

# Actu GORSSA

Trimestriel - septembre 2010



Afghanistan

2010



Liban

Londres



**A TOUS LES FRANÇAIS**  
*La France a perdu une bataille!  
 Mais la France n'a pas perdu la guerre!*

Des gouvernants de rencontre ont pu capituler, cédant à la panique, oubliant l'honneur, livrant le pays à la servitude. Cependant, rien n'est perdu!

Rien n'est perdu, parce que cette guerre est une guerre mondiale. Dans l'univers libre, des forces immenses n'ont pas encore donné. Un jour, ces forces écraseront l'ennemi. Il faut que la France, ce jour-là, soit présente à la victoire. Alors, elle retrouvera sa liberté et sa grandeur. Tel est mon but, mon seul but!

Voilà pourquoi je convie tous les Français, où qu'ils se trouvent, à s'unir à moi dans l'action, dans le sacrifice et dans l'espérance.

Notre patrie est en péril de mort.  
 Luttons tous pour la sauver!

**VIVE LA FRANCE !**

*J. de Gaulle*  
**GÉNÉRAL DE GAULLE**  
 QUARTIER GÉNÉRAL  
 4, CANTON GARDEN  
 LONDON, S.W.1



Côte-d'Ivoire

Tchad

1940

Brazzaville

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

1<sup>ère</sup> année  
n°2-3

## Revue commune à :



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



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



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



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



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



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

**Actu  
GORSSA**

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

**Directeur de la Publication :** Xavier SAUVAGEON

### COMITÉ DE RÉDACTION

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

**Délégué Général :** Jean-Michel PAUCHARD

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

**Secrétaire de rédaction :** Marie-Hélène SICE

**Trésorier-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 :** 4,25 €

**Prix de l'abonnement :**

Membres des Associations : 17 €

Non-membres : 40 €

Etrangers : 80 €

De soutien : à partir de 50 €

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

**Commission paritaire :** en cours

**Dépôt légal :** 3<sup>e</sup> trimestre 2010

**ISSN :** 2110-7424

**Crédits photographiques :** JDC - XS - JMP - Denys Chappey / UNOR - SSA - D.R.

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



## « Propos » du Délégué Réserves du Service de Santé des Armées



© Denys Chappey/UNOR

Lorsque la loi du 22 octobre 1999 créa la réserve opérationnelle, beaucoup se sont interrogés sur les chances de réussite de cette nouvelle organisation.

Avec un recul de plus de dix années, il apparaît aujourd'hui évident que la réserve opérationnelle a bien pris son essor et qu'elle a pleinement trouvé sa place

au sein des armées dont elle constitue une composante importante. On peut également affirmer que la réserve opérationnelle a tenu un rôle majeur dans la réussite de la professionnalisation de l'armée française.

Pour le Service de santé des armées, cette réussite doit beaucoup aux responsables de l'époque : en premier lieu au médecin général des armées Meyran, directeur central du service de santé, qui sut immédiatement percevoir l'opportunité exceptionnelle que constituait la réserve opérationnelle pour le SSA, dans une période rendue difficile par la suspension du service national décidée au moment où les effectifs des médecins d'active étaient déficitaires. La politique décidée par le directeur central en matière de réserve opérationnelle fut mise en œuvre avec beaucoup de talent et de charisme par le médecin général Choukroun, chef du bureau réserves de la DCSSA et par le médecin général inspecteur Wey, inspecteur technique des réserves et de la mobilisation, qui ont tous deux su imaginer et mettre en place les nouvelles règles de gestion et les nouvelles structures nécessaires à la réserve opérationnelle.

Cette réussite doit également être portée au crédit des membres de l'ancienne réserve de mobilisation et de leurs organisations, qui constituaient un réseau de réservistes très attachés à l'institution

militaire, à partir duquel il fut possible de bâtir la réserve opérationnelle. Le facteur-clé de ce succès a résidé dans la rapidité de sa création, deux ans seulement après la suspension du service national, ce qui a permis l'engagement immédiat dans la réserve opérationnelle des anciens appelés rassemblés déjà membres de la réserve de mobilisation. Ces réservistes formés et expérimentés ont permis au dispositif de répondre très rapidement aux attentes des armées et de leur apporter un renfort particulièrement appréciable au cours d'une période où nos unités étaient engagées sur de multiples théâtres extérieurs.

Pendant la phase initiale de montée en puissance de la réserve opérationnelle, le service de santé a délibérément choisi de privilégier la recherche de nouveaux réservistes en milieu civil plutôt que de céder à la facilité de recruter parmi les anciens militaires d'active. Cette orientation, mise en application par les directions régionales du SSA, a engendré une dynamique de recrutement dont notre service bénéficie encore aujourd'hui et qui lui permet de recruter chaque année plus de 900 nouveaux réservistes opérationnels parmi les étudiants et les professionnels de santé.

Ce flux de recrutement, ajouté au départ des plus anciens atteints par la limite d'âge, entraîne une modification progressive de la composition de notre réserve : initialement constituée d'hommes formés par le service militaire, elle comporte aujourd'hui plus de 50 % de jeunes hommes et de jeunes femmes, appartenant aux générations qui n'ont pas été soumises à la conscription.

Dans ce contexte, les différentes associations rassemblées au sein du GORSSA ont aujourd'hui un rôle très important à jouer pour assurer la cohésion entre les nouvelles générations qui s'engagent dans la réserve et les plus anciennes, afin de rassembler tous les réservistes autour de valeurs communes et de développer chez eux le sentiment d'appartenir à une communauté solidaire et structurée.

Médecin chef des services Luc GUILLOU  
Délégué Réserves du Service de Santé des Armées

## Sommaire

« Propos » du Délégué Réserves	3	Actualités (Articles et Rubriques) :	
Hommage au Général BIGEARD	4	« Avec »... l'UNMR	20
Réceptions dans la Légion d'Honneur	5	« Avec »... la FNPR	34
L'OTAN ; les Réserves de l'OTAN et le service de Santé...	6	« Avec »... l'UNVR	40
15 <sup>ème</sup> Raid et manifestations associatives	9	« Avec »... la FNCDR	44
« SINUS »	12	« Avec »... l'ANORCTASSA	52
Informations « Officielles »	18	« Avec »... l'AMITRHA	54
		Ouvrages parus - Bibliographie	58



## Hommage du Premier ministre au général BIGEARD



Un soldat de France nous a quittés.

Une grande gueule, une belle gueule, une gueule de France s'en est allée.

C'était un 18 juin, une date qui symbolise les valeurs de courage, d'abnégation et de grandeur auxquelles le Général Bigeard a voulu être fidèle tout au long de son existence.

Il a marqué l'histoire de notre armée contemporaine.

De 1939 à 1960, il en a vécu les aventures et les combats. Il en a connu les passions, les fraternités, les mélancolies aussi. Il fut au premier rang dans ses victoires, et même à travers les revers et les infortunes, il sut conquérir des "parcelles de gloire".

Né à Toul, dans un territoire meurtri par les guerres, il avait été, dès son enfance, sensible à la cause sacrée de notre indépendance.

C'est avec la Seconde Guerre mondiale que bascule le destin de celui qui avait d'abord commencé, dans les années trente, une carrière d'employé de banque.

Volontaire dans les Corps Francs, à vingt-trois ans, il prend la tête d'un groupe de combat en Alsace. Fait prisonnier en juin 1940, il entreprend, par deux fois, de s'évader, mais il est repris ; la troisième tentative est la bonne. Nous sommes à la fin de l'année 1941. Bigeard passe en zone libre, puis rejoint l'Afrique. L'armée française de la Libération le recrute comme parachutiste. "Commandant Aube" est son nom de guerre. Il saute en France et libère l'Ariège en août 1944 avec un commandant espagnol et un major anglais.

En septembre, l'état-major des forces alliées écrivait : *"Par son courage, son énergie et son esprit d'initiative, le commandant Bigeard a donné un merveilleux exemple à ses hommes et a permis la victoire d'un maquis très réduit sur des forces allemandes très supérieures en nombre au cours d'une bataille acharnée."*

Après la Libération, vient le temps des guerres d'indépendance. Pendant de trop longues années, les dirigeants de notre pays furent bousculés par le sens de l'Histoire.

L'armée française dut faire face aux tourments et aux tragédies de l'époque. Elle le fit avec courage et patriotisme, avec esprit de devoir et de sacrifice. En octobre 1945, Bigeard est en Indochine. Il prend le surnom de "Bruno", son indicatif radio.

A l'automne 1952, lors de l'offensive de Tu Lê, les "para" de Bigeard, encerclés par les

combattants du Vietminh, sont donnés pour perdus.

Mais pendant plusieurs jours, au péril de leur vie, ils se frayent un chemin à travers la jungle ; ils regagnent les lignes françaises, au moment où l'état-major, qui n'y croyait plus, allait rayer des listes le nom du bataillon Bigeard...

La France entière se découvre des héros, des héros submergés par le nombre, des héros sans doute perdus mais glorieux. A la bataille de Dien Bien Phu, Bigeard communique son énergie et son refus de la défaite à l'ensemble du corps expéditionnaire assiégé.

Prisonnier durant quatre mois, il est célébré par les Français, lorsqu'il rentre à Paris, comme l'un de ceux qui ont défendu jusqu'au bout l'honneur de son armée.

Au moment de se rendre, il avait refusé de lever les bras. Entre 1955 et 1960, Bigeard est en Algérie – autre moment douloureux de notre histoire.

Il s'illustre notamment à la tête du 3<sup>e</sup> régiment de parachutistes coloniaux dont le 3<sup>e</sup> régiment de parachutiste d'infanterie de marine, présent aujourd'hui avec son drapeau, est l'héritier.

Blessé deux fois, Bigeard est décoré par le Président René Coty, et il est fait grand officier de la légion d'honneur.

"Je n'ai jamais aimé cette période", dira-t-il plus tard. Cette période cruelle où l'armée fut déchirée, et où certains consentirent l'inacceptable.

Il servit fidèlement, totalement, jusqu'au sursaut politique que le général de Gaulle imprima à la France pour dénouer cette tragédie.

En 1994, quarante ans après Dien Bien Phu, Bigeard était retourné au Vietnam sur le théâtre de cette bataille.

L'instant avait été très émouvant.

Sans jamais oublier ses camarades morts en captivité, il avait salué le commandant vietnamien qui avait été, jadis, son ennemi mortel. Bigeard était de ceux pour qui la lutte n'exclut pas le respect de l'adversaire et l'estime entre braves au lieu de la haine.

Bigeard, c'était un caractère et un style.

Un style populaire, un style charismatique, chevaleresque.

C'était un chef admiré, toujours là pour donner l'exemple, respectueux de ses hommes et de leur vie.

Il était de celui sur qui l'on s'appuie dans les heures difficiles. Il donna aux "paras" de France une part de leur gloire, leur allure, leur

FNCDR

ANORCTASSA

AMITRHA



esprit qu'il définissait par la fougue, l'intelligence du combat, le sens du terrain, le flair du danger, le goût de la manœuvre. Jeune soldat devenu général de corps d'armée, il était l'exemple de l'élévation au mérite qui appartient aux valeurs de notre armée et de notre République.

Son charisme rayonna au-delà du cercle de ses hommes. Bigeard incarnait le lien entre notre peuple et son armée.

C'est pour affirmer ce lien qu'il accepta de devenir Secrétaire d'Etat à la Défense Nationale en 1975, à la demande du Prési-

dent Valéry Giscard d'Estaing.

Il parcourut les champs de manœuvre et les popotes en retrouvant, dans les yeux de ceux qu'il appelait ses "p'tits gars", le reflet brillant de son propre enthousiasme.

Sous l'autorité de son ministre, Yvon Bourges, il engagea le chantier de la modernisation de nos armées et de leurs équipements.

Député de Meurthe-et-Moselle entre 1978 et 1988, président de la Commission de la défense nationale, il œuvra pour unir toujours plus fortement le service de l'intérêt public et le respect dû à nos forces armées.

Il écrivit, à la fin de sa vie : *"Le vieux soldat que je suis devenu essaie de continuer à servir en puisant certes dans son passé, mais en ayant le regard fixé sur ce que*

*pourrait être demain, et où là comme ailleurs les paras, qui furent toute ma vie, sauront défendre une liberté qui n'a pas de prix."*

Sensible aux grandeurs de notre histoire, il voulait que nous puissions continuer à l'écrire.

La popularité qu'il avait acquise dans les circonstances les plus difficiles, il la mit au service du renouveau des moyens, des missions et des valeurs de notre Armée. Il préserva le fil de sa fierté.

La France qui refuse le défaitisme et la médiocrité, la France qui agit au nom de la grandeur, la France qui exige le don de soi, cette France-là battait intensément dans le cœur de Marcel Bigeard.

Marcel Bigeard, soldat de France, que sa famille, ses camarades de combat et la République entourent et honorent aujourd'hui. ■

(Extrait de la « Lettre d'information du CEMAT »).

## Réceptions dans la Légion d'Honneur

Deux Présidents nationaux et trois de nos camarades distingués...



Le 16 juin, par une splendide matinée ensoleillée, s'est déroulée sur la place d'armes du Camp des Loges à Saint-Germain-en-Laye une très belle cérémonie sous la présidence du Général Gouverneur Militaire de Paris. Le Service de Santé fut particulièrement remarqué... En effet, c'est au cours de la prise d'armes que, devant les Troupes au « Présentez-Armes », le Médecin Général Inspecteur J. DOROL, Directeur régional, a reçu dans la Légion d'Honneur les CDC (R) J.-P. FOGEL, Président de la FNCDR, MC (R) M. LECOMTE et Lt-Col (R) A. MICHEL, Président de l'ANORCTASSA, leur épinglant sur la poitrine les Insignes de Chevalier ; c'est au « Portez-Armes » que le MC (R) B. GIBELIN, ancien de la « mythique 22 » fut fait, à la même occasion, Chevalier de l'Ordre National du Mérite. Après le défilé, un « pot » très amical nous fut servi dans les locaux de la Direction régionale du SSA réunissant familles, personnel de la DRSSA et amis.

Pour entourer nos camarades, avaient tenu à être présents : le MCS L. GUILLOU, Délégué Réserves du SSA, le CDC (R) PAUCHARD, représentant le MC (R) SAUVAGEON, Président du GORSSA, retenu par des obligations professionnelles impératives et imprévues, le CDCS (R) MATHIEU, le MC (R) TRAN, les CDC (R) CHOUTEAU, FRAJDER, GATEAU, LEGENS, MONTAGNE, le CD (R) KALIFA, ainsi que Mesdames DAMAS et PAUCHARD.

Le 13 juillet, c'était au tour du MC (R) Y. MESLIER, membre du bureau de l'UNMR, d'être fait Chevalier de la Légion d'Honneur. Les Présidents SAUVAGEON, MOULINIÉ et PAUCHARD ainsi que Madame PAUCHARD accompagnaient notre ami et sa famille, acteurs et spectatrice d'une prestigieuse parade - avec prise d'armes et important défilé de Troupes à cheval, à pied et motorisées - se déroulant en nocturne sur la terrasse du château de Saint-Germain-en-Laye. De très nombreuses et Hautes Autorités Civiles et Militaires honoraient cette cérémonie dont l'éclat était rehaussé par la participation d'une musique écossaise et d'un détachement de superbes « Guards » britanniques. C'est par une réception à la Mairie que se termina cette exceptionnelle soirée.

Nos chaleureuses félicitations à nos camarades décorés qui furent justement honorés... J.-M.P.



UNMR

FNPR

UNVR

# L'OTAN DANS UN MONDE DÉSTABILISÉ...

Christian LE ROUX\*



Albanie



Allemagne



Belgique



Bulgarie



Canada



Croatie



Danemark



Espagne



Estonie



États-Unis



France



Grèce

C'est sur ce thème que s'est tenu le séminaire annuel 2010 organisé du 31 janvier au 3 février dans le cadre de la Fondation K. ADENAUER à WESSELING près de BONN : une soixantaine d'officiers délégués de la Confédération interalliée des Officiers de Réserve, représentant plus de vingt nationalités, y ont participé. Se trouvait proposée à leurs travaux une évaluation de la transformation politique de l'OTAN, de ses réajustements et de son évolution.

## LA SITUATION GLOBALE

L'abord premier de la problématique s'est fixé sur une analyse de l'impact du sommet de l'OTAN 2009 de STRASBOURG. Le choix de la date et du lieu de cette réunion avait été souligné par une forte valeur symbolique : coïncidant avec le retour de la France dans la structure militaire intégrée et associant rencontres et célébrations de part et d'autre du Rhin.

Ce sommet a matérialisé un nouvel aspect de l'OTAN. La porte du dialogue ayant été ouverte pour l'Albanie, la Croatie, la Serbie, la Bosnie-Herzégovine, le Monténégro, la République de Macédoine (Fyrom) par l'approche des partenariats, apparaissait dans l'objectif, l'espoir d'une participation définitive des Balkans. Ces pays sont rendus dans les faits, à ce jour, à différents stades d'intégration.

Tandis que du côté de la Mer Noire et du Caucase, les problèmes de la Georgie et de l'Ukraine ont été « sagement repoussés », en attente des réformes...

Après le sommet de STRASBOURG, la définition d'une nouvelle grande stratégie a été confiée à une commission présidée par Madeleine ALBRIGHT, dont on se rappelle le rôle sous l'Administration CLINTON et notamment dans le conflit des Balkans.

Le nouveau concept stratégique de l'OTAN veut faire appel aux références du Traité fondateur : « Liberté – démocratie – sécurité – prospérité ». L'OTAN doit rester certes une organisation militaire pour parer aux nécessités : mais la proposition de fond est une valorisation du Partenariat pour la Paix.

Toutes les formes de partenariat doivent être mises en valeur à travers l'EAPC (European Atlantic Partnership Council), le Dialogue méditerranéen, l'initiative d'ISTANBUL et aussi les « contact countries » de par le monde (Australie, Singapour, Chili, Japon...).

Un authentique redémarrage des relations avec la Russie ne doit pas être négligé. Le débat sur la Russie est complexe : mais au-delà du désaccord sur le Kosovo, la Georgie, l'Ukraine, il faut discuter de façon pragmatique et répondre aux initiatives.

L'Afrique n'est pas laissée de côté mais les engagements à son égard veulent se limiter à des soutiens logistiques, la position qui prévaut étant de considérer qu'à des problèmes africains conviennent des solutions africaines.

Les problèmes majeurs se recentrent d'évidence sur l'arc de crise allant du Moyen-Orient et de l'Irak à l'Asie Centrale et à l'Afghanistan. S'y rattachent toutes les priorités ressortissant de la sécurité énergétique (production et transports), la piraterie, les narcotiques, mais aussi la défense cybernétique, le contrôle des armements, la défense antimissile.

Ne doivent pas en être exclues les opérations humanitaires, les conséquences du changement climatique, l'éco-terrorisme, la diplomatie de l'eau.

L'ensemble des chapitres de ce catalogue concourt à un constat de déstabilisation. Le nouveau concept doit donc identifier le mieux possible où seront les zones de danger dans le futur : ce sont aujourd'hui vingt-huit nations qui ont à définir les instruments politiques et militaires nécessaires et que soutiendront les opinions publiques.

La situation présente connaît deux foyers de crise prépondérants qui se centrent sur l'Iran et l'Afghanistan.

## L'IRAN

Troisième pays producteur mondial de pétrole (les premières découvertes y remontent à 1908), l'Iran éprouve aujourd'hui des difficultés à produire son gaz et l'industrie pétrolière s'est dégradée : sa restauration prendra au moins cinq ans.

C'est un état fort, gouverné par la révolution islamique, mais qui est économiquement faible. Protecteur du chiisme, il ne peut être reconnu comme leader du monde islamique. Toute collaboration est impossible avec l'Arabie Saoudite et avec la Turquie notamment, qui est son principal rival économique. Les instances dirigeantes se partagent entre un rejet de principe de « l'agression culturelle de l'Occident » (Khatami) et une ouverture tactique limitée vers l'Ouest (Ahmadinejad).

\* MCS (R)  
Délégué Général UNMR chargé des relations GORSSA-CIOMR  
Auditeur de l'IHEDN

Toujours actif au travers du Hezbollah, son principal « succès » extérieur, l'Iran n'a (sans doute) plus la capacité d'exporter le terrorisme, comme il y a dix ans, et bien qu'il y ait beaucoup d'anciens terroristes dans les allées du pouvoir. Il s'y livre en revanche une « course entre la bombe et la démocratie ».

Quelle politique adopter envers l'Iran ? Soutenir le peuple et contenir le gouvernement.

Qui peut mettre la pression sur l'Iran ? Les Etats-Unis en premier, les Européens (mais leur influence est en baisse, comme l'a montré l'échec de la démarche européenne – France, Grande-Bretagne, Allemagne – contre le nucléaire iranien) et peut-être surtout la Russie, dont l'influence est manifestement en hausse.

Quelles conclusions ? La meilleure façon d'escompter un changement de régime en Iran est de laisser faire de l'intérieur : c'est d'ailleurs l'optique OBAMA. L'Iran est faible : il devient donc dangereux lorsqu'il se sent en danger. Pour autant : « L'intérêt bien compris de l'Iran est d'avoir la capacité de fabriquer la bombe, sans la détenir... »

### L'AFGHANISTAN

L'Afghanistan est considéré comme l'épicentre du terrorisme. Les Talibans et Al-Qaïda représentent un problème « fluide » transfrontalier entre Afghanistan et Pakistan, à travers la zone tribale. Les racines du terrorisme s'y rejoignent. Les challenges sont les mêmes.

Au Pakistan, une identité islamique a été forgée pour apaiser les fondamentalistes. Chaque fois qu'un régime à visée démocratique s'installe, il est renversé par l'Armée.

En Afghanistan, dès 1973, la volonté du Roi Mohamed Zaher Shah de faire de son pays un état moderne s'est soldée par un coup d'état, des élections donnant une majorité conservatrice (1976-1979), puis par une guerre avec les Soviétiques. La religion a alors été promue comme un instrument de lutte contre les communistes.

C'est un pays qui offre une tradition historique de conflits et notamment de rivalités entre Pachtounes (42% de la population) et Tadjiks (27%), les principales ethnies. Plus de la moitié de la population (53%) vit au-dessous du seuil de pauvreté et la dette extérieure est de huit milliards de dollars.

Quarante-quatre nations coopèrent avec mandat de l'ONU aux opérations de pacification en Afghanistan mais on peut regretter

globalement un manque de communication : à la fois en direction des populations et envers les pays contributeurs.

Le Président afghan ayant demandé la prolongation de la présence des occidentaux pour cinq ans, l'ISAF doit atteindre ses objectifs dans ce délai pour ensuite se désengager. « Il faut rester aussi longtemps que nécessaire mais partir dès que possible ».

L'approche du commandement interallié, réactualisée par le Général Mac CHRYS-TAL, consiste en trois orientations : assurer en priorité la sécurité des populations ; organiser les transferts à la force nationale de sécurité ; promouvoir gouvernance et développement.

L'OTAN ne doit pas se retirer avant que l'armée afghane soit pleinement opérationnelle et avant que le Pakistan s'engage efficacement contre les Talibans et Al-Qaïda. La solution du problème afghan réside au Pakistan et passe par la contribution des pays voisins : Russie, Chine, Iran.

La Turquie a la volonté d'y apporter sa contribution originale. Tout en condamnant, là comme partout ailleurs, le terrorisme, elle revendique une stratégie nouvelle centrée sur le développement de l'Afghanistan comme du Pakistan : se considérant comme le seul pays musulman gouverné par une démocratie et appuyé sur une économie solide, elle entend servir comme interlocuteur intermédiaire référent, dans le cadre même de sa pleine adhésion réaffirmée à l'OTAN.

### CONCLUSIONS

L'OTAN ne veut et ne peut pas être le gendarme du monde, et son budget ne le permet pas. Mais la logique actuelle de son évolution veut-elle aboutir à un réseau ou à une continuité territoriale ? Quoi qu'il en soit, nous avons besoin au XXIème siècle d'un Occident « compact », avec une union commune pour la sécurité. Des changements majeurs s'étant produits en ce qui concerne les menaces depuis cinq à six ans (comme en témoigne l'évolution des missions de la Marine chinoise), il faut une réévaluation des menaces et des stratégies. Elle devrait déboucher, en partenariat avec la Russie, sur une nouvelle mission géostratégique, propre à répondre à toutes les nouvelles menaces, sans exception, provenant des états voyous, des états terroristes et aussi des nouvelles capacités balistiques. Certains ne pensent-ils pas, à la limite, à une organisation tripartite : Etats-Unis – Union Européenne - Russie ? ■



Hongrie



Islande



Italie



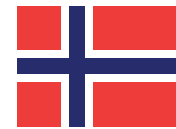
Lettonie



Lituanie



Luxembourg



Norvège



Pays-Bas



Pologne



Portugal



République tchèque



Roumanie



Royaume-Uni



Slovaquie



Slovénie



Turquie



# LES RÉSERVES AU SEIN DE L'OTAN

## RECRUTEMENT ET FIDÉLISATION

### DU PERSONNEL MÉDICAL

(A PROPOS DU RAPPORT REMIS AU COMEDS PAR LA CIOMR)

Christian LE ROUX\*

Le COMEDS\*\* rassemble au sein de l'OTAN les Directeurs Centraux de l'ensemble des pays membres.

La CIOMR\*\*\* réunit deux fois par an les organisations nationales de réservistes : en hiver à Bruxelles au siège de l'OTAN, en été lors de congrès organisés à tour de rôle par ces différents pays.

Formaliser la relation COMEDS-CIOMR s'imposait de longue date : ce fut chose faite lorsque le COMEDS a offert un siège au Président international de la CIOMR.

Le COMEDS a la capacité d'agir en tant que Comité senior de l'OTAN et il reconnaît ainsi l'expertise de la CIOMR : laquelle est exploitable par les opérations mises en œuvre et aussi pour la poursuite des efforts de standardisation et d'interopérabilité.

Les pays membres de l'OTAN dépendent en effet très souvent de la contribution d'officiers de réserve médicaux spécialisés : aussi bien pour l'engagement des opérations que pour l'entraînement des forces. En décembre 2009, lors de sa session plénière, le COMEDS a donc chargé la CIOMR d'un rapport sur les stratégies de recrutement et de fidélisation du personnel médical de réserve.

Ce rapport, présenté en mai 2010, s'est voulu à la fois un bilan des différentes situations existantes et une synthèse de propositions. Il a permis d'établir qu'il n'existe pas deux approches au niveau national qui soient identiques, voire similaires : à partir de ce constat, l'examen de chacune de ces approches au cas par cas rend possible une étude plus avancée des possibilités mutuelles d'adaptation ou même dans certains cas, d'adoption pure et simple...

\*MCS(R) : Délégué Général UNMR chargé des relations GORSSA-CIOMR  
Auditeur de IHEDN

\*\*COMEDS : Committee of Chiefs of Military Medical Services.

\*\*\* CIOMR : Confédération Interalliée des Officiers Médicaux de Réserve.

\*\*\*\*NDLR : Avec l'accord de l'auteur, l'étude au «cas par cas» de la situation des différents pays (qui aurait dû figurer à ce niveau) fera l'objet d'une publication ultérieure.

L'enquête effectuée auprès des principaux acteurs de l'Entente permet d'apporter un éclairage complet sur les attendus du rapport de synthèse et sur les propositions qu'il énonce ...\*\*\*\*

#### SYNTHÈSE ET PROPOSITIONS

Bien que nombreux soient ceux qui mettent en avant le patriotisme, on ne peut le considérer toujours comme facteur déterminant de recrutement et de fidélisation.

Les besoins et les nécessités du domaine professionnel passent avant l'envie de retrouvailles avec l'aventure dans la vie militaire ou l'accomplissement de défis personnels.

Les notions primordiales devant être abordées systématiquement sont dès lors :

- La DURÉE : elle détermine une interaction avec vie de famille, emploi civil, aspect pécuniaire

- La RÉMUNÉRATION :

• La possibilité de prêts ou de bourses peut être cause d'attirance

• Le revenu d'activité devrait être maintenu au cours des périodes d'emploi.

- Le DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES

L'entretien des compétences médicales individuelles est essentiel pour le professionnel de santé. Le travail assuré au cours des périodes doit viser à maintenir une parité ou même un accroissement de compétences par rapport aux confrères non investis.

- AVANTAGES

Une échelle de grades identique ou similaire devrait être instaurée, si elle ne l'est déjà.

Les réservistes devraient obtenir les mêmes récompenses que le personnel d'active.

- CAMPAGNES DE RECRUTEMENT ET DE SENSIBILISATION

Un phénomène s'impose : les étudiantes en médecine supplantent en nombre progressivement leurs homologues masculins.

Une campagne en faveur de la réserve devrait déjà prendre en compte ce paramètre...

Dans les faits, ce qui représente le besoin propre de chaque pays de l'OTAN peut varier, mais des thématiques communes et certains problèmes sont rencontrés dans la plupart des pays.

Il n'y a pas de solution magique et unique et beaucoup des solutions possibles sont déjà à la connaissance des Directeurs des Services de Santé.

En mettant à plat déficiences du système et revendications des intéressés, en abordant dans le détail cette somme d'information, l'institution peut résoudre nombre de problèmes à la fois de recrutement et de fidélisation.

Les officiers médicaux sont recherchés pour une compétence acquise qui, dans la plupart des pays, l'a été lors du contexte militaire. Par conséquent, le système militaire et le système civil doivent travailler ensemble étroitement.

Le cadre législatif est insuffisant. Il doit s'y ajouter des formules de partenariat débouchant sur des conventions entre les parties prenantes.

Une stratégie de long terme commence dès le recrutement des jeunes médecins, auxquels il faut donner sans attendre des perspectives d'avenir. Ils deviendront alors des ambassadeurs de l'Institution militaire auprès de leurs employeurs civils. Beaucoup resteront dans la Réserve et ils sauront apprécier la valeur ajoutée qui peut en être retirée.

Les besoins existent pour tous les pays de l'Alliance. Ils sont ressentis et estimés à des degrés divers ; les moyens affichés sont également variables. Cependant, il est un dénominateur commun démontré par l'exhaustivité de l'enquête : la nature même de la motivation de l'engagement du Réserviste. On peut en retenir définitivement que la reconnaissance qu'elle réclame ici et là fait appel plus encore qu'à des ressources matérielles, à un soutien moral qui sous ses différents aspects soit sans faille. ■



# LE 15<sup>ème</sup> RRSSA, UN SUCCÈS MÉRITÉ !

J. PIOT\*



## INTRODUCTION :

La création de la réserve opérationnelle a engendré une nouvelle génération de réservistes : ceux qui n'ont pas effectué le service national et qui nous étonnent par leur enthousiasme et leur esprit militaire

*Question récurrente du raid :* faut-il privilégier l'évaluation ou l'instruction ? Il a été décidé fin 2009 et début 2010 en présence du **MCS L. GUILLOU** de transformer en un outil pédagogique le raid au cours duquel le réserviste doit confirmer ou acquérir des connaissances nouvelles en rapport avec les besoins du SSA.

Sur proposition du **MC (R) E. LECARPENTIER**, Directeur pédagogique du Raid, le réserviste a donc pu, à chaque atelier, effectuer une autoévaluation de ses performances et identifier les points qu'il doit améliorer pour atteindre les objectifs de l'atelier.

Il n'y a pas eu cette année d'attribution de récompenses diverses, mais un simple témoignage de participation ; la remise des insignes a été « gelée » en attendant qu'ils matérialisent les étapes successives du parcours professionnel du réserviste.

Ce parcours se met en place et le **MCS L. GUILLOU**, Délégué aux Réserves du S.S.A., en a exposé les principes aux participants du raid en présence du **MC(R) Xavier SAUVAGEON**, Président

\* MCS (R)

Officier communication du RRSSA

de l'Association Nationale des Réserves du SSA, le GORSSA.

Dans quelques années, si les efforts de formation entrepris ont porté leurs fruits, il est possible que le Raid redevienne, en partie du moins, un raid d'évaluation, mais cela reste à voir.

## HISTORIQUE DU RRSSA :

C'est en 1996 que le Raid International Médical

fut créé par le **Dr GELY**, suivi en 1998 du **Challenge Nicolas RAMI**. Ce jeune médecin urgentiste avait beaucoup contribué à la création du Raid avant de disparaître tragiquement au cours d'une mission en hélicoptère réalisée au profit du SAMU.

En 2001 le Raid Médical devint le seul Raid National par décision de la DCSSA et cette même année les infirmiers (es) purent participer au Raid. L'année suivante l'appellation changea et le raid devint pour un temps le RMER/SSA (Raid Médical d'Évaluation des Réservistes du SSA)

En 2004 il fut décidé que le Raid se déplacerait de région en région, une équipe nationale étant chargée de sa préparation, et une équipe régionale de sa réalisation.

En 2009 le dernier RMER se déroulait au camp de la Valbonne et donnait naissance au RRSSA (Raid des Réserves du Service de Santé des Armées).

## LE DEROULEMENT DU RRSSA (15<sup>ème</sup> Raid SSA) :

**Lundi 21 JUIN :** arrivée des organisateurs, reconnaissance des sites, perception des matériels

**Mardi 22 JUIN :** arrivée des concurrents, mise en place d'un poste de sécurité, inscription et mise en forme des équipes, et installation au gîte d'étape, perception des matériels par les concurrents, information sur les transmissions, vérification des CATI et information par le **MC LE CARPENTIER** sur la méthode d'autoévaluation.

**Mercredi 23 JUIN :** Réveil à 6 H et petit déjeuner à l'ordinaire, perception des RICR, départ du Raid à 10 H, mise en place des 12 ateliers et des 12 équipes. Le parcours total du raid était de 25 km avec une rotation de ½ heure entre chaque atelier.

**Jeudi 24 JUIN :** fin du raid, réintégration des matériels, cérémonie de clôture et repas de cohésion

**Vendredi 25 Juin :** réintégration des matériels par les organisateurs

## LES ATELIERS :

- Tir PA
- Franchissement humide et franchissement avec brancardage
- Mines
- Course d'orientation
- NRBC
- Secourisme RAM
- Poste de secours
- Sédation de la douleur
- Réanimation et anesthésie de l'avant
- Triage
- Extraction de blessés et mise en place d'une zone pour hélicoptage
- Hygiène en campagne

## LE BILAN :

Le bilan du Raid devenu RRSSA est particulièrement positif:

La nouvelle formule est bien acceptée et l'aspect pédagogique des ateliers bien perçu

Le personnel d'encadrement a été réduit

L'autoévaluation de chacun est un bon point de départ pour le parcours du réserviste

Les apports de connaissances ont été appréciés des participants

Le XIV<sup>ème</sup> RRSSA a été soutenu pour la seconde fois par le 3<sup>ème</sup> régiment médical. Son chef de corps, le **MC LEONCE**, ses adjoints et ses réservistes aux ordres du **CDC (R) FERRACHAT** ont assuré un accueil et un soutien d'une qualité parfaite aux participants.

Voici donc le Raid sédentarisé pour les années à venir à la Valbonne, ce qui limite les dépenses et permet de conserver d'année en année un savoir-faire et une organisation de soutien rodée, tout en modifiant les thèmes d'exercices et les lieux car le territoire disponible est aussi vaste que varié.

Le rôle fondamental du Directeur Régional du SSA à Lyon, **MGI M. DI SCHINO**, et celui du Chef du Bureau Réserves, le **MC Patrick GUIDI**, dans la coordination des moyens humains et matériels mis en place doivent être clairement soulignés.

#### CONCLUSION :

Depuis 1996 il n'y a pas eu d'interruption du Raid, mais une adaptation constante aux réalités du moment

Le RRSSA souhaite innover et faire siennes des idées déjà mises en pratique, en maintenant le lien avec les acteurs et les responsables des raids précédents.

Il est d'ores et déjà prévu d'inviter des délégations de réservistes étrangers au raid 2011, avec l'arrière-pensée que ce soit une base d'échanges soutenus entre les réservistes des différents services de santé de l'OTAN.

La cérémonie de clôture du raid a permis au **MGI DI SCHINO** de remettre au **CDC (R) FERRACHAT** et au **MC (R) LEBATI** les insignes de chevalier de la Légion d'Honneur qui illustrent le talent et l'énergie que ces officiers ont toujours apportés à la réalisation des objectifs fixés par le SSA.

Cette cérémonie a également été marquée par un épisode très émouvant : l'adieu aux armes du **MC GUIDI**, qui quitte le service après une carrière qui lui fait honneur et que



nous espérons retrouver sans tarder dans les rangs de la réserve opérationnelle. ■

## 4<sup>ème</sup> Journée Régionale d'Instruction Vétérinaire DRSSA - Brest

Ghislain MANET\*

12 vétérinaires, 1 chirurgien dentiste et 1 médecin se sont retrouvés à Rennes le 29 avril lors de cette 4<sup>ème</sup> journée de rencontre entre le personnel d'active et les réserves.

L'objectif était d'échanger les dernières informations sur les perspectives du service et de maintenir le niveau de formation en cohérence entre les personnels d'active et de réserve.

Organisée par le bureau vétérinaire régional et l'UNVR, elle était placée sous l'égide du GORSSA, représenté par le CDC VASSEUR (délégué régional). Les 4 SVI de la région étaient présents au côté de la direction régionale.

Tous les thèmes d'activités du Service vétérinaire ont été abordés :

- **La santé et la protection animale**, avec la présentation des nouveaux référentiels de bientraitance parus en avril et commentés par les référents régionaux. Si la présentation des méthodes d'audit des conditions d'hébergement et d'entretien des chiens était classique,

une présentation originale sur les règles applicables aux rapaces militaires a été une révélation pour beaucoup. Ces animaux sont essentiellement utilisés pour l'effarouchement sur les aérodromes. Ils appartiennent tous à des espèces protégées. La méconnaissance générale des mœurs très particulières de ces animaux vient s'ajouter à la complexité et la rigueur des procédures administratives les concernant. Il est donc nécessaire de disposer d'un personnel hautement spécialisé, y compris s'agissant du vétérinaire chargé d'intervenir.

- **La gestion du service**, avec la présentation et la prise en main des bases documentaires et de suivi « QUALIGRAM » et « BEDOUIN ». Des travaux pratiques individuels étaient organisés pour chaque participant, l'utilisation de ces outils étant indispensable pour tout personnel en OPEX. L'organisation de la formation continue spécifiquement vétérinaire a fait l'objet d'une présentation complète par le VEC Gilles BORNERT, Professeur agrégé du Val-de-Grâce, qui a également annoncé le calendrier des prochaines ses-

sions s'adressant aussi bien au personnel d'active que de réserve. Il a particulièrement insisté sur le caractère obligatoire des sessions consacrées à l'eau pour pouvoir prétendre à un départ en OPEX.

- **L'hygiène des aliments** a été abordée par une évocation du lien entre la théorie et la pratique lors de l'analyse du bilan bactériologique d'un établissement au cours d'un audit.

Le VEC PERRAUDIN, chef du bureau vétérinaire, a ensuite présenté l'impact de la réorganisation des armées sur l'organisation du service vétérinaire en région et le MC BUSIN, chef du BORH, s'était déplacé afin de commenter les derniers textes sur l'évolution de la carrière des réservistes et répondre aux questions des participants.

Cette formation annuelle est ouverte à toutes les spécialités du SSA et aux participants de toutes les régions. Elle est inscrite au programme du GORSSA et figure sur son site internet. Les thèmes de la session 2011 sont à l'étude et les suggestions ou les propositions de conférenciers sont les bienvenues. ■

\* VC

Président UNVR DRSS Brest

## Journée d'instruction du CIRSSA Lorraine

Le mercredi 30 juin 2010 a eu lieu une **journée d'instruction organisée par le Centre d'Instruction des Réserves du Service de Santé des Armées (CIRSSA) de Lorraine** à l'Hôpital Interarmée (HIA) Legouest (57). Cette journée s'est faite sous la présidence du Médecin en Chef Jean-Pierre BEGIN, responsable du CIRSSA de Lorraine, et avec la participation de l'Association des Chirurgiens Dentistes de Réserve de la région Nord-Est (l'A.C.D.R), sous l'égide de son nouveau président, le CDC (R.) Bruno CROVELLA.

Une trentaine de nos confrères furent, comme à l'accoutumée, chaleureusement accueillis par nos éminents confrères de l'active, tels que le Médecin Général Inspecteur LE GALLOU et le Chirurgien-dentiste en Chef PENIGUEL.

Le président de la Fédération Nationale des Chirurgiens Dentiste de Réserve, le CDC(R.) FOGEL, était également présent.

La matinée était composée de 2 conférences, qui suscitèrent un vif intérêt et une foule de questions intéressantes :

La première, présentée par le M.C PUYHARDY, portait sur **la pandémie grippale H1N1**. Notre conférencier, après nous avoir rappelé la constitution du virus de la grippe et ses diverses mutations au fil des siècles, nous fit un débriefing de la campagne de vaccinations qui débuta le 25 novembre 2009. Il insista sur-

tout sur le fait que ce type de grippe avait touché des tranches de populations peu touchées par les autres types de grippe, et qu'une partie importante des cas mortels ne présentait aucun facteur de risque ; les femmes enceintes sont surreprésentées par rapport à la population générale et sont à risque accru de décès. Enfin, même si l'Organisation Mondiale de la Santé a diminué le niveau d'alerte, la vaccination pour l'hiver prochain contre ce type de grippe reste nécessaire.

La deuxième conférence portait sur le thème de la **panique et du choc post-traumatique**. Après avoir défini ces termes et fait une approche générale, notre interlocuteur, le Dr PETE, approfondit son exposé sur les manifestations de ces syndromes en opérations extérieures et surtout lors de retour de missions. Cette conférence se termina tardivement sur un échange d'expériences très enrichissant entre nos confrères présents.

Après un repas rapidement servi au mess, ce fut sous un soleil de plomb que nous nous rendîmes l'après-midi visiter le **1<sup>er</sup> Régiment Médical** situé à Châtel-Saint-Germain. Rappelons que ce régiment

fut créé le 1er juillet 1992 et qu'il était en premier lieu une formation de l'armée de Terre, appartenant à la 1re brigade logistique, ayant pour mission principale le soutien médical d'une force projetée. Nous fûmes accueillis par une présentation des nouvelles dénominations et des dernières installations médicales du Service de Santé des Armées. Enfin, visite sur la place d'armes d'abris techniques modulaires et de véhicules déployés en opérations extérieures. Cette visite avait un petit goût de nostalgie, puisque le régiment déménage prochainement pour rejoindre le 3<sup>ème</sup> régiment médical à la Valbonne.

Nous tenons à remercier Le Médecin Général Inspecteur LE GALLOU de la DRSSA de METZ, le Médecin Chef FELTEN, directeur de l'H.I.A Legouest, le Médecin Chef CHARROT, Chef de Corps du 1er Régiment Médical, le Médecin en Chef BEGIN, président du CIRSSA Lorraine. ■



# Le Système d'Information Numérique Standardisé (SINUS)

O. HERSAN\*

## Introduction – Problématique militaire

Lors d'événements de type accidents catastrophiques à effets limités (ACEL) en moyenne (42 victimes sur Paris et la petite couronne (1)) ou à effets majeurs (ACEM) engendrant de très nombreuses victimes (attentats à Londres et Madrid avec 700 et 1900 victimes), les chaînes de secours pré-hospitalières, hospitalières et les services de police judiciaire éprouvent les plus grandes difficultés à :

- dénombrer les victimes, notamment en raison de leurs possibles présentations spontanées dans les hôpitaux ;
- établir des listes de victimes cohérentes en interservices ;
- assurer un suivi exhaustif, partagé en interservices, de l'évolution de la victimologie ;
- échanger des informations entre les chaînes de commandement ;
- prendre des décisions sur la base de données fiables et partagées ;
- mettre en œuvre une communication externe et interne cohérente ;
- coordonner des moyens médicaux, paramédicaux et secouristes dans la prise en charge des victimes (1<sup>ère</sup> évacuation en 79 minutes en moyenne (1));
- informer le public et les familles de victimes ;
- conduire l'enquête judiciaire.

La Préfecture de Police de Paris (Brigade de sapeurs-pompiers de Paris, Zone de Défense et de Sécurité de Paris, Direction de la Police Judiciaire, Direction Opérationnelle des Services Techniques Logistiques) le Samu 75 et l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP) ont ainsi travaillé de concert pour faire aboutir le **Système d'Information Numérique Standardisé (SINUS)**.

Ce système est commun aux acteurs de sécurité civile, les sapeurs-pompiers, le SAMU, l'AP-HP, la Police ainsi qu'aux autorités. Chacun accédant uniquement, grâce à ses droits, aux informations qui lui sont nécessaires dans le respect des lois et règlements en vigueur. Les sapeurs-pompiers et la Police Judiciaire (PJ) gèrent et contrôlent la création des événements dans le système, ils peuvent y rattacher l'ensemble des listes de victimes créées localement.

## Objectifs

Cinq objectifs principaux ont été identifiés :

- faciliter la gestion des événements en améliorant la cohérence et l'interopérabilité

des différents services par la mise en place d'un système d'information unique et partagé ;

- renouveler et adapter dans l'interservice les Fiches Médicales de l'Avant (FMA) ;
- informer les autorités de l'événement en cours sans incohérence de chiffres ou de bilans concernant les victimes afin de leur garantir une communication de qualité et de diminuer leurs incertitudes dans leur prise de décision ;
- aider l'enquête de police judiciaire ;
- informer le public et notamment les proches des victimes (Centre d'information des populations de la préfecture ou CIPP).

## Matériels et méthode

### Matériels

Pour atteindre ces objectifs, SINUS repose sur un triptyque (photo 1) :

- un identifiant unique sur un bracelet (support physique) ;
- un traitement commun de bases de données informatiques au niveau tactique, opératif et stratégique ;
- une FMA « décontaminable ».

Un identifiant unique sur un bracelet. Il s'agit d'un numéro national unique composé de 2 lettres et de 6 chiffres (que l'on retrouve aussi sous la forme d'un code barre 1D ou 2D). Ce sont des bracelets autocollants munis de 6 étiquettes détachables. Le numéro comporte 2 lettres « TR » si le bracelet est posé sur le terrain et « HP » s'il est mis en place à l'hôpital (dans le cas de présentation spontanée de victimes dans un établissement de soins). Ils sont conditionnés par anneau de 10 bracelets permettant de conserver une attache portant l'identifiant unique du bracelet utilisé.

Un traitement commun de bases de données informatiques vers lequel est transféré en « temps semi-réel » l'ensemble des infor-



Photo 1. Le triptyque SINUS

\* Médecin en Chef, médecin chef de la section Plans de Secours-NRBC de la division santé de la Brigade des Sapeurs Pompiers de Paris.

FNCDR

ANORCTASSA

AMITRHA

UR U2		FICHE MÉDICALE DE L'AVANT		EU UA	
U3		ÉTAT-CIVIL		U1	
NOM : _____		PRÉNOM : _____			
SEXE : FEMININ <input type="checkbox"/>		MASCULIN <input type="checkbox"/>			
ÂGE ou DATE DE NAISSANCE : _____		0-24 MOIS <input type="checkbox"/>		2-14 ANS <input type="checkbox"/>	
ADULTE <input type="checkbox"/>					
NATIONALITÉ : _____		PROFESSION : _____			
ADRESSE : _____		N° patient PMA		N° SINUS (autocollant)	
Victime(s) proche(s) : numéro(s) SINUS (à coller au verso de la FMA)					
PATHOLOGIE/TRAITEMENT					
GCS: ___ PA: ___/___ FC: ___ FR: ___ SpO2: ___ T°C: ___ CO: ___					
<b>PATHOLOGIES DOMINANTES:</b> UR <input type="checkbox"/> (U2-U3) UA <input type="checkbox"/> (EU-U1)					
CRÂNE <input type="checkbox"/> THORAX <input type="checkbox"/> ABDOMEN <input type="checkbox"/> BRÛLÉ <input type="checkbox"/> INTOXIQUÉ <input type="checkbox"/> BLASTÉ <input type="checkbox"/> FRACTURE(S) <input type="checkbox"/>					
POLYTRAUMATISÉ <input type="checkbox"/> RACHIS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> préciser: _____					
<b>DIAGNOSTIC et TRAITEMENT:</b> VVP <input type="checkbox"/> INTUBÉ <input type="checkbox"/> GARROT <input type="checkbox"/>					
<b>ÉVOLUTION:</b> AMÉLIORATION <input type="checkbox"/> STABILISATION <input type="checkbox"/> AGGRAVATION <input type="checkbox"/>					
UR <input type="checkbox"/> (U2-U3)		UA <input type="checkbox"/> (EU-U1)		DCD <input type="checkbox"/>	
TRANSPORT/DESTINATION					
<b>TRANSPORT:</b> NON MÉDICALISÉ <input type="checkbox"/> MÉDICALISÉ <input type="checkbox"/> COLLECTIF <input type="checkbox"/> A transporter allongé <input type="checkbox"/>					
<b>DESTINATION:</b> _____ SERVICE: _____ VECTEUR: _____					
FICHE NAVETTE (PRV / PMA / TRIAGE) -> REGULATION SAMU -> ÉVACUATION					
UR <input type="checkbox"/> (U2-U3)		UA <input type="checkbox"/> (EU-U1)		N° patient PMA	
SEXE: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Âge: _____		N° SINUS (autocollant)	
<b>Synthèse pour régulation:</b> VVP <input type="checkbox"/> INTUBÉ <input type="checkbox"/> GARROT <input type="checkbox"/>					
CRÂNE <input type="checkbox"/> THORAX <input type="checkbox"/> ABDOMEN <input type="checkbox"/> BRÛLÉ <input type="checkbox"/> INTOXIQUÉ <input type="checkbox"/> BLASTÉ <input type="checkbox"/> FRACTURE(S) <input type="checkbox"/>					
POLYTRAUMATISÉ <input type="checkbox"/> RACHIS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>					
Préciser: _____					
A transporter allongé <input type="checkbox"/>					
<b>TRANSPORT:</b> NON MÉDICALISÉ <input type="checkbox"/> MÉDICALISÉ <input type="checkbox"/> COLLECTIF <input type="checkbox"/> HORAIRE de DÉPART: _____					
<b>DESTINATION:</b> _____ SERVICE: _____ VECTEUR: _____					

Tableau 1 .  
La Fiche Médicale de l'Avant

mations non médicales concernant les « victimes ». Cette base de données est installée sur un serveur informatique implanté sur le site du ministère de l'intérieur à Lognes (77). Seules les personnes autorisées ont accès à SINUS, soit en lecture seule, soit en écriture, en fonction de leur profil, donc de leurs droits. Deux applications informatiques ont été développées : « SINUS » et son Application *stand alone* de Recueil et de Coordination « ARCSINUS » mis en place dans certains véhicules disposant de « KIT

SINUS » (ordinateur durci, lecteur code barre filaire et non filaire, carte réseau 3G sur opérateur privé et clef USB). L'ergonomie de ARCSINUS permet une saisie facilitée des données par l'utilisateur au moyen de plusieurs matériels (lecteur code barre, touches clavier, souris ou écran tactile). Ce système est administré par l'autorité de tutelle (l'état-major de la Zone de Défense et de Sécurité de Paris).

L'architecture technique du système est conforme aux attentes du groupe de travail

**UTILISATION DE SINUS SUR LE TERRAIN**  
Système d'identification Numérique Standardisé

**1 Secouristes (PMA)**  
- Vérifier que l'équipe est prête à intervenir.  
- Vérifier que l'équipe est prête à intervenir.  
- Vérifier que l'équipe est prête à intervenir.

**2 Secouristes (PMA)**  
- Vérifier que l'équipe est prête à intervenir.  
- Vérifier que l'équipe est prête à intervenir.

**3 Medecin-chef PMA**  
- Vérifier que l'équipe est prête à intervenir.  
- Vérifier que l'équipe est prête à intervenir.

**4 Secouristes SINUS**  
- Vérifier que l'équipe est prête à intervenir.  
- Vérifier que l'équipe est prête à intervenir.

**5 Equipes Médicales**  
- Vérifier que l'équipe est prête à intervenir.  
- Vérifier que l'équipe est prête à intervenir.

**6 Medecin-chef PMA**  
- Vérifier que l'équipe est prête à intervenir.  
- Vérifier que l'équipe est prête à intervenir.

**7 Régulateur SAVU**  
- Vérifier que l'équipe est prête à intervenir.  
- Vérifier que l'équipe est prête à intervenir.

**8 Medecin-chef PMA et chef de section EPAC**  
- Vérifier que l'équipe est prête à intervenir.  
- Vérifier que l'équipe est prête à intervenir.

**9 Equipe effectuant un transport**  
- Vérifier que l'équipe est prête à intervenir.  
- Vérifier que l'équipe est prête à intervenir.

**10 Secouristes SINUS**  
- Vérifier que l'équipe est prête à intervenir.  
- Vérifier que l'équipe est prête à intervenir.

**11 PC-OSM ou VPC**  
- Vérifier que l'équipe est prête à intervenir.  
- Vérifier que l'équipe est prête à intervenir.

Tableau 2 .  
Procédures d'utilisation (affiche format A2)

399 de la Direction de la Sécurité Civile (DSC) devant définir les exigences normatives en matière de logiciels de sécurité civile. L'intégration des exigences normatives dans SINUS (dès sa conception) permet une interopérabilité des systèmes d'information et de communication entre les différents services et partenaires. Afin de garantir ces échanges d'informations, différents modes de transmissions sont utilisables (internet, carte 3G, ANTARES). A tous les niveaux, la transmission entre plusieurs ordinateurs utilisant ARCSINUS peut s'effectuer par clef USB ou en récupérant des fichiers SINUS depuis l'internet et le système ANTARES. Ce mode de fonctionnement a été retenu du fait des risques de brouillage ou d'inopérabilité des réseaux radios (GSM, 3G, Wifi, Bluetooth) en cas d'attentat. Le système a fait l'objet d'une validation par la CNIL en date du 22 juillet 2009 (2). Les données propres à une victime sont saisies et alimentent dans le système l'historique de sa fiche SINUS associée qui est reconnue grâce à son numéro d'identification unique. Ces données sont historisées, horodatées et partagées. Elles sont consultables en fonction des droits des utilisateurs.

Une nouvelle fiche médicale de l'avant « décontaminable » a été élaborée (tableau 1). Elle a été validée par les 4 SAMU de Paris et de la petite couronne (75, 92, 93 et 94), l'AP-HP et la BSPP. Elle se compose d'une feuille unique avec trois zones détachables : Urgence Absolue « UA » (rouge), Urgence Relative « UR » (jaune) et « Fiche Navette ». Elle est en « polyart » ce qui la rend indéchirable. Sa décontamination fait l'objet d'études au Centre d'étude du Bouchet. Ses 2 coins supérieurs, l'un de couleur jaune (UR) et l'autre rouge (UA), sont détachables, ainsi que la zone inférieure destinée à la régulation par le SAMU.

Elle est subdivisée en 4 parties :

- Etat civil (EC),
- Pathologie / Traitement (PT),
- Transport / Destination (TD),
- Fiche Navette (FN).

En cas d'impossibilité d'utiliser l'ordinateur du PMA, les renseignements sont notés sur la liste intermédiaire du DSM (LI-DSM) qui est formatée pour accueillir les étiquettes SINUS. Les données sont ensuite entrées dans SINUS à partir de n'importe quel autre ordinateur du dispositif (BSPP, PJ ou SAMU).

#### Procédures d'utilisation sur le terrain (Tableau 2)

Lors d'un événement dimensionnant, SINUS est activé. Les processus de mise en œuvre ont fait l'objet d'un groupe de travail au sein de la BSPP. Ils ont été communiqués aux SAMU et à la PJ afin qu'ils adaptent leurs propres consignes. Les processus métiers sont déclinés au sein de chaque service ou partenaires de sécurité civile. Les « kits SINUS » ont été répartis dans tout le secteur de la BSPP sur les 24

Photos 2 et 3 .

Utilisation sur intervention : intoxication collective au monoxyde de carbone, 70 victimes.



Saisie de la catégorisation d'une UR dans ARCSINUS



Régulation par le SAMU au secrétariat PMA avec saisie directe dans ARCSINUS

véhicules des officiers de permanence, les véhicules Poste de Commandement et à terme dans les ambulances de réanimation. Un anneau de 10 bracelets, ainsi que 10 FMA et 2 LI-DSM sont conditionnés en « lot SINUS » répartis dans chaque sac de prompt secours. Des lots plus conséquents sont positionnés dans les Ambulances de Réanimation, les Véhicules Postes de Commandement et d'autres véhicules de logistique ou de soutien.

Lors d'un événement, les secours font face à 3 catégories de personnes : les victimes, les impliqués et les décédés. A l'issue de l'extraction, les premiers secours sont chargés de mettre des bracelets à ces trois catégories de personnes (les morts relèvent de l'enquête judiciaire). Sans ralentir la prise en charge des victimes, ils les regroupent et effectuent un pré-tri secouriste en « graves, légers et impliqués ». Ils mettent une FMA autour du cou des victimes et collent deux étiquettes issues de leurs bracelets aux endroits pré-identifiés. Ils commencent ensuite à remplir la partie Etat-Civil et complètent la première ligne de « Pathologie / Traitement » en notant les constantes vitales. Les médecins complètent la zone PT, notamment la partie encadrée de rouge (dans le cas où la victime n'est pas médicalisée, le bilan secouriste pourra être noté dans ce cadre, le chef d'agrès devra s'identifier comme rédacteur). Les anneaux des bracelets SINUS utilisés sont rapportés au

#### Références bibliographiques

1. F. Adnet « Organisation des secours médicaux lors de catastrophes à effets limités en milieu urbain », annales françaises d'anesthésie réanimation, 22 (2003) 5-11.
2. Arrêté du 17 février 2010, portant création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé SINUS.
3. Avis favorable de la CNIL du 22 juillet 2009 pour SINUS.
4. Note BSPP 2009-110404/BOPE/NTEMP/D2 du 28/09/2009 pour le déploiement opérationnel de SINUS.

UNMR

FNPR

UNVR

secrétariat SINUS afin que les codes barres soient scannés et le dénombrement réalisé. La saisie de ces codes barres peut se faire individuellement (étiquette après étiquette) ou par anneau (soit 10 par 10).

Les matériels garantissent la liberté d'action des utilisateurs et leur mobilité sur le terrain. A cet effet, ils ont toujours 2 à 3 possibilités techniques pour saisir des informations dans le système qui s'intègrent parfaitement dans leurs procédures métiers et concept d'emploi. Ainsi très rapidement le dénombrement (volume) des personnes concernées est connu.

Un médecin est chargé de la catégorisation des victimes. Il sépare les UA, des UR, des Impliqués. Il arrache le coin UA ou UR des FMA et regroupe les victimes par catégorie. Les UA sont facilement distinguables des UR par la couleur du coin supérieur restant de leur FMA. Ainsi les FMA avec un coin supérieur rouge sont des UA et celles avec un coin supérieur jaune sont des UR. Une fois les victimes séparées des impliquées (qui n'ont pas de FMA), un personnel unique effectue la numérotation PMA (cette numérotation est conservée dans un but tactique car il est plus facile de rechercher une victime au sein d'un PMA disposant d'un numéro à 1 ou 2 chiffres que 2 lettres et 6 chiffres). Une saisie de masse peut aussi être réalisée en scannant les numéros SINUS des UA puis des UR. On aboutit ainsi très rapidement à renseigner la base de données avec la catégorisation. Il est aussi possible de scanner FMA par FMA, grâce aux codes 2D, la catégorisation, la tranche d'âge et le sexe, données nécessaires à la régulation des victimes. Les destinations sont remplies au fur et à mesure qu'elles sont trouvées (soit par le régulateur directement sur son propre ordinateur, soit au secrétariat SINUS (photos 2 et 3). L'état civil est agrémenté dès qu'il est connu.

En synthèse, le remplissage des données dans le système suit un processus chronologique ayant pour objectif de déterminer rapidement : le dénombrement, la catégorisation, les régulations (destinations) puis les états-civils.

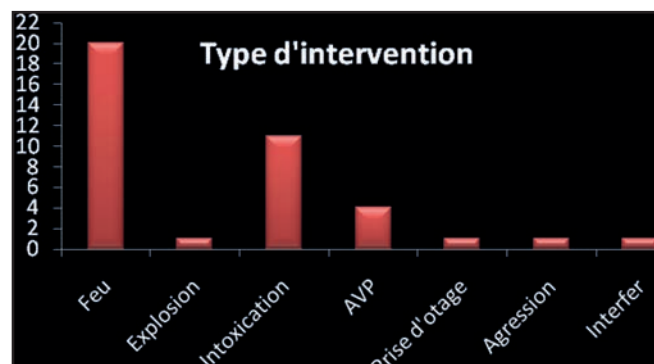
### Méthodes : procédures de validation

Les exercices multi-sites ont confirmé les objectifs fixés par le groupe de travail : l'obtention rapide d'un bilan chiffré (dénombrement, catégorisation) ; l'établissement en temps « semi-réel » d'une liste globale exhaustive, quels que soient : la dispersion des patients, les rectifications ou l'enrichissement des données initialement saisies ; l'exploitation de ces données en fonction des spécificités requises (classement par tranche d'âge, par sexe, par nationalités, par domicile, lieu d'hospitalisation...) ; l'extraction simple et rapide

des données susceptibles de servir de support à la décision opérationnelle ou la communication. Sous l'autorité du parquet de Paris, via la police judiciaire, la communication vers le public est alors assurée et facilite ainsi le travail des Centres d'Informations des Populations des Préfectures.

Le 7 juillet 2009, un exercice de validation « VALSINEX » a permis de tester en conditions réelles SINUS. Le thème retenu était la survenue de 4 attentats quasi simultanément (15 minutes entre chacun) répartis sur les 4 départements couverts par la BSPP. Quatre bombes explosaient dans des bus à Drancy (93), Créteil (94), Nanterre (92) et Paris. Des présentations spontanées aux services des urgences des hôpitaux complétaient la victimologie. La BSPP, les services de Police, les SAMU des 4 départements et les hôpitaux de l'APHP, étaient chargés de mettre en œuvre le système. Une synthèse était présentée au centre opérationnel de la Zone de Défense et de Sécurité Ile-de-France (COZD) en présence du Préfet de Police et de la secrétaire générale de la Zone de Défense et de Sécurité de Paris. Ainsi les premières informations sur le dénombrement (dimensionnement) du premier site étaient projetées au COZD alors même que la dernière bombe n'avait pas encore explosé (45 minutes entre la première et la dernière explosion). Rapidement les présentations spontanées hospitalières sur l'hôpital Avicenne vinrent s'ajouter aux saisies de terrain (numéro HP versus TR). Ce même déroulement se répéta pour les 4 sites. Au fur et à mesure de la catégorisation des victimes, les données étaient ajoutées et mises en réseau via le serveur du ministère de l'intérieur. Des états intermédiaires fiables (groupe date heure) pouvaient servir de base de décision ou de communication. L'unicité et le partage transparent et permanent de l'information permirent une focalisation des acteurs sur leurs actions respectives et la prise en charge des victimes.

SINUS est un outil d'aide à la décision pour la chaîne de commandement. Elle lui permet de disposer d'une information fiable sur le dimensionnement et l'évolution de la victimologie par événement ou regroupement d'événements. Cette connaissance de l'information lui permet de limiter les incertitudes dans sa prise de décisions et d'adapter au mieux la réponse capacitaire de sécurité civile.





## Résultats

**SINUS est opérationnel depuis le 09 octobre 2009.** Il a été déclenché 41 fois en 8 mois, pour des événements (accidents, feu, intoxications, etc.) impliquant entre 5 et 70 victimes (tableau ci-dessous). Les problèmes de couverture réseaux ont validé les solutions de fonctionnement dégradées proposées. Au fur et à mesure de son utilisation, le temps de mise en œuvre s'est réduit drastiquement. Sur le principal événement regroupant 70 victimes (photos 2 et 3), la liste complète et exhaustive des victimes a été connue en 2 heures, alors qu'il avait fallu 48 heures lors du dernier plan rouge qui regroupait 52 victimes. Son utilisation fait maintenant partie des procédures courantes. Les événements ayant conduit à sa mise en œuvre se situent pour 57 % dans le 1<sup>er</sup> groupement d'incendie (nord-est de Paris et 93). Il a ainsi été utilisé lors d'une explosion avec 10 UA, et ce malgré la forte charge émotionnelle liée à la présence de 4 militaires du corps et de 4 policiers parmi ces UA.

SINUS	Décédés	UA	UR	Impliqués	Total
Nombre	2	38	385	44	<b>469</b>

Comme précisé par la note N° 2009-110404/BOPE/NTEMP/D2 du 28 septembre 2009, SINUS est mis en œuvre dès la mise en place d'un PMA sur ordre du COS avec cinq victimes et sur ordre du COS. Sur ces critères, il a été utilisé 41 fois depuis le 09 octobre, soit en moyenne une fois tous les 6,25 jours avec une journée cumulant à 3 utilisations et une autre à 2, soit en arrondissant, une fois par semaine en moyenne (6,8 jours).

Les motifs de mise en œuvre font clairement ressortir le déclenchement sur feu et les intoxications notamment au monoxyde de carbone.

La victimologie globale comporte principalement des urgences relatives. Cet état de fait est lié à la typologie et à la gravité des interventions ayant conduit au déclenchement de SINUS (graphique page 16). Ces interventions sont globalement moins graves que celles ayant servis de support au concept de SINUS à savoir les ACEL et ACEM. Ainsi 17 déclenchements ont été réalisés pour des événements ayant entraîné des urgences absolues et seulement 2 des décédés sur site. Sur ces événements les répartitions entre urgences absolues et urgences relatives varient de 1UA pour 63UR à 9UA pour 3UR. Pour les 2 événements où nous déplorons des décédés la répartition est la suivante : 1 DCD, 3 UA, 2 UR, 0 IMP et 1 DCD, 9 UA, 3 UR et 0 IMP. Dans aucun cas le sys-

tème n'a été mis en œuvre lors d'un plan rouge, plan jaune ou plan rouge alpha. Il n'a donc pas été possible dans les conditions conformes à sa doctrine de conception.

## Conclusions

Les perspectives de développement de SINUS sont l'extension aux départements de la grande couronne en intégrant leurs SDIS (pour la fin 2010 pour le 78 et le 95), leurs SAMU et leurs hôpitaux. Il a été présenté à divers organismes dont l'Observatoire National du Secourisme (ONS) qui s'est montré très intéressé notamment pour les Dispositifs Prudentiels de Secours (DPS).

Il pourrait être utilisable dans un contexte d'évacuations de ressortissants à l'étranger (RESEVAC). Cette application offrirait ainsi la possibilité de s'affranchir de la distance pour gérer leurs évacuations, de connaître leurs états, leurs moyens de transport, leurs destinations. Ainsi de Paris ou de l'autre bout de la Terre, l'information serait connue, les familles rassurées et la gestion des crises simplifiée.

SINUS a fait l'objet d'un dépôt de brevet et la FMA d'un numéro ISBN. Des évolutions du système sont toujours possibles en fonction de l'évolution des matériels et des technologies notamment en ce qui concerne les modes de transmission radio, les puces RFID ou la dématérialisation des FMA. Le Secrétariat Général de la Défense et de la Sécurité Nationale (SGDSN) a fait part de son intérêt pour SINUS.

Un groupe de travail est chargé du suivi des évolutions, de l'intégration des flux de victimes à la dématérialisation des FMA.

SINUS, véritable outil d'aide à la décision, améliore sensiblement la gestion des victimes face à des événements catastrophiques pouvant engendrer de nombreuses victimes.

Le gain de temps apporté pour le collationnement, le fusionnement et la fiabilisation de la liste des victimes dans l'interservice permet à chaque partenaire de disposer de plus de temps pour réaliser d'autres missions dont la nécessaire prise en charge des victimes.

Ces échanges d'information et la connaissance partagée de la victimologie à tous les échelons de commandement fluidifient les relations entre ces différents niveaux et la communication de crise nécessaire au niveau stratégique est garantie par des informations communes et fiabilisées.

SINUS a reçu le **prix IntériEurêka 2009**, dans la catégorie « Modernisation et service aux usagers », par le Ministre de l'Intérieur, de l'Outre-mer et des Collectivités Territoriales le 30 mars 2010. ■

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

### Bulletin Officiel (BOC N°26 du 25 juin 2010)

#### Nominations

#### Au grade d'élève officier de réserve (corps des médecins des armées)

Pour prendre rang du 1<sup>er</sup> février 2010  
POLETTE (Anabelle, Zénique) Texte 54

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

Pour prendre rang du 10 juin 2010  
GENTILHOMME (Charles-Pierre) Texte 57  
Pour prendre rang du 1<sup>er</sup> janvier 2010  
RIETVELT (Samuel) Texte 55  
Pour prendre rang du 1<sup>er</sup> mars 2010  
JACQUOT (Alaric, Bernard, Albert) Texte 53  
Pour prendre rang du 1<sup>er</sup> janvier 2010  
WETZEL (Alexia, Suzanne, Françoise) Texte 56

#### Au grade d'infirmier de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 15 février 2010  
LE STRAT (Pierre-Antoine, Baptiste, Vincent) Texte 47  
Pour prendre rang du 2 décembre 2009  
AUGER (Françoise, Brigitte, Céline) Texte 61

#### Changement de corps (L'infirmière de classe normale de réserve est nommée dans le corps des puéricultrices au grade de puéricultrice de classe normale de réserve à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009).

SEILLER (Françoise, Danièle) née le 12 août 1971 Texte 51

#### Changement de corps (L'aide-soignante de classe normale de réserve est nommée dans le corps des infirmiers au grade d'infirmière de classe normale de réserve à compter du 8 décembre 2009).

LEULIER (Delphine, Francine, Géraldine) Texte 59

#### Au grade de secrétaire médical de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 11 février 2010  
MURET (Nicolas) Texte 48  
Pour prendre rang du 26 janvier 2010  
ROUBERTOU (Nicolas, Sébastien, David) Texte 49  
Pour prendre rang du 4 mars 2010  
LE SAUX (Geoffroy, Marc, Gérard) Texte 52

#### Changement de corps (Les volontaires de réserve sont nommés dans le corps des secrétaires médicaux au grade de secrétaire médical de classe normale de réserve).

Pour prendre rang du 8 mars 2010  
PROVOST (Loïc, Julien) Texte 60  
LARRIEU (Julien, Thierry) Texte 60F

### Bulletin Officiel (BOC N°27 du 2 juillet 2010)

#### Nominations

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

Pour prendre rang du 1<sup>er</sup> janvier 2010  
BAUD (Antoine, Raymond, Maurice) Texte 33

Pour prendre rang du 25 janvier 2010  
GENELOT (Théophile) Texte 34  
Pour prendre rang du 1<sup>er</sup> mars 2010  
DUBUJET (Nicolas, Philippe) Texte 27  
Pour prendre rang du 1<sup>er</sup> avril 2010  
LALVEVE (Victor) Texte 38

#### Changement de corps (corps des médecins des armées au grade d'aspirant de réserve à compter du 1<sup>er</sup> juin 2010).

GUYON (Maxime) Texte 29

#### Au grade d'infirmier anesthésiste de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 8 mars 2010  
BAYLE (Christien, Noël) Texte 20

#### Au grade d'infirmier de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 9 novembre 2009  
RAHUEL (Christine, Claude) Texte 25  
Pour prendre rang du 10 novembre 2009  
PONDAVEN (Laurent, André, Yvon) Texte 25  
Pour prendre rang du 25 novembre 2009  
MOUEIX (Stéphane, Nicolas) Texte 25  
Pour prendre rang du 1<sup>er</sup> décembre 2009  
PERE (Hélène, Noëlle, Marie) Texte 25  
Pour prendre rang du 1<sup>er</sup> décembre 2009  
ROUGERIE (Isabelle) Texte 25  
Pour prendre rang du 21 janvier 2010  
LA COMBE (Camille, Marie) Texte 25  
Pour prendre rang du 26 janvier 2010  
LECOUSTAY (Myriam, Noëlla, Marthe) Texte 25

Pour prendre rang du 1<sup>er</sup> mars 2010  
NORGET (Aline, Léa) Texte 22  
Pour prendre rang du 1<sup>er</sup> mars 2010  
MILAN (Fatiha) Texte 30  
Pour prendre rang du 8 mars 2010  
AUGAT (Mikaël) Texte 37  
Pour prendre rang du 18 mars 2010  
LEFRANC (Claire, Marie, Colette) Texte 31  
Pour prendre rang du 24 mars 2010  
CALVAR (Muriel, Monique, Pierrette) Texte 36

#### Au grade de secrétaire médical de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 26 janvier 2010  
ABOULARAB (Moulouda) Texte 25  
Pour prendre rang du 26 janvier 2010  
DOS SANTOS (Kelly, Annabelle, Marine) Texte 25

Pour prendre rang du 26 janvier 2010  
PRAT (Pascale, Marie, Anne) Texte 25  
Pour prendre rang du 1<sup>er</sup> février 2010  
POZZONI (Vanessa, Gisèle, Christine) Texte 25

Pour prendre rang du 5 mars 2010  
BOSSUET (Claire, Thérèse) Texte 32

#### Au grade de technicien de laboratoire de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 7 janvier 2010  
GUARATO (Marion) Texte 25  
Changement de corps (au grade de technicien de laboratoire de classe normale de réserve).  
Pour prendre rang du 15 avril 2010  
RENAUDEAU (Patrice, Jean) né le 5 juin 1961 Texte 40

### Bulletin Officiel (BOC N°29 du 16 juillet 2010)

#### Nominations

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

Pour prendre rang du 20 mars 2007  
PARIS (Jocelyn) Texte 26

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

Pour prendre rang du 1<sup>er</sup> avril 2010  
LOUYOT (Ophélie, Christine, Nathalie) Texte 44

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

Pour prendre rang du 1<sup>er</sup> avril 2010  
MARGUET (Noémie, Pascale, Myriam) Texte 45  
Pour prendre rang du 20 avril 2010  
HEJL (Lorraine, Christiane, Paulette) Texte 34

#### Au grade d'aspirant de réserve (corps des chirurgiens-dentistes des armées)

Pour prendre rang du 9 mars 2010  
LEYER (Yves, Robert, Christophe) Texte 46

#### Au grade d'infirmier anesthésiste de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 7 avril 2010  
LE BLEVEC (Stéphanie, Anne) Texte 47

#### Au grade d'infirmier de classe normale de réserve

Pour prendre rang du 1<sup>er</sup> mars 2010  
FEDI (Jean-Christophe, Gérald) Texte 30  
Pour prendre rang du 30 mars 2010  
GIANGRANDI (Julie) Texte 36  
Pour prendre rang du 1<sup>er</sup> avril 2010  
LE LAY Sandra (Sandra) Texte 31  
Pour prendre rang du 6 avril 2010  
ORTUNEZ DEL OMO (France, Blanche) Texte 50

Pour prendre rang du 7 avril 2010  
GALLET (Frédérique) Texte 48  
Pour prendre rang du 16 avril 2010  
DEYBACH (Pauline) Texte 52  
Pour prendre rang du 21 avril 2010  
THOMIAS (Suzy, Agathe) Texte 32

**Corps des volontaires de réserve  
Au grade de 2<sup>ème</sup> classe pour prendre rang  
du 16 janvier 2009**

DEFENU (Julia) Texte 25  
REGGAD (Farid) Texte 25

**Changement de corps (Les volontaires de  
réserve sont nommés dans le corps des  
aides-soignants au grade d'aide-soignant  
de classe normale de réserve à compter du  
20 janvier 2010).**

DEFENU (Julia) Texte 28  
REGGAD (Farid) Texte 28

**Changement de corps (L'aide-soignante de  
classe normale de réserve est nommée dans  
le corps des infirmiers au grade d'infirmière  
de classe normale de réserve à compter du  
1<sup>er</sup> janvier 2010).**

CASANOVA (Sabrina) Texte 43

**Changement de corps (L'aide-soignant de  
classe normale de réserve est nommé dans  
le corps des infirmiers au grade d'infirmier  
de classe normale de réserve à compter du  
1<sup>er</sup> janvier 2010).**

SEMEDO (Edouard) Texte 42

**Changement d'armée (Le premier maître  
de réserve de la marine nationale est  
nommé dans le corps des infirmiers au  
grade d'infirmier de classe normale de ré-  
serve à compter du 15 avril 2010).**

CLAUDEL (Jean-Louis) né le 30 juin 1966  
Texte 27

**Changement d'armée (Le second maître de  
réserve de la marine nationale est nommé  
dans le corps des infirmiers au grade d'in-  
firmier de classe normale de réserve à  
compter du 15 mai 2010).**

CAVALIERI (Frédéric) né le 6 mars 1972  
Texte 41

**Changement d'armée (Le major de ré-  
serve de la marine nationale est nommé  
dans le corps des infirmiers au grade d'in-  
firmier de classe supérieure de réserve à  
compter du 1<sup>er</sup> juin 2010).**

RICHAUD (Henri, Lucien) né le 3 février  
1953 Texte 39

**Au grade de secrétaire médical de classe  
normale de réserve**

Pour prendre rang du 14 janvier 2010  
DUPONT (Mélicha) Texte 49  
Pour prendre rang du 16 février 2010  
LAPAROUX (Pascale, Juliette, Joséphine)  
Texte 51

Pour prendre rang du 25 mars 2010  
CHAUVEAU (Marion) Texte 35  
Pour prendre rang du 25 mars 2010  
PINSON (Karine) Texte 55

**Changement d'armée (Le major de réserve  
de l'armée de terre est nommé dans le  
corps des secrétaires médicaux au grade de  
secrétaire médical de classe exceptionnelle  
de réserve à compter du 1<sup>er</sup> juin 2010).**

CHANE-WAI (Jean-Pierre) né le 19 mai  
1955 Texte 38

**JORF n° 0155 du 7 juillet 2010**

Texte n° 62

**Arrêté du 29 juin 2010 portant affectation  
dans la 1<sup>re</sup> section d'un officier général de  
l'armée de terre**

NOR : DEFB 1017297A

Par arrêté du ministre de la défense en date  
du 29 juin 2010, le général de brigade Taver-  
nier (Jean-Sébastien, Marie, Félix) est nommé  
secrétaire général du Conseil supérieur de la  
réserve militaire à compter du 1<sup>er</sup> août 2010  
pour une durée de deux ans.

« Notre prochaine revue publiera la notice  
biographique du nouveau secrétaire général  
du CSRM et présentera son message qui ont  
été reçus trop tardivement pour être insérés  
dans ce numéro... »

**Nous avons extrait du Bulletin Officiel des  
armées les sujets suivants :**

**Instruction N° 1159/DEF/DCSSA/AST/VET**  
modifiant l'instruction  
n° 3252/DEF/DCSSA/AST/VET du 23 novem-  
bre 2006 relative à la mise en œuvre de la sur-  
veillance de la qualité et du contrôle sanitaire  
des eaux destinées à la consommation hu-  
maine, pour les forces en opérations et à l'en-  
traînement.  
Du 28 juin 2010

**ERRATUM**

à l'instruction  
n° 6177/DEF/DCSSA/RH/PF du 10 mai  
2010 relative aux diplômes de l'enseignement  
militaire supérieur du premier degré des offi-  
ciers du corps technique et administratif du  
service de santé des armées.  
Du 8 juillet 2010

**Communiqué de presse**

Le 21 juillet 2010, l'Office national des  
anciens combattants et victimes de guerre  
(ONACVG) ouvre son nouveau site internet.

La Toile s'enrichit ainsi d'un nouveau  
site institutionnel entièrement dédié au  
monde combattant.

[www.onac-vg.fr](http://www.onac-vg.fr)

**Pour plus d'informations :**  
**Service communication de l'ONACVG**  
**Tél. 01 49 55 62 77**

## Dates à retenir - Éphémérides

**Samedi 6 novembre :** Verdun, cérémonie du souvenir à la stèle érigée à la mémoire des membres du Service de Santé (sous réserve, à confirmer)...

**Mercredi 10 novembre :** Paris, Arc de triomphe, ravivage de la flamme par le GORSSA et la Fédération nationale des médecins anciens combattants - Rassemblement et mise en place à 18h.

**Jeudi 11 novembre :** Paris, Chapelle du Val-de-Grâce, messe du souvenir à 11h. Suivie de dépôts de gerbes ; (sous réserve, à confirmer, cette cérémonie pourrait être précédée de dépôts de gerbes aux facultés de chirurgie dentaire (Garancière) et de pharmacie (Observatoire) ; à 15h. Hommage aux médecins « morts pour la France » au monument de l'ancienne faculté de médecine (Odéon).

**Samedi 4 décembre :** Bordeaux, HIA Robert Piqué, journée des associations.

**Vendredi 10 décembre :** Marseille, HIA Laveran, journée sur le thème : Éthique biomédicale : « enjeux civils et militaires ».

À l'heure où nous mettons sous presse, nous n'avons pas connaissance de toutes les manifestations organisées et ne disposons pas de toutes les dates ; de même, certains programmes ne nous ont pas (encore) été communiqués...

C'est pour nous l'occasion de rappeler à nos reponsables régionaux de nous informer aussi tôt que possible des évènements ou réunions de tout type dès qu'ils les connaissent...

À mesure que confirmations et précisions nous parviendront, nous en informerons aussitôt par courriel nos Présidents nationaux, nos correspondants de rédaction ainsi que tous les Délégués régionaux du GORSSA : à charge pour eux de les retransmettre...

Les impératifs de délai et de mise en page nous obligent à reporter au prochain numéro les nominations ou promotions parues après le 30 juillet 2010.

# L'ÉQUIPE NEUROCHIRURGICALE MOBILE

R. DULOU\*, J.-M. DELMAS\*, E. BLONDET\*, E. LAMBERT\*, A. DAGAIN\*\*,  
O. GOASGUEN\*, F. de SOULTRAIT\*, Ph. PERNOT\*\*\*

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

Président : Docteur Xavier SAUVAGEON

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

## Historique

Les premières équipes neurochirurgicales mobiles (ENCM) ont été créées pendant la Seconde guerre mondiale par Sir Hugh Cairns, au profit de l'Armée Britannique (1). Leur mission était de traiter au plus près des zones de combat les plaies crâniocérébrales (ablation des fragments osseux embarrés sous vision directe et fermeture cutanée en un temps chirurgical). Leur mobilité devait être suffisante pour qu'elles soient rapidement redéployées en fonction des besoins du champ de bataille (2). Elles étaient constituées d'un neurochirurgien, d'un neurologue, d'un anesthésiste et de personnels paramédicaux rompus aux urgences neurochirurgicales. Leur dotation en matériel devait permettre d'effectuer de façon autonome plus de 200 interventions (2). Les blessés opérés étaient ensuite évacués par des ambulances de terrain vers les structures médicales de campagne plus lourdes basées à l'arrière. Ainsi, les ambulances neurochirurgicales mobiles suivaient-elles de très près les troupes en opérations. Dès que la situation le permettait, elles déployaient leurs tentes, opéraient dans des délais très courts, ce qui permettait d'envisager des évacuations secondaires de blessés déjà traités vers l'arrière (3).

La première équipe fut déployée en France en mai 1940, peu avant l'évacuation de Dunkerque. Elle fut malheureusement rapidement capturée et ne prit plus part au conflit. Huit autres équipes neurochirurgicales mobiles furent ensuite déployées : la première au cours de la campagne d'Afrique du Nord, la dernière, arrivant en Inde peu de temps avant la reddition japonaise, ne fut pas sollicitée. Leur bilan d'activité est conséquent avec plus de 20 000 blessés pris en charge, représentant 80 % des soldats victimes d'une plaie crâniocérébrale (1, 2). Par la suite, d'autres unités furent déployées par l'Armée Canadienne durant la Seconde guerre mondiale et, plus tard, par la 8<sup>ème</sup> Armée Américaine durant la seconde année de la guerre de Corée (4).

## Evolution

Depuis la guerre du Vietnam, la prise en charge des blessés neurochirurgicaux en temps de guerre a été marquée par plusieurs évolutions :

- amélioration des conditions d'évacuation des blessés, vers des hôpitaux de transit dotés d'une équipe neurochirurgicale (en particulier grâce aux hélicoptères dédiés aux évacuations sanitaires) (5, 6).

- amélioration des techniques d'imagerie, de l'équipement chirurgical, des moyens de réanimation de l'avant, nécessitant l'emploi de matériels trop lourds pour être déployés dans des structures médicochirurgicales mobiles (niveau 2).

- enfin, affinement des indications chirurgicales, certaines équipes prônant un traitement plus conservateur des blessés présentant une plaie crâniocérébrale et s'opposant ainsi au dogme du traitement «complet, précoce et minutieux» établi par nos anciens et appliqué depuis la Première guerre mondiale (7-11).

Ces évolutions ont installé l'équipe neurochirurgicale dans les structures médicochirurgicales de niveau 3 ou 4. Paradoxalement, du fait des améliorations apportées à ses conditions d'exercice, le neurochirurgien a perdu sa mobilité et sa capacité d'opérer au plus près du théâtre d'opérations. Cependant, avec l'évolution du type des conflits, l'Armée américaine a récemment exprimé le besoin de déployer des neurochirurgiens dans des structures de niveau 2 afin de réduire le temps s'écoulant entre la survenue de la blessure et sa prise en charge spécifique (12).

Actuellement, les opérations extérieures conduites par des détachements de l'Armée française sont des missions de maintien de la paix. Ces détachements sont soutenus par des structures médicochirurgicales de niveaux 2 et 3. Certaines sont équipées de scanners mobiles. La télémédecine qui commence à se développer apportera un soutien supplémentaire à ces structures.

Dans de nombreuses armées (et c'est le cas de l'armée française), les chirurgiens « généralistes » sont supposés avoir été formés à la prise en charge des blessés neurochirurgicaux. Dans la pratique, les formations sont relativement rapides et souvent peu adaptées (13, 14).

L'établissement d'une permanence téléphonique neurochirurgicale et l'emploi de l'outil internet ont permis une amélioration sensible des liaisons avec les antennes et groupes médico-chirurgicaux. Cependant, l'accès à internet reste très artisanal, n'est pas possible partout, même par le biais de lignes téléphoniques civiles (les plus utilisées en pratique).

Enfin, en février 2000, un militaire français en poste à Sarajevo, victime d'un accident de la voie publique, a présenté une plaie crâniocérébrale justifiant un geste neurochirurgical urgent. A la suite d'un dysfonctionnement de

la régulation médicale, l'envoi d'un neurochirurgien avec l'équipe d'évacuation sanitaire a été refusé. Le patient n'a pu être opéré que 17 heures après l'accident.

Ces différents éléments et cet incident, heureusement sans conséquence, nous ont amenés à remettre à jour le concept d'équipe neurochirurgicale mobile.

Une équipe neurochirurgicale mobile (ENCM) complète est composée d'un neurochirurgien, d'un infirmier et d'un infirmier de bloc opératoire rompus à la prise en charge des urgences neurochirurgicales. En fonction des besoins exprimés, cette équipe peut se « greffer » à l'équipe d'astreinte évacuation sanitaire (EVASAN) composée d'un anesthésiste réanimateur et d'une convoyeuse de l'air. L'équipement chirurgical spécifique est disponible en permanence dans les deux services de neurochirurgie militaires parisiens. Il comprend une boîte de chirurgie du rachis, une boîte de chirurgie crânienne, du matériel d'ostéosynthèse du rachis et un système de monitoring de la pression intracrânienne (PIC).

Les structures médicales susceptibles de solliciter l'aide d'une ENCM sont les antennes chirurgicales (niveau de soutien sanitaire 2) et groupes médicochirurgicaux ou GMC (niveau de soutien sanitaire 3) (15) basés en Afrique, Europe centrale, Moyen-Orient, Guyane et Afghanistan.



Figure 1. Avions utilisés par l'équipe EVASAN : à gauche, Falcon 50, au centre, Falcon 900, à droite, installation d'un patient (matelas coquille) à l'intérieur d'un Falcon 50

L'ENCM peut être sollicitée pour la prise en charge de patients civils ou militaires présentant une urgence neurochirurgicale. Un premier avis est donné par téléphone, souvent en collaboration avec l'anesthésiste-réanimateur. Quand cela est possible, les données de l'imagerie sont transférées par internet dans le service de l'HIA Percy ou l'HIA du Val-de-Grâce. In fine, c'est la DCSSA qui décide de déclencher l'intervention de l'ENCM.

L'ENCM peut être déployée avec l'équipe EVASAN à partir de la Base aérienne de Villacoublay (Figure 1). Le délai de mise en œuvre est inférieur à 3 heures. En fonction des besoins et du degré d'urgence, un neurochirurgien seul peut être projeté par vol régulier militaire ou civil.

### Bilan de l'activité

De 2001 à 2009, quinze missions ont été effectuées (au profit de 16 patients), résumées sur le tableau 1.

Schématiquement, plusieurs cas de figure se sont présentés :

Numéro de la mission / Localisation	Date	Sexe, Age, situation	Données disponibles avant le déploiement de l'ENCM	Transmission de données par internet	Mode de départ	Chirurgie sur place	Evacuation du patient vers la France	Evolution
1. Tchad (Figure 1)	Janvier 2001	F, 40 ans Civile	AVP datant de 6 jours. Déficit incomplet du membre supérieur gauche Fracture C4C5	Oui	Différé, par vol militaire régulier	Oui	Non	Favorable, récupération neurologique
2. Cameroun (Figure 2)	Janvier 2003	M, 37 ans Militaire français	Traumatisme crânien grave Coma Hématome sous-dural?	Non	En urgence avec l'équipe EVASAN	Non	Oui	Décès 2 jours après son arrivée
3. Tchad (Figure 3)	Février 2004	M, 9 ans Civil	AVP. Coma	Non	En urgence avec l'équipe EVASAN	Non	Oui	Décès 21 jours après son arrivée
4. République de Djibouti	Mai 2004	M, 34 ans Militaire djiboutien	AVP. Tétraplégie. Dilatation CSF6	Oui	Différé, par vol civil régulier	Oui	Non	Décès 13 mois après le traumatisme
5. République de Côte d'Ivoire (Figure 4)	Novembre 2004	M, 44 ans Militaire français	Plaie crânio-cérébrale Détérioration neurologique	Oui	En urgence avec l'équipe EVASAN	Oui	Oui	Favorable Récupération neurologique Cranioplastie 1 an après le traumatisme
6. République de Djibouti (Figure 5)	Février 2006	M, 21 ans Militaire français	Hémorragie intracérébrale. MAV de la fosse cérébrale postérieure. Hydrocéphalie? GCS 14	Non	En urgence avec l'équipe EVASAN	Non	Oui	Favorable Emboisement de la malformation
7. République de Djibouti	Janvier 2008	M, 25 ans Militaire français	AVP. Polytraumatisme Fracture temporale gauche et contusion cérébrale, fracture en T rotulienne GCS 14, puis agitation et sédation	Non	En urgence avec l'équipe EVASAN	Non	Oui	Favorable Traitement conservateur
8. République de Djibouti	Octobre 2008	M, 44 ans Militaire français	Accident pyrotechnique Traumatisme crâniofacial GCS 12, hémiparésie gauche contusions frontotemporales droites.	Oui	En urgence avec l'équipe EVASAN	Oui	Oui	Favorable Séquelles neuropsychologiques
9. Gabon	Novembre 2008	M, 40 ans Militaire français	Traumatisme cervical après saut en parachute Paresthésies des deux membres supérieurs Instabilité C4C5?	Non	En urgence avec l'équipe EVASAN	Non	Oui	Favorable Traitement conservateur
10. Gabon	Janvier 2009	M, 22 ans Militaire français	Traumatisme crânien grave Contusions bifrontales, fracture non déplacée de la voûte GCS 14	Non	En urgence avec l'équipe EVASAN	Non	Oui	Favorable Persistance de légers troubles mnésiques
11. Kosovo	Mai 2009	M, 52 ans Militaire français	Hémorragie cérébroméningée MAV de la fosse cérébrale postérieure Hydrocéphalie GCS 7	Non	En urgence avec l'équipe EVASAN	Oui	Oui	Favorable Emboisement de la malformation
12. Guyane française	Août 2009	M, 23 ans Militaire français	Plaie crânio-cérébrale par arme blanche GCS 14	Oui	En urgence avec l'équipe EVASAN	Oui	Oui	Favorable Cranioplastie à prévoir à distance
13. République de Djibouti	Octobre 2009	M, 25 ans Militaire djiboutien	Luxation C6C7 Tétraparésie	Oui	Différé, par vol civil régulier	Oui	Non	Stable
14. République de Djibouti	Octobre 2009	M, 5 mois Civil français	Traumatisme crânien grave, Hématome extradural, GCS 5	Oui	En urgence avec une équipe de réanimation pédiatrique civile	Oui	Oui	Favorable Séquelles neuropsychologiques
15. Afghanistan	Novembre 2009	M, 31 ans Militaire français	AVP, Traumatisme crânien grave, GCS 3, hématome sous-dural aigu	Oui	En urgence avec l'équipe EVASAN	Oui	Oui	Favorable Traitement conservateur
		M, 30 ans Militaire français	AVP, Traumatisme rachidien, fracture articulaire C7 gauche	Oui		Non		

Tableau 1.  
Récapitulatif de l'activité  
de l'ENCM 2001-2009

AVP : accident de la voie publique  
MAV : malformation artérioveineuse  
GCS : Glasgow Coma Scale  
M : militaire  
C : civil

\* MC  
\*\*MP  
\*\*\* MCS de classe normale

R. DULOU, Médecin en chef. J.-M. DELMAS, médecin en chef. E. BLONDET, Médecin en chef. E. LAMBERT, Médecin en chef. A. DAGAIN, Médecin principal. O. GOASGUEN, Médecin en chef. F. de SOULTRAIT, Médecin en chef. Ph. PERNOT, Médecin chef des services de classe normale. Correspondance : Renaud Dulou, service de neurochirurgie, Hôpital d'instruction des armées du Val-de-Grâce, 74 bld du Port-Royal, 75230 Paris Cédex 05. Tél : 01.40.51.43.06. Adresse internet : renaud.dulou@wanadoo.fr

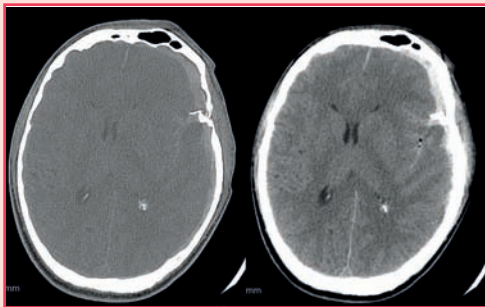


Figure 2. Patient pris en charge au cours de la mission 12 ; scanner cérébral, coupes axiales, fenêtres osseuse (gauche), parenchymateuse (droite) : esquilles osseuses frontales gauches avec lame d'hématome sous-dural aigu

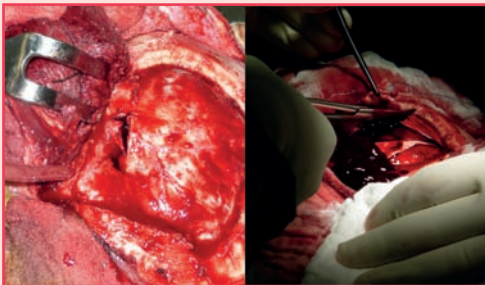


Figure 3. Patient pris en charge au cours de la mission 12 ; vues opératoires ; à gauche, après réalisation d'un volet et ablation des esquilles osseuses, exposition de la dure-mère et de la plaie réalisée par l'arme blanche, longiligne ; à droite, ouverture durale et exposition de l'hématome sous-dural

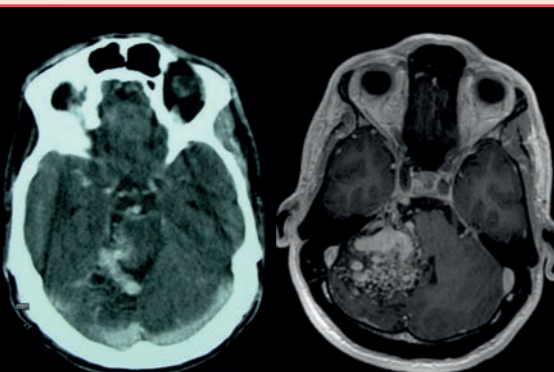


Figure 4. Patient pris en charge au cours de la mission 6 ; à gauche, scanner cérébral avec injection de produit de contraste (réalisé à Djibouti), à droite, Imagerie par résonance magnétique, coupe axiale, séquence T1 après injection de gadolinium : volumineuse malformation artérioveineuse de la fosse cérébrale postérieure

1. Situation d'urgence « absolue », données transmises par téléphone et internet, indication chirurgicale retenue, envoi de l'ENCM avec l'équipe EVASAN (Missions 5, 8, 12, 14, 15) (Figures 2 et 3)
2. Situation d'urgence « absolue », données disponibles uniquement par téléphone et/ou échec de transmission de renseignements par internet, envoi de l'ENCM avec l'équipe EVASAN. Indication chirurgicale discutée sur place (et en fait non retenue dans les cas présentés sauf pour la mission au Kosovo : missions 2, 3, 6, 7, 9, 10, 11) (Figure 4).
3. Situation d'urgence « relative », données transmises par téléphone et internet, indication chirurgicale retenue, envoi du neurochirurgien seul avec l'équipement chirurgical adéquat (Missions 1, 4, 13). Transport par vol militaire régulier au départ de la base aérienne d'Orléans (Hercules), ou par vol civil régulier au départ de Paris (16).

Dans un des cas (deuxième mission) l'ENCM a été directement sollicitée par l'équipe EVASAN chargée de rapatrier à Paris un militaire français victime d'un accident de la voie publique au Cameroun. Le blessé, âgé de 37 ans, pris en charge à l'hôpital général de Yaoundé avec un score de Glasgow à 4 et une mydriase unilatérale gauche aréactive, avait été opéré en urgence par l'équipe neurochirurgicale camerounaise d'un hématome sous-dural aigu. Les seules données médicales disponibles avaient été transmises par l'Ambassade de France et il avait été impossible de contacter directement l'équipe médicale locale.

Quand la transmission des données de l'imagerie est possible, la décision d'intervention de l'ENCM est plus simple. Citons par exemple le cas d'un militaire français de 40 ans, pris en charge en février 2007 au GMC de Kaboul pour un état de mal épileptique. Le scanner réalisé sur place montrait une image pouvant faire évoquer un saignement aigu. Les coupes, transférées par internet, ont pu être interprétées par le neurochirurgien d'astreinte. L'ensemble des éléments du tableau a pu faire éliminer le

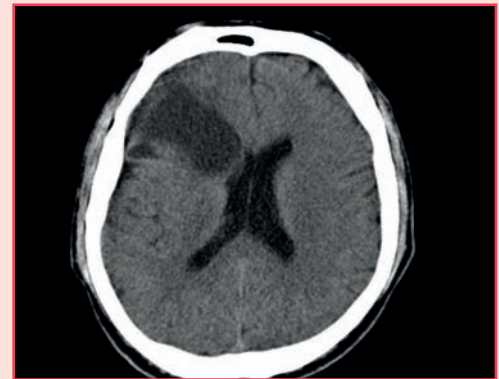


Figure 5. Kaboul, février 2007, scanner cérébral, coupe axiale, sans injection : lésion hypodense frontale droite, sans effet de masse ni œdème périlésionnel

diagnostic d'hypertension intracrânienne. L'intervention de l'ENCM, sollicitée par le GMC de Kaboul, n'a donc pas été nécessaire (Figure 5).

Enfin, la diffusion du numéro de téléphone de l'EMNC a facilité les communications avec les équipes chirurgicales déployées hors métropole. Elle a même permis dans certains cas d'aider les chirurgiens déployés à réaliser des gestes neurochirurgicaux de sauvetage parfois lourds. Ainsi, en novembre 2009, la transmission des données de l'imagerie et une assistance chirurgicale par téléphone ont rendu possible l'évacuation d'un hématome extradural de la voûte d'un enfant de 13 mois par l'équipe chirurgicale du GMC de Djibouti (figure 6).

## Discussion

La neurochirurgie ne représente qu'une très faible part de l'activité des structures médicochirurgicales de niveaux 2 et 3 déployées en dehors de la France. Durant la guerre civile à N'Djamena en 1980, l'an-

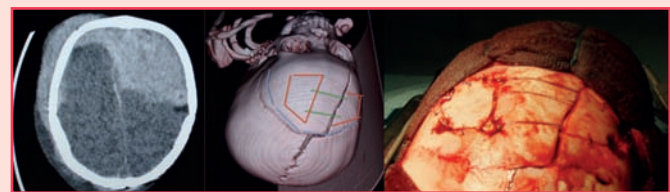


Figure 6. À gauche, scanner cérébral, coupe axiale : volumineux hématome extradural de la voûte, à extension bilatérale prédominant à gauche ; au milieu, sur une reconstruction scanographique 3D, surimpression de l'incision cutanée (bleu), des volets à réaliser (rouge) et de la suspension dure en pont au-dessus du bandeau frontal entre les deux volets (vert) ; cette image a été envoyée par internet à l'équipe chirurgicale ; à droite, vue opératoire finale avant repositionnement du lambeau cutané : les deux volets ont été repositionnés, deux points de suspension dure sont visibles, réalisés comme sur le schéma précédent

tenne chirurgicale aéroportée a admis 1484 blessés et réalisé 518 interventions chirurgicales. Vingt-sept patients présentaient une plaie craniocérébrale, 14 d'entre eux furent opérés. Deux autres blessés présentaient une plaie vertébro-médullaire responsable d'une paraplégie. Ils décédè-

rent rapidement. L'ensemble de ces patients représentait 1,95 % des blessés admis par l'antenne et 2,7 % des procédures chirurgicales (17). Une publication plus récente, portant sur l'activité de soutien d'un contingent assurant le maintien de la paix au Rwanda, a quantifié les actes neurochirurgicaux à 2 % de l'activité chirurgicale totale. Onze interventions ont été considérées comme des urgences, six autres ont été réalisées dans le cadre d'un programme « réglé » (défect osseux, ostéomyélite, méningocèle, hématome sous-dural chronique) (14). Ces données confirment que la présence d'un neurochirurgien au sein d'une structure médicochirurgicale dans le cadre de mission de maintien de la paix n'a que peu d'intérêt, en dépit des conclusions d'une publication allemande récente (18). Dans la littérature, la nécessité de former les chirurgiens des antennes aux urgences neurochirurgicales est soulignée. Les auteurs évoquent en particulier la prise en charge des traumatismes crâniens et rachidiens, des infections du système nerveux central, voire de pathologies pédiatriques (13, 14, 19).

En pratique, cette formation se limite souvent à l'évacuation d'hématomes sous-duraux, au traitement de plaies crâniocérébrales et de quelques hématomes extraduraux, dans des structures équipées et adaptées à l'urgence neurochirurgicale. Ce confort chirurgical n'existe pas dans les structures de niveau 2 ou 3. La télé-médecine et l'assistance téléchirurgicale amélioreront certainement les conditions d'exercice de ces chirurgiens isolés. Cela dépendra de la qualité, de la fiabilité et de la facilité d'emploi de ces outils en cours de développement.

L'ENCM est donc un outil supplémentaire mis à la disposition des structures soute-

nant les opérations extérieures mais qui n'a d'intérêt que si le délai de prise en charge spécialisé est acceptable. L'étude rétrospective des cas a parfois montré l'inutilité de l'intervention de l'ENCM. En l'occurrence, en l'absence d'informations fiables quant à l'état du blessé, l'envoi d'un neurochirurgien peut être décidé « par précaution », dans le but d'optimiser la prise en charge. En pratique, l'ajout d'une ENCM à une équipe d'EVASAN ne pose pas de réel problème logistique (en dehors de la gestion de la place disponible dans l'avion d'évacuation sanitaire) et n'a jamais entraîné de retard dans son déploiement.

### Conclusion

Les urgences neurochirurgicales représentent une très faible proportion de l'activité chirurgicale des structures sanitaires de niveaux 2 et 3 déployées hors de nos frontières dans le cadre actuel de maintien de la paix. La formation spécifique des chirurgiens semble essentielle et sera certainement optimisée par le développement de la téléchirurgie. Elle ne leur permet cependant pas, à l'heure actuelle, de faire face à l'urgence neurochirurgicale dans des conditions optimales. L'ENCM est un outil supplémentaire, peu onéreux, pour la prise en charge de patients présentant un problème neurochirurgical. Pour une meilleure efficacité, son intervention doit être décidée rapidement avec le minimum d'intermédiaires. ■

### RÉFÉRENCES

- Hughes JT: Hugh Cairnes (1896-1952) and the mobile neurosurgical units of World War II, *Journal of medical biography* 2004; 12: 18-24.
- Schurr PH: The evolution of field neurosurgery in the British Army, *Journal of the Royal Society of Medicine* 2005; 98: 423-427.
- Perrin J.: une année de neurochirurgie de guerre au corps expéditionnaire français d'Extrême Orient (1945-1946), Paris, Librairie E. Le François, 1950.
- Meirowxky AM, Barnett JC: Mobile neurosurgical team, *Annals of surgery* 1953; 138 (2): 178-185.
- King B, Jatoi I: The Mobile Army Surgical Hospital (MASH): a military and surgical legacy, *Journal of the national medical association* 2005; 97 (5): 648-656.
- Sebesta D: Experience as the chief of surgery at the 67<sup>th</sup> Evacuation Hospital, Republic of Vietnam 1968 to 1969, *Military medicine* 1990; 155 (5): 227.
- Cushing H. A study of a series of wounds involving the brain and its enveloping structures. *British Journal of Surgery* 1917-18; 5: 558-684.
- Garcin R., Guillaume J. Traitement des blessures et des lésions traumatiques crâniocérébrales récentes. Editions Masson, Paris, 1942 : pp 8.
- Pernot Ph., Couleau A., Baechle J.P. La neurochirurgie moderne est-elle adaptée aux conditions de guerre ? *Médecine et armées* 1992, 20 (1) : 115-117.
- Amirjamshidi A, Abbassion K, Rahmat H: Minimal debridement or simple wound closure as the only surgical treatment in war victims with low-velocity penetrating head injuries, *Surgical neurology* 2003; 60: 105-111.
- Chaudhri KA, Choudhury AR, Al Moutaery KR, Cybulsky GR: Penetrating craniocerebral shrapnel injuries during "Operation Desert Storm": Early results of a conservative surgical treatment, *Acta neurochirurgica (Wien)* 1994; 126: 120-123.
- Pitlyk PJ: Position of neurosurgery in deployment medicine, *Military medicine* 1996; 161: 462-464.
- Rignault DP: How to train war surgery specialists: part II, *Military medicine* 1990; 155 (2): 143-147.
- Rosenfeld JV: Neurosurgery in Rwanda during a United Nations peace-keeping mission, *Military medicine* 1997; 162 (5): 311-314.
- Seet B: Levels of medical support for United Nations peacekeeping operations, *Military medicine* 1999; 164 (7): 451-456.
- Dulou R, Poichotte A, Goasguen O, Sergent H, Pernot Ph: Telemedicine in the management of a cervical dislocation by a mobile neurosurgeon, *Journal of telemedicine and telecare* 2002; 8 (4): 241-243.
- Pas d'auteur: Activité de l'antenne chirurgicale implantée à N'Djamena dans le cadre de l'opération Tacaud, *Médecine et armées* 1982 ; 10 (10) : 873-882.
- Madei WF, Klieser HP: Intensive care medicine in the German Field Hospital during the Implementation Force Mission in Trogir, Croatia, *Military Medicine* 2000; 165 (6): 445-448.
- Donovan DJ: Cranial burr Holes and emergency craniotomy: reviews of indications and technique, *Military medicine* 2006; 171 (1): 12-19.

# ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'UNMR

## LILLE 29 MAI 2010

### RAPPORT MORAL DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Patrick HAMON\*

L'Assemblée Générale de l'UNMR 2010 se déroule cette année dans le cadre des Journées Nationales d'instruction du GORSSA organisées par le Groupement des Organisations de Réservistes du Service de Santé des Armées au Corps de Réaction Rapide France, sous la haute autorité du Directeur Central du Service de Santé des Armées, représenté par le Médecin Général BORDAGUIBEL-LABAYLE.

Je tiens à remercier ici nos Chefs de la Direction Centrale et de toutes les Directions Régionales du Service de Santé des Armées qui restent toujours à l'écoute de nos représentants et apportent une aide précieuse à notre association nationale.

Certaines modifications sont intervenues au sein de notre Commandement ainsi :

- Médecin Général des Armées Gérard NEDELLEC, Directeur Central du Service de santé des Armées,

- Médecin Général des Armées Jacques BRUNOT, Inspecteur Général du Service de santé des Armées,

- Médecin Général Inspecteur Frédéric FLOCARD, Sous Directeur des Ressources Humaines, DCSSA

- Médecin Général Inspecteur Christian BOUAT, Sous Directeur Hôpitaux, DCSSA

- Médecin Général Inspecteur Thierry DEBORD, Inspecteur du Service de Santé des Armées pour l'Armée de Terre et chef du pôle « techniques médicales, pharmaceutiques et vétérinaires » du département de l'audit interne du service de santé des armées et d'inspecteur technique des services médicaux des armées.

- Médecin Général Inspecteur Eric DAL, Inspecteur du Service de Santé des Armées pour la Marine

- Médecin Général Inspecteur Claude Pierre, Directeur du département de l'audit interne du service de santé des armées

- Médecin Chef des Services Pol DYÈVRE, Inspecteur Technique de la médecine de prévention dans les armées – Contrôle Général des Armées

- Pharmacien Général Inspecteur Jean-François CHAULET, Inspecteur Technique des Services Pharmaceutiques et Chimiques des Armées

- Médecin Général Jean DEBONNE, Médecin Chef de l'HIA du Val-de-Grâce

- Médecin Général Eric RENOUX, Médecin Chef de l'HIA Begin

- Médecin Chef des Services Gérard BOURGUIGNON, Médecin Chef de l'HIA CLERMONT-TONNERRE

- Médecin Chef des Services Sylvie PEYRE, Médecin Chef de l'HIA SAINTE-ANNE

\*

Comme le veut la tradition, je souhaite la bienvenue à nos 9 nouveaux camarades qui nous ont rejoints en 2009 mais malheureusement 6 de nos camarades nous ont quittés au cours de l'année passée :

Les Médecin en Chef (H) :

- Jean-Paul DAMAS
- Jean-Jacques GROS
- Jacques MELTZ
- Michel ROOS
- Max SUREAU

Les Médecin Général (2S) :

- Arnaud JAUREGIBERRY

Nous voulons partager la douleur de leurs familles à qui nous présentons nos plus sincères condoléances et nous les assurons de notre affectueux soutien. Observons une minute de silence à la mémoire des disparus.

\*

2009 a vu récompenser dans les Ordres Nationaux 13 de nos camarades. Je leur adresse mes chaleureuses félicitations et les remercie pour leurs activités de Réservistes et leur représentation de l'U.N.M.R. au sein du Service de Santé des Armées.

#### Dans l'Ordre National de la Légion d'Honneur

##### Au grade de Chevalier

Médecin en Chef (R) Bernard MEUNIER

Médecin en Chef (R) Maurice SAFRAN

Médecin en Chef (R) Xavier SAUVAGEON

Médecin en Chef (R) Gaël SEGOND

Médecin en Chef (R) Jean-Jacques TEXIER

\* MC (R)



**Dans l'Ordre National du Mérite****Au grade d'Officier**

Médecin en Chef (R) Laurent ASTIN  
 Médecin en Chef (R) Jean-Yves GOURVIL  
 Médecin Chef des Services (R) Christian LE ROUX

**Au grade de Chevalier**

Médecin en Chef (R) Patrice BODENAN  
 Médecin en Chef (R) Jean GROS  
 Médecin en Chef (R) Jean-Michel GRUNENWALD  
 Médecin en Chef (R) Bruno HISTACE  
 Médecin en Chef (R) Jean-Claude SARGENTINI

**22 de nos camarades** ont été récompensés par la Médaille des Services militaires Volontaires

\*

Enfin 34 de nos camarades ont été honorés par la Médaille de l'U.N.M.R.

\*

Je tiens à remercier tout particulièrement nos délégués des 6 Régions ainsi que tous nos délégués départementaux. Au plus près de nos adhérents, ils représentent la courroie de transmission de l'Association et s'investissent dans le recrutement, l'information et le suivi de nos jeunes adhérents ainsi que dans l'organisation d'activités diverses sur le terrain. Bien entendu le Secrétaire Général et les membres du Bureau se tiennent à leur disposition pour les aider à poursuivre leur action. Tout comme ils se tiennent à la disposition des membres de l'Association pour leur communiquer les différentes activités que leurs représentants ont menées au cours de 2009. Il est essentiel que nos délégués aient un ou plusieurs adjoints issus de la Réserve opérationnelle. En effet, c'est la Réserve opérationnelle qui sera sur le terrain au contact des unités et du Commandement et qui assurera ainsi la crédibilité de notre association dont le rôle est de servir notre pays.

Je souligne, comme mes prédécesseurs, que les activités des membres du Bureau, du Conseil d'Administration et de tous nos délégués, relèvent du bénévolat et qu'aucune indemnité de quelque nature que ce soit n'est perçue par les intéressés.

\*

Autour de ses camarades, le Bureau s'est organisé ainsi pour 2009

**Présidents d'Honneur**

Docteur N. FOURES  
 Docteur M. MATHIEU  
 Docteur J.-P. MOULINIÉ

Professeur R.C. TOUZARD

**Président**

Docteur X. SAUVAGEON

**Vice-Présidents**

Docteur M. GIBELLI  
 Professeur M. MONTARD  
 Docteur P. POMMIER de SANTI  
 Professeur E. TISSOT  
 Docteur X. WAGNER

**Secrétaire Général**

Docteur P. HAMON

**Secrétaires Généraux Adjoints**

Docteur P. BOUSQUIER  
 Docteur G. LE LAY  
 Docteur J. TRAN

**Trésorier**

Docteur J.-L. PICOCHÉ

**Trésorier Adjoint**

Docteur X. WAGNER

**Secrétaire des Séances**

Docteur L. ASTIN

**Rédacteur en Chef****et chargé de mission auprès du Président**

Docteur Y. MESLIER

**Porte-Drapeau**

Docteur J.-P. SALA

**Délégué Général GORSSA-UNMR chargé des relations GORSSA-CIOMR**

Docteur C. LE ROUX

\*

En cette année 2009, l'association et le Bureau ont été encore très actifs ainsi qu'en témoigne le calendrier des activités de représentation, qui représentent un total de 48 journées sur l'ensemble de l'année 2009.

**Conclusion**

L'UNMR poursuit ses efforts de recrutement et de fidélisation de ses membres. Il en va de la santé de l'Association. Les effectifs sont relativement stables, mais il nous faut inlassablement contourner l'obstacle de la fin de la conscription et se montrer attractif envers les réservistes opérationnels sous ESR. Un projet de plaquette d'information et d'adhésion à l'UNMR, avec référence au GORSSA, a été finalisé. Avec l'accord du Directeur Central du Service de Santé des Armées, cette plaquette sera distribuée par le Service et remise aux futurs signataires de contrats ESR, dès courant 2010.

Sous l'impulsion du Président SAUVAGEON, 2009 a été l'année de la mise en place des Délégations Régionales du GORSSA. L'UNMR, principale composante du

GORSSA, a joué un rôle important dans l'animation de divers événements. Nous citerons :

- la journée régionale d'instruction de Lyon du 5 mars avec pour thème « les expertises ».

- les journées nationales d'instruction du GORSSA des 15 et 16 mai à Bordeaux. L'organisation a été confiée pour la première fois à une délégation régionale du GORSSA. Avec l'aide et le dynamisme du Médecin Général Inspecteur MOURAREAU, dont l'action en faveur de la Réserve n'est plus à démontrer, ces journées furent un succès. Nous en retiendrons notre passage à l'Atelier industriel de l'aéronautique (AIA) de Floirac, chargé de la maintenance des moteurs d'avions et d'hélicoptères de l'Armée ; les conférences de haut niveau sur le NRBC au Centre de Formation de la DGA de Latresne ; et enfin la présentation à l'Hôpital Robert PIQUE des chaînes de triage, décontamination et traitement des blessés irradiés et brûlés.

- et enfin, la journée d'instruction Laveran, orchestrée brillamment par le Doyen LEONETTI, avec la collaboration de l'équipe Régionale du GORSSA. Le thème en était « Le développement professionnel continu : enjeux civils et militaires ».

Le XIV<sup>ème</sup> Raid Médical d'Evaluation des Réserves 2009 a eu lieu du 22 au 26 juin au Camp de la Valbonne, sous la direction du Médecin en Chef (R) LE CARPENTIER. Le 3<sup>ème</sup> Régiment Médical en était le corps support. Le thème tactique était « Les tirs hostiles de la Valbonnie ». Le Directeur Central a présidé la prise d'armes du 26 juin. Le Raid devrait se sédentariser à la Valbonne et connaître des évolutions dans son esprit, à partir de 2010.

La Confédération Interalliée des Officiers Médicaux de Réserve (CIOMR), sous Présidence française assurée par le Vétérinaire en Chef (R) PELLETIER, assisté par le Médecin en Chef (R) MARTELET, chef de la Délégation Française, s'est réunie comme traditionnellement à deux reprises. Tout d'abord, du 19 au 21 février en congrès d'hiver à Bruxelles. Le thème scientifique en était « L'imagerie médicale en opérations internationales ». Du 3 au 9 août, le congrès d'été à Sofia, avait comme thème « La médicalisation de l'avant en milieu militaire d'urgence ».

Madame SICE, notre secrétaire que nous remercions pour son humeur égale en toute circonstance, son professionnalisme et sa recherche de perfectionnement, a suivi une formation complémentaire informatique en juin, qui l'a satisfaite.

La commission du GORSSA sur la revue commune a retenu comme éditeur Centr'Imprim (actuel éditeur du « Médecin de Réserve ») et finalise la maquette, avec un

partage entre pages communes et feuillets spécifiques, celui de l'UNMR correspondant au contenu actuel du « Médecin de Réserve ».

L'année 2009 a vu la mise en pratique de l'évolution des échelons initiés le 1<sup>er</sup> janvier 2008, à l'identique de l'Active, suite au décret d'application de la loi du 18 avril 2006, portant organisation de la Réserve militaire et au Service de Défense du 5 octobre 2007. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008, chaque réserviste opérationnel a été reclassé au premier échelon de son grade. Une année d'ancienneté dans l'échelon, depuis la date anniversaire du passage au dernier échelon détenu, correspondra à 30 jours effectués sous ESR en 1, 2 ou 3 ans. Le passage au grade supérieur sera fonction de l'échelon détenu, mais aussi d'une ancienneté minimale exigée dans le grade courant (qui a été fixée par l'arrêté du 17 juillet 2009, JORF du 1<sup>er</sup> août 2009). Il convient de souligner que pour les nominations de grade survenues avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008, il n'y a pas d'effet rétroactif concernant les échelons, ce qui pose question par suite de la perte de son ancienneté, antérieure à cette date, dans le grade. Sachons faire confiance à nos chefs d'Active.

Le Médecin Général des Armées NEDELLEC est devenu Directeur Central du Service de Santé des Armées à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2009 et le Médecin Général des Armées BRUNOT, Inspecteur Général du Service de Santé des Armées depuis le 21 novembre 2009. Nous les saluons très respectueusement et les assurons de notre entier dévouement. Nous saluons tout aussi respectueusement leurs prédécesseurs, les Médecins Généraux des Armées LAFONT et JEANDEL, que nous remercions pour leur engagement en faveur de la Réserve.

Notre Président, le Médecin en Chef (R) Xavier SAUVAGEON, a été décoré de la Croix de la Légion d'Honneur lors d'une très belle prise d'armes à l'HIA du Val-de-Grâce, le 22 septembre 2009. Nous lui adressons nos vives félicitations. Nous précisons que son cocktail de remerciements du 6 novembre 2009 a été honoré de la présence du Médecin Général des Armées NEDELLEC. Le Président et le Secrétaire Général l'ont interprété comme un signe fort envers les réservistes. Soulignons que leurs rapports, aussi bien avec le nouveau Directeur Central qu'avec le Médecin Chef des Services GUILLOU,

sont basés sur le dialogue, l'écoute et la confiance.

Le Colonel (R) VITROLLES a été élu Président de l'UNOR le 21 mars 2009. Son arrivée semble marquer une nouvelle ère concernant les relations avec le GORSSA, reconnaissant des rapports uniquement de partenariat entre l'UNOR et le GORSSA, le GORSSA n'étant pas dans l'UNOR.

2010 nous conduira à Lille pour les Journées Nationales d'Instruction du GORSSA, verra la publication d'ACTU-GORSSA qui intégrera le « Médecin de Réserve ». Nous serons attentifs sur les conclusions du mandat quant à nos Associations, confié par notre nouveau Secrétaire d'Etat à la Défense et aux Anciens Combattants, Monsieur Hubert FALCO, au Conseil Supérieur de la Réserve Militaire. Les thèmes de réflexion doivent porter sur la place de nos Associations au sein des instances de la Réserve, leur rapport avec l'Etat et le Commandement, leur capacité de renouvellement, et tout ce qui pourrait contribuer à leur représentativité et à leur représentation dans le cadre des instances internationales.

\*

## RAPPORT DU TRÉSORIER

Jean-Louis PICOCHÉ\*

Le Trésorier remercie son adjoint le docteur Xavier WAGNER pour l'aide qu'il lui apporte.

Il témoigne sa reconnaissance à Madame SICÉ notre secrétaire. Toujours volontaire pour une formation professionnelle complémentaire, douée d'une grande capacité d'adaptation, compétente, efficace, dévouée elle sait demeurer souriante et d'égale humeur en toute circonstance et vis-à-vis des multiples interlocuteurs qui la sollicitent.

Il exprime sa gratitude aux membres du Bureau et du Conseil pour les efforts qu'ils déploient afin de l'aider à maintenir en équilibre notre trésorerie et plus particulièrement :

- Le Docteur Xavier SAUVAGEON, notre Président, les Docteurs Numa FOURES, Maurice MATHIEU et Jean-Pierre MOULINIÉ, Présidents d'Honneur, tous quatre particulièrement soucieux de l'incidence financière de toute décision.

- Le Docteur Patrick HAMON, Secrétaire Général et le Docteur Yvon MESLIER

qui œuvrent inlassablement en faveur du recrutement. Ce dernier, par ailleurs Rédacteur en Chef, demeure en permanence soucieux du coût de chaque numéro du « Médecin de Réserve ».

- Le Professeur LEONETTI, organisateur de la journée régionale à l'Hôpital Laveran à Marseille. Cette journée 2009 a connu comme à l'ordinaire un franc succès et a dégagé au plan comptable, un solde positif particulièrement appréciable. Les journées Laveran, d'un grand intérêt scientifique et médico-militaire, aident à la formation médicale continue et au renom de l'UNMR et de surcroît apportent toujours une aide financière non négligeable.

- Enfin un grand merci aux laboratoires et organismes qui grâce à l'efficace sollicitation de nos camarades (félicitons ici le Professeur LEONETTI et les Docteurs MOHY et TRAN pour leur action dans ce domaine), nous apportent leurs concours. Nous les citerons tous :

• Dans le cadre de la journée Laveran : BOHERINGER - GAMBRO - SOCIETE

### DES EAUX DE MARSEILLE - HIA LAVERAN

• Dans le cadre de l'intervention du Docteur TRAN : les laboratoires NOVARTIS et THERVAL.

Nous avons donc l'honneur de soumettre à votre approbation, ce jour, 29 Mai 2010, le bilan financier annuel de l'Union Nationale des Médecins de Réserve pour l'exercice 2009.

L'expertise comptable de notre Association est réalisée par la Société EXPERTA, Société d'expertise Comptable, sise 41 rue Saint Augustin 75002 PARIS, et en particulier sous l'autorité de Monsieur Mathieu BIDEGARAY NAVARRON, Expert-Comptable, par Monsieur Jean-Paul TORCATO, qui nous a adressé le rapport des comptes annuels.

Le Trésorier tient évidemment ici même un exemplaire de ce rapport pour consultation éventuelle par les participants à l'Assemblée Générale.

Nous exposerons succinctement les principaux éléments des comptes annuels 2009

\* MC (H)

en analysant successivement les recettes, les dépenses, l'évolution des produits financiers et, au terme, nous vous communiquerons le résultat final de l'exercice.

**Les recettes** proviennent surtout de cinq postes principaux : cotisations - abonnements au « Médecin de Réserve » - remboursement de frais de secrétariat par le GORSSA - journée régionale Laveran et remboursement du crédit de TVA.

Il faut y ajouter les ressources apportées par le règlement des médailles de l'UNMR, les subventions des laboratoires et les dons.

**Le total des recettes 2009 s'élève à 62.739,00 Euros.**

**Les dépenses** sont affectées essentiellement à quatre postes principaux : salaire et charges sociales de la secrétaire - loyer, assurance et taxe d'habitation du local professionnel - notre revue « Le Médecin de Réserve », et les frais de bureau (Telecom - Orange - EDF - frais PTT, fournitures et équipement).

D'autres dépenses doivent être incluses : honoraires du comptable, journée régionale Laveran, fourniture et gravure des médailles de l'UNMR et cotisations diverses.

**Le total des dépenses de l'année 2009 s'élève à 67.140,00 Euros.**

Nous terminerons cette présentation par **nos fonds de réserve.**

Ceux-ci sont placés d'une part en SICAV au CIC et d'autre part sur des livrets d'épargne au CIC et à la Banque Postale. Leur rendement s'avère satisfaisant, compte tenu de l'impératif de prudence que nous sommes tenus de respecter, ne nous autorisant aucune prise de risque inconsidérée.

- **Au total, le résultat financier de l'exercice 2009 fait apparaître un solde positif de 212,00 Euros.**

Comme chaque année, le Trésorier tient à rappeler ici que tous les membres du Bureau et du Conseil d'Administration apportent bénévolement leur concours à l'UNMR et qu'ils ne perçoivent donc aucune rémunération ni indemnité dans l'exercice de leur fonction au sein de notre association.

**Quels commentaires nous inspire ce bilan ?**

Tout d'abord une inconnue. A partir du second trimestre 2010 notre journal le « Médecin de Réserve » est remplacé par ACTU-GORSSA, revue commune aux diverses associations du Service de Santé des Armées.

Chaque association règlera donc le coût d'une part des pages communes et les frais des pages qui lui sont propres. Cette ventilation est susceptible, espérons le, de diminuer le budget consacré aux frais de publication. Wait and see.

Comme chaque année, je rappellerai les impératifs dont dépend le maintien de l'équilibre de nos finances :

- Une gestion rigoureuse. Sachez que chacun d'entre nous au Bureau et au Conseil s'y emploie de son mieux.

- La poursuite de l'effort de recrutement. La vigueur et la représentativité d'une association dépendent avant tout du nombre de ses adhérents. Grâce aux efforts de notre Président, de notre Secrétaire Général et de notre Rédacteur en chef, nos effectifs se maintiennent à un bon niveau.

- La participation du GORSSA aux frais de secrétariat : le Président et le Secrétaire Général veillent avec une grande vigilance à ce qu'une compensation équitable soit versée chaque année.

- La recherche de sponsors, en sollicitant

les laboratoires et les entreprises médicales et non médicales, afin d'accroître les ressources apportées par les subventions et les stands.

Félicitons ici les docteurs MOHY et TRAN pour les résultats qu'ils ont obtenus dans ce domaine.

- Enfin, la contribution financière individuelle de chacun d'entre nous :

- Dons consentis à l'association, en particulier lors du passage à l'Honorariat.

- Règlement par les Honoraires de l'abonnement au « Médecin de Réserve ».

- Et, nous insistons sur ce point, la souscription d'un abonnement de soutien : ce qu'ont fait en 2009 34 de nos camarades et en 2010 41 de nos adhérents. La liste des souscripteurs est publiée avec leur accord, par ordre alphabétique, dans chaque numéro de l'année d'abonnement. Bien entendu, dans l'avenir, l'intégralité du versement des souscripteurs sera affectée au financement des pages médicales d'ACTU-GORSSA, ce qui soulagera d'autant notre trésorerie.

Un grand merci aux anciens ou plus jeunes de nos membres, qui ont choisi l'une de ces opportunités pour nous apporter leur concours.

### En conclusion

Nous présentons à l'Assemblée Générale un bilan comptable 2009 en bon équilibre. Il y a lieu de s'avouer satisfait mais de rester vigilant compte tenu des remous de la situation économique actuelle.

Merci à chacun d'entre vous de continuer à aider le trésorier à maintenir les bons résultats obtenus.

Merci de votre attention et de votre fidélité.

\*

## RAPPORT DES DÉLÉGUÉS RÉGIONAUX

### RÉGION

#### DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

Serge DALMAS\*

Jean-Pierre JOLLIOT\*

Cette rétrospective de l'année écoulée reprendra les événements qui se sont déroulés, les modalités d'emploi des réservistes, les actions de formation, information et recrutement, et les questions et perspectives pour l'avenir.

Les événements les plus marquants de l'année 2009 dans le versant Nord de la ré-

\*MC (R)

gion de Saint-Germain-en-Laye ont été la journée régionale du GORSSA, le rallye régional santé en zone de défense Nord, et la FMIR du 812<sup>ème</sup> HMC.

La journée régionale du GORSSA a été organisée à Ghlin près de Mons à l'invitation de nos camarades du service de santé des armées belge. Elle avait lieu dans une unité de la composante santé, l'EMI2 (élément médical d'intervention), et a consisté en la présentation des activités de la composante santé, puis en une visite de l'unité, avec une démonstration de secourisme de combat. Un module de niveau 2 avec bloc

opérateur était également déployé, enfin de nombreux véhicules étaient présentés.

Le rallye régional dont c'était la 26<sup>ème</sup> édition s'est déroulé au début du mois de septembre près d'Arras et a regroupé 6 équipes encadrées par des contrôleurs. Ce rendez-vous annuel a rassemblé environ 70 personnels de tous statuts et reste un élément important de cohésion régionale de terrain. Il était depuis plusieurs années organisé par l'USR-812<sup>ème</sup> HMC du régiment médical, mais les difficultés de restreindre la participation des équipiers et contrôleurs aux camarades sous ESR pourraient faire

basculer en 2010 cette activité dans le domaine associatif, en raison des problèmes de couverture des risques.

La FMIR du 812<sup>ème</sup> HMC, mise en place depuis quatre ans, a permis à une douzaine d'étudiants en médecine de la faculté de Lille qui validaient un enseignement optionnel de bénéficier d'une instruction militaire initiale et à certains de poursuivre des activités dans la réserve opérationnelle ; la FMIR a succédé ainsi à la préparation militaire santé qui était organisée au camp militaire de Bitche. Après la dissolution du 601<sup>ème</sup> RCR d'Arras, le soutien de la FMIR a été assuré par le 1<sup>er</sup> régiment médical et cette formation s'est déroulée au régiment à Metz.

Un second enseignement optionnel de médecine militaire s'est poursuivi dans les facultés de Lille et Amiens, permettant de présenter aux étudiants les champs d'action de la médecine militaire et d'espérer ainsi susciter des vocations pour la réserve ou l'active du service de santé.

Une journée éducation défense a eu lieu en décembre au lycée Jean Bart à Dunkerque et a permis de présenter un stand du SSA comportant un poste médical régimentaire à plus d'un millier de lycéens. Enfin les réservistes du Nord ont participé en nombre aux trois séances annuelles du CIRSSA de Saint-Germain-en-Laye.

Les affectations opérationnelles se partagent entre les services médicaux d'unité dont le nombre se réduit avec les dissolutions annoncées et l'unité spécialisée de réserve du 1<sup>er</sup> régiment médical. Il semble que le concept de double affectation fasse place à un concept de double emploi, chaque réserviste ne devant plus avoir qu'un seul chef.

Les durées de séjour en OPEX s'allongent, rendant de plus en plus difficile notre participation aux actions extérieures. Comment défendre notre spécificité de réserviste, alors que le militaire de réserve est considéré comme l'égal du militaire d'active, mais pas avec les mêmes impératifs ni les mêmes contraintes ?

Les interrogations sur l'avenir sont de savoir en dehors des postes en service médical d'unité quelles seront les perspectives d'affectation et d'emploi des réservistes spécialisés (médecins et infirmiers) et quel sera le nombre de postes en réserve opérationnelle. Il faudra également définir les modalités de l'instruction initiale et de l'entretien des connaissances militaires dans la mesure où l'avenir des unités de réserve implantées dans les bassins de recrutement est incertain ; de définir quel doit être l'âge optimal de sensibilisation à la ré-

serve du SSA en fonction du statut des personnels concernés ; de préciser quel niveau d'implication le SSA souhaite avoir dans la formation militaire initiale et continue. Les associations auront-elles un rôle plus important à jouer, en partenariat avec le service de santé ?

Concernant plus spécifiquement notre association, une modération de la cotisation annuelle peut-être favorisée par la création de la nouvelle revue commune permettrait probablement d'optimiser le recrutement de jeunes collègues.

2009 semblait être une année décisive, mais 2010 le sera probablement encore plus, car l'ampleur des restructurations nous laisse encore actuellement dans une situation transitionnelle.

## RÉGION DE BREST

Jean-Marie DUCHEMIN\*  
et Yves MOHY\*

Le mouvement amorcé l'année dernière à la Direction Régionale du Service de Santé de Brest s'est poursuivi avec l'arrivée du Médecin Général Christian DELAMBILY comme Directeur Adjoint et celle du Médecin en Chef BUZIN à la tête du bureau Organisation Ressources Humaines dont l'adjoint est le Médecin en Chef DELAGE. L'organigramme complet est à la disposition des adhérents au secrétariat de l'UNMR.

Saluons la promotion au 4<sup>ème</sup> grade de Serge PERCHOC, passé du CIN à l'Ecole Navale, à la médecine d'armée puis à la base navale. Dans toutes ces institutions, il a toujours eu à cœur d'accueillir et de promouvoir les réservistes dans des emplois de remplacement des camarades d'active. Il y a réussi entièrement, nombre d'entre nous étant actuellement toujours employés dans des ESR qu'il a initiés.

Le Capitaine TRAVERSE est à la tête du bureau Affaires Administratives et Financières et peut répondre à nos problèmes de solde ou administratifs.

La Chancellerie : nos correspondants ont changé d'affectation et les initiatives sont plutôt modestes, quand on voit les demandes dont nous faisons l'objet de la part de camarades à la carrière de réserviste bien remplie et qui regrettent de n'être pas proposés dans les ordres nationaux.

Pour les ORSSA, l'activité reste partagée entre :

- la formation
- la 17<sup>ème</sup> journée de médecine d'Armée de l'Ouest au CIN
- le CIRSSA avec la conférence du Médecin en Chef BRONSTEIN, Professeur

agrégué du Val-de-Grâce sur la pathologie en escale, avec une riche iconographie.

- Et les actions en ESR de nos camarades en Haïti cette année où un groupement de la région a été envoyé dans le cadre de la sécurité civile (armée par des réservistes opérationnels).

On note, au Journal Officiel, la publication de la médaille commémorative avec agrafe Haïti dont un de nos camarades, qui en est bénéficiaire, s'est fait l'écho auprès du secrétariat.

- Autres actions : OPEX, incorporations, visites d'aptitude constituent la trame d'activité des réservistes dans la région.

La Journée Nationale du Réserviste a fait l'objet de manifestations organisées dans un grand nombre de villes de l'Ouest avec possibilité d'y participer. Reste la place de la réserve citoyenne qui va concerner un nombre croissant d'entre nous. Elle est en devenir, son positionnement, bien que reconnu par tous, n'était pas suffisamment lisible.

En ce qui concerne l'Association, notre activité de recrutement d'adhérents se poursuit, marquée par un travail de relance de camarades qui avaient pris quelque recul. Notre politique a été couronnée de façon significative.

Le partenariat avec l'industrie pharmaceutique ou la recherche de mécènes se poursuit, tant pour l'UNMR que pour le GORSSA, dont la revue ACTU-GORSSA, aura bien besoin des soutiens de l'industrie et pourquoi pas des partenaires d'ACTU-SANTÉ, du Mérite et autres revues spécialisées (BFM, AGPM, GMPA).

## RÉGION DE METZ

Michel MONTARD\*

Le module optionnel sur le service de Santé des Armées, initialement instauré par une convention entre la Direction Centrale du Service de Santé des Armées, et les présidents d'Université de Franche-Comté et de Lorraine en 2002, a fait au terme de 8 années de fonctionnement l'objet d'une évaluation au niveau régional.

Ont été réunis le 28 avril 2010, sur invitation du Directeur du Service de Santé des Armées de Metz, le MGI LE GALLOU et de son adjoint le MG GUIGON, le MC KAZMIERCZAC, le MC GARRY et les représentants des facultés de médecine de Besançon, Dijon, Nancy, Strasbourg. Etaient ainsi présents le MCS J.-P. CRANCE, le CDC A. Fontaine, le PCC C. BOYMOND et le MC M. MONTARD.

L'intérêt de ce module se situe pour le service de Santé des Armées au niveau

\* MC (R)

d'une communication et d'une information de qualité, auprès des jeunes étudiants en médecine. Pour les universités ce module constitue une offre d'enseignement supplémentaire puisque les étudiants doivent au cours de leur cursus valider un certain nombre de modules obligatoires et optionnels. Il s'adresse principalement aux étudiants de P2 et D1, en tout état de cause, avant l'amorce de la préparation à l'examen national validant. C'est donc de façon seulement indirecte et décalée dans le temps que son intérêt peut s'exprimer en terme de recrutement pour les réserves.

Le programme d'enseignement commun est validé à la fois par la direction régionale et les instances universitaires. Il est apparu l'obligation de lisser au mieux ce dernier pour l'ensemble des CHU, avec si possible un contrôle commun des connaissances. La mutualisation des enseignements entre les divers CHU sera renforcée, avec une égale participation des médecins de l'armée d'active et de réserve.

Malgré les contraintes budgétaires, et des moyens resserrés, en termes de restauration et de transport, le Directeur du Service de Santé des Armées et les responsables universitaires maintiennent l'idée incontournable d'une journée d'enseignement de présentation de matériels et d'exercices au sein d'une enceinte militaire. Ceci se fera dans la mesure du possible sur le site même de chaque ville de faculté.

Enfin, pour des raisons de lisibilité, le titre initial de ce module : « Initiation au cadre spécifique d'exercice professionnel du Service des Armées » est modifié, et a été retenu l'intitulé suivant : « exercice médical en milieu militaire ».

Il a donc été convenu, compte tenu du succès en terme d'étudiants inscrits et de diffusion au niveau de la région militaire de Metz, de poursuivre cet enseignement et de renouveler les conventions établies entre les autorités militaires avec les autorités civiles.

Par ailleurs nous avons le plaisir de mentionner, que par arrêté du 6 janvier 2010, les Centres Hospitaliers Universitaires de Besançon et de Dijon ont été nommés partenaires de la Défense Nationale.

Michel GIBELLI\*

**L**es Médecins de réserve en DRSSA de Metz s'investissent toujours dans l'enseignement de la formation initiale du module de Médecine Militaire tant à Besançon qu'à Strasbourg ou à Nancy, en dépit d'une mise en parenthèse du stage pratique lors

\* MC (R)

\*\* MC (H)

des soubresauts qui ont entouré le devenir du camp de Bitche.

Leur formation continue se poursuit au sein des CIRSSA qui coexistent sur des modes de fonctionnement différents mais avec le mérite d'une productivité effective sur tous les sites.

C'est sur le plan de l'activité qu'il y a eu l'évolution la plus marquée, puisque tant les Confrères d'Active que de Réserve assurent désormais une interopérabilité d'un régiment à l'autre, au gré des besoins préfigurant le mode d'intervention des futurs services médicaux de Base de Défense en cours d'expérimentation.

En 2009 nous avons encore assuré le soutien médical d'opérations de grande envergure comme le meeting aérien du centenaire sur la Base Aérienne de Reims fin juin.

On ne peut faire le bilan de 2009 sans aborder le sujet de la vaccination anti H1 N1, brocardé à loisir pour le seul plaisir de la controverse, lequel constitue l'archétype de ce qui doit être sérieusement repensé en matière de volant de réserve au sens large. En effet, lorsque le SAA a été missionné officiellement, il a trouvé en fonction, dans les centres de vaccination, nombre de ses éléments de Réserve qui avaient déjà répondu à l'appel du Ministère de la Santé, et qu'il ne pouvait donc pas mobiliser à son profit.

La mise en cohérence des moyens sanitaires du Pays est donc à revoir, car, volontaires pour servir au profit des Armées, les mêmes se retrouvent en première ligne lorsqu'une mobilisation est décidée sur le versant civil des besoins de la Nation !

Un Médecin ne peut quitter l'exercice précédent, depuis nos journées de Bordeaux, sans honorer la mémoire d'un de nos Héros, le Médecin Général Patrice LE NEPVOU de CARFORT disparu entre temps. La poignante photographie du jeune Médecin Lieutenant impuissant devant les blessures dont il n'a pu sauver le Sergent Camille LAMBERT du 8° BCP en Indochine, a fait le tour du Monde, est devenue le symbole du dévouement du SSA, et immortalise la place du Médecin au plus près du combattant.

C'est cette place que nous convoitons toujours, par fidélité à Ambroise PARE et au Baron PERCY, et que nous nous efforçons de mériter.

## RÉGION DE BORDEAUX

Yves CARTIGNY\*\*  
et Frédéric MEUNIER\*

**J**'ai été élu comme délégué régional lors des journées du GORSSA à Bordeaux, le

15 mai 2009, en remplacement du Médecin en Chef Philippe DALAT, avec le Médecin en Chef Yves CARTIGNY comme adjoint.

**1 - Lors d'un premier entretien de présentation avec le MGI MOURAREAU, Directeur Régional, le 15 juillet 2009, ont été abordés les points suivants :**

- communication de la liste des médecins sous ESR de la région : 166 ESR, dont 19 femmes et 60 anciens d'active. Il y a eu 5 000 jours d'ESR médecin en 2009.

- création du Pôle Réserve Citoyenne, sous la direction du COL GRANGE, dont l'objectif est de recruter des jeunes et des paramédicaux.

- création d'une FMIR régionale santé (CDT DUMEE) et participation du comité pédagogique du Val-de-Grâce à la formation médico-militaire.

- pas d'opportunités actuelles d'OPEX pour les médecins réservistes.

- reprise de la chancellerie par le CDT ROBY, à la satisfaction générale des réservistes.

**2 - Réunion du 21 octobre avec le MGI MOURAREAU et le COL VOISIN, conseiller réserves :**

- présentation des Centres Médicaux des Armées au sein des Bases de Défense (création de celles de Pau et Rochefort au 01 01 2010)

- présentation du livre « Histoire du service de santé militaire ».

- la problématique de l'EPRUS.

- préparation de la réunion de tous les délégués associatifs

**3 - Réunion à la DRSSA de tous les délégués régionaux avec le MGI MOURAREAU et les médecins d'active :**

- le lien associatif représente l'interface de crédibilité avec la nation, et il est essentiel. Nécessité d'agir avec les institutionnels.

- explications sur la modernisation des armées et la réduction des coûts.

- tour de table de toutes les associations représentées.

**4 - Le Pôle Réserve Citoyenne :**

- coordonne les 5 CIRSSA régionaux, dont certains éprouvent de réelles difficultés.

- 3 conférences dans l'année et une visite d'unité.

- réunion des associations le 5 décembre : 10 médecins présents.

**5- L'UNMR en DRSSA BORDEAUX :**

- 69 adhérents en 2009

- participation du délégué aux deux réunions du CA (2 octobre et 11 décembre)

- distribution de la plaquette GORSSA / UNMR aux médecins inscrits à la FMIR.
- délégations départementales vacantes : 09, 12, 15, 16, 19, 24, 40, 79, 82.

### 6- Baptême de la promotion de l'ESSA BORDEAUX, le 4 avril 2009 :

- participation du Président, le Médecin en Chef X. SAUVAGEON
- pour mémoire, l'école fermera ses portes en juillet 2011.

#### Conclusion :

- Les relations avec la DRSSA, le MGI MOURAREAU, les MDC GALINIER et ROLLAND sont très bonnes. Le MGI MOURAREAU doit quitter le service fin 2010.

- beaucoup d'interrogations des réservistes, surtout ceux du 816° HMC sur leur devenir.

- le manque d'opportunités d'OPEX pour les médecins est un problème.

- Il faut mener des actions de recrutement supplémentaires en direction des ESR non membres, et particulièrement les anciens d'active, en envisageant de leur adresser la nouvelle plaquette. Dans ce sens, il faut disposer de listes à jour.

## RÉGION DE LYON

Jean-Jacques LEHOT\*

### Activités annuelles des réserves ADRSSA de Lyon

#### 1. XIV<sup>e</sup> Raid des Réserves du SSA.

25-26 juin 2009

Organisation Equipe Nationale, MC Le-carpentier +

3eR Med à La Valbonne, CD Ferrachat + logistique

Présence de notamment :

MG Lafont, DCSSA

MG Inspecteur des Réserves : Bonnet

MGI Di Schino, DRSSA

PG Cholet

MCS Piot

98 participants

12 ateliers : mines, hygiène en campagne, réaction à embuscade, CIMIC, identification de cadavre, NRBC, franchissement d'un bras du Rhône, extraction de blessé d'un VAB, réanimation de l'avant, douleur, log, tir PA.

Marche de 43 km en 36h

#### 2. Journée d'instruction du 4 mars 2010 à LYON.

Le thème de cette année était la **coopération civilo-militaire**. Près de 80 participants

étaient inscrits. Nous avons été honorés par la présence du MGI DI SCHINO, Directeur régional du SSA, sous l'autorité duquel était placée cette journée et du Général de Brigade COMMUN (Commandant en second la région de gendarmerie de Rhône-Alpes). Les différentes associations de réservistes étaient représentées par le CDC (R) FOGEL (Président de la FNCDR), le PC (R) BOYMOND (Président de la FNPR) et le MC (R) LEHOT, Délégué Régional de l'UNMR. Le programme avait été préparé par le MP (R) BISMUTH et le PCP (R) CUMINAL. Le MCS (R) PINATON, le MC (R) DERRIEN et le MC (R) MINO-VERCELIS, anciens chefs de corps du 3<sup>e</sup> RMéd, étaient également présents.

La journée débuta par l'intervention de deux étudiants en histoire (Emmanuel CHEVET, doctorant en histoire contemporaine, Université de Bourgogne et Mathieu GALLIOT-BISMUTH, doctorant en histoire contemporaine, Laboratoire d'Etudes Rurales, Université Lyon 2). Ils firent revivre de manière très convaincante l'intégration des civils dans l'Armée Française et le Maquis du Vercors durant le second conflit mondial.

Le GIACM a été présenté par l'ADC ROBERT. Le rôle des CIMIC (*Civilian Military Interface Cooperation*) ou CCM (coopération civilo-militaire) est multiple. Outre une mission de liaison et de coordination, c'est principalement un rôle d'appui à la force ainsi que de soutien à l'environnement civil où évolue celle-ci (dans le but d'obtenir l'appui des populations locales) tout en prenant en compte la préservation des intérêts nationaux.

Le MCS GUILLOU de la DCSSA a fait le point sur la réserve opérationnelle. Celle-ci est composée de deux générations distinctes, d'un côté les plus jeunes n'ayant pas fait de service national et de l'autre, les anciens d'active et les personnes ayant fait leur service. Les objectifs de la direction centrale sont clairs :

- RECRUTER *via* une logique de réseau.
- FORMER par les FMIR et les FMC.
- EMPLOYER : les ESR sont en moyenne de 20 jours par an.

- FIDELISER : cela va commencer par l'utilisation du logiciel « HARMONIE », une prise en compte des échelons dans les grades et développer une culture SSA par le Raid d'Evaluation du SSA du 22 au 25 juin 2010.

- UTILISER au mieux les personnels sous ESR.

Le MC PULL nous a entretenu du rôle du Centre de Préparation aux Opérations Exté-

rieures du SSA (CPOPEX) et a fait un point de situation très détaillé et actualisé sur les différentes OPEX en cours à travers le monde. L'Afghanistan fut longuement abordé ainsi que les approches des populations locales par les différentes nations sur place.

Maître COSSADIA, avocate, intervint alors sur le Droit Humanitaire International, le Droit des conflits armés et le Droit de la Guerre. Un complément législatif fut apporté par le MCS TISSOT.

Le MGI DI SCHINO concluait la journée en prenant rendez-vous pour l'année prochaine après une intervention du MC (R) LEHOT sur l'importance et l'intérêt pour chacun d'adhérer à nos associations respectives de réservistes.

## RÉGION DE TOULON

Georges LEONETTI\*  
et Patrice POMMIER de SANTI\*\*

L'année écoulée depuis les Journées nationales 2009 à Bordeaux a vu quelques bouleversements en région de Toulon avec notamment le départ du Médecin Général Inspecteur DAL pour la Direction Centrale, appelé aux fonctions d'Inspecteur du Service de Santé pour la Marine. Le Médecin Général MOINE, Directeur adjoint est parti en 2<sup>ème</sup> section. Le Médecin Général Inspecteur LA-DRANGE, nouveau Directeur, a pris ses fonctions au cours de l'été, le poste de Directeur Adjoint étant occupé par le Médecin en chef MIQUELAJAURÉGUY. Le Directeur de l'HIA Sainte-Anne, le Médecin Général Inspecteur NEDELLEC est devenu notre Directeur Central.

La Direction Régionale du Service de Santé de Toulon a pour zone de responsabilité la ZONE DE DEFENSE SUD (3 régions et 13 départements), elle soutient environ 60 000 militaires de l'Armée de Terre, de l'Armée de l'air, de la Gendarmerie et de la Marine (hors F.A.N.) et 7879 personnels civils ; pour la réserve, on compte 962 personnels en réserve opérationnelle, 26 en réserve citoyenne, et 3722 dossiers gérés.

La Force d'Action Navale (FAN) dispose de son propre soutien médical, dirigé depuis Toulon par le Médecin Général CLAUDOT. Une trentaine de médecins et dentistes ont un contrat d'ESR pour occuper divers postes à bord des navires de la Marine Nationale en périodes de navigation.

Les activités spécifiques à la réserve se sont poursuivies et une réunion des responsables des FMIR, CIRSSA et JAPD s'est tenue le 14 Janvier 2010 pour faire le point

\* MC (R)

\*\* MCS (R)

des diverses activités d'instruction des réservistes du SSA :

En 2009 :

- FMIR Montpellier : deux sessions avec 30 personnels ;

- FMIR Marseille : deux sessions avec 31 personnels.

Des sites d'accueil pour les formations futures sont recherchés dans la Zone de Défense Sud.

JAPD : 23 journées regroupant environ 2000 jeunes.

Une politique de formation prend forme puisqu'il est mis en place un « parcours de formation » à 3 niveaux.

- F1 : formation militaire ;

- F2 : formation Service de Santé ;

- F3 : formation à l'urgence validée par une attestation SECURI 1.

En tout, un potentiel annuel de 160 personnes formées.

**Un module optionnel de médecine militaire** fonctionne à la Faculté de Médecine de Montpellier et a réuni 40 étudiants en 2009. Il est actuellement impossible d'organiser un tel enseignement à la Faculté de Marseille et de Nice.

Parmi les activités spécifiques du **GORSSA Régional** signalons la Journée d'instruction de **l'HIA Laveran à Marseille le 4 Décembre 2009**, organisée par notre camarade LEONETTI, devenu Doyen de la Faculté de Médecine de Marseille.

Nous avons par ailleurs un projet d'une

journée le 18 Juin au Pharo (IMTSSA) centrée sur les retours d'expériences d'OPEX par des réservistes du Service de Santé des Armées.

Enfin, j'ai participé à la journée nationale du réserviste à Toulon le 7 mai, où notre Secrétaire d'Etat à la Défense et aux anciens combattants, Monsieur Hubert FALCO, Maire de Toulon, avait demandé que soient réunis de nombreux réservistes de toutes armes au siège de l'AGPM, entreprise partenaire de la Défense, employant des réservistes sous ESR.

Ce fut l'occasion de lui annoncer que les journées nationales du GORSSA se tiendraient à Toulon en 2011.

\*

## PROCÈS VERBAL DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE DE L'UNMR DU 29 MAI 2010 A LILLE

Laurent ASTIN\*

Le Président SAUVAGEON ouvre l'Assemblée qui a pour but de voter la modification de l'article 9 des statuts de l'Association.

Le Conseil d'administration se réunit au

moins trois fois par an au lieu de quatre fois dans l'ancienne formulation. Cette modification qui permet de s'adapter au volume des ESR et buts accordés par la DCSSA est adoptée à l'unanimité.

## PROCÈS VERBAL DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE DE L'UNMR DU 29 MAI 2010 A LILLE

Laurent ASTIN\*

Le Président SAUVAGEON ouvre la séance qui se tient au CFF-FR à la Citadelle de Lille, dans le cadre des journées nationales d'instruction du GORSSA.

Il donne la parole au Docteur HAMON, Secrétaire Général, qui expose son rapport moral, approuvé à l'unanimité.

Le rapport du Docteur Jean-Louis PICOCHÉ, Trésorier, est également approuvé à l'unanimité.

Les Délégués régionaux interviennent ensuite :

➤ **Région de Saint-Germain-en-Laye** : Docteur Serge DALMAS

➤ **Région de Metz** : Professeur MONTARD et Docteur Michel GIBELLI

➤ **Région de Brest** : Docteur Jean-Marie DUCHÉMIN (rapport rédigé en collaboration avec le Docteur Yves MOHY).

➤ **Région de Bordeaux** : Docteur Frédéric MEUNIER

➤ **Région de Lyon** : Professeur Jean-Jacques LEHOT

➤ **Région de Toulon** : Docteur Patrice POMMIER DE SANTI.

Les Docteurs Pascal BOUSQUIER et Joseph TRAN, scrutateurs, communiquent au Président SAUVAGEON le résultat du dépouillement des votes concernant l'élection des administrateurs au titre de l'Assemblée Générale.

Huit camarades s'étaient portés candidats : les Docteurs Louis CALLOC'H, Georges LE GUEN, Gérard LE LAY, Maurice MATHIEU, Jean-Pierre MOULINIE, Yvon MESLIER et Jean-Louis PICOCHÉ sont réélus.

Le Docteur Brigitte PICOT-BELLANGER nouvelle candidate ayant reçu l'agrément du Conseil d'Administration le 26 Mars 2010 est élue.

Rappelons que le Docteur Géraldine PINA-JOMIR est cooptée pour un an.

Le Président SAUVAGEON rappelle que le Conseil d'Administration du 26 Mars 2010 a confirmé l'élection des délégués régionaux.

➤ **Bordeaux** : Docteur Frédéric MEUNIER

➤ **Lyon** : Professeur Jean-Jacques LEHOT

➤ **Toulon** : Docteur Patrice POMMIER de SANTI

Le Docteur Eric LECARPENTIER est coopté au titre de Délégué Régional en Région de Saint-Germain-en-Laye.

Le Président SAUVAGEON félicite les Administrateurs élus après que les nouveaux soient présentés.

Il procède ensuite, entouré des Docteurs HAMON, Maurice MATHIEU et PICOCHÉ, à la remise des médailles de l'UNMR à des camarades méritants, en les félicitant.

➤ **Echelon Or** : Docteur Denis KINTS

➤ **Echelon Argent** : Professeur Paul VANUXEM - Docteurs Georges-Fabrice BLUM - Bernard BUSNEL - Maxime CREVILLIER - Jean-Paul LA BATIE - Georges PROTHOY - Yves SOUQUIERES.

➤ **Echelon Bronze** : Docteurs Jean-Louis BASQUIN - Maurice-Henri LEROY - Roch MENES - Maurice TOPCHA.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 10 heures 30.

\* MC (R)

Secrétaire des séances

# CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'UNMR

## 26 MARS 2010

Yvon MESLIER\*

### Excusés :

MM. ASTIN - BRUYERE - CABANIS - CARTIGNY - DALMAS - DUCHEMIN - GALEANO - HERGON - LABORDE - LE GUEN - LE LAY - LEONETTI - MOHY - TISSOT

Invités excusés : MM. FRIEZ-FIX

### Présents :

MM. BOUSQUIER - CALLOC'H - CARON - FOURES - GAUTIER - GIBELLI - HAMON - LEHOT - LE ROUX - MATHIEU M - MESLIER - MEUNIER F. - MONTARD - MOULINIE - PICOCHÉ - POMMIER de SANTI - SALA - SAUVAGEON - TOPCHA - TOUZARD - TRAN - WAGNER.

Le Président SAUVAGEON ouvre la séance et précise qu'il n'y a pas le quorum pour tenir l'assemblée générale extraordinaire (A.G.E.) convoquée ce vendredi 26 mars 2010 pour délibérer sur la modification de l'article 9 des statuts de l'U.N.M.R afin de tenir trois conseils d'administration annuels au lieu de quatre ; l'Assemblée Générale Extraordinaire est donc reportée au 29 mai 2010.

Le Docteur MESLIER cite les nouvelles adhésions.

Le Docteur M. MATHIEU présente deux candidats à l'honorariat qui sont acceptés à l'unanimité.

Le Docteur MESLIER, en l'absence du Docteur ASTIN excusé, lit le procès-verbal du Conseil d'administration du 11 décembre 2009 qui est approuvé à l'unanimité.

Le Docteur M. MATHIEU donne lecture de la liste des candidats proposés pour la Médaille de l'U.N.M.R qui est décernée à :

- un camarade pour l'échelon Vermeil
- 15 camarades pour l'échelon argent
- 16 camarades pour l'échelon bronze

Pour la FMC il y a 4 événements signalés par le Docteur HAMON :

- La journée d'instruction de Lyon sur les actions civilo-militaires qui vient d'avoir lieu et a eu un vif succès.

- La journée des vétérinaires sur Rennes qui aura lieu le 29 avril 2010

- La séance du CIRSSA de St-Germain-en-Laye du 7 juin 2010 dont il faut signaler que les modalités d'inscription viennent de changer. Il faut désormais faire part de son désir de participer à la séance du CIRSSA auprès de son chef de formation d'emploi d'ESR qui retransmettra ensuite à la DRSSASGL / BORH. Sans accord il n'y aura pas de prise en compte.

- Le raid médical se déroulera du 22 au 25 juin 2010 à La Valbonne.

- L'agrément est donné aux 8 candidats aux postes d'administrateurs à présenter au vote de l'assemblée générale 2010.

L'élection des administrateurs de région (Pr LEHOT, Dr MEUNIER, Dr POMMIER DE SANTI) se fait à la quasi-unanimité (unanimité moins les trois voix des candidats qui s'abstiennent).

Un vote est effectué en faveur d'une candidate à un poste d'administrateur en Région de Lyon qui recueille l'unanimité.

Les Journées Nationales 2010 de Lille sont en bonne voie ; il est prévu un buffet de qualité (avec places assises) pour le dîner de gala pour ne pas surcharger les coûts du repas. Le Docteur M. MATHIEU intervient pour s'étonner de la formule retenue, le Président prend note de la remarque du Docteur MATHIEU et rajoute que la formule retenue n'est pas en contradiction avec la notion de soirée officielle de gala. Il précise également que cette solution s'inscrit dans une certaine modernisation qui veut témoigner du dynamisme en marche de notre association, dynamisme voulu par tous.

Les problèmes de transport ont été réglés par le Docteur DALMAS, excusé ce jour, avec l'aide des Transports municipaux qui vont apporter leur soutien logistique.

Le Docteur WAGNER intervient longuement sur le CSRM qui se réunit mensuellement avec les travaux au sein de la commission de la réserve opérationnelle re-

latifs aux Bases de Défense (les interactions des activités des réservistes avec les Bases de Défense). Le conseil apprend avec satisfaction la nouvelle de la nomination du Médecin en Chef (R) A. MARGENET-BAUDRY, Réserviste du SSA, comme adjoint du CSRM,

Au sein du GORSSA la future revue Actu-GORSSA va bientôt sortir son premier numéro après un dernier numéro de la revue de l'UNMR, "Le Médecin de Réserve", qui verra sa pagination un peu réduite. La fréquence de parution sera de 4 numéros par an pour la nouvelle revue.

Le Docteur LE ROUX intervient sur le Congrès d'hiver de la CIOMR dont la délégation officielle pour la France comprenait 4 membres ; plusieurs camarades avaient tenu à y participer en dehors de cette délégation.

L'UNOR tient ce jour son conseil d'administration et demain samedi 27 mars son assemblée générale. Le Président SAUVAGEON sera représenté le samedi 27 mars 2010 par son Chargé de mission à la cérémonie de la Flamme.

Le Trésorier fait part du maintien des cotisations à l'UNMR. Le nombre d'inscrits pour les Journées de Lille est de 53 à ce jour. Les abonnements de soutien pour notre revue "Le Médecin de Réserve" sont au nombre de 38. Les comptes sont bien équilibrés et la Journée de Laveran à Marseille dégage un solde positif.

Parmi les questions diverses évoquées, le récent entretien du contrôle général des armées au siège de l'association avec le Président SAUVAGEON, la FMIR Santé à Bordeaux par le Dr MEUNIER, les activités de vaccination contre la grippe A (Dr GIBELI, Dr CALLOC'H, Dr TOPCHA, Dr WAGNER...).

Le prochain conseil se tiendra le 29 mai 2010 à Lille.

La séance est levée à 22 H 31.

\*

\* MC (R)



# PROCÈS VERBAL DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU 16 MAI 2009 CONSÉCUTIF À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'UNMR

Laurent ASTIN\*

## *Présents :*

MM. ASTIN - BOUSQUIER - BRUYERE - CALLOC'H - CARON - DALMAS

FOURES - GIBELLI - HAMON - LABORDE - LEHOT - LE ROUX - MATHIEU M. - MESLIER - MEUNIER F. - MONTARD - MOULINIE.

PICOCHÉ - PICOT-BELLANGER - PINA JOMIR - POMMIER de SANTI - SALA - SAUVAGEON - TOPCHA - TRAN - WAGNER.

## *Excusés :*

MM. CABANIS - CARTIGNY - FIX - GALEANO - GAUTIER C. - HERGON - LE GUEN - LE LAY - LEONETTI - MOHY - TISSOT - TOUZARD

Le Docteur Maurice MATHIEU, Président d'Honneur de l'UNMR, en sa qualité de doyen d'âge, ouvre le Conseil d'Administration suivant l'Assemblée Générale de la 106<sup>ème</sup> année de notre Association. Il constate la montée en puissance du GORSSA avec 165 inscrits aux Journées Nationales d'Instruction de Lille. Il regrette néanmoins que la participation financière du GORSSA ne soit pas à la hauteur des services rendus par l'UNMR dont le secrétariat assure toute la logistique du GORSSA.

Il procède ensuite à l'élection du président en demandant si un vote secret est souhaité, ce qui n'est pas le cas.

\* MC (R)  
Secrétaire des séances

Le Docteur Xavier SAUVAGEON, seul candidat, est alors réélu par vote à main levée. Le Docteur M. MATHIEU le félicite et lui cède la Présidence.

Le Président SAUVAGEON remercie les membres du Conseil d'Administration pour lui avoir renouvelé leur confiance. Il fait part de la satisfaction témoignée par le Médecin Général BORDAGUIBEL-LABAYLE, représentant le Directeur Central, qui souligne l'importance de l'auditoire et la qualité des intervenants à ces Journées.

Les médecins restent la force principale du GORSSA (environ 80 inscrits à ces journées 2010). Il remarque l'importante participation des MITRHA à ces journées pour la première fois depuis de nombreuses années et s'en félicite.

Le Président SAUVAGEON remercie le Docteur DALMAS, Délégué en Région de Saint-Germain-en-Laye et ses collaborateurs pour la remarquable organisation des Journées Nationales d'Instruction GORSSA à la Citadelle de Lille.

Les prochaines Journées Nationales se tiendront en 2011 à Toulon et seront organisées par le MCS (R) POMMIER de SANTI, Délégué Régional en Région de Toulon.

Le Président SAUVAGEON, procède ensuite à l'élection du Bureau qui se fait à l'unanimité, le vote à bulletin secret n'étant pas souhaité :

Vice-présidents : Le Professeur Michel MONTARD et les Docteurs Michel GI-

BELLI, Patrice POMMIER de SANTI et Xavier WAGNER sont réélus. Le Docteur Jean-Dominique CARON, nouveau candidat, est élu.

Secrétaire Général : Le Docteur Patrick HAMON est réélu.

Secrétaires Généraux Adjointes : Les Docteurs Pascal BOUSQUIER et Joseph TRAN sont réélus ; la réélection du Docteur Gérard LE LAY, absent excusé, étant prévue lors du prochain Conseil d'Administration.

Correspondant de Rédaction pour « ACTU-GORSSA » et chargé de mission auprès du Président : le Docteur Yvon MESLIER est réélu

Trésorier : Le Docteur Jean-Louis PICOCHÉ est réélu

Trésorier Adjoint : Le Docteur Xavier WAGNER est réélu

Secrétaire des Séances : Le Docteur Laurent ASTIN est réélu

Porte-Drapeau : Le Docteur Jean-Pierre SALA est réélu

Délégué Général UNMR chargé des relations GORSSA-CIOMR :

Le Docteur Christian LE ROUX est réélu.

Le Docteur Eric LECARPENTIER, est coopté en tant qu'administrateur en région de Saint Germain en Laye.

Le Président SAUVAGEON félicite les membres du Bureau pour leur élection.

Le Docteur MESLIER lit le procès-verbal du Conseil d'Administration du 26 Mars 2010 qui est adopté à l'unanimité.

Le Docteur MESLIER donne ensuite la liste des nouveaux adhérents.

Le prochain conseil d'administration se tiendra le 19 Novembre 2010.

La séance est levée à 11 heures.

\*

# Pharmacien-Chef d'un GMC en OPEX

Eric DENOIX\*

## FÉDÉRATION NATIONALE DES PHARMACIENS DE RÉSERVE (FNPR)

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

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

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

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

La correspondance est à adresser au Président.



L'auteur...

En ce début d'année 2007, j'ai eu le privilège de partir en OPEX, sur le 2<sup>ème</sup> poste de pharmacien pour ce théâtre, au sein de la Force Licorne en République de Côte d'Ivoire (RCI), mandat 14A. Du 2 février au 3 avril, j'étais le Pharmacien-Chef du Groupement Médico-chirurgical (GMC) implanté sur la Base Arrière de soutien (BAS) de Toumbokro.

## LA SITUATION

La RCI est un pays assez étendu, 70 % de la superficie de la France, peuplé d'une grande diversité d'ethnies et dont 25% de la population est issu de l'immigration. Le Sud cumule les richesses du pays et l'« ivoirité » est au centre du report constant des élections depuis 2005 (toujours d'actualité en 2010). En 1993, Félix Houphouët Boigny, Président de la République depuis l'indépendance en 1960, décède. S'ensuit une guerre de succession qui aboutit en 2000 à la « désignation » de Laurent Gbagbo comme Président. En 2002, tentative de coup d'État, la zone Nord tombe aux mains des rebelles et début de l'intervention française puis de la CEDEAO. Le pays est coupé en deux par une zone tampon démilitarisée, la zone de confiance. En 2003, c'est la conférence de Marcoussis et première résolution de l'ONU. En 2004, bombardement des rebelles et des forces françaises le 6 novembre à Bouaké. Depuis, le Président Gbagbo est maintenu à la Présidence, les élections sont reportées et le mandat de l'ONU est prorogé.

En ce début de mandat, nous avons un binôme (qui ne s'entend pas) à la tête de la RCI, une impuissance de la Communauté internationale, peu de risques de reprise des combats, mais des tensions interethniques fortes, des risques d'émeutes entre jeunes (seuls véritablement hostiles à notre présence) en ville et la persistance des « coupeurs de route ». On peut observer une économie en crise, un chômage des jeunes en très forte augmentation, une dégradation de l'éducation, une situation sanitaire pitoyable et un retour très lent de l'Administration en zone Nord.

En mars, nous avons vécu les accords de Ouagadougou, début probable du processus de normalisation toujours en cours en 2010.

## LICORNE, MISSIONS, DISPOSITIF

Garantir la sécurité des ressortissants français et de la CI.

Appuyer l'action de l'ONUCI.

Préparer le désengagement.

3 groupements techniques inter-armées (GTIA), le 43 à Abidjan, le 1 à Bouaké et le 2 à Man. En ce début 2007, le GTIA 2 est en cours de fermeture avec création d'un GTIA unique

au Nord, englobant la totalité de la zone de confiance et commandement à Bouaké.

Les effectifs à soutenir par le Service sont d'environ 3 400 personnels en diminution sensible.

## SSA, MISSIONS, DISPOSITIF

Sauver le maximum de vies humaines.

Limiter les séquelles potentielles des blessures.

Donner l'assurance aux combattants d'être secourus le plus rapidement possible.

Prescrire les mesures d'hygiène et de prophylaxie adaptées au contexte épidémiologique.

Assurer l'approvisionnement en fournitures médicales.

1 GMC, 1 ACA et 14 PS à soutenir. En 2007, LICORNE est le plus gros compte en valeur de nos OPEX.

1 SRS à Abidjan. 2 hélicoptères médicalisés (HM) sont basés à Bouaké.

Les liaisons intra-théâtre pour le ravitaillement sont quasi exclusivement assurées par les trains de combats, 1 du 43 vers la BAS et 2, de la BAS vers Bouaké et Man. Les HM ne sont disponibles qu'à titre exceptionnel et seulement au retour d'EVASAN. La liaison par avion de transport tactique (ATT), Abidjan-Yamoussoukro (Yam pour la suite de l'exposé), n'a pu être utilisée que sur autorisation spéciale pour une cantine de sang qui devait être stockée au réfrigérateur en moins de 12 heures après son arrivée sur le théâtre par VAC.

## MES MISSIONS

Adjoint et conseiller du COMSANTÉ du théâtre, auquel j'étais directement rattaché, j'avais en charge le ravitaillement du GMC. Une mission ponctuelle d'assistance et de conseil aux PS de Toumbokro, Yamoussoukro et Bouaké est venue compléter le séjour.

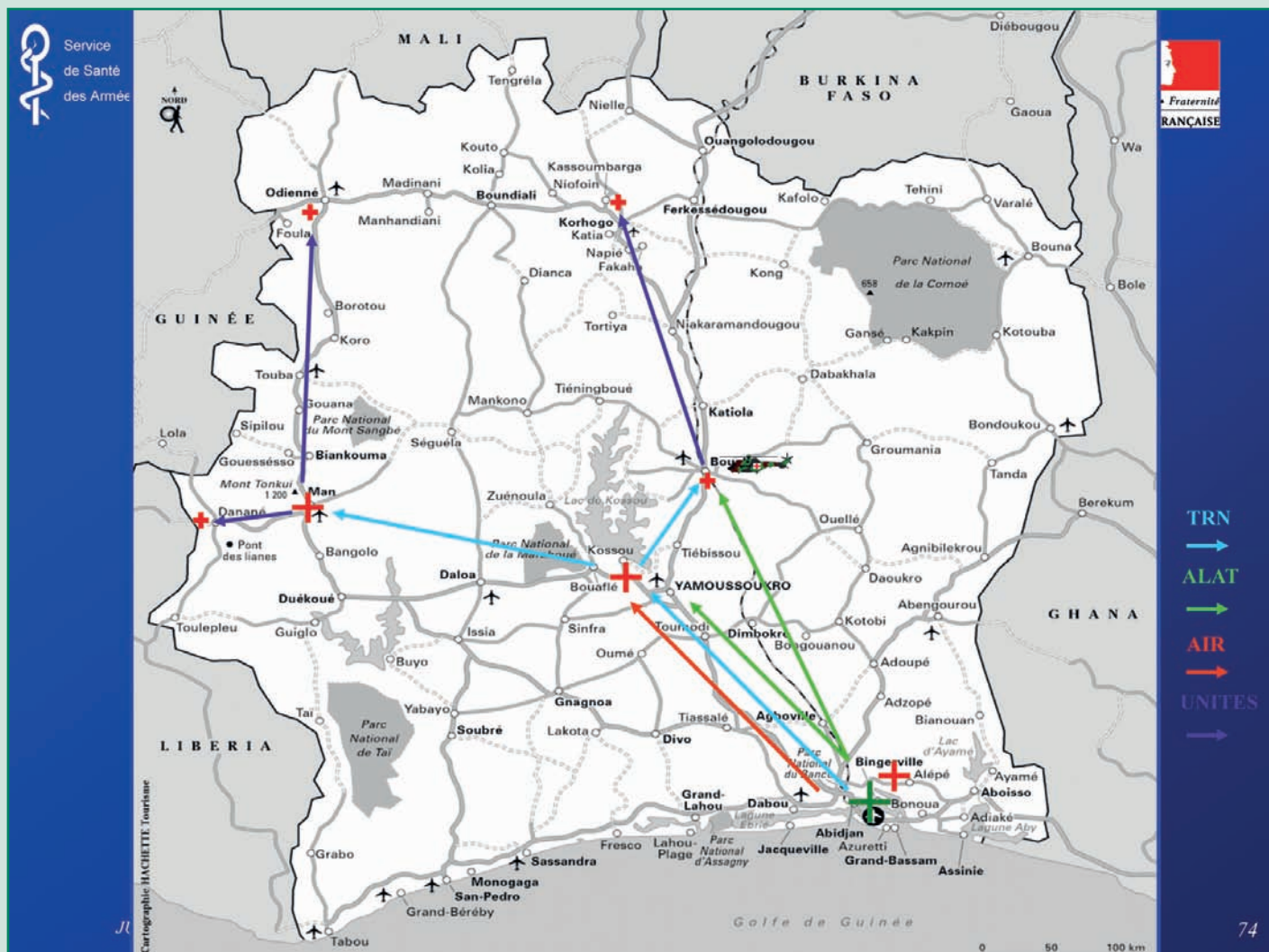
## LA PRÉPARATION

Chronophage et vitale, la préparation est un point clé pour la réussite d'une projection. Mes 25 années d'instruction dans la Réserve du Service de Santé des Armées, depuis la sortie du Service National en février 1982, m'ont été particulièrement utiles car les aspects purement militaires sont considérés comme des pré-requis. La « savoir-être » au sein de la communauté militaire, surtout au grade de pharmacien en chef, ne s'improvise pas et est impératif pour une bonne intégration avec nos camarades.

Préparation administrative avec notamment la confection d'un passeport spécial, la perception des effets « outremer » et de l'ANP, et en finale de la « plaque d'immatriculation » à la DRSSA, tout un symbole ...

\* PC (R)

Illustrations de l'auteur



### Liaisons intra-théâtre

Préparation médicale avec aptitude spécifique, bilans biologiques et panoramique dentaire.

Préparation spécifique Santé avec 3 jours au CPOPEX à Lyon, pour connaître le théâtre, réviser les textes réglementaires régissant notre activité et apprendre à maîtriser le logiciel SERENA pour la gestion des stocks. J'ai bénéficié en plus d'une journée à la DAPSSA d'Orléans et 2 jours à l'ERSSA de Chartres.

### LA PROJECTION

Il s'est écoulé quelques jours entre le départ de mon domicile et la passation des consignes avec mon confrère, biologiste breton, mandat 13 B (codification ONU).

Départ au petit matin pour Roissy le 2 février, vol par A340 avec escale à Istres pour embarquer entre autres quelques pax de la RTSE, et arrivée en fin de journée sur Abidjan après avoir survolé les espaces désertiques d'Afrique du Nord, toujours magique !

48 heures sur la base de Port-Bouët au sein du 43° BIMA dans des conditions précaires avec découverte entre autres de la SRS qui va m'approvisionner dans les 2 prochains mois

puis départ en ATT pour Yamoussoukro, via Bouaké, le 5 et fin du trajet pour la BAS de TBK par voie routière après avoir croisé sur le tarmac une partie du mandat descendant.

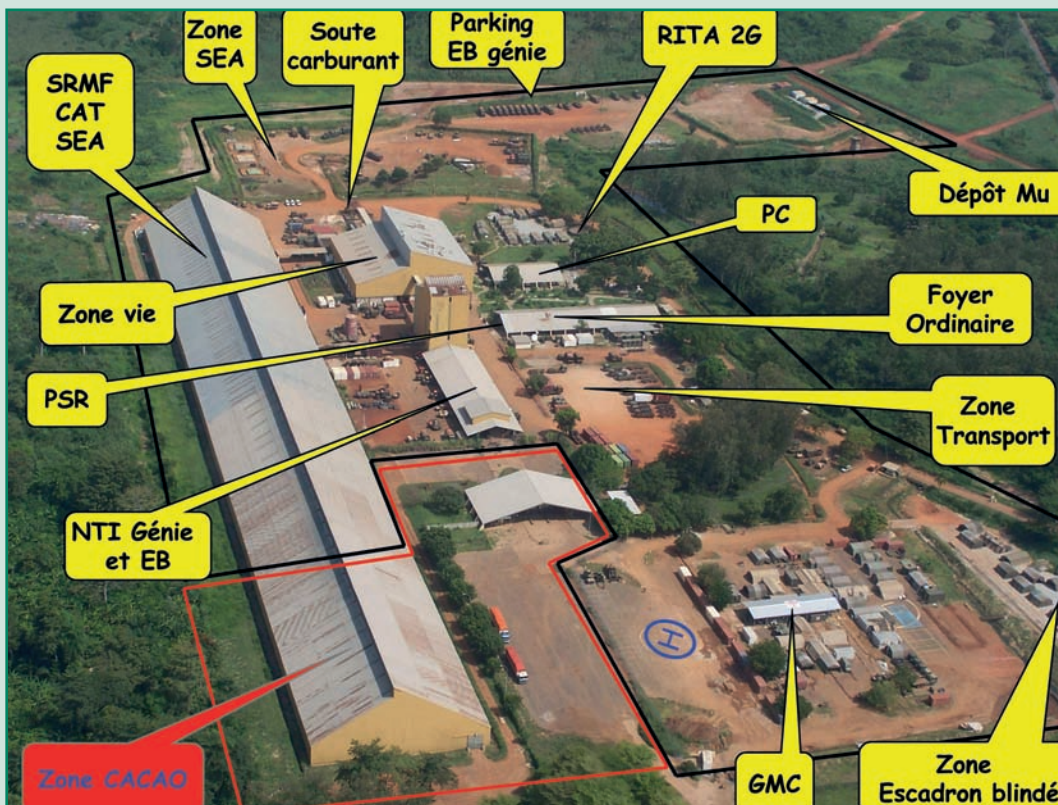
Encore 48 heures de partage du préfabriqué climatisé, passation des consignes, inventaires, transmission des affaires en cours et me voilà seul aux commandes de la Pharmacie ...

### LE GMC

Le GMC implanté sur la BAS de Tombokro était un rôle 2+, intermédiaire entre une ACA et un HMC, positionné au centre du dispositif, avec une aire de posé pour les hélicoptères médicalisés. Il est proche d'une forte densité de population civile et de dispensaires. C'est un acteur majeur du soutien Santé.

25% du compte en valeur de la SRS était alloué au fonctionnement du GMC.

Le GMC disposait de 2 blocs, dont 1 dédié à LICORNE, et d'une vingtaine de places d'hospitalisation seulement contrairement à un vrai rôle 3, type HMC. En revanche, il disposait du seul scanner du théâtre, moyens civils compris !



Vue et plan de la Base

Avec un labo de campagne, des moyens de stérilisation et de production d'oxygène, le technicien des matériels santé (TMS) et son atelier, un stock conséquent de produits de santé, dont une dotation en poches de sang, le GMC était dimensionné pour ses missions militaires, mais aussi pour l'aide médicale aux populations, particulièrement utile pour l'intégration de nos forces dans un pays sinistré en moyens santé.

L'activité du GMC pendant le mandat 14 A a été de 2 284 consultations (au profit des forces (44), des civils et des dispensaires), 133 passages au bloc opératoire (dont 3 au profit des forces et 130 pour les civils), jusqu'à 20 hospitalisations en simultanément, 7 EVASAN vers le GMC et 3 RAPASAN.

La pharmacie s'approvisionnait à la SRS, stockait dans ses moyens propres et distribuait au GMC et aux consultants civils. Accessoirement, l'approvisionnement pouvait se réaliser par des moyens civils locaux ou directement en France pour des produits spécifiques, hors dotation et chaîne de ravitaillement, et sur l'expression d'un besoin particulier de l'équipe médicale. Une dotation exceptionnelle de l'UNICEF au profit de l'AMP est venue compléter cet approvisionnement.

Le ravitaillement, en phase de stabilisation, se faisait « à la demande » sur les stocks de la SRS pour reconstituer les dotations initiales, hors renouvellement de la dotation en sang qui était planifié.

Sur les 5 000 références du Catalogue du Service Courant, environ 1 000 étaient en stock et 500 ont été mouvementés au moins une fois. La gestion était normalement assurée avec l'aide du logiciel SERENA, mais

suite à une défaillance de l'ordinateur et absence de sauvegarde fiable, il fut fait recours aux fiches cartonnées (à ne jamais abandonner totalement ...) pour retrouver un historique. La consommation de chaque mandat étant en partie liée aux différentes équipes chirurgicales, la difficulté résidait à obtenir une parfaite adéquation des stocks aux besoins tant au niveau de la SRS que du GMC en prenant en compte les délais entre l'expression du besoin (commande) et la livraison effective à TBK.

Les moyens en personnel (1-1-0) étaient de un Pharmacien et un secrétaire.

Les moyens de stockage étaient constitués par 5 containers 20 pieds, dont 4 climatisés compte tenu de la température qui pouvait atteindre 50°C dans la journée, 1 container réfrigéré (de l'intérêt de partir avec sa polaire en RCI...), 1 préfabriqué climatisé avec un réfrigérateur à +4°C, 1 local « gaz et inflammables » et

une tente de dépotage. Le rangement se faisait soit sur étagères, soit dans des bacs gerbables et le classement utilisait soit la NMA (DM), soit l'ordre alphabétique (médicaments).

La commande à la SRS se faisait à la demande, sous forme d'un fichier Excel extrait de Serena et transféré par l'Intranet. La livraison intervenait sous 10 à 15 jours par VR exclusivement.

La gestion des Stupéfiants avait été transférée au Réanimateur à l'occasion d'un mandat précédent. Les destructions éventuelles étaient de la responsabilité du COMSANTÉ par délégation de l'Inspecteur Technique des Services Pharmaceutiques. Je n'avais que la responsabilité de la commande sur l'expression des besoins, en fait des produits consommés.

La gestion du sang était planifiée, sous la responsabilité du Réanimateur de gestion et de stockage, et le rôle du pharmacien consistait à assurer la bonne réception de la cantine du CTSA dans les temps, sachant qu'elle devait être réceptionnée dans les 6 jours suivant sa fermeture en France.

Des marqueurs attestaient du respect de la chaîne du froid pendant le transport.

La production de l'O<sub>2</sub> était assurée par 2 extracteurs. Les réserves, sous forme de bouteilles/fûts de différentes capacités, n'auraient en effet permis qu'une autonomie de quelques heures de bloc.

La stérilisation pouvait être assurée soit par une remorque de stérilisation, soit par un Matachana® qui a été particulièrement utile quand il a fallu gérer une pénurie de compresses stériles ...

Les commandes pour le labo et la radio ne passaient pas par la pharmacie. Il n'y avait pas de cabinet dentaire sur le théâtre.

Les kits pour traitement préventif des « AES » (trithérapie) étaient peu nombreux et il était courant de se dépanner entre détenteurs ...

Les déchets mous étaient incinérés sur place et les piquants tranchants coupants, y compris ceux de Bouaké, étaient transférés sur Port-Bouët par container spécial.

Le pharmacien-Chef du GMC n'était pas comptable des matériels non-consommables mis en place dans le GMC. L'entretien et le dépannage de tous ces matériels au sein du théâtre étaient sous la responsabilité du TMS, sous les ordres du Chef de la SRS.

Dans les missions accessoires, j'avais un stock non négligeable de préservatifs et je me suis attaché à ce qu'ils soient mis à disposition libre et discrète sur toute l'emprise de la base. Je me suis assuré que tous les pax du GMC rentraient en France avec 1 mois de Doxypalu® en ayant compris l'importance de ne pas arrêter la prise quotidienne étant donné la prévalence de survenue de Paludisme après le départ du théâtre. En collaboration avec l'Anesthésiste-Réanimateur, il a été établi et valorisé (# 21 000 €) une liste du stock de crise à détenir en permanence.

J'ai rédigé un rapport de fin de mission que j'ai fourni au COMSANTÉ à ma demande

### LES VISITES DANS LES PS

Cette mission de « conseil » a été, de loin, la plus intéressante de mon OPEX.

Elle s'est déroulée sur 4 jours, dont 2 à Bouaké où je me suis rendu par le train de combat « montant » hebdomadaire avec retour sur Yam par ATT.

Mes constats et propositions, transmises au COMSANTÉ et aux MC des PS concernés, sont semblables pour les 4 visites :

Les réfrigérateurs « alimentaires » sont peu adaptés au respect de la chaîne du froid, pas toujours contrôlés quotidiennement, les températures relevées variant de zéro à + 15° C. Bien que le stockage de certains DM et médicaments soit préconisé à une température inférieure à + 25°C, certaines pièces, les VAB SAN et les HM EVS ne permettaient de stocker ces produits qu'à des températures comprises entre 35 et 50° C sur de longues périodes.

Les kits « Accidents d'Exposition au Sang » étaient soit non constitués soit en nombre insuffisant.

Il a été noté que des commandes de certains mandats se faisant selon un mode planifié avaient conduit soit à des ruptures, soit à des stocks disproportionnés par rapport aux consommations prévisibles et soit à des quantités importantes de périmés.

Il a été également fait remarquer une inadéquation du catalogue avec les actions d'AMP en pédiatrie et le traitement des accès palustres.

Il a été également signalé un danger potentiel à éliminer les contenants de certains médicaments dans les déchets ménagers ceux-ci étant « visités » avant enlèvement.

### LE RETOUR

On fait comme pour la projection mais en sens inverse pour faire court, avec passage au GAPI pour restitution des perceptions spécifiques et à la DRSSA pour les formalités administratives et la restitution de la plaque d'immatriculation.

À noter un certain temps de réadaptation à la vie civile ...

### RETEX ET ENSEIGNEMENTS

Je ne peux terminer un tel exposé sans remercier d'une part le Service de Santé des Armées de m'avoir permis de vivre cette mission et de mettre en pratique la devise de la 22° CM « Servir d'abord » et, d'autre part, mes prédécesseurs sur cette OPEX pour leurs conseils avisés.

J'ai reçu un accueil remarquable de toute l'Active, Armes et Services, l'intégration dans l'équipe chirurgicale fut plus délicate.

La mission d'un Pharmacien en OPEX est passionnante par sa diversité et ses différences avec notre pratique pharmaceutique quotidienne dans le civil mais qui implique une somme de connaissances non négligeable à mettre en œuvre pour réussir la mission.

J'ai été conforté dans la nécessité de la présence d'un pharmacien en OPEX, pour assurer le soutien des activités médico-chirurgicales des différents niveaux et sur l'obligation d'un rattachement direct au COMSANTÉ dans un souci d'efficacité.

J'ai connu des difficultés dans cette mission dues en partie à mes lacunes, mais aussi à l'inexistence d'un historique informatique fiable, un nombre important de journées d'hospitalisation par rapport aux mandats précédents (les historiques font état des entrées/sorties mais pas du nombre de jours de présence en hospitalisation) aggravé par la prévalence des ulcères de Buruli très consommateurs en pansements.

J'ai pu noter, compte tenu de notre mission tournée vers les forces, l'inadaptation de nos dotations en médicaments pédiatriques, malgré la dotation de l'UNICEF, et en traitements antipaludéens utilisés localement (dérivés de l'artémisine).

J'ai tenté de sauvegarder en permanence un stock minimum de crise au profit de la force Licorne, dont le soutien a toujours été la mission principale. ■



Un aspect de la mission



KC 20 réfrigéré

## Prise d'armes au Val-de-Grâce

J.-C. SCHALBER\*

Le lundi 28 juin 2010, à l'occasion du passage en 2<sup>ème</sup> section du médecin général inspecteur Lionel HUGARD, sous-directeur « action scientifique et technique », le médecin général des armées Gérard NEDELLEC, directeur central du Service de santé des armées, présida une prise d'armes, à l'École du Val-de-Grâce.

Au début de cette cérémonie il a été procédé à une remise de décorations à

Service de santé des armées, le MGA P. JEANDEL, du directeur de l'École du Val-de-Grâce et du MGI L. HUGARD.

Le médecin général des armées NEDELLEC après avoir passé les troupes en revue procéda à la remise des décorations.

Successivement le médecin général des armées NEDELLEC remettait les insignes de chevalier dans l'Ordre National de la Légion d'Honneur au pharmacien en



quelques officiers et sous-officiers appartenant au Service.

Le drapeau de l'École et sa garde ainsi qu'une section d'élèves de l'École sous les armes assuraient le dispositif. Délégations, familles et invités, récipiendaires, chacun à sa place dans la cour d'honneur de l'École du Val-de-Grâce, la prise d'armes commençait.

Après les Honneurs au drapeau arrivait le Directeur central du Service de santé des armées, le MGA G. NEDELLEC, accompagné de l'Inspecteur général du

chef (R) Claude BOYMOND, Président de la FNPR, et au pharmacien en chef (R) Norbert SCAGLIOLA.

Ces deux pharmaciens appartiennent à la réserve opérationnelle du Service de santé des armées, et sont membres de la Fédération Nationale des Pharmaciens de Réserve ; l'un comme l'autre dans leurs activités « civiles » assurent le lien Armée-Nation avec le triptyque « Pharmacie - Service de santé des armées - Défense ».

Plusieurs personnalités et amis étaient présents à cette cérémonie pour entourer les deux récipiendaires et leurs familles, citons : Mme Isabelle ADENOT,

\* PC (R)

Secrétaire général de la FNPR.



présidente de l'Ordre National des Pharmaciens, et le pharmacien général inspecteur J.-F. CHAULET, inspecteur technique des services pharmaceutiques des armées - le MGI (2s) R. WEY, les PGI (2s) C. LECARPENTIER et DARRACQ - le PC (R) J.-L. JAMET, membre du CSRM et de la FNPR, ancien de l'USR/818<sup>ème</sup> HMC - le CDCS (R) J.-P. MATHIEU et le CDC (R) J.-M. PAUCHARD de la FNCDR - le MC (R) X. SAUVAGEON Président du

GORSSA et le MC (R) P. HAMON de l'U.N.M.R. - la PP (R) M-PANTOINE, et les PC (R) J.-M. DELAFONTAINE, E. DENOIX, J.-M. PAOLO et J.-C. SCHALBER, tous de l'USR/818<sup>ème</sup> HMC et de la FNPR - le M (R) N. CAMUS de l'USR/818<sup>ème</sup> HMC.

Sous un ciel bleu et un soleil radieux plusieurs photos étaient prises pour garder un souvenir de ces instants où deux pharmaciens étaient à l'Honneur. ■

## Décès du Pharmacien en Chef (H) Georges VIALA

**C'**est avec une grande tristesse que nous avons appris le décès du Pharmacien en Chef (H) Georges VIALA au matin du 21 juin 2010.

Il fut pendant toute la durée de la présidence du Pharmacien en Chef (H) Roger BAPTISTE (1976-1982) le Secrétaire Général de la Fédération des Pharmaciens de Réserve.

Brillant professeur de Droit pharmaceutique à l'Université Victor Segalen de Bordeaux, puis à l'Université d'Aix-Marseille, docteur en pharmacie, docteur en droit et licencié ès lettres, membre de l'Académie Nationale de Pharmacie, membre du Conseil National de l'Ordre, il fut le conseiller de trois Présidents du Conseil National.

Nous gardons de lui le souvenir d'un homme d'une immense culture. Compétent et dévoué, discret et chaleureux, il fut un grand serviteur de l'institution ordinale, de la FNPR et du rayonnement de la Pharmacie Française.

Son inhumation a eu lieu au Cimetière St Pierre de La Ciotat le vendredi 25 juin.

La FNPR adresse à Mme Françoise VIALA et à sa famille ses très sincères condoléances.

PC (R) N. SCAGLIOLA.

# Les cas de rage chez les animaux domestiques en France métropolitaine et en Guyane

Olivier DEBAERE\* et Florence CALVET\*\*

*La publication récente d'une note de service de la Direction générale de l'alimentation (DGAL) du Ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche (MAAP) a remis en lumière la problématique liée à une zoonose parfois oubliée, la rage. Redoutable et redoutée avant l'ère pastorienne, la rage sévit encore malheureusement de façon endémique sous d'autres climats, notamment en Afrique et en Asie. A l'heure actuelle, les mesures de prophylaxie et la vaccination ont fait reculer le spectre de cette affection mortelle sous nos latitudes. Ceci ne doit pas faire oublier que le virus rabique est toujours présent, notamment sur des théâtres d'opérations extérieures. De fait, il nous a semblé intéressant de profiter de la publication ministérielle pour demander à deux spécialistes, dont le rédacteur de la note, d'apporter quelques éléments factuels.*

VC F.H. BOLNOT, Président UNVR

## UNION NATIONALE DES VÉTÉRINAIRES DE RÉSERVE

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

### PRÉSIDENT D'HONNEUR

VC Jean GLEDEL

### PRÉSIDENT NATIONAL

Vice-président du GORSSA

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

### VICE-PRÉSIDENT

et DÉLÉGUÉ INTERNATIONAL  
Délégué GORSSA Île-de-France

VC Bruno PELLETIER drvetbp@aol.com

### VICE-PRÉSIDENT

et DÉLÉGUÉ NATIONAL

VC Gilbert MOUTHON gmouthon@vet-alfort.fr

### SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

VP Stéphane NGUYEN nguyenservane@wanadoo.fr

### TRÉSORIER

Dr. Pierre TASSIN

### PRÉSIDENT DRSS Bordeaux

VC Christophe GIBON

Christophe.GIBON@agriculture.gouv.fr

### PRÉSIDENT DRSS Brest

VC Ghislain MANET g.manet@libertysurf.fr

### PRÉSIDENT DRSS Toulon

VC Marc VERNEUIL marc.verneuil@cegetel.net

### ADMINISTRATEURS D'HONNEUR

VC René PALLAYRET

VC Jean-Paul ROUSSEAU

VC Pierre ROYER

### ADMINISTRATEURS

VC Thierry ALVADO-BRETTE

alvado-brette@caramail.com

VC Xavier BEELE xavierbeele@aol.com

VC Dominique GRANDJEAN dgrandjean@vet-alfort.fr

VC Louis GUILLOU louis.guilou@numericable.fr

VC Émile PEREZ

Emile.PEREZ@agriculture.gouv.fr

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

VC Charles TOUGE charlestouge@aol.com

## La rage en France métropolitaine

Le dernier cas de rage autochtone en France métropolitaine date de 1998 et concernait un chat en Moselle infecté par la rage vulpine. Les cas de rage détectés sur les animaux domestiques ont trois origines :

- les animaux domestiques peuvent avoir été infectés par un **renard enragé**. De 1968 à 1998, 9 455 cas de rage sur animaux domestiques ont été enregistrés en France. Depuis fin 1998, aucun cas n'a été décelé en France sur des animaux domestiques ayant pour origine une contamination par des renards ;
- les animaux domestiques infectés, principalement des chiens et des chats, peuvent être **importés illégalement** à partir de pays tiers où la rage canine est endémique (en particulier les pays du Maghreb) ;
- les animaux domestiques peuvent avoir été infectés par un **lyssavirus de chauve-souris**. En 2007, un chat né en France (Vendée) a été détecté positif pour la rage. Il était porteur du lyssavirus européen (EBLV-1) isolé en France depuis 1989 et en Europe chez des chauves-souris insectivores.

\* Docteur vétérinaire, Adjoint au Chef du bureau de la santé animale (Direction Générale de l'Alimentation / Ministère de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Pêche)

\*\* Vétérinaire Principal, Direction interarmées du service de santé des forces françaises du Cap-Vert, Dakar



DR

L'introduction en France de chiens en incubation de rage n'est pas un phénomène nouveau. Ces cas ont toujours existé et sont sporadiquement et régulièrement détectés. De 1968 à 2009, le nombre de cas de rage sur des chats et chiens importés s'élève à 27. Cependant, les cas de rage importée progressent fortement depuis 2001, notamment en provenance du Maroc. Entre 1968 et 1990, seuls 5 cas de rage canine importés du Maroc ont été rapportés, aucun entre 1991 et 2000 et 8 entre 2001 et 2008. Le Maroc est le pays pour lequel le nombre de cas de rage d'importation en France



Année	Espèce et origine	Génotype du virus rabique
2001 mai	1 chien importé du Maroc	
2002 sept.	1 chien importé du Maroc	Lyssavirus de type 1 (génotype 1)
2004 août	3 chiens importés du Maroc	
2007 nov.	1 chat né en France (cas en Vendée) : cas d'infection par un virus rabique de chauve-souris (European Bat LyssaVirus)	Lyssavirus de chauve-souris européenne de type 1 (EBLV-1, génotype 5)
2008 fév.	1 chien né en France (cas en Seine-et-Marne) et lié à une importation du Maroc. Les enquêtes épidémiologiques et le génotypage du virus en cause indiquent que ce chien a été contaminé par un chien né en France (le cadavre de ce chien, qui n'a pas été suspecté de rage, a été éliminé avant de pouvoir être analysé), lui-même contaminé par un chien ayant séjourné en semi-errance au Maroc avant d'être ramené en France (ce chien n'a également pas été suspecté de rage et a donc été éliminé avant de pouvoir être analysé).	Lyssavirus de type 1 (génotype 1)
2008 avril	1 chien importé de Gambie	
2008 nov.	1 chien importé du Maroc	
<b>BILAN 2000-2009 : 8 cas importés de rage canine,</b> + 1 cas « autochtone » de rage canine et 1 cas de rage lié à EBLV-1 chez un chat		

est le plus élevé : 13 cas depuis 1968 sur les 27 cas de rage importée recensés.

Le risque d'importation d'animaux en incubation de rage n'est pas considéré par le grand public à son juste niveau, comme le prouvent les entretiens avec les propriétaires ayant importé un chien enragé. La tentation **d'adopter un chiot, errant ou non, lors d'un séjour à l'étranger** existe, notamment chez les jeunes voyageurs plus habitués à des séjours longs, avec leur propre véhicule, se déplaçant en dehors de l'encadrement d'organismes de tourisme et revenant en France par voie maritime et terrestre où la surveillance douanière est moins aisée.

Des campagnes d'information à destination du grand public ont été faites par le Ministère en charge de l'Agriculture et le Syndicat National des Vétérinaires d'Exercice Libéral (SNVEL). Le message clé est : « **Ne ramenez pas la rage parmi vos souvenirs de vacances** ».

Le tableau ci-dessus synthétise les caractéristiques de l'ensemble des cas de rage détectés entre 2000 et fin 2009 chez les animaux domestiques en France métropolitaine.

Les cas récents de rage canine dus à des importations illégales de chiens en France soulignent la nécessité de maintenir un niveau élevé d'information, de précaution et de vigilance vis-à-vis du risque rabique. **La rage demeure une menace permanente, réelle et importante.**

### La rage des renards

L'épizootie de rage vulpine, qui a débuté en 1968, a été éradiquée en 2001 grâce aux campagnes semestrielles de

vaccination orale initiées à partir de 1985 et achevées en 2003. La réduction des densités de population de renards était en effet insuffisante pour éradiquer la maladie et a même eu un effet inverse de celui attendu en accélérant la progression du front de rage. Ces campagnes localisées dans l'Est de la France consistaient en la vaccination du front de rage sur toute sa longueur et sur une profondeur d'environ 30 kilomètres.

En 2005, en raison du risque de réintroduction de la rage à partir d'une résurgence de la maladie en Allemagne (Palatinat), des opérations de vaccination orale ont été entreprises au printemps et en automne tout le long de la frontière avec l'Allemagne depuis le Luxembourg jusqu'au Haut-Rhin.

En octobre 2008, il a été signalé un retour de la rage vulpine en Italie avec une extension en direction de l'Autriche et de la Suisse, et dans une moindre mesure, à ce stade, en direction de la France. D'octobre 2008 à fin mars 2010, 197 cas de rage vulpine ont été diagnostiqués en Italie.

### La rage des chauves-souris

Les cas de rage sur la faune sauvage ne sont désormais plus observés que chez les chauves-souris, et ce, sans localisation géographique particulière. Cela suggère que les lyssavirus de chiroptères sont probablement présents sur tout le territoire métropolitain.

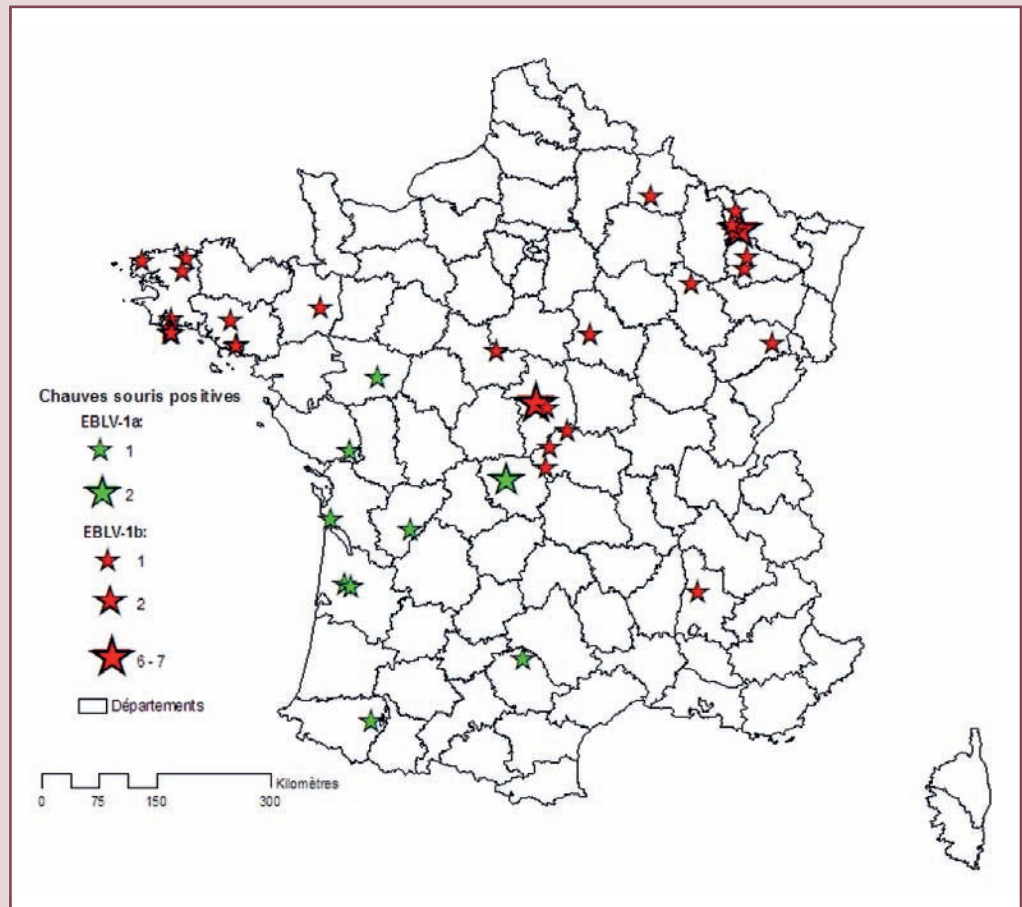
En France métropolitaine, toutes les chauves-souris infectées de rage sont des sérotines communes (*Eptesicus serotinus*), chauves-souris insectivores. Les chauves-souris infectées de rage étaient toutes porteuses du virus EBLV-1.



« Si mignons... et pourtant ! »

DR

**Pour en savoir plus :** note de service de la Direction Générale de l'Alimentation en date du 11 août 2010 (Ministère de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Pêche)



Cas de rage chez des chauves-souris sérotines en France métropolitaine depuis 1989 (Source : ANSES-Nancy)



Chien atteint de la rage - D.R.

Le nombre de cas recensés semble étroitement lié à l'existence et à la sensibilisation des réseaux de surveillance. Des cas de lyssaviroses sur chauves-souris ont été détectés dans la plupart des pays d'Europe, dont les Pays-Bas, le Danemark, l'Allemagne, la Grande-Bretagne, et récemment en Autriche, Slovaquie et Pologne.

Au total, ce sont **45 chauves-souris** qui ont été confirmées infectées de rage en France depuis 1989 (et jusqu'à fin 2009), sur un total de 1918 chauves-souris d'espèces différentes analysées.

De 1989 à fin 2000, seules 9 sérotines communes sur un total de 300 prélèvements analysés pour recherche de lyssavirose à l'ANSES-Nancy et à l'Institut Pasteur de Paris ont été diagnostiquées infectées par EBLV-1. A compter de 2001, l'épidémiologie a été renforcée, ce



Sérotine commune (*Eptesicus serotinus*) - D.R.  
(Photo Wikipédia)

qui s'est traduit par un nombre beaucoup plus important de prélèvements reçus. Ainsi, du 1er janvier 2001 au 31 décembre 2009, 36 sérotines communes ont été montrées infectées par EBLV-1 sur un total de 1720 chauves-souris autochtones adressées (dont 1428 à l'ANSES-Nancy et 292 à l'Institut Pasteur de Paris).

Une partie des chauves-souris reçues n'a pu être analysée en raison de l'état de putréfaction avancée des cadavres ou de leur état de momification.

Le cycle de la rage des chauves-souris est indépendant du cycle de la rage des mammifères non volants. Néanmoins, des mammifères terrestres peuvent acci-

ris hématoophage, le vampire roux (*Desmodus rotundus*). Aucun cas de rage d'un animal domestique n'a été déclaré en Guyane depuis 2003. En octobre 2009 à Cayenne, le virus rabique a été isolé pour la première fois sur une chauve-souris (de la sous-famille des *Sternodermatinae*, chauve-souris frugivore).

Il faut signaler le **décès d'un homme en mai 2008 à Cayenne**, très certainement contaminé à partir d'un vampire. Cet homme avait l'habitude de dormir à l'extérieur sans moustiquaire, protection de nature à éviter les morsures de chauves-souris hématophages.

Le dernier cas de rage humaine acquise en France datait de 1924 (en Côte-d'Or).

Des colonies de chauves-souris hémato-phages, réservoirs du virus, sont présentes en grand nombre en Guyane. De nombreux chiens errants circulent et l'application des mesures de lutte contre ces derniers est difficile. La proximité avec le Brésil et le Surinam, où la situation épidémiolo-

gique vis-à-vis de la rage n'est pas favorable, constitue un facteur de risque supplémentaire. ■

dentellement et exceptionnellement être porteurs d'EBLV-1, suggérant la possibilité d'une transmission virale par des chauves-souris enragées. En Europe, à ce jour, outre trois cas humains (Russie et Finlande en 1985, Écosse en 2002), quatre moutons sont morts d'une rage due à un EVBL au Danemark (1998 et 2002) ainsi qu'une fouine en Allemagne (2001) et un chat en France (2007 en Vendée).

Bien que davantage présente en France que la rage canine, **la rage des chirop- tères est beaucoup moins inquiétante** sur le plan de la santé animale et de la santé publique, sauf en Guyane où des mesures spécifiques y sont prescrites.

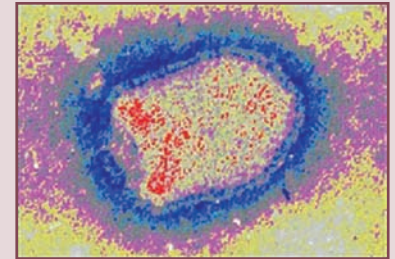
### Un contexte particulier : la Guyane française

Depuis 1989, la rage a été confirmée sur **13 animaux domestiques en Guyane** : 2 chiens (1990 et 2003), 1 chat (1998) et 10 bovins (1989, 1991, 1996, 1997 et 1999).

Tous ont été montrés infectés par un lyssavirus de génotype 1 de type desmodin dont le réservoir est une chauve-sou-



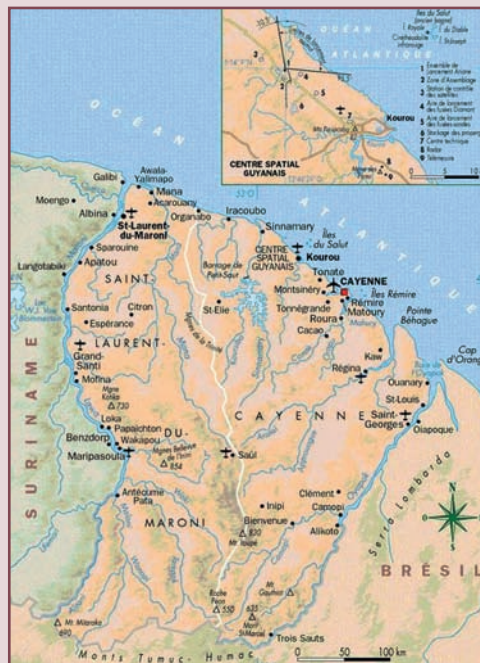
Vampire roux (*Desmodus rotundus*) - D.R.  
(Photo Wikipédia)



Virus rabique, identifié en 1903 par Paul Remlinger



Louis Pasteur (1822-1895), découverte du vaccin anti-rabique, 1885



En mission

# Hippolyte Morestin (1869-1919)

Xavier RIAUD\*

## FÉDÉRATION NATIONALE DES CHIRURGIENS DENTISTES DE RÉSERVE

FNCDR : 54, Cours de Vincennes 75012

### Présidents d'Honneur :

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

### BUREAU NATIONAL :

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

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

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

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

### DÉLÉGUÉS RÉGIONAUX :

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

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

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

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

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

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

**Porte-Drapeau :** Dr Henry FRAJDER

*Les chirurgiens, dans leurs reconstructions maxillo-faciales, emploient de temps à autres des techniques dites de Morestin. Mais, qui était-il ? Personne ne se l'est jamais véritablement demandé aussi étrange que cela puisse paraître. De plus, aucun écrit n'est paru en France, racontant l'histoire d'un des plus grands pionniers de la chirurgie maxillo-faciale et de la chirurgie esthétique. Mort au lendemain de la Grande Guerre, il s'est illustré tout au long du conflit en redonnant une dignité d'hommes aux soldats français blessés au visage au cours des affrontements au service de leur pays victorieux.*



Professeur Hippolyte Morestin  
(1869-1919)

(© Musée du Service de Santé des Armées au Val-de-Grâce).

*heureusement solitaire.* » Lorsqu'il arrive à Paris, il met très peu de temps pour atteindre les fonctions qu'il occupe au début de la guerre (Deranian, 2007). Ainsi, est-il professeur d'anatomie à la Faculté de Paris (Monestier, 2009, pp. 40-41).

Très intéressé par l'étude du cancer de la langue, il met tout le temps et le soin requis à ses dissections cervicales. Par contre, il se montre rapide et brutal dans la seconde étape : la glossectomie, proprement dite, exécutée sous anesthésie incomplète. Le grand problème, pour lui, a donc été de trouver une technique d'anesthésie adéquate.

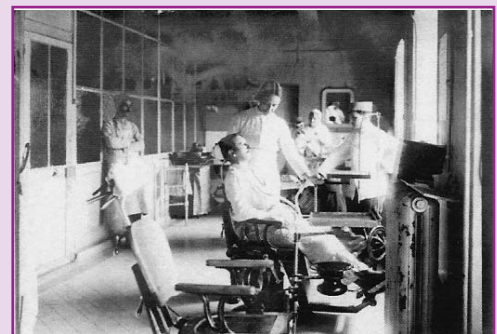
A propos des cancers labio-bucco-pharyngés et maxillaires, la chirurgie large a été introduite en 1899, par Morestin. Avec le rebord alvéolaire du maxillaire inférieur, il a enlevé, en bloc, tous les tissus mous contenus dans l'auge sous-maxillaire. L'opération, dite de Morestin, définie comme « *opération du cancer du plancher de la cavité buccale* », a été ensuite modifiée et améliorée, mais est toujours connue (Lalardrie, 1972).

Lors des interventions, pour empêcher le sang de pénétrer dans les voies aé-

riennes, il constate que la pompe à salive des dentistes est beaucoup trop faible pour être utilisée. Aussi, Morestin fait construire en 1902 un appareillage susceptible de remplacer les éponges qui s'imbibent du sang épanché dans le pharynx. Il conçoit pour aspirer le sang et la salive une pompe électrique puissante, branchée sur une canule (Lalardrie, 1972).

La circulaire n°14 198 C/7 « *Organisation de Services spéciaux de stomatologie de prothèse maxillo-faciale et de restauration de la Face* » rédigée à Bordeaux, le 10 novembre 1914, annonce la création de trois centres de chirurgie maxillo-faciale : Paris, Bordeaux et Lyon. A Paris, l'hôpital du Val-de-Grâce existait déjà avant le début de la guerre (Ferret-Dussart, 2004). Il est réaménagé et agrandi en fonction des besoins dévolus à la guerre, ce qui fait de lui le premier centre de chirurgie maxillo-faciale de France.

Dès le début du conflit, alors chef du service ORL à l'hôpital Saint-Louis de Paris, Morestin travaille à l'hôpital du Val-de-Grâce (Delaporte, 2004). Il y organise la 5<sup>ème</sup> division des blessés de la face au sein du Service de chirurgie générale, division qu'il dirige à partir du 14 décembre 1914 (Larcant & Ferrandis, 2008, p. 375).



Paris, hôpital du Val-de-Grâce.  
Salle de clinique du service de Stomatologie  
(© Musée du Service de Santé des Armées au Val-de-Grâce).

\* CDP (RC) Docteur en Chirurgie Dentaire, Docteur en Epistémologie, Histoire des Sciences et des Techniques, Lauréat de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire.

145, route de Vannes, 44800 Saint Herblain  
xavier.riaud@wanadoo.fr



Paris, hôpital du Val-de-Grâce.  
Deuxième laboratoire de prothèse dans le nouveau local  
(© Musée du Service de Santé des Armées au Val-de-Grâce).

Son efficacité est telle qu'entre le 17 mars 1914 et le 30 octobre 1918, il ne publie pas moins de 45 articles dans les *Bulletins et mémoires de la société de chirurgie de Paris* sans oublier quelques contributions à des ouvrages médicaux. Chacun de ses textes étudie de manière approfondie toutes les étapes techniques et anatomiques de la chirurgie de reconstruction faciale (Domeck, 2006).

Morestin était convaincu qu'une peau large et du tissu sous-cutané étaient bénéfiques à la fermeture des blessures et que cette dernière pouvait se matérialiser sans nécrose. De même, il a initié le concept de multiplier les incisions partielles pour le traitement d'une lésion de large ampleur (Backstein & Hinek, sans date).

En 1914, Morestin se rend à New York pour le Congrès international de chirurgie. Il y défend avec conviction les greffes cartilagineuses. Il est fermement opposé aux greffes cutanées libres (Monestier, 2009, pp. 177, 207).

En juin 1915, Sir Harold Delf Gillies (1882-1960), le célèbre chirurgien maxillo-facial anglais, qui lui rend visite, dit de lui : « *Je restais fasciné de le voir enlever la moitié d'un visage avec un horrible cancer et ensuite, de le voir adroitement rabattre un volet de la peau du cou pour reconstruire pas seulement la joue, mais aussi le côté du nez et de la lèvre, ceci en un seul temps.* »

C'est d'ailleurs à cette même époque que Morestin réalise la première greffe cartilagineuse. La méthode utilisée à cet effet porte d'ailleurs son nom (Monestier, 2009, pp. 41, 175).

En 1915 toujours, dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, Morestin déplore le manque de suivi dentaire dans la vie des appelés, et plus particulière-

ment ceux dans les tranchées, ce qui complique d'autant, selon lui, les restaurations maxillo-faciales (Monestier, 2009, p. 240).

Le 20 janvier 1916, suite aux démarches entreprises par 5 dentistes dont 3 Américains et 2 Français, dans le but de désengorger le Val-de-Grâce, l'American Face and Jaw Hospital ouvre ses portes. Le matériel neuf est fourni par la maison américaine S. S. White et par les Sœurs de l'Assomption. Le professeur Morestin en devient, à titre militaire, le chirurgien en chef, tout en conservant ses responsabilités au Val-de-Grâce (Riaud, 2008).

Seulement, Morestin refuse de travailler d'égal à égal avec les dentistes. « *Je ne veux d'eux que comme « mécaniciens » auxquels je ferai appel quand il me plaira et uniquement quand j'en aurai besoin* ». Malgré toutes les tentatives pour tenter de le convaincre, malgré l'intervention personnelle de l'ambassadeur américain et devant le refus des autorités de céder à ses exigences, le professeur Morestin a fini par ne plus venir à l'hôpital. Cette situation aurait pu être tragique pour les blessés. Elle l'a été en ce sens que beaucoup d'entre eux auraient pu voir leur état amélioré, ce qui n'a pas été le cas (Caliot, 1993). L'American Face and Jaw Hospital a fermé ses portes avant qu'un successeur à Morestin ne soit nommé.

Le 13 mars 1917, Morestin présente ce qu'il appelle les « autoplasties par jeu de patience » devant l'Académie de Médecine. Ce sont des autoplasties sans apport de tissu étranger à la région, sans prélèvement de lambeau dans le voisinage ou à distance (Monestier, 2009, p. 226).

Usuellement, Morestin était dédaigneux des services des dentistes. Il estimait « *qu'il pouvait tout faire avec un scalpel* » (Converse, 1967). Toutefois, il a observé que malgré ses reconstructions de mentons, les malades restaient sévèrement déformés. Constatant cela, il a pu apprécier les travaux de prothèses de Sir William Kelsey Fry (1889-1963), célèbre dentiste anglais. Les résultats esthétiques ainsi obtenus s'en sont aussitôt ressentis (Brophy, 1922).

En 1918, dans son livre remarquable intitulé « *Les blessures de la face* », Morestin refuse de pratiquer des greffes



De gauche à droite : Eugène Hébert, Henri Agogué, Pierre Richard, Albert Jugon, André Cavalier.  
(© Union des Blessés de la Face et de la Tête).

### Références bibliographiques :

Backstein Richard & Hinek Anne, « War and Medicine: The origine of Plastic Surgery », in *Historical Review*, <http://www.umj.org.sans date>.

Brophy Truman, « Fifty Years Observation of Oral Surgery », in *Journal of the National Dental Association*, July 1922, 9: 7.

Caliot Vincent, *Rôle des chirurgiens-dentistes français aux Armées durant la Première Guerre mondiale (1914-1918)*, Thèse Doct. Chir. Dent., Bordeaux II, 1993.

Converse John, « Plastic surgery : The Twentieth Century, the Period of Growth (1914-1939) », in *Surgical Clinics of North America*, April 1967, 47: 2.

Delaporte Sophie, *Gueules cassées de la Grande Guerre*, Agnès Viénot (éd.), Paris, 2004.

Deranian Martin, *Miracle Man of the Western Front*, Chandler House Press, Worcester, 2007.

Domeck François-Eric, *Les « Gueules cassées » de la Grande Guerre. Réhabilitation prothétique et chirurgicale : vers une identité retrouvée*, Thèse Doct. Chir. Dent., Lille 2, 2006.

Ferret-Dussart Karine, *La chirurgie maxillo-faciale à travers l'histoire*, Glyphé et Biotem (éd.), Collection Société, histoire et médecine, Paris, 2004.

Lalardrie J. P., « Hippolyte Moresstin (1869-1918) », in *Br. J. Plast. Surg.*, Jan. 1972; 25 (1): 39-41.

Lamendin Henri, *Praticiens de l'Art dentaire du XIV<sup>ème</sup> au XX<sup>ème</sup> siècle (Recueil d'Anecdodotes)*, L'Harmattan (éd.), Collection Médecine à travers les siècles, Paris, 2006.

Larcan Alain & Ferrandis Jean-Jacques, *Le service de santé aux Armées pendant la Première Guerre mondiale*, LBM (éd.), Paris, 2008.

Monestier Martin, *Les Gueules cassées, les médecins de l'Impossible (1914-1918)*, Le Cherche Midi (éd.), Paris, 2009.

Musée du Service de Santé des Armées au Val-de-Grâce, communication personnelle, Paris, 2006, 2007 et 2009.

Riaud Xavier, *Première Guerre mondiale et stomatologie : des praticiens d'exception*, L'Harmattan (éd.), Collection Médecine à travers les siècles, Paris, 2008.

Union des Blessés de la Face et de la Tête, communication personnelle, Paris, 2006.



Paris, hôpital du Val-de-Grâce.  
V<sup>ème</sup> division des blessés de la face  
(© Musée du Service de Santé des Armées au Val-de-Grâce).

épidermiques ou dermo-épidermiques (Monestier, 2009, p. 206).

Le 28 juin 1919, les officiels se réunissent au Château de Versailles pour approuver le Traité de la Paix. Clemenceau (1841-1929) souhaite associer des grands blessés à cet événement. Il mandate le Gouverneur de Paris pour entrer en contact avec le médecin-chef du service de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital du Val-de-Grâce afin de désigner une délégation de cinq blessés. C'est Moresstin qui choisit le premier d'entre eux, Albert Jugon (1890-1959) qui est hospitalisé depuis plus de quatre ans et a été un des premiers à avoir été admis dans son service, un des fondateurs de l'Union des Blessés de la face et de la tête (1921). C'est encore Moresstin qui nomme les quatre autres (Riaud, 2008, p. 114).

En 1919, âgé de 49 ans, Hippolyte Moresstin est mort de complications pulmonaires résultant de l'épidémie de grippe espagnole (1918-1919) (Deranian, 2007).

Il laisse derrière lui 634 articles et communications (Lalardrie, 1972) et un livre de référence.

A sa mort, il est unanimement reconnu comme un des pères de la chirurgie maxillo-faciale et esthétique dans le monde. Sa notoriété est si importante qu'au cours d'un voyage aux États-Unis (1914 ?), Al Capone (1899-1947), le célèbre parrain de la mafia de Chicago, exige de n'être soigné que par lui. Il a soigné également Sarah Bernhardt

(1844-1923), la célèbre actrice. Moresstin a aussi reçu dans son service de nombreux confrères étrangers venus assister à des démonstrations de ses procédés de restauration. Il laisse derrière lui des disciples illustres (notamment Raymond Passot, Suzanne Noël (1878-1954), ou encore Léon Dufourmentel (1884-1957) qui lui succède en 1919 au Val-de-Grâce, « pères » fondateurs de la chirurgie esthétique, mais aussi Thierry de Martel (1876-1940), un des précurseurs de la neurochirurgie). De taille moyenne, il est reconnu d'une générosité absolue envers ses patients, mais vis-à-vis de ses confrères, il s'est révélé souvent lunatique et d'une extrême prétention. Les infirmières travaillant pour lui étaient remplies d'admiration pour son dévouement et son abnégation sans limite pour ses malades. Toutefois, beaucoup gardent également en mémoire sa curiosité scientifique sans cesse renouvelée, sa soif de connaissances et sa puissance de travail extraordinaire (Lalardrie, 1972). S'il n'a pas été le premier à s'essayer à la chirurgie maxillo-faciale, il a été indiscutablement le premier à s'essayer à toutes les spécialités complémentaires et attenantes à celle-ci, y compris l'odontologie. Il avait parfaitement compris que dans toute intervention chirurgicale, même la plus simple, il devait y avoir une approche esthétique. ■



Paris, hôpital du Val-de-Grâce.  
Salle commune des blessés de la face  
(© Musée du Service de Santé des Armées au Val-de-Grâce).

## A PROPOS D'UNE PÉRIODE EFFECTUÉE SUR L'« HMS ILLUSTRIOUS » (ROYAL NAVY) ET L'« ARGUS » (ROYAL FLEET AUXILLIARY)

Henry FRAJDER\*

La période effectuée le fut du 27 au 30 octobre 2009 sur l'HMS ILLUSTRIOUS puis du 30 octobre au 2 novembre 2009 sur l'ARGUS...

Nous avons tout d'abord embarqué à Liverpool sur le porte-avions HMS ILLUSTRIOUS où le programme à bord fut particulièrement dense : visite des nombreux et différents services, activités aériennes intenses – on notera toutefois que l'avion Harrier n'était pas opérationnel la nuit...

Les services médicaux et dentaires sont très modernes et fort bien équipés. Pourtant, si la radiographie panoramique dentaire peut être utilisée, on note l'absence d'appareils de radiologie!...

Le service dentaire comprend une salle de soins à laquelle est attenant un petit laboratoire à usage prothétique permettant, en particulier, de couler des empreintes et réaliser des modèles. Il n'y a pas de technicien à bord et tous les travaux de prothèse sont envoyés à Birmingham. Les fiches de soins et de diagnostic sont particulièrement intéressantes (signalons et retenons celle concernant les seules lésions buccales à l'exclusion de la dent).

Puis, nous avons rejoint à Falmouth l'ARGUS et découvert ainsi la Royal Fleet Auxiliary. Cette dernière a 105 années d'existence à ce moment (2009). C'est une flotte de combat. Elle est commandée par un Commodore ; elle jouit d'un pavillon particulier ; galons et marques différencient ses officiers de ceux de la Royal Navy ; ces officiers sont essentiellement des anciens de la marine marchande mais ils proviennent aussi des Universités et servent « sous contrat » ; servent également à bord de ses navires des Personnels de la Royal Navy, des Royal Marines et de la RAF.

Comprenant des navires de soutien logistique (pétroliers-ravitailleurs, porte-hélicoptères doté d'un important soutien médical etc...), cette flotte s'est particulièrement et brillamment illustrée pendant les 2 guerres mondiales et plus récemment durant le conflit des Iles Falkland (Malouines). L'ARGUS est le plus gros navire de cette flotte ; actuellement, il est en refonte complète ; les infrastructures et installations médicales sont particulièrement concernées car elles sont en voie de réfection totale.

\*CDC (H)  
(Royal Navy Voluntary Reserve Paris Branch)  
Illustrations de l'auteur

Débarqué à Porstmouth au terme d'une période très enrichissante à tous points de vue, nous sommes heureux d'avoir découvert une Marine traditionnelle, très professionnelle et qui nous a réservé un accueil particulièrement chaleureux...

### REMERCIEMENTS

Ces embarquements ont été rendus possibles grâce à l'action du Capitaine de Vaisseau P. STONOR, Attaché de Défense près l'Ambassade de Grande-Bretagne à Paris, et à l'amitié dont il veut bien nous gratifier ; nous lui adressons nos plus sincères remerciements et lui exprimons notre plus vive reconnaissance.

Nos remerciements s'adressent également à Madame S. MORRIS, sa secrétaire, pour son aimable et très grande disponibilité à notre égard.

Notre profonde gratitude aux : Capitaine de Vaisseau B. KEY - Royal Navy - Commandant l'HMS ILLUSTRIOUS ; Capitaine de Vaisseau de la Royal Fleet Auxiliary Commandant l'ARGUS ; États-majors ; Lt Cdr Dental Surgeon (Chirurgien Dentiste Principal) T. HANDS ; Enseigne de Vaisseau SALLIS de la Marine Nationale, contrôleur de chasse, détaché à bord pour un échange entre les deux Marines.

Enfin, nous savons gré à tous les personnels des 2 bâtiments d'avoir bien voulu nous prendre en charge... ■



Pont d'envol du HMS ILLUSTRIOUS



L'ARGUS - Royal Fleet Auxiliary



Hélicoptère affecté aux opérations de sauvetage

# L'ÉCLAIRCISSEMENT DENTAIRE

Philippe GATEAU\*



Léonard de Vinci.  
Portrait de Mona Lisa (réalisé en 1503 - 1506 ?), l'œuvre d'art probablement la plus célèbre du monde. Un sourire universellement et éminemment connu, énigmatique aussi. Avait-elle les dents blanches ?...



GI (USA 2010). Cinq siècles après le tableau ci-dessus, un sourire éclatant serait-il nécessaire à l'engagement ou à la réussite d'une carrière militaire ?...

A l'époque de la Renaissance, les portraits des belles de ce monde les représentaient toujours bouche fermée. Leur état dentaire était catastrophique. Plus proche de nous, au XX<sup>ème</sup> siècle, l'esthétique du sourire a progressé avec l'amélioration des techniques de soins et l'apparition de nouveaux matériaux.

Au XXI<sup>ème</sup> siècle un sourire éclatant est synonyme de beauté, de jeunesse, de séduction, voire même d'intégration et de réussite sociale. Le praticien est donc, de plus en plus souvent, confronté aux exigences esthétiques des patients et par conséquent, aux traitements des colorations dentaires.

Devant une demande de plus en plus pressante, de nombreuses techniques peuvent être utilisées. Elles sont plus ou moins mutilantes. Cela peut aller de la coiffe céramique, qui impose un gros délabrement, à la facette où l'on ne réduit la dent que sur une face ou deux et enfin à l'éclaircissement n'intervenant que par action physico-chimique.

Le principe actif est le peroxyde d'hydrogène (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>), communément appelé eau oxygénée. Ce produit a un pouvoir décolorant qui est exploité tant dans le domaine industriel que dans celui de la cosmétique. En dentisterie il est généralement combiné avec l'urée sous forme de peroxyde de carbamide (CH<sub>6</sub>N<sub>2</sub>O<sub>3</sub>). Le pourcentage de principe actif est donc moindre. Un cristal pur de peroxyde de carbamide contient environ 35% de peroxyde d'hydrogène. Il est important de vérifier la composition du produit utilisé.

Plusieurs méthodes peuvent être utilisées en fonction de l'origine et de l'intensité des colorations.

Celles-ci peuvent être internes ou superficielles.

- Les colorations de surface ont généralement une origine alimentaire (café, thé, etc.), ou le tabac. Un simple nettoyage (détartrage) est généralement suffisant. Il peut être complété par l'usage d'un dentifrice éclaircissant, dont le pouvoir est de nature chimique ou mécanique. Il ne faut pas abuser de ce dernier type car ses propriétés abrasives érodent les dents ; celles-ci sont particulièrement plus dangereuses pour un émail déminéralisé en surface par une consommation ex-

cessive de sodas ou jus de fruits.

- Les colorations internes peuvent avoir de nombreuses causes : génétique, médicamenteuse, traumatique, etc. Une action chimique est alors souhaitable.

Sur une dent dépulpée :

il est possible de tenter une décoloration par voie interne. Il suffit de placer dans la chambre pulpaire un mélange à base de perborate de sodium et d'eau et de sceller la cavité par un pansement étanche. Le produit est renouvelé tous les dix jours environ, jusqu'à l'obtention de l'éclaircissement souhaité (2 à 3 séances). La réaction est accélérée par l'association de peroxyde d'hydrogène à 35% au perborate de sodium, mais ce mélange doit être évité car il peut être à l'origine d'effets secondaires indésirables : résorptions cervicales externes<sup>4</sup> ou fragilisation de la dent<sup>13</sup>

Une méthode immédiate au cabinet consiste à déposer dans la chambre pulpaire, durant 20 à 30 minutes, du peroxyde de carbamide à 35% avec des risques de résorption<sup>23</sup>.

Sur une dent pulpée :

la chose importante à expliquer au patient est que la teinte des dents ne changera pas. La couleur d'un objet est composée de la teinte (plus ou moins bleu rouge jaune), de la saturation (plus ou plus moins foncé) et de la luminosité (réflexion plus ou moins importante de la lumière).

L'éclaircissement dentaire quant à lui joue sur la saturation et légèrement sur la



\* CDC  
MCU-PH PARIS 7.



luminosité ! Une dent marron deviendra jaune, donc plus jolie mais une dent grise deviendra gris clair avec une esthétique plus ou moins heureuse.

Moyens à la disposition des patients :

- Les dentifrices blanchissants

Léger effet blanchissant, disparaît à la fin de l'utilisation. Une nouvelle méthode est en train de voir le jour. L'adjonction de covarine bleu, qui est un colorant, change la perception de la couleur de la dent en la rendant plus agréable. Le gros avantage est l'absence de pouvoir abrasif de cette pâte et sa possibilité de fluoruration<sup>9,10</sup>.

- Les strips de blanchiment

Doivent être portés 30 mn par jour de 15 jours à 1 mois. Comme tout produit contenant du peroxyde ils peuvent rendre les dents sensibles et irriter les gencives. Ils sont en vente libre. Ils sont imprégnés de peroxyde d'hydrogène à 6%. Traitement de 15 jours à 1 mois.

- Les kits de blanchiment ambulatoire en vente libre

Ils contiennent des gouttières standard et du gel pouvant contenir jusqu'à 22% de peroxyde de carbamide. On les trouve en parapharmacie et sur internet. Si le pourcentage de produit actif est limité en Europe, il l'est moins aux USA. Utilisation de 7 à 10 jours.

- Les kits de blanchiment ambulatoire fournis par le dentiste

Le principe est le même mais les gouttières permettant de supporter le produit sont personnalisées au laboratoire de prothèse. Un examen clinique est réalisé au préalable. Utilisation 7 à 10 jours.

- Le blanchiment au fauteuil

Le même type de gouttière est utilisé mais la concentration en principe actif est plus importante. Il est nécessaire de protéger les tissus mous par un champ opératoire. Traitement environ de 2 séances d'une heure.

- Le blanchiment fauteuil activé

Le principe est le même que précédemment mais une source lumineuse (Laser, LED, halogène) active le processus et diminue le temps de traitement.

Deux questions se posent :

- Tous les traitements sont ils actifs ?
- Ont-ils une réelle innocuité ?

De nombreuses études montrent que



les produits ont une réelle efficacité. Celle-ci dépend de la concentration en peroxyde d'hydrogène. Le protocole opératoire joue aussi un rôle avec des résultats plus probants des strips pour le traitement ambulatoire. Les dentifrices semblent les moins efficaces. Ces techniques peuvent même être utilisées avant la pose de facettes sur des dents très colorées<sup>7,20,19,28,29</sup>.

Si l'efficacité est au rendez-vous, qu'en est-il de l'innocuité ?

Le peroxyde d'hydrogène semble génotoxique in vitro mais ne présente pas de risque dans notre utilisation buccale in vivo. Les produits d'éclaircissement peuvent même être utilisés chez les alcoolo-tabagiques et accidentellement chez les enfants<sup>14,16,23</sup>. Cependant il existe un risque transitoire de sensibilité dentaire et d'irritation gingivale qui ne semble pas plus importante même chez les sujets présentant une hyposalivation<sup>20</sup>. L'emploi d'un champ opératoire protégeant la gencive est impératif.

Il est démontré que les gels de blanchiment modifient le module d'élasticité de la dentine et déminéralisent temporairement l'émail en surface (beaucoup moins que le jus d'orange)<sup>21</sup>. La micro-dureté est généralement diminuée de façon variable selon les produits<sup>6,22</sup>. L'emploi d'un dentifrice blanchissant est contre-indiqué lors des traitements car en général ils sont assez abrasifs<sup>24</sup>. Par contre en l'absence de toute usure mécanique l'état de surface de l'émail n'est pas altéré<sup>2</sup>.

Pour les gels activés par une source lumineuse, il a été prouvé que certaines

### L'UN DES NÔTRES, le Dr P. FOURET, À L'HONNEUR

JORF du 14 juillet 2010  
édition n° 161

*Présidence de la République  
Ordre National  
de la Légion d'Honneur*

*Promotion du 14 juillet 2010  
Décret du 13 juillet 2010  
portant promotion et nomination  
... sont promus ou nommés...  
Défense et anciens combattants*

**M. FOURET (Pierre, Ferdinand, Henry)** membre d'un bureau national et vice-président régional d'une union d'anciens combattants ; 65 ans d'activités professionnelles, associatives et de services militaires

Le monde des Réserves du Service de Santé et particulièrement le corps des chirurgiens-dentistes ne pouvait que se réjouir à la lecture et à l'annonce du décret ci-dessus extrait. Le Chirurgien Dentiste en Chef (R) P. FOURET fut vice-président national « air » de la FNCDR et il demeure l'un des responsables de l'association des chirurgiens-dentistes anciens combattants, mutilés et victimes de guerre... Mais, nous voulons saluer tout particulièrement celui qui, à la demande du CDC (R) J.-M. PAUCHARD alors en charge de la FNCDR et l'un des 3 présidents-fondateurs en 1995 des « Cahiers Réserve Santé (CARSA) », accepta la charge pleine et entière de cette nouvelle revue réussissant la prouesse de fédérer de manière tangible 3 associations nationales. Le travail était, certes, exaltant mais pendant de longues années ce fut pour notre ami un investissement total, tant à l'époque, la publication reposait essentiellement sur ses seules « épaules »... Bien d'autres titres et mérites éminents tant militaires que civils ont suffi à justifier cette Légion d'Honneur. Mais, dans ce numéro de notre revue qui, maintenant, fédère en totalité nos 6 associations de réservistes, c'est nous semble-t-il, l'occasion de dire : Merci, Pierre !... Toutes nos félicitations ; saches que nous sommes tous heureux de te voir ainsi honoré...

JMP

lampes induisaient une température intrapulpaire relativement élevée (plus de 5°C). Il est recommandé d'utiliser des systèmes ayant un faible pouvoir calorifique<sup>3</sup>.

En ce qui concerne les restaurations, il ne semble pas que les gels aient une influence sur l'étanchéité des composites mais ils peuvent modifier l'état de surface de certains compomères<sup>11,12</sup>. Le collage est cependant perturbé dans les pre-

mières semaines qui suivent le traitement<sup>2</sup>.

L'éclaircissement dentaire n'est donc pas un geste totalement anodin. Un examen clinique rigoureux doit être réalisé au préalable par un chirurgien dentiste pour choisir le traitement le mieux adapté. Des conseils d'hygiène doivent aussi être prodigués suite aux modifications structurales de l'émail. ■

## BIBLIOGRAPHIE

1. Cadenaro M; Breschi L; Antonioli F; Mazzoni A; Di Lenarda R. Influence of whitening on the degree of conversion of dental adhesives on dentin. *Eur J Oral Sci* 2006 Jun; Vol. 114 (3), pp. 257-62.
2. Cadenaro M; Breschi L; Nucci C; Antonioli F; Visintini E; Prati C; Matis BA; Di Lenarda R. Effect of two in-office whitening agents on the enamel surface in vivo: a morphological and non-contact profilometric study. *Oper Dent* 2008 Mar-Apr; Vol. 33 (2), pp. 127-34.
3. Coutinho DS; Silveira L Jr; Nicolau RA; Zanin F; Brugnera A Jr. Comparison of temperature increase in vitro human tooth pulp by different light sources in the dental whitening process. *Lasers Med Sci* 2009 Mar; Vol. 24 (2), pp. 179-85.
4. Cvek M, Lindvall AM. External root resorption following bleaching of pulpless teeth with hydrogen peroxide. *Endod Dent Traumatol* 1985 Apr; Vol. 1 (2), pp. 56-60.
5. Goldberg M; Grootveld M; Lynch E. Undesirable and adverse effects of tooth-whitening products: a review. *Oral Invest* 2010 Feb; Vol. 14 (1), pp. 1-10.
6. Grobler SR; Majeed A; Moola MH. Effect of various tooth-whitening products on enamel microhardness. *SADJ* 2009 Nov; Vol. 64 (10), pp. 474-9.
7. Hasson H; Ismail AI; Neiva G. Home-based chemically-induced whitening of teeth in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 (4).
8. Joiner A; Philpotts CJ; Alonso C; Ashcroft AT; Sygrove NJ. A novel optical approach to achieving tooth whitening. *J Dent* 2008; Vol. 36 Suppl 1, pp. S8-14.
9. Joiner A; Philpotts CJ; Ashcroft AT; Laucello M; Salvaderi A. In vitro cleaning, abrasion and fluoride efficacy of a new silica based whitening toothpaste containing blue covarine. *J Dent* 2008; Vol. 36 Suppl 1, pp. S32-7.
10. Joiner, a.; Pickles, m. J.; Lynch, s.; Cox, t. F. The measurement of enamel wear by four toothpastes. *Int. dent. j.*, 2008, Vol. 58, Issue 1, pp. 23-28.
11. Klukowska MA; White DJ; Gibb RD; Garcia-Godoy F; Garcia-Godoy C; Duschner H. The effects of high concentration tooth whitening bleaches on microleakage of class V composite restorations. *J Clin Dent* 2008; Vol. 19 (1), pp. 14-7.
12. Lee, j. H.; Kim, h. I.; Kim, k. H.; Kwon, y. H. Effect of bleaching agents on the fluoride release and microhardness of dental materials. *J. biomed. mater. res.*, 2002, Vol. 63, Issue 5, pp. 535-541.
13. Lewinstein I; Hirschfeld Z; Stabholz A; Rotstein I. Effect of hydrogen peroxide and sodium perborate on the microhardness of human enamel and dentin. *J Endod* 1994 Feb; Vol. 20 (2), pp. 61-3.
14. Mahony C; Felter SP; McMillan DA; An exposure-based risk assessment approach to confirm the safety of hydrogen peroxide for use in home tooth-bleaching. *Regul Toxicol Pharmacol* 2006 Mar; Vol. 44 (2), pp. 75-82.
15. Mullins JM; Kao EC; Martin CA; Gunel E; Ngan P. Tooth whitening effects on bracket bond strength in vivo. *Angle Orthod* 2009 Jul; Vol. 79 (4), pp. 777-83.
16. Munro IC; Williams GM; Heymann HO; Kroes R. Tooth whitening products and the risk of oral cancer. *Food Chem Toxicol* 2006 Mar; Vol. 44 (3), pp. 301-15.
17. Naik S, Tredwin CJ, Scully C. Hydrogen peroxide tooth-whitening (bleaching) products: review of adverse effects and safety issues. *Br Dent J* 2006 Apr 8; Vol. 200 (7), pp. 371-6.
18. NAIK, Supriha; TREDWIN, Christopher Jeremy; SCULLY, Crispian. Hydrogen peroxide tooth-whitening (bleaching): review of safety in relation to possible carcinogenesis. *Oral oncol.*, 2006, Vol. 42, Issue 7, pp. 668-674, 7 pref 61 ref
19. Ng, f.; Manton, d. J. Aesthetic management of severely fluorosed incisors in an adolescent female. *Aust. Dent. J.*, 2007, Vol. 52, Issue 3, pp. 243-248.
20. PAPAN, Athena S.; KUGEL, Gerard; SINGH, Mabi; BARKER, Matthew L.; GERLACH, Robert W. Placebo-Controlled Clinical Trial of Use of 10% Hydrogen Peroxide Whitening Strips for Medication-Induced Xerostomia. *Gerontology* (Basel), 2009, Vol. 55, Issue 5, pp. 511-516.
21. Ren YF; Amin A; Malmstrom H. Effects of tooth whitening and orange juice on surface properties of dental enamel. *J Dent* 2009 Jun; Vol. 37 (6), pp. 424-31.
22. Tanaka R; Shibata Y; Manabe A; Miyazaki T. Micro-structural integrity of dental enamel subjected to two tooth whitening regimens. *Arch Oral Biol* 2010 Apr; Vol. 55 (4), pp. 300-8.
23. Tredwin CJ; Naik S; Lewis NJ; Scully C. Hydrogen peroxide tooth-whitening (bleaching) products: review of adverse effects and safety issues. *Br Dent J* 2006 Apr 8; Vol. 200 (7), pp. 371-6.
24. Turssi CP; Faraoni JJ; Rodrigues Jr AL; Serra MC. An in situ investigation into the abrasion of eroded dental hard tissues by a whitening dentifrice. *Caries Res* 2004 Sep-Oct; Vol. 38 (5), pp. 473-8.
25. White, j. M. Pelino, j. E. P.; Rodrigues, r. O.; Zwhalen, b. J.; Nguyen, m. H.; Wu, e. H. Surface and pulp temperature comparison of tooth whitening using lasers and curing lights. *Lasers in dentistry VI* (San Jose CA, 23-24 January 2000).
26. Wilson D; Xu C; Hong L; Wang Y. Effects of different preparation procedures during tooth whitening on enamel bonding. *J Mater Sci Mater Med* 2009 Apr; Vol. 20 (4), pp. 1001-7.
27. Wong AH; McGrath C. A randomized controlled trial of home tooth-whitening products. *Am J Dent* 2007 Oct; Vol. 20 (5), pp. 315-8.
28. Yudhira R; Peumans M; Barker ML; Gerlach RW. Clinical trial of tooth whitening with 6% hydrogen peroxide whitening strips and two whitening dentifrices. *Am J Dent* 2007 Sep; Vol. 20 Spec No A, pp. 32A-36A.
29. Zhang H; Ji AH; Deng J. Clinical efficacy of carbamide peroxide in-home tooth whitening for removal of stains caused by dental fluorosis. *Shanghai Kou Qiang Yi Xue* 2010 Feb; Vol. 19 (1), pp. 45-8.
30. Zimmerman B; Datko L; Cupelli M; Alapati S; Dean D; Kennedy M. Alteration of dentin-enamel mechanical properties due to dental whitening treatments. *J Mech Behav Biomed Mater* 2010 May; Vol. 3 (4), pp. 339-46.

**Journée nationale d'instruction de la F.N.C.D.R.  
dans le cadre du congrès de l'Association Dentaire Française**

Paris Palais des Congrès - Porte Maillot  
Salle 351 (Niveau 3 - Zone N)  
Samedi 27 novembre 2010

*Sous le haut patronage du MGA. NEDELLEC Directeur Central du Service de Santé des Armées*

**PROGRAMME**

8h30	Accueil	11h30	« Opération Séisme Haïti 2010 : l'identification odontologique » par le CDC (R) André ROUAS, Professeur des Universités (Bordeaux 2)
8h50	Ouverture par le Président National, le CDC (R) Jean-Pierre FOGEL	12h00	Déjeuner en commun sur place (salle 353)
9h00	Mot d'accueil par le délégué aux Réserves du Service de Santé des Armées, MCS Luc GUILLOU	14h00	« Tout savoir sur la Préparation Opérationnelle Santé » MP Xavier DESRUELLES, Adjoint planification à l'Etat-Major Opérationnel Santé DCSSA
9h15	« 1916: An I du dentiste militaire en France » CDP (R) Xavier RIAUD Docteur en Epistémologie	15h00	« Avenir et perspectives du corps des Chirurgiens-dentistes des Armées - Relations Active Réserve » M G I Frédéric FLOCARD, Directeur des Ressources Humaines DCSSA
9h45	« Les étapes de la création du corps des Chirurgiens-dentistes de l'armée française » CDC Alain BENMANSOUR, Chef du service d'odontologie - HIA Bégin (Saint-Mandé)	16h00	Conclusion par les autorités présentes
10h15	Pose - Visite de l'exposition		
10h45	« Réussir sa reconversion : les 7 clés qui font la différence » CD Général (2s) Philippe KAHL et Pascal STEICHEN, Rédacteur en chef de l'Indépendantaire		

Cette activité sera prise en compte comme une journée d'instruction convoquée par votre D.R.S.S.A., organisme  
d'administration. Demande à effectuer avant le 05/11/2010

*Volet détachable à retourner au Trésorier : Dr François MONTAGNE 1 Rue Dupuytren 75006 Paris*

**Inscription et réservation obligatoires** avant le 20 novembre 2010

**Journée ADF du samedi 27 novembre 2010**

Nom:.....

Prénom:.....

Grade:..... Région d'appartenance : .....

E-Mail : ..... Tél Portable : .....

- Pour les membres des Associations à jour de leurs cotisations et les Ch.Dent.d'Active, conférences seules : **GRATUIT**
- Pour les non-membres, frais d'inscription et de réservation aux conférences : **15 €**
- Pour les nouveaux adhérents (ou les retardataires), je règle ma cotisation 2010 à la FNCDR soit : **50 €**
- Pour tous, facultatif, je m'inscris au déjeuner et je règle le repas soit : **40 €**
- Je règle donc ma participation pour ce **MONTANT TOTAL : .....**

## Ce que l'officier réserviste opérationnel OCTA du SSA doit savoir en matière de notation, avancement, décorations.

*Document établi pour l'information des membres de l'ANORCTASSA sur la base des documents connus au 7.7.2010*

Jean-Pierre CAPEL\*

### NOTATION

Tout réserviste opérationnel ayant effectué au moins 5 jours d'activité dans la période de référence (du 1.6 de l'année n-1 au 31.5 de l'année n) doit faire l'objet d'une notation.

Celle-ci fait intervenir deux notateurs :

- Responsable de proximité (organisme d'emploi) : premier degré de notation.
- Directeur régional du service de santé des armées : second degré de notation.

Le réserviste reçoit son bulletin de notation en premier ressort. Il peut formuler des observations écrites, il **doit** retourner le document à l'expéditeur **après en avoir signé toutes les pages**. Un peu plus tard, il reçoit à nouveau le bulletin de notation complété après passage au second et dernier notateur. Il **doit** retourner le document à l'expéditeur **après signature**.

Si ces conditions ne sont pas réunies, la notation n'est pas complète et ne peut être transmise à la DCSSA. Le réserviste ne sera pas noté, ce qui lui sera préjudiciable pour la suite de sa carrière.

Précision : les opérations de notation doivent être terminées pour le 30 septembre de l'année n pour les officiers de la réserve opérationnelle proposés à l'avancement, et le 30 novembre de l'année n pour les autres.

**Donc : vérifiez que vous avez bien été noté (si vous avez effectué 5 jours au moins dans la période considérée) et retournez deux fois après visas successifs le bulletin de notation.**

Références : Art. R 4135-5 Code de la défense - Instruction 2450/DEF/EMA/RH/PRH du 12/11/2009 - Instruction 3287/DEF/DCSSA/RH/RES du 27/02/2006 - Circulaire 310/DEF/DCSSA/CH du 21.1.2010.

Nota : Exceptionnellement, la période de notation 2009-2010 s'étendait du 1.1.2009 au 31.5.2010.

### AVANCEMENT EN GRADE

Un officier de la réserve opérationnelle du corps des OCTA du SSA peut être proposé pour l'avancement dès lors qu'il remplit les conditions suivantes :

- Être encore sous ESR, ce qui signifie pour les officiers de réserve OCTA du SSA avoir moins de 65 ans,

- Avoir l'ancienneté minimale requise pour être proposable au grade supérieur :

pour colonel, 4 ans de lieutenant-colonel, pour lieutenant-colonel, 5 ans de commandant, pour commandant, 5 ans de capitaine, pour capitaine, 4 ans de lieutenant, pour lieutenant, un an de sous-lieutenant.

*NOTA: contrairement à l'active, le passage de sous-lieutenant à lieutenant n'est pas automatique.*

- Ne pas être plus récent dans le grade détenu que le plus récent dans le même grade promu **dans l'active** pour le même grade supérieur.

- Ne pas être plus jeune en âge que le plus jeune promu dans l'active pour le même grade supérieur.

Par ailleurs, il faut **être proposé**. Les propositions partent de l'organisme d'emploi, sont fusionnées par la DRSSA de rattachement, envoyées à la DCSSA avec une mention « Tout spécialement appuyé (TSA) », « Très appuyé (TA) », « Proposé (P) », « Peut attendre (A) ». La DCSSA prépare les travaux en vue de la commission d'avancement dont le rôle consiste précisément à classer par ordre de mérite et transmet au Ministère.

Le pourcentage d'avancement est fixé par la DCSSA en fonction des besoins, de la situation du corps d'active et des volumes budgétaires. Le ratio proposables / promus diminue fortement dans les grades élevés.

**Donc, un réserviste ne peut avancer en grade plus vite que le plus rapide de l'active et pour avancer, la première condition est, après avoir été noté, d'être proposé par son organisme d'emploi à la DRSSA. Mais attention, être proposable et proposé donne l'assurance d'être examiné par la commission d'avancement, mais nullement la certitude de passer au grade supérieur.**

*NOTA : aucune condition d'échelon pour être proposable au grade supérieur (dans le corps des OCTA).*

Références : Article L.4143-L Code de la défense - loi du 22 octobre 1999 modifiée - décret du 1<sup>er</sup> décembre 1999 modifié - décret du 12 septembre 2008 - décret du 17 juillet 2009 - lettre 10613/DEF/CAB/SDBC/CPAG du 22/07/2009.

#### ANORCTASSA

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

Président : Lcl (R.) Alain MICHEL

Secrétaire Général : Lcl (R.) Denis BLONDE

Trésorier Général : Cne (R.) Benoît FRASLIN

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

Administrateurs : Lcl (R.) Jean-Jacques BONIZ, Cdt (R.) Emmanuel LEBLOND du PLOUY, Cdt (R.) Jean-Luc LECRIVAIN, Lcl (R.) Jean GASTARD, Cdt (R.) Philippe MASSICOT

Le Col (R.) Pierre VOISIN : Délégué à la formation.

\* Col (R)

### AVANCEMENT EN ÉCHELON

Toute durée d'activité supérieure ou égale à trente jours accomplis pendant douze mois consécutifs équivaut à un an de services militaires comptabilisé depuis la date anniversaire au passage au dernier échelon détenu.

Toute durée d'activité inférieure à trente jours accomplie pendant douze mois consécutifs, ajoutée à celles réalisées dans les douze mois ou vingt-quatre mois suivants équivaut, à concurrence de trente jours cumulés, à un an de services militaires comptabilisé depuis la date anniversaire du passage au dernier échelon détenu.

Le grade de sous-lieutenant comprend un échelon unique, celui de lieutenant 4 échelons, celui de capitaine 5 échelons et un échelon exceptionnel, celui de commandant 4 échelons et 2 échelons exceptionnels, celui de lieutenant-colonel 4 échelons et 2 échelons exceptionnels, celui de colonel 3 échelons et un échelon exceptionnel.

Ces échelons exigent, selon les cas, de un à sept ans de grade dans l'échelon précédent. Le second échelon est accessible après un an de grade et le troisième après deux ans de grade (sauf colonel : 4 ans)

Le réserviste issu de la société civile nommé à un grade (accès à la réserve, avancement) se positionne au premier échelon de celui-ci.

*NOTA: ceci n'est décompté que pour les activités réalisées depuis le 1.1.2008.*

**Donc, pour le réserviste, rien à faire : les décomptes sont réalisés par la DRSSA et les changements d'échelon notifiés. Leur répercussion est exclusivement financière.**

**Veillez seulement à vérifier la bonne concordance entre vos journées d'activités sous CESR et le décompte réalisé.**

Référence : décret du 12 septembre 2008 - statut des OCTA - (art.24)

### DÉCORATIONS

#### *Médaille des services militaires volontaires (MSMV)*

Attribuée sans considération du nombre et de la valeur des activités effectuées, depuis le 1.1.2000.

3 années sous ESR : Échelon « Bronze »

10 années sous ESR : Échelon « Argent »

15 années sous ESR : Échelon « Or »

L'ancienneté des services est arrêtée au 31.12 de n-1, la date de prise d'effet de la médaille est fixée au 1<sup>er</sup> janvier de n.

Réf : Décret du 13 mars 1975 et Instruction 3500/DEF/CAB/SDBC/DECO/5 du 1.3.2004.

#### *Médaille de la Défense nationale (MDN)*

Attribuée sous condition de points, décomptés depuis le 1.7.2002. Il existe un barème général pour l'échelon « bronze » et un barème spécifique pour chaque armée pour les échelons « argent » et « or »

*Barèmes consultables sur Internet, site Legifrance : Instruction 16000/DEF/CAB/SDBC/DECCO/A du 21 octobre 2004, BOC N° 46 du 8 novembre 2004.*

*NOTA : les titulaires des ordres nationaux (LH, ONM) ne peuvent être proposés pour la MDN.*

Ref : Décret du 21 avril 1982 et Instruction 16000 susvisée.

**Donc, pour les réservistes opérationnels, les décomptes sont faits par les DRSSA. Aucune demande n'est à formuler. Vérifiez simplement votre situation (spécialement pour la MSMV : c'est facile).**

#### *Ordres nationaux*

Toute proposition pour la Légion d'Honneur ou l'Ordre National du Mérite ne peut être faite qu'en conformité avec la circulaire annuelle qui, sous le timbre du cabinet du ministre chargé de la défense, fixe les conditions à remplir pour être proposable, dans l'active et dans la réserve.

En règle générale, les conditions prévoient pour les réservistes un certain nombre d'années d'activité {20 pour LH, L5 pour ONM} et des récompenses obtenues préalablement : chevalier ONM ou MSMV « or » ou MDN « or » pour la LH, MSMV « argent » ou MDN « bronze » et n années sous ESR pour l'ONM.

Ces conditions peuvent évoluer selon l'année.

Les propositions, qui peuvent émaner initialement de l'organisme d'emploi, sont examinées par les DRSSA, initiées par la confection d'un mémoire de proposition et transmises à la DCSSA. Après classement, elles sont transmises au ministère chargé de la défense.

*NOTA : il existe aussi une condition de non réception d'une distinction honorifique ministérielle (Palme académique, Mérite agricole ou maritime etc.) dans les deux années précédant la proposition, et pour les ordres nationaux, une condition de non obtention récente d'un grade dans l'un des deux ordres pour pouvoir être proposé dans l'autre.*

**Donc, pour les réservistes, pas de demande à formuler. La DRSSA examine les proposables et formule les propositions à la DCSSA.**

Réf : Circulaire annuelle LH/ONM.

# LES BACTÉRIES MULTI-RÉSISTANTES (BMR)

Bertrand LOCHERER\*

## Introduction

La maîtrise des bactéries multirésistantes aux antibiotiques (BMR) est l'un des objectifs prioritaires de la lutte contre les infections nosocomiales à l'échelle nationale.

L'augmentation et la dissémination rapide des résistances bactériennes aux antibiotiques sont probablement **l'un des problèmes de santé publique les plus inquiétants de ces dernières années** (photo n°1).

Les infections nosocomiales à BMR représentent en moyenne de 40 à 45 % de l'ensemble des infections nosocomiales (enquête de prévalence CCLIN Paris Nord).

Ce pourcentage représente en France une part trop importante des infections nosocomiales notamment par rapport à d'autres pays européens.

Environ 3500 personnes décèdent en France d'une infection nosocomiale. Les plus fréquentes touchent l'appareil urinaire, les voies respiratoires et le site opératoire.

Comment est-on arrivé à cette situation ? Comment se crée une résistance aux antibiotiques ?

## La résistance aux antibiotiques

La résistance aux antibiotiques est la capacité d'un micro-organisme à résister aux effets des antibiotiques. Elle apparaît suite à une mutation génétique aléatoire ou à un échange de gènes de résistance entre des bactéries. Si une bactérie est porteuse de plusieurs gènes de résistance pour différents antibiotiques, elle est appelée multirésistante. La généralisation de la résistance à toute une population de bactéries est provoquée par une sélection naturelle, due à une exposition prolongée de cette population à l'antibiotique.

*La multirésistance est une étape vers l'impasse thérapeutique.*

## Les causes de la résistance aux antibiotiques

L'émergence des BMR est étroitement liée à la consommation des antibiotiques en médecine libérale comme dans les établissements de santé. Une utilisation excessive des antibiotiques à large spectre entraîne des résistances. D'autres facteurs contribuent aux résistances, dont les diagnostics incorrects, les prescriptions abusives.

Par ailleurs, diverses études ont montré que le mode d'utilisation des antibiotiques comme phytopharmaceutiques sur des plantes, comme adjuvant alimentaire ou médicament chez les animaux d'élevage, y compris les poissons, influe fortement sur le nombre d'organismes résistants qui se développent. Cette utilisation inappropriée d'antibiotiques par des éleveurs ou des cultivateurs concerne l'usage préventif ou en complément alimentaire pour une croissance accélérée des animaux d'élevage.

En Europe, l'Autorité européenne de la sécurité des aliments estime en 2010 que



Photo n°1- Articles de presse



Photo n°2 - Industrialisation de l'élevage porcin

### AMITHRA

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

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

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

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

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

\* ICAS (R)

Cadre de santé hygiéniste.



Photo n°3 - L'élevage industriel des poulets

Le taux actuel de prévalence du SARM est de 3 à 5/100 des admissions

#### Les principales autres BMR :

Entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE).

*Acinetobacter baumannii*.

*Pseudomonas aeruginosa* (pyocyanique) résistant à la ceftazidime.

Entérocoques vanco-R (ERV).

#### Les modes de transmission

La transmission des BMR se fait essentiellement par contact et en particulier par manuportage (tableau n°1). A partir des patients porteurs, il s'agit dans la majorité des cas, soit d'un contact direct

les principaux réservoirs animaux dans les pays touchés sont les cochons, les veaux et les poulets. Il s'agit essentiellement des élevages industriels (photos n°2 et 3).

#### Le SARM

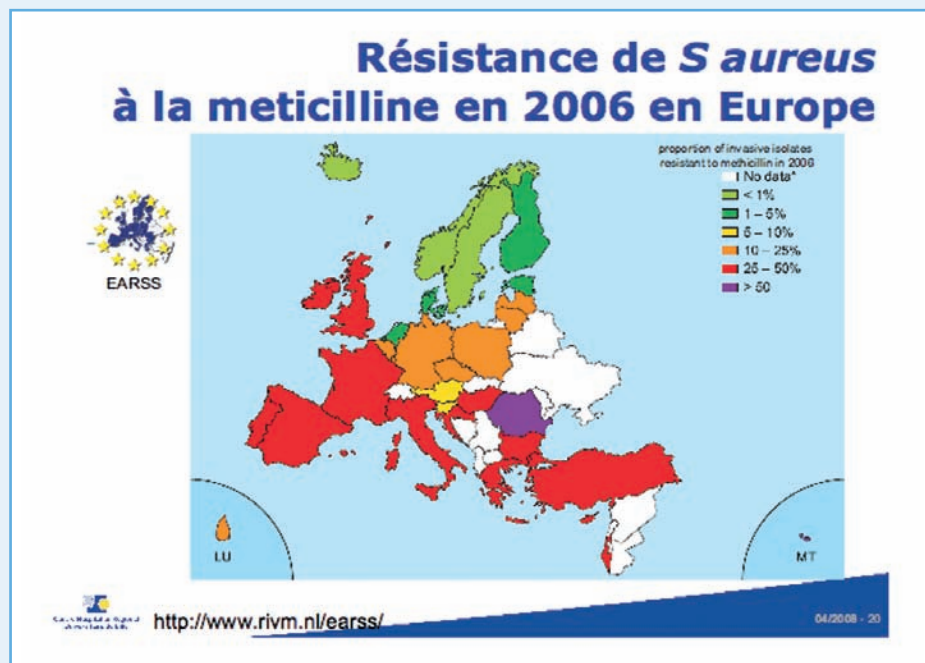
Le *Staphylococcus aureus* (couramment appelé « Staphylocoque doré ») est l'un des micro-organismes pathogènes offrant le plus de résistance. Il se développe sur les muqueuses et la peau d'environ un tiers de la population et il s'adapte très rapidement à la pression sélective des antibiotiques. Ce fut la première bactérie à présenter une résistance à la pénicilline (dès 1947, soit cinq ans après le début de la production de masse de cet antibiotique). Le SARM (*Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline) a été découvert en 1961 en Grande-Bretagne (carte n°1 et photo n°4).

La souche CC398 du SARM a aussi été isolée chez les animaux de compagnie (chiens et chats) et des chevaux dans les fermes ayant du bétail infecté, avec des cas sporadiques chez « de nombreux autres animaux de compagnie ».

Les infections à SARM chez les animaux de compagnie sont de plus en plus fréquentes et, presque toujours, les souches responsables de l'infection de ces animaux sont les mêmes que celles fréquemment rencontrées dans les hôpitaux de la même région géographique. Les êtres humains sont donc susceptibles de propager des SARM aux animaux de compagnie et ceux-ci peuvent alors être un réservoir pour l'homme.

BMR	Sites de portage	Transmission croisée	Contamination de l'environnement	Risque de diffusion en ville à partir de l'hôpital
<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méticilline (SARM)	++ nez, peau	+++	+	++
Entérobactéries productrices de Bêta-lactamase à spectre étendu (EBLSE)	++ tube digestif	+++	+	+

Tableau n°1 - Deux bactéries, à potentiel pathogène élevé, peuvent plus facilement disséminer à la communauté du fait de leur portage prolongé.



Carte n°1 - Résistance de *S.aureus* à la méticilline en 2006 en Europe

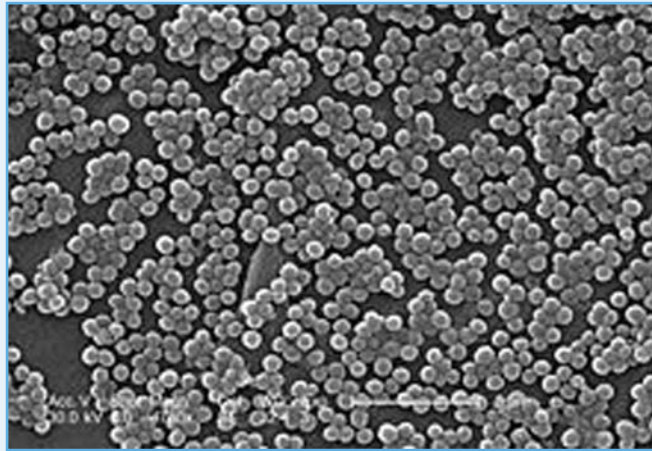


Photo n°4 - Souche de SARM en microscopie électronique

entre deux personnes, soit d'une transmission par l'intermédiaire d'un matériel contaminé (stéthoscope ou brassard à tension, thermomètre non personnel lors des soins, brancard...).

Le risque de transmission est directement lié à la fréquence des contacts avec les patients porteurs de BMR et au non respect des précautions d'hygiène.

La méconnaissance du portage de BMR augmente le risque de diffusion. Or, 50 à 75 % des patients porteurs de BMR sont asymptomatiques. Le portage prolongé de BMR, en particulier du SARM, par des patients après leur sortie de l'hôpital et la présence de ceux-ci dans certaines communautés non hospitalières comme les maisons de retraite exposent au risque de diffusion extra-hospitalière de ces bactéries.

Par ailleurs, la multiplication des voyages et des échanges favorisent la dissémination des BMR (carte n°2).

Certains sites infectés constituent des réservoirs importants, en particulier les plaies pour les SARM, ou les urines pour les EBSLE et les SARM. A partir de ces sites, l'environnement immédiat du patient est facilement contaminé et peut servir de réservoir secondaire.

### La résistance aux antibiotiques croît vite

Un patient sur six reçoit un antibiotique. Cette résistance s'est développée très rapidement de par le monde et aucune classe nouvelle d'antibiotique n'est attendue dans les prochaines années (tableau n°2).

Actuellement, nous assistons à une diminution du taux d'incidence des SARM mais aussi à une émergence inquiétante des EBSLE.

### Conséquences

Un impact sur le taux des infections nosocomiales.

- Une pression de sélection des antibiotiques à large spectre,
- Un risque de diffusion extrahospitalière,
- Pas d'infection spécifique mais une mortalité et une augmentation de la durée des séjours hospitaliers et un coût accru des soins (photo n°5).

### Solutions

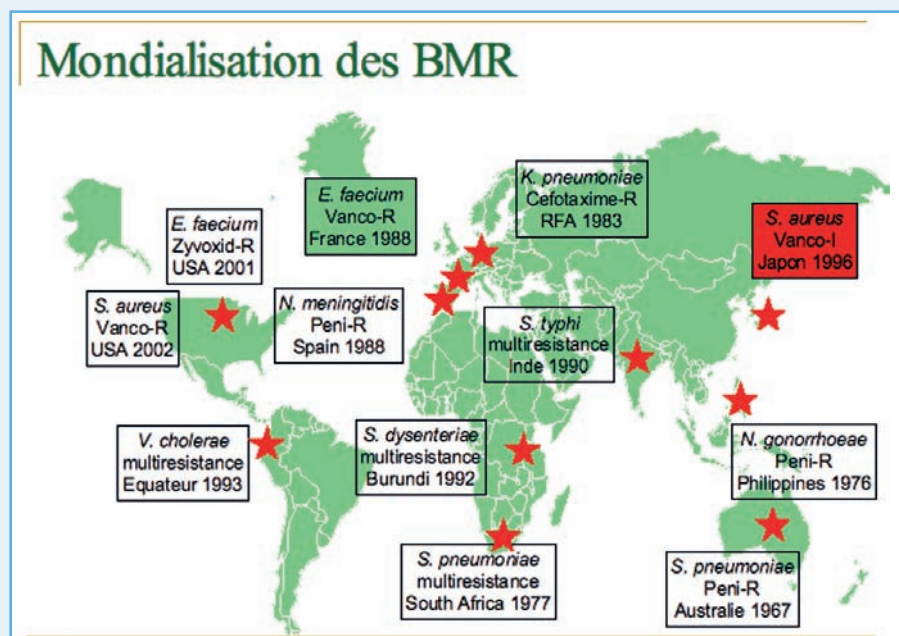
a) le bon usage des antibiotiques

« une maîtrise, dans le respect du bon usage du médicament, le risque de résistance bactérienne au niveau collectif » (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé),

L'usage raisonné des antibiotiques concerne aussi l'activité vétérinaire ainsi que le transport des animaux d'élevage.

b) une meilleure observance de l'hygiène

Le **dépistage systématique** des SARM chez certains patients est préconisé afin de tenter de diminuer le taux d'infection à ce germe. La présence de ce staphylocoque dans



Carte n°2 - Mondialisation des BMR



## Peu de nouveaux antibiotiques

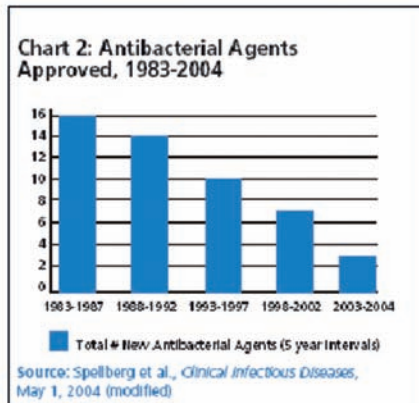


Tableau n°2 – Peu de nouveaux antibiotiques

la sphère ORL (nez le plus fréquemment, gorge, oreilles) peut conduire à une décontamination et/ou à un isolement du patient porteur.

La **mise en isolement** des patients porteurs de bacilles multirésistants, avec la mise en place des précautions dites « contact » :



Photo n°5 – Rupture d'un kyste infecté par une souche SARM

- isolement géographique (chambre individuelle ou secteur réservé à plusieurs patients porteurs de BMR),
- habillage (surblouse, gants à usage unique non stériles, masque si nécessaire),
- lavage des mains avec une solution hydro-alcoolique,
- matériel individualisé dans la chambre (stéthoscope, tensiomètre, thermomètre, etc.),
- l'entretien des locaux quotidien en respectant les règles de bio-nettoyage.

### Conclusion

Ainsi, après l'utilisation massive des antibiotiques à partir des années 1940, suivie par les « quarante glorieuses » de l'infectiologie, on constate que les règles d'hygiène de base ont été peu à peu négligées. Nous nous dirigeons vers ce que certains prédisent comme « The pre-antibiotic era is back ! » accompagné d'un retour à la prévention.

Ce problème de santé publique ne pourra être sérieusement traité qu'avec l'observance rigoureuse des solutions précédemment évoquées. ■

### Références :

Cours du DIU 2010 d'Infection Nosocomiale et d'Hygiène Hospitalière de l'Université Pierre et Marie CURIE (Paris VI).



70 ans... En 2010, ce « temps » est bien inférieur à celui de l'espérance de vie des Français, des Françaises... Alors ? 70 ans, c'est déjà le passé mais, c'est encore le présent... Nous, qui sommes liés et très attachés à la Réserve Militaire, nous, qui revendiquons – avant et mieux que d'autres – d'être le lien privilégié « Armée-Nation », avons souhaité nous associer au rappel de ce que fut la France en 1940... Il y a 70 ans, la France était une France blessée, un peuple dans la souffrance, mais aussi une France Libre forte d'hommes et de femmes vivants, animés du souffle fondateur de leurs engagements et de leur espérance...

C'est pour cette raison que, modestement, nous avons sélectionné et choisi à votre intention quelques ouvrages parus ou réédités – parmi bien d'autres – témoignant que pour toutes les générations, ce qui fut demeure et nous enrichit... Grande et belle leçon de l'Histoire...

## OUVRAGES PARUS - BIBLIOGRAPHIE

par *Marie-Hélène SICÉ, Jean-Pierre MOULINIE et Jean-Michel PAUCHARD*

### DICTIONNAIRE DES COMPAGNONS DE LA LIBERATION.

**Vladimir TROUPLIN.** Sous la direction de **Marc BRADFER.**

Editions **ELYTIS.**

Dans les cris sourds du pays qu'on enchaîne, une voix parle aux Français ce 18 Juin 1940. Dans le pays occupé, humilié, bientôt martyrisé et trahi, à ce Non du premier jour, des hommes et des femmes se lèvent et constituent l'armée de la France libre et des combattants de l'ombre, la Résistance.

Ils ont donné le Oui de leur engagement et de leurs sacrifices pour la survie de la France et l'unité de la Nation.

De Bertie ALBRECHT à Jean MOULIN, de Pierre LEQUESNE au Général LECLERC, avec le jeune Henri FERTET – fusillé à l'âge de seize ans – les dix-huit unités combattantes, ainsi que Nantes, Grenoble, Paris, Vassieux-en-Vercors et l'île de Sein, les compagnons de la Libération représentent, au-delà d'eux-mêmes, la cohorte de tous ceux qui ont porté dans les épreuves les plus dures la flamme de la Résistance. Comme le déclara André MALRAUX : « Il n'est pas une hiérarchie dans l'Ordre de la Libération, il est le symbole de la Libération. »

*Vladimir TROUPLIN est conservateur du musée de l'Ordre de la Libération. Historien, il est l'auteur d'ouvrages et de nombreux articles sur la France Libre, le Général de GAULLE et les Compagnons de la Libération.*

### LA FIN DE LA CAMPAGNE DE FRANCE, les combats oubliés des Armées du Centre 15 juin – 25 juin 1940.

**Gilles RAGACHE.** Editions **ECONOMICA.**

Juin 1940 fut marqué par une terrible défaite pour l'Armée française. En conséquence, depuis cette époque, l'idée prévaut qu'elle aurait tout entière été mise en déroute et qu'elle aurait cessé de se battre dès le 14 Juin, à l'entrée des Allemands dans Paris. Or il n'en fut rien car du 15 au 25 Juin, tandis que la ligne Maginot tenait bon et que les Panzers roulaient vers la Suisse pour enfermer deux groupes d'armées dans une nasse, de nombreuses unités luttèrent pied à pied en se repliant vers le Centre du pays. Jusqu'au dernier jour, elles ont refusé l'esprit de capitulation, supporté la fatigue, le manque de sommeil, la désinformation et parfois l'hostilité des civils. Sans jamais déposer les armes, 350 000 hommes du G.A. 3 ont fait bloc, fédérant autour d'eux des groupements régionaux, des aviateurs, des élèves de Saint-Maixent, Saumur ou Poitiers et même des marins. Des divisions cuirassées, des D.L.M. et des G.R. reconstitués couvrirent ce repli et contribuèrent souvent aux actions de retardement. Tous ces hommes, se déplaçant la nuit et combattant le jour, s'accrochèrent au terrain. Ils reformèrent chaque jour une nouvelle ligne de défense, le long de la Loire puis sur le Cher, l'Indre, la Claise, la Creuse... ainsi qu'en Normandie, dans le Poitou, le Vivarais, la vallée du Rhône ou le nord des Alpes. Pendant cette période incertaine, entre l'an-

nonce prématurée de l'armistice (le 17 juin) et son application effective (le 25 juin), un fort esprit de résistance persista et, au soir du cessez-le-feu, une ligne de défense organisée courait encore des Alpes au Poitou. Parmi les plus déterminés de ces combattants, nombreux seront ceux qui rejoindront les rangs de la Résistance puis participeront à la libération du territoire.

*Historien, Maître de conférences (H.D.R.) et chercheur en histoire contemporaine, Gilles RAGACHE est diplômé de Sciences Po Paris.*

### LE GENERAL DE GAULLE. Biographie.

**Yvonne SALMON.** Présentations de **Jean-Louis CREMIEUX-BRILHAC** et de **Christel HUG.**

Editions **des Equateurs.**

« Voici une des toutes premières biographies consacrées au Général qui offre l'étonnante singularité d'avoir été révisée, la plume à la main, et corrigée par de Gaulle lui-même.

*Le Général de Gaulle* d'Yvonne Salmon méritait d'être ramené au jour à l'occasion des célébrations du soixante-dixième anniversaire du 18 juin 1940. Il faut l'aborder comme le vestige d'un moment historique terrible, comme un témoignage de ce que fut l'esprit de la France Libre sous sa forme la plus exaltée et comme un maillon dans l'édification du mythe d'un de nos plus grands hommes.

Son auteur ? Yvonne Salmon, Française de Grande-Bretagne, traductrice estimable de Thomas Hardy, fut secrétaire générale de l'Alliance française à Londres de 1920 à 1945.

La reproduction en fac-similé des pages du « tapuscrit » original annoté par de Gaulle et de sa lettre de remerciements, sauvés par le Musée français des Lettres et Manuscrits, lui ajoute une valeur d'émotion. »

Jean-Louis Crémieux-Brilhac

*Résistant, homme politique et historien français, Jean-Louis Crémieux-Brilhac est notamment l'auteur de La France Libre (Gallimard).*

*Christel Hug est directrice de l'Alliance française à Londres.*

### RADIO LONDRES 1940-1944.

**Aurélien LUNEAU.** Préface de **Jean-Louis CREMIEUX-BRILHAC.**

Editions **TEMPUS.**

« Ici Londres ! Les Français parlent aux Français... »

En 1940, la BBC ouvre ses antennes à ceux qui refusent la défaite. Radio Londres est née et va devenir le lieu de rendez-vous quotidien des Français pendant quatre ans. De jeunes et talentueux chroniqueurs (Jacques Duchesne, Jean Oberlé, Pierre Bourdan, Jean Marin, Maurice Schuman, Pierre Dac...) insufflent un ton nouveau et inventent la radio de proximité. Des messages personnels aux appels à résister, une véritable guerre des ondes se joue face à Radio Paris (Philippe Henrio) et Radio Vichy, démagogiques, collaborationnistes, voire antisémites. Jusqu'au triomphe des Alliés, Radio Londres se mue en arme de guerre. Voix de la France libre du général de Gaulle, elle est victime de son succès : les Alle-

mands interdisent son écoute et brouillent ses émissions sans jamais réussir à briser son pouvoir.

*Docteur en histoire, productrice à France Culture, Aurélien Luneau, grâce à de multiples témoignages et archives sonores, fait revivre l'épopée de cette radio historique. Ce livre a reçu le Prix des Ecrivains combattants, le Prix Philippe-Viannay et le Prix du Comité d'histoire de la radiodiffusion.*

### LES REBELLES DE L'AN 40

**Georges-Marc BENAMOU**

Editions **Robert Laffont**

« Longtemps, j'ai redouté le moment qui vient. Celui où il n'y aura plus de résistants vivants, et où la digue que ces pères lointains ont façonnée à la Libération cédera. Ce moment de leur disparition – qui est aussi le moment de leur entrée dans l'Histoire –, je le redoute depuis toujours, comme l'enfant pris dans l'attente anxieuse de la mort de ses parents. »

Dix ans après *C'était un temps déraisonnable*, recueil d'entretiens avec les premiers résistants, Georges-Marc Benamou a souhaité cette fois aller à la rencontre des Français libres qui ont dit non dès juin 1940. Pour les écouter raconter leur combat, leurs rapports avec de Gaulle, leurs rivalités parfois, leurs espérances et leurs peines, par-dessus tout leur attachement indéfectible à la France. Pour tenter de comprendre les ressorts intimes et mystérieux de leur engagement : Pourquoi eux et pas les autres ? Pour leur adresser un dernier salut et leur rendre l'hommage qu'ils méritent.

François Jacob, Daniel Cordier, Jean-Louis Crémieux-Brilhac, Tereska Torrès, les pêcheurs de l'Île-de-Sein... Georges-Marc Benamou nous invite à partager ce qu'il nomme sa « religion d'enfance » à travers la voix, toujours bien vivante, de ces femmes et de ces hommes au courage insensé et au destin exceptionnel qui inventèrent et incarnèrent la Résistance.

### Informations !

Dans le cadre de leur prochain documentaire, Daniel Costelle et Isabelle Clarke (« Apocalypse », France 2) recherchent tout film amateur, tourné par des militaires en Algérie et en France entre 1954 et 1962. Il existe peu de films pour monter rer la Guerre telle qu'elle a vraiment existé. Toutes vos contributions sont indispensables pour le devoir de mémoire. La société CC&C prendra en charge les frais de transport, développement, visionnage, duplication et le retour des films.

Contactez :

Cécile Croizat

Tél : 01 45 78 46 93

CC&C : 42bis, rue de Lourmel 75015 PARIS

cecile.croizat@cccprod.com



## RECOMMANDATIONS aux AUTEURS

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

### REGLES GENERALES

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

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

Ils doivent comprendre :

Pour les articles de revue : un résumé de 10 lignes maximum ainsi que, si nécessaire, des références bibliographiques indexées selon les normes en vigueur et enfin le(s) nom(s) et coordonnées de(s) (l') auteur(s).

Pour les retours d'expérience et O.P.E.X., un exposé du contexte géopolitique local (voire national ou régional) est très souhaitable.

### PRESENTATION et CONSEILS de REDACTION

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

Pour les revues, la bibliographie devra être rédigée selon les normes habituelles.

### ICONOGRAPHIE

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

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

### SOUMISSION d' un ARTICLE pour PUBLICATION

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

\*\*\*\*\*

## À CONNAÎTRE : ADRESSES « COURRIEL » DE LA RÉDACTION

**Rédacteur en chef :** *jean-pierre.moulinie@orange.fr*

**Délégué général :** *jean-michel.pauchard@orange.fr*

**Secrétariat général :** *info@unmr.org*

### Correspondants de rédaction :

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

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

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

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

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

*A.M.I.T.R.H.A. : mimi.grillet@wanadoo.fr*

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

# Actu GORSSA



**UNMR**

**FNPR**

**UNVR**

**FNCDR**

**ANORCTASSA**

**AMITRHA**