

Actu GORSSA

Trimestriel - décembre 2014



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

5^{ème} année
n°4

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
Chirugiens-Dentistes de Réserve



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



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

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

Actu
GORSSA

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

154, boulevard Haussmann 75008 PARIS

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

courriel : gorssa.national@gmail.com

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :

Xavier SAUVAGEON

RÉDACTEUR EN CHEF :

Jean-Michel PAUCHARD

RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT,

Chargé de l'Internet :

Jean-dominique CARON

COMITÉ DE RÉDACTION

Président : Jean-Pierre MOULINIÉ

Correspondants de rédaction : UNMR : Yvon

MESLIER - FNPR : Norbert SCAGLIOLA - UNVR :

François-Henri BOLNOT - FNCDR : Jean-Paul

MATHIEU - ANORCTASSA : Alain MICHEL - ANMIT-

RHA : 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 : Centri'Imprim -

36100 ISSOUDUN

Commission paritaire : en cours

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2014

ISSN : 2110-7424

Crédits photographiques : Min Def, BCISSA, Ch Du,

De Ro, Ér Tu, Mi Me, F-H Bo, Dr Ré

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.

Début décembre, le Directeur Central du Service de Santé des Armées a présenté le nouveau modèle SSA 2020, dont la mise en place progressive se fera dès 2015. Ce nouveau modèle de Service oblige à la mise en commun des moyens, tout en partageant les compétences, autorisant ainsi l'autonomie de décision et d'action du Service, qui garantira la capacité d'entrer en 1er sur un théâtre d'opérations. Par ailleurs, ce modèle affirme l'importance de l'offre de soins centrée sur le patient, qui impose une réorganisation territoriale et régionale, affirmant ainsi la participation du Service à la politique de santé publique ;

Trois notions fortes soutiennent ce modèle :

- **La notion de concentration**, qui permettra non seulement de garantir l'exécution de la mission, mais aussi de consolider la fonction socle,
- **La notion d'ouverture** avec pour objectif de maintenir un haut niveau de compétence et d'optimiser les ressources, en développant les réseaux de prise en charge,
- **La notion de simplification** avec la volonté de fluidifier les circuits et d'améliorer le service rendu.

Ce modèle se fera en conservant les 5 composantes majeures du Service

La Médecine des Forces : le soutien santé modernisé offrira une offre de soins élargie, au plus près des Forces, soulignant ainsi l'importance de la médicalisation de l'avant. Cette médecine des forces s'exprimera au travers des Centres Médicaux des Armées de nouvelle génération, qui exerceront des activités de commandement, de contrôle, de management, de conseil et de traçabilité de la qualité des prestations de soins, qui pourront se faire au profit des territoires de santé sur lesquels ils sont implantés.

L'Hôpital : le modèle est défini sur les 8 Hôpitaux d'Instruction des Armées, différenciés selon leur contribution au contrat opérationnel et insérés dans le service public de santé de manière adaptée à leurs missions respectives. Ainsi seront définis 2 HIA plateforme en Ile de France (HIA Begin et Percy) et en PACA (HIA Laveran et Sainte Anne) et 6 HIA hors Plateforme (Brest, Metz, Lyon, Bordeaux).

Le Ravitaillement Sanitaire : cette fonction est indispensable à la mission du service. Son coût budgétaire est incompressible, mais son dimensionnement au juste besoin du contrat opérationnel est impératif.

La Recherche : l'adaptation de la recherche aux besoins du SSA implique l'ensemble des établissements et la finalisation de sa transformation permettra ainsi la montée en puissance de l'IRBA.

La Formation : la concentration de la formation sur 2 écoles dotées d'outils modernisés renforcera les synergies avec la recherche et participera ainsi à la préparation opérationnelle.

Ce modèle répond à la déflation des postes, imposée au Service, dans le cadre des mesures prises par le gouvernement, mais il a l'avantage de permettre la conservation des 5 composantes du service, même si cela se fait au prix d'un nouvel équilibre.

La chaîne santé sera donc complète, autonome, recentrée sur l'avant, réactive, permanente, résiliente et capable de durer.

Le Directeur Central a souligné avec force que la participation de la réserve opérationnelle était un élément indispensable à la mise en place et au bon fonctionnement de ce modèle ainsi défini.

C'est là un nouveau défi, qui nous attend et auquel nous allons devoir faire face dans les plus brefs délais, puisque les premières mesures seront prises dès 2015.

A l'aube de cette nouvelle année, qui s'annonce particulièrement riche et qui va nécessiter la mobilisation de tous pour la réussite de cette entreprise, ce dont je ne doute pas, permettez-moi, chers camarades de vous présenter, au nom de l'ensemble des présidents du GORSSA et en mon nom personnel tous mes meilleurs vœux pour la nouvelle année, vœux que vous voudrez bien partager avec tous ceux qui vous sont chers.

MCS®

Xavier SAUVAGEON
Président de l'UNMR et du GORSSA

Sommaire

Editorial	3	« INFOS » ANORCTASSA...	43
Organigramme Associatif	4	Ecole du Val de Grâce	44
In Memoriam	5	Journée d'instruction régionale du gorssa	45
L'avenir du « Val de Grâce »	7	Service de Santé des Armées	47
Les médicaments de l'urgence en odontologie	14	Reservations hôtelières Brest	48
Soins aux populations sinistrées	21	Bulletin d'inscription	49
Les aliments sous signes de qualité.	27	Informations Officielles	51
Le Sport, le Handicap et la Grande Guerre	36	Biographie de Jean-Marc Todeschini	52
Le Souvenir Français aujourd'hui	39	Bibliographie	53
Centenaire de la première Bataille de la Marne	42		

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 Eric 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 : Vé. Pierre Tassin

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

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

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

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

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

FNCDR

54, Cours de Vincennes 75012 PARIS

Présidents d'honneur : CDC Charles Seban, CDC Jean-Michel Pauchard (Rédacteur en Chef d'Actu-GORSSA et Délégué général du GORSSA, Délégué FNCDR à la Réserve Citoyenne), 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 : CDP Franck ROUXEL
26, place Alfred Kastel
85300 Challans
Tél. 02 51 54 10 00 & 07 81 29 42 67

Saint-Germain-en-Laye : CDC Stéphane Berek
50, Rue Pierre Charron 75008 Paris.
Tél. 01 47 20 34 90 & 06 21 05 40 12

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

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

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

Porte-Drapeau : PC Jean-Marc Delafontaine

ANMITRHA

Adresse courriel : amitrha.gorssa@gmail.com

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 : Col 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* »**GABRIEL RICHET (1916-2014)***Raymond ARDAILLOU * , Pierre RONCO** , Eric RONDEAU****

Né en 1916 au cours de la 1^{ère} guerre mondiale, Gabriel Richet représentait la 4^{ème} génération d'une lignée illustre de médecins, tous professeurs à la Faculté de médecine de Paris, dont son grand père, Charles Richet auquel le Prix Nobel fut décerné en 1913 pour la découverte de l'anaphylaxie. Gabriel Richet avait 23 ans lorsque la 2^{ème} guerre mondiale éclata. Il venait juste d'être reçu à l'internat des hôpitaux de Paris. Mobilisé, il participa à la campagne de France et fut cité à l'ordre de son régiment. Après une courte captivité, il revint à Paris où il reprit son activité médicale dans les hôpitaux. Toute sa famille participa à la lutte contre l'occupant. Son père, Charles Richet fut déporté à Dachau, son frère Olivier à Dora et sa cousine, Jacqueline Richet-Souchère à Ravensbrück. Sa mère, Marthe, fut emprisonnée à Fresnes. Gabriel Richet s'engagea dès la libération dans l'armée qui sous le commandement du général Leclerc, libéra Strasbourg en novembre 1944. Durant tout le début de l'année 1945, les combats continuèrent autour de la poche de Colmar. Gabriel Richet y participa comme médecin des commandos de France. Il fut blessé, cité 3 fois à l'ordre de l'Armée et décoré de la Légion d'Honneur par le Général de Gaulle en avril 1945.

Démobilisé, Gabriel Richet rejoignit le service de Louis Pasteur Valléry Radot où il rencontra Jean Hamburger qu'il suivit à l'Hôpital Necker pour créer en 1950 le 1^{er} service français de néphrologie. Il resta l'adjoint de Jean Hamburger pendant 10 ans. Il fut avec ce dernier un des reconSTRUCTEURS de la médecine Française d'après-guerre.

A Necker, il introduisit le traitement de l'insuffisance rénale aiguë par le rein artificiel transformant le pronostic des septicémies post-abortum et des syndromes d'écrasement. Il participa à tous les travaux qui firent la renommée mondiale du service de néphrologie. Citons l'allogreffe rénale entre mère et fils en 1952 qui ouvrit la voie aux succès ultérieurs, le démemberment des néphropathies glomérulaires par l'examen histologique des prélèvements obtenus par biopsie rénale, les premières études des reins en microscopie électronique, la démonstration que le pronostic léthal de l'insuffisance rénale chronique terminale dépendait des troubles hydro-électrolytiques et non de l'urémie. Dès 1955, il conceptualisa avec Jean Hamburger et Jean Crosnier la notion de réanimation médicale, c'est-à-dire de correction des grandes fonctions métaboliques, vite étendue avec succès à d'autres disciplines, ouvrant ainsi le nouveau secteur des soins intensifs.

Après Necker, ce fut Tenon où Gabriel Richet créa un centre de néphrologie clinique et de recherches. Il y resta de 1961 à sa retraite en 1985. Son premier souci fut de réunir une équipe avec Claude Amiel, Raymond Ardaillo et Liliane Morel-Maroger auxquels s'adjoignirent plus tard Françoise Mignon, Jean-Daniel Sraer, Pierre Ronco, Eric Rondeau et bien d'autres encore. Il fut aidé dans ses efforts par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris qui fournit un terrain et y construisit un pavillon moderne d'hospitalisation et de laboratoires, l'INSERM qui lui attribua la direction d'une Unité de recherches et la logea dans de nouveaux locaux,

l'Université, l'Association Claude Bernard et le CNRS qui contribuèrent à l'acquisition de matériel et aux crédits de fonctionnement. L'objectif de Gabriel Richet était de faire de la néphrologie de Tenon un centre de soins performant et un foyer intellectuel. Il y réussit pleinement comme le prouve le nombre important de néphrologues français et étrangers qui y furent formés et font partie de son Ecole. Il est impossible d'énumérer tous les travaux et découvertes qui jalonnèrent cette période de 24 ans. Gabriel Richet avait sa propre équipe de recherches et fut le premier à décrire une variété de cellules « sombres » rénales impliquées dans l'excrétion des ions acides. Il laissa toujours à ses élèves une grande liberté dans leurs sujets de recherches et se réjouissait de les voir acquérir une reconnaissance internationale.

Gabriel Richet est considéré comme l'un des géants de la Néphrologie mondiale. Il fut un membre fondateur de la Société Internationale de Néphrologie, secrétaire général du premier congrès mondial de néphrologie à Genève et Evian en 1960, président de la Société Internationale de Néphrologie de 1981 à 1984. Parmi d'autres nombreuses récompenses et Doctorats Honoris Causa, il fut le lauréat du prestigieux Prix Jean Hamburger de cette même société en 1993. Gabriel Richet était Grand Officier de la Légion d'Honneur.

A sa retraite, Gabriel Richet laissa comme héritage 2 services de néphrologie, un service d'explorations fonctionnelles, une unité INSERM, sans compter tous les services de néphrologie de Paris et de province dirigés par ses élèves. L'élan qu'il a donné fait que

l'Hôpital Tenon occupe une place grandissante dans la néphrologie mondiale. L'esprit alliant clinique et recherche qui y règne, l'outil forgé et les néphrologues qui y travaillent portent la marque frappée par Gabriel Richet sur cette discipline dont il a été un des créateurs.

NDLR – Plusieurs d'entre nous furent ses élèves, il fût membre de l'UNMR et nous faisait l'honneur de s'intéresser à notre revue qu'il lisait régulièrement...

* Secrétaire perpétuel de l'Académie nationale de médecine

** Chef du Service de Néphrologie et Dialyses, Directeur de l'unité INSERM 1155 ; Hôpital Tenon ; membre de l'Académie nationale de médecine

*** Chef du Service d'Urgences Néphrologiques et Transplantation Rénale, Hôpital Tenon

LE MÉDECIN GÉNÉRAL DES ARMÉES JEAN-MARC DEBONNE, DIRECTEUR CENTRAL DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES PARLE DE L'AVENIR DU « VAL DE GRÂCE »

*Discours du médecin général des armées Jean-Marc Debonne
HIA du Val-de-Grâce, le 15 octobre 2014*

Mesdames et messieurs les officiers généraux,

Mesdames et messieurs, personnels de l'Hôpital d'instruction des armées du Val-de-Grâce,

Mesdames et messieurs les représentants des établissements du service de santé des armées en Ile-de-France.

Le ministre de la Défense vient d'annoncer le plan de restructurations des armées et services pour l'année 2015.

S'agissant du Service de santé des armées, dont il souligne « l'exceptionnelle qualité », il rappelle son attachement au maintien de sa capacité opérationnelle, et sa volonté de la préserver.

Le ministre dessine les contours de la réorganisation de l'offre de soins hospitalière militaire en Ile de France qui permettra de renforcer les moyens opérationnels du Service pour la prise en charge médico-chirurgicale des blessés de guerre.

Dans ce cadre, il évoque l'avenir du Val-de-Grâce. C'est de cet avenir que je suis venu personnellement vous parler aujourd'hui car il s'intègre totalement dans l'élaboration et la mise en oeuvre du nouveau modèle de service de santé que je présenterai prochainement à l'ensemble du personnel du Service.

Cependant, avant de vous dire ce qui va se passer pour le Val-de-Grâce dans les années à venir, je tiens à vous rappeler le contexte dans lequel évolue aujourd'hui le service de santé, contexte qui concerne autant le monde de la Défense que celui de la Santé.

Le livre blanc sur la défense et la sécurité nationale publié en 2013, ainsi

que la loi de programmation militaire votée quelques mois plus tard, ont clairement affiché l'ambition du pays en matière de souveraineté stratégique comme de souveraineté budgétaire. L'intensité et la diversité des menaces auxquelles la France, comme d'autres pays, doit faire face, confirme s'il en était besoin, l'impérative nécessité de conserver un outil de défense performant pour protéger notre population comme nos intérêts vitaux. Dans le même temps, des efforts considérables sont déployés pour faire face à un contexte économique difficile et contrôler une dette publique préoccupante. Cette double ambition, exprimée dans le livre blanc, aura un impact fort sur le nouveau modèle d'armée, et donc sur le service de santé.

Il s'agit pour nous aujourd'hui de tout mettre en oeuvre pour préserver notre capacité à soutenir les forces, particulièrement lorsqu'elles sont projetées en opération extérieure, tout en poursuivant l'effort d'optimisation de nos ressources qui doivent, plus que jamais, répondre avant tout aux besoins actuels et à venir de nos armées. C'est bien là tout l'enjeu du principe de concentration du modèle de Service « SSA 2020 ».

S'agissant des évolutions en cours et à venir au sein du monde de la Santé, dans lequel il faut le rappeler évolue aussi le SSA, elles ont été clairement annoncées lors de la présentation de la nouvelle Stratégie Nationale de Santé et seront prises en compte dans la Loi de santé publique actuellement en préparation. La prévention, l'accessibilité et la qualité des soins sont, tout comme le contrôle des dépenses de santé, les enjeux majeurs de cette stratégie.



Les efforts porteront particulièrement sur la construction des parcours de soins, l'intensification de partenariats entre les acteurs de la santé, le développement de la médecine de premier recours et la poursuite de la transformation de l'hôpital. Initiée il y a plusieurs années, celle-ci se caractérise notamment par une forte réduction du temps hospitalier au profit d'alternatives à l'hospitalisation classique.

Nous connaissons bien ces évolutions, nous devons absolument nous y conformer, sous peine de nous voir progressivement écartés de l'offre de soins nationale, ce qui aurait, pour le SSA, des conséquences très lourdes, sur sa capacité à garantir aux armées un soutien santé de la meilleure qualité possible.

Il s'agit donc pour le Service, au moment de mettre en oeuvre son nouveau modèle, de bien prendre en compte ce double contexte de Défense et de Santé qui lui impose de se transformer pour continuer la mission qui est la sienne.

Car, si en 2014 le SSA remplit efficacement sa mission, il le fait néanmoins sous forte tension.

En effet, la sujétion opérationnelle est telle que les personnels du Service qui participent directement aux opérations extérieures, voient leurs conditions de travail, mais aussi de vie professionnelle et personnelle, se dégrader de manière inquiétante. Cela est vrai pour

la médecine des forces, dont 50 % du personnel soignant est parti au moins une fois en opération extérieure en 2013, comme pour la médecine hospitalière dont les équipes projetables ont été soumises à très rude épreuve ces dernières années. Au point que certains de nos personnels font le choix de quitter l'Institution, ce qui bien sûr aggrave la situation de ceux qui restent.

Mais cette tension ne touche pas uniquement nos personnels militaires qui participent aux missions extérieures. L'ensemble des équipes et des établissements du service de santé est également touché.

Les effectifs, les équipements et les ressources financières dont nous disposons ne nous permettent plus de garantir, dans l'état actuel de notre dispositif, ni notre performance, ni les conditions de travail de nos personnels. Et cela sans compter les efforts qui nous seront demandés pour la mise en oeuvre de la LPM.

Seule une réorganisation profonde et globale peut nous permettre de relever le défi qui s'impose à nous.

C'est bien pour cette raison que nous allons mettre en place un nouveau modèle de Service, progressivement mais résolument, en commençant dès 2015 pour être au rendez-vous du nouveau modèle d'armée en 2025.

Qu'advientra-t-il de notre composante hospitalière dans un tel contexte ?

Plus de la moitié des ressources humaines du Service sert aujourd'hui dans les hôpitaux d'instruction des armées qui, malgré les recettes qu'ils génèrent, consomment une part importante de notre budget, au point de contraindre les autres composantes du Service en les privant d'une partie des ressources qui pourraient leur être allouées. A cet égard, la situation de la médecine des forces qui assure le premier recours tant sur le territoire national qu'en opération extérieure, doit faire de notre part l'objet d'une vigilance particulière.

Nos hôpitaux connaissent eux aussi d'importantes difficultés sur lesquelles je ne reviendrai pas car elles sont maintenant parfaitement identifiées. Vous les vivez vous-mêmes au quotidien.

Si nous voulions conserver le modèle actuel, il ne fait aucun doute que l'évolution annoncée de nos ressources aggraverait leur situation et les conditions de travail de leur personnel. Cela n'est pas acceptable.

Il faut donc changer de modèle en déclinant les principes de concentration et d'ouverture, mais aussi celui de différenciation qu'adopte aujourd'hui l'ensemble des armées pour faire face aux mêmes contraintes que celles que nous connaissons.

Ainsi, le nouveau modèle hospitalier militaire reposera-t-il demain sur deux composantes qui contribueront, toutes deux, mais de manière différente, au contrat opérationnel du service de santé des armées avec :

- d'une part, des hôpitaux de plateforme, en région Ile-de-France et en région PACA, qui seront en mesure de déployer les compétences hospitalières nécessaires à la mise en oeuvre d'une chaîne santé opérationnelle complète et autonome. Ils devront être capables de soutenir l'entrée en premier des forces sur tous types de théâtres d'opérations, avec une très forte réactivité, et de prendre en charge les blessés et malades rapatriés sur le territoire national ;
- d'autre part, des hôpitaux hors plateforme qui contribueront à la régénération des effectifs engagés sur des théâtres d'opérations stabilisés, avec un préavis d'engagement plus long. Ce positionnement leur permettra de développer des partenariats différents et plus étroits avec les établissements de leur territoire de Santé, tout en garantissant également une expertise hospitalière militaire de proximité pour les forces.

Ce nouveau modèle hospitalier, plus concentré sur sa mission de soutien des forces, plus ouvert sur

son environnement territorial, et surtout différencié dans sa contribution au contrat opérationnel, aura aussi une empreinte moins importante que le modèle actuel, car il devra être compatible avec la réduction à venir des effectifs du SSA et avec le nécessaire rééquilibrage des composantes du Service entre elles.

Dans ce contexte, quelle sera l'évolution de la plateforme hospitalière militaire d'Ile-de-France ?

Aujourd'hui composée de trois hôpitaux et comptant plus de 3 000 personnes, la plateforme Ile-de-France aura, dans le nouveau modèle hospitalier militaire, une place particulière, ***puisque'elle assurera 50 % de la partie la plus contraignante du contrat opérationnel et l'accueil de la majorité des blessés et des malades rapatriés des théâtres d'opérations.***

Or, cette plateforme, dans sa configuration actuelle, ne peut relever un tel défi :

- parce que les équipes projetées sur les théâtres d'opérations sont depuis plusieurs années déjà sous tension en raison d'effectifs contraints dans plusieurs spécialités,
- parce que le fonctionnement de certains secteurs au sein de ces hôpitaux n'est pas optimal, que ce soit en raison d'effectifs insuffisants, comme par exemple dans les blocs opératoires, ou encore de matériels qu'il est de plus en plus difficile de renouveler et de moderniser,
- parce que les départs anticipés de personnels nécessaires au soutien des forces en opérations, fragilisent encore plus les équipes, amorçant si nous ne faisons rien, une spirale dangereuse,
- parce que les niveaux d'activité, certes hétérogènes d'une spécialité à l'autre, sont parfois critiques, notamment dans certains domaines d'intérêt majeur pour le soutien des forces. Cette situation est préoccupante au regard du maintien des compétences des praticiens et des paramédicaux, et

de la nécessaire attractivité que le Service de santé doit maintenir,

- parce que, enfin, les investissements à consentir, pour maintenir à niveau les infrastructures de ces établissements, sont très importants, voire trop importants dans le contexte que nous connaissons et que je viens de rappeler.

Ces difficultés et ces incertitudes, qui pèsent sur ce que l'on appelle aujourd'hui l'ensemble hospitalier militaire parisien et qui sera, demain, la plateforme hospitalière militaire d'Ile-de-France, imposent une réorganisation profonde de cette composante essentielle du SSA. Cette réorganisation doit garantir la capacité de ces hôpitaux à remplir leur mission, tout en tenant le plus grand compte des ressources disponibles, des besoins de santé des territoires dans lesquels ils sont implantés, et enfin des autres acteurs de Santé présents dans ces mêmes territoires.

La nécessaire réorganisation de l'offre de soins hospitalière militaire d'Ile-de-France devra donc :

- garantir impérativement la juste insertion de nos établissements dans leur territoire de santé et dans le projet régional de santé organisé et piloté par l'ARS d'Ile-de-France. Cela est nécessaire au maintien et au développement de leur activité, particulièrement dans les domaines d'intérêt pour le soutien des forces,
- garantir impérativement la qualité des soins et les conditions de travail du personnel, ce qui passera inéluctablement par une densification de ces établissements,
- garantir impérativement dans les années à venir la mise à niveau régulière de leurs plateaux techniques et de leurs infrastructures, ce qui n'est pas compatible avec la dispersion de nos ressources,
- garantir impérativement, enfin, un niveau de performance économique tel que leur coût de fonctionnement soit supportable par le ministère de la Défense.

Concrètement, c'est à ces conditions et à ces conditions seulement, que nous pourrons pérenniser dans leurs missions :

- l'HIA Percy d'une part, comme l'hôpital militaire de référence pour l'accueil, la prise en charge initiale, et la réhabilitation des blessés de guerre les plus graves, polytraumatisés et parfois brûlés, ***cet hôpital devra pour cela accéder au rang de trauma center de niveau 1 dans la région Ile-de-France***, sous l'égide de l'ARS et en étroite concertation avec l'APHP,
- l'HIA Bégin d'autre part, qui achèvera dans deux ans sa rénovation complète, devra s'affirmer quant à lui comme l'hôpital militaire développant les autres activités de chirurgie et de médecine dont les armées et la Défense ont tout autant besoin. Il pourra également jouer un rôle particulier au profit des anciens combattants dans le champ de ses activités de soins. Il devra s'imposer comme la référence technique et scientifique dans divers domaines indispensables au soutien des forces, ou encore à la gestion de crises ou d'événements sanitaires exceptionnels, tels que nous en connaissons actuellement avec le développement de l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola.

C'est donc d'abord sur ces deux hôpitaux, totalement rénovés, densifiés, insérés dans leur territoire, et fortement complémentaires l'un de l'autre, que se construira la future plateforme hospitalière militaire d'Ile-de-France.

Dès lors, quel avenir faut-il envisager pour l'HIA du Val-de-Grâce dans le cadre d'une telle réorganisation ?

Il convient, avant tout, de rappeler que l'HIA du Val-de-Grâce est en pleine évolution depuis près de 10 ans. Des travaux ont déjà eu lieu de 2005 à 2009, des partenariats avec d'autres établissements de son environnement se sont développés, des réorganisations internes se sont mises en place

ces dernières années pour améliorer sa performance. Dans le même temps, le personnel de l'hôpital s'est attaché à maintenir le meilleur niveau d'activité possible ; il a fortement contribué au soutien des forces projetées en opérations extérieures, il a beaucoup participé aux évacuations sanitaires stratégiques, il a pris en charge de nombreux blessés et malades rapatriés des théâtres d'opération. Il a enfin très largement contribué à la notoriété du service de santé des armées grâce à une activité scientifique de haut niveau et à la pratique de la médecine diplomatique.

Cependant, et malgré les efforts importants déjà consentis par tous, il ne faut pas sous-estimer les difficultés persistantes, dont certaines sont très préoccupantes aujourd'hui.

En effet, des travaux d'infrastructure très lourds restent à réaliser pour satisfaire aux normes de sécurité incendie, mais aussi à d'autres impératifs d'ordre technique (comme par exemple la réfection intégrale des réseaux d'eau de l'établissement), ou encore d'ordre fonctionnel, l'architecture interne de l'hôpital ne correspondant plus aux critères actuels et futurs de performance hospitalière. La mise à niveau de l'établissement dans ces différents domaines exigerait un effort financier considérable, aggravé par des conditions de réalisation particulièrement difficiles.

Il n'y aurait en effet que deux solutions pour réaliser ces travaux :

- soit en site occupé avec tous les inconvénients que cela comporte, dont une durée prévisible de plus de 10 ans ;
- soit en site fermé, avec l'arrêt de toute activité pendant 4 ans et des conséquences négatives probablement irréversibles au moment de la réouverture de l'établissement.

Contrairement aux hôpitaux Percy et Bégin, qui ont bénéficié de conditions différentes pour leurs travaux, la rénovation de l'HIA du Val-de-Grâce se présente comme un défi majeur, coûteux et hasardeux.

Hasardeux car d'autres difficultés viennent s'ajouter à la problématique de l'infrastructure :

- l'HIA du Val-de-Grâce est situé dans un territoire de santé, la rive gauche de la Seine, où l'offre de soins est excédentaire par rapport aux besoins de la population. Entouré de nombreux établissements de santé, publics et privés, il éprouve de plus en plus de difficultés à trouver sa place dans ce territoire. Avec comme conséquence directe, une activité qui peine à se maintenir à un niveau satisfaisant, particulièrement dans certains domaines sensibles pour le soutien des forces. L'absence de service d'accueil des urgences (SAU) dans cet hôpital est bien sûr un facteur aggravant majeur;
- l'HIA du Val-de-Grâce est aussi confronté à une autre difficulté, toute aussi préoccupante pour son avenir. En effet, son offre de soins, pour justifiée qu'elle ait été au moment de sa création, ne répond aujourd'hui que très partiellement aux besoins des armées. Certaines spécialités n'ont plus de réelle justification militaire, car elles ne contribuent ni directement, ni indirectement au soutien des forces. A contrario, d'autres spécialités, absolument cruciales pour le soutien opérationnel des forces armées, telle que l'orthopédie-traumatologie, font défaut dans cet établissement qui de surcroît, comme je viens de le dire, ne dispose pas de service d'urgence. Or nous savons aujourd'hui qu'il serait impossible d'implanter de nouvelles activités dans cet établissement, tant l'offre de soins dans ce territoire de santé est dense.

Pour ces deux raisons, situation dans un territoire de santé fortement doté en offre de soins et inadéquation relative de ses activités aux besoins des armées, nous avons pendant plus d'une année travaillé à un nouveau projet médical pour l'HIA du Val-de-Grâce, en étroite concertation avec l'ARS Ile-de-France

et l'AP-HP. Ces travaux ont été attentivement suivis par le cabinet du ministre de la Défense.

Plusieurs hypothèses ont été élaborées parmi lesquelles un nouveau projet reposant sur une offre de soins qui faisait une large place à la réhabilitation des blessés, et sur un partenariat fort avec l'hôpital Cochin, voisin immédiat de l'hôpital du Val-de-Grâce. Cependant, force a été de reconnaître, en parfait accord avec les autorités de notre ministère, comme avec celles de l'ARS et de l'AP-HP, que ce projet, pour pertinent qu'en soit l'objet, ne s'inscrivait ni dans la politique régionale de santé, ni dans le plan stratégique de l'AP-HP. Par ailleurs, il ne permettait pas au service de santé des armées de garantir un fonctionnement optimal de sa plateforme hospitalière militaire d'Ile-de-France, ont les moyens seraient restés dispersés sur trois sites.

Ainsi, investir 180 millions d'euros dans un hôpital dont le projet médical ne répond qu'en partie aux besoins des armées ou à ceux de son territoire de santé, au risque de compromettre la sécurisation des deux autres HIA plus récents, mieux implantés et plus adaptés au soutien des forces, s'avèrerait à terme un choix très risqué, risque que le ministère de la Défense ne peut aujourd'hui se permettre de prendre.

Les activités actuellement développées au sein de l'HIA du Val-de-Grâce et qui contribuent directement ou indirectement, au soutien des forces, devront donc se redéployer dans les deux autres HIA de la région Ile-de-France, permettant ainsi de les densifier et, partant, de relever le défi qui s'impose à eux. Il ne s'agit pas de procéder à une simple répartition des ressources des HIA mais bien de redéfinir leurs missions au sein de la plateforme Ile-de-France, en cohérence avec le modèle « SSA 2020 », et les besoins du territoire de santé de la région Ile de France.

Dès lors, l'investissement majeur de 180 millions d'euros, nécessaire à la rénovation du Val-de-Grâce, n'apparaît plus justifié.

Qu'advient-il de l'îlot du Val-de-Grâce, quand l'hôpital sera amené à cesser ses activités ?

L'abandon à terme de la partie hospitalière soulève la question du devenir du site conventuel. Ce site est depuis 1793 le coeur historique du service de santé. Il suffit de s'intéresser au fond documentaire de la Bibliothèque centrale, ou de visiter notre Musée, pour comprendre comment s'est forgée l'identité du Service. C'est cette identité qui fait notre force, au plus proche des armées, dans les moments les plus difficiles de notre histoire, des gueules cassées de la première guerre mondiale aux défis récents des engagements en Afghanistan ou en Afrique.

Ce site est aussi vital pour pérenniser la cohésion du Service qui se construit au sein du creuset de formation de l'Ecole du Val-de-Grâce et, au-delà, des réunions scientifiques, des séminaires, des cérémonies militaires qui y sont régulièrement organisés.

Pour tout cela, et aussi pour sa beauté architecturale, le Val-de-Grâce historique constitue l'irremplaçable image de marque du Service de santé des armées, parfaitement identifiée par les autorités politiques et militaires, par nos partenaires du monde universitaire ou de la santé et par l'opinion publique, en France comme à l'étranger.

Je puis vous assurer que nos tuelles comprennent cet attachement et nous soutiennent dans notre volonté de conserver intact un site à haute et inestimable valeur symbolique.

Mais on ne peut plus construire aujourd'hui uniquement sur les symboles. Audelà du coeur historique, le site conventuel reste le coeur battant du service de santé. Il l'est aujourd'hui avec l'Ecole qui voit passer chaque année des milliers d'étudiants militaires, mais aussi civils. Cette Ecole s'affirme, chaque jour davantage, comme le creuset de notre culture commune, militaire et soignante et comme un lien d'échanges et de partage.

De plus, dans un souci de densification, il pourrait accueillir dans le cadre

de la nouvelle gouvernance du service de santé, des entités telles que la direction de l'enseignement, la direction de la recherche, ou encore la direction de l'offre de soins... C'est le projet qui est actuellement à l'étude. Il fera que, demain, le Val-de-Grâce restera et sera plus que jamais le coeur du SSA.

Comme vous pouvez le voir, c'est bien une réorganisation en profondeur de la plateforme hospitalière militaire d'Ile-de-France qui se prépare, et au-delà, de l'ensemble du service de santé des armées de la région. ***Si l'hôpital du Val-de-Grâce ne peut à terme utilement perdurer dans ce nouveau modèle, le Val-de-Grâce lui-même restera ce qu'il est depuis plus de deux siècles maintenant, le symbole de l'excellence et l'inaltérable fierté du service de santé des armées.***

La fonction hospitalière de la plateforme Ile-de-France sera quant à elle portée par les hôpitaux d'instruction des armées Percy et Bégin, qui seront donc eux aussi concernés par la réorganisation qui va débuter dès 2015 pour s'achever en 2017.

Le défi auquel nous devons faire face est très ambitieux, vous l'avez bien compris. Vous savez aussi que seul votre engagement soutenu dans la réorganisation que nous allons mettre en oeuvre, ensemble, permettra d'atteindre les objectifs que le ministre de la défense nous a fixés. La richesse et les valeurs du Service reposent sur la qualité de sa ressource humaine militaire et civile, d'active et de réserve, quel que soit le métier exercé. Je suis pleinement conscient des efforts que cette démarche va exiger de chacun d'entre vous. C'est la raison pour laquelle je tiens à vous assurer du soutien que nous allons vous apporter et de l'accompagnement qui sera organisé au profit de tous, militaires comme civils, des hôpitaux d'instruction des armées du Val-de-Grâce, Bégin et Percy. Toutes les opportunités d'emploi offertes par les établissements du Service de santé en Ile-de-France seront exploitées. Il s'agit bien en effet d'un projet global et partagé.

Cette réorganisation sera conduite avec toute la considération et l'attention qui vous sont dues. C'est bien le respect du facteur humain qui rythmera notre action commune, en adaptant ensemble, si nécessaire, les jalons de la transformation. Je serai très attentif à la condition du personnel militaire et civil ; elle est au coeur de mes préoccupations. J'ai donc décidé de créer une mission composée des médecins-chefs des trois HIA, de représentants de la direction centrale, et de cellules dédiées notamment au suivi du projet médical et paramédical ainsi qu'à l'accompagnement du personnel. C'est donc ensemble, et je m'y engage personnellement, que nous mènerons à bien ce projet ambitieux, en prenant en compte à la fois vos parcours professionnels, vos aspirations personnelles, et vos contraintes quelle qu'en soit la nature.

Je sais que les paroles que je prononce devant vous vont générer de nombreuses interrogations que je comprends et auxquelles je répondrai. Je sais aussi que cette réorganisation n'aboutira qu'avec vous, car c'est bien vous qui portez les compétences nécessaires à sa réussite. La nouvelle plateforme hospitalière militaire d'Ile de France se construira aussi avec le personnel du Val-de-Grâce.



LES MÉDICAMENTS DE L'URGENCE EN ODONTOLOGIE

Th. BILA*, M. HONNORAT**, J.-L. FORTIN***, B. ANDREANI****, V. AHOSSI *****, P.-É. SCHWARTZBROD*****.

I. INTRODUCTION

Bien que rare, une urgence médicale peut survenir à tout moment dans un cabinet dentaire. Il n'existe que peu de données épidémiologiques relatives à la prévalence de ce type d'urgence, rendant difficile de cibler la formation continue des chirurgiens-dentistes ⁽¹⁾. Il est admis qu'environ 75% des chirurgiens-dentistes devront faire face à une urgence médicale au cours de sa carrière, et parmi eux 3% auront recouru à la réanimation cardio-pulmonaire ⁽¹⁾.

Du fait du vieillissement de la population, le chirurgien dentiste réalise de plus en plus couramment des soins dentaires chez des patients porteurs de pathologies cardiaques et/ou respiratoires parfois complexes nécessitant de nombreuses thérapeutiques. Dans ce contexte, le stress du soin dentaire peut entraîner une décompensation de leurs pathologies, ces patients sont qualifiés de patients à haut risque médical ⁽²⁾.

Chaque praticien doit être capable de prendre en charge ces patients lorsqu'une défaillance se produit.

La reconnaissance rapide des premiers signes de l'urgence va conditionner son évolution, ainsi que le pronostic du patient. Une connaissance précise du profil médical du patient aide à cette reconnaissance; savoir à quoi s'attendre et quoi rechercher permet une réponse plus rapide ⁽³⁾. Le chirurgien-dentiste doit maîtriser les actes réflexes de la prise en charge initiale de l'urgence afin de maintenir les fonctions vitales du patient jusqu'à l'arrivée du SAMU ⁽³⁾.

A partir d'une revue de la bibliographie, nous étudierons dans un premier temps les protocoles de prise en charge des urgences puis nous évoquerons le matériel et les drogues nécessaires.

II. DEFINITION

Nous définirons comme urgence médicale toutes manifestations, sans rapport direct avec une pathologie dentaire, survenant dans le cabinet dentaire ou son environnement proche et nécessitant une prise en charge adaptée de la part du praticien. Ces urgences peuvent être en relation avec le traitement dentaire, ou survenir dans le cabinet dentaire (malaise vagal, phénomènes allergiques, A.V.C., ...).

III. PREVENTION

Même en l'absence de pathologie, tous les patients sont susceptibles de présenter une urgence médicale au cours d'un soin ⁽⁴⁾.

III.1. Évaluation du risque médical du patient

Le passé médical du patient, ainsi que la recherche des traitements en cours permet de déceler les patients à risque et de prendre les mesures qui s'imposent pour diminuer les chances de survenue d'une urgence médicale. Il apparaît indispensable de disposer d'un dossier avec une partie médico-administrative rigoureusement remplie.

À l'inverse des établissements de santé, il n'existe pas actuellement de texte réglementaire précisant les données devant figurer sur le dossier du patient pour les praticiens de ville.

En 2006, L'Association Dentaire Française (ADF) et la Haute Autorité de Santé (HAS) publient un référentiel d'auto-évaluation des pratiques en odontologie traitant du dossier du patient, consultable sur le site du conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes.

Elles s'appuient sur différentes sources :

- L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Le dossier du patient en odontologie, ANAES, mai 2000

*CDA, Centre Médical des Armées de Besançon.
Auteur correspondant : tibobila0212@hotmail.fr

**Médecin adjoint, Centre Médical de Armées de Belfort.

*** Praticien Hospitalier, Pôle - Réanimation-,
Samu-Hyperbarie CHRU Minjoz Besançon,
Service des urgences - Smur - UHcd CHR Belfort.

**** Attachée de recherche clinique,
Centre régional de documentation scientifique
et de recherche clinique, HIA Legouest - Metz.

***** CDP®, Chef du service d'odontologie
du CHU de Dijon.

***** Médecin chef du Centre Médical
des Armées de Belfort.

- Code de santé publique : de l'article 1111-2 à l'article 1111-7.
- La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, article 11, publié au journal officiel du 5 mars 2002.
- La synthèse de ces différentes sources bibliographiques permet de mettre en évidence les éléments indispensables au dossier dentaire.
- Coordonnées administratives du patient.
- Coordonnées du médecin traitant.
- Antécédents médicaux et chirurgicaux du patient et allergies.
- Traitements habituellement suivis par le patient.
- Habitudes de vie :
 - Alcool.
 - Tabac.
 - Drogues.
 - Piercing de la cavité buccale.
- Examen clinique.
- Examen radiologique.
- Nature des actes réalisés.

L'interrogatoire doit donc être réalisé par le praticien, et non délégué à un autre membre de l'équipe⁽⁴⁾. Il paraît difficile de se contenter d'un auto-questionnaire renseigné uniquement par le patient ou l'assistante, l'échange verbal entre le patient et le praticien étant indispensable pour mieux identifier les risques⁽⁴⁾.

Le plan de traitement doit être adapté à l'état de santé du patient.

Au moindre doute, le praticien se doit d'être en liaison avec le médecin traitant.

III.2. L'entraînement de l'équipe : développer un plan d'action.

La gestion des urgences médicales débute par la formation. Tout le personnel doit y être préparé et régulièrement entraîné : le chirurgien-dentiste bien sûr, mais aussi les assistants et les secrétaires.

Le chirurgien-dentiste doit être compétent, tant dans la prise en charge de l'urgence que dans le management de son équipe⁽⁵⁾.

Une préparation appropriée permettra un travail efficace⁽⁶⁾. Pour ce faire un protocole de prise en charge par type d'urgence médicale doit être à disposition au sein du cabinet dentaire.

La formation à l'urgence en France se décline en trois niveaux :

- PSC1 (Premier secours citoyen): accessible à tout citoyen, suite à une rapide formation permettant de connaître les « gestes qui sauvent »
- PSE1 et PSE2 (Premier secours en équipe) : formations à visée professionnelle destinées aux secouristes
- AFGSU 1 et AFGSU 2 (Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence) : formations spécialisées à destination des personnels travaillant en secteur hospitalier.

Le protocole de prise en charge des urgences en France suit globalement l'arbre décisionnel résumé au niveau de la figure 1

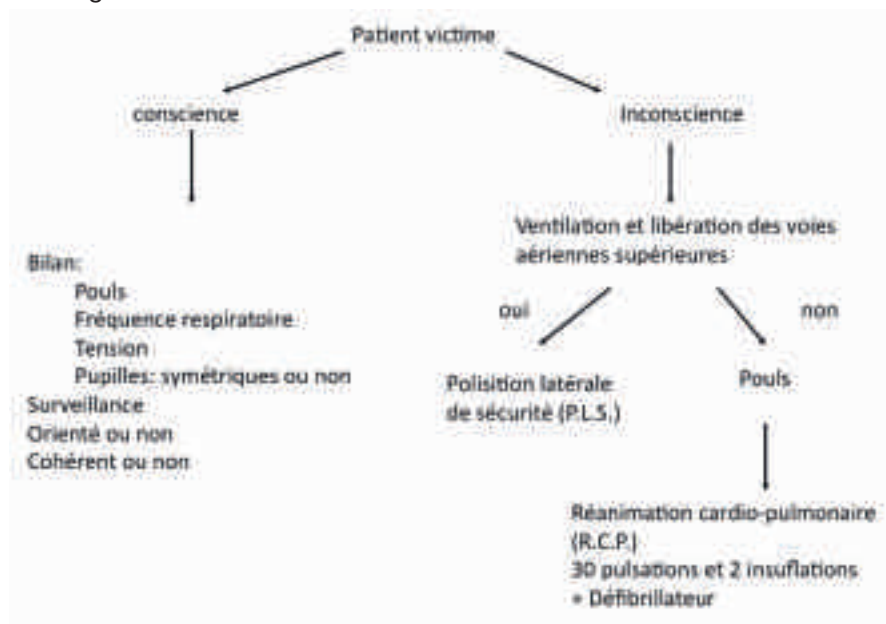


Figure 1 : Protocole de prise en charge des urgences

Le protocole de prise en charge dans les pays anglo-saxons diffère un peu de l'arbre décisionnel suivi en France, il s'organise autour de 5 grands⁽³⁾ :

- A. Airways, libération des voies aériennes.
- B. Breathing, contrôle de la respiration
- C. Circulation, présence d'un pouls
- D. Deficit
- E. Évolution

Une préparation appropriée permettra un travail efficace⁽⁶⁾. Pour ce faire un protocole de prise en charge par type d'urgence médicale doit être à disposition au sein du cabinet dentaire, et une

organisation stricte en cas d'urgence doit être mise en place.

- La répartition des rôles ⁽⁶⁾ :

- **Le leader** : souvent le chirurgien-dentiste, c'est lui qui décide quand la situation devient urgente. Il assigne les rôles aux membres de son équipe et initie la prise en charge jusqu'à l'arrivée des secours.
- **Le deuxième membre** de l'équipe : C'est l'assistant(e), il connaît la localisation des drogues à utiliser en urgence, l'oxygène et le défibrillateur. Il est aussi responsable de la gestion des kits d'urgences (tous les éléments sont présents, rien n'est périmé) et du niveau d'oxygène.
- **Le troisième membre** de l'équipe : On peut lui assigner diverses fonctions. Il peut appeler le 15 (Centre de Réception et de Régulation des Appels), et accueillir l'équipe médicale du Smur pour les mener jusqu'au patient. Il est aussi amené à écrire les données de manière chronologique: signes vitaux du patient, les premières mesures thérapeutiques effectuées et notamment les drogues utilisées et leur posologie, l'évolution initiale du patient.

Encadré par le leader, au cours de l'urgence, chaque membre doit communiquer sur les actions qu'il va entreprendre ⁽⁶⁾, afin de ne rien oublier ni de doubler les actions.

IV. LE MATERIEL DE L'URGENCE.

Si la littérature médicale comporte des articles de références concernant la composition de la trousse d'urgence du médecin généraliste, il n'existe que peu de références traitant de cette problématique pour le cabinet dentaire ⁽⁷⁾



Figure 2 : Chariot d'urgence

Le matériel d'oxygénothérapie

Système d'insufflation	Concentration d'oxygène inspiré (%)
Ventilation spontanée	
Canule nasale	25-45
Masque facial simple	40-60
Masque à haute concentration avec réservoir d'oxygène	90-100
Ventilation par pression positive	
Bouche à bouche	17
Masque d'anesthésie avec BAVU	21
Masque d'anesthésie avec BAVU et réservoir d'oxygène	75-95

Figure 3 : Concentration d'oxygène inspiré en fonction du système utilisé ⁽⁸⁾

Éléments de monitoring ^(5, 8) :

Le chirurgien-dentiste doit être compétent pour analyser et transmettre à un médecin les données affichées sur un monitoring, afin de suivre l'évolution de l'état du patient (stéthoscope, Brassard à tension, Oxymètre)

Matériel d'injection ⁽⁹⁾ :

Des seringues et des aiguilles peuvent faire parties du matériel à avoir à disposition.

Défibrillateur automatique (D.A.) ou semi-automatique (D.S.A.) ⁽⁸⁾

(Figure 2) : L'accès immédiat à un défibrillateur dans le cas d'urgences cardiaques augmente considérablement les chances de survie du patient ⁽¹⁰⁾. Il fait partie intégrante de la R.C.P., ainsi que de la chaîne de réanimation d'un patient en arrêt cardio-respiratoire. Une défibrillation précoce avec ces appareils d'utilisation rapide et simple permet de transformer une arythmie létale (fibrillation ou tachycardie ventriculaire) en un rythme sinusal normal afin de restaurer la perfusion sanguine des organes ⁽⁸⁾.



Figure 4 : Défibrillateur semi-automatique

IV.1. Les drogues de l'urgence.

Nous étudierons les drogues utilisables face aux urgences médicales les plus fréquentes.

Il est recommandé aux chirurgiens-dentistes de posséder un kit (Figure 2) contenant les drogues nécessaires à la prise en charge des urgences.

IV.1.1. L'oxygène⁽⁶⁻⁹⁾ :

La perte de conscience d'un patient résulte souvent d'un manque d'oxygénation du cerveau, de même une crise d'angor est aussi la conséquence d'un déficit en oxygène du muscle cardiaque. Le point important dans une urgence médicale est de prévenir ou de corriger un taux insuffisant d'oxygène dans le sang artériel. Toutes les urgences médicales doivent inclure l'oxygénation du patient. La bouteille d'oxygène devra donc être régulièrement vérifiée⁽⁹⁾. L'oxygénation peut être faite soit au masque soit par une canule nasale, certains systèmes étant plus efficace (Tableau 1). Tous les cabinets dentaires doivent posséder un masque avec un ballon type BAVU (Ballon Auto-alimenté à Valve Unidirectionnelle) avec réservoir d'oxygène qui permet, si le patient est inconscient, de produire une ventilation à pression positive.



Figure 5 : Ballon Auto-alimenté à Valve Unidirectionnelle (B.A.V.U.)

IV.1.2. Les thérapeutiques des coronaropathies⁽³⁾ :

Dans le contexte de soins dentaire et en fonction des facteurs de risque cardio-vasculaire, ce sont les pathologies coronariennes qui peuvent être rencontrées le plus fréquemment.

Le diagnostic positif repose sur l'histoire médicale du patient : le patient coronarien a souvent son traitement sur lui, et on peut considérer initialement qu'il s'agit d'une crise d'angor. Dans le cas où ce serait la première crise ou si le traitement de l'angor ne fait pas effet⁽⁸⁾, le patient doit être considéré comme faisant un infarctus si la douleur dure plus de 30 minutes⁽³⁾. Devant toute douleur thoracique, le Centre 15 sera prévenu et une discussion s'engagera entre le médecin régulateur et le chirurgien-dentiste.

Le médecin régulateur conseillant le chirurgien dentiste sur les médications à faire

- Posologie⁽¹¹⁾ :

- Angor : **Trinitrine** (Natispray[®], Trinitrine Laleuf[®] en comprimés) : 0,15 mg/dose. l'administration peut être renouvelée jusqu'à 3 fois avec un intervalle de 5 min^(7, 8).
- Infarctus : **Aspirine[®] : 165 à 325 mg** à mâcher pendant 30 secondes puis avaler^(8, 9). Elle peut être associée à la Trinitrine.

- Précautions⁽¹¹⁾ :

- **Trinitrine** : c'est un vasodilatateur, elle devra être utilisée chez un patient assis ou allongé. Contre-indication si la tension artérielle est inférieure à 100 mmHg⁽⁸⁾, ou en association avec un traitement pour les dysfonctions érectiles (Viagra[®], Cialis[®]...) ⁽⁸⁾.
- **Aspirine** : Contre-indications relatives : intolérance et saignement important (3).

IV.1.3. Les thérapeutiques de l'asthme :

Dans ce cas les patients vont avoir besoin de se mettre en position demi-assise⁽³⁾. Il faut bien évidemment vérifier qu'aucun corps étrangers n'obstruent la trachée. Le traitement se fait par broncho-dilatateurs (agoniste des récepteurs beta2 adrénergiques des muscles lisses des bronches) qui vont permettre de relâcher les muscles lisses et d'inhiber les réactions chimiques responsables de cette hyper sensibilité⁽⁸⁾. La broncho-dilatation est rapide mais de courte durée.

- Posologie^(8, 12) :

- Crise simple ; **Salbutamol** (ventoline[®]) **100 microgrammes** soit

environ 2 bouffées renouvelable toutes les 2 minutes.

- Crises sévères ; **Terbutaline** 5mg/2mL (Bricanyl®) 5 mg en nébulisateur ou 1 ampoule de 0,5mg/1mL en sous-cutané.

- **Précautions** ⁽¹¹⁾ :

- **Salbutamol** en aérosol doseur il doit être correctement aspiré, dans le cas d'une crise aiguë grave cela peut être contraignant, il faut préférer la terbutaline en sous-cutané.
- **Terbutaline** pas de contre-indication connue dans le cadre de l'urgence.

IV.1.4. Les thérapeutiques du malaise vagal

Le malaise vagal est souvent causé par une forte anxiété. Chez les patients stressés ou phobiques, il est nécessaire de passer plus de temps à expliquer les choses. Il s'agit d'une des urgences les plus communes au cabinet dentaire ⁽⁹⁾.

- **Posologie** :

- **Amonium aromatique** c'est un stimulant respiratoire, l'ampoule est cassée et est passée sous le nez du patient. Elle est en général couplée à une oxygénothérapie et le patient est mis en position de Trendelenburg ^(8, 9).
- **Atropine** est une molécule anticholinergique s'opposant aux effets bradycardisants de l'acétylcholine ; elle augmente le rythme cardiaque. Elle est administrée en sous-cutané après avis du médecin régulateur du SAMU, dans le cas d'une bradycardie persistante, sur un patient en position de Trendelenburg.
- **Atropine : 0,5 à 1mg en une injection unique**

IV.1.5. Les thérapeutiques de l'hypoglycémie du patient diabétique :

Cela concerne les diabétiques insulinodépendants. Classiquement observé lorsque le patient, après une injection d'insuline, ne mange pas ⁽³⁾. Les signes cliniques vont être une sensation de faim, une tachycardie, des sueurs, et si cela se prolonge, on aura une confusion mentale puis une perte

de connaissance du patient peut être possible. Une mesure de la glycémie doit être réalisée rapidement ⁽³⁾.

- **Posologie** :

- **Apport glucidique**, si le patient est conscient, le morceau de sucre est croqué puis avalé, afin de s'assurer qu'il est suffisamment conscient pour ne pas inhaler le sucre ^(3, 9).
- **Glucagon**, Glucagen kit®: seringue pré-remplie de **1mg/ 1mL**, injection unique de 1mg (11) qui permet de mobiliser les réserves faibles hépatique de glycogène.

- **Précautions** :

- Sucre, uniquement si le patient est conscient.
- Glucagon, une glycémie capillaire sera réalisée avant toute injection. Il est contre-indiqué dans le cas d'hypoglycémie liée à l'alcool ou aux sulfamides hypoglycémiantes donc chez les diabétiques non-insulinodépendants traités par sulfamides ⁽¹¹⁾. La voie intramusculaire est déconseillée aux patients ayant des troubles de la coagulation, l'injection de glucagon sera donc sous-cutanée ⁽¹¹⁾.

Face à une perte de conscience au cabinet dentaire, il convient de faire le diagnostic différentiel entre une syncope, une hypoglycémie, et un AVC. Ce diagnostic est souvent complexe. Dans tous les cas, si en position de Trendelenburg la conscience ne revient pas en une minute environ, on peut considérer qu'il ne s'agit pas d'un malaise vagal. Il faudra alors envisager un autre diagnostic ⁽³⁾.

IV.1.6. Les urgences allergiques ^(8, 11) :

Les allergies légères : Démangeaisons, urticaires, rash cutané

Antihistaminique : Aérius® 25 à 50 mg en comprimé toutes les 3 heures

Les allergies sévères : En cas d'œdème de Quincke ou de choc anaphylactique.

Epinephrine, Anapen® uni-dose, en cas de crise une injection en intramusculaire, 0,5 mg. Adrénaline.

Médicaments à utiliser	
Problèmes respiratoires	<ul style="list-style-type: none"> • Oxygène • Bricanyl • Ventoline
Douleur thoracique	<ul style="list-style-type: none"> • Natyspray • Natyspray
Allergie	<ul style="list-style-type: none"> • Aérius • Anapen
Troubles de la conscience	<ul style="list-style-type: none"> • Amonium aromatique • Sucre • Glucagon

Figure 6 : Modèle d'organisation des médicaments en fonction de leur utilisation

Précautions :

Adrénaline, la voie intramusculaire est contre-indiquée chez les patients avec des troubles de la coagulation, l'injection d'adrénaline sera alors réalisée en sous-cutanée.

Médicaments	Indications	Contre-indications	Posologie	Voie d'administration
Trinitrine	SCA	Hypotension (PA<10)	0,3 mg	Sublingual, Spray
Aspirine	SCA	-	165 à 325 mg	Per-os
Salbutamol (Ventoline)	Asthme léger	-	2 bouffées	Spray
Terbutaline (Bricanyl)	Asthme sévère	-	5mg	Nébulisateur Sous-cutané
Amonium aromatique	Malaise vagal	-	1 ampoule	Inhalation
Atropine	Malaise vagal, bradycardie persistante	Pas de dose < 0,5mg	0,5 à 1 mg	Sous-cutané
Sucre	Hypoglycémie	Patient inconscient	-	Per os
Glucagon	Hypoglycémie	Hypoglycémie liée à l'alcool et traitement par sulfamides	1mg/1mL	Intramusculaire
Aerius	Allergie légère	-	25 à 50 mg	Per-os
Anapen	Choc anaphylactique, oedeme de Quinck	-	0,5mg	Intra-musculaire

Figure 7: Récapitulatif des utilisations des médicaments de l'urgence

V. CONCLUSION : L'IMPORTANCE DE LA FORMATION CONTINUE.

Le chirurgien-dentiste, professionnel de santé à part entière, se doit de considérer le patient dans sa globalité et non se limiter à la prise en charge de la cavité buccale. Les urgences médicales en cabinet dentaire sont certes relativement rares mais pas exceptionnelles. Les praticiens disposant de peu de connaissance sur le sujet ressentent un sentiment d'insécurité, mais aussi de responsabilité lors de la survenue d'un tel événement. Il s'ensuit alors parfois l'impossibilité de réaliser des

gestes d'urgence basiques voire si cela se justifie une réanimation cardio-pulmonaire correcte⁽¹³⁾.

La plupart des étudiants en fin de cursus ne se sentent pas préparés à affronter des urgences médicales⁽¹³⁾ et plusieurs études rapportent que ces derniers ne sont pas tous prêts à prendre en charge des urgences vitales telles que l'arrêt cardio-respiratoire⁽²⁾. Par ailleurs, la faible probabilité de survenue des urgences vitales contribue au manque de formation⁽²⁾ ainsi qu'à la perte de réflexe acquis lors de la formation initiale⁽²⁾. La formation initiale dans

le domaine de l'urgence paraît donc indispensable et devrait idéalement suivre les standards de l'AFGSU 1 et 2.

Les urgences médicales étant cependant peu fréquentes, la formation continue s'avère indispensable au maintien des compétences ⁽¹⁴⁾. Les simulations réalistes d'urgences médicales sur mannequin sont des moyens efficaces d'entraînement ⁽¹⁵⁾.

En outre, au delà de cette problématique de formation, il est nécessaire de définir une organisation du cabinet dentaire avec mise à disposition d'un minimum de matériel et de médicaments d'urgence ainsi que la mise en place de protocoles d'urgence de référence.

Bibliographie

1. Collange O, Bildstein A, Samin J, Schaeffer R, Mahoudeau G, Feki A, et al. Prevalence of medical emergencies in dental practice. *Resuscitation*. 2010 Jul;81⁽⁷⁾:915-6.
2. Laurent F, Augustin P, Nabet C, Ackers S, Zamaroczy D, Maman L. Managing a cardiac arrest: evaluation of final-year predoctoral dental students. *J Dent Educ*. 2009 Feb;73⁽²⁾:211-7.
3. Reed KL. Basic management of medical emergencies: recognizing a patient's distress. *J Am Dent Assoc*. 2010 May;141 Suppl 1:20S-4S.
4. (UK) Rc. Medical emergencies and resuscitation. Standards for clinical practice and training for dental practitioners and dental care professionals in general dental practice: Resuscitation council (UK); 2006.
5. Plasschaert AJ, Holbrook WP, Delap E, Martinez C, Walmsley AD, Association for Dental Education in E. Profile and competences for the European dentist. *Eur J Dent Educ*. 2005 Aug;9⁽³⁾:98-107.
6. Haas DA. Preparing dental office staff members for emergencies: developing a basic action plan. *J Am Dent Assoc*. 2010 May;141 Suppl 1:8S-13S.
7. Domanski L, Camilleri G, Malgras G, Loupiac E, Kowalski JJ, Trousse d'urgence. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Urgences, 24-000-B-10, 2001, 5 p.*
8. Rosenberg M. Preparing for medical emergencies: the essential drugs and equipment for the dental office. *J Am Dent Assoc*. 2010 May;141 Suppl 1:14S-9S.
9. Dym H. Preparing the dental office for medical emergencies. *Dent Clin North Am*. 2008 Jul;52⁽³⁾:605-8, x.
10. Roberson JB, Rothman C. Basic life support and medical emergency preparedness. *Dent Today*. 2011 Feb;30⁽²⁾:90, 2-3.
11. F. Laurent FR, P. Augustin, C. Bertrand, L. Maman, P. Lesclous. Les médicaments de l'urgence médicale en cabinet dentaire. *Information dentaire*. 2008;21.
12. L'Her E. Révision de la troisième Conférence de consensus en réanimation et médecine d'urgence de 1988: Prise en charge des crises d'asthme aiguës graves de l'adulte et de l'enfant (à l'exclusion du nourrisson). *Réanimation*. 2002;11:1-9.
13. Carvalho RM, Costa LR, Marcelo VC. Brazilian dental students' perceptions about medical emergencies: a qualitative exploratory study. *J Dent Educ*. 2008 Nov;72⁽¹¹⁾:1343-9.
14. Sopka S, Biermann H, Druener S, Skorning M, Knops A, Fitzner C, et al. Practical skills training influences knowledge and attitude of dental students towards emergency medical care. *Eur J Dent Educ*. 2012 Aug;16⁽³⁾:179-86.
15. Newby JP, Keast J, Adam WR. Simulation of medical emergencies in dental practice: development and evaluation of an undergraduate training programme. *Aust Dent J*. 2010 Dec;55⁽⁴⁾:399-404.

SOINS AUX POPULATIONS SINISTREES APRÈS LA SURVENUE D'UNE CATASTROPHE

Delphine ROBERTON*



Sri Lanka - 2009

Selon la Stratégie Internationale de Prévention des Catastrophes des Nations Unies (2009), une catastrophe est la « rupture grave du fonctionnement d'une communauté ou d'une société impliquant d'importants impacts et pertes humaines, matérielles, économiques ou environnementales que la communauté ou la société affectée ne peut surmonter avec ses seules ressources ».

Contexte et pierres d'achoppement

Les catastrophes, naturelle, technologique ou sociale, représentent une menace de plus en plus grande tant d'un point de vue de leur fréquence que des dégâts qu'elles provoquent : des morts, des blessés, mais également des dommages durables (destructions d'habitations, d'infrastructures, etc.), affaiblissant souvent les ressources déjà rares. Cette « non-adéquation » des moyens avec les besoins pour faire face à la crise a des impacts sur la santé se traduisant par des besoins immédiats mais peut aussi à long terme, générer un problème de santé publique d'une manière plus globale :

- Nombre imprévisible de décès, blessures ou maladies, dépassant les capacités thérapeutiques des services de santé locaux, obligeant à réorganiser le secteur ou à solliciter une aide extérieure.

- Destruction d'infrastructures locales de santé qui seront donc dans l'incapacité de répondre aux demandes de soins.
- Certaines catastrophes peuvent provoquer des effets négatifs sur l'environnement (dangers environnementaux et sur la population), en accroissant le risque potentiel de maladies contagieuses.
- Effets sur la santé mentale et les comportements psychologiques et sociaux des communautés qu'elles affectent.
- Vastes déplacements de populations auxquels les services de soins locaux ne sont pas capables de répondre : risques accrus de poussées d'infections communautaires.

Pour les intervenants sur ces situations d'urgence et d'exception, l'objectif général est de sauver des vies (le maximum !), et de préserver des moyens de subsistance. L'émergence de problèmes de santé publique amène à définir des objectifs sanitaires prioritaires et plus spécifiques :

- Fournir les secours et les traitements aux victimes de traumatismes ayant subi les effets directs de la catastrophe.
- Prévenir l'apparition ou la contagion d'effets nocifs pour la santé publique.
- Remettre rapidement en route les établissements de soins touchés.

PLAN D'ACTION

- ⇒ Evacuation et sauvetage des victimes
- ⇒ Protection sanitaire des populations
- ⇒ Si nécessaire, transformation de programmes ou des structures de santé.

*ICN @, Gorssa

Dans ce contexte, nous soignants, pouvons être confrontés à différentes problématiques récurrentes. Tout d'abord des difficultés d'ordre socio-culturel liées aux us et coutumes, à la religion et parfois à la gestuelle : par exemple, au Sri Lanka, nous avons découvert que le « *dodelinement* » de tête pouvant être pris pour un non, signifiait « *oui* » ; et en Haïti, les enfants dans les rues nous faisaient un signe de main sur la gorge, à ne pas confondre avec le signe de trancher la gorge puisque chez eux, cela signifie « *j'ai faim* ».

Nous sommes également constamment confrontés à des conditions environnementales difficiles mais inhérentes au pays : conditions climatiques pénibles (températures extrêmes, taux d'humidité très élevé, etc.), faune et flore inhabituelles, conditions sanitaires défavorables (maladies tropicales, hygiène, etc.) et pauvreté.



Faune locale Haïti - 2010

Les soins s'effectuent dans des conditions particulières, en « mode dégradé » où il est nécessaire d'avoir de l'ingéniosité et une anticipation extrême en raison d'importantes difficultés d'approvisionnement. Les soins sont effectués dans l'immédiateté car en fonction de l'état de pauvreté du pays et du nombre de structures de soins encore opérationnelles, le devenir et l'avenir des patients est souvent problématique et incertain, en raison d'une prise en charge ultérieure difficile... voire impossible (place du handicap dans certaines sociétés ; prise en charge parfois inexistante pour les soins lourds, etc.). Il faut renvoyer les gens chez eux, mais bien souvent... ils n'ont plus de « chez eux ».

De même, le soignant se retrouve confronté à l'atrocité des blessures, mais aussi à l'atrocité des histoires de vie : souvenir de la prise en charge d'une fillette d'un an pour détresse neurologique, elle n'a pas survécu ; ses parents avait perdu quelques heures avant leurs trois autres enfants dans le séisme. La charge de travail est dantesque du fait du nombre de patients, de la complexité et de la gravité des blessures, mais aussi du fait de l'intensité du rythme et des conditions de travail... une course contre le temps permanente. Parallèlement, les intervenants ont des conditions de vie très rudimentaires avec bien souvent un hébergement sommaire et des conditions d'hygiène précaires. D'autres éléments délétères, liés à la nature du sinistre et au contexte géopolitique du pays, peuvent venir s'ajouter et affaiblir encore plus physiquement et psychologiquement le soignant :

- Persistance de risques naturels : répliques récurrentes lors de séisme ; les bâtiments encore « debout » sont fortement instables et il persiste un risque important d'effondrement.
- Risques technologiques : par exemple, persistance d'un risque radiologique suite au tsunami au Japon (risque accentué par les conditions climatiques).
- Problème sécuritaires : conflits armés, affrontements communautaires, terrains hostiles, émeutes fréquentes, essuie de tirs, etc.



Conditions de vie rudimentaires Japon - 2011



Risque radiologique Japon - 2011

Capacités d'adaptation et actions mises en place

Face à de tels contextes, l'Etat français a des capacités d'adaptation et a mis en place des actions lors des catastrophes survenues au cours de ces dernières années. Une de ces réponses est l'ESCRIM, l'Elément de Sécurité Civile Rapide d'Intervention Médicale. Cet hôpital de campagne civilo-militaire aérotransportable intervient dans le cadre de missions internationales de secours d'urgence à la suite de catastrophes naturelle, technologique ou sociale. Autonome d'un point de vue logistique sur son lieu de projection, il permet des activités médico-chirurgicales et obstétricales pour une durée de 2 à 8 semaines.

Ce dispositif est armé par 75 personnels civils et militaires : médecins, chirurgiens, infirmiers, pharmaciens, logisticiens et autres spécialistes. Ils sont issus des Formations Militaires de la Sécurité Civile (1^{er} RIISC, 7^{ème} RIISC et UIISC 5), des Services Départementaux d'Incendie et de Secours (plus particulièrement le SDIS 30 en charge de la partie chirurgicale), de la Brigade des Sapeurs Pompier de Paris ou encore du Bataillon des Marins Pompiers de Marseille. Cette structure sous tentes, qui fonctionne de jour comme de nuit, se divise en plusieurs secteurs : accueil, bloc opératoire, service d'hospitalisation, imagerie médicale et analyses biologiques, pharmacie centrale et stérilisation.

L'esprit est bien d'appliquer les principes fondamentaux de la médecine de catastrophe tout en respectant un standard de soins conforme à celui offert sur le territoire national.

Créé dans les années 80, et après avoir été déployé à de nombreuses reprises, une nouvelle version offrant plus de modernité, a vu le jour début 2013, l'ESCRIM 2.



ESCRIM 2 - Exercice Nîmes - 2013

2010	Séisme en Haïti
2009	Guerre civile au Sri Lanka
2006	Séisme en Indonésie
2004	Séisme et tsunami à Sumatra
2003	Séismes en Iran et en Algérie
1999	Séisme en Turquie et guerre civile au Kosovo
1998	Cyclone en Haïti
1997	Guerre civile à Brazzaville
1992	Séisme en Turquie
1990	Séisme en Iran
1988	Séisme en Arménie
1985	Séisme à Mexico

Petit retour en arrière...

2009

AFFRONTEMENTS

COMMUNAUTAIRES AU SRI LANKA

Pendant plus d'une trentaine d'années, le Sri Lanka a connu un conflit opposant l'armée gouvernementale aux Tigres Tamouls (LTTE). Début 2009, les combats se sont amplifiés et ont généré une grande détresse auprès d'une partie de la population pour laquelle de nombreux morts et de graves blessures ont été à déplorer. De nombreuses personnes civiles ont été prises au piège et bloquées dans la zone des combats ; parallèlement le pays a assisté à d'importants mouvements de popula-



ESCRIM Sri Lanka - 2009

tions. Ces déplacements ont favorisé le développement d'infections communautaires, du fait des conditions de vie et d'hygiène. Les camps de réfugiés se sont multipliés, accueillant blessés et victimes de cette guerre civile, mais les structures médicales locales ont très vite été dépassées.

La France a proposé sa plateforme médicale pour venir en aide à la population. Ainsi, le 25 avril 2009, l'ESCRIM a été envoyé au nord du Sri Lanka afin de renforcer les structures de soins de la région complètement saturées. Cet hôpital de campagne s'est implanté à Cheddikulam, à proximité d'un camp de réfugiés et à une petite centaine de kilomètres des combats.



Zone d'accueil des patients Sri Lanka - 2009

Pendant les 7 semaines de son déploiement, les principaux problèmes de santé rencontrés ont été des plaies par balles ou par fragments d'explosifs divers, mais aussi, des abcès, des diabètes décompensés, des arthrites en phase terminale et, plus spécifiquement pour les enfants et les nourrissons, des détresses respiratoires, des brûlures, des déshydratations et des dénutritions.

Nous avons également eu à faire face à un afflux massif de blessés à la suite d'un accident de bus survenu à proximité de l'hôpital.



Sri Lanka - 2009

Activité de l'ESCRIM en 7 semaines

- ⇒ 2121 entrées
- ⇒ 1236 hospitalisations
- ⇒ 638 interventions chirurgicales :
 - 250 sous anesthésie générale
 - 388 sous anesthésie locale
- ⇒ 650 radiographies
- ⇒ 120 échographies

Nous avons été confrontés à des contraintes particulières :

- Barrière de la langue, seulement quelques traducteurs... anglais.
- Températures extrêmes sous les tentes : matériel d'analyses biologiques hors services, appareil de radiologie réduit à une utilisation minimum et pas de moyen de réfrigération.

Au total, 72 militaires et 68 personnels civils ont participé à cette opération.

2010 SEISME EN HAÏTI



Haïti - 2010

Le 12 janvier 2010, un séisme de magnitude 7 sur l'échelle de Richter transforme Port au Prince et quelques villes environnantes en champs de ruines. D'innombrables morts ou bles-

sés, souvent encore ensevelis sous les décombres, sont à déplorer. De nombreuses personnes n'ont plus aucun toit pour s'abriter, ce qui favorise la multiplication des camps de déplacés.

La France a joué un rôle important dans l'aide internationale avec le déploiement de nombreux moyens. Ainsi, le 13 janvier, un premier détachement des ForMiSC a été envoyé à Port au Prince. Cet élément de sauvetage déblaiement a été rapidement rejoint par l'ESCRIM, basé au lycée français du 16 janvier au 21 février.

Ce dispositif a ensuite été complété par l'arrivée du TCD Siroco (navire de la Marine Nationale, équipé de deux blocs opératoires et de lits d'hospitalisation), de moyens aériens, d'éléments du 33ème RIMA et du 1er RSMA, de la gendarmerie et de personnels civils ; au total, 700 militaires ont participé à cette opération. Tous ces personnels, de par leur action quotidienne sur le terrain, ont apporté une contribution importante dans le sauvetage de la population sinistrée et le début de la reconstruction du pays : équipes de sauvetage déblaiement pour la recherche de personnes, hôpital de campagne, équipes en renfort des structures locales (hôpitaux), équipes chargées du traitement et de la distribution de l'eau, etc.

A l'ESCRIM, l'activité a été extrêmement dense avec des polytraumatismes, des fractures ouvertes, des « crush syndrome », des reprises chirurgicales et des traumatismes divers : traumatismes crâniens, médullaires et des membres, infections et brûlures. Nous avons aussi été confrontés à de nombreuses pathologies médicales : douleurs thoraciques, décompensations de pathologies cardiaques, diabètes, déshydratations, dénutritions, accouchements et problèmes de prématurité.

En plus des difficultés liées à l'insécurité environnementale et à la chaleur, nous avons été confrontés à des difficultés de réapprovisionnement des médicaments, de sang et dérivés,



Haïti - 2010

de matériel de chirurgie et d'oxygène (problème de correspondance entre les bouteilles américaines et françaises). 82 militaires et 111 personnels civils ont travaillé dans l'ESCRIM.

Activité de l'ESCRIM en 5 semaines

- ⇒ 2301 entrées
- ⇒ 1554 hospitalisations
- ⇒ 805 interventions chirurgicales :
 - 216 sous anesthésie générale
 - 779 sous anesthésie locale
- ⇒ 760 radiographies
- ⇒ 72 échographies

Activité à bord du TCD SIROCO

- ⇒ 43 interventions chirurgicales
- ⇒ Soutien psychologique



Haïti - 2010



ESCRIM Haïti - 2010

Dans cette immersion au cœur de la population haïtienne et de son désarroi, un événement exceptionnel nous attendait... « le miracle ». Le 27 janvier, la section sauvetage déblaiement a été appelée suite à la localisation d'une survivante : Darlène, 16 ans, vivante, indemne... après avoir passé 15 jours sous les décombres.

Pour conclure...

Dans ces situations d'urgence et d'exception, afin de rester un personnel soignant efficace, il faut garder en tête « *qu'on ne peut pas sauver ce qui n'est pas sauvable !* » et ainsi essayer de mettre de côté nos sentiments de frustration et d'impuissance. Apporter des soins à des populations ne doit pas s'arrêter là. Nous nous devons de représenter une entité ; notre simple

présence permet d'apporter une aide morale à la population.

Il ne faut pas oublier la richesse des échanges avec les autres intervenants (français et du monde entier), mais aussi et surtout avec les populations sinistrées qui ont beaucoup de choses à nous transmettre : dignité, humilité, capacités de résilience et de résistance, fatalisme. C'est d'ailleurs probablement ces valeurs humaines et la quasi inexistence de superficialité qui fait que, même dans ces situations apocalyptiques, l'instinct de survie reprend le dessus.



Japon - 2011

LES ALIMENTS SOUS SIGNES DE QUALITÉ.

(1) LES PRODUITS ISSUS DE L'AGRICULTURE BIOLOGIQUE

François-Henri BOLNOT*

Le mode de production en « agriculture biologique » (AB) est l'un des cinq signes officiels d'identification de la qualité et de l'origine (SIQO) des produits alimentaires garantis par l'État français. Les aliments qui en sont issus sont communément qualifiés de « bio »¹ : un vocable porteur de valeurs, diverses selon les interlocuteurs, bien que parfaitement définies : elles reposent essentiellement sur des pratiques de production respectueuses de l'environnement et du bien-être animal. Le bio nourrit en fait de nombreux fantasmes et s'avère particulièrement clivant : certains le défendent avec énergie et conviction jusqu'à l'ériger en philosophie de vie, d'autres le considèrent au mieux comme une mode et au pire comme une lubie de privilégiés, de « bobos parisiens ». Qu'en est-il réellement ? Quelle est aujourd'hui la place du bio ? Ces produits ont-ils une légitimité en milieu militaire ?

D'où vient le bio ?

Les origines de l'agriculture biologique

Avant qu'elle ne devienne un signe de qualité rigoureusement réglementé, l'AB s'est construite sur une philosophie, des idées, un mouvement. Les prémices de l'AB, dans la première moitié du XX^{ème} siècle, reposaient sur deux principaux courants de pensée : l'un valorisait les aspects bénéfiques d'une bonne alimentation et défendait **les valeurs de la paysannerie**, en opposition à une vision industrialisée de l'agriculture ; l'autre, sou-



cieux des répercussions environnementales de l'agriculture intensive, préconisait avant tout **la fertilisation naturelle des sols**, sans intrants chimiques.



Les principes de l'AB se sont structurés à partir des années 50, en réaction à la « course aux rendements » qui a accompagné la mise en place de la politique agricole commune (PAC) au sortir de la seconde guerre mondiale avec, notamment, le développement de l'agrochimie et le remembrement des terres agricoles. A cette époque, la France devient pionnière dans la mise en pratique de l'AB qui se développe progressivement jusqu'à sa reconnaissance par l'État, en 1981, dans le cadre de la loi d'orientation agricole, suivie de la création du logo « AB » en 1984. La loi L-1202 du 30 décembre 1988 officialise le terme « **agriculture biologique** ». L'Agence Bio, vitrine institutionnelle de l'AB, est créée en 2001.



Le logo européen, ou **euro-feuille**, apparaît en 2005 et devient obligatoire en 2010.

Le Grenelle de l'environnement

En France, à partir de 2009, le « Grenelle de l'environnement » fixe l'objectif « de parvenir à une production agricole biologique suffisante pour répondre d'une manière durable à la demande croissante des consommateurs et aux objectifs de développement du recours aux produits biologiques dans la restauration collective publique ». A travers l'achat d'aliments bio par la restauration collective publique, l'État s'engage pour lui-même avec le souhait qu'une dynamique s'instaure parmi les autres acteurs



¹. Selon le contexte les termes « agriculture biologique » (AB) et (bio) (le bio ou la bio) sont utilisés indifféremment du fait de l'absence de référentiel de vocabulaire partagé et des habitudes différentes.

*VC®, Gorssa, Rapporteur du groupe de travail « alimentation biologique » du Conseil National de l'Alimentation (CNA).

selon un processus itératif vertueux : il se fixe un objectif d'introduction de 15 % de denrées issues de l'AB en 2010 et de 20 % en 2012.



Le but est également d'obtenir un développement des surfaces exploitées en bio (objectif : 6 % de la surface agricole utile en 2012, 20 % en 2020).

Agriculture biologique et agro-écologie

La montée en puissance des préoccupations environnementales, issues notamment du débat suscité par l'AB, se traduit dans les années 1990/2000 par le développement d'approches nouvelles en agriculture conventionnelle, à l'instar de l'agriculture raisonnée. Le principe d'une certification environnementale graduée est inscrit en 2001 dans le Code rural : le plus haut niveau est dit de « haute valeur environnementale » ou HVE et s'accompagne d'une mention valorisante pour les produits, transformés ou non, issus de ces exploitations particulièrement respectueuses de l'environnement.



Le « projet agro-écologique pour la France », lancé en 2012 et complété par la Loi d'avenir pour l'agriculture, l'alimentation et la forêt (LAAAF) du 11 septembre 2014, vise à combiner les performances économiques, environnementales et sociales des exploitations agricoles. Les solutions techniques visant à diminuer les impacts liés à l'agriculture conventionnelle et celles destinées à supprimer les impasses techniques en AB se rejoignent fréquemment.

Le plan Ambition Bio 2017

En 2013 le ministère de l'agriculture lance un nouveau programme de développement conjoint de l'offre et de la demande en AB : « Ambition Bio 2017² ». L'ambition est d'augmenter la production bio mais aussi de permettre aux produits d'être transformés, commercialisés et consommés. Deux objectifs

chiffrés sont retenus : doubler la part du bio sur le territoire national d'ici fin 2017 (passer de 4 à 8 % de SAU) et réaffirmer l'objectif ambitieux de 20% de bio en restauration collective publique.

Quelle réglementation pour le bio ?

La production bio fait l'objet d'une réglementation européenne harmonisée et complétée, pour quelques domaines spécifiques, par des cahiers des charges nationaux ayant eux-mêmes une portée réglementaire.

Un règlement européen

Le règlement européen en vigueur est le n°834/2007 du 28 juin 2007 « relatif à la production biologique et à l'étiquetage des produits biologiques », complété par des règlements d'application. Son considérant n°1 donne une définition de la production agricole et alimentaire bio : « La production biologique est un système global de gestion agricole et de production alimentaire qui allie les meilleures pratiques environnementales, un haut degré de biodiversité, la préservation des ressources naturelles, l'application de normes élevées en matière de bien-être animal et une méthode de production respectant la préférence des consommateurs à l'égard de produits obtenus grâce à des substances et produits naturels ».

Le 24 mars 2014, la Commission européenne a présenté une proposition de nouveau règlement qui pourrait entrer en vigueur à partir de juillet 2017. L'objectif est de conforter les principes fondamentaux de l'AB et de renforcer des exigences concernant les conditions de production et de contrôle.



Les cahiers des charges nationaux

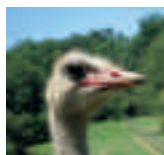
Bien que le règlement européen couvre plus de 95% des cas, certaines productions peuvent être encadrées par des cahiers des charges et des guides nationaux susceptibles d'induire à la marge quelques différences entre les États membres. En France, ils sont proposés par les professionnels, puis vali-



². <http://agriculture.gouv.fr/Programme-Ambition-bio-2017,22587>

³. Institut national des appellations d'origine

dés par l'INAO³. Publiés par arrêté ministériel du ministère de l'agriculture, ils n'ont pas valeur contraignante pour les producteurs des autres États membres, sauf s'ils veulent utiliser le logo AB français. Les cahiers des charges français concernent la fabrication d'aliments pour animaux de compagnie (2004),



l'élevage des lapins, des poulettes, des escargots et des autruches (2010) et la restauration commerciale (2011).

Les principes et spécificités de l'AB

La production agricole et l'élevage

Un principe fondamental en bio est de **nourrir le sol pour nourrir la plante** au lieu de nourrir les plantes via des engrais chimiques. Bio signifie vie en grec : c'est par la vie du sol, écosystème et non simple support, que la plante va s'alimenter. Rotation des cultures, diversités des espèces et variétés cultivés, activation de la vie du sol, maintien des haies et des autres infrastructures paysagères, interdiction des produits chimiques de synthèses et des OGM,



sont autant d'éléments qui vont favoriser la biodiversité agricole, la qualité des paysages et limiter les pollutions.

Selon le règlement n°834/2007, un **élevage bio** doit « être lié au sol » et « nourrir les animaux avec des aliments biologiques composés d'ingrédients agricoles issus de l'agriculture biologique et de substances non agricoles naturelles », « assurer un niveau élevé de bien-être animal en respectant les besoins propres à chaque espèce » et « recourir à des méthodes naturelles pour la reproduction ».



La production de denrées alimentaires

Les règles de transformation bio s'appliquent sans préjudice des dispositions générales. En particulier, les **règles d'hygiène** et de **salubrité** sont les mêmes pour l'ensemble des produits ou activités agroalimentaires. Concrètement, au moins 95% des ingrédients d'origine agricole d'un produit vendu avec le logo bio doivent être certifiés bio. Les 5% restants doivent figurer sur une liste positive annexée au règlement ou être autorisés temporairement et au cas par cas par un État Membre. Actuellement, sur le marché, la majorité des produits transformés bio comporte **100 % d'ingrédients d'origine bio**.

Les procédés de transformation.

Le règlement précise qu'il faut « faire preuve de précaution lors de la transformation des denrées alimentaires, en utilisant de préférence des méthodes biologiques, mécaniques et physiques. ». La production bio doit « viser à produire des produits de haute qualité ».



La liste des auxiliaires technologiques est restreinte et certains sont assortis de restrictions ou de conditions particulières d'utilisation.

Une démarche volontaire : la certification AB

Si la certification biologique s'inscrit dans un cadre réglementaire, entrer dans cette démarche reste cependant **un choix volontaire pour chaque opérateur**.





La certification tierce partie

La certification bio concerne les activités de production primaire, de transformation, de distribution, l'importation et l'exportation. Elle repose sur des **organismes certificateurs (OC), tierces parties indépendantes**. Chaque opérateur choisit librement un OC parmi ceux **agréés** par l'Institut national des appellations d'origine (INAO)⁴. Le coût de la certification est entièrement à sa charge. Les opérateurs sont contrôlés par l'OC choisi a minima une fois par an. Les OC agréés doivent également être **accrédités** par le Comité français d'accréditation (COFRAC)⁵.

Une certification de processus

Elle repose principalement sur des pratiques respectueuses de l'environnement et du bien-être animal. **Les spécifications ne portent pas sur le produit en lui-même mais sur le mode de production**. Ainsi, rien n'impose qu'un produit bio soit plus riche en vitamines ou ait été cueilli à maturité. Le fait qu'un produit soit certifié bio ne signifie pas qu'il ne contient aucun résidu de pesticide : ce n'est pas parce que le processus de production exclut l'usage de pesticides que le produit en aura été totalement préservé. De même, il est impossible de dire, entre deux grains de blé, par le biais d'analyses aussi fines soient-elles, lequel est bio. Un produit bio existe du fait de la manière dont il a été produit et non en fonction de ses qualités intrinsèques. La seule définition d'un produit bio est donc « **produit issu de l'AB** ».

Un logo identifiable

La certification est matérialisée sur les produits par un logo et le numéro de l'organisme certificateur. Le **logo européen euro-feuille**, qui a remplacé l'ancien logo européen, est accompagné ou non du **logo national AB** qui peut figurer de manière optionnelle sur les produits. Bien qu'elle corresponde à un produit répondant aux dispositions du cahier des charges européen, la marque française a été maintenue, de même que d'autres marques nationales dans d'autres pays, du fait de sa notoriété antérieure auprès des consommateurs. Il est possible de produire dans le respect des règles de l'AB sans certification officielle, mais il n'est pas possible d'utiliser les termes bio, biologique, ou les logos sur cette production.

⁴. L'INAO, en tant qu'établissement public désigné autorité compétente, assure l'agrément des OC et supervise leur activité afin de s'assurer qu'ils remplissent les engagements pour lesquels ils ont été agréés

⁵. L'accréditation est une attestation reconnaissant la capacité et la compétence de l'OC à réaliser des audits spécifiques d'évaluation de la conformité. La compétence inclut l'indépendance de l'OC, son impartialité et son efficacité.

La confiance des consommateurs dans les produits issus de l'AB repose sur la dénomination « bio » ainsi que sur l'existence des logos. Assurant la lisibilité et la visibilité de la démarche associée aux produits, ils doivent rester signifiants et crédibles : **signifiants**, par la prise en compte des critères associés au bio et **crédibles**, par la fiabilité des paramètres du système de certification et de contrôle.

Quels contrôles pour les produits bio ?

Les filières bio sont soumises à trois types de contrôles : les **autocontrôles**, effectués par les professionnels eux-mêmes ; les contrôles systématiques et aléatoires prévus dans le cadre de la **certification**, effectués par les OC ; les **contrôles officiels**, effectués par les services de l'État, au même titre que pour toutes les denrées alimentaires élaborées ou mises sur le marché en France.

Les contrôles effectués par l'État

Les services de l'État, notamment La Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), réalisent des contrôles ciblés portant principalement sur l'étiquetage des produits et le respect de la réglementation générale. Ces **contrôles régionaux** sont indépendants du processus de certification par les OC. Ils permettent de s'assurer de la fiabilité du système de certification. Les anomalies liées au non-respect de la réglementation AB restent relativement **peu nombreuses**.

Paradoxe. Il y a quelques années, lors d'analyses de routine, les autorités sanitaires des Pays-Bas mettent en évidence des taux anormalement élevés de **métaux lourds** (plomb, cadmium, nickel, etc.) dans des volailles et des œufs... **bio** ! Explication : les poules bio vivent en plein air, picorent et se délectent des vers de terre



qui accumulent et concentrent les métaux lourds contenus dans le sol. Lequel avait été importé, par péniches, des bassins industriels très contaminés de la Ruhr, afin de venir combler les polders néerlandais !

Dans le cadre du marché unique, les **produits bio importés** dans l'UE doivent avoir été produits et certifiés selon des règles au moins équivalentes à celles en vigueur au sein de l'Union (notion d'équivalence). La confiance accordée par le consommateur français à un label étranger (« organic food » pour les produits bio)



repose sur l'équivalence du **cahier des charges**, la fiabilité de **l'organisme certificateur** du pays d'origine, la compétence des **auditeurs** et la performance des **services de contrôle** locaux. Cette confiance a pu être entamée par les fraudes concernant les produits « bio » Chinois, très médiatisées.

Ce que le bio est et n'est pas !

La réglementation relative à l'AB porte **exclusivement** sur des pratiques favorables dans le domaine **de l'environnement et du bien-être animal**. Par ailleurs la certification concerne les pratiques propres du certifié et non celles qui pourraient être le fait du voisinage ou d'autrui. Toutefois, des **malentendus** subsistent quant à la réalité de ce qu'est la production bio : contrairement à certaines idées ancrées dans l'esprit des consommateurs, aucune disposition ne lie l'AB au commerce équitable, à un mode de distribution via des circuits de proximité, à une éthique pour la juste rémunération des salariés, à des entreprises artisanales ou de petite taille ou à tout autre disposition de dimension sociétale ou éthique. Il n'existe pas non plus d'exigences concernant les aspects géographiques : il est possible de « produire bio » à proximité d'une autoroute, d'une centrale nucléaire ou d'un incinérateur !

Cela étant, si certains opérateurs appliquent la réglementation stricto sensu, la majorité adopte une **vision plus globale** qui inclut des pratiques dépassant les exigences réglementaires.

Le bio est-il meilleur pour la santé ?

Le bio ne communique pas sur la santé mais sur les **impacts environnementaux**. Pourtant, une proportion importante de consommateurs de produits bio escompte des bénéfices sur le plan de la **santé**. Si, à ce jour, il n'a pas été clairement démontré que « ne pas manger bio serait néfaste pour la santé », ou qu'il existerait un bénéfice réel en termes de santé à consommer des produits bio, de plus en plus d'indices

convergent **en faveur d'un lien « bio/santé »**. Toutefois les données scientifiques sont encore insuffisantes pour conclure. Aucune allégation santé n'a encore fait l'objet d'une autorisation pour les produits bio en Europe.

Un sujet emblématique : une moindre exposition aux résidus de pesticides

Le débat actuel sur les bénéfices santé des produits bio est en grande partie lié à la non utilisation de pesticides, avec deux populations potentiellement concernées :

- **les agriculteurs** qui, en AB, ne sont pas ou peu exposés à ces produits du fait de l'interdiction des intrants chimiques. En agriculture conventionnelle, les paysans restent en revanche surexposés aux pesticides et aux pathologies liées ;
- **les consommateurs** qui, avec les produits bio, ne sont pas ou peu exposés aux résidus de pesticides présents dans les aliments issus de modes de production conventionnels, même à des seuils inférieurs aux tolérances réglementaires.



Effet cocktail et effet faible dose.

Le rapport du Sénat n°42 de 2012/2013 *relatif à l'impact des pesticides sur la santé et l'environnement* fait état de la « *sous-évaluation des risques liés aux pesticides* ». Le danger des pesticides pour la santé serait notamment lié à l'effet des faibles doses et à un effet cocktail non pris en compte par la réglementation actuelle.

L'effet cocktail est lié à l'exposition, en parallèle, à différents produits, chacun à des doses faibles dont le cumul s'avérerait toxique par effet de **sommation** et de **potentialisation**.

D'autre part, les études de toxicité classiques reposent sur l'hypothèse d'un lien dose-réponse linéaire, connu depuis Paracelse, au-delà d'un seuil sur lequel se basent les valeurs limites retenues dans la réglementation (Dose journalière admissible et Limite maximale de résidus). Or, pour certains produits une exposition à de **faibles doses s'avère plus néfaste** qu'à des doses moyennes. Cet effet est notamment avéré pour des **perturbateurs endocriniens**, tels que la dioxine. Tous les pesticides ne sont pas





des perturbateurs endocriniens et il n'est pas sûr que tous les perturbateurs endocriniens soient le plus actif aux faibles doses. Mais les effets des perturbateurs endocriniens à faible dose pourraient être l'une des causes de l'augmentation du nombre de cancers et de maladies neurologiques.

Même si les risques pour la santé liés aux traces résiduelles présentes dans les produits conventionnels restent l'objet de controverses, le consommateur peut décider, pour diminuer son exposition, de consommer des produits bio : c'est la mise en pratique d'un principe de précaution à l'échelle individuelle vis-à-vis d'un risque suspecté, en même temps qu'un choix citoyen vis-à-vis de l'environnement.



Le bio présente-t-il un avantage nutritionnel ?

Le Plan National Nutrition Santé (PNNS) ne se positionne pas par rapport aux produits bio. Certaines études montrent néanmoins que les produits bio contiennent, en légère tendance, davantage de certains micro-nutriments et significativement plus de certains micro-constituants, mais sans que le lien n'ait pu être formellement établi avec un avantage nutritionnel. Une étude de l'Université de Newcastle de septembre 2014, conclut que « les cultures issues de l'agriculture biologique et les aliments à base de ces cultures, en moyenne sur différentes régions et différentes saisons de production, comportent sensiblement plus de composés antioxydants et polyphénoliques potentiellement bénéfiques pour la santé, et moins de composés néfastes tels que le cadmium, les nitrites et les résidus de pesticides, que les produits équivalents issus de l'agriculture conventionnelle ».



Les produits bio sont-ils meilleurs gustativement ?

Les consommateurs de produits bio disent apprécier, le plus souvent, **des qualités organoleptiques différentes** : des produits plus goûteux ou plus denses. Or, scientifiquement, il n'apparaît pas de différences organoleptiques entre les produits issus de l'AB et les produits conventionnels. La filière bio française reste cependant attachée à des pratiques de qualité, favorables à la qualité gustative des produits : lorsqu'en 2011 un opérateur voulut produire des volailles AB abattues à 71 jours d'âge (ce que permet la réglementation européenne), tandis que la pratique en



France est de 81 jours, la filière s'est mobilisée pour maintenir une production conforme à l'image de qualité qu'en ont les consommateurs français.

Les consommateurs et le bio

La synthèse du 11^{ème} Baromètre de consommation et de perception des produits biologiques en France, publié par l'Agence Bio et le CSA en mai 2014, donne des informations sur les consommateurs de produits biologiques en France. 91% citent spontanément les éléments qui définissent un produit bio et 94% connaissent le logo AB. Un Français sur deux déclare régulièrement consommer des produits bio. La santé est la principale raison avancée (91%), à égalité avec la qualité des produits et l'environnement. Ils consomment particulièrement des fruits et légumes (83%), des produits laitiers (63%) et des œufs (58%). Le principal frein à l'achat de produits bio reste le prix (78%). Les grandes et moyennes surfaces alimentaires restent le lieu générant le plus d'actes d'achats de produits bio. Globalement



la tendance de l'intention de consommation est à l'augmentation. 50% des Français se déclarent bien informés sur les produits bio mais moins bien infor-

més sur les contrôles (37%). Ils veulent surtout connaître l'origine, le mode de production et les contrôles des produits. Acheter bio modifie les comportements alimentaires ou culinaires de 2 consommateurs sur 5 : ils achètent plus de produits de saison (95%) et de produits frais (91%) ; ils évitent le gaspillage (92%) ; ils achètent des produits différents (85%) et plus de produits en vrac (68%).

Les consommateurs expriment des préoccupations sur :

- **les prix élevés**, réservant les produits bio à certaines élites ou à des personnes suffisamment convaincues pour prioriser leurs achats en faveur du bio ;
- la réelle équivalence des **produits importés** des pays tiers (voire d'autres pays de l'UE) et sur la fiabilité des contrôles des circuits commerciaux ;
- d'éventuelles différences entre les produits bio vendus en **GMS et en magasins spécialisés**.

Les premiers résultats de l'étude NUTRINET⁷, initiée en 2009, indiquent que les consommateurs réguliers de produits biologiques sont plus éduqués et physiquement plus actifs. Leurs revenus sont comparables à ceux des consommateurs de produits conventionnels. Globalement, leur consommation alimentaire est plus en accord avec les recommandations du PNNS et le concept d'alimentation durable. Ils sont moins sujets au surpoids et à l'obésité.

Quel surcoût pour les produits bio ?

Au stade de la distribution

Les surcoûts sont variables et les disparités très fortes en fonction des produits et des régions (lait 25% ; vin 30% ; volaille 100% minimum ; porc 150% ; etc.). La grande distribution considère que le surcoût moyen des produits bio est **d'environ 25%**. Contrairement à une idée reçue, il



n'existerait pas de marges d'opportunité sur ces produits.

En restauration collective

Le surcoût global d'une prestation incluant du bio correspond à la somme des impacts des produits choisis. Or il existe une très grande disparité en fonction des denrées : certains fruits bio ont, en saison, le même coût qu'un fruit conventionnel, alors qu'une viande bio aura toujours un

impact financier supérieur. Pour certains produits le surcoût peut atteindre 200% ! En moyenne un repas bio en collectivité serait environ **30 à 50% plus cher**, avec des variations extrêmement larges. L'introduction des produits bio en restauration collective entraîne des modifications des



pratiques (pratique culinaire, respect produit, etc.) et semble générer une **prise de conscience** des acteurs de la restauration. Les

changements constatés portent notamment sur la composition des menus, la prise en compte de la saisonnalité, et une meilleure connaissance des produits (cycles de productions et d'élevage).

Une vision systémique globale. Si consommer bio implique, non pas une substitution produit par produit, mais consommer différemment, une alimentation bio ne se révèle pas nécessairement plus onéreuse : les écarts de prix se réduisent à considérer le fait que manger bio conduit à des habitudes alimentaires globalement plus cohérentes, génère moins de gaspillage et induit des comportements plus favorables à la santé.

Comment le bio peut-il évoluer ?

Les valeurs fondatrices de l'AB se rattachent, avant tout, à un mode de production **respectueux de l'environnement** et du **bien-être animal**, qui doit permettre par ailleurs de produire des aliments plus sains pour la santé du consommateur. Mais au-delà du strict respect des cahiers des charges, la production bio est conçue par beaucoup d'acteurs (notamment par les successeurs des mouvements pionniers et les défenseurs de l'agriculture paysanne) de façon beaucoup plus holistique, intégrant implicitement ou explicitement tous les aspects du **développement durable** : respect de l'environnement, responsabilité éthique et sociale, viabilité économique, équilibre des liens économiques entre opérateurs, ancrage au territoire, etc.

Les modèles de développement de l'AB

L'AB est progressivement sortie des cercles de militants et d'initiés, tant du côté des producteurs que des consommateurs, et est devenue incontournable dans le paysage agricole. Initialement marché de niche, il s'agit aujourd'hui d'un **secteur économique** à part en-

⁷. <http://bionutrinet.etude-nutrinet-sante.fr/>

rière. Le développement de la production et du marché ont impliqué l'entrée en jeu de **nouveaux acteurs** dans les domaines de la production agricole, du commerce, avec le recours aux importations, et de la distribution qui est sortie des seuls circuits spécialisés. Le rapport du Conseil général de l'agriculture, de l'alimentation et des espaces ruraux (CGAAER)⁸ souligne que « de grands débats traversent l'agriculture biologique et son environnement. Derrière un unique cahier des charges, des visions très différentes de l'agriculture biologique s'opposent ». De façon caricaturale, deux approches complémentaires du bio coexistent :

- La première, qui correspondrait au développement des courants historiques, englobe des objectifs sociaux et sociétaux et lie l'AB à une agriculture paysanne ancrée sur une image traditionnelle ; c'est la référence nécessaire à la fidélisation d'une catégorie de consommateurs motivés : un bio qui pourrait être qualifié d'historique ou de niche, associé à une production artisanale, à des circuits courts et à la notion connexe de proximité. Il est rattaché plus particulièrement aux marchés locaux, aux enseignes spécialisées, et correspond à des produits plutôt hauts de gammes ;



- La deuxième, plus récente, davantage centrée sur le simple respect des cahiers des charges institutionnels, correspond davantage à une production de masse se voulant accessible au plus grand nombre. Ce bio « **de grande consommation** » est garant du développement économique et un important moteur de la croissance pour le secteur. Il est associé à des produits a priori plus accessibles financièrement, des volumes de production importants, des filières longues et aux produits d'importation. Sa part de marché augmente régulièrement. Il offre aujourd'hui une visibilité plus importante à l'AB et élargit son assiette à



un nombre plus conséquent de consommateurs. Cette production à plus grande échelle permet le développement du bio à destination de l'industrie agroalimentaire, de la RHF et de la grande distribution.

Toutes les situations intermédiaires existent entre ces deux modèles et le développement du bio passe par la complémentarité entre plusieurs stratégies différentes. D'autres axes de développement peuvent émerger à la faveur de la valeur accordée à certains critères par les consommateurs : les conjonctions entre le bio et l'alimentation durable, le commerce équitable, l'origine ou la proximité géographique sont à la fois pertinentes et signifiantes. Cette synergie s'exprime actuellement par la juxtaposition, sur certains produits, des signes de qualité afférents voire dans la fusion des concepts, rassemblés sous un logo unique de marque privée.



Une association étonnante : on trouve sur le marché des steaks hachés surgelés bio et halal ! Sachant que le bien-être (ou la bien-être) animale figure expressément dans la définition réglementaire du bio (cf. 834/2007 : « l'application de normes élevées en matière de bien-être animal »), on peut s'interroger sur le fait que des animaux **égorgés sans étourdissement préalable** puissent entrer dans cette catégorie...



Le Bio dans les armées⁹

La restauration collective en milieu militaire possède ses propres contraintes et spécificités. En métropole, 45 millions de repas sont servis chaque année sur environ 350 restaurants. S'il existe aujourd'hui une Direction opérationnelle

⁸. Rapport « sur le bilan du plan de développement de l'agriculture biologique 2008 – 2012 »

⁹. Remerciements : CRC1 Catherine BOURNIZIEN, Directrice du CERHéLA (Centre d'expertise de la restauration et de l'hébergement interarmées) et VC Mickaël BONI, Conseiller du directeur général de l'EDA (Economat des armées).

de la restauration, l'absence de centralisation jusqu'à une période très récente (septembre 2014) ne favorisait pas la standardisation des prestations et le suivi des directives. Ainsi, l'introduction de denrées sous signe de qualité dans les menus a été diversement mise en œuvre. C'est notamment le cas du bio. En 2014 il représente environ 2% du montant des achats de denrées alimentaires (2,5 M€ en métropole). L'objectif des 20% fixé par le Grenelle est donc loin d'être atteint. A cela plusieurs raisons :

- L'une est inhérente à la **clientèle** qui exprime peu d'attentes en la matière : dans une très grande proportion il s'agit d'hommes jeunes et en bonne santé, dont les préoccupations nutritionnelles ne sont pas orientées vers le bio.
- Le **prix** constitue également un frein important : le surcoût lié à l'introduction de produits bio est difficilement compatible avec un « coût denrées » moyen de 3,10€ par assiette.
- Les **volumes** nécessaires sont importants (économat des armées) et, en fonction des produits, l'offre n'est pas toujours en adéquation avec la demande ponctuelle.

Toutefois, les problèmes de coût et de volumes disponibles ne sont pas spécifiques du milieu militaire et constituent les freins classiques au développement du bio en restauration collective à caractère social (scolaire, hôpitaux, prisons, etc.).

Dans un avenir proche, compte tenu de la gouvernance mise en place, il sera sans doute plus facile d'augmenter de façon sensible la proportion de bio dans les menus servis.

La volonté est aujourd'hui de mettre en adéquation l'offre alimentaire avec les aspects liés au développement durable et de prendre en compte d'autres critères, en particulier le caractère local des approvisionnements. Il s'agira notamment d'encourager les restaurants à se fournir en fruits et légumes dans un périmètre restreint, dans la limite du possible et dans le respect des marchés publics.

La restauration des armées, à l'instar des autres secteurs de la restauration collective, s'inscrit progressivement dans une démarche vertueuse de prise en compte des attentes citoyennes et sociétales.

Conclusion

Une cohérence comportementale individuelle

Consommer bio est un choix individuel, guidé par des considérations diverses. Compte tenu des connaissances actuelles, il peut être justifié, à titre de précaution individuelle, de s'orienter vers une alimentation bio avec un objectif santé. Mais cette démarche ne prend véritablement sens que dans le cadre d'une approche holistique visant à consommer autrement, plutôt que de procéder à une substitution produit par produit, et à adopter une attitude cohérente vis-à-vis des autres facteurs de risques (cigarette, sédentarité etc.). Une telle démarche correspondrait à une attitude citoyenne face aux défis environnementaux et sociétaux.



Le bio, facteur de réassurance

Les crises successives vécues par les différentes filières alimentaires au cours des vingt dernières années ont pu contribuer à décrédibiliser l'alimentation auprès des consommateurs. Les produits bio bénéficient a contrario d'une image valorisante de qualité et de naturalité. Fort de cette perception positive, le bio est un important facteur de réassurance qui peut être amené à jouer un rôle moteur en tant que vecteur d'une croissance ancrée au territoire pour l'ensemble des filières. La production bio peut ainsi participer à la réappropriation de l'alimentation et à son ré-enchantement.

Avertissement : les éléments de cet article (sauf données concernant les armées) seront développés dans le rapport du Groupe de travail « alimentation biologique » du **Conseil National de l'Alimentation** (CNA), dont la parution est prévue courant 2015. Le contenu du présent article ne saurait toutefois engager cette institution ou ses membres.



LE SPORT, LE HANDICAP ET LA GRANDE GUERRE

Michel MERCKEL

La Première Guerre mondiale crée une rupture historique par sa violence, sa durée et sa dimension internationale. Le nombre de morts est incommensurable. Quatre millions de soldats français sont blessés, dont la moitié au moins à deux reprises. Ces hommes sont les victimes de dommages physiques impressionnants et les types de blessures s'avèrent d'une gravité extrême et inédite. Devant ce nouveau type de lésions, le Service de Santé des armées se trouve confronté à des situations dramatiques. Mais la médecine de guerre va connaître une formidable mue quantitative et qualitative tout au long de ce conflit, afin de faire face à la multiplicité de cas gravissimes et totalement imprévus.

Le sport comme moyen de rééducation

Malgré une recherche approfondie, on retrouve peu de traces d'organisation de compétitions sportives spécifiques aux handicapés durant cette période tourmentée de l'histoire des hommes. Rien dans les journaux de tranchées, ce qui est logique, car les blessés ne sont plus sur le front. Quelques allusions dans les carnets de Poilus, ainsi Antoine Gal relate : « Ils avaient été évacués à l'intérieur, notamment en Bretagne puis après une amélioration de leur santé envoyés dans un centre de rééducation et d'entraînement à Puget sur Argens dans le Var. Tous ces éclopés chaque jour faisaient une marche de 8 à 10 km, jouaient au ballon. » Dans la presse nationale « *Le Miroir* », qui est un hebdomadaire illustré présentant essentiellement des photographies, sont publiés des clichés à l'exemple de celui qui montre une course d'unijambistes s'appuyant sur leurs béquilles et ayant comme légende : « *Les blessés eux-mêmes, avec une incroyable bonne humeur, organisent entre eux des courses d'éclopés.* » Le numéro 830 du 15 septembre 1916 de « *La Vie au Grand Air* » montre en première page un soldat

solidement appareillé au niveau de sa jambe droite et sautant par-dessus une chaise. Il est entouré d'autres blessés s'appuyant sur des béquilles, ils semblent tous joyeux et la légende mentionne : « *Athlète quand même !* »

Le rôle de l'école de Joinville

Le 7 mai 1916, l'école de Joinville se voit investie d'une nouvelle mission, celle de remettre en condition physique un maximum de soldats convalescents. Si tout sujet handicapé peut faire du sport, il doit y avoir une compatibilité cohérente avec l'importance de son invalidité. Afin de former les cadres chargés de répondre au mieux à cette fonction inédite, la gymnastique suédoise de Pehr Ling et la méthode naturelle de Georges Hébert vont être enseignées en priorité. L'efficacité de cette formation est reconnue dans tous les milieux et de nombreux centres vont appliquer ces méthodes. Des progressions de travail et d'exercices sont établies et vont permettre à de nombreux blessés de retrouver leurs fonctions motrices. Dans un article signé Ch. Denis paru dans « *La Vie au Grand Air* » du 15 septembre 1917, on peut lire : « *Les blessés étaient intéressés à leur travail par le procédé très sportif de l'auto-record... Les blessés atteints de même impotence étaient matchés l'un contre l'autre à leurs exercices rééducatifs.* » Mais si ce travail est efficace, il ne s'adresse qu'à une partie limitée des blessés. Pour ceux gravement atteints dans leur intégrité physique, ces méthodes ne suffisent pas.

Le courage et la volonté des handicapés

Refusant la fatalité et en utilisant le sport, de nombreux handicapés ont su avec détermination, entêtement et opiniâtreté retrouver une grande partie de leur intégrité physique.

Le match de rugby France-Écosse du 1er janvier 1920 est connu dans



Michel MERCKEL, professeur honoraire d'éducation physique est un grand passionné de

sports et d'histoire ; surtout celle de la Grande Guerre symbolisée pour lui par le souvenir d'avoir vu la recherche, il a sorti un livre intitulé « 14-18, Le sport sort des tranchées » qui fût récompensé par le Prix du Fairplay et du meilleur document sportif de l'année 2012, ainsi que celui de la Plume et l'Épée en 2013...

l'histoire sous le nom de « rencontre des borgnes ». En effet, 5 des 30 joueurs présents sur le terrain étaient atteints de cette infirmité suite à des blessures de guerre.

L'athlète Joseph Guillemot, gravement touché par les gaz et atrophié au niveau du poumon droit, saura, grâce à son courage, devenir champion olympique du 5000 mètres en 1920 à Anvers.

Le 19 mai 1916 pendant la bataille de Verdun, un autre athlète Jean Vermeulen est ramassé agonisant et criblé d'éclats d'obus ; échappant de peu à l'amputation des membres inférieurs, il remporte le cross-country et le marathon aux Jeux Interalliés de 1919.

Le cycliste Robert Asse, vainqueur de nombreuses courses dans la catégorie des amateurs, est grièvement blessé à la tête par un éclat d'obus le 7 juin 1915 à Hébuterne. Lors des diverses opérations, il subit plusieurs trépanations. Réformé, il est renvoyé chez lui en Bretagne. Sérieusement handicapé, il remonte sur un vélo et à force de courage et de volonté, il retrouve le monde des pelotons et des courses de vélos. Il passe dans le rang des professionnels et y obtient des résultats très honorables dont une 18^e place dès 1919 au Circuit des Champs de Bataille.

Le 11 juillet 1915 aux Épargnes, le boxeur Eugène Criqui a la mâchoire inférieure fracassée, des dents arrachées et la langue tranchée en deux par une balle. Recueilli comme mort, il subit 7 opérations pendant lesquelles les chirurgiens consolident son maxillaire par la pose d'une plaque d'acier. À la fin de la guerre, après un long travail de rééducation, il retrouve sa voix et contre l'avis de tous, il décide de reprendre le chemin des rings. Il s'impose un dur entraînement, car pour lui, il n'existe plus qu'une tactique, celle de frapper le premier. Après une impressionnante série de victoires, le 2 juin 1923, en battant au 6^e round par KO Johny Kilbane au Polo Ground de New York, « Gégène Gueule Cassée » devient champion du monde des poids plume.



Escrimeur et champion de France à l'épée en 1914, Armand Massard, lieutenant au 29^e Régiment d'Artillerie de Campagne, est grièvement blessé au ventre en réglant sa batterie le 15 octobre 1914. Après la guerre, il ne reprendra que difficilement le chemin des salles d'armes. Néanmoins, son courage est payant, car il remporte, en 1920, le titre de champion olympique à l'épée aux Jeux d'Anvers. Après sa carrière sportive, il devient président de la Fédération Française d'Escrime, président du Comité Olympique Français de 1933 à 1967 et vice-président du CIO de 1952 à 1970.

Symboles de nombreux « éclopés » anonymes, ces exemples célèbres prouvent que déjà, d'une façon peut-être empirique mais sûrement efficace, des hommes ont su prendre résolument leur destin en main. Comme le prouve « Le Miroir » et le récit d'Antoine Gal, il y eut, certainement d'une façon spontanée, des compétitions organisées à l'initiative de quelques personnes. Peut-être d'anciens sportifs devenus invalides et toujours animés de la même passion ? En affirmant ainsi leur volonté de revivre, ces pionniers inconnus ont posé, avec une certaine noblesse, les bases du Handisport.

La montée en puissance du handisport pendant le conflit

Vainqueur du Tour de France 1910, de Paris-Roubaix en 1909, 1910 et 1911, de Paris-Tours en 1911, de Paris-Bruxelles en 1911, 1912 et 1913, trois fois champion de France sur route en 1911, 1912 et 1913, l'immense champion cycliste Octave Lapize était frappé de surdité. On peut vraiment s'interroger sur l'influence que « Le Frisé » a eue sur Eugène Rubens-Alcais. En effet celui-ci, né le 7 mars 1884 à Saint Jean du Gard, devient sourd très jeune, suite à une fièvre. Très tôt, il s'intéresse au sport et il s'adonne à des courses officieuses de cyclisme avec ses camarades atteints de la même infirmité. Il impulse en 1899 la création du premier club sportif français pour handicapés : le Club Cycliste des Sourds-Muets. Il part alors sur son vélo sillonner la France afin de convaincre d'autres sourds des bienfaits du sport. Étonnés et séduits par cette pratique qui les sort de l'isolement et



de l'ennui, les « déshérités de l'ouïe » décident de s'intéresser aussi aux autres sports, particulièrement le football et l'athlétisme.

Comme suite logique, est fondé en 1910 le premier club français omnisport pour handicapés : le Club Sportif des Sourds-Muets de Paris. Eugène lance alors l'idée d'une Fédération Sportive des Sourds-Muets de France, elle est déclarée à la préfecture de police de Paris en septembre 1919. On peut penser que cette date n'est pas fortuite et que de nombreux Poilus atteints par cette infirmité ont rejoint les rangs de cet organisme. Mais bientôt se fait sentir le besoin d'organiser des rencontres dépassant nos frontières. Ainsi naît ce qui peut être considéré comme la première compétition officielle internationale de sport pour handicapés. Le 4 juin 1922 à Paris au Stade Pershing, une rencontre de football oppose la France à la Belgique, les Français remportent ce match 2 à 0. Les conditions minimales pour construire un grand mouvement sportif international sont maintenant réunies. Connue sous le nom de The Silent Games, une importante manifestation réunit, du 10 au 17 août 1924, 148 athlètes malentendants venant de 11 nations. Sept disciplines y sont proposées : l'athlétisme, le cyclisme, le football, la natation, la plongée, le tennis et le tir. Ces Jeux seront désormais reconduits tous les quatre ans. À l'issue de ces journées historiques, est créé le Comité International des Sports Silencieux, appelé aujourd'hui l'International Committee of Sports for the Deaf, le *Comité Inter-*

national des Sports Silencieux. Eugène Rubens-Alcais en est le premier président. Cet humaniste, mécanicien automobile de profession, totalement désintéressé par l'argent, reste dans l'histoire comme le « *Pierre de Coubertin sourd* ». Il s'éteint le 8 mars 1963 dans une relative pauvreté et repose au cimetière d'Ivry sur Seine.

L'héritage de la Grande Guerre

À une époque où l'on considère les personnes handicapées comme inférieures, les exemples des grands champions cités plus haut ainsi que l'action d'Eugène Rubens Alcais prouvent que la pratique sportive est un moyen efficace de rassurer et de valoriser cette communauté culpabilisée à tort par son handicap. Ils ouvrent ainsi un chemin dans lequel d'autres vont oser s'aventurer. L'élan est donné et le handisport prend doucement sa place dans la société.

En 1940, le neurochirurgien Ludwig Guttmann, directeur de l'hôpital de Stoke Mandeville près de Londres, soigne des vétérans de la Seconde Guerre mondiale devenus paraplégiques. Pour favoriser leur rééducation de façon ludique, il s'inspire des exemples de ses aînés de 14-18 et organise des jeux sportifs comme le basket-ball et le tir à l'arc en fauteuil roulant. Comme suite logique, sont créés en 1948 les Jeux de Stoke Mandeville.

Dès lors et sous l'égide de plusieurs fédérations nationales et internationales couvrant les divers champs d'invalidité, le handisport devint rapidement une activité de loisir et de compétition de plus en plus reconvenue qui donne naissance en 1960 aux Jeux Paralympiques. Rassemblant régulièrement un nombre grandissant d'athlètes, les objectifs de ces actions restent immuablement les mêmes, rassurer le handicapé et favoriser son intégration auprès de tous.

La pratique d'un sport reste un moyen remarquablement efficace qui permet de développer une force morale afin de vaincre les complexes liés au handicap et de retrouver confiance en soi dans le but de vivre simplement comme « les autres ».



LE SOUVENIR FRANÇAIS AUJOURD'HUI

Une Association nationale plus que centenaire...

Jean-Michel PAUCHARD*

En cette année de commémorations, célébrations et autres manifestations liées à l'évocation du Centenaire du début de la Première Guerre Mondiale 1914-1918, « la Grande Guerre » ! ..., ainsi qu'à celle rappelant la Libération de la France en 1944, il n'est pas de commune qui ait manqué de les marquer de cérémonies patriotiques diverses auxquelles, le plus souvent, ont été ou sont associés les membres du Souvenir Français (SF)... Il nous est apparu opportun, non pas de présenter le SF, assez bien connu et apprécié des élus et de beaucoup au sein du monde combattant, mais plutôt après un bref **historique** de le situer dans ses actions contemporaines...

Association « plus que centenaire » avons nous titré... L'une des associations les plus anciennes de France ! À son origine la sévère défaite subie par la France lors de la guerre de 1870 contre les Allemands et qui devait voir la fin de l'Empire Français et la naissance de l'Empire Allemand en même temps que l'annexion de l'Alsace et de la Lorraine...

Il y eut en 1870-1871 de terribles combats, la plupart au corps à corps (c'était encore l'époque) mais aussi d'horribles et atroces exactions frappant aussi les populations civiles... À titre d'exemple, nous ne pouvons pas manquer d'évoquer notre Département d'Eure et Loir et de rappeler parmi d'autres les noms de Châteaudun (qui se verra conférer pour son martyre la Légion d'Honneur en 1877), Janville, Loigny la Bataille (9000 morts), Épernon etc...

Nous venons de rappeler des combats qui furent brefs mais violents et firent de nombreuses victimes 90 000



morts environ. Les soldats étaient enterrés sur les lieux même où ils étaient tombés. La population locale alsacienne et lorraine prit l'habitude de se réunir pour entretenir ces tombes, faisant dans ce même temps acte de résistance à leur occupant...

Un professeur alsacien Xavier NIESSEN (1848-1918) s'interrogeait en 1872 sur le moyen de manifester le refus de l'annexion de l'Alsace-Lorraine pensa que le culte des soldats « Morts pour la France » et l'entretien de leur tombe permettrait de conserver le souvenir de la Patrie perdue, montrant aux Français que leurs morts n'étaient pas oubliés en même temps que l'entretien de tombes de soldats ayant fait leur devoir ne pouvait être refusé par les autorités allemandes.

En 1887, était créé le **SOUVENIR FRANÇAIS** qui, prenant son essor, se développa rapidement ; reconnu « d'utilité publique » en 1906, il allait désormais poursuivre **2 objectifs** :



* CDC @, Gorssa
Délégué Général du Souvenir Français
d'Eure et Loir



L'entretien des tombes des combattants et ***l'érection de monuments*** à leur mémoire. Étaient ainsi concrétisés le maintien de l'union entre tous les Français et la transmission pour toutes les générations des plus nobles valeurs... La Grande Guerre avec ses 1 360 000 morts allait marquer un tournant, le SF étant débordé par l'ampleur de la tâche, le Gouvernement crée le « Service national des sépultures » et confie l'entretien des « Carrés militaires » et autres stèles aux municipalités. Mais certaines, trop petites ou dépourvues de ressources suffisantes, sollicitèrent le SF pour procéder à leur place à cette maintenance...

Qu' en est-il donc aujourd' hui ?

Le SF, Association nationale « RUP », conserve la mémoire de ceux et celles qui sont « Morts pour la France » ou l' ont glorieusement honorée. En leur mémoire, il entretient leurs tombes où qu' elles soient (*lire Note annexe ci-après*) ainsi que divers monuments, tant en France qu' à l' étranger. Chaque année, plus de 130 000 tombes sont rénovées et fleuries. Plus de 200 monuments et stèles sont restaurés. Dans toutes ses actions, il observe une stricte neutralité dans les domaines politique,



confessionnel et philosophique... Il constitue ainsi un réseau agissant en France et dans le monde. Il a choisi pour symbole la Flamme de l' Espoir

En cette année 2014, le SF compte plus de 200 000 adhérents et affiliés, tous bénévoles, répartis en 1680 comités environ. Son siège est à Paris et au plan national il est régi par un conseil d' administration d' où est issu le Président Général et il est assisté par une équipe administrative. Sur le plan métropolitain il est représenté par 96 Délégués généraux (1 par département et outre-mer 8 en DOM TOM). À l' étranger enfin, dans tout le monde, il s' appuie sur 68 Délégués ou Correspondants.

Notons que si elles le souhaitent, les associations d' Anciens Combattants y sont accueillies. Mentionnons encore le travail scientifique d' histoire et de recherche sur les conflits.

Qu' en sera-t-il demain ?

Pour le SF, demain est aujourd'hui...

En effet, regardant dès maintenant vers le futur, il a décidé de sensibiliser les futurs citoyens par des actions pédagogiques et de mettre en place de nombreuses actions en direction des jeunes générations. Ces actions sont menées sur le terrain ; outre les invitations à participer de manière concrète aux diverses cérémonies, le SF intervient dans le co-financements de plusieurs activités destinées et dédiées au monde scolaire : c' est ainsi qu' en 2013 près de 200 voyages scolaires, conférences, projections, expositions ont pu être réalisés en

tenant compte de directives bien définies. C'est ainsi que le SF essaie de mettre en pratique le concept de Mémoire Combattante car, « c'est dans la classe et dans son prolongement – la visite du musée, de l'exposition, du site de mémoire, l'accueil et l'écoute du témoin, la participation à la cérémonie, au ravivage de la Flamme – que se joue aujourd'hui le pilier de la transmission » (Serge BARCELLINI – Ancien directeur de l'Office National des Anciens Combattants et Victimes de Guerre – ONACVG).

Pour réussir toutes ces missions et les continuer, des **moyens financiers** sont nécessaires : les **ressources** du Souvenir Français proviennent des cotisations de ses adhérents, des **produits de la quête annuelle**, de **dons** et **legs**, de **subventions**... Depuis 2014 pour soutenir et promouvoir ses actions, le SF a décidé de solliciter des partenariats-parrainages : c'est ainsi que la célèbre « Patrouille de France » est devenue le premier « parrain » du SF...

Au terme de ce bref exposé, nous ne pouvons faire mieux pour résumer le SF que rappeler sa devise : « **À nous le souvenir, à eux l'Immortalité** »...

NOTE ANNEXE (peut-être utile à certains d'entre nous responsables ou membres du Souvenir Français...)

Lorsque le SF est appelé à intervenir pour réaliser des travaux sur des tombes de militaires « Morts pour la France » (cf. loi du 2 juillet 1915 et loi du 29 décembre 1915) ou sur des monuments élevés à leur gloire, il est nécessaire de tenir compte des dispositions qui régissent le cas des tombes et sépultures en état d'abandon.

En effet, s'agissant d'une personne dont l'acte de décès porte la mention « Mort pour la France » régulièrement inscrite, inhumée dans une concession perpétuelle ou centenaire, la procédure de reprise de la concession en état d'abandon revêt une particularité : elle ne peut être engagée qu'après l'expiration d'un délai de cinquante ans à compter de la date d'inhumation de cette personne. Cette disposition ne s'applique cependant pas dans le cas où une concession vient à expirer au cours de ces cinquante ans. La commune peut donc reprendre cette concession à son terme normal, c'est-à-dire cent ans après la date de l'acte (article R 2223-22 du Code général des collectivités territoriales).



CENTENAIRE DE LA PREMIERE BATAILLE DE LA MARNE*



Haut lieu de mémoire du conflit 1914-1918, Mondement (situé dans le département de la marne) est le site incontournable de la première bataille de la marne (5-12 septembre 1914). Mondement avec son monument de 25 mètres de haut, coiffé d'une victoire ailée le regard dirigée vers l'est de la France, symbole de l'Alsace et la Lorraine perdues en 1870 !!! Mondement avec son panorama sur les marais de Saint-Gond, là même où furent acculés les prussiens lors de la contre-offensive du général Joffre (CEMA de l'époque). Avec son château et son musée tenu admirablement par une association locale, tout nous rappelle à chaque instant la tragédie de ce premier épisode de la grande guerre. C'est dont ici qu'en ce lieu emblématique que s'est déroulé le vendredi 12 septembre 2014 la cérémonie commémorative nationale du centenaire de la première guerre mondiale. Les plus hautes autorités militaires et politiques y étaient présentes sous l'égide du premier ministre Manuel VALLS. De nombreuses délégations de pays étrangers y furent représentées. Nous réservistes du Service de Santé des Armes de Champagne-Ardenne avons bien sûr participé à cet événement majeur. Si certains d'entre nous, font par-

tis de l'association « Mondement 14 », d'autres se sont déplacés du fait de la proximité de leur domicile ou bien tout simplement par fibre patriotique. Nous avons profité de l'occasion pour rappeler que Victor BAUR, l'un des premiers médecins militaires français est mort au champ d'honneur avec les troupes coloniales qu'il soutenait. Victor BAUR est né à Berrwiller (Haut-Rhin), le 10 septembre 1857. Ce médecin militaire fit une grande partie de sa carrière hors de métropole; après la Campagne de Tunisie, il fut affecté dans la Légion Etrangère et participa aux opérations du Tonkin. Revenu en Algérie, il dirigea l'hôpital de Sidi Bel Abbès avant de prendre la direction de celui de Casablanca. Lorsque la Grande Guerre éclate, V. Baur est médecin principal de première classe et entre à l'état-major du général Humbert dans le 9ème Corps d'Armée où il est nommé médecin de la Division Marocaine. A la première bataille de la Marne, la Division Marocaine devait contenir l'ennemi au sud des marais de Saint-Gond; blessé à la cuisse une première fois, le 28 août 1914, il refusa d'être évacué pour organiser personnellement la retraite des autres blessés; alors qu'il suivait le déroulement de la bataille, le 5 septembre 1914, à côté du général Humbert, il fut mortellement blessé par un éclat d'obus. Le château de Mondement, où se trouvait l'état-major dut être évacué et fut repris deux jours plus tard: on y retrouva la dépouille de Victor Baur que les Allemands n'avaient pas eu le temps d'enterrer. Après l'Armistice, il fut inhumé à Colmar. Il était Chevalier de la Légion d'Honneur, titulaire de la médaille commémorative du Maroc et des médailles coloniales du Maroc et du Tonkin; son nom figure sur le Monument aux Morts de Berrwiller.

* « Équipe » Gorssa, Région de Metz

« INFOS » ANORCTASSA...

*Denis BLONDE**

Le 15 novembre 2014, l'ANORCTASSA se réunissait lors d'une assemblée générale extraordinaire dans la salle de réunion Timbal de l'HIA du Val de Grâce.

Ce fut l'occasion pour une quarantaine d'Officier du Corps Technique et Administratif du Service de Santé des Armées d'avoir le plaisir de se retrouver mais également d'assurer l'évolution de l'association en votant les modifications statutaires que nous impose l'intégration des ORCTASSA dans le nouveau corps des commissaires des armées (SCA).

Point essentiel pour notre corps, que n'a pas manqué de rappeler le MCS CUEFF dans sa présentation sur les réserves. Le chef du bureau réserves de la DCSSA a rappelé :

- la structure inversée de la typologie des réservistes du SSA par rapport aux autres armes, avec l'importance des officiers dans l'ensemble des emplois,
- que les réservistes du SSA étaient issus à 73 % du milieu civil,
- que les 52 000 jours d'activité étaient pour l'essentiel réalisés dans les Forces à 74 % et pour 21 % dans les hôpitaux
- 5 135 jours ont été assurés en OPEX

Concernant le transfert des ORCTASSA dans le SCA, le MCS CUEFF a précisé les points suivants :

- Au 30 Septembre 2014 l'effectif total des ORCTASSA est de 401 dont 310 sous CESR ;
- Au 1^{er} janvier 2016 tous les ORCTASSA devront avoir rejoint un nouveau corps d'officiers de réserve. Après une analyse des diplômes et des compétences la projection d'affectations devrait être la suivante :
 - Réserve du SCA Domaine administration finances 215 Autres domaines 64
 - Corps des psychologues de réserve 73
 - Corps des MITHRA officiers (CAS) 6

- Personnel transférable DGA ou SCA 43

La gestion du transfert administratif dans le SCA s'opèrera en 4 phases :

- 1^{ère} phase de novembre 2014 à février 2015 :
 - Envoi d'un courrier expliquant la procédure de changement de corps pour ceux devant rejoindre le SCA est en cours de diffusion.
 - Est joint un formulaire de demande de changement d'armée
 - Renseignement de pièces administratives
 - Les dossiers complétés et vérifiés par les DRSSA seront adressés à la DCSSA qui fera un suivi des dossiers traités pour mi février
- 2^{ème} phase de mars à septembre 2015
 - Les dossiers seront transmis début mars 2015 à la DCSSA
 - L'acceptation du changement d'armée sera adressée aux intéressés au plus tard en septembre 2015
- 3^{ème} phase de septembre au 31 décembre 2015
 - le SCA élaborera les CESR avec une validité à compter du 01 janvier 2016 ancrage santé;
 - les PPAA devront être préparés en amont ou au plus tard en janvier 2016 ;
 - transfert de la masse budgétaire définie entre le SCA et le SSA par l'EMA.
- 4^{ème} phase à partir de janvier 2016
 - emploi par le SSA préférentiellement ou par le SCA ;
 - gestion dans Arhmonie ;
 - gestion courante par les DRSSA;
 - saisie des activités par le BCAPMSSA ;
 - notation premier ressort par l'employeur ;
 - notation deuxième ressort par le SCA ;
 - avancement par le SCA en coordination avec le SSA.

* Lt Col @, Gorssa



Après l'organisation du vote des nouveaux statuts de la future structure associative d'officiers de réserve du SCA, l'assemblée d'officiers réunie à bénéficier de la présentation du nouveau Site Interarmées de la Réserve Militaire (SIRÈM) proposée par le CNE[®] Christine Dulaurans.

SIRÈM est :

- Projet interarmées, suivi au niveau ministériel
- Qui sera matérialisé par :
 - **Un portail d'information** sur l'actualité de la réserve militaire en général et plus particulièrement des 3 armées et formations rattachées (dont le SSA).

- **Une Bourse des Emplois de la Réserve (BdER)** : Informe les réservistes des postes ouverts non honorés et des missions temporaires. Le réserviste authentifié, pourra postuler directement à cette offre. L'employeur recevant cette candidature, donnera un avis favorable ou non. La BdER est une mise en relation.
- Un Système d'Information de la Réserve Opérationnelle et de Commandement .



ECOLE DU VAL DE GRACE SORTIE DE L'ULTIME PROMOTION CTA SSA ACTIVE

*Jean-Pierre CAPEL **

Le vendredi 20 juin, le MGI Patrick GODARD, Directeur central adjoint du SSA et le MGI François PONS, Directeur de l'Ecole du Val de Grâce présidaient la séance académique de clôture de l'année universitaire, en présence des promotions de médecins, OCTASSA et d'une élève vétérinaire.

Qualifiée d'ultime promotion des OCTA, dont les membres deviendront Commissaires des armées dès cette année », celle-ci comprenait 6 élèves.

Après avoir félicité le Major, Lieutenant Eléonore CARROT, affectée à la DCSSA, le Colonel (h) CAPEL, Prési-

dent d'honneur, remettait le prix offert par l'ANORCTASSA aux 2^o et 3^o de promotion, les Sous-Lieutenant Morgane SALAUN (affectée à l'HIA LAVERAN) et Hadrien HECK (affecté à l'HIA LEGUEST).

L'association « A3 » qui remettait également des prix à cette occasion était représentée par le Lieutenant-Colonel (TA) Didier GINESTE, et le MCS (r.) Xavier SAUVAGEON était présent au titre du GORSSA.

* Col @, Gorssa

JOURNEE D'INSTRUCTION REGIONALE DU GORSSA SUR LA BAN DE LANDIVISIAU

(Organisée par l'Association des Chirurgiens Dentistes de Réserve du Service de Santé des Armées en Région de Brest)

*Éric TUFFREAU**

Cette journée du jeudi 10 avril 2014, ouverte à tous, débute dès 8h45 en salle de conférence où le groupe d'une trentaine de réservistes de toutes disciplines est reçu par le **CV HAMELIN** Commandant de la BAN.

Avant le début de la présentation, le **CDP® ROUXEL** président de l'association salue le **MC JOSSENS** représentant le **MG BORDAGUIBEL-LABAYLE** directeur régional (retenu par les devoirs de sa charge), le **CDCS® FOGEL**, les autorités et les camarades présents ainsi que les organisateurs.

Le Commandant de la BAN présente, en ouverture de session, l'histoire et le quotidien de la base. Inaugurés en 1965, les 380 Hectares de la Base Aéronavale (BAN) sont situés dans le nord Finistère à 30KM de Brest. 1581 personnels dont 205 civils assurent le fonctionnement de la BAN et permettent ainsi la mise en œuvre opérationnelle, technique et logistique de ses 3 flottilles 11F, 12F, 17F et de son escadrille 57S (Falcon 10). Dotée du SEM et du Rafale Marine, son activité est indissociable du Porte-Avion CHARLES de GAULLE.

La base doit être en mesure de remplir les missions opérationnelles au profit du Commandant en chef Atlantique, d'intégrer le Groupement Aérien Embarqué (GAE) et de participer aux missions de service public sans oublier la nécessaire formation du personnel. Pour remplir ce contrat opérationnel, technologie et ressources humaines doivent être constamment en capacité de l'assumer.

La brume se lève sur Landivisiau et nous apercevons les Rafales en mouvement et bientôt le sifflement de leurs réacteurs ... une grande journée s'annonce !



La matinée va se dérouler au fil de 3 conférences médico-militaires.

Le **MC GOMBERT**, MC du CMA Brest Lorient antenne de Landivisiau, spécialiste aéronautique, médecin généraliste et urgentiste, ouvre le cycle en présentant un « **Retex Mali** » sur un mandat de 110 jours début 2013 réalisé au profit du Patient Evacuation Coordination Center (PECC) au cours de l'opération Serval.

Les missions du PECC, véritable centre 15, sont la réception 9-LINES, le déclenchement des moyens MEDEVAC et le patient TRACKING. Cette mission majeure, récente, très spécifique demande une connaissance de la médecine d'urgence et une parfaite maîtrise en « 3D » du terrain au sens large ! En quelques chiffres : 393 EVACUATIONS, 181 FORWARD MEDEVAC (terrain /rôle 2), 198 TACTICAL MEDEVAC (rôle 2/ STRATEVAC). 54 pathologies dentaires ont été évacuées sur Bamako avec une prise en charge par un chirurgien-dentiste Malien nécessitée par une indisponibilité de 10 jours.

* Col @, Gorssa

Le **MP AUXEMERY**, médecin spécialiste en Psychiatrie de l'HIA Legouest, intervient à son tour, sur le thème des « **Blessures psychiques** » de guerre contemporaine : leurs diagnostic et prise en charge. Il nous est rappelé le Plan d'action du service : « Troubles psychiques post traumatiques dans les forces armées 2013-2015 » pour la lutte contre le stress opérationnel et le stress post traumatique. Diagnostiquer, prendre en charge et traiter mais aussi prévenir les Etats de stress post traumatique (ESPT) est une évidence aujourd'hui. Cette thérapeutique mieux connue et très spécifique demande des compétences particulières. Une prise en charge précoce est une des clefs du succès. Pour information, retenons que l'email dentaire peut-être un marqueur du stress ! Le message clair et synthétique sur ce sujet d'actualité est qu' il nous concerne tous.

Le **CD® ZIMMERMANN** de l'IRCGN devait clore les présentations de la matinée par « **L'étude des traces de morsures en criminalistique** ». Une recherche est en cours afin de permettre la validation des morsures en tant que preuves scientifiques pouvant avoir un intérêt médico-légal ! Notre consoeur insiste sur le fait que ce sujet complexe, lié à la technologie, est l'objet d'études et de recherches complémentaires .



Une intervention du **CDC® DAN-REE** nous a rappelé les « **Évènements d'Alger au moment des barricades** » et présenté une courte biographie du **Médecin Général Inspecteur(2S) Valérie ANDRÉ** premier Officier général féminin de l'armée française qui fût pilote d'hélicoptère en Indochine et en Algérie...

Pour terminer, Le **MC JOSSENS**, chef du BOE, réalise (propos toujours très attendu !), un point d'actualité sur les réserves. Un merci particulier à lui qui a bien voulu soutenir cette journée.

La médaille de l'association a été remise au **CV HAMELIN** ainsi qu'aux conférenciers afin de les remercier de leur aide et de leur participation sans oublier le **CDC PONSEL** qui a contribué à valider le programme de cette rencontre. La présence de nos camarades d'active n' a pas manquée d' être saluée. **Madame LE CORRE**, représentant la Laboratoire **DEXTER** devait être, elle aussi, chaleureusement remerciée d' avoir participé de manière très active à l'« intendance » de cette journée...

Le **CL® HUGEDE**, adjoint du Président du GORSSA en région de Brest le **CDC® VASSEUR** (excusé), devait conclure cette matinée en prononçant quelques mots d'actualité à l' intention de tous.

A l'issue d'un déjeuner très convivial pris en commun au mess, nous visitons les **Ateliers de maintenance** du Rafale et du SEM puis les **Locaux de la 11F**.

Au cours de cette visite, nous avons pu « matérialiser » la haute valeur technologique et humaine de la base et exprimons notre gratitude à tous les personnels pour avoir pris le temps de nous recevoir et nous présenter leur(s) mission(s).

La tenue de notre Assemblée Générale dans les locaux du SMU devait clore cette journée très réussie....

GROUPEMENT DES ORGANISATIONS DE RÉSERVISTES DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

Journées Nationales d'Instruction GORSSA 2015

(Programme provisoire)

BREST

VENDREDI 5 ET SAMEDI 6 JUIN 2015

Thème général : « **Les différentes spécialités du SSA face à la mer** »

Vendredi 5 juin 2015

Matinée : conférences - Cercle des Officiers

Mariniers (Rue Yves Collet)

A partir de 07h45 : accueil et enregistrement des participants

Salle de conférence du Cercle des Officiers Mariniers

9h00 : Ouverture des journées / Autorités

9h15 : Conférence **UNMR**

9h35 : Conférence **FNPR**

9h55 : Conférence **UNVR**

10h15 : Pause café

10h45 : Conférence **FNCDR**

11h05 : Conférence **ANORCTASSA**

11h25 : Conférence **ANMITHRA**.

11h45 : Intervention **DCSSA**

12h05 : Conclusions

Clôture de la session

12h30 : Apéritif et repas sur place

◇◇◇◇◇◇◇◇

Après midi : ateliers/démonstrations

Transfert à l'Arsenal ou à la BA Landivisiau

Visite d'un bâtiment ou d'un site d'entraînement ou de la BA selon la disponibilité des unités.

17h30 : Départ du site pour l'ensemble des participants.

◇◇◇◇◇◇◇◇

Soirée :

20h00 / 23h00 : Dîner officiel au Cercle Naval de Brest (52 rue du Château-Brest)

Samedi 6 juin 2015

Matinée : réunions associatives (Cercle Naval)

08h00 / 10h00 : Assemblées Générales des associations

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

12h30 : Repas au Cercle Naval

14h00 : Fin des Journées Nationales d'Instruction du GORSSA 2015

Programme des dames et accompagnants

Vendredi 5 juin 2015

Visite de l'Océanopolis avec déjeuner sur place (modalités et horaire à préciser)

◇◇◇◇◇◇◇◇

Soirée :

20h00 / 23h00 : Dîner officiel au Cercle Naval de Brest

Samedi 6 juin 2015

Matinée :

Visite du Musée de la Marine (*horaire à préciser*)

12h30 : Repas au Cercle Naval

14h00 : Fin des Journées Nationales d'Instruction du GORSSA 2015

RESERVATIONS HOTELIERES BREST

Il est conseillé de réserver rapidement auprès des hôtels proposés en mentionnant le GORSSA et en tout état de cause avant le 1^{er} mai 2015.

L'ensemble de ces établissements est à proximité de la gare et du cercle des officiers marinier (rue Yves Collet) où se déroule l'ouverture et l'accueil des journées GORSSA.

LISTE DES HÔTELS		
<p>HOTEL KELIG** 12 rue de Lyon 29200 BREST Courriel : lucas.pascale@wanadoo.fr</p>	<p>02 98 80 47 21</p>	<p>52 € /Nuit Petit déjeuner 8 € + 0.94 € taxe séjour/pers</p>
<p>HOTEL AGENA** 10 rue Frégate La Belle Poule 29200 BREST Courriel : hotel.agena@wanadoo.fr</p>	<p>02 98 33 96 00</p>	<p>60,94 € /Nuit Petit déjeuner (NC) + 0.94 € taxe séjour/pers</p>
<p>HOTEL ABALYS** 7 Av. Clémenceau 29200 BREST Courriel : reservation@abalys.com</p>	<p>02 98 44 21 86</p>	<p>du 4 au 5 juin : 58,50 € /Nuit du 5 au 6 juin : 44,10 € /Nuit Petit déjeuner 8,50 € + 0.94 € taxe séjour/pers</p>
<p>HOTEL CITOTEL** 4 Bd Gambetta 29200 BREST Courriel : info@hotelgare.com</p>	<p>02 98 44 47 01</p>	<p>du 4 au 5 juin : Standard 56 € /Nuit Grand confort 66 € /Nuit Vue Mer 73 € /Nuit du 5 au 6 juin : Standard 48 € /Nuit Grand confort 53 € /Nuit Vue Mer 58 € /Nuit Petit déjeuner 8,50 € + 0.94 € taxe séjour/pers</p>
<p>HEBERGEMENT MILITAIRE Plateau Keroriou Rue Yves Collet 29200 BREST</p>		<p>Plateau Keroriou Espace Océan 26,80 € / Nuit Plateau Keroriou Espace Oasis 28,80 € / Nuit</p>

JOURNEES NATIONALES D'INSTRUCTION DU GORSSA

en Direction Régionale du Service de Santé des Armées de Brest

Brest : 5 et 6 juin 2015

BULLETIN D'INSCRIPTION

DERNIÈRE LIMITE D'ENVOI : 20 MAI 2015

Nom : Prenom :

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 au Cercle des Officiers Mariniers (rue Y. Collet-Brest)- participation 20,00 € OUI/NON

Dîner Officiel -Cercle Naval (52 rue du château, Brest) - participation..... 50,00 € OUI/NON

Samedi

Assemblées des associations membres du GORSSA (Cercle Naval)..... OUI/NON

Déjeuner au Cercle Naval - participation 20,00 € OUI/NON

ACCOMPAGNANT(E)S :**Vendredi**

Visite d'Océanopolis et déjeuner - participation..... 40,00 € OUI/NON

Dîner Officiel -Cercle Naval - participation 50,00 € OUI/NON

Samedi

Visite du musée de la Marine 5,00 € OUI/NON

Déjeuner au Cercle Naval - participation 20,00 € OUI/NON

TOTAL

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

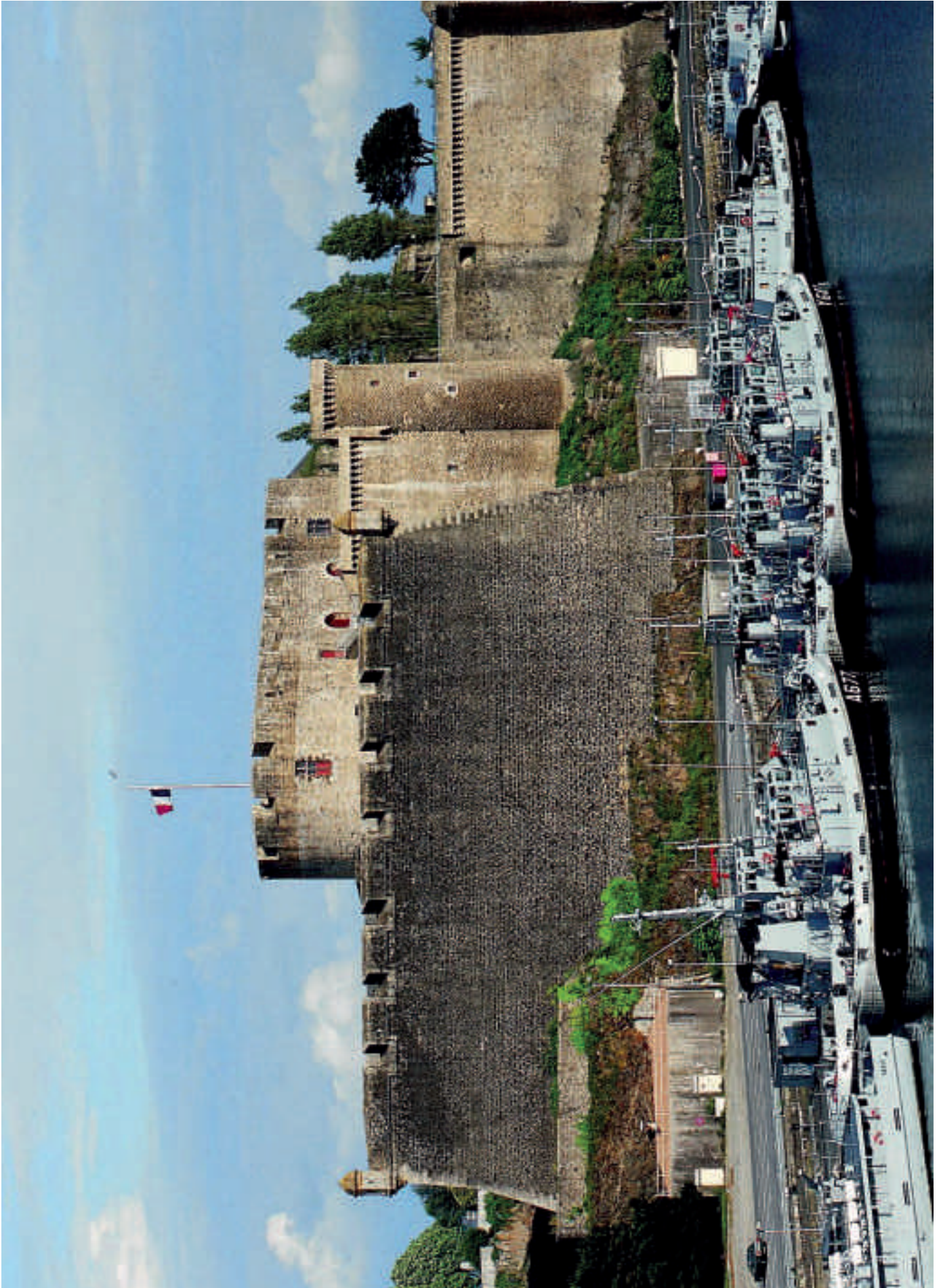
Règlement ce jour le /..... / 20... Par chèque bancaire ou postal **à l'ordre du GORSSA**

Signature

A RETOURNER DANS LES MEILLEURS DELAIS ET **AVANT LE 20 MAI 2015****Aucun désistement ne sera pris en compte après le 30 mai 2015**

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

Renseignements : gorssa.national@gmail.com



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°43 du 29 août 2014 – Texte n° 18
Nominations dans le Corps des Infirmiers, Technicien de laboratoire, Secrétaires médicaux.

- **Texte n° 17 – Décision N° 513841/DCSSA/BCHOG**

Portant attribution de la médaille des services militaires volontaires pour l'année 2014 (du 1er juillet 2014)

BOC n°45 du 12 septembre 2014 – Textes n° 19, 20, 21 & 23

Nomination dans le Corps des Aides-Soignants, Infirmiers, Secrétaires médicaux, Orthoptistes

JORF n°0215 du 17 septembre 2014 – Texte n° 45 – Décret du 15 septembre 2014 portant nomination dans la réserve opérationnelle

Dans les Corps des Médecins, Pharmaciens, Vétérinaires, Chirurgiens-Dentistes, Technique et Administratif, Militaires Infirmiers et Techniciens des Hôpitaux des Armées

BOC n°46 du 19 septembre 2014 – Texte n° 26 – Décision N° 513845/DEF/DCSSA/CHOG/DDH

Portant attribution de la médaille de la défense nationale pour l'année 2014 (du 1er juillet 2014) :

« Le ministre de la défense... décide : la médaille de la défense nationale échelon « argent » est décernée aux militaires n'appartenant pas à l'armée active dont le nom suit

SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

*** Corps des médecins des armées**

Lamaignère Michel, médecin en chef, agrafe « service de santé »

Caquelard François, médecin en chef, agrafe « service de santé »

Dumoulin Bertrand, médecin en chef,

agrafe « service de santé »

Barriot Corinne, médecin principal, agrafe « service de santé »

Gainard Jean-Paul, médecin principal, agrafe « service de santé »

Pelissier Ludovic, médecin principal, agrafe « service de santé »

Couchot Francine, médecin principal, agrafe « service de santé »

*** Corps des vétérinaires des armées**

Ducos De Lahite Jacques, vétérinaire chef des service de classe normale, agrafe « service de santé »

Ingrao Annie, vétérinaire principal, agrafe « service de santé et mission d'assistance extérieure »

Vachette Cédric, vétérinaire, agrafe « service de santé »

*** Corps des chirurgiens-dentistes des armées**

Falabrègues Jean-François, chirurgien-dentiste en chef, agrafe « service de santé et mission d'assistance extérieure »

Roussel Franck, chirurgien-dentiste principal, agrafe « service de santé »

*** Corps technique et administratif du service de santé des armées Dulaurans** Christine, capitaine, agrafe « service de santé et mission d'assistance extérieure »

*** Corps des techniciens de laboratoire** **Moscato** Carmelo, technicien de laboratoire de classe normale, agrafe « service de santé »

*** Corps des infirmiers-anesthésistes**

Patre Jacques, infirmier anesthésiste de classe normale, agrafe « service de santé et mission d'assistance extérieure »

*** Corps des infirmiers**

Gilbert Geneviève, infirmière de

classe normale, agrafe « service de santé et mission d'assistance extérieure »

Belli Sylvette, infirmière de classe supérieure, agrafe « service de santé »

*** Corps des secrétaires médicaux**

Riu Jean-Marie, secrétaire médical de classe normale, agrafe « service de santé »

Battista Béatrice, secrétaire médicale de classe normale, agrafe « service de santé »

Ély Marcelle, secrétaire médicale de classe normale, agrafe « service de santé »

*** Corps des sous-officiers féminins du service de santé des armées**

Maruska Nadine, adjudant, agrafe « service de santé »... »

- **Textes n° 31, 32 & 41**

Nominations dans les Corps des Médecins, Volontaires, Infirmiers, Puéricultrices, Secrétaires médicaux

JORF n°0233 du 8 octobre 2014 – Texte n° 74 – Décret du 6 octobre 2014 portant nominations dans la réserve opérationnelle

Dans les Corps des Internes, Médecins, Pharmaciens, Chirurgiens-Dentistes, Technique et Administratif

BOC n°50 du 10 octobre 2014 – Texte n° 20 – Circulaire N° 43/DEF/DPMM/3/E relative à l'embarquement de réservistes ou d'anciens réservistes admis à l'honorariat à bord des bâtiments de la marine nationale et à l'accueil dans les formations à terre (du 9 juillet 2014)

- **Textes n° 33 & 37**

Nominations dans les Corps des Infirmiers, Techniciens de laboratoire, Aides-Soignants, Secrétaires médicaux

BOC n°51 du 17 octobre 2014 – Textes n° 25 & 27

Nominations dans les Corps Technique et Administratif, Médecins

BOC n°52 du 22 octobre 2014 – Textes n° 18 & 20

Nominations dans les Corps des Médecins, Infirmiers

BOC n°55 du 31 octobre 2014 – Textes n° 34, 39, 40, 42 & 48

Nominations dans les Corps des Infirmiers en soins généraux et spécialisés, Diététiciens, Techniciens de laboratoire, Manipulateurs en électroradiologie médicale, Aides-Soignants, Assistants médico-administratifs, Médecins

JORF n°0255 du 4 novembre 2014 – Texte n° 3 – Décret du 31 octobre 2014 portant promotion et nomination dans l'Ordre National du Mérite Ministère de la défense, ...sont promus ou nommés...les militaires n' appartenant pas à l'armée active...

SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

Au grade de commandeur :

Fogel (Jean-Pierre), 18 avril 1955, chirurgien-dentiste chef des services de classe normale. Officier du 25 mai 2015

Au grade d'officier :

Blum (Georges-Fabrice), médecin en chef. Chevalier du 2 septembre 1998

Hulé (Alain, Paul, Michel), 3 novembre 1953, pharmacien en chef. Chevalier du 18 novembre 2003

Le Roux (Philippe, Pierre), 24 avril 1961, médecin en chef. Chevalier du 30 août 2000

Mallevoue (de) (Éric, Laurent, Jacques), 13 juin 1957, médecin en chef. Chevalier du 8 décembre 1997

Perich (Pierre, Francis, Michel), 9 novembre 1952, médecin en chef. Chevalier du 15 décembre 1995

Au grade de Chevalier :

Cayron (Philippe, Robert), 27 mai 1955, médecin en chef

Gaspar (Désirée, Bernadette), épouse Thomas, 2 octobre 1959, médecin en chef

Halduc (Franck, Édouard), 21 mai 1963, médecin en chef

Lapeyre (Corinne, Nathalie), épouse Martin, 11 juin 1960, médecin en chef

Pires (Acacio), 15 mai 1956, secrétaire médical de classe exceptionnelle

JORF n° 262 du 13 novembre 2014 – Arrêté du 3 novembre 2014 portant attribution de la qualité de « partenaire de la réserve citoyenne »

Le ministre de la défense... arrête... : la qualité de « partenaire de la réserve citoyenne » est attribuée pour une durée de 3 ans à :... la fédération nationale des chirurgiens-dentistes de réserve, dont le siège est établi à Paris (12^e)...

BOC n°58 du 14 novembre 2014 – Textes n° 22 & 28

Nomination dans les corps des Médecins, Technique et Administratif

BIOGRAPHIE DE JEAN-MARC TODESCHINI



Fils d'une mère femme au foyer et d'un père immigré italien, employé comme fraiseur dans une usine sidérurgique, Jean-Marc Todeschini est né le 12 mars 1952 à Longwy, en Meurthe-et-Moselle. Il débute sa vie professionnelle par une carrière dans l'Éducation nationale. Il devient instituteur en 1971, puis maître formateur à Metz et directeur de l'école d'application de Marly (Moselle), avant de devenir inspecteur de l'Éducation nationale.

Jean-Marc Todeschini choisit de s'engager plus activement en politique en 1983, date à laquelle il entre au conseil municipal de Talange où il est également premier-adjoint au maire entre 1983 et 1989, puis adjoint chargé des affaires scolaires de 1995 à 2014. En 2008, il devient aussi président de la communauté de communes du sillon Mosellan, poste qu'il quittera fin 2012 lors de la fusion de la communauté de communes avec sa voisine de Maizières-les-Metz.

En 1997 sa carrière se poursuit au niveau national, Jean-Pierre Masseret est nommé secrétaire d'État aux Anciens Combattants dans le gouvernement de Lionel Jospin. Jean-Marc Todeschini devient alors son chef de cabinet où il restera quatre ans.

Ancré en Moselle où il est premier secrétaire de la fédération du parti socialiste de 1993 à 2012, il intègre le Palais du Luxembourg en 2001 en devenant sénateur du département, il est réélu le 25 septembre 2011. Très attaché à sa commune, Jean-Marc Todeschini démissionne du conseil régional de Lorraine où il avait été élu en 1998, après son élection au Sénat, pour rester élu au conseil municipal.

En 2014, c'est un retour aux sources pour Jean-Marc Todeschini : il est nommé secrétaire d'État auprès du ministre de la Défense chargé des Anciens combattants et de la Mémoire dans le gouvernement de Manuel Valls.

Source : ministère de la Défense.

OUVRAGES PARUS - BIBLIOGRAPHIE

LA GRANDE GUERRE DANS LA BD – UN SIÈCLE D'HISTOIRE, par Luc REVILLON, Édité. Beaux-Arts.

Depuis 1914, des milliers de pages de bande dessinée ont paru qui prennent pour sujet la guerre de 14-18. Luc Révillon, historien spécialisé dans la bande dessinée, a lu et décrypté des centaines d'albums, de journaux et d'ouvrages de référence. Depuis les illustrés d'époque jusqu'à l'engouement éditorial à l'approche du Centenaire, cette somme remarquable d'érudition donne à voir une autre histoire de la Grande Guerre.

VU DU FRONT - Représenter la Grande Guerre . Catalogue par Collectif sous la direction de Sylvie LE-RAY-BURINI et All. (Musée de l'Armée et BDIC), SOMOGY Éditions d'Art.

Jamais avant 1914-1918 un conflit n'a été l'objet d'une mise en image aussi intense. A côté des millions de combattants mobilisés - parmi lesquels nombre de dessinateurs, peintres ou photographes - oeuvrent également des services officiels et des artistes missionnés chargés de documenter et de construire un "discours visuel" sur la guerre. Ainsi, du front occidental au Moyen-Orient en passant par l'Italie et l'est de l'Europe, vont circuler des milliers de représentations dont certaines seront largement popularisées. Le combat, la modernité de la guerre mais aussi son quotidien, abondamment montrés et exposés, témoignent de l'expérience vécue dont la mémoire s'étend bien au-delà des années 1914-1918 pour marquer tout le XXe siècle. Un ensemble unique de plus de 450 œuvres et documents-objets, peintures, dessins et photographies - issus des collections de la Bibliothèque de documentation internationale contemporaine (BDIC), du musée de l'Armée et des plus importantes institutions françaises et européennes, donne à comprendre tous les aspects du front, vu par les contemporains du conflit.

L'ILLUSTRATION 14-18. La Grande Guerre telle que les Français l'ont vécue », Édité. Michel LAFON.

La Grande Guerre vécue de l'intérieur, semaine après semaine, au plus près des combats. Voilà ce qui rend unique cet ouvrage qui retrace cinq années de conflit, à travers les pages de L'Illustration. Présents chaque jour sur le front, ses photographes donnent à voir, crûment, la vie des soldats des tranchées, et ses illustrateurs mettent en image de façon saisissante les combats de la Marne, de la Somme, de Verdun ou des Dardanelles, tels qu'ils les ont vus. Ses reporters et ses auteurs - parfois célèbres comme Pierre Loti, Rosny Aîné ou Edmond Rostand - écrivent des pages sublimes, dans une langue magnifique, qui restituent l'émotion de l'époque, les indignations, le désespoir, l'incompréhension face à cette guerre interminable. Comme un lecteur du journal à cette époque-là, on découvre le récit de la bataille de Verdun non pas avec 100 ans de recul, mais au moment même où elle commence, le 21 février 1916, à 7 h 15, sans savoir qu'elle va durer presque un an... Tous les fronts y sont largement évoqués : la France, bien sûr, et la ligne de tranchées ininterrompue qui va de la mer du Nord aux Vosges, ainsi que les batailles sanglantes qui marquent chaque vaine tentative de percée ; mais aussi les fronts italo-allemand, russe, serbe, les opérations rocambolesques en Grèce, les aventures des colonnes françaises au Cameroun, les batailles navales, l'épopée de Guynemer et des aviateurs, sans oublier l'arrière

et les mutations d'une société en plein bouleversement. En contrepoint de ces pages d'Histoire, vécue au jour le jour, des encadrés complètent, rectifient ou viennent éclairer les informations données par le magazine, sans jamais priver le lecteur de l'essentiel : le ton de l'époque, à travers ces cinq années d'une guerre qui changea définitivement le destin de la France.

Créée en 1843, L'Illustration est devenue dès 1906 le premier magazine au monde, diffusé dans plus de 150 pays. Alors qu'il n'existe pas de service photographique aux armées, l'hebdomadaire est la principale source d'information durant la Première Guerre mondiale. Présents sur tous les fronts, ses photographes, ses illustrateurs et ses reporters ont réuni une masse d'informations exceptionnelle, qui constitue aujourd'hui encore le témoignage le plus complet sur le conflit.

PLANTES DE POILUS, LA FLEUR ET LE FUSIL EN 14-18, par Denis RICHARD, Édité. Plume de Carotte-Collection Terra Curiosa.

Les plantes sont les grandes oubliées de la guerre, personne n'y pense lorsque cette période est évoquée. Pourtant, elles ont joué un rôle majeur.

Elles ont été utiles : par exemple, de «faux arbres» aux troncs creux ont été construits pour devenir des postes d'observation redoutables.

Elles ont été symboliques : c'est à partir de la 1er Guerre mondiale que le chrysanthème honore les morts car, la capitulation ayant eu lieu en automne, c'est une des rares fleurs qui pousse à cette saison.

Elles ont été réconfortantes : les soldats ont fait de nombreux herbiers très émouvants. Vous pourrez d'ailleurs admirer, dans ce livre, celui très touchant, du Poilu Stanislas Boireau, que nous publions dans son intégralité.

Plongez-vous dans cet ouvrage poignant et vous découvrirez à quel point les plantes ont joué un rôle important dans l'histoire des hommes en général et des Poilus en particulier.

L'auteur : Homme de convictions, Denis Richard s'est investi au fil des ans dans de nombreuses activités relatives à l'environnement et à la santé. Passionné de botanique et d'entomologie, mais, d'une façon plus large, pour tout ce qui a trait aux «sciences naturelles», il a choisi de s'engager dans la filière pharmaceutique, en ce qu'elle lui permettait de concilier son goût pour la nature et la rigueur d'études scientifiques embrassant des domaines très variés.

L'ALBUM DE 14-18, par Bernard BRIAIS et Jean-Paul PAIREAULT, Édité. De Borée.

La Première Guerre mondiale toucha toutes les familles françaises, dans leur chair, dans leur âme. Les monuments aux morts qui se dressent dans chaque commune sont là pour nous rappeler le sacrifice de tous ceux, pères, fils, frères, qui furent fauchés à la fleur de l'âge, créant un déficit d'hommes sans précédent dans le pays. Cet album de la Grande Guerre constitue donc, en quelque sorte, pour chacun d'entre nous, un album de famille...

Appuyé sur un texte clair et une illustration abondante, touchante, cet ouvrage permet de suivre, jour après jour, mois après mois, cette foule immense des "poilus" anonymes. Au fil des pages, c'est une plongée dans leur "enfer", que ce soit dans la boue de Verdun, les neiges des Vosges ou la fournaise des Dardanelles. Héros malgré eux, ils écrivaient en lettres de sang l'histoire d'une guerre

"hors-normes" qui allait bouleverser le monde et qui continue, presque un siècle après l'armistice de 1918, à interroger les consciences !

L'auteur : Ancien enseignant, chercheur, Bernard Briais est l'auteur de nombreux ouvrages historiques, notamment sur la Seconde Guerre mondiale ; mais aussi sur la vie traditionnelle dans les campagnes françaises, les chemins de Saint-Jacques de Compostelle, les faux-sauniers, les galériens, les Templiers, les Courtisanes du Second Empire, etc. On lui doit également de multiples études sur la Touraine, ainsi que des livres destinés à la jeunesse.

Dans ce nouvel ouvrage, il aborde, mois après mois, avec rigueur et précision, les grands moments qui jalonnèrent la Guerre 1914-1918. Une vision synthétique qui permet de mieux appréhender la complexité des événements qui se succédèrent sur les différents fronts.

14-18 LE SPORT SORT DES TRANCHÉES - Un héritage inattendu de la Grande Guerre, par Michel MERCKEL, Édité. Le Pas d'Oiseau.

On connaissait les dégâts faits par la Grande Guerre parmi les gloires sportives de l'époque, mais beaucoup moins son rôle dans la diffusion du sport en France. C'est au départ pour remonter le moral des troupes entre deux assauts que de jeunes officiers pédagogues, reprenant l'initiative de quelques soldats, eurent l'idée de recourir au sport. Pour les Poilus, souvent issus du monde rural, ces séances bien plus ludiques que les manœuvres furent l'occasion de toucher pour la première fois un ballon de foot ou de rugby. Parfois de découvrir l'idée même du sport aux côtés de leurs frères d'armes britanniques ou américains. Le sport se mit aussi directement au service de la guerre à travers les épreuves de lancer de grenades, l'action des Corps francs ou celle des groupes de Chasseurs cyclistes. 14-18 contribua de plus à l'éclosion du sport féminin et du handisport, né pour gérer les séquelles laissées par l'effroyable conflit. Que cette longue période de souffrance ait permis au sport de conquérir les couches populaires est un des plus surprenants héritages de la Première Guerre mondiale. L'École de Joinville, formatrice de moniteurs d'éducation physique, fit office de creuset pour sa propagation. Une galerie de portraits d'athlètes tombés au front complète ce travail de mémoire qui dresse en ultime hommage une liste de 424 champions morts durant la Grande Guerre.

L'auteur : Michel Merkel a pratiqué la compétition avec une certaine réussite en athlétisme, judo, volley, hand, rugby et voile. Il s'est toujours investi dans la vie associative culturelle et sportive (pratiquant, entraîneur et dirigeant), et fait aujourd'hui des conférences sur le thème du sport dans la Grande Guerre.

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



Toute l'équipe de la rédaction présente à l'ensemble de nos lecteurs et auteurs ses meilleurs vœux de bonheur, de santé et de réussite pour eux-mêmes et leurs famille à l'aube de cette année 2015.



Actu GORSSA



UNMR

FNPR

UNVR

FNCDR

ANORCTASSA

ANMITRHA