

Actu GORSSA

Trimestriel - janvier 2014



Affaire
CAILLAUX



Président
POINCARÉ

Mars 1914

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

5^{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

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 - **ANORC-**

TASSA : Alain MICHEL - **ANMITRHA** : Erick LEGALLAIS -

Région de Toulon : Christine DULAURANS

Secrétaire de rédaction : Marie-Hélène SICÉ

DÉLÉGATION GÉNÉRALE

Chargé de l'information, de la communication

et du Devoir de Mémoire : Jean-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 : 6 €

Prix de l'abonnement :

Membres des Associations : 25 €

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 2014

ISSN : 2110-7424

Crédits photographiques : DR, JMi P, Ph B, JL M,
Hé D & OI N, AI M, Gé C, Éd E

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.

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

LA RESERVE DU SSA : « OBJECTIF 2020... »

En ce début d'année 2014, les missions nouvelles du Service de Santé des Armées vont faire l'objet d'une nouvelle définition, comme l'avait annoncé le Directeur Central, lors de sa prise de fonctions.

Pour accompagner le projet de service SSA 2020, il est cependant nécessaire de mettre en place un nouveau modèle.

Les centres médicaux des armées devront s'ouvrir vers les territoires de santé, tout en respectant la proximité des armées. Ainsi, ils s'affirmeront comme le véritable pivot du parcours de santé du militaire.

La médecine hospitalière aura pour objectif de s'insérer, elle aussi, dans l'offre de soins des territoires de santé. Les Hôpitaux d'Instruction des Armées participeront à la mission du service public hospitalier et cette collaboration autorisera non seulement une redéfinition de l'offre de soins, mais aussi la priorisation de certaines activités notamment médicochirurgicales, particulièrement importantes pour le soutien des forces en opération.

Ainsi, sera aussi préservée et amplifiée l'expertise des personnels médicaux et soignants.

A côté de ces 2 composantes du service, le ravitaillement sanitaire, la recherche et la formation garderont toute leur importance.

Ce projet de service SSA 2020 ouvre grandes les portes à une plus grande participation et à une totale intégration de la réserve au service.

Le réserviste doit devenir un acteur à part entière de ce projet. Il est naturellement à l'interface de ces deux mondes, que sont les

systèmes de santé, militaire et civil. Il doit, par ses réseaux, être facilitateur et accompagner cette nouvelle stratégie. Mener des actions auprès des correspondants du service public de santé, faciliter la continuité des soins, faciliter l'établissement de conventions, permettre une coopération entre les différentes structures hospitalières civiles et les centres médicaux des armées, voilà ce que nous devons être en capacité de faire, tout en continuant de conduire des actions au profit du recrutement et de l'emploi de jeunes réservistes. Ce sera le rôle des coordonnateurs, placés sous l'autorité des personnels d'active, dans les établissements et dans les directions régionales.

Si la réserve opérationnelle de niveau 1 (RO1) avec ses composantes Hôpitaux et Forces permet d'identifier une réserve opérationnelle de crise et une réserve OPEX de réservistes projetables, la réserve citoyenne, dont l'importance est croissante, sera l'un des vecteurs de la communication du savoir faire du service, et de la diffusion de ses actions auprès de la population civile.

Voilà tracés à grands traits, certains points de ce projet SSA 2020, projet qui laisse penser que le rôle de la réserve dans la vie du service sera de tout premier plan, tout en restant dans le cadre de ses missions historiques, que sont la mission de subsidiarité, la mission de complémentarité et la mission d'expertise.

MCS ® Xavier SAUVAGEON
Président du GORSSA

Sommaire

| | | | |
|---|----|--|----|
| <i>Editorial</i> | 3 | <i>ANORCTASSA</i> | 21 |
| <i>Organigramme Associatif</i> | 4 | <i>Infirmier Réserviste en Afghanistan</i> | 25 |
| <i>In memoriam Maurice MATHIEU</i> | 5 | <i>Brèves</i> | 28 |
| <i>Récit de séjour d'un Chirurgien Orthopédiste</i> | 6 | <i>Infos Officielles</i> | 29 |
| <i>Opération Information</i> | 8 | <i>Index</i> | 30 |
| <i>Maladies Infectieuses</i> | 10 | <i>Journées Nationales</i> | 31 |
| <i>Substitution salivaire</i> | 16 | <i>Bibliographie</i> | 34 |

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

Secrétaire Général : MC Patrick Hamon

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

Trésorier : MC Jean-Louis Picoche

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

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

Délégué Général chargé des relations CIOMR : MCS Christian Le Roux

Porte-Drapeau : MC Jean-Pierre Sala

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

UNVR

Maison des Vétérinaires,
10 Place Léon Blum, 75011 PARIS

Président d'honneur : VC Jean Gledel

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

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

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

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

Trésorier : V.é. Pierre Tassin

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

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

Président DRSSA Toulon : VC Marc Verneuil
marc.verneuil@cegetel.net

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

Administrateurs : VC Thierry Alvado-Brette
alvado-brette@caramail.com
VC Xavier Beele xavierbeele@aol.com
VC Dominique Grandjean dgrandjean@vet-alfort.fr
VC Louis Guillou louis.guillou@numericable.fr
VC Émile Perez emile.perez@agriculture.gouv.fr
VC Philippe Rols philippe.rols@agriculture.gouv.fr
VC Charles Touge charles.touge@gmail.com

FNCDR

54, Cours de Vincennes 75012 PARIS

Présidents d'honneur : 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 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 : CD Franck ROUXEL

Saint-Germain-en-Laye : CDC Stéphane Berek
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 : ICAS Érick Legallais (Correspondant de Rédaction d'Actu-GORSSA)

Secrétaire Adjointe : SMCN July Granville

Chargé de relations avec le GORSSA : ICAS Gérard Chasselat

ANORCTASSA

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

Président : LtCol Alain MICHEL

Vice-Présidents : Col. Pascal HUGÉDÉ, Col. Pierre VOISIN, LtCol Christian SALICETI

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

IN MEMORIAM

Nous apprenons avec tristesse le décès du Docteur Maurice MATHIEU qui nous a quitté dans sa 91^{ème} année.

Le Médecin en chef Maurice MATHIEU, Président d'Honneur de l'UNMR, mémoire vivante de notre association était Officier de la Légion d'Honneur, Commandeur de l'Ordre National du Mérite et Chevalier du Mérite Militaire.

Respectant ses dernières volontés, et saluant sa modestie, nous ne publierons pas de notice nécrologique mais tenons à le remercier pour son action au profit de notre association et présentons nos sincères condoléances à sa famille et à ses amis.



Récit de séjour d'un Chirurgien Orthopédiste au sein de la 8° ACA à GAO (opération SERVAL)

Philippe BUISSON*



La France est engagée au Mali depuis Janvier 2013 dans le cadre de l'Opération Serval.

Différentes composantes du Service de Santé des Armées ont été mises en place dès le début du conflit, dont plusieurs antennes chirurgicales.

Au plus fort des combats, trois antennes chirurgicales ont fonctionné sur le territoire Malien, associées à deux MCV (module de chirurgie vitale). Ces formations se sont déplacées à plusieurs reprises, suivant les zones de combat, les trois antennes s'étant ensuite stabilisées sur Bamako, Gao et Tessalit.

Actuellement, il ne reste plus qu'une formation chirurgicale au sein d'un GMC implanté sur la base de Gao, où se situe le plus gros de la Brigade Serval.

En tant que Chirurgien Orthopédiste, à présent Réserviste, j'ai été amené à servir au sein de la 8° ACA du 27 Mai au 15 Juillet.

Durant cette période, la transition de l'ACA vers le GMC a eu lieu, occasionnant de nombreux travaux et transferts (démontages et remontages de tentes) assurés pour la plupart par les seuls personnels de l'Antenne Chirurgicale. Tout ceci s'est heureusement déroulé durant une période très

calme, sans véritable engagement comme ceux qui se sont produits en Janvier-Février.

La transformation en GMC s'est traduite, outre une extension des capacités d'hospitalisation et des espaces de travail, par l'adjonction d'un Médecin Interniste, d'un deuxième Médecin Réanimateur, d'un Médecin Urgentiste et de plusieurs personnels paramédicaux.

La mission prioritaire de l'ACA puis du GMC était le soutien des Forces Françaises, mais aussi celui des militaires Maliens et ceux de la MINUSMA.

L'éventualité d'une aide médicale gratuite ou aide médicale aux populations n'a pas été envisagée jusqu'à présent, compte tenu des risques importants au niveau sécuritaire, avec en particulier l'infiltration d'un éventuel "suicid bomber" au sein des consultants.

Compte tenu de ces risques, toute sortie en dehors du périmètre du camp était pratiquement impossible. J'ai malgré tout eu la chance d'effectuer une courte visite à l'Hôpital de Gao, au sein d'un convoi militaire oeuvrant pour les Actions Civilo-Militaires.

Ce fut l'occasion de prendre contact avec nos confrères Maliens, continuant à travailler dans un dénuement total avec beaucoup de courage. A défaut d'une aide "physique", les bases d'une aide reposant essentiellement sur la fourniture de médicaments et de produits de soins furent lancées. Cette visite permit également de vérifier la persistance de manifestations d'amitié de la population Malienne envers les militaires Français, plusieurs mois après les combats ayant permis de libérer la ville des forces djihadistes.

Notre activité chirurgicale a été limitée, avec des gestes essentiellement orthopédiques.

Nous avons ainsi traité deux blessés Français des forces spéciales évacués du Niger, leur véhicule ayant sauté sur une mine. Etant la structure chirurgicale la plus proche du

* MCSHC®, Gorssa

lieu de l'accident, c'est un avion dédié et basé à Gao, rebaptisé "Casa Nurse", qui a procédé à leur évacuation, avec l'aide d'un IADE de l'ACA. Ces deux patients ont été bilantés, réanimés puis opérés (pose de fixateurs externes essentiellement) avant d'être à nouveau évacués par le Casa Nurse sur Bamako et de les transférer sur un Falcon à destination de la France, le Falcon ne pouvant se poser sur la piste de Gao compte tenu de l'état de celle-ci.

Nous avons également été amenés à traiter plusieurs soldats Maliens et quelques uns de la Minusma, avec seulement deux blessures par balle, la plupart des lésions étant secondaires à des accidents de la voie publique (nombreux traumatismes crâniens chez des personnels ne portant pas leur casque).

En début de mission, nous avons reçu plusieurs coups de chaleur, parfois deux à trois par jour, certains très sévères et justifiant de soins de réanimation. Ces coups de chaleur, favorisés par l'extrême chaleur et l'intensité des efforts physiques, étaient également liés à un manque d'aguerrissement des forces concernées lorsqu'ils sont survenus. Au bout de quelques semaines, cette pathologie avait quasiment disparu.

Quelques cas de paludisme ont par ailleurs été observés durant la saison des pluies, essentiellement au mois d'Août, ce qui renforce la nécessité d'une prévention systématique.

Les principaux problèmes rencontrés, en dehors des conditions de vie assez spartiates, ont été liés à la rigueur climatique, avec des températures de 45° en moyenne à cette époque de l'année. De très nombreuses tempêtes, particulièrement violentes et aux effets destructeurs, sont également survenues durant mon séjour. Des tentes se sont envolées à plusieurs reprises et des dégâts importants ont touché plusieurs aéronefs.

Fort heureusement, seuls quelques traumatismes mineurs ont été observés durant ces tempêtes, mais l'extrême soudaineté et la brutalité de ces phénomènes météorologiques doit faire redoubler de prudence l'ensemble des personnels.

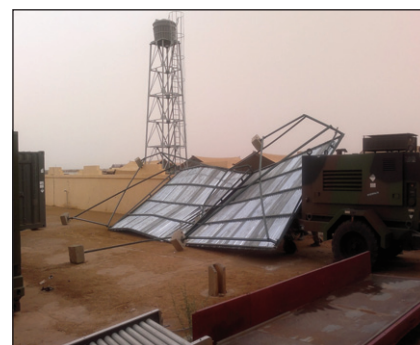
Avec la saison des pluies, ce sont de véritables inondations qui ont transformé des zones du camp de Gao en cités lacustres, y compris le GMC, pourtant surélevé sur une dalle.

Tous ces désordres climatiques sont bien entendus à prendre en compte dans le cadre d'une mission qui va manifestement durer plus longtemps que prévu.

Les événements récents survenus au cours des derniers mois montrent que la situation au sein du Mali est loin d'être stabilisée et que la présence des Forces Françaises va très certainement se prolonger durant quelques années.

Sur le plan du soutien médical, c'est toute la difficulté d'une telle mission, où des phases de calme apparent, parfois très longues, peuvent être interrompues à tout moment par un événement dramatique qui nécessitera la mise en œuvre instantanée de toute la chaîne santé.

Il importe donc de mettre à profit ces périodes de calme relatif pour entraîner les équipes, simuler des afflux massifs de blessés, s'assurer du bon fonctionnement des matériels, tout ceci renforçant par ailleurs la cohésion des personnels.



ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'UNMR 2014

SAMEDI 17 MAI 2014

Élection des administrateurs

8 postes d'administrateurs sont à pourvoir par l'Assemblée Générale du 17 mai 2014. Les candidats ayant reçu l'agrément du Conseil d'Administration du 15 novembre 2013 sont :

Dr Laurent ASTIN - Pr Emmanuel CABANIS - Dr Jean-Dominique CARON - MG Alain GALEANO - Dr Patrick HAMON - Dr Jean-Pierre SALA - Pr René-Claude TOUZARD - Dr Joseph TRAN

Tous administrateurs sortants

OPÉRATION INFORMATION AU CONGRÈS NATIONAL DES ÉTUDIANTS EN PHARMACIE

Hélène DUPONT* et Olivier NOËL**



Chaque année, les étudiants en Pharmacie organisent le congrès de l'ANEPEF (Association Nationale des étudiants en pharmacie de France), qui regroupe toutes les promotions de toutes les facultés de pharmacie, soit un total de 24 UFR.

C'est l'occasion pour eux de communiquer, d'échanger sur leurs pratiques, et de discuter d'avenir.

En octobre 2013, c'était au tour de Dijon d'organiser cette grande manifestation, et nous avons saisi l'occasion pour proposer un exposé sur la place du pharmacien dans le service de santé, en mettant en exergue son implication dans la réserve.

Après nous être mis en relation avec le comité de pilotage de ce grand week-end inter-universités, nous sommes convenus d'un créneau horaire et d'un affichage dans l'enceinte de la faculté, quelques jours auparavant.

En amont, nous avons obtenu l'autorisation de notre hiérarchie, puis collecté auprès de nos grands responsables des diaporamas actualisés, à partir desquels nous avons réalisé une

synthèse, destinée au « grand public pharmaceutique ».

Aussi, le 11.10.13, journée du Forum des Carrières Pharmaceutiques, nous nous sommes rendus à l'UFR de Dijon, et après le discours inaugural du doyen, précédé par celui du Directeur de la santé publique de l'Agence Régionale de Santé, nous nous sommes installés devant un amphithéâtre de plus de 120 étudiants de toute la France pour aborder notre sujet.

Après un rappel sur le cursus de formation, nous avons détaillé la multiplicité des postes que pouvaient occuper les pharmaciens militaires, et aussi les parallèles avec les activités civiles.

Ensuite, nous avons évoqué la réalité de la réserve, son avenir de croissance, et la possibilité d'enrichir son activité professionnelle civile par un travail périodique au sein du SSA.

Pour illustrer nos propos, nous avons chacun donné des exemples de nos missions réalisées lors de nos périodes d'engagement : tant le pharmacien chef® Dupont pour les audits de l'ISSA (Inspection du Service de Santé des Armées) réalisés dans les HIA (hôpitaux d'instruction des Armées), que le pharmacien principal Noël pour la gestion et l'optimisation des stocks d'un centre médical (CMA) avec élaboration de procédures.

L'exposé, qui a montré la grande variété de possibilités pour les pharmaciens, s'est achevé sur quelques retours d'OPEX, leur montrant ainsi qu'un réserviste est vraiment partie intégrante du service de santé.

En conclusion :

Nous avons noté l'étonnement des étudiants à la découverte de ce métier de pharmacien réserviste du service de santé des armées, puisque nous avons appris à la plupart d'entre eux, l'existence et l'importance du SSA et de sa branche Pharmacie.

À l'issue de l'exposé, quelques auditeurs ont montré leur intérêt par des questions, ainsi que par la collecte de magazines du GORSSA que nous avons apportés.

*PC®, Gorssa

**PP®, Gorssa

Il convient de noter également qu'un des étudiants est venu nous saluer en fin de présentation, en nous informant qu'il était lui un étudiant pharmacien engagé, en fin de cursus, et avait déjà un poste à l'HIA de Toulon.

On n'est donc jamais trop jeune pour commencer... et il est bon que les réservistes se mobilisent pour promouvoir l'entrée dans le corps de nouveaux camarades qui seront notre avenir!

N.B. Ce diaporama doit faire l'objet, en décembre, d'un exposé au carrefour de carrières de la faculté de pharmacie de Besançon.



Les pharmaciens des armées La réserve

Pharmacien en chef de réserve: Hélène Dupont
Pharmacien principal de réserve: Olivier Noel

-Octobre 2013-

Forum d'échange entre réservistes



Servir & Défendre

Forum de l'association "Servir & Défendre" pour le développement du lien entre la Nation et les acteurs de sa Défense et la promotion des Réserves militaires (Réserve Opérationnelle et Réserve Citoyenne)

[Voir le sommaire](#)

[Indiquer les services](#)

- [Index d'articles](#)
- [Partenaires de l'association](#)
- [Contact](#)
- [FAQ](#)
- [Membres](#)
- [Comité de direction](#)

Les HIA : Pharmacie à Usage Intérieur

Gestion des pharmacies hospitalières à usage intérieur

- médicaments,
 - matériels à usage unique, gaz médicaux
 - stérilisation,
 - conditionnement des cytostatiques,
 - antibiotiques,
 - distribution nominative,
 - qualité...
- Participation aux comités : CLIN, CLUD, CLAN, Comité médicament, Comité gestion des risques, comités des gaz médicaux, de l'antibiothérapie, etc.
- Participation aux OPEX.



Maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes : une histoire sans fin ?

Jean-Lou MARIÉ*

Introduction

Pendant longtemps les maladies infectieuses ont constitué la principale cause de mortalité dans le monde. Les progrès de l'hygiène, le développement de l'assainissement urbain mais aussi les avancées de la médecine avec l'avènement des anti-infectieux et des vaccins, ont permis de les faire régresser, du moins dans les pays développés, au point de les considérer comme vaincues au début des années 1980. Au même moment, le début de la pandémie de VIH-SIDA met rapidement fin à cette illusion. De nombreuses maladies émergentes et ré-émergentes ont ensuite marqué la fin du XX^e siècle et le début du XXI^e, menaçant la santé des populations humaines et animales. Le nouveau variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob à partir de 1996, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003 ou encore la diffusion du virus Schmallenberg aux populations bovines et ovines de l'Europe de l'Ouest depuis 2011, sont à l'origine d'autant de crises sanitaires qui ont fortement marqué les esprits. Les facteurs qui ont présidé à ce retour en force des maladies infectieuses sont nombreux et interagissent. Heureusement des contremesures existent pour combattre les maladies infectieuses et parfois parvenir à leur éradication, comme pour la variole, en 1980.

Cet article a pour objectif de positionner le concept d'émergence en santé publique vétérinaire et d'illustrer à l'aide d'exemple, le rôle des différents facteurs intervenant dans l'apparition ou la réapparition de maladies infectieuses.

Naissance d'un concept

Une maladie infectieuse est causée par un agent pathogène qui peut être un virus, une bactérie, un champignon, un

parasite ou un prion. Les agents étiologiques sont très nombreux puisqu'une étude exhaustive publiée en 2005 a dénombré 1407 agents pathogènes pour l'homme (1). Il faut y rajouter tous les pathogènes touchant uniquement les animaux et tous les agents découverts depuis. Parmi cet ensemble, les zoonoses sont les maladies infectieuses qui se transmettent naturellement des animaux vertébrés à l'homme et *vice-versa* (2). Environ deux tiers des maladies humaines infectieuses sont zoonotiques (1).

Une maladie est qualifiée d'émergente lorsqu'elle résulte d'au moins une des 3 conditions détaillées ci-après. Il peut s'agir d'une maladie provoquée par un agent nouveau comme par exemple le Coronavirus du SARS en 2003. L'émergence correspond également à l'introduction d'un agent connu dans une nouvelle aire géographique, comme par exemple le virus du West Nile aux USA à partir de 1999. Il peut enfin s'agir d'un accroissement de l'incidence (nombre de cas) dans une région et une période donnée, comme la tuberculose bovine en Côte d'Or depuis 2007. La notion de ré-émergence correspond à la réapparition d'une maladie dans une même région, après une période de silence épidémiologique. Environ trois quarts des maladies infectieuses émergentes sont zoonotiques (3).

Force est de constater que les émergences résultent parfois des progrès des outils diagnostiques, du développement de l'épidémiosurveillance ou d'une plus grande médiatisation. Les maladies émergentes font régulièrement la une de magazines qui surfent sur les peurs irrationnelles que génèrent les nouvelles maladies infectieuses dans la population. Les puristes parleront plutôt dans ce cas de fausses émergences.

*VC

Professeur agrégé du Val-de-Grâce
Groupe de travail en épidémiologie animale du SSA
BCRM Toulon, Antenne vétérinaire, BP 80,
83800 Toulon Cedex

Si dès les années 1960, des maladies émergentes sont décrites en médecine vétérinaire, c'est en 1989 que ce concept s'est vraiment démocratisé avec la première conférence sur les virus émergents, qui s'est tenue à Washington. En 1992, est paru le rapport « *Emerging infections: microbial threats to health in the United States* ». Autre date repère, c'est en 1995 qu'a été publié le premier numéro de la revue *Emerging Infectious Diseases*, qui fait partie des revues internationales de référence dans le domaine des maladies infectieuses émergentes.

Le fardeau des maladies infectieuses

Les maladies infectieuses émergentes ont touché tous les continents (Figure 1). Dans le Tableau I sont rapportés quelques exemples représentatifs de la diversité de ces maladies. Trois pandémies (épidémies à l'échelle mondiale) majeures ont marqué l'histoire de l'humanité. La peste noire a décimé 25 millions de personnes, soit le tiers de la population européenne, au XIV^e siècle. Juste après la seconde guerre mondiale, entre 1918 et 1920, la grippe espagnole due à un virus H1N1 a tué 20 à 40 millions de personnes dans le monde, c'est-à-dire davantage que la première guerre mondiale elle-même. La pandémie de VIH-SIDA est déjà à l'origine de 35 millions de morts dans le monde depuis le début des années 1980 et continue de faire des victimes.

Au cours de l'histoire, l'impact des maladies infectieuses sur la santé des populations a considérablement évolué. En 1967, le secrétaire d'état à la santé aux USA considère qu'il est temps de refermer le livre des maladies infectieuses. En effet, à cette période, l'éradication de la variole au plan mondial est en bonne voie et aboutira d'ailleurs en 1980. Les antibiotiques montrent toute leur efficacité et permettent de juguler nombre de maladies bactériennes. Le développement des vaccins permet de mettre en place des programmes élargis de vaccination qui contribuent massivement à la baisse de la mortalité due aux maladies infectieuses. Cependant les années suivantes ont marqué le re-

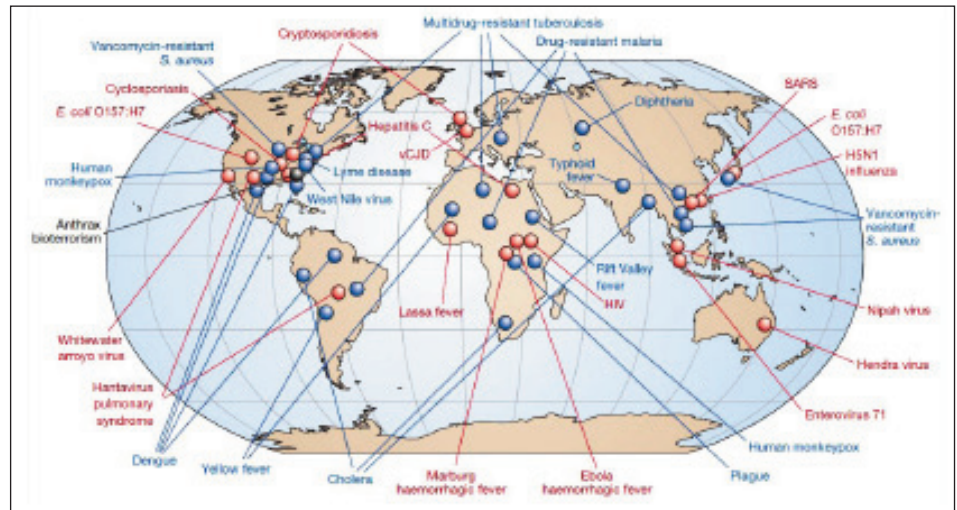


Figure 1 : Distribution mondiale des maladies infectieuses émergentes (rouge) et ré-émergentes (bleu), adapté de Morens et al., *Nature*, 2004, 430:242-9.

Tableau I : Exemples de maladies émergentes et ré-émergentes

| Période | Episodes infectieux touchant les populations humaines ou animales |
|-------------|---|
| Années 1990 | Nouveau variant de la maladie de Creutzfeldt Jacob en Grande-Bretagne |
| 1997 | Epidémie de grippe aviaire à Hong-Kong |
| Depuis 1999 | West Nile aux USA |
| 2001 | Epizootie de fièvre aphteuse au Royaume-Uni et en France |
| 2003 | Epidémie mondiale de SRAS |
| Depuis 2003 | Epizootie de grippe aviaire (H5N1), quelques cas humains (promiscuité) |
| Depuis 2006 | Fièvre catarrhale ovine en France continentale |
| 2007 | Epizooties de Fièvre de la Vallée du Rift en Afrique de l'Est, à Madagascar et au Soudan |
| Depuis 2008 | Peste des petits ruminants au Maghreb |
| Depuis 2011 | Virus Schmallenberg touchant les ovins et les bovins en Allemagne puis dans l'ensemble de l'Europe de l'Ouest |
| Depuis 2012 | MERS CoV, touchant l'Arabie Saoudite, le Qatar, la Jordanie... |
| Depuis 2013 | Epidémie d'influenza H7N9 en Chine |

tour en force des maladies infectieuses avec notamment le VIH-SIDA, la fièvre hémorragique à virus Ebola ou encore les infections nosocomiales. D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les maladies infectieuses sont responsables de 15 millions de morts chaque année dans le monde, soit 25% de la mortalité. Ces données globales cachent pourtant une grande disparité car le plus lourd tribut est payé par les pays à faible revenu tandis que les pays à revenu élevé sont davantage touchés par les maladies cardiovasculaires et les cancers.

Les facteurs d'émergence

Dans la nature, il existe un équilibre entre les agents pathogènes, les hôtes et leur environnement. La maladie appa-

raît, à la jonction de ces trois ensembles, lorsque cet équilibre est rompu (Figure 2). Une rupture brutale de cet équilibre favorise les mécanismes d'émergence. Plus généralement, le processus d'émergence des maladies infectieuses semble associé à une combinaison multiple et complexe de facteurs environnementaux, sociodémographiques, économiques ou comportementaux que nous allons maintenant illustrer à l'aide d'exemples.

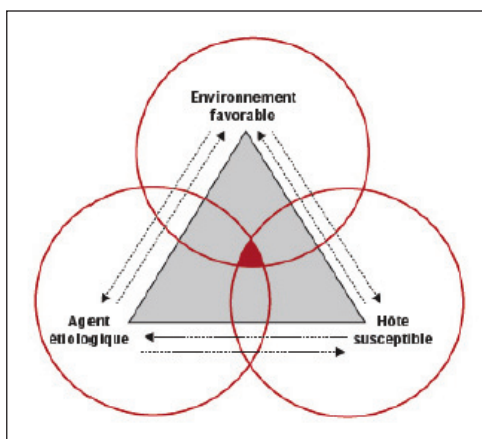


Figure 2 : Interactions des 3 composantes des maladies infectieuses émergentes

Agent nouveau

Une émergence est due à un agent nouveau lorsqu'il s'agit de la première identification du micro-organisme. Le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) est apparu sous forme épidémique en 2003, provoqué par un Coronavirus nouveau pour l'homme (4). Entre les mois de février et de juillet, environ 8000 personnes ont été touchées dans 33 pays et 774 décès ont été constatés (données OMS). Issu d'un réservoir animal mal identifié, ce virus s'est transmis de personne à personne par des gouttelettes de salive, lors de contacts rapprochés (5). La réponse internationale a été rapide et efficace grâce au partage des compétences scientifiques et une coordination assurée par l'OMS.

Modifications de l'agent

Les micro-organismes ont la capacité d'évoluer et de s'adapter à leur environnement. Ils peuvent, par exemple, devenir plus virulents ou plus contagieux, produire de nouvelles toxines, changer

leur apparence pour tromper la mémoire immunitaire de leurs hôtes ou, plus rarement, devenir pathogènes alors qu'ils ne l'étaient pas auparavant. Les virus influenza aviaire faiblement pathogènes de sous-type H1 à H16 circulent dans la nature, au sein des populations d'oiseaux sauvages, notamment les canards. Ces virus peuvent passer sur des volailles domestiques et dans certains cas, des mutations pour les sous-types H5 ou H7, peuvent conduire à l'apparition d'un variant hautement pathogène, à l'origine d'épizooties aviaires. Ce fut le cas pour l'épizootie de grippe aviaire H5N1. Le virus grippal H1N1 2009 à l'origine de la dernière pandémie grippale, résulte d'une succession de réassortiments entre des souches porcines, aviaires et humaines (Figure 3). De façon générale, les virus grippaux, de par leur ARN segmenté, ont en effet une importante capacité de recombinaison, lorsque des sous-types différents infectent une même cellule.

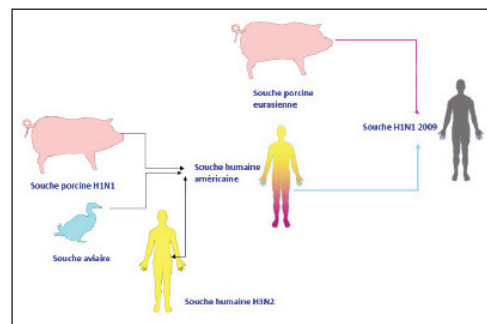


Figure 3 : Réassortiments génétiques successifs à l'origine de la souche grippale A (H1N1) 2009 pandémique

Franchissement de la barrière d'espèce

A l'interface entre l'agent pathogène et les facteurs liés à l'homme, se trouve la notion de barrière d'espèce et son franchissement (6). De façon générale, les agents pathogènes qui franchissent la barrière d'espèce deviennent moins virulents, mais il existe des exceptions. De plus, le passage à l'espèce humaine est souvent associé à une faible transmission ultérieure de personne à personne, de sorte que, s'il s'agit d'un événement banal notamment pour les virus, la réussite émergentielle est beaucoup plus rare (7). Le virus H5N1 responsable de la dernière épizootie

d'influenza aviaire a provoqué les premiers cas humains en Asie en 1997 mais a surtout diffusé à partir de 2003, au Moyen-Orient et en Afrique. En 2010 des cas humains sont apparus en Europe de l'Est. Il est à noter que les cas de contamination humaine sont restés en nombre limité au plan mondial et se sont produits dans des conditions particulières de grande promiscuité avec des oiseaux infectés. De 2003 à fin 2011, 577 cas humains dont 332 décès (létalité de 58%) ont été déclarés dans 15 pays (données OMS). Le franchissement de la barrière d'espèce s'est également produit vers d'autres espèces puisque des chats, grands félinés, chiens et ânes ont été trouvés infectés.

Modifications du réservoir vertébré

La première épizootie à virus Hendra (*Henipavirus*, *Paramyxoviridae*) survenue en Australie en 1994, résulte du passage du virus de son réservoir habituel, une chauve-souris (roussette), à des chevaux. Une amplification virale s'est produite chez les chevaux, ce qui a permis un passage à l'homme. D'autres épizooties sont survenues en 1995, 1999 et 2004. Au cours de ces épisodes, quatre personnes ont été touchées, dont deux sont décédées. L'émergence réussie chez les chevaux est restée pour le moment, heureusement, un échec relatif chez l'homme (8).

Modifications liées aux vecteurs

De nombreux facteurs influencent la transmission par des arthropodes hématophages. Les vecteurs peuvent être dispersés vers de nouvelles régions par les vents ou le déplacement de leurs hôtes animaux. Les migrations des oiseaux ont pu être mises en cause dans la dispersion de pathogènes transmis par les tiques molles. Le réchauffement climatique qui se manifeste par une augmentation lente mais avérée des températures moyennes, est un facteur pouvant favoriser la pululation et l'extension des zones de distribution des vecteurs (9). A côté de ces mécanismes naturels, l'homme intervient également. Ainsi, il est reconnu qu'*Aedes albopictus*, nommé moustique tigre, vecteur du chikungunya et de la

dengue, a été transporté depuis son berceau asiatique, dans le monde entier, notamment par l'intermédiaire des pneus usagés qui constituent d'excellents gîtes larvaires. Le moustique tigre est désormais implanté en Europe du Sud.

Modifications liées à l'environnement

Les facteurs environnementaux peuvent être physiques (changements climatiques, déforestation...), socio-économiques (guerres, urbanisation...) mais aussi organisationnels lorsque les structures de gouvernance sont défaillantes. La mondialisation et le transport toujours plus rapide d'un nombre croissant de marchandises et de passagers à travers le monde (Figure 4), s'accompagne aussi de la propagation des agents pathogènes émergents. Le transport d'animaux vivants et de produits d'origine animale est une voie très efficace de dispersion d'agents pathogènes, parfois sur de longues distances. Or, l'accroissement de la population et la mondialisation ont considérablement accru les échanges de marchandises et par voie de conséquence, les possibilités de diffusion d'agents infectieux. C'est le transport de petits ruminants en provenance du Kenya, qui a provoqué l'introduction du virus de la fièvre de la vallée du Rift, en Arabie saoudite et au Yémen, en 2000, causant une importante épizootie.

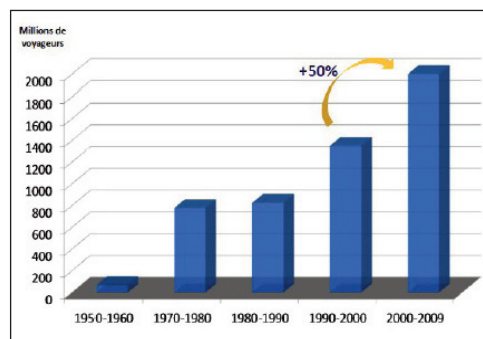


Figure 4 : Nombre moyen annuel de passagers aériens par décennie (Source IATA)

L'urbanisation avec le développement rapide de mégapoles sans infrastructure correcte, favorise le développement de maladies infectieuses, de par la concentration humaine, le manque d'hygiène et la promiscuité avec certains animaux.

Influence des systèmes d'élevage

L'homme agit également en modifiant les systèmes d'élevage pour y introduire des perturbations qui peuvent être dévastatrices. L'abaissement des barèmes de traitement thermique des farines de viandes et d'os en Grande-Bretagne, a provoqué à partir de 1986 une anadémie d'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB), due à un variant du prion responsable. Ce n'est que beaucoup plus tard, en 1996, en raison de la longueur de la période d'incubation, que sont apparus les premiers cas humains provoqués par le nouveau variant de la maladie de Creutzfeldt-Jacob (v-MCJ). Contrairement aux estimations alarmistes initiales, les mesures de gestion qui ont été prises ont permis de limiter l'impact du nouvel agent dans les populations humaines. Jusqu'en 2011, 174 personnes ont été touchées au Royaume-Uni et 25 en France.

Rôle des facteurs socio-économiques

Les facteurs socio-économiques jouent un rôle essentiel dans l'émergence des maladies infectieuses. Les conflits et les guerres réduisent à néant les systèmes de santé souvent fragiles. L'arrêt des mesures de lutte contre les rongeurs et les vecteurs laissent la voie libre à la ré-émergence de zoonoses (10). Dans ces situations, les services vétérinaires sont également entièrement désorganisés et la lutte contre les agents pathogènes n'est plus réalisée au niveau des populations animales. La pauvreté, l'hygiène insuffisante, la malnutrition et la promiscuité, favorisent partout la transmission des agents infectieux.

Ainsi, la tularémie due à *Francisella tularensis*, a provoqué une grave épidémie au Kosovo pendant la période de l'après-guerre (1999-2000), avec 327 cas confirmés sérologiquement (11). La prolifération de rongeurs et la contamination des puits et réserves alimentaires ont été identifiés comme facteurs de risque, lorsque les habitants ont regagné leurs habitations après les bombardements (11).

Modifications liées à l'homme

Il existe désormais des évidences sur la sensibilité individuelle qui explique que face à la même exposition, certains

individus développent la maladie et d'autres pas. Le virus West Nile toucherait davantage certaines personnes (12). L'homme peut devenir plus sensible aux infections en raison de l'immunodépression et de l'altération des barrières naturelles de protection. L'immunodépression acquise peut elle-même résulter d'une maladie comme le sida ou de la mise en œuvre de traitements. Il est désormais reconnu que les individus sont plus sensibles aux micro-organismes nouveaux pour lesquels leur système immunitaire est naïf. Cette situation se produit lors des voyages, particulièrement vers des destinations exotiques et dans les phénomènes migratoires (13). L'homme, par son comportement alimentaire et son goût pour certains loisirs, a pu favoriser l'apparition de zoonoses. La consommation de viande hachée insuffisamment cuite a été à l'origine de foyers d'infection à *Escherichia coli* O157:H7, responsable d'un grave syndrome hémolytique et urémique chez les enfants de moins de cinq ans. Le comportement humain vis-à-vis des animaux de compagnie est également incriminé. Des contacts étroits facilitent la transmission directe d'agents zoonotiques. Le développement des nouveaux animaux de compagnie (NAC), à savoir des rongeurs, reptiles, oiseaux, a été à l'origine de l'apparition de zoonoses nouvelles (14). Par ailleurs, le développement des visites dans les fermes pédagogiques et les parcs zoologiques, a été à l'origine de cas de zoonoses chez des enfants, suite à des contacts directs ou indirects avec des animaux souvent porteurs inapparents (15).

Conclusion

L'émergence des maladies infectieuses résulte d'interactions complexes entre des facteurs liés à l'agent, à l'hôte et à l'environnement dans ses différentes composantes. La complexité de ces interactions rend très difficile toute prédiction. En 2009, alors que la plupart des experts attendaient une pandémie de grippe aviaire (H5N1) en provenance de l'est, c'est une pandémie grippale issue d'une souche porcine (H1N1) qui est venue de l'ouest.

L'histoire des maladies infectieuses est un éternel recommencement. En 1930, dans son ouvrage « Naissance, vie et mort des maladies infectieuses », Charles Nicolle écrivait : « Les maladies infectieuses sont les compagnes constantes de notre vie » ou encore « Il y aura donc des maladies nouvelles : c'est un fait fatal ». Tout ceci s'est vérifié et très probablement se vérifiera encore. Sans cesse le rapport de force entre les capacités d'adaptation des agents infectieux et les capacités de lutte évoluent, des batailles sont gagnées par un camp ou l'autre mais la guerre est loin d'être terminée. Le progrès des sciences et de la médecine mais aussi l'organisation de

la réponse aux maladies infectieuses (Figure 5) à l'échelle mondiale doivent nous permettre de rester raisonnablement optimiste pour le futur, à condition de pas relâcher les efforts et la vigilance.

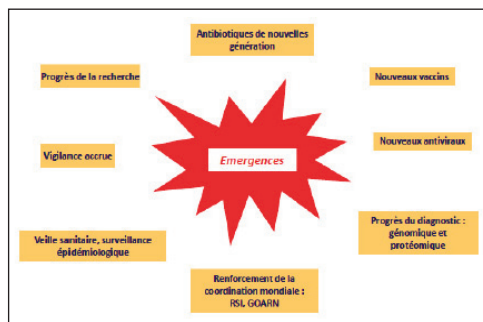


Figure 5 : Lutte contre les maladies infectieuses émergentes : les contremesures

Références

- (1) Woolhouse MEJ, Gowtage-Sequeria S. Host range and emerging and reemerging pathogens. *Emerging infectious diseases* 2005 ; 11 : 1842-7.
- (2) Acha P, Szyfres B. Zoonoses et maladies transmissibles communes à l'homme et aux animaux. Vol. I (bactérioses et mycoses), Vol. II (chlamydioses, rickettsioses et viroses), Vol III (zoonoses parasitaires). Office Int. Paris, 2005 : 1186 p.
- (3) Woolhouse MEJ, Gowtage-Sequeria S. Host range and emerging and reemerging pathogens. *Emerging infectious diseases* 2005 ; 11 : 1842-7.
- (4) Kuiken T, Fouchier RAM, Schutten M, et al. Newly discovered coronavirus as the primary cause of severe acute respiratory syndrome. *Lancet* 2003 ; 362 : 263-70.
- (5) Skowronski DM, Astell C, Brunham RC, et al. Severe acute respiratory syndrome (SARS): a year in review. *Annual review of medicine* 2005 ; 56 : 357-81.
- (6) Parodi AL. Anthroozoonoses and other inter-specific infections: breaches in the "species barrier." *Bulletin de la Société de pathologie exotique* 2008 ; 101 : 232-7.
- (7) Vabret A. Emergence and species barriers. *Médecine et maladies infectieuses* 2004 ; 34 : 506-13.
- (8) Eaton BT, Broder CC, Wang L-F. Hendra and Nipah viruses: pathogenesis and therapeutics. *Current molecular medicine* 2005 ; 5 : 805-16.
- (9) Vazeille M, Jeannin C, Martin E, et al. Chikungunya: a risk for Mediterranean countries? *Acta tropica* 2008 ; 105 : 200-2.
- (10) Gayer M, Legros D, Formenty P, et al. Conflict and emerging infectious diseases. *Emerging infectious diseases* 2007 ; 13 : 1625-31.
- (11) Reintjes R, Dedushaj I, Gjini A, et al. Tularemia outbreak investigation in Kosovo: case control and environmental studies. *Emerging infectious diseases* 2002 ; 8 : 69-73.
- (12) Seligman SJ. Single nucleotide polymorphisms in human genes and increased susceptibility to West Nile Virus disease. *The Journal of infectious diseases* 2006 ; 193 : 1187-8.
- (13) Chen LH, Wilson ME. The role of the traveler in emerging infections and magnitude of travel. *The Medical clinics of North America* 2008 ; 92 : 1409-32.
- (14) Chomel BB, Belotto A, Meslin F-X. Wildlife, exotic pets, and emerging zoonoses. *Emerging infectious diseases* 2007 ; 13 : 6-11.
- (15) Brugère-Picoux J, Kodjo A. Actualités sur les zoonoses émergentes et réémergentes. *Bulletin de l'Académie vétérinaire de France* 2007 ; 160 : 279-288.

EN « TABLEAUX », LA SUBSTITUTION SALIVAIRE : QUOI DE NEUF EN 2013 ?*

Gaëlle BRUNOTTE**, Arnaud BEDUNEAU*** et Édouard EUVRARD****

Composition salivaire



- pH
 - Varie entre 6,7 et 8,5
- Composition
 - 99 % d'eau
 - Constituants organiques
 - Constituants inorganiques

} 1%

Composition salivaire



- pH
 - Varie entre 6,7 et 8,5
- Composition
 - 99 % d'eau
 - Constituants organiques, représentés par 2 types de protéines
 - ✓ Intrinsèques - synthétisées par les glandes elles-mêmes
 - Enzymes salivaires
 - Mucines (et autres glycoprotéines)
 - ✓ Extrinsèques - issues du sérum
 - Ig A
 - Ig G
 - Ig M
 - Albumine sérique
 - Facteurs de croissance : NGF – EGF
 - Urée – cortisol...

} +++

Composition salivaire



- pH
 - Varie entre 6,7 et 8,5
- Composition
 - 99 % d'eau
 - Constituants organiques
 - Constituants inorganiques
 - ✓ Composés ioniques :
 - Na⁺
 - K⁺
 - Ca⁺⁺
 - H⁺
 - Cl⁻
 - PO₄⁻⁻⁻
 - Ions bicarbonates rôle tampon : balance H⁺. Important car une ↗ de l'acidité → ↗ incidence carieuse (démérialisation émail)

} +++

Composition salivaire



- pH
 - Varie entre 6,7 et 8,5
- Composition
 - 99 % d'eau
 - Constituants organiques
 - Constituants inorganiques

} 1%

Merci pour votre attention



*Illustrations de la conférence prononcée lors de la Journée du GORSSA-ADF du 30 novembre 2013

**Dr, Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et d'Odontologie Hospitalière

***Dr, CIT - IT

****Dr, Li4S – EA INSERM 4268 (Pr B. KASTLER)

La xérostomie

- Sensation subjective de sécheresse buccale
 - Le plus souvent (mais pas toujours) liée à une hyposialie
- La xérostomie est un symptôme fréquent
 - Physiologique : vieillissement
 - Causes immunologiques : Gougerot-Sjögren
 - Iatrogène :
 - ✓ Effet indésirable de traitements médicamenteux : apparition d'une xérostomie à la 3ème semaine de traitement psychotrope (antidépresseurs +++, neuroleptiques)

La xérostomie

- Sensation subjective de sécheresse buccale
 - Le plus souvent (mais pas toujours) liée à une hyposialie
- La xérostomie est un symptôme fréquent
 - Physiologique : vieillissement
 - Causes immunologiques : Gougerot-Sjögren
 - Iatrogène :
 - ✓ Conséquences de la radiothérapie
 - ✓ Effet indésirable de traitements médicamenteux
- La sécheresse buccale entraîne :
 - Douleurs (en particulier si prothèses), ulcérations
 - Difficultés d'élocution, déglutition, mastication
 - Risque accru de caries/infections

La xérostomie

- Sensation subjective de sécheresse buccale
 - Le plus souvent (mais pas toujours) liée à une hyposialie
- La xérostomie est un symptôme fréquent
 - Physiologique : vieillissement
 - Causes immunologiques : Gougerot-Sjögren
 - Iatrogène :
 - ✓ Conséquences de la radiothérapie
 - ✓ Effet indésirable de traitements médicamenteux
- La sécheresse buccale entraîne :
 - Douleurs (en particulier si prothèses), ulcérations
 - Difficultés d'élocution, déglutition, mastication
 - Risque accru de caries/infections

Altération de la qualité de vie

Conséquences de la xérostomie

- **Xérostomie post-radique** = complication fréquente des cancers des VADS



- Aspect souvent qualifié de visqueux de la salive des patients traités
- Perte de la fonction de lubrification et d'insalivation du bol
- Nombreuses études sur les variations quantitatives et qualitatives biochimiques

Traitement habituel de la xérostomie

- Si hyposialie avérée
 - Hygiène bucco-dentaire rigoureuse
 - Information et sensibilisation du patient
 - Prophylaxie carieuse
 - ✓ Brossage des dents avec un dentifrice fortement dosé en fluor
 - ✓ Si possible examen bucco-dentaire fréquent
- Cas du traitement par radiothérapie pour un cancer de la tête/cou
 - Engendre très souvent une hyposialie, voire une asialie
 - Utilisation de gouttières contenant du gel fluoré à 2000 ppm (Fluocaril Bi-Fluoré...) recommandée pour ces patients
 - Brossage des dents avec un dentifrice fortement dosé en fluor

Traitement habituel de la xérostomie

- Si fonction salivaire résiduelle
 - Stimulation du flux salivaire
 - ✓ Mécanique : Chewing-gums/bonbons
 - ✓ Médicamenteuse (sialogogues)
 - Anetholtrithione – Sulfarlem ®
 - Pilocarpine – Salagen ® (gros pb effets indésirables bradycardie et hypersudation)
- Si aucune fonction salivaire résiduelle
 - Stratégie palliative :
 - ✓ Substituts salivaires. Quelques exemples :

- | | |
|--------------|------------------|
| ■ Aequasyl ® | ■ BioXtra ® |
| ■ Artisial ® | ■ GC Dry mouth ® |
| ■ Biotène ® | ■ Novasial ® |

Classification des produits

- Médicaments (1 seul produit dans cette catégorie)
 - **Artisial®**
 - ✓ Substances actives : ions (NaCl, KCl, MgCl₂, CaCl₂...)
 - ✓ SMR du 04/09/2013 considéré comme faible
 - ✓ Remboursement 15%
- Dispositifs médicaux (quelques exemple)
 - **Aequasyl®**
 - ✓ DM de classe I (risque faible, barrière mécanique uniquement)
 - ✓ Triesters de glycérols oxydés
 - ✓ SMR considéré comme suffisant
 - ✓ Remboursement 60%
 - **Novasial®** - *Uniquement disponible par commande à distance*
 - ✓ DM de classe **IIb** (risque potentiel élevé – contient du blanc d'œuf)
 - ✓ Non remboursé

En France seuls Artisial® et Aequasyl® sont remboursés

Substitution salivaire et xérostomie

Le développement de la plupart des substituts salivaires se base sur deux approches

- 1) Imitation des propriétés physiques de la salive
 - **Mouillabilité**
 - ✓ Capacité du matériau à s'étaler sur des substrats
 - **Lubrification**
 - ✓ Diminution de la friction entre les différents matériaux de la bouche (muqueuse, émail)
- 2) Imitation de la composition de la salive
 - **Composition électrolytique**
 - ✓ Hygiène
 - ✓ Re-minéralisation des dents
 - **Composition biochimique**
 - ✓ Enzymes naturellement présentes dans la salive (lysozyme...)
 - ✓ Mucines d'origine animale ou végétales (produits non commercialisés en France)

Les substituts salivaires disponibles

- Facilité et discrétion d'application
 - sprays, gels
- Mais :**
- Parfois goût déplaisant
- Applications fréquentes nécessaires
 - Manque de rémanence
- Prise fréquente de gorgées d'eau souvent préférée

Tous ces produits sont extrêmement éloignés des propriétés de la salive naturelle

Notre hypothèse de travail

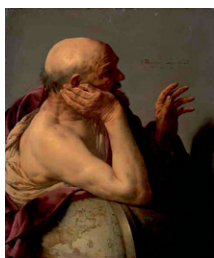
- La salive a des propriétés physiologiques lui conférant un comportement en bouche spécifique
- Dans un premier temps étude de ce comportement
 - Par la rhéologie de la salive chez l'individu sain et pathologique (= souffrant de xérostomie de différente étiologie)
- Dans un deuxième temps
 - « Screening » et comparaison rhéologique des produits disponibles sur le marché pour fournir au clinicien des indications de prescription
- Dans cette approche la composition biochimique n'a pas été étudiée car la biochimie salivaire est infiniment complexe

Approche rhéologique

« Tout s'écoule »

HERACLITE

(Naissance ≈ 541/544 av. J.-C. Décès ≈ 480 av. J.-C.)



Définitions et concepts rhéologiques

- La **rhéologie** est la partie de la physique étudiant :
 - La déformation
 - L'écoulement de la matière sous l'action de contraintes qui lui sont appliquées
- Vaste domaine d'application :
 - Agroalimentaire
 - Cosmétique...
- Dans notre cas :
 - Caractérisation
 - ✓ Du comportement viscoélastique
 - ✓ Du comportement d'écoulement



pour différents substituts salivaires

Approche rhéologique

▪ Ecoulement

- Lors de l'application d'une contrainte :
 - ✓ Si la viscosité demeure inchangée : le fluide est newtonien
 - ✓ Si la viscosité augmente avec la contrainte : le fluide est non-newtonien rhéo-épaississant
 - ✓ Si la viscosité diminue avec la contrainte : le fluide est non-newtonien rhéofluidifiant

▪ La salive est un fluide non-newtonien rhéofluidifiant

- ✓ La viscosité de la salive diminue lorsque les mouvements de la mastication s'intensifient

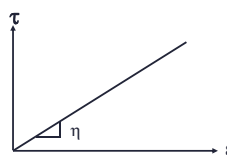
▪ Viscoélasticité

- L'élasticité traduit la capacité d'un matériau à conserver et à restituer de l'énergie après déformation
- La salive possède un comportement viscoélastique

Les liquides Newtoniens = eau

▪ La viscosité apparente ne dépend pas des conditions de cisaillement.

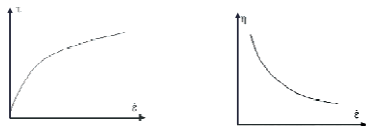
- La viscosité apparente est alors appelée « viscosité absolue », notée η
- Equation de Newton: $\tau = \eta \times \dot{\epsilon}$
 - ✓ Bonne approximation du comportement des liquides fluides (eau, solvant organique, dispersion ou solution diluées)



Les liquides Non-newtoniens

▪ La viscosité apparente dépend des conditions de cisaillement

- La viscosité apparente **décroit** avec le cisaillement
 - ✓ Liquide **rhéofluidifiant** (=salive)



✓ Exemples de liquides rhéofluidifiants:

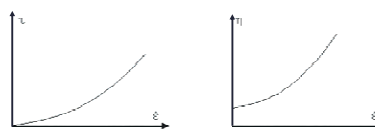
- Les suspensions de particules asymétriques
- Les solutions de hauts polymères
- Certaines peintures
- Les ciments
- La mayonnaise
- Le savon



Les liquides Non-newtoniens

▪ La viscosité apparente dépend des conditions de cisaillement

- La viscosité apparente **croît** avec le cisaillement
 - ✓ Liquide **rhéoépaississant**

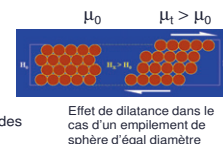


✓ Ce comportement est moins fréquent

- Concerne essentiellement les corps dilatants dont le volume augmente avec le cisaillement

✓ Exemples de liquides rhéoépaississants:

- Les suspensions à forte teneur en particules solides
- L'empois d'amidon...



Quelques ordres de grandeur

| matériaux | viscosité (Pa.s) |
|------------------|------------------|
| air | 10 ⁻⁵ |
| eau | 10 ⁻³ |
| huile d'olive | 10 ⁻¹ |
| glycérine | 1 |
| miel | 10 |
| polymères fondus | 10 ³ |
| bitume | 10 ⁸ |

Intérêt de l'approche rhéologique

▪ Mieux comprendre la physiologie salivaire

- Evaluer les variations de viscosité de la salive pendant la mastication
- Etudier l'étalement de la salive dans la cavité buccale
- Comprendre les relations possibles entre le contenu biochimique et les propriétés physiques

▪ Le substitut salivaire idéal devrait mimer le comportement rhéologique de la salive¹



Etude détaillée de la viscoélasticité et du comportement d'écoulement des substituts salivaires soumis à des contraintes de cisaillement

¹Park MS, Viscosity and wettability of animal mucin solutions and human saliva. Oral Dis. 2007

Intérêt de l'approche rhéologique

- Mesures rhéologiques sur plusieurs substituts salivaires, disponibles en France, en Europe et aux Etats-Unis
 - Les produits étrangers sont de plus en plus accessibles à la commande par correspondance, ou peuvent être achetés librement dans les pays frontaliers
- Mesure de la viscosité des produits à 100 s⁻¹
- Caractérisation des propriétés viscoélastiques
 - ✓ La salive naturelle présente les propriétés de celles d'un gel
 - ✓ Un substitut salivaire devrait donc idéalement avoir le comportement viscoélastique d'un gel
- Etablissement d'une classification des produits

| Product | Manufacturer | Viscosity Agent | η 100s ⁻¹ (mPa.S) | Viscoelastic properties | |
|---------------------------|---------------------------|-----------------------|--|-------------------------|---------------------|
| Xeros Mouthspray® | DENTAID | Cellulose derivatives | Hydroxy Ethyl Cellulose | 3,5 | Viscoelastic Liquid |
| Glandosane® | CELL Pharm | | CMC Sodique | 4 | GEL |
| BioXtra® | LIFESTREAM Pharma | | Hydroxy Ethyl Cellulose CMC | 5,2 19 | No No e |
| Xerotin® | DIFA COOPER | Mucins | Hydrogenated starch hydrolysate, Hydroxy Ethyl Cellulose | | GEL |
| Biotène oral balance gel® | GSK | | | | |
| Saliva Natura ® | PARNELL PHARMACEUTIC ALS | Mucins | Mucin plant | 1,2 | No |
| Saliva Orthana® | A/S Pharma | | Mucin gastric | 2,5 | No |
| Stérisial® | MoNo chem-pharm | Polysaccharides | Hyaluronic acid-sodium | 3,3 | No |
| Saseem® | POHL BOSKAMP | | Carrageenan | 23 | Viscoelastic Solid |
| Oasis Dry mouth® | OASIS Consumer Healthcare | | Xanthan gum | 98 | GEL |
| Biotène Mouth Spray® | GSK | Lipids | Xanthan gum, protein-enzymes | 125 | GEL |
| Aequasyl ® | EISAI | | Triesters de glycérol oxydés | 78 | GEL |
| Xerostom ® | BIOCOSMETICS Laboratories | No | Olive oil, lemon oil, parsley oil | 1,9 | No |
| Artisial ® | BIOCDEX | | | 3,9 | No |
| Saliveze ® | WYVERN Medical | | | 29,4 | No |

Choix d'un substitut salivaire

- Notre étude de la rhéologie salivaire et des substituts disponibles semble en faveur du choix d'un produit viscoélastique ayant les propriétés d'un gel
 - **Aequasyl ®**
 - ✓ L'étude de Mouly et al.¹ (2007) confirme l'amélioration significative de la symptomatologie
 - **Biotène ®** (en tube ou spray)
- Mais des produits non viscoélastiques peuvent également apporter un soulagement significatif ²
 - Produits à base de mucines animales (disponibles au Danemark, RU... non commercialisés en France)
 - ✓ Sont souvent délaissés en raison de leur goût jugé désagréable

¹ Mouly SJ. Efficacy of a new oral lubricant solution in the management of psychotropic drug-induced xerostomia: a randomized controlled trial. J Clin Psychopharmacol. 2007.

² Vissink A. A clinical comparison between commercially available mucin- and CMC-containing saliva substitutes. Int J Oral Surg. 1983

Choix d'un substitut salivaire

- La quantité de salive résiduelle joue un rôle important
 - Exemple : pour Biotène ® la durée moyenne de rémanence du gel est d'une heure chez les patients atteints de xérostomie sévère contre 30 min chez ceux souffrant de xérostomie modérée.
- Le type de plainte et la circonsance sont à prendre en compte
 - **Bouche sèche surtout la nuit?**
 - Préférer des produits de viscosité assez élevée la nuit, et la journée des produits viscoélastiques¹
 - **Problèmes majoritairement à l'élocution?**
 - Il a été montré que BioXtra ® était plus efficace que Biotène ® (en considérant la prise de l'ensemble de la gamme) sur ce point²

¹ Regelink G. Efficacy of a synthetic polymer saliva substitute in reducing oral complaints of patients suffering from irradiation-induced xerostomia. Quintessence Int. 1998.

² Shahdad SA. A double-blind, crossover study of Biotène Oralbalance and BioXtra systems as salivary substitutes in patients with post-radiotherapy xerostomia. V Eur J Cancer Care 2005.

Choix d'un substitut salivaire

- Il n'y a pas « une » mais « des » xérostomies
 - Il n'existe pas de produit idéal qui convienne à tous
- Nombreuses différences inter- mais aussi intra-individuelles
 - Pour chaque patient, il est possible d'essayer des produits appartenant à différentes catégories d'agents viscosants, à base :
 - ✓ De lipides
 - ✓ De polysaccharides
 - ✓ De dérivés celluloseux
 - Les produits contenant des mucines animales ou végétales ne sont pas disponibles en France
 - Possibilité d'adapter le choix du produit selon le type de plainte et le moment de la journée

 **Le choix des patients est largement influencé par le goût et la présentation des produits**

Conclusion

- Il existe de la place pour le développement de nouveaux produits de substitution salivaire
- Aucune solution actuellement n'est idéale
- Ne pas considérer que l'on peut traiter tous les patients avec un même produit : bien distinguer l'étiologie de la xérostomie et ses manifestations (notamment chronologiques).
- Dans le cas des personnes radiothérapées privilégier le maintien des dents +++ ou les réhabiliter coûte que coûte (rôle de la contrainte masticatoire sur le comportement salivaire)



**ASSOCIATION NATIONALE des OFFICIERS de RESERVE
du CORPS TECHNIQUE et ADMINISTRATIF du SERVICE de SANTE des ARMEES**
ANORCTASSA - fondée le 12 octobre 1892
Siège social : S/C ITRSSA – 74 boulevard Port Royal 75005 PARIS

**Préparation des Élections pour l'Assemblée Générale de 2014
de l'ANORCTASSA**

Notre Assemblée Générale se tiendra le **samedi 17 mai 2014 à PARIS / Val de Grâce** dans le cadre des journées nationales d'instruction du GORSSA.

Je lance par la présente **l'appel à candidature au Comité Directeur National** pour élire conformément à l'article 10 des statuts approuvés lors de l'Assemblée Générale du 10 juin 2006, les trois membres élus dont le mandat est renouvelable cette année :

- **Lcl ® GASTARD Jean – Administrateur**
- **Lcl ® BONIZ Jean-Jacques – Secrétaire Général Adjoint**
- **Ltn ® LARIVIERE David – Administrateur**

Seuls les adhérents à jour de leur cotisation pourront présenter leur candidature à l'élection au Comité Directeur.

Le bulletin de candidature devra être retourné avant le 30 avril 2014.

Lieutenant-Colonel ® BLONDÉ Denis
Secrétaire Général de l'ANORCTASSA
2 Quai du Canal
77250 Moret sur Loing

Je soussigné :

Grade :----- Nom----- Prénom-----

Adresse :-----

Souhaite présenter sa candidature au Comité Directeur de l'ANORCTASSA dont l'élection se tiendra le 17 mai 2014.

Fait à :-----le :-----

Signature

SORTIE DE LA SEPTIÈME PROMOTION DES ÉLÈVES DE L'EHESP AU STAGE D'ORCTASSA

Alain MICHEL*



Le 24 janvier 2014 s'est déroulée la cérémonie de fin de session de la 7^{ème} promotion des ORCTASSA. Les élèves après une formation théorique de 2 jours à l'EHESP en octobre sur la défense, le SSA et son organisation, la gestion des hôpitaux militaires, les corps de réservistes du SSA ont suivi 2 semaines de formation au "comportement militaire" à Saint-Cyr Coëtquidan sur :

- les connaissances militaires générales,
- l'exercice du commandement,
- l'exercice du métier des armes et le droit des conflits armés,

- une formation à la mission opérationnelle : cours sur N.R.B.C., mines, explosifs, franchissement, transmissions et vie en campagne.

Pour la 1^{ère} fois, la promotion a dû être dédoublée puisqu'ils étaient 34 à avoir souhaité suivre cette formation.

Je tiens à remercier la DCSSA et en particulier le MCS CUEFF et le MC VERGES-LARROUGET, la DRSSA de BREST et en particulier le Cdt JUHEL, le Général, les officiers et les sous-officiers de Saint-Cyr Coëtquidan, la direction de l'EHESP, les officiers d'active et de réserve qui ont participé à cette formation.

Il convient maintenant de fidéliser ces camarades en leur trouvant des affectations.



IMPRESSIONS ET TÉMOIGNAGE...

Dephine URING*

Lundi 13 janvier 2014, 5h30: le réveil des trente-quatre nouveaux élèves-officiers du corps technique et administratif du service de santé des armées est un peu difficile. Ils enfilent une dernière fois les tenues de civils qu'ils portaient la veille en arrivant à l'Ecole Spéciale Militaire de Saint-Cyr Coëtquidan. Avant midi, elles auront laissé la place au treillis, leur nouvelle tenue de travail pour la durée du stage.



Ils sont 34 élèves de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) à avoir souhaité rejoindre le corps des ORCTASSA. S'ils sont tous destinés à travailler dans les milieux de la santé ou du social, leurs profils sont plutôt variés. La majorité est constituée d'élèves-directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et d'élèves-directeurs d'hôpital ; certains sortant directement d'un cursus universitaire, d'autres ayant déjà une grande expérience professionnelle. La promotion compte également deux attachés d'administration hospitalière qui quittent pour deux semaines un poste qu'ils n'ont pris qu'au début du mois.

Ce lundi 13 janvier, aucun élève ne sait vraiment de quoi seront fait ces douze jours. Le secret a bien été gardé par les promotions antérieures et l'encadrement ne sait que trop bien jouer de leur impatience en ne dévoilant que quelques bribes qui ne font qu'entretenir leur curiosité.

Pourtant, quelques semaines auparavant, ils ont tous signé un contrat d'engagement d'un an au sein du service de santé des armées. Leurs motivations étaient souvent similaires : la grande majorité souhaite avoir une expérience concrète de l'institution militaire par un stage d'immersion. La plupart des élèves n'ont en effet aucune expérience militaire. Quelques exceptions cependant : certains élèves ont effectué leur service national, d'autres ont des membres de leurs familles engagés dans l'armée.

Intégrer un corps de réserviste doit donc leur permettre de renforcer le pont entre l'Armée et le reste de la population et donc d'entretenir le lien historique entre Armée et Nation.

Pour beaucoup également, il s'agit de prolonger l'engagement qu'ils ont fait en intégrant la fonction publique. Devenir officier de réserve permet d'envisager sous une nouvelle forme le service de l'Etat. Ce stage, proposé pour la septième année aux élèves de l'EHESP, apparaît en effet parfaitement cohérent avec leur future carrière, ce qui explique probablement son succès : en un an, la taille de la promotion d'élèves ORCTASSA a doublé.

Les élèves se sont rapidement rendus compte que l'adhésion des promotions précédentes à ce stage était amplement méritée.

*S/Lt ®, Gorssa



tée : l'emploi du temps était certes dense et intense, mais surtout passionnant et riche d'enseignements. Le rythme soutenu a permis aux élèves d'avoir une expérience concrète des missions et du quotidien du militaire : comme tout officier, les élèves ont suivi des cours d'armement avec l'apprentissage du maniement du pistolet automatique et du FAMAS ; ils ont été sensibilisés aux missions de sécurité civile que prend de plus en plus en charge l'Armée ; ils ont suivi des enseignements plus précis sur le statut particulier du militaire et du régime juridique applicable ; ... Sans oublier les exercices incontournables du parcours d'obstacles ou du bivouac.

Les élèves ont rapidement identifié le fil conducteur de cette formation composée de nombreuses activités physiques et sportives. Au delà de la logique d'aguerrissement, ce programme a permis de renforcer la cohésion entre les élèves. L'activité emblématique du parcours d'obstacles ne pouvait mieux l'illustrer. Face à l'incapacité évidente des élèves à avancer stratégiquement avec ordre et méthode, c'est l'esprit d'entraide et de solidarité qui a pris le dessus. Cet esprit de cohésion a été mis à l'épreuve dans la plupart des mises en situation, qui étaient rarement individuelles.

Cette cohésion a également été au centre des différents moments de tradition qui ont ponctué le stage. Tout d'abord, la marche à la crevette à l'issue de laquelle nous avons reçu nos galons d'élèves-officiers de la part de nos

capitaines. Puis la veillée au drapeau, moment de concentration à l'écoute de textes et chants militaires, suivie le lendemain d'une visite du Musée, rapide mais faisant écho à l'introspection de la veille. Enfin, le dernier jour, la remise des képis par le Lieutenant-Colonel Antoine, le Lieutenant-Colonel de Vaucorbeille. Ces moments ont été l'occasion de créer un sentiment d'appartenance au 4^{ème} bataillon ainsi que, plus généralement, à l'institution militaire et à ses valeurs fortes d'engagement, d'humilité, de devoir, de respect, d'honneur et d'intégrité.

Surtout, ces temps dédiés à la réflexion ont rythmé un cheminement propre à chacun, nourrit des échanges entre élèves-officiers et avec l'encadrement, ainsi qu'avec le Lieutenant-Colonel Antoine lors du retour d'expériences précédant la remise des képis.

L'importance de l'esprit de cohésion a également été soulignée lors des instructions consacrées au management et aux fonctions de commandement. C'est au cours de ces instructions qu'ont été formalisés les parallèles entre l'encadrement militaire et l'encadrement civil du point de vue de la gestion des ressources humaines. Le chef de section a besoin de créer un esprit de cohésion au sein de ses hommes pour que ces derniers soient préparés, lors du combat, à aller jusqu'au sacrifice suprême si la situation l'exigeait. Le manager a besoin de créer un esprit de cohésion au sein de son équipe pour atteindre ses objectifs managériaux et faire adhérer son équipe au projet commun.

Les compétences managériales des élèves ont également été testées par les responsabilités qu'ils devaient prendre à tour de rôle. Chaque jour, deux élèves-officiers étaient désignés pour remplir les fonctions d'élève officier de jour et d'élève officier de semaine. Ces fonctions leur donnaient la responsabilité d'encadrer, de guider et d'informer leurs collègues et donc d'être chef et d'incarner le cadre qu'ils seront à la fin de leur scolarité à l'EHESP.

La promotion adresse ses plus respectueux remerciements à l'ensemble des intervenants et encadrants du stage, et plus spécialement : le Lieutenant-Colonel Antoine, le Lieutenant-Colonel de Vaucorbeille, le Commandant Juhel le Capitaine Massetaud, le Capitaine Lespinasse, le Capitaine Brill, le Capitaine Geslin, le Capitaine Piard, le Major Fichou, l'Adjudant Billard, l'Adjudant Beaufils et le Sergent-chef Carrenza.

INFIRMIER RÉSERVISTE EN AFGHANISTAN : C'EST POSSIBLE !

Gérard CHASSELAT*



Réserviste à l'antenne médicale de la base aérienne de Châteaudun du CMA d'Orléans-Bricy, je me porte volontaire chaque année pour effectuer une OPEX. J'avais déjà effectué une mission de courte durée au HMC BOUFFARD à Djibouti, et quelle ne fut pas ma joie de me savoir désigné pour une mission au HMC KAIA dans le cadre de l'opération PAMIR au sein des troupes de la coalition.



Retrouver l'Afghanistan 29 ans après ! Quelle aventure : en effet j'y étais en 1984 avec l'organisation non gouvernementale « Médecins du monde » dans la province du Wardak ; le pays était alors occupé par les troupes soviétiques. Le contact permanent avec la population et les moudjahidine m'avait facilité l'appréhension de la complexité du pays. La décision de la DCSSA de retenir ma candidature m'a donc permis de mener une expérience très enrichissante. Je tiens à remercier le MCSCN Serge CUEFF, Délégué aux réserves, de la confiance qu'il m'a accordée pour cette mission ; je remercie également Elisabeth, notre présidente de l'ANMITRHA pour ses bons conseils et son soutien (le petit coup de fil avant le départ, c'était sympa) ainsi que les membres du bureau : Erick,

Marc, Frédéric (tu as laissé un super souvenir au sein de la 8° ACA lors de ta dernière OPEX). Bien entendu je remercie mon épouse et mes enfants qui m'ont toujours soutenu dans mon engagement au sein de l'armée en tant que réserviste.

Il n'est pas toujours facile de se rendre disponible quand on est cadre supérieur de santé faisant fonction de coordinateur général des soins, mais fort de mon expérience lors de mon absence pour effectuer une MCD à Djibouti, j'avais réparti mes activités vers les cadres de proximité et grâce à mes congés annuels et à mon compte épargne temps, j'ai pu réunir les conditions pour m'absenter pendant trois mois de Janvier à début Avril 2013.

Mais avant de partir : il faut être opérationnel ! Pour ce faire, il y a la préparation avant projection. Je suis allé deux jours, avec une partie de l'équipe du mandat 15, au Val de Grâce, dans le cadre « de la prise en charge d'un blessé grave au HMC KAIA » et quatre jours avec l'équipe entière au camp militaire de la Valbonne.

Ces formations sont indispensables : elles permettent de se mettre en situation pour l'accueil des blessés graves et grâce à l'excellente structure (reconstitution d'une salle de déchoquage, mannequin programmable, matériel à disposition...) et à la compétence des formateurs, le groupe a pu s'évaluer dans ses forces et faiblesses et se réajuster afin d'être le plus opérationnel possible. Les quatre jours passés à la Valbonne nous ont permis de retravailler :

- sur les fondamentaux comme le montage et démontage du PA et FAMAS, l'ISTC (instructions au tir

*ICaS © Gérard CHASSELAT
gerard.chasselat@ch-coutances.fr
CMA Orléans-Bricy
Antenne Médicale de Châteaudun

de combat), ateliers autour du VAB (véhicule de l'avant blindé) : brancardage, conduite et recherche d'EEI (engins explosifs improvisés) ;

- Sur la géopolitique du pays, la culture. Le fonctionnement du HMC KAIA.

Enfin, nous avons bénéficié d'une information sur la collecte de sang total avec démonstration du matériel.



Cette préparation a eu aussi l'avantage de créer une cohésion du groupe avant le départ et il est vrai que le jour de l'embarquement à Roissy Charles de Gaulle, on se sent prêt à prendre ses fonctions dès l'arrivée à Kaboul.

Mon poste à KAIA était celui d'infirmier aux soins et consultations externes : *primary care* en anglais, langue utilisée sur l'ensemble du camp puisque nous étions sous mandat OTAN avec de nombreuses nationalités qui composent la force de coalition : ISAF (*international security and assistance forces*) ; parmi ces nationalités bien sûr des américains mais aussi des anglais, australiens, tchèques, hongrois, bulgares, polonais, turcs, espagnols, italiens... et même mongols !

Mon travail consistait à effectuer des soins aux militaires de l'ISAF, aux *contractors* (civils ayant un contrat avec des entreprises qui travaillent sur le

camp pour la logistique, l'énergie, l'informatique...) et bien entendu la population afghane à qui le service de santé des armées délivre des soins gratuits, belle tradition de l'armée française !

Le matin il y avait les consultations de médecine générale et l'après-midi en plus s'ajoutaient les consultations des spécialistes : chirurgie orthopédique, viscérale, orl, ophtalmo et neurochirurgie. Les soins à réaliser étaient des soins courants : prélèvements sanguins, prise des constantes, ablation de plâtre, réfection de pansements de toutes natures, ablation de fils, d'agrafes, ECG et pose de garde veines. J'étais aidé par une infirmière hongroise et cela n'était pas de trop compte-tenu du nombre important de consultants. La langue utilisée est bien sûr l'anglais et nous étions aidés par des interprètes afghans qui faisaient l'intermédiaire avec la population locale ; les quelques mots en *pachto* (langue utilisée dans la province du Wardak) de conversation courante que je connaissais ne m'ont été guère utiles car les habitants de Kaboul parlent essentiellement le *dari*.



J'étais également responsable de la collecte de sang total, collecte qui a été - activée une seule fois pendant le mandat (il est vrai que l'hiver l'action des insurgés est plutôt en sommeil).

La vie sur le camp était organisée pour faciliter au mieux les temps de repos et de loisirs : salles de sport, boutiques diverses, petits restaurants et même un petit marché afghan. De plus le gestionnaire du HMC avait en charge « la cohésion » de l'équipe : chaque semaine, une séance de cinéma dans le hall de l'hôpital, organisation de tournois de ping-pong, de fléchettes, de baby-foot, de belote... et bien sûr le traditionnel barbecue hebdomadaire !

J'ai trouvé une cohésion réelle pendant mon séjour, une équipe très soudée bref un réel plaisir à travailler et un sentiment très fort de participer avec mes camarades d'active à la présence française dans le monde.

Afin de faciliter le retour en France, un passage à Chypre dans le cadre d'un sas de décompression était organisé ; différents ateliers étaient proposés ainsi que des excursions. Cela m'a facilité le passage à la vie civile car quitter un groupe aussi solidaire ne m'a pas été aussi facile...

Comme tout militaire en OPEX j'ai eu une notation intermédiaire, celle-ci a été excellente et j'en ressens un fort sentiment de fierté d'avoir « défendu » les couleurs des réservistes et de partager cette reconnaissance avec ceux qui m'ont fait confiance : le MCSCN Serge CUEFF et mes camarades de l'ANMITHRA.

Partir en OPEX pour un réserviste est pour moi aller jusqu'au bout de l'engagement au sein de l'armée et j'espère pouvoir repartir bientôt.



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

La FRAOS, « Formation Réserve Aguerissement Opérationnel Santé » (ancien Raid des réserves), se déroulera sur le camp de La Valbonne du samedi 7 juin (soir) au vendredi 13 juin 2014. Si vous êtes intéressé(e), prenez d'urgence contact – dès connaissance et réception de cette annonce – avec votre Direction régionale. Conditions : ESR valide et aptitude médicale et, éventuellement si vous les détenez CATI 1 ou 2...

La JNR (Journée Nationale du Réserviste) aura lieu le jeudi 10 avril 2014. Les diverses manifestations qui seront proposées à cette occasion variant d'une Zone de défense à l'autre, nous vous conseillons de vous renseigner auprès de votre direction régionale afin d'en connaître date(s) exacte(s) et modalités de déroulement.

Notez l'organisation d'une journée d'instruction en région de Metz dans le cadre du 1^{er} RHC de Phalsbourg (57) le mercredi 28 mai 2014. **Contact** : michel0551@orange.fr



Val-de-Grâce

1, place Alphonse Laveran
75005 PARIS

RER : PORT-ROYAL – BUS : 27, 38, 83, 91

VENTE D'ENTRAIDE

le jeudi 22 mai 2014
le vendredi 23 Mai 2014
le samedi 24 mai 2014

Organisée par la
Société Amicale des Élèves et Anciens Élèves des Écoles du
Service de Santé des Armées et de l'École du Val-de-Grâce

À L'OCCASION DE SON CENTENAIRE

de 11 heures à 18 heures dans le cloître du Val-de-Grâce

Visite du Musée et de l'Église du Val-de-Grâce
les 22 et 24 mai 2014 (visites guidées à 14h30 sur inscription)

Baptêmes « Harley Davidson » le Samedi 24 mai 2014

Restauration et salon de thé de 12h00 à 18h00

ENTRÉE LIBRE
1 place Alphonse Laveran Paris 75005
ou 74 Bd de Port Royal 75005 Paris

PARKING
74 Bd de Port Royal 75005 Paris

PENSEZ À CONSULTER RÉGULIÈREMENT NOTRE SITE INTERNET : [HTTP//WWW.GORSSA.FR](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...

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°49 du 15 novembre 2013

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

BOC n°50 du 21 novembre 2013

Nominations dans les Corps des Infirmiers et Secrétaires

BOC n°51 du 29 novembre 2013

- **Texte n°2 – Directive N°9924/DEF/CAB/CSRM**
Relative à la réserve citoyenne (du 4 octobre 2013)

- **Texte n°11 – Circulaire N°342/DEF/DCSSA/CHOG**

Relative à la notation en 2013 et au travail préparatoire à la notation 2014 des militaires de l'armée d'active et de la réserve opérationnelle du service de santé des armées (du 13 mars 2013)

- **Textes 13, 15 à 26 et 28 à 31**

Nominations dans les Corps des Secrétaires, Manipulateurs en électroradiologie médicale, Aides-Soignants, Volontaires, Infirmiers et Technique et Administratif

BODMR n° 7 du jeudi 8 décembre 2013

Portant attribution de la médaille pour travaux scientifiques ou techniques du service de santé des armées

BOC n°54 du 10 décembre 2013

- **Texte n° 1 – Circulaire N°500820/DEF/DCSSA/PC/MP**

Relative à l'application du dispositif mis en place pour la médecine de prévention du personnel civil et militaire au ministère de la défense (du 1^{er} juillet 2013)

- **Textes n° 15 à 20**

Nominations dans les Corps des Secrétaires, Chirurgiens-Dentistes, Techniciens de laboratoire Médecins, et Infirmiers

JORF n° 0295 du 20 décembre 2013 – Arrêté du 11 décembre 2013 portant fixation des tarifs de prestations des hôpitaux des armées

BOC n°1 du 3 janvier 2014 – Textes n° 9 à 34, 36, 38, 40 à 42, 49, 50 et 53

Nominations dans les Corps des Infirmiers, Techniciens de laboratoire, Secrétaires, Technique et Administratif, Médecins, Aides-Soignants, Infirmiers de bloc opératoire et Préparateurs en pharmacie

BOC n°3 du 17 janvier 2014

- **Texte n°4 - Instruction N°509469/DEF/DCSSA/RH/RES**

Relative à l'organisation et au fonctionnement de la réserve militaire du service de santé des armées (du 11 septembre 2013)

- **Textes n°12, 14 et 15**

Nominations dans le Corps des Infirmiers

BODMR n°1 du 28 janvier 2014 – Décisions du 20 juin 2013 portant attribution de la médaille d'honneur du service de santé des armées

BOC n°5 du 31 janvier 2014 – Textes n°20 à 25

Nominations dans les Corps des Infirmiers, Préparateurs en pharmacie, Infirmiers de bloc opératoire et Médecins

BOC n°7 du 7 février 2014

- **Texte N°21 – Tableau N°337/DEF/DCSSA/SD_AS/B.LOG**

Relatif aux prix complets des principales tenues confectionnées en demi-mesure industrielle pour le personnel de l'armée de terre, de l'armée de l'air et des services interarmées en 2014 (du 22 janvier 2014)

- **Textes n° 32 et 34**

Nominations dans le Corps des Infirmiers

BOC n°9 du 14 février 2014

- **Texte n° 26 – Arrêté**

Portant attribution de la médaille des services militaires volontaires « à titre normal » (du 26 décembre 2013)

- **Textes n°27, 28 et 31**

Nominations dans les Corps des Préparateurs en pharmacie, Infirmiers et Infirmiers-Anesthésistes

À NOS LECTEURS,

Cette année 2014 voit la commémoration des 2 guerres mondiales : Centenaire de la Première Guerre « 14 / 18 » et 70^{ème} anniversaire de la Libération de la France. Nous avons imaginé en guise d'hommage aux acteurs de ces tragiques et glorieuses épopées que, cette année, les illustrations des couvertures de notre revue ainsi que nos pages bibliographiques seraient consacrées à l'évocation ou la narration de ces 2 événements.



1914



1944

INDEX 2013*

I – TABLE DES MATIÈRES PARAUTEURS

- BOLNOT F-H (VC) (R)
 - La colombophilie militaire : quelques repères au fil de l'histoire (2^{ème} partie) – n°1 p 19 – 23.
 - Le cheval d'Ouessant, auxiliaire des phares et balises, n°3 p17-25.
- BOURHIS M.-V. (MA) : Le médecin militaire d'unité dans l'approche et la prise en compte des états de stress post-traumatiques - n°1 p 13-18.
- BOUSQUIER P. (MC) (R) : Interview du Médecin Général Inspecteur VERGOS, Directeur du Val de Grâce – n° 3 p 6-7.
- BURNAT P. (PG) : Antoine PARMENTIER, bicentenaire de la mort d'un pharmacien des armées illustre – n° 3 p 13-16.
- CALIN X. (PP) (R) : De l'officine ...aux sous-marins nucléaires lanceurs d'engins - témoignage... – n° 4 p 23.
- CUEFF S. (MCS) : Conclusion du numéro spécial Marine - n° 4 p 45.
- CLIN, P. (CDC) (R) : Retex de mission en Afghanistan (HMC de Kaïa) - n° 2 p 16-17.
- CUVILLIER J.-M. (MCS) : Pharmaciens de réserve, maillons majeurs de la chaîne santé des forces sous-marines - n°4 p 22.
- DAL E. (MGI) : Éditorial - n° 4 p 5.
- DAVY B. (ICN) (R), LEMOINE V. (ICS) : Deux infirmiers du CMA de Cherbourg témoignent... - n°4 p 37.
- DESMOULIÈRE A. (PC) (R) : Contribution à la surveillance de l'air et au contrôle des produits embarqués à bord des sous-marins, - n°4 p 24-26.
- DOUTRE P.-A. (MC) (R) : Quelques aspects de la vie embarquée d'un réserviste à la CSS/FAN/TLN... pourquoi et pourquoi faire ? - n° 4 p 38-42.
- DUCOMBS O. (MP) (R) ; MALAN L. (MP) (R) ; HABAS S.(MP) (R) ; MALO J.-P.(MP) (R) : Les réservistes au sein de la FOR-FUSCO - n° 4 p 15-18.
- FOGEL J.-P. (CDCS) : Éditorial - n° 2 p 3.
- GUNEPIN M. (CD) ; DERACHE F. (CD) ; DYCHTER L. (Dr) ; ZADIK Y. (CDT) ; AU-DOAL T. (MP) ; RIVIERE D. (MC) : Prise en charge bucco-dentaire du personnel navigant - n° 1 p 24-31.
- KEIRSSE S. (IACS) : La fonction de président de catégorie - n° 1 p 36-37.
- LAMBERT C. (PCN) (R) : Sac d'intervention d'infirmier réserviste au CMA de Besançon - n° 3 p 26-30.
- LE BOT P. (CDP) (R) : Expertise bucco-dentaire pour les forces sous-marines - n° 4 p 27.
- LEFEVRE S. (VP) (R) : Un vétérinaire au service des bâtiments de la Marine - n° 4 p 32-35.
- LINON P.-J. (COL) (R) : Les OCTASSA de Réserve, hier. Rétrospective - n° 1 p 32-35.
- MAGNE X. (Amiral) : Marine et médecine - n° 4 p 6-8.
- MALAQUIN D. (PC) (R) : Problèmes rencontrés par un pharmacien au Tchad, Opération Épervier, fin 2012 - n°2 p 18-21.
- MAILLEUCHET P. (MP) et HUIBAN N. (MP) : L'aéronautique navale : la composante aérienne de la Marine Nationale - n° 4 p 12-14.
- MARIÉ J.-L. (VC), DAVOUST B. (VCS), MANET G. (VC) (R) : Animaux mascottes : une nouvelle doctrine dans les armées - n° 2 p 26-30.
- MENU C. (LTN) (R) : L'emploi des réservistes au sein de la Force d'Action Navale - n° 4 p 11.
- MICHELET P. (PU-PH) : Noyades - n° 1 p 12.
- MIQUELJAUREGUI B. (MCS) : Le soutien médical de la Force d'Action Navale - n° 4 p 9-10.
- de MOULINS de ROCHEFORT ÉL. (ICS) (R) : Éditorial - n° 3 p 3.
- NORET F. (MERCN) (R) : J'étais manipulateur de radiologie avec la 8^{ème} ACA au Tchad, Opération Épervier - n° 2 p 22-23.
- PAPILLAULT DES CHARNONNERIES L. (MC) : Le médecin généraliste en OPEX - n° 2 p 14-15.
- PAUCHARD J.-M. (CDC) (R) :
 - Présentation du numéro spécial Marine – n°4 p 3.
 - Editorial - n°1 p 3.
- PENIGUEL B. (CDC) : Le chirurgien-dentiste du service de santé de la force navale – n°4 p 28-31.
- PINGET G. (CF) Médecin embarqué : pourquoi et pourquoi faire ? Le point de vue du Commandant – n°4 p 43-44.
- ROSSET M. (PC) (R) : Pharmacien réserviste dans la Marine – n°4 p 19-21.



II – TABLE DES MATIÈRES PAR CHAPITRES

1 - Compte rendus des activités

- Journées nationales d'instruction du GORSSA 2013 à Metz - n°2 p 7-8.
- Le réserviste du Service de Santé des Armées et l'Institut des Hautes Études de Défense -

- SALICETTI C. (LCL) (R) et DULAURANS C. (CNE) (R) - n°2 p 9-11.
- La JNR 2013 en région Champagne-Ardenne - BOURGEOIS E. (MP) (R) - n°2 p 12-13.
- Journée de formation pluridisciplinaire 2013 à l'École du Val de Grâce - DELOBEL J.-P. (CDC) (R) - n°2 p 24-25.
- ODONTHIA » 2013 à l'HIA Robert Piqué - DELOBEL J.-P. (CDC) (R) - n°2 p 31-32.
- La Réserve fait son Raid ! - BCISSA-DCSSA - n°2 p 34.
- Recrutement de la 7^{ème} promotion des OCTA de réserve à l'École des Hautes Études en Santé Publique - MICHEL A. (LCL) (R) - n°2 p 37.
- Remise de diplômes à Saint Cyr Coëtquidan - MICHEL A. (LCL) (R) - n°2 p 37.
- Stage d'ORCTASSA à Coëtquidan, témoignage - n°2 p 38-39.
- Journée de l'ACDR du SSAR de Brest au CMA de Coëtquidan le 4 avril 2013 - TUFFREAU E. CDC (R) - n°3 p 36-37.

2 – Informations

- Biographie du MGA Ronan TYMEN, IGSSA - n°1 p 5.
- Journées nationales d'instruction du GORSSA les 31 mai et 1^{er} juin 2013 à Metz - n°1 p 6-9.
- Journée Nationale d'Instruction de la FNCDR dans le cadre du congrès de l'Association Dentaire Française le 30 novembre 2013 - n°2 p 35, n°3 p 35.
- Catalogue des formations du Service de Santé des Armées, version juin 2013 - n°3 p 8-12.
- Le Développement Professionnel Continu (DPC) dans le Service de Santé des Armées - STEENMAN C. (MCS) - n°3 p 31.
- Journées Nationales d'Instruction du GORSSA à Paris les 16 et 17 mai 2014 - n°4 p 46-48.
- La retraite des réservistes - de FRANCE O. COL (R) - n°3 p 32-33.
- Informations officielles et diverses - n°1 p 10-11 ; n°2 p 5-6 ; n°3 p 10 ; n°4 p 49.
- Conférences de réanimation pré-hospitalière de la BSPP 2013-2014 - n°5 p 34.
- Organigramme associatif - n°1 p 4 ; n°2 p 4 ; n°3 p 4 ; n°4 p 4.
- Index 2012 – ASTIN L. (MC) (R) - n°2 p 41-42.
- 3 – Ouvrages parus - Bibliographie**
- Marie-Hélène SICÉ, Jean-Pierre MOULINIÉ et Jean-Michel PAUCHARD - n°1 p 38 ; n°2 p 40 ; n°3 p 38 ; n°4 p 50.v

GROUPEMENT DES ORGANISATIONS DE RÉSERVISTES DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

Journées Nationales d'Instruction GORSSA 2014

Paris / Val de Grâce

Vendredi 16 et samedi 17 mai 2014

Thème général : « Face aux situations d'urgence et d'exception »

En partenariat avec la Brigade des Sapeurs Pompiers de Paris

Vendredi 16 mai

Ecole du Val de Grâce

Matinée : conférences médico-militaires

A partir de 8h00 : accueil et enregistrement des participants

9h00 : amphithéâtre Rouvillois.

Ouverture des journées

9h15 : conférence **UNMR**

MC C.E. Astaud, MC E. Lecarpentier, VC D. Grandjean

« *Prise en charge de victimes du risque biologique* »

9h35 : conférence **FNPR**

PC J-M. Delafontaine, PC M. Lemaire, PC F. Calamai

« *Les antidotes en cas d'attaque chimique ou radiologique* »

9h55 : conférence **UNVR**

VC F-H. Bolnot, VC C. Destombe, VGI P. Perrin

« *Protection de la chaîne alimentaire lors d'accident nucléaire* »

10h15 : pause café/viennoiseries en salle capitulaire

10h45 : conférence **FNCDR**

CDC G. Joly, MCSY. Schuliar

« *Identification odontologique en situation de catastrophe* »

11h05 : conférence **ANORCTASSA**

Cl A. Michel, Lcl P. Lial

« *Place de l'hôpital militaire au sein de l'offre de soins publics en cas de crise sanitaire majeure* »

11h25 : conférence **AMITHRA**

ICN D. Roberton, ICN F. Ait Mohamed

« *Soins aux populations sinistrées* »

11h45 : conférence **DCSSA**

MCS S. Cueff

« *Actualités réserves 2014* »

12h05 : conclusions

Clôture de la session

12h30 : apéritif et buffet en salle capitulaire

Après midi : ateliers/démonstrations de la BSPP

Répartition sur le site du Val de Grâce et de la caserne BSPP/Port Royal

14h00 / 17h00 : répartition et roulement en deux groupes sur les différentes activités

Premier groupe

En alternance sur deux ateliers

Atelier n°1 : Pôle cynotechnique (45 minutes)

Véhicule équipe cynotechnique / véhicule de liaison vétérinaire

Démonstration de matériels de capture et de contention d'animaux sauvages

Démonstration de chiens de recherches

Atelier n°2 : Présentation statique santé (45 minutes)

Ambulance réanimation dernière génération

Cellules mobiles d'intervention : biologique, chimique, radio biologique

Présentation de matériels (stands fabricants)

Deuxième groupe

Atelier n°3 : Exercice dynamique NRBC (1h30)

Prise en charge de victimes NRBC / brancardage / déshabillage

Médicalisation / chaîne de décontamination (mise en situation pratique pour quelques participants volontaires)

Identification en situation de catastrophe (SINUS)

17h30 : départ du site pour l'ensemble des participants

Soirée : repas officiel

20h00 / 23h00 : Ecole militaire, rotonde Gabriel

Samedi 17 mai

Matinée : réunions associatives

08h00 / 10h00 : Assemblées Générales des associations (salles : école du Val de Grâce)

10h00 / 12h00 : Assemblée générale du GORSSA (salle Lévy) (NB : réservée aux membres désignés par les associations)

Visites commentées : musée et église du Val de Grâce

(NB : autres participants et accompagnants)

12h30 : Repas au self-service de l'hôpital du Val de Grâce

14h00 : Fin des Journées Nationales d'Instruction du GORSSA 2014

PROGRAMME DES ACCOMPAGNANTS

Vendredi 16 mai

Après midi :

14h30 : Visite du jardin des plantes et du Cabinet d'histoire du Musée d'Histoire Naturelle

Soirée : repas officiel

20h00 / 23h00 : Ecole militaire, rotonde Gabriel

Samedi 17 mai

Matinée : Val de Grâce

09h45 : Visite commentée du Musée et de l'Eglise du Val de Grâce.

12h30 : Repas au self-service de l'hôpital du Val de Grâce

14h00 : Fin des Journées Nationales d'Instruction du GORSSA 2014

JOURNÉES NATIONALES D'INSTRUCTION DU GORSSA

en Direction Régionale du Service de Santé des Armées de Saint-Germain en Laye

Paris : 16 et 17 mai 2014

BULLETIN D'INSCRIPTION

Dernière limite d'envoi : 30 avril 2014

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

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 Journées 40,00 € OUI/NON
 Jusqu'au grade de capitaine inclus 20,00 € OUI/NON

CONGRESSISTES :

Vendredi

Déjeuner de travail – participation 30,00 € OUI/NON
 Dîner Officiel – Rotonde Gabriel – Ecole Militaire – participation 60,00 € OUI/NON

Samedi

Assemblées des associations membres du GORSSA OUI/NON
 Déjeuner self-service HIA Val de Grâce – participation 20,00 € OUI/NON

ACCOMPAGNANT(E)S :

Vendredi

Visite du Muséum d'Histoire Naturelle - participation 12,00 € OUI/NON
 Dîner Officiel – Rotonde Gabriel – Ecole Militaire – participation 60,00 € OUI/NON

Samedi

Visite commentée (musée et église du Val de Grâce) 25,00 € OUI/NON
 Déjeuner self-service HIA Val de Grâce – participation 20,00 € OUI/NON

TOTAL

Comme il est d'usage à Paris, les participants aux journées sont invités à choisir et à opérer eux-mêmes leurs **réservations hôtelières**.

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

Règlement ce jour le/...../ 2014 Par chèque bancaire ou postal **à l'ordre du GORSSA**

Signature

A RETOURNER DANS LES MEILLEURS DELAIS ET **AVANT LE 30 AVRIL 2014**

Aucun désistement ne sera pris en compte après le 10 mai 2014

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

Renseignements : gorssa.national@gmail.com



Val-de-Grâce

par

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

DICTIONNAIRE DE LA GRANDE GUERRE, par Pierre MONTAGNON, *Éditions Pygmalion*

Traitant le conflit dans sa totalité, ce dictionnaire présente à travers près de 2000 entrées : les faits politiques, pactes, traités, ententes, conférences ; les événements militaires, batailles sur terre, sur mer et déjà dans le ciel ; les hommes, responsables politiques, chefs militaires, combattants ; les matériels et les armements ; les conséquences humaines, matérielles et politiques... Pierre MONTAGNON, *saint-cyrien, historien et conférencier, est commandeur de la Légion d'honneur à titre militaire. Lauréat de l'Académie française, il est l'auteur, chez Pygmalion, de nombreux ouvrages consacrés aux guerres mondiales, aux guerres coloniales, à la Légion, etc.*

VERS LA GRANDE GUERRE-COMMENT L'EUROPE A RENONCÉ À LA PAIX, par Margaret MACMILLAN, *Éditions Autrement*

Rivalités de tous ordres, course aux armements, impérialisme : quelle est la part de responsabilité de chaque pays dans le déclenchement de la Grande Guerre ? En Europe, une poignée de dirigeants, diplomates et responsables parfois inconnus ont aussi, à un moment précis, fait le choix de la guerre. Quelle a été la part humaine, donc émotionnelle et irrationnelle, dans ce choix ? De tempérament faible, le tsar Nicolas II pouvait-il résister aux généraux russes ? Si le chancelier allemand n'avait pas perdu sa femme au début de l'été 1914, aurait-il été moins fataliste ? Le chef d'état-major des armées austro-hongroises voulait la gloire pour son propre pays, mais peut-être aussi pour la femme qu'il voulait épouser ? La fresque de Margaret MacMillan décrit magnifiquement les mécanismes politiques, technologiques, stratégiques, mais aussi humains, qui ont mené à ce moment de l'été 1914 où la guerre est devenue plus probable que la paix. Vers la Grande Guerre est le récit virtuose de cette résistible descente aux enfers d'un continent en paix.

Margaret MacMillan dirige le St Antony's College à Oxford. Historienne de renommée mondiale, son oeuvre a été saluée par les plus grands. Elle est notamment l'auteur de Les Artisans de la paix (2006), couronné de nombreux prix, parmi lesquels le prix Samuel Johnson de la BBC.

1914 ENQUÊTE SUR UNE GUERRE PROGRAMMÉE, par Gérard CHAUVY, *Éditions Pygmalion*

« Bonne année ! » : c'est par ces mots traditionnels, écrits ou prononcés par des millions d'individus au même instant, que Gaston Calmette, le directeur du quotidien Le Figaro, salue l'avènement de l'année 1914 à la une de son journal. Comment pouvait-il savoir que, peu après sa brutale et tragique disparition, le monde qui l'entourait allait basculer à son tour dans les ténèbres ? Pour entrer dans une nouvelle ère, engendrée par un monstrueux chaos guerrier, annonciateur des autres brisures qui hacheront le XXe siècle. Dans une puissante Europe secouée récemment par plusieurs crises localisées qui ont menacé de dégénérer, les grands acteurs - France, Russie, Grande-Bretagne, d'un côté, Allemagne et Autriche-Hongrie de

l'autre - accompagnés de leurs satellites, vont finalement en découdre. Les ferments de la guerre ? On peut les rattacher à diverses causes : prédominance du sentiment national, nationalismes exacerbés, rivalités économiques, financières et coloniales. Car il est certain que l'événement officiellement déclencheur du mécanisme fatal - l'attentat de Sarajevo du 28 juin 1914 - ne suffit pas à expliquer le conflit. Il convenait donc de conduire une « enquête sur une guerre programmée » que Gérard Chauvy mène ici magistralement à son terme. Un livre capital pour comprendre pourquoi l'année 1914 est restée gravée dans l'Histoire comme une « année tragique », celle de la fin d'un monde.

Gérard Chauvy est né à Lyon en 1952. Historien, collaborateur du quotidien Le Progrès et de la revue Historia, il est l'auteur d'ouvrages consacrés à sa ville natale et à la Seconde Guerre mondiale, notamment Le Drame de l'armée française, du Front populaire à Vichy, paru chez Pygmalion en 2010.

1914 UNE ANNÉE QUI A FAIT BASCULER LE MONDE, par Rémy PORTE, *Éditions Armand Colin*

« Quoi ? Parce qu'un archiduc a été assassiné à la fin du mois dernier dans un village bosniaque ? L'affaire n'est donc pas enterrée... comme le prince ? ».

On peut sourire de cette remarque. Elle traduit pourtant, au premier degré, l'état d'esprit d'une partie de la population aux premiers jours d'août 1914. L'attentat de Sarajevo n'est qu'une étincelle, survenue dans un contexte particulier qui a favorisé le développement d'une crise qui n'était ni écrite, ni certaine.

À travers les mémoires des témoins, des acteurs, et en utilisant de très nombreux titres de la presse quotidienne de l'époque, l'auteur nous entraîne à travers le premier semestre de l'année 1914. Certaines causes - complexes - de la guerre sont en germe. Puis, il nous raconte les premiers mois de guerre, de l'entrée en campagne à la fixation du front occidental, à l'avant comme à l'arrière, dans les états-majors comme au gouvernement et au parlement.

Quand la politique, la diplomatie, l'économie, le culturel, le financier, l'industriel, le religieux et l'artistique croisent le militaire, l'année 1914 prend d'autres formes et d'autres couleurs. Et les choses ne sont peut-être pas aussi simples qu'on veut bien généralement le dire.

Officier-historien, Rémy Porte s'est spécialisé depuis plusieurs années sur la Première Guerre mondiale, avec une approche résolument transverse et multidisciplinaire pour mieux appréhender les questions militaires.

ATLAS DE LA PREMIÈRE GUERRE MONDIALE-1914-1918, LA CHUTE DES EMPIRES EUROPÉENS, Par Yves BUFFETAUT, *Éditions Autrement*

En 1910 et pour la première fois depuis des siècles, la première puissance économique n'est plus européenne. La Grande-Bretagne n'est plus qu'un empire fatigué, l'Allemagne ne parvient pas à se sortir du corset de sa position continentale, la France court déjà après le mythe de sa puissance passée, l'Empire austro-hongrois se désagrège et la Russie ne parvient pas à se

moderniser. L'Europe n'est en fait qu'une plaie ouverte, malade de ses rancœurs, de ses jalousies, de son incapacité à se réformer. L'espoir d'un nouveau monde se trouve ailleurs, aux Etats-Unis. « Ah, Dieu, que la guerre est jolie » écrit Guillaume Apollinaire. L'euphorie des premières semaines mène à la désillusion. Rien ne se déroule comme prévu. La France a perdu la bataille des frontières, l'Allemagne est sur les rives de la Marne. Pendant quatre interminables années, les belligérants vont tenter de briser cette ligne obsédante des tranchées, ajoutant de nouveaux noms au long martyrologe de l'humanité : Ypres et les premiers gaz de combat, Verdun et ses 300 jours et 300 nuits de combat, la Somme et sa boue. Les nations les plus développées du monde rivalisent de génie pour inventer des armes mortelles : chars de combat, aviation, artillerie lourde, cuirassés... Et l'Europe, dans son suicide, entraîne le monde entier. Lorsque finalement l'Allemagne, écrasée sous le nombre, épuisée économiquement et minée par la révolution, accepte la capitulation en 1918, les nations triomphantes l'accablent encore davantage et sèment les germes de la future guerre, sans régler un seul des problèmes en suspens en 1914.

Yves Buffetaut, docteur en histoire, est rédacteur en chef de la revue Batailles. Spécialiste des deux guerres mondiales, il a publié de très nombreux articles et ouvrages d'histoire militaire.

ARCHÉOLOGIE DE LA GRANDE GUERRE, par Yves DESFOSSÉS, Alain JACQUES, Gilles PRILAU, *Éditions Ouest France*

Hôpitaux souterrains, blockhaus, armes et machines de guerre, bricolages, objets votifs, bouteilles de toutes provenances, graffitis, dépotoirs, ossements de chevaux et dépouilles humaines innombrables, anonymes ou célèbres près d'un siècle après leur ensevelissement accidentel ou volontaire. Yves Desfossés, Alain Jacques et Gilles Prilau, responsables de fouilles dans le Nord et en Picardie, livrent les fruits de leurs observations et des recherches archéologiques récentes sur la ligne de front et les champs de bataille. Ils présentent ici des données inédites pour l'étude de la Grande Guerre, enrichies d'une remarquable iconographie. Car l'archéologie apporte une contribution décisive à la connaissance de cet épisode tragique de notre histoire récente. Si les tranchées et les tirs d'obus ont parfois mis à mal des sites archéologiques bien plus anciens, l'exploration scientifique des vestiges de la guerre de 1914-1918 complète les témoignages des soldats et contredit parfois les documents officiels. On découvre un étonnant artisanat à base de douilles d'obus, mais aussi des rites funéraires bouleversants pratiqués sur les champs de bataille, où le souci de donner une sépulture aux corps parfois fragmentaires des soldats fait contrepoint aux indices d'une boucherie sans nom. Longtemps ignorée, cette archéologie du monde contemporain contribue à renouveler les travaux des historiens et tisse un lien nouveau avec un passé récent qui s'estompe des mémoires. Elle s'impose désormais pour sauvegarder par l'étude les sites des champs de bataille du premier conflit mondial inexorablement détruits par l'aménagement du territoire.

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

Région de Toulon : c.dulaurans@laposte.net

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

Actu GORSSA



UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA