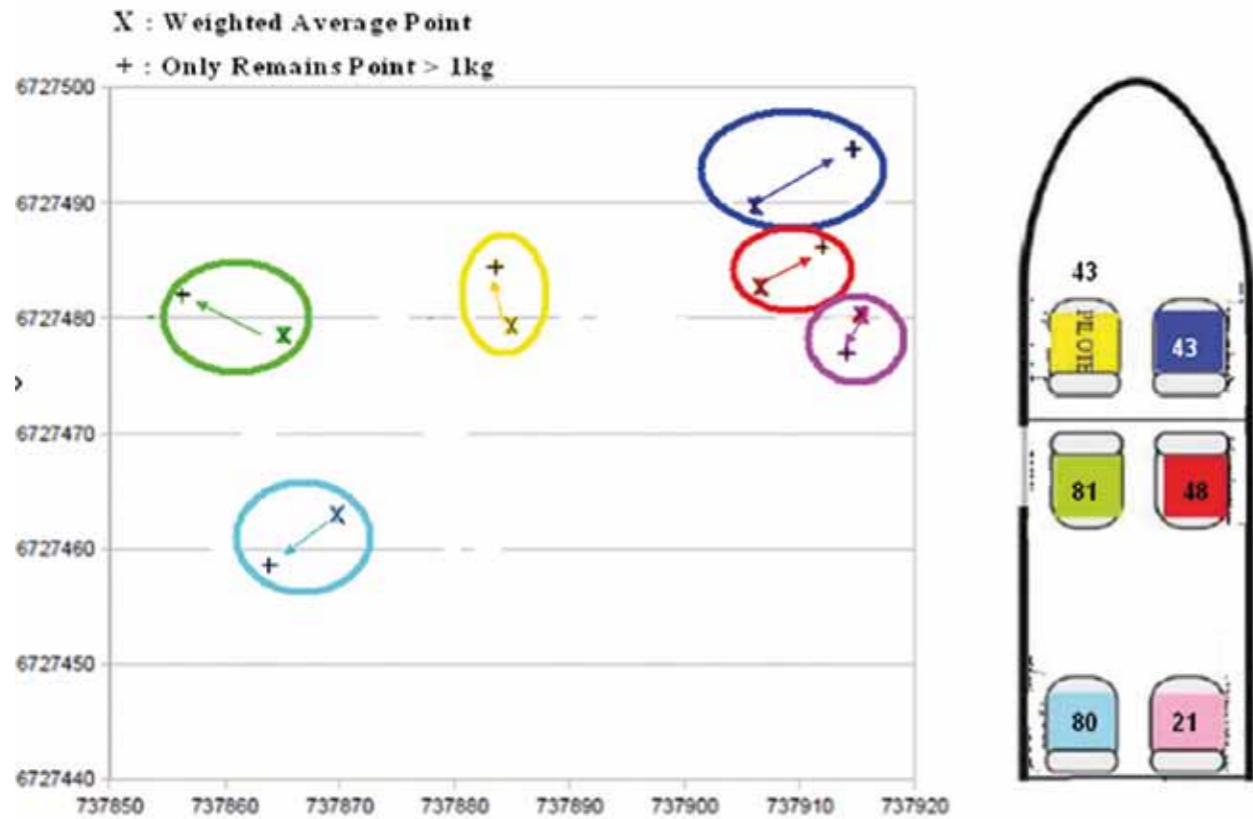
Midpoint Dispersion



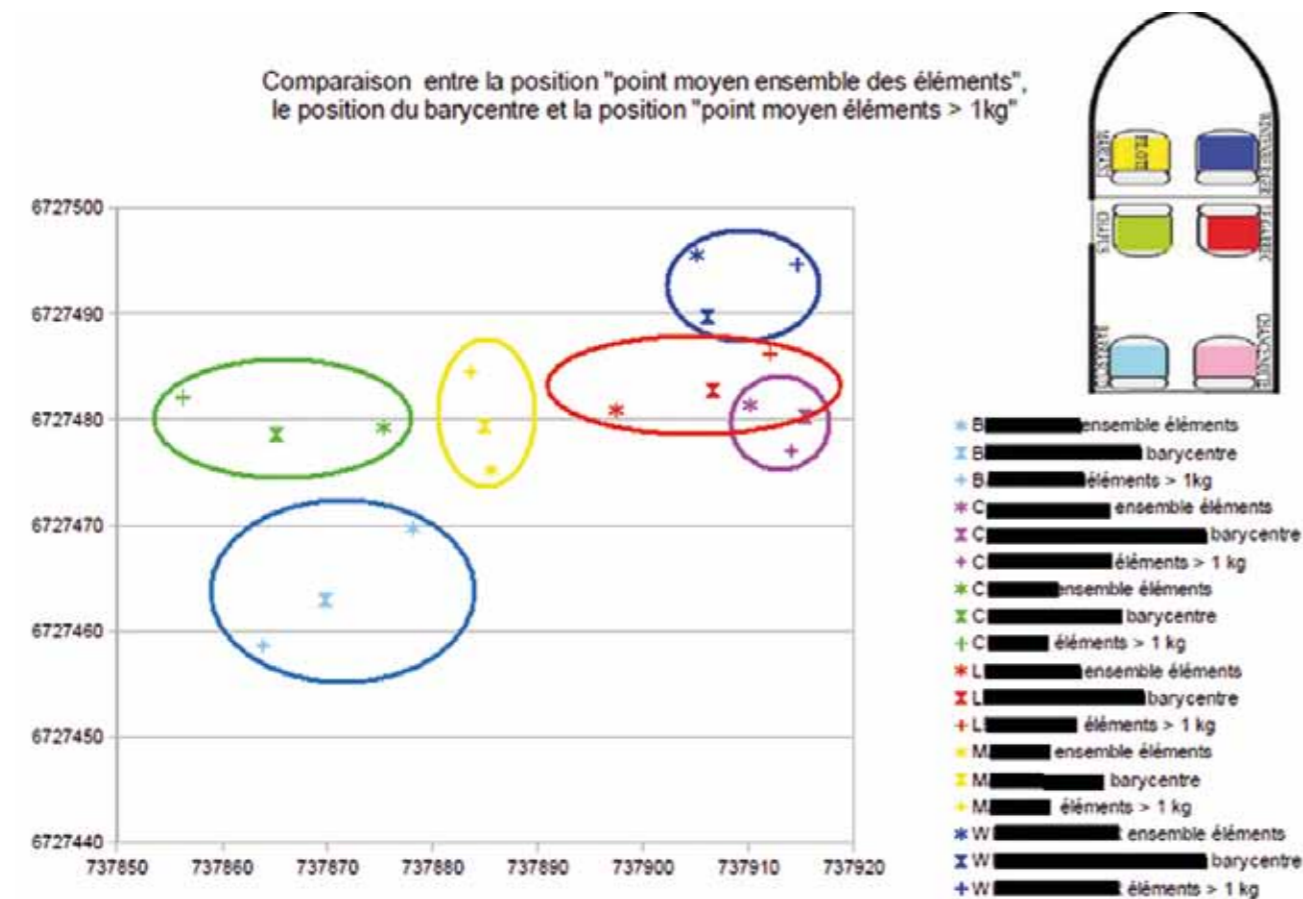
Weighted Average Point



Le nombre inscrit en regard des sièges correspond aux fragments identifiés par passager



Comparaison entre la position "point moyen ensemble des éléments", le position du barycentre et la position "point moyen éléments > 1kg"



E- Discussion

Cet accident récent d'avion mono turbine d'affaire d'environ 3 tonnes, pressurisé, avec six personnes à bord, chutant avec une vitesse élevée (500-600 Km/h) a produit une fragmentation avec un éparpillement des éléments humains et d'aéronef important.

Concernant l'identification des victimes, outre la difficulté technique de l'échantillonnage de chaque fragment humain, la problématique repose à la fois sur le nombre très élevé de recueil (plus de 2000 pour ce cas) et le caractère exhaustif ou non, d'un prélèvement ADN systématique. En effet, cette partie du travail médico-légal est la priorité des missions de notre unité puisque nous devons avoir toujours à l'esprit que la liste annoncée des personnes ayant pris place dans l'avion peut être fautive (mesures de sûreté moins draconiennes au sein des aéroports dits secondaires ou bien qu'une autre personne soit ajoutée ou retranchée aux passagers au tout dernier moment...). De plus, nous devons également nous assurer qu'aucune autre(s) victime(s) au sol n'est à déplorer lors de l'impact.

Les modalités de relevage et de triage des corps sont progressives et tracées à chaque étape du protocole (méthode des drapeaux de deux couleurs). Au sujet des blessures, il nous est apparu inutile du fait de l'extrême

sévérité de la fragmentation de tenter de « scorer » les lésions humaines, reposant toutes sur des fractures dif-fuses et des broiements des tissus également dilacérés. La cause de décès évidente dans ce cas est un polytraumatisme immédiat au choc. Néanmoins, compte tenu de l'incertitude de l'origine de l'événement, un examen attentif doit être néanmoins réalisé sur les tissus à la recherche d'élément particulier (brûlure, corps étrangers, plaies suspectes...).

Quant aux recherches sur le positionnement des vic-times dans la carlingue au moment de l'impact sol, grâce aux photos prises lors du vol par les occupants, l'ana-lyse précise des répartitions graphiques des fragments humains avec le calcul de leurs masses respectives et l'état du terrain (plat, sol intermédiaire et sans obs-tacle verticaux), elles nous ont permis d'affirmer la place exacte des victimes dans l'avion et de déterminer le cap de l'avion, axe dans lequel tous les débris projetés sont retrouvés selon un cône prenant naissance à l'épave et orienté de cette façon.

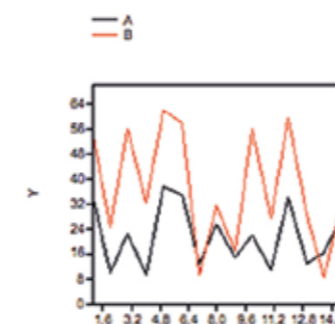
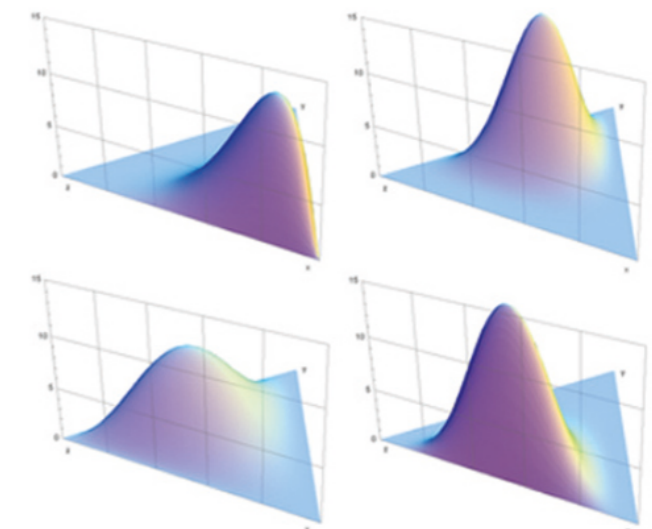
Ce travail de positionnement est également affirmé en ne travaillant qu'avec les seuls 22 fragments de plus de 1 kg et confirmé mathématiquement par un test sta-tistique de Wilcoxon (comparaison de deux mesures d'une variable quantitative effectué sur un même sujet).

Loi de Dirichlet: $X \sim \text{Dir}(\alpha)$

- X est un **vecteur** aleatoire avec elements $0 \leq x_i \leq 1$ et $\sum x_i = 1$.
- $\theta = (\alpha_1, \alpha_2, \dots, \alpha_K) \in \Theta = \mathbb{R}_+^K$ ou α_i sont des paramètre de concentration

- Le Dirichlet p.d.f.(x): $p(x; \alpha) = \frac{\Gamma(\alpha_0)}{\prod_{i=1}^K \Gamma(\alpha_i)} \prod_{i=1}^K x_i^{\alpha_i-1}$, where $\alpha_0 = \sum_{i=1}^K \alpha_i$

- Espérance: $\mathbb{E}[x_i] = \frac{\alpha_i}{\alpha_0}$
- Variance: $\text{Var}[x_i] = \frac{\alpha_i(\alpha_0 - \alpha_i)}{\alpha_0^2(\alpha_0 + 1)}$



Test de Wilcoxon
 A (N=15) vs. B(N=15)
 Mean ranks : 6,1679,333
 T=Ub : 65
 p(same) : 0,05124
 Monte Carlo p : 0,0499
Exact p : 0,05022

7. Conclusion

Le besoin de retrouver et d'identifier les victimes d'une catastrophe est à l'origine d'un ensemble de préoccupations fortes des pouvoirs publics, face aux moyens qu'ils peuvent engager, aux capacités et limites de la science, des attentes des familles et du pays tout entier. En effet, les opérations d'identifications traduisent alors leurs capacités ou non, dans la gestion d'une crise importante sur le plan émotionnel.

Les questions posées par tous concernent tout d'abord les moyens alloués dans la réalisation de la mission d'identification puis dans la façon dont vont pouvoir être honorées les demandes des familles quant au rapatriement de leurs proches.

Les magistrats en charge de l'enquête avionique et médico-légale, doivent aussi savoir au plus vite le montant des ressources dégagées pour leurs investigations futures, du coût estimé du total de ces opérations et à quel moment, elles devraient prendre fin.

D'autres questions sont aussi posées telles que la capacité à découvrir les corps et les circonstances dans lesquelles les recherches doivent être interrompues en raison soit de conditions risquées ou d'inaccessibilité. Mais toutes ces réponses dépendent intrinsèquement de la nature du crash, des souhaits des familles (individuels et à titre collectif), de leurs croyances culturelles faces à la mort, des attentes de chaque société par rapport à ce que la science peut apporter comme réponse, en fonction de la capacité à disposer ou non, des outils et des techniques nécessaires.

Tandis que les scientifiques feront tout leur possible, au cours des procédures d'identification, différents facteurs taphonomiques empêcheront une partie des identifications. Ainsi, les fragments remarquables comportant des caractéristiques fortes (dentitions, empreintes...) seront directement associés avec les corps correspondants, une fois ceux-ci identifiés à leur tour. Cependant, quand la fragmentation existe, il n'y a aucun corps à reconnaître. Les tissus isolés peuvent ainsi contenir une seule donnée caractéristique, révéler un profil ADN ou pas. Quand un seul élément contient une seule caractéristique lui permettant d'être rattaché à un seul défunt, il est acquis que le corps est identifié.

En conséquence, les familles doivent être informées de la présence de reliquats non identifiés et prendre part, autant que faire se peut, dans la décision du devenir final de ceux-ci.

Alors que les familles s'attendent à des identifications rapides avec le retour de corps entier, les responsables d'enquêtes doivent les informer sans délai que cela ne correspond pas à la réalité et leur faire comprendre la réalité dramatique d'un tel événement. Ce difficile mais nécessaire travail de « *ré-ajustement* » permet aux familles de mieux comprendre les raisons pour lesquelles les missions d'identification sont de réalisation longues et difficiles.

Une des décisions les plus difficiles à prendre pour les responsables de l'enquête est de savoir s'il faut identifier toutes les victimes ou tous les fragments, et par extension, jusqu'où les ré-associations doivent être constituées. Cette décision est largement conditionnée par les résultats des analyses ADN réalisées et leurs limites techniques, mais il est aussi nécessaire de considérer l'allocation budgétaire ainsi que le temps destinés à leurs réalisations. Dans le cas d'une population ouverte (où le nombre de mort est inconnu (attentats des Tours Jumelles par exemple) tous les fragments retrouvés doivent faire l'objet d'une analyse ADN, seul moyen d'obtenir la liste complète de tous les disparus.

Même s'il est acquis d'avance que tous les échantillonnages ne donneront pas un profil ADN exploitable, ce travail doit être réalisé puisqu'il s'agit là de la seule et unique méthode pour tenter d'identifier tous les corps. En cas de population fermée où la liste des disparus est connue, une concertation peut être envisagée quant au nombre maximum de fragments à identifier par défunt impliqué. Dans ces cas, nous pouvons déterminer une « *valeur limite scientifiquement acceptable au risque de x %* » dans l'analyser des très petits fragments relevés, lorsque la population est connue avec certitude. Cependant, n'oublions pas les souhaits des familles (souvent maximalistes) situés en opposition avec la logique scientifique et judiciaire d'identification et du retour le plus complet possible des restes de leurs proches.

Les associations de victimes doivent aussi être informées de toutes ces questions et doivent être capables de comprendre, en toute clarté, les décisions prises par les autorités dans la réalisation des opérations d'identification. Les familles endeuillées veulent et méritent des entretiens francs à leur égard. Bien que difficiles à entendre, ils sont indispensables à une meilleure acceptation du processus complexe des douleurs occasionnées par la catastrophe. La transparence des responsables politiques permet également à la Société d'apprécier que même dans la mort, elle est considérée et non négligée. Quant aux légistes et enquêteurs, ils effectuent ce travail pour des raisons judiciaires, mais aussi, opèrent ce choix pour le réconfort éthique et moral qu'ils apportent à tous leurs semblables.

Que retenir ?

Le ramassage complet des fragments humains sur le site d'un crash est une obligation indispensable à l'enquête analyse mais également une évidence éthique.

L'analyse exhaustive (poids et géoposition) des pièces anatomiques permet outre une identification rapide, un positionnement des passagers de l'avion lors du crash, sous réserve toutefois, de la nature du terrain.

Le calcul de l'index de fragmentation et l'étude de la répartition des fragments nous renseignent sur les conditions terminales du crash et les modalités globales des opérations nécessaires aux identifications

Bibliographie :

- « *A New Tool for Coding and Interpreting Injuries in Fatal Airplane Crashes: The Crash Injury Pattern Assessment Tool Application to the Air France Flight AF447 Disaster (Rio de Janeiro-Paris), 1st of June 2009* » Yves Schuliar, Stéphane Chapenoire, Alain MIRAS, Benjamin Contrand, Emmanuel Lagarde - Forensic Sciences- Volume 59, Issue 5 September 2014 Pages 1263-1270
- « *Resolving commingling issues during the medicolegal investigation of mass fatalities incidents* » Elias J. Kontanis ; Paul S. Sledzik - NTSB
- « *Airplane Crash - Traumatologic finding in cases of extreme body disintegration* » Ursula Hellerich ; Stefan Pollak - Am. J. Forensic Med and Pathology 16(4) :320-324, 1995
- « *Disaster victim identification - experiences of the « autobahn A19 » disaster* » Johannes Manhart ; Anne Bittorf ; Andreas Buttner - Forensic Sci Med Pathol (2012) 8 :118 :124
- « *La gestion des décédés en masse et l'identification des ressortissants français lors du séisme de 2010 en Haïti* » Malbranque S., Schuliar Y. La revue des SAMU - Médecine d'urgence ; Spécial Mai 2010 ; 32 ; 190-192.
- « *Investigation of a fatal airplane crash : autopsy, computed tomography and injury pattern analysis used to determine who was steering the plane at the time of the accident. A case report.* » Christian B. Hoyer ; Trine S. Nielsen ; Lise L. Nagel ; Lene Werner Thorup Boel - Forensic Sci Med Pathol (2012) 8 :179-188

CONGRES DE L'ASSOCIATION DENTAIRE FRANCAISE (ADF)

PARIS, PALAIS DES CONGRES, 26 NOVEMBRE 2016

J.-P. DELOBEL¹



Cette année encore, dans le cadre du congrès de l'Association dentaire française (ADF), qui réunit chaque année l'ensemble des professionnels du secteur de l'odontologie au palais des congrès de Paris, Porte Maillot, la fédération nationale des chirurgiens-dentistes de réserve (FNCDR), sous l'impulsion du CDCS CN® Jean-Pierre Fogel, a organisé sa traditionnelle journée nationale d'instruction, sous l'égide du GORSSA, le 26 novembre 2016, l'occasion de montrer la vitalité de la Réserve dentaire du SSA.

Cet événement a réuni environ 130 praticiens du service de santé des armées de réserve et d'active. L'attention portée aux réservistes du SSA était soulignée par la présence du MGI Philippe Rouanet de Berchoux, Adjoint au Directeur Central, représentant le Directeur Central, du MG Serge Cueff, Sous-Directeur RH, du MC Denis Prété, Directeur Régional Adjoint, représentant le Directeur Régional de la DRSSA de Saint Germain-en Laye, du MC Christelle Daudé, du BOE Réserve à la DRSSA SGL, du MC Claude Vergez-Larroquet et du MC Denis Morgand respectivement actuel et futur délégué aux

Réserves de la DCSSA. Etait également présent le MCS HC® Xavier Sauvageon, Président du GORSSA.

Après l'ouverture de la séance par CDCS CN® Fogel, président de la FNCDR, la matinée s'est poursuivie par des communications de niveau scientifique élevé.

M^{lle} Pauline Decours, UE santé-défense EVDG-Paris 6 développe « *l'essor de la chirurgie maxillo-faciale au cours de la première guerre mondiale* ». L'introduction au propos rappelle l'histoire de cette épopée chirurgicale depuis l'époque romaine jusqu'au début du XX^{ème} siècle, en passant par Dominique Larrey. Le premier conflit mondial compte 4,2 millions de blessés français dont 460 000 blessés de la face parmi lesquels 15 000 grands blessés. Il s'agit de blessures par balles ou par projection d'éclats. M^{lle} Decours décrit le cheminement du blessé : relèvement après hémostase, désinfection des plaies, injection de sérums antitétaniques et anti gangréneux. Durant le ramassage, on renouvelle l'antisepsie, on procède au parage des plaies et on retire les corps étrangers. Puis on transfère le blessé vers les hôpitaux de l'intérieur.

¹ CDC (FC)



Dès novembre 1914 des centres spécialisés sont créés : on y pratique la réduction des fractures du massif facial, on réalise des prothèses. Les techniques de greffes ostéo-cartilagineuses sont développées ainsi que les greffes cutanées pour des reconstructions faciales et cervicales après des blessures très délabrantes. Les techniques prothétiques progressent considérablement pour des réhabilitations bucco dentaires ainsi que pour des reconstructions du nez ou de la face. On peut considérer que cette période a fondé les bases de la chirurgie reconstructrice moderne.

Le MC Federico Gonzalez responsable des formations internationales de l'EVDG présente « *le damage control. Le SSA en opérations. Les nouveaux concepts.* ». La prise en charge médicale de l'avant est une spécificité française. Par rapport au Théâtre Afghan, le défi actuel réside au niveau des très importantes elongations. La chance de survie sera augmentée en insistant sur la relève du blessé. Si celui-ci ne meurt pas sur le champ, 75% décèderont cependant sur le terrain suite à de trop graves blessures, 25% pourront être sauvés. Notons que 10% des décès sont dus à des plaies hémorragiques non garrotables, à l'obstruction des voies aéro-digestives supérieures, et que même pour un personnel très entraîné, dans des conditions de stress intense, 1/3 des gestes sont suivis d'échec. Cependant, on constate que les techniques pré-hospitalières ont progressé avec les matériels hémostatiques, les méthodes de remplissage, les médicaments à disposition. Le concept du damage control est de maintenir en vie même avec des moyens sommaires pour pouvoir rapatrier. Le temps étant limité il faut combattre la triade létale hémorragique : acidose, hypothermie,

coagulopathie. On sait que la plaie balistique crée une défaillance multi viscérale, il faut donc gagner la course de vitesse en augmentant la médicalisation au niveau de la relève du blessé et en rapprochant la chirurgie du lieu de la blessure. Ceci se concrétise dans la mise en œuvre du module de chirurgie vitale, plutôt utilisé au cours d'opérations spéciales. Le MC Federico Rodriguez termine sur une mention particulière pour le plasma lyophilisé conçu et produit par le SSA. La France est leader en ce domaine.

La CDC Magalie Brochard (HIA Legouest) et le CDP® Éric Gérard (CHR Metz-Thionville) nous exposent le partenariat civilo-militaire en Lorraine pour les consultations odontologiques non programmées. L'idée se concrétise à partir de novembre 2013 jusqu'à la signature de la convention entre l'HIA Legouest et le CHR Mercy en octobre 2014. Il s'agit d'un accord ayant reçu l'appui du Ministre de la Défense, du Directeur Central du SSA, de l'ARS du Grand Est, du CHU de Nancy, de la faculté d'Odontologie et de la Ville de Metz. L'équipe se compose, en plus de deux chirurgiens-dentistes d'active, de trois réservistes et de trente externes en sixième année. Elle assure la permanence des soins et en particulier la réponse à l'urgence dentaire 7 jours sur 7. Au plan militaire cette structure garantit le maintien du contrat opérationnel, le soutien des Forces, et les compétences techniques des Personnels projetés. Entre 2015 et 2016, 24083 Patients ont été vus dont 19967 en urgence dentaire. La cohérence du partenariat avec l'engagement opérationnel est effective. Ce concept assure également la formation des personnels para médicaux et participe au développement de la Réserve.

La Dr Karine Briot, Rhumatologue, Praticien Hospitalier Hôpital Cochin (APHP) nous apporte éclairage et réponses sur un sujet qui nous interroge particulièrement : « *Bisphosphonates et soins dentaires, que faire en pratique ?* ». Ces produits d'une efficacité reconnue sont utilisés en pathologie bénigne, contre l'ostéoporose et en cas de métastases osseuses, contre la douleur, les fractures spontanées, les complications neurologiques. Ils agissent comme inhibiteurs des ostéoclastes. En cas de soins dentaires ils imposent certaines précautions faute de quoi existe un risque de chimioradionécrose, due à la diminution des capacités de remodelage osseux, qui provoque une nécrose et ses conséquences algiques et infectieuses. Les facteurs de risques sont représentés par l'emploi de Bisphosphonates en voie veineuse. La durée du traitement par Bisphosphonates et la rémanence du produit utilisé est à prendre en considération. En pratique, il faut faire un bilan buccodentaire avant de prescrire des Bisphosphonates. En cours de traitement, faire un suivi annuel. Tous les soins conservateurs sont possibles. Si on doit extraire : utiliser une anesthésie locale sans adrénaline, pas d'arrêt du traitement, couverture antibiotique. S'il y a administration par voie veineuse, en particulier de Denosumab qui n'a pas d'effet rémanent, il faut attendre 3 mois avant de commencer les extractions dentaires. Ou alors on cale les interventions entre les injections. Si l'intention est la mise en place d'implant, à noter qu'en cas de métastases osseuses la mise en place d'implants est contre indiquée. De manière générale et en résumé : si le traitement est par perfusion annuelle, attendre 3 mois pour commencer les soins. Si le traitement se fait par voie orale ne pas l'arrêter, et commencer les soins sans délai. En cas de traitement par Denosumab on intervient en fin de cycle, 5^e mois, et on décale la nouvelle injection.

Le Chirurgien-dentiste en chef Bertrand Fénestein, a été récemment nommé Coordinateur National pour l'Odontologie dans les Armées et pilote donc la transformation du soutien dentaire dans les armées. Il va s'attacher à organiser la structure de prise en charge des aptitudes et des soins de la population soumise, dans le contexte actuel de la préparation opérationnelle, du parcours de soins, et du traitement des accidents en service. Le maintien d'une compétence propre au SSA dans le domaine du soutien dentaire et le ré équilibrage en faveur de la Médecine des Forces autour des CMA NG, en sont les enjeux principaux. Il faut, en réponse définir une doctrine d'emploi et mettre en place une organisation structurelle, en soulignant les singularités de l'Odontologie et en définissant de nouvelles stratégies.

La méthode consistera à constituer des groupes de travail « *virtuels* » et ouverts pour répondre à des questions ponctuelles, préfigurant la notion d'expert de domaines. Ceci induit la notion de ligne unique, d'action et de communication par une stratégie de groupe. Le CDC Fénestein conclut en insistant sur le mouvement de fond engagé, sur l'importance des défis et sur la nécessaire vision à très long terme.

Le MC(TA) Claude Vergez-Larroquet, après avoir rappelé la conjoncture et l'implication des réserves dans la protection des populations, ayant pour conséquence la création par le Président de la République de la Garde Nationale (85000H), en décrit la structure et la chaîne de commandement. La montée en puissance de la Réserve se poursuit de 31000 aujourd'hui à 40000 horizon 2019, avec ses conséquences pour le SSA : actuellement 28 MDR, 1303 MITHA et 1570 Officiers dont 184 Chirurgiens-dentistes. À noter que l'on ne compte pas les Commissaires à ancrage santé qui font partie du SCA. Le budget devrait être à la hausse pour 2017 avec augmentation des journées d'activité. Le MC Vergez-Larroquet, dans le focus Chirurgiens-dentistes, indique une stabilité des effectifs depuis 3 ans, une féminisation en hausse et note que la répartition territoriale est hétérogène. Le recrutement est dynamique, et la pyramide des âges moins défavorable que pour les médecins. En ce qui concerne les évolutions des réserves du SSA le MC Vergez-Larroquet souligne l'importance de diversifier le recrutement en agissant au profit des étudiants (modules optionnels santé-défense) ainsi qu'au profit des enseignants (visibilité sur les sites WEB, intégration des Doyens et responsables dans la réserve citoyenne). Pour la gestion des réserves, et en relation avec la disparition des DRSSA (2018), poursuite de la transformation avec le passage de SiRÉM à Siroco. Il y aura une seule chaîne de gestion RH réserve, avec persistance d'un échelon intermédiaire entre formation d'emploi et DCSSA bureau de gestion pour garder une semi proximité.

Puis le MC Vergez-Larroquet nous annonce son départ et nous présente le futur Délégué Réserves de la DCSSA, le MC Denis Morgan.

La journée se poursuit par un déjeuner pris dans une salle voisine.

Il faut également noter, que, pendant toute la durée du congrès, un stand d'information sur le SSA et ses réserves a permis de nombreux contacts avec les congressistes de l'ADF, potentiels futurs réservistes, indispensables au SSA pour remplir sa mission.



MISSION ET FAMILLE

Problématique familiale de l'annonce du départ en OPEX ou MCD jusqu'à l'après-retour de mission

D. MALAQUIN¹



La mission extérieure (OPEX ou MCD) est source d'interrogations, parfois d'angoisse pour celui ou celle qui part, mais aussi pour celui qui devra assurer seul le quotidien. L'absence doit se préparer pour être bien vécue et faciliter les retrouvailles.

L'annonce du départ

Elle doit être faite le plus tôt possible car il faut du temps pour préparer, apaiser et rassurer le conjoint, les enfants, mais aussi les parents et beaux-parents.

Il faut être à l'écoute, favoriser le dialogue et s'assurer de la compréhension.

Tout conjoint de militaire doit savoir qu'un départ en opération est un acte NORMAL de l'engagement d'un militaire, mais qu'il n'est que temporaire.

Expliquer simplement la nature et la durée de la mission sans dramatiser les derniers événements du pays.



Pour les enfants ce départ s'assimile généralement à une rupture, aucune séparation n'est facile, il faut donc consacrer du temps aux enfants afin d'apaiser leur anxiété ou la peur de la séparation, il faudra parler à chacun de ses enfants, expliquer les raisons du départ « chercher » avec eux sur une carte le lieu de la mission, parler du pays, des coutumes

La future absence peut influencer sur les résultats scolaires des enfants et leur attitude (pourquoi mon papa part et pas ceux de mes ami(e)s ?) : informer les instituteurs de cette prochaine absence.

Avant le départ

Pour le couple il est essentiel de préparer ensemble avant le départ les documents importants de la vie quotidienne et de les regrouper en lieu sûr (adresses et numéros de téléphone de la famille et des amis proches, informations bancaires, dernière déclaration de revenu, double de clés, carte grise, factures EDF et Téléphone, livret de famille, polices d'assurance : vie/invalidité, automobile, logement...carte : de Sécurité sociale, de mutuelle ; photocopie de la Carte d'Identité Militaire, passeports, actes notariés, ...)



Pensez également au compte-joint, procuration, testament, reconnaissance anténatale si un heureux événement est en cours et éventuellement anticiper les réparations des matériels de la vie courante (machine à laver, voiture...) qui donnent des signes avant-coureurs de panne. Le bureau réserve de votre DRSSA peut également aider votre conjoint en cas de problème important.

La séparation au quotidien

Mission principale : maintenir un contact régulier avec le conjoint et les enfants par courrier, mail, Skype, WhatsApp, Viber, téléphone (Attention à la surtaxe des appels internationaux !), etc...

Attention aux interdits liés aux coutumes locales pour la réception de vos courriers ou de vos colis.

Éviter les appels ou mail tous les jours à heure fixe : en cas d'impossibilité pour une raison quelconque le conjoint risque de s'imaginer le pire !

Attention aux nouvelles que vous donnez ! Celles-ci ne doivent concerner que vous et seulement vous : pas d'informations sur le théâtre, ni sur vos activités (lieu, durée, objectif de vos missions), ni sur vos camarades (blessures, maladies, missions ...), respecter les consignes de discrétion qui vous ont été données à votre arrivée par le commandement, aussi bien par téléphone que par mail, SKYPE, Facebook, courrier ou tout autre moyen de communication. Méfiez-vous de l'arrière-plan des photos que vous diffusez sur Facebook !

Petit à petit une nouvelle routine va s'installer en métropole, les sentiments de solitude, de tristesse et de manque vont s'estomper.



Si en cours de mission votre moral tend vers zéro parlez-en à vos camarades mais ne vous confiez pas à votre conjoint qui risquerait de déprimer également. Au contraire rassurez-le par des témoignages d'affection et de considération.

A chaque contact avec votre conjoint communiquer avec vos enfants si possible séparément, leurs questions et leurs préoccupations sont différentes selon leur âge et leur caractère.

Informez votre conjoint et vos proches que toute information ou demande d'information vous concernant n'est fiable que si elle émane d'une autorité militaire, méfiance absolue vis-à-vis d'appel téléphonique ou de mail de personne inconnue (en cas de doute contactez le bureau réserve pour confirmation).

Le retour

Moment heureux, capital pour la suite de la vie familiale, mais selon les circonstances du séjour, le retour peut-être aussi difficile que le départ.

Attention la date du retour est aléatoire et susceptible d'être avancée ou reportée de quelques jours ou quelques semaines et ceci plusieurs fois. Essayez d'annoncer votre retour lorsque la date est quasiment certaine afin d'éviter des déceptions à répétition et des pleurs chez les enfants.

Durant le séjour votre mode de vie a changé, celui de vos proches en métropole a pu également changer !



L'harmonie familiale d'avant départ peut être difficile à retrouver à votre retour, il faut parfois réapprendre à vivre ensemble : **communiquez et soyez patient !**

Votre conjoint a dû gérer l'ensemble des problèmes familiaux et des responsabilités : faites le point avec lui et n'hésitez pas à le féliciter et lui exprimer votre reconnaissance pour toutes les difficultés qu'il a surmontées.

Une nouvelle « Lune de miel » s'offre à vous : organisez là par quelques jours de vacances en amoureux ou si ce n'est pas possible par un bon dîner en tête à tête.

Votre (ou vos enfants) a évolué pendant votre absence, il se peut que le premier contact soit difficile, soyez doux et patient, n'hésitez pas à jouer avec lui et à l'écouter.

Soyez disponible et à l'écoute de votre famille proche avant d'organiser des retrouvailles avec le reste de votre famille et vos amis.

L'après retour

Il n'est pas toujours aisé de reprendre sa place et son rôle dans l'univers familial, des nouvelles habitudes sont apparues pour tous.

On constate parfois un décalage entre les attentes et la réalité de part et d'autre, une perte de l'indépendance acquise pendant la séparation.

Il faut éventuellement développer un nouveau mode de fonctionnement familial avec l'accord de tous (de préférence !).

Selon la mission, le militaire peut avoir accumulé fatigue et/ou agressivité, il aspire en priorité au repos et à la tranquillité, au calme mais le conjoint souhaite lui aussi du repos et re-transférer les responsabilités et les problèmes divers de la vie courante qu'il a assumé pendant la mission, cela peut engendrer des tensions et des petits conflits, qui doivent disparaître en quelques semaines. Si ce n'est pas le cas, ne pas hésiter à se faire aider par un professionnel.

De même selon les missions, des signes d'anxiété, des cauchemars récurrents, un certain isolement peuvent, chez le militaire, persister ou apparaître plusieurs mois après le retour ! Ne niez pas l'existence du **SYNDROME POST-TRAUMATIQUE** et consulter au plus tôt le médecin de famille ou un médecin militaire.

Les conjoints peuvent se sentir dans l'ombre du militaire qui rentre avec une ou plusieurs médailles, parfois une lettre de félicitation et jouit d'une aura de quasi « héros » auprès de son entourage et de ses relations. Aussi n'oubliez pas d'exprimer toute votre reconnaissance et votre admiration en public à votre conjoint pour cette période difficile qu'il a assumé seul à votre place (les tracas administratifs, le ou les enfants, le bricolage urgent etc...). Aussi programmez au retour des petits cadeaux locaux, des week-ends en amoureux et si possible une période de vacances.

Patience et communication vous permettront de reprendre vos marques et de retrouver l'harmonie et la quiétude familiale, mais soyez conscient qu'après une mission en OPEX ou en MCD il n'est pas toujours facile de se retrouver dans la réalité.

Avant un futur départ je vous conseille de consulter :

« Guide du Départ outre-mer et à l'étranger à l'usage du militaire et de sa famille »

Téléchargeable à l'adresse suivante : guide-depart.cmss.fr



UNE BELLE INITIATIVE LOCALE : LA FSOR

J. GELAS¹, F. RAVELLO²

Depuis 2 ans sont organisées des sessions de formation au sein du Régiment Médical (RMED) de La Valbonne.

La Formation Santé Opérationnelle Réserve (FSOR) est née d'une initiative du Bureau Opération Instruction – Réserve du RMED. La création et la gestion de cette formation a été confiée au Commissaire de 1^{ère} classe de réserve (CNE) Frédéric RAVELLO du Bureau Opération Instruction du RMED.



Soutenues par la compagnie de service du régiment (Compagnie Médico-Chirurgicale ou Compagnie de Commandement et de Logistique), 7 sessions de formation sont réparties sur l'année. Elles sont programmées le week-end et réunissent une trentaine de stagiaires.

Titulaire du Brevet de Formateur des Réserves, le CR1[®] RAVELLO planifie des activités variées axées sur la santé, les savoir-faire militaires de base et la culture générale militaire.

La singularité de ces formations est que certains personnels sont à la fois stagiaires et formateurs. En effet, toutes les bonnes volontés sont les bienvenues et toutes les compétences sont exploitées.

Les FSOR sont actuellement ouvertes aux personnels du Service de Santé des Armées (SSA) et du Service du Commissariat des Armées (SCA) avec ancrage Santé affectés au RMED et dans une certaine mesure à la Direction Régionale du SSA de Lyon (DRSSA).

Les profils sont donc très divers : médicaux (Médecins, Pharmaciens, Dentistes, Vétérinaires), paramédicaux (Infirmiers, Kinésithérapeutes, Aides-Soignants, ...) et administratifs ou supposés tels (Commissaires (ex-OCTASSA), Assistant Médico-Administratifs).

Ce melting pot engendre des contenus très riches.

Impossible de se passer d'une session de reconnaissance de matériels. Certains d'entre nous sont maintenant devenus des spécialistes en particulier en reconnaissance d'aéronefs en tout genre.



¹ PH[®] Service Pharmacie, HIA Armées Desgenettes, 108, boulevard Pinel, 69003 LYON

² CR1[®] BOI, Régiment Médical, Camp militaire de la Valbonne BP 30 016, 01120 DAGNEUX-MONTLUEL

La topographie, le déplacement tactique, l'armement, la géostratégie ou l'initiation aux techniques d'Etat-Major sont des sujets récurrents qui entretiennent les compétences des personnels qui peuvent être amenés à partir en OPEX.



Des sujets plus scientifiques et médicaux sont proposés régulièrement : choc hémorragique, dentaire, NRBC, sujets liés aux soins, l'hygiène en campagne...

Ensuite viennent des sujets passion qui permettent au conférencier de transmettre ses connaissances particulières : traditions, musique, phaléristique, plongée sous-marine (à travers une étude des risques et impacts, ...)

La FSOR a également permis à une vingtaine de réservistes de passer l'examen du TOEIC (Test of English for International Communication) et de pouvoir faire reconnaître certains talents.

Cette partie académique est régulièrement complétée de quelques activités terrain organisées en atelier mettant en pratique les notions acquises en amphithéâtre.

N'oublions pas d'ajouter à cela l'ordre serré, révisé à chacun des déplacements dans le camp, l'apprentissage du chant (qualité artistique qui n'est pas donnée à tout le monde...) et l'activité de cohésion d'hydratation modérée du samedi soir.

La FSOR, c'est plus encore.

Les participants se connaissent, prennent plaisir à se retrouver et cette formation renforce le sentiment d'appartenance au Service et les liens entre les réservistes.

Profitons donc de cette tribune pour remercier les formateurs qui prennent sur leur temps personnel pour réaliser des présentations de qualité et particulièrement le CR1® RAVELLO qui porte ce projet demandant une organisation sans faille.

Encore une fois, une poignée de réservistes motivés pour progresser s'engagent dans une activité de formation et de cohésion. Ces initiatives doivent être encouragées et ne doivent pas rester que locale. Chacun a le pouvoir de créer une émulation au sein des Hôpitaux, des Régiments ou des Associations, pour que vive la Réserve.



LE PÔLE DE FORMATION MILITAIRE DES RÉSERVES DE LA DRSSA DE BORDEAUX

E. LE BLOND DU PLOUY¹



Le Général PUEL et les stagiaires module 1 Bis

Sur la base de la directive n°728/DEF/DCSSA/RH/RES du 5 février 2013 relative à la formation de la réserve militaire du service de santé des armées, le pôle de Formation Militaire de la Réserve (PFMR), sous la responsabilité du bureau « organisation emploi » (BOE) de la DRSSA de Bordeaux, organise des stages de formation initiale et continue destinés à des réservistes.

La formation initiale s'adresse à tous ceux qui n'ont pas bénéficié du service national et comporte plusieurs niveaux. Son objectif est la découverte du milieu et l'initiation sur le terrain aux différents aspects inhérents à l'état de militaire. On distingue :

- La période militaire initiale à la défense nationale santé (module 1) d'une durée de cinq jours est destinée à des volontaires (de 16 à 30 ans) sous statut de bénévolé du service public, de découvrir le monde de la Défense et le service de santé. Elle permet aux stagiaires de s'engager par la suite en toute connaissance de cause dans la réserve opérationnelle du SSA.
- La formation initiale (module 1 bis) d'une durée de cinq jours est indissociable de l'engagement à servir dans la réserve. Cette formation de base s'effectue normalement au cours de la 1^{ère} année dans le cadre d'un CESR (Contrat d'Engagement à Servir dans la Réserve), après avoir été reconnu médicalement apte lors d'une visite effectuée par un médecin des armées. Elle s'adresse aux stagiaires n'ayant jamais suivi de formation militaire préalable et appartenant à une catégorie de personnel santé qualifié.

- La formation initiale (module 2) est également d'une durée de cinq jours et est la suite logique de la formation module 1 bis. Cette formation implique l'obtention du module de sauvetage au combat de niveau 1 (SC1) et permet de postuler à des OPEX ou à des embarquements.
- La formation militaire continue du réserviste d'une durée de 5 à 7 jours permet aux réservistes d'entretenir les acquis en matière de connaissances militaires et notamment la validité de l'instruction sur le tir de combat (ISTC) et du SC1.

Ces formations donnent lieu à la délivrance d'une attestation lors d'une cérémonie à caractère militaire.

C'est sur le camp de Ger, situé à cheval sur deux départements, les Hautes Pyrénées et les Pyrénées Atlantique et géré par 1^{er} Régiment de Hussards Parachutistes (1^{er} RHP), que sont organisés ces différents stages de formations. Ce camp permet d'accueillir les stagiaires et les encadrants/formateurs dans d'excellentes conditions. En effet, plusieurs entités soutiennent le PFMR, à savoir la Base Aérienne 106 de Bordeaux (armement), le 13^e Régiment de Dragons Parachutistes (munitions), le 5^e Régiment d'Hélicoptères de Combat (matériels NRBC, Santé et véhicules militaires), l'Ecole des Troupes Aéroportées (ETAP) (carburant) et le Groupement de Soutien de la Base de Défense Pau-Bayonne-Tarbes (alimentation) basés à Pau et à Bordeaux, le 1^{er} RHP (casernement) et le 35^e Régiment d'Artillerie Parachutiste (VABSAN) basés à Tarbes. Ces structures militaires permettent au rôle d'accéder à bon nombre de matériels destinés à la formation.



Découverte du parcours d'obstacles



Le Général PUEL « Présentation du modèle SSA 2020 »



Exercice d'évaluation EVASAN



FMRC « ISTG FAMAS »

Du 1 au 10 juillet 2016, trois types de stages ont réuni 37 stagiaires de toutes catégories venus de différentes régions de France.

Tout d'abord, du 1 au 5 juillet, 23 jeunes réservistes (< 1 à 2 ans de CESR) ont suivi le stage module 1 bis pour apprendre les fondamentaux militaires (grades, ordre serré, armement, découverte du milieu de la Défense et l'organisation du SSA) sous le commandement du CR1 AILHAUD. Une stagiaire, sous statut civil, a suivi le stage afin de bien appréhender le milieu du SSA avant de contracter un engagement.

Le 5 juillet, le directeur de la DRSSA de Bordeaux, le médecin général PUEL, le MC PASCUAL, adjoint du BOE et le CRC2 (cr) LE BLOND DU PLOUY, responsable du PFMR, ont remis les attestations de stage lors d'une cérémonie organisée pour l'occasion. C'est ensuite qu'une conférence a permis au médecin général Puel de présenter aux stagiaires l'évolution du service de santé des armées (SSA 2020).

Ensuite, le 6 juillet, 20 stagiaires suivaient le module 2 pour une durée de 5 jours. Le programme, plus axé santé, a permis aux stagiaires de repartir avec deux « diplômés », le PSC1 et le SC1.

Ils ont notamment découvert la topographie, les transmissions, le brancardage et l'organisation du SSA en OPEX. Après avoir monté un poste médical d'instruction complet (PM05), un exercice EVASAN d'une journée a permis d'évaluer les aptitudes des stagiaires (combat, topographie, transmission, secours au combat, armement, brancardage, NRBC et utilisation de l'ANP, ...). L'utilisation d'un VABSAN, piloté par des personnels de réserve et d'active, rendait l'exercice plus réel pour la mise en œuvre de l'évacuation sanitaire vers le PM05.

Enfin et en parallèle de ces deux stages, se déroulait, pour une durée de 7 jours, un stage de formation continue au profit de 11 réservistes venus de la région Sud-Ouest. Le programme était le suivant : ISTC (Instructions Sur le Tir de Combat) PAMAS et FAMAS et SC1 (Secours au Combat). Ce stage, encadré par le CRP BOULFROY, chef de section et moniteur de tir, permettait donc d'obtenir plusieurs « diplômés » (ISTC et SC1).

Le 10 juillet, une cérémonie de levée des couleurs clôturait le séjour et réunissait tous les stagiaires et leurs familles pour la remise des attestations de stages (FMCR et module 2). En cette période de commémoration de la Grande Guerre et lors d'une allocution, le CRC2 LE BLOND DU PLOUY a rappelé l'importance de la notion « esprit de défense » et du devoir de mémoire.

L'équipe d'encadrants/formateurs était composée de MITHRA, de commissaires, de pharmaciens, d'un médecin et de deux personnels d'active, convoqués en fonction des besoins de formation. Un soutien santé (un médecin et un infirmier) était aussi organisé au profit des militaires (actives et réserves) présents sur le camp en accord avec l'antenne médical du CMA de Pau basée au 35° RAP. On note qu'à cette période de l'année, le camp accueille de nombreux jeunes stagiaires en formation militaire initiale de réserve (FMIR) (1° RHP, 5° RHC, 35° RAP et SSA).

Lors de l'entretien de fin des stages, les stagiaires ont pu exprimer leurs grandes satisfactions liées à la découverte d'un milieu particulier, le milieu militaire et celui du service de santé des armées.

Le médecin général Puel félicite et remercie l'encadrement, les formateurs, les stagiaires et tous les régiments pour leur implication et leur grande qualité de travail.

Confucius écrivait :

- J'entends et j'oublie,
- Je vois et je me souviens,
- Je pratique et je comprends.

Que l'enthousiasme généré
par ces stages perdure !

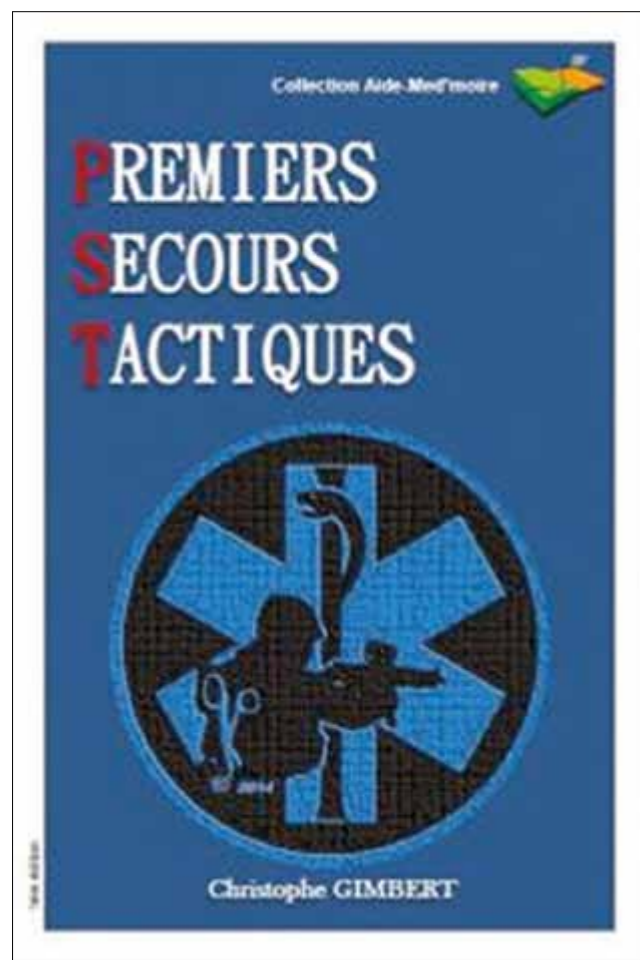
Bonne affectation
dans vos entités respectives !



Cérémonie des couleurs - Les plus jeunes stagiaires

PREMIERS SECOURS TACTIQUES : NOUVELLES MENACES

B. BIREMBAUT¹



Après une heure de bouchon, me voilà enfin arrivé en Seine et Marne, à COMBS LA VILLE. Le rendez-vous est fixé à 9h00, il me reste 15 minutes pour me garer, trouver les locaux, et bien sûr prendre un café.

Deux des trois formateurs m'accueillent, café au lait à la main ... je plaisante, j'ai dû me servir..., une petite dizaine de stagiaires comme moi sont prêts à faire cette journée de formation.

« Premiers secours tactiques » ... pour moi cela ne m'évoquait pas grand-chose, et surtout je me demandais ce qui était exactement au programme. Bien entendu j'avais reçu par mail le déroulement de la journée, mais les intitulés des séquences, parfois, ne veulent pas dire grand-chose.

Quel était exactement le but de cette journée ? Je connaissais ou avais entendu parler de formation tactique, comme le secourisme de combat ou le TCCC (Tactical Combat Casualty Care) pour les militaires, ou encore le TECC (Tactical Emergency Casualty Care) pour les unités d'interventions hors militaire. Allons-nous voir des soins comme certaines formations de Damage Control ? L'inconnu était là.

Le tour de table fut riche humainement, car chacun avait des raisons particulières de venir, témoin des derniers attentats, professionnels de santé qui pourraient avoir des difficultés à réagir dans certaines situations de crise, des civils avides de savoir... Puis ce fut au tour des formateurs, deux infirmiers l'un exerçant dans un service Urgence/SMUR en île de France, l'autre étant infirmier de sapeurs-pompiers volontaire, puis un policier du Val d'Oise.

Je pense que la journée commence bien !!!

À peine le temps de dire ouf, que midi est là. La matinée alternée entre la théorie et les ateliers, est passée très vite, trop vite peut être. Les apports sont riches, les explications claires, et les échanges permanents entre les stagiaires et les formateurs sont constructifs.

Petit repas local à 50 mètres et c'est reparti pour l'après-midi. Petit changement, en plus de quelques cours théoriques et ateliers, il y a des mises en situation, plusieurs blessés, des tirs, des cris, des personnes hostiles, cocktail détonnant pour s'y croire. Fin de la journée, 17h15.

Cette formation, qui me paraissait être une énième formation de secours tactiques, n'a pas, à ma connaissance, une sœur jumelle. Elle permet de se rendre compte que nous infirmiers de sapeurs-pompiers, nous n'avons pas encore les bons réflexes tactiques dans ce type de situation. Elle nous permet, à travers des explications logiques, de prendre les bons réflexes, les bonnes décisions en tant que témoin, personnes isolées, de ce type de situation.

A-t-elle un intérêt dans notre pratique ? Probablement, aux vues des événements nous ne sommes pas à l'abri d'une situation particulière, d'autant plus que la visibilité de nos véhicules, nos uniformes, font de nous des cibles de choix.

En résumé, cette formation a une utilité pour ma vie de tous les jours, avec ma famille, dans un hypermarché, un concert... mais aussi quand je suis seul en VLI, isolé en tenue ...

Pour moins de 200€ la journée, c'est un bon compromis financier, une bonne initiation aux secours tactiques avant d'autres formations très spécifiques.

Renseignements : <http://www.actformationsante.com>

INDEMNITÉS DE CHÔMAGE ET PÉRIODES DE RÉSERVE

A. ANDRÉ VANDERSTOCK¹

A la question « Un demandeur d'emploi peut-il faire de la réserve militaire ? », le Site Interarmées des Réserves militaires répond que cela est possible :

« Le demandeur d'emploi bénéficiaire d'une allocation de retour à l'emploi (ARE) peut cumuler l'allocation et sa rémunération de réserviste si le cumul n'excède pas le montant mensuel du salaire de référence, dans la limite de la durée des droits.

Le salaire de référence pris en considération pour fixer le montant de l'allocation journalière est déterminé à partir des anciens salaires bruts se rapportant à une période de référence déterminée. Cette activité reprise doit être déclarée mensuellement à terme échu à Pôle emploi.

L'ARE est versée mensuellement, déduction faite d'un certain nombre de jours non indemnisables dont le calcul correspond à la rémunération. Les jours non indemnisés ne sont pas perdus : la durée de l'indemnisation est prolongée d'autant.

Compte tenu des délais nécessaires à la délivrance du bulletin de solde au réserviste, il a été défini, en partenariat avec Pôle emploi, qu'une attestation mensuelle de salaire des réservistes délivrée par les bureaux réserve, pourra justifier de l'activité déclarée mensuellement.

Le réserviste, inscrit comme demandeur d'emploi, devra se faire connaître de son bureau de gestion administrative pour obtenir en tant que besoin, l'attestation mensuelle de salaire lui permettant de justifier ses droits à Pôle emploi ».

Ainsi, le réserviste santé sous contrat de réserve doit déclarer mensuellement ses périodes de réserve au Pôle Emploi où il est inscrit. La feuille de solde, éditée en décalage et couvrant parfois plusieurs périodes, n'est pas un document adapté. L'attestation mensuelle de solde du réserviste santé sera délivrée par le bureau réserve dont il dépend, au sein de sa D.R.S.S.A. Le Pôle emploi calculera alors les indemnités du réserviste, au cas par cas. La non déclaration de ces périodes de réserve à Pôle Emploi peut entraîner une cessation de paiement, voire une demande de remboursement.

Le réserviste santé, bénéficie des textes légaux concernant les règles d'indemnisation de l'assurance chômage (Convention d'assurance chômage du 14 mai 2014). Vous trouverez un guide à ce sujet sur le Site Internet de l'UNEDIC :

www.unedic.org/publication/les-regles-d-indemnisation-de-l-assurance-chomage.

La fin d'un contrat de réserve peut, sous certaines conditions, ouvrir des droits au chômage (cumul de 122 jours de réserve sur une période de 28 mois) car la réserve est considérée comme une période de travail. La fin d'un contrat de réserve correspond à une « privation involontairement d'emploi » en raison de la fin d'un contrat à durée déterminée (articles L. 351-12 et R. 351-20 du code du travail). Quelques cas de jurisprudence reprennent ces éléments, dont un arrêt en Conseil d'État n° 313969 du 7 octobre 2009 (Site Internet de Légifrance).

Le Centre de Traitement de l'Indemnisation du Chômage (C.T.I.C.) est l'Agence de Reconversion de la Défense. Il a publié récemment une plaquette d'information à destination des anciens militaires d'active et des réservistes militaires. Elle détaille différentes situations et les démarches à effectuer dans le cadre de l'indemnisation du chômage. Vous trouverez la plaquette sur le Site Internet du Secrétariat Général pour l'Administration (S.G.A.) du Ministère de la Défense (Accueil/SGA/rubriques complémentaires/réservistes chômage).

Contact C.T.I.C. :

05.57.85.12.29 ou 12.77

mail : drhmd-ard.defense-mobilite.ctic.fct@intradef.gouv.fr

Les périodes de réserve et les études sont également cumulables. Le réserviste n'a pas l'obligation de déclarer son activité de réserve à son employeur. Cependant, s'il déclare son engagement, il peut bénéficier de jours d'activités accordés par son employeur (5 jours à minima), dans le cadre du développement et de la promotion de la réserve, dans le respect de la législation en vigueur (la loi du 22 octobre 1999 portant organisation de la réserve militaire). Pour plus d'information, n'hésitez pas à vous rapprocher du C.T.I.C., de votre Pôle Emploi et de votre bureau réserve.

LEXIQUE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AE	→	Attestation de l'employeur
AFE	→	Attestation de fin d'emploi
ARE	→	Allocation d'aide au retour à l'emploi, dite aussi « allocation chômage »
BS	→	Bulletin de solde
ENA	→	Etat nominatif des activités (ex-PPA)
ESR	→	Engagement à servir dans la réserve
PE	→	Pôle emploi
PMR	→	Pension militaire de retraite
PPA	→	Programme prévisionnel des activités
RH	→	Ressources humaines

(1) La non-délivrance des justificatifs des périodes de travail à PE peut entraîner la cessation des paiements, voire une demande de remboursement.

VOS COORDONNEES UTILES

Gestionnaire RH Défense

→	Votre référent chômage ou responsable RH :
	Tél :
	@ :
→	Votre agence :
→	Votre conseiller :
	Tél :
	@ :
→	Votre numéro d'inscription :
→	Site internet :	www.pole-emploi.fr
	
→	Votre antenne de rattachement :
→	Votre conseiller :
	Tél :
	@ :
→	Site internet :	www.defense-mobilite.fr

Contact CTIC :

Téléphone : 05.57.85.12.29 ou 05.57.85.12.77
@ : drhmd-ard.defense-mobilite-ctic.fct@intradef.gouv.fr

Conception graphique - AFD - Vincent Violette - Juillet 2016

Centre de traitement
de l'indemnisation du chômage
(CTIC)
Agence de Reconversion de la défense

RESERVISTES

CHÔMAGE :

VOS DEMARCHES



Vous êtes

Vos démarches pendant votre contrat de réserve (ESR)

Vos démarches à l'issue de votre contrat de réserve (ESR)

1 Ancien personnel militaire, vous bénéficiez d'une pension militaire de retraite (PMR) à un taux < 75 %

Vous devez déclarer vos activités de réserve auprès de PE, chaque mois, en actualisant votre situation et en remettant vos bulletins de solde (BS) ou toute attestation mensuelle validée par PE. (1).

Vous devrez adresser à PE le dossier que vous aura remis votre gestionnaire RH, notamment l'attestation de l'employeur (AE) reprenant l'ensemble de vos activités durant votre contrat et l'état nominatif des activités (ENA) actualisé.

2 Ancien personnel militaire, vous bénéficiez d'une PMR à un taux ≥ 75 % ou pour atteinte de la limite d'âge,

Vous devez déclarer vos activités de réserve auprès de PE, chaque mois, en actualisant votre situation et en remettant vos bulletins de solde (BS) ou toute attestation mensuelle validée par PE (1).

vous avez été radié pour atteinte de la limite d'âge, vous ne pouvez pas prétendre au versement de l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) au titre de vos services militaires.

Vous n'avez aucune obligation envers PE.

A la fin de votre contrat ESR, votre gestionnaire RH vous remettra une AE et l'ENA actualisé.
A la fin de votre contrat de travail dans le secteur public ou privé, vous pourrez bénéficier de l'ARE, sous certaines conditions, et **exclusivement au titre de cette activité**, car vos périodes de réserve n'ouvriront jamais de droit à l'ARE.

3 Ancien personnel militaire, Vous ne percevez pas encore votre PMR

Vous êtes demandeur d'emploi inscrit à Pôle emploi

a/ si vous ne percevez toujours pas de PMR, vous devrez adresser à PE le dossier que vous aura remis votre gestionnaire RH, notamment l'AE reprenant l'ensemble de vos activités durant votre contrat et l'ENA actualisé.
b/ si vous percevez votre PMR à un taux < à 75 % : reportez-vous à la situation du tableau 1/ ci-dessus.
c/ si vous percevez votre PMR à un taux ≥ à 75 % : reportez-vous à la situation du tableau 2/ ci-dessus.

Vous n'êtes pas inscrit à PE

Vous n'avez aucune obligation envers PE. Vous pouvez exercer une activité salariée et souscrire un contrat ESR.

A la fin de votre contrat ESR, votre gestionnaire RH vous remettra une AE et l'ENA actualisé.
A la fin de votre contrat de travail dans le secteur public ou privé, vous pourrez bénéficier de l'ARE, sous certaines conditions. Votre contrat ESR peut compléter une période de travail du secteur public ou privé pour bénéficier d'un droit à l'ARE.

Vous êtes demandeur d'emploi inscrit à Pôle emploi

Vous devez déclarer vos activités de réserve auprès de PE, chaque mois, en actualisant votre situation et en remettant vos bulletins de solde (BS) ou toute attestation mensuelle validée par PE (1).

Vous devrez adresser à PE le dossier que vous aura remis votre gestionnaire RH, notamment l'AE reprenant l'ensemble de vos activités durant votre contrat et l'ENA actualisé. Ces documents doivent être communiqués à PE pour étude éventuelle de nouveaux droits.

Vous n'êtes pas inscrit à PE

Vous n'avez aucune obligation envers PE

Vous gestionnaire RH vous remettra une AE et l'ENA actualisé.

Groupement des Organisations de Réservistes du Service de Santé des Armées
JOURNÉES NATIONALES D'INSTRUCTION

MARSEILLE - Vendredi 19 et Samedi 20 mai 2017



ACTUALITES DU RISQUE NRBC/BMPM

VENDREDI 19 MAI 2017

MATINÉE : CERCLE MESS FORT GANTEAUME
 2 Boulevard Charles Livon - 13007 Marseille

- 8h00 – 8h30** : Accueil Cercle Mess
- 8h30 – 8h45** : Allocution de bienvenue
- 8h45 – 9h15** : Présentation du BMPM
- 9h15 – 12h45** : Cycle de conférences
- 12h45** : Déjeuner-buffet au Cercle

APRÈS-MIDI : FORT GANTEAUME

- 14h00** : Déploiement de matériels en ateliers
- 16h45** : Fin
- 19h00** : **Soirée officielle** : Cercle Fort Ganteaume, Marseille
- 19h00** : Aubade par la musique de la Légion Étrangère
- 19h30** : Apéritif sur la terrasse du Cercle
- 20h00** : Dîner officiel au Cercle Mess

PROGRAMME DES ACCOMPAGNANTS

- 9h45** : Départ du Vieux Port en bateau pour le Château d'If ou l'archipel du Frioul
- 12h45** : Déjeuner-buffet au Cercle, Fort Ganteaume.
- 14h30** : Départ Hôtel de Ville pour une visite en train touristique (Notre Dame de la Garde)
- 19h00** : **Soirée officielle** : Cercle Fort Ganteaume, Marseille
- 19h00** : Aubade par la musique de la Légion Étrangère
- 19h30** : Apéritif sur la terrasse du Cercle
- 20h00** : Dîner officiel au Cercle Mess

SAMEDI 20 MAI 2017

RÉUNIONS ASSOCIATIVES CERCLE MESS FORT GANTEAUME

- 9h00 – 9h30** : Assemblées des associations
- 9h30 – 11h45** : Assemblée générale du GORSSA (membres délégués des associations)/Conférence
- 9h30** : Exposition des partenaires privés soutenant les JOURNÉES GORSSA MARSEILLE 2017
- 12h00** : Déjeuner-buffet au Cercle
- 14h00** : fin des journées nationales d'instruction GORSSA MARSEILLE 2017

PROGRAMME DES ACCOMPAGNANTS

- 9h45** : Départ devant l'Hôtel de Ville pour une visite du vieux Marseille
- 12h00** : Déjeuner au Cercle Fort Ganteaume.

PARTENAIRES



BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom : Prénom :

Né le : à : Nationalité :

E-mail : Portable :

Carte d'identité n° (joindre une copie recto/verso) :

Délivrée le : Autorité de délivrance et lieu :

Grade : DRSSA d'affectation pour les ESR: ESR : OUI NON

Discipline :

A RÉGLER

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

CONGRESSISTES

Vendredi 19 mai 2017
 Déjeuner au Cercle Mess du Fort Ganteaume 22,00 € OUI NON
 Soirée officielle Cercle Mess du Fort Ganteaume 50,00 € OUI NON

Samedi 20 mai 2017
 Déjeuner au Cercle Mess du Fort Ganteaume 22,00 € OUI NON

ACCOMPAGNANT(E)S

Vendredi 19 mai 2017
 Visite de Marseille et déjeuner : forfait 2 jours 60,00 € OUI NON
 Soirée officielle Cercle Mess du Fort Ganteaume 50,00 € OUI NON

Samedi 20 mai 2017
 Visite du vieux Marseille Compris dans forfait
 Déjeuner au Cercle Mess du Fort Ganteaume 22,00 € OUI NON

TOTAL []

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

Règlement ce jour le/...../ 2017 Par chèque bancaire ou postal à l'ordre du GORSSA

Signature

A RETOURNER DANS LES MEILLEURS DELAIS ET AVANT LE 28 AVRIL 2017
 Au Secrétariat de l'U.N.M.R. – 154 bd Haussmann – 75008 PARIS – Tél : 01 53 96 00 19
 Renseignements : gorssa.national@gmail.com

AUCUN DÉSISTEMENT NE SERA PRIS EN COMPTE APRÈS LE 3 MAI 2017



HÔTELS à proximité du Fort Ganteaume

2 Bd Charles Livon - 13007 Marseille - Tel : 04 96 17 28 99

Les distances indiquées correspondent au trajet à pied pour rejoindre le Fort Ganteaume.

- **NOVOTEL VIEUX PORT****** (240m) : 36, Bd Charles Livon 13007 - Tel : 04 96 11 42 11 ⁽¹⁾
- **NEWHÔTEL OF MARSEILLE ****** (270m) : 71, Bd Charles Livon 13007 - Tel : 04 91 31 53 15
- **RADISSON BLU HÔTEL VIEUX PORT****** (300m) : 40, Quai de Rive Neuve 13007 - Tel : 04 88 44 52 00 ⁽²⁾
- **AUBERGE DE JEUNESSE VERTIGO VIEUX PORT** (900m) : 38, Rue Fort notre Dame 13007 - Tel : 04 91 54 42 95
- **IBIS BUDGET VIEUX PORT **** (950m) : 46, Rue Sainte 13001 - Tel : 0 892 68 05 82 ⁽¹⁾
- **HÔTEL ALIZÉ***** (950m) : 35, Quai des Belges 13001 - Tel : 04 91 33 66 97 ⁽²⁾
- **HÔTEL DU SUD**** (1,1km) : 18, Rue Beauvau 13001 - Tel : 04 91 54 38 50 ⁽²⁾
- **HÔTEL CARRÉ VIEUX PORT ***** (1,1km) : 6, Rue Beauvau - Tel : 04 91 33 02 33 ⁽³⁾
- **ESCALE OCÉANIA MARSEILLE VIEUX PORT***** (1,1km) : 5, La Canebière 13001 - Tel : 04 91 90 61 61
- **EUROPE HÔTEL **** (1,1km) : 12, Rue Beauvau 13001 - Tel : 04 91 33 65 64
- **HÔTEL PÉRON**** (1,2km) : 119, Corniche Kennedy 13007 - Tel : 04 91 31 01 41
- **HÔTEL HERMÈS**** (1,4km) : 2, Rue Bonneterie 13002 - Tel : 04 96 11 63 63

Il n'y a pas de pas de pré-réservations déjà effectuées par le GORSSA.

Les réservations devront se faire directement auprès des hôtels.

Certains hôtels peuvent proposer des tarifs préférentiels GORSSA selon indications ci-dessous :

- (1) Groupe Accor : Lien internet dédié, proposant plusieurs tarifs en fonction des options choisis : www.accorhotels.com/lien_externes.svl?goto=rech_resa&destination=0542,0911,2575&sourceid=GORSSA&dayln=17&monthln=5&yearln=2017&nightNb=4&preferredCode=GORSSA&merchantid=par-accorFR&xtor=ADC-5009
Pour choisir les dates qui vous intéressent, il faut cliquer sur « *Modifier votre recherche* »
- (2) Signaler lors de la réservation que vous participez aux Journées du GORSSA.
- (3) www.hotel-carre-vieux-port.com : Mentionner, lors de la réservation sur internet, le Code « GORSSA » en majuscules.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

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

JORF N°0259 DU 06 NOVEMBRE 2016 ORDRE NATIONAL DU MÉRITE

Décret du 4 novembre 2016 portant élévation, promotion et nomination en faveur des militaires n'appartenant pas à l'armée active.

JORF N°0265 DU 15 NOVEMBRE 2016 ORDRE NATIONAL DU MÉRITE

Chancellerie de l'ordre national du Mérite : Au grade de chevalier : M. le Dr Riaud (Xavier), chirurgien-dentiste, chercheur et historien de la médecine et odontologie médico-légale.

Premier ministre Au grade d'officier : M. Leonetti (Georges), doyen d'une faculté de médecine, chef du service de médecine légale d'un centre hospitalier universitaire, médecin chef des armées.

JORF N°0271 DU 22 NOVEMBRE 2016 AFFECTATION ET ÉLÉVATION D'OFFICIERS GÉNÉRAUX

M. le médecin général inspecteur, médecin chef des services hors classe Godart (Patrick) est nommé inspecteur général du service de santé des armées à compter du 30 décembre 2016. Il est, pour prendre rang de la même date, élevé aux rang et appellation de médecin général des armées

M. le médecin général inspecteur, médecin chef des services hors classe Vallet (Dominique,) est nommé chargé de mission auprès du directeur central du service de santé des armées

M. le médecin général inspecteur, médecin chef des services hors classe Rouanet (Philippe) est nommé directeur central adjoint du service de santé des armées
M^{me} le médecin général inspecteur, médecin chef des services hors classe Gygax (Maryline) est nommée adjointe « *offre de soins et expertise* » au directeur central du service de santé des armées

M. le médecin général, médecin chef des services hors classe Lecureux (Pierre) est nommé adjoint « *emploi* » au directeur central du service de santé des armées

M. le médecin général, médecin chef des services de classe normale Boin (Jean-François,) est nommé sous-directeur « *plans-capacités* » de la direction centrale du service de santé des armées.

JORF N°0279 DU 1^{ER} DÉCEMBRE 2016

Décret du 29 novembre 2016 portant nomination dans la réserve opérationnelle

JORF N°0291 DU 15 DÉCEMBRE 2016

Décret du 13 décembre 2016 portant nomination dans la réserve opérationnelle

JORF N°0296 DU 21 DÉCEMBRE 2016

Décision du 15 décembre 2016 portant inscription au tableau d'avancement pour l'année 2017 (armée d'active)

BOC

N°43 DU 22 SEPTEMBRE 2016

N°46 DU 13 OCTOBRE 2016

N°47 DU 27 OCTOBRE 2016

N°51 DU 10 NOVEMBRE 2016

N°56 DU 15 DÉCEMBRE 2016

N°55 DU 08 DÉCEMBRE 2016

N°56 DU 15 DÉCEMBRE 2016

Nominations dans la réserve du SSA.

BOC N°45 DU 06 OCTOBRE 2016

Nominations dans la réserve du SSA et du SCA/SSA.

PREMIER MINISTRE

JORF N°0227 DU 29 SEPTEMBRE 2016

Décret n° 2016-1254 du 27 septembre 2016 portant relèvement des droits de chancellerie LH

JORF N°0227 DU 29 SEPTEMBRE 2016

Décision du 27 septembre 2016 portant relèvement des droits de chancellerie ONM

TEXTE N°2 DU 02 JUIN 2016

Instruction n° 230109/DEF/SGA/DRH-MD relative à l'exercice par des personnels civils de la défense d'activités dans la réserve opérationnelle

JORF N°0172 DU 26 JUILLET 2016

Assemblée Nationale question n° 98152 posée par M. François Cornut-Gentille

JORF N°0213 DU 13 SEPTEMBRE 2016 PAGE 8176

Assemblée Nationale question n° 98152 : réponse de M ; Yves Le Drian Ministre de la Défense
Ces deux textes concernent la gestion de la retraite liée aux activités des réservistes opérationnels sous ESR

BOC N°44 DU 29 SEPTEMBRE 2016

Circulaire N°1796/DEF/DCSSA/BGC/CHANC relative aux circuits de notation et de fusionnement des officiers du corps des commissaires des armées d'active et de réserve pour le cycle de 2015-2016.

BOC N°46 DU 13 OCTOBRE 2016

Instruction N°515916/DEF/DCSSA/RH/RES relative à l'organisation et au fonctionnement de la réserve militaire du service de santé des armées.

JORF N°0240 DU 14 OCTOBRE 2016

Décret n° 2016-1364 du 13 octobre 2016 relatif à la Garde Nationale.

JORF N°0243 DU 18 OCTOBRE 2016

Arrêté du 03 octobre 2016 portant attribution de la qualité de partenaire de la réserve citoyenne.

JORF N°0253 DU 29 OCTOBRE 2016

Arrêté du 19 octobre 2016 modifiant l'arrêté du 29 juillet 2014 portant organisation du service du commissariat des armées.

BOA ÉDITION CHROLOGIQUE N°52 DU 17 NOVEMBRE 2016

Arrêté du 087 novembre 2016 fixant au sein du service de santé des armées la liste des autorités militaires investies du pouvoir disciplinaire d'autorité militaire de premier niveau ou d'autorité militaire de deuxième niveau.

EMA TEXTE N°9 DU 07 DÉCEMBRE 2016

Instruction N° 13199/DEF/DCSCA/BGC/SRF portant organisation générale de l'enseignement militaire supérieur des commissaires des armées.

BOC N°56 DU 15 DÉCEMBRE 2016

Instruction N° 19331/DEF/SGA/DRH-MD/SDPEP relative à la notation des officiers d'active et de la réserve opérationnelle, des aspirants et des officiers volontaires de l'armée de terre, de la marine nationale, de l'armée de l'air, du service de santé des armées, du service des essences des armées, du service du commissariat des armées, du service d'infrastructure de la défense et des chefs de musique.

Nous apprenons le décès le 2 octobre 2016 du Médecin Général Inspecteur, Médecin Chef des Services Hors Classe Jean BLADÉ, commandeur de la Légion d'Honneur, grand officier du Mérite de la République Fédérale d'Allemagne, Commandeur de la Legion of Merit.

Le MGI Bladé a été le Directeur Central du Service de Santé des Armées du 31 octobre 1990 au 18 septembre 1994. Il avait eu à ce poste à gérer l'engagement du SSA dans la Guerre du Golfe (2 août 1990 – 27 février 1991).

Les membres du GORSSA partagent la peine de sa famille et l'assurent de leurs pensées attristées.

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



MÉDECIN EN AFGHANISTAN

Médecin en Chef Étienne PHILIPPON
Éditions Lavauzelle

Tombeau des empires, l'Afghanistan a été pendant plus d'une décennie un théâtre d'opération difficile et particulier où les militaires français ont accompli admirablement leur devoir loin de chez eux. Certains l'ont payé de leur vie. Ce conflit a suscité de nombreux ouvrages et pour la première fois, un médecin militaire français fait part de sa vision du terrain.

Engagé en Afghanistan d'octobre 2010 à avril 2011, le médecin en chef Etienne Philippon décrit dans son journal avec spontanéité et franc-parler le quotidien de sa mission. Écrit sur le vif et au fil de l'eau, ce récit offre un regard précis sur les événements avec un style alliant tact, pudeur, humour et franchise. Il nous confie ce qu'il ressent et nous invite à partager l'intimité de l'équipe opérationnelle de liaison et d'encadrement (OMLT) d'un bataillon afghan déployé en Surobi et en Kapisa. Il explique sans détour le sens de son action de soutien médical et de formation d'une section médicale afghane, le rôle particulier du service de santé des armées en tous lieux et en toutes circonstances au service et avec les combattants et décrit avec détails et humanisme comment il vit sa mission au quotidien. Il montre la force et la faiblesse de cette nouvelle armée et, à travers elle, décrit la société afghane. Ce livre propose l'histoire de ces hommes envoyés loin de chez eux pour conseiller et appuyer sur le terrain cette jeune Armée nationale afghane pour plus de stabilité.

Le docteur Etienne Philippon nous raconte sans détour sa mission ainsi que son bap-

tême du feu avec la découverte pour lui du sens des mots « frères d'armes ». Il raconte son quotidien de soldat et fait partager son expérience opérationnelle vécue dans ce pays, mais aussi ses réflexions, ses doutes, ses souffrances et ses satisfactions. Une aventure humaine d'un père de famille, médecin portant l'uniforme.

Les droits d'auteurs de ce livre sont reversés à l'association Terre Fraternité.



MER ET MARINE, enjeux stratégiques et culturels du XXI^e siècle pour un monde plus fluide, plus juste, plus durable

sous la direction de Siméon MONTROSE et Éric BARRAULT
Éditions L'Harmattan

Un bel ouvrage, illustré d'œuvres de Peintres officiels de la Marine, qui offre un vaste choix de thèmes et une diversité d'enjeux. Territoire de vie, d'action et parfois de combat d'une société bien particulière, la mer est essentielle à l'économie mondialisée. Les essais de cet ouvrage invitent le lecteur à plonger au cœur de cette culture marine, faite d'esprit d'équipage, d'aventures, mais surtout de service.

Dans le chapitre « Marine, société et culture », on trouve en fin bel hommage aux valeurs éducatives de la Marine à propos de la Préparation Militaire Marine.

Avec la participation du vice-amiral Emmanuel DESCLÈVES, du contre-amiral Jean DUFOURCQ, du commissaire général de la Marine Jean-Louis FILLON, du vice-amiral d'escadre Olivier LAJOUS, de monsieur Marc MUGUET, de monsieur Patrick NAUDIN MAC-AULIFFE et du professeur Chantal TEYNIER.



HISTOIRE DE L'AFRIQUE DU NORD

(Égypte, Libye, Tunisie, Algérie, Maroc)
Des origines à nos jours

Éditions du Rocher

L'Afrique du Nord est formée de cinq pays (Égypte, Libye, Tunisie, Algérie et Maroc) que cet ouvrage présente dans leur longue durée historique. À l'est, centrée sur l'étroit cordon du Nil, l'Égypte développa, dès le 5^e millénaire av. J.-C., une civilisation aussi brillante qu'originale. À l'ouest, en Berbérie, apparurent au VI^e siècle av. J.-C., trois royaumes berbères dont les limites correspondaient aux actuels États du Maghreb. Rome imprégna ensuite toute la région de sa marque. L'empire byzantin qui lui succéda s'établit de l'Égypte jusqu'à l'est de l'actuelle Tunisie, renonçant à la plus grande partie du Maghreb où la « reconquête » berbère eut raison du vernis romano-chrétien. Aux VII^e-VIII^e siècles, l'islamisation provoqua une rupture entre les deux rives de la Méditerranée ainsi qu'une profonde mutation des sociétés nord-africaines. Au XVI^e siècle, l'expansion turco-ottomane subjuguait toute l'Afrique du Nord avant de buter sur le Maroc qui réussit à maintenir son indépendance en s'alliant à l'Espagne chrétienne.

Durant la période coloniale, les Britanniques s'installèrent en Égypte, les Italiens disputèrent le vide libyen à la Turquie et, à l'exception de la partie nord du Maroc devenue protectorat espagnol, le Maghreb fut tout entier rattaché au domaine français. L'Égypte recouvrit son indépendance en 1922, la Libye en 1951. Quant au Maghreb, il connut des péripéties sanglantes avec la guerre d'indépendance algérienne (1954-1962). En dépit d'une « arabité » postulée et d'une islamité commune, les cinq pays composant l'Afrique du Nord eurent ensuite des destins divers illustrés par l'épisode dit des « *princeps arabes* ».

Riche d'une centaine de cartes en couleur, ce livre est l'outil de référence indispensable à tous ceux qui veulent connaître les constances de la géopolitique de cette arrière-cour de l'Europe qu'est l'Afrique du Nord.

L'auteur est universitaire, professeur aux Écoles de Saint-Cyr-Coëtquidan, à l'École de guerre et expert auprès du TPIR (ONU). Il est notamment l'auteur d'une Histoire de l'Égypte, d'une Histoire du Maroc, d'une Histoire de la Libye, d'une Histoire des Berbères et d'une monumentale Histoire de l'Afrique. Il dirige la revue par internet l'Afrique réelle.



« LE SERVICE DE SANTÉ AUX ARMÉES »
de la Révolution et de l'Empire
1792 – 1815,
chirurgiens, médecins, pharmaciens
Alain Pigeard
Éditions de la Bisquine

Comme dans toutes les armées d'Europe à cette époque, le service de santé aux armées français ne dispose pas des moyens dont il aurait besoin. Pourtant, la France fait figure de modèle avec des hommes exceptionnels dans les disciplines que sont la chirurgie, la médecine et la pharmacie, tant par leurs personnalités que par leurs inventions et leurs réalisations au service du soldat blessé

et de l'être humain. Cet ouvrage présente de manière chronologique l'évolution du service de santé sur près de vingt-cinq ans, de la veille de la Révolution française à la fin de l'Empire : soins apportés, évolution des techniques, argot spécifique, témoignages, biographies des célébrités du monde médical. Le lecteur y trouvera aussi les repères législatifs utiles et comme toujours, une bibliographie très complète.

Historien et juriste de formation, Alain Pigeard a été professeur de droit mais il demeure avant tout un passionné du Premier Empire et notamment d'histoire militaire. Il est l'auteur de plus de cinquante titres sur la période napoléonienne dont le « Dictionnaire de la Grande Armée » et le « Dictionnaire des batailles de Napoléon » ; il est également le créateur de la reconstitution historique napoléonienne en France en 1984. Chercheur, conférencier et actuel président du Souvenir Napoléonien depuis 2012, il a été nommé chevalier de la Légion d'honneur en 2009 pour l'ensemble de son action et de son œuvre historique.



LA BATAILLE DE STONNE,
mai 1940, un choc frontal durant
la campagne de France

Jean-Paul AUTANT, avec le témoignage
de Jean-Pierre LEVIEUX, Éditions
Lavauzelle

Cet ouvrage relate l'histoire des soldats français qui stoppèrent une avancée de l'offensive allemande dans la zone pré ardennaise du sud de Sedan, à partir du 14 mai 1940. Il tend à combler une grave lacune en faisant la lumière sur un épisode de la campagne de France complètement ignoré des Français d'aujourd'hui. Il prend ainsi 1^{er} contre-pied des idées reçues et prouve de manière éloquentes la bravoure et la combativité de ces soldats face à plusieurs divisions ennemies qui se relayèrent et se coordonnèrent pour tenter de percer ici

la ligne de front. Terribles combats, parmi les plus acharnés de toute cette période de la guerre, ils étaient surnommés par les Allemands le « *Verdun de 1940* ». En retraçant, jour après jour, les affrontements, La bataille de Stonne décrit en détail les enjeux, les unités engagées de part et d'autre, les actions déclenchées et leur impact sur l'adversaire. Le livre achevé, le lecteur aura pris pleinement conscience de la véritable dimension de ces luttes qui, malgré leur ampleur meurtrière, ne purent repousser la longue nuit qui recouvrit la France. Mais il aura reconnu la juste place des défenseurs de Stonne, celle de l'honneur.

Jean-Paul Autant est fils d'un combattant de Stonne. Docteur en sciences humaines, il étudie depuis plusieurs années le rôle de la France dans la Seconde Guerre mondiale et s'applique ici à l'examen rigoureux, approfondi des circonstances et du déroulement de la bataille.

Jean-Pierre Levieux a combattu durant toute la bataille de Stonne au 242^e régiment d'artillerie. Chevalier de l'ordre national du Mérite, Président d'honneur de l'amicale des artilleurs anciens combattants de la 3^e division d'infanterie motorisée, il apporte ici son fidèle témoignage, ses informations spécialisées.

L'ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON DE 1888 À 1918
William ROCCO-GIRAUDON
Thèse de Doctorat en Histoire

À travers ces documents, il retrace les relations entre le médecin capitaine Alexandre Lacassagne, et le maire de Lyon, Antoine Gailleton (médecin), qui sont à l'origine de l'école. C'est seulement en 1888 que le président de la République Sadi Carnot signe le décret pour la création, à Lyon, d'une École de santé militaire de l'Armée de Terre. Le 1^{er} mars 1889, la mairie de Lyon, prend à sa charge la construction des différents bâtiments, avenue Berthelot. Dès août 1914, l'école se transforme en hôpital complémentaire N° 9, avec 1 300 lits, et cela jusqu'en 1920.

Depuis 2011, William Rocco-Giraudon, doctorant en histoire, mène des recherches et son manuscrit vient de recevoir le label 14-18, dans le cadre du centenaire de la Grande Guerre.

MÉDECINE ET ARMÉE TOME 44
N°4 OCTOBRE 2016 :
Dossier « *Activités pharmaceutiques spécifiques et biomédicales au sein des armées* »

MÉDECINE ET ARMÉE TOME 44
N°5 DÉCEMBRE 2016 :
Dossier « *Expertise médicale aéronautique militaire* »

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.

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.

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.

À CONNAÎTRE : ADRESSES « COURRIEL » DE LA RÉDACTION

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

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

Secrétariat général : gorssa.national@gmail.com

Correspondants de rédaction :

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

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

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

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

A.N.O.R.S.C.A. : philippe.massicot@orange.fr

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

Région de Toulon : c.dulaurans@laposte.net

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

14 Boulevard des Pyrénées – 64000 PAU
michel.croizet@free.fr

