

# Actu GORSSA



**Joint Force  
Training Center  
BYDGOSZCZ**  
Décembre 2017



## REVUE COMMUNE À :



### UNMR

Union Nationale des Médecins de Réserve



### FNPR

Fédération Nationale des Pharmaciens de Réserve



### UNVR

Union Nationale des Vétérinaires de Réserve



### FNCDR

Fédération Nationale des Chirurgiens-Dentistes de Réserve



### ANORSCA

Association Nationale des Officiers de Réserve du Service du Commissariat 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)

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

chez M. SICE 3 avenue Lombart, 92260 FONTENAY AUX ROSES  
site : www.gorssa.fr  
courriel : gorssa.national@gmail.com

#### DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :

Xavier SAUVAGEON

#### RÉDACTEUR EN CHEF :

Chargé de l'Internet  
Jean-Dominique CARON

#### COMITÉ DE RÉDACTION

Président : Jean-Pierre MOULINIÉ  
Correspondants de rédaction :  
UNMR : Yvon MESLIER  
FNPR : Norbert SCAGLIOLA  
UNVR : François-Henri BOLNOT  
FNCDR : Jean-Paul MATHIEU  
ANORSCA : Philippe MASSICOT  
ANMITRHA : Erick LEGALLAIS

#### Région de Toulon :

Christine DULAURANS

#### Secrétaire de rédaction :

Marie-Hélène SICE

#### DÉLÉGATION GÉNÉRALE

Chargé de l'information, de la communication et du Devoir de Mémoire : Jean-Dominique CARON

Chargé des affaires juridiques et administratives : Norbert SCAGLIOLA

#### TRÉSORIER ET LISTING :

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

#### CONSEIL SCIENTIFIQUE

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

#### RENSEIGNEMENTS DIVERS

##### Abonnement et Tirage :

Prix du numéro : 6 €  
Prix de l'abonnement :  
Membres des Associations : 25 €  
Non-membres : 60 €  
Étrangers : 90 €  
De soutien : à partir de 90 €

##### Edition, Impression et Routage :

Centr'Imprim - 36100 ISSOUDUN

##### Dépôt légal : 1<sup>er</sup> trimestre 2014

ISSN : 2110-7424

##### Crédits photographiques :

CESPA, S. Chauvet, E. de Moulins, J.-P. Fogel, J. Gelas, S. Itoua, H. Le Breton, J.-J. Lehot, Ph. Massicot, M.-A. Nau, OT Toulouse.

## Le mot du Rédac'teur

BYDGOSZCZ, ce n'est pas un nouveau village schtroumpfs, mais le chef-lieu de la voïvodie de Couïavie-Poméranie en Pologne, où s'est déroulé en décembre 2017 un exercice OTAN. Vous en lirez le compte rendu sous la plume des lyonnais.

Le témoignage d'un réserviste inaugure une nouvelle rubrique dans laquelle nous donnerons la parole à ceux qui sont engagés dans la réserve opérationnelle, pour nous évoquer leur motivation et les difficultés éventuellement rencontrées lors de leur parcours.

La richesse d'Actu GORSSA est liée à la diversité des articles des six associations qui composent notre groupement. N'hésitez pas à nous adresser des comptes rendus de vos expériences, des notices historiques en lien avec le Service de Santé, des articles de fond médico-militaire. Cela permettra de continuer à vous servir une revue riche, lien indispensable entre les réservistes de toutes générations qui sont la Réserve de demain.

Je vous donne rendez-vous les 18 et 19 mai prochains à Toulouse, pour nos journées nationales annuelles du GORSSA, dont le programme dense sera complété par l'assemblée générale ordinaire de notre groupement, mais également de chacune de nos six associations, moment incontournable et statutaire de la vie de notre communauté.

MCSCN(h) Jean-Dominique CARON



# Editorial

## Quelles transformations pour nous réservistes du Service de santé en 2018 ?

Nous avons suivi depuis les assises de la réserve d'octobre 2016, le projet SSA 2020 du Médecin Général des Armées Debonne.

Dans la continuité de ce projet, la nouvelle Directrice du Service de Santé, la Médecin Général des Armées Gygax - Genero assure le déploiement de la nouvelle organisation du Service de santé.

Les différents éditoriaux d'Actu GORSSA, avaient annoncé successivement :

- La fermeture de l'HIA du Val de Grâce.
- La mise en place en 2017 d'ouvertures vers le service de santé public pour permettre au service de maintenir et de développer ses compétences ; partenariats tels que ceux de l'HIA Desgenettes avec les Hospices civils de Lyon et avec l'université Claude Bernard à Lyon.
- Le maintien des cinq composantes du SSA que sont respectivement : la médecine des Forces, la médecine hospitalière, la recherche, la formation et le ravitaillement en matériel et produits de santé ; pour une chaîne de santé complète, autonome et réactive pour le SSA en opérations.
- La fermeture de la DRSSA de LYON à l'été 2017, suivie de celle des cinq dernières DRSSA en août 2018, et la mise en place des 16 CMA NG, dont les antennes médicales pourront se concentrer sur les soins de proximité et à la préparation opérationnelle au profit des forces. Ces CMA NG qui seront au centre du parcours de soins de santé des militaires aussi bien au sein des CMA, des HIA que dans le système de santé civil.

Toutes ces modifications entraîneront une nouvelle organisation de la chaîne réserve et concerneront les réservistes au quotidien.

Cette nouvelle chaîne s'appuiera sur :

- Des SeFRREM (6 sections), entités pérennes des directions régionales, dont l'une sera embaasée à l'HIA Bégin.
- Des adjoints réserve, en charge du suivi des réservistes dans les formations d'emploi et conseillers du commandement.
- La réserve citoyenne et le réseau des coordonnateurs.
- Le réseau des associations.
- Des systèmes d'informations SIREM et SIROCO, puis le SI Réserves 2019, serveur incontournable pour une digitalisation des processus de réserve à fin de simplifications. Ces ensembles de mesures vont modifier les pratiques de la réserve, à tous les niveaux, autant pour l'employeur que pour le réserviste. La numérisation devenant indispensable.

Voici donc ces transformations exposées brièvement.

Le Médecin en Chef (TA) Morgand, nous les présentera lors du congrès du GORSSA à Toulouse, où nous espérons vous retrouver nombreux.

ISG2G® Elisabeth de Moulins  
Présidente de l'ANMITRHA

\*NDLR : cette nouvelle chaîne est synthétisée en page 5

## Sommaire

Nouvelle organisation 2018 de la réserve SSA ..... 5

Fiche technique : reconstitution et administration des antidotes ..... 6

Témoignage d'un réserviste ..... 12

Bonus 17 : exemple d'exercice en État-Major ..... 14

Journée nationale d'instruction des dentistes de réserve ..... 17

La journée régionale d'instruction du GORSSA de Lyon ..... 18

Deux cent jours de réserve pour EBOLA ..... 21

Promouvoir les concours d'entrée à L'ESA et à L'ECA : Une opportunité pour les commissaires de réserve ... 25

Infirmier en mer ..... 28

Journées nationales d'instruction du GORSSA 2018 à Toulouse ..... 33

Nominations et promotions ..... 35

Ouvrages Parus - Bibliographie ..... 36

Index 2017 ..... 38

Recommandations aux auteurs ..... 39





## Fiche technique : Reconstitution et administration des antidotes.

### I. OBJECTIFS

Proposer un outil pratique des présentations, mode de reconstitution, mode d'administration et posologies des principaux antidotes.

### II. DOMAINE D'APPLICATION

Fiche technique destinée aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de patients nécessitant une prise en charge thérapeutique en cas de signes cliniques d'intoxication.

### III. DOCUMENTS DE REFERENCE

- Circulaire n° 700/SGDN/PSE/PPS du 7 novembre 2008.
- Circulaire n°800/SGDSN/PSN du 18 février 2011.
- Distribuer les médicaments en zone contaminée, Sapeurs-pompiers de France, n°1090, juin 2016, A Lefebvre, L Lachenaud.
- Les risques NRBC savoir pour agir, 2e édition (2010) JD Cavallo, C Fuilla, F Dorandeu, P Laroche, D Vidal.
- Attentats, accidents chimiques (2006) C Bertrand, C Ammirati, C Renaudeau.
- Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP): Fiches Piratox/Piratome de prise en charge thérapeutique de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (2010) : [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/300eb56375ae294424b36f0561196ef6.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/300eb56375ae294424b36f0561196ef6.pdf)

### IV. SOMMAIRE

- A. Principe
- B. Annexe 1 : Protocole de reconstitution des médicaments spécifiques NRBC (par types d'intoxication)
- C. Annexe 2 : Protocole de reconstitution des médicaments spécifiques NRBC (par spécialité pharmaceutique)

**Rédacteurs :** Sergio Albarello, Philippe Cano, Gilles Barrier, Frédéric Dorandeu, Lionel Lachenaud, Benoit Vivien.  
**Relecteurs :** Jean-Christophe Amabile, Sébastien Beaume, Catherine Bertrand, Franck Calamai, Alain Cazoulat, Laurent Gabilly, Xavier Michel, Marie-Pascale Petit, Jean-Marc Philippe, Claude Renaudeau, Haude Tymen.

**Version du :** 12 septembre 2016

**Nombre de pages :** 6

### A. Principe.

L'intervention lors d'une situation d'urgence exceptionnelle et la rareté d'utilisation de certaines molécules peut provoquer un retard à l'administration de certains traitements aux victimes.

De plus en zone contrôlée, les équipements de protection individuelle réduisent de façon significative les différentes formes de communication entre individus. Afin de palier, pour partie, ces difficultés, il est mis en place un outil de standardisation des reconstitutions des médicaments particuliers dans le domaine NRBC-E. Cette standardisation est un gage de sécurité pour la reconstitution et l'administration de ces traitements.

Cet outil peut être utilisé au niveau du point de regroupement des victimes (PRV NRBC), du poste médical avancé et dans les établissements de santé.

Cette fiche technique ne présente pas les effets indésirables et contre-indications des différentes molécules (le praticien devra se référer aux monographies en rapport, ou prendre conseil auprès de l'Etablissement Santé de Référence dont il dépend).

L'annexe 1 propose les molécules utilisables en rapport avec le type d'intoxication.  
L'annexe 2 propose un rappel des principales règles d'administration par molécule.

## B. Annexe 1 : Protocole de reconstitution des médicaments spécifiques NRBC-E (par types d'intoxication)

Indications générales	Nom du médicament	Présentation	Reconstitution standardisée pour un patient	Posologie																																				
Intoxication aux neurotoxiques	<b>Atropine® (Sulfate d'atropine)</b> 2 mg/ml	Ampoule 2 mg/ml Soit 40 mg dans 20 mL	Adultes : ½ ampoule de 20 mL/40 mg dans une seringue de 10 mL soit 20 mg Enfants : idem adulte, dans une seringue adaptée. Administrer de préférence en IV (après oxygénation) à défaut en IM	<b>Adulte</b> : 2 mg soit 1 ml toutes les 5 à 10 minutes jusqu'à tarissement des sécrétions et/ou levée de la bronchoconstriction et/ou légère augmentation de la fréquence cardiaque (80-90 bpm) <b>Enfant</b> : 0,05 à 0,1 mg/kg toutes les 5 à 10 minutes jusqu'à tarissement des sécrétions																																				
	<b>AIBC ou Ineurop®</b>	2 mg sulfate d'atropine, 20 mg Chlorhydrate d'avizafone, 350 mg méthylsulfate de pralidoxime	En IM la seringue sans modification	<b>Adulte</b> : une seringue auto-injectante Renouvelable 1 seule fois au-delà de 15 minutes <b>Enfant</b> : CI																																				
Intoxication aux neurotoxiques	<b>Conrathion®</b> (méthylsulfate de <b>Pralidoxime</b> )	Flacon de 200 mg de pralidoxime base poudre + ampoule de solvant)	<b>Dose initiale</b> Le produit doit être reconstitué puis dilué. Chaque flacon de 200 mg doit être reconstitué avec 10 mL de solvant fourni (ampoule de solvant). Le contenu des 5 flacons (1000 mg) reconstitués est ensuite dilué dans un flacon de NaCl 0,9% de 100 mL afin de faciliter l'administration sur 15 minutes. <b>Dose d'entretien</b> : Le mode de reconstitution et de dilution est identique à celui de la dose initiale. Préparation pour un régulateur de débit de perfusion en zone contrôlée (rappel : 1 mL = 20 gouttes - ex. pour administrer 100 mL en 15 minutes, la vitesse de perfusion est de 133 gouttes/minutes) et pousse seringue électrique (PSE) dès la zone de soutien si disponible. La perfusion peut être remplacée par des administrations répétées.)	<b>Forme mineure</b> : traitement optionnel, sinon <b>Adulte</b> : 200 à 400 mg en IV en 15 minutes <b>Enfant</b> : 20 à 40 mg/kg en IV en 15 minutes <b>Forme modérée</b> : <b>Adulte</b> : Dose initiale de 1g en IV en 15 minutes Dose d'entretien de 5 à 8 mg/kg/h ou 200 à 400 mg en réinjection en fonction de la réapparition des symptômes <b>Enfant</b> : Dose initiale : 20 à 40 mg/kg IV en 15 minutes Dose d'entretien = 10 mg/kg/h. A ajuster selon la clinique et les données biologiques.																																				
	Convulsion Intoxication aux neurotoxiques	<b>Valium® (Diazépan)</b>	Valium® : ampoule de 10 mg/2 mL	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Vitesse en mL/h</th> <th>10 kg</th> <th>20 kg</th> <th>30 kg</th> <th>40 kg</th> <th>50 kg</th> <th>60 kg</th> <th>70 kg</th> <th>80 kg</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5 mg/kg/h</td> <td>2,5</td> <td>5</td> <td>7,5</td> <td>10</td> <td>12,5</td> <td>15</td> <td>17,5</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>8 mg/kg/h</td> <td>4</td> <td>8</td> <td>12</td> <td>16</td> <td>20</td> <td>24</td> <td>28</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>10 mg/kg/h</td> <td>5</td> <td>10</td> <td>15</td> <td>20</td> <td>25</td> <td>30</td> <td>35</td> <td>40</td> </tr> </tbody> </table>	Vitesse en mL/h	10 kg	20 kg	30 kg	40 kg	50 kg	60 kg	70 kg	80 kg	5 mg/kg/h	2,5	5	7,5	10	12,5	15	17,5	20	8 mg/kg/h	4	8	12	16	20	24	28	32	10 mg/kg/h	5	10	15	20	25	30	35	40
Vitesse en mL/h	10 kg	20 kg	30 kg	40 kg	50 kg	60 kg	70 kg	80 kg																																
5 mg/kg/h	2,5	5	7,5	10	12,5	15	17,5	20																																
8 mg/kg/h	4	8	12	16	20	24	28	32																																
10 mg/kg/h	5	10	15	20	25	30	35	40																																
Lewisite / intoxication aux isotopes de certains métaux lourds (As, Pb, Hg, Au)	<b>BAL® (Dimercaprol, Butacaine)</b>	Ampoule de 2 mL contenant 200 mg (injection IM profonde). NB : contient de l'huile d'arachide	Dans une seringue en verre (pas de dilution). En l'absence d'études spécifiques, il n'est pas possible de confirmer la possibilité d'utiliser une seringue en matière plastique. Toutefois, en cas d'urgence et en l'absence de seringue en verre, à condition d'injecter l'antidote immédiatement après remplissage de la seringue, il est possible d'utiliser des seringues en matière plastique. Solution extemporanée à utiliser immédiatement après ouverture, 1 ampoule de 2 mL soit 200 mg (dose maximale). Utiliser une aiguille pour IM profonde.	<b>Adulte</b> : 2 à 3 mg/kg sans dépasser 200 mg par injection IM profonde. 6 injections par jour (toutes les 4 heures).																																				
Intoxication aux dérivés cyanés	<b>Cyanokit® (Hydroxocobalamine)</b>	Flacon 5 g de poudre pour perfusion (solvant non fourni)	Première dose : 5 g dans 200 mL de NaCl (0,9 %) à perfuser en IV en 15 minutes La seconde dose : 5 g dans 200 mL de NaCl (0,9 %) à perfuser entre 15 minutes (pour patients instables) et 2 heures.	<b>Adulte</b> : 5g renouvelable une fois <b>Enfant</b> : 70 mg/kg renouvelable une fois																																				
Intoxication aux dérivés cyanés (utilisation en deuxième intention si le Cyanokit n'est pas disponible)	<b>Kélocyanor® (Edétate Dicalcique)</b>	Ampoule de 300 mg dans 20 mL (produit violet)	Injection IV rapide de 2 ampoules de 20 ml soit 600 mg en 30 secondes suivie d'une injection IV de 50 mL de solution hypertonique de glucose. Pas de dilution	<b>Adulte</b> : 2 ampoules (600 mg) en IV rapide puis si besoin 5 minutes après une deuxième dose de 300 mg possible + 50 mL de Glucose 30% IV <b>Enfant</b> : absence de donnée																																				

