

Le service de santé dans le cadre du rgt. d'inf.

Autor(en): **Haller, A. de**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Revue Militaire Suisse**

Band (Jahr): **96 (1951)**

Heft 9

PDF erstellt am: **13.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-348447>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

REVUE MILITAIRE SUISSE

RÉDACTION : Colonel-brigadier Roger Masson

ADMINISTRATION : Av. de la Gare 33, Lausanne. Tél. 23 36 33. Chèq. post. II. 5209

ANNONCES : Publicitas S. A. succursale, rue Centrale 15, Lausanne

ABONNEMENT : Suisse : 1 an Fr. 12.— ; 6 mois Fr. 7.— ; 3 mois Fr. 4.—
Etranger : 1 an Fr. 15.— ; 6 mois Fr. 9.— ; 3 mois Fr. 5.—

Prix du numéro : Fr. 1.50

Le Service de santé dans le cadre du Rgt. d'Inf.

Dans le N^o 4 d'avril 1951 de la *Revue militaire suisse*, le Cap. Guénin, médecin du Rgt. inf. 3, a publié une étude sur les tâches et le fonctionnement du Service de santé dans le cadre du régiment. — Dans le N^o 7, de juillet, le cap. Pétremand ajoute quelques considérations.

Les deux auteurs suggèrent quelques améliorations de détail, qui permettraient d'augmenter la récupération des blessés en temps de guerre, et une organisation plus efficiente du Service de santé sur le champ de bataille.

Ces deux articles prouvent indubitablement le grand intérêt de leurs auteurs pour tout ce qui a trait au Service dont ils font partie, ce qui est tout à leur honneur.

Mais ces mêmes exposés donnent par contre l'impression que ces deux officiers ignorent que l'armée est en pleine réorganisation et que le Service de santé subit lui aussi des transformations fondamentales.

Nous pensons rendre service aux capitaines Guénin et Pétremand et aux lecteurs de la *Revue militaire suisse*, en les informant brièvement des modifications apportées à l'organisation du Service de santé et des conséquences qu'elles

entraîneront. Nous resterons dans le cadre du Rgt. inf., en laissant de côté le domaine purement technique.

Le Service de santé est bien loin d'être traité en « parent pauvre » et personne ne méconnaît son importance, bien au contraire. Et ceux qui prendront la peine de comparer nos lignes à celles du cap. Guénin et du cap. Pétremand constateront que les vœux de ces auteurs sont largement comblés, pour ne pas dire dépassés, avant même d'avoir été émis.

Le rôle du personnel sanitaire des troupes combattantes devient plus important du fait de la pratique systématique de la lutte contre le choc, au poste de secours du bataillon déjà, par les procédés de réanimation, et de l'application, non moins systématique au même échelon, de la prophylaxie anti-infectieuse.

Le Bat. fus. disposera dorénavant d'un médecin de bataillon et de *deux* médecins adjoints au lieu d'un seul.

Le matériel de corps comprend d'ores et déjà deux tentes pyramidales permettant l'installation de *deux postes de secours*, disposant de plasma sec, de sulfamidés et d'antibiotiques-retard.

Le médecin de bataillon disposera à l'avenir d'une Jeep, avec une remorque pour le matériel sanitaire.

L'attribution de civières roulantes et d'essieux à roues permettra un transport plus rapide des blessés des premières lignes aux postes de secours.

A noter que le personnel sanitaire de troupe verra son effectif légèrement diminué et que les fanfares de bat., réunies à l'échelon rgt., seront dorénavant entièrement à la disposition du médecin de rgt. en cas de guerre, ce qui lui permettra de disposer d'une réserve tactique de brancardiers. Le personnel de ces fanfares recevra à l'avenir une instruction beaucoup plus poussée dans le domaine sanitaire.

Quelle sera, à partir de 1952, la structure de la cp. san., qu'elle soit de plaine ou de montagne ? Une unité d'un effectif total de 180 officiers, sof. et sdt. articulée en :

- 1 sct. de cdmt.,
- 1 sct. brancardiers,
- 1 sct. de place de pansement,
- 1 sct. de transport.

La *section de commandement* comprendra :

- le Cdt. de cp.,
- 4 méd. adj.,
- 1 Q. M.,
- 2 aumôniers,
- 1 sgtm.,
- 2 chauffeurs pour 2 voitures destinées à transporter ce personnel.

Les *sections de brancardiers* comprendront chacune :

- 1 chef de section (médecin ou dentiste),
 - 2 serre-files,
 - 4 groupes de brancardiers à 1 sof. et 7 hommes
- | | |
|---|---|
| } | 50 cycles, à répartir
selon les besoins aux
brancardiers. |
|---|---|

La *section de place de pansement* sera plus étoffée, elle comprendra en plus du chef de section (pharmacien) :

- 2 fourriers,
- 2 serre-files,
- 6 chefs de groupe,
- 1 sof. auto,
- 1 sof. chef de cuisine,
- 40 sdt. san.,
- 2 infirmiers mil. de chir.,
- 3 spécialistes pour la narcose,
- 7 chauffeurs,
- 4 aides de cuisine.

Le matériel de cette section sera transporté par *4 tracteurs avec remorques*. Nous y trouverons en plus une cuisine roulante

avec tracteur, 1 camion cuisine (auto-cuiseurs) et 1 camion pour le ravitaillement.

Cette section sera divisible en deux demi-sections, disposant du même matériel (à l'exception des grandes tentes) et du même nombre de véhicules, l'une des demi-sections recevant la cuisine roulante, l'autre le camion cuisine. L'autoclave sera attribué à l'un ou à l'autre de ces détachements.

Notons d'emblée que deux demi-places de pansement séparées n'ont pas l'efficiencé d'une seule place de pansement complète.

La *sct. de transport* comprendra :

- 1 chef de section (médecin ou dentiste),
- 1 sof. san.,
- 1 sof. auto,
- 12 sdt. san.
- 13 chauffeurs,
- 2 mécaniciens auto.

Elle disposera comme moyens de transport de :

- 1 voiture pour le chef de section,
- 4 voitures pour les blessés à transporter assis,
- 6 ambulances pour les blessés à transporter couchés,
- 2 camions pour le matériel supplémentaire (bagage, etc.).

La capacité de transport de la section de transport sera de :

- 16 blessés assis
 - 24 blessés couchés
- } soit un total de 40 blessés.

Les autos sanitaires seront utilisées dans le cadre du rgt., soit au transport des blessés des postes de secours à la place de pansement, soit de celle-ci à l'hôpital chir. de camp.

Les brancardiers transportent les blessés de l'endroit où ils sont tombés au poste de secours de bat. ou à la place de pansement, selon la situation et les besoins.

Nous sommes donc loin des 16 blessés que pouvaient transporter les 4 voitures légères à blessés de l'ancienne cp.

Le commandant de cp. répartira ces moyens selon la situation tactique, l'état des cheminements et la catégorie des blessés. Ajoutons, pour être complet, que nous trouverons dorénavant à la cp. EM du groupe sanitaire : 1 section A.B.C., une section mat. (réserve du matériel de l'unité d'armée), 1 section de transport : 1 PW, 6 voitures pour les blessés à transporter assis, 10 voitures-ambulance pour les blessés à transporter couchés, plus 2 camions ; cette section de transport sera divisée en deux demi-sections A et B de même capacité de transport.

Ces éléments du groupe sanitaire permettront au médecin de div. de renforcer les moyens des rgt. selon les exigences du combat, la section de transport étant plus spécialement réservée à l'évacuation des places de pansement.

Aux groupes san. mont. nous trouverons en plus *une col. tr. san. mont.* à 4 échelons : 1 échelon de frg. mont. (4 frg.) et 3 échelons de tr. (à 16 bêtes de somme chacun), permettant de remplacer les moteurs lorsque les cheminements deviennent impraticables.

Passons maintenant aux possibilités tactiques d'engagement de la cp. san.

- 1° l'attaque,
- 2° la défense,
- 3° la retraite.

L'ATTAQUE (Y COMPRIS LE COMBAT DE RENCONTRE)

La situation est caractérisée par son instabilité. Le médecin de rgt. ne dispose pas d'emblée, mais garde une très forte réserve pour pouvoir faire face aux fluctuations de la situation tactique.

Nous n'insisterons pas sur le rôle du personnel sanitaire de troupe qui est connu. Répétons simplement que les médecins

de bat. n'établiront pas de poste de secours tant que la progression continuera, sous peine d'être privés d'une bonne partie de leurs moyens au moment où ils en auront le plus besoin. Signalons en passant le rôle très important des premiers secours donnés par les combattants à leurs camarades blessés (« Kameradenhilfe »).

On n'installera en règle générale pas de place de pansement à l'échelon de la base de départ, sauf si l'objectif final est très rapproché. Tout au plus établira-t-on un poste sanitaire destiné à rassembler les blessés capables de marcher (P. san. pour bl. 1.) et les blessés de première urgence devant être évacués le plus vite possible. Pour assurer cette évacuation le cdt. de cp. fera bien d'attribuer à ce poste sanitaire quelques ambulances, éventuellement aussi une section de brancardiers, qui formeront une « tête de transport ». Le gros de la compagnie restera en arrière en position d'attente, à proximité de la base de départ, prêt à être engagé au moment voulu.

La section de place de pansement s'engagera par échelon (demi-section) aussi longtemps que la situation tactique sera mouvante ; on a alors le dispositif suivant : 2 demi-places de pansement ou postes sanitaires régimentaires échelonnés en profondeur à une certaine distance l'un de l'autre. Lorsque la situation s'est stabilisée (passage à la défense par exemple) la section de place de pansement entière est engagée d'un bloc. Il serait trop long d'exposer ici le détail de l'engagement d'une compagnie sanitaire dans l'attaque.

Contrairement à l'opinion du capitaine Guénin, l'attaque est une des formes de combat qui pose le plus de problèmes au médecin de régiment, justement en raison et de l'instabilité de la situation et de l'ignorance dans laquelle il se trouve du résultat probable de l'action.

Il faut en principe actionner précocement une partie des moyens de transport le plus en avant possible, ceci pour qu'ils soient à pied d'œuvre au moment voulu, sans attendre que les rapports des médecins de bat. arrivent au PC de rgt.,

ce qui aurait pour effet certain de les faire arriver trop tard. C'est aux échelons plus reculés de tendre la main aux échelons avancés et non l'inverse.

Autre principe : se garder dans le combat de rencontre d'engager précocement trop de moyens. Le médecin de Rgt. doit pouvoir faire face à n'importe quel moment à quelque changement de situation que ce soit. Cette servitude implique la nécessité d'être toujours exactement renseigné sur l'évolution de la situation. Le médecin de Rgt. ne doit pas rester « collé » à son PC, mais doit prendre personnellement contact avec ses médecins de bat. pour fixer à temps les lignes de concentration de blessés le long desquelles ceux-ci seront rassemblés par le personnel sanitaire de troupe ou les brancardiers, et prendre toutes mesures utiles pour accélérer l'évacuation.

LA DÉFENSE

Cette forme de combat est relativement simple pour le médecin de rgt., la situation étant claire et stable. Le secteur a été reconnu dans tous ses détails. L'officier responsable du Service de santé peut disposer à tête reposée et en toute connaissance de cause.

La place de pansement et les postes de secours sont installés d'emblée. Les têtes de transport se trouvent à proximité immédiate de ceux-ci, si le terrain et la situation tactique le permettent, sinon dans le voisinage du PC de rgt., selon le principe établi plus haut. Les brancardiers sont en partie attribués à ces têtes de transport, où ils seront a priori à la disposition du médecin de bat. Le médecin de rgt. gardera bien entendu une *réserve* qu'il engagera selon l'évolution de la situation dans les secteurs les plus chargés.

L'engagement des moyens de transport dépend essentiellement du terrain et de l'état des cheminements. L'utilisation du brancard sera toujours inévitable, si pénible soit-elle pour le personnel sanitaire. Ce moyen de transport est

en effet — chose curieuse — celui qui est préféré de loin par les blessés. Tous ceux que nous avons questionnés au cours des échanges faits à la fin de la guerre, sont unanimes. Les civières à essieux, autos et autres moyens à roues, secouent beaucoup trop. Seul le brancard a l'élasticité voulue pour assurer un transport avec le minimum de douleurs. Nous ne parlons intentionnellement pas, dans le cadre restreint de cet article de l'avion, ni de l'hélicoptère, qui dans notre terrain, seraient un moyen idéal d'évacuation.

Il est du devoir d'un chef de section de brancardiers ou de transport, s'il en a le temps et les possibilités, de reconnaître les cheminements. Cela est particulièrement important en montagne, où l'on ne devrait engager aucun véhicule à moteur sans reconnaissance préalable des chemins. Cela ne dispense pas les médecins de bat. de donner toutes indications utiles dans les rapports qu'ils adressent à leur supérieur technique pour l'orienter sur les mesures qu'ils ont prises. Plus rapidement le médecin de rgt. sera renseigné, mieux il pourra disposer. La collaboration étroite des deux échelons — bataillon et Rgt., — est absolument nécessaire. Il va de soi, comme le souligne très justement le cap. Guenin, que le médecin de Rgt. ne doit pas être une « boîte aux lettres », ni rester enraciné à son PC. Le bon fonctionnement du Service de santé dépendra en grande partie du contact personnel que le médecin dirigeant aura avec ses médecins de bat., de sa connaissance approfondie du terrain et du dispositif tactique, ainsi que de sa présence au point crucial.

LA RETRAITE

Cette manœuvre est la plus difficile et la plus délicate que le Service de santé ait à exécuter. Il s'agit en effet dans ce cas d'évacuer le plus de blessés possible — en particulier les récupérables — tout retirant à temps les formations sanitaires.

Pour avoir des chances de réussir il est absolument nécessaire — et ceci est une condition valable pour n'importe

quel genre de combat — que le médecin de rgt. soit renseigné immédiatement sur les intentions et les ordres de son chef tactique.

Il va de soi que tous les moyens de transport — y compris ceux des troupes combattantes dans la limite de leurs disponibilités — doivent être engagés. Les sections de brancardiers, la section de transport, le personnel sanitaire de troupe, les moyens mis éventuellement à la disposition du médecin de rgt. par la division, doivent concentrer leur effort du front à la place de pansement et de là vers l'arrière, souvent même directement du front à l'arrière.

La section de place pans. n'attend pas que tous ses blessés soient évacués pour prendre ses premières dispositions de mouvement. Au reçu de l'ordre de repli, elle prépare son matériel, replie ses tentes, ne laissant que le strict nécessaire pour maintenir une activité réduite jusqu'à l'heure fixée pour le départ. Il va de soi que les tâches principales de la pl. pans., soit le triage, la réanimation et la préparation au transport, doivent continuer jusqu'au dernier moment.

Suivant les cas, le médecin de rgt. fera bien d'envoyer à l'avance, derrière la ligne de repli, une partie de sa cp. san., par exemple une demi-section de pl. pans, pour installer immédiatement un premier échelon sanitaire dans la nouvelle position.

Pour recueillir les blessés des éléments de couverture, on laissera en arrière un poste sanitaire, de préférence sur l'emplacement de l'ancienne place de pansement, ainsi qu'une tête de transport motorisée. Le chef de ce détachement sera parfaitement orienté sur la situation tactique et sur l'organisation du Service de santé, savoir à quel moment il devra se retirer, par où et sur quel endroit. On pourra aussi, si la situation l'exige, détacher un ou deux groupes de brancardiers pour renforcer le personnel de ce poste, tout en veillant toutefois à ne pas trop affaiblir les effectif de la cp. san. Ces éléments se retireront avec les arrière-gardes et rejoindront la cp. san.

aussitôt que celles-ci auront atteint la position du repli. Il est évident que, tout spécialement en cas de repli, la troupe combattante devra collaborer au maximum avec le service de santé en transportant sur ses propres véhicules le plus de blessés possible.

Les blessés intransportables (moribonds, grands schockés, grand mutilés) seront confiés aux bons soins de l'ennemi et laissés sur des emplacements bien marqués, sous la protection de la Convention de Genève. Si inhumain que cela paraisse au premier abord, il ne faut évacuer, en cas de retraite, que ceux qui ont le plus de chance d'être récupérés par l'armée ou du moins de collaborer d'une façon quelconque à la défense du pays.

Pour que le Service de santé fonctionne avec le maximum d'efficience dans un mouvement en retraite, il est indispensable que les officiers sanitaires de tous les échelons fassent preuve de bon sens tactique, d'esprit de décision bien marqué et d'un calme parfait.

LES LIAISONS ET TRANSMISSIONS

Le Service de santé ne dispose malheureusement pas encore de moyens de liaison par fils ou sans-fils qui lui soient attribués en propre. Les moyens de transmission seront :

- 1° les coureurs et cyclistes pris parmi le personnel sanitaire (lorsque cela sera possible...),
- 2° les blessés légers et les agents de liaison de la troupe,
- 3° les moyens de transmission par fils et sans-fils de la troupe.

Il est indispensable de doter au moins la cp. san. d'un moyen de liaison radio permettant au cdt. de cp. d'établir la liaison avec le rgt. ou les bat. d'une part, ses chefs de sect. d'autre part.

Il va de soi que la meilleure liaison sera toujours la prise de contact personnelle et nous condamnons formellement la manière d'agir des médecins qui se cantonnent dans leur PC et attendent pour agir que leur parviennent les rapports de leurs subordonnés ou des agents de liaisons qu'eux-mêmes ont envoyés en avant. Les médecins de bat. et de rgt., dorénavant motorisés, n'auront de ce fait plus aucune excuse, si leurs liaisons ne fonctionnent pas...

CONCLUSION

L'efficiace du Service de santé dans le cadre du rgt. dépend :

- de l'esprit de prévoyance du médecin dirigeant ;
- de la précocité de ses dispositions, judicieusement adaptées à la situation tactique ;
- de la rapidité d'exécution de ses échelons subordonnés ;
- de sa connaissance topographique et tactique approfondie du secteur du rgt ;
- de sa connaissance parfaite des capacités et des défauts de ses subordonnés ;
- du contact personnel qu'il a avec son cdt., son supérieur technique, ses subordonnés et ses voisins.

† Colonel A. DE HALLER

Nous avons reçu ce manuscrit depuis quelques jours quand nous parvint la triste nouvelle du décès du colonel de Haller. Nous lui consacrerons un article nécrologique dans notre prochain numéro.

(Réd.)
