



HAL
open science

Évolution du soutien santé de la légion étrangère parachutiste de 1948 à nos jours

François Morin

► **To cite this version:**

François Morin. Évolution du soutien santé de la légion étrangère parachutiste de 1948 à nos jours. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01201970

HAL Id: dumas-01201970

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01201970>

Submitted on 18 Sep 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE

pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 2 Juillet 2015

Par le Médecin-Lieutenant François MORIN

Né le 7 Mars 1986 à Fougères (35)

DES de Médecine Générale

Evolution du soutien santé de la légion étrangère parachutiste de 1948 à nos jours

Membres du Jury

Monsieur le Professeur Gilles HILBERT
Monsieur le Professeur Frédéric VARGAS
Monsieur le Professeur Bruno FONTAINE
Monsieur le Docteur Yann LE GOFF
Monsieur le Docteur Luc AIGLE

Président du Jury
Membre du Jury
Membre du Jury
Membre du Jury
Directeur de thèse

A mon président de jury

Monsieur le Professeur Gilles HILBERT,

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier ;

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury. Merci aussi de m'avoir accueilli dans votre service ainsi que pour votre enseignement, votre gentillesse et votre soutien au cours de ces 6 mois.

A mon directeur de thèse

Monsieur le Docteur Luc AIGLE,

Docteur en médecine ; Médecine Générale.

Merci de m'avoir fait confiance en me proposant ce sujet de thèse et pour m'avoir accompagné tout au long de ce travail. En espérant me retrouver un jour sous vos ordres.

A mon rapporteur et membre du jury

Monsieur le Professeur Bruno FONTAINE,

Professeur agrégé du Val-de-Grâce;

Merci d'avoir accepté de relire et d'apporter votre jugement sur ce sujet.

Je vous prie d'accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Frédéric VARGAS,

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier ;

Merci d'avoir accepté de juger mon travail de thèse.

Monsieur le Docteur Yann LE GOFF,

Praticien Hospitalier ;

Merci aussi d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci de me faire partager ta grande expérience en médecine d'urgence et d'avoir été là dans tous les moments de mon internat, les meilleurs comme les pires. Je suis honorée de ta participation à mon jury de thèse.

A l'Ecole du Val-de-Grâce

Monsieur le Médecin Général Inspecteur François PONS,
Directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce
Professeur agrégé du Val-de-Grâce
Officier de la Légion d'honneur
Commandeur de l'Ordre National du Mérite.

Monsieur le Médecin Général Jean-Bertrand NOTTET,
Directeur adjoint de l'Ecole du Val-de-Grâce
Professeur agrégé du Val-de-Grâce
Officier de la Légion d'honneur
Commandeur de l'Ordre National du Mérite.
Chevalier des Palmes académiques.

A l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert-PICQUE

Monsieur le Médecin Général Fabrice MONCADE,
Médecin Chef de l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert-PICQUE
Spécialiste des Hôpitaux des Armées
Chevalier de la légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite

Monsieur le Médecin Chef des Services Flavien DURAND-DASTES,
Directeur-Adjoint de l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert-PICQUE
Spécialiste des Hôpitaux des Armées
Chevalier de la légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite
Médaille d'Honneur du Service de Santé des Armées

Monsieur le Médecin Chef des Services Christian MORAND,
Réfèrent pédagogique de l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert-PICQUE
Spécialiste des Hôpitaux des Armées
Chevalier de la légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite

Merci à tous les médecins qui m'ont soutenu au cours de mon cursus :

Docteur José CHIAPPINI, pour votre disponibilité, votre accueil et votre patience durant ma première année d'internat.

Docteurs Olivier DE STABENRATH, Emmanuel PY, Christophe GRAMOND, David LAMBAN pour votre savoir-faire en médecine d'urgence et votre soutien en toute circonstance.

Docteurs Pierre ROUSSEL, Fabrice CASTEL, Nicolas ZELLER et toute l'équipe du 13^{ème} RDP pour tout ce que j'ai pu réaliser et vos conseils avisés au cours de ces six mois passés avec vous.

Docteur Odile PILLET, pour votre bienveillance en tout temps, pour votre gentillesse, toutes les connaissances que vous m'avez apporté. J'ai beaucoup appris, à vos côtés.

Docteur Marie-Françoise DABYSING et votre équipe, grâce à qui, pour moi, la gynécologie n'est plus un mystère.

Docteur Jean-René NELSON et votre équipe, pour m'avoir accueilli avec bienveillance et supporté au cours du stage.

Monsieur le Médecin Général CHEVALIER, pour votre sympathie, votre accueil.

Docteur CHINELATTO, mon tout premier chef, qui a su me passionner pour la médecine militaire.

A tous les anciens médecins des BEP et REP qui ont su répondre à mes nombreuses questions, en particulier les docteurs CHATAIGNEAU, MARCHAL, RONDY, RAVALEC, BECKER, GRIMALDI, LE GUEN, CAVALIER, SAMY.

Mais aussi tous les autres : Magali LABADIE, Fang Chen LING, Claire RAGOT, Charline SAZIO, Lucas FAYOLLE, Nicolas FRITSCH...

Merci à mes co-internes.

Merci à ma famille et mes amis :

A mes parents, mon frère et ma sœur pour m'avoir toujours encouragé dans tous mes choix, pour votre amour toutes ces années. Sans vous je n'en serai pas là où j'en suis aujourd'hui. J'espère que nous continuerons de partager des moments aussi forts que ceux vécus ensemble.

Aux DEBITON, à mes beaux-frères et belles-sœurs pour être toujours présents à mes côtés et qui ont eu à me supporter pendant de nombreuses années et qui continuent à le faire.

A Gabriel et Louise, qui ne peuvent pas encore lire ce texte.

A toute la 66, Simon, Mathieu, Romain, Adrien, Damien, Pierre, Rodolphe, Ali, Bidou et leurs compagnes pour ces bons moments passés ensemble... et ce n'est pas fini !

Aux colonels LINON et RENAULT qui m'ont beaucoup aidé tout au long de ce travail, pour tout ce travail réalisé, ces heures à fouiller les archives et attendre patiemment une réponse.

A tous les Navalais sur mer et au-delà des mers et surtout la famille 06-60.

Et surtout merci à toi CLEMENTINE, qui depuis tout ce temps m'a encouragé, a toujours été là dans les moments les plus durs et a réussi à me remotiver. Sans toi, je n'aurais pas pu réaliser tout ce que j'ai entrepris dans mes études. Pour tes conseils lors de mes premières gardes où tu as peut être finalement dormi moins que moi, pour ces heures passées à attendre.

Merci pour ceux que tu portes et tout ce que tu m'apportes.

Table des matières

<i>Table des matières</i>	6
<i>Abréviations</i>	8
<i>Index des figures et tableaux</i>	12
I. Introduction	15
A. La légion :	15
B. Les « paras légion » :	16
C. Soutien santé initial des Bataillons	19
D. Historique des BEP et REP :	20
1. Le 1 ^{er} Bataillon/Régiment Etranger de Parachutistes :	20
2. Le 2 ^{ème} Bataillon/Régiment Etranger de Parachutistes :	23
3. Le 3 ^{ème} Bataillon/Régiment Etranger de Parachutistes :	27
II. Matériels et Méthodes	28
A. Matériels :	28
B. Méthodes :	28
III. Résultats	30
A. Indochine	30
1. Opération « DAVID » - 20 au 28 Avril 1950 :	30
2. Bataille de la RC4 - 17 septembre au 7 Octobre 1950 :	37
3. Opération sur SIN MA KAY - 23 septembre au 6 octobre 1950 :	45
4. Opération « THERESE » - Nghia Lo du 4 au 25 octobre 1951 :	51
5. Bataille de Dien Bien Phu - 20 novembre 1953 au 7 mai 1954 :	57
B. Algérie:	67
1. Opération de l'Ergou - 18 et 19 décembre 1956:	67
2. Combats du Fedj Zezoua - 14 au 16 février 1958 :	73
3. Opération « ROMEO 50 BIS » - Beni-Sbihi - 26 au 27 avril 1958:	78
4. Opération dans le Djebel BISSA - 18 au 29 Janvier 1959:	82
C. Transition	87

1. Opération « LIMOUSIN » - Tchad 1969-1970 :.....	87
2. Opération « BONITE » - Saut sur Kolwezi - 19 mai au 15 juin 1978 :.....	94
3. Opération « EPAULARD» - Liban - 21 août au 13 septembre 1982 :	101
D. Epoque moderne.....	108
1. FORPRONU - Sarajevo - 16 janvier au 15 juillet 1993 :.....	108
2. Opération « LICORNE » - RCI - 7 novembre 2004 au 24 février 2005 :.....	114
3. Opération « BAMARA » - RCA - 20 novembre au 20 décembre 2006 :	120
4. Opération « PAMIR XXIII » - Afghanistan - 13 janvier au 14 juillet 2010 :.....	125
5. Opération « SERVAL » - Mali - 27 janvier au 20 avril 2013:.....	132
IV. Discussion : Evolution du concept de soutien santé.....	142
A. Biais et limites de l'étude :.....	142
B. Concept d'emploi du SSA dans les TAP :	143
C. Matériels :	145
1. Lot de projection initial :.....	145
2. Trousse santé :.....	147
3. Brancards :.....	148
4. Fiche médicale de l'avant :.....	150
D. Moyens EVASAN :.....	150
1. Le brancardage :.....	150
2. Voie routière :.....	152
3. Voie aérienne :	153
E. Formation des personnels :.....	156
1. Médical :.....	156
2. Militaire :.....	162
F. Prise en charge :.....	163
Conclusion :.....	170
Bibliographie	171
Serment Médical.....	176

Abréviations

ACA : Antenne Chirurgicale Aérotransportable
ACP : Antenne Chirurgicale Parachutiste
ALN : Armée de Libération Nationale
ALP : Armée de Libération de la Palestine
AMI : Assistance Médicale Indigène
ANA : Afghan National Army
ANT: Armée Nationale Tchadienne
AQMI : Al-Qaida au Maghreb Islamique
ATT : Avion de Transport Tactique
BAPN : Base AéroPortée Nord de Hanoï
BATINF 2: 2^{ème} Bataillon d'Infanterie
BAVU : Ballon Autoremplisseur à Valve Unidirectionnelle
BEP : Bataillon Etranger de Parachutistes
BET : Borkou-Ennedi-Tibesti (région saharienne du Nord du Tchad)
BG : Battle Group
BIMa : Bataillon d'Infanterie de Marine
BM : Bataillon de Marche
BP : Brigade Parachutiste
BPC : Bataillon de Parachutistes Coloniaux
CA : Compagnie d'Appui
CAPM : Centre des Archives du Personnel Militaire de Pau
CCB : Compagnie de Commandement du Bataillon
CDC : Chef de corps
CEA : Compagnie d'Eclairage et d'Appui
Cie : Compagnie
CIPLE : Compagnie Indochinoise Parachutiste de la Légion Etrangère
CIRAS : *Combat Integrated Releasable Armor System*, Veste de protection modulaire
CITERA : Centre d'Instruction aux TEchniques de Réanimation de l'Avant
CNE : Capitaine
COP : *Combat OutPost*, Avant-poste de combat
CP : Compagnie Portée

CPIMa : Compagnie Parachutiste d'Infanterie de Marine
CRAP : Commandos de Recherche et d'Action en Profondeur
CTE : Certificat Technique Elémentaire
DAO : Détachement d'Assistance Opérationnel
DBLE : Demi-Brigade de Légion Etrangère
DCRE : Dépôt Commun des Régiments Etrangers
DIH : Détachement d'Intervention Hélicoptérée
DOW : *Died Of Wounds*, décédé des suites de ses blessures
DSA : Défibrillateur Semi-Automatique
DSS : Direction du Service de Santé
DZ : Drop Zone (Zone de saut)
EC : Escadron de Chars
EMM : Equipe Médicale Mobile
EMT : Etat-Major Tactique
EVASAN : Evacuation Sanitaire
FACA : Forces Armées Centrafricaines
FAST : *Focused Assesment with Sonography in Trauma*, échographie d'urgence
FAT : Forces Armées Tchadiennes
FLN : Front de Libération Nationale
FMI : Force Multinationale d'Interposition
FOB: *Forward Operating Base*, base opérationnelle avancée
FOMUC : Force multinationale en Centrafrique
FORPRONU : Force de Protection des Nations Unies dans l'ex-Yougoslavie
FROLINAT : Front de libération nationale du Tchad
FS : Forces Spéciales
FTNV : Forces Terrestres Nord Vietnam
GCP : Groupement de Commandos Parachutistes
GMC : Groupe Médico-Chirurgical
GTIA : Groupement Tactique Inter Armées
HM : Hélicoptère de Manœuvre
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IED : *Improvised Explosive Device*, Engin explosif improvisé
ISAF : *International Security Assistance Force*, Force internationale d'assistance à la sécurité
JMO : Journal des Marches et Opérations

KIA: *Killed in action*, Mort au combat
LPI: Lot de Projection Initial
LTN : Lieutenant
MASCAL : *Mass Casualty*, Afflux massif de blessés
MC : Médecin en Chef
MDA : Médecin Des Armées
MED : Médecin
MEDICHOS : Médicalisation en milieu Hostile
MNLA : Mouvement National pour la Libération de l'Azawad
MP : Médecin Principal
NDS : Note De Service
OAP : Opération AéroPortée
OLP : Organisation de Libération de la Palestine
ONUCI : Opération des Nations Unies en Côte d'Ivoire
OTAN : Organisation du Traité de l'Atlantique Nord
P.A : Pistolet Automatique
PA : Point d'Appui
PC : Poste de Commandement
PKM : *Poulemiot Kalachnikova*, Kalachnikov modernisée
PM : Poste Médical
PS : Poste de secours
RC : Route Coloniale
RCA : République Centrafricaine
RCI : République de Côte d'Ivoire
RCP : Régiment de Chasseurs Parachutistes
REI : Régiment Etranger d'Infanterie
REP : Régiment Etranger de Parachutistes
RESEVAC : opérations d'évacuation de ressortissants
RI : Régiment d'Infanterie
RIAOM : Régiment InterArmes d'Outre-Mer
RICM : Régiment d'Infanterie Chars de Marine
RIMa : Régiment d'Infanterie de Marine
RGP : Régiment de Génie Parachutiste
RP : Route Provinciale

RPCS : Régiment Parachutiste de Commandement et de Soutien
RPG-7 : *Routchnoy Protivotankovy Granatamiot*, lance-roquettes russe
RPIMa : Régiment de Parachutistes d'Infanterie de Marine
RTM : Régiment de Tirailleurs Marocains
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SC : Sauvetage au Combat
SEPP : Section d'Entretien et de Préparation des Parachutes
SHD : Service Historique de la Défense
SSA : Service de Santé des Armées
TAP : Troupes AéroPortées
TD : Tiêû Doàn (bataillon Vietminh)
TFLF : Task Force La Fayette
TIC: Trousse Individuelle du Combattant
TRM : Gamme de camion militaire
UE: Unité Elémentaire
UFDR : Union des Forces Démocratiques pour le Rassemblement
VAB: Véhicule de l'Avant Blindé
VBL: Véhicule Blindé Léger
VLRA: Véhicule Léger de Reconnaissance et d'Appui
WIA: *Wounded In Action*, Blessé au combat

Index des figures et tableaux

Figure 1: Insignes du 1 ^{er} BEP et du 1 ^{er} REP.	20
Figure 2: Insigne 2 ^{ème} BEP/ REP.	23
Figure 3: Insigne 3 ^{ème} BEP/REP	27
Figure 4: Avancée du 1 ^{er} BEP durant l'opération DAVID	30
Figure 5: Saut du 1 ^{er} BEP sur Quang Nguyen.....	31
Figure 6: Brancardage lors de l'opération "DAVID"	31
Figure 7: Dodge WC54	33
Figure 8: Half track sanitaire.....	35
Figure 9: Half track sanitaire vue arrière.....	35
Figure 10: Carte de la RC4.....	38
Figure 11: Avancée du 1 ^{er} BEP sur la RC4.....	39
Figure 12: Equipe santé 1 ^{er} BEP 1950	42
Figure 13: Trousse de pansement pour infirmier Modèle III-48.....	43
Figure 14: Carte du secteur de Lao Kay	46
Figure 15: Trousse individuelle de secours Para/Commando Modèle II/48	49
Figure 16: Médecin Lieutenant Chataigneau avec sa trousse santé	49
Figure 17: Itinéraire du 2 ^{ème} BEP, carte Etat-Major.....	52
Figure 18: Brancardage de blessé durant l'opération THERESE	53
Figure 19: Itinéraire du 2 ^{ème} BEP vu de l'axe de communication Vietminh	54
Figure 20: Brancardage du Médecin Lieutenant Chataigneau grièvement blessé aux jambes.54	
Figure 21: Evacuation des blessés, descente du cours de la Nam Muoi	55
Figure 22: Trousse de 1ère urgence pour groupe de 10 hommes Modèle IV-48.....	55
Figure 23: Camp retranché de Dien Bien Phu.....	58
Figure 24: Carte d'Etat-Major du camp retranché.....	60

Figure 25: Médecin Lieutenant Rondy devant son PS fortifié.....	61
Figure 26: Jeep Porte-Brancards	62
Figure 27: Hélicoptère Sikorsky sur la DZ d'Isabelle.....	63
Figure 28: dernier décollage Dakota de Dien Bien Phu.....	63
Figure 29: Médecin Lieutenant Rondy avec sa trousse santé	64
Figure 30: Verthol H-21 surnommé "Banane volante "	68
Figure 31: Carte d'Etat-Major de l'Opération de l'Ergou	69
Figure 32: L'oued Hallail.....	70
Figure 33: Hélicoptère Bell 47	72
Figure 34: La ligne Morice.....	73
Figure 35: Alouette II.....	74
Figure 36: Sikorsky H-19.....	76
Figure 37: Parachutiste blessé et pris en charge lors de la bataille des frontières.....	81
Figure 38: Carte du dispositif de l'opération « Limousin » entre avril 1969 et avril 1970.....	89
Figure 39: Compagnie montée de légionnaires en patrouille.....	91
Figure 40: Carte de Kolwezi, journée du 19 mai	95
Figure 41: Carte de Kolwezi, journée du 20 mai	96
Figure 42: Ambulance Peugeot réquisitionnée	99
Figure 43: Chypre, véhicules de soutien du 2 ^{ème} REP embarqués à bord de la "Dives"	102
Figure 44: Légionnaires du 2 ^{ème} REP assurant la protection des combattants palestiniens ...	103
Figure 45: VLRA sanitaire	105
Figure 46: SAVIEM SG2.....	106
Figure 47: VAB sanitaire	110
Figure 48: Prise en charge d'un blessé au PS du 2 ^{ème} REP	112
Figure 49: Insigne de la 4 ^{ème} Cie du 2 ^{ème} REP	114
Figure 50: Carte d'Abidjan	116

Figure 51: Carte de la RCA, offensive vers Birao	121
Figure 52: HM type Caracal.....	123
Figure 53: Carte de l’Afghanistan avec vue détaillée du secteur de le TFLF	126
Figure 54: Carte détaillée du secteur de le TFLF.....	126
Figure 55: Trousse Individuelle du Combattant.....	129
Figure 56: Carte du Mali avec au Nord l'Azawad (Tombouctou, Kidal, Gao)	133
Figure 57: saut sur Tombouctou, filmé depuis un drone Harfang.....	134
Figure 58: Adrar Tirgharghar	136
Figure 59: TRM 10000 dans l'Adrar des Ifoghas	137
Figure 60: EVASAN par HM dans l'Adrar des Ifoghas.....	140
Figure 61: Les prémices du brancard filet.....	148
Figure 62: Brancardage dans l'Adrar des Ifoghas	149
Figure 63: Prise en charge d'un blessé à l'intérieur d'un VAB San à Sarajevo	168
Figure 64: Méthode SAFE MARCHÉ RYAN	169
Tableau 1: Médecins chefs 1 ^{er} BEP – 1 ^{er} REP (1948-1961)	22
Tableau 2: Médecins adjoints 1 ^{er} BEP – 1 ^{er} REP (1948-1961).....	22
Tableau 3: Médecins chefs 2 ^{ème} BEP – 2 ^{ème} REP (1948-2015).	25
Tableau 4: Médecins adjoints 2 ^{ème} BEP – 2 ^{ème} REP (1948-2015).	26
Tableau 5: Médecins chefs 3 ^{ème} BEP – 3 ^{ème} REP (1948-1955)	27
Tableau 6: Rapport entre pertes amies et rebelles durant la bataille des frontières	82
Tableau 7: Tableau récapitulatif activités 1 ^{er} REP pendant la guerre d’Algérie.....	86

I. Introduction

A. *La légion :*

La légion étrangère est un corps de l'armée de terre française. Elle fut créée par ordonnance du 9 mars 1831 par le roi des Français Louis-Philippe (1). Ces articles de l'ordonnance royale fixent le caractère particulier de la légion étrangère : composée d'étrangers et de volontaires, destinés à servir hors des limites continentales du royaume. A la différence des troupes étrangères de l'ancien régime, constituées de bataillons ou de régiments de même nationalité, la Légion, quatre ans après sa création, adoptait le principe de l'« amalgame » des nationalités dans les unités (2). Cet « amalgame » est resté depuis un principe de base. Il traduit dans les faits le principe de l'anonymat qui veut que la légion respecte le passé de ceux qui servent dans ses rangs. Toute différenciation ou tout sectarisme de groupe ethnique ou de nationalité est ainsi exclu.

Ce mélange des origines a permis à la Légion de garder sa physionomie propre et un caractère constant, malgré les dominances de certaines nationalités évoluant au gré des conflits, dont le monde et l'Europe étaient les théâtres. Ainsi, il y eut un afflux d'Alsacien-Lorrains après 1870, d'Allemands après les deux guerres mondiales, de Russes de l'armée Wrangel en 1921, d'Espagnols après les événements de 1936, de Hongrois après le soulèvement de 1956, de yougoslaves dans les années 1990. La tendance actuelle est à la mondialisation, avec une prépondérance pour les populations d'Europe de l'est.

Ce n'est pas cette diversité qui est responsable à elle seule de la spécificité de la Légion. En effet, les engagés, venus de régions géographiques très diverses n'ont, pour les souder, aucun idéal ou caractère commun. L'idée de Patrie les laisse insensibles alors qu'elle est pour toute autre troupe un moteur essentiel (2). Et c'est là qu'intervient la particularité de la Légion. En effet, l'homme, qui a rompu avec son passé, son cadre social, son milieu familial, va reporter sur cette institution son besoin d'idéal et ses affections déçues, identifiant bientôt la Légion à l'idée de Patrie, au point de la servir comme le dit la devise de la Légion, « avec honneur et fidélité ». Cela explique bien une autre devise de la légion étrangère: LEGIO PATRIA NOSTRA (3).

Une autre particularité de la Légion étrangère est l'obtention de la nationalité française « par le sang versé ». En effet, les blessés au combat se voient proposer en remerciement des services rendus la possibilité de devenir Français.

La bataille de Camerone, du 30 avril 1863 (4) illustre bien le courage et l'abnégation dont la légion est héritière. Une soixantaine de légionnaires, assiégée dans un bâtiment d'une hacienda du petit village de Camarón de Tejada, résista plus d'une journée à l'assaut de 2 000 soldats mexicains. À la fin de la journée, les six légionnaires encore en état de combattre, à court de munitions, chargèrent les troupes mexicaines à la baïonnette. Cet événement est célébré chaque année comme un haut-fait de la Légion étrangère, le 30 avril, dans toutes ses unités. Et, en mémoire de ce combat, un ancien légionnaire est récompensé en portant la main du capitaine Danjou (relique de cette bataille) lors d'une procession ce même jour.

L'histoire de la Légion étrangère, façonnée par trente mille morts, illustre et corrobore bien ses traditions

B. Les « paras légion » :

A la fin de la seconde guerre mondiale, la Légion étrangère est un corps de troupe renommé et polyvalent dont la réputation n'est plus à faire. Néanmoins, un nouveau type de soldat s'est distingué durant ce conflit : le parachutiste, capable d'agir dans l'isolement, derrière les lignes ennemies (3). La légion ne dispose pas d'unités « para », alors qu'un besoin urgent de soldats aptes à cette qualification se fait sentir en Indochine. Leurs actions se sont avérées efficaces aussi bien dans des actions dites de commando que dans des combats d'infanterie classique. L'apparition de la 3^{ème} dimension était en marche et la Légion devait en suivre le rythme. Rapidement devenue l'élite de l'élite, la composante parachutiste s'avère importante dans le conflit indochinois, de par sa vitesse de mise en place, la supériorité psychologique instaurée face à l'ennemi, le courage et les conditions physiques des volontaires. L'idée d'apporter à la Légion une ou des unités parachutistes était née, encore fallait-il la mettre en place. En effet, il s'agit d'un grand changement de l'homme de troupe qui doit acquérir les caractéristiques de telles unités combattantes et ne pas seulement arborer la « plaque à vélo », surnom donné au Brevet Parachutiste Militaire, une fois quelques sauts effectués, au commandant qui dans sa manière de commander et diriger sa troupe au combat doit allier la composante Légion et celle des parachutistes.

Le goût de l'aventure, le dépassement de soi et l'audace bien connus des légionnaires apporte rapidement, malgré les quelques tâtonnements initiaux, son lot de volontaires pour de telles troupes malgré l'attachement de la « vieille légion » à ses traditions. On aurait pu croire un tel changement impossible.

Mais avant d'en arriver à la création d'unités légionnaires parachutistes formées, quelques changements et évolutions ont dû avoir lieu.

Tout commence avec la création du 1^{er} bataillon de choc en 1943, qui recrute des volontaires parmi les troupes d'Afrique, la Légion... De ce corps ressort la fameuse « section Légion », baptisée aussi « section expérimentale » qui s'illustrera par de nombreuses actions commandos et sera chargée de la mise en place et de l'application des nouvelles techniques de combat. 4 sauts d'entraînement étaient à l'époque requis pour cette unité. A la suite du conflit, les combattants rejoignent leurs unités d'origine en vue de nouveaux combats en Extrême Orient.

Rapidement le commandement du contingent demande la disponibilité d'unités parachutistes qui du fait des pertes au combat se retrouvent rapidement en pénurie, de plus les volontaires métropolitains n'affluent pas. A l'inverse la Légion, au sortir du 2^{ème} conflit mondial, a le vent en poupe et les volontaires de tous horizons et souvent des forces de l'axe viennent en garnir les rangs. L'idée de créer les unités de légion parachutiste est poussée par l'inspecteur de la légion Etrangère de l'époque, le général Magrin-Verneret. A l'inverse cela n'est pas de l'avis du dépôt commun des régiments étrangers (DCRE) (5). En effet son commandant le colonel Gaultier « *louis le magnifique* » ne veut pas voir les rangs, des autres unités légions, vidés de leurs hommes (3). De plus, l'aspect du combattant parachutiste, prenant plus d'initiatives, ne correspond pas aux traditions de la « vieille légion » habituée au travail de troupe organisée gérée par ses cadres, « *il faut les garder en main, groupés et disciplinés pour des actions simples* ».

Par arrêté ministériel la création des unités est décidée. En mars 1948, paraît la note de service appelant dans les unités, les volontaires en vue de la création d'une compagnie. 150 volontaires issus des 2^{ème} et 3^{ème} REI et de la 13^{ème} DBLE débarquent dans la compagnie créée le 1^{er} avril. Le 1/3 REI est confiée au Lieutenant Morin. Le 1^{er} saut collectif a lieu le 16 avril après un brevet passé à Gia Lam (elle est dissoute pour être reversée au profit du 1^{er} BEP le 1^{er} juillet 1949). Entre temps la « compagnie Morin » a débuté la légende des légionnaires parachutistes, mariage des 2 entités, elle a réalisé avec succès de nombreux sauts opérationnels (3).

Deux bataillons étrangers de parachutistes sont mis sur pied durant l'année 1948 sur volontariat : le 1^{er} Bataillon Etranger de Parachutiste et le 2^{ème} Bataillon Etranger de Parachutiste, « De la vieille Légion, ils avaient recueilli les traditions de rigueur, de solidité, de discipline, de dévouement ; des parachutistes, ils avaient la jeunesse, la souplesse, l'enthousiasme, le goût de l'insolite. Ils formèrent vite une troupe unique en son genre : les « légionnaires parachutistes » dira le Général Guignon ancien CDC du 2^{ème} BEP.

Afin de préparer et de former au mieux les nouveaux bataillons, on a fait appel à des volontaires, il y en avait dans les forces spéciales, d'autres ayant appartenu à des formations parachutiste en métropole. Ces « cadres blancs » rejoindront facilement la légion étrangère. Au 1^{er} BEP on retrouve le capitaine Segretain désigné comme chef de corps, secondé par le capitaine Jeanpierre. Au 2^{ème} BEP, le capitaine Solnon, ancien commandant de compagnie au 2^{ème} REI.

Le 12 octobre 1948, par ordre du général de corps d'armée commandant en chef des forces armées en Extrême-Orient est créé le commandement des formations aéroportées en Indochine. Il dépend directement du commandant des forces terrestres. Le commandant désigné à cette affectation est le colonel Chavatte qui en prend le commandement le 1er octobre 1948.

Le 13 septembre 1949, ce commandant des formations aéroportées écrit au commandant-en-chef des forces terrestres en Extrême-Orient pour rendre compte de l'état du personnel nécessaire pour la consommation en 1950 des effectifs de la réserve générale aéroportée :

- Un groupement léger aéroporté du type métropolitain conçu en 1948 pour les besoins d'outre-mer et comportant : un état-major de groupement, trois bataillons de légion étrangère, une section transmission, un détachement d'artillerie, une section du génie et une antenne chirurgicale.
- Une demi-brigade de commandos coloniaux parachutistes comportant un état-major de demi-brigade, quatre bataillons.
- Deux bases aéroportées.

C. Soutien santé initial des Bataillons

Pendant la guerre d'Indochine, le médecin de bataillon était le premier maillon médical de la chaîne d'évacuation. Son rôle était donc essentiel pour l'avenir fonctionnel ou vital du blessé. Dépourvu de moyen radio, il se maintenait auprès du PC du bataillon pour coordonner la manœuvre santé en fonction des demandes du chef de corps et de l'évolution de la situation.

Son poste de combat était le poste de secours résumé le plus souvent à un abri naturel improvisé avec une trousse et un ou deux brancards pliants portés à dos d'homme.

Aidé par ses infirmiers de la section sanitaire, le médecin effectuait les actes de sauvetage et de mise en condition d'évacuation de ses blessés en rédigeant pour chacun sa fiche médicale de l'avant (6).

Rapidement, le commandement de ces unités parachutistes en Indochine va prendre conscience de l'importance du soutien santé. Tout d'abord pendant les combats où l'évacuation sanitaire devient la préoccupation majeure mais aussi panser les plaies, soulager la douleur, immobiliser les fractures. Mais aussi en dehors des combats, car les parasitoses, le paludisme, les infections vénériennes affectent elles aussi largement l'effectif des compagnies de combat (7).

Les médecins affectés dans ces unités opérationnelles sont très jeunes, l'Extrême Orient qui attirait précédemment les majors de promotion ne motive plus autant les médecins. Ces postes partent aux « fin de classement ». Il leur faut apprendre vite le fonctionnement de l'unité, se retrouver exposé au milieu des combats, nombre d'entre eux feront preuve d'héroïsme à maintes reprises. La doctrine du Service de Santé de l'époque repose sur le traitement du blessé et principalement l'acte chirurgical (7). Ces médecins de bataillon doivent donc traiter le blessé dans les meilleures conditions possibles, après l'avoir pris en charge au niveau de son maigre poste de secours avec le peu de moyens dont il dispose et ensuite l'évacuer vers l'unité chirurgicale. La précocité du traitement prenant le pas sur l'évacuation sanitaire.

Mais la particularité des médecins des BEP vient du fait qu'ils ne disposent souvent pas de poste de secours, de par la spécificité parachutiste, que leur matériel se résume à une trousse et beaucoup de système « D ». Que maintenir en vie un homme, loin derrière les lignes ennemies s'avère un défi majeur quand on ne dispose de presque rien. Par leurs exploits, leur maîtrise sous le feu, nombre d'entre eux marqueront l'histoire de la Légion Etrangère Parachutiste.

Les opérations du service médical sont de trois sortes : Aéroportées, motorisées ou pédestres.

L'infirmierie du bataillon dispose de 12 brancards avec les coolies autochtones pour les porter. Deux brancards sont affectés à chacune des compagnies de voltige et 4 sont réservés à la section sanitaire celle-ci n'est forte que de 6 à 8 infirmiers (généralement deux sous-officiers et six coolies brancardiers). Dans chaque section se trouve un infirmier.

Au combat, le médecin chef et la section sanitaire se tiennent souvent à l'échelon de la compagnie de commandement à proximité du PC et y organise le service médical (8). Les soins effectués sur place sont sommaires : Morphine-atropine pour les blessés légers, déconnection avec le fameux cocktail Phénergan-Dolosal pour les cas graves, attelles, pansements, établissement de la fiche de l'avant.

Quand une opération parachutiste est effectuée sur les arrières de l'ennemi, tout blessé même léger, devient une charge considérable pour le maigre service médical (8).

En base arrière, le médecin-chef est responsable de l'instruction des infirmiers et des brancardiers, il doit veiller à leur perfectionnement technique et leur entraînement régulier. « Schématiser les traitements clés que l'on veut voir appliquer (8) », prémices du Secourisme au Combat des années 2010.

D. Historique des BEP et REP :

1. Le 1^{er} Bataillon/Régiment Etranger de Parachutistes :



Figure 1: Insignes du 1^{er} BEP et du 1^{er} REP.

Le 1^{er} régiment étranger de parachutistes est né le 1^{er} juillet 1948 à Khamisis (9), près de Sidi bel-Abbès, sous le nom de 1^{er} bataillon étranger de parachutistes. « *L'Indochine fut son berceau, l'Algérie son tombeau* ».

Il embarque sur le *Pasteur* le 24 octobre à Mers El-Kébir (3) et arrive en Indochine le 12 novembre à Haiphong. Durant toute la guerre d'Indochine, le bataillon interviendra principalement au Tonkin dans le nord de l'Indochine. Il effectue sa première opération aéroportée le 18 mars 1949.

Il intègre en son sein la compagnie parachutiste du 3^{ème} REI du lieutenant Morin le 1^{er} juin 1949.

Les 17 et 18 septembre 1950, le bataillon saute sur That Khê, afin de rejoindre le groupement commandé par le lieutenant-colonel Lepage, parti de Lang Son pour secourir les éléments évacués de Cao Bang du colonel Charton. Le bataillon est quasiment anéanti au cours des combats qui ont lieu autour de Dong Khe et est dissous le 31 décembre (3). Les pertes sont importantes, 21 officiers dont le chef de corps, le chef de bataillon Segrétain., 46 sous-officiers et 420 légionnaires. Quelques survivants arrivent à rejoindre les lignes françaises, parmi lesquels le capitaine Jeanpierre, qui sera plus tard en Algérie, le chef de corps du 1^{er} REP.

Le 1^{er} BEP est recréé le 18 mars 1951 à partir du reliquat du bataillon originel, regroupé provisoirement en une compagnie de marche au sein du 2^{ème} BEP, et de renforts venus du 3^{ème} BEP et d'Afrique du Nord. Le BEP comprend alors 3 compagnies et une CIPLE.

Le 1^{er} BEP s'éteint à nouveau le 7 mai 1954 à la bataille de Dien Bien Phu : il comptera 316 tués à l'issue des combats (sans compter les prisonniers qui ne rentreront pas de captivité).

Il embarque à Saïgon sur le *Pasteur* le 1^{er} février 1955 et débarque à Mers el-Kébir le 24. Le 1^{er} septembre 1955 le 1^{er} BEP devient le 1^{er} REP et s'implante à Zéralda.

Le 6 novembre 1956, le régiment débarque en Égypte à Port-Saïd et Port-Fouad dans le cadre de la crise du canal de Suez.

En 1957, le régiment est envoyé en Algérie. Le lieutenant-colonel Jeanpierre, son commandant, est tué alors que son hélicoptère est abattu par les rebelles, le 29 mai 1958, lors de l'opération "*Taureau 3*".

Lors du putsch d'Alger d'avril 1961, le commandant de Saint-Marc, commandant par intérim, engage le régiment au côté des putschistes, et c'est lui qui donne le coup d'envoi du putsch, le 21 avril 1961, en marchant sur Alger. Suite à l'échec du putsch, le régiment est dissous le 30 avril à la demande de Pierre Messmer, ministre des armées.

Cette troisième dissolution sera la dernière et le régiment ne sera jamais recréé. De ce fait, le 2^{ème} REP est aujourd'hui le seul régiment étranger de parachutistes.

i. Médecins chefs 1^{er} BEP – 1^{er} REP

GRADE	NOM	PRENOM	ARRIVEE	DEPART
MED CNE	FIGAREDE	Georges	12/08/48	21/10/48
MED LTN	MARCHAL	André	30/11/48	01/06/49 *
MED LTN	PEDOUSSAUT	Pierre	02/06/49	07/10/50 *°
MED LTN	MOTTU	Roger	16/03/51	27/09/51
MED LTN	EHRHART	Charles	01/10/51	04/04/53 *
MED LTN	ESTIENNE	Jean-Louis	15/07/53	09/10/53 *
MED LTN	RONDY	Jean Louis	14/10/53	07/05/54 *°
MED CNE	PALU	Jean	26/05/54	14/02/58*
MED CNE	FORISSIER	Régis	15/02/58	01/06/61

*=blessé ; +=Décès ; °=Prisonnier

Tableau 1: Médecins chefs 1^{er} BEP – 1^{er} REP (1948-1961) (10).

ii. Médecins adjoints 1^{er} BEP – 1^{er} REP

GRADE	NOM	PRENOM	ARRIVEE	DEPART
MED LTN	BOUCHEAU	Pierre	06/08/55	31/12/57
MED LTN	PIACENTINI	Marcel	05/01/56	02/10/56
MED LTN	FRANCOIS	Joseph	01/11/59	28/04/60

Tableau 2: Médecins adjoints 1^{er} BEP – 1^{er} REP (1948-1961).

2. Le 2^{ème} Bataillon/Régiment Etranger de Parachutistes :



Figure 2: Insigne 2^{ème} BEP/ REP.

Le 1^{er} octobre 1948 est créé à Sétif le 2^{ème} BEP, Il embarque à Mers el-Kébir le 13 janvier 1949 à bord du *Maréchal Joffre* (3), destination l'Indochine, et débarque à Saïgon le 9 février.

Le bataillon, qui interviendra principalement au Tonkin et au nord Annam, se distinguera particulièrement lors de la bataille de Nghia Lo en octobre 1951. Il sera anéanti lors de la bataille de Dien Bien Phu où il aura combattu du 12 avril au 7 mai 1954. Le 2^{ème} BEP est reconstitué le 1^{er} juin 1954 avec les effectifs du 3^{ème} REP en provenance d'Algérie (11).

Il quitte l'Indochine le 1^{er} novembre 1955, 9 mois après son grand frère, en ayant perdu 1 500 officiers, sous-officiers et légionnaires dont un chef de corps.

Le 1^{er} décembre 1955, le 2^{ème} BEP devient le 2^{ème} régiment étranger de parachutistes (12).

Puis vient l'Algérie avec les premières opérations.

Elles sont fructueuses et se répètent jusqu'en 1960, où le régiment est essaimé dans différentes garnisons : Chekfa, Souk el Tleta, borj Chahna, Beni Siar et Philippeville au camp Pehau.

Au 1^{er} mai 1961, après la dissolution de son régiment frère : le 1^{er} REP, il reste la seule unité héritière de toutes les unités para-légion créées depuis 1948.

En moins de sept années, plus de 4 000 rebelles sont mis hors de combat et près de 4 000 armes individuelles et plus de 200 armes collectives sont saisies.

Le régiment quitte le Constantinois, le 30 août 1962, après une présence quasi continue de 6 ans dans la même région.

À compter de 1962 et de la signature des accords d'Évian, l'armée française quitte progressivement l'Algérie pour être rapatriée en garnison en France métropolitaine.

Le régiment va rejoindre le nouveau quartier, situé à Calvi, en Corse en 1967. Puis les opérations se font plus rares jusqu'à l'Opération Bonite (Kolwezi) 1978, où le régiment retrouve à nouveau sa gloire passée. C'est la première opération aéroportée de grande ampleur depuis la seconde guerre mondiale. En effet, 703 légionnaires parachutistes sautèrent sur Kolwezi et libérèrent les otages européens retenus par des rebelles katangais. Depuis le régiment a été engagé sur toutes les zones de conflit : Tchad (1969-1970, 1978, 1983, 1984), Kolwezi (1978), Liban (1982), Djibouti (1992 à 1999), Rwanda (1990, 1992), République centrafricaine (1996, 1998, 2006), Bosnie-Herzégovine (1992-1996), Congo (1997), Kosovo (2000), République de Côte d'Ivoire (2002, 2004, 2006, 2010), Afghanistan (2008, 2010, 2011).

Dans la nuit du 27 au 28 janvier 2013, une compagnie du 2^{ème} REP est parachutée sur la ville de Tombouctou, dans le cadre de l'opération Serval au Mali, une première depuis l'opération Bonite (Kolwezi) en 1978. Le régiment participe à l'opération Serval, de fin janvier à fin avril 2013 ; il a été engagé du 27 janvier au 5 juin 2015 au sein de l'opération BARKHANE au Tchad et au nord Niger où il a mené deux nouvelles opérations aéroportées aux confins du Nord Niger pour perturber avec succès les flux d'approvisionnement vers le Mali.

A l'heure actuelle, le régiment fort de 1140 cadres et légionnaires, est constitué de 8 compagnies auxquels s'ajoute une unité de réserve d'une soixantaine d'hommes (13). La compagnie de commandement et de logistique, au sein de laquelle notamment les jeunes légionnaires sont brevetés parachutistes lorsqu'ils arrivent au régiment. La compagnie d'administration et de soutien qui permet au régiment de fonctionner en vie courante au camp Raffalli et qui arme le groupement de soutien de Calvi. Il y a quatre compagnies de combat, avec chacune, une section de commandement et quatre sections de combat. Chaque compagnie possède une spécialité propre. La première compagnie est spécialisée dans le combat en zone urbaine. La deuxième compagnie est la compagnie montagne, la troisième compagnie, de spécialité amphibie. La quatrième compagnie est une compagnie de sniper et destructeur. La compagnie d'éclairage et d'appui, possède quant à elle une section de reconnaissance régimentaire, une section de tireurs d'élite, une section antichars et la section de commandos parachutistes. Cette spécialisation des compagnies datant de 1967.

Le drapeau du régiment est décoré de la légion d'honneur, de la croix de guerre des théâtres d'opérations extérieures avec 6 citations à l'ordre de l'armée gagnées en Indochine (12), de la croix de la valeur militaire avec 4 citations (Kolwezi, Afghanistan deux fois, Mali).

i. Médecins chefs 2^{ème} BEP – 2^{ème} REP

GRADE	NOM	PRENOM	ARRIVEE	DEPART
MED LTN	BERNASSE	Jean-Pierre	17/04/49	22/12/49
MED LTN	DROUIN	Paul	22/12/49	01/09/50
MED LTN	CHATAIGNEAU	Paul	15/06/49	21/10/51*
MED LTN	ESCUDIE	Antoine	27/10/51	15/04/53
MED LTN	PERTHUS	Pierre	15/04/53	15/09/53
MED LTN	MADELAINE	Jean Marie	15/09/53	07/05/54
MED LTN	CHAIZE	René	01/06/54	25/06/54
MED LTN	BECHARD	Jack	28/06/54	08/03/55
MED LTN	DELAUBIER	Jacques	11/03/55	16/06/55
MED LTN	MOREL	François	13/06/55	15/12/55
MED LTN	FORISSIER	Régis	01/01/56	01/07/57
MED LTN	YOUT	Robert	01/07/57	01/01/58
MED LTN	SELLIER	Jacques	01/01/58	30/09/59
MED LTN	SAÛT	Jean Paul	01/10/59	31/08/61
MED LTN	MAURICE	Christian	15/06/61	15/10/64
MED CNE	BRUNET	Alain	01/12/64	05/07/66
MED LTN	PREVOT	Hubert	01/08/66	01/08/68
MED CDT	RAVALEC	Jean	01/08/68	02/09/74
MED CDT	FERRET	Jean Noël	25/05/74	17/07/78
MED PAL	MORCILLO	Roger	17/07/78	03/09/79
MED PAL	RENAULT	Jean	20/08/79	26/07/82
MED PAL	THOMAS	Christian	20/09/82	18/07/87
MED PAL	JOCHAUD DU PLESSIX	Geoffroy	15/07/87	29/05/89
MC	KOWALSKI	Jean Jacques	22/05/89	27/07/93
MED PAL	LE GUEN	Arnaud	27/07/93	20/08/96
MED PAL	GIURIATO	Lucien	20/08/96	02/09/99
MED PAL	DARROUZET	Patrick	03/09/99	10/07/02
MC	LE GUEN	Arnaud	01/08/02	01/08/04
MC	CHINELLATO	Mickael	01/09/04	31/08/11
MC	THIBAUDIN	Olivier	01/09/11	31/08/13
MC	AIGLE	Luc	01/09/13	

*=blessé ; +=Décès ; °=Prisonnier

Tableau 3: Médecins chefs 2^{ème} BEP – 2^{ème} REP (1948-2015).

ii. Médecins adjoints 2^{ème} BEP – 2^{ème} REP

GRADE	NOM	PRENOM	ARRIVEE	DEPART
MED LTN	DERRIEN	Pierre	24/10/55	01/07/56
MED LTN	YOUT	Robert	25/06/56	01/05/57
MED LTN	SELLIER	Jacques	01/05/57	01/01/58
MED 2°CL	BORDE	Jean Claude		
MED 2°CL	LAGADEC	Henri	21/09/70	
MED 2°CL	DE LARRE DE LA DORIE	Michel	02/05/69	06/03/70 +
MED 2°CL	ALLARD	Philippe	01/08/68	01/06/70
MED 2°CL	WEIMANN	Daniel	01/09/70	05/09/74
MED 2°CL	MORCILLO	Roger	01/09/74	17/07/78
MED 2°CL	RICHER DE FORGES	Alain	11/08/75	03/11/75
MEDECIN	GRIMALDI	François	18/12/78	16/08/79
MEDECIN	MONIEZ	Jean Loup	11/06/79	29/02/80
MEDECIN	BECKER	Jean Marie	29/02/80	01/08/83
MEDECIN	BELAT	Christian	20/06/83	18/08/86
MEDECIN	LE GUEN	Arnaud	25/06/84	15/07/90
MEDECIN	TERZIAN	Éric	18/08/86	15/08/89
MEDECIN	LIAL	Jean Pierre	22/05/89	01/06/92
MEDECIN	CASTELLO	Jacky	01/08/90	01/07/94
MEDECIN	LE GUEN	Arnaud	01/09/92	01/08/93
MEDECIN	CHARROT	François	01/08/93	31/07/98
MEDECIN	ROUCOURT	Éric	01/08/94	17/08/97
MEDECIN	RENAULT	Olivier	18/08/97	15/08/02
MEDECIN	THIBAUDIN	Olivier	03/08/98	01/08/04
MEDECIN	MEYER	Rodolphe	16/08/99	01/09/01
MC	LIMAS	François	01/07/01	31/08/06
MP	WOLOCH	Alexandre	01/07/02	31/08/08
MC	AIGLE	Luc	01/09/04	15/07/07
MP	SAMY	Julien	01/12/06	31/08/11
MP	LEMARIE	Damien	01/09/08	31/08/12
MEDECIN	CAVALIER	Laurent	01/12/11	
MP	LAVENIR	Bertrand	01/12/12	
MEDECIN	DOUILLARD	Guillaume	01/12/13	

Tableau 4: Médecins adjoints 2^{ème} BEP – 2^{ème} REP (1948-2015).

3. Le 3^{ème} Bataillon/Régiment Etranger de Parachutistes :



Figure 3: Insigne 3^{ème} BEP/REP

Le 3^{ème} régiment étranger de parachutistes n'a eu qu'une courte existence ; c'est en novembre 1949 qu'apparaît la création du 3^{ème} BEP à Mascara en Algérie à partir de la 7^e compagnie d'instruction parachutiste du 1^{er} BEP. Sa mission est d'instruire et de former les légionnaires parachutistes destinés à la relève du 1^{er} et 2^{ème} BEP qui opèrent en Indochine.

À la suite du désastre de la RC4 qui a anéanti le 1^{er} BEP, le 3^{ème} BEP du capitaine Darmuzai rejoint l'Indochine et le 13 mars 1951 le 3^{ème} BEP comprenant dans ses rangs 13 officiers, 32 sous-officiers et 441 légionnaires renforce le nouveau 1^{er} BEP qui vient d'être recréé. En 1952, il participe au maintien de l'ordre en Tunisie. Son expérience opérationnelle reprend le 4 mai 1954, il débarque à Haïphong le 25 mai (11). Le 1^{er} juin, le 3^{ème} BEP reprend le nom du 2^{ème} BEP anéanti à Dien Bien Phu (11). Le 3^{ème} BEP renaît à Batna et le 1^{er} septembre 1955, il prend le nom de 3^{ème} régiment étranger de parachutistes pour être dissous une dernière fois le 1^{er} décembre 1955, ses effectifs sont alors mutés au 2^{ème} REP.

GRADE	NOM	PRENOM	ARRIVEE	DEPART
MED CNE	PRIOLET	Jacques	03/01/53	20/03/54
MED LTN	CHAIZE	René	14/04/54	25/05/54
MED LTN	STAUB	Louis	05/01/55	27/11/55
MED LTN	FORRISSIER	Régis	16/10/55	26/01/56

Tableau 5: Médecins chefs 3^{ème} BEP – 3^{ème} REP (1948-1955) (13) (14).

II. Matériels et Méthodes

A. Matériels :

La majorité de la base de données est issue des archives issues du Service Historique de la Défense, qui est le centre d'archives du ministère de la défense. Il est également chargé d'homologuer, de répertorier et de rassembler les éléments de la symbolique militaire (emblèmes et insignes) et de contribuer aux travaux relatifs à l'histoire de la défense. Les documents ici utilisés sont issus du site de Vincennes. Le référencement, propre à cette institution, utilisé pour classer ces archives sera retranscrit dans cet ouvrage. Ces archives comprennent entre autre, les Journaux de Marche et d'Opération, les notes de service et compte-rendu des différentes unités de légion étrangère parachutiste mais aussi du service de santé. On retrouve aussi de nombreuses archives issues du Centre des Archives du Personnel Militaire de Pau.

De plus de nombreux ouvrages de littérature militaire ont été utilisés.

Parfois, il aura fallu recueillir le verbatim des acteurs de ces opérations, en particulier des médecins. Les photos d'époque sont pour la plupart issues de collections personnelles.

B. Méthodes :

Afin de présenter au mieux l'évolution des unités de légion étrangère parachutiste et leur soutien, il a été décidé de la diviser selon 4 grandes périodes. Ces périodes sont tout d'abord celles majoritairement retrouvées dans la littérature. En effet, parler de l'armée française des années post seconde guerre mondiale et jusqu'au début des années 60 se résume principalement à 2 grands conflits que sont la guerre d'Indochine et la guerre d'Algérie. Plus tardivement apparait la période intermédiaire, moins médiatique, où différents conflits de moins grande importance pour les intérêts de la France se sont déroulés mais au cours desquels les troupes françaises étaient représentées. Le 2^{ème} REP est intervenu à maintes reprises : Tchad (1969-1970, 1978, 1983, 1984), Kolwezi (1978), Liban (1982), Djibouti (1992 à 1999), Rwanda (1990, 1992). Vient ensuite la période dite moderne que l'on pourrait présenter aussi comme post guerre du Golfe.

Il apparait difficile de présenter chacun des conflits avec exhaustivité, en effet les archives militaires de l'époque ne sont pas totalement complètes et encore moins celles du Service de Santé mais cela ne serait pas forcément plus nécessaire que de traiter quelques-unes des opérations de ces grandes périodes de conflit. Nous avons donc pris le parti de traiter pour chaque conflit entre 3 et 5 opérations représentatives des engagements des bataillons et régiments. A travers chacune de ces opérations, on pourra voir les types de blessures et leur prise en charge ou encore les moyens d'évacuations disponibles et utilisés, ce qui permettra d'avoir un regard assez large sur le soutien médical dans chacun des conflits.

Pour décrire ces opérations nous avons choisi d'utiliser un plan type permettant une lecture plus facile des données et surtout améliorer la comparaison entre elles.

- Type d'Opération
- Contraintes militaires tactiques et environnementales
- Effectif global de l'équipe médicale
- Matériel santé
- Bilan santé
- Commentaires

Concernant l'équipe médicale, il apparait difficile de le définir avec certitude, en effet il est rarement évoqué dans chaque compte rendu d'opération en particulier au niveau infirmier et brancardier.

De plus, les infirmiers notés dans les conflits indochinois ou algérien sont décrits comme tel dans les comptes rendus mais il ne bénéficie pas en réalité du diplôme d'IDE mais ont reçu une formation complémentaire à l'Hôpital d'Hanoï. Concernant les brancardiers, issus pour certains de l'infirmerie et clairement identifiés, il faut noter que d'autres sont aussi présents dans les compagnies de combats, sans compter que c'est parfois la troupe elle-même qui est mobilisée pour cette tâche devant l'afflux de blessés.

Pour définir l'équipe médicale, le référencement utilisé est le suivant : X (médecins)/X (infirmiers ou dénommés comme tel)/X (brancardiers Secouristes). X étant le nombre.

Le Bilan santé de chaque opération est détaillé sous le même format que celui utilisé pour décrire l'effectif médical avec X (officiers)/X(Sous-officiers)/X (Hommes du rang) et n'est pas détaillé nominativement. En revanche le type de blessure et le type d'évacuation ont été détaillés quand les ressources documentaires le permettaient.

III. Résultats

A. Indochine

1. Opération « DAVID » - 20 au 28 Avril 1950 :

Type d'Opération :

L'opération David vise à l'extension de la zone d'influence française au sud de Hanoï, jusqu'à la route RP 73 située à 25 km au sud entre le fleuve rouge et le Song Day (15). Elle s'est déroulée au mois d'avril 1950. La mission a pour but de s'emparer rapidement de Quang-Nguyen et du pont sur le Giang à Dong-Quan, occuper Tia après débarquement sur le fleuve Rouge à Bo Dau. De plus faire tomber le point fort de Nga-Ba-Tha.

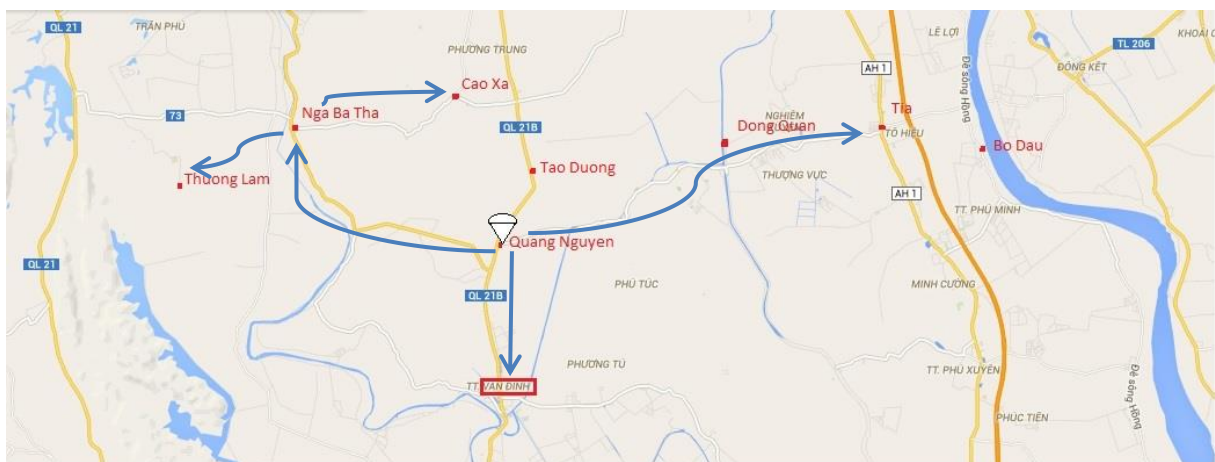


Figure 4: Avancée du 1^{er} BEP durant l'opération DAVID

Cette opération « DAVID » comprend deux groupements. Le groupement Picquart partant de Gia-Lam et comprenant des éléments d'infanterie, d'artillerie, de génie et de cavalerie. Le second groupement est celui du 1^{er} BEP associé à des éléments de l'infanterie coloniale et des éléments plus petits provenant d'autres armes.



Figure 5: Saut du 1^{er} BEP sur Quang Nguyen

Un détachement du 1^{er} BEP, dont son commandant, le Chef de Bataillon Segretain, est parachuté (1^{ère} Cie : 124 hommes, CCB : 58 hommes, 7 autochtones et interprètes) le 20 avril à 12h00 au niveau de Quang-Nguyen. Le reste des 485 éléments du 1^{er} BEP rejoint Quang-Nguyen par voie terrestre sous le commandement du capitaine de Saint Etienne en camion GMC. Lors de ce trajet a lieu un accrochage avec les 27^{ème} et 29^{ème} compagnies du TD 48 à hauteur de Tao Duong.



Figure 6: Brancardage lors de l'opération "DAVID"

Le 20 avril dans la matinée, Quang-Nguyen est occupé par le 1^{er} BEP. Le pont de Tan Do est repris ainsi que le carrefour de Tia.

Les rebelles n'opposent pas de résistance sérieuse.

Le 21 avril, le BEP s'empare de Nga-Ba-Tha et commence à y construire un poste (15).

Par la suite jusqu'au 26 avril, différentes opérations de ratissage sont effectuées dans la région au sud de la ligne de Nga-Ba-Tha, Quang Nguyen, Dong-Quan et Tia, poussant jusqu'à Tuong-Lam et Cao-Xa le 25. Une opération combinée des différents éléments a lieu le 26 avril à Van-Dinh.

Au cours de l'opération « DAVID », le Vietminh compte 80 tués. 4 fusils, 3 P.A, 2 lance-grenades ainsi que de nombreuses mines et grenades sont récupérés.

Le 28 avril à la fin de l'opération, 4 postes sont en construction (Nga-Ba-Tha, Quang Nguyen, Dong-Quan et Tia). De même plusieurs routes sont rouvertes.

Contraintes militaires tactiques et environnementales :

Le BEP doit progresser en territoire contrôlé par le vietminh comme le montre l'attaque de Tao Duong. Chaque localité doit être fouillée à la recherche de guetteurs et de caches.

De plus, une grande partie de la zone est minée et les effets s'en retrouvent au niveau des pertes.

Une partie du détachement se retrouve isolée après son saut, bien que cela fasse partie de la spécificité des troupes parachutistes.

Effectif global de l'équipe médicale :

Le service de santé dispose de trois médecins de bataillon lors de l'opération « DAVID » : dont le médecin capitaine Pédoussaut du 1^{er} BEP qui saute avec les premiers éléments (15).

1/2/5

Initialement le médecin du 1^{er} BEP est basé avec son PS à Quang-Nguyen. Cette situation près des zones de combats permet une prise en charge médicale initiale rapide, près des zones de combats, des blessés qu'ils soient graves ou légers. Installation du PS à Canh-Hoach (2km à l'est de Cao Xa) à partir du 21 avril (16).

Il est accompagné de plusieurs caporaux infirmiers. Le brancardage des blessés (quand il s'avérera nécessaire) se fera par les hommes des différents unités.

Matériel santé :

Moyens EVASAN :

Deux véhicules sanitaires de type Dodge WC54 (figure 6), ambulance qui peut contenir au maximum 4 blessés couchés, sont basés sur la RP 22 à Binh Da (Nord de Cao Xa), et deux autres sur la RC 1, la route mandarine, à Quat Lam (Nord de Bo Dau).



Figure 7: Dodge WC54

Les brancardages se font du PS jusqu'aux sanitaires, soit une distance d'environ 4 km. Il arrive aussi qu'un Half track sanitaire (Figure 8) fasse la liaison jusqu'aux véhicules sanitaires depuis Canh-hoach dès le deuxième jour de l'opération.

Un terrain pour Morane sanitaire est terminé dès le 22 avril au soir à Canh-Hoach, là où se tiendront le P.C opérationnel et le P.S.

Trousse Santé :

La dotation du service médicale est la même pendant tout le conflit indochinois et sera détaillée dans les différentes opérations.

- Trousse individuelle de secours Para/Commando Modèle II/48 (Figure 15)
- Trousse de 1^{ère} urgence pour groupe de 10 hommes Modèle IV-48 (Figure 22)

- Trousse médicale : Morphine, Atropine, Pénicilline, Garrots, clamps.
- Trousse de pansement pour infirmier Modèle III-48 (Figure 13)
- Brancards parachutables.

Certaines unités du détachement manquent de pansements à savoir un seul pansement individuel pour deux combattants ce qui n'est pas le cas pour le 1^{er} BEP. Ceci est confirmé par le Médecin chef de la zone Delta Nord-qui écrit dans son Analyse N°722ZDN/SSP : « une seule unité m'a donné l'impression et la certitude d'être prête médicalement, c'est le BEP».

Prévention :

En ce qui concerne la prophylaxie du paludisme, chaque homme portait sa moustiquaire et disposait de sa dose de paludrine quotidienne pendant toute la durée de l'opération. En revanche, on note dans certaines unités un manque de moustiquaires (17).

Ravitaillement :

Pour le ravitaillement en eau, on utilise les citernes du village. L'eau est filtrée par système portatif type Wallace Tierman ou par filtre de toile américain et stérilisée avec de l'hydroclonazone et des comprimés Lambert. Après les combats, le commandement remarquera qu'il aurait été préférable d'employer les remorques citernes dont sont dotées les unités telles que le 1^{er} BEP.

Bilan santé :

EVASAN :

Au début de l'opération, les premiers blessés graves sont brancardés à pied jusqu'à Binh-Da, avant d'être transférés par sanitaire vers Hanoï. Les blessés légers sont gardés au poste de secours du 1^{er} BEP.



Figure 8: Half track sanitaire

Puis arrive secondairement le Half Track sanitaire (35) (Figure 8) qui est en mesure d'effectuer plusieurs norias en tout terrain pour ramener les blessés aux véhicules sanitaires à Kim Bai, puis Canh-Hoach à partir du 26 avril (18).



Figure 9: Half track sanitaire vue arrière

Dès lors des évacuations routières ont pu être effectuées rapidement par la route par la RC1. Seules les évacuations à partir de Quang Nguyen et jusqu'à Canh-Hoach feront appel au Half track sanitaire à travers la rivière sèche et ce jusqu'à la fin des opérations.

Deux blessés seulement ont été évacués par Morane sanitaire le 26 avril. Pourtant alerté à 8h30, l'avion ne se pose qu'à 11h30, faisant perdre un temps précieux pour les blessés.

Etat des Pertes (18) :

Au cours de l'opération « DAVID » les pertes pour le total des détachements sont les suivantes :

- tués au combat : 2

-blessés au combat : 18

-blessés par accident : 14 (dont la moitié au saut sur 190 sautant (20))

-malades : 15 évacués, un seul syndrome dysentérique, aucun cas de paludisme sérieux. Seuls quelques accès fébriles traités sur place.

-décédés des suites de blessures de guerre : 4 dont 1 légionnaire du BEP, blessé abdominal le 20.04.

-noyé : 1

Total : 54

Pertes ennemies (15) :

Tués au combat: 80.

Action humanitaire :

Une assistance médicale a même été effectuée au profit de la population. On note une centaine de consultants chaque jour à Canh-Hoach. Au cours de l'opération et au titre l'AMI plus de 300 civils ont été vaccinés et de nombreux médicaments distribués (15) (16).

Commentaires :

L'évacuation terrestre des blessés a été un succès au cours de cette opération, de par sa proximité avec Hanoï. Cependant en son absence, le soutien n'aurait pas pu reposer que sur le Morane sanitaire (aucune reconnaissance faite par l'aviation, délai de mise en œuvre).

Le BEP, encore jeune Bataillon, fait déjà preuve d'une grande expertise, son équipe santé est déjà efficace, comme le soulignait la direction du service de santé forces terrestres du Vietnam Nord et zones opérationnelles du Tonkin, dans son compte rendu de juin 1950, « Le 1^{er} BEP, unité constituée, agissant groupée, possédant son personnel et son matériel organique est également au point de vue médical l'unité la mieux organisée. (15) »

2. Bataille de la RC4 - 17 septembre au 7 Octobre 1950 :

Type d'Opération :

La RC4 « surnommée route du sang », était située au Tonkin, elle reliait Lao Kay à Monkay (Figure 10). Cette route permettait le ravitaillement des places fortes de Lang son, Dong Khé, That Khé et Cao Bang. A la suite d'une visite en Indochine au début de l'année 1949, le général Revers, chef d'état-major de l'armée de terre, rédige un rapport qui préconise l'évacuation de Cao Bang et des postes intermédiaires de la RC4 jugés inutiles et dont le ravitaillement épuise le corps expéditionnaire.

L'évacuation de Cao bang est décidée le 2 septembre car, de plus en plus souvent, les postes avancés sont victimes d'attaques, perpétrés par des unités de mieux en mieux organisées. Les postes qui s'égrènent sur les 116 kilomètres de la RC4 entre Cao Bang et Langson, apparaissent inutiles et vulnérables. Pendant ce temps, le Viet Minh, organise et forme ses unités autour de cette zone, sous le support logistique chinois.

Forces Françaises en présence :

Colonne Le Page - Groupement Bayard : 2400 hommes : 1^{er} BEP 576 hommes, BM du 8^{ème} RTM /11^{ème} Tabor marocain /1^{er} Tabor marocain

Colonne Charton: 2700 hommes : III/3^e REI/Bataillon de partisans /3^e Tabor marocain/Garnison de Dong Khê - II/3^e REI ; Garnison de That Khê - II/3^e REI / Garnison de Na Cham -I/3^e REI

Le colonel Charton doit évacuer Cao Bang et rejoindre la colonne de soutien du colonel Le Page. Entre le 15 et le 18 septembre Dong Khê est prise de par le Viêt Minh (TD 102 et TD 36).

Pendant ce temps, le 16 septembre, la colonne Le Page part vers That Khê.

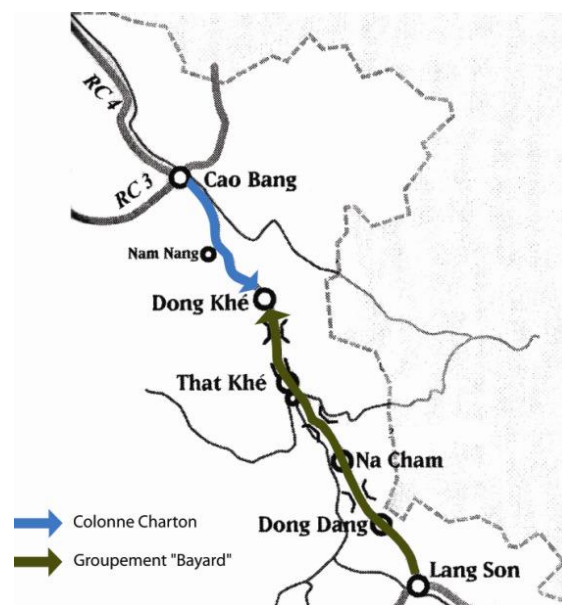


Figure 10: Carte de la RC4

Le 1^{er} BEP (1^{ère} Cie, 3^{ème} Cie et Cie Cdt) saute sur That Khê le 17 septembre, la 2^{ème} Cie saute le 18. (Figure 11)

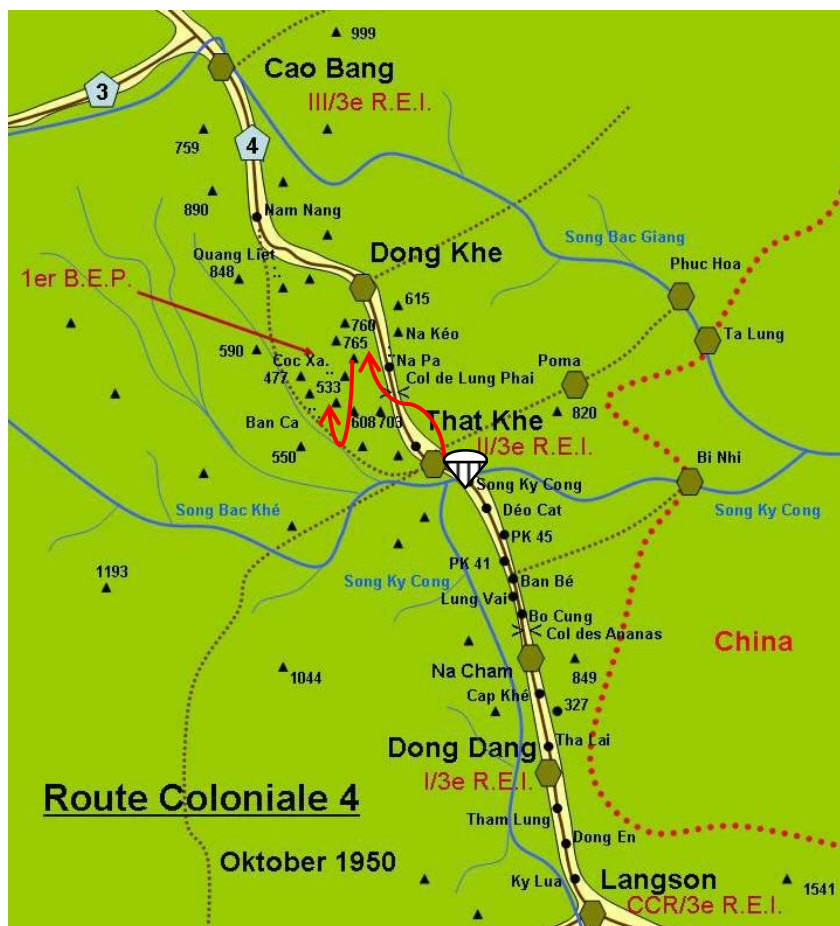


Figure 11: Avancée du 1^{er} BEP sur la RC4

Le 1^{er} octobre, 1^{er} BEP tente en vain de reconquérir Dong Khê, alors que les légionnaires commencent à descendre dans la cuvette, les Viets déclenchent un tir nourri d'armes automatiques et d'armes lourdes. Ce premier combat coûte 30 tués au BEP. Une autre opération subit le même échec le lendemain, une météo défavorable ayant interrompu l'appui aérien.

L'opération "Thérèse" est lancée le 2 octobre elle a pour but pour la colonne Le Page de venir en renfort à la colonne Charton (20). Durant la nuit du 2 au 3, les éléments Le Page sont harcelés. Le commandant Segrétain choisit de contre-attaquer pour prendre les hauteurs environnantes et de fournir une diversion susceptible de desserrer l'étau. Tout d'abord surpris, les Viets se reprennent et déciment les légionnaires et la progression devient impossible devant la formidable puissance de feu déployée par l'ennemi

Segrétain décide de faire un détour par le col de Lung Phaï pour faire évacuer la centaine de blessés, par les goumiers encore valides. La colonne commence à peine à s'engager sur la route que les Viets la submergent. Les survivants refluent vers le BEP qui fonce droit devant

lui. Une trentaine de légionnaires tombent mais les autres réussissent à se dégager. Le 3 octobre en fin de journée, les 400 survivants du BEP et quelques goumiers atteignent la cote 765.

Ils sont fatigués et manquent de munitions mais leur calvaire ne fait que commencer. La colonne Charton quitte Cao Bang le 4 après avoir détruit les fortifications et les munitions restantes, au même moment Le Page replie l'ensemble de ses troupes autour des cirques de Coc Xa, le BEP ferme la route (21).

Les légionnaires doivent descendre une pente abrupte de 300 mètres dans l'obscurité. Une dizaine de légionnaires se tuent en tombant dans le vide, d'autres succombent aux coups des Viets qui s'infiltrèrent dans leurs rangs. A l'aube, ils ne sont guère plus de 300 autour de leur commandant. Le médecin Capitaine Pédoussaut trouve un emplacement sous un surplomb de rocher pour isoler et soigner les blessés.

Le dispositif Le Page, rassemblé dans la cuvette de Coc Xa, est entièrement encerclé par les forces Viêt Minh. Le 7 octobre, c'est au BEP que revient la mission suicide d'essayer de vaincre l'encerclement, les légionnaires doivent affronter une muraille de feu. Epuisés, à court de munitions, ils progressent quand même en lançant les dernières grenades, baïonnette au canon ou couteau à la main. Au bout de quelques minutes, il ne reste que 110 hommes valides sur 300.

C'est un des assauts les plus sanglants et les plus sauvages de toute la guerre d'Indochine. Le groupement qui a abandonné les blessés avec les médecins, s'engouffre dans la brèche et rejoint la cote 477. Le médecin capitaine Pédoussaut est blessé deux fois et devra être brancardé (22).

Finalement, démunis de tout, encerclés par l'adversaire il décide de rester sur le terrain avec l'équipe médicale et protéger les blessés lorsque l'adversaire portera l'assaut final.

Le 1^{er} BEP n'existe plus, c'est la première mort du 1^{er} BEP. Cette cuvette ne présentait aucune échappatoire face aux positions de feux sur les hauteurs occupées par les Viets. Le sacrifice du 1^{er} BEP puis l'assaut démesuré des goumiers du 11^{ème} Tabor ont permis aux rares rescapés de rejoindre la colonne Charton sur les crêtes plus à l'est. Seule la 1^{ère} compagnie du 1^{er} BEP, réussira à s'échapper de Coc Xa et à rejoindre Le Page.

Contraintes militaires tactiques et environnementales :

Quand la colonne Charton quitte Cao Bang, elle est ralentie par ses véhicules et près de 600 civils qui craignent les représailles du Viet Minh et n'ont pu être évacués par avion. Il faut néanmoins parcourir 22 kilomètres sur la RC4 pour rejoindre le groupement Bayard du colonel Lepage.

De son côté aussi la colonne Le Page n'avance pas, elle est ralentie par un flot de blessés. Le nombre important de blessés est une nouvelle donne, elle enlève toute mobilité. Dans un terrain pareil, il faut au moins 8 hommes par brancard. De quoi occuper plus de la moitié des hommes valides et ralentir l'allure à 1 km/h (23).

Jamais on n'a vu cela, les blessés au lieu d'être transportés vers l'arrière, sont acheminés vers l'avant, et vers une destination inconnue... (23). La progression est un véritable calvaire, les hommes sont harassés, affamés, assoiffés.

Effectif global de l'équipe médicale :

1/7/X

Médecin capitaine Pédoussaut, 7 infirmiers (4 à la Compagnie de Commandement et 3 répartis dans les compagnies de combat). Brancardiers répartis dans les différentes compagnies, puis ce sont quasiment tous les hommes du BEP qui deviendront brancardiers.

Les officiers et sous-officiers du régiment avaient été formés au secourisme par le Dr Pédoussaut. Les caporaux ont dans les rapports le titre d'infirmier, en réalité, ils ne le sont pas, ils ont bénéficié d'une formation complémentaire dispensée à la BAPN de Hanoï (24).



Figure 12: Equipe santé 1^{er} BEP 1950

Matériel santé :

Moyens EVASAN :

Aucun moyen routier ou aérien utilisable. Les blessés sont évacués par brancardage dans le meilleur des cas. Le geste salvateur essentiel serait normalement l'évacuation du blessé vers l'arrière. Quand celle la devient impossible à partir du 3 octobre, son absence devient un poids pour le bataillon, avec un brancardage mobilisant une quantité importante d'hommes et surtout un transport vers l'avant au-delà de toute logique compte tenu de la situation de retrait. Il a lieu à une vitesse de 500 à 1000 mètres/heure seulement et il faut 8 hommes dans certains endroits pour progresser et autant d'hommes pour les relayer. Certains blessés suivent comme ils peuvent : « *Un pneumothorax secondaire à une balle se voit obligé de marcher pour suivre, il suffoque.* » (25)

Trousse Santé :

- Trousse individuelle de secours Para/Commando Modèle II/48(Figure 15)
- Trousse de 1^{ère} urgence pour groupe de 10 hommes Modèle IV-48 (Figure 22)
- Trousse médicale : Morphine, Atropine, Pénicilline, Pentotal Garrots, clamps
- Trousse de pansement pour infirmier Modèle III-48 (Figure 13)
- Brancards métalliques pliables, parachutables.



Figure 13: Trousse de pansement pour infirmier Modèle III-48

Les moyens sanitaires sont limités et se résument à effectuer les premiers pansements, soulager la douleur (morphine), arrêter hémorragie (garrots), mettre en place une attelle, commencer une réanimation (plasma) ou traitement antibiotique (pénicilline), les actes chirurgicaux n'étant évidemment possibles que dans les hôpitaux de campagne.

Ravitaillement :

Il n'y avait plus de nourriture et surtout l'eau manquait. De même, le ravitaillement en matériel sanitaire était impossible.

Bilan santé :

EVASAN :

Aucune effectuée lors de l'opération.

Etat des pertes :

Le point critique pour le 1^{er} B.E.P. fut atteint pendant la nuit du 3 au 4 octobre où il fallut brancarder une trentaine d'hommes blessés la veille sur le Na-Kéo, ce fut pour le bataillon une tâche écrasante dans un climat d'extrême tension. C'est seulement le 6 au soir que beaucoup de blessés des divers bataillons avaient pu être regroupés, accompagnés de leurs médecins au bas de la cuvette de Coc-Xa (25).

On peut se rendre compte de l'intensité des combats, avec la cinétique des pertes retrouvées dans les archives : le 3 octobre en fin de journée, il ne reste déjà plus que 400 survivants du BEP sur les 576 hommes puis 300 le lendemain soir. Le 7 octobre : 90% de l'effectif est mort ou blessé, il ne reste que 9 officiers et 121 sous-officiers et hommes de troupes.

Le 10 octobre, seuls 3 officiers, 3 sous-officiers, 17 caporaux et légionnaires ont rejoint That Khé.

Pertes subies par le corps expéditionnaire :

- Tués et disparus: 2000 hommes,
- Blessés et prisonniers : 3000 dont les deux tiers ne reviendront jamais des camps Vietminh (26).
- Douze officiers et 475 hommes réussissent à rejoindre That Khé dont les 23 du 1^{er} BEP.

Pertes subies par le 1^{er} BEP:

- Tués et disparus (21): 19/46/343 +126 : 534;
- Survivants : 23 : 3/3/17

Pertes ennemies :

670 tués et blessés

Actions Humanitaires :

Néant

Commentaires :

Pendant la bataille de la RC4, les médecins et leur équipe médicale se sont retrouvés face à un désastre sanitaire, en effet, les moyens médicaux sont limités et se résument à effectuer les gestes de première nécessité, les actes chirurgicaux n'étant évidemment possibles que dans les hôpitaux de campagne et la manœuvre en avant auquel se prête le détachement ne permet en aucun cas une exfiltration des blessés. On se rend compte de l'importance que représente le brancardage, lors de cette bataille plus qu'aucune autre. En plein milieu des combats 8 hommes par brancard tandis que 8 autres les protègent en attendant de les relayer. Le tout en plein milieu de la jungle. Et quand il faut brancarder 25 hommes c'est donc parfois 200 à 400 hommes qu'il faut exclure des combats. On se rend compte que le blessé est un poids dont il faut se soulager, aussi bien pour le blessé lui-même que pour le reste de la troupe.

D'un point de vue plus militaire, cette bataille est un tournant dans la guerre d'Indochine, suite à ce désastre, le sentiment d'invulnérabilité du corps expéditionnaire français, qui jusque-là n'avait à faire qu'à des opérations de guérilla, disparaît.

3. Opération sur SIN MA KAY - 23 septembre au 6 octobre 1950 :

Type d'Opération :

Opération aéroportée dans le secteur de Lao Kay du 23 septembre au 6 octobre 1950, en haute région (Tonkin) sur la frontière chinoise.

Depuis le 10 septembre, une activité militaire inhabituelle a lieu en moyenne et haute région du Tonkin. Dong Khé est tombée, That Khé est menacée, les unités venant de Langson sont sérieusement accrochées par des forces vietminh importantes et remarquablement armées, équipées, qui semblent résolues à détruire les installations proches de la frontière chinoise.

Dans la zone, les vietminh avant de marcher sur Lao Kay, ont encerclé Pak Ha où était installé le 3/4 RTM qui a abandonné le poste et s'est replié vers le nord (27).

Le chef de détachement a pour mission de prendre le commandement de l'ensemble du 3/4 RTM, du BEP et des compagnies de partisan stationnées dans le quartier de Pak Ha pour mener l'opération de repli (28).

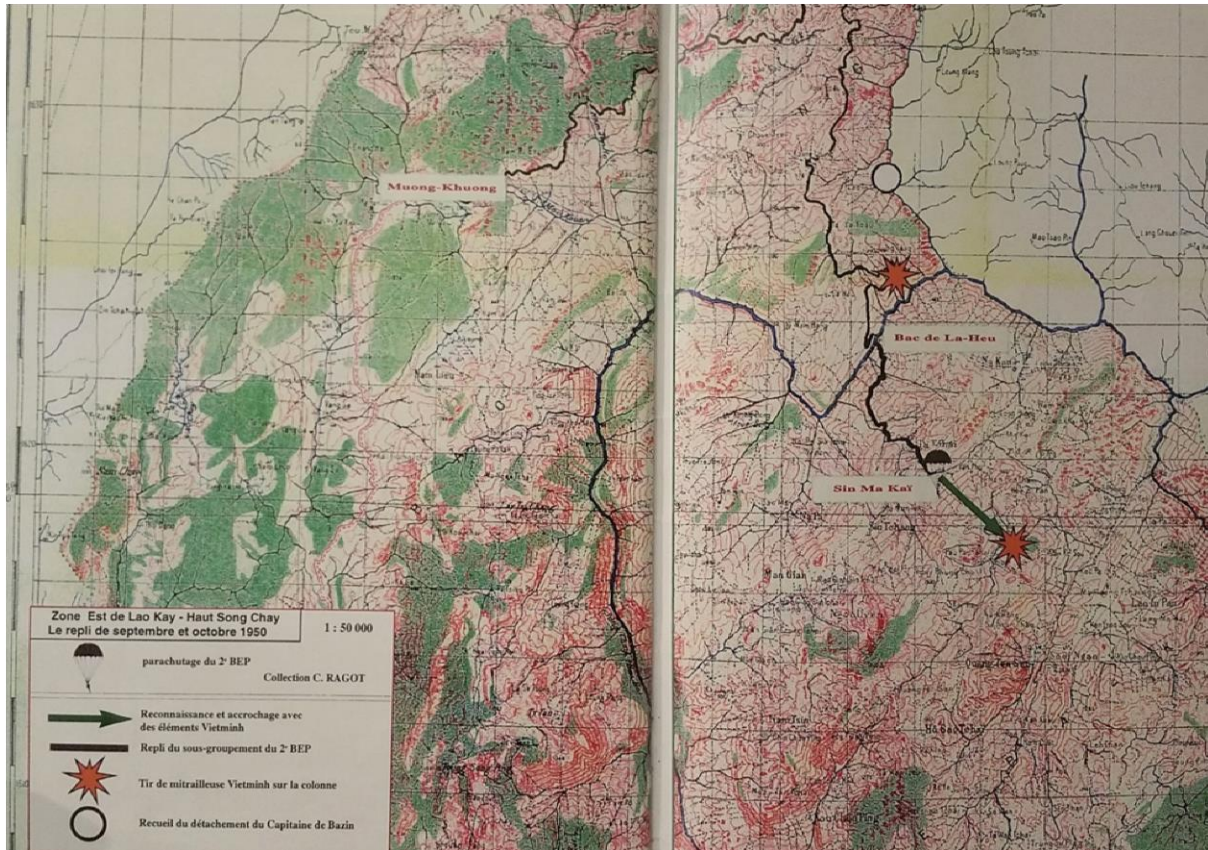


Figure 14: Carte du secteur de Lao Kay (29)

Le 23 septembre les éléments du 2^{ème} BEP sont mis en alerte aéroportée à 12 heures. Les effectifs sont 1^{ère} Cie : 98 personnels, 2^{ème} Cie : 96, PC Bataillon : 15.

Départ d'Hanoï à 16 heures dans 8 Dakotas-DC3, 3 Junkers-Ju52. Début du saut à 17h20 sur Sin Ma Kay au nord de Pakha (30) (31). Saut effectué à 200 mètres par 209 parachutistes.

Le 3/4 RTM est à 1 km 500 à l'ouest de Sin Ma Kay, manœuvrant en retraite depuis plusieurs jours, le bataillon paraît très éprouvé moralement et physiquement, il s'installe dans un fortin vétuste. 456 de ses personnels sont en état de combattre à l'arrivée du BEP (32).

Les deux compagnies du BEP s'installent de nuit sur les pitons au nord et au sud du village de Sin Ma Kay.

Pendant plusieurs jours, sous des pluies diluviennes, les combats font rage, les sections du BEP et celle du RTM progressent, malgré la pression rebelle. Les éléments du RTM éprouvés, harcelés depuis leur départ de Pak Ha, manquent de lucidité.

Le 28 septembre il est décidé de décrocher de nuit vers le bac de la Heu et de se regrouper sur l'autre rive du Song Chay. Ce fleuve est grossi par des pluies incessantes depuis trois jours. Les passeurs autochtones refusent de tenter la traversée. Après un échec infructueux ayant coûté la vie à plusieurs hommes, la traversée a lieu le lendemain. Les passages sont longs et difficiles on ne peut passer que quatre hommes à la fois et la traversée prend deux jours. Après plusieurs jours de marche un groupement s'installe à Pha Long tandis que les deux compagnies du BEP reçoivent l'ordre de faire mouvement sur Ban Lao afin d'être ramené par avion à Hanoi le 7 octobre.

Contraintes militaires tactiques et environnementales :

La région de Lao Kay est une région extrêmement tourmentée (Figure 14) où les sommets atteignent couramment 1800 m. La frontière chinoise est proche et la région où se déroula l'opération fait une vingtaine de kilomètres en Chine sur largeur de 30 km (32).

La région est principalement composée de Thaïs dans les vallées et de Méos dans les sommets. Ils se raccrochent à la présence française pour conserver vis-à-vis de vietminhs une indépendance difficile (32) (29).

La végétation est dense et ralentie le mouvement du dispositif.

La drop zone, extrêmement réduite, était constituée par un fond de vallée resserrée. La plupart des parachutistes atterrirent sur les pentes d'énormes rochers émergeant du sol. Ceux qui tombèrent dans le fond de la vallée avaient le choix entre le lit d'un ruisseau largement étalé dans les rivières ou les arbres (32).

Les éléments du RTM éprouvés, harcelés depuis leur départ de Pa kha ont perdu leur calme et ouvrent le feu à grande distance sur n'importe quoi, des consignes de feu à courte distance et sur des éléments clairement identifiés ont besoin d'être rappelées.

Les vivres viennent à manquer et plusieurs parachutages sont demandés, sans réponse positive (33).

Effectif global de l'équipe médicale :

1/2/0 Médecin Lieutenant Chataigneau et deux caporaux infirmiers (29). A cette équipe s'ajoute les brancardiers présents dans les compagnies de combat.

Matériel santé :

Moyens EVASAN :

-Aucun moyen routier ou aérien utilisable. Les blessés sont évacués par brancardage.

-Brancardage des blessés grâce à de petits chevaux de montagne.

« ...le niveau de la rivière a bien baissé. Le courant est suffisamment calmé pour que notre médecin, le docteur Chataigneau fasse passer son blessé, brancardé entre deux petits chevaux qui posent leurs sabots sans répugnance sur le radeau mouvant, comme des habitués. Le blessé est un des hommes de Caillaud qui s'est fracturé la colonne vertébrale à l'arrivée au sol. Il ne doit pas s'amuser. » (34)

Trousse Santé :

- Trousse individuelle de secours Para/Commando Modèle II/48 contenant :

**1 Garrot hémostatique en treillis de coton,*

**1 Pansement individuel*

**1 Pansement grand, 1 moyen et 2 petits.*

**1 tube d'embrocation à la procaine camphrée*

**1 ampoule auto-injectable de morphine chlorhydrate à 0.025g.*

**10 comprimés de Maxiton à 3.5mg*



Figure 15: Trousse individuelle de secours Para/Commando Modèle II/48

- Trousse de 1^{ère} urgence pour groupe de 10 hommes Modèle IV-48 (Figure 22)
- Trousse médicale : Morphine, Atropine, Pénicilline, Penthotal, Garrots, clamps
- Trousse de pansement pour infirmier Modèle III-48 : Quelques antibiotiques et antalgiques en plus des pansements.
- Brancards métalliques pliables, parachutables.
- Lot d'immobilisation.

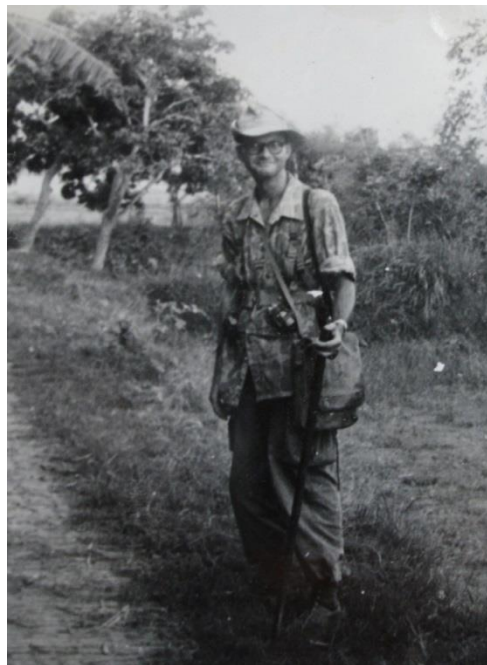


Figure 16: Médecin Lieutenant Chataigneau avec sa trousse santé

Comme on peut le voir sur la photo, la trousse médicale est modeste : elle permet d'effectuer les premiers pansements, soulager la douleur (morphine), arrêter hémorragie (garrots), mettre en place une attelle, traitement antibiotique (pénicilline).

Ravitaillement :

Absence de ravitaillement en matériel sanitaire ainsi qu'en eau et en nourriture du fait de conditions météorologiques défavorables (35).

Bilan santé :

EVASAN :

Aucune effectuée lors de l'opération

Etat des pertes :

-2^{ème} BEP :

Tué : 1 noyade à la mise en place du dispositif de la Traversée du bac

Blessés : 2 blessés sérieux, dont un à la colonne vertébrale et 3 légers lors du saut

-3/4 RTM (33):

Tués : 9 tués et 4 disparus avant arrivée du BEP puis 30 disparus

Blessés : 18 avant arrivée du BEP, puis 8.

Pertes ennemies :

Inconnues

Action Humanitaire :

Néant

Commentaires :

Cette opération a la particularité de rassembler de nombreux facteurs délétères pour la troupe et a commencé par un largage aléatoire dans un terrain tourmenté, en situation d'isolement total et en l'absence de ravitaillement, sans compter des conditions physiques et morales très rudes.

La mission des éléments parachutistes qui était d'aider au retour d'une unité éprouvée dans une région plus calme, d'aider au regroupement de deux unités a été remplie malgré le terrain très difficile, un ennemi nombreux et agressif, un ravitaillement radicalement insuffisant.

La drop zone, extrêmement réduite, était constitué par un fond de vallée resserrée. La plupart des parachutistes atterrirent sur les pentes d'énormes rochers émergeant du sol. Ceux qui tombèrent dans le fond de la vallée avaient le choix entre le lit d'un ruisseau largement étalé dans les rivières ou les arbres. Heureusement le chiffre des blessés à l'atterrissage et anormalement faible dans de telles conditions.

Un gros effort physique (terrain au relief dépassant l'imagination, ravitaillement difficile) et moral (le combat en retraite se transformant en déroute en bonne partie à cause de l'ambiance causée par le 3/4 RTM) a été demandé aux hommes du BEP et malgré tout la mission est un succès. Le capitaine Dussert souligne que « *l'opération de Sin Ma Kay est l'opération type d'emploi des parachutistes : situation sérieuse, gros effort physique et moral pendant plusieurs jours, puis retour à la base.* » (33)

4. Opération « THERESE » - Nghia Lo du 4 au 25 octobre 1951 :

Type d'Opération :

Effectuée par le 2^{ème} BEP au sein du groupement de Rocquigny où il est associé au 8^{ème} BPC, dans la région de Nghia Lo, cette opération aura pour nom de code « THERESE » et se déroula du 4 au 25 octobre 1951.

La mission du 2^{ème} BEP quand il se lance dans la bataille est simple: tout en évitant de se laisser couper de Gia Hoi, rechercher et attaquer les arrières ennemis dans la région de Nam Muoi, dans le pire des cas, en cas d'encerclement, défendre Gia Hoi (37).

Dans le cadre de la bataille de Nghia Lo, le commandement des Forces françaises en Indochine décida le parachutage du 8^{ème} BPC sur Gia-Hoi (20 km au nord-ouest de Nghia Lo) afin de prendre à revers les forces vietminhs de la division 312 constituée de 9 bataillons et de harceler les arrières de l'ennemi afin de soulager le dispositif de défense de la cuvette.

Les Vietminhs déclenchèrent leur attaque contre Nghia Lo dans la nuit du 2 au 3 octobre et mirent le 8^{ème} BPC en position critique. Dès lors le 2^{ème} BEP du capitaine Raffalli saute sur Gia Hoi le 4 octobre. Trois compagnies du 2^{ème} BEP se regroupent au soir sur la cote 405 au sud du col de Ban Van (37).

Entre le 5 et le 7 octobre, de violents combats se déroulent avant que le 2^{ème} BEP ne prenne le contrôle des hauteurs qui dominent la piste de ravitaillement Viet Minh qui relie Khau Vac à Nghia Lo. La progression s'avère difficile à travers terrain tourmenté.

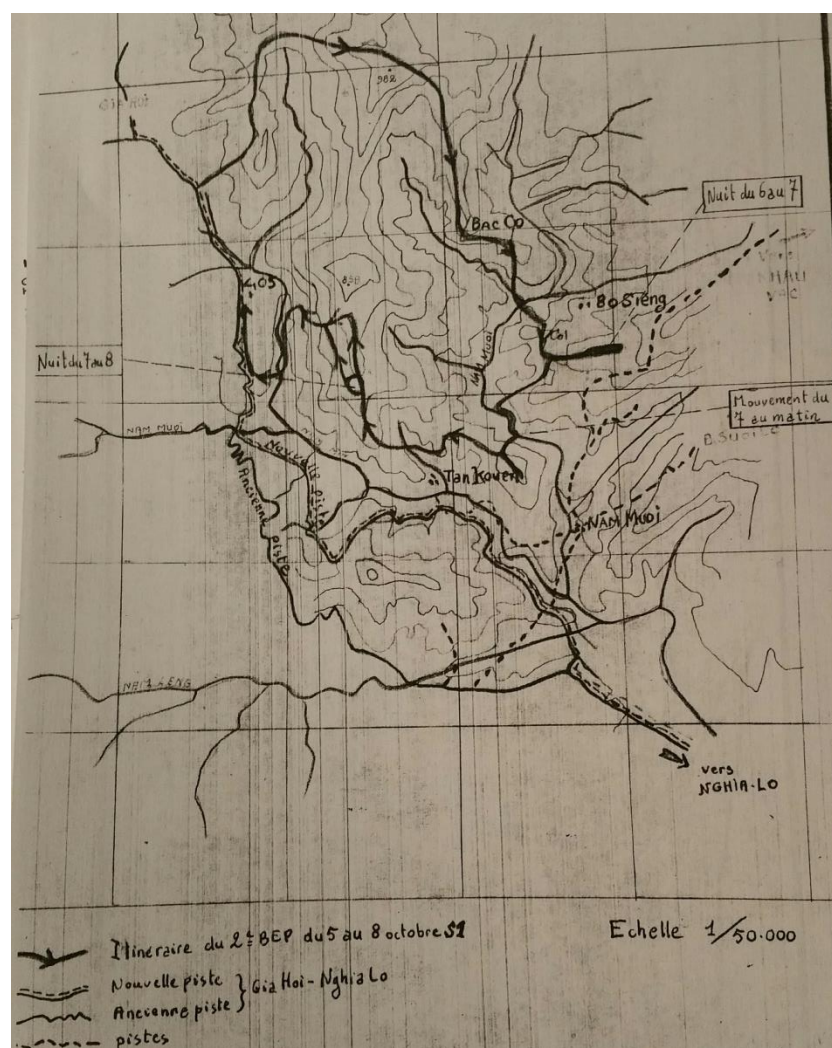


Figure 17: Itinéraire du 2^{ème} BEP, carte Etat-Major

Le bataillon reçoit pour ordre de rejoindre Bac Co mais il est alourdi par ses 25 blessés qu'il faut aider ou brancarder.



Figure 18: Brancardage de blessé durant l'opération THERESE

Le 7 octobre à minuit, 1h30 puis 3h30 du matin la 4^{ème} compagnie du BEP subit trois attaques successives. A 4 heures, elle se replie et rejoint le bataillon qui décroche à son tour en direction de Tan Kouen.

Finalement ce n'est que le 10 octobre que la division 312 se retire.

Contraintes militaires tactiques et environnementales :

Nghia Lo, bourgade de 30 000 habitants, est un poste situé à 150 km au nord-ouest d'Hanoï entre la rivière Rouge et la rivière Noire, dans une cuvette de 4 km par 10 km de côtés. La ville qui est entourée de montagnes dont les sommets s'élèvent à 1 500 m, comprend un terrain d'aviation.

La défense du poste est assurée par le 1^{er} bataillon Thaï soit environ 1 000 hommes répartis sur l'ensemble de la région dans différents postes fortifiés.

Du côté Viet Minh les forces engagées dans la bataille sont de 12 000 Bodoïs, 3 000 coolies, 30 canons de 75, 80 mortiers et 200 bazookas.

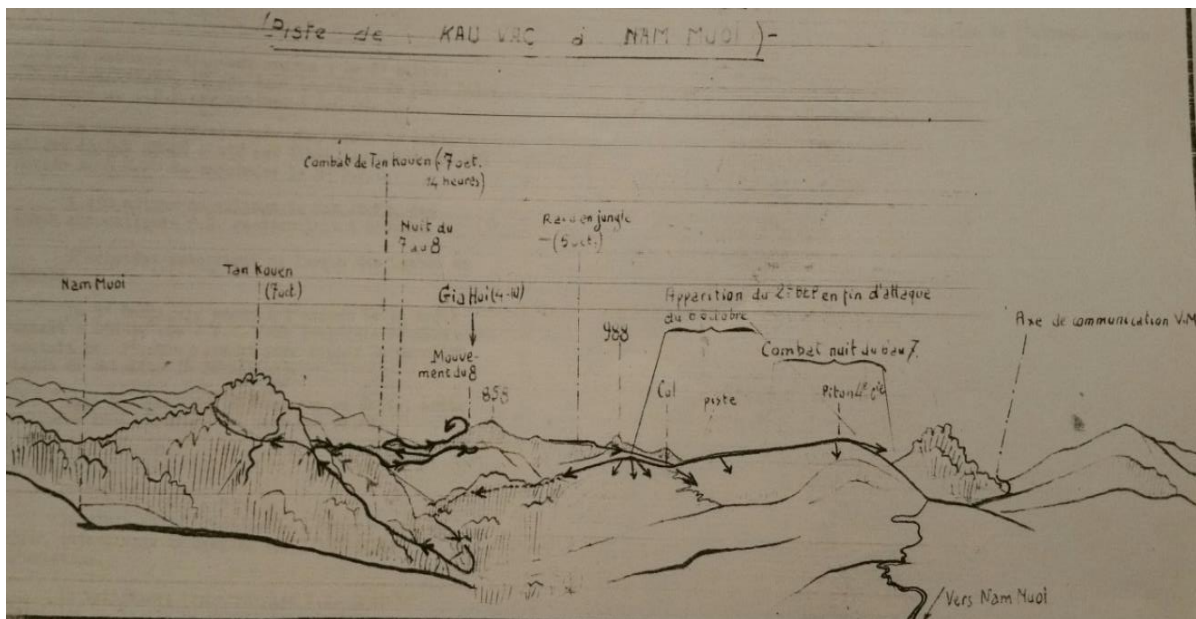


Figure 19: Itinéraire du 2^{ème} BEP vu de l'axe de communication Vietminh

Effectif global de l'équipe médicale :

1/2/X : Le médecin capitaine Chataigneau est épaulé de deux caporaux infirmiers associé aux brancardiers répartis dans les compagnies. Au cours de cette opération, le médecin du BEP est blessé par accident (38).

De plus une antenne chirurgicale de huit hommes (ACP n°1 du Médecin Lieutenant Foures) a été larguée avec le dispositif.



Figure 20: Brancardage du Médecin Lieutenant Chataigneau grièvement blessé aux jambes.

Matériel santé :

Moyens EVASAN :

-Aucun moyen routier ou aérien utilisable. Les blessés sont brancardés. De plus l'isolement du détachement alourdi encore plus le dispositif dont les blessés ne peuvent être évacués.



Figure 21: Evacuation des blessés, descente du cours de la Nam Muoi

Trousse Santé :

-Trousse individuelle de secours Para/Commando Modèle II/48 (Figure 15)

-Trousse de 1^{ère} urgence pour groupe de 10 hommes Modèle IV-48 :

- *Comprimés d'aspirine,
- *comprimés parégoriques,
- *Ampoules auto-injectables de camphosulfonate de sodium et de spartéine,
- *Solution aqueuse antiseptique,
- *Pansements adhésifs, gazes et compresses de différentes tailles,
- *Pansements oculaires
- *Attelle de Kramer
- *Echarpe triangulaire,
- *Cisaille,
- *Garrot Hémostatique.



Figure 22: Trousse de 1^{ère} urgence pour groupe de 10 hommes Modèle IV-48

-Trousse médicale : Morphine, Atropine, Pénicilline, Garrots, clamps.

-Trousse de pansement pour infirmier Modèle III-48 (Figure 13)

-Lot médical de l'antenne chirurgicale modèle XVI-48

-Brancards parachutables.

C'est avec un maigre matériel que les soins peuvent être effectués. Les dotations sont en nombre limité et les ravitaillements par parachutage s'avèrent par moment hasardeux. La gaine de l'ACP est portée à dos d'homme.

Ravitaillement :

Aléatoires par parachutage mais permettant de reconstituer les stocks. Rendus possibles par la proximité avec Hanoï (37).

Bilan santé :

EVASAN :

Aucune effectuée lors de l'opération

Etat des Pertes (37):

-36 morts dont 7 du 2^{ème} BEP (1 officiers, 4 légionnaires, 2 autochtones)

-96 blessés dont 27 du 2^{ème} BEP (5 sous-officiers -11 légionnaires-11 autochtones)

-163 disparus dont 19 du 2^{ème} BEP (1 sous-officier -16 légionnaires- 2 autochtones).

Pertes Ennemies :

-1 000 morts

-2 500 blessés

Action Humanitaire :

Néant

Commentaires :

La défaite vietminh de la bataille de Nghia Lo tient surtout au fait que les unités parachutistes larguées les unes après les autres ont agi sur les arrières et les flancs des unités vietminh. D'un point de vue tactique, l'utilisation de parachutistes, appuyés par l'aviation, sur les arrières de l'ennemi est devenu un modèle du genre.

La manœuvre lancée par le général Salan avec seulement trois bataillons de parachutistes a brisé l'offensive vietminh en Pays Thaï et obligé une division à la retraite. Intérêt démontré à nouveau de l'intérêt des troupes aéroportées qui ont su empêcher la prise de Nghia Lo par le Vietminh.

On voit apparaître dans le compte rendu fait par le commandant TAP en Indochine à l'issue de la bataille que l'hélicoptère commence déjà à trouver sa place dans les esprits pour les opérations futures : « *De nombreux problèmes soulevés par le combat en haute région trouveraient leur solution dans l'emploi de l'hélicoptère lourd : transport de munitions, de l'artillerie des parachutistes, évacuation des blessés, ravitaillement, transport et recueil de commandos légers...* » (37). Cet avis est partagé par Perthus (8), qui justifie la nécessité de dotation d'un hélicoptère par bataillon de combat, à la disposition du médecin-chef, par l'absence de possibilité correcte d'évacuation des blessés par les voies terrestres ou fluviales lors des opérations en Indochine.

5. Bataille de Dien Bien Phu - 20 novembre 1953 au 7 mai 1954 :

Type d'Opération :

La tristement célèbre bataille de Dien Bien Phu se déroula du 20 novembre 1953 au 7 mai 1954 et qui opposa, au Tonkin, les forces de l'Union française aux forces Viêt Minh.

Le corps expéditionnaire français sous le commandement du colonel de Castries se retrouvant en ce lieu opposé aux troupes Viêt Minh commandées par le général Giap.

Cette bataille se termina le 7 mai 1954 et fut le dernier affrontement majeur de la guerre d'Indochine qui accéléra les négociations engagées entre les deux parties.

Fin 1953, les Français sont en difficulté en Indochine, la France décide de lancer une opération d'envergure destinée à arrêter les offensives saisonnières menées par le vietminh. L'idée, établie par le général Navarre, est que l'ennemi ne pourra jamais venir à bout d'un camp retranché constitué de points d'appui se soutenant les uns les autres. L'opération débute par l'opération « CASTOR », prélude à la grande bataille.

L'opération Castor consiste à s'installer à Dien-Bien-Phu, cuvette large de six à neuf km et longue de 17km situé dans le Haut Tonkin non loin de la frontière laotienne. Plus de 5000 parachutistes sautent sur Dien-Bien-Phu pour s'emparer de la vallée qui est défendue par un modeste détachement nord-vietnamien. Cette mission accomplie, l'aérodrome est remis en état. Dès lors, les rotations entre Hanoi et Dien-Bien-Phu ne vont plus cesser pour apporter ravitaillement, artillerie et munitions (40). Un camp retranché est établi, protégé par des points d'appuis aux noms de jeunes filles (Figure 23).

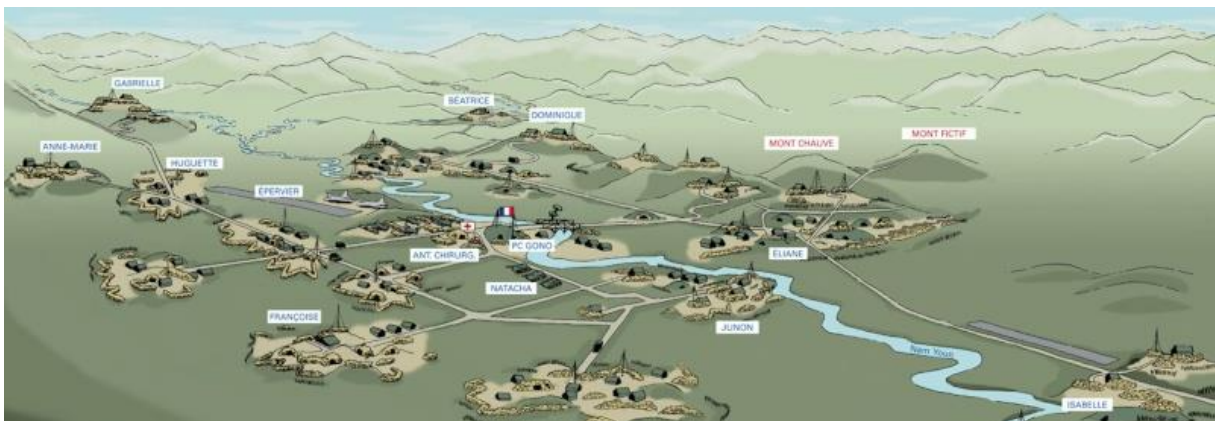


Figure 23: Camp retranché de Dien Bien Phu

Le 30 décembre, plusieurs divisions du vietminh s'approchent du camp retranché de Dien-Bien-Phu et commencent à l'encercler. Le 13 mars 1954 les troupes nord-vietnamiennes se lancent à l'assaut des positions françaises (en particulier le P.A Gabrielle par la division 312) après une intense préparation d'artillerie. C'est le tournant de la bataille. Par la suite, des troupes françaises subissent de nouvelles vagues d'attaques très violentes, coincées dans la cuvette de Dien-Bien-Phu. Rapidement plus aucune possibilité d'évacuation car plus aucun avion ne peut se poser à partir de la dernière évacuation sanitaire du 27 mars 1954 ; de plus on ne peut pas non plus compter sur l'appui aérien devant l'intensité de la défense antiaérienne du vietminh qui empêche toute intervention depuis Hanoi.

Les légionnaires et les parachutistes français vont subir l'artillerie ennemie, qui pilonne depuis les collines situées à proximité. En dépit d'une résistance héroïque, les points d'appui tomberont les uns après les autres, et, après 57 jours et nuits de combats acharnés la garnison de Dien-Bien-Phu finit par tomber le 7 mai à 17 heures.

En novembre 1953 lorsqu'il faut investir Dien Bien Phu, le 1^{er} BEP fait partie du détachement et y saute le 21. Il est par la suite chargé de l'aération du camp retranché, de la protection du PA central. Il participera maintes fois aux opérations pour reconquérir les pitons tombés aux mains des vietminhs.

Pendant ce temps, le 2^{ème} BEP est engagé dans le delta pour les opérations de nettoyage « Brochet ». Puis il rejoint Dien Bien Phu par largage le 10 avril (18 officiers et un peu plus de 600 sous-officiers et légionnaires) au plus fort des combats.

Contraintes militaires tactiques et environnementales :

Dien Bien Phu fait 17 km sur 7 km de large, son altitude est inférieure à 500 m tandis qu'elle est surplombée par des montagnes de souvent plus de 1500 mètres en haut desquels les unités d'artillerie vietminh pilonneront le corps expéditionnaire français. De plus la cuvette est traversée par la rivière Nam Youm qui, dès la saison des pluies est détrempée et couverte de nappes de brouillard qui gênent la navigation aérienne. L'organisation du dispositif militaire se fait autour du PC central entouré de multiples points d'appui situés sur les pitons entourant le camp retranché (Figure 23) (Figure 24)

De nombreux inconvénients pèsent sur le site de Dien-Bien-Phu :

- Les points d'appui sont très proches des collines occupées par l'ennemi et sont à la merci de son artillerie qui a été très largement sous-estimée par le commandement français. On estime à 100 000 le nombre total d'obus tout calibres tirés sur Dien Bien Phu. « Dien Bien Phu c'est Verdun sans la voie sacrée » dira le colonel *De Castries*
- Très éloignée d'Hanoi et d'Haïphong la cuvette n'est pas facilement accessible à l'aviation ; pourtant les troupes au sol sont entièrement tributaires de l'aviation pour le ravitaillement et l'évacuation des blessés ; de plus la chasse est basée à 320 km de là, l'action des chasseurs est donc très limitée (moins de 10 minutes sur zone).

- Les conditions météorologiques sont souvent défavorables en cette période, ce qui complique encore le travail de l'aviation.
- Les effectifs français à Dien Bien Phu sont très insuffisants pour défendre un tel camp retranché surtout face à une force assaillante comportant autant d'hommes. Giap affiche 33 bataillons et une artillerie puissante face aux 12 bataillons d'infanterie français.
- L'artillerie française est aussi dans la cuvette et dépourvue de protection contre les obus ennemis.
- Les positions françaises ne sont que sommairement aménagées face à l'artillerie vietminh, situé en contrebas et dépourvues de protection.
- Certaines positions telles que le PA Isabelle sont trop éloignées du reste du dispositif et donc plus difficiles à défendre et à soutenir.

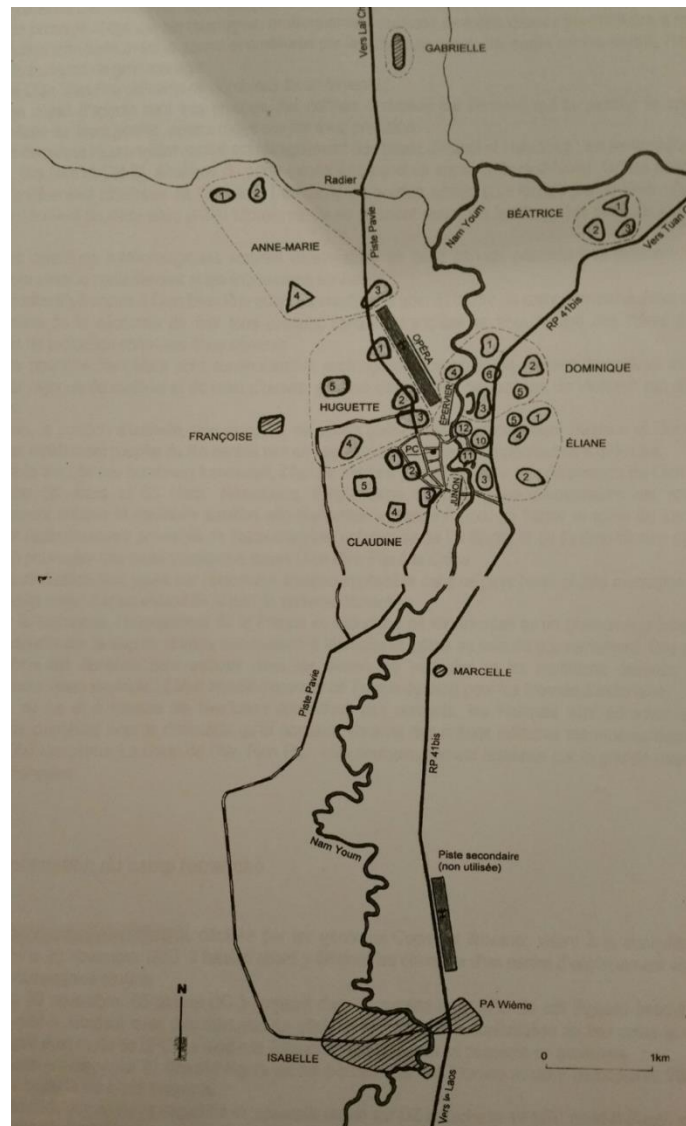


Figure 24: Carte d'Etat-Major du camp retranché

Effectif global de l'équipe médicale :

Les BEP ne sont pas seuls à Dien Bien Phu, en effet, ce sont 14 infirmeries des bataillons et 5 antennes chirurgicales qui sont sur place à la fin de la bataille.

Initialement avant le début de la 2^{ème} partie de la bataille, l'activité chirurgicale est effectuée par la seule ACM 29 (40 lits) renforcée du personnel de l'ACM 44, puis ce sont les ACP n°3 (30 lits), n°6 (50 lits) et n°5 (30 lits) qui seront larguées respectivement les 16, 17 mars et 12 avril (40).

1^{ère} Phase : 20/11/1953-12/03/1954 :

Le Médecin Lieutenant Rondy du 1^{er} BEP est largué le 21/11/1953 avec son équipe santé. Le bataillon est affecté à la défense du P.A central. Le 14 avril 1954, le médecin Lieutenant Rondy est blessé.



Figure 25: Médecin Lieutenant Rondy devant son PS fortifié

2^{ème} Phase : 12/03/1954-07/05/1954 :

Le Médecin Lieutenant Madelaine est parachuté à son tour avec le 2^{ème} BEP les 10 et 11 avril (40).

Dans chaque bataillon installé sur les points d'appui on retrouvait un poste de secours aménagé dirigé par un médecin assisté d'une dizaine d'infirmiers-brancardiers et d'une petite installation comportant une quinzaine de brancards.

Matériel santé :

Moyens EVASAN :

1^{ère} Phase : 20/11/1953-12/03/1954 :

Le ramassage des blessés, pour l'ensemble du dispositif, est possible par deux voies :

-La voie routière : deux sanitaires Dodge (Figure 7) et deux Jeep à porte-brancards (40) (Figure 26)



Figure 26: Jeep Porte-Brancards

- La voie aérienne : Un hélicoptère Sikorsky S.19 (6-8 places) est basé à Dien Bien Phu et effectue les ramassages sur toute la zone (Figure 27). 101 évacuations ont été possibles via Muong Sai.



Figure 27: Hélicoptère Sikorsky sur la DZ d'Isabelle

Ensuite, l'évacuation est faite sur Hanoï et ses modalités évolueront en fonction de la situation et se fera essentiellement par Dakota (Figure 28) (1h20 de vol) jusqu'au 27 mars 1954, date de la dernière évacuation sanitaire (40).



Figure 28: dernier décollage Dakota de Dien Bien Phu

2^{ème} Phase : 12/03/1954-07/05/1954 :

Au début du mois de mars, pour prendre en charge les blessés à Dien Bien Phu, l'ensemble du service de santé dispose de 130 lits et 300 brancards, 10 brancards environ dans chaque Poste de secours des BEP.

Trousse Santé :

- Trousse individuelle de secours Para/Commando Modèle II/48 (Figure 15)
- Trousse de 1^{ère} urgence pour groupe de 10 hommes Modèle IV-48 (Figure 22)
- Trousse médicale : Morphine, Atropine, Pénicilline, Garrots, clamps. (Figure 29) On se rend compte de la petite taille de la trousse santé et donc du peu d'effets dont dispose le médecin pour la prise en charge des blessés.
- Trousse de pansement pour infirmier Modèle III-48 (Figure 13)
- Lot médical de l'antenne chirurgicale modèle XVI-48
- Brancards parachutables.



Figure 29: Médecin Lieutenant Rondy avec sa trousse santé

Ravitaillement :

L'importance du ravitaillement sanitaire s'est considérablement développée au cours de la 2^{ème} phase de la bataille ; des parachutages quotidiens sont effectués même si la récupération des colis s'avère extrêmement difficile au fur et à mesure de l'avancée Vietminh.

Il était prévu initialement que le ravitaillement sanitaire, en particulier la dotation en antibiotiques et en plasma, permettait de traiter les blessés au rythme de 3 % de pertes, chiffre établi d'après les enseignements de la guerre de Corée.

Mais devant l'ampleur des combats, 94 tonnes de matériel sanitaire et de médicaments ont été parachutées pour le traitement des blessés durant la bataille: 1324 flacons de plasma sec, 922 flacons de plasma frais , 567 litres de sang frais, 3104 solutés isotoniques, ainsi que des antibiotiques : 8808 millions d'unités de pénicilline, 7,520 kg de streptomycine, mais aussi 18250 pansements individuels, 40250 bandes, 697 kg de coton cardé, 6610 ampoules de morphine, 4560 de Phénergan, 4410 de Dolosal... (41)

Le ravitaillement sur Dien Bien Phu est important mais ne permet pas de renouveler les stocks (43).

De plus pour augmenter la capacité hospitalière devant l'impossibilité des évacuations, 860 brancards et 616 lits ont été parachutés sur Dien-Bien-Phu.

Ce qui porte à 1240 le nombre de lits disponibles au 7 mai 1954 soit 12% des effectifs, sans compter les brancards des Postes de secours (40).

Bilan santé :

EVASAN :

Seulement 215 à 225 évacuations sanitaires par Dakota et 101 par hélicoptère (via Muong Saï) ont été possibles pendant la 2^{ème} phase de la bataille (40) (44).

Etat des Pertes :

1^{ère} Phase : 20/11/1953-12/03/1954 :

ACP n°1 : du 20/11 au 20.12.53 : 207 blessés de guerre, 75 accidentés, 354 autres affections, 1 opéré, 636 évacués. (Rôle : Triage, réanimation, évacuations).

ACM 29 : 12/1953 à 12/03/1954 : 40 lits-652 blessés de guerre, 538 accidentés, 23 opérés, 1145 évacués, 10 décédés (40).

2^{ème} Phase : 12/03/1954-07/05/1954 :

Au sein des antennes chirurgicales, ce sont sur la période du 12/03/1954 au 07/05/1954, 2665 hommes qui sont pris en charge dont 934 opérés, 316 ont pu être évacués avant l'arrêt des évacuations (31 sont des hommes du 1^{er} BEP) et 319 décédés sont à recenser (40).

Au sein des BEP, la situation est tout aussi catastrophique, le Médecin en chef Rondy, médecin du 1^{er} BEP à Dien Bien Phu raconte : « A un moment il y avait au Bataillon 240 blessés et 260 en état de combattre (ce qui ne veut pas dire sans blessures) »

A la fin de la bataille, la situation sanitaire est catastrophique, au 6 mai, les rapports font état de 490 blessés couchés, 820 assis soit un total de 1310 blessés sur la garnison.

Le corps expéditionnaire français déplorera 1747 tués, 1729 disparus et 10998 soldats seront faits prisonniers dont 5240 blessés (45).

Pertes Ennemies :

Côté vietnamien sur les 100 000 hommes engagés on estime les pertes à plus de 10 000 tués et 20 000 blessés.

Action Humanitaire :

Néant

Commentaires :

Pendant la bataille de Dien Bien Phu, le médecin de Bataillon Etranger de Parachutistes se voit confier deux types de missions :

- Soigner les blessés sous son contrôle, dont une grande partie provenait des antennes chirurgicales qui avaient besoin de place pour opérer les nouveaux arrivants et ensuite les évacuer sur les infirmeries des unités. Les blessés opérés sont pris en charge dès le réveil par les médecins bataillon (pour désengorger les antennes) qui assurent les soins postopératoires dans des boyaux proches de leur PS, parfois au milieu des combattants. Les blessés légers retournent aussitôt au combat et nombres d'entre eux seront atteints à d'autres reprises.

- Assurer le soutien santé du reste du Bataillon quand il avait une contre- attaque à effectuer.
Il fallait donc faire un choix.

« Lorsque l'opération était prévue pour une durée brève, j'y allais avec deux ou trois infirmiers pour donner les premiers soins et effectuer un triage sommaire de ceux qu'il fallait renvoyer sur mon infirmerie pour les traiter ou évacuer directement sur les antennes si c'était trop lourd pour mes pauvres moyens et ceux qui, après pansement, pouvaient repartir au combat. Dès que ma présence ne semblait plus indispensable, je retournais à mon infirmerie-hôpital pour traiter les évacués et surveiller les hospitalisés qui le nécessitaient. »

La bataille de Dien Bien Phu marque la fin de la guerre d'Indochine. Les deux Bataillons Etrangers de Parachutistes ont été anéantis avec leurs frères d'armes du Corps expéditionnaire français en Extrême Orient.

Au cours de la campagne d'Indochine, le 2^{ème} BEP a perdu 297 des siens (17/40/240), 830 (36/74/720) ont été blessés (12).

C'est maintenant l'Algérie qui les attend, où les nouveaux bataillons auront à charge de reproduire les exploits de leurs aînés disparus.

B. Algérie:

1. Opération de l'Ergou - 18 et 19 décembre 1956:

Type d'Opération :

Elle s'est déroulée les 18 et 19 décembre 1956 dans la région d'El Mezeraa (46).

Le 18 décembre 1956, le 2^{ème} REP opère dans la région au sud de Tébessa, il quitte sa base de départ. Durant la guerre d'Algérie, le 2^{ème} REP opère principalement dans le Constantinois tandis que le 1^{er} REP parcourt l'Algérois.

Il a pour mission d'occuper le djebel Ergou et de fouiller la vallée de l'oued Kecherid.

Les différents éléments de la 1^{ère} compagnie sont héliportés. Dès l'atterrissage, vive réaction de l'ennemi, un des hélicoptères "banane" (Figure 30) est touché, les posés de la 1^{ère} Cie sont disparates.

La 4^{ème} compagnie progresse en direction du « château fort », surnommé ainsi car il s'agit d'une véritable citadelle naturelle, accessible seulement par un mince goulet, et reçoit des tirs d'armes automatiques venant de la contre pente dominée par la 3^{ème} Cie. Le PC est hélicoptéré et rejoint la 4^{ème} Cie. La 2^{ème} Cie restée en réserve reçoit l'ordre de se porter en avant sur l'axe de la 3^{ème} Cie (Figure 31).



Figure 30: Verthol H-21 surnommé "Banane volante "

Les P47 de l'aviation de chasse française appuient les détachements par straffing. Pendant ce temps, de nombreux tirs d'artillerie sont effectués sur le « château fort ».

Les rebelles fuient par le nord-est, les bananes sont utilisées pour l'hélicoptage des unités à la poursuite des fellaghas. Au même moment, les blessés sont évacués par BELL sanitaires (Figure 33).

Un peloton est hélicoptéré pour nettoyer la contre pente au sud du « château fort » où des snipers gênent la progression.

Tout au long de l'opération les éléments sont violemment pris à partie et essuient des pertes. Enfin, à 16 heures, les légionnaires peuvent donner l'assaut. Il est violent et sans pitié. Les rebelles rompent le combat. Le « château fort » est pris dans l'après-midi. Les rebelles fuient vers le nord entre les 2^{ème} et 3^{ème} compagnies. En fin de journée vers 17h, les légionnaires du 2^{ème} REP se mettent en bouclage et interdisent les intrusions venant de l'oued Hallail (Figure 32) mais le régiment n'a pas eu le temps de descendre dans le fond de la vallée. Les évacuations sanitaires par hélicoptères se poursuivent. Opération de ratissage de la zone tout

au long de la journée du 19, absence de réactions ennemies. Des documents sont récupérés sur le terrain et un rebelle blessé est capturé et fourni divers renseignements dont celui qu'une cinquantaine d'entre eux est parvenu à s'enfuir par l'oued Hallail. Vers 20h00, fin du dispositif (46).

Contraintes militaires tactiques et environnementales :

Les fellaghas se sont réfugiés dans un énorme massif montagneux, d'où il sera bien difficile de les déloger. Le chef de corps n'hésite pas à demander un appui aérien pour soutenir la progression de ses unités hélicoptérées par le DIH.

Engagés dans un dédale de rocaïlle, les légionnaires sont pris à partie par des tirs d'armes automatiques. Toute la journée les rebelles résistent malgré les passes des P47 qui mitraillent au plus près.

Les tirs d'artillerie sont parfois aussi dangereux pour les légionnaires que pour les fellaghas.

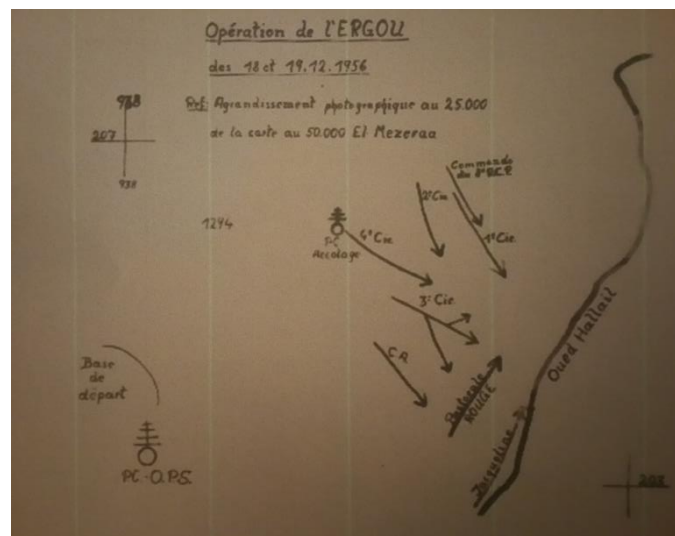


Figure 31: Carte d'Etat-Major de l'Opération de l'Ergou

Si, autour de Tébessa, les massifs gardent encore trace de végétation, passé Bir El Ater les crêtes émergent au-dessus du plateau, masse couleur brique, lardée de falaises ou d'éboulis, paysages lunaires où la vie, faute d'eau, semble absente.

Ce décor sévère offre un avantage, des hélicoptères peuvent se poser un peu partout. Soit dans les contrebas pour enlever, soit sur les hauts pour déposer. Dans la zone, on trouve plusieurs ravinements piquants sur l'Hallail dont l'un d'eux prendra vite le nom de « Château Fort ».



Figure 32: L'oued Hallail

Effectif global de l'équipe médicale :

2/6/8

Soit 2 équipes comprenant chacune 1/3/4 par sous groupement renforcée par les brancardiers des compagnies de combat.

Une équipe commandée initialement par le Médecin Lieutenant Yout qui sera remplacé dans la journée du 19 décembre par le Médecin Lieutenant Forissier sur le terrain (46).

L'autre équipe commandée par un Médecin Aspirant.

Matériel santé :

Moyens EVASAN :

Les moyens d'évacuation utilisés lors de cette opération sont les hélicoptères BELL 47 sanitaire (Figure 33).

Ces hélicoptères, légers et non armés, étaient pourvus de deux conteneurs avec brancards pour le transport de blessés, couchés au-dessus des patins. Il ne pouvait pas transporter plus de deux blessés, en plus du pilote, ou deux passagers assis, sur seulement 250 km (aller et retour).

Les zones de décollage en campagne, nommées DZ, étaient habituellement simplement constituées par un cercle tracé à la chaux avec une croix, ou plus souvent simplement réalisée avec des pierres peintes en blanc.

Trousse Santé :

- Trousse individuelle de secours Para/Commando Modèle II/48 (Figure 15) pour les combattants.
- Trousse médicale : Morphine, Atropine, Pénicilline, Garrots, clamps. (Figure 29)
- Deux Trousses complètes d'urgence Modèle IV-48 par équipe (Figure 22)
- 1 cantine médico-chirurgicale modèle XVI/48 par équipe.
- 1 Brancard parachutable par équipe.

Prévention :

Non retrouvé dans les archives

Ravitaillement :

Non retrouvé dans les archives mais devant la courte durée de la mission, il semblerait probable qu'il fut convenable grâce à la noria d'hélicoptère.

Bilan santé:

EVASAN :

Évacuation des blessés par BELL sanitaire (Figure 33) sur Tébessa pour prise en charge par l'antenne chirurgicale.

Pour les blessés de la fin de journée, l'évacuation ne pourra être réalisée que le lendemain, les hélicoptères à l'époque ne volent pas de nuit.



Figure 33: Hélicoptère Bell 47

Etat des Pertes (35) (46):

15 tués (1-2-12)- 23 blessés (3-4-16).

Pertes ennemies :

25 tués -2 prisonniers blessés .nombreuses armes, explosifs et documents.

Action humanitaire :

Néant

Commentaires:

Le régiment intervient au complet pour la première fois. Le succès obtenu en enlevant de haute lutte le « Château Fort» et autres bastions lui procure un ascendant formidable qui se colporte. Le 2^{ème} REP montre à ses ennemis qu'il sait se battre.

L'opération hélicoptérée, à partir de l'été 1956, devient un grand classique. Le parachute fut en Indochine le moyen de projection par excellence des unités d'intervention dans la bataille. Dès le début de cette guerre d'Algérie, l'hélicoptère qui n'avait fait en Indochine qu'une apparition

tardive et limitée, se révèle être un élément essentiel de la manœuvre, lui procurant un rythme inconnu auparavant. Les rotations accélérées permettent d'alimenter rapidement la bataille. Six hélicoptères gros porteurs pouvant enlever de sept à dix passagers, suivant l'altitude et la chaleur, constituent un DIH. Grâce à eux une compagnie s'enlève en une minute, se pose encore plus vite (35). Les Régiments Parachutistes deviennent maîtres dans les opérations héliportées.

2. Combats du Fedj Zezoua - 14 au 16 février 1958 :

Type d'Opération :

La bataille des Frontières est l'ensemble des opérations militaires menées principalement sur la frontière algéro-tunisienne pendant la guerre d'Algérie, du 21 janvier au 28 mai 1958, contre les tentatives de franchissement en force du barrage de la ligne Morice par les combattants algériens de l'ALN stationnés en Tunisie. Les combats de Fedj Zezoua qui se sont déroulés dans la région nord-est de Guelma en font partie.

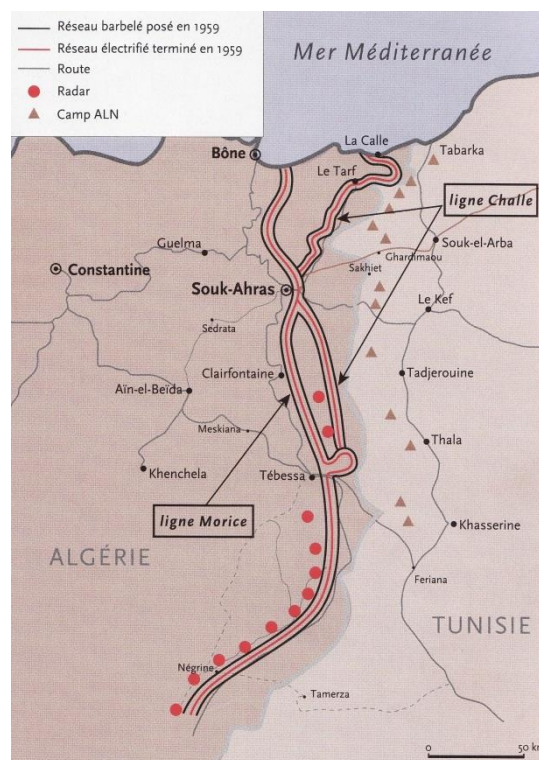


Figure 34: La ligne Morice

Le 1^{er} REP qui fait partie du détachement, est lors de cette opération divisé en 2 sous groupements :

Lilas (2^{ème}-3^{ème}Cie -EC)

Blanc (1^{ère}-4^{ème}Cie -CA-CP)

Il a pour mission la destruction des bandes armées de la Kasma du Talhya ainsi que de contrôler la crête qui domine la forêt de Fedj Zouzoua.

Les deux sous groupements sont mis initialement en place à pied le 14 février à partir de 00h30. Dès le début de l'opération les éléments sont hélicoptérés, ce qui permet leur mise à disposition rapide au profit des autres unités du groupement. Hélicoptages effectués par 4 Verthol H-21 (Figure 30) tandis qu'une Alouette II (Figure 35) est utilisée comme PC volant permettant d'assurer la recherche de DZ et le guidage des hélicoptages.



Figure 35: Alouette II

L'aviation assure l'appui feu au profit des différentes unités durant la totalité de l'opération.

Deux katibas de l'ALN, retranchées sur les pentes du col de Fedj Zouzoua, sont attaquées par le 1^{er} REP du colonel Jeanpierre. L'engagement débute à 7 heures du matin avec un premier assaut de la 3^{ème} Cie qui réussit à emporter les premières lignes de défense adverses et à atteindre la ligne de crête, où elle est stoppée par un feu nourri d'armes automatiques.

À la demande du chef de corps, l'aviation intervient et pilonne à la roquette les positions rebelles. Simultanément la 2^{ème} Cie se place en appui de la 3^{ème} alors que la 1^{ère} compagnie est

hélicoptérée au plus près de la bataille. À 15 heures, les légionnaires lancent un assaut général qui submerge la résistance ennemie.

La fouille du terrain se poursuit jusqu'au 16 février par l'ensemble des troupes participant à l'opération, des dizaines d'armes, obus, grenades et explosifs récupérées.

Au cours de l'opération trois unités rebelles seront accrochées au cours des engagements (2 katibas de 135 hommes et 2 sections de 35 hommes).

Contraintes militaires tactiques et environnementales :

Les éléments du REP se retrouvent dans un terrain rocailleux où les nombreuses excavations rocheuses au milieu des broussailles permettent aux fellaghas de s'abriter.

De plus, de par la configuration du terrain, de nombreux combats au corps à corps ont lieu. Cet adversaire refuse le combat. Surpris, il cherche à fuir. Encerclé, il se défend généralement jusqu'à la mort, soit par fanatisme soit par fatalisme. L'imbrication des légionnaires et des fellaghas rend difficile l'appui de l'aviation.

Les combats se déroulent dans un terrain couvert de centaines de kilomètres carrés de broussailles, très denses et inextricables ; dans les fonds de vallées, le ratissage de la zone s'avère donc complexe. Les caches d'armes sont nombreuses.

Pour progresser dans la zone, l'hélicoptère s'avère très utile. Les compagnies de combat sont hélicoptérées pour fixer les rebelles ou encore éviter les fuites à travers le dispositif (46).

Effectif global de l'équipe médicale :

2/6/8

Soit 1 équipe comprenant 1/3/4 par sous groupement renforcée par les brancardiers des compagnies de combat.

Une équipe commandée par le Médecin Capitaine Palu, l'autre par un Médecin Aspirant

Le médecin Capitaine Palu sera grièvement blessé au pied par un éclat de roquette le 14 février (48).

Matériel santé :

Moyens EVASAN :

Les moyens d'évacuation utilisés lors de cette opération sont les hélicoptères Verthol H-21, Sikorsky H-19 (Figure 36) et BELL 47 sanitaire (48).



Figure 36: Sikorsky H-19

Trousse Santé :

- Trousse individuelle de secours Para/Commando Modèle II/48 pour les combattants.
- Trousse médicale : Morphine, Atropine, Pénicilline, Garrots, clamps.
- 2 Trousses complètes d'urgence Modèle IV-48 par équipe
- 1 Brancard parachutable par équipe.
- 1 cantine médico-chirurgicale modèle XVI/48 par équipe

Ravitaillement :

Non retrouvé dans les archives mais devant la courte durée de la mission, il semblerait probable qu'il fut convenable grâce à la noria d'hélicoptères.

Bilan santé :

EVASAN :

-37 blessés évacués (5/×/×) sur l'hôpital de Guelma puis sur Constantine.

Évacuations sanitaires effectuées par Verthol H-21, Sikorsky H-19 et BELL 47 sanitaire.

Etat des Pertes :

Pertes 1^{er} REP : 12 morts et 43 blessés dont 6 non évacués (48). Le Médecin Capitaine Palu est blessé au pied droit par roquette de Corsair le 14 et sera amputé de l'avant pied (48).

Pertes ennemies :

-Tués: 163 dont 139 par le 1^{er} REP.

-Prisonniers : 5 dont 2 par le 1^{er} REP.

Action humanitaire :

Néant

Commentaires :

On peut noter l'importance des hélicoptères au cours des engagements militaires de la guerre d'Algérie, que ce soit pour les évacuations sanitaires mais aussi dans le transport rapide des troupes ainsi que comme aide au commandement dans la conduite des opérations. Celui-ci est tenu au 1^{er} REP comme le seul engin moderne vraiment valable et payant dans la guerre subversive. La plupart des succès remportés par le groupe mobile du 1^{er} REP sont dus à l'emploi de l'hélicoptère par une troupe adaptée (50).

Les furieux combats qui eurent lieu lors de la bataille des frontières, portent un coup fatal aux combattants de l'ALN. Cette défaite débouche sur une crise politique sans précédent au sein

du FLN. Trop éprouvé par le choc frontal avec le barrage électrifié et les unités parachutistes, l'ALN renonça à poursuivre son offensive.

Au total, pendant la bataille des frontières qui s'est déroulée dans la zone de Guelma. Le 1^{er} REP compte 84 tués (1/18/65) et 195 blessés (10/22/163). On compte au cours de ces opérations 1011 fellaghas tués, 82 sont faits prisonniers (50).

3. Opération « ROMEO 50 BIS » - Beni-Sbihi - 26 au 27 avril 1958:

Type d'Opération :

Cette opération dans la zone du Nord Constantinois est initialement déclenchée pour 48 heures ; elle a pour but la destruction des installations rebelles dans la zone. Elle s'est déroulée du 26 au 27 avril 1958 dans le secteur d'El Milia (35).

Elle est une des opérations de la bataille des frontières. Les renseignements font état là encore d'une forte implantation des fellaghas.

Le 2^{ème} REP fait partie de l'élément hélicopté du détachement.

La mission du détachement est de boucher les lignes de fuite Nord-Est en agissant par le Nord, boucher les lignes de fuite Est et Sud-Est en agissant par le Sud.

Le 2^{ème} REP est dans un premier temps hélicopté en totalité, puis doit assurer le nettoyage de la zone. Il dispose pour cela d'un DIH comprenant trois Verthol H-21.

Dès 8h40, l'hélicoptage sur zone est terminé, les compagnies se mettent en mouvement sous la surveillance aérienne de l'alouette de commandement. Les combats débutent dès 9h00. C'est vers midi que les premières évacuations sanitaires sont demandées ; elles sont effectuées par Verthol H-21, elles sont effectuées durant toute la journée jusqu'à la tombée de la nuit. Les compagnies de combats étant hélicoptées de position en position tout au long de la journée, les zones d'évacuation des blessés changent en permanence. Dans la journée du 27 avril, les actions de ratissage et de fouilles entreprises la veille sont poursuivies au même rythme. Il est même parfois nécessaire d'évacuer la population locale en utilisant le vecteur aérien. À la fin de la journée le régiment au complet retourne au Camp Pehau, son point de départ (51).

Contraintes militaires tactiques et environnementales :

Pour les fellaghas, El-Milia est une zone de concentration des bandes armées qui ont réussi à franchir le barrage. De là elles rejoignent les wilayas où elles ont été affectées. La wilaya était une unité territoriale de l'ALN.

Fortement implantés dans le secteur, les éléments rebelles commencent à se rendre compte qu'ils sont en train de perdre la bataille des frontières. Pourtant, leur motivation ne diminue pas. Aidés là encore par la topographie avantageuse pour des éléments défensifs, les rebelles défendent fortement leur position. La deuxième compagnie est obligée de mener une attaque à la baïonnette comme en 1914.

Au plan topographique, le terrain se présente sous la forme d'une dorsale dont les sommets s'étagent de 700 à 1000 m (35), orientée est-ouest et encadrée par des lignes de crêtes parallèles hautes de 700 à 800 m Nord et 400 m sud.

Effectif global de l'équipe médicale :

2/6/2 soit 2 équipes comprenant chacune 1/3/1 issu de l'infirmier par sous groupement associé aux brancardiers des compagnies de combat. Une équipe est commandée par le Médecin Lieutenant Sellier, l'autre par un Médecin Aspirant.

Matériel santé :

Moyens EVASAN :

Evacuations sanitaires effectuées grâce au Verthol H-21 (Figure 30), hélicoptère birotor. La soute, très spacieuse, permet l'emport de 12 blessés sur civières.

Trousse Santé :

- Trousse individuelle de secours Para/Commando Modèle II/48 pour les combattants.
- Trousse médicale : Morphine, Atropine, Pénicilline, Garrots, clamps.
- 2 Trusses complètes d'urgence Modèle IV-48 par équipe

- 1 Brancard parachutable par équipe.
- 1 cantine médico-chirurgicale modèle XVI/48 par équipe.

Ravitaillement :

Correct, possible grâce aux hélicoptères. De plus mission de courte durée ne nécessitant que peu de matériel sanitaire.

Bilan santé :

EVASAN :

Evacuation effectuées grâce au DIH permettant l'exfiltration des zones de combat de 23 soldats du REP, 2 fellaghas et 22 civils (51).

Etat des Pertes (51) :

- Tués : 8 (0/1/7) dont 3 des suites de leurs blessures.
- Blessés : 26 (0/4/22) : 23 évacués, 3 non évacués.

Pertes ennemies :

- Tués : entre 199 et 219 dont le chef de la katibas (35) (51),
- Blessés : 2, évacués par hélicoptère
- Prisonniers : 3 dont les 2 blessés évacués.

Action humanitaire :

Prise en charge et évacuation des zones de combats de 22 femmes et enfants.



Figure 37: Parachutiste blessé et pris en charge lors de la bataille des frontières

Commentaires :

Le 2^{ème} REP marque là un des plus beaux faits d'armes de la guerre d'Algérie car les Beni-Sbihi abritaient le PC local ainsi que des centres logistiques de grande importance pour les rebelles (35). De plus du côté des fellaghas le bilan est lourd pour seulement quelques heures de combat.

De plus, ce sont encore des dizaines de munitions, matériel et vivres qui sont retrouvés lors des fouilles. L'action du régiment est là encore démontrée.

À la fin de la bataille des frontières un rapport entre les pertes amis et pertes rebelles est effectué par le commandement du 1^{er} REP ; il montre l'efficacité des régiments de la légion étrangère parachutiste, devenus les maîtres des opérations hélicoptées.

<u>RAPPORT ENTRE PERTES AMIES ET PERTES REBELLES</u>	
<u>A M I E S</u>	<u>R E B E L L E S</u>
<u>1°/- ENSEMBLE DES COMBATS</u>	
1, 25 tué et 3, 3 blessés	pour <u>1 arme automatique + 9,6 armes</u> 14 tués ou prisonniers
ou	
<u>1 tué</u> 2,6 blessés	pour 11 tués ou prisonniers 0, 8 arme automatique + 7,5 armes
<u>2°/- COMBAT CONTRE UNITES LOCALES</u>	
<u>1 tué</u> 2, 2 blessés	pour 0,45 arme automatique + 4, 2 armes 8 tués ou prisonniers
ou	
2,2 tués 4,8 blessés	pour <u>1 arme automatique + 9 armes</u> 17,3 tués ou prisonniers
<u>3°/- COMBAT CONTRE LES UNITES FORCANT LE BARRAGE</u>	
<u>1 tué</u> 3 blessés	pour <u>1 arme automatique + 9,9 armes</u> 13 tués ou prisonniers

Tableau 6: Rapport entre pertes amies et rebelles durant la bataille des frontières

4. Opération dans le Djebel BISSA - 18 au 29 Janvier 1959:

Type d'Opération :

Cette opération est initialement prévue pour une durée limitée de cinq jours dans la zone ouest algérois avec la participation des unités du secteur et du 1^{er} REP.

Elle doit se dérouler dans la région sud de Carnot et principalement dans le djebel BISSA.

Le 1^{er} REP, en réserve de l'opération principale agit dans la forêt de Tascheta tout en étant prêt à être hélicoptéré sur l'action principale.

Le 1^{er} REP agit comme à l'ordinaire en 2 sous-groupements de trois compagnies chacun.

Le 18 janvier, le sous-groupement Jaune est hélicoptéré dans la forêt de Tascheta tandis que le sous-groupement Lilas évolue à pied. Jusqu'au 21 janvier, les sous-groupements fouillent la zone sans accrochage avec l'ennemi. L'hélicoptère est fréquemment utilisé pour se déplacer rapidement entre les zones de fouille. Plusieurs évacuations sanitaires sont néanmoins effectuées en raison d'accidents. Les hommes sont soumis à de longues marches (52).

Il est finalement décidé de prolonger la mission jusqu'au 27 janvier. A partir du 22 et jusqu'au 27, le REP fait états de plusieurs blessés et morts qui seront soit pris en charge au niveau des sous-groupements, soit évacués par la route ou dans les situations les plus graves par voie aérienne. Les fouilles dans le secteur sont poursuivies jusqu'au 27.

Contraintes militaires tactiques et environnementales :

Cette opération ne fait pas partie des hauts faits de guerre du 1^{er} REP, mais elle montre que comme en Indochine, les hommes peuvent être soumis à de longues journées de marche sans repos, avec des opérations parfois prolongées. Ces opérations de ratissage ne s'avèrent pas toujours payantes et l'ennemie qui harcèle les forces françaises en permanence, en pratiquant des techniques de guérilla, arrive malgré tout à créer des pertes certes non majeures mais permanentes aux parachutistes, au cours de la guerre d'Algérie. Le FLN mène une guerre d'usure psychologique contre les troupes françaises. Les soldats voient la mort partout, chaque jour, par les actions de guérilla, les attentats... La peur est là à chaque instant, les fouilles se font sur de vastes étendues où les caches ainsi que les embuscades peuvent être multiples. Les missions de ratissage s'avèrent épuisantes pour le moral des troupes.

Effectif global de l'équipe médicale :

2/6/7

A chaque PC de sous-groupement se trouve une équipe sanitaire : 1/3/2 et 1/3/1. Ces équipes sont renforcées par quatre brancardiers venant de la 405^{ème} Cie Médicale (52)

Le Médecin Aspirant Ledoux et le Médecin Capitaine Forissier sont responsables de ces équipes.

Pas d'élément santé au PC du régiment.

Matériel santé :

Moyens EVASAN :

Voie aérienne : hélicoptère H-19 ou Alouette II

Voie routière : deux sanitaires Dodge (Figure 7) et si nécessaire la Jeep Porte Brancard (Figure 26).

Trousse Santé :

-Trousse individuelle de secours Para/Commando Modèle II/48 pour les combattants.

Au sein de chaque sous-groupement (52) :

- Trousse médicale : Morphine, Atropine, Pénicilline, Garrots, clamps.
- 2 Trousses complètes d'urgence par équipe Modèle IV-48
- 1 Brancard parachutable par équipe.
- 1 Cantine médico-chirurgicale modèle XVI-48
- 1 lot fracture
- Pas de tente infirmerie, pas de matériel lourd.
- 1 jeep médecin avec dispositif porte brancards
- 1 sanitaire Dodge avec 4 brancards.

Ravitaillement :

Correct, possible grâce aux hélicoptères. De plus mission de courte durée ne nécessitant que peu de matériel sanitaire (52).

Bilan santé :

EVASAN :

Les évacuations se font vers Orléansville et Alger sachant qu'il a été décidé d'effectuer toutes les EVASAN directement du terrain vers les structures hospitalières sans créer de PS au sein du PC.

Evacuation par voie routière : 5

Evacuation par voie aérienne : 2 par Alouette II, 5 par H-19 (vol nocturne).

Etat des Pertes :

-Tués : 3

-Blessés : 11 dont 9 évacués parmi lesquels 1 infirmier.

-Cas médicaux : 3, évacués par Dodge sanitaire

Pertes ennemies :

Inconnues

Action humanitaire :

Néant

Commentaires :

Cette opération n'est sûrement pas l'une de celles qui resteront dans les annales du régiment mais elle est intéressante car le rapport médical de l'époque est très détaillé par rapport aux autres opérations. On y voit apparaître clairement les moyens utilisés pour chaque type de blessures et l'insertion exacte des éléments médicaux au sein des sous groupements. Le 1^{er} REP, qui fut surnommé par le général Vanuxem « premier régiment d'assaut de France », a montré au cours de la guerre d'Algérie une réussite sans égale (Tableau 7), mais ce succès a un prix. En effet, à la fin du conflit, les pertes du 1^{er} REP sont de 806 hommes (231 tués, 575

blessés) ; son régiment frère, le 2^{ème} REP a perdu 747 des siens dont 224 tués (8/22/194) et 523 (22/62/441) blessés (12).

SYNTHÈSE des ACTIVITÉS du
 1^{er} RÈGIMENT ÉTRANGER DE PARACHUTISTES

Depuis son implantation en Algérie jusqu'à sa dissolution

Années 1955 - 1956 - 1957 - 1958 - 1959 - 1960 - 1961

Année	PERTES AMIÈS		PERTES RESSILES		ARMEMENT RECUPERÉ							
	Tués	Blessés	Tués	Pris.	Mort.	Mitr.	F.M.	P.M.	P.G.	C.US	P. CH	E.A.
1.955	8	25	74	174			2	3	61		18	7
1.956	7	15	80	234				4	10	2	51	14
1.957	28	67	367	2.701			2	25	88		366	232
1.958	116	260	1.297	400	4	57	45	232	516	4	38	22
1.959	39	119	949	477		4	5	32	155	4	305	189
1.960	27	75	531	137			9	29	106	4	105	61
1.961	6	14	209	15			1	15	58		22	10
TOTAL	231	575	3.507	4.138	4	61	64	340	1.074	14	1.005	545
T.	806		7.645		129			1.428			1.550	
	3.107/129 armes collectives											

Tableau 7: Tableau récapitulatif activités 1^{er} REP pendant la guerre d'Algérie.

L'ensemble de ces personnels aura été pris en charge par l'équipe médicale des régiments, toujours présente au plus près des combats. La guerre d'Algérie fut également l'occasion de l'utilisation des techniques modernes de la médecine l'urgence par de nombreux médecins d'active et du contingent qui les appliquèrent à leur retour en métropole aux accidents de circulation et qui furent donc les précurseurs de la médicalisation du transport d'urgence.

Au cours de la guerre d'Algérie, 113 000 EVASAN furent effectuées dont 55 000 primaires, 20 000 secondaires et 36 000 tertiaires sur la métropole.

L'hélicoptère fit la démonstration de son efficacité avec 50 000 EVASAN assurée par des Bell 47, Alouette II, H19, H21 ... Parfois dans des conditions rudimentaires, en effet, pour les deux premiers, les blessés étaient installés sur une porte civière latérale protégée par une bâche et un cockpit en Plexiglass permettant une surveillance sommaire par le pilote.

C. Transition

1. Opération « LIMOUSIN » - Tchad 1969-1970 :

Type d'Opération :

L'intervention au Tchad de 1969 à 1972 constitue la première campagne de contre insurrection menée par les forces françaises dans un pays étranger souverain. Elle prend le nom d'opération « LIMOUSIN ». Elle a pour but de sauver la capitale N'Djamena de l'offensive du FROLINAT, mouvement armé tchadien luttant contre le régime majoritaire chrétien-animiste qui discriminait les populations musulmanes du pays et principalement dans le BET. À partir d'octobre 1965 les tensions se transforment en révolte. Le FROLINAT est créé en avril 1966, soutenu par plusieurs pays environnants (Libye, Soudan, République centrafricaine) (52) (53). En s'appuyant sur ses bases arrières au Darfour et en République Centrafricaine, le FROLINAT s'implante rapidement dans les provinces Sud-Est du Guéra (Mongo) et du Salamat (Am Timan) où il forme la « 1^{ère} armée » auprès de l'ethnie ouaddaïenne, puis dans le nord auprès de l'ethnie gorane (« 2^{ème} Armée »). Le FROLINAT est divisé mais ses deux armées lui permettent de menacer jusqu'à Fort-Lamy (N'Ndjamena). Le président Tchadien sollicite alors l'aide de la France car les deux pays sont liés par un accord d'assistance militaire technique (54).

L'intervention militaire française a pour but de s'attaquer aux bandes armées et de permettre à une administration et une armée locales renouvelées de reprendre le contrôle de son pays.

Six-cent-cinquante militaires français font office de cadre dans les rangs tchadiens tandis que parallèlement la France engage également une force d'action directe contre les rebelles. Les forces terrestres françaises sont regroupées en deux EMT. Le premier est fourni par le 2^{ème} REP, avec deux compagnies implantées à Mongo et Fort-Archambault. Le second est le 6^{ème} RIAOM de la capitale Fort-Lamy (54).

Les moyens terrestres sont soutenus par trois DIH de six hélicoptères H-34 pour le transport (7 passagers dans les conditions climatiques du Tchad) et l'appui-feu. (54) (52)

Ce dispositif commence sa mise en place à partir d'avril 1969, le 2^{ème} REP est placé en alerte Guépard, un transport aérien d'urgence est effectué le 17 Avril, 390 hommes prennent la direction de Fort Lamy (53).

A son arrivée, l'EMT 1 (2^{ème} Cie) du 2^{ème} REP a pour mission de réduire les bandes rebelles afin de les mettre à la portée des forces de sécurité nationales et de faciliter la reprise d'une activité civile normale. Pourvu de véhicules antédiluviens, l'EMT 1 prend la piste le 28 Avril. Sa première mission le conduit à Mangalmé dans la province du Guéra ; il doit ensuite installer une base avancée à Mongo tout en évitant le contact.

Une semaine après son arrivée à Mongo, un de ses éléments est accroché par une bande de 250 rebelles qui commet l'erreur de venir à son contact. Selon une séquence qui se reproduira fréquemment, la bande est fixée par l'élément au contact puis encerclée par des sections hélicoptérées avant d'être réduite par une combinaison de feux aériens et de corps à corps. Plus de 50 cadavres rebelles sont dénombrés alors que les Français n'ont subi aucune perte. C'est un choc pour les rebelles, qui vont désormais éviter le combat direct.

La ville de Mongo étant reprise à l'ennemi, la 2^{ème} Cie remonte sur Mangalmé.

Le dispositif va ensuite évoluer tout au long de l'opération. Il s'articule initialement (avril 1969- avril 1970) en cinq EMT : EMT1 à Mongo (deux UE: 1^{ère} et 2^{ème} Cie du 2^{ème} REP, une UE des FAT) ; EMT2 à Am Timam (une UE (3^{ème} Cie du 2^{ème} REP), une UE des FAT) ; EMT3 à Faya Largeau (une section 2^{ème} REP et trois UE des FAT) ; EMT4 à Abéché (une UE 2^{ème} REP et une UE des FAT) ; EMT5 à N'Djamena (CPIMa/6^{ème} RIAOM, Escadron blindé/6^{ème} RIAOM, une UE Légion) (52).

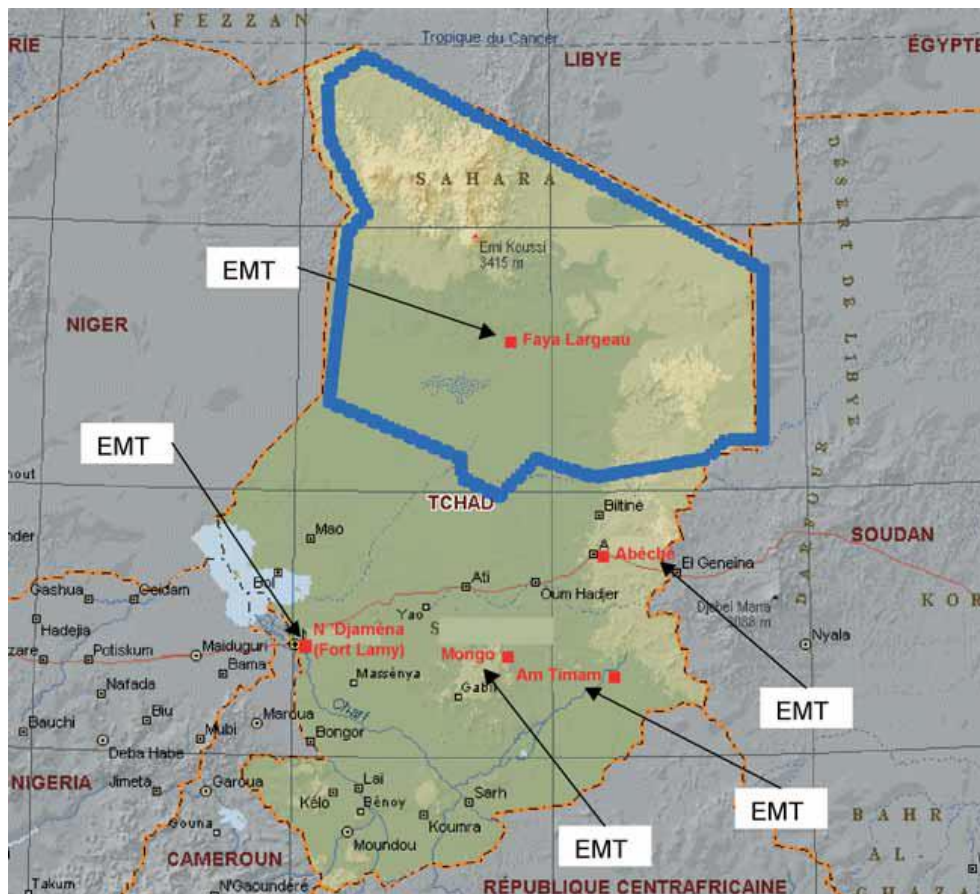


Figure 38: Carte du dispositif de l'opération « Limousin » entre avril 1969 et avril 1970, en bleu le BET

Le 2^{ème} REP et le 6^{ème} RIAOM vont ainsi multiplier les opérations de traque des bandes pendant un an. Dans les premiers quatre mois, deux cent rebelles sont abattus dont une vingtaine de chefs de l'opposition. En mars 1970, la situation est suffisamment pacifiée dans ces régions pour ne relever qu'un seul des deux EMT. La politique de nomadisation entreprise par le 2^{ème} REP est poursuivie jusqu'à obtenir la fin des opérations militaires du FROLINAT au moment de la saison des pluies. Une dernière offensive du FROLINAT à lieu en février 1971 qui se termine, comme le premier combat du 2^{ème} REP, par la destruction de la bande rebelle sans aucune perte française (54).

La fin de la mission française a lieu durant l'été 1972 ; elle aura malgré tout fait 39 morts en trois ans (53). En 1975, le président du Tchad demande le départ des dernières forces françaises qui finalement reviendront 3 ans plus tard dans ce pays instable.

Contraintes militaires tactiques et environnementales :

- L'armement des rebelles s'est principalement créé en récupérant des armes sur les forces armées Tchadiennes. Les rebelles qui sont de véritables spécialistes de la guérilla, car ils l'ont toujours pratiquée depuis les débuts de la colonisation, infligent de sévères pertes à l'armée Tchadienne qui combat au côté de la Légion Etrangère, à tel point que les troupes gouvernementales n'osent plus sortir de leurs bases arrières.

- A partir du mois d'octobre l'armement rebelle va se moderniser et s'alourdir avec l'arrivée des 4x4 Toyota armés de mitrailleuses et de mortiers.

- Le matériel à disposition des troupes françaises apparaît lui particulièrement vétuste. Les moyens automobiles sont anciens, insuffisants en nombre, inadaptés aux conditions d'emploi en zone saharienne ou tropicale ; la maintenance s'avérera particulièrement problématique.

- La France envoie des renforts en hélicoptères composés de 6 H-34, 2 alouettes, associés à 34 avions parmi lesquels des Nord-Atlas, des AD-4 Skyraider, des Transall C-160 et des avions d'observation Piper Pa-22 Tripacer (54). Leur principal emploi est le transport d'hommes et de matériels, notamment pour relier la capitale aux villes du BET. Mais leur point faible est leur modeste capacité d'emport (7 personnes maximum pour les H34). De plus, disposant de moteurs avec système de refroidissement par air, ils sont obligés de se poser fréquemment pour refroidir dans des difficiles conditions climatiques liées à la chaleur. Ce manque de moyens de transports aériens, dans un pays grand comme deux fois la France, rendra l'opération difficile. Privé de ravitaillement et de logistique le 2^{ème} REP devra se débrouiller par ses propres moyens à plus de 1000 kilomètres de la capitale Fort Lamy.

-Lorsque la saison des pluies rend les pistes impraticables, les hommes devront avoir recourt aux chevaux (52).



Figure 39: Compagnie montée de légionnaires en patrouille.

-La chaleur qui perturbe le ballet des hélicoptères est avant tout un poids pour la troupe, exposée à des forts risques de coup de chaleur.

Effectif global de l'équipe médicale :

3/4/15 :

Médecin Commandant Ravalec, Médecin Capitaine Allard, Médecin Capitaine de Larre de La Dorie.

Un infirmier par Compagnie et un auxiliaire sanitaire par section.

Matériel santé :

Moyens EVASAN :

Hélicoptères H-34, Alouette II du DIH utilisés en de rares occasions car peu disponibles.

Utilisation de camion Dodge pour évacuation par voie routière lors de la saison sèche mais pas de véhicule santé dédié.

Trousse Santé :

- Trousse médicale : Morphine, Atropine, Pénicilline, Garrots, clamps.
- Chaque Auxiliaire Sanitaire de section dispose d'un brancard souple et d'une trousse complète d'urgence Modèle IV-48.
- Une trousse individuelle type « Para/Commando Modèle II/48» (garrot, pansement, syrette de morphine) pour chaque légionnaire.
- Lot mobilisation

Ravitaillement :

Du côté du ravitaillement, la géographie de la région le rend particulièrement difficile. Un dispositif complet de ravitaillement par air composé d'avions Dakota et Noratlas est aussitôt mis à leur disposition car le ravitaillement ne pouvant se faire par la piste, les compagnies seront ravitaillées par air pendant un an, par des atterrissages et des largages de matériels.

L'approvisionnement permanent en eau apparaît très vite comme la priorité (52). Il faut participer à l'assainissement des puits d'eau potable, dont la faible quantité oblige cependant le 2^{ème} REP à réceptionner des parachutages d'eau par avion Noratlas sur le terrain d'aviation du poste de commandement de Mongo.

Bilan santé :

EVASAN :

La déshydratation et le coup de chaleur sont les ennemis principaux des légionnaires au Tchad et particulièrement lors de l'avancée vers Mongo : Pendant cette avancée pénible, plusieurs légionnaires devront être évacués vers Fort Lamy par hélicoptère n'ayant supporté ni la chaleur +55°C à l'ombre ni les premières restrictions d'eau.

A cela viennent s'ajouter les évacuations des blessés dus aux combats.

Les distances majeures dans cette région rendent les évacuations par voie routière difficiles et particulièrement lors de la saison humide.

Les évacuations par voie aérienne sont rarement disponibles.

L'insuffisance des moyens d'hospitalisation et surtout les difficultés pour évacuer, dans des délais raccourcis, les cas les plus graves vers la métropole a été un problème majeur pour le soutien santé (53).

Etat des Pertes :

-Pertes détachement : 39 tués et 102 blessés (53).

-Pertes 2ème REP : 7 morts.

Plus de 100 légionnaires évacués vers la France dont une cinquantaine de cas d'hépatites virales. Nombreux problèmes dentaires.

Les légionnaires sont victimes durant le conflit de nombreuses blessures par armes à feu mais aussi par sagaie ou encore par flèches à pointes empoisonnées.

Le 6 mars 1970 en se portant sous le feu au secours d'un adjudant tchadien touché le Médecin Capitaine de Larre de La Dorie est mortellement touché.

Pertes ennemies :

Inconnues, mais évaluées à plusieurs centaines

Action humanitaire :

Aide médicale gratuite modérée pour la population.

Campagnes de vaccination des personnes et des animaux. Participation à l'assainissement des puits d'eau.

Commentaires :

L'opération Limousin déploie 2500 hommes au plus fort du dispositif ; elle est l'héritière directe de la guerre d'Algérie par sa tactique opérationnelle (56). L'opération Limousin est considérée comme un succès militaire parce qu'elle a permis de stopper la rébellion et de redonner davantage de cohérence et d'efficacité aux forces tchadiennes. La France réalise là sa première opération dans une de ses anciennes colonies depuis 1962 ; l'opération Limousin

devait être de courte durée mais marque finalement le début d'une succession d'interventions françaises sur le continent africain.

Il s'agit réellement d'un nouveau type d'engagement de l'armée française ; ne partent que des militaires professionnels, les appelés ne peuvent pas être projetés sur un territoire extérieur (53).

La façon de travailler est là aussi différente, lors des événements au Tchad ; la section est considérée pour ce genre d'opération comme le « pion tactique » et le soutien santé en découlant se résume dans la majorité des cas aux brancardiers intégrés dans ces sections. On travail de plus loin de tout soutien, sur de grandes étendues, dans des conditions sommaires. La nomadisation des compagnies est quotidienne, mais au prix de nombreux efforts cette opération est le premier succès en contre-insurrection moderne.

Exposées durant toute la mission au manque de logistique et de ravitaillement, aux maladies endémiques et aux rigueurs du climat, les compagnies du 2^{ème} REP, seront définitivement rapatriées sur Calvi en mars 1970 et relevées par le 3^{ème} Régiment d'infanterie de marine.

2. Opération « BONITE » - Saut sur Kolwezi - 19 mai au 15 juin 1978 :

Type d'Opération :

L'opération « BONITE » ou « LEOPARD » s'est déroulée du 19 mai au 15 juin 1978 dans la ville de Kolwezi située au cœur de la région minière du Shaba, maintenant Katanga, dans le sud-est de l'ancien Zaïre, aujourd'hui République Démocratique du Congo. Peuplée d'environ 100 000 habitants en 1978, elle est très étendue (environ 40 km²), et divisée en quartiers nettement séparés par des collines et est dotée d'un aérodrome à 6 km du centre-ville. Une importante communauté européenne réside à Kolwezi.

En mars 1978, les services secrets zaïrois sont informés de l'éventualité d'une opération de déstabilisation dans la région de Shaba, région riche en matières premières stratégiques importantes (cuivre, cobalt, uranium et radium). La rébellion est menée par Nathaniel Mbumba, ses miliciens, les « Tigres », sont assistés par des officiers cubains et est-allemands.

Le 11 mai 1978, un groupe d'environ 3 à 4 000 rebelles katangais bien armés, venus d'Angola transporté par la 2^{ème} division cubaine à travers la Zambie, pays neutre, prend en otage environ 3 000 européens et se livrent à des pillages et des massacres sur les européens comme sur la population locale (55).

Le président Joseph-Désiré Mobutu appelle alors à l'aide la Belgique, la France et les États-Unis.

Devant la gravité de la situation le gouvernement français décide une intervention militaire aéroportée. Le 19 mai 1978, le 2^{ème} REP commandé par le Colonel Erulin saute sur Kolwezi. (53)



Figure 40: Carte de Kolwezi, journée du 19 mai (56).

La première vague d'assaut (1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} Cies et PC) (3), partie de Kinshasa, saute sur Kolwezi le 19 mai vers midi après quatre heures trente de vol. Elle comprend le Médecin-Chef du Régiment accompagné de deux infirmiers et d'un légionnaire brancardier. Ces personnels, arrivés à Kinshasa vers huit heures le matin même, ont pu s'intégrer in extremis dans cette première vague d'assaut et ne disposent, de ce fait, que d'un matériel sanitaire réduit, n'ayant pas eu le temps de conditionner pour le saut le reste de la dotation régimentaire.

Au cours de l'après-midi, l'un des premiers objectifs du Régiment, le Centre Hospitalier de Kolwezi, est atteint; l'Etat-Major compte sur cet hôpital pour assurer le soutien chirurgical des premiers blessés du Régiment. Les légionnaires parachutistes découvrent que l'hôpital a été pillé par les rebelles. Par chance, une clinique proche est trouvée intacte et comprend une équipe chirurgicale locale qui a déjà commencé à traiter les blessés civils de la ville. Cette équipe se trouve cependant à cours de médicaments. Une ambulance trouvée sur place permet au Médecin-Chef d'évacuer ses premiers blessés par accidents de saut. Les premiers blessés

au combat surviendront le 20 mai à l'aube. La seconde vague d'assaut (4^{ème} Cie et section d'éclairage et de reconnaissance), à laquelle est intégré le reliquat du groupe sanitaire disposant de matériel médico-chirurgical en quantité plus significative, ne peut sauter que dans la matinée du 20 mai. Jusqu'à son arrivée, le poste de secours du Régiment ne fonctionne qu'avec des moyens très réduits, alors que les accrochages se poursuivent.

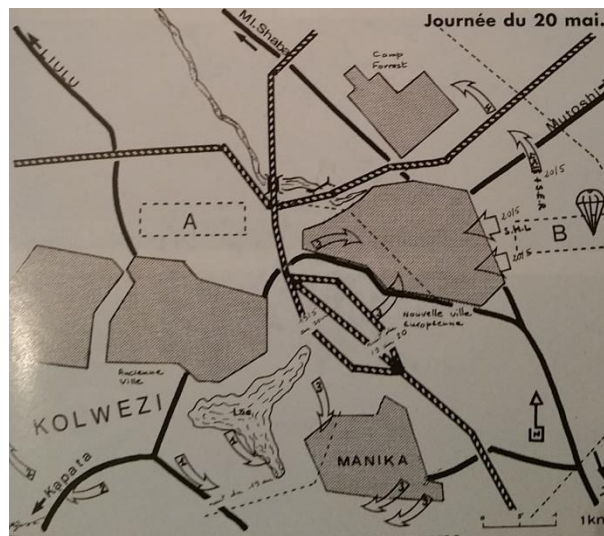


Figure 41: Carte de Kolwezi, journée du 20 mai (56).

Le 20 mai en fin de matinée, se pose sur l'aéroport de Kolwezi un détachement de parachutistes belges chargé d'évacuer les ressortissants européens. Ce détachement soutenu par une structure médico-chirurgicale forte de dix médecins dont un chirurgien et un anesthésiste. Cette structure prend en charge les blessés du régiment avant de les évacuer, soit sur l'hôpital de Lubumbashi situé à une heure de vol, soit sur l'hôpital de Kinshasa situé à plus de quatre heures de vol.

Le détachement belge se replie avec son soutien sanitaire le 21 mai, évacuant également les quelques médecins et chirurgiens civils travaillant à Kolwezi. Le Régiment se trouve de nouveau privé de son soutien chirurgical sur place. Les blessés doivent alors attendre plusieurs heures avant de pouvoir être évacués sur Lubumbashi ou Kinshasa par des avions Transall français.

Les 22 et 23 mai, la continuité de l'opération permettra de décimer quelques petits groupes de rebelles.

Par la suite, une seule compagnie gardera le contrôle de la ville, tandis que le reste du 2^{ème} REP rejoindra Lubumbashi avant de s'envoler vers sa garnison.

Contraintes militaires tactiques et environnementales :

- Les hommes sont mis en état d'alerte et soumis à un rythme soutenu durant toute l'opération. En effet, le régiment est déclenché dans l'urgence pour gérer une situation humanitaire catastrophique à plusieurs milliers de kilomètres de la France. Partis le 17 mai de Solenzara en Corse, les légionnaires de l'opération « BONITE » se posent à Kinshasa après 10 heures de vol. Le 19 mai ils s'envolent pour Kolwezi situé à 1 500 km et à 14 h 30, une première vague de la force d'intervention française, composée de 405 hommes, saute à 250 mètres d'altitude sur l'ancien hippodrome.
- De plus, la situation sur place est confuse, on dispose de très peu de renseignement sur la situation au sol ; il s'agit réellement d'un saut dans l'inconnu. Il n'y a aucun appui au sol. Il en va de même pour la logistique santé.
- Les parachutes sont des « TD 10 » de provenance américaine (53) que les légionnaires ne connaissent pas et qui ne sont pas adaptés, ils accrochent les gaines de saut au harnais avec du fils de fer. L'instruction est effectuée rapidement durant la nuit du 18 au 19 mai.
- La prise de décision tardive du gouvernement, les déclarations faites à la presse à propos des futures interventions belge et française ainsi que les rapports sur les mouvements d'aéronefs font craindre une perte de l'effet de surprise, essentiel à l'opération (53).
- Les moyens santé sur place sont peu nombreux et très dégradés surtout après les pillages. Le groupement sanitaire du Régiment assure également l'assistance médicale de la population locale.
- En revanche, les conditions climatiques sont favorables, ce qui aura permis grâce au niveau d'entraînement des légionnaires de ne pas trop subir le changement climatique brutal d'une opération aéroportée à si grande distance.

Effectif global de l'équipe médicale :

- Equipe « guépard santé pour un détachement de 400 h » commandée par le médecin-commandant Ferret: 1/2/4 ainsi qu'un aumônier (59). Cette équipe doit soutenir le détachement de 703 hommes, sans compter les populations locales. 1/2/1 lors de la première vague de saut.
- 1 auxiliaire sanitaire par section de combat soit environ 15.

Le médecin-capitaine Morcillo rejoint Kolwezi le 22 mai après la demande faite par le médecin-commandant Ferret qui n'a alors que deux médecins généralistes locaux pour le secourir.

Matériel santé :

Moyens EVASAN :

Phase initiale de l'OAP du 19 mai au milieu de la matinée du 20 mai : néant.

Réquisition d'une ambulance Peugeot de l'hôpital 20 mai matin (58) (Figure 42)

Deux ambulances régimentaires Saviem TP3 à partir du 22 mai (59).

Un hélicoptère zaïrois piloté par un coopérant français en début d'après-midi le 20 mai.

Un C-160 de jour pendant toute l'opération

Trousse Santé :

- Lot santé guépard pour 400 h (59) :

- Cantine médico-chirurgicale modèle XVI/48,

- Un lot de brancards divisibles à hampes métalliques pliantes pour TAP,

- Un lot d'appareils pour fracture,

- Deux trousse métalliques spéciales de campagne pour médecin modèle VI/48

- Lot de trousse métalliques modèle IV/48

- Lot complémentaire conçu et agencé à l'avance par le service médical du régiment (59) :

- Alèses souples faisant office de brancard souple,

- Trousse à pansements pour infirmier

- Cantine de médicament d'urgence et solutés de perfusion

- Cantine de médicaments adaptés à la pathologie tropicale

- Chaque Auxiliaire Sanitaire de section dispose d'un brancard et d'une trousse complète d'urgence modèle IV/48.

- Une trousse individuelle type « Para/Commando Modèle II/48» (garrot, pansement, syrette de morphine) pour chaque légionnaire.
- Pour l'OAP : l'équipe santé dispose de
 - 2 gaines collectives GC 23 d'une capacité de 50 kg
 - 9 gaines individuelles pour trousse santé (10 kg)

Le stock de médicaments GUEPARD s'est avéré insuffisant et sa composition était inadaptée à ce type d'engagement (53) (61) (59).

Ravitaillement :

Pas de ravitaillement possible en rapport à l'absence de soutien aérien (53).



Figure 42: Ambulance Peugeot réquisitionnée

Bilan santé :

EVASAN :

Relevage des blessés par voie routière (ambulance Peugeot puis TP3) ou grâce à l'hélicoptère Alouette III de l'armée zaïroise et transfert vers le poste de secours régimentaire.

Evacuation secondaire des blessés du régiment par Transall C.160 vers Lumumbashi situé à une heure de vol ou Kinshasa à 4 heures de vol.

Etat des Pertes :

-2^{ème} REP (3) :

- 5 morts
- 3 blessés graves
- 17 blessés légers

-120 expatriés, 700 Civils zaïrois et un militaire belge décédés.

- 6 coopérants de la mission militaire française disparus (53).

-Cas médicaux : 106 dont une trentaine d'arboviroses et 5 primo-infections palustres, 4 hyperthermies non élucidées, trentaine de diarrhées (salmonelloses mineures).

Pertes ennemies :

400 tués, 160 prisonniers et 1500 armes lourdes et légères ont été récupérées.

Action humanitaire :

2 200 Européens et 3 000 Africains sont sauvés du massacre.

Prise en charge de multiples cas médicaux et traumatologiques sur la population locale et les expatriés (58).

Commentaires :

L'opération Bonite est l'OAP typique des troupes parachutistes : être projeté dans l'urgence absolue loin de sa base sans soutien, en autonomie totale.

L'opération aéroportée est un brillant succès, les légionnaires parachutistes atteignent rapidement leurs objectifs avec un minimum de pertes.

Cette opération de sauvetage montre l'efficacité des troupes légères parachutées, lorsqu'elles bénéficient de l'effet de surprise au cours d'une opération bien préparée (renseignement, rapidité de conception et d'exécution, soutien logistique).

L'audace et la rapidité d'exécution de l'opération procurent un effet de surprise favorable aux légionnaires qui s'emparent du centre-ville dans la foulée. En deux jours, ils prennent le contrôle de la ville, libèrent les 2 800 ressortissants et les évacuent le 21 mai.

Cependant, au niveau santé, même si le bilan est positif, on se rend compte d'une inadaptation à ce genre d'opération, dans le soutien, l'effectif ou le matériel. A la suite de Kolwezi de nombreux changements ont été apportés au soutien des détachements GUEPARD.

3. Opération « EPAULARD » - Liban - 21 août au 13 septembre 1982 :

Type d'Opération :

L'Opération Paix en Galilée de 1982 est un épisode de la Guerre du Liban au cours duquel l'armée israélienne envahit le sud du Liban à partir du 6 juin 1982, dans le but de faire cesser les attaques palestiniennes de l'OLP lancées depuis le Liban (60). Yasser Arafat et ses bataillons palestiniens sont assiégés par l'armée israélienne.

L'OLP tire sur les villes israéliennes à partir de Beyrouth, mettant en danger les populations civiles ; l'armée israélienne réagit et lance une contre-attaque envers les camps palestiniens du Liban sud, qui refusent majoritairement de se rendre.

Dès le 11 juin, un premier cessez-le-feu est proclamé entre les groupes armés palestiniens postés dans le Liban sud et l'armée israélienne mais le refus de l'OLP de quitter Beyrouth entraîne la reprise des combats.

Au milieu du mois d'août 1982, un accord fut trouvé pour l'évacuation des Palestiniens et des forces syriennes de Beyrouth.

Les forces françaises dont font partie les 347 hommes de la 1^{ère} et 3^{ème} Cie du 2^{ème} REP avec un EMT sous la forme d'un détachement « Guépard » seront présentes à Beyrouth du 21 août au 13 septembre.

La mission du 2^{ème} REP et des autres éléments de la force multinationale d'interposition est d'assurer la sécurité physique des palestiniens lors de leur départ de la capitale libanaise, d'assurer la sécurité de la population de Beyrouth, de favoriser la restauration de la souveraineté du Liban et de conforter l'autorité de son gouvernement.

Le régiment reçoit sa mission le 4 août ; il avait été placé en alerte quelques jours plus tôt. L'équipe médicale prépare le matériel et récupère le « lot santé mobilisation ». Les caisses santé ayant été préalablement vidées de tout ce qui pouvait être obsolète pour mettre du matériel d'usage courant et à usage unique.

Le départ pour Bastia se fait dans la nuit du 18 au 19 août. Le régiment est alors en alerte « Guépard » depuis 14 jours quand il embarque dans le DC8 en direction de Larnaka (Chypre).

Les véhicules parmi lesquels 2 ambulances (un VLRA et un SG2) partent en 747 Cargo et C.160, à partir de Solenzara. Le 19 août, embarquement sur la Dives, bâtiment de débarquement pour rejoindre Beyrouth (61).



Figure 43: Chypre, véhicules de soutien du 2^{ème} REP embarqués à bord de la "Dives"

Le début de la mission consiste à recevoir et protéger les bataillons palestiniens qui seront évacués par des ferries vers Chypre, la Tunisie, le Yémen.

Dès le 21 août 1982, l'évacuation commence et doit porter sur 15600 hommes : fedayin, responsables civils de l'OLP et soldats de l'ALP (61).



Figure 44: Légionnaires du 2^{ème} REP assurant la protection des combattants palestiniens

L'équipe médicale assure les soins des blessés qui embarquent, au milieu des rafales de Kalachnikov tirées en l'air qui feront quelques blessés légers parmi lesquels 2 légionnaires (60).

Dans le port encombré de containers abandonnés, les infirmiers du REP tombent sur des containers intacts plein de médicaments et de matériel chirurgical qui permettent de compléter la dotation réglementaire.

A partir du 25 août, le 2^{ème} REP est remplacé sur les quais avec l'arrivée des premiers des 800 Marines de la 32^{ème} Marine Amphibious Unit. Mais les évacuations sont pourtant déjà terminées.

Les compagnies du REP occupent alors le terrain tenu précédemment par les combattants de l'ALP, sur la Ligne verte qui sépare Beyrouth en deux, Ouest et Est.

L'équipe médicale fait alors du soutien sanitaire auprès de la population.

Le 26 août 1982, le 3^{ème} RPIMa, un escadron du RICM, un détachement du 17^{ème} RGP et enfin l'ACP avec 2 chirurgiens viennent compléter le dispositif français en place. A partir de ce moment le Médecin Principal Becker n'est plus le seul médecin du dispositif.

Le 30 août, escorté par les CRAP du régiment, Yasser Arafat, le chef de l'OLP quitte Beyrouth en bateau pour Tunis (60).

L'évacuation fut réalisée sous l'égide d'une force internationale. Les Palestiniens furent évacués par voie maritime notamment vers Tunis, et les Syriens furent évacués par la route

vers la région de la Bekaa. L'évacuation fut achevée le 31 août. En 12 jours, on estime que 14040 hommes ont été évacués sous la surveillance des hommes du 2^{ème} REP (60).

Le 13 septembre, le 2^{ème} REP embarque sur le Porte Avion Foch et quitte Beyrouth dans la nuit.

Contraintes militaires tactiques et environnementales :

- La capitale libanaise est en pleine guerre civile entre factions palestiniennes, libanaises et israéliennes. Ville de 800 000 habitants dont des musulmans (chiites, sunnites et druzes), chrétiens (maronites, orthodoxes, catholiques), Beyrouth est encerclée et occupée par des divisions mécanisées et une brigade blindée de l'armée israélienne. Sur la ligne verte qui sépare Beyrouth en deux, du nord au sud, 10 000 combattants chrétiens font face à 15 000 miliciens musulmans dont 2 400 hommes de l'armée syrienne. L'armée libanaise compte 32 000 hommes. Telles sont les conditions de Beyrouth avant l'arrivée des troupes de la FMI. La tension qui y règne est à son comble, lorsque le régiment débarque, les hommes de Tsahal ne veulent pas quitter le port malgré les consignes onusiennes.

- Arrivée en bateau avec les véhicules, la situation tactique est inconnue au moment du débarquement.

- Le régiment se retrouve dans un environnement hostile en localité. La ville est en partie piégée, minée (60).

- Peu voir pas de structure santé viable.

Effectif global de l'équipe médicale :

1/1/7: MDA Becker. Auxquels viennent s'ajouter plusieurs chauffeurs (61).

Matériel santé :

Moyens EVASAN :

Deux ambulances : un VLRA et un SAVIEM SG2. (Figure 45, Figure 46)

Trousse Santé :

- un lot santé mobilisation, obsolète pour le soutien d'un régiment parachutiste, les caisses sont donc vidées pour être ré-agencé avec du matériel jetable (61).
- une trousse individuelle type « Para/Commando Modèle II/48» (garrot, pansement, syrette de morphine) pour chaque légionnaire.

Ravitaillement :

Absent initialement, mais dans le port encombré de containers abandonnés, les infirmiers du 2^{ème} REP améliorent la dotation réglementaire grâce aux containers abandonnés sur le port et plein de médicaments et de matériel chirurgical.

A l'arrivée du reste du détachement le matériel est reconstitué.



Figure 45: VLRA sanitaire



Figure 46: SAVIEM SG2

Bilan santé :

EVASAN :

Transport grâce aux ambulances régimentaires.

Etat des Pertes (61) :

12 blessés légers dont 6 par balles ou éclats de RPG-7 dont deux légionnaires blessés par happy shooting (60) (62).

Quelques cas de gastro entérite.

2 accès palustre de reviviscence (2 légionnaires qui avaient séjourné à Bangui fin 1981)

2 MST (chancre syphilitique) contamination à Calvi

1 phlegmon des gaines digitales qui a nécessité une intervention chirurgicale à l'ACP.

Outre la prise en charge des blessés, l'action du soutien sanitaire comprend le suivi journalier de l'hygiène alimentaire et des cantonnements ainsi que le ravitaillement en eau de boisson et en vivres frais achetés sur place.

Pertes ennemies :

Néant (60)

Action humanitaire (61) :

-Du 21 au 26 aout sur le port

Plaie profonde du genou chez un marin grec d'un céréalier en cours de déchargement.

Soins pour de nombreux combattants palestiniens au moment de leur embarquement (communication facilitée par la présence d'un auxiliaire sanitaire égyptien). En majorité réfection de pansements de brulés ou de blessés.

-Du 26 aout au 12 septembre

L'importance de l'environnement médical de la ville de Beyrouth a réduit l'activité médicale à des soins d'urgence et à des transports sur le milieu hospitalier.

1 enfant de 14 ans brulé dans un transformateur électrique

1 enfant de 5 ans blessé par une chute de pierres dans un immeuble

1 femme libanaise au cœur du quartier Hezbollah.

Commentaires :

L'opération « Epaulard » est considérée militairement parlant comme une réussite. L'évacuation des Palestiniens dans la dignité et l'honneur, principal objectif de la FMI, a été assurée. Mais bien que l'opération « Epaulard » ait été un succès, politiquement, Beyrouth reste une bombe à retardement car de nombreux hommes sont encore armés dans la ville. Et alors que les troupes françaises traversent la Méditerranée vers la France, une succession de drames ont lieu dans la capitale libanaise. Avec la FMI et l'opération « Epaulard », la France a pu démontrer les capacités d'intervention de son armée en déployant une force de plus de 1 000 hommes au Moyen Orient en quelques jours.

Le choix d'une troupe très disciplinée et bien entraînée comme le 2^{ème} REP est gage de réussite dans une mission de « non-combat » sous forte menace de prise à partie (60).

L'opération « Epaulard » est l'une des premières opérations avec un versant « humanitaire » dans un contexte où la physionomie des installations médicales précédemment existantes était inconnue.

Dans l'opération « Epaulard », le médecin d'unité est seul. La hiérarchie du SSA est totalement absente ; on ne retrouve pas encore de culture de l'intervention extérieure. Comme pour l'opération « Bonite », le détachement « Guépard » est envoyé sans Antenne Chirurgicale; il n'y a qu'un médecin pour l'ensemble du détachement.

A son arrivée, le médecin du détachement ne dispose d'aucune directive quant à la conduite à tenir en cas de problème grave (malade ou blessé), ni sur les possibilités d'EVASAN, ni sur les possibilités d'hospitalisation d'éventuels blessés (61).

D. Epoque moderne

1. FORPRONU - Sarajevo - 16 janvier au 15 juillet 1993 :

Type d'Opération :

La guerre de Bosnie Herzégovine débute le 6 avril 1992 lorsque l'armée populaire yougoslave attaqua la Bosnie-Herzégovine, qui venait de déclarer son indépendance le 1^{er} mars. La guerre s'est achevée le 14 décembre 1995.

Un blocus complet de Sarajevo fut établi par les forces serbes. Les routes principales menant à la ville furent bloquées, stoppant les envois de nourriture et de médicaments. L'eau, l'électricité et le chauffage furent coupés. Les forces serbes autour de Sarajevo, bien que mieux équipées, étaient numériquement inférieures aux défenseurs bosniaques retranchés dans la ville. Par conséquent, au lieu de tenter de prendre la ville, ils l'assiégèrent et la bombardèrent en continu pour l'affaiblir, sans quitter les collines. De nombreux tireurs embusqués épiaient la ville rendant les rues dangereuses dont la célèbre « Sniper Alley ».

Pour contourner le blocus, l'aéroport de Sarajevo fut ouvert par les Nations unies au transport aérien en juin 1992, la survie de Sarajevo en était dépendante (63).

Le 2^{ème} REP est présent à Sarajevo du 16 janvier à mi-juillet 1993, où il assure les missions du BATINF 2 de la FORPRONU sur l'aéroport de la ville (64). Deux compagnies de combat du

2^{ème} REP de Calvi relèvent les éléments français mis en place en juillet 1992. Elles sont accompagnées d'une section de démineurs du 17^{ème} RGP et des éléments du 14^{ème} RPCS.

L'arrivée du 2^{ème} REP à Sarajevo est une grande première, c'est la première fois qu'une unité de la Légion étrangère abandonne son traditionnel képi blanc pour coiffer le béret bleu ONU.

La mission confiée du régiment est (64):

- Assurer la liberté et la sécurité de l'aéroport,
- Escorter les convois humanitaires vers la ville et les enclaves musulmanes de l'Est de la Bosnie.

Contraintes militaires tactiques et environnementales :

- La zone que constitue l'aéroport est indispensable pour la ville assiégée, en effet, c'est par voie aérienne que toute l'aide humanitaire parvient à Sarajevo. De plus, cette situation est responsable de tentatives de franchissement de l'aéroport, principalement nocturnes, ayant pour buts l'exfiltration ou l'infiltration de familles et d'éléments divers, le transport d'armes, de munitions et de documents, le marché noir... Cela oblige le BATINF 2 à patrouiller de nuit pour empêcher les intrusions.

- De plus, les miliciens serbes soumettent chaque nuit, les pistes de l'aéroport à des tirs d'armes automatiques provoquant de nombreux blessés jusqu'à la mise en service d'un tunnel sous l'aéroport.

- Le 2^{ème} REP, positionné au niveau de l'aéroport, se retrouve isolé entre les différentes parties en conflit, du fait de cette position :

* Les hommes sont exposés aux tirs qu'échangent les belligérants et surtout à la vue des snipers, ce qui rend le moindre déplacement dangereux.

* Les bâtiments, de construction légère, ne protègent qu'imparfaitement des tirs d'armes individuelles et pas du tout de l'artillerie.

- Le soutien chirurgical est assuré par le GMC français installé au PC du secteur situé dans un bâtiment appelé « PTT Building », dans Sarajevo. Toutes les évacuations doivent donc se faire à travers la ligne de feu, ce qui rend les transports de blessés particulièrement dangereux (64).

Effectif global et de l'équipe médicale :

Initialement constituée d'un détachement du REP à 2/2/4, l'équipe est progressivement renforcée, par le médecin du détachement « air », le MP BELLEOUD, dès le mois de janvier, puis, à partir de mars, par une équipe à 1/1/2 qui sera remplacée en avril par un élément venu de Calvi (64) :

MC JJ KOWALSKI, MP Arnaud LE GUEN, MED François CHARROT.

Matériel santé :

Moyens EVASAN :

-Trois VAB sanitaires (Figure 47) (un des VAB, gravement endommagé par une mine en novembre 1992, ne sera remis en service qu'en avril 1993). Chacun transporte deux blessés couchés accompagnés, aussi souvent que possible, d'un médecin.

- Un véhicule tout-terrain P4, remplacé par la suite par un VBL.

- Deux poids lourds d'allègement.



Figure 47: VAB sanitaire

Trousse Santé :

Poste de secours principal, installé dans l'ancien hangar des douanes (64) :

-oxygène et respirateurs de transport,

-matériels divers de monitoring (oxymètre de pouls, cardioscope, etc.),

-matériel santé divers : solutés de perfusion, pansements, kits de drainage thoracique, lot d'intubation....

Un poste de secours allégé et un lot complémentaire pour 500 hommes en stock.

Ravitaillement :

Régulier depuis la France, sans déficit.

Bilan santé :

EVASAN :

Six blessés du bataillon sont évacués vers la France par voie aérienne militaire.

Ramassage et évacuation des blessés par VAB sanitaire vers le GMC (65). Un nombre important de ces transports, malgré les accords préalables et l'escorte, sont soumis à des tirs d'intimidation et trois sont interceptés pour fouille, heureusement sans conséquence ni pour les blessés ni pour l'équipe.

Etat des Pertes (64) :

- BATINF 2 : 26 blessés et un mort. La plupart de ces blessures sont dues à des balles de calibre 7,62mm (Kalachnikov). Une quinzaine de ses personnels, dont quatre grièvement, le sont au cours des opérations de récupérations des blessés sur la piste de l'aéroport de Sarajevo.

- Consultation au profit des militaires : 1 200 en six mois.

Pertes ennemies :

Absence dans ce contexte de force d'interposition.

Action humanitaire :

Opérations humanitaires avec la reconnaissance, la visite et l'évaluation des structures médicales des deux camps, en collaboration avec les organisations non gouvernementales : Vingt-deux patients traités dans les formations de fortune serbes ou musulmanes sont évacués vers les hôpitaux. Cent quinze blessés des hôpitaux de Sarajevo sont pris en charge au PS avant EVASAN vers un pays extérieur.

Activité de médecine de guerre (64) : Prise en charge de 224 victimes des combats (principalement civiles), présentant 279 blessures, dans le secteur de l'aéroport, traités au PS du bataillon. On dénombre parmi les civils 39 décès avant arrivée au PS. Sur les 185 blessés traités, 13 (7,02%) décèdent pendant leur prise en charge au PS, pendant leur transport ou au GMC.



Figure 48: Prise en charge d'un blessé au PS du 2^{ème} REP

Lésions constatées (64):

- plaies des membres : 157 (56,27 %), aucun décès.
- plaies crânio-cérébrales : 27 lésions (9,67 %) dont 14 décès initiaux et 5 à moins de 24h.
- plaies thoraciques : 38 atteintes (13,62 %), 20 provoquent une mort immédiate et trois entraînent le décès pendant la mise en condition.

- plaies abdominales : 39 (13,97 %), quatre décès immédiats.
- atteintes de la face : 18 (6,45 %), essentiellement superficielles, dues à des éclats d'obus ou de munitions de petit calibre pulvérisées sur le blindage des véhicules. 1 décès.
- Polycrâniés: 44 blessés (éclats multiples d'obus ou rafales d'armes) dont 39 ont deux lésions, quatre ont trois lésions, parmi lesquels 1 décès ; 1 décès d'un légionnaire présentant quatre atteintes majeures.

Commentaires :

L'activité médicale a été importante au cours de cette opération, majoritairement au profit de la population locale dans ce contexte de force d'interposition.

Devant le nombre important de cas il a parfois été nécessaire de pratiquer plusieurs réanimations en même temps et c'est le médecin-chef de la formation qui joua alors le rôle de régulateur et d'organisateur. En se servant des VAB sanitaires pour aller ramasser les blessés, les médecins du régiment ont eu à réaliser sur place une activité de SAMU avec en terme de technicité et d'actes réalisés une nette avancée par rapport aux conflits antérieurs.

Une grande attention a été portée au sein du régiment à la préparation des personnels du service médical avant sa projection : L'instruction et l'entraînement de tous les personnels et paramédicaux avaient été renforcés avant le départ. Les médecins avaient suivi la formation des centres d'instruction aux techniques de réanimation de l'avant (CITERA) et effectué un stage dans un service de réanimation. Un recyclage en secourisme avait été réalisé au régiment.

Sur place, la mise en application de ces formations a été optimisée par l'affectation de personnels qualifiés dans le domaine santé à des emplacements stratégiques : Plusieurs titulaires du certificat technique de premier niveau (CT1) paramédical avaient été placés dans des emplois qui leur permettaient de basculer très vite vers le PS (vaguemestre, foyer...) si nécessaire, et ce fut le cas à trois reprises. De plus, chaque section disposait d'au moins un auxiliaire sanitaire et les personnels du poste de secours avaient été sélectionnés parmi les plus anciens et les plus entraînés du service médical régimentaire, tous avaient au moins quatre ans de service et avaient déjà participé à plusieurs interventions extérieures (64).

2. Opération « LICORNE » - RCI - 7 novembre 2004 au 24 février 2005 :

Type d'Opération :

Dans le cadre de l'alerte guépard TAP ou «contrat OAP 12 Heures », et suite aux bombardements des forces françaises à Bouaké le 06/11/2004, la 4^{ème} Compagnie du 2^{ème} REP a été mise en alerte afin de rejoindre dans les plus bref délais la RCI pour renforcer le dispositif militaire en place. En effet, un « GTIA Guépard » armé par le PC du 126^{ème} RI, une compagnie de ce régiment et la 4^{ème} Cie du 2^{ème} REP est arrivé le 07/11/2004 dans l'après-midi à Abidjan.



Figure 49: Insigne de la 4^{ème} Cie du 2^{ème} REP

La 4^{ème} Compagnie du 2^{ème} REP, Cie d'alerte TAP 12h à 138 personnels était composée de : 1 section commandement (2/4/8), 3 sections de combat (1/5/26 ; 1/5/26 ; 1/4/27), une section appui (0/5/18) ; 1 poste de secours (1/1/3).

Son mandat s'est déroulé du 7 novembre 2004 au 24 février 2005.

L'opération « Licorne » débute en septembre 2002, indépendamment de l'opération des Nations unies. La France envoie d'importants contingents militaires pour séparer les belligérants en tant que forces d'interposition. Elle est organisée autour d'un poste de commandement interarmées de théâtre, stationné à Port-Bouët, dans le quartier du 43^{ème} BIMA. Elle fut longtemps composée de groupements tactiques interarmes (GTIA), répartis sur le territoire de la Côte d'Ivoire, comprenant des unités de différentes armes ou services.

Dès le 22 septembre 2002, le 43^{ème} BIMA est renforcé par des éléments des forces françaises pré-positionnées dans la région et la 11^{ème} BP dont le 2^{ème} REP, pour assurer la sécurité des ressortissants étrangers. Le 1^{er} octobre 2002, un EMT français est mis en place. Le Président Laurent Gbagbo demande à la France de contrôler le cessez-le-feu qu'il réussit à instaurer.

La principale mission de la force Licorne est de soutenir l'ONUCI : la force française constitue une force de réaction rapide susceptible d'agir au profit de la force onusienne, celle-ci intervenant en soutien à l'action des forces armées ivoiriennes. Par ailleurs, Licorne peut, si besoin est, assurer la sécurité des ressortissants français et étrangers. L'opération « Licorne » a impliqué plus de 5 000 hommes et femmes au plus fort de la crise en novembre 2004.

Alors que l'opération d'interposition se déroule convenablement, la situation se dégrade à partir du 6 novembre 2004, l'aviation gouvernementale ivoirienne effectue un raid aérien sur la position française de Bouaké. On déplore 9 morts et 37 blessés parmi les soldats français. Les forces françaises ripostent, quinze minutes après l'attaque en neutralisant l'essentiel des forces aériennes ivoiriennes dans les heures qui suivent. La force Licorne s'empare de l'aéroport d'Abidjan et se redéploie sur la capitale pour sécuriser les ressortissants français et étrangers puis permettre le départ des volontaires. Des mouvements de foule violents éclatent dans la capitale.

Le GTIA guépard est déployé dès le 9 novembre dans les deux quartiers résidentiels au sud des ponts d'Abidjan : zone 4C pour la 4^{ème} Cie du REP et Marcory résidentiel pour le 126^{ème} RI (Figure 50). Ces unités y sont restées jusqu'au 9 décembre avec pour mission le contrôle de ces zones, le recensement, la protection, l'évacuation des ressortissants et être en mesure d'interdire les ponts en cas de nécessité.

A compter du 9 décembre le GTIA guépard a été dissous avec retour en France pour le 126^{ème} RI, la compagnie du REP restant sur place pour une nouvelle mission au sein du GTIA 43 : « réserve d'intervention » (66).

En outre elle a participé au plan de défense du 43^{ème} BIMa (garde, alerte, patrouille en ville), maintenue un élément appui en zone résidentielle de Marcory en mesure d'activer un point de regroupement de ressortissants et de renseigner sur le pont De Gaulle.

Elle a pris part à des tournées de province, des escortes de convoi logistique vers le nord ou San Pedro (66).

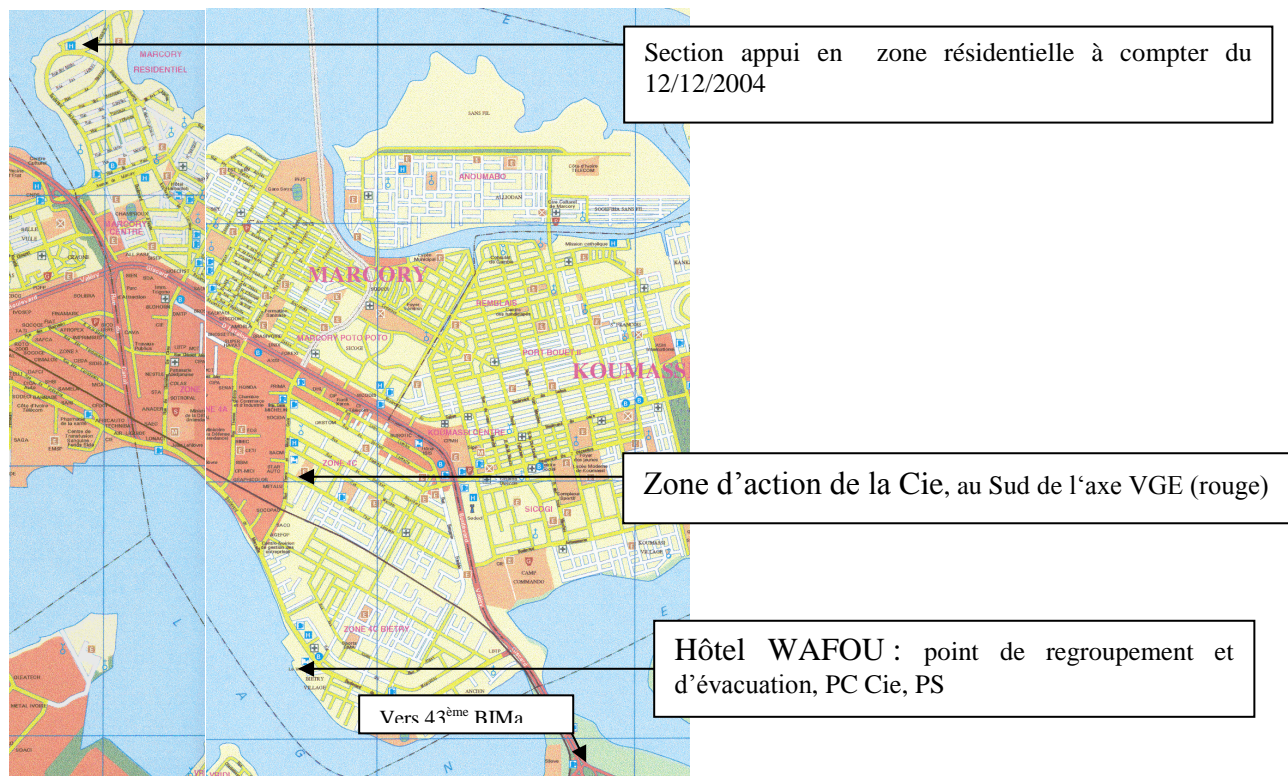


Figure 50: Carte d'Abidjan

Contraintes militaires tactiques et environnementales :

- Le paludisme est une contrainte majeure pour les hommes dans cette région du globe, la sensibilisation est très importante mais il est vrai que prendre son traitement quotidien pendant et en retour de mission est une nécessité pas toujours correctement appliquée par les hommes. De plus des insecticides et des moustiquaires adaptées s'avèrent nécessaire et ne sont pas toujours en dotation. La contrainte opérationnelle des premières semaines a entraîné une difficulté d'application de toutes les mesures de prévention qui ont abouti à 8 cas de paludisme.
- Le contexte géopolitique à l'arrivée du 2^{ème} REP est complexe, la tension remonte et des signes indiquent que les deux camps désirent en découdre à nouveau.
- La compagnie du REP est mise en alerte avec un très court préavis (alerte à 20h00 départ du camp 5h30 du matin).

Effectif global et de l'équipe médicale :

Organisation santé du GTIA guépard :

- Médecin chef en zone 4C au niveau du PC.
- Deux postes de secours Cie avec deux équipes médicales à 1/1/3 en zone 4c (2^{ème} REP) et 1/1/5 sur Marcory (126^{ème} RI). L'ensemble est subordonné au COM SANTE LICORNE présent sur le PCIAT au 43^{ème} BIMa.

Effectif 2^{ème} REP :

- 1 poste de secours (1/1/3). MED Aigle - médecin adjoint du 2^{ème} REP, un infirmier diplômé d'état et 3 auxiliaires sanitaires avec formation : CFAPSE, CTE 12 santé.

Cette équipe médicale est complétée par un auxiliaire sanitaire dans chaque section de combat (avec la même formation) : soit un total de 7 auxiliaires sanitaires compétant, renforçant ainsi la capacité santé de la compagnie.

La mission assignée au service de santé consiste à assurer le soutien médical de Rôle 1 de la 4^{ème} Cie du 2^{ème} REP (138 personnels), puis à compter du 9 décembre de prendre part à l'activité médicale du Service médicale d'unité du 43^{ème} BIMa, tout en gardant la possibilité d'intervenir à tout moment au profit de la Cie (66).

Matériel santé :

Moyens EVASAN :

- Un VLRA SAN (Figure 45) à compter du 9 décembre. Evacuation par voie routière sur le BIMa réalisable en 15 minutes.
- Evacuations HM sur le GMC de Toumbokro possibles à tout moment par Hélicoptère puma EVASAN basé à Bouaké.
- Evacuation systématique vers la métropole pour poursuite de la prise en charge.

Trousse Santé :

- Lot de Projection Initial mise en place à Calvi dans le cadre de l'alerte guépard, LPI optimisé par l'infirmerie du 2^{ème} REP avant le départ.
- Poste de secours situé à l'hôtel WAFOU (Figure 50). Il compte deux lits d'hospitalisations. La DZ se trouve à l'extérieure de l'hôtel à une distance de 400m.
- Une trousse individuelle type « Para/Commando Modèle II/93 », sans morphine pour chaque légionnaire.

Ravitaillement :

Pas de problème d'approvisionnement.

Bilan santé :

EVASAN :

Un RAPASAN le 10 janvier sur la métropole suite à une entorse grave de la tibio-péronière inférieure nécessitant une immobilisation de 5 semaines.

Etat des Pertes (66):

- 141 consultations dont 8 cas de paludisme.
- Il est à noter un nombre relativement important de consultations dentaires : 31 sur le mandat
- 1 RAPASAN
- 14 patients infirmisés pour un total de 51 jours d'hospitalisation.
- 574 consultations au profit du 43^{ème} BIMA: 452 militaires et 122 civils (familles et employés)
- 1 EVASAN HM au profit d'un personnel de l'ONUCL.

Pertes ennemies :

Néant dans ce contexte de force d'interposition

Action humanitaire :

Participation à une RESEVAC de grande envergure avec entre 3000 et 5000 civils voulant se faire évacuer dans la première semaine surtout. Nombreuses consultations médicales et conseils par l'équipe santé (66) (69).

Commentaires :

L'activité médicale variée et la réalisation de permanences ont été très riches pour tous mais plus particulièrement pour les auxiliaires sanitaires permettant d'élever sensiblement leur niveau technique. La participation à la RESEVAC a été bien gérée par le détachement et le soutien médical a été présent.

La dotation médicale apparaît satisfaisante mais quelques propositions d'amélioration sont émises. Du côté de la lutte anti-vectorielle, en plus des insecticides, il faudrait doter les Cies d'alerte guépard d'un lot de moustiquaires réellement utilisables sur le terrain dans des conditions d'engagements initiales difficiles avec pour objectif une meilleure autonomie du détachement en terme de lutte anti-vectorielle (notamment en cas de retard logistique quasiment constant dans les premières semaines).

Du côté du nouveau LPI (66) : même si sa constitution apparaît convenable, quelques ajustements de sa dotation ont été réalisés à Calvi avant le départ :

- la dotation en médicaments PO a été augmentée (antalgiques notamment)
- rajout d'un lot d'attelles d'immobilisations, de solutés de remplissages,
- 10 kits de drainages sus pubien retirés car inadaptés à l'activité.
- Nécessaire de prise en charge type des brûlures type brulstop ajouté car manquants dans la constitution du LPI.

Le reste du contenu apparaissait adapté et en quantité suffisante. En revanche, le réagencement du LPI en trois caisses résines largables apparaîtrait plus adapté à une dotation Guépard.

3. Opération « BAMARA » - RCA - 20 novembre au 20 décembre 2006 :

Type d'Opération :

L'opération « BOALI » est une opération menée en République centrafricaine par l'armée française. Lancée en octobre 2002, cette opération a perduré tout au long des différentes guerres civiles en Centrafrique, et s'est terminée fin 2013 pour laisser place à l'Opération SANGARIS.

En octobre 2002, au cours des événements de la première guerre civile centrafricaine, la France lance une opération militaire visant à encadrer la formation militaire de l'armée centrafricaine. Deux-cents hommes sont en moyenne présents.

Les missions de « BOALI » ont évolué au fil de temps mais les objectifs principaux sont la protection des ressortissants français et l'instruction opérationnelle des unités des FACA.

En octobre 2006, le mouvement rebelle UFDR déclenche une offensive vers le Sud à partir de la région de Birao (prise le 30 octobre) et s'empare de la localité de Ouandja Djalé (150 km au sud de Birao) pour pousser ensuite vers Bria et ouvrir la route vers Bangui. Dès le 19 novembre 2006, sur demande des autorités centrafricaines, le détachement Boali et des moyens aériens en provenance des bases pré positionnées ont mené des missions de reconnaissance afin d'évaluer précisément la situation dans le Nord-Est du pays (70).

Des unités françaises du Guépard et des forces pré positionnées au Gabon (PC tactico opératif à Bangui, groupement de GCP, compagnie d'infanterie) sont envoyées en renfort en RCA afin de stopper l'offensive de l'UFDR. Le détachement guépard du GCP de la 11^{ème} brigade parachutiste est composé de 28 personnels (2^{ème} REP, 8^{ème} RPIMa, 1^{er} RHP, 17^{ème} RGP et commandement) dont 6 commandos et un médecin qualifié chuteur opérationnel sont issus du 2^{ème} REP. Sa mission est le soutien en DAO de la compagnie de FACA dont la mission est de réaliser une reconnaissance offensive sur plus de 500 km pour reconquérir le territoire aux rebelles dans la région Est du pays de Bria à Birao (68). Cette opération porte le nom de « BAMARA ».

Les militaires français appuient donc à partir de fin novembre les FACA et la FOMUC dans la ville de Birao (ville de 18 000 habitants située à 850 km au Nord de Bangui et dotée d'un aéroport, infrastructure stratégique dans la région).

Dès le 27 novembre, un avion de transport tactique assure le transport d'unités FACA et FOMUC vers Birao. L'unité des FACA reprend le contrôle de Birao et de son aéroport.

Le lendemain, bénéficiant d'une assistance opérationnelle française par le GCP, des unités centrafricaines et de la FOMUC ont commencé leur reconnaissance offensive sur la direction Bria-Birao leur permettant de reprendre le contrôle des localités de Mouka le 29 novembre, de Ouadda et de N'Délé le 30 novembre.

Le 10 décembre, après plusieurs séries de combats brefs et violents, une dernière localité, Ouanda Djalle est reprise aux combattants de l'UFDR.

Lors de ces combats, alors que les DAO (composés de membres des groupes de commandos parachutistes) progressaient en deuxième échelon conformément aux règles d'engagement, ils ont dû à plusieurs reprises utiliser de l'armement lourd dont disposaient les FACA, notamment des mortiers de 60 et de 82 mm de fabrication chinoise. Ces actions ont permis de rétablir la situation et de prendre l'ascendant sur des adversaires peu manœuvriers mais déterminés, composés de bandes rebelles transportées par des véhicules de type Toyota, armées de Kalachnikov, de lance-roquettes RPG et de mitrailleuses 14,5 mm (68).

Dans ces combats en savane arborée, en brousse et dans les villages du nord de la RCA un sous-officier des GCP du 2^{ème} REP a été grièvement blessé par le tir d'une roquette RPG-7.



Figure 51: Carte de la RCA, offensive vers Birao

Contraintes militaires tactiques et environnementales :

- Le pays est une nouvelles fois en proie à la guerre civile, une partie du territoire est conquis par les rebelles. En revanche, le climat est relativement clément à cette époque de l'année mais les pistes sont très dégradées d'où une vitesse de progression lente.
- Opération montée dans le secret avec comme corolaire une situation tactique et une mission inconnue avant la mise en place sur le territoire (action couplée avec les Forces spéciales dans le cadre général de la reconquête du territoire).
- Environnement hostile car une partie du territoire est occupé par les rebelles, disparition de la population dans les villages.
- Isolement majeur du détachement avec délais d'évacuation estimé à plus de 6 heures sur l'ACA du Tchad par HM type Caracal puis avion de transport tactique.
- Nécessité de planification par l'équipe médicale, dès la situation tactique connue afin d'optimiser les prises en charge et bien identifier la chaîne d'évacuation médicale.
- La RCA est composée de quatre grands types de terrains : la savane sèche avec épineux au Nord Est, la savane au centre, la forêt dense équatoriale et les fleuves au Sud, les zones urbaines des grandes villes. La région des trois frontières est une zone clef pour les différents mouvements rebelles depuis 2005. C'est de là que sont venues les offensives principales en direction du Sud en novembre 2006, 2007, 2010, 2012 et 2013. Les périodes de combats correspondent généralement à la saison sèche qui s'étend de novembre à avril, le mois le plus sec étant décembre et le plus humide juillet. Pendant la saison des pluies, les pistes en latérite qui constituent 95 % du réseau routier centrafricain sont difficilement praticables et les aérodromes en latérite sont aussi plus délicats à emprunter (68).

Effectif de l'équipe médicale :

1/0/4 avec le MP AIGLE, il n'y avait pas d'infirmier disponible sur la brigade en raison des délais très courts de déclenchement de l'alerte, mais seulement un auxiliaire sanitaire par équipe (4 au total dont le niveau n'est pas connu au début de la mission).



Figure 52: HM type Caracal

Matériel santé :

Moyens EVASAN :

EVASAN effectuable par HM des FS pour la première partie de l'évacuation puis retour sur un aérodrome puis transfert par ATT vers le Tchad par un médecin convoyeur venu de Bangui.

Pas de véhicule santé dédié.

Trousse Santé :

-Un Lot de Projection Initial (LPI) à 6 caisses immédiatement remanié pour des contraintes majeures de poids/volume. Il est ramené à 4 caisses dans le VLRA de commandement.

Il est organisé en une caisse de soins courant (la caisse médicament per os), une caisse de première urgence avec les matériels d'urgences pour traitement des blessés de guerre (dont le Propaq®) et deux caisses en fond de VLRA pour le rechargement.

- Une trousse médicale par personnel santé
- Une bouteille d'oxygène et un complément santé en plus pré positionné dans chaque véhicule
- Une « trousse para commando modèle 93 bis » pour chaque homme.

Ravitaillement :

Absence de ravitaillement possible hormis lors des transferts via EVASAN. Un petit recomplètement par livraison par air (LPA) a été possible le 2 décembre.

Bilan santé :

EVASAN :

Une EVASAN par avion type « cessna » , une EVASAN par HM

Etat des Pertes :

-1 mort chez les FACA, 7 blessés FACA dont 2 sérieux (polycrissage suite à une explosion de RPG-7) ayant nécessité une EVASAN par avion type « cessna » le lendemain d'un accrochage.

-1 blessé très grave des GCP du 2^{ème} REP (polycrissage et hémorragie massives des deux jambes par balle).

Pertes ennemies :

-1 rebelle blessé pris en charge sur place (fracture du fémur gauche par balle, fracture du poignet droit par balle, plaie séton de la cuisse gauche).

Total des pertes inconnu. 1 mort retrouvé sur le terrain

Action humanitaire :

Prise en charge de nombreux civils, victimes d'exactions de la part des rebelles (crush syndrome par lien trop serrés, brûlure volontaire de sein chez une femme, plaie par balle, torture par coups de fouet...).

Commentaires :

Mission typique d'un commando parachutiste en situation isolée.

La contrainte médicale fut lourde, en effet, l'équipe médicale ne disposait que de peu de matériel, de plus l'isolement géographique important rend nécessaire la planification optimale des EVASAN car les délais très longs doivent être pris en compte.

Bien que le sauvetage au combat n'existe pas encore, l'ensemble des gestes réalisés étaient déjà dans la même lignée. En effet, les personnels des GCP sont très sensibilisés à la question du sauvetage au combat et très bien formés (formation Jedburgh et formation interne régulière).

L'évolution se profile : le soutien médicalisé au plus près des combattants par des médecins formés capables de suivre ce type d'unité. La mise en œuvre d'une chaîne d'EVASAN qui permet d'optimiser les délais d'évacuation avec un médecin lors de chaque étape. Qualité du matériel de réanimation et formation des médecins apparaissent incontournables.

4. Opération « PAMIR XXIII » - Afghanistan - 13 janvier au 14 juillet 2010 :

Type d'Opération :

La guerre d'Afghanistan débute en 2001 à la suite des attaques du 11 septembre. La France y joue un rôle majeur en prenant part à l'ISAF, composante militaire de la coalition sous l'égide de l'OTAN.

Différents éléments français se sont succédés lors de ce conflit. La Task Force La Fayette, regroupant les forces françaises en Afghanistan fut créée le 1^{er} novembre 2009 dans le cadre de la réorganisation du dispositif français en Afghanistan. Elle sera dissoute le 25 novembre 2012.

Elle rassemble la majeure partie des unités de combat engagées au sein de l'ISAF. Agissant au sein de l'ISAF, elle est placée sous commandement du Regional Command East. Son état-major est implanté sur la base opérationnelle avancée de Nijrab et elle a pour zone de responsabilité le district de Surobi au Sud et la province de Kapisa au Nord (Figure 54).

A ce titre, elle comprend deux groupements tactiques interarmes (GTIA Surobi et GTIA Kapisa), et un bataillon d'hélicoptères, le BG Mousquetaire.



Figure 53: Carte de l’Afghanistan avec vue détaillée du secteur de le TFLF



Figure 54: Carte détaillée du secteur de le TFLF

Chaque GTIA, également appelé Battle Group se compose de 2 à 3 compagnies de combat issues de régiments d'infanterie renforcé d'unités d'autres armes (cavalerie, génie, artillerie). Le BG Altor (GTIA Surobi) engagé en Afghanistan du 13 janvier au 14 juillet 2010 est commandé par le colonel Bellot des Minières, chef de corps du 2^{ème} REP.

La majeure partie des éléments du GTIA est issue du 2^{ème} REP (487 hommes), le reste provient principalement d'autres unités de la 11^{ème} BP.

Durant ce mandat, le GTIA a mené 45 opérations de contrôle de zone, contribuant d'une part à la sécurisation des vallées d'Uzbeen, de Tagab et de Métharlam, et d'autre part à la désorganisation de réseaux logistiques et de commandement insurgés.

De plus, de nombreuses actions de combat ont été menées et ont permis d'infliger de lourdes pertes à l'ennemi et de saisir de nombreuses armes et munitions.

Plusieurs opérations majeures ont marquées ce mandat : opération « Citadelle-Synapse » du 28 février au 8 mars, « Gregale » du 22 au 27 mars et « Sentinelle » du 5 au 14 avril. « Colomba », du 3 au 7 mai, « Niolu » du 23 au 25 mai et « Incudine » du 16 au 18 juin 2010.

À de nombreuses reprises, les équipes de secours ont été amenées à médicaliser à l'avant un certain nombre de blessés au combat.

Contraintes militaires tactiques et environnementales :

- Là encore, comme pour de nombreux conflits auxquels le 2^{ème} REP a participé, la nature des opérations menées et le poids du matériel et des équipements nécessitent une bonne condition physique pour chaque homme.
- En Afghanistan, le fantassin est gêné dans ses déplacements et pour combattre par son gilet par balle lourd et encombrant.
- La sécurisation rendait les EVS difficile (compartiment de terrain cloisonné).
- L'Afghanistan est baigné dans un contexte de guérilla comme le régiment a pu en rencontrer en Indochine ou en Algérie, de nombreux accrochages au cours desquels l'engagement est de plus en plus intense au fur et à mesure de l'avancée du conflit. Plus d'une centaine d'accrochages ont été rapportés dans le journal de marche des opérations durant le mandat de la Task Force Altor (69).
- De plus ces faces à faces directs avec l'ennemi ont principalement lieu en terrains urbains propices aux talibans et où l'évacuation des troupes et plus particulièrement des blessés s'avère difficile.

- Outre les combats par arme à feu, l'Afghanistan a pour notoriété d'être couvert par les IED qui constituent la cause dominante de blessures mortelles en Afghanistan. Les patrouilles et les évacuations sanitaires par voie routière sont alors la cible de ces pièges routiers ainsi que des tirs.

Effectif global et de l'équipe médicale :

Le soutien santé du GTIA SUROBI est articulé autour de 3 points qui sont la FOB Tora et les Cop Rocco et Hutnik (ex-COP 46).

- 6 postes médicaux sont déployés : 3 à Tora (CCL : 1/2/5 ; 3^{ème} Cie : 1/1/3+4 ; EMM: 1/1/2), 2 à Rocco (2^{ème} Cie : 1/1/3+4 ; EMM : 1/1/2) et 1 à Hutnik (Escadron : 1/1/4). Chaque Cie étant soutenue par son poste médical avec une permanence médicale sur chaque poste.
- 1 auxiliaire sanitaire par section d'infanterie, formé au SC2.
- Chaque équipe santé a pour but de ramasser les blessés et de les évacuer sur la FOB ou les rôles 2 (Kaia et Bagram) via un hélicoptère médicalisé (69).

Matériel santé :

Moyens EVASAN :

EVASAN par voie routière assurée par VAB sanitaire (Figure 47) ou par voie aérienne par HM type Caracal (Figure 52).

Trousse Santé :

- Chaque combattant dispose de sa TIC (70):
 - contenu de base : pansements, garrot « tourniquet » (71), sparadrap, compresses, trois dosettes de Chlorhexidine® et une de morphine ;
 - en option, un lot de perfusion, sur décision du médecin de théâtre.
 - en complément : une couverture de survie et gants à usage unique.



Figure 55: Trousse Individuelle du Combattant

- Trousse Auxiliaire sanitaire :

- Pansement hémostatique divers
- Kit de perfusion intraveineuse et intra osseuse
- Valve d'Asherman
- Kit de coniotomie
- Soluté de remplissage SSH
- Aiguille pour exsufflation pneumothorax.

- Chaque UE dispose d'un PM (1/1/3) avec dotation PS 05 et VAB Sanitaire (Figure 47).
- 1 EMM (1/1/2) en réserve d'intervention à la FOB Tora
- 1 PM (1/1/2) au COP Rocco
- Rôle 2 sur Kaia ou Bagram.

Ravitaillement :

Régulier et complet

Bilan santé:

EVASAN :

Dix-sept blessés ont été évacués par voie hélicoptérée vers une structure de Rôle 3. Cinq blessés par balle ou criblés ont été traités au niveau du Rôle 1, dans le COP, du fait de lésions superficielles.

Les évacuations des blessés français se sont toutes opérées par des vecteurs français bénéficiant ainsi d'une médicalisation présente à bord du Caracal. Quant aux militaires afghans, deux ont été transportés par des hélicoptères français et quatre par des hélicoptères Blackhawk MEDEVAC américains qui ne bénéficient que de la présence de paramédicaux.

Sur les 15 blessés français, 10 (dont 3 décédés) ont bénéficié d'un rapatriement sanitaire vers la métropole dont une Stratevac par Falcon (69).

Etat des Pertes :

Battle Group ALTOR:

- Décès au combat: 3 dont 1 sergent et 1 caporal du 2^{ème} REP. Taux de KIA: 0,4 %
- Blessés au combat : 12 dont 0/5/5 du 2^{ème} REP et 10 rapatriés. Taux de WIA : 1,5 %
- Blessés par accident : 8 dont 0/3/3 du 2^{ème} REP, 6 rapatriés.
- Hospitalisés pour cause de maladie : 7.

ANA :

- 7 blessés au combat dont un traducteur.

Pertes ennemies :

Inconnu

Action humanitaire :

De manière journalière, dans les PS, des soins aux populations et la prise en charge de blessures de guerre et d'accidents (dont beaucoup d'enfants).

Commentaires :

Le 2^{ème} REP a lors de ce mandat été une unité particulièrement performante, reconnue pour sa maîtrise au feu et sa technique privilégiant la manœuvre à la destruction, a fait preuve de forces morales exemplaires et de qualités tactiques remarquables pour contribuer à la neutralisation des cellules insurgées dans sa zone d'opérations (72).

L'activité médicale fût très réduite pendant tout le mandat. Ceci est dû principalement au bon entraînement des hommes, à leur très bonne condition physique ainsi qu'à leur grande force morale. Lors des phases de combat, la médicalisation de l'avant s'est renforcée par une capacité accrue des soldats et auxiliaires sanitaires à effectuer les gestes de sauvetage au combat grâce aux formations de sauvetage au combat (SC1, 2,3).

Pour obtenir un maillage sanitaire (69), c'est-à-dire un soutien santé de qualité dans toutes les situations, il a fallu adapter les effectifs au sein des compagnies. Ce maillage sanitaire pendant le mandat PAMIR XXIII n'a pu être réalisable que grâce à une décision du chef de corps qui a autorisé la transformation de postes de grenadiers voltigeurs en auxiliaires sanitaires d'où des effectifs de 7 (3+4) auxiliaires sanitaires en compagnie de combat. Tout étant réalisé à enveloppe constante, la création de ces postes d'auxiliaires sanitaires s'est faite au détriment de « simples » combattants.

En effet, il est primordial de disséminer les équipes médicales au sein des unités combattantes car la localisation des blessés est impossible à prévoir en raison de l'absence de ligne de front clairement définie et des combats de guérilla qui rendent nécessaire une mise en condition des blessés sous le feu. Heureusement, cette médicalisation de l'avant s'est renforcée ces dernières années par une capacité accrue des soldats à effectuer les gestes salvateurs à l'avant.

5. Opération « SERVAL » - Mali - 27 janvier au 20 avril 2013:

Type d'opération :

L'intervention militaire au Mali est une opération militaire multinationale qui se déroula du 11 janvier 2013 au 15 juillet 2014 et fut dénommée « SERVAL ».

Elle a pour but d'apporter une aide à « reconstituer la capacité des forces armées maliennes » pour permettre aux autorités de reprendre le contrôle des zones du nord de son territoire, tout en préservant la population civile.

Depuis le 17 janvier 2012, un conflit armé oppose dans le nord du Mali l'armée malienne aux rebelles Touaregs du MNLA et au mouvement salafiste Ansar Dine, alliés à d'autres mouvements islamistes. Le MNLA revendique l'autodétermination et l'indépendance de l'Azawad qui correspond aux trois régions maliennes de Kidal, Tombouctou et Gao. Le gouvernement malien refuse ces revendications, défendant l'intégrité du territoire malien. Le mouvement Ansar Dine défend, lui, l'instauration d'une république islamique avec l'application de la charia.

AQMI joue également un rôle important dans l'insurrection malienne. Leurs intérêts convergents amènent Ansar Dine à rencontrer ses principaux dirigeants en mai 2012 à Tombouctou. Cette alliance stratégique entre groupes islamistes exclut les rebelles Touaregs et octroie aux djihadistes le contrôle des principales villes de l'Azawad, où la loi islamique est instaurée.



Figure 56: Carte du Mali avec au Nord l'Azawad (Tombouctou, Kidal, Gao)

Le 11 janvier 2013, l'intervention de la France est annoncée, aux côtés de ses partenaires africains, à la demande des autorités maliennes, dans le cadre des résolutions du Conseil de sécurité des Nations unies.

Dans la nuit du 27 au 28 janvier, les 600 militaires du GTIA 21^{ème} RIMA, prennent le contrôle de l'aéroport international de Tombouctou ainsi que des accès de la ville.

Ils sont précédés par le très médiatisé parachutage sur Tombouctou de 250 légionnaires du 2^{ème} REP (73) (formé d'un petit état-major sous les ordres du chef de corps, de la 2^e Compagnie, renforcée par une section de la 1^{re} Compagnie, et d'une partie de la CEA (SAC, GCP)). Les légionnaires du 2^{ème} REP ont décollé d'Abidjan à bord de 5 avions de transport tactique (C-130 Hercules et C-160 Transall), lesquels ont atteint leur objectif après 4h30 de vol. Là, les parachutistes ont été largués de nuit, à 300 mètres d'altitude et à 3 km au nord de Tombouctou.



Figure 57: saut sur Tombouctou, filmé depuis un drone Harfang

Les légionnaires ont ensuite fait la jonction avec le Groupement tactique interarmes (GTIA) 21^{ème} RIMa, venu du sud, afin d'encercler Tombouctou.

Dans une deuxième phase des opérations, le GTIA TAP, composé d'une compagnie du 1^{er} RCP, de trois compagnies du 2^{ème} REP (la 2, la 3 et la CEA) et d'un EMT, a pour mission de s'emparer des vallées qui sillonnent d'est en ouest l'Adrar des Ifoghas (massif montagneux situé dans le Nord-Est du Mali et dans le Sud de l'Algérie). Les forces des islamistes qui défendent la zone ne sont pas connues avec précision, mais sont estimées à 400 à 600 combattants.

Le détachement du 2^{ème} REP participe à plusieurs opérations au cours de l'offensive franco-tchadienne, baptisée opération « PANTHERE », visant en particulier à prendre le contrôle de l'Adrar Tirgharghar (Figure 58), base principale d'Al-Qaida au Maghreb islamique au Mali (74) :

- L'opération « PANTHERE 1 » qui a eu lieu le 16 février immédiatement au Nord d'Amététaï avait pour objectif de se familiariser avec le milieu et a permis la découverte d'un poste avec sonnettes.
- L'opération « PANTHERE 4 » du 19 au 21 février consistait en la fouille d'un village à l'ouest de l'Amététaï et devait permettre, sur renseignement, de surprendre une réunion de chefs. Au cours de la reconnaissance d'un plot logistique, les troupes

françaises ont rencontré un ennemi en défense ferme dont une vingtaine a pu être abattue.

- L'opération « PANTHERE 3 » (74), débute le 23 février, au cours de laquelle il lui faut reconnaître et sécuriser une vallée plus au sud de Tessalit et permettre ainsi le passage des GTIA motorisés. Les islamistes sont retranchés dans la vallée de l'Amététaï, située au nord de l'Adrar de Tirgharghar. Les Français déploient le GTIA 3 au sud-ouest de la vallée, près d'Aguel'hoc. Au nord, les forces tchadiennes sortent de Tessalit, longent la frontière algérienne puis avancent vers le sud où ils engagent le combat le 22 février au nord-est de la vallée. Les forces françaises du GTIA TAP (troupes aéroportées) effectuent une manœuvre pour attaquer par le nord. 500 parachutistes traversent l'Adrar par les lignes de crête lors d'une marche de cinq à six jours. Cette infiltration surprend complètement les islamistes et s'avère décisive dans la conquête de la vallée.

- La mission « PANTHERE 6 » : le régiment doit s'emparer du village d'Amététaï et contrôler la vallée de Terz tenue alors par des djihadistes lourdement armés et correctement installés. Les blindés du GTIA3 sont censés entrer dans le Terz par l'ouest tandis que les paras du GTIA TAP emprunteront au nord un itinéraire à pied repéré par satellite. Ceux qui déboucheront les premiers dans la vallée appuieront les autres dans leur progression. L'entrée ouest du Terz, qui n'avait encore été observée que via des photos satellite, se révèle massivement obstruée de rochers. Le passage en est tellement réduit que le danger de pièges est jugé très élevé. La vallée étant plus encaissée que l'Amététaï, la progression est plus prudente, mais dès les premiers kilomètres, les lieux se révèlent déserts. Mais la menace IED se confirme avec la destruction d'un char AMX10 RC sur une « pressure plate », au cours de laquelle le conducteur est décédé et le reste de l'équipage a été blessé. La découverte par la 3^{ème} compagnie du 2^{ème} REP de postes de combat sur les falaises dominant l'entrée ouest, que le GTIA3 devait emprunter, suggère que le Terz aurait dû être défendu (74).

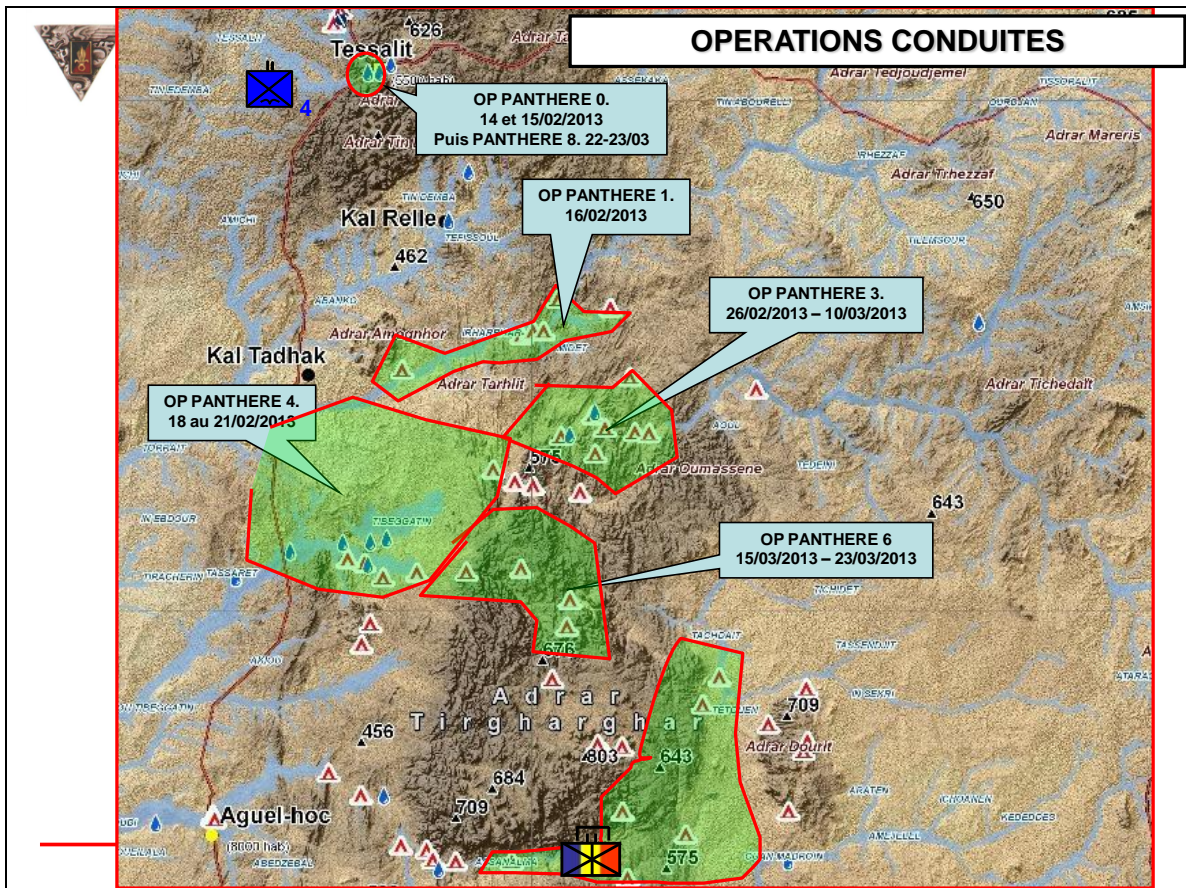


Figure 58: Adrar Tirgharghar

Au cours de l'opération « PANTHERE 8 », après des renseignements indiquant la présence d'une autorité djihadiste réfugiée dans une école coranique du village de Tessalit, à proximité de la FOB, ordre est donné de pénétrer de nuit dans le village et d'exfiltrer la cible (74). Malgré une fouille minutieuse de l'école, aucune arrestation n'est effectuée.

Contraintes militaires, tactiques et environnementales :

- Le positionnement sur Tessalit s'est fait en 2 vagues pour le 2^{ème} REP :
 - le détachement qui avait sauté sur Tombouctou avait été placé en République de Côte d'Ivoire (RCI) en réserve d'intervention. Il a de nouveau été projeté au nord du Mali en vue de ces opérations (74).
 - la 3^{ème} compagnie arrivant au terme de sa mission de courte durée au Gabon est de nouveau déclenchée en « Guépard » la veille de son retour en France sans notion de lieu ni de durée. La mission à venir restera pendant plusieurs jours inconnue puisque

c'est au Niger, alors que tous les scénarios de projection sont échafaudés, que le cadre de la mission lui est donné.

- Au cours de ces missions dans l'Adrar des Ifoghas, la mise en place et le désengagement sont longs et laborieux, avec entre 10h et 14h de transport, serrés à l'arrière d'un TRM 8000 dans le meilleur des cas mais quelques fois sur la plateforme d'un TRM 10000, au soleil et à la poussière. Avant même le début de la mission, les soldats sont déshydratés et harassés.



Figure 59: TRM 10000 dans l'Adrar des Ifoghas

- Pour des raisons tactiques évidentes, l'ensemble des opérations effectuées par le GTIA se fera à pied. La progression se fait principalement de jour car le terrain est accidenté et rend les marches de nuit hautement traumatogènes.

- A la tombée du jour, le temps est mis à profit pour ravitailler les compagnies en eau et rations. Les vivres sont déposés par les hélicoptères en raison de l'élongation avec le camp de Tessalit. Pour chaque légionnaire, il est alloué 5 bouteilles de 1,5 litre (dans le meilleur des cas) et une ration de combat.

- La température peut atteindre la journée 60° tandis qu'elle chute fortement la nuit avec quelques fois des nuits frôlant le 0°.

- Les légionnaires, outre leur matériel de vie, leur gilet pare-balles et leur FAMAS, portent les armes d'appui (missile MILAN, mitrailleuse 12,7mm et munitions). L'équipe médicale est également lourdement chargée puisqu'elle doit subvenir à toutes éventualités ... mais sans la promesse d'un ravitaillement et sans jamais avoir l'assurance d'un délai d'évacuation.

- La progression se fait initialement sur 2 fuseaux, obligeant une adaptation des équipes médicales, facilitée néanmoins par la présence dans chaque section d'un combattant auxiliaire sanitaire.

- AQMI bénéficiait également d'une chaîne logistique complète et s'approvisionnait depuis les pays voisins via un trafic permanent leur permettant d'être équipé d'un armement en bon état et de tous calibres (incluant des missiles sol-air SA7), d'une importante quantité de

munitions, de moyens informatiques et de communication satellitaires, et même de médicaments (test de diagnostic rapide pour le paludisme retrouvé dans les caches).

- La présence d'IED complique la progression et rend obligatoire la reconnaissance d'axe par les sapeurs.

Effectif de l'équipe médicale :

Chaque compagnie de combat bénéficiait d'une équipe médicale à 1/1/2, renforcée d'un auxiliaire sanitaire par section :

- le médecin en chef Thibaudin pour la 2^{ème} compagnie
- le médecin Cavalier pour la 3^{ème} compagnie
- le médecin principal Petit (du 1^{er} RCP) pour la CEA

Matériel santé :

Moyens EVASAN :

La piste de l'aéroport est fonctionnelle et permet les EVASAN par C-130 EVS. Les aéronefs disponibles (HM) permettront au cours des missions de réaliser les évacuations du rôle I (au front) au rôle II (sur Tessalit) dans des délais raisonnables.

Pas de véhicule santé dédié.

Trousse Santé :

L'équipe médicale de la 3^{ème} Compagnie est partie du Gabon, sans connaître sa mission avec un LPI qu'il a fallu modifier pour parer à toutes les éventualités tactiques : motorisé ou non ?

Mise en place par hélicoptère ? Parachutage ? Durée ?

La 2^{ème} Compagnie et la CEA disposaient également d'un LPI.

Au cours des opérations « PANTHERE », le matériel emporté a donc dû être soigneusement sélectionné pour ne pas surcharger les hommes déjà lourdement équipés. Par ailleurs, outre le choix des matériels, il a fallu réfléchir au dispatching au sein même de l'équipe. Ainsi, au vue

des risques de l'opération et de l'élongation importante, les matériels emportés étaient par équipe santé :

- deux lots de réanimation comportant un plateau d'intubation, un BAVU, les drogues de sédation (Midazolam, Ketamine, Sufentanyl, Etomidate), en adaptant au fait qu'il était impossible de transporter un respirateur, un pousse seringue ou de l'oxygène.
 - Pour chacun membre de l'équipe médicale un ampoulier simplifié (en plus de celui du médecin et de l'infirmier) avec l'Adrénaline, l'Exacyl™, la Ketamine et la Morphine.
 - Un brancard semi-rigide de type FOXTROT litter™
 - Un kit d'immobilisation avec un collier cervical rigide, attelle de jambe, attelles métallo-textiles mais surtout ceinture pelvienne.
 - Des kits de diagnostic rapide pour le paludisme
 - Une quantité importante de kit de perfusion (5 à 10 litres chacun)
 - L'équipement standard enseigné au SC2
- Chaque combattant dispose de sa TIC (Figure 55)

Ravitaillement :

Aucun ravitaillement sanitaire n'a pu avoir lieu.

Bilan santé :

EVASAN :

Environ une dizaine d'EVASAN HM et autant d'EVASAN par VAB PC



Figure 60: EVASAN par HM dans l'Adrar des Ifoghas

Etat des Pertes :

-La compagnie du 1^{er} RCP a déplorée dans les premiers jours un décès puis a été désengagée à la moitié de l'opération, car plus du quart de son effectif avait été évacué.

-Dans les rangs du 2^{ème} REP :

- Un décès lors des premières opérations, avec l'équipe GCP

- Aucun blessé grave mais :

 - De nombreuses déshydratations extrêmes (difficiles à gérer en l'absence d'ombre),

 - Des entorses de cheville,

 - Des pathologies cutanées après 2 semaines sans se laver (érysipèle débutant, piqûres d'insecte, mycoses surinfectées).

 - Des blessés par balle stoppés par les effets balistiques (un au casque, deux sur la CIRAS)

Pertes ennemies :

Dans les rangs ennemis, le bilan est lourd :

- Aucun prisonnier blessé
- 124 ennemis KIA

Action humanitaire :

Néant

Commentaires :

Mission idéale pour un médecin d'unité, mais opération très contraignante compte tenue de l'isolement géographique, des contraintes climatiques et physiques.

Tout l'enjeu pour dimensionner le soutien de cette mission a été d'identifier clairement les risques et d'adapter les moyens, tout en gardant à l'esprit la contrainte majeure : tout ce qui devait être pris devait être porté sur le dos.

Cette préparation de mission doit être replacée dans le contexte : la veille de l'opération « PANTHERE 3 », dans cette même vallée, les Tchadiens, pourtant entraînés et correctement armés ont comptés dans leur rang plus d'une vingtaine de mort et une soixantaine de blessés ... sur une même journée. Leur prise en charge et leur évacuation a été rendue possible par la présence dans le détachement de FS.

Cette opération a été très éprouvante pour la troupe, du fait du nombre de kilomètres quotidiens parcourus, avec le port des sacs, l'absence de ravitaillement en eau fréquent. Ce dernier point a été pris en considération immédiatement par les hommes du 2^{ème} REP et peu expliquer partiellement le désengagement de la Cie du 1^{er} RCP.

Il ne faut pas négliger les périodes sur la base arrière de Tessalit entre chaque mission au cours desquelles les légionnaires pouvaient se reposer et se remettre en condition mais dans des conditions toujours très rustiques et rudimentaires.

IV. Discussion : Evolution du concept de soutien santé

A. Biais et limites de l'étude :

Malgré l'ensemble des références bibliographiques utilisées pour cette étude, certains biais sont à prendre en compte. En effet, même si l'ensemble de la période d'activité des régiments de légion étrangère parachutiste a été décrite, il a été nécessaire de ne pas prendre en compte l'ensemble des opérations pour une question de faisabilité. Les régiments ayant réalisés plusieurs centaines d'opérations d'envergures variées, en exposer l'ensemble aurait été impossible. Retrouver les données des plus anciennes opérations n'aurait pas forcément été possible et comme cela a été le cas dans le choix des opérations, les informations retrouvées n'auraient pas toutes été complètes et encore moins au niveau de l'échelon santé.

Les données qui résident en grande partie pour les parties Indochine et Algérie dans les archives du SHD sont parfois dans un état de conservation empêchant leur lecture.

Les rapports mensuels du service médical permettent par moment de pallier à ce manque mais ils ne sont pas toujours remplis de manière systématique et rigoureuse ce qui engendre là aussi un biais d'information.

Les récits de certaines opérations sont retracés dans les JMO régimentaires et ont parfois été remplis à distance de ces mêmes opérations engendrant par le fait des choses un biais de mémorisation. On peut citer par exemple la bataille de Dien Bien Phu où les principaux acteurs du soutien santé des unités ont dans le meilleur des cas été internés pendant plusieurs mois dans les terribles camps vietminh et dont le récit à distance a pu de ce fait être incomplet.

De plus, concernant le choix des opérations, il a dans certains cas été réalisé de par la renommée de ces opérations et dans d'autres cas parce que les données étaient suffisamment importantes pour pouvoir être exploitées. Les informations qui ressortent donc de cette étude sont donc à interpréter en fonction de ce contexte d'absence d'exhaustivité des données.

Cette étude doit être considérée comme descriptive et non évaluative ; en effet il apparait compliqué de comparer la médecine de deux époques sachant que les rapports médicaux actuels sont plus détaillés que ceux de nos anciens.

B. Concept d'emploi du SSA dans les TAP :

Tout au long des opérations, on retrouve une place importante de l'équipe médicale au sein du dispositif. Aucune opération d'envergure n'est réalisée sans la présence d'au moins une équipe santé comprenant elle-même au moins un médecin au sein du dispositif.

Le médecin et son PS sont fréquemment présents auprès du PC du détachement (8) (16) (25) (52) (66), où il assure un rôle de conseiller santé d'une part et où il effectue la prise en charge des blessés. Il est le premier maillon médical de la chaîne d'évacuation (6). Il coordonne la manœuvre santé en fonction des demandes du commandement et de l'évolution de la situation (8).

Dans le cadre de la prise en charge et de la mise en condition des blessés, il est tout au long des conflits aidé dans sa tâche par ses infirmiers et brancardiers.

Initialement les sections de combat TAP disposent en général d'au moins un auxiliaire sanitaire ou un infirmier pour assurer les gestes de secours, et à la différence de nombreuses armées étrangères et en particulier l'armée américaine (69), la médicalisation de l'avant, avec intégration d'un binôme médecin-auxiliaire sanitaire ou infirmier-auxiliaire sanitaire au plus près des combattants, est de mise. Cette disposition propre aux unités TAP était différentes des autres bataillons dans lesquelles étaient présents des brancardiers secouristes mais dont l'emploi principal restait celui de fusiliers-voltigeurs (75).

Devant les contraintes qui lui sont imposées dans les unités parachutistes et en particulier celles de légion étrangère, l'équipe médicale a dû s'adapter afin d'être capable d'exercer son activité en tout temps et en tout lieu.

Au fur et à mesure des conflits, le rôle du soutien santé au sein des unités a été affiné, tout d'abord pendant la guerre d'Indochine.

Dès le début de celle-ci, il est défini que le rôle du service de santé de bataillon correspond à la mise en condition du blessé, (anti-hémorragiques, déconnexion neuro-végétative, antalgiques, pansement) et que le médecin n'est indispensable que dans la rédaction de la fiche médicale de l'avant, l'ensemble des gestes de sauvetage sont dévolus aux infirmiers (76).

On y retrouve que le groupe du SSA du bataillon devrait être présent partout où son action est nécessaire, au plus près du blessé. L'effectif serait composé de 24 brancardiers par bataillon, dont 4 brancardiers par compagnie et 8 au niveau du groupement sanitaire du bataillon. De

plus on y retrouverait 8 infirmiers dont 2 sous-officiers. Cet effectif complet permettrait de réaliser un roulement opérationnelle. Chaque compagnie disposerait d'un « infirmier de compagnie » et de 4 brancardiers au sein de la section commandement et d'un « infirmier de section » dans chaque section (soit 4 infirmiers par compagnie).

Il apparaît aussi rapidement que le déploiement du poste de secours n'est dû qu'à des prévisions de dernière heure et l'équipe doit donc être disponibles et opérationnels à tout moment (76).

Par la suite, lors de la guerre d'Algérie, une équipe médicale et un poste de secours était inséré au sein de chaque sous groupement, et évoluait de façon autonome et suffisante (59).

Suite à l'opération « BONITE » et l'arrivée des opérations extérieures, le groupe sanitaire du détachement « Guépard » a été redéfini dans ses fonctions (59) :

- Regrouper les blessés, effectuer le triage, effectuer la réanimation et la mise en condition.
- Participer au ramassage des blessés et soulager les compagnies
- Déterminer le recours à un échelon médical supérieur (traitement chirurgical) ou les moyens d'évacuations nécessaires.

Et sa composition (61):

Son effectif étant adaptable à l'échelle du détachement qu'il soutient :

En général 1/2/3+3 dans le cadre d'un élément de 300 hommes. Les sous-officiers étant des infirmiers confirmés et les hommes du rang prenant rôle selon leur formation d'infirmier ou de brancardier. Chaque personnel est équipé d'une partie de l'équipement technique en plus de son arme et de son paquetage individuel.

Un stock de médicaments adaptable au type d'engagement (53) mais souvent, c'est surtout un aménagement de la dotation initiale en vigueur dans les armées françaises qui est effectué par l'équipe médical du REP (59) (61) (64) (66).

Avec l'évolution des combats et des moyens de mise en œuvre dans les conflits modernes, le soutien des éléments de légion étrangère parachutiste doit sans cesse évoluer, comme on peut le constater dans l'opération « BAMARA » et en Afghanistan où la fonction de l'équipe médicale est poussée à l'extrême avec l'emploi d'un médecin et d'éléments santé au sein de GCP, unités commandos de faibles effectifs. Outre la préparation technique il est nécessaire

pour tout personnel de l'infirmierie de disposer des savoir-faire de base du combattant (tirer, se poster, utiliser les transmissions,...). Ceci est valable y compris pour les infirmiers et les médecins. Ce souci de la condition physique ne doit plus être considéré comme un facteur secondaire mais bien comme une condition indispensable à la projection.

Au sein des unités TAP, de par leur spécificité, l'action des équipes médicales est contrainte par l'environnement tactique et les gestes de sauvetage au combat doivent être adaptés à la situation de combat. Une unité en situation isolée a besoin de chaque homme pour combattre, en effet, selon la méthode SAFE MARCH RYAN (80), face à une situation de combat, il faut d'abord éteindre la menace et se mettre à l'abri avant de prendre en charge le blessé. Il est donc nécessaire pour les hommes de l'équipe médicale d'être des combattants en plus de leur fonction propre.

C. Matériels :

Le matériel joue une part importante dans l'action de l'équipe médicale, tout au long de son existence, l'équipe médicale n'a eu de cesse de chercher à l'améliorer, jouant à maintes reprises, le rôle de précurseur dans ce domaine.

1. Lot de projection initial :

On prend conscience suite à Kolwezi que la logistique médicale ne correspondait pas aux impératifs de mise en place par aérotransport ou parachutage ni aux besoins d'une unité à vocation offensive, loin de tout support (61). Cela a entraîné la réflexion sur une nouvelle dotation en 1979, de lots pour médecins d'unités d'intervention parachutistes (61). Cette nouvelle dotation devant répondre aux besoins immédiat d'une troupe de combat, à savoir la relève et le ramassage des blessés, la réanimation élémentaire et la mise en condition avant évacuation et après un bilan lésionnel (61).

Nombreux sont ceux qui mettent en évidence la nécessité d'un matériel sanitaire spécifique dont le contenu doit être adapté à la traumatologie propre aux TAP et à la pathologie médicale propre à la zone d'intervention pour au moins 48 heures d'autonomie, le tout en respectant un poids volume acceptable (59). Ce matériel devant être conditionné, afin d'être largable, et à

l'avance de manière à être tout de suite disponible (problème pour la première vague et son soutien à Kolwezi). Le médecin devra disposer d'un lot 48 heures et d'un lot de maintenance qui sera largué ultérieurement pour reconstituer le lot initial au cours de l'opération (59).

Le tout conditionné dans des gaines :

- Gaine individuelle modèle E.L 20 ou E.L 22 : contenant soit la moitié d'une trousse de réanimation type TAP soit la trousse spéciale de campagne pour médecin modèle VI/48 soit le contenu d'une trousse pour 10 hommes complétée par un brancard souple ;
- Gaine collective modèle G.C 23 (100 kg) : contenant la dotation de la cantine médico-chirurgicale modèle XVI/48 ainsi que le complément de la trousse de réanimation TAP.

Ce premier échelon sera ensuite complété par un lot de maintenance non largable : 2 caisses aérotransportables (50 kg chacune), contenant un complément d'instruments de petite chirurgie, de réanimation et d'immobilisation, ainsi qu'un complément de pansements, médicaments.

Finalement la dotation apparaît, malgré les améliorations faites, insuffisante, en particulier pour les matériels de réanimation. C'est pourquoi les médecins du 2^{ème} REP n'ont eu de cesse avant chaque mission d'essayer d'y apporter des compléments. (59) (61) (64) (66). Ceci s'explique par l'évolution, au niveau civil, de la prise en charge du blessé grave et sur laquelle les médecins essaient de calquer leur prise en charge (77).

Les médecins du 2^{ème} REP ont joué un rôle majeur dans la révision en 2005 du lot de projection initiale (PS 05), outil performant et modulable, outil performant tout à fait adapté pour les médecins d'unité déclenchés en alerte. Il en sera de même plus récemment avec le PM 14, permettant le soutien de 150 hommes pendant 15 jours. Il contient 1 LPI (1 cantine chirurgie, 1 cantine réanimation, 1 cantine perfusions, 1 cantine injectables, 1 cantine médicaments, 1 cantine pansements, 2 bouteilles O₂, 1 matelas à dépression, 1 sac à dos médical) auxquels s'ajoutent 10 lots de base (Lots médecine – topiques, per os, injectables, matériel, soins (150 hommes / 15 jours chacun), lot gynécologie (15 femmes / 15 jours), lot immobilisation (5 blessés), lot pour brûlés (5 brûlés), lot examen clinique, lot de brancardage).

Le LPI est conditionné pour être parachutable et aérotransportable (1 palette : 1,1 m³, 230 kg).

Neuf lots optionnels (lutte anti vectorielle, accès palustre, décontamination, alités...) sont disponibles.

2. Trousse santé :

Initialement, dans ces unités comme dans toutes les autres de l'armée française est présente la fameuse trousse métallique de l'infirmier de compagnie, lourde, encombrante (Figure 13). Rapidement du fait des réflexions apparaît la nécessité d'une amélioration où chaque infirmier serait doté d'une nouvelle trousse modèle VI/48 pour unités aéroportées. Cette trousse serait en toile et non métallique comme celle alors en dotation afin d'être plus adapté à la spécificité des unités, les dispositifs en verre remplacés par du plastique, le tout fixé par des passants en toile, cette trousse s'ouvrirait à la manière d'un portefeuille. Le tout alliant maniabilité, discrétion et solidité (76). Ces trousse pour infirmier et médecin d'unités d'intervention apparaîtront finalement durant la guerre d'Algérie après avoir été inspiré par l'équipe médicale des BEP présentes en Indochine (76).

Pendant la guerre d'Algérie, peu d'améliorations ont été apportées à ces équipements et, au Tchad et même à Kolwezi, la vétusté du matériel commence à se faire sentir.

C'est donc aussi sur du matériel plus léger que reposent les réflexions secondaires à Kolwezi (61) :

- La trousse de l'infirmier de section est repensée par l'infirmerie et confectionnée par la SEPP du 2^{ème} REP, en toile étanche, compartimentée avec fermeture velcro. De même qu'il en sera fait pour les nouvelles trousse de premiers soins pour groupe de combat, les médicaments injectables sont retirés afin de ne présenter aucun danger de manipulation par des mains profanes. Ces trousse sont allégées.
- Les syrettes de morphine, comprimés d'amphétamine et garrot artériel devraient être retiré de la trousse individuelle para-commando et la morphine remplacée par un antalgique plus maniable (61).

Au début des années 2000, le médecin en chef Le Guen, avec son équipe, met au point dans les compagnies de combat la trousse trinôme (78). Un des trois soldats la détient tandis que les 2 autres portaient pansements et garrots sur eux.

Lors des opérations en RCA, on retrouve encore la trousse para commando sans la morphine à l'intérieur.

Suite à la remise en question du sauvetage au combat suite aux pertes croissantes en 2008 et plus particulièrement l'embuscade d'Uzbeen (70) (79), la trousse du combattant est repensée et mise en application dans l'ensemble de l'armée française. On peut noter dans ce cadre le rôle de précurseur qu'a effectué l'équipe médicale du 2^{ème} REP dans les évolutions apportées au soutien des forces en général.

Le garrot Tourniquet refait son apparition au sein de l'OTAN en 2004 et devient incontournable, après avoir été pendant les 2 derniers millénaires, l'outil de premier secours le plus controversé. Lors de l'arrivée en 2001 en Afghanistan, aucun pays n'a de programme établi concernant sa mise en place. Il est présent dans la TIC depuis sa mise en service.

3. Brancards :

Le brancard est l'élément fondamental d'évacuation du combattant, depuis l'antiquité et durant de nombreuses années il a été le seul outil le permettant.

En Indochine, la plupart des bataillons de combat n'utilisait pas sur le terrain les brancards en bois de dotation réglementaire car ils étaient trop lourds et encombrants. Ils les remplaçaient par des moyens improvisés (perche de bambou, filets de pêche) (Figure 61), il en était de même pour les unités parachutistes car les brancards pliants en bois n'étaient pas adaptés au travail en jungle ou en rizière (75).



Figure 61: Les prémices du brancard filet

Les brancards divisibles à hampes métalliques pliants TAP modèle 1948, sont mis en service en 1955 en Algérie en remplacement des brancards à hampe rigide ou pliant en bois d'origine

américaine ou allemande utilisés. Ils sont utilisés jusqu'à l'opération « BONITE », mais leur poids de 14 kg et leur encombrement les rendent compliqués à utiliser pour les opérations TAP. On voit alors apparaître dans le lot pour médecin d'unité d'intervention parachutiste (59), 4 portoirs souples, moins volumineux et moins lourds mais dont la mise en œuvre en tant que civière nécessite 6 hommes (comme les hamacs utilisés en Indochine). Cette nouveauté est proposée par les médecins du 2^{ème} REP.

Dans les années 1990-2000, c'est au sein de cette même unité que 2 projets de brancard sont développés et l'idée sera reprise par la suite par l'ensemble des unités de l'armée française : Le brancard filet (inspiré des filets de pêcheur d'Indochine) et le brancard poncho (78). Ces procédés sont toujours d'actualité (Figure 62).



Figure 62: Brancardage dans l'Adrar des Ifoghas

Plus récemment, des matériels plus modernes sont testés par le régiment et les Forces Spéciales, toujours à la recherche d'une amélioration dans la prise en charge des blessés, comme le brancard FOXTROT Litter® (Figure 62), compromis entre le portoir d'extraction simple et le brancard rigide. Il permet le brancardage des blessés en ambiance combat dans de

bien meilleures conditions de portage qu'un portoir souple. Son fond semi-rigide permet de traîner le blessé. De plus son poids limité de 2 kg et l'ensemble des sangles permettant la stabilisation du blessé en font un accessoire précieux pour le brancardage. Il est désormais en dotation dans le PM 14 et largement disponible en opérations extérieures.

4. Fiche médicale de l'avant :

La fiche médicale de l'avant fait partie depuis de nombreuses années, de l'attirail du médecin d'unité, on la retrouve déjà en Indochine (84) ; établie par le médecin d'unité elle permet d'orienter le blessé vers une formation chirurgicale. Elle est aussi la garante de la traçabilité des actions médicales.

Lors de l'opération FORPRONU, on se rend compte que la fiche médicale de l'avant réglementaire étant insuffisante dans cette situation, autant dans sa forme que dans son contenu. Elle a été remplacée par un document rédigé en accord avec l'anesthésiste du GMC (64). La nouvelle FMA a été redéfinie seulement en avril 2015 aux seins des armées et commence à être mise en place sur les théâtres d'opérations, elle prend en compte la démarche du « MARCHÉ » dans sa rédaction.

D. Moyens EVASAN :

Le traitement du blessé repose majoritairement sur la prise en charge chirurgicale, il faut donc amener le blessé dans les délais les plus rapides et dans les conditions permettant une prise en charge adéquate et surtout autant que possible non douloureuse.

Divers moyens sont donc nécessaires pour transporter le blessé.

1. Le brancardage :

Le brancard est le tout premier maillon de la chaîne d'évacuation et il ne pourra être dans de nombreuses situations que le seul moyen utilisable, principalement lorsque l'organisation du terrain ou la végétation rendent les autres dispositifs impossibles à utiliser.

Quand une opération parachutiste est effectuée sur les arrières de l'ennemi, tout blessé même léger devient une charge considérable et son transport pose au service médical et souvent même à la compagnie, de nombreux problèmes (8).

Durant la bataille de la RC4, ou combattit le 1^{er} BEP, il fut impossible d'évacuer vers l'arrière les blessés graves, c'est à dire vers l'hôpital de campagne de That-Khé. Il faut donc, devant l'absence d'autres solutions, brancarder, en plein milieu des combats 8 hommes par brancard tandis que 8 autres les protègent en attendant de les relayer. Le tout en plein milieu de la jungle. Et quand il faut brancarder 25 hommes c'est donc parfois 200 à 400 hommes qu'il faut exclure des combats. On se rend compte à quel point le blessé est un poids dont il faut se soulager, aussi bien pour le blessé lui-même que pour le reste de la troupe. On retrouve le même problème au même moment à Sin Ma Kay où combat son Bataillon-frère, une progression vers l'avant des blessés et non vers l'arrière, l'absence d'évacuation sanitaire, la nécessité de démunir la troupe d'une partie des combattants afin d'assurer le transport et la sécurité des blessés (32). Le tout sur 200 km de pistes de montagne.

En effet là encore aucun moyen EVASAN routier ou aérien n'était possible.

Comme on peut le voir lors de l'opération « THERESE », le terrain complique fréquemment la situation, devant des ascensions trop difficiles pour le brancardage et l'évacuation des blessés, le commandement se décide donc à descendre vers la Nam Muoi. L'évacuation se fait par la savane en direction de la vallée pendant que plusieurs sections du BEP couvrent leur retraite. Le bataillon encadre et brancarde les blessés alors que la pente s'accélère constamment. Ensuite, la progression se fait dans l'eau jusqu'à mi-corps pour les brancards et pour les blessés à pied. L'évacuation est donc retardée et certains hommes décèderont après des heures voir des journées de brancardage (37).

On croyait se temps révolu quand à la fin du conflit Indochinois l'hélicoptère faisait déjà son apparition parallèlement au développement de moyens routiers rapides et polyvalents. Pourtant c'est dans les opérations les plus récentes que le « vieux » brancardage refait son apparition, dans les reliefs escarpés de l'Adrar des Ifoghas où pour rallier l'hélicoptère il faut effectuer des brancardages longs et pénibles pour la troupe (Figure 62). La technique reste la même, c'est surtout le matériel qui évolue.

2. Voie routière :

La voie routière permet de compléter l'action terrestre entreprise par le brancardage, son but est de soulager l'effectif des compagnies de combat tout en accélérant le processus d'évacuation des blessés.

On voit apparaître dès l'opération « DAVID », différents éléments de l'évacuation qui sont combinés, en effet, lors de cette opération les évacuations ont pu être aisées du fait de la vitesse de remise en état des routes qui a permis l'utilisation des ambulances Dodge et surtout grâce aux grands services rendus par le Half-track sanitaire.

Un exemple est noté par le DSS des Forces terrestres du Vietnam Nord et de la zone opérationnelle du Tonkin pour illustrer ce propos. Un blessé grave a été évacué par Half track sanitaire (Figure 9) de Quang Nguyen dans la nuit du 27 au 28 avril et ramené à Hanoi après un arrêt au poste de secours de Canh-Hoach pour être réanimé (18). Avec l'arrivée en Algérie, le Half Track sanitaire, merveilleux engin tout terrain très utile dans les rizières tombe en désuétude. Il avait l'avantage d'allier grosse capacité d'emports avec une bonne capacité de franchissement. Il était pourvu de 4 brancards, ce véhicule blindé, semi chenillé ne sera pas suffisamment exploité au cours de la campagne (7).

Un autre véhicule apparaît rapidement intéressant en Indochine et les médecins de l'époque chercheront à tout prix à être dotés de « Crabes sanitaires » (80) pour effectuer le soutien santé des compagnies d'infanterie, dans les rizières et à travers les coupures humides, malheureusement les médecins chefs des unités n'obtiendront jamais satisfaction.

En Algérie, la voie routière aura un rôle mineur avec l'arrivée de l'hélicoptère beaucoup plus polyvalent. Elle servira malgré tout dans quelques opérations comme celle de Djebel Bissa.

Peu d'avancées ont lieu dans les années qui suivent et c'est même une régression au Tchad lors de l'opération « LIMOUSIN » ou aucun véhicule santé dédié n'existe ; l'évacuation sanitaire en pâtira énormément et c'est là encore le vecteur aérien qui remplacera la voie routière. Le manque d'hélicoptères fréquemment disponibles aura de fâcheuses conséquences pour les malades et blessés.

Apparaîtrons ensuite le VLRA sanitaires, toujours d'actualité.

Ce Véhicule dispose d'une Dotation pour Véhicule Sanitaire comprenant oxygène, DSA, aspirateur à mucosités, matelas immobilisateur, extracteur KEDTM, coque FernoTM.

C'est à Sarajevo pour le 2^{ème} REP que les VAB San (Figure 47) font leur apparition pour l'équipe sanitaire et il en ressort vite que ces véhicules sanitaires blindés sont

totalément adaptés au relevage des blessés sous les tirs et donnent pleinement satisfaction (64). C'est en quelques sortes le camion de SAMU de la médecine de l'avant. Son utilité ne cesse d'être soulignée et permet une mise à l'abri du blessé et de ses accompagnants à en de nombreuses reprises dans les conflits modernes (86) (78).

Ce véhicule dispose d'une Dotation pour Véhicule Médicalisé comprenant oxygène, respirateur, pousse seringue et Propaq™.

En Afghanistan, il a été décidé de doter les VAB San d'un toureleau avec armement 12.7mm ou 7.62 mm et de retirer les croix rouges sur ces véhicules. En effet, cela permettait plus facilement aux talibans de les prendre pour cible et d'ajuster le déclenchement des IED. Ces mesures n'ont pas été depuis rééditées sur les autres théâtres d'opération.

En terme d'innovation on retrouve le rôle du 2^{ème} REP dans un des véhicules en dotation dans nos armées, en effet, les P4, véhicules légers tous terrains de l'armée française sont très fréquemment utilisés mais elles ne disposent pas de support pour brancard, les hommes du 2^{ème} REP les ont aménagés de façon à pouvoir accueillir 1 blessé couché, comme sur les Jeep utilisés en Indochine (Figure 26).

Malgré toutes ces avancées, au Mali lors de l'opération « SERVAL », l'équipe santé du 2^{ème} REP ne disposait pas de véhicule santé dédié et c'est donc au niveau du VAB commandement que les hommes devaient être pris en charge ; c'est malheureusement un retour en arrière où la chaîne santé et surtout la prise en charge du blessé s'en retrouve compliquée.

3. Voie aérienne :

Déjà à la veille de l'année 1952, on se rêve à croire que le transport à bras, par brancard devrait être rayé des moyens devant la vulgarisation d'emploi de l'hélicoptère (59). On voit déjà dans l'hélicoptère le moyen d'empêcher l'aggravation du blessé tout en diminuant l'impact de sa prise en charge par la compagnie de combat. Les médecins de bataillon souhaitent qu'un hélicoptère soit mis à la disposition exclusive du médecin et actionné à sa seule demande (76), même si cet appareil reste fragile, que le climat indochinois le soumet à de rudes épreuves et surtout que son rayon d'action soit limité.

En effet en Indochine, l'isolement des territoires d'opération oblige à des délais excessifs d'évacuation par des moyens rudimentaires (portage humain, ou plus rarement animal) sur des pistes chaotiques, en zone d'insécurité.

En ce qui concerne l'évacuation, la physionomie des combats en Indochine (guérilla, dispersion des unités) est telle que seul l'hélicoptère est apte à remplir complètement cette mission.

L'équipe médicale prévoit déjà la prise en charge en cas de dotation d'un hélicoptère par bataillon au combat, de la mise en condition à la demande d'évacuation, effectuée par radio avec message médical concis indiquant le lieu, l'heure, le nombre de blessés, la nature et la gravité des blessures.

Lors de Dien Bien Phu au cours de la seconde partie de la bataille, 101 évacuations seront possibles grâce à l'hélicoptère qui permet d'aller chercher les blessés entre les différents postes du vaste camp retranché (75), soit 1/3 du total.

C'est en Algérie que l'hélicoptère va vraiment devenir l'atout du soutien médical des régiments étrangers de parachutistes, les demandes insistantes effectuées par les médecins de ces régiments vont porter leur fruit, ils pourront profiter lors de certaines opérations de moyens aériens dédiés.

L'évacuation sanitaire en Algérie fit appel largement, malgré quelques réserves au début, à la voie aérienne.

Dès les premières opérations de la guerre d'Algérie, on constate au niveau médical, les bénéfices de ce nouveau moyen d'évacuation, l'extraction rapide des blessés permettant d'améliorer grandement la mortalité des blessés graves. L'hélicoptère qui n'avait fait en Indochine qu'une apparition tardive et limitée se révèle être un élément essentiel de la manœuvre.

Mais les hélicoptères ne volent pas encore de nuit, ce qui retarde l'évacuation des blessés.

Dans l'opération « ROMEO 50 Bis », on se rend compte de l'intensité des combats qui se déroule alors en Algérie en regardant le ratio mort blessés. La noria permanente des « bananes volantes » du DIH a permis une évacuation rapide des blessés et amélioré fortement leur pronostic. Le médecin a un rôle fondamental dans la mise en condition des blessés avant chaque EVASAN.

La guerre d'Algérie fournit l'occasion de profiter largement de l'expérience acquise en matière d'EVASAN en Indochine ainsi que des progrès de la réanimation des années 50. Les

engagements brefs mais souvent très violents provoquaient de graves lésions très délabrantes comme les coups de fusil de chasse à bout portant, alors que l'artillerie était pratiquement absente des combats. Leur pronostic fut néanmoins nettement amélioré par des évacuations aériennes rapides et médicalisées, ainsi que par une chirurgie de guerre classique associée à une réanimation indispensable.

A la fin du conflit, les EVASAN par hélicoptère commencent à avoir lieu de nuit ce qui permet de pallier au déficit des premières années où le blessé de fin de journée ou nocturne se retrouvait quel qu'en soit son état gardé au PS (52).

Malgré cette belle avancée, l'hélicoptère perd dans les années suivant le conflit, sa place auprès des combattants, en particulier durant la période de transition où son action a été limitée au Tchad malgré son utilité. On retrouve à nouveau des DOW que la présence d'un soutien héliporté aurait pu éviter (58). Et cela en raison de la vétusté des appareils et des conditions météorologiques très défavorables à leur emploi.

Dans les conflits plus récents, le soutien par hélicoptère se développe à nouveau, rendu obligatoire par l'absence de possibilité d'évacuation par voie routière, dans les opérations avec les GCP par exemple, et aussi pour optimiser la survie du blessé.

La mise en œuvre d'une chaîne d'EVASAN qui permet d'optimiser les délais d'évacuation avec un médecin lors de chaque étape est possible en bénéfique pour le patient.

C'est en Afghanistan que ce type d'évacuation est porté à son apogée. En effet, la lourde infrastructure américaine, mise à disposition des forces françaises sa flotte héliportée, un effectif d'aéronef qu'on ne saurait espérer d'habitude dans les opérations françaises.

Au Mali, l'hélicoptère est encore présent mais l'élongation du territoire et le peu d'aéronefs disponibles sur le territoire ne permet pas un soutien aussi disponible qu'en Afghanistan. Les notions de temps d'évacuation ne sont pas comparables.

Malgré ce moyen sophistiqué dont tous les combattants ne peuvent bénéficier, les évacuations restent souvent tributaires de l'effort des hommes et des moyens à leur disposition.

L'avion fera une succincte apparition près des combats, en Indochine, mais sa difficulté de mise en œuvre (nécessité de piste d'atterrissage) n'en font pas un vecteur adapté au style de combat parachutiste, loin de toute base arrière.

Son utilisation nécessite un dispositif lourd comme lors de l'opération « DAVID » où le terrain pour le Morane sanitaire a été remis en état rapidement ce qui est un point positif mais la mise en place du vecteur d'évacuation aérien n'a été réalisé que tardivement ne permettant pas une optimisation de cette piste. Pour sa seule intervention, le délai d'intervention du Morane était trop long.

L'utilisation de l'avion sera réévaluée à Dien Bien Phu où seulement 225 évacuations sanitaires seront faites par Dakota durant pendant la 2^{ème} phase de la bataille (40) (75), la piste d'atterrissage ayant été par la suite rendue inutilisable par les tirs d'artillerie Vietminh. Il a permis cependant 1781 évacuations sanitaires durant la première phase de la bataille (40). Dans les conflits plus récents son utilisation repose dans les évacuations secondaires à destination de la métropole.

E. Formation des personnels :

1. Médical :

i. Le combattant :

Plus de 50 ans avant que cette pratique soit développée au sein de l'armée française pour les militaires ne dépendant pas de l'équipe médicale, les BEP font office de précurseur et les officiers sont formés au secourisme par l'infirmerie. Cela se développera progressivement au fil des années et lors des opérations de maintien de la paix en ex-Yougoslavie, la formation de tous les combattants au secourisme est de mise, avant le départ en mission, un recyclage en secourisme avait été réalisé au régiment (64).

On apporte au début des années 2000, au militaire sur le terrain de plus en plus de formation santé (66) :

- Séances d'éducation sanitaire réalisées au profit de l'ensemble de la compagnie.
- Information orale des cadres et des légionnaires sur l'hygiène alimentaire, la lutte anti-vectorielle, les risques liés aux animaux (rage et serpent).

- Réalisation par le médecin, l'infirmier et un moniteur de séances de révisions d'AFPS et de secourisme de guerre pour tous les groupes de combats de la Cie (10 séances de une heure).

Et l'ensemble du travail effectué porte ses fruits, bien que le sauvetage au combat n'existe alors pas encore, l'ensemble des gestes réalisés étaient déjà dans la même lignée. C'est en particulier le cas des personnels des GCP qui sont très sensibilisés à la question du sauvetage au combat et très bien formés (formation Jedburgh et formation interne régulière).

Avec l'arrivée du Sauvetage au Combat début 2009 (70), à laquelle les hommes sont sensibilisés en amont de la mission, la préparation spécifique du combattant (sauvetage au combat niveau 1) apporte une plus-value, elle est parfaitement adaptée aux réalités et aux besoins des forces (78).

En effet, l'enseignement du SC1 pour tous les combattants a permis d'optimiser la prise en charge à l'avant et sauver de manière indiscutable la vie de nombreux blessés. Lors de « PAMIR XXIII », au moins deux blessés ont été sauvés par la mise en place précoce de garrot.

La mortalité au combat a nettement diminué durant les dernières années par une capacité accrue des soldats à effectuer les gestes salvateurs à l'avant. En effet, on comprend l'intérêt de cette formation car 9 fois sur 10, le blessé sera pris en charge d'abord par son camarade.

Lors de cette formation ils apprennent à effectuer les mises en posture du blessé, l'hémostase externe dont la pose du garrot tactique, la pose d'un pansement 3 côtés dans la prise en charge d'une plaie thoracique, l'injection sous cutanée de morphine (79).

ii. Auxiliaires sanitaires :

En Indochine, tandis que les compagnies de combat des bataillons du corps expéditionnaire français disposaient dans leur rang de brancardiers secouristes ayant reçu une formation au sein du corps et dont l'emploi restait celui de voltigeur, les BEP disposaient d'une équipe d'auxiliaires sanitaires déjà mieux formés, ayant reçu une instruction de secouriste sanctionnée par un brevet dénommé « Caducée » (7) (75).

Ces auxiliaires sanitaires ont en plus de leurs compétences paramédicales une bonne capacité physique, ce qui est un atout pour le médecin d'unité. Ils sont dénommés éléments autonomes

santé et qualifiés d'infirmiers ils sont autorisés à pratiquer des injections sous-cutanées et intramusculaire sous la responsabilité du médecin (7).

A l'époque du Tchad, il n'existe pas de formation spécifique dédiée pour les auxiliaires sanitaires, ils seront formés par le médecin du régiment.

Les militaires du rang du soutien sanitaire du détachement « GUEPARD » disposent ensuite de la formation « infirmiers C.T.E », ils sont insérés dans les sections des compagnies de combat. Devant le morcellement de l'unité sur le terrain, il leur arrive donc d'être responsables seuls de la prise en charge des blessés ; on attend donc d'eux qu'ils réalisent le geste qui sauve, l'emballage et la mise en condition d'évacuation du blessé. Le recyclage est effectué par l'infirmerie régimentaire, sur ordre du chef de corps. Ils effectuent donc une semaine de recyclage alors que leur compagnie est de service régimentaire, ce qui permet un roulement régulier et fréquent qui optimise l'entretien de leurs compétences (82).

Ces efforts sont poursuivis au cours des périodes d'opération plus moderne, à l'époque de Sarajevo l'instruction et l'entraînement de tous les personnels paramédicaux avaient été renforcé avant le départ (64), d'autres fois cela l'est sur le terrain d'opération extérieure comme par exemple en RCI où des cours de recyclage théorique et pratique ont été effectués au profit des brancardiers secouristes de la Cie (66).

Désormais, les auxiliaires sanitaires du 2^{ème} REP, sont toujours issus du cursus Légion (comme ils l'ont toujours été), ils ont tous d'abord été grenadier-voltigeur, ce qui leur permet de connaître les rudiments du combat, ils savent se poster, tirer... Au niveau paramédical, ils disposent d'une formation, le CT 12 santé et sont formés au SC2, ce qu'il leur permet de réaliser en plus des actes SC1, l'utilisation des pansements hémostatiques, l'hémostase des fosses nasales, la stabilisation pelvienne, la suture du scalp et sutures de plaies simples, la pose de voie veineuse périphérique et de cathéter intra osseux, l'instauration du remplissage vasculaire, l'exsufflation de pneumothorax, la réalisation d'une coniotomie, l'administration de l'antibiothérapie.

iii. Infirmiers :

A la création des BEP, la formation des infirmiers est dévolue au médecin et la qualité de cette formation réside dans un apprentissage régulier, fait lors de périodes de non activité propices à l'apprentissage. Un peu plus tard en Algérie, le Médecin Capitaine Perthus propose en 1956 que les futurs infirmiers de régiment soient choisis parmi les recrues après avoir été soumis à des examens probatoires. Une fois sélectionnés, ils seraient alors détachés pour deux ou trois mois dans des centres spécialisés du SSA uniquement destinés à la formation des futurs infirmiers de régiment. Cette formation serait plus adaptée que celle alors réalisée à savoir une partie à l'infirmerie du régiment et l'autre au sein des services de l'hôpital militaire régional. Il remarque qu'en effet les infirmiers ainsi formés sont aptes à pratiquer une médecine hospitalière mais ne sont pas familiarisés avec l'urgence du champ de bataille et ses exigences tactiques sanitaires à l'échelon du combattant de première ligne (76).

Il propose que dans ces centres soient regroupés les moyens d'instruction, les instructeurs et que soient réalisés des exercices recréant les conditions de combat.

Ce stage de formation des infirmiers en corps de troupe se terminerait par un examen majoritairement pratique.

Dans les années post guerre d'Algérie, les sous-officiers de l'infirmerie apparaissent comme des infirmiers confirmés alors que les hommes du rang prenant rôle selon leur formation d'infirmier ou de brancardier.

Apparaissent ensuite la formation CT1 et CT2 santé par lesquelles sont formés les sous-officiers qui font office réellement d'infirmier (61).

Quoi qu'il en soit, l'entretien des acquis apparaît au sein du 2^{ème} REP comme primordial et l'instruction et l'entraînement de tous les personnels médicaux et paramédicaux sont toujours renforcés avant le départ en mission (64).

Parallèlement aux SC1 et SC2 est apparu le SC3 (79), qui est destiné aux médecins des forces mais aussi aux IDE. Il comprend :

- Une semaine hospitalière, durant laquelle sera réalisé le programme du stage « Mise en condition de survie d'un blessé de guerre », incluant :

Des cours : Données de base en traumatologie de guerre, notions de balistique lésionnelle, principes d'examen d'un blessé de guerre, triage, gestion des voies aériennes en ambiance de combat, choc hémorragique du blessé de guerre, blessé de l'abdomen, blessé du thorax, blessé

des membres avec la notion de traumatisme jonctionnel, blessé maxillo-facial, blessé crânien, blessé des membres, prise en charge d'un brûlé à l'avant, analgésie, blessé psychologique

Et des gestes techniques :

- Ateliers de gestes (garrots, pansements compressifs, pansement hémostatiques, packing de plaie, bandage compressif, abords veineux, perfusion intra-osseuse, exsufflation pneumothorax, thoracotomie au doigt, drainage thoracique, intubation, coniotomie, pansement 3 côtés/4)
- Réalisation de gestes au bloc opératoire
- Mise en condition par simulations sur mannequins

- Une semaine extrahospitalière, qui mettra en œuvre une «Médicalisation en milieu hostile» avec des séquences pédagogiques associant :

- Exposé des objectifs
- Préparation tactique
- Mise en situation sur scénarii se déroulant en conditions tactiques adaptées au contexte

Autant que possible, cette formation a pour but d'être la plus réaliste possible et s'adapte au contexte militaire de la mission.

Exemple d'un MEDICHOS type GTIA Afghanistan :

- Patrouille dans un village avec prise en charge de plusieurs blessés
- Prise en charge de blessés sur explosion de véhicule IED
- Prise en charge de blessés lors de phase de progression pédestre type Uzbeen
- Prise en charge de blessés de nuit
- Mascal au poste médical

La requalification à cette formation est triennale.

iv. Médecins :

Les médecins de l'armée française en général et des bataillons et régiments étranger de parachutistes en particulier sont pour la majorité issus des écoles du service de santé des armées les autres se sont engagés après leurs études de médecine.

Ils reçoivent en plus de leur formation médicale effectuée dans leur université d'appartenance, une formation militaire complémentaire dont le contenu évoluera en fonction des années.

Avant l'apparition des conflits modernes, les médecins du REP ne disposaient pas réellement de stage leur permettant d'entretenir leurs acquis, bien qu'ils en aient fait la demande à de nombreuses reprises (83).

Les médecins du 2^{ème} REP avaient en préparation de la mission FORPRONU, suivi la formation des CITERA et effectué un stage dans un service de réanimation (64), stage au format de celui effectué actuellement.

Ils bénéficient désormais de la qualification SC3, citée précédemment. Au retour de leur mission en Afghanistan, les médecins reconnaissent que la préparation spécifique médicale du personnel (CITERA, SC3, MEDICHOS) réalisée en amont de la mission, était indispensable et parfaitement adaptée aux réalités et aux besoins des forces (78).

Le Centre d'enseignement et de simulation à la médecine opérationnelle (CESimMO) a pris le relais des CITERA qui avaient été mis en place à l'issue de la guerre du Golfe.

Une formation FAST est aussi proposée dans plusieurs de ces centres.

En plus de ces enseignements propres à l'armée, de nombreux médecins ont essayé d'améliorer leur capacité à prendre en charge les blessés en s'inscrivant à différentes formations de médecine d'urgence telles que la capacité de médecine d'urgence, la capacité de médecine de catastrophe et en réalisant des gardes dans les services d'urgence et SMUR locaux.

Le médecin de l'avant tient une place importante dans l'armée française, qui justifie son maintien en première ligne (7). Sur le plan technique, la médecine de l'avant ne représente pas de difficulté majeure mais les gestes techniques doivent être acquis avant l'affectation en corps de troupe et régulièrement entretenus.

Bien évidemment, il pourrait être facile de faire comme cela se fait dans l'armée américaine, de confier le rôle du « toubib » de l'avant à un infirmier spécialisé, rompu aux gestes de médecine d'urgence. Mais le danger réside alors dans les initiatives que pourrait prendre cet infirmier en dehors de ses compétences (7). De plus, il ne faut pas oublier la plus-value décisionnelle et le côté « rassurant » que peut avoir le médecin militaire (7).

Comme remarqué par les médecins du 2^{ème} REP à l'issue de l'opération « PAMIR XXIII », le médecin de terrain ne doit tomber dans les travers du système « medics » à l'américaine selon lequel plus l'évacuation est rapide, meilleure est la prise en charge, car « l'évacuation n'est jamais urgente mais la réanimation l'est » (69).

2. Militaire :

Plusieurs stages militaires sont disponibles pour le personnel du soutien sanitaire et qui permet d'améliorer les capacités techniques à suivre les combattants :

- Le brevet militaire parachutiste dont la réussite permet au personnel d'effectuer des sauts à ouverture automatique, dits "SOA", cette qualification est obligatoire pour le personnel de l'infirmerie du 2^{ème} REP, ce qui est compréhensible quand on regarde le nombre de sauts réalisés par le régiment de 1948 à nos jours et auxquels les médecins et paramédicaux ont participé.
- Le brevet de chuteur opérationnel qui permet aux parachutistes qualifiés de faire des sauts à des altitudes comprises entre 1 200 et 4 000 mètres. Ces sauts sont dits à "ouverture commandée retardée" (SOCR), puisque le déclenchement de l'ouverture du parachute est fait à l'initiative du parachutiste après une phase plus ou moins longue de chute. Le Médecin en Chef RAVALEC, ancien médecin chef du 2^{ème} REP fut le premier médecin militaire à réussir cette difficile formation.
- Brevets moniteur commando, d'alpinisme militaire, brevet de nageur de reconnaissance... Tous ces stages permettent aux médecins de mieux connaître certains domaines spécifiques des armées et d'être un interlocuteur crédible auprès des militaires soutenus.

F. Prise en charge :

En Indochine, sur le terrain, les infirmiers qui sont là pour seconder le médecin doivent exécuter ses directives, préparer les seringues, attelles, pansements...

Pour Perthus, en Indochine, l'urgence chirurgicale de guerre doit d'abord être vue dans l'heure par l'infirmier et c'est de son acte et de son jugement que dépend le blessé avant la prise en charge médicale. Selon lui, le rôle du médecin ne peut à lui seul remplacer l'organisation technique d'un groupe sanitaire de bataillon instruit à la tâche ramassage, de la mise en condition du blessé, des évacuations. La prise en charge du blessé repose donc dès l'Indochine, au sein de la légion étrangère parachutiste, sur un travail d'équipe, le groupe sanitaire (76). Il recommande un usage du groupe sanitaire à la demande, intervenant seulement sur sollicitation du commandement.

Les soins qui sont donnés sur le terrain par l'équipe médicale, sont sommaires, ils consistent en la mise en place d'attelle, la confection de pansements imbibés de thrombase. Pour les blessés légers on leur administre le mélange morphine-atropine tandis que l'on effectue la déconnection au Phénergan Dolosal pour les plus graves (8). Le cocktail Phénergan Dolosal est mis en application à partir de 1953 (84).

Lors de l'opération « DAVID », la prise en charge des blessés a été bien conduite ce qui a permis d'éviter de nombreuses pertes, la bonne organisation de la chaîne d'évacuation y a été prépondérante, par exemple, l'évacuation des deux blessés du 20 avril a été effectuée dans de bonnes conditions. En effet, blessés à 8h00, les deux légionnaires ont été immédiatement brancardés pendant 4 heures. Puis après 1h15 de transport routier, ils sont arrivés à l'hôpital de Lanessan à 13h15 où ils ont été opérés à 13h30.

Malgré tout le délai était un peu trop long pour l'un d'eux, en effet, le plus grave à savoir le blessé abdominal qui présentait une plaie du foie et de l'estomac est décédé 72 heures après. En dehors des blessés de guerre les équipes médicales s'occupent aussi des cas médicaux, les accès palustre sont bien pris en charge (15) (18).

Mais parfois, quand l'évacuation des blessés vers l'arrière est impossible, le groupe sanitaire est surchargé, le brancardage des blessés devient un lourd fardeau que le personnel de l'équipe ne peut assumer seul. On recrute alors souvent, en Indochine, tout le bataillon pour le brancardage ce qui grève la capacité opérationnelle (37). Parfois ce sont des pneumothorax

suffocants, des traumatisés des membres supérieurs qui se retrouve à marcher à côté de la chaîne de blessé.

La capacité de prise en charge du groupe sanitaire repose, en Indochine, étroitement sur les possibilités d'évacuation sans laquelle le soutien santé se retrouve très rapidement saturé.

Dien Bien Phu, pour les deux BEP, en est un exemple flagrant : Le camp retranché où les blessés non évacuables viennent s'accumuler dans les postes de secours des bataillons où les effectifs médicaux sont de plus insuffisants au fil de la bataille (43).

Dans ces conditions « dégradées », ce sont souvent les médecins de bataillon eux-mêmes à l'avant, qui ont réalisé dans leur poste de secours de très nombreux actes chirurgicaux : amputation distale, parage, incisions d'abcès voir trachéotomie...

Le médecin du 1^{er} BEP sur place confiera « *Mon matériel chirurgical était bouilli dans des boîtes de ration chauffées sur un réchaud à alcool. Je faisais des champs opératoires avec des morceaux de parachute eux aussi bouillis dans des boîtes de ration. Un caporal poméranien, cultivateur de son état faisait les anesthésie intraveineuses au pentotal et mon infirmier major, calabrais, de son état mécanicien-dentiste, était mon aide-opérateur. Je n'avais pas d'oxygène ni de moyens de réanimation sophistiqués. Mon scialytique était un phare de voiture branché sur une batterie de voiture récupérée. Ma table d'opération était un brancard posé sur des caisses de munitions de 155 vides. J'ai procédé comme cela à un bon nombre de désarticulations, essentiellement sur des garrots posés depuis plusieurs heures.* »

Pendant les opérations d'aération qui sont effectuées par les bataillons autour du camp. Le médecin du BEP se trouve juste derrière la compagnie de tête quand le Bataillon attaque et juste devant la compagnie de queue quand il se replie. Les médecins de bataillon prennent en charge initialement les combattants blessés sur le terrain en indiquant sur la fiche médicale de l'avant épinglée au treillis tous les soins qu'ils ont effectué, les injections déjà pratiquées : Dolosal tranquillisant antibiotique... Ainsi éventuellement que l'heure de pose d'un garrot. Ceux-ci étant ensuite évacués le plus souvent par hélicoptère vers l'antenne chirurgicale du camp tranché.

Avec le recul de la guerre d'Indochine, des protocoles spécifiques à la médecine de guerre apparaissent et le rôle du médecin d'unité lors des opérations en Algérie est clairement défini par le Médecin-Colonel Delvoye, chirurgien des hôpitaux (85) :

« A ; Pansement de la plaie : aseptique, absorbant immobilisateur.

B. Lutte contre la douleur :

a) De préférence à la morphine (dépressive) utiliser l'injection avec une même seringue de Phénergan Dolosal. Injection renouvelable au bout de 4 heures. Une note ultérieure a dû rappeler aux médecins que les musettes d'infirmiers de l'avant ne comportant que de la morphine en syrette (c'est-à-dire 2 centigrammes 1/2 de produit actif, la dose d'une syrette ne devait jamais être dépassée jusqu'à l'arrivée à l'antenne de triage) car les injections de dépresseurs respiratoires chez les choqués étaient à l'origine de bien des troubles de la ventilation pulmonaire que l'on constatait au cours de l'anesthésie après déchoquage. En outre, on a demandé que dans toute la mesure du possible le Phénergan ne soit fait qu'à partir de l'antenne.

b) Immobilisation : Sa nécessité, ses règles et ses moyens ont ultérieurement fait l'objet d'une note spéciale.

c) Prévention de l'infection : Nettoyage de la plaie et pansement aseptique, le poudrage par bactériostatique étant illusoire dans les plaies profondes. Par contre la pratique des injections d'antibiotiques doit être systématique: pénicilline à 500000 ou 1000000 d'unités dans tous les cas, un gramme de streptomycine chez les abdominaux. Rappel d'anatoxine antitétanique:2 ccs.

d) Lutte contre les Hémorragies : Tout a été dit sur l'emploi du garrot et de ses dangers. Il est redoutable parce qu'il réalise une ischémie totale au-dessous de lui alors que la seule plaie vasculaire interrompt le flux principal (à moins qu'il n'y ait un gros dégât des parties molles) mais laisse libre les collatérales à telle enseigne qu'elle autorise à l'échelon de traitement une chirurgie conservatrice qui a toute chance d'être efficace, si l'ischémie musculaire n'a pas duré plus de trois heures. Aussi est-il instamment recommandé d'avoir recours au pansement compressif ou à la fermeture d'attente des plaies, toutes les fois qu'il y a danger hémorragique. En toute hypothèse, l'évacuation d'urgence reste pour ces blessés la règle d'or.

e) Lutte contre l'asphyxie : Apanage des blessés de la face et du cou, pour y parer, pratiquer un écouvillonnage soigneux et répété et en cas de chute de la langue en arrière la maintenir par un fil assez gros transfixiant l'extrémité, et fixé au pansement. »

Il est aussi pour les abdomens, recommandé de ne pas réintégrer les viscères extériorisés.

Cet algorithme parfaitement codifiée permet au praticien d'entreprendre une prise en charge du blessé de guerre bien différente de ce qui pouvait être réalisé encore quelques années auparavant.

La force des évacuations par hélicoptère et le maillage des antennes chirurgicales en Algérie est telle que le délai de 6 heures préconisé pour l'urgence chirurgical est rarement atteint

lorsque les EVASAN sont rendues possibles par la météorologie (85). L'organisation du soutien santé du 1^{er} REP en Algérie, à savoir une équipe médicalisée par sous-groupement permettait un maillage sur le terrain et la prise en charge et mise en condition avant évacuation de 90% des blessés de la bataille du barrage (86).

En 1978, bien que l'opération BONITE soit un succès militaire, il réside, pour partie, selon le médecin chef du 2^{ème} REP dans un heureux concours de circonstance, en effet, l'équipe médicale a dû sauter en 2 vagues et le matériel présent dans la première vague était rudimentaire, heureusement il n'y eu que quelques blessés à prendre en charge à la suite du saut. A la lumière de l'expérience tirée des dernières opérations extérieures (Tchad et Zaïre), le commandement se rend compte que la logistique médicale existante est inadaptée aux impératifs de la mise en place par aérotransport ou parachutage et a décidé de créer en 1979 des lots pour Médecins d'Unités d'Intervention Parachutistes, dans le cadre du Soutien Médical du détachement d'Intervention « Guépard ».

La mission du groupe sanitaire du détachement « Guépard » est redéfinie (59):

- Regrouper les blessés, effectuer le triage, effectuer la réanimation et la mise en condition.
- Participer au ramassage des blessés et soulager les compagnies
- Déterminer le recours à un échelon médical supérieur (traitement chirurgical) ou les moyens d'évacuations nécessaires.

Car en effet, lors du Tchad et de Kolwezi, aucun soutien chirurgical n'est proche des combats et ne permet de soutenir l'équipe médicale de l'avant. En effet, l'A.C.P. est une formation spécifiquement conçue pour ce type de mission. De plus, L'éloignement la dispersion, et, souvent la