Page 3 sur 6

Contamination radiologique	<b>DTPA – Ca (Pentétate de Calcium Trisodique)</b>	Ampoule 4mL contenant 1 g	Prendre 2 mL, soit 0,5 g à reconstituer dans 100 mL à 200 mL de NaCl 0,9% à perfuser en IV sur 15 minutes Décontamination peau saine : 1 ampoule de 1 g sur la surface à décontaminer Décontamination d'une plaie : 1 ampoule de 1 g dans la plaie à recouvrir d'un pansement étanche	<b>Adulte et Enfant &gt; 12 ans</b> : 0,5 g/24 h pendant 3 jours puis 0,5 g trois fois par semaine pendant 3 semaines, puis éventuellement 0,5 g par semaine pendant 3 mois. <b>Enfant &lt; 12 ans</b> : 14 mg/kg sans dépasser 0,5 g/jour																											
	<b>Phosphalugel® (Phosphate d'aluminium) ou autre pansement gastrique</b>	Sachets contenant un liquide	5 sachets per os à distance des autres médicaments notamment du Radiogardase®	5 sachets per os																											
Contamination radiologique	<b>Radiogardase® 500 ma Bleu de Prusse</b>	Gélules de <b>Ferrocyanure de cobalt</b>	Adulte : 6 gélules de 500 mg Enfant : La posologie recommandée est fonction du poids.	Adulte : 3 g (6 gélules) per os, 3 fois par jour soit 18 gélules par jour Enfant : La posologie recommandée est fonction du poids.																											
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Poids (kg)</th> <th>Posologie journalière</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>&lt; 12 kg</td> <td>500 mg (1 gélule), 3 fois par jour</td> </tr> <tr> <td>12 - 18 kg</td> <td>1 g (2 gélules), 3 fois par jour</td> </tr> <tr> <td>18 - 24 kg</td> <td>1,5 g (3 gélules), 3 fois par jour</td> </tr> <tr> <td>24 - 30 kg</td> <td>2 g (4 gélules), 3 fois par jour</td> </tr> <tr> <td>30 - 36 kg</td> <td>2,5 g (5 gélules), 3 fois par jour</td> </tr> <tr> <td>≥ 36 kg</td> <td>3 g (6 gélules), 3 fois par jour</td> </tr> </tbody> </table>	Poids (kg)	Posologie journalière	< 12 kg	500 mg (1 gélule), 3 fois par jour	12 - 18 kg	1 g (2 gélules), 3 fois par jour	18 - 24 kg	1,5 g (3 gélules), 3 fois par jour	24 - 30 kg	2 g (4 gélules), 3 fois par jour	30 - 36 kg	2,5 g (5 gélules), 3 fois par jour	≥ 36 kg	3 g (6 gélules), 3 fois par jour	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Poids (kg)</th> <th>Posologie journalière</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>&lt; 12 kg</td> <td>500 mg (1 gélule), 3 fois par jour</td> </tr> <tr> <td>12 - 18 kg</td> <td>1 g (2 gélules), 3 fois par jour</td> </tr> <tr> <td>18 - 24 kg</td> <td>1,5 g (3 gélules), 3 fois par jour</td> </tr> <tr> <td>24 - 30 kg</td> <td>2 g (4 gélules), 3 fois par jour</td> </tr> <tr> <td>30 - 36 kg</td> <td>2,5 g (5 gélules), 3 fois par jour</td> </tr> <tr> <td>≥ 36 kg</td> <td>3 g (6 gélules), 3 fois par jour</td> </tr> </tbody> </table>	Poids (kg)	Posologie journalière	< 12 kg	500 mg (1 gélule), 3 fois par jour	12 - 18 kg	1 g (2 gélules), 3 fois par jour	18 - 24 kg	1,5 g (3 gélules), 3 fois par jour	24 - 30 kg	2 g (4 gélules), 3 fois par jour	30 - 36 kg	2,5 g (5 gélules), 3 fois par jour	≥ 36 kg
Poids (kg)	Posologie journalière																														
< 12 kg	500 mg (1 gélule), 3 fois par jour																														
12 - 18 kg	1 g (2 gélules), 3 fois par jour																														
18 - 24 kg	1,5 g (3 gélules), 3 fois par jour																														
24 - 30 kg	2 g (4 gélules), 3 fois par jour																														
30 - 36 kg	2,5 g (5 gélules), 3 fois par jour																														
≥ 36 kg	3 g (6 gélules), 3 fois par jour																														
Poids (kg)	Posologie journalière																														
< 12 kg	500 mg (1 gélule), 3 fois par jour																														
12 - 18 kg	1 g (2 gélules), 3 fois par jour																														
18 - 24 kg	1,5 g (3 gélules), 3 fois par jour																														
24 - 30 kg	2 g (4 gélules), 3 fois par jour																														
30 - 36 kg	2,5 g (5 gélules), 3 fois par jour																														
≥ 36 kg	3 g (6 gélules), 3 fois par jour																														

Page 4 sur 6

## C. Annexe 2 : Protocole de reconstitution des médicaments spécifiques NRBC-E (par spécialité pharmaceutique)

Nom du médicament	Indications générales	Présentation	Reconstitution standardisée pour un patient	Posologie
<b>Atropine® (Sulfate d'atropine) 2 mg/ml</b>	Intoxication aux neurotoxiques	Ampoule de 2 mg/mL soit 40 mg dans 20 mL	Adultes : ½ ampoule de 20 mL/40 mg dans une seringue de 10 mL soit 20 mg Enfants : idem adulte, dans une seringue adaptée. Administer de préférence en IV (après oxygénation) à défaut en IM	<b>Adulte</b> : 2 mg soit 1 mL toutes les 5 à 10 minutes jusqu'à tarissement des sécrétions et/ou levée de la bronchoconstriction et/ou légère augmentation de la fréquence cardiaque (80-90 bpm). <b>Enfant</b> : 0,05 à 0,1 mg/kg toutes les 5 à 10 minutes jusqu'à tarissement des sécrétions
<b>AIBC ou Ineurop®</b>	Intoxication aux neurotoxiques	2 mg sulfate d'atropine, 20 mg Chlorhydrate d'avizafone, 350 mg Pralidoxime	Auto-administration en IM	<b>Adulte</b> : une seringue auto-injectante Renouvelable une seule fois au-delà de 15 minutes <b>Enfant</b> : CI
<b>BAL® British anti-lewisite (Dimercaprol, Butacaine)</b>	Lewisite et intoxication aux isotopes de certains métaux lourds (As, Pb, Hg, Au)	Ampoule de 200 mg dans 2 mL (injection IM profonde) NB : contient de l'huile d'arachide	Dans une seringue en verre (pas de dilution). En l'absence d'études spécifiques, il n'est pas possible de confirmer la possibilité d'utiliser une seringue en matière plastique. Toutefois, en cas d'urgence et en l'absence de seringue en verre, à condition d'injecter l'antidote immédiatement après remplissage de la seringue, il est possible d'utiliser des seringues en matière plastique. Solution extemporanée à utiliser immédiatement après ouverture, 1 ampoule de 2 mL soit 200 mg (dose maximale). Utiliser une aiguille pour IM profonde.	<b>Adulte</b> : 2 à 3 mg/kg par injection sans dépasser 200 mg par injection IM profonde. Six injections par jours (toutes les 4 heures). <b>Enfant</b> : 2 à 3 mg/kg sans dépasser 200 mg par injection IM profonde. Six injections par jours (toutes les 4 heures).
<b>Cyanokit® (Hydroxocobalamine)</b>	Intoxication dérivés cyanés	Flacon 5 g de poudre pour perfusion (solvant non fourni)	<b>Première dose</b> : 5 g dans 200 mL de NaCl (0,9 %) à perfuser en IV en 15 minutes <b>La seconde dose</b> : 5 g dans 200 mL de NaCl (0,9 %) à perfuser entre 15 min (pour patients instables) et 2 heures.	<b>Adulte</b> : 5g renouvelable une fois <b>Enfant</b> : 70 mg/kg renouvelable une fois
<b>Contrathion® (méthylsulfate de Pralidoxime)</b>	Intoxication aux neurotoxiques	Flacon de 200 mg de pralidoxime poudre + ampoule de solvant	<b>Dose initiale</b> : Le produit doit être reconstitué puis dilué. Chaque flacon de 200 mg doit être reconstitué avec 10 mL de solvant fourni (ampoule de solvant). Le contenu des 5 flacons (1000 mg) reconstitués est ensuite dilué dans un flacon de NaCl 0,9% de 100mL afin de faciliter l'administration sur 15 minutes. <b>Dose d'entretien</b> : Le mode de reconstitution et de dilution est identique à celui de la dose initiale. Préparation pour un régulateur de débit de perfusion en zone contrôlée (rappel : 1 mL = 20 gouttes - ex. pour administrer 100 mL en 15 minutes, la vitesse de perfusion est de 133 gouttes/minutes) et pousse seringue électrique (PSE) dès la zone de soutien si disponible. La perfusion peut être remplacée par des administrations répétées.	<b>Forme sévère</b> : <b>Adulte</b> : Dose initiale de 2g en IV en 15 minutes. Dose d'entretien : idem forme modérée. <b>Enfant</b> : idem forme modérée.

Page 5 sur 6

<b>DTPA – Ca (Pentétate de Calcium Trisodique)</b>	Contamination radiologique	Ampoule de 4 mL contenant 1 g	Prendre 2 ml, soit 0,5 g à reconstituer dans 100 mL à 200 mL de NaCl 0,9% à perfuser en IV sur 15 minutes Décontamination peau saine : 1 ampoule de 1 g sur la surface à décontaminer Décontamination plaie : 1 ampoule de 1 g dans la plaie à recouvrir d'un pansement étanche	<b>Adulte et Enfant sup 12 ans</b> : 0,5 g/24 h pendant 3 jours puis 0,5 g trois fois par semaine pendant 3 semaines, puis éventuellement 0,5 g par semaine pendant 3 mois. <b>Enfant</b> : < 12 ans : 14 mg/kg																												
<b>Kélocyanor® (Edétate Dicalcique) (utilisation en deuxième intention si le Cyanokit n'est pas disponible)</b> <b>Phosphalugel® (Phosphate d'aluminium Ou autre pansement gastrique.)</b>	Intoxication dérivés cyanés	Ampoule de 300 mg dans 20 mL (produit violet)	Pas de dilution Injection IV rapide de 2 ampoules de 20 mL soit 600 mg en 30 secondes suivie d'une injection IV de 50 mL de solution hypertonique de glucose.	<b>Adulte</b> : 2 ampoules (600 mg) en IV rapide puis si besoin 5 minutes après une deuxième dose de 300 mg possible + 50 mL de Glucose 30% IV <b>Enfant</b> : absence de donnée																												
<b>ou Valium® (Diazépam)</b>	Contamination radiologique	Sachet liquide	5 sachets per os	5 sachets per os																												
<b>Radiogardase® 500 mg Bleu de Prusse</b>	Contamination radiologique	Gélule	Valium® : prélever le contenu de l'ampoule dans une seringue de 5 mL. Adultes 6 gélules à 500 mg Enfants : la posologie recommandée est fonction du poids	IV lente Posologie habituelle Adultes 3 g = 6 gélules per os, 3 fois par jour, soit 18 gélules par jour Enfants : la posologie recommandée est fonction du poids																												
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Poids (kg)</th> <th>Posologie journalière</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>&lt; 12 kg</td> <td>500 mg (1 gélule), 3 fois par jour</td> </tr> <tr> <td>12 - 18 kg</td> <td>1 g (2 gélules), 3 fois par jour</td> </tr> <tr> <td>18 - 24 kg</td> <td>1,5 g (3 gélules), 3 fois par jour</td> </tr> <tr> <td>24 - 30 kg</td> <td>2 g (4 gélules), 3 fois par jour</td> </tr> <tr> <td>30 - 36 kg</td> <td>2,5 g (5 gélules), 3 fois par jour</td> </tr> <tr> <td>≥ 36 kg</td> <td>3 g (6 gélules), 3 fois par jour</td> </tr> </tbody> </table>	Poids (kg)	Posologie journalière	< 12 kg	500 mg (1 gélule), 3 fois par jour	12 - 18 kg	1 g (2 gélules), 3 fois par jour	18 - 24 kg	1,5 g (3 gélules), 3 fois par jour	24 - 30 kg	2 g (4 gélules), 3 fois par jour	30 - 36 kg	2,5 g (5 gélules), 3 fois par jour	≥ 36 kg	3 g (6 gélules), 3 fois par jour	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Poids (kg)</th> <th>Posologie journalière</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>&lt; 12 kg</td> <td>500 mg (1 gélule), 3 fois par jour</td> </tr> <tr> <td>12 - 18 kg</td> <td>1 g (2 gélules), 3 fois par jour</td> </tr> <tr> <td>18 - 24 kg</td> <td>1,5 g (3 gélules), 3 fois par jour</td> </tr> <tr> <td>24 - 30 kg</td> <td>2 g (4 gélules), 3 fois par jour</td> </tr> <tr> <td>30 - 36 kg</td> <td>2,5 g (5 gélules), 3 fois par jour</td> </tr> <tr> <td>≥ 36 kg</td> <td>3 g (6 gélules), 3 fois par jour</td> </tr> </tbody> </table>	Poids (kg)	Posologie journalière	< 12 kg	500 mg (1 gélule), 3 fois par jour	12 - 18 kg	1 g (2 gélules), 3 fois par jour	18 - 24 kg	1,5 g (3 gélules), 3 fois par jour	24 - 30 kg	2 g (4 gélules), 3 fois par jour	30 - 36 kg	2,5 g (5 gélules), 3 fois par jour	≥ 36 kg	3 g (6 gélules), 3 fois par jour
Poids (kg)	Posologie journalière																															
< 12 kg	500 mg (1 gélule), 3 fois par jour																															
12 - 18 kg	1 g (2 gélules), 3 fois par jour																															
18 - 24 kg	1,5 g (3 gélules), 3 fois par jour																															
24 - 30 kg	2 g (4 gélules), 3 fois par jour																															
30 - 36 kg	2,5 g (5 gélules), 3 fois par jour																															
≥ 36 kg	3 g (6 gélules), 3 fois par jour																															
Poids (kg)	Posologie journalière																															
< 12 kg	500 mg (1 gélule), 3 fois par jour																															
12 - 18 kg	1 g (2 gélules), 3 fois par jour																															
18 - 24 kg	1,5 g (3 gélules), 3 fois par jour																															
24 - 30 kg	2 g (4 gélules), 3 fois par jour																															
30 - 36 kg	2,5 g (5 gélules), 3 fois par jour																															
≥ 36 kg	3 g (6 gélules), 3 fois par jour																															

Page 6 sur 6

# TÉMOIGNAGE D'UN RÉSERVISTE (DÉCEMBRE 2017)

J. FOGELMAN<sup>1</sup>, S. CHAUVET<sup>2</sup>



*Dans l'horizon de la réserve du SSA, toute expérience humaine s'inscrit comme une ressource de sens. Ainsi en est-il de cette galerie de portraits que nous vous présentons.*

**Jacques Fogelman (JF) : Bonjour, pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?**

**Stéphane Chauvet (SC) :** Bonjour, je m'appelle Stéphane Chauvet, j'ai 40 ans, je suis marié et père de 2 enfants. Je travaille dans le civil en tant qu'anesthésiste-réanimateur au centre hospitalo-universitaire (CHU) de Poitiers dans le secteur cardio-thoracique et vasculaire. Je suis réserviste depuis 2008 à l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Percy où je suis employé au bloc opératoire.

**JF : Pouvez-vous décrire votre formation et votre parcours professionnel civil ?**

**SC :** Je suis originaire de la région parisienne et j'ai commencé mes études de médecine à Paris au CHU Cochin-Port-Royal (Paris V) où j'ai réalisé mon externat

et découvert avec plaisir l'anesthésie et la réanimation. Suite au concours de l'internat 2002, je suis parti à Poitiers pour intégrer le diplôme d'études spécialisées (DES) d'anesthésie-réanimation en 5 ans. A la suite de mon internat, j'ai réalisé un clinicat partagé en réanimation médicale et anesthésie neurochirurgicale à Poitiers. A la fin de mon cursus, j'ai pu intégrer le secteur cardio-thoracique et vasculaire et compléter ma formation par un diplôme d'échocardiographie (inter-région Ouest) et un autre en circulation extra-corporelle et assistance d'organes (CHU de Bordeaux). Je suis actuellement praticien hospitalier (PH) à temps plein dans le secteur cardio-thoracique et vasculaire et vais bientôt rejoindre la réanimation chirurgicale polyvalente au CHU de Poitiers.

**JF : Comment avez-vous découvert la réserve militaire et pour quelles raisons vous êtes-vous engagé ?**

**SC :** Je n'ai découvert la réserve militaire que tardivement, n'ayant pas fait de service national. C'est lors d'un congrès de la société française d'anesthésie-réanimation (SFAR) à Paris que j'ai découvert le Service de Santé des Armées : les anesthésistes militaires y tenaient un stand et parlaient de leur activité et de la possibilité de s'engager comme réserviste. Ce qui m'a plu, c'était la possibilité de pratiquer mon métier dans des situations différentes de la médecine hospitalière civile, de rencontrer d'autres collègues aux parcours et expériences différents et enrichissants, et de participer à la prise en charge des blessés de guerre, la traumatologie lourde et l'anesthésie pour chirurgie majeure m'ayant toujours intéressées. Je suis également sensible aux sacrifices que les soldats sont prêts à faire pour assurer notre protection et la défense de nos idéaux républicains et en tant que médecin je souhaitais contribuer aux efforts du Service de Santé pour soigner les militaires blessés.

**JF : Pourquoi avoir choisi l'HIA Percy ?**

**SC :** Lors de ma rencontre avec les anesthésistes militaires au congrès de la SFAR, mes collègues d'active m'ont fortement incité à m'engager en HIA, mon métier d'anesthésiste étant peu adapté à la pratique médicale

en unité mais beaucoup plus aux besoins des HIA au bloc ou en réanimation. Ayant de la famille en région parisienne, notamment à Clamart, j'avais de bons échos de l'HIA Percy et après m'être renseigné, le plateau technique de Percy, et son rôle important dans la prise en charge des blessés en OPEX m'ont convaincu que c'était l'endroit où je souhaitais travailler. J'ai alors pris contact avec le médecin chef des services Lenoir qui dirigeait l'anesthésie à Percy à l'époque et son accueil chaleureux et bienveillant a permis la signature de mon contrat d'engagement à servir dans la réserve (ESR).

**JF : Avez-vous rencontré des difficultés pour vous engager et en rencontrez-vous encore pour réaliser vos périodes de réserve ?**

**SC :** Je dois effectivement avouer qu'il n'a pas été simple de devenir réserviste ! Tout d'abord la constitution de mon dossier a pris du temps et a posé plusieurs problèmes : je suis domicilié dans la Vienne qui est sur la zone de défense de Bordeaux, mais travaille en HIA (et pas en unité) en région parisienne, qui dépend de Saint-Germain-en-Laye. Ceci a nécessité la constitution d'un premier dossier avec Saint-Germain qui a ensuite été transféré à Bordeaux et enfin qui a été définitivement et exclusivement géré par Saint-Germain. La finalisation de mon dossier a nécessité plus d'un an et ne connaissant à l'époque pas les associations de réservistes, ni de réserviste santé au sein de mon établissement j'ai trouvé qu'il fallait être particulièrement motivé pour s'engager.

Mon employeur civil a toujours accepté avec intérêt ma condition de réserviste militaire et il n'y a pas eu d'obstacle administratif à la signature de mon contrat ni pour l'acceptation de mes jours de réserve. La seule contrainte, mais c'est la plus importante, est qu'il ne faut pas que mes absences empêchent le fonctionnement de mon service civil et aux vues de la démographie médicale actuelle, en particulier en anesthésie, il m'est difficile de faire plus de 10 jours de réserve par an en ce moment. La réserve militaire reste encore mal connue du monde civil, en tout cas dans mon hôpital, probablement aussi par l'absence d'HIA en Poitou-Charentes, ce qui ne facilite pas les échanges entre milieu civil et militaire; malgré les rapprochements occasionnés par la formation à la prise en charge d'afflux massifs de blessés organisée suite aux attentats terroristes récents.

Enfin, un mot sur l'aspect financier pour préciser que la rémunération reste peu intéressante par rapport aux remplacements dans le secteur privé (non accessibles aux PH temps plein titulaires), ceci étant contre-balançé bien évidemment par l'intérêt professionnel. Pour ma part, l'engagement à servir au sein du Service de Santé des Armées répond à une vraie motivation idéologique et l'aspect financier est donc secondaire même s'il ne peut pas être ignoré.

**JF : Quel est votre rôle au sein de la réserve et qu'en tirez-vous comme bénéfices ?**

**SC :** Je suis employé la plupart du temps en tant qu'anesthésiste au sein du bloc opératoire de Percy. Je travaille dans différents secteurs d'anesthésie (orthopédie, viscéral, thoracique, ORL, ophtalmologie, gastro-entérologie, neurochirurgie...) et j'ai pu à plusieurs reprises participer à la prise en charge de blessés graves rapatriés des théâtres d'opérations extérieures. C'est particulièrement formateur dans la pratique et dans l'analyse de ce qui est fait sur place ainsi que de la coordination des différentes équipes médicales, souvent internationales. J'en tire beaucoup d'expériences et j'apprécie particulièrement la très forte implication de l'ensemble du personnel (médical, paramédical, administratif...) lors des prises en charge de soldats tombés au combat. Je trouve très motivant et rassurant de constater tous les efforts qui sont déployés pour rapatrier au plus vite et pour soigner au mieux ces soldats blessés.

J'ai par ailleurs eu l'occasion de participer à un CENTAC comme soutien santé réel avec le régiment de Poitiers (Régiment d'Infanterie Chars de Marine : RICM), ce qui était très différent de la pratique hospitalière et m'a permis de mieux comprendre le fonctionnement des unités combattantes de l'Armée de Terre sur le terrain.

La découverte de certaines procédures, techniques ou matériels spécifiques du Service de Santé des Armées (comme le plasma cryo-desséché, les garrots tourniquets ou les pansements israéliens...) est également un plus pour ma pratique professionnelle civile. Les échanges avec mes collègues d'active se font dans les deux sens et je trouve très enrichissant ce partage d'expériences mutuelles.

Enfin, la réserve m'a permis de rencontrer des personnes souvent très accueillantes et de me faire de vrais amis, ce que je n'attendais pas forcément.

**JF : Que pourriez-vous dire en conclusion sur votre expérience au sein du Service de Santé des Armées ?**

**SC :** En conclusion, je trouve que la réserve militaire est une excellente manière de s'engager véritablement aux côtés des forces armées tout en gardant son lien avec le milieu civil. Elle est l'occasion de rencontres très enrichissantes humainement et professionnellement et reste assez souple dans sa réalisation, le départ en OPEX, par exemple, étant possible mais sur la base du volontariat, ce qui permet à chacun de rester maître de ses objectifs personnels et de son emploi du temps.

Enfin, je trouve que la réserve opérationnelle est une excellente occasion de renforcer le lien entre le monde civil, et notamment le service public, et les armées, afin qu'ils se connaissent mieux et, pourquoi pas, qu'ils développent des partenariats plus nombreux, notamment dans le milieu de la santé.

**JF :** Merci pour cet entretien.

**SC :** Merci à vous.

# BONUS 17 : EXEMPLE D'EXERCICE EN ÉTAT-MAJOR

J.-J. LEHOT<sup>1</sup>, S. ITOUA<sup>2</sup>

Des exercices d'État-major sont régulièrement organisés au profit des forces armées des pays de l'OTAN. La possibilité d'occuper des postes au sein de ces États-majors est de plus en plus proposée aux réservistes de ces pays. La France y participe avec le Corps de Réaction Rapide-France (CRR-FR), seul état-major français de niveau Corps d'Armée certifié OTAN. Le Service de Santé des Armées (SSA), est systématiquement représenté au sein de la fonction logistique dont il fait partie. Cet article s'adresse aux jeunes réservistes du SSA et du Service du Commissariat des Armées (SCA) pour leur faire découvrir cette activité.

## 1. OBJECTIF DE CET ARTICLE

Donner des éléments d'information simples sur les postes en État-major. Ces éléments peuvent varier d'un exercice à l'autre, en fonction du niveau considéré (Régiment, Brigade, Division ou Corps d'Armée). Pour la suite de l'article, nous utiliserons les dénominations OTAN.

## 2. EXERCICE BONUS 2017

En décembre 2017 a été organisé l'exercice BONUS 2017. Exercice OTAN du niveau Corps d'Armée, il a mobilisé 513 personnels pendant 2 semaines sur 2 sites : à MAILLY Le Camp (France) et au Joint Force Training Center de BYDGOSZCZ (Pologne, Photo de couverture). A BYDGOSZCZ, la majorité des pays de l'OTAN était représentée dont la France avec 363 militaires d'active et de réserve. Sur les 81 réservistes présents, il y avait 60 réservistes français et 15 de la Garde Nationale des États-Unis. Le SSA était représenté par 13 personnels. A Mailly-Le-Camp, environ 300 personnes participaient à l'exercice. La langue de travail était l'anglais.

Le thème tactique de l'exercice était une intervention des forces de l'OTAN dans un pays en crise, suite à des affrontements et des massacres ethniques. Pour contrer le risque de guerre civile et de partition du pays, le gouvernement local faisait appel à l'OTAN pour rétablir l'ordre et la sécurité sur son territoire. Sans cela l'équilibre géostratégique et économique de la région entière risquait d'être détruit...

L'exercice concernait les activités d'un état-major du niveau Corps d'Armée, contenant deux Divisions (l'une américaine, l'autre française). Les activités des Divisions n'étaient pas « jouées » sur le terrain, mais donnaient la matière à l'exercice. Une équipe d'animation créait des événements et les « injectait » (les diffusait) pour permettre à l'état-major d'agir et de réagir. La complexité des communications dans cet environnement international et interarmées conditionnait l'exercice.

## 3. ORGANISATION GÉNÉRALE DES ÉTATS-MAJORS

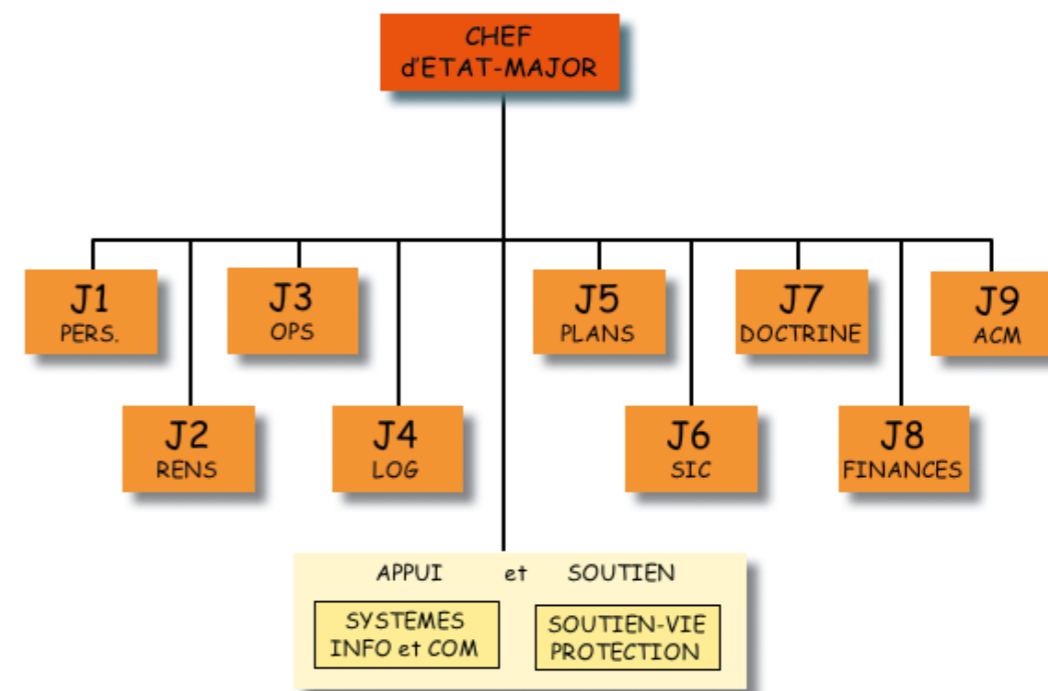
Les fonctions opérationnelles et logistiques sont coordonnées à différents niveaux (fig.1). Dans l'exercice, deux unités opérationnelles distinctes sont formées : tactique le JTF (*Joint Task Force*) et logistique, le JLSG (*Joint Logistic Support Group*). Le JTF n'ayant pas de support logistique, c'est le JLSG qui assure le soutien logistique de la Division.

Au sein des états-majors opérationnels, il y a des Centres Opérationnels (CO, fig. 2) dont la composition est adaptée. Par exemple, il n'y aura pas de cellule 2D (Génie terrain), 3D (gestion des mouvements aériens : ALAT, armée de l'Air, mais aussi artillerie), ou 4D (Systèmes d'Information et de Communication) au sein du CO logistique, mais des personnels issus de la spécialité, chargés de faire la liaison avec les unités déployées sur le terrain et de coordonner les opérations.

## 4. ACTIVITÉS DU SSA EN ÉTAT-MAJOR

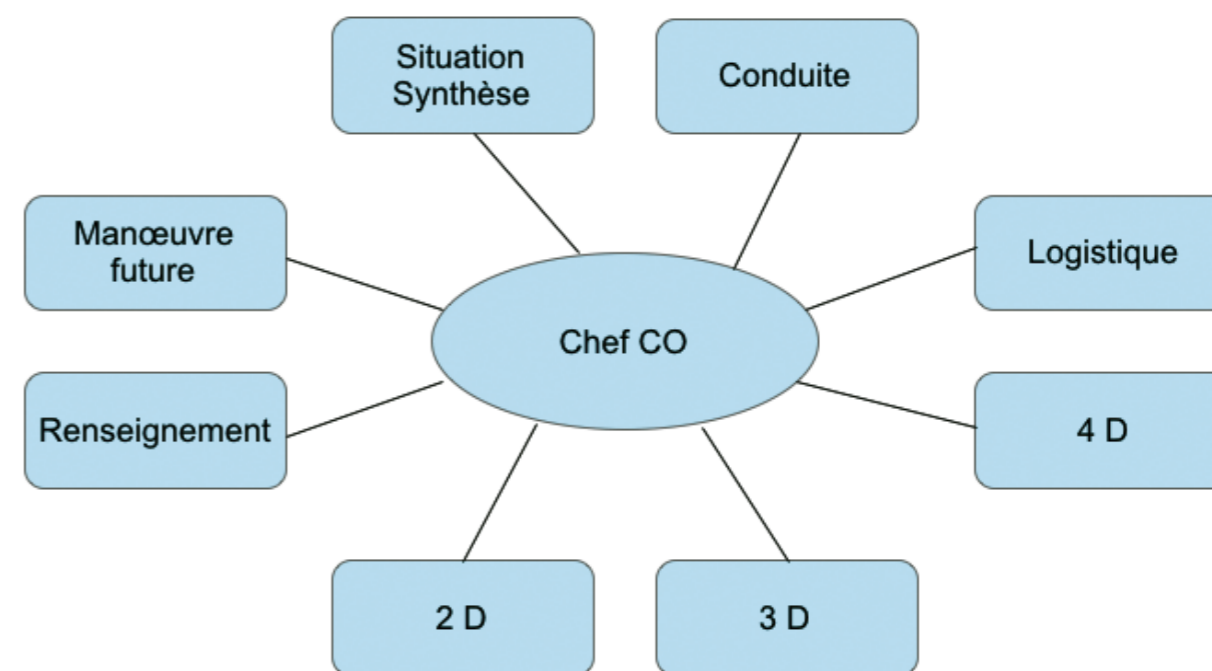
Les activités du SSA font partie de la fonction logistique. Au niveau de l'état-major, il s'agira d'organiser et de planifier le soutien médical des actions de la force, en rapport avec les autres fonctions opérationnelles ou logistiques. Le Général Commandant la Force prend avis auprès de son conseiller « Santé » (MEDAD, pour *Medical Advisor*) pour tous les mouvements tactiques opérationnels ayant besoin d'un soutien médical. Rares sont les mouvements tactiques qui s'opèrent sans le soutien d'une Unité Médicale de l'Avant (UMA). Par exemple, aucun convoi de ravitaillement logistique ne partira sans un élément de soutien médical intégré au dispositif.

Figure 1 : Organisation des États-Majors.



J1 : ressources humaines, J2 : renseignements, J3 : opérations (dont les évacuations sanitaires, gérées par le PECC (Patient Evacuation Center), J4 : Logistique (mouvements et maintenance, SSA, J5 : Planification, J6 : Transmission, J7 : Préparation des forces, J8 : Finances, J9 : CIMIC (actions civilo-militaires).

Figure 2 : Organisation d'un Centre Opérationnel (CO).



2D : Génie terrain ; 3D : Gestion des mouvements aériens ; 4D : Système d'information et de communication.



L'organisation des évacuations des blessés constitue une grande part du travail en état-major. Les évacuations sont gérées par une cellule autonome au sein du JOC (*Joint Operation Center*) : le *Patient Evacuation Coordination Center* (PECC). Cette cellule organise l'évacuation des blessés en fonction des moyens disponibles (aériens ou terrestres), de la gravité, du nombre, de leur localisation, des capacités des UMA déployées sur le terrain,...

Le SSA organise également le soutien médical des personnels de la force (les soins courants, la prévention). Des rapports sur l'état opérationnel et logistique des UMA sont régulièrement émis et analysés : taux d'occupation, état des stocks, adéquation du dispositif déployé,.... Deux types de rapport sont envoyés :

- quotidiens : MEDSITREP (*Medical Situation Report*) : situation médicale de la formation de santé.
- hebdomadaires : MEDASSESREP (*Medical Assessment Report*) : avis du chef de la formation sur la situation médicale, et EPINATO (message épidémiologique hebdomadaire OTAN)

Par ailleurs, des études concernant d'autres missions de soutien indirect peuvent être demandées par le commandement : possibilité de fournir un soutien ponctuel ou d'assurer la gestion de camps de réfugiés, aide médicale aux populations déplacées,...

## 5. MISSIONS DU SSA

### 5.1. GESTION DES UNITÉS MÉDICALES DE L'AVANT

La mission du SSA étant d'assurer le soutien médical des forces, le dispositif déployé sur le terrain comprend les différents types de *Medical Treatment Facilities* (MTF) :

- Rôles 1 (Postes de secours) au niveau des Régiments,
- Rôles 2 (Antennes Chirurgicales)
- Rôles 3 (Groupements Médico-chirurgicaux), au niveau des Brigades et des Divisions,
- Unité de Décontamination Chimique (ou *Chemical Decontamination Unit*), déployée en présence de menaces ou d'événement NRBC,
- Unité de Distribution de Produits de Santé (ou *Medical Supply Distribution Unit*),
- CSU (*Casualty Staging Unit*), qui permet de regrouper les patients avant leur évacuation.

Les Rôles 4 sont les hôpitaux d'infrastructure, en métropole.

Les capacités des UMA françaises en terme de lits (ICU, *intensive care unit* et OB, *ordinary beds*) sont :

	ICU	OB
RÔLE 1	Premiers soins au niveau des unités élémentaires (nombre de lits variable)	
RÔLE 2 <i>basic</i>	2	10
RÔLE 2 <i>enhanced</i>	6	24
RÔLE 3	22	38
CSU	6	25

### 5.2. ORGANISATION DES ÉVACUATIONS SANITAIRES :

Les différents types d'évacuation sanitaires sont :

- FWD MEDEVAC (*Forward Medical Evacuation*) : évacuations médicales de l'avant,
- TACEVAC (*Tactical Evacuation*) : évacuations tactiques sur le théâtre,
- STRATEVAC (*Stratevac Evacuation*) : rapatriement hors du théâtre.

Les moyens d'évacuation routière (VAB SAN pour Véhicule de l'Avant Blindé Santé, ou AA pour *Armoured Ambulance*), sont utilisés au niveau régimentaire pour le ramassage et les transports des blessés jusqu'aux Rôles 1. Les vecteurs d'évacuation aérienne, gérés au niveau de la Division : hélicoptères (RW, *Rotary Wings*) ou avions (FW, *Fixed Wings*) sont également déployés sur le théâtre d'opération. Ces derniers sont généralement réservés aux évacuations secondaires jusqu'aux Rôles 2 ou Rôles 3.

### 5.3. LA MESSAGERIE OPÉRATIONNELLE CONSTITUE UNE GRANDE PART DE LA CHARGE DE TRAVAIL DE L'EXERCICE AU QUOTIDIEN.

- Le 9-line est le message simplifié de demande d'évacuation primaire d'un blessé (d'un Rôle 1 vers un Rôle 2 ou 3). Il précise la localisation et décrit l'état initial du blessé.
- Le PMR (*Patient Movement Request*) est la demande d'évacuation secondaire d'un blessé ; ce message détaille l'état du patient et le matériel nécessaire pour l'évacuation.

### 5.4. POINTS DE SITUATION :

La diffusion de l'information au sein des cellules de travail est très importante. Des points de situation sont régulièrement organisés :

- Conférence régulières : SSAB (*Situational Staff Awareness Briefing*), CAT (*Crisis Action Team*) : groupe de réponse à une crise,...
- Media Training avec moyens vidéo réalisés par des professionnels de la communication pour alimenter des *news* du SSAB (fabrication quotidienne d'un journal écrit, d'un journal télévisé, réalisation d'interviews...).

## 6. CONCLUSION

Le SSA joue un rôle logistique et opérationnel de premier plan dans la planification et la conduite des opérations. Ce rôle obéit à des règles strictes faisant appel à une sémantique précise. Cet apprentissage est proposé aux différentes professions du SSA et du SCA : médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, commissaires, paramédicaux,...

## 7. RENSEIGNEMENTS PRATIQUES

Les réservistes intéressés peuvent prendre contact avec le bureau Santé du COMLOG (Lille) :  
 MC O. GUEYE : olivier.gueye@intradef.gouv.fr  
 Major L. CUVIT : 03 28 38 35 40  
 Sergent-Chef C. COLY : 03 28 38 28 40

# JOURNÉE NATIONALE D'INSTRUCTION DES DENTISTES DE RÉSERVE

## PARIS 2 DÉCEMBRE 2017

D. MORGAND<sup>1</sup>, J.-P. FOGEL<sup>2</sup>

Cette année encore, dans le cadre du congrès de l'Association dentaire française (ADF), la fédération nationale des chirurgiens-dentistes de réserve (FNCDR) a organisé sa journée nationale d'instruction, le 2 décembre 2017, au Palais des congrès de Paris. L'occasion de montrer la vitalité de la Réserve dentaire du SSA.

