Prise en charge chirurgicale des victimes de la guerre en Syrie. Expérience de la 6e ACA, déployée dans le camp de réfugiés de Za'Atari (Jordanie)

E. Hornez[a], P. Ramiara[b], J.-B. Lecler[c], F. Duriez[d], C. Rousseau[e], E. Thazar[e], D. Ollat[f]

a 6e antenne chirurgicale aérotransportable, service de chirurgie thoracique et viscérale, HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.
b 6e antenne chirurgicale aérotransportable, département d'anesthésie réanimation, HIA Sainte-Anne, BP 600 – 83800 Toulon Cedex 09.
c 6e antenne chirurgicale aérotransportable, département d'anesthésie réanimation, HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.
d 6e antenne chirurgicale aérotransportable, département d'anesthésie réanimation, HIA R. Picqué, CS 80002 – 33882 Villenave d'Ornon Cedex.
e 6e antenne chirurgicale aérotransportable, bloc opératoire, HIA R. Picqué, CS 80002 – 33882 Villenave d'Ornon Cedex.
f Service de traumatologie, HIA Bégin, 69 avenue de Paris – 94163 Saint-Mandé Cedex.

Article reçu le 10 décembre 2013, accepté le 4 mars 2014.

Résumé

Introduction : en août 2012, le camp de réfugié de Za'Atari a été ouvert, en Jordanie, sous l'égide du haut-commissariat aux réfugiés des Nations Unies. La France y a déployé une structure chirurgicale afin de prendre en charge les victimes de traumatisme de guerre. Méthode : après une phase de déchoquage et de conditionnement, une prise en charge chirurgicale répondant aux standards actuels de chirurgie de guerre a été réalisée. Les données des patients ont été analysées rétrospectivement. Résultats : de janvier à mars 2013, 95 patients ont été pris en charge : 85 % des patients étaient des hommes avec une médiane d'âge de 27 ans [4-65]. Tous les patients étaient syriens, civils ou membre de l'« armée syrienne libre ». Les traumatismes pénétrants ont représenté 95 % des mécanismes lésionnels. Cent cinq chirurgies ont été effectuées parmi lesquelles 33 fixateurs externes, 8 laparotomies, 8 réparations nerveuses, 6 lambeaux de couverture, 4 réparations artérielles directes, 2 pontages en veine saphène inversée, 1 amputation. La médiane de durée de l'hospitalisation a été de 3,71 jours ; 43 % des patients ont été transférés secondairement vers les hôpitaux civils jordaniens. Conclusion : la présence dans le camp de Za'Atari d'une structure chirurgicale spécialisée et expérimentée dans le domaine de la chirurgie de guerre est indispensable, tant que dureront les combats. À l'issue, de nombreuses victimes nécessiteront des soins chirurgicaux au long cours pour la prise en charge des séquelles de ces traumatismes.

Mots-clés : Chirurgie de guerre. Polytraumatisme. Réfugiés. Syrie.

Abstract

SURGICAL MANAGEMENT OF SYRIAN WAR CASUALTIES. THE EXPERIENCE OF THE 6TH FORWARD SURGICAL TEAM DEPLOYED IN ZA'ATARI REFUGEE CAMP (JORDAN).

Background: in August 2012, the Za'atari refugee camp was opened in Jordan under the auspices of the United Nations High Commissioner for Refugees. France deployed a surgical facility to care for victims of war trauma. Methods: After a phase of intensive care and conditioning, surgical management meeting the current standards of war surgery was implemented. Patients were then transferred to a Jordanian civilian hospital or stayed in Za'atari. A retrospective analysis of patient data was performed. Findings: From January to March 2013, 95 patients were managed: 85% of the patients were male with a median age of 27 years (4-65); 5% of the patients were less than 18 years of age. All the patients were Syrian, civilians or members of the "Free Syrian Army." Penetrating trauma accounted for 95% of the lesions. A total of 105 surgeries were performed, including: 33 external fixators, 8 laparotomies, 8 nerve repairs, six cover flaps, 4 direct arterial repairs, 2 reversed saphenous vein bypass grafts, and 1 amputation. The median length of the stays in the wards was 3·71 days; 43% of the patients were transferred to Jordanian civilian hospitals. Interpretation: The presence at the camp of a surgical facility, which is experienced and specialized in war surgery, is essential, as long as battles are ongoing. Many victims will later require long-term surgical care for the management of the sequelae associated with these traumas.

Keywords: Syria. War surgery. Polytrauma.

Introduction

La guerre civile syrienne est un conflit armé opposant le gouvernement syrien à un mouvement de contestation ayant débuté le 15 mars 2011. Ce mouvement contestataire s'est organisé progressivement en Conseil national syrien (CNS) soutenu par la ligue arabe et certain

E. HORNEZ, médecin principal. P. RAMIARA, médecin en chef. J.-B. LECLER, infirmier anesthésiste. F. DURIEZ, infirmier anesthésiste. C. ROUSSEAU, infirmier de bloc opératoire. E. THAZAR, CCH. D. OLLAT, médecin en chef, professeur agrégé du Val-de-Grâce.
Correspondance : Monsieur le médecin principal E. HORNEZ, 6e Antenne chirurgicale aérotransportable, Service de chirurgie thoracique et viscérale, HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart.
E-mail : emmanuelhornez@free.fr

pays occidentaux. La violence du conflit a eu pour conséquence un exode massif des populations civiles dans les pays voisins. En Jordanie un camp de réfugiés a été créé en août 2012, à Za'Atari, sous l'égide du haut-commissariat aux réfugiés des nations unies (UNHCR). Le soutien sanitaire du camp est réalisé par le *Jordan Health and Ambulance Service* (JHAS) et des Organisations non gouvernementales (ONG). La France, ayant apporté officiellement son soutien politique au CNS en octobre 2011, a proposé l'implantation d'une Antenne chirurgicale aérotransportable (ACA) dans le camp de Za'Atari. Cette structure hospitalière mise en œuvre par le Service de santé des armées, a eu pour mission la prise en charge chirurgicale initiale des réfugiés syriens, victimes de traumatisme de guerre.

Les auteurs rapportent l'expérience chirurgicale de la 6e ACA, qui a effectué le 3e mandat de deux mois dans le camp de Za'Atari (Jordanie).

Méthode

Mission

La 6e ACA a été déployée dans le camp de Za'Atari de janvier à mars 2013. Le camp comptait 80 000 personnes environ et 1 000 réfugiés y arrivaient chaque soir.

La mission était la prise en charge chirurgicale initiale des réfugiés syriens, victimes de traumatisme de guerre, lors de leur entrée dans le camp de Za'Atari. Le traumatisme de guerre associe un traumatisme pénétrant par projectile à haute énergie cinétique à un polycriblage, un blast et/ou une brûlure (fig. 1).

Installation

La structure habituelle de l'ACA a été adaptée à la mission pour obtenir un dispositif hospitalier constitué de 5 tentes (fig. 2) : 1 déchoquage, 1 bloc opératoire (fig. 3), 2 tentes d'hospitalisation (14 lits dont 1 de réanimation) et 1 tente de triage en cas d'afflux massif de blessés. L'équipement de l'antenne initialement adapté à la prise en charge des adultes a été complété par un lot pédiatrique (M3) autorisant la prise en charge des enfants Un dispositif de radiographie, un échographe (Titan, Sonosite) et un mini doppler étaient disponibles dans la tente de déchoquage.

L'équipe chirurgicale était composée de 15 personnes : 1 anesthésiste, 1 chirurgien orthopédiste, 1 chirurgien généraliste, 2 infirmiers anesthésistes, 1 infirmier de bloc opératoire, 3 infirmières, 4 aides soignants, 1 manipulateur en électroradiologie et 1 officier administratif. La majorité des personnels avait une expérience préalable de chirurgie de guerre.

Prise en charge des blessés de guerre

La grande majorité des blessés bénéficiait d'une prise en charge initiale rudimentaire sur le champ de bataille incluant : accès veineux, garrot, drain thoracique, pansement, antalgiques. Ils étaient ensuite rassemblés à l'hôpital de Al Ramtha, à la frontière jordano-syrienne où



Figure 1. L'antenne chirurgicale est spécialisée dans la prise en charge initiale des traumatismes de guerre. Ce blessé syrien présentait une ischémie aiguë de jambe après un polycriblage du membre inférieur droit, avec fracture articulaire du genou et avulsion de l'artère poplitée rétroarticulaire. Après une phase de déchoquage et de conditionnement, il a été opéré en urgence selon les standards actuels de chirurgie de guerre, incluant le *damage control* viscéral, vasculaire et orthopédique.



Figure 2. La 6e ACA a été déployée dans le camp de Za'Atari de janvier à mars 2013. La structure habituelle de l'ACA a été adaptée à la mission pour obtenir un dispositif hospitalier constitué de 5 tentes : 1 déchoquage, 1 bloc opératoire, 2 tentes d'hospitalisation (14 lits dont 1 de réanimation) et 1 tente de triage en cas d'afflux massif de blessés.

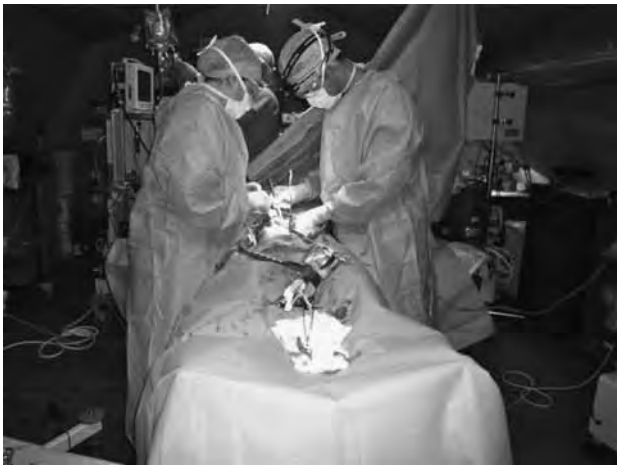


Figure 3. Le bloc opératoire est monté sous tente climatisée. L'équipe chirurgicale est composée de 7 personnes : 1 anesthésiste, 2 chirurgiens (orthopédiste et viscéraliste), 2 infirmiers anesthésistes, 1 infirmier de bloc opératoire et 1 aide soignant. Le niveau de l'asepsie, des soins chirurgicaux et de l'anesthésie tend à atteindre celui rencontré dans les pays d'Europe de l'ouest.

un triage était réalisé. Les blessés étaient ensuite répartis sur l'ensemble des hôpitaux jordaniens disponibles. Le transfert était effectué par les ambulances des forces armées jordaniennes, le JHAS ou les ambulances du croissant rouge qatari.

À la 6e ACA, après une phase de déchoquage et de conditionnement, les patients étaient opérés le jour même ou le lendemain selon le degré d'urgence. La chirurgie répondait aux standards actuels de chirurgie de guerre, incluant le damage control viscéral, vasculaire et orthopédique (1, 2). En cas de nécessité de transfusion, l'approvisionnement en sang était assuré par le JHAS selon les normes de transfusion en vigueur en Jordanie.

À l'issue de la prise en charge chirurgicale, les patients étaient transférés vers un hôpital civil jordanien ou sortaient directement dans le camp de Za'Atari. Dans ce cas les pansements étaient ensuite réalisés quotidiennement à l'ACA jusqu'à cicatrisation.

Résultats

De janvier à mars 2013, 95 patients ont été pris en charge à la 6e ACA : 85 % des patients étaient des hommes, d'âge médian 27 ans [4-65] ; 5 % des patients étaient âgés de moins de 18 ans. Tous les patients étaient syriens, civils ou membre de l'« armée syrienne libre », blessés lors des combats dans les régions de Deraa et d'Alep. La totalité des patients avaient bénéficié d'une prise en charge initiale (antalgiques, pansement, immobilisation) ; 100 % des traumatismes thoraciques étaient traités par un drain thoracique et 21 % des patients avaient déjà été opérés en Syrie. Le délai avant l'arrivée à l'ACA était très variable mais jamais inférieur à 8 heures.

Les traumatismes pénétrants balistiques ont représenté 95 % des mécanismes lésionnels : éclats, balles et projectiles non conventionnels (maillons de chaîne, clous). Le profil lésionnel est présenté dans le tableau I. Les traumatismes les plus fréquents ont été orthopédiques (69 %), concernant les tissus mous (34 %) et les nerfs périphériques (16,8 %). L'*Injury Severity Score* moyen a été de 11 ([1-75] ± 5,36).

Tableau I. Caractéristiques des patients.

n	95
Sexe (masculin)	85 %
Age	
< 18 ans	5 %
18-50 ans	83 %
> 50 ans	12 %
Mécanisme	
pénétrant	95 %
autre	5 %
ISS (moyen)	11 (1-75, ±5,36)
Profil lésionnel	
Membres	66 (69 %)
Tissus mous	33 (34 %)
Nerveux	16 (16,8 %)
Vasculaire	13 (13,6 %)
Abdominal	8 (8,4 %)
Thoracique	8 (8,4 %)

Seize patients ont bénéficié d'une prise en charge non chirurgicale : l'ensemble des traumatismes du thorax et certains patients déjà opérés en Syrie. Six hémothorax ont nécessité un re-drainage immédiat après le contrôle radiologique pour malposition ou persistance d'un hémothorax important. Un tiers des patients ont été opérés à J0 et les autres à J1. Les procédures chirurgicales sont répertoriées dans le tableau II : 105 gestes ont été effectués parmi lesquels : 33 fixateurs externes, 6 laparotomies, 8 réparations nerveuses, 6 lambeaux de couverture de fracture ouverte, 4 réparations artérielles directes, 2 pontages en veine saphène inversée, 1 amputation. Trois procédures de *damage control* ont été effectuées :

– une laparotomie écourtée pour plaies digestives multiples et saignement rétro-hépatique ayant nécessité un *packing* péri-hépatique. Le patient a été transféré à J1 dans un service de réanimation d'un hôpital civil d'Amman. Il est décédé à J3 ;

– la pose de deux shunts artériels : 1 pour une avulsion de l'artère poplitée dans un contexte d'afflux massif et 1 pour une plaie de l'artère fémorale commune avec choc

Tableau II. Procédures opératoires.

Chirurgie	
Orthopédique	62
Fixateur externe	33
Lambeaux	6
VAC	5
Vasculaire	8
Réparation artérielle directe	4
Pontage veineux	2
Shunt artériel	2
Viscérale	6
Nerveuse	16
Exploration	8
Suture nerveuse	8
Anesthésie	
AG[1]	38 (49 %)
AG/VS[2]	6 (8 %)
AG + BNP[3]	6 (8 %)
Rachianesthésie	11 (14 %)
Rachianesthésie + BNP	7 (9 %)
BNP	9 (12 %)
Données Post opératoires	
Durée d'hospitalisation[4]	3.71 (1-22, ±1,9)
Transferts secondaires	43 %

[1] Anesthésie générale, [2] Ventilation spontanée, [3] Bloc nerveux périphérique, [4] Médiane, jours

hémorragique, coagulopathie et hypothermie. Les deux patients ont été opérés secondairement pour la réalisation d'un pontage en veine saphène inversée.

La majorité des actes chirurgicaux ont été réalisés sous anesthésie générale (49 %) ou sous rachianesthésie (14 %). Les autres procédures anesthésiques sont détaillées dans le tableau II.

La médiane de durée d'hospitalisation a été de 3,71 jours ([1-22] ± 1,9) ; 43 % des patients ont été transférés vers les hôpitaux civils jordaniens pour la poursuite des soins chirurgicaux. Pour les patients ayant rejoint leurs familles dans le camp, les soins post-opératoires ont été réalisés quotidiennement à l'ACA jusqu'à cicatrisation. Les complications post-opératoires ont été : 1 phlébite des membres inférieurs, 1 pneumopathie, 1 rétention aiguë d'urines, une nécrose de greffe de peau mince et 2 infections précoces de site opératoire.

Discussion

Profil lésionnel

Le profil lésionnel des blessés syriens pris en charge au cours de la mission est assez similaire à celui rencontré lors des conflits armés récents (3). Il révèle sans surprise une forte proportion de traumatismes des membres et des tissus mous. Les traumatismes abdominaux et thoraciques sont rares (8 %). Ces similitudes révèlent cependant deux situations très différentes :

– dans les armées occidentales, la diminution du nombre des traumatismes thoraciques et abdominaux est essentiellement due à l'amélioration de l'équipement du combattant et le port de gilets pare-éclats. La diminution de la mortalité est liée à la rapidité de la prise en charge initiale et chirurgicale (4) ;

– pour les réfugiés syriens, les traumatismes du tronc et de l'abdomen auraient dû être plus nombreux car les blessés, civils ou combattants de guérilla, sont mal équipés (5). Cependant, en raison de la désorganisation du système de santé, le nombre de décès précoces est important et survient avant l'arrivée dans les structures de soins en Jordanie.

Aucun blessé du rachis ou cranio-cérébral n'a été pris en charge à l'ACA en raison de la présence d'un neurochirurgien à l'hôpital militaire de campagne marocain présent dans le camp.

Prise en charge initiale

L'ensemble des blessés avait été pris en charge en Syrie et 21 % avaient déjà été opérés. Parmi ces derniers, la qualité de la prise en charge chirurgicale initiale était cependant très inégale :

– 5 blessés (23 %) ont nécessité une reprise chirurgicale en urgence : 3 pour ischémie aiguë persistante en post-opératoire et 2 pour une laparotomie de *second look* ;

– 12 blessés (52 %) ont nécessité une ou plusieurs reprises chirurgicales pour compléter le geste initial.

Ces disparités sont le reflet d'un manque de moyens humains qualifiés et de matériel spécifique. Le choix de réopérer ou non un blessé dès son arrivée à l'ACA a été rendu difficile par l'absence d'information fiable sur la prise en charge initiale. La décision a été prise en tenant compte de l'état général du blessé, de l'aspect des incisions, de la qualité des sutures et des radiographies de contrôle.

Intégration de l'ACA au dispositif de santé

Bien que l'association militaire/humanitaire soit souvent critiquée, la collaboration avec le l'UNHCR, le JHAS et les différentes ONG présentes sur le camp a été remarquable et très efficace durant les deux mois de la mission. L'ACA est un maillon efficace et très spécialisé en chirurgie de guerre grâce à l'expérience récente acquise par l'armée française durant les dix années du conflit afghan. Les soins chirurgicaux respectent les standards internationaux dans le domaine de la traumatologie de guerre.

Cependant, avec une capacité d'hospitalisation de 14 lits, la gestion des flux de blessés entrants et sortants a

été un élément déterminant pour le fonctionnement optimal de l'antenne. Le nombre de blessés pris en charge et la durée d'hospitalisation (moyenne : 3,71 j) témoignent de l'excellente coordination réalisée par le JHAS et les ONG, notamment le croissant rouge qatari.

Les principales difficultés rencontrées ont été liées à la gestion des besoins transfusionnels et des Déchets d'activités de soin à risque infectieux (DASRI). Le recours à la transfusion a été fréquent au cours du mandat.

Lors d'un déploiement opérationnel, une antenne chirurgicale est toujours dotée en culots globulaires et en plasma cryo-desséché, fournis par le Centre de transfusion sanguine des armées. Cependant, pour cette mission, la banque allouée était moindre car l'antenne soutenait un petit détachement français (90 personnels). D'autre part, elle n'était pas destinée aux réfugiés car la législation jordanienne interdisait de transfuser le sang contenu dans cette banque aux blessés. Le premier mandat (8e ACA, août 2012) avait donc mis en place un réseau d'approvisionnement en produits sanguins via les autorités jordaniennes et l'autorité de transfusion jordanienne. Pour cette mission, le réseau a globalement bien fonctionné et les culots étaient obtenus en 2 h avec la qualité biologique et sérologique identique à celle requise en France. Il s'agissait essentiellement de sang total. La détermination du groupe se faisait à l'admission à la banque du sang jordanienne avec un contrôle au lit du malade.

La gestion des DASRI a présenté des difficultés récurrentes au cours du mandat. L'antenne n'étant pas équipée d'un incinérateur, l'enlèvement et la destruction étaient initialement assurés par le JHAS puis a été interrompu, pour des raisons de coût notamment. Après cinq semaines de conflit entre le JHAS et l'UNHCR, 400 kg de DASRI s'accumulaient dans l'enclave française. Après de multiples signalements à l'ambassade de France à Amman et la visite de l'ambassadrice à Za'Atari, l'enlèvement des DASRI à finalement repris.

Conclusion

Parmi les milliers de réfugiés syriens fuyant les combats, de nombreux blessés présentent des traumatismes de guerre complexes. La présence dans le camp de Za'Atari d'une structure chirurgicale spécialisée et expérimentée dans ce domaine est indispensable, le temps que dureront les combats. Bien que rarement déployée dans ce contexte humanitaire, l'ACA s'est parfaitement insérée dans le dispositif multinational, comme l'un des maillons de la chaîne de soins aux réfugiés. Dans l'avenir, de nombreuses victimes nécessiteront des soins chirurgicaux au long cours pour la prise en charge des séquelles de ces traumatismes de guerre.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Duchesne JC, Mc Swain Jr NE, Cotton BA, Hunt JP, Dellavolpe J, Lafaro K, et al. Damage control resuscitation: the new face of damage control. J Trauma 2010;69:976-90.
2. Fox CJ, Gillespie DL, O'Donnell SD, Rasmussen TE, Goff JM, Johnson CA et al. Contemporary management of wartime vascular trauma. J Vasc Surg 2005;41:638-44.
3. Champion HR, Bellamy RF, Roberts CP, Leppaniemi A. A profile of combat injury. J Trauma 2003; 54(5 Suppl):S13-9. Review.
4. Gawande A. Casualties of war-military care for the wounded from Iraq and Afghanistan. N Engl J Med 2004;351:2471-5.
5. Eastridge BJ, Hardin M, Cantrell J, Oetjen-Gerdes L, Zubko T, Mallak C, et al. Died of wounds on the battlefield: causation and implications for improving combat casualty care. J Trauma 2011;71(1 Suppl):S4-8.

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS 2014

Généralités.

Le manuscrit proposé pour parution dans « Médecine et Armées », relate un travail original et spécifique à la médecine dans les armées (pratique médico-militaire, fait médical, chirurgical, pharmaceutique, vétérinaire, historique, médico-administratif, épidémiologique…).

Présentation du manuscrit.

• Le manuscrit est fourni :
– soit sur support numérique adressé par voie postale ;
– soit adressé par E-mail (Internet, Intranet, Lotus).
• Le manuscrit est rédigé :
– en langue française (sauf exception après accord de la rédaction) ;
– maximum 32 000 caractères ;
– en double interlignage en Times new roman corps 12 ;
– marge gauche ;
– paginé.
• La première page :
– le titre précis et concis sans abréviation, en lettres ;
– le nom du ou/et des auteurs (six maximum), précédé des initiales du prénom (avec un point et un trait d'union pour les prénoms composés) ;
– du grade, du titre et de l'adresse affectation de tous les auteurs et co-auteurs ;
– le nom, l'adresse ; les coordonnées téléphoniques et E-mail du destinataire des correspondances et épreuves à corriger.
• La deuxième page :
– le titre en français ;
– le titre en anglais ;
– le résumé en français (15 lignes maximum sans abréviation, ni référence) ;
– quatre à cinq mots-clés, classés par ordre alphabétique et séparés d'un point ;
– le résumé en anglais, précédé du titre et des mots-clés répertoriés.
• Le texte débute à la troisième page :
– est concis, précis et les évènements passés sont décrits au passé composé ;
– les abréviations sont en nombre limité et exclus du titre et des résumés et sont explicites lors du premier emploi ; le terme entier est précédé de l'abréviation et mise entre parenthèses sans point de séparation lors de la première apparition dans le texte ;
– les renvois en bas de page ne sont pas acceptés ;
– la terminologie est respectée (symbole, unité, nombre écrit en chiffres SAUF inférieur à dix-sept, ou lorsqu'il commence une phrase ou lors d'énumérations fréquentes dans le texte, médicaments) ;
– la présentation est au carré (texte justifié), sans gras ni mot souligné et selon le plan suivant :

Chapitre.
Section.
Paragraphe.
Sous paragraphe.
– alinéa ;
- *sous-alinéa*,
• puce.

Illustrations.

– sont en nombre limité avec leur légende ;
– numérotées en chiffres arabes (pour les graphiques et photographies) ;
– sont appelés précisément dans le texte, placées ente parenthèses par ordre d'apparition ;
– les photos fournies respectent l'anonymat des patients et sous format JPEG avec l'accord du propriétaire et/ou le copyright.

Tableaux.

– sont en nombre limité avec leur légende ;
– numérotés en chiffres romain ;
– sont appelés précisément dans le texte, placés entre parenthèses par ordre d'apparition ;
– doivent se suffirent à eux même sans que l'on doive se référer au texte.

Les médicaments.

– apparaissent sous leur nom commun (DCI), la première lettre étant une minuscule ;
– sous leur nom de spécialité, la première lettre est alors en majuscule, suivie d'un ®.

Les remerciements et les déclarations de conflits d'intérêt.

– sont placés en fin de texte
– l'absence de conflit d'intérêt doit être mentionnée sous la forme : « les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt concernant les données présentées dans cet article ».

Références bibliographiques.

– elles sont numérotées en chiffres arabes placés entre parenthèses (dans le texte, les tableaux et les figures) dans l'ordre d'apparition ;
– les chiffres sont séparés par une virgule, mais au-delà de deux chiffres successifs seuls les deux extrêmes sont présentés et séparés par un trait d'union.

Corps des références bibliographiques selon la convention de Vancouver.

Elles figurent en fin d'article. Strictement limitées aux travaux mentionnés dans le texte et comportent :

***- à propos d'un article extrait de revue* :**

• noms des auteurs (six maximum) en minuscules accentuées (première lettre en capitale accentuée) suivis des initiales des prénoms sans point suivi de la mention « et al » si plus de six ;
• titre intégral dans la langue de publication (caractères latins) et d'un point ;
• titre de la revue (intégrale ou abrégé),
• année de parution, éventuellement série,
• numéro des premières et dernière pages, abrégée au plus petit chiffre explicite séparés par un trait d'union et point final, sans espace ;

Exemple: 1. Lvovschi V, Aubrun F, Bonnet P, Bouchara A, Bendahou M, Humbert B, et al. Intravenous morphine titration to treat severe pain in the ED. Am J Emerg Med 2008;26:676-82.

- à propos d'un livre :

• noms des auteurs (six maximum) en minuscules accentuées (première lettre en capitale accentuée) suivis des initiales des prénoms sans point suivi de la mention « et al » si plus de six,
• titre intégral dans la langue de publication (caractères latins) et d'un point,
• ville de l'éditeur puis deux points,
• éditeur suivi d'un point virgule,
• année de parution ;

– à propos d'un chapitre extrait d'un livre :

• noms des auteurs (six maximum) en minuscules accentuées (première lettre en capitale accentuée) suivis des initiales des prénoms sans point suivi de la mention « et al » si plus de six,
• titre du chapitre et point,
• puis « in: » suivi du ou des noms et initiales des prénoms du ou des coordinateurs suivis de « ed » ou « eds » et d'un point,
• titre du livre et point,
• ville : maison d'édition et point-virgule,
• année d'édition et point,
• numéros de la première page et de la dernière abrégée au plus petit chiffre explicite séparés par un trait d'union et point final, sans espace ;

– à propos d'une thèse :

• noms de l'auteur en minuscules accentuées (première lettre en capitale accentuée) suivis des initiales,
• titre de la thèse,
• ville suivie de deux points et de l'université puis d'un point virgule,
•année de la thèse et nombre de pages et point final.

– à propos de documents électroniques :

• noms de l'auteur si possible,
• titre du document,
• lien internet,
• date de consultation.

Comité de lecture.

Les articles sont soumis anonymement pour approbation à la lecture de deux lecteurs membres du comité ou de deux lecteurs choisis pour leur compétence en la matière. Le comité de lecture se réserve le droit de demander un complément de bibliographie. Les textes, publiés ou non, ne sont pas retournés à l'auteur.

Correction des épreuves.

L'auteur recevra avant publication, les épreuves sous format PDF soit par mail, soit imprimées de l'article pour approbation finale. Le retour dans les huit jours est impératif soit par mail ou papier. Passé ce délai, le texte sera publié tel quel sous la responsabilité de son auteur.

Obligations légales.

Les manuscrits originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure, ni être en cours de publication dans une autre revue. Les opinions, exprimées dans les articles ou reproduites dans les analyses, n'engagent que leurs auteurs, notamment pour les médicaments. Les règles concernant l'exercice du droit d'expression dans les armées doivent être observées, particulièrement lorsqu'il s'agit d'informations nominatives ou protégées. En outre, le respect des dispositions de la loi N°2006-961 du 1er aout 2006, relative à la propriété littéraire et artistique, s'impose.

Toute correspondance doit être adressée à : M. le rédacteur en chef, secrétariat « Médecine et Armées » 1 place Alphonse Laveran – 75230 Paris Cedex 05 – Tél. : 01 40 51 47 44 – Fax : 01 40 51 51 76 –