

*La lettre de* **Réanoxyo**

**7**



21 Sept.  
journée des clubs

La lettre de  
**Réanoxyo**  
revue du CARM

**REDACTEUR EN CHEF**

MCS L Brinquin  
Consultant national  
Chef du service d'anesthésie réanimation  
HIA Val de Grâce

**REDACTEUR**

MC G Mion

**COMITE DE REDACTION**

MC (TA) JM Saïssy  
MP (TA) C Le Marec  
MP M Rüttimann  
MDA F Petitjeans

**IMPRESSION-EXPEDITION**

MP M Rüttimann  
MDA F Petitjeans  
MP JP Lévecque

**LETTRE DE DIFFUSION**

MP (TA) C Le Marec  
MP M Rüttimann

**BUREAU DU CARM**

Président : G Mion  
drgmion@club-internet.fr  
Secrétaire : M Rüttimann  
mruitti@club-internet.fr  
Trésorier : C Le Marec  
christian.le-marec@wanadoo.fr

**CORRESPONDANTS**

HIA Percy : MCS B Rouvier  
CTB : MC A Paris  
HIA Sainte Anne : MCS JF Quinot  
HIA Val de Grâce : MC JM Rousseau  
HIA Bégin : MP C Descraques  
HIA Desgenettes : MP B Fontaine  
HIA Robert Picqué : MP A Suppini  
BSPP : MP M Rüttimann  
BMP : MC DF Meyran  
ENSSSAT Dinan : MG H Julien  
Cotonou : M Cdt A Gnanon  
Dakar : MP R Pétrognani  
Libreville : M Cdt M Chani

**COTISATIONS** (Année 2000)

Oxyologues et Assistants : 100 F  
Spécialistes : 150 F  
Agrévés et MCS : 250 F

La lettre de  
**Réanoxyo**

Club des Anesthésistes-Réanimateurs Militaires

**Sommaire**



• **Editoriaux**

• **Marseille 2000 :  
Envenimations graves** p 2

• **Oxyologie...** p 3

• **Compte rendu du congrès** p 4

• **Journée des clubs, SFAR 2000** p 7

• **4<sup>ème</sup> réunion du CARM :  
journée de la douleur, Mars 2001** p 10

• **Libre opinion** p 12

• **Cotisation 2000** p 13

• **Membres du CARM** p 14

# EDITORIAL

Marseille, IMTSSA 27 Juin 2000  
Première réunion du CARM,  
sous le patronage du Directeur Central

Le colloque organisé pour le CARM au Pharo par le Médecin en Chef Carpentier a été une réussite. Il a réuni dans ce cadre prestigieux et agréable non seulement des membres de notre club, mais un certain nombre de chercheurs de haut niveau impliqués depuis de nombreuses années dans l'optimisation du traitement des envenimations graves ou dans la biologie moléculaire des toxines.

Cette première réunion du Club des Anesthésistes-Réanimateurs Militaires, conçue lors du dernier congrès de la SFAR en Septembre 2000, démontre si besoin en était la vitalité de notre jeune club et notre capacité à organiser en quelques mois un colloque de haut niveau. Ceci a été possible grâce à la grande disponibilité de l'équipe marseillaise, le professionnalisme de l'IMTSSA en matière de réunions scientifiques, la facilité des relations avec des chercheurs civils réputés et une communication rapide entre nos différents groupes par l'intermédiaire du téléphone mobile et d'internet.

Gageons que la troisième réunion du club, organisée à l'HIA Bégin en Mars 2001 par le Médecin Principal (TA) Le Marec et le Médecin Chef des Services Saïssy, préparée avec minutie et sans les contraintes de temps imposées l'an dernier par la création du CARM, nous réunira encore plus nombreux. Vous y entendrez parler du traitement de la douleur, là encore par des spécialistes reconnus.