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

La journée nationale d'instruction des réserves du SSA a réuni près de 130 réservistes et militaires d'active du Service.

Le président de la FNCDR, le chirurgien-dentiste chef des services<sup>®</sup> Jean-Pierre FOGEL a ouvert la session scientifique en saluant le représentant de la directrice centrale du SSA, le Médecin Général Inspecteur Philippe ROUANET de BERCHOUX, et en soulignant la contribution des chirurgiens-dentistes de réserve au soutien des armées, aux côtés de leurs camarades d'active.

Le CDC Franck DENHEZ, chef du Service d'odontologie HIA PERCY nous a fait une présentation sur « l'utilisation des implants : de la dent à l'épithèse ». Il nous a montré les différentes manières d'utiliser les implants :

- De façon classique afin de reconstruire des éléments prothétiques intra buccaux, suite à des traumatismes,

- Chez le chien militaire, pour contribuer à la réhabilitation du mordant afin de lui rétablir les canines (cros) fracturées,
- et enfin l'utilisation d'implants courts en support d'épithèses dans le cas de remplacement du pavillon de l'oreille.

Le CDC<sup>®</sup> Luc GERVAIS adjoint au responsable SeRFReM à la DRSSA de Toulon, nous a présenté le parcours de formation du réserviste du SSA avec les différents modules à effectuer depuis la signature de l'ESR jusqu'à sa projection possible en Opex.

Le CDC<sup>®</sup> Philippe GATEAU (AM de Villacoublay) et le CDC<sup>®</sup> Philippe CLIN (AM de Tarbes) nous ont fait une rétrospective de leurs différentes et nombreuses missions OPEX et MCD de 2004 à nos jours.

Le CDC<sup>®</sup> Jean-Michel COURBIER (Pôle Écoles Méditerranée Saint-Mandrier - CMA Toulon) nous a présenté sa mission sur le PA Charles de Gaulle dans le cadre de l'opération Chammal, dont vous trouverez un compte rendu complet dans Actu Gorssa.

Le CDC Bertrand FENISTEIN, coordonnateur national pour l'odontologie dans les armées, a présenté les visions stratégiques de l'organisation de l'odontologie dans les armées. Le MC Denis MORGAND, délégué aux réserves pour le SSA a évoqué l'évolution de la réserve du service santé des armées et nous a présenté la nouvelle gestion des réserves qui entrera en vigueur en 2018.



<sup>1</sup> MC DCSSA Bureau Réserves  
<sup>2</sup> CDCS<sup>®</sup> GORSSA, Président FNCDR

# LA JOURNÉE RÉGIONALE D'INSTRUCTION DU GORSSA DE LYON

J. GELAS<sup>1</sup>, A. CUMINAL<sup>1</sup> - CRÉDIT PHOTO : M.-A. NAU<sup>2</sup>, J. GELAS<sup>1</sup>



MCSN<sup>®</sup> LEHOT

Le 25 novembre dernier s'est tenue dans l'amphithéâtre DORLEANS, sur le camp militaire de la Valbonne, la Journée d'Instruction du GORSSA de Lyon. Cette manifestation a regroupé le personnel investi dans les associations locales du GORSSA (UNMR, FNCDR, FNPR, UNVR, ANORSCA et ANMITHRA).

Après un café de rigueur, les associations locales ont tenu leurs Assemblées Générales en petits groupes. Suite à ce temps de travail, le MCS<sup>®</sup> Jean-Jacques LEHOT, Président du GORSSA régional, de la section locale de l'UNMR, et organisateur de cette journée a adressé quelques mots de bienvenue en rappelant le rôle et les noms des coordonnateurs de la réserve. Notons que le PHCS<sup>®</sup> Jean-Claude SCHALBER est nommé Coordonnateur Central et est en charge de dynamiser ce réseau national.



MCSH<sup>®</sup> SAUVAGEON

Il a également explicité les attributions des différents organismes interlocuteurs des réservistes : Le CeRFAR (Centre de MCS<sup>®</sup> LEHOT Rayonnement et de Formation du personnel d'active et de Réserve du Service de Santé des Armées), les SeRFReM (Section de Recrutement et de Formation des Réservistes Militaires) et les formations d'emploi (CMA, HIA, CeFOS, RMED,...). Les réservistes auront à cœur de montrer leur résilience et leur adaptabilité face à ces nombreux changements. L'accent est également mis sur le nécessaire recrutement de jeunes réservistes, en particulier infirmiers et médecins.

Le MCS<sup>®</sup> LEHOT a cédé la parole au MCS<sup>®</sup> Xavier SAUVAGEON, Président national du GORSSA et de l'UNMR qui nous a fait l'honneur de participer à nos travaux.

Le Plan SSA 2020 et le Plan Réserve 2019 ont été abordés par le Président ainsi que la refonte de la revue Actu GORSSA et du site internet du GORSSA. Il a tenu à saluer les actions de collaboration du SSA dans les opérations liées aux attentats et le rôle important des femmes et des hommes qui œuvrent au quotidien pour la sécurité intérieure et la souveraineté nationale.

Suite à une intervention du Vice-Président de l'Association des Officiers de Réserve de l'Ain (AORA), le PHC<sup>®</sup> Michel DALEGRE, le MCS<sup>®</sup> SAUVAGEON a exprimé le souhait de voir de GORSSA mieux représenté au sein de l'UNOR. Il a profité de sa prise de parole pour nous annoncer la tenue des Journées Nationales du GORSSA 2018 qui auront lieu les 18 et 19 mai prochains à Toulouse. Comme l'an dernier à Marseille, des coups de soleil sont à prévoir. L'ISG2G<sup>®</sup> Elisabeth DE MOULINS DE ROCHEFORT, Présidente de l'ANMITHRA nous a également fait le plaisir de se joindre à nous pour montrer tout le poids qu'a le corps des paramédicaux dans la Réserve Opérationnelle du SSA.

Fière de son appartenance au GORSSA, elle promeut ce groupement qui est le lien indéfectible entre la Direction Centrale du SSA et les réservistes. Le tout est plus fort que la somme des parties et le GORSSA permet aux 6 associations de s'exprimer d'une seule voix.

S'en est suivi un moment de recueillement nous permettant de rendre hommage à 2 de nos camarades partis rejoindre nos anciens. Nous avons observé une minute de silence à la mémoire du MC<sup>®</sup> Claude AMOUROUX et du MAJ<sup>®</sup> Gilles PASQUIER, l'occasion pour chacun de se souvenir d'un instant passé en compagnie de ces vrais bons camarades. L'émotion témoignant de l'empreinte sur l'institution laissée par l'un et l'autre.

Les chaleureuses félicitations de l'assistance ont été adressées au MP<sup>®</sup> Géraldine PINA-JOMIR pour le Prix Armée Jeunesse remporté par la SeRFReM et la DRSSA de Lyon l'année de sa fermeture, et qui a permis de redonner le moral aux troupes. Co-Présidente de la SeRFReM de Lyon, le MP<sup>®</sup> Géraldine PINA-JOMIR a présenté le programme de l'année à venir : formations médico-militaires, Journée Nationale des



CDC<sup>®</sup> CUMINAL, CDT<sup>®</sup> DUZAN et CR1 RAVELLO

Réserves, Formations Initiales de Réserve (FMIR) et le Pôle Recrutement ont été abordés par notre camarade. Cette journée a alors été l'occasion de découvrir un métier au travers le RETEX du CDT<sup>®</sup> Alexandre DUZAN. Ce brillant conférencier est réserviste opérationnel depuis 2 ans et a eu la chance de partir pour 15 opérations courtes afin de mettre à profit sa formation civile d'hydrogéologue.

La chaîne de l'eau, point de vulnérabilité possible, représente une empreinte logistique importante : 120 k€/jour ont par exemple été dépensés en entrée de théâtre pour l'opération SERVAL.

Cet officier nous a démontré tout l'intérêt des fonctions supports qui sont primordiales au soutien des troupes en détaillant son rôle dans la production des eaux souterraines lors des OPEX.

Par la suite, le CR1<sup>®</sup> Frédéric RAVELLO en a profité pour nous faire le bilan de la FSOR 2017 (Formation Santé Opérationnelle Réserve). Nous avons consacré un article à la FSOR dans une édition précédente d'Actu GORSSA.

8 sessions ont été réalisées avec une moyenne de 22 PAX par week-end et les projets pour 2018 vont dans le sens d'une plus grande mise en situation terrain des concepts théoriques développés en amphithéâtre.

Nous avons appris depuis, que le CR1<sup>®</sup> RAVELLO passait la main au CR1<sup>®</sup> Renaud POUCHERET pour l'organisation de cette activité. Les réservistes de la région ne manqueront pas de remercier vivement l'implication du premier et de souhaiter bon courage au second.

Avant de clore cette matinée, cette réunion a été le théâtre de 2 visites officielles qui montrent l'intérêt du service actif pour la réserve opérationnelle.

En effet, le MC Sophie NOVEL, nouvellement nommée chef de Corps du CeFOS (Centre de Formation Opérationnelle Santé) a rejoint les débats pour nous rappeler les missions de formation et de préparation OPEX du CeFOS. Cette formation est également profitable aux réservistes puisque c'est sous l'égide de l'École du Val-de-Grâce que le CeFOS dispense la FRAOS (Formation Réserve Aguerissement opérationnelle Santé) qui rappelons-le se tiendra au Camp Militaire de la Valbonne du 23 au 29 juin 2018.



MC NOVEL et MCS<sup>®</sup> SAUVAGEON  
Don de l'insigne de la DRSSA de Lyon



MC CASSIAU et MCS® LEHOT  
Remise des timbres Garde Nationale



LT® PARIS et ISG1 FAYOLLE  
Atelier Voies Veineuses Périphériques



MC LABORDE

Le MC NOVEL a marqué un temps fort dans cette journée en offrant au GORSSA par l'entremise de son Président le MCS® SAUVAGEON sa pucelle personnelle de la DRSSA de Lyon (Direction Régionale du SSA de Lyon). Ce geste scelle une fois de plus l'amitié entre l'active et la réserve.

Le deuxième intervenant représentant n'était autre que le chef de Corps du RMED (Régiment Médical), le MC Hervé CASSIAU.

Notre hôte tenait à nous présenter les missions de l'unique régiment dédié Santé de l'Armée de Terre, dont la principale mission est le soutien médical des forces en opérations. Il nous a montré les chiffres de projection de son personnel et a convenu qu'il subissait beaucoup de pression opérationnelle bien qu'étant renforcé par des réservistes de qualité sur de nombreuses activités (Sentinelle, Etat-Major, OPEX,...).

Le MCS® LEHOT a remis au MC CASSIAU ainsi qu'à tous les intervenants un collecteur de 10 timbres à l'effigie de la Garde Nationale édité pour fêter le premier anniversaire de sa création. Un bon moyen pour que le Chef de Corps se souvienne de son passage parmi nous.

La pause méridienne bienvenue nous a conduit à l'extérieur du camp pour un moment de convivialité avant de reprendre les débats.

Les congressistes ont eu le choix entre 2 thèmes.

Le MC Thomas LABORDE de l'École de Santé des Armées a abordé dans un exposé passionné les pathologies infectieuses en OPEX tant sur un point de vue logistique qu'opérationnel. En s'appuyant sur l'exemple du péril fécal, il nous a prouvé que la simple consommation d'un fruit lavé à l'eau locale pouvait désorganiser pendant plusieurs jours une opération militaire en OPEX. D'un autre côté, certains réservistes ont participé à un atelier pratique animé par le MCS® Jean-Jacques LEHOT et le LT® Benoit PARIS. Grâce au matériel apporté, ils ont pu revoir la pose d'une voie veineuse périphérique et expérimenter la voie intra-osseuse par l'intermédiaire du BIG (Bone Injection Gun) qui est utile quand la première méthode est impossible.

La fin de la journée a permis de faire le pont entre les jeunes et les anciens puisque le LT® PARIS a présenté un RETEX sur ses démarches pour devenir réserviste et nous a brièvement présenté son parcours déjà bien rempli au vu de son jeune âge. C'est ensuite le MC(H) André MORIN, Président du Cercle Ambroise Paré qui a exposé avec sa verve habituelle le rôle de son association. Le Cercle Ambroise Paré réunit des anciens des HMC (Hôpitaux Militaires de Campagne) et surtout du 2ème Régiment Médical (régiment de réserve de 1997 à 2007). Vecteur de lien, le Cercle permet aux anciens de garder un contact avec l'institution et de faire perdurer l'esprit de cohésion entre les membres. En appuyant son propos avec des images d'archives vidéo, le MCS(H) Jean-Pierre PINATON, ancien Chef de Corps du 2°RMED accompagné du MAJ(H) Jean-Paul GANDIGLIO, a évoqué le 20<sup>ème</sup> anniversaire de la création du 2°RMED en nous rappelant l'historique du Régiment.

Outre les remerciements aux intervenants de cette journée, nous saluons très respectueusement le MC Hervé CASSIAU pour son accueil au sein du Camp Militaire de la Valbonne et le MCS® Jean-Jacques LEHOT pour l'organisation de ce moment de retrouvaille et de camaraderie.

# DEUX CENT JOURS DE RÉSERVE POUR EBOLA

G. MANET<sup>1</sup>

*L'épidémie d'EBOLA qui s'est déroulée en 2014 et 2015 en Afrique de l'Ouest a marqué les esprits au niveau mondial. Cet article décrit l'implication d'un réserviste épidémiologiste dans le dispositif mis en place par le SSA.*

Mon poste ESR habituel est double :

- analyste au service Veille et Anticipation du Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées (CESPA),
- épidémiologiste expert auprès du groupe spécialisé du bureau vétérinaire de la DCSSA.

Dans ce cadre, le travail consiste à assurer une veille quotidienne sur les événements sanitaires internationaux pouvant intéresser le SSA et à les analyser au sein d'une équipe dédiée.

Dès le signalement local des événements liés à EBOLA en 2014, le service a commencé à alimenter une main courante dans les différents domaines concernés et à établir des fiches de synthèse à destination de la DCSSA, de l'EMO et des experts concernés. Il a été très rapidement confirmé qu'il s'agissait d'un virus classique et que la mortalité dépendrait de la médicalisation de la prise en charge, particulièrement de sa précocité.

La possibilité de devoir monter un centre militaire de traitement est apparue très tôt en parallèle de l'activation des services hospitaliers dédiés dans les HIA<sup>2</sup>. En début d'été, il m'a été demandé d'expertiser les projets, avec un regard vétérinaire, en mettant à profit une double spécialisation en épidémiologie et en biologie (mon métier dans le civil).

En septembre, l'affaire de la contamination de l'infirmière traitant un malade rapatrié en Espagne fait surgir une question inédite : quid des chiens dans les foyers ?

Le bureau vétérinaire de la DCSSA demande alors un avis, orienté vers deux objectifs : les chiens militaires et les chiens trouvés sur place dans les foyers ou en tant que mascotte. Cette demande tombe en même temps que le deuxième cas aux Etats-Unis. Je m'étais préalablement saisi de la question au titre de la veille-anticipation, constatant qu'il n'existait rien de tangible dans les bases de données. La réponse (inventaire des données, analyse du risque) est fournie en deux jours pour la version brève, avec une extension le 12 octobre 2014.

Dans la foulée, une fiche est rédigée sur le risque de toxo-infection alimentaire collective lié à EBOLA.

Ces fiches donneront lieu à des documents ZODOC

de la base de données vétérinaires (n°29 à 31)<sup>3</sup> et des posters présentés lors des quatrième journées du comité international de médecine militaire<sup>4</sup>.

La décision d'armer un centre de traitement EBOLA (CTE) étant prise en fin d'été, je suis interrogé sur ma disponibilité en début d'année suivante, pour assurer les suivis des militaires revenus de la zone épidémique : que ce soit dans le cadre de TAMARIN (nom de l'opération du CTE), des missions de coopération ou d'inspection. Cela se concrétisera par six mois de présence au CESPA, de février à août 2015.

Afin de prévenir l'introduction du virus en métropole par des expatriés, deux solutions sont envisageables : une quarantaine de trois semaines ou un suivi médical continu pour détecter précocement les symptômes avant une excréation sévère. C'est cette deuxième voie qui est retenue : elle permet d'éviter trois semaines supplémentaires de mission et le besoin d'une infrastructure particulière, surtout pour les civils. Afin d'assurer la cohérence du système national tout en maintenant la responsabilité du commandement vis-à-vis de la santé des militaires, les tâches sont réparties entre les deux autorités : les ARS (agence régionale de santé) font l'évaluation de l'exposition à la descente de l'avion et le SSA assure ensuite le suivi des personnels pendant vingt et un jours. Cette mission est confiée au CESPA.

Le dispositif organisé pour prévenir l'introduction du virus prend en charge les militaires depuis leur formation avant le départ en mission (conjointement à la formation sur la maladie, les mesures barrières, les techniques de diagnostic et de traitement), jusqu'à la clôture formelle du suivi avec inscription dans le dossier du militaire, en passant par un encadrement et une assistance sur place.

Le CESPA met en place une équipe de spécialistes en santé publique qui vont accompagner à tour de rôle chacun des détachements (Cf. figure 1), assurant les missions de formation, de surveillance et d'hygiène en plus de leurs missions habituelles en OPEX.

Un coordinateur basé au CESPA centralise les données recueillies par les épidémiologistes des détachements, assure les contacts permanents avec les personnels rentrés en métropole, coordonne les relations entre les autorités militaires et civiles. Il produit trois fois par

<sup>1</sup> VC®, CESPA, GTEA, ERSa de Marseille, Président UNVR Grand Ouest.

<sup>2</sup> Numéro spécial médecine et armée 2016 (44)2 p99-204

<sup>3</sup> G. MANET et J.L. MARIE, 2015, Animaux familiers dans les foyers de fièvre EBOLA. ActuGorssa 6-2, p.17-20

<sup>4</sup> G. MANET 2016, Un réserviste au Comité International de Médecine Militaire ; ActuGorssa, 7-3, p.18-19

semaine les bulletins de synthèse (Cf. figure 2) destinés aux différentes autorités (mardi pour DCSSA et EMA, mercredi pour la direction générale de la santé, vendredi pour la rétro-information par le Bulletin épidémiologique des Armées).

Les principaux objectifs sont de :

1. s'assurer de la motivation des militaires à effectuer correctement le suivi ;
2. informer les autorités civiles et militaires sur le bon déroulement des opérations ;
3. récupérer les informations en cas de suspicion et s'assurer d'une prise en charge ad-hoc ;
4. conseiller et rassurer les familles ;
5. rassurer les employeurs sur les capacités des militaires de retour à reprendre leur poste.

J'ai assuré ce rôle de coordonnateur, en raison de ma connaissance du CESP, du SSA, des réseaux civils et du risque EBOLA. J'étais directement rattaché à la direction du CESP. Cette phase de la mission a duré six mois, le temps de l'opération Tamarin. Cela a également permis de ne pas grever le budget humain des spécialistes du service et de continuer à assurer les missions habituelles.

### DÉROULÉ DE LA MISSION

En arrivant sur place, le premier travail est de rédiger les procédures, ce type de suivi post-mission n'ayant jamais été mis en place. Une fois validé, les procédures sont transmises au ministère de la santé et à toutes les ARS. Ma mission est présentée aux comités opérationnels civils et militaires, aux DRSSA, aux cellules de veille sanitaires des ARS. Les versions les plus récentes des documents d'information et d'enregistrement des températures sont également validées pour les communiquer à notre représentant auprès du DIRMED de Tamarin. Un document de référence de type FAQ est établi pour répondre par anticipation aux questions de tous les interlocuteurs pour les scénarios courants.

Les retours ayant souvent lieu les jours fériés et les week-ends, il faut assurer une bonne disponibilité : les messages de suivi systématique s'enchaînent à délais fixes, se croisant d'un retour à l'autre (trois messages collectifs par groupe, plus les messages en cas d'incident). Pour ceux qui n'ont pas de messagerie annoncée, les contacts sont individuels par téléphone, ce qui permet de juger du moral des militaires de retour et de l'acceptabilité du dispositif mis en place.

**Par la suite, il faudra assurer les retours d'expérience, la rédaction des articles de synthèse\*\*\*\*, faire la formation et les conférences et reprendre la veille sur la prochaine épidémie d'EBOLA (deux, plus les trois résurgences dans la zone d'origine).**

Bien entendu, la mission ne suspend pas le travail de routine pour le service veille et anticipation ou le service vétérinaire des armées... Et dans les moments de creux, un appui au service de surveillance et

investigations (une toxi-infection alimentaire collective en plein été, saisie des fiches de déclaration à la SEA - *Surveillance épidémiologique dans les armées, message épidémiologique hebdomadaire* -).

Mon arrivée ne pose pas de problème d'organisation : mes missions au CESP sont bien rodées même si, cette fois, j'arrive de Rennes en voiture et non plus en train. Le fait que la mission ait été envisagée dès l'automne a permis d'ajuster le nombre prévu de jours d'activité dans les délais. La seule complexité est de découper les six mois de présence en tranches de un à cinq jours pour respecter les règles d'organisation de la DRSSA. Je suis logé et nourri dans le camp. Je rentrerai à Rennes en train un week-end toutes les quatre à six semaines.

Bilan, aucune contamination, quelques cas de gastro-entérite ou d'infection respiratoire aiguë pour les quatre cent dix militaires de tous grades suivis. Tous ont été traités comme des suspicions potentielles.

Le ministère de la santé donnera un satisfecit : le suivi par le SSA a été sa source la plus fiable et la plus régulière sur les retours de la zone EBOLA. Le fait que la mission soit assurée par un vétérinaire n'a soulevé ni remarques ni objections, que ce soit parmi les civils, dans les armes ou au sein du SSA.

Au total, cette mission s'est avérée aussi rythmée qu'une OPEX, même si elle s'est déroulée dans des conditions plus confortables. Elle a nécessité des compétences techniques dans la spécialité, mais également un sens de la communication (savoir parler à toutes les personnes concernées en délivrant les bonnes informations sans omettre le sens de la hiérarchie, militaire et civile), et des qualités humaines (les interlocuteurs sont souvent fatigués et/ou stressés, qu'il s'agisse d'un dragon... ou un MCS hospitalier).

### EXEMPLE DE SUSPICION

Appel du chef de corps du CESP un samedi soir 23h30, alerté par la DCSSA « un militaire a été pris en charge pour suspicion d'EBOLA par le SAMU du département X »

Mise en alerte du médecin de permanence et du coordinateur. Je regagne mon bureau. Par discussion téléphonique avec le médecin de permanence qui a pu rester chez lui, on identifie une liste longue et une liste courte. L'opération est compliquée par le fait que le SAMU en question ne correspond à aucune adresse déclarée par un des militaires en suivi. Les informations que nous présentons parviennent à convaincre le médecin régulateur de nous donner le nom du militaire. Il est bien dans la liste courte. Après, cela va vite, la DRSSA concernée est contactée et avec les bonnes informations peut obtenir qu'un médecin du SSA passe voir le militaire en isolement dès le dimanche matin dans l'unité sécurisée de l'hôpital civil. Elle nous transmettra des informations de première main sur l'état du malade et sa prise en charge. Il reste à remplir les

mains-courantes et rendre compte avant de retourner se coucher. Je peux appeler la famille dans la matinée pour la rassurer et avoir plus de détails sur ce qui c'est passé lors de la prise en charge, puis expliquer ce qui va se passer (l'évaluation est alors favorable d'un point de vue clinique et épidémiologique). Dans l'après-midi du dimanche, je peux rentrer en contact avec le militaire et discuter avec lui. Le lundi matin, je rappelle la famille et le militaire. Il sortira le mardi après deux dépistages négatifs. Bien entendu, on continue à rendre compte régulièrement au sein du CESP et à la DCSSA.

### EXEMPLE D'APPUI ARS

Une ARS me contacte un vendredi soir : pas eu de nouvelles d'un militaire depuis sa descente d'avion quatre jours avant. Je vérifie les adresses et à partir du fichier des emplois et accidents d'exposition je les rassure sur la « non-urgence ». Le militaire n'est pas mort entre temps, ce qui était un des scénarios inquiétants possibles. Je prends contact avec l'antenne médicale (une des rares sans médecin à l'époque) : échanges via la messagerie téléphonique avant de se rencontrer. Unité élémentaire identifiée, fichier de contacts de l'unité vérifié. Son commandant d'unité le joint. Le militaire me téléphone, je lui rappelle « avec fermeté et bienveillance » les consignes. Je vérifie auprès de l'ARS le lendemain : il a bien appelé.

Au total, je serai contacté une vingtaine de fois par les ARS pour retrouver un « perdu de vue » (téléphone perdu dans le train, déchargé en Guinée, détournement par la petite amie, faute de frappe dans les fiches d'identification, etc.).

Les relations seront très bonnes avec les vingt ARS concernées, que nous prendrons l'habitude de pré-alerter lors de chaque retour. Pour des raisons de sécurité militaire, les retours sont enregistrés sur la base gouvernementale au dernier moment par l'épidémiologiste de terrain et l'information n'arrive pas toujours à temps dans les ARS, lors des retours de week-end par exemple. Cela permet également de faire passer des messages sur la vie militaire. L'avion se pose de nuit à Istres avec des militaires originaires de toute la France : inutile de les appeler à dix heures du matin le lendemain pour un interrogatoire téléphonique d'un quart d'heure alors qu'ils regagnent l'ouest du pays...

### BILAN DU SUIVI

Référence : poster bilan CIMM, article Médecine & Armées.

Aucun contaminé malgré environ quatre-vingts accidents d'exposition dont moins de vingt « sérieux ». Trois hospitalisations, un signalement à la cellule d'aide psychologique. Quatre cent dix militaires suivis dont ceux des UIISC, plus les civils de l'EPRUS en termes d'encadrement.

Trente-huit vols de retours vers vingt régions d'origine. Plus de mille cinq cents courriels et quatre cent quarante appels téléphoniques dont trente-six pour cent en dehors des heures de travail (huit à dix-huit heures en semaine).

Deux mémoires d'ingénieurs en statistiques : le seuil de température employé est trop haut et devrait être différencié selon le sexe et le moment de la journée.

Figure 1 : Le dispositif simplifié

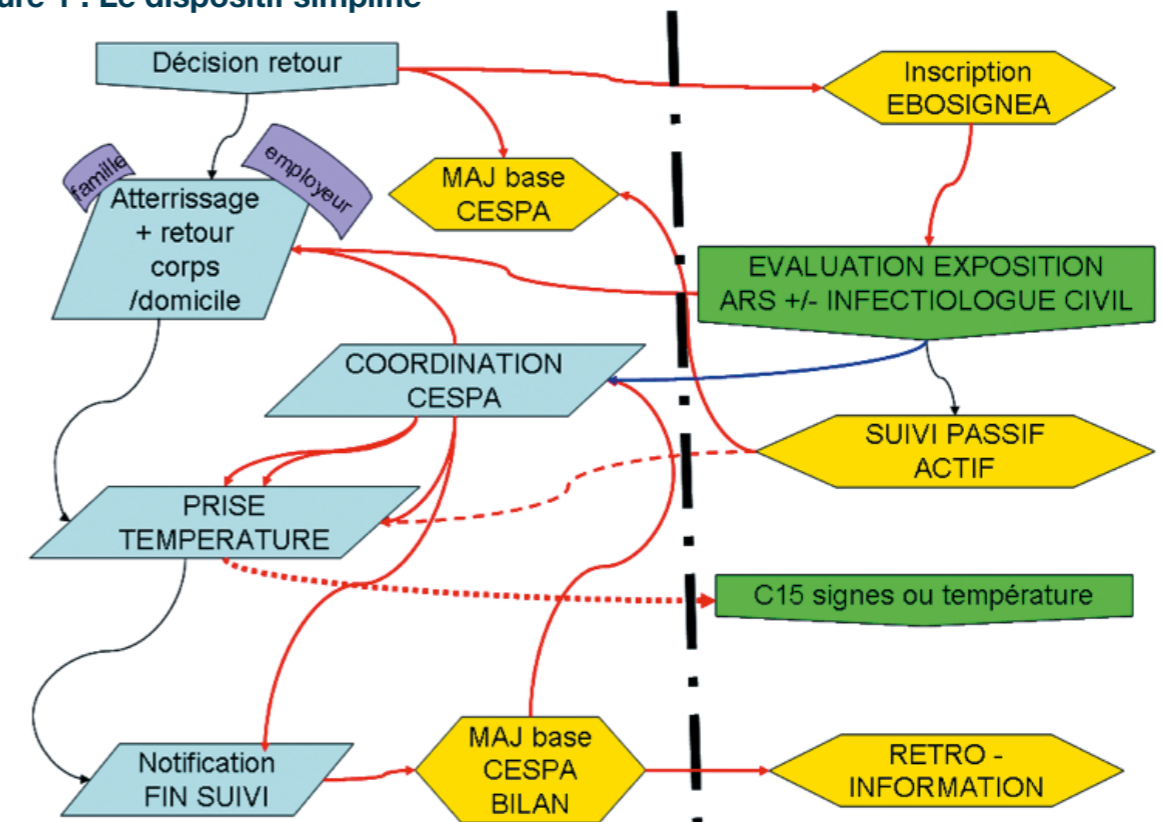


Figure 2 : Rétro-information hebdomadaire.

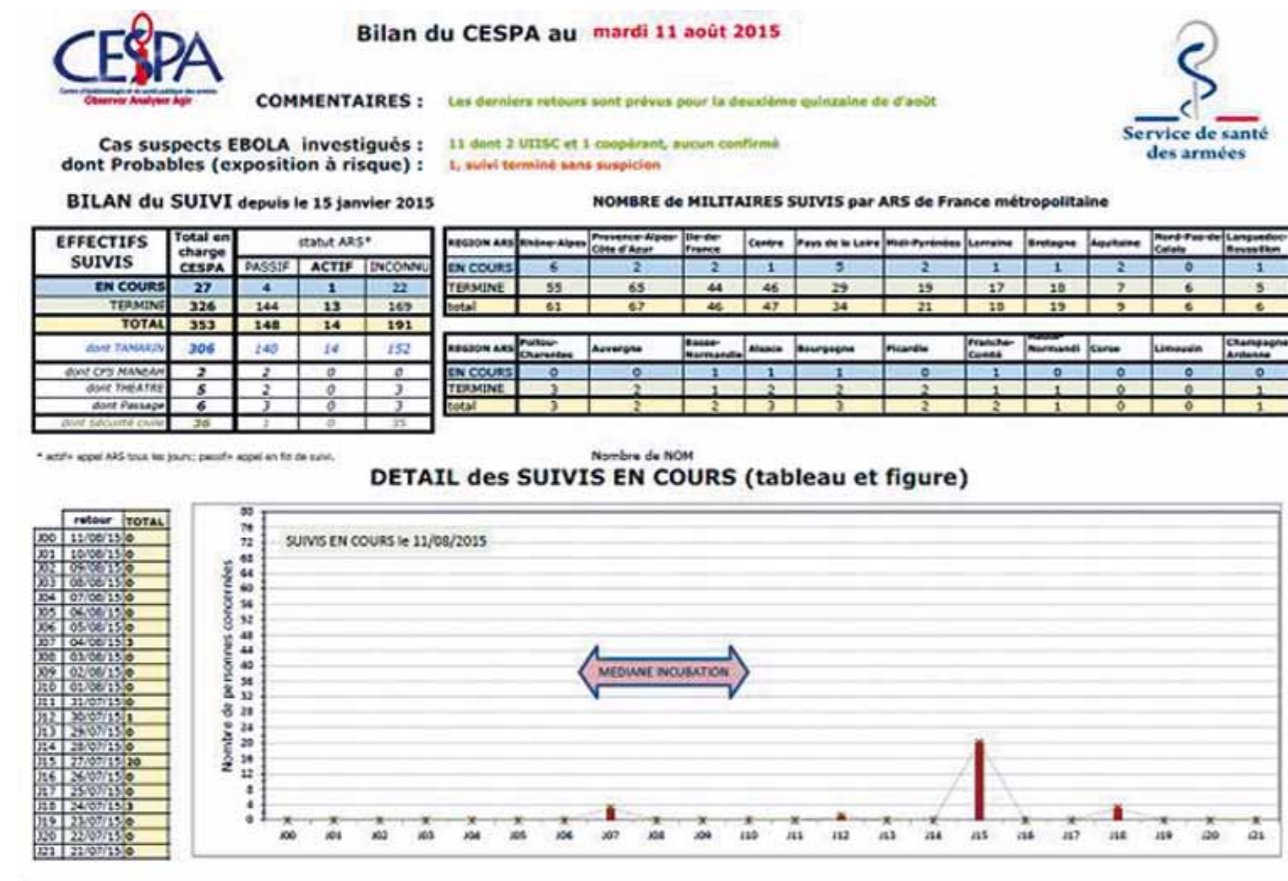


Figure 3 : Entrée de la zone de travail avec exposition directe. Crédit CESP A.



# PROMOUVOIR LES CONCOURS D'ENTRÉE À L'ESA ET À L'ECA : UNE OPPORTUNITÉ POUR LES COMMISSAIRES DE RÉSERVE.

PH. MASSICOT<sup>1</sup>

## LE CONCOURS D'ENTRÉE À L'ESA

Une mission sympa...

C'est en effet ce que j'avais retenu, lorsque, il y a 10 ans, le médecin-chef du Centre Médical Principal<sup>2</sup>, devenu depuis 131<sup>e</sup> antenne médicale (Caen), m'avait sollicité pour prendre la responsabilité de la présidence de la commission de surveillance du concours d'entrée à l'ESA pour le centre d'examen de Caen.

En effet, chaque année, l'ESA organise un concours d'entrée, qui comprend des épreuves écrites d'amabilité, fin avril début mai, et un oral d'admission courant juillet. Ce concours s'adresse aux filières médecine et pharmacie.

Le travail n'est pas compliqué : la veille de l'épreuve, il faut préparer la salle, le jour du concours, on surveille, et le lendemain, le président convoie les copies au bureau concours de l'École du Val de Grâce. Donc, à première vue, un ensemble bien sympathique...

J'en retiens néanmoins que la mission n'était pas pour autant une sinécure pour le président de la commission de surveillance, et sa responsabilité était importante : perception préalable des sujets, gestion globale du déroulement des épreuves et convoyage des copies le lendemain à l'École du Val de Grâce.



Alors, le personnel du bureau concours vérifiait et revérifiait, comptait et recomptait, et, enfin, signalait le récépissé de remise de toutes les copies...

Ce n'est qu'à partir de ce moment-là que la pression commençait enfin à redescendre !

Tout ceci est maintenant du passé, puisque, depuis l'an dernier, le SSA a transféré à l'Education Nationale l'organisation de ce concours.

## PROMOUVOIR POUR RECRUTER DES CANDIDATS

Il n'en demeure pas moins que, pour que le concours soit efficace, il faut qu'il y ait des candidats ! En règle générale, les élèves de classe terminale dont les parents sont en relation avec le monde de la défense (militaires d'active et de réserve, gendarmerie...) sont davantage enclins à connaître son existence.

Encore faut-il qu'il existe une présence militaire suffisante localement. L'ancienne région de Basse-Normandie a perdu il y a 7 ans le dernier régiment qui était sur son territoire. L'actuelle région de Normandie ne compte de forces militaires, en dehors de la gendarmerie, qu'à Cherbourg (base navale et école des fourriers) et Evreux (base aérienne).

Afin d'accroître le périmètre de visibilité du concours d'entrée à l'ESA, et la diversité des candidats, des sites internet ont notamment été créés.

Cependant, la DCSSA a encouragé ses différentes unités à « rayonner » localement pour communiquer sur les modalités d'accès au concours.

Un premier contact avec le CIRFA<sup>3</sup> Terre de Caen nous a permis, en 2009, de découvrir l'existence du forum « Place aux Métiers » et d'y participer. En revanche, ce type de manifestation, de même que le forum des Métiers du Cotentin (à Cherbourg) est plutôt conçu à l'intention des collégiens. Mais, cela permet déjà de semer « des petites graines » en expliquant qu'il existe un service de santé des armées, avec des médecins, pharmaciens, et infirmiers militaires.

<sup>1</sup> CRC2 © 15<sup>e</sup> CMA  
<sup>2</sup> Centre Médical Principal de la région de gendarmerie  
<sup>3</sup> Centre d'Information et de recrutement des Forces Armées.

## PROMOUVOIR LES CONCOURS D'ENTRÉE À L'ESA et à l'ECA : UNE OPPORTUNITÉ POUR LES COMMISSAIRES DE RÉSERVE.



Le CIRFA Terre nous a ensuite invités, en 2010, à partager son stand qu'il louait pour le Salon de l'Étudiant. L'expérience s'est révélée concluante, ce qui nous a amenés à solliciter la DRSSA de Brest, l'année suivante, pour louer notre propre stand.

En raison du coût de la location, l'opération n'a été faite qu'une seule fois.

Cependant, nous avons ainsi pu trouver notre rythme de croisière. En effet, les responsables des CIRFA ont réalisé que la présence du SSA dans un tel salon leur était bénéfique. La mission principale des CIRFA est de recruter pour le compte de leurs armées. Le cas échéant, ils peuvent donner un minimum d'informations sur les carrières du SSA.

En étant présents sur un tel salon, nous prenons directement en charge les lycéens et étudiants concernés par le concours de l'ESA, ce qui permet aux CIRFA de se recentrer sur leur cœur de métier.

Et c'est ainsi que, depuis quelques années un partenariat, sous forme de « gentleman agreement » a vu le jour : les 3 CIRFA (Terre, Mer, Air), qui louent chacun des espaces contigus au Salon de l'Étudiant de Caen, nous ménagent la place nécessaire pour que nous puissions assurer la représentation du SSA.

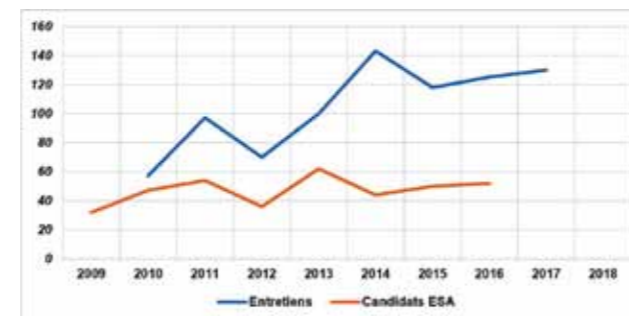
La fréquentation du dernier Salon de l'Étudiant de décembre 2017 permet de constater, sans vouloir prétendre faire des statistiques de haute volée que, en quelques années, le nombre de entretiens conduits sur le stand du SSA au Salon de l'Étudiant de Caen a doublé.

Les inscriptions des candidats au concours de l'ESA ont eu une évolution à peu près similaire.

*Remarque : comme je l'ai indiqué, notre participation au salon de l'étudiant a débuté l'année qui a suivi ma nomination à la présidence de la commission de surveillance pour le centre d'examen de Caen.*

Ce centre a disparu depuis l'an dernier. En revanche, nous maintenons notre présence au Salon de l'Étudiant.

Alors, peut-on raisonnablement penser qu'il y a une corrélation, au moins partielle, entre l'évolution des deux courbes ?



Pour ma part, j'ai la faiblesse de penser qu'il y a vraisemblablement un lien... Non pas parce qu'il est impossible de savoir quelle aurait été l'évolution des inscriptions au concours pour le centre de Caen en l'absence de notre participation au Salon de l'Étudiant. Mais surtout, car, à plusieurs reprises lors des épreuves écrites, des candidats sont venus me saluer en me rappelant qu'ils m'avaient rencontrés lors du précédent salon.

### LES ENSEIGNEMENTS À RETENIR

La présence sur un stand est une expérience fatigante, certes, mais très enrichissante :

- contact avec les lycéens, avec leurs parents... qui sont parfois les plus inquiets à l'idée de voir leurs enfants quitter le nid familial juste après le baccalauréat, pour voguer vers un monde inconnu...
- contact avec les médecins et infirmiers, d'active et de réserve, qui viennent animer le stand et qui sont très heureux de faire partager leur quotidien et leurs OPEX ;
- contact avec nos collègues de CIRFA dans le cadre de ce partenariat gagnant-gagnant ;
- contact avec les autres exposants, dont la faculté de médecine, ce qui permet d'optimiser le rayonnement du SSA.

L'organisation d'un stand n'a rien de compliqué, mais requiert du temps et de la rigueur :

- concertation préalable avec les CIRFA,
- gestion des moyens de communication et de la documentation à prévoir sur le stand,
- organisation du planning des animateurs en relation avec l'antenne médicale locale<sup>4</sup>, et réalisation de guides d'animation à leur intention
- et le traitement des mille autres détails, prévus et inopinés, qui font tout le sel d'une telle manifestation.

Pour ma part, et j'en suis convaincu, une telle mission de recrutement est tout à fait adaptée aux commissaires de réserve qui possèdent un éventail très varié

de compétences exploitées au quotidien dans leurs différentes professions civiles : rigueur, organisation, encadrement, management.

De plus, un commissaire de réserve à ancrage santé présente l'avantage de la stabilité géographique, à la différence des personnels d'active qui bougent régulièrement.

Cette stabilité permet de constituer un carnet d'adresses, de connaître les différents interlocuteurs.

### ET LE CONCOURS D'ENTRÉE À L'ÉCOLE DU COMMISSARIAT DES ARMÉES ?

Lors du Salon de l'Étudiant 2015, la mère d'une lycéenne vient chercher des informations sur le concours ESA pour sa fille. Elle me remercie à la fin de l'entretien et me pose la question suivante : « Avez-vous un intervenant qui serait en mesure de présenter les carrières militaires envisageables avec une formation en droit ? ».

Je l'interroge alors sur ses raisons et l'objectif recherché. « Je suis la première vice-doyenne de la faculté de droit. Nous organisons chaque année un forum des formations et des métiers du droit. »

Et c'est ainsi que, pour la troisième année, j'ai présenté en janvier 2018 le métier de commissaire des armées à ce forum, et les filières, notamment l'ECA de Salon de Provence, permettant d'y accéder.

J'étais seul pour la première édition, et, depuis, le SCA m'accompagne en envoyant un commissaire spécialiste des RH.

Grâce au partenariat avec les CIRFA, la représentation du SSA est assurée lors du salon de l'Étudiant. Dorénavant, la représentation du SCA est également assurée au forum de la faculté de Droit.

Je suis persuadé que, là où le besoin existe, de telles missions de promotion et de recrutement aux concours de l'ESA et de l'ECA peuvent aisément être confiées à des commissaires des armées de réserve.

<sup>4</sup> En dehors de quelques interventions en lycée que j'effectue seul, les deux plus importantes participations que j'organise pour présenter les carrières du SSA sont le salon de l'Étudiant de Caen, avec la 131<sup>e</sup> AM, et le Forum des métiers du Cotentin, avec la 133<sup>e</sup> AM, antennes médicales pour lesquelles je suis également le coordonnateur local de la réserve.

# INFIRMIER EN MER

H. LE BRETON<sup>1</sup>

## QUELLES POSSIBILITÉS POUR UN INFIRMIER ?

Elles sont nombreuses et j'aime à les découvrir

Travaillant en réanimation dans un hôpital public, mon employeur accepte mes demandes régulières de mise en disponibilité. Depuis quelques années, j'ai donc pu exercer au sein de / à :

- l'Association des Paralysés de France depuis 2011, séjour de vacances pour adultes et enfants en situation de handicap en France et à l'étranger
- Santé Publique France depuis 2015 (mission en Martinique) : réserve sanitaire
- DJIBOUTI en 2015, MCD de 3 mois à l'hôpital Bouffard : réserve opérationnelle
- TCHAD en 2017, OPEX de 3 mois en rôle 2 à N'DJAMENA : réserve opérationnelle

Cette fois, je tente l'aventure sur un bateau de croisière. Ayant participé aux formations à l'embarquement à bord des bâtiments de la marine nationale (module 1 et 2) je pars confiante. Me voici embarquée pour 2 mois et demi. Au programme, 6 croisières entre USHUAIA,

les îles Malouines, la Géorgie du Sud et l'Antarctique.

Étant contactée suite à un désistement, le départ se fait en 10 jours et je ne choisis pas la destination (en même temps je ne me plains pas, l'Antarctique est un lieu qui me fait rêver depuis longtemps)

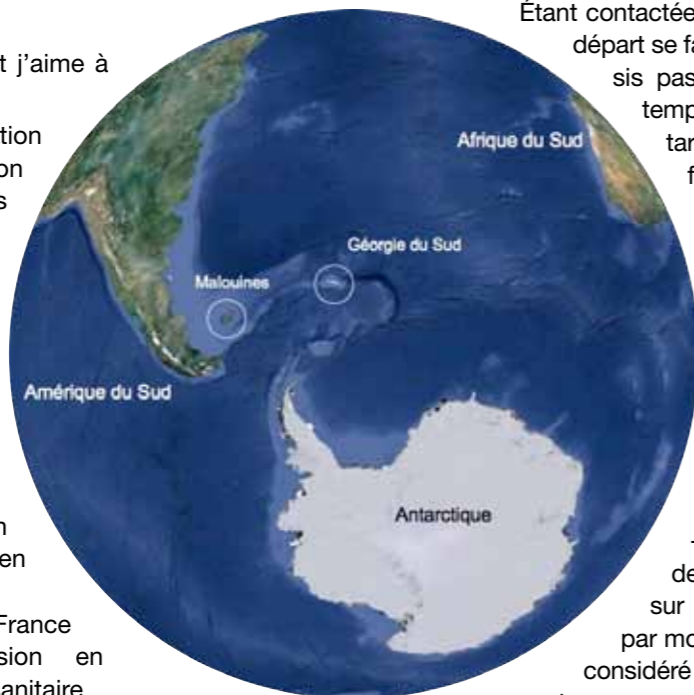
La compagnie m'envoie rapidement :

- mes billets d'avion
- la réservation pour un hôtel
- les coordonnées de l'agent qui viendra me chercher à l'aéroport de BUENOS AIRES et d'USHUAIA

- mon contrat de travail (10h de travail journalier, 7 jours sur 7 pour 1800 euros net par mois). De plus, ce poste étant considéré comme travail à l'étranger, cela ne compte donc pas pour la retraite

## L'ARRIVÉE

Une doublure avec l'infirmière que je remplace est prévue du 28/11 au soir, au 29/11 début d'après-midi. Malheureusement pour moi, un souci d'avion, me fait arriver seulement 3h avant le départ de ma collègue. Les transmissions sont donc rapides et denses. Les relèves étant fréquentes beaucoup d'informations sont écrites



Je rencontre le médecin avec qui je vais travailler. Au total je travaillerais avec 3 médecins différents (un médecin du sport, un ancien médecin de la marine nationale et un médecin généraliste), 3 profils différents qui m'ont beaucoup apportés

## PREMIÈRE CROISIÈRE

Arrivée des passagers vers 16h. Chaque membre d'équipage a un rôle en ce qui concerne l'accueil des passagers. L'équipe médicale est en charge de récupérer un questionnaire de santé publique (questionnaire qui peut être demandé par les autorités portuaires et qui est à conserver 1 an à bord). Cela permet également de repérer les passagers ayant du mal à se déplacer, ainsi que les enfants, et de noter leur cabine afin de les aider si besoin.

Une fois que le bateau a quitté le port (soit environ 2h après l'embarquement des passagers), un exercice d'abandon du navire a lieu. Cet exercice est obligatoire au début de chaque croisière. Chaque poste à bord a un rôle précis pour chaque exercice. A l'annonce « for drill, for drill, for drill, abandon ship, abandon ship, abandon ship » je me dirige vers l'hôpital, enfile mon gilet de sauvetage, et j'attends le médecin, la medical team (elle est composée de 6 aides cuisiniers et pour cet exercice d'une réceptionniste). Une fois l'équipe au complet, je contacte la passerelle pour les informer. Dans cet exercice le rôle de l'équipe est de s'assurer que les personnes ayant du mal à se déplacer, puissent aller au point de rassemblement. Je réparti les membres de la medical team auprès des cabines des passagers ayant potentiellement besoin d'aide. Le médecin reste à l'hôpital tant que tous les passagers ne sont pas au point de rassemblement. De mon côté je vais directement



au point de rassemblement et j'accueille les passagers accompagnés par les membres de la medical team et, leur explique ce choix d'assistance. La plupart du temps, ces passagers sont habitués ou contents. En cas d'abandon du navire, l'infirmière est responsable de la moitié des passagers et embarque sur un des 2 lifeboat, le médecin est en charge de l'autre moitié des passagers, sur le deuxième lifeboat. Il y a une présentation des règles de sécurité pour les passagers, puis un passage devant les lifeboat et l'exercice est terminé.

Pendant ce temps, le bateau navigue dans le Beagle Canal et se dirige vers le passage de Drake qui permet de rejoindre l'Antarctique. Deux jours de mer se profilent ce qui me laisse le temps de me familiariser avec le bateau et mon rôle.

Cette première croisière, avec des passagers chinois uniquement, se déroule sans problème médicaux, autre que le mal de mer.

## LE RÔLE INFIRMIER A BORD :

Il est varié, et parfois surprenant.

L'hôpital de bord est ouvert 1h30 le matin et 1h30 l'après-midi. Le reste du temps nous devons être joignable par radio ou en cabine. Lors des expéditions, le médecin ou l'infirmier accompagne les passagers à terre, et intervient en cas de nécessité. Lors de ces sorties, j'ai également été mise à contribution pour aider les personnels à terre, ce qui permet de se faire connaître auprès des membres de l'équipage et des passagers.

**PUIS IL Y A LES RÔLES ANNEXES :**

- gestion administrative de chaque croisière (chaque consultation d'un passager ou d'un membre d'équipage est consigné, de nombreux documents sont également à remplir et peuvent être demandés par les autorités portuaires)
- vérification du fonctionnement des matériels de l'hôpital, des sacs d'urgence, de l'appareil de radiologie, des appareils de biologie
- inventaire de l'hôpital (médicaments et matériels) à faire à chaque début de contrat infirmier. Et qui prends énormément de temps (environ 600 références différentes), mais qui permet de connaître ce que l'on a à disposition
- analyse d'eau (eau potable, les glaçons des différentes machines, l'eau technique (il s'agit de l'eau des douches, des WC ... qui est traitée puis réutilisée dans certains secteurs comme la laverie), l'eau de soutage à chaque passage au port (l'eau qui est collectée au port et destinée à l'usage courant du bord comme la cuisine, les salles de bain ...)
- gestion de l'oxygène. L'hôpital possède 8 bouteilles de 5L dans la salle de soins et 5 bouteilles de 40L (elles sont situées sur le pont 2, au dessus de l'hôpital, et alimente le réseau mural de l'hôpital) ainsi qu'un extracteur d'oxygène
- réapprovisionnement des différentes trousse de premières urgences présentes à bord
- formation de la medical team à l'appréciation de l'infirmier et du médecin, et formation d'une partie de l'équipage 1 fois par mois
- participation aux différents exercices à bord (incendie avec régulièrement un faux blessé, abandon du navire, recherche objets suspects ...)
- gestion de la pharmacie, commande 3 fois par an, auprès d'une société Française et possibilité

- de commande auprès des agents portuaires pour les manques. Réception et rangement de la pharmacie. Gestion des stupéfiants. Gestion et évacuation des périmés
- prise de rendez-vous médicaux a terre pour les membres d'équipage qui en ont besoin (essentiellement des besoins dentaires)
- surveillance de l'hygiène de certains membres d'équipage (cuisine, bar, spa, laverie ...)
- surveillance du fonctionnement de la morgue
- entretien de l'hôpital

**L'HÔPITAL DU BORD :**

J'ai été surprise de l'emploi du mot hôpital, je m'attendais plus au terme d'infirmier. Mais rapidement je me suis aperçue que le mot hôpital était justifié. Il y a une salle d'attente qui dessert 2 chambres d'hospitalisation (1 chambre seule, et une double, avec 3 lits médicalisés et 2 scopes) et une salle de soin.

La salle de soin est divisée en 2 espaces. Une partie bureau / ordinateur / administratif et une partie soin avec un brancard et des rangements tout autour. Un respirateur et des bouteilles d'oxygènes se trouvent à la tête du brancard. De cette salle de soin il est possible d'accéder, d'une part à la cabine du médecin et, d'autre part à une petite pièce qui sert entre autre de laboratoire.

Le laboratoire se compose de 4 appareils permettant de réaliser ionogramme, NFS, gaz du sang, dosage troponine et D-Dimère (j'ai été formée pour utiliser ces appareils ? Absolument pas, mais heureusement les modes d'emploi sont là et la prise en main est assez rapide). L'hôpital possède également un appareil de radiologie, un appareil d'échographie, de nombreux tests rapides (quick test, strepto, grossesse, norovirus ...).



Vous l'aurez compris, il est possible de réaliser beaucoup de gestes à bord, ce qui peut s'avérer utile, notamment en Antarctique où nous pouvons être à 2 jours de navigation de l'héliport le plus proche. En cas de besoin, nous pouvons contacter le CHU de Purpan à Toulouse.

**LA VIE A BORD :**

A bord, pas de jours de repos, chaque escale est donc attendue avec impatience (une tous les 10 à 15 jours) et permet, pour ceux qui peuvent sortir (il faut toujours un nombre minimum de membre d'équipage à bord), de profiter d'une soirée ou d'une matinée hors du bateau. Le reste du temps, l'association du bord organise des soirées, et le bar réservée à l'équipage est ouvert tout les soirs. Nous pouvons également profiter des spectacles donnés à bord en respectant quelques consignes et SURTOUT en étant discret.

**LES SORTIES A TERRE :**

Aucun doute, l'équipe médicale est chanceuse. La politique de la compagnie impose une personne à bord et une personne à terre à chaque expédition. J'ai donc pu participer à toutes les sorties. En Antarctique, les passagers sortent en 2 fois (de nombreux lieux sont limités en 100 personnes à terre en même temps), ce qui nous a permis, au médecin et à moi-même, d'échanger nos places en même temps que les passagers. Les lieux sont vraiment magnifiques.

A cette période de l'année, les animaux s'occupent des nouveaux nés, et j'ai pu suivre l'évolution, notamment des petits manchots. A la première croisière, les manchots couvaient les œufs, puis j'ai vu les bébés naître et grandir. A mon départ ils commençaient à muer.

Les animaux rencontrés sont nombreux : manchots (papou, jugulaire, royaux, Adélie, Magellan, gorfou sauteur), phoques (de Wedell, léopard, crabier), otaries, éléphants de mer, baleines, cormorans, dauphins, albatros, pétrels géant ....

**LES URGENCES RENCONTREES A BORD :**

Pas d'urgences vitales pendant mon contrat, mais quelques urgences néanmoins :

- fracture déplacée de l'humérus
- fracture de la base du tibia
- fracture orteil
- agression sexuelle
- pyélonéphrite
- malaise atypique à point d'appel digestif nécessitant une évacuation

En cas de nécessité de brancardage (ce qui a eu lieu 2 fois), l'infirmier ou le médecin contacte la passerelle et demande un « code mike » en précisant le lieu de l'intervention. Cet appel est diffusé dans tout le bateau et permet à la medical team de nous rejoindre avec le matériel nécessaire.

**LES SOINS / LES PATHOLOGIES LES PLUS FREQUENTS A BORD :**

- Le mal de mer +++
- Petite traumatologie suite à des chutes
- Conjonctivite
- Les coups de soleil (et oui, même en Antarctique)
- Points de sutures
- Infection de pieds (ongle incarnés, corps étrangers, mauvaise hygiène)
- Surveillance INR pour certains passagers



### LES PASSAGERS :

Principalement anglophones (Américains, Australiens), asiatiques (Chinois, Taïwanais) et français, et environ 200 à chaque croisière. La plupart d'entre eux ont plus de 60 ans (sauf les croisières avec des chinois qui sont beaucoup plus jeunes).

### L'ÉQUIPAGE :

Environ 140 membres d'équipage. Les officiers sont à 90 % français. Il y a beaucoup de philippins (matelots, service de chambre, cuisine, laverie). Concernant le reste des postes il y a de nombreuses nationalités : française (hôpital, réception, spa), Ukrainienne (gouvernante, chanteuse), Italienne (chanteuses), Roumain (électronique, maintenance machine), Russe, Suisse, Chilienne, Portugaise... Cela implique de se parler anglais. Ce n'est pas toujours facile mais c'est très enrichissant. Cela signifie également que les diffusions et les formations destinées à l'équipage se font exclusivement en anglais (pas facile du coup, de trouver le point de rassemblement lors de mon premier exercice incendie ... :) ...)

### LE DÉPART :

La veille de mon départ, ma relève arrive. Nous avons presque 24h pour faire les transmissions, ce qui est agréable, d'autant plus que, comme moi, il s'agit de sa première expérience sur un bateau.

### BILAN :

Cette mission s'est révélée fatigante, mais enrichissante. Comme lors d'une OPEX il faut mobiliser de nombreuses connaissances et savoir s'adapter. J'ai pu réaliser de nouveaux gestes (pose de plâtre, des radiographies ...). Je suis prête à recommencer !!!

### ET APRÈS ?

Je m'octroie 10 jours de repos avant de reprendre le chemin de la réanimation. Comme à chaque fois, ma famille, mes amis et mes collègues m'accueillent

chaleureusement et avec de nombreuses questions dont la plus récurrente : A quand le prochain départ ? Peut-être sur un bâtiment de la marine nationale ... Affaire à suivre ...



# JOURNÉES NATIONALES D'INSTRUCTION DU GORSSA 2018 À TOULOUSE

SOUS LA HAUTE AUTORITÉ DE MADAME LA DIRECTRICE CENTRALE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES  
« *Le Service de Santé et les Armées face aux nouvelles menaces : le lien armée-nation* »

## A : JOURNÉE NATIONALE D'INSTRUCTION DU GORSSA DU VENDREDI 18 MAI 2018

Centre d'enseignement et de Congrès de l'Hôpital Pierre-Paul Riquet avenue Jean DAUSSE 31000 Toulouse et visite site du SAMU31 pavillon Louis Lareng (CHU Purpan)

### 1/ « Organisation de la journée » : 07h50.

**MC® DURRIEU** (Responsable GORSSA Occitanie)

### 2/ « Les nouvelles menaces » : 08h00. Modérateur Pr BOUNES (chef de Service SAMU 31)

- 08h00-08h20 : « D'AZF en 2001 aux attentats de 2012 » Pr BOUNES SAMU 31

- 08h20-08h40 : « Les attentats de BERLIN » Dr Stefan POLICZECK, MD, MPH, EMS médical director, Berlin Fire brigade

- 08h40-9h00 : « Les attentats de Barcelone » : Dr Joan SALA SANJAUME, Director General en Sistema d'Emergències Mèdiques, Barcelona.

- 09h00-09h20 : « Les blessures lors d'attentats » : Colonel Serge JENNES, MD, Head LF the Brussels Wound Center at the Military Hospital Queen Astrid Belgique

- 09h20 à 09h40 : « PARIS : 2015 » MC J.-P. TOURTIER, Médecin Chef Brigade des sapeurs-pompiers de Paris

- 09h40-10h00 : « Les blessures invisibles lors des attentats : du Bataclan à Barcelone » Dr Barbara COMBES (CUMP Occitanie)

- 10h00 à 10h20 : Rôle de la Bundeswehr dans l'effort national allemand : MG MATTIESEN (Responsable SPT Service de santé Bundeswehr)

- Pause 10min -

### 3/ « Les plans institutionnels et spécifiques » 10h30. Modérateur MC SIKSIK (comSSSM SDIS31)

- 10h30 à 10h50 : « Plan ORSEC et NOVI » M<sup>me</sup> HUC (Chef protection civile Préfecture Haute Garonne)

- 10h50 à 11h10 : « Organisation du SAMU31 » Dr CHADOURNE / Dr MENGELLE

- 11h10 à 11h30 : « Sortie à l'homme inter Service SDIS » MC SIKSIK (Med Chef SDIS 31)

- 11h30 à 11h50 : « Organisation de crise sur la région sanitaire Occitanie » Dr MORFOISSE Directeur général adjoint ARS Occitanie

- 11h50 à 12h10 : « Le plan d'entreprise d'AIRBUS » Mr Marc AURIOL (head of crisis response planning AIRBUS SAS)

- 12h10 à 12h30 : « Le plan blanc dans les cliniques du groupe ELSAN » Dr L'HOPITAL (Directeur d'établissement) ou Mr L. CHICHE (directeur général ELSAN)

**12h30 -13h40 : Déjeuner sur site / visite VIP SAMU31 / Stands Partenaires**

### 4/ « Le savoir-faire des Armées sur le territoire face aux nouvelles menaces » : 13h50. Modérateur MG PUEL (COMDIR Bordeaux)

- 13h50 à 14h10 : « Bilan de la 11eme BP sur le territoire : « sentinelle » » GB P. COLLET (COMBP)

- 14h10 à 14h30 : « Respect du zonage et l'action de police judiciaire de la gendarmerie » COL FOURCADE

- 14h30 à 14h50 : « La transformation du SSA dans l'effort national » MC F. HONORÉ (off transformation DCSSA)

- 14h50 à 15h05 : « Efficience du lien armée-nation » MC® DURRIEU (SeRFRèM Toulouse, GORSSA Midi Pyrénées)

- 15h05 à 15h20 : « Évolutions et défis de la réserve du SSA » MC MORGAN (délégué aux Réserves du SSA- DCSSA)

### 5/ « Le lien armée-nation en temps de crise » : 15h25 à 16h00. Mr Jean-Pierre MASSERET (ancien Président de l'Union de Europe Occidentale, ancien Secrétaire d'État aux Anciens combattants)

### 6/ Allocution de clôture : MGA GYGAX-GENERO (Directrice centrale du SSA) : 16h05

### 7/ « Visite du SAMU31 : « pavillon Louis Lareng » : Pr BOUNES / Dr FROMENTIN 16h30 -18h15

- La cellule de crise / CMM / hélico (intérieur des locaux) Dr MENGELLE

- Les matériels pré-positionnés du SAMU31 (sous-sol SAMU31) Dr CHADOURNE

- Le Poste de commandement et opérationnel : SDIS31, COL LANDRIAU (C2 SDIS31)

### 8/ Réception à la mairie de Toulouse : « salon des Illustres » : Mr J.-L. MOUDENC 18h50-19h50

### 9/ « Soirée au Palais Niel avec les autorités » : QG 11<sup>ème</sup> BP : GB P. COLLET (20h00 Accueil)

- MCSHC® X. SAUVAGEON (Président National du GORSSA)

- Orchestre de la brigade parachutiste : CDT S. FOUGEROUX

- Chorale des Pyrénées : « Mâles aux Choeurs »

Les activités du vendredi 18 mai sont ouvertes aux accompagnants, compte tenu du caractère sociétal des conférences. Il n'y a donc pas de programme spécifique pour les accompagnants pour cette journée.

## B : JOURNÉE NATIONALE DU SAMEDI 19 MAI 2018 :

### 1/ Assemblées générales du GORSSA (Palais Niel, rue Montouliou Saint-Jacques – 31000 Toulouse) (8h30-14h, Buffet inclus)

### 2/ Visite des Usines Airbus : cette visite, ouverte à l'ensemble des congressistes, tient lieu de « programme pour les accompagnants »

# JOURNÉES NATIONALES D'INSTRUCTION DU GORSSA

## TOULOUSE 18 ET 19 MAI 2018

### CONSIGNES PARTICULIÈRES



#### RÉSERVATIONS (HORS HÔTELLERIE)

Les bulletins d'inscription doivent impérativement être retournés avant le 30 Avril 2018 avec le chèque correspondant à l'ensemble des prestations retenues à l'ordre du GORSSA.

Toutes les réservations seront prises en compte au fur et à mesure dans leur ordre d'arrivée (cachet de la poste faisant foi). Sauf nécessité, il n'y a pas d'accusé de réception pour répondre aux demandes d'inscription.

#### INFORMATIONS

Un stand d'information sera installé dans le hall du centre des Congrès PP Riquet pour toute la durée du congrès. Toute information et document donnant accès aux prestations seront délivrés avec les badges :

##### - Vendredi 18/05/17 :

- de 7h15 à 18h30 dans le hall du centre de Congrès, Av Jean Dausse à Toulouse ;
- à partir de 19h30 dans le hall du Palais Niel, Rue Montoulieu, Toulouse.

##### - Samedi 19/05/17 :

- de 9h à 13h30 dans le Hall du Palais Niel, Rue Montoulieu.

Pour tout renseignement complémentaire d'ici là, se référer aux informations sur la page web dédiée qui sera disponible à compter du 15 janvier 2018. La consulter via le lien du site [www.gorssa.fr](http://www.gorssa.fr) à partir de cette date.

En cas de nécessité, contacter l'organisation si possible par messages électroniques adressés à [gorssa.national@gmail.com](mailto:gorssa.national@gmail.com), par courrier postal ou par téléphone au 01.46.31.68.21.

#### HÉBERGEMENT

Les réservations hôtelières restent à la charge exclusive des participants.

La capacité d'hébergement de la ville de Toulouse est variée, mais de nombreux événements se déroulent à cette période. Une réservation rapide des hôtels est indispensable, notamment au centre-ville.

Nous vous conseillons des hôtels proches soit du centre de Congrès (site du CHU Purpan/CHU PP Riquet) soit proches du Palais Niel en centre ville (Grand-rond et

Palais de justice). Le tramway (ligne 1) desservant l'aéroport de Toulouse, le palais des Congrès (CHU Purpan) et le Palais Niel (Palais de Justice). Les lignes de tramway étant connectées au métro (arrêt Arènes et arrêt Palais de justice) avec le train (arrêt Arènes ligne C) et les bus Tisséo. Le tramway dessert tous les lieux d'activité de ces journées sur la seule ligne T1 (de 5h45 à 01h20).

Il est rappelé que toute déambulation en uniforme est interdite dans la ville (veste civile obligatoire) et que la chemisette est acceptée dans l'enceinte du Palais des Congrès et lors du gala au Palais Niel. Seules les tenues correctes et uniformes seront acceptées lors des journées.

#### RESTAURATION

Compte tenu du programme plutôt dense et des difficultés de circulation à certaines heures, il est fortement conseillé de prendre ses repas dans le cadre proposé par les organisateurs du congrès. Attention, le nombre de places pour le dîner de gala étant limité, seules les 300 premières réservations seront prises en compte.

#### SÉCURITÉ

Pour votre sécurité, le port du badge apparent sera exigé et la présentation d'une pièce d'identité pourra être demandée à l'entrée de tout établissement ou moyen de transport mis à votre disposition. Elle sera exigée pour rentrer au Palais Niel (quartier général de la 11<sup>ème</sup> brigade parachutiste) pour le cocktail dînatoire de clôture.

#### TARIFICATIONS ET RÈGLEMENTS

Les tarifications réservistes s'entendent pour les réservistes : opérationnel, honoraire ou citoyen, et cela quelle que soit l'arme d'appartenance. Un justificatif d'appartenance étant à fournir à tout moment. De même, le tarif étudiant nécessite une carte en cours de validité. Les déjeuners du 18 et 19 mai 2018 sont inclus au forfait d'inscription des journées. La prise du déjeuner en dehors n'implique aucune réduction ni rétrocession. Enfin, tout changement dit « de force majeure ou météorologique » n'impliquera aucun remboursement.

# NOMINATIONS ET PROMOTIONS

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

#### JORF N°0037 DU 14 FÉVRIER 2018, TEXTE N°86

Décret du 12 février 2018 portant nomination et promotion dans la réserve opérationnelle  
Ce décret fait suite à la décision du 22 décembre 2017 portant inscription au tableau d'avancement pour 2017. Les noms des heureux promus peuvent être consultés dans le n°1/2018 de la revue page 32.

#### JORF N°0064 DU 17 MARS 2018, TEXTE N°14

Arrêté du 13 mars 2018 portant attribution de la qualité de partenaire de la réserve citoyenne  
La qualité de « partenaire de la réserve citoyenne » est renouvelée pour une durée de trois ans : à la Fédération nationale des chirurgiens-dentistes de réserve (FNCDR), dont le siège social est situé au 54, cours de Vincennes, 75012 Paris.

#### BULLETIN OFFICIEL (BOC N°1 DU 11 JANVIER 2018, TEXTE 25)

Arrêté du 22 décembre 2017 portant attribution de la médaille de la défense nationale, échelon « or », à titre normal

#### BULLETIN OFFICIEL (BOC N°2 DU 18 JANVIER 2018, TEXTE 23)

Arrêté du 22 décembre 2017 portant attribution de la médaille des Services Militaires Volontaires, échelon « or », à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, aux personnels militaires n'appartenant pas à l'armée d'active.

#### BULLETIN OFFICIEL (BOC N°7 DU 22 FÉVRIER 2018, TEXTE 10)

DIRECTION CENTRALE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES : bureau « chancellerie et officiers généraux ».  
Décision N° 500740/ARM/DCSSA/CHOG/DECO portant attribution de la médaille de la défense nationale échelon « argent » à titre normal au personnel appartenant au service de santé des armées.

#### BULLETIN OFFICIEL (BOC N°8 DU 28 JANVIER 2018)

Décision du 31 août 2017 portant attribution de la médaille d'honneur du service de santé des armées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Décision du 31 août 2017 portant attribution de la médaille d'honneur du service de santé des armées à compter du 14 juillet 2017.

Décisions du 23 novembre 2017 portant attribution de récompenses ministérielles.

L'Ordre de Malte recherche des praticiens pour la formation des logisticiens spécialisés dans les « Actions psycho-sociales » (APS) et des praticiens pour médicaliser des postes de secours sur grands rassemblements de foule. Tous les détails en page d'accueil du site [www.gorssa.fr](http://www.gorssa.fr)

#### TEXTES OFFICIELS

#### DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES DU MINISTÈRE DE LA DÉFENSE :

service des statuts et de la réglementation des ressources humaines militaires et civiles ; sous-direction de la fonction militaire.

ARRÊTÉ du 21 novembre 2017 fixant la liste des catégories d'emplois pouvant ouvrir l'accès à la classe fonctionnelle du grade de médecin principal, pharmacien principal, vétérinaire principal et chirurgien-dentiste principal des armées. BOC n° 52 du 21 décembre 2017.

#### DIRECTION CENTRALE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES :

sous-direction ressources humaines – bureau « chancellerie-ressources humaines »

Décision N° 500233/ARM/DCSSA/PC du 1<sup>er</sup> décembre 2017 portant inscription au tableau d'avancement et promotion dans certains corps des militaires infirmiers et techniciens de réserve des hôpitaux des armées pour l'année 2017.

#### DIRECTION CENTRALE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES :

sous-direction « plans-capacités »  
Instruction N° 600/ARM/DCSSA/CHANCELLERIE-RH du 24 janvier 2018 relative au soutien sanitaire des activités à risques dans les armées, directions et services. BOC n° 9 du 8 mars 2018, texte 4.

#### DIRECTION CENTRALE DU SERVICE DU COMMISSARIAT DES ARMÉES :

bureau « gestion des corps ».  
Instruction N° 12630/ARM/DCSSA/BGC/RES du 2 février 2018 relative à la réserve opérationnelle des commissaires des armées. BOC n° 8 du 1<sup>er</sup> mars 2018.

#### ÉTAT-MAJOR DES ARMÉES (EMA) :

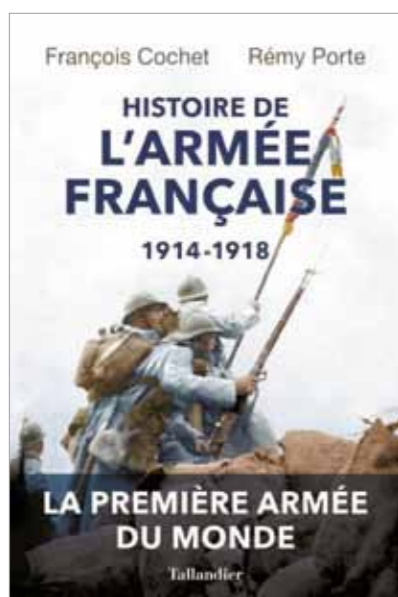
Arrêté du 25 janvier 2018 modifiant l'arrêté du 20 décembre 2012 relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale. BOC n° 10 du 15 mars 2018.

BOC N°52 du 21 décembre 2017, N°53 du 28 décembre 2017, N°1 du 11 janvier 2018, N°2 du 18 janvier 2018, N°4 du 1<sup>er</sup> février 2018, N°5 du 8 février 2018, N°6 du 15 février 2018, N°7 du 22 février 2018, N°8 du 1<sup>er</sup> mars 2018, N°9 du 8 mars 2018, N°10 du 15 mars 2018.

Nominations dans la réserve du SSA.

# OUVRAGES PARUS - BIBLIOGRAPHIE

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



## HISTOIRE DE L'ARMÉE FRANÇAISE 1914-1918

par François COCHET et Rémy PORTE  
Éditions Tallandier.

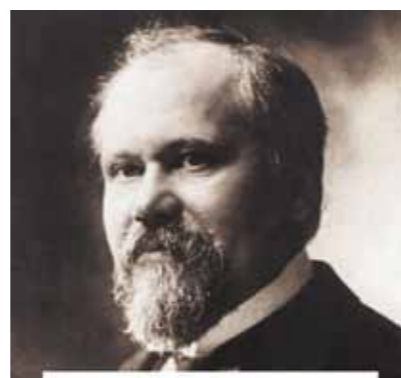
11 novembre 1918. L'armée française est sans nul doute la plus puissante et la plus moderne du monde. Et sa réputation n'a rien d'usurpé : forte de 800 000 hommes au début de l'année et de plus de 2,5 millions le 2 août 1914, elle a continué tout au long du conflit à connaître des bouleversements considérables tant en termes politiques que technologiques, de recrutement comme de matériel. Cette Histoire de l'armée française, 1914-1918, racontée par deux historiens incontournables sur le sujet, fait étonnamment figure de première synthèse sur le rôle, l'organisation et les évolutions de l'institution militaire. Rien n'échappe à ce travail accessible à tout public intéressé, des nouvelles formes de commandement aux multiples innovations technologiques, en passant notamment par les usages des différentes armes et les manières de vivre la guerre pour les soldats. Du front à l'arrière, pas un Français mobilisé n'est oublié par cette histoire militaire rénovée. Diversité, complexité et adaptations permanentes de l'armée française sont ainsi montrées dans un souci d'objectivité, loin des stéréotypes et des tabous. Conjuguant à la fois de l'histoire militaire, sociale, culturelle et des sciences et techniques, ce projet

original est ainsi pensé comme bilan des recherches actuelles tout autant que jalon pour des travaux futurs.

François Cochet est professeur d'histoire contemporaine à l'université de Lorraine-Metz. Il est l'auteur de plusieurs ouvrages de référence sur la Grande Guerre et membre du conseil scientifique national de la Mission du centenaire.

Rémy Porte est officier référent « Histoire » pour l'armée de terre et docteur habilité en histoire. Il intervient régulièrement dans plusieurs universités françaises et étrangères et a publié de nombreux ouvrages sur la Première Guerre mondiale.

Ils ont dirigé ensemble le Dictionnaire de la Grande Guerre (2013). L'ouvrage a reçu le Prix littéraire de l'UNOR 2018.



Georges Valance  
Poincaré



## POINCARÉ

par Georges VALANCE  
éditions Perrin

Qui était vraiment Raymond Poincaré que l'on a injustement stigmatisé comme « l'homme qui rit dans les cimetières » ? En réalité, le grand patriote a sauvé la France à plusieurs reprises, notamment en ayant eu le courage politique d'appeler Clemenceau au pouvoir, en 1917, malgré leur rivalité personnelle. « Poincaré la Confiance » restera le dernier homme d'État de la République parlementaire. C'est lui, avec le « franc Poincaré », qui a assuré à la France des années de stabilité monétaire et d'équilibre budgétaire. C'est lui, Lorrain travailleur et visionnaire, qui a créé les « Assurances sociales », ancêtre de la Sécurité sociale. C'est encore lui le champion de l'« union sacrée », durant la Grande Guerre, puis de l'« union nationale », à la fin des années 1920, grâce à laquelle la IIIe République connaîtra ses derniers temps de stabilité avant la crise économique et politique des années 1930. C'est enfin un modèle pour tous les hommes politiques qui rêvent de reconquérir le pouvoir après l'avoir quitté : plusieurs fois ministre, président du Conseil puis président de la République durant la Grande Guerre, « Poincaré le Recours » sera rappelé par deux fois à la tête du gouvernement. Il était temps de rendre enfin justice à ce grand homme d'État – témoin d'une époque où les politiciens rivalisaient



## LE MÉDECIN RÉSERVISTE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

par Guillaume LEGUESDRON  
Thèse de Doctorat en Médecine

Dans le cadre de sa thèse de doctorat, Guillaume Leguesdron a effectué une enquête prospective, par l'intermédiaire d'un questionnaire, réalisée de janvier à juillet 2017 auprès de l'ensemble des médecins réservistes du service de santé des armées. Il a soutenu le 13 octobre 2017. 139 réponses ont pu être collectées.

Le texte intégral est accessible en page d'accueil du site [www.gorssa.fr](http://www.gorssa.fr).

de culture et pas seulement de vils intérêts – par cette biographie passionnante qui, derrière la mise à jour de l'homme, raconte l'âge d'or de la IIIe République.

Georges Valance est directeur de la rédaction de La Vie française, ancien rédacteur en chef du Point, auteur notamment du Retour de Bismarck et d'une Histoire du franc chez Flammarion.



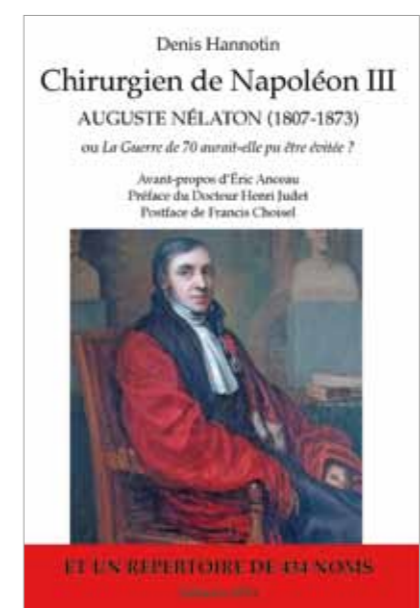
## LES PRÉSIDENTS ET LA GUERRE, 1958-2017

par Pierre SERVENT  
Éditions Perrin

Depuis 1958, sept hommes ont porté le titre envié de chef des armées en entrant à l'Élysée. À l'exception de Georges Pompidou, tous ont enfilé cette tenue avec une délectation certaine, comme s'ils trouvaient là, en comparaison des sables mouvants de la politique intérieure, le seul espace de liberté vraiment régalién. Pour comprendre la relation complexe qu'entretiennent les présidents de la Ve République à l'armée et à la guerre, pour serrer au plus près le pourquoi de leurs décisions, si lourdes de conséquences, Pierre Servent nous entraîne dans les dédales de leur mémoire, de leur histoire et de leurs marqueurs personnels. Avant d'être élu au poste suprême, tous ont endossé l'uniforme. Si cinq d'entre eux ont fait la guerre, un seul, Charles de Gaulle, officier d'active, a combattu lors des deux conflits mondiaux. Les quatre présidents suivants – Georges Pompidou, Valéry Giscard d'Estaing, François Mitterrand et Jacques Chirac – ont tous été décorés au feu. Les benjamins, Nicolas Sarkozy et François Hollande, ont fait leur service militaire, mais pas la guerre... faute de conflits. Cela ne les a pas empêchés d'être des chefs de guerre volontaristes.

Pour mieux saisir leur place dans l'histoire et dans la mécanique de la Défense, l'auteur met également à nu le positionnement si particulier en France des grands commandeurs – notamment le chef d'état-major des armées et le chef d'état-major particulier du président –, à l'articulation du politique et du militaire. Pour la première fois, plusieurs d'entre eux ont accepté de s'exprimer avec une grande liberté sur les relations entre le sabre et la toge.

Officier et journaliste, conseiller ministériel et porte-parole de la Défense, enseignant à l'École de guerre pendant vingt ans, colonel de la réserve opérationnelle, Pierre Servent a servi comme officier dans les Balkans, en Afghanistan et en Afrique. Il a publié de nombreux ouvrages sur l'histoire militaire et les questions de défense.



## CHIRURGIEN DE NAPOLÉON III, AUGUSTE NÉLATON (1807-1873) OU LA GUERRE DE 70 AURAIT-ELLE PU ÊTRE ÉVITÉE ?

par Denis HANNOTIN,  
Éditions SPM

Auguste Nélaton suit l'Empereur depuis 1864 et est nommé « Chirurgien ordinaire » en 1866 et « Chirurgien Consultant des Maisons Impériales Napoléon » en 1869. Le retrouver ici, c'est partager avec lui les souffrances qu'a connues Napoléon III des années 1860 jusqu'à ce funeste 9 janvier 1873 et partager ses inquiétudes et ainsi prendre conscience des lourdes responsabilités de tout médecin en charge de la santé d'un chef d'État. En l'occurrence, comment ne pas s'interroger sur celle de Napoléon III face au contexte politique international à la veille de cette guerre de 1870

Denis Hannotin, ingénieur École Navale, après une première carrière dans la Marine Nationale en a effectué une seconde, dans les services au sein de grandes entreprises internationales et dans les organisations professionnelles. Désormais il se consacre à l'Histoire : c'est ainsi, qu'en particulier, il a co-écrit, avec Christine Moissinac, un « Antoine-Rémy Polonceau (1778-1847), un Homme Libre » – édité aux Presses des Ponts en 2011 – et qu'après de nombreuses recherches et une année à la Sorbonne (Paris IV), il a obtenu un master 2 d'Histoire, ayant soutenu un mémoire dont précisément le sujet était Jean-François-Constant Mocquard, le chef de cabinet de Napoléon III.



## 1918-2018, UNION NATIONALE DES COMBATTANTS, 100 ANS D'HISTOIRE

publication de l'UNC  
Éditions NANE

Cet ouvrage fait un compte rendu détaillé de cent années au service des Anciens Combattants et des veuves et orphelins de guerre. Depuis le 25 novembre 1918, l'UNC n'a cessé de les soutenir, de défendre leurs droits et les valeurs de notre pays, au cours du XX<sup>e</sup> siècle chaotique. Forte de 200 000 adhérents, l'UNC continue de nos jours à rayonner en France et dans le monde par ses actions sociales, humanitaires, sa fidélité au devoir et au travail de Mémoire. L'UNC à cœur d'accueillir les combattants des conflits modernes, dignes descendants des « Anciens Combattants » des deux conflits mondiaux, des guerres d'Indochine et d'Algérie.

## MÉDECINE ET ARMÉE TOME 45 N°5 DÉCEMBRE 2017

Numéro spécial « Ingénierie pédagogique et simulation dans le Service de Santé des Armées »

# INDEX 2017

MC® Laurent ASTIN

## I – TABLE DES MATIÈRES PAR AUTEURS :

**BIREMBAUT B. (ISG2G) (R)** : Premiers secours tactiques : nouvelles menaces - n°1 p 32.

**ANDRE –VANDERSTOCK A. (ISG2G) (R)** : Indemnités de chômage et périodes de réserve - n°1 p 33-35.

**BOLNOT F-H. (VC) (R), CABRE O. (VC) (R)** : Edition de gènes et menace bio terroriste - n°3 p 16-23.

**CARON J-D. (MCSCN) (H)** : Les changements de l'été 2017 - n°4 p 7-13.

**COURBIER J-M. (CDC) (R)** : Chirurgien Dentiste du Charles de Gaulle - n°4 p14-21.

**DESBROSSES P. (PC) (R)** : Pharmacien réserviste au bataillon des marins pompiers de Marseille - n°2 p 12-17.

**DULAURANS C. (CR1) (R)** : Mise en place des nouvelles règles d'authentification dans SIRÈM - n°3 p 13-15.

**DUPONT H. (PC) (R), SCHWARTZBROD P-E. (MC)** : Retour d'expérience sur une action de coopération civilo-militaire : vaccination des étudiants du campus de Dijon contre la méningite à méningocoque W135 - n°4 p 22-25.

**DUPONT-KARCHE H (PC) (R), MALAQUIN D (PCSCN) (R), BURNAT P. (PGI) (R)** : Unité d'enseignement optionnel « Santé Défense » de l'université Paris-Descartes - n°2 p10-11.

**DURRIEU J-P (MC) (R)** : L'approche du SSA en théâtre militaire et d'attentat - n°3 p 30-31.

**FOGEL J-P. (CDCSCN) (R)** : Editorial - n°3 p 3.

**GELAS J. (PH) (R), RAVELLO F. (CR1) (R)** : Une belle initiative locale : la FSOR - n°1 p 27-28.

**GEORGET C. (CDC) (R), DROGOU G. (CDP) (R)** : L'identification dentaire au sein des missions de l'UGIVC, exemple de la collision aérienne de villa Castelli (Argentine) - n°2 p 18-26.

**HALBERT F. (MCS) (R)** : Les Réserves des Services de Santé étrangers - n°1 p 7.

**LAMBERT C. (ISG2G) (R)** : RETEX sur une transfusion de sang total - n°2 p 27-28.

**LAROCHE DE ROUSSANTE (CGHC) Inspecteur du SCA, MASSICOT P. (CRC2) (R)** : Le SCA sous la direction du Commissaire Général COFFIN - n°2 p 29-30.

**LE BLOND DU PLOUY E. (CRC2) (R)** : Le pôle de formation militaire des réserves de la DRSSA de Bordeaux - n°1 p 29-31.

**MALAQUIN D. (PC) (R)** : Problématique familiale de l'annonce du départ en OPEX ou MCD jusqu'à l'après retour de mission - n°1 p 24-26.

**MALBRANQUE S. (MC) (R), DOZIERES F. (LTN), SCHULIAR Y. (MCSHC) (R)** : Intérêts de l'analyse exhaustive des victimes polyfragmentées d'accidents aériens à propos d'un cas - n°1 p 11-20.

**MANTEL R. (IA3G Major) (R)** : Infirmier anesthésiste au groupe médico-chirurgical de GAO au Mali, Mandat 7, Opération Barkhane - n°3 p 24-36.

**MARGENET-BAUDRY A. (MCS) (RC)** : Editorial - n°4 p 3.

**PATRE J. (IA3G) (R)** : Mission grand nord sur le RHM Tenace - n°4 p 26-29.

**SAUVAGEON X. (MCSHC) (R)** : Editorial - n°1 p 3.

**SCHALBER J-C. (PCSCN) (R)** : Editorial - n°2 p 3.

## II – TABLE DES MATIÈRES PAR CHAPITRES :

### 1 – Compte rendus des activités :

Journées GORSSA du 8 octobre 2017 à Lyon - LEHOT J-J. (MCS) (R) - n°1 p 9-10.

Congrès de l'Association Dentaire Française (ADF) Paris, Palais des Congrès, 26 novembre 2016 - DELOBEL J-P. - n°2 p 6-9.

Première rencontre santé civilo-militaire du Sud-Ouest, Bordeaux, 26 janvier 2017 - VOISIN P. (CRC1) (R), DELOBEL J-P. (CDC) (RC), PASCUAL L. (MC), MOREAU A. (ICASP) - n°1 p 27-28.

Journées nationales d'instruction du GORSSA à Marseille les 19 et 20 mai 2017 - ASTIN L. (MC) (R) - n°3 p 6-12.

Journées régionales d'instruction des Réserves du SSA à Lyon, 4 mai 2017 – GELAS J. (PH) (R), CUMINAL A. (CDC) (R), FAURE M-A. (PH) (R) - n°3 p 32-35.

## 2 – Informations

Biographie de la MGA Maryline GYGAX, Directrice Centrale du SSA- n°4 p 5.

Biographie du MGA Patrick GODART, nouvelle Inspecteur Général du SSA- n°1 p 5.

Biographie du MC Denis MORGAND, Chef du Bureau « Gestion des Réserves de la DCSSA - n°2 p 5.

### • In Memoriam :

- MC (H) Jacques FARISSE (1935-2016) par le MC (H) Jacques DUCROS - n°1 p 8.

- Major Gilles PASQUIER par le MCSCN (R) Jean-Jacques LEHOT - n°3 p 5.

- CDP (R) Dominique DECKERT par le (CDC) (R) Jean-Michel COURBIER - n°4 p 6.

Journées Nationales d'Instruction du GORSSA à Marseille les 19 et 20 mai 2017 - n°1 p 36-38, n°2 p 31-33.

Journée Nationale d'Instruction de la FNCDR dans le cadre du congrès de l'Association Dentaire Française, Palais des Congrès, Porte Maillot le 2 décembre 2017 - n°4 p 30.

Conférences de réanimation pré-hospitalière de la BSPP 2017-2018 - n°4 p 31.

Informations officielles, nominations et promotions - n°1 p 39-40 ; n°2 p 34 ; n°3 p 36, n°4 p 32.

Organigramme associatif - n°1, 2, 3 et 4 : p 4.

Index 2016 – ASTIN L. (MC) (R) - n°2 p 38.

## 3 – Ouvrages parus - Bibliographie

CARON J-D. (MCS) (H), MOULINIE J-P. (MCS) (H), SICÉ M-H. (Mme) - n°1 p41-42 ; n°2 p35-37 ; n°3 p37-38, n°4 p33-34.

# RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

*Actu-Gorssa est une revue multi-disciplinaire qui publie des articles concernant l'ensemble des Corps constituant le Service de Santé des Armées à savoir : Médecins, Pharmaciens, Vétérinaires, Chirurgiens Dentistes, Personnels du Corps Technique et Administratif ainsi que les Militaires Infirmiers et Techniciens des Hôpitaux des Armées.*

## RÈGLES GÉNÉRALES

Les travaux doivent être soumis obligatoirement au format électronique et seront adressés par courriel ou sur CD-Rom au correspondant de rédaction de la discipline concernée.

Ces travaux peuvent être des cas cliniques, des retours d'expérience, des articles de revue de littérature ou tous autres sujets concernant Santé et (ou) Armées. Ces travaux et articles peuvent être illustrés et se limiter à environ 10 000 caractères, espaces compris.

Ils doivent comprendre :

- Pour les articles de revue : un résumé de 10 lignes maximum ainsi que, si nécessaire, des références bibliographiques indexées selon les normes en vigueur et enfin le(s) nom(s) et coordonnées de(s) (l') auteur(s) dont son adresse mail.
- Pour les retours d'expérience et O.P.E.X., un exposé du contexte géopolitique local (voire national ou régional) est très souhaitable.

## SOUSSION D'UN ARTICLE POUR PUBLICATION

Le texte de l'article projeté et les illustrations éventuelles seront adressés au correspondant de rédaction de la discipline considérée qui précisera à l'auteur les modalités de publication.

## PRÉSENTATION ET CONSEILS DE RÉDACTION

Le texte doit être fourni **en double interligne au format Word 97** ( ou versions plus récentes ) pour PC (extension .doc). **Éviter impérativement les fichiers pdf.** Les règles typographiques sont les règles en usage dans l'édition. **Les titres de paragraphes devront être distingués**, les éléments importants pourront éventuellement être soulignés.

## ICONOGRAPHIE

Les images, graphiques, tableaux doivent parvenir au format image (**un fichier par image**), ils doivent être **appelés dans le texte par numéro et accompagnés d'une légende** courte et précise. Les légendes doivent être soumises sur un document à part.

**Ne sont acceptées que les images numériques d'une qualité suffisante**, à savoir **largeur minimum de 8 cm** avec une résolution minimum de 300 dpi (pixels par pouce), **transmises dans un format de fichier .jpg, .eps, ou .tif.**

**Ce seront donc 3 documents : 1 - texte, 2 - photos numérotées et 3 - légendes qui seront à acheminer en envois séparés.**

## À CONNAÎTRE : ADRESSES « COURRIEL » DE LA RÉDACTION

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

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

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

**Correspondants de rédaction :**

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

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

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

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

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

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

*Région de Toulon* : c.dulaurans@laposte.net

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

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

