

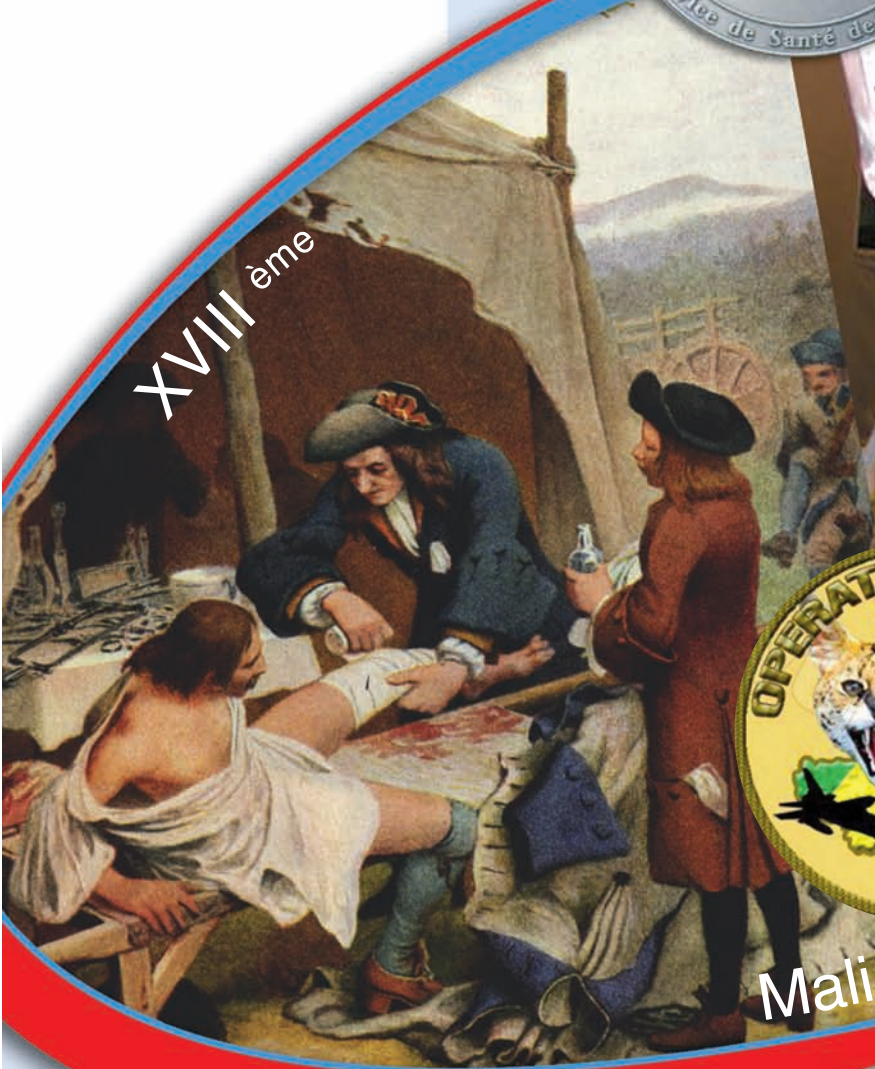
Actu GORSSA

Trimestriel - janvier 2013



XXI^{ème}

XVIII^{ème}



Mali 2013

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

4^{ème} année
n°1

Revue commune à :



UNMR
Union Nationale
des Médecins de Réserve



FNPR
Fédération Nationale
des Pharmaciens de Réserve



UNVR
Union Nationale
des Vétérinaires de Réserve



FNCDR
Fédération Nationale des
Chirurgiens-Dentistes de Réserve



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



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

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

Actu
GORSSA

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

154, boulevard Haussmann 75008 PARIS
 site : <http://www.gorssa.fr>
 courriel : gorssa.national@gmail.com

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :
 Xavier SAUVAGEON

RÉDACTEUR EN CHEF :
 Jean-Michel PAUCHARD

RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT,
 Chargé de l'Internet :
 JEAN-DOMINIQUE CARON

COMITÉ DE RÉDACTION
 Président : Jean-Pierre MOULINIÉ

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

Secrétaire de rédaction : Marie-Hélène SICÉ

DÉLÉGATION GÉNÉRALE

Chargé de l'information, de la communication
et du Devoir de Mémoire : Jean-Michel PAUCHARD

Chargé des affaires juridiques et administratives :
 Norbert SCAGLIOLA

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

CONSEIL SCIENTIFIQUE

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

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Abonnement et Tirage :
Prix du numéro : 5,50 €
Prix de l'abonnement :
 Membres des Associations : 22 €
 Non-membres : 50 €
 Etrangers : 80 €
 De soutien : à partir de 60 €

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

Commission paritaire : en cours

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2013

ISSN : 2110-7424

Crédits photographiques : DRSSA, BCISSA, JM P, ISSA, B C, C A, ANORCTASSA, F C, S K, DR

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

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



Editorial

« C'est proprement ne valoir rien que de n' être utile à personne » *DESCARTES*

Trois ans... Notre revue a déjà 3 années révolues d' existence. C' est peu au regard des Associations constituant le GORSSA : alors que débute notre 4^{ème} année, l' ANORCTASSA aura 121 ans, l' UNMR 109 ans, la FNPR 107 ans, les FNCDR et UNVR 88 ans et l' ANMITRHA 8 ans... Nous, « Actu GORSSA », sommes donc au service de vénérables mais dynamiques institutions qui ont su se maintenir sans découragement ni renoncement, ne manquant pas de surmonter les épreuves qui ont jonché leur parcours au fil du siècle et des ans passés.

Trois ans... c' est le moment de tenter de faire le point, sans complaisance et avec lucidité, nous demandant comment servir plus et mieux le GORSSA...

Notre titre à lui seul définit nos but et contenu : notre tâche à nous, revue « Actu », est de transmettre toute(s) information(s) importante(s) ou utile(s) idéalement au moment ou dès qu' elle(s) est (sont) connue(s). En un mot « coller » à l' actualité... Force est de constater que les délais de réalisation et d' acheminement peuvent être améliorés. Si certaines informations nous sont communiquées sans retard, un nombre (trop !) important d' auteurs ou de correspondants rendent rédaction et confection de la revue tributaires de la façon dont ils collaborent et assurent leur transmission... Merci à eux d' y réfléchir !... Qu' ils n' hésitent pas à nous contacter afin que leur soient précisées –si nécessaire - les dates « butoir » d' envoi et pensent à relire les recommandations aux auteurs dont la stricte observance améliorerait grandement, les réduisant, les temps de composition, d' impression et de distribution de notre revue

C' est pour ces raisons que vous découvrirez , dès ce numéro , la suppression de la colorisation qui accompagnait certaines pages. C' est aussi le souci d' être plus réactifs et plus complets qui nous a amenés à demander à notre ami le MCS ® Jean-Dominique CARON de nous rejoindre dans la fonction de Rédacteur en chef adjoint - chargé de l' Internet ; nous l' en remercions... ; nous de-

vrions ainsi pouvoir dériver vers notre site nombre d' informations ponctuelles de façon quasi instantanée.

« GORSSA »... Notre acronyme, second terme de notre titre, nous crée l' obligation de contribuer au mieux de nos moyens à servir notre état de Réserviste(s) du Service de Santé des Armées. Que tous les articles présentent un intérêt pour tous nous semble une obligation que nous avons remplie. Nous continuerons à œuvrer systématiquement dans ce sens tentant de nous améliorer...

Au delà des faits, nous pensons utile de vous confier l' état d' esprit dans lequel œuvre notre équipe... constituée de ...Réservistes... Cette revue, doit nous aider dans notre engagement de Réserviste, état exigeant et, actuellement , loin d' être évident... Civisme et Service de la Nation, de la Patrie : c' est ainsi que le Réserviste (en particulier du Service de Santé) se doit d' être un « permanent » de la Défense étant à son « service » et l' assumant dans son état de « civil » aussi bien que dans son état (potentiel) de « militaire ».

Cette revue doit nous aider à être **efficaces** et pour cela, être **compétents**. Cela suppose instruction et entraînement et, c' est pour l' écrasant essentiel la tâche du commandement à qui il faut les moyens matériels nécessaires...Mais, nos associations, par le biais de la revue peuvent et doivent assurer un complément de formation : elles réunissent en effet les membres de professions où la formation continue et l' enseignement post-universitaire font partie intégrante de la vie professionnelle. Nous nous employons à agir et aider dans ce sens. Notre revue doit participer à la **cohésion** de notre Groupement car elle est une manière d' accueillir et de rassembler un maximum de camarades de tous les âges, de toutes les disciplines, de toutes les responsabilités.

Ouvrant de cette façon à ces tâches et fidèles à nos engagements, nous souhaitons et espérons être **utiles** à tous, nous rappelant avec *VOLTAIRE* que « Rien ne se fait sans un peu d' enthousiasme »...

Jean-Michel PAUCHARD – CDC ®
Rédacteur en Chef

Sommaire

Editorial	3	Médecin Militaire	13
Organigrammes	4	La Colombophilie Militaire 2^{ème} partie	19
Biographie	5	Prise en charge buco dentaire	24
Journées Nationales Metz	6	Les OCTASSA de Réserve	32
Infos Officielles	10	Fonction du Président	36
Brèves-Infos	11	Bibliographie	38
Noyades	12		



UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA

ORGANIGRAMMES ASSOCIATIF

UNMR

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

Bureau National et Conseil d'Administration

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

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

Vice-Présidents : MCS Jean-Dominique Caron (Rédacteur en chef adjoint d'Actu-GORSSA chargé de l'Internet), MC Michel Gibelli (Dél.Rég. Metz), MC Yves Mohy (Dél.Rég. Brest), MC Michel Montard (Dél.Rég. Metz), MC Xavier Wagner (Très. Adj.)

Secrétaire Général : MC Patrick Hamon

Secrétaires Généraux Adjointes : MC Pascal Bousiquier, MC Gérard Le Lay, MC Eric Lecarpentier (Dél.Rég. St Germain en Laye), MC Joseph Tran

Trésorier : MC Jean-Louis Picoche

Secrétaire des séances : MC Laurent Astin

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

Délégué Général chargé des relations CIOMR : MCS Christian Le Roux

Porte-Drapeau : MC Jean-Pierre Sala

Administrateurs : MC Emmanuel Cabanis, MC Yves Cartigny (Dél.Rég. Bordeaux), MC Jean-Yves Coquillat (Dél.Rég. Toulon), MC Serge Dalmas (Dél.Rég. St Germain en Laye), MC Jean-Marie Duchemin (Dél.Rég. Brest), MG(2S) Alain Galeano, MC Claude Gautier, MC Eric Hergon, MC François Laborde, MC Georges Le Guen, MC Jean-Jacques Lehot (Dél.Rég. Lyon), MC Georges Léonetti (Dél.Rég. Toulon), MC Frédéric Meunier (Dél.Rég. Bordeaux), MA Géraldine Pina-Jomir (Dél.Rég. Lyon), MC Maurice Topcha.

UNVR

Maison des Vétérinaires,
10 Place Léon Blum, 75011 PARIS

Président d'honneur : VC Jean Gledel

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

Vice-Président et Délégué International

Délégué GORSSA Île-de-France : VC Bruno Pelletier
drvetbp@aol.com

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

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

Trésorier : VC. Pierre Tassin

Président DRSSA Bordeaux : VC Christophe Gibon
christophe.gibon@agriculture.gouv.fr

Président DRSSA Brest : VC Ghislain Manet
g.manet@libertysurf.fr

Président DRSSA Toulon : VC Mare Vermeuil
mare.vermeuil@cegetel.net

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

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

VC Xavier Beele xavierbeele@aol.com

VC Dominique Grandjean dgrandjean@vet-alfort.fr

VC Louis Guillou louis.guillou@numericable.fr

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

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

VC Charles Touge charlestouge@aol.com

FNCDR

54, Cours de Vincennes 75012 PARIS

Présidents d'honneur : CDC Charles Sebban, CDC Jean-Michel Pauchard (Rédacteur en Chef d'Actu-GORSSA et Délégué général). CDCS Jean-Paul Mathieu (Correspondant de Rédaction d'Actu-GORSSA).

Bureau National :

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

Secrétaire Général : CDC Stéphane Barek
50, Rue Pierre Charron 75008 Paris.
Tél. 01 47 20 34 90 & 06 21 05 40 12

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

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

Délégués Régionaux :

Bordeaux : CDC Jean-Paul Delobel
2, Rue Santiago 64700 Hendaye.
Tél. 05 59 20 23 54 & 06 09 06 51 07

Brest : CDC Yannick Danrée
85, Avenue de Moka 35400 Saint Malo.
Tél. 02 99 20 05 34 & 06 33 35 20 72

Saint-Germain-en-Laye : CDC Stéphane Barek
3, Rue Anatole de la Forge 75017 Paris.
Tél. 01 56 24 10 53 & 06 09 15 15 20

Lyon : CDP Alain Cuminal
83, Rue Paul Verlaine 69100 Villeurbanne.
Tél. 04 78 93 76 56 & 06 60 36 48 81

Metz : CDC Bruno Crovella
17, Avenue de la Libération 57160 Châtel Saint Germain
Tél. 03 87 60 02 96 & 06 83 81 08 83

Toulon : CDC Jean-Michel Courbier
Avenue de l'Américaine 13600 La Ciotat.
Tél. 04 94 29 60 80 & 06 12 81 71 08

Délégué ADF : CDC Michel Legens

Porte-Drapeau : CDC Henry Frajder

FNPR

Adresse courriel : fnpr@free.fr

Président : PC Claude Boymond
7, rue du noyer
67207 - Niederhausbergen
boymond@unistra.fr

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

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

Porte-Drapeau : PC Jean-Marc Delafontaine

ANMITRHA

Adresse courriel : amitrha.gorssa@gmail.com

Bureau :

Présidente : ICS Élisabeth de Moulins de Rochefort

Vice-Président : MERCN Marc Tranchet

Trésorier : MERCS Frédéric Noret

Secrétaire : IACNS Boris Martin Le Pladec

Chargé de relations avec le GORSSA : ICAS Gérard Chasselat

Correspondant de rédaction d'Actu-GORSSA : ICAS Érick Legallais

ANORCTASSA

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

Président : LtCol Alain MICHEL

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

Secrétaire général : LtCol Denis BLONDE

Secrétaire général Adjoint : LtCol Jean-Jacques BONIZ

Trésorier Général : Cdt Benoît FRASLIN

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

UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA

Biographie du nouvel Inspecteur Général du service de santé des armées : le Médecin général des armées Ronan TYMEN

Le médecin général des armées Ronan TYMEN, né le 06 octobre 1955 à Quimper, est entré à l'école du service de santé des armées de Lyon le 3 septembre 1973.

Docteur en médecine en 1980, il enchaîne, à l'issue de son stage à bord du porte hélicoptères « Jeanne d'Arc » et à l'école d'application du service de santé pour la marine à Toulon, les embarquements comme médecin major à bord des aviso escorteurs « Commandant Rivière » et « Protet » à Djibouti, et « Doudart de Lagrée » en Polynésie française, et de la frégate « Tourville » à Brest, ainsi qu'une affectation dans les fusiliers marins à Lorient.

En 1988, il est affecté à la direction du service de santé en région militaire Atlantique à Brest.

Assistant des techniques d'état-major, il est affecté à l'école d'application du service de santé des armées et à la direction du service de santé des armées à Paris où il prendra les fonctions de chef de la section « marine » du bureau « organisation, mobilisation, emploi » de la sous-direction « organisation logistique ».

Reçu au concours de la spécialité, il rejoint le collège interarmées de défense le 21 août 1996.

Titulaire du brevet des études militaires supérieures en 1997, il est désigné auprès de l'amiral commandant les forces maritimes en Océan indien pour occuper le poste de chef du service de santé.

En 1998, il est affecté à la direction centrale du service de santé des armées à Paris où il se voit confier la conduite et la planification du soutien santé des forces.

Le 12 décembre 2001, il est appelé à servir comme conseiller santé du chef d'état-major de la marine à Paris.

Le 6 juin 2005, il est choisi par le ministre de la défense pour diriger la cellule « action humanitaire-santé » du cabinet militaire.

Le 1er mars 2008, il se voit confier les fonctions de sous-directeur « organisation, soutien et projection » à la direction centrale du service de santé des armées à Paris et conférer les rang et prérogatives de général de brigade avec appellation de médecin général.

Le 1er janvier 2009, il se voit conférer les rang et prérogatives de général de division avec appellation de médecin général inspecteur.

Le 7 mars 2011, il est nommé directeur adjoint du service de santé des armées.

Il est nommé inspecteur général du service de santé des armées à compter du 6 décembre 2012, date à laquelle il est élevé aux rang et appellation de médecin général des armées.

Officier de la Légion d'honneur et Officier de l'Ordre National du Mérite, il est titulaire de la médaille de la Défense Nationale échelon bronze et de la médaille d'Outre-Mer agrafe « Ormuz ».

Le médecin général des armées TYMEN est marié.



UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA

**Journées Nationales d'Instruction des Réserves du Service de Santé
des Armées – à METZ – le 31.05 et le 01.06.2013 :**
« Le Service de Santé des Armées au soutien de l'Armée de Terre en OPEX »

Les congressistes :*VENDREDI 31.05.2013*

07 h 30 : point de ramassage, caserne NEY : départ
des bus pour le quartier Raffenel-Delarue

08 h 15 : les couleurs

08 h 30 : accueil - émargement

09 h 10 : ouverture des journées par le groupe de pi-
lotage

09 h 15 : la restructuration du soutien des armées

10 h 45 : pause

11 h 15 : la préparation aux opérations extérieures

12 h 45 à 14 h 00 : repas au mess Colin

14 h 00 : démonstrations de matériel sanitaire et de
l'équipement Félin

15 h 00 : le RETEX

16 h 30 : pause

17 h 00 : le point sur les réserves

18 h 00 : départ des bus pour la caserne Ney

19 h 45 : réception officielle et dîner au cercle Lasalle,
rue aux Ours

SAMEDI 01.06.2013 :

07 h 45 : départ au point de ramassage, caserne
Ney, pour le quartier Raffenel-Delarue

08 h 00 : accueil

08 h 30 : début des assemblées générales des asso-
ciations

10 h 30 : conférence de présidents des associations
du GORSSA

11 h 00 : conférence historique

12 h 15 : repas au mess Colin

Les accompagnants :*VENDREDI 31.05.2013*

10 h 00 : début de la visite du centre ancien et la ca-
thédrale Saint Etienne

12 h 00 à 14h 00 : repas au cercle Lasalle

14 h 00 : promenade vers le quartier impérial

- le palais de justice
- les trophées de la caserne Ney
- le palais du gouverneur
- la gare – le salon de l'empereur

16 h 00 : fin de la visite et quartier libre

19 h 45 : réception officielle et dîner au cercle Lasalle,
rue aux Ours

SAMEDI 01.06.2013

Au quartier Raffenel-Delarue :

11 h 00 : conférence historique

12 h 15 : repas au mess Colin

*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*

Tenue militaire... ou à défaut tenue de ville

Gants blancs pour les couleurs

Départ impératif à l'horaires indiqué, les hôtels les plus
éloignés étant à six minutes à pied

N° de téléphone en cas de nécessité :

- les congressistes : 06.08.24.22.61.
- les accompagnants : 06.85.77.99.42

UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA

JOURNÉES NATIONALES D'INSTRUCTION DU GORSSA

en Direction Régionale du Service de Santé des Armées de Metz - 31 Mai et 1^{er} Juin 2013

BULLETIN D'INSCRIPTION

Dernière limite d'envoi : 20 avril 2013

Aucun désistement ne sera pris en compte après le 30 avril 2013

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

RENSEIGNEMENTS D'IDENTITE IMPERATIFS :

Carte d'identité n° Délivrée le
 Autorité de délivrance et lieu :
 Grade ESR
Direction régionale d'affectation pour les ESR
 Discipline

A REGLER :

Inscription obligatoire aux Journées40,00 € OUI/NON
 jusqu'au grade de capitaine inclus20,00 € OUI/NON

CONGRESSISTES :**Vendredi**

Déjeuner de travail – participation20,00 € OUI/NON
 Dîner Officiel au cercle Lasalle – participation60,00 € OUI/NON

Samedi

Assemblées des associations membres du GORSSA OUI/NON
 Déjeuner mess Colin – participation20,00 € OUI/NON

Accompagnants :**Vendredi**

Programme des dames – visites et déjeuner - participation30,00 € OUI/NON
 Dîner Officiel au Cercle Lasalle – participation60,00 € OUI/NON

Samedi**conférence**

Déjeuner mess Colin – participation20,00 € OUI/NON

TOTAL

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

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

Gants blancs pour la cérémonie des couleurs

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

Signature

A RETOURNER DANS LES MEILLEURS DELAIS ET **AVANT LE 20 AVRIL 2013**

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

Renseignements : gorssa.national@gmail.com





UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA



Photo B. CROVELLA



UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

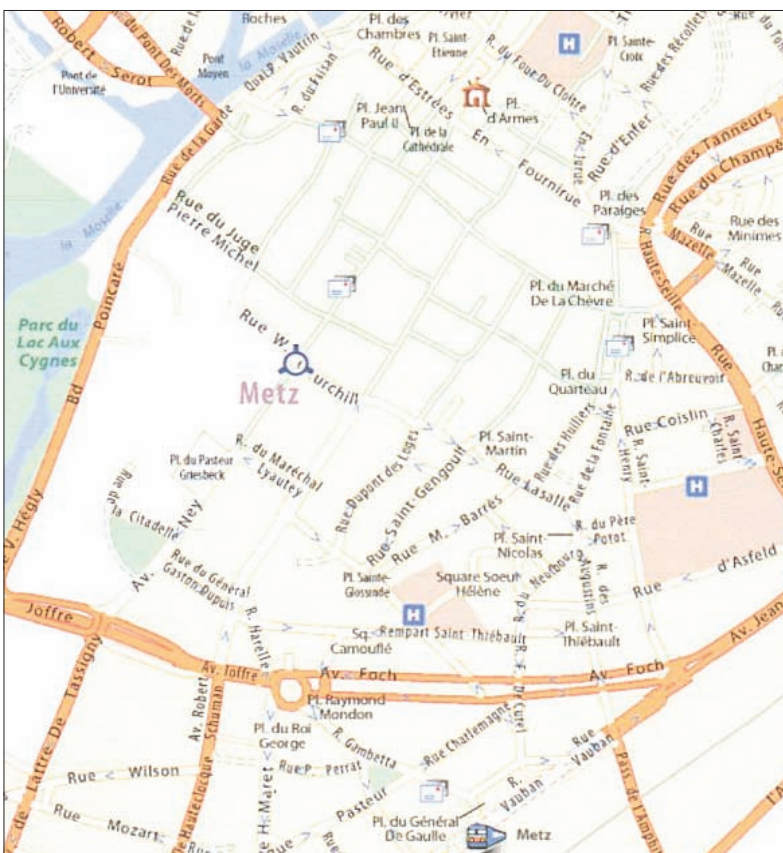
ANMITRHA

RÉSERVATIONS HÔTELIÈRES

Il est conseillé de réserver rapidement auprès des hôtels proposés en mentionnant le GORSSA et en tout état de cause avant le 1^{er} Avril 2013.

Un seul point de ramassage en car est prévu : CASERNE NEY place de la république (à 6 minutes à pied de l'hôtel le plus éloigné, voir plan ci-joint)

① - NOVOTEL METZ Centre Saint-Jacques – 57000 METZ Courriel : H0589@accor.com	☎ : 03.87.37.38.39 ☎ : 03.87.36.10.00	120 € chambre double : Petit déjeuner compris + 1.65 € taxe séjour/pers
② - GRAND HÔTEL DE METZ 3, rue des clercs – 57000 METZ Courriel : grandhoteldemetz@yahoo.fr	☎ : 03.87.36.16.33 ☎ : 03.87.74.17.04	71 € chambre double 90 € chambre double – 2 lits Petit déjeuner compris 0.95 € taxe séjour/pers
③ - HOTEL ROYAL ALL SEASONS 23, rue Foch – 57000 METZ Courriel : hotel-royal2@wanadoo.fr	☎ : 03.87.66.81.11 ☎ : 03.87.56.13.16	69 € chambre simple 89 € chambre double Petit déjeuner compris 0.95 € taxe séjour/pers
④ - MERCURE METZ CENTRE 29, place Saint-Thiebault 57000 METZ Courriel : H1233@accor.com	☎ : 03.87.38.50.50 ☎ : 03.87.75.48.18	90 € chambre simple 100 € chambre double – 2 lits Petit déjeuner américain compris 1.45 € taxe séjour/pers
⑤ - HOTEL LA CITADELLE 5, avenue Ney – 57000 METZ Courriel : hebergement@citadelle-metz.com	☎ : 03.87.17.17.17 ☎ : 03.87.17.17.18	175 € - 1 ou 2 personnes Petit déjeuner : 24 € /pers 1.45 € taxe séjour/pers 15 € parking
⑥ - HOTEL IBIS METZ CENTRE GARE 3 bis, rue Vauban – 57000 METZ Courriel : H07565@accor.com	☎ : 03.87.21.90.90 ☎ : 03.87.21.90.60	Le 31-05 : 95 € chambre simple ou double Le 01-06 : 72 € chambre simple ou double Petit déjeuner : 9 €/pers 0.95 € taxe séjour/pers
⑦ - CERCLE MESS LASALLE 7, rue aux Ours – 57000 METZ	☎ : 03.87.39.90.50 ou 03.87.39.90.52 ☎ : 03.87.15.20.10	Tarif tout compris : 46 €



UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA

INFORMATIONS « OFFICIELLES »

*Ci-après, références des textes officiels vous concernant ou pouvant vous intéresser... Vous pouvez vous en procurer les listes complètes (comportant l'identité des personnes concernées) auprès des Présidents nationaux et des correspondants de rédaction. Toutefois, en ce qui concerne les nominations et promotions dans les 2 Ordres Nationaux (LH et ONM) ainsi que pour la Médaille Militaire et la Médaille de la Défense Nationale, une exception est instituée, vous permettant de retrouver dans ces colonnes les noms des camarades, confrères ou amis qui en sont l'objet... **Aux heureux bénéficiaires d'une distinction, nomination ou promotion nos chaleureuses félicitations...***

BOC n°50 du 16 novembre 2012

Nominations dans les Corps des Secrétaires, des Infirmiers et des Volontaires

BOC n°51 du 23 novembre 2012

Nominations dans le Corps des Volontaires

JORF n°0276 du 27 novembre 2012

— **Arrêté du 9 novembre 2012 portant organisation du service de santé des armées**

BOC n°52 du 30 novembre 2012

- **Texte n°5 – Circulaire N°230721/DEF/SGA/DRH-MD/SRRH/SDFM/FM2**

Relative à l'attribution des cartes de circulation donnant droit au tarif militaire sur les lignes exploitées par la société nationale des chemins de fer français (du 26 octobre 2012)

- **Texte n°6 – Instruction N°7100/DEF/DCSSA/SD-REJ/CCDI**

Relative aux procédures à mettre en œuvre au sein des bases de défense en matière de frais de déplacements temporaires et changements de résidence (du 11 avril 2012)

- **Textes 27, 47, 48, 49, 50 et 52**

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

BOC n°54 du 14 décembre 2012

Nominations dans les Corps des Médecins, Aides-Soignants et Infirmiers

BOC n°55 du 21 décembre 2012

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

JORF n° 0299 du 23 décembre 2012 – Décision du 19 décembre 2012 portant inscription au tableau d'avancement pour l'année 2012 (réserve)

JORF n° 0304 du 30 décembre 2012

— **Arrêté du 20 décembre 2012 fixant pour l'année 2013 les plafonds des effectifs des militaires appartenant à certains corps d'officiers**

— **Arrêté du 20 décembre 2012 fixant pour l'année 2013 les plafonds des effectifs des militaires non officiers**

BOC n°1 du 4 janvier 2013 – Texte n°26 – Arrêté

Portant attribution de la médaille des services militaires « à titre normal » (du 12 décembre 2012)

JORF n° 0008 du 10 janvier 2013 – Arrêté du 3 janvier 2013 relatif à l'inspection du service de santé des armées

BOC n°2 du 11 janvier 2013-03-04

Nominations dans les Corps des Infirmiers et Secrétaires

BOC n°4 du 18 janvier 2013 – Texte n°7 – Instruction N°2600/DEF/DCSSA/OSP/ORG

Relative à l'organisation et au fonctionnement des centres médicaux des armées et des centres médicaux interarmées (du 30 novembre 2012)

BODMR n° 1 du jeudi 24 janvier 2013

Portant attribution de la Médaille d'honneur du service de santé des armées à des réservistes

JORF n° 0015 du 18 janvier 2013 - Arrêté du 20 décembre 2012 relatif à la détermination et au contrôle de l'aptitude médicale à servir du personnel militaire

BOC n°7 du 8 février 2013 - Texte n° 20
Nomination dans le Corps des Infirmiers
- **Texte n° 24 – Décision N°199/DEF/CAB/SDBC/DECO/B5**

Portant attribution de la médaille de la défense nationale...

« Le ministre de la défense, ...

Décide,

La médaille de la défense nationale, échelon « or », est décernée à titre normal, à compter du 1^{er} janvier 2012, aux personnels n'appartenant pas à l'armée active désignés ci-après : ...

SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES OFFICIERS

ROLS Philippe, Étienne, Albert, vétérinaire en chef, agrafe « service de santé »
... »

Extraits de l'Annexe à la note n°0834/DEF/DCSSA/PC/MA du 15 fev 2013

Organisation du numéro d'appel national unique

« Écoute Défense » à l'attention des blessés psychiques

« 1 . Objectifs

Le numéro « Ecoute Défense » (08 08 800 321) est une offre directe d'écoute, de soutien et d'information au profit du personnel militaire ou ancien militaire mais aussi civil de la défense qui a été exposé à des situations de stress et de traumatismes psychiques en service, notamment au cours de leurs missions opérationnelles. Il est accessible à tous ceux qui sont confrontés à la difficulté d'exprimer leur souffrance ou sont témoins de la souffrance d'une personne de leur entourage familial, amical ou professionnel.

Il vient compléter le plan d'action « troubles psychiques post-traumatiques dans les armées » pour encourager et faciliter l'accès aux soins. ... »

UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA

BRÈVES - Informations - *DIVERS* - Retenir - BRÈVES - Informations - *DIVERS*

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L' UNMR 2013

SAMEDI 1^{ER} JUIN 2013

Élection des administrateurs

6 postes d' administrateurs sont à pourvoir par l' Assemblée Générale du 1^{er} juin 2013. Les candidats ayant reçu l' agrément du Conseil d' Administration du 16 novembre 2012 sont :

Dr Georges LE GUEN	(administrateur sortant)
Dr Gérard LE LAY	(administrateur sortant)
Dr Maurice MATHIEU	(administrateur sortant)
Dr Jean-Pierre MOULINIÉ	(administrateur sortant)
Dr Yvon MESLIER	(administrateur sortant)
Dr Jean-Louis PICOCHÉ	(administrateur sortant)



Le raid du Service de Santé des Armées se déroulera au Camp de LA VALBONNE (Ain) du lundi 27 mai 2013 au vendredi 31 mai 2013 . Les personnels désireux de participer doivent se manifester auprès de leur DRSSA d' appartenance. Le BOE/RES de la DRSSA de Lyon est prêt à répondre à vos éventuelles interrogations. L' inscription peut être individuelle ou par équipe. Les participants doivent être sous ESR, avoir une VSA à jour et être en possession d' un PPA...

Certains exemplaires du dernier numéro de notre revue (N°4/2012) ont été l' objet de malfaçons dans l' assemblage des feuillets rendant difficilement lisible un certain nombre de revues...Merci d' excuser ce désagrément totalement imprévisible. Si vous avez été victime de cet incident veuillez nous le signaler par téléphone au 01 53 96 00 19 ou par courriel à l' adresse suivante : gorssa.national@gmail.com et, nous procéderons à l' envoi d' un exemplaire de remplacement de votre numéro défectueux

Vous êtes cordialement invités aux
JOURNÉES D' ENTRAIDE
 de la Société amicale des élèves et anciens élèves des Écoles
 du Service de Santé des Armées et de l' École du Val de Grâce
LES MERCREDI 15, JEUDI 16 ET VENDREDI 17 MAI 2013
 DANS LE CLOÎTRE DE L' ÉCOLE DU VAL DE GRÂCE



Visite gratuite du Musée et de l' Église du Val de Grâce :
 le mercredi et le jeudi à 14h30
 Restauration dans la Salle Capitulaire de 12h00 à 14h00 :
 (réservation possible à : saval2@wanadoo.fr)
 Salon de thé de 14h00 à 18h00
 Comptoirs de vente de :
 bijoux, artisanat, produits locaux, librairie, brocante...
 Dédicaces d' ouvrages sur l' histoire du SSA
 Entrée piétons : 1, place Alphonse Laveran – PARIS 5^{ème}
 Parking : HIA du VDG, 74 bd de Port Royal – PARIS 5^{ème}

Pensez à consulter régulièrement notre site internet : <http://www.gorssa.fr> sur lequel vous pourrez retrouver tout ou partie de ces diverses informations mais aussi nombre de dates, précisions et renseignements utiles (en particulier régionaux) que nous ne pouvons transmettre ici dans des délais raisonnables...

NOYADES

P. MICHELET *

La noyade accidentelle est responsable de 500 000 décès par an de par le monde (Szpilman D et al. N Engl J Med 2012 ; 366 :2102-10). Si les enfants restent les premières victimes notamment dans les pays en voie de développement, l'épidémiologie est différente au sein des pays « riches ». En France, des données épidémiologiques assez précises sont fournies grâce aux enquêtes estivales de l'Institut Nationale de Veille Sanitaire (INVS) avec en 2009, 1652 noyades ayant entraîné 669 décès. La noyade concerne avant tout une population masculine de plus de 25 ans et survient dans plus de 50% des cas dans la bande côtière des 300 m. Les mesures de prévention répétées ont permis de réduire de façon sensible les noyades touchant les enfants notamment pour ce qui concerne les piscines privées.