Entre temps aura lieu à Paris le 21 septembre 2000 notre première participation à la journée des clubs de la SFAR, au palais des Congrès de la porte Maillot. Il est fondamental que nous assistions nombreux à cette manifestation. L'accueil des militaires au sein de la SFAR, l'accréditation par le CFAR de nos réunions scientifiques sont les enjeux du futur à ne pas manquer dans cette période qui risquerait de passer pour « l'apoptose » de l'anesthésie-réanimation militaire. Les départs de plus en plus fréquents de nos spécialistes les plus performants, attirés par la pratique en milieu libéral (CARM = Club des anesthésistes disparus ? c.f. rubrique « *libre opinion* ») , les rumeurs de fermeture de certains de nos HIA, la réduction massive des postes outre-mer ont de quoi inquiéter...

Malgré ces nuages sombres, au demeurant prévus de longue date, l'anesthésie-réanimation militaire n'a jamais été aussi dynamique. Le travail réalisé en opex par nos spécialistes et même pas certains de nos assistants en formation en témoigne. Golfe Persique, Tchad, Timor, Turquie, Ex-Yougoslavie, Sénégal... Ces noms résonnent depuis 10 ans comme autant de titres de gloire, acquis dans l'efficacité, l'humanisme et dans l'humilité. Les sommaires des revues scientifiques les plus prestigieuses comportent depuis quelques mois les travaux de nos équipes. Le temps n'est donc pas à la morosité, mais à l'action, la construction et la participation.

**MC Georges Mion**, HIA Bégin, [drgmion@club-internet.fr](mailto:drgmion@club-internet.fr)

## Oxyologie...

Le Médecin Général Bonsignour a créé *la lettre de Réanoxy* en 1995 pour « donner une cohérence et une force d'action à un groupe de médecins militaires de différentes composantes : réanimation, anesthésie et oxyologie ». Les divers acronymes non retenus avaient été à l'époque REANOXY, OXYREAN, ANREAOXY ou encore ANOXYREA...

Lors des débuts du club des anesthésistes-réanimateurs en 1999, une séance épique avait étudié les différentes appellations qui auraient pu rendre compte de façon élégante des trois éléments indissociables que sont chronologiquement la médecine d'urgence, l'anesthésie et la réanimation dans notre pratique spécifiquement militaire. Avaient été rejetés successivement : CFARA, CMARF, SFARM, CMARO, CARUM, le prix « du plus vilain » étant décerné à CRAMU ! Finalement c'est CARM qui a été adopté pour des raisons euphoniques, mais également au dépend de la composante *urgence*...

Il n'en est pas moins vrai que la médecine d'urgence (ou oxyologie) a toujours été particulièrement bien représentée dans notre club, tant au sein des membres fondateurs que parmi les cotisants (les " urgentistes " représentent presque 30% des inscrits). Il en est de même des sujets proposés aux réunions.

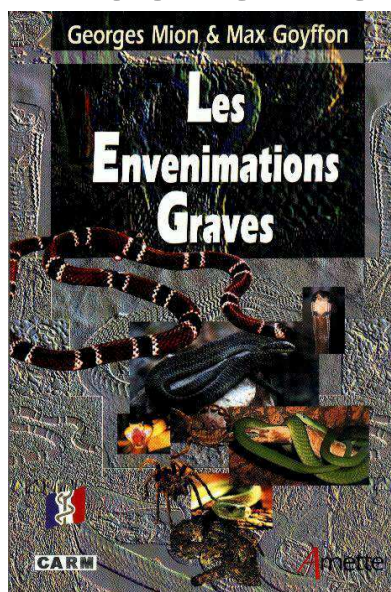
C'est pourquoi, malgré l'absence d'une voyelle supplémentaire, le CARM est et reste largement ouvert aux pratiquants de la Médecine d'Urgence, spécialité à part entière dans notre esprit mais non encore reconnue malheureusement en France, que ce soit dans sa composante préhospitalière en opération pour nos camarades d'unité, à domicile ou sur la voie publique pour ceux du Bataillon des Marins-Pompiers de Marseille ou de la Brigade de Sapeurs-Pompiers de Paris, ou bien encore à l'hôpital pour nos camarades des Services d'Urgence.

Le terme militaire ne doit pas être non plus trop restrictif puisque d'anciens médecins du corps ou faisant partie de la réserve nous ont déjà rejoint pour nous faire partager leur expérience.

A tous donc : bienvenue au club !

**MP M Rüttimann, BSPP, mruitti@club-internet.fr**

## LE CONGRES



### EPIDEMIOLOGIE DES ENVENIMENTS DANS LE MONDE.

J.-P. Chippaux & M. Goyffon.

Pays industrialisés : Moins de 350 décès recensés chaque année, dont une grande partie à la suite d'une manipulation de serpent.

Amérique Centrale et du Sud : 350 000 morsures, majorité de cas traitée à l'hôpital. Létalité réduite : 5 000 morts enregistrés.

Afrique : 1 million de morsures : 20 000 morts, Asie : 4 millions de morsures, 100 000 morts par an. Le taux d'hospitalisation est certainement inférieur à 50%.

*Le nombre annuel de morsures de serpent dépasse 5 millions et le nombre de décès 125 000. Ce sont les pays où les serpents sont les plus abondants et les espèces les plus venimeuses que les infrastructures sanitaires sont les plus rudimentaires et la disponibilité en immunoglobulines antivenimeuses la plus faible.*

### IMPACT DES VENINS DE VIPERIDES SUR L'HEMOSTASE.

Georges Mion, Frédéric Olive, Michel Rüttimann, Jean-Marie Saïssy.

Les venins de vipéridés contiennent un cocktail de protéines qui activent la cascade de la coagulation, notamment la prothrombine. La thrombine générée par les venins de vipéridés est différente de la thrombine activée par la cascade physiologique de la coagulation. Une étude randomisée a démontré l'inutilité de l'héparine dans le traitement des CIVD consécutives aux morsures d'*Echis*. La sérothérapie antivenimeuse est le seul traitement étiologique du syndrome hémorragique.

### PRISE EN CHARGE PREHOSPITALIERE DES MORSURES DE VIPERES A DJIBOUTI.

Michel Rüttimann, Georges Mion.

L'absence de signes locaux et systémiques permet d'exclure une envenimation après 6 à 12 heures d'observation. Garrot artériel et incisions aggravent les lésions locales. Un bandage peu serré et l'immobilisation du membre blessé diminuent la diffusion du venin pendant l'évacuation. Un remplissage abondant est parfois nécessaire. L'antibioprophylaxie de la gangrène gazeuse et la prévention du tétanos sont systématiques. L'utilisation du sérum au niveau des dispensaires peut diminuer par trois le coût du traitement des morsures d'*Echis*, en évitant la nécessité d'une évacuation rapide voire de l'hospitalisation.

### TRAITEMENT DES ENVENIMENTS VIPERINES GRAVES.

Georges Mion, Michel Rüttimann, Frédéric Olive, Jean-Marie Saïssy.

La morsure des vipères des genres *Bitis* et *Echis* entraîne une coagulation intravasculaire disséminée qui peut persister 8 à 10 jours. Un état de choc, l'importance de l'oedème et du syndrome hémorragique, les âges extrêmes, signent la gravité de l'envenimation. L'absence de signes locaux et systémiques permet d'exclure

une envenimation après 6 à 12 heures d'observation. Le seul traitement efficace des coagulopathies repose sur l'administration intraveineuse de sérum antivenimeux.

*C'est la gravité des symptômes et leur évolution qui détermine la dose nécessaire. La sérothérapie reste efficace même en cas de retard thérapeutique. Un simple temps de coagulation sur tube sec obtenu au lit du malade permet d'effectuer la surveillance du traitement.*

### INFLAMMATION ET NECROSE DANS LES ENVENIMENTS VIPERINES : LE SYNDROME VIPERIN.

J.-P. Chippaux. Les envenimations vipérines se caractérisent par une symptomatologie locale prédominante qui s'explique par la richesse du venin en enzymes protéolytiques. Les gestes de premiers secours invasifs et la surinfection constituent des facteurs aggravants. Le traitement doit être conservateur. Entrepris en urgence, il favorisera l'approche médicale, tout particulièrement

l'immunothérapie, et réservera la chirurgie à la cure des complications tardives, une fois quelles seront stabilisées.

### MORSURES DE CROTALIDES.

Quinot JF, Petit D, Cantais E, Palmier B. Les crotalidés sont répandus dans les deux Amériques et le Sud-est asiatique. La gravité est corrélée à l'extension de l'oedème vers la racine du membre, l'apparition de phlyctènes séro-sanglantes, une coagulopathie ou une nécrose locale. La chute du taux de fibrinogène est la complication la plus redoutée.

*En Martinique, Bothrops lanceolatus est responsable de thromboses coronaires et cérébrales, et en Guyane, Crotalus durissus est neurotoxique.*

Le meilleur traitement est la sérothérapie. Localement, la constatation d'une nécrose

impose une chirurgie d'exploration et de parage.

**ENVENIMATION COBRAÏQUE.** L. Pollet, C. Ponchel, J. P. Carpentier. Les élapidés (cobras, mambas, serpents corail, kraits, serpents marins) sont répartis en Afrique, en Amérique et en Australie. Leur venin contient des neurotoxines responsables du syndrome cobraïque qui associe ptôsis, diplopie, trouble de la déglutition, paresthésies.

*Le décès peut survenir par paralysie respiratoire dans un délai de 2 à 10 heures.*

Un syndrome muscarinique associant myosis, hypersécrétion bronchique, bronchoconstriction, hypersialorrhée, vomissements et clonies précède d'environ 30 minutes le syndrome cobraïque lors de morsure de mambas. Certaines espèces sont aussi à l'origine de troubles du rythme cardiaque, de troubles de la coagulation, de rhabdomyolyses ou d'atteintes oculaires directes. Le traitement de la paralysie respiratoire fait appel à l'intubation et à la ventilation contrôlée. Le seul traitement spécifique efficace est la sérothérapie antivenimeuse intraveineuse dans les plus brefs délais.

#### **LES MORSURES DE SERPENTS EN DEHORS DES VIPERIDES ET DES ELAPIDES.**

L. Pollet, R. Saby, J-P Carpentier. Les colubridés (couleuvres) et les atractaspides (proches des vipéridés) sont responsables d'accidents graves chez l'homme. Le venin des colubridés est essentiellement constitué d'enzymes. Les atractaspides sont responsables d'un choc anaphylactique initial (histamine, kinines), de troubles conductifs graves et d'ischémie myocardique (sarafotoxines). Le choc anaphylactique impose un remplissage vasculaire et l'administration d'adrénaline.

*La rareté des envenimations dues aux colubridés et aux atractaspides et la grande diversité de la composition de leur venin font qu'il existe, à ce jour, peu de sérum spécifique.*

#### **ACTUALITES SUR LES ENVENIMENTS PAR LES VIPERES EUROPEENNES.**

Marc Sorkine. Les morsures par vipères européennes surviennent pendant la saison chaude d'août à mi-octobre. Dans un grand nombre de cas les morsures ne sont pas suivies d'envenimation sévère et les suites sont simples. La gravité de l'envenimation repose sur la quantité de venin injectée. Les principaux signes de gravité d'une envenimation sont un oedème rapidement dégressif, des manifestations systémiques, digestives et cardiovasculaires. Les complications sont l'état de choc, l'apparition d'un oedème pulmonaire; d'une insuffisance rénale, voire d'une défaillance polyviscérale. (3-4 décès annuels en France).

*Toute morsure, du fait du risque potentiel justifie une hospitalisation de 24 heures pour surveillance. Dans les envenimations modérées et sévères (grade 1 et 2) le traitement repose sur l'injection intraveineuse d'antivenin en milieu spécialisé.*

Ces dernières années de nouveaux antivenins plus efficaces et mieux tolérés sont produits.

#### **PROBLEMES POSES PAR LES MORSURES DE SERPENTS EXOTIQUES EN FRANCE METROPOLITAINE.**

Luc De Haro. Parmi les "nouveaux animaux de compagnie", les serpents venimeux exotiques sont les animaux les plus dangereux que peuvent posséder des particuliers. Il existe un marché du "venimeux" qui ne cesse de se développer en France. Parmi les 4 observations d'envenimation par serpents exotiques collectées en 1999 par le

Centre Antipoison de Marseille, 3 ont été entraînées par la morsure de fers de lance asiatiques du genre *Trimeresurus* très prisé par les éleveurs. Ces serpents ont une fausse réputation de reptiles peu dangereux alors qu'ils sont responsables d'oedème extensif et de coagulation intravasculaire disséminée.

*Les antivenins permettant de traiter les patients envenimés ne sont pas facilement disponibles en France.*

D'une part, il n'existe aucune structure publique ayant les moyens financiers et humains pour gérer une banque d'antivenins, et d'autre part les éleveurs ont de grandes difficultés pour obtenir ces médicaments sans AMM française et fabriqués à l'étranger. Le corps médical français n'est pas formé pour prendre en charge des patients envenimés par des animaux exotiques. Actuellement, il est conseillé de prendre l'avis d'un service spécialisé (Centre Antipoison) pour évaluer les risques en fonction de l'espèce de serpent incriminée.

#### **ASPECTS ACTUELS ET FUTURS DE L'IMMUNOTHERAPIE ANTIVENIMEUSE.**

J.-P. Chippaux & M. Goyffon. La préparation des sérums antivenimeux (SAV) a connu des améliorations successives : élimination des protéines non immunes, protéolyse ménagée des immunoglobulines G, qui ont considérablement amélioré la tolérance des SAV.

*Les SAV actuels sont le plus souvent présentés sous la forme de fragments F(ab')<sub>2</sub> dont les propriétés biologiques restent voisines de celles des IgG d'origine.*

Il est possible de préparer des fragments Fab de masse molaire inférieure, aux propriétés biologiques différentes. Le choix entre ceux-ci et les F(ab')<sub>2</sub> n'est pas encore tranché. La stabilité des SAV conservés au froid à 4°C et à l'abri

de la lumière est excellente. La forme lyophilisée est rarement disponible. En l'absence de technique de routine permettant de doser la quantité de venin présente dans l'organisme, l'utilisation des SAV reste encore largement empirique. La voie veineuse est la plus efficace et la mieux contrôlée. Des améliorations peuvent encore être apportées : choix des antigènes, préparation d'immunoglobulines spécifiques purifiées, préparation d'anticorps recombinants spécifiques, traitements adjuvants potentialisant l'action des anticorps, adaptation des doses administrées aux quantités d'antigènes circulants.

### ENVENIMENTS GRAVES PAR LES ANIMAUX MARINS.

J.F. Quinot.

*Les serpents marins sont tous venimeux : ils vivent dans les eaux tropicales du Pacifique Ouest et du Sud-Est asiatique. Ce sont des élapidae. Les morsures, rares, causent des détresses respiratoires et des rhabdomyolyses sévères.*

Le traitement symptomatique est le plus souvent nécessaire à cause du coût et de la rareté du sérum antivenimeux polyvalent adapté. Les poulpes de la variété "blue ringed octopus" ne doivent jamais être manipulés; l'envenimation se traduit par une paralysie respiratoire ; elle ne nécessite qu'un court traitement symptomatique. Les "raies armées" infligent de véritables coups de poignard, dont la plaie se nécrose et se surinfecte en l'absence d'un parage chirurgical. Les scorpénidés blessent par leurs piquants venimeux, causant une douleur insupportable et des plaies nécrotiques dont la cicatrisation traîne des mois. L'excision précoce sous anesthésie locale est la bonne solution. Les cônes attirent les collectionneurs, mais l'animal projette un dard venimeux infligeant un collapsus et une paralysie respiratoire brutalement installés et de traitement

symptomatique. Les méduses du type *Chironex fleckeri* provoquent d'atroces douleurs capables d'entraîner la noyade. Le lavage des plaies au vinaigre élimine rapidement tentacules et venin. Les étoiles de mer géantes doivent être évitées sous peine de piqûres très douloureuses et nécrosantes à traiter par parage précoce.

### LES VENINS D'ARAIGNÉES.

M. Goyffon & L. De Haro. Les venins d'araignées contiennent une grande variété de molécules toxiques. Le plus souvent, il s'agit de neurotoxines, peptides, protéines ou polyamines complexes. Il peut s'agir aussi d'enzymes à pouvoir nécrosant. Les neurotoxines agissent le plus souvent de façon spécifique sur des canaux ioniques. Les polyamines sont paralysantes chez les invertébrés seulement.

*L'aranisme humain est soit de type neurotoxique (Atrax, Latrodectus ou veuve noire) soit de type nécrosant, rarement hémolytique (Loxosceles).*

### L'ENVENIMATION SCORPIONIQUE GRAVE.

Lamia Besbes-Ouanes, Semir Nouira, Fekri Abroug. l'envenimation scorpionique est fréquente dans les pays tropicaux et subtropicaux. Dans la plupart des cas, la présentation clinique est bénigne (signes locaux seulement).

*La gravité clinique tient à la survenue d'œdème pulmonaire et/ou de choc cardiogénique. L'envenimation grave détermine une altération profonde de la contractilité des deux ventricules, réversible en quelques jours.*

La dobutamine et la ventilation mécanique (si nécessaire) en constituent les traitements de choix. Les autres thérapeutiques spécifiques (sérothérapie) ou symptomatiques (anti-inflammatoires, immunomodulateurs) n'ont pas fait la preuve de leur efficacité clinique.

### ENVENIMENTS GRAVES PAR PIQÛRES D'HYMÉNOPTÈRES.

Bruno Rouvin.  
*Chaque année, en France, dix personnes décèdent de choc anaphylactique après une piqûre d'hyménoptères.*

*L'adrénaline à haute dose reste en l'an 2000 le traitement de choix du choc anaphylactique.*

En Afrique et en Amérique les abeilles tueuses sont responsables d'envenimations massives par piqûres multiples. L'intoxication systémique évolue progressivement vers un syndrome de dysfonctionnement multiviscéral. L'épuration extrarénale est le traitement de choix des envenimations massives par hyménoptères. Le syndrome d'envenimation, le choc anaphylactique ou les détresses ventilatoires après piqûres laryngées mettent en jeu le pronostic vital. Un sérum antivenimeux d'hyménoptères constitué de fractions Fab est en cours de développement.

## Libre opinion

### A la recherche de l'anesthésiste perdu...

En cette fin d'année, le Service de Santé des Armées fait à nouveau le constat du départ quasi systématique des spécialistes d'anesthésie-réanimation à 25 ans de service. Dans le manuel « Médecine de Catastrophe », le chapitre qui traite de ce problème pourrait s'intituler « conduite à tenir devant une hémorragie aiguë ».

Face à une telle situation, vous vous poserez deux questions :

- (1) Pourquoi ça saigne ?
- (2) Comment arrêter le saignement ?

Tout médecin tant soit peu expérimenté n'ignore pas qu'une fois les mécanismes compensateurs dépassés, le pronostic vital est engagé...

Pourquoi ces départs ? Certains préfèrent nous faire comprendre qu'il ne s'agit que de raisons pécuniaires. Cette réponse un peu facile, n'est pourtant pas et loin s'en faut l'explication véritable, du moins pour la majorité d'entre nous. Le manque, peut être l'absence de considération en serait plutôt le principal catalyseur. Le militaire fonctionne par la reconnaissance qu'on lui témoigne, l'anesthésiste aussi...

L'avancement - nous avait on promis - serait favorable à ceux qui s'engageraient dans cette difficile spécialité. Etrange, cette promesse n'a pas ralenti les départs : depuis plusieurs années, beaucoup d'anesthésistes quittent le SSA à 25 ans de service avec le grade de médecin principal et un nombre d'annuités en général très inférieur à ce qu'il aurait été s'ils avaient servi dans les forces. Le nombre de gardes passées à l'hôpital - plusieurs années d'une vie - d'evasan, le temps passé en Opex auraient-il moins de valeur que sauts en parachute, plongées, missions embarquées ou simples manoeuvres sur le terrain ? La revalorisation de notre fonction n'est qu'une succession de promesses dont nous attendons toujours la réalisation concrète, et surtout pas le fruit d'une véritable concertation...

La rémunération forfaitaire des gardes est pour le moment la seule réponse envisagée. Elle est clairement inadaptée : à charge et qualité de travail égale, pourquoi le réanimateur militaire ne bénéficie-t-il pas d'une considération équivalente à celle de son collègue civil ou pire, de son collègue réserviste lorsqu'il exerce dans les propres structures du SSA ?

Il est vraisemblable que le manque d'anesthésistes, qui plus encore cette année devient un problème réel, va conduire le système à engager des dépenses déraisonnables pour financer le recours à des vacataires pour les gardes voire les Opex.

On se plaît en haut lieu à répéter que chirurgiens et anesthésistes constituent le fer de lance du SSA. Avant cette chronique des départs annoncés, ne serait-il pas opportun de poser enfin les bonnes questions aux intéressés eux mêmes et de ne plus se contenter de consulter des autorités intermédiaires ?

Médecin Principal Christian Descaques  
Médecin Principal Didier Giraud.  
HIA Bégin



## COTISATION 2000

Nom :

Prénom :

Promotion :

Grade :

Fonction :

Agrégé                       Spécialiste                       Assistant                       Autre

Anesthésiste-réanimateur                       Urgentiste                       Autre

Lieu d'exercice :

Secteur d'activité :

Adresse professionnelle :

Tel :

Fax :

Email :

- Je désire être correspondant du Carm pour l'hôpital où j'exerce :  oui    non
- Je désire faire partie du comité d'organisation du Carm                       oui    non  
(je m'engage en ce cas à participer à 2/3 des réunions)

Cotisation par chèque à l'ordre de : AIDRA)

- Professeur agrégé et MCS : 250 francs
- spécialiste : 150 francs
- Médecin et assistant : 100 francs

Questions, suggestions :

Courrier réponse à adresser à : MC G MION - Service d'Anesthésie Réanimation  
HIA Bégin. 69, Av. de Paris, 94160 Saint Mandé / 00498 Saint Mandé Armées.

Tel: 01 43 98 48 81

## Membres du CARM (2000)

ADAM	Jean-Claude	MDA	HIA Clermont Tonnerre
AUBERT	Michel	MG	HIA Laveran
AUBOUIN	Jean-Philippe	MC	HIA Clermont Tonnerre
AUSSET	Sylvain	MDA	EASSA
AVARGUES	Patrick	MP	HIA Bégin
BARGUES	Laurent	MP	HIA Percy
BENEFICE	Serge	MC	HIA Sainte Anne
BENOIS	Alain	MDA	EASSA
BIRON	René	MC(ER)	Bourgoin
BLOTTIAUX	Emmanuel	MDA	BSPP
BONSIGNOUR	Jean Pierre	MG	INI
BORET	Henry	MDA	HIA Sainte Anne
BORNE	Marc	MP	HIA Val de Grâce
BOULLAND	Pascal	MDA	BSPP
BRINQUIN	Louis	MCS	HIA Val de Grâce
CAMPILLO	Alexis	MC	BMPM
CARPENTIER	JP	MC	HIA Laveran
CARSIN	Hervé	MCS	HIA Percy
CHASSAING	François	MP	HIA Legouest
CHAZALON	Pascal	MDA	EASSA
CHEVRE	Arnaud	MDA	BSPP
COMBES	Laurent	MP	BMPM
CURET	PM	MP	HIA Percy
D'ANDIGNE	Eric	MDA	1°RPIMa
DEBIEN	Bruno	MP	HIA Percy
DELORT	Guillaume	MP	HIA Bégin
DESCRAQUES	Christian	MP	HIA Bégin
DOROL	Jack	MC	HIA Percy
FEVRE	Guillaume	MDA	EASSA
FONTAINE	Bruno	MP	HIA Desgenettes
FORTIN	Jean-Luc	MDA	BSPP
FUILLA	Claude	MP	HIA Legouest
GIOCANTI	Jean-Pascal	MP	BSPP
GNAHO	Alexandre	MDA	BSPP
GNANGNON	Albert	MC	Cotonou
GOATER	Philippe	MP [TA]	HIA Val de Grâce
GOYFFON	Max		
GRASSER	Laurent	MDA	INI
JULIEN	Henri	MG	ENSSAT
KAISER	Eric	MP	HIA Sainte Anne
KALFON	Claude	MCS	Présidence
KOULMANN	Pierre	MDA	EASSA
LABADIE	Philippe	MDA	HIA Robert Picqué
LAMBERT	Evelyne	MDA [TA]	EASSA
LE BERRE	Jean	MG	HP Dakar
LE HOT	Henri	MP	BSPP
LE MAREC	Christian	MP [TA]	HIA Bégin
LENOIR	Bernard	MC	HIA Percy
LEUSSIÉ	Jean-José	MC	HIA Laveran
LEVECQUE	Jean-Paul	MP	EASSA
LOUPIAC	Eric	MP	BSPP
MAESTRIPIERI	Bruno	MP	La Réunion
MALGRAS	Guy	MC	HIA Robert Picqué
MERAT	Stéphane	MDA	EASSA
MEYRAN	Daniel	MC	BMPM
MION	Georges	MC	HIA Bégin
MORELL	Eric	MDA	EASSA
MOUGEOLLE	Claude	BMPM	

MOUROU	Hervé	MDA [TA]	2 <sup>o</sup> RH
PALMIER	Bruno	MC	HIA Sainte Anne
PARIS	Alain	MP	HIA Percy
PATS	Bruno	MC	HIA Percy
PELLETIER	Christophe	MDA	EASSA
PERRY	P	MDA	BSPP
PETIT	Dominique	MC	HIA Sainte Anne
PETITJEANS	Fabrice	MDA	EASSA
PETROGNANI	Roland	MC	HIA Laveran
PEYTEL	Eric	MDA [TA]	EASSA
POULIQUEN	Gilbert	MC	Laveran
PUIDUPIN	Marc	MP	HIA Bégin
QUINOT	Jean-François	MCS	HIA Sainte Anne
ROUQUETTE-VINCENTI	Isabelle	MP	HIA Val de Grâce
ROUSSEAU	Jean-Marie	MC	HIA Val de Grâce
ROUVIER	Bernard	MCS [TA]	HIA Percy
ROUVIN	Bruno	MC	CHA Bouffard
RÜTTIMANN	Michel	MP	BSPP
SABY	René	MDA	HIA Laveran
SAILLIOL	Pierre	MP	HIA Bégin
SAISSY	Jean-Marie	MC [TA]	HIA Bégin
SALLE	Michel	MC	HIA Desgenettes
SERGENT	Hervé	MP	HIA Clermont Tonnerre
SUPPINI	Alain	MP	HIA Robert Picqué
THEOBALD	Xavier	MC	HP Dakar
TRIFOT	Michel	MC	HIA Desgenettes
VILLEVIEILLE	Thierry	MDA	EASSA