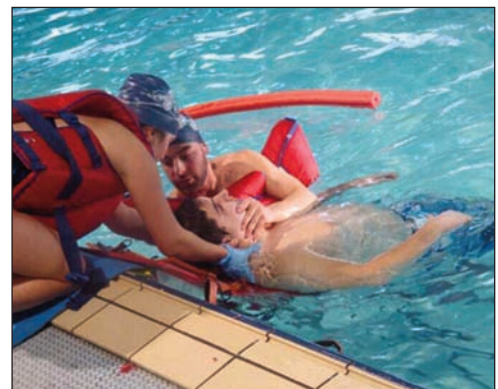


Concernant l'aspect physiopathologique, la noyade est désormais clairement définie par une insuffisance respiratoire aiguë qui résulte de la submersion des voies aériennes (Layon JA et al. Anesthesiology 2009 ; 110 :1390-401). L'hypoxémie ainsi que les phénomènes d'ischémie reperfusion survenant chez les patients les plus graves expliquent les conséquences observées au niveau cérébral et métabolique. Le pronostic repose donc principalement sur le statut neurologique de ces patients. Des données récentes laissent néanmoins à penser que le pro-

nostic après arrêt cardiaque pourrait être moins péjoratif qu'historiquement rapporté dépassant les 20% (Grmec S et al. Int J Emerg Med 2009 ; 2 :7-12).

Sur le plan médical, et malgré l'existence de certains travaux australiens et brésiliens, les modalités de prise en charge médicale (tableaux cliniques, aspects thérapeutiques) des victimes restent mal définies. Des résultats expérimentaux ainsi que certaines données cliniques suggèrent néanmoins un intérêt de la ventilation non invasive incluant une pression expiratoire positive chez les patients non comateux. Dans l'attente de la confirmation prospective de ces données et en raison du manque de données physiopathologiques précises, il n'existe pas à ce jour de consensus médical concernant les modalités de prise en charge thérapeutiques.

Les résultats préliminaires d'une étude portant sur 130 patients admis au sein de 7 unités de réanimation du pourtour méditerranéen pour détresse respiratoire aiguë post noyade sont disponibles. Malgré la gravité de l'état clinique, la ventilation non invasive a pu être appliquée avec succès sur une majorité des patients non comateux s'accompagnant d'une résolution rapide de la symptomatologie. Une survie de plus de 15% a également été observée chez les patients retrouvés en arrêt cardiaque (données personnelles en soumission pour publication).



* PU-PH, Pole RUSH – APHM – CHU La Timone –Marseille
Résumé de conférence faite à l' HIA Laveran

UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA

LE MÉDECIN MILITAIRE D'UNITÉ DANS L'APPROCHE ET LA PRISE EN COMPTE DES ÉTATS DE STRESS POST-TRAUMATIQUES (ESPT)

M.-V. BOURHIS*

Vous trouverez ci-dessous les principaux résultats de la thèse de médecine du Dr Marie-Valérie Bourhis, intitulée « Le médecin militaire d'unité dans l'approche et la prise en compte des états de stress post-traumatique ». Le Dr Marie-Valérie Bourhis, son directeur de thèse le Pr Humbert Boisseaux et le CESPAS tiennent à remercier l'ensemble des médecins d'unité ayant participé au recueil des données. Cette thèse est disponible dans son intégralité au format pdf sur simple demande à l'adresse suivante : survepid.despnord@sante.defense.gouv.fr. (présentation BÉA)

Introduction

Le métier des armes expose le militaire à engager sa vie et à se confronter à la question de sa mort, souvent à travers celle d'autrui. Les risques auxquels est confronté le militaire sont donc multiples : risque d'être blessé, d'être tué, de se trouver confronté à tout l'innommable de la violence des hommes et parfois à sa propre violence, d'être confronté à des dilemmes éthiques insolubles. Les engagements actuels de nos forces exposent les militaires à de nombreuses situations difficiles, avec la nécessité de s'adapter à des facteurs de stress multiples, mais également à devoir faire face à des événements potentiellement traumatiques.

Les situations, dans lesquelles l'individu se trouve brutalement impliqué dans un événement qui le confronte à la question de sa mort, directement ou indirectement, peuvent être à l'origine de troubles psychiques. Les « Etats de Stress Post-Traumatique », (ESPT) traduction française de l'anglais « Post Traumatic Stress Disorder » constituent le symbole des séquelles psychiques post-traumatiques. Ils ne les résument cependant pas. Par opposition au stress, le traumatisme psychique se présente donc comme un

événement singulier échappant à toute prédictibilité, qui se constate « après coup » et dont les répercussions cliniques peuvent s'exprimer de nombreuses années après l'événement traumatique. L'incidence de ces troubles peut être grave. Ainsi se dégagent la nécessité d'un repérage actif, d'une prise en charge précoce et parfois d'un suivi psychothérapeutique de longue durée. Etant donné la part de manifestations somatiques, psychiatriques ou psychosociales associées à l'ESPT, le médecin généraliste est probablement l'un des premiers recours du patient atteint de cette pathologie. Il est indispensable qu'il en soit clairement informé et qu'il soit en mesure d'avoir une approche opérante. En milieu militaire, les médecins d'unité sont au contact des combattants, sur les terrains d'opération, mais également en garnison, au retour de mission. Dans sa fonction première, le médecin d'unité est un soignant omnipraticien et reçoit en consultation individuelle tous les militaires dans le cadre de la Visite Systématique Annuelle (VSA). Cette visite réglementaire offre l'occasion de détecter d'éventuels troubles psychiques pauci symptomatiques ou dont



* MA

Principaux extraits de thèse de Doctorat en médecine, publiés dans BÉA-Bulletin Épidémiologique des Armées-, Vol. 2, N°6, 2012-Semaine 06 du 06 au 12 février 2012, pp 2 à 7

UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA



l'expression n'a pas encore eu de conséquences évidentes sur la scène professionnelle. D'autre part, d'autres visites médicales statutaires ou circonstancielles comme les visites préalables au départ en mission extérieure existent. Elles sont autant d'occasions de détection d'éventuels troubles psychotraumatiques.

L'objectif de cette thèse était de décrire les connaissances, attitudes et pratiques des médecins d'unité pour le diagnostic et le suivi des ESPT.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude transversale rétrospective réalisée par questionnaire entre février 2009 et juin 2009 auprès d'un échantillon aléatoire de médecins militaires affectés dans des unités de l'armée française. La première partie du questionnaire permettait de définir le profil du médecin interrogé, ses connaissances et son expérience concernant l'ESPT (sexe, âge, armée, antécédents d'OPEX, formation initiale et continue, modalités de dépistage de l'ESPT dans l'unité). La deuxième partie concernait la prise en charge du dernier patient atteint d'un ESPT (diagnostic, difficultés rencontrées, prise en charge, parcours de soins, améliorations attendues). Au total, 177 unités ont été tirées au sort (Terre : 88 unités, Air : 27 unités, Marine : 29 unités et Gendarmerie : 33 unités) et pour chacune de ces unités, 3 questionnaires ont été adressés aux médecins du service médical.

Principaux résultats

Au total, des médecins de la moitié (52%) des unités tirés au sort ont renvoyé au moins un questionnaire complété. Le taux de participation des médecins par unité répondante était de 2,2 (197 questionnaires reçus pour 91 unités répondantes). Le nombre de questionnaires complétés par unité variait de 1 à 6 et la moyenne d'âge des médecins ayant répondu au questionnaire était de 38 ans (médiane : 37 ans). Au total, plus de la moitié (55%) des médecins ayant répondu

à l'enquête exerçaient dans une unité de l'Armée de Terre.

1. Connaissances et attitudes des médecins d'unité vis-à-vis des ESPT

❖ Connaissance des pathologies psychotraumatiques, formation

■ **83% des** médecins ayant répondu à l'enquête déclaraient se trouver **suffisamment informés** sur les pathologies psychotraumatiques. Les médecins se sentant assez informés étaient significativement plus jeunes (37 ans) que ceux s'estimant pas assez informés (42 ans) ($p=0,003$) ;

■ **La quasi totalité** (97 %) des médecins ayant répondu à l'enquête **déclaraient connaître les signes cliniques d'un ESPT** ;

■ Les connaissances de ces pathologies provenaient essentiellement de l'enseignement complémentaire militaire et de la formation médicale personnelle ;

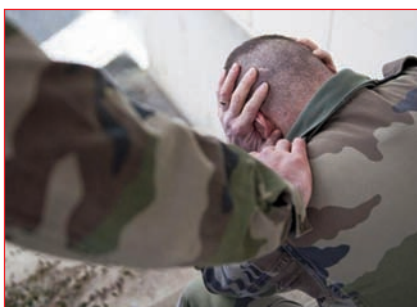
■ **La moitié** des médecins ayant répondu à l'enquête **souhaitait tout de même bénéficier d'une formation complémentaire** dans ce domaine. Le tiers des médecins souhaiterait que cet enseignement se fasse par des **formations médicales continues** dans les **Hôpitaux d'instruction des armées** ou les **Directions Régionales du Service de Santé des Armées**.

❖ Confrontation au diagnostic d'Etat de stress post-traumatique

■ **3/4** des médecins ayant répondu à l'enquête **ont déclaré avoir déjà été amenés à poser le diagnostic d'ESPT** ;

■ **1/3** des médecins ayant répondu à l'enquête ont déclaré **rencontrer des difficultés pour poser le diagnostic d'ESPT**. La proportion de médecins ayant des difficultés à poser le diagnostic d'ESPT n'était pas significativement différente selon le sexe, l'âge, l'armée et le fait d'être déjà ou non parti en OPEX ;

■ **Les médecins rencontrant des difficultés pour poser le diagnostic d'ESPT**



UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA

étaient **plus fréquemment** demandeurs de complément d'information (61%) que ceux n'ayant pas de difficulté (44%) ($p=0,004$).

❖ Informations sur les ESPT dispensées par les médecins

■ **La moitié (48%)** des médecins ayant répondu à l'enquête déclaraient avoir **déjà dispensé une information sur les ESPT auprès des militaires de leur unité** ;

■ Cette information était généralement collective (75% des cas) et **individuelle** (70%) ;

■ Dans la **moitié des cas (52%)** l'**information** avait été donnée **avant un départ en OPEX** ;

■ Les médecins déclarant avoir réalisé une information aux militaires de leur régiment avaient plus fréquemment posé le diagnostic **d'ESPT (83%) que les médecins déclarant ne pas dispenser d'information** (65 %) ($p=0,004$) ;

■ **La moitié (52%)** des médecins ayant répondu à l'enquête **déclaraient disposer d'un Officier Environnement Humain (OEH)** dans leur unité et 1/3 de ces médecins pensait que cet OEH avait réalisé des actions d'information en ce domaine. La présence d'un OEH était significativement plus fréquente dans l'Armée de Terre.

❖ L'ESPT et les OPEX

■ **2/3 des médecins** ayant répondu à l'enquête **déclaraient penser qu'il s'agissait d'une pathologie plus fréquemment rencontrée depuis l'implication de l'armée française en Afghanistan** ;

■ Près de **90% des médecins** ayant répondu à l'enquête **portaient une attention particulière aux militaires de retour d'OPEX** mais **plus de la moitié (58%) des médecins déclaraient ne pas mettre en place de suivi spécifique** pour les militaires de retour d'OPEX ;

■ Il existait une **différence significative à l'attention portée aux militaires de retour d'OPEX selon le fait d'avoir ou non déjà posé un diagnostic d'ESPT** : 79% des médecins déclarant porter une attention particulière au retour d'OPEX avaient déjà posé le diagnostic d'ESPT *versus* la moitié (46%) des médecins ne portant pas d'attention particulière au retour d'OPEX ($p=0,002$) ;

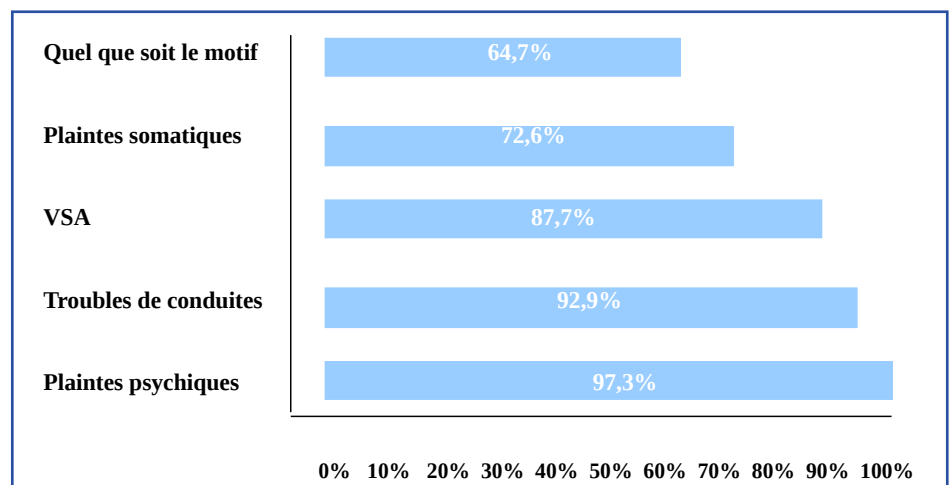
■ **Les médecins déclarant mettre en place un suivi spécifique pour les militaires de retour d'OPEX avaient posé plus fréquemment le diagnostic d'ESPT (85%)** que les médecins n'ayant pas mis en place ce dispositif particulier (68%) ($p=0,007$). Lorsqu'un **suivi spécifique était mis en place**, il s'agissait d'une **consultation spécifique systématique dans la moitié des cas (53%)**.

❖ Dépistage

■ **Deux tiers (65%)** des médecins déclaraient que **toutes les circonstances de rencontre du militaire**, quel qu'en soit le motif, **constituaient un moment favorable au diagnostic des ESPT** ;

■ Les **situations** considérées par les médecins comme **étant les plus favorables pour dépister ESPT** sont présentées **figure 1**.

Figure 1 : Situations paraissant les plus propices aux médecins pour dépister les ESPT, Thèse Dr Bourhis – 2009.



UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA



■ 2. Prise en charge du dernier patient présentant ou ayant présenté un ESPT

■ **3/4** des médecins ayant répondu à l'enquête **ont déclaré avoir déjà posé le diagnostic d' ESPT** ;

■ **88%** des médecins ayant déclaré avoir déjà posé le diagnostic d'ESPT **ont décrit le dernier cas qu'ils ont pris en charge.**

❖ Motif de la première consultation

■ Dans plus de la **moitié des cas (59%)**, la **première consultation du patient était une consultation spontanée** du patient tandis que, dans 23% des cas, le patient se présentait après avoir été adressé par son commandement et, dans 7% des cas, le patient se présentait sous la pression de son entourage. La VSA était un motif de rencontre dans 12% des cas. Le motif de première consultation ne variait pas significativement selon l'armée ;

■ Lorsqu'il s'agissait d'une **consultation spontanée**, les **raisons** étaient dans la majorité des cas d'**ordre psychique (74%)** et dans 26% des cas d'ordre somatique.

❖ Caractéristiques de l'événement traumatique

■ Dans **86% des cas**, l'événement traumatique intervenait **pendant le service**. Il n'existait pas de différence significative selon l'armée ($p=0,009$) ;

■ Dans **plus de la moitié des cas survenus pendant le service**, cet événement

survenait **au cours d'une OPEX**. Il s'agissait, dans **deux tiers** des cas (62%) de **l'Afghanistan** ;

■ Dans la **Gendarmerie**, la majorité des événements traumatiques avait lieu en **métropole (61%)** alors que dans **l'Armée de Terre** la majorité intervenait en **OPEX (72%)** ($p=0,001$) ;

■ Dans **2/3 des cas**, l'événement survenait au cours d'une **opération militaire**. Dans **moins de la moitié des cas (45%)**, il s'agissait d'un accident :

■ Dans la **majorité des cas**, le **patient a cru qu'il allait mourir (61%)** ou que **quelqu'un avait été grièvement blessé ou était mort brutalement sous ses yeux (61%)** ;

■ Dans plus d'un tiers des cas, (38%), le **patient a observé une vision d'horreur** : charniers, cadavres mutilés, blessés, incarcérés.



❖ Prise en charge du patient

■ Une **aide d'un spécialiste a été sollicitée dans 86% des cas**. Dans cette situation, un **spécialiste du SSA a participé à la prise en charge dans 82% des cas**. Les médecins demandant une aide médico-psychologique étaient significativement plus jeunes (39 ans) que les autres (44 ans) ($p=0,003$) ;

■ En ce qui concerne l'Armée de Terre, si l'événement traumatique était intervenu en OPEX, l'aide d'un spécialiste du SSA était demandée, dans 95% des cas. La nécessité d'un temps hospitalier a été retrouvée dans un tiers des cas (35%) ;

■ Dans **83% des cas**, le patient **a été suivi en ambulatoire par le médecin**

UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA

d'unité et dans la moitié des cas (55%), le patient a été suivi en ambulatoire par un médecin civil ;

■ Le patient était suivi par le médecin d'unité en consultation une fois par mois dans la moitié des cas (51%) des cas et une fois par semaine dans ¼ des cas.

■ Une aide psychosociale a été demandée dans 1/3 des cas. Les aides psychosociales sollicitées sont représentées sur la figure 2.

❖ Implications du diagnostic

■ Une restriction d'aptitude a été nécessaire dans 3/4 (72%) des cas. Il s'agissait d'une inaptitude « OM/OPEX » dans 87% des cas mais dans 90% des cas celle-ci était temporaire ;

■ Une inaptitude au port d'armes a été posée dans la moitié des cas (53%), de manière temporaire dans 93% des cas ;

■ Une inaptitude aux gardes/activités de terrain a été demandée dans (92%) des cas de façon temporaire ;

■ Dans plus de la moitié des cas (59%), le patient a été placé en congé maladie. Il a été nécessaire d'instaurer un Congé Longue Durée (CLD) dans 15% des cas. Le recours à la réforme représentait 5% des cas ;

■ La pathologie post-traumatique a été documentée dans le dossier médical dans 88% des cas ;

■ Un dossier de pension a été ouvert dans 40% des cas.

Discussion

Cette étude menée auprès des médecins par unité montre qu'il existe une disparité entre la bonne connaissance qu'ils déclarent avoir de ces troubles et les difficultés qu'ils rencontrent face à ceux-ci. Cela se traduit par le souhait d'être mieux formés. En effet, plus de 40% des médecins interrogés disent avoir des difficultés pour prendre en charge ces patients. L'étude montre également que des disparités sont observées selon l'âge des médecins tendant à montrer

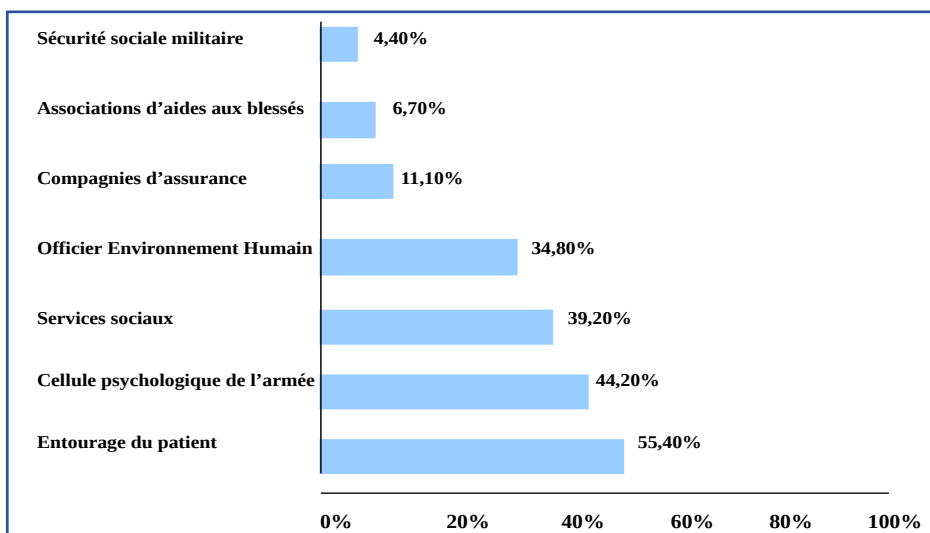


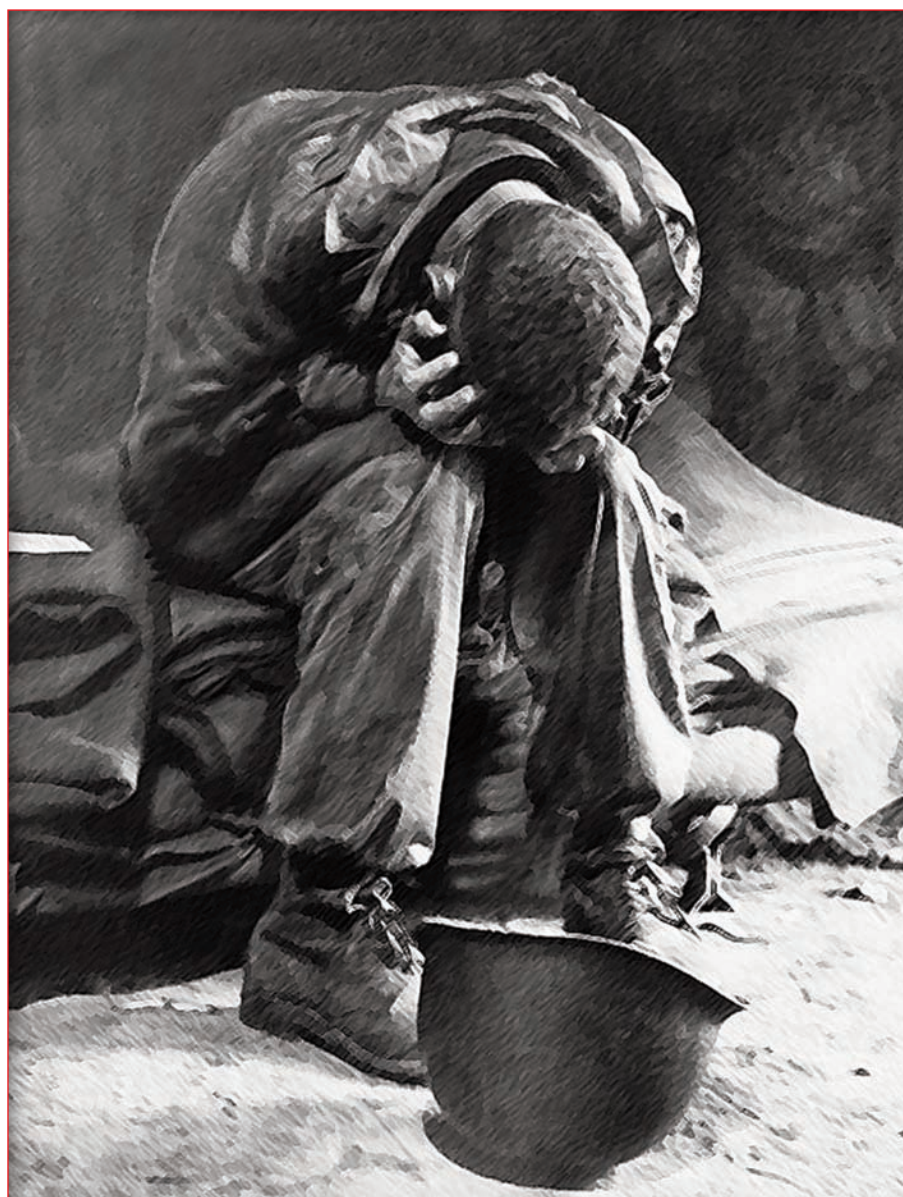
Figure 2 : Aides sociales sollicitées chez les patients pour lesquels une aide psychosociale a été sollicitée par le médecin, Thèse Dr Bourhis - 2009

l'importance de l'expérience professionnelle dans l'approche de tels troubles. Le problème posé par les pathologies psycho-traumatiques ne peut se résoudre en une « protocolisation » de la conduite à tenir. Plus que dans toute autre maladie, la prise en charge des ESPT nécessite trois domaines de compétence : le savoir, le savoir-être et le savoir-faire.

Des efforts ont été faits pour que les médecins militaires aient une meilleure connaissance des troubles psycho-traumatiques. Cela semble acquis et cette connaissance est étendue depuis quelques années à l'encadrement mais aussi à l'ensemble des militaires. Il est important qu'une meilleure appréhension de ces troubles permette à chacun d'initier la prise en charge de ces patients et de les orienter vers des soins spécialisés lorsque cela s'avère nécessaire. Il reste donc le savoir-faire. Actuellement, les efforts sont portés sur la préparation opérationnelle des unités et sur un meilleur suivi du personnel militaire. Pour cela, une meilleure coopération entre le service de santé, le commandement et les différents acteurs psychosociaux qui œuvrent à la prévention des troubles psycho-traumatiques chez les militaires est mise en place. C'est l'objectif du plan d'action « Troubles psychiques post-traumatiques dans les armées » élaboré par la Direction Centrale du Service de Santé

des Armées avec la collaboration des représentants des différentes armées, direction et services, ainsi que de la Gendarmerie nationale. L'objectif principal de ce plan est de garantir à tout militaire ou ancien militaire victime de troubles psychiques post-traumatiques du fait du service, le soutien et la reconnaissance qu'il est légitimement en droit d'attendre de l'Institution et de la Nation, ce qui implique une amélioration de la prise en charge immédiate et dans la durée. Il se décline en cinq objectifs majeurs :

- Mieux repérer et diagnostiquer les troubles psychiques post-traumatiques ;
- Mieux prendre en charge les conséquences immédiates, à court terme et à long terme, d'une rencontre avec un événement traumatique au plan psychique ;
- Garantir une juste réparation des troubles psychiques post-traumatiques ;
- Mieux répondre aux besoins psychosociaux spécifiques du militaire et de sa famille, avant, pendant et après les missions, mais aussi tout au long de sa carrière et, au-delà, après son retour à la vie civile ;
- Mieux reconnaître l'ampleur et l'impact des troubles psychiques post-traumatiques liés aux missions des armées.



LA COLOMBOPHILIE MILITAIRE. QUELQUES REPÈRES AU FIL DE L'HISTOIRE (2^{ème} partie)

F.-H. BOLNOT*

La seconde guerre mondiale

Malgré le développement des transmissions, les colombiers seront encore utilisés pendant le second conflit mondial, par les armées régulières au début de la guerre puis par la résistance française. Conscients de l'efficacité des volatiles, les allemands en interdirent l'usage dans les territoires occupés (photo n° 29). 16 500 pigeons-voyageurs furent alors parachutés de Londres en France pour permettre aux résistants français de fournir des informations au Royaume-Uni et transmettre informations ou ordres (photo n° 30) (photo n° 31). Les allemands dressèrent spécialement des faucons pour les attaquer en vol (photo n° 32).



Photo n° 29 - Transport des pigeons. Armée allemande.

Londres fut prévenu, le 17 mai 1943, par un message porté par le pigeon « Le Maquisard » au poste de radio de Toulouse, que 6 sous-marins allemands se trouvaient en rade de Bordeaux sans protection. Deux heures plus tard un bombardement de 34 avions « Liberator » neutralisa 4 des sous-marins.

Un autre pigeon, « White vision », affecté à un hydravion de la RAF, permit le sauvetage de l'appareil qui s'était abîmé en mer du Nord dans le froid et le brouillard.

GI Joe et la campagne d'Italie

GI Joe est l'un des plus célèbres pigeons militaires de la seconde guerre mondiale. Le 18 octobre 1943, pendant la campagne d'Italie, le 56^e régiment d'infanterie britannique est stoppé par les troupes allemandes sta-

tionnées dans le village de Calvi Vecchia. Ils demandent l'aide de l'aviation. Mais, contre toute attente, les défenseurs allemands se re-plient. Les britanniques se retrouvent ainsi à la place des Allemands dans Calvi Vecchia, cible désignée des bombardiers américains ! L'heure du bombardement prévu approche et le régiment britannique ne dispose plus d'aucun moyen de communication. Par chance, un soldat porte enfermé dans un petit panier de transport, « GI Joe », un pigeon voyageur américain affecté trois jours plus tôt à l'unité. Aussitôt lâché, il franchit en 20 minutes les 35 kilomètres qui séparent les forces anglaises et le terrain d'aviation d'où les bombardiers s'apprentent à décoller. L'ordre de mission est immédiatement annulé. Plus d'un millier de soldats et d'habitants ont ainsi été sauvés grâce à GI Joe, comme en atteste sa citation : *"This bird is credited with making the most outstanding flight by a USA Army Pigeon in World War II. Making the 20 mile flight from British 10th Army HQ, in the same number of minutes, it brought a message which arrived just in time to save the lives of at least 100 Allied soldiers from being bombed by their own planes."* Après la guerre, GI Joe fut transféré avec 24 autres pigeons héroïques à l'*US Army's Churchill Loft* au Fort Monmouth dans le New Jersey. Il termina sa vie de héros au zoo de Détroit où il vécut jusqu'à l'âge avancé de 18 ans. Sa dépouille empaillée est exposée à l'*US Army Communications Electronics Museum* du Fort Monmouth (photo n° 33).



Photo n° 33 - GI Joe.



Photo n° 30 - Avion conçu pour le lâcher de pigeons.



Photo n° 31 - Pigeon parachutiste (US Army).



Photo n° 32 - Les rapaces, une menace pour les messagers ailés.

UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA



Photo n° 34 - G.I. Joe et sa Dickin medal.



Photo n° 35 - Dickin medal.



Photo n° 37 - Unité colombophile allemande.



Photo n° 38 - Des pigeons dans les avions.

En novembre 1946, le Lord Mayor of London décerna la **Dickin medal** à G.I. Joe (photo n° 34). Cette distinction britannique fut créée en 1943 par Maria Dickin, fondatrice du *People's Dispensary for Sick Animals* (PDSA), pour distinguer les animaux s'étant illustrés par leurs actions en temps de guerre (photo n° 35). Entre 1943 et 1949, 54 Dickin Medal ont été attribuées à 18 chiens, 3 chevaux, 1 chat et 32 pigeons, parmi lesquels quelques célébrités : Winkie, le premier pigeon à recevoir la médaille, pour avoir transporté sur 120 miles le SOS d'un bombardier qui s'était écrasé ; ou encore Paddy, qui fit la traversée enregistrée la plus rapide de la Manche (4 heures 5 minutes sur 230 miles) en apportant des messages des plages du débarquement en Normandie.

Sur le mur de l'Atlantique la batterie de Merville, construite par les allemands, contrôlait la plage d'Ouistreham, dans le Calvados. La veille du jour prévu pour le débarquement, un commando de 750 hommes de la 6^{ème} division aéroportée britannique fut parachuté et neutralisa la batterie (photo n° 36). Les 150 survivants ne disposaient plus de radios en état de marche. Le « signal officer » Loring, porteur d'un pigeon dans la poche de son veston, lâcha l'animal avec un message annonçant que « le verrou de la libération de l'Europe avait sauté ». Le pigeon regagna l'Angleterre en quelques heures. Le débarquement pouvait avoir lieu !

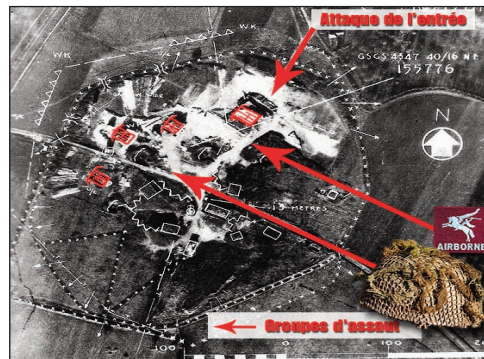


Photo n° 36 - L'attaque de la batterie de Merville.

Les pigeons du Reich

Les allemands utilisèrent les pigeons dans tous les pays occupés. 800 hommes étaient affectés aux services colombophiles, riches de 50 000 oiseaux. Heinrich Himmler était lui-même un amateur de pigeons, président de la « société

colombophile nationale germanique ». L'ensemble de la colombophilie allemande était placée sous contrôle de la Gestapo (photo n° 37). Dans le plan d'invasion de la Grande Bretagne, les pigeons devaient jouer un rôle important en permettant la transmission d'informations stratégiques recueillies par des agents infiltrés sur le territoire. Différentes méthodes avaient été imaginées pour introduire les oiseaux sur le sol britannique, jusqu'à d'éventuels parachutages de paniers ! La menace avait été globalement jugée suffisamment sérieuse en 1942 par le MI 5 pour que soient mis en place des élevages de faucons destinés à attaquer tout pigeon s'éloignant des côtes.

NB : ces informations, reprises par les BBC news (27/01/1999) paraissent toutefois en contradiction avec les mesures prises dès le début de la guerre par les britanniques pour protéger leurs propres pigeons voyageurs, dont ils équipaient avions et navires : les primes pour destruction des faucons pèlerins, ennemis naturels des pigeons, furent décuplées. L'espèce était en voie d'extinction sur le territoire à la fin de la guerre. (photo n° 38)

Un mystérieux revenant

En réhabilitant une cheminée condamnée dans sa maison de Bletchingley, dans le Surrey, le britannique David Martin a retrouvé en 2012 le squelette d'un pigeon, porteur d'un petit tube rouge fixé à une patte (photo n° 39).



Photo n° 39 - Les restes du pigeon.

Il contenait un message codé datant de la seconde guerre mondiale : des colonnes manuscrites de groupes de cinq lettres. L'association « Royal Pigeon Racing » et des historiens estiment que le messager provenait, le 6 juin 1944, des plages du débarquement en Normandie, porteur d'un message à destination du manoir de Bletchley Park. Ce dernier, situé à environ 100 km, abritait le quartier général du Chiffre britannique et le pigeonnier du MI 6 tenu par Charles Skevington. En raison du silence radio imposé le jour

UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA

J, de nombreux pigeons avaient effectivement été utilisés. Épuisé et désorienté par le mauvais temps, le pigeon se serait posé sur cette cheminée, puis serait tombé à l'intérieur. D'autres historiens pensent que le volatil rentrait en fait de l'Allemagne nazie avec de précieuses indications sur des cibles à bombarder. À l'appui de cette hypothèse, le fait que le message codé, signé d'un certain sergent W. Stoot, était destiné à « X02 », code correspondant au centre de commandement de bombardement. La Royal Air Force utilisa près de 250 000 pigeons voyageurs au cours de la seconde guerre mondiale. Une demande a été faite pour que ce valeureux pigeon retrouvé après plus d'un demi-siècle soit décoré lui aussi, mais à titre posthume, de la *Dickin Medal*.

Les pigeons furent également utilisés pendant la campagne d'Afrique du Nord, mais aussi en Inde, en Birmanie et pendant toute la durée de la guerre du Pacifique contre les troupes japonaises : Okinawa, Hawaï, Guadalcanal, etc. (photo n° 40) (photo n° 41)

La conférence de Postdam

Du 17 juillet au 2 août 1945, la conférence de Postdam, dans la région de Berlin, réunit Staline (pour l'URSS), Truman (pour les États-Unis) et Attlee (pour le Royaume-Uni) (photo n° 42). Les questions de l'occupation de l'Allemagne, des réparations, et de la dénazification sont définitivement réglées. À cette occasion, des pigeons très entraînés et longuement éprouvés transmettent à Londres des messages hautement confidentiels.

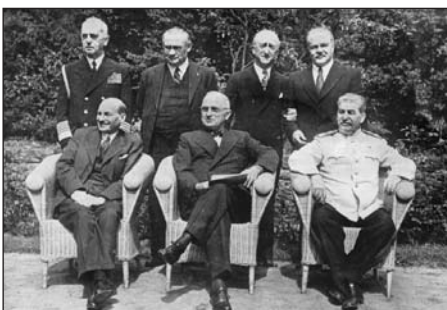


Photo n° 42 - Conférence de Postdam.

On trouve encore traces des militaires colombophiles pendant la guerre de Corée et en Indochine, pour communiquer entre des postes éloignés et le commandement. Le service colombophile était implanté à Saigon et le colporteur central à Cay-May (photo n° 43). Pendant la guerre d'Algérie, le colporteur militaire central était installé dans la banlieue d'Alger (photo n° 44).



Photo n° 43 - Corps expéditionnaires coloniaux.



Photo n° 44 - Colombier militaire d'Alger.

Par la suite l'usage militaire des pigeons-voyageurs cessa officiellement, mais pas leur élevage. Lors de la guerre du Golfe, des pigeons voyageurs reprirent du service au profit de l'armée américaine.

Le pigeon militaire aujourd'hui

La marine des États-Unis a ouvert à Hawaï une école de pigeons héliportés destinés au repérage des naufragés. Les couleurs des dinghys et des gilets de sauvetage (rouge, orange, jaune) sont associées à une récompense : à la vue de ces couleurs, les pigeons sont entraînés à appuyer sur une petite pédale déclenchant la récompense. Leur vue exceptionnelle leur permet de retrouver des naufragés avec une efficacité bien supérieure à celle des opérateurs humains. Ils sont placés dans une nacelle panoramique sous l'hélicoptère (photo n° 45).

Iran 2008 : les forces de sécurité iraniennes affirment avoir capturé deux pigeons voyageurs qualifiés « d'espions » près de l'usine d'enrichissement d'uranium de Natanz. Selon le journal *Etemad Melli*, l'un d'eux aurait été intercepté dans la ville voisine de Kashan, porteur d'une bague métallique et de « supports suggérant le transport d'un moyen quelconque de transmission d'informations » supposées avoir été recueillies lors du survol des installations.



Photo n° 40 - Parachutiste avec pigeons.



Photo n° 41 - Lâché de pigeons depuis un bombardier.



Photo n° 45 - pigeons positionnés sous l'hélicoptère.

UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA

Syrie 2012 : durant le siège de Homs par l'armée régulière syrienne, des pigeons voyageurs ont été utilisés pour faire passer des messages entre les différentes unités rebelles.

Des pigeons voyageurs « recrutés » pour des activités criminelles

Un pigeon voyageur qui transportait de la drogue vers une prison a été découvert à quelques mètres du pénitencier dans la ville colombienne de Bucaramanga. Le commandant de la police locale a expliqué que le pigeon transportait 40 grammes de marijuana et 5 grammes de « bazuco » (un mélange de cocaïne et d'autres substances) et se dirigeait vers la prison Modelo. L'oiseau n'est cependant pas parvenu à atteindre son but car le poids qu'il transportait l'a entraîné vers le sol. Des policiers qui surveillaient la zone ont remarqué que le pigeon était en difficulté et ont porté secours à l'animal. Ils ont alors découverts les petits paquets accrochés à ses ailes ! Pas d'information sur un éventuel dopage du messenger...

Le même moyen avait été utilisé pour acheminer des téléphones mobiles dans la prison de Marilia, au Brésil. Les pigeons nés et élevés à l'intérieur de la prison étaient « exfiltrés » par des visiteurs avant de revenir, porteurs de diverses cargaisons illégales (photo n° 46).



Photo n° 46 - Transport de drogue.



Photo n° 48 - Un couple uni Oeuvre d'Olga Tziboulsky!

Le pigeon, un auxiliaire militaire d'avenir ?

Au cours des différents conflits, le pigeon voyageur a fait la preuve de son endurance, de sa discrétion, de sa rapidité et, globalement, de son efficacité. Mais dans le contexte des conflits modernes a-t-il encore un rôle à jouer ? Si c'est le cas, ce sera sans doute dans des circonstances très particulières et difficilement généralisables compte tenu des limites de son utilisation, liées notamment aux capacités de l'animal.

Des facultés remarquables

La vision du pigeon voyageur joue un rôle fondamental dans sa capacité à rejoindre de façon quasi systématique son pigeonier. Par temps clair elle peut atteindre 70 km ! Conjugée à une « horloge interne » basée notamment sur le soleil, **la vue** constitue l'élément de base de la navigation. Si le vol de nuit est impossible, en revanche par temps couvert, en l'absence de soleil, le retour au colombier reste envisageable bien que moins rapide. En fonction des conditions météorologiques deux autres sens peuvent intervenir : **l'olfaction** et **la perception d'informations du champ magnétique terrestre**. Des pigeons lâchés à 1 000 km de leur colombier peuvent y revenir en une journée. Leur vitesse de vol varie en fonction des vents mais peut atteindre 120 km/h. Au-delà de 1 000 à 1 500 km, le retour peut poser problème. On cite cependant le cas d'un pigeon qui aurait parcouru 11 590 km en 24 jours, soit la distance entre Saïgon et le Nord de la France, pendant la guerre d'Indochine.

Le pigeon voyageur ne peut transporter qu'une charge limitée. Toutefois la miniaturisation des supports d'information, en particulier informatiques, relativise ce handicap (photo n° 47).



Photo n° 47 - Pigeon muni d'une balise GPS.

Mais le plus remarquable réside sans doute dans la volonté et la détermination de ces oiseaux à regagner leur point de départ, quelles que soient les conditions et les circonstances.

Quelle motivation pousse le pigeon à retourner dans son nid ?

Le principal moteur semble être la fidélité conjugale. Les pigeons sont fidèles et jaloux, très attachés à leur compagne (ou compagnon) (photo n° 48). Pour les moti-

UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA

ver à revenir très rapidement auprès de leur moitié, les colombophiles pratiquent la méthode dite du « veuvage » : les couples sont séparés pendant une semaine, puis juste avant le départ vers le lieu d'envol, réunit quelques minutes de chaque côté d'un grillage. Lorsqu'il est lâché, l'animal n'a plus qu'une seule idée : retrouver au plus vite son partenaire... auprès de qui on lui accordera un peu d'intimité, avant une nouvelle séparation. Une variante de cette technique consiste à jouer sur la relation forte existant entre un parent et ses pigeonneaux. Le but est d'entretenir la motivation (photo n° 49).



Photo n° 49 - La motivation du retour.

Des limites opérationnelles

Malgré sa remarquable faculté d'orientation, le pigeon est très sensible aux conditions météorologiques, aux odeurs, et il évoluera différemment selon l'heure de la journée. Par ailleurs, il ne reconnaît qu'un seul point d'attache et ne peut effectuer qu'une seule tâche : rejoindre son pigeonnier ! En principe celui qui la vu naître, au dessus duquel il a effectué son premier vol, ou bien celui où il séjourne depuis « un certain temps ». Un pigeon maintenu longtemps à distance pourrait finir par considérer le nouveau pigeonnier comme le sien... et ne plus vouloir le quitter.

A l'heure actuelle, alors que les opérations militaires s'effectuent principalement hors territoire national, l'utilisation de pigeons voyageurs supposerait une adaptation et une acclimatation des oiseaux aux différentes conditions de terrain afin de les rendre capables d'intervenir depuis tous les théâtres du globe sans distinction de milieux ou de spécificités géographiques. Les pigeons supportent mal la chaleur et l'humidité, ce qui avait déjà posé problème en Indochine : les oiseaux venus de France avaient dû faire l'objet d'une longue sélection.

Des expérimentations sont actuellement menées pour essayer de contrôler le vol des pigeons. Des scientifiques chinois ont affirmé y être parvenus en implantant des microélectrodes dans le cerveau des oiseaux (photo n° 50). Au-delà des considérations d'éthique et de bienveillance inhérentes à toute forme d'expérimentation animale, les qualités intrinsèques des pigeons voyageurs conjuguées avec les avancées scientifiques ouvriront peut-être de nouvelles perspectives.

Conclusion

La colombophilie militaire remonte à l'Antiquité et a traversé les siècles émaillés de nombreux conflits. Les pigeons voyageurs s'y sont révélés des atouts précieux pour permettre l'échange d'informations dans des conditions difficiles où tout autre moyen de communication s'avérait impossible. A l'heure actuelle, compte tenu de l'évolution des techniques et des théâtres d'opérations, l'utilisation des capacités remarquable de ces oiseaux, bien que techniquement envisageable, semble toutefois limitée à des situations exceptionnelles (photo n° 51). Le regain d'intérêt pour la colombophilie manifesté par certains acteurs internationaux peut cependant poser question. Ce qui justifie pleinement, si besoin en était et au-delà du caractère historique et patrimonial, le maintien en activité du colombier militaire national.

Lecture recommandée

Florence Calvet, Jean-Paul Demonchaux, Régis Lamand et Gilles Bornert : « Une brève histoire de la colombophilie », *Revue historique des armées*, **248**, 2007, p. 93-105.

Historique : (photo n° 52) insigne «sauvage» de la «Promotion Pigeon» créé par les élèves de l'École du Service de Santé, qui, en octobre 1940 durent renoncer «volontairement» à leur emploi de médecin ou pharmacien auxiliaire et aux prérogatives attachées à cet emploi.

Photo n° 53 : collaboration animale au service des armées ! Un chien achemine des pigeons vers la ligne de front pendant la première guerre mondiale.

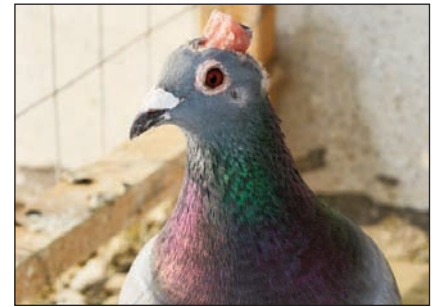


Photo n° 50 - Pigeon préparé pour l'implantation d'électrodes.



Photo n° 51 - Les pigeons au service des armées.



Photo n° 52 - Promotion Pigeon.



Photo n° 53 - Chien transporteur de pigeons sur le front.

UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA

PRISE EN CHARGE BUCCO DENTAIRE DU PERSONNEL NAVIGANT

M. GUNEPIN*, F. DERACHE**, L. DYCHTER***, Y. ZADIK****, T. AUDOAL*****, D. RIVIERE*****

Résumé :

Au cours des vols, le personnel navigant, notamment au sein des armées, est soumis à des contraintes environnementales importantes. Parmi celles-ci, ce sont les variations de pression atmosphérique qui impactent le plus la santé bucco-dentaire du personnel navigant. Ces variations de pression peuvent être à l'origine de barotraumatismes dentaires (fractures d'odontes et/ou de matériaux de restauration dentaire et diminution de la rétention des dispositifs prothétiques) et de barodontalgies (douleurs dentaires liées aux variations de pression). Ces complications odontologiques liées à l'évolution dans le domaine de l'aéronautique peuvent diminuer les performances du personnel navigant et ainsi compromettre la sécurité des vols. Ajouté à ces complications aiguës, un phénomène odontologique chronique peut également survenir : le bruxisme diurne. La fréquence du bruxisme diurne est majorée de manière importante au sein du personnel navigant, surtout chez les pilotes de chasse, du fait du défaut d'adaptation de certains pilotes aux contraintes environnementales et aux hauts niveaux de stress émotionnel.

Le personnel navigant étant soumis à des contraintes spécifiques, il peut développer des pathologies qui lui sont propres. Pour pallier ces complications il est indispensable de pouvoir proposer une prise en charge odontologique adaptée au personnel navigant en termes de dépistage, de prévention, de traitements et de mise en place de restrictions de vol propres au domaine de l'odonto-stomatologie.

Mots clés : Barodontalgie. Barotraumatisme dentaire. Bruxisme. Dentisterie aéronautique.



Lockheed C-5B Galaxy — USAF.

l'odonte, détérioration des matériaux de restauration dentaire, diminution de la rétention des dispositifs prothétiques) accompagnés ou non de douleurs (barodontalgies) (1), d'autres non comme l'augmentation de l'incidence du bruxisme diurne chez le personnel navigant. Ce personnel navigant étant responsable du bon déroulement des vols et de fait, de la vie de l'équipage et des passagers, son incapacité résultant de ces complications odontologiques peut mettre en péril la sécurité du vol. Le concept de dentisterie aéronautique est né au cours de la seconde guerre mondiale pour garantir la sécurité des vols. Il repose sur une prise en charge bucco-dentaire adaptée au personnel navigant en termes de dépistage, prévention, traitements et restrictions temporaires de vol.

I. INTRODUCTION

Peu de temps après les débuts de l'aviation moderne, des complications odontologiques liées à l'évolution dans le domaine de l'aéronautique sont apparues. Certaines de ces complications sont liées aux variations de la pression atmosphérique comme les barotraumatismes dentaires (fracture de

* CD, CMA de Draguignan (Auteur correspondant, courriel : mgunepin@yahoo.fr)

** CD, Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et de Stomatologie de l'HIA Ste Anne de Toulon

*** Dr, International Association of Aerospace Dentistry – Chula Vista- California- USA

**** Cdt, Zrifin Central Dental Clinic and The Center for Health Promotion and Preventive Medicine Jerusalem – ISRAËL

***** MP, CMI des forces françaises au GABON

***** MC, CMA de Draguignan

UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA



Dassault Mirage 2000N — Armée de l'Air.

II. PATHOLOGIES BUCCO-DENTAIRES LIEES A L'EVOLUTION DANS LE DOMAINE DE L'AERONAUTIQUE.

A. Les barodontalgies.

1. Définition.

On appelle barodontalgies les douleurs dentaires dues à une exposition à de brusques diminutions ou augmentations de la pression atmosphérique (2, 3). Elles sont les premiers symptômes dentaires décrits spécifiquement chez les sujets volant à haute altitude (4). Dans certains cas, ces douleurs peuvent être suffisantes pour compromettre la bonne marche de la mission et la sécurité des vols (5).

Les barodontalgies sont connues pour survenir à des altitudes comprises entre 5.000 et 35.000 pieds avec une fréquence plus importante entre 9.000 et 27.000 pieds (6). Elles sont plus fréquentes lors de l'ascension (6-8).

La prévalence des barodontalgies chez le personnel navigant varie selon les auteurs de 0,26 à 9% (3, 6, 9-12) avec une prévalence plus importante chez les pilotes de chasse que chez les pilotes d'hélicoptère et de transport (11).

2. Etiopathogénie.

Bien que les mécanismes de survenue des barodontalgies soient encore largement méconnus, un consensus tend vers l'existence d'une relation étroite entre les barodontalgies et le terrain de survenue qui peut comporter :

- Des pathologies bucco-dentaires pré-existantes sub-cliniques (13) (abcès dentaires ou parodontaux, caries, pathologies pulpaires, parodontites apicales (14), etc.).
- Des soins dentaires inadéquats (traitements endodontiques incomplets,

défaut de curetage de carie). L'expansion de gaz piégés suite à la réalisation de traitements endodontiques incomplets est régulièrement avancée comme étiologie possible des barodontalgies (15, 16).

- Des extractions récentes (6, 7).
- Des restaurations profondes (17).
- Des dents incluses.

B. Les barotraumatismes dentaires.

Le barotraumatisme est une réponse pathologique au changement de pression atmosphérique (18). Selon la loi de Boyle-Mariotte, à température constante et pour une quantité de gaz donnée, le facteur Pression x Volume est constant. Dit autrement, quand la pression décroît, le volume augmente.

Les accidents dysbariques ou barotraumatismes sont dus à la déformation des cavités aériennes de l'organisme provoquée par la modification du volume gazeux lorsque la pression varie. Celles dont les parois sont indéformables, tels les sinus, l'oreille moyenne ou les dents, doivent s'y adapter par la libre communication avec les voies aériennes. Si les orifices de communication sont obstrués ou très étroits, l'air ne peut y pénétrer et l'équilibration des pressions devient impossible, engendrant un barotraumatisme (18). Au niveau dentaire, ce barotraumatisme peut se traduire par des fractures dentaires (odonte (*odontocrexis*) et/ou restauration dentaire) et des descellements de prothèses dentaires.



Sikorsky HH-60M — USAF.



Eurocopter EC-725R2 — Armée de l'Air.



Lockheed C-5B Galaxy — USAF.



Dassault Super Etendard — Marine Nationale.

1. Fractures dentaires.

Du fait de la pressurisation des cabines, il semble que la fréquence des fractures dentaires liées aux variations de pression atmosphérique ait nettement diminué depuis la seconde guerre mondiale. Cependant, l'incidence réelle de ces fractures dentaires reste inconnue.

Les mêmes facteurs prédisposant aux barotraumatismes dentaires en milieu hypobare apparaissent systématiquement dans les cas cliniques rapportés (19, 20) et dans les études *in vitro* (19, 21). Il s'agit :

- de fêlures ou fissures pré-existantes au niveau des dents et/ou des obturations dentaires ;
- de reprises de carie sous une obturation (carie secondaire ou défaut de curetage initial).

A notre connaissance, jusqu'à ce jour, un seul cas a été rapporté quant à la fracture d'une dent saine liée à des variations de pression (22).



Sikorsky CH-53-2000 — Israel Air Force.

Le risque de destruction d'une dent du fait de la présence d'une obturation non étanche est minime en l'absence de variations de pression atmosphérique. C'est pourquoi, s'il n'existe pas de lésion active (absence de carie ou carie arrêtée), le praticien choisit parfois l'abstention thérapeutique (23). Par contre, soumises à des variations de la pression atmosphérique, ces lésions peuvent avoir des conséquences délétères avec l'éclatement de la dent et/ou de l'obturation dentaire (19).

2. Diminution de la rétention des prothèses dentaires.

Les changements de pression au niveau des bulles d'air microscopiques contenues dans certains ciments de scellement des prothèses conjointes (couronnes, bridges, etc.) peuvent entraîner une diminution significative de la rétention de ces dispositifs prothétiques allant jusqu'au descellement (24, 25). Lyons et coll. ont étudié les effets de modifications cycliques de la pression atmosphérique (jusqu'à 3 atm) sur la rétention de couronnes scellées sur des dents extraites. Un nombre significatif de couronnes scellées avec des ciments à base de phosphate de zinc ou des ciments verre-ionomère avait une diminution de leur rétention (approximativement 90 % et 50 % respectivement). Par contre, aucune diminution de la rétention n'était à noter au niveau des couronnes scellées avec des ciments résines (24, 25).

La diminution de la pression atmosphérique peut également entraîner une diminution de la rétention des appareils amovibles complets surtout au maxillaire (26).

C. Le bruxisme diurne.

Le bruxisme peut se définir comme des mouvements masticatoires et des grincements (et/ou serremments) des dents répétitifs, involontaires et inconscients, sans but fonctionnel et associés à l'usure anormale des dents et à un inconfort musculaire et/ou articulaire (27). Selon Lavigne et al., 20% de la population générale souffre de bruxisme diurne (28). Cette fréquence est beaucoup plus importante chez le personnel navigant comme le rapportent deux études récentes (29, 30) :

UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA

- Dans une étude menée sur 100 pilotes de l'Indian Air Force (IAF), les auteurs indiquent que 51% des individus souffrent de bruxisme diurne (61% des pilotes d'hélicoptères, 57% des pilotes de chasse, 32% des pilotes de transport).
- Dans une étude menée sur 57 officiers de l'armée de l'air de l'Israël Defence Forces (IDF), 69% des pilotes souffraient de bruxisme diurne (70,6% des pilotes de chasse et 66,7% des pilotes d'hélicoptères). Les auteurs comparent ce résultat au 27% d'officiers de l'armée de l'air non pilotes qui souffrent de bruxisme diurne.



Lockheed C-130E — Israel Air Force.

Ces deux études montrent une fréquence de bruxisme diurne extrêmement importante au sein du personnel navigant et plus particulièrement des pilotes de chasse et d'hélicoptère. Ces travaux corroborent ceux de Goldbush et al. qui indiquaient une fréquence de bruxisme chez les pilotes de chasse durant la seconde guerre mondiale de 60 à 70% (31). L'étude menée au sein de l'IDF est d'autant plus intéressante que la fréquence de bruxisme diurne chez les officiers non pilotes est quasi identique à celle de Glaros au sein de la population générale (27% contre 30%). Ceci semble indiquer que le facteur de risque prédominant à la survenue du bruxisme est le fait d'être pilote. Le monde aéronautique militaire présente la particularité de la possibilité d'un stress intense même en période de paix (31-34). Les contraintes extérieures vont perturber l'homéostasie du pilote qui va devoir réagir pour revenir à une situation d'équilibre. La pertinence et l'efficacité des stratégies mises en place

par le pilote pour revenir à la situation initiale déterminent les conséquences physiologiques des contraintes. Ainsi, le bruxisme peut traduire une inadaptation à ces contraintes. Il apparaît dans les études de l'IDF et de l'IAF que les pilotes souffrant de bruxisme sont ceux qui mettent en place les stratégies d'adaptation les moins performantes avec une approche plus émotionnelle et une « fuite » devant la contrainte. Au contraire, les pilotes ne souffrant pas de bruxisme adoptent des stratégies construites et beaucoup plus rationnelles (29, 30).

III. PRISE EN CHARGE BUCCO-DENTAIRE DU PERSONNEL NAVIGANT : LE CONCEPT DE DENTISTERIE AERONAUTIQUE.

A. La prévention.

Une attention particulière doit être portée sur la prévention des problèmes dentaires. Rayman met en exergue l'importance du maintien d'une bonne santé bucco-dentaire chez le personnel navigant (35) afin de prévenir une diminution des performances au cours des vols liés à des douleurs dentaires et/ou à un barotraumatisme dentaire. Au niveau des armées, la prévention passe notamment par la réalisation par les médecins et/ou les chirurgiens dentistes militaires de séances d'éducation sanitaire au niveau des escadrons afin de sensibiliser le personnel navigant à l'impact potentiellement délétère des pathologies bucco-dentaires sur la sécurité des vols mais aussi à l'importance du maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire et d'une bonne hygiène alimentaire. En effet, du fait de la nature même de son travail (décalages horaires, prises alimentaires erratiques), le personnel navigant civil et encore plus militaire a tendance à fractionner ses prises alimentaires tout au long de la journée et à consommer des encas hautement énergétiques et des boissons sucrées (36). De plus, du fait de l'irrégularité des heures de travail et des décalages horaires, l'hygiène bucco-dentaire est souvent négligée chez le personnel navigant.

B. Dépistage des pathologies.

Le diagnostic précoce des pathologies bucco-dentaires est primordial chez le personnel navigant. Une attention particulière doit être portée aux obturations



Aerospatiale SA-365N3 Dauphin — Marine Nationale.



Eurocopter EC-725AP — Armée de l'Air.



Lockheed C-130T — USN.



Sikorsky HH-60L — USAF.

défectueuses (fracturées ou fêlées), aux obturations n'ayant qu'une faible rétention et aux reprises de carie sur des obturations existantes. Des tests de vitalité pulpaire et des clichés radiographiques rétro-alvéolaires doivent être systématiquement réalisés au niveau de chaque dent présentant une obturation volumineuse afin de vérifier l'absence de nécrose pulpaire (37). Les clichés radiographiques rétro-alvéolaires permettent également la mise en évidence de pathologies non visibles à l'examen endo-buccal (caries proximales, etc.). Les clichés radiographiques panoramiques dentaires sont d'une grande utilité dans le dépistage de certaines pathologies mais aussi comme pièce médico-légale en vue d'identification éventuelle (37, 38).

Une forte prévalence de bruxisme chez le personnel navigant ayant été mise en évidence à plusieurs reprises notamment au sein de l'armée de l'air israélienne (39, 40), les chirurgiens dentistes doivent également vérifier l'absence de signes d'abrasion au niveau des tables occlusales et des bords libres des dents.



CASA CN235M-100 — Armée de l'Air

C. Thérapeutiques.

D'un point de vue thérapeutique, la dentisterie aéronautique n'implique en rien des compétences techniques particulières, un soin dentaire réalisé sur un pilote sera identique au même soin réalisé sur un patient lambda. Par contre, pour un même symptôme, le choix thérapeutique pourra varier et le chirurgien dentiste devra prendre des décisions adaptées aux conditions de travail du pilote. Ceci nécessite des connaissances particulières liées au milieu aéronautique.

1. Odontologie conservatrice.

Les obturations défectueuses, même sans risque d'évolution de la lésion vers la pulpe, doivent être systématiquement trai-

tées chez le personnel navigant car ce type d'obturation représente une source de complications potentiellement algiques, notamment de fractures dentaires barotraumatiques.

Les coiffages pulpaires directs et indirects sont à proscrire chez le personnel navigant (41) car ces traitements peuvent être à l'origine de douleurs intenses du fait de variations de pression atmosphérique. En cas d'effraction du tissu pulpaire ou lorsque la pulpe dentaire est visible par transparence, le choix thérapeutique doit se porter systématiquement chez le personnel navigant sur la pulpectomie de la dent (11).

Face à une carie profonde ne nécessitant pas un traitement endodontique, un fond de cavité doit obligatoirement être mis en place (verre ionomère, hydroxyde de calcium, etc.) avant la pose du matériau de restauration définitif pour protéger le tissu pulpaire des variations de pression atmosphérique (11).

2. Odontologie prothétique.

Face aux variations de pression atmosphérique, il faut veiller à la bonne rétention des dispositifs prothétiques. Ceci concerne aussi bien :

- les prothèses adjuvées : du fait de la diminution de la rétention des prothèses adjuvées liée aux variations de pression atmosphérique (42), les systèmes implanto-portés sont à privilégier par rapport aux seuls appuis dentaires et muqueux. Il est à noter que l'instruction ministérielle numéro 800 relative à l'aptitude médicale aux emplois du personnel navigant des forces armées françaises précise que les prothèses amovibles ne sont pas admises chez le personnel navigant (43).
- les prothèses conjointes : le choix du ciment de scellement joue un rôle très important dans la rétention de la prothèse. L'utilisation des ciments résine est à privilégier chez le personnel navigant (44), les ciments à l'oxyphosphate de zinc (44-46) et les ciments verre ionomère (44) contenant des bulles d'air pouvant entraîner des fissures du ciment allant jusqu'au descellement de la couronne (47).

UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA

3. Chirurgie buccale.

Lors de l'extraction de dents maxillaires postérieures, le chirurgien dentiste doit veiller à ne pas créer une communication bucco-sinusienne. Ces communications peuvent entraîner des sinusites (48) et avoir des conséquences délétères si le patient est exposé à des changements de pression atmosphérique. Ces communications, lorsqu'elles surviennent, doivent impérativement être refermées (49).

4. Bruxisme.

Afin de diminuer la fréquence du bruxisme et ses conséquences délétères, l'armée fournit au personnel navigant les moyens de réagir efficacement et de façon adaptée dans les diverses situations auxquelles il peut être confronté lors de ses missions opérationnelles. Ceci passe:

- Par des formations spécifiques proposées par le commandement pour aider le personnel navigant à mieux gérer les contraintes environnementales et les hauts niveaux de stress émotionnel. Ces formations reposent essentiellement sur l'utilisation de simulateurs de vols (50).
- Par l'enseignement des Techniques d'Optimisation du Potentiel. Initiées dans les années 1990 par l'école interarmées du sport sur la base de la préparation mentale du sportif (51), les TOP sont un ensemble de moyens et de stratégies mentales permettant à chacun de mobiliser au mieux ses ressources physiques et psychologiques en fonction des exigences des situations qu'il rencontre. Les TOP font appel aux procédés de base que sont la respiration, la relaxation et l'imagerie mentale.

D. Restrictions de vol.

Des restrictions de vols s'imposent à partir du moment où est suspectée chez le personnel navigant l'existence d'interférences entre la sphère bucco-dentaire et ses capacités à voler. A travers une revue de la littérature internationale (13, 52-56), nous proposons une liste non exhaustive des symptômes et traitements à l'origine de restrictions de vol dans le domaine de l'odonto-stomatologie :

- Une interdiction de vol de 8 heures est recommandée après une anesthésie dentaire locale. Des procé-

dures anesthésiques plus compliquées nécessiteront une période de restriction plus longue (56-58).

- Un pilote pour qui un traitement endodontique s'impose doit être exempté de vol, du moment où la thérapeutique endodontique est décidée jusqu'à l'accomplissement complet du soin. Le pilote pourra reprendre ses vols seulement 24 heures après que les derniers symptômes liés au traitement endodontique ont disparu (59).
- Une restriction de vol de 48 heures minimum après une extraction dentaire. Des modifications de pression dans les heures qui suivent une extraction dentaire peuvent entraîner des saignements importants consécutifs au rejet du caillot (55). Le risque d'emphysème est également augmenté dans ce cas (60). Quant à l'éventuel œdème post-opératoire, il peut gêner la mise en place du casque chez les pilotes (61). Cette restriction est d'une semaine au moins suite à une extraction chirurgicale et le feu vert ne peut être donné qu'après contrôle post-opératoire par le chirurgien dentiste.
- Une restriction de vol d'une à deux semaines suite à la pose d'une membrane de régénération tissulaire guidée (62).
- Une restriction de vol de 10 jours minimum pour une alvéolite sèche (*dry socket*) (13).
Une restriction de vol de 10 jours suite à la pose d'un implant dentaire (début de la phase d'ostéointégration) (62).
- Une restriction de vol de 24 heures minimum suite à la pose ou au réglage d'un appareil d'orthodontie. Ces opérations peuvent entraîner un inconfort important pour le pilote, perturbant de fait sa concentration et son attention (54).
- Une restriction de vol s'impose lorsque le patient prend des médicaments pouvant provoquer des vertiges et/ou une altération de la vigilance (exemple des analgésiques) ou des troubles digestifs importants (exemple de certains antibiotiques) (63).



Sikorsky HH-60L — USAF.

UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA

- Les douleurs dentaires interfèrent souvent avec le sommeil. Le chirurgien dentiste doit donc conseiller au personnel navigant de s'abstenir de voler jusqu'à la disparition des douleurs et le retour d'un sommeil normal (63).

IV. CONCLUSION.

En étant soumis à des contraintes environnementales particulières, le personnel navigant peut développer des pathologies qui lui sont propres (barodontalgies, baro-

traumatismes dentaires, etc.). De ce fait, le personnel navigant constitue une population spécifique qui nécessite une prise en charge odontologique adaptée en terme : de dépistage, de prévention, de thérapeutiques et de mise en place de restrictions temporaires de vol. Pour que cette prise en charge soit efficace et efficiente, il apparaît indispensable de sensibiliser les patients et surtout les praticiens, médecins et chirurgiens dentistes, à l'intrication qui existe entre la sphère bucco-dentaire et le monde de l'aéronautique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Zadik Y. Dental barotrauma. *Int J Prosthodont* 2009;22:354-7.
2. Boggia R. The ups and downs of barodontalgie. *Br Dent J* 1998;184(5):209.
3. Devoe K, Motley HL. Aerodontalgie. *Dent Dig* 1945;51:16-18.
4. NASA. NASA dental program for manned space flight. N74-76113 00/99 47596 Unclassified.
5. Holowatyj RE. Barodontalgie among flyers: a review of seven cases. *J Can Dent Assoc* 1996;62(7):578-84.
6. Surgeon General Australian Defense Force (SGADF). Health Policy Directive N°411. Aviation and Diving – dental considerations. www.defense.gov.au/dpe/dhs/infocentre/publications/directives/HPD411.pdf
7. Hodges FR. Barodontalgia at 12.000 feet. *J Am Dent Assoc* 1978;97(1):66-8.
8. Fleury JE, Deboets D, Voisin D, Assaad C, Maffre N, Viou F, Bellaiche G. Aerodontalgia. Report of a case. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1988 ;89(1) :15-20.
9. Orban B, Richtey BT. Toothache under conditions simulating high altitude flight. *J Am Dent Assoc* 1945;32:145-80.
10. Harvey W. Dental pain while flying or during decompression tests. *Br Dent J* 1947;82:113.
11. Zadik Y, Chapnik L, Goldstein L. In flight barodontalgie: analysis of 29 cases in military aircrew. *Aviat Space Environ Med* 2007;78(6):593-6.
12. Sipahi C, Kar MS, Durmaz C, Dikicier E, Bengui U. Türk Hava Kuvvetleri uçuş personelinde görülen barodontalji prevalansı. *Gülhane Tıp Dergisi* 2007;49:1-4.
13. Worboys D, Flanagan S, Robinson B. Flying restrictions following dental treatment. *The Australian Navy Aviation Safety Information Magazine* 2006 august:12-13.
14. Jacobi-Pasquet J, Abbura L, Pasquet K, Kossowski M. Prévention des foyers infectieux dentaires chez le personnel navigant militaire : A propos de 3 cas. *Médecine aéronautique et spatiale* 2007 ;48(178) :33-8.
15. Rai B. Barodontalgia. *The internet Journal of Dental Science*. 2009;6(2)
16. Holowatyj RE. Barodontalgie among flyers: a review of seven cases. *J Can Dent Assoc* 1996;62(7):578-84.
17. Rochibaud R, Mc Nally ME. Barodontalgia as a differential diagnosis: Symptoms and findings. *J Can Dent Assoc* 2005;71(1):39-42.
18. Jung TT, Hanson JB. Classification of otitis media and surgical principles. *Otolaryngol Clin North Am* 1999 ; 32 : 369-83.
19. Sognnaes RF. Further studies of aviation dentistry. *Acta Odontol Scand* 1946 ; 7 : 165-73.
20. Zadik Y, Einy S, Pokroy R, Bar Dayan Y, Goldstein L. Dental fracture on acute exposure to high altitude. *Aviat Space Environ Med* 2006 ; 77 : 654-7.
21. Armstrong HG, Huber RE. Effects of high-altitude flying on human teeth and restorations. *Dent Dig* 1937;43 : 132-4.
22. Gunepin M, Derache F, Audoual T. Fracture of a sound tooth in a pilot under hypobaric conditions. *Aviat Space Environ Med* 2010;81:691-693.
23. Kidd EA. How "clean" must a cavity be before restoration ? *Caries Res* 2004 ; 38 : 305-13.
24. Lyons KM, Rodda JC, Hood JA. The effect of environmental pressure changes during diving on the retentive strength of different luting agents for full cast crowns. *J Prosthet Dent* 1997 ; 78 : 522-7.
25. Lyons KM, Rodda JC, Hood JA. Barodontalgia : a review, and the influence of simulated diving on microleakage and on the retention of full cast crowns. *Mil Med* 1999 ; 164 : 221-7.
26. Snyder FC, Kimball HD, Bunch WB, Beaton JH. Effect of reduced atmospheric pressure upon retention of dentures. *J Am Dent Assoc* 1945 ; 32 : 445-50.
27. Glaros AG. Incidence of diurnal and nocturnal bruxism. *J. Prosthet. Dent.* 1981; 45 (5) : 545-549.
28. Lavigne GJ, Montplaisir J. Bruxism: epidemiology, diagnosis, pathophysiology, and pharmacology. In: Friction JR, Dubner RB, editors. *Orofacial pain and temporomandibular disorders*. New York: Raven Press; 1995. pp. 387-404.
29. Kaushik SK, Madan R, Gambir A, Prasanth T. Aviation stress and dental attrition. *Ind J Aerospace Med* 2009;53(1): 6-10.

UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA

30. Lurie O, Zadik Y, Einy S, Tarrasch R, Raviv G, Goldstein L. Bruxism in military pilots and non-pilots: tooth wear and psychological stress. *Aviat Space and Environ Med* 2007;78(2): 137-139.
31. Takla NK, Koffman R, Bailey DA. Combat stress, combat fatigue, and psychiatric disability in aircrew. *Aviat Space and Environ Medicine* 1994;65(9):858-65.
32. Bowles S, Ursin H, Picano J. Aircrew perceived stress: Examining crew performance, crew position and captains personality. *Aviation, space, and environmental medicine* 2000, 71, 1093 – 1097.
33. Parsa B, Kapadia AS. Stress in Air Force aviators facing the combat environment. *Aviation, space, and environmental medicine* 1997 ;68 :1088-92.
34. François M, Lievin D, Mouzé-Amadi M. Activité, charge de travail et stress du personnel navigant des compagnies aériennes. Document médico-technique, INRS, document pour le médecin du travail, 3^{ème} trimestre 2007, 307-33.
35. Rayman RB. Aircrew health care maintenance. In: DeHart RL, editor. *Fundamentals of aerospace medicine*. Philadelphia: Lea and Febiger; 1985. p. 407.
36. Ellingham HK. Dentistry in the military. *Br Dent J* 2002;193:427–8.
37. Zadik Y, Einy S, Pokroy R, Bar Bayan Y, Goldstein L. Dental fractures on acute exposure to high altitude. *Aviat Space Environ Med* 2006;77:654–7.
38. Zadik Y. Barodontalgia due to odontogenic inflammation in jawbone. *Aviat Space Environ Med* 2006;77:864–6.
39. Zadik Y, Somekh M. Periodic dental imaging of aircrews: a supportive opinion. The 2nd Israeli National Conference of Aviation Medicine, Herzeliya, January 2006.
40. Jacobus BB. Flying personnel and occlusal/mandibular dysfunction. *Aviat Space Environ Med* 1984;55:141–2.
41. Kidd EA. How “clean” must a cavity be before restoration? *Caries Res* 2004;38:305–13.
42. Verunac JJ. Recurrent severe facial emphysema in a submariner. *J Am Dent Assoc* 1973;87:1192–4.
43. Instruction ministérielle N°800/DEF/DCSSA/AST/AME relative à l'aptitude médicale aux emplois du personnel navigant des forces armées du 20 février 2008. Bulletin officiel des armées. Edition chronologique n° 14 du 11 avril 2008. Partie permanente, État-major des Armées – texte n° 9.
44. Snyder FC, Kimball HD, Bunch WB, Beaton JH. Effect of reduced atmospheric pressure upon retention of dentures. *J Am Dent Assoc* 1945;32:445–50.
45. Lyons KM, Rhodda JC, Hood JA. The effect of environmental pressure changes during diving on the retentive strength of different luting agents for full cast crowns. *J Prosthet Dent* 1997;78: 522–7.
46. Musajo F, Passi P, Girardello GB, Rusca F. The influence of environmental pressure on retentiveness of prosthetic crowns: an experimental study. *Quintessence Int* 1992;23:367–9.
47. Jagger RG, Jackson SJ, Jagger DC. In at the deep end—an insight into scuba diving and related dental problems for the GDP. *Br Dent J* 1997;183:380–2.
48. Lyons KM, Rodda JC, Hood JA. Barodontalgia: a review, and the influence of simulated diving on microleakage and on the retention of full cast crowns. *Mil Med* 1999;164:221–7.
49. Susarla SM, Blaeser BF, Magalnick D. Third molar surgery and associated complications. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2003;15:177–86.
50. Groupe Thalès. Systèmes de simulation pour la défense. Maximiser l'efficacité opérationnelle. Accessible le 6 mai 2010 sur https://www1.online.thalesgroup.com/col/images/security/fr/simulation_fr.pdf
51. Circulaire N°7835/DEF/EMA/CNSD/DEHN/BREF du 19 février 2008 relative à la formation et à l'enseignement des techniques d'optimisation du potentiel (TOP) au sein des forces armées.
52. US Army. DNIF (Duties Not to Involve Flying). AF Form 1418: recommendation for flying or special operations duty – Dental.
53. Australian Army. Defence Instruction (General) OPPTS 22-2.
54. Morlang WM. Dental considerations in aerospace medicine. *Fundamentals of aerospace medicine*. Fourth Edition. (Ed Lippincott and Wilkins). 2008;447-452.
55. Zadik Y. Aviation dentistry: current concepts and practice. *Br Dent J* 2009;206:11-16.
56. OTAN - Standardization Agreement 3474 - 4^{ème} édition. Restrictions temporaires de vol dans le cas de perturbations physiologiques exogènes. Pro-mulgué le 18/10/1996, amendé le 28/11/1997. Ratifié sans réserve par la France le 26/06/2007 par 1321/DEF/EMA/SLI/LIA/NP
57. Army regulation 40-8. Temporary flying restrictions due to exogenous factors affecting aircrew efficiency. Headquarters – Department of the army. Washington DC. 16 may 2007.
58. Lam DM. International military medical standardization – status and prospects. Présenté à la RTO HFM Specialist' Meeting on “the Impact of NATO Standardization Military Missions on Health Care Management”, à Kiev (Ukraine) du 4 au 6 septembre 2000 et publié dans le RTO MP-068.
59. Air Force Instruction 47-101. Managing air force dental service. 5 may 2000. By order of the secretary of the Airforce.
60. Wilson GA, Galle S, Greene C. Subcutaneous emphysema after extraction of maxillary teeth: report of a case. *J Am Dent Assoc* 1983;106:836-7.
61. Gibbons AJ. In-flight oral-facial pain. *Br Dent J* 2003;194:5.
62. USAF dental evaluation and consultation service Dental readiness training for medical providers.
63. Gunepin M, Derache F, Audoual T. Chirurgie dentaire et restrictions de vol. *Revue de médecine aéronautique et spatiale* – 2012 ;53(197/12) :27-30.

UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA



LES OCTASSA DE RÉSERVE, HIER. RÉTROSPECTIVE.

P.J. LINON*

Le statut particulier des OCTA date du 24 décembre 1976. Mais pour évoquer le passé, il convient de suivre l'évolution de la fonction administrative hospitalière dans les armées, au rythme des changements intervenus dans les armées et dans le SSA.

Cette rapide présentation se référera au Corps d'active de rattachement.

Le CTASSA est issu du Corps des officiers d'administration du Service de santé, ancien Corps des OA des hôpitaux, créé par l'ordonnance du 18 septembre 1824 portant réorganisation du personnel du Service de santé et des hôpitaux de l'armée de Terre.

Ce Corps est formé par la militarisation du Corps des agents des hôpitaux militaires organisé en 1800 et qui a participé à toutes les campagnes du 1^{er} Empire. Les services de guerre de ces agents sont exceptionnels. Les pertes de ce Corps sont considérables : près de 400 morts aux armées ou morts de maladie.

Le Corps des OA des hôpitaux est le premier Corps de personnels administratifs à être militarisé. Sous la surveillance de l'Intendance, la direction générale des hôpitaux des armées et des hôpitaux d'instruction leur est confiée. La fonction d'OA en chef d'armée est créée. Le premier est l'OAP Michel, OA en chef à l'armée d'Afrique en 1830. C'est lors de la campagne de Morée en 1828 que le nouveau Corps perd ses 5 premiers officiers.

A partir de 1838, d'autres cadres d'OA sont organisés au sein de l'Intendance. L'ordonnance du 28 février 1838 prévoit le recrutement d'adjudants d'administration auxiliaires pour le temps de guerre. Cette mesure annonce la création des officiers de réserve. Il faut cependant attendre la loi du 13 mars 1875 – qui crée l'École d'administration militaire à Vincennes où sont formés les OA SS de l'active – pour que soit créé le cadre des officiers de réserve.

Les OA des hôpitaux de la réserve et de l'AT constituent dès lors le cadre auxiliaire du Corps des OA des hôpitaux.

La loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée confie aux médecins militaires la direction des hôpitaux mais ce n'est que par la loi du 1^{er} juillet 1889, portant autonomie complète du SS, que les OA des hôpitaux quitteront l'Intendance pour le SS, transfert douloureux pour beaucoup des 325 OA d'active du SS.

L'article 29 de la loi de 1882 prévoyait que les OA pouvaient concourir pour leur admission dans le Corps de l'Intendance militaire.

De 1885 à 1976, 32 OASS furent admis dont six parviendront aux étoiles. Gazounaud sera nommé Intendant général de 2^{ème} classe en 1928. Chanal sera promu Intendant général de 1^{ère} classe en 1943. Coiffe sera promu commissaire général de division en 2000.

Il n'est pas inutile de rappeler qu'un certain nombre d'agents des HM furent admis dans l'Intendance. Citons à titre d'exemple : Moze, Maison et Poinchevalle, nommés commissaire des guerres sous le 1^{er} Empire. Ils poursuivront leur carrière et deviendront sous-intendant militaire de 2^{ème} ou de 1^{ère} classe.

De nouveaux règlements sont conçus : "Service de santé à l'intérieur" dès 1889, "Service de santé en campagne" en 1892. Les officiers comptables sont devenus gestionnaires.

*Col® Gorssa

UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA

Evènement majeur pour le cadre auxiliaire des OASS : la fondation de la RA OACA du SS le 12.10.1892, après les premiers exercices spéciaux du SS en campagne. Son but premier est l'instruction professionnelle et la préparation au certificat d'aptitude permettant d'être nommé officier d'administration de réserve (1512 en 1895).

Après de longs travaux préparatoires, la loi Garreau du 28 avril 1900 accorde aux OA la correspondance des grades avec ceux de la hiérarchie militaire (d'OA 3 à OAP).

C'est un progrès pour tous les OASS, active et réserve, antérieurement maintenus longtemps dans les deux premiers grades (OAA2 et OAA1 = OA3).

Le cadre des OASS / TC est créé en 1904. Le cadre d'OA de la marine suivra en 1913. (Intendance et santé).

Autre évènement majeur pour les OA du cadre aux. SS : l'organisation des pelotons d'EOR à l'EAM à partir de 1908.

On ne saurait passer sous silence la participation des OASS aux Corps expéditionnaires : Morée, Algérie, Crimée, Italie, Mexique, Chine et Cochinchine, Syrie, Tonkin, Tunisie, Madagascar, Maroc.

L'Algérie occupe une place à part car une grande partie de la carrière des OASS s'y déroulait en raison du grand nombre d'HM permanents : 42 HM en 1873 (35 en France), 55 en 1912...

De 1830 à 1905, 110 OASS meurent en Algérie, la plupart de maladies endémiques : variole, paludisme, typhus, dysenterie, fièvre typhoïde.

De la participation des OASS à la guerre de 1914-1918, on retiendra notamment :

- la collaboration étroite entre médecins et OA (le binôme Med. chef / gestionnaire)
- le recrutement d'OA parmi les sous-officiers
- le nombre d'OA de réserve : 2010 en 1914 – 3200 en 1915 – 4900 en 1918.
- le volontariat pour les unités combattantes

- l'aéronautique militaire (45 OR sur 57). 21 OR pilotes
- le nombre de morts : 111 OR sur 146 OASS

Un mot sur la loi des cadres et effectifs de l'armée du 28 mars 1928. Les grades militaires remplacent les appellations de classes. Le grade de Lt colonel d'administration est obtenu pour les OA. A l'origine de ce dernier résultat : le sénateur Eugène Penancier, président de la RA des OARSS.

L'après-guerre est une grande époque pour le Corps.

Dans l'active, ils exercent dans près de 100 HM (métropole et AFN, sans compter l'Outre Mer).

Nombre d'entre eux, par leurs études sont licenciés ou docteurs en droit.

Au Maroc, plusieurs dizaines d'OA sont distingués au cours des campagnes de la pacification.

L'entre-deux guerres est aussi une période faste pour la Réunion Amicale sur le plan de l'instruction et du perfectionnement. Le 27 octobre 1930 est créée la Commission des Ecoles d'instruction qui devient Ecole annexe des EPOR. Son œuvre est considérable et s'étend aux filiales de la RA. L'association compte 2800 membres en 1939.

La préparation à la guerre reste l'objectif principal pour les officiers de réserve dans le cadre de la préparation à la mobilisation bien que les motivations ne soient plus celles d'avant 1914 ("*La revanche, l'Alsace-Lorraine...*").

De la participation des OASS à la guerre 1939-1945 on peut notamment retenir :

- les titres éminents de certains dans la campagne 39-40
- les services volontaires d'une cinquantaine dans la France Libre
- la mobilisation en 1943 des OASS de l'AFN et leur participation aux campagnes de Tunisie et d'Italie
- le volontariat pour le SS de la 1^{ère} Armée Française, la 2^{ème} DB et les Armées de la Libération



UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA

- les services dans la Résistance particulièrement importants :
 - deux compagnons de la Libération (Amiot, OA d'active, Dehon, OA de réserve, plus connu comme aumônier de la 2^{ème} DB)
 - 113 médaillés de la Résistance dont 14 avec Rosette
 - Sur ces 113 MR : 43 OA d'active, 70 OA de réserve
 - 19 déportés-internés et 5 internés
- Ille nombre élevé de citations à l'ordre de l'armée et de nominations dans la Légion d'honneur (Baillou : grand officier, une quinzaine de commandeurs LH)
- le nombre de morts, tués à l'ennemi, fusillés, guillotins, morts en déportation : 39 en tout dont 30 OASS de réserve



En 1946, le Corps se modifiera pour deux raisons : dégagement des cadres et intégration des officiers issus de la Résistance et des Armées de la Libération.

En juin 1946 est créée une section administrative à l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon sous l'impulsion du MGI Debenedetti. Les OASS – qui furent formés à l'EMA jusqu'en 1940 – seront désormais formés par le SS.

C'est un nouvel acte de l'intégration effective dans le SS. Quelque 600 OA d'active en sont issus.

Le peloton des EORA, organisé au Val de Grâce en 1945 rejoindra l'ESSM en 1948.

La formation des élèves officiers d'administration de réserve du Service de santé est l'objet de l'Instruction du 24 octobre 1951 qui fait suite à celle du 21 avril 1950 concernant les élèves officiers d'administration de l'armée active.

Un mot sur la participation des OASS à la guerre d'Indochine. De 1946 à 1955, les OASS d'active méro renforcent les OA du SS/TC mais le cadre est largement complété par des OR servant en situation d'activité et par les volontaires du Corps de liaison administrative d'Extrême-Orient (CLAEO).

Quatre OASS de réserve sont morts en Indochine.

Pour la troisième fois dans le siècle, la Nation fait appel aux officiers de réserve pour la guerre d'Algérie. Quelque 1100 OASS y participent dont 900 réservistes, de 1954 à 1964. Huit périront en AFN dont quatre OA de réserve.

Pour satisfaire les besoins du SS, petite armée de 10000 hommes, le peloton EORA formait chaque année 3 promotions de 80 élèves.

En 1965, la loi du 13 juillet réunit en un seul Corps les OA du SS de l'armée de terre et des Troupes de marine et intégra sur option ceux des branches Commissariat et santé et comptables matières de l'armée de Mer.

Conséquence de cette loi, il est créé à la date du 1^{er} janvier 1966 un Corps d'officiers d'administration de réserve du SSA par décret du 1^{er} avril 1966.

Enfin est créé le Corps Technique et administratif du Service de santé des armées (D. 24.12.1976). C'est un aboutissement, après tant de changements depuis l'ordonnance de 1824. Rompant avec les principes de la loi de 1882, le statut prévoit que ses officiers exercent des fonctions d'encadrement, de commandement, et qu'ils peuvent participer à la direction des organismes de leur service et servir dans les organismes interarmées.

Les perspectives de carrière sont élargies. François Arduin sera le premier officier général de brigade nommé en 2^{ème} section (1985) et Jean-Alain Le Corre le premier en 1^{ère} section (1993).

A ce jour, dix OCTASSA sont parvenus aux étoiles dont 3 anciens OASS de réserve.

L'EMCTA a été créée le 1^{er} juillet 1977 intégrant des élèves de plus en plus diplômés. Les spécialités dans lesquelles sont répartis les OCTASSA couvrent tous les besoins à satisfaire.

Le cursus professionnel est jalonné de formations diplômantes : DQM, DMS, DT et sur le plan de l'enseignement militaire supérieur du 2^{ème} degré, le Brevet technique option "Etudes spécialisées du Service de santé".



UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA

Les dispositions du décret du 16 septembre 1976 portant statut des officiers de réserve seront appliquées aux officiers de réserve du CTASSA par l'Arrêté du 8 novembre 1977 puis par celui du 6 avril 1984.

Sur le plan de la formation, l'importante instruction du 31 octobre 1984 relative aux EOR du SSA, fixe en son titre II, concernant les EOR du CTASSA, les modalités de recrutement, sélection et programme (stage préparatoire : 2 mois, cycle de formation : 4 mois).

Les pelotons d'EORA seront formés à la SA-ESSM jusqu'en 1970 puis à l'ESOSS – devenue ENSOSSAT – jusqu'en 1985, enfin à l'ENORSSA à Libourne jusqu'à fin 1997. Quelque 5000 officiers de réserve en sont issus. Le recrutement traditionnel des juristes et des économistes, des littéraires et des ingénieurs sera complété par des élèves de l'ENA à partir de 1956. Près d'une centaine ont été recensés. Parmi eux, sept membres du Conseil d'Etat et dix conseillers maîtres de la Cour des Comptes étaient en service en 2011.

Les premiers élèves de l'Ecole nationale de la Magistrature et de l'Ecole nationale de la Santé publique apparaissent en 1970, ceux de l'Ecole Polytechnique en 1989. Et dès 1990, on compte de nombreux diplômés de 3^{ème} cycle des disciplines scientifiques.

Des activités de notre Association d'OR du CTASSA, on peut retenir en particulier dans les années 1970 les Journées de Chateau, de 1986 à 2001 les Journées d'instruction militaire interrégionales destinées aux officiers subalternes. (stages de trois jours centrés sur la préparation au temps de guerre). Ils constituèrent le vivier pour le recrutement des OCTA des formations santé de la Brigade Logistique de la Force d'Action Rapide (BL – FAR).

On doit aussi évoquer le Prix de l'ANORCTASSA, créé en 1985, qui récompensait les titulaires du BT du Corps dans le but de développer les liens avec nos camarades d'active.

Le Centenaire de l'Association du 9 au 11 octobre 1992, placée sous la présidence du ministre de la défense, reste dans nos mémoires tant par son programme exceptionnel que par la qualité

des autorités présentes ainsi que par les effectifs rassemblés.

Lors de la réunion du Bureau du GORSSA présidée par le MGA Metgès, DCSSA, le 23.02.1996, celui-ci nous présentait la décision du Président de la République, annoncée le matin même, de la suspension progressive de la conscription.

Et l'année suivante, pour le 50^{ème} anniversaire du GORSSA, une partie des activités – celles de Toulon avec la Force d'Action Navale – était réservée à des OR dans les cadres, tous affectés en mobilisation, sélectionnés. Cela préfigurait le cadre de la réserve opérationnelle.

Une époque s'achevait.

La guerre du Golfe, de septembre 1990 à mars 1991, s'est déroulée sans que les OR soient appelés ou admis à y participer. Ceci eut immédiatement des conséquences : démotivation et baisse des effectifs dans nos Associations.

La suspension de la conscription aggrava cette situation.

Dès lors, le volontariat prenait tout son sens dans un cadre différent. Dans cette mutation, les cadres de réserve se sont adaptés et notre Association a maintenu ses objectifs avec le soutien de la DCSSA.

Pour terminer cette rétrospective, nous évoquerons nos grands anciens, officiers d'administration de réserve de 14-18 qui considéraient que l'intégration effective dans le Service et dans le Corps résultait des sacrifices et des souffrances de la guerre, de nos morts et de nos blessés. Et sur une note plus gaie, nous rappellerons que 11 OASS sont devenus officiers généraux en dehors du Service de santé : un général de brigade aérienne, un général de brigade d'infanterie (Grand Officier de la Légion d'Honneur), deux magistrats généraux, un commissaire général de brigade aérienne, six intendants ou commissaires de l'AT.

Parmi eux, on compte quatre anciens officiers d'administration de réserve du Service de santé.

* *
*

UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA



LA FONCTION DE PRÉSIDENT DE CATÉGORIE

S. KEIRSSE*

La fonction de représentant de catégorie, au sein des instances de concertation locales, n'est pas une notion récente dans le Service de Santé des Armées. Elle était déjà énoncée dans l'article 50 de l'instruction 500/DEF/DCSSA/HOP de septembre 1997. Son cadre à toutefois été redéfini institutionnellement suite à la 63^e session du Conseil Supérieur de la Fonction Militaire au cours de laquelle, le Ministre de la Défense avait donné mandat à la DFP (Direction de la Fonction Militaire et du personnel civil) d'assurer la coordination du toilettage de cette fonction et, d'élaborer les projets d'instruction fixant les attributions et moyens des représentants des personnels. Ces travaux ont abouti à la parution de l'arrêté du 12 avril 2001 relatif à la désignation des présidents de catégorie et des membres des commissions participatives, complété par l'IM 201400/DEF/SGA/DFP/FM/1 de septembre 2001 qui définit les modes de désignation de ces personnels.

Comment devient-on président de catégorie ?

Il faut faire partie du personnel d'active, être à plus de 2 ans de la limite d'âge de son grade, apparaître sur la liste des effectifs de l'établissement, détenir un grade appartenant à la catégorie pour laquelle on postule et, ne pas avoir fait l'objet d'une sanction statutaire ou punition qui ne peut être effacée qu'en l'application d'une loi d'amnistie.

Pour les sous-officiers, il est souhaitable que le candidat soit un sous-officier supérieur.

Il suffit ensuite de se porter volontaire lors de l'appel à candidature qui est fait pour pourvoir le poste. Les présidents de catégorie sont ensuite élus par leurs pairs, pour une durée de deux ans (une fois renouvelable). Ils sont assistés d'un adjoint, désigné par le chef de corps sur proposition du président.

Quels sont les rôles du président de catégorie sous-officier (PSO)

Le président n'a aucune autorité hiérarchique sur les personnels de l'établissement et ne tire aucun avantage de sa fonction. Il est le garant de la cohésion du corps des sous-officiers.

Dans son activité, il bénéficie d'un lien direct avec le chef d'établissement et d'une liberté de parole avec ce dernier. Le président est le conseiller direct du chef de corps pour tout ce qui concerne sa catégorie, il est son interlocuteur privilégié pour tous les problèmes des domaines professionnels, sociaux, ou moraux. A ce titre, il participe comme membre de droit ou à titre consultatif à toutes les réunions et commissions ayant traits aux conditions de vie, à la carrière des sous-officiers ou au moral de ceux-ci (avancement, orientation, recrutement, CCHPA...). Il est tenu par un devoir de réserve, en particulier dans la diffusion hors instances de concertation, des avis exprimés en séance. Il participe à la diffusion et à l'explication des décisions qui ont pu être prises par le commandement.

Afin de remplir au mieux sa mission, il doit se tenir en permanence à l'écoute du personnel. Il a un rôle de conseiller et de mé-

*IACS, Président des Sous-Officiers de l'HIA du Val de Grâce, PARIS

UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA

diateur (problème relationnels, hiérarchiques quand il « n'y a plus d'issue »). Il écoute, oriente, tempère, reconforte aussi, tout en prenant en compte les situations problématiques auxquelles il essaie d'apporter une solution même, si ce n'est pas forcément celle attendue par l'intéressé (le PSO agit dans un cadre réglementaire et doit s'y tenir).

Hiérarchiquement, les présidents de catégorie ne relèvent, dans leurs activités, que du chef de corps.

Comment avez-vous été amené à devenir PSO ?

Ayant servi au sein d'unités de l'armée de l'air, de terre et du service de santé, je pense avoir une certaine connaissance de l'institution militaire et de son fonctionnement. De plus, étant affecté depuis plusieurs années dans l'hôpital, je connais bien son fonctionnement et les différents acteurs qui y participent.

Beaucoup de personnels du service, notamment les MITHA, ne connaissent que peu les procédures et les méandres de la réglementation militaire et ne savent pas

forcément toujours faire valoir leurs droits comme il se doit. J'envisage donc ma fonction comme un accompagnement, un compagnonnage permettant à mes camarades de gagner du temps dans leurs diverses démarches administratives ou autres.

Cela demande beaucoup de disponibilité et d'investissement car, bien qu'ayant une bonne connaissance de la réglementation, je ne suis pas omniscient et il me faut parfois vérifier ou rechercher les informations que l'on me demande. Une partie de mon activité se fait sur mon temps personnel puisque au sein de l'hôpital ma fonction principale est une activité auprès du patient.

Cette fonction me permet aussi de prendre une part plus active à la vie de notre hôpital (accueil des nouveaux arrivants, repas de cohésion, intégration des personnels handicapés...) mais elle ne se limite pas seulement aux murs de l'établissement puisque, depuis quelques mois, je fais parti du groupe ministériel de réflexion sur les problèmes de solde créé à la demande du Ministre de la Défense.

℘

OUVRAGES PARUS - BIBLIOGRAPHIE

par

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

GAGNER UNE GUERRE AUJOURD'HUI – Sous la direction du Général Stéphane CHALMIN

Editions ECONOMICA

Le monde contemporain est marqué par un paradoxe majeur. Les affrontements armés s'y multiplient mais, parallèlement, l'emploi de la force militaire ne produit le plus souvent que des résultats ambigus, loin des objectifs que se fixaient les différentes parties. Les difficultés rencontrées par les armées occidentales sur les différents théâtres où elles ont été engagées depuis la fin de la deuxième guerre mondiale posent ainsi une question claire : est-il encore possible aujourd'hui, pour elles, de gagner une guerre ? L'utilisation de l'outil militaire par les Etats dans la conduite de leur politique extérieure demeure nécessaire et légitime. Mais quels objectifs peut-on rechercher, quelles sont les conditions du recours à la force, à quelles contraintes va-t-on faire face, assiste-t-on à un déclin de la puissance militaire occidentale, comment «réussir» nos guerres ? Autant de questions fondamentales auxquelles les meilleurs spécialistes apportent leurs réponses complémentaires dans cet ouvrage qui éclaire d'un jour nouveau une problématique centrale du monde d'aujourd'hui.

UN STETHOSCOPE CHEZ LES BLEUES – Denis GUTIEREZ

Editions du PANTHEON

« J'hallucine ! Même au RCT on ne se percute pas dedans aussi généreusement après seulement deux minutes d'échauffement au sac. Bavard invétéré, je crois bien être resté silencieux pendant quasiment toute la séance. Je n'y crois pas ! Elles sont rapides, remarquablement adroites dans les passes, les prises de balle en touche. Elles plaquent comme des « barges », elles rentrent en mêlée comme les garçons. Il me faudra plusieurs jours pour m'habituer au paradoxe des voix aigües, parfois enfantines et du bruit mat des plaquages réalisés... » - Denis Gutierrez Le docteur Denis Gutierrez est natif de Toulouse. Il a passé son enfance, remplie de rugby, dans les Hautes-Pyrénées. En février 2004, il est médecin militaire dans la Marine. Alors qu'il est l'un des médecins du rugby club toulonnais, par un incroyable concours de circonstances il découvre l'existence du rugby féminin. Pendant sept saisons, il va partager la vie des équipes de France féminines de rugby et découvrir des joueuses hors du commun. Anecdotes, brèves de vie, moments de grande complicité : un livre plein de vie.

LES RAVAGES DE LA DESINFORMATION, d'hier à aujourd'hui - Michel KLEN

Editions FAVRE

La désinformation reste une «arme de destruction massive» qui a toujours été utilisée avec une efficacité redoutable par les faiseurs d'opinion et les régimes dictatoriaux. Ce livre examine ce phé-

nomène de société en présentant les techniques fallacieuses inhérentes à ce jeu subtil de poker menteur (bluff, intoxication, rumeur, propagande, etc.) et en analysant les grandes duperies de l'histoire. Dans cet échiquier de la supercherie figurent notamment : le matraquage idéologique du système soviétique, les mensonges du président Bush pour justifier l'intervention en Irak, les opérations de tromperie alliées qui ont leurré Hitler pendant la Seconde Guerre mondiale et la manipulation des esprits qui a faussé la perception de certains événements majeurs (parmi d'autres, l'histoire tronquée de la guerre d'Algérie, l'opération Turquoise au Rwanda, les mensonges de Kadhafi dans la crise tchadienne). De nos jours, une étonnante dynamique de manipulation des consciences collectives est en train de s'imposer avec l'expansion brutale et incontrôlée des nouveaux moyens de communication. Formidable espace d'échanges et de connaissances, Internet est également exploité par les professionnels de la falsification, qui ne manquent pas d'implanter dans le réseau planétaire des paramètres altérés dans le but de tromper l'opinion publique, principal levier d'action des décideurs. Au quatrième pouvoir de la presse qui apporte l'équilibre nécessaire à l'autorité établie se superpose ainsi un authentique cinquième pouvoir, celui de la désinformation, qui vient perturber gravement les repères de notre société.

DEVOIR D'EXPRESSION D'UN CITOYEN (PAS) ORDINAIRE – Antoine MARTINEZ

Editions AMALTHEE

L'unité de la nation française est mise en sérieux danger en raison de la fracture identitaire qui ronge insidieusement le peuple français. Trois facteurs interagissent depuis plusieurs décennies : le manque de clairvoyance, de lucidité et de courage des responsables politiques ; le règne du politiquement correct qui terrorise notre liberté d'expression ; la mondialisation qui a mis à mal le sens du collectif. C'est pourquoi l'avenir de notre société est menacé.

Cette situation désastreuse, amplifiée par une immigration extra-européenne massive dont la culture et la religion invalident tout espoir d'intégration, est aggravée par des mesures sociales insensées adoptées ces dernières années, par la politique contestable de l'Education nationale depuis plusieurs décennies et par la suspension du service militaire non remplacé.

Les citoyens attachés à leurs racines, aux valeurs qui ont fait de la France une grande nation, héritiers d'une Histoire et d'une culture, ne peuvent plus rester silencieux face à l'imprévoyance et au laxisme de leurs responsables politiques : Antoine Martinez se fait leur porte-parole.

Index de près de 6 000 noms constituent dès maintenant une référence sans équivalent.

MA BLESSURE DE GUERRE INVISIBLE - Sylvain RAVIERE

Editions ESPRIT COM

Il est des blessures invisibles qu'on cache. Il est des blessures invisibles qu'on tait. Il est des blessures invisibles qu'on dénie. Il est des blessures invisibles pour un soldat aguerri, un combattant dévoué au service du pays, qui parfois, apparaît, sournoisement, de retour de mission en opérations extérieures...

CAMERONE 30 AVRIL 1863 – Paul-André COMOR

Editions TALLANDIER

En 1861, la France, l'Angleterre et l'Espagne interviennent avec quelques troupes pour obliger le président mexicain Juárez à honorer les dettes de son pays. L'année suivante, tandis que les Anglais et les Espagnols se retirent, l'empereur français Napoléon III forme le projet de renverser le président mexicain et de transformer le Mexique en un empire latin et catholique. Mais les Français se heurtent à la résistance farouche et inattendue des Mexicains qui prennent le parti de Juárez. Jeudi 30 avril 1863. A Camerone, à environ 60 kilomètres au sud-ouest de Vera Cruz sur la route qui conduit à Puebla, vers 18 heures s'achève le combat sans espoir qui oppose une soixantaine de légionnaires de la 3e compagnie du Régiment étranger à des milliers de cavaliers et de fantassins mexicains. La légende de Camerone est en marche. Le culte du glorieux fait d'armes occupe, depuis lors, la première place dans les traditions de la Légion étrangère. En voici le récit traditionnel, tel qu'il est lu chaque année lors des cérémonies : «L'assaut final est donné. Bientôt il ne reste autour de Maudet que cinq hommes : le caporal Maine, les légionnaires Catteau, Wensel, Constantin, Leonhard. Chacun garde encore une cartouche ; ils ont la baïonnette au canon et, réfugiés dans un coin de la cour, le dos au mur, ils font face. A un signal, ils déchargent leurs fusils à bout portant sur l'ennemi et se précipitent sur lui à la baïonnette. Le sous-lieutenant Maudet et deux légionnaires tombent, frappés à mort. Maine et ses deux camarades vont être massacrés quand un officier mexicain se précipite sur eux et les sauve. Il leur crie : «Rendez-vous» ! «Nous nous rendrons si vous nous promettez de relever et de soigner nos blessés et si vous nous laissez nos armes». Leurs baïonnettes restent menaçantes. «On ne refuse rien à des hommes comme vous !» répond l'officier. Les soixante hommes du capitaine Danjou ont tenu jusqu'au bout leur serment. Pendant 11 heures, ils ont résisté à deux mille ennemis, en ont tué trois cents et blessé autant. Ils ont par leur sacrifice, en sauvant le convoi, rempli la mission qui leur avait été confiée. L'empereur Napoléon III décida que le nom de Camerone serait inscrit sur le drapeau du Régiment Etranger et que, de plus, les noms de Danjou, Vilain et Maudet seraient gravés en lettres d'or sur les murs des Invalides à Paris».



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-michel.pauchard@orange.fr*

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

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

Secrétariat général : *gorssa.national@gmail.com*

Correspondants de rédaction :

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

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

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

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

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

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

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



Actu GORSSA



UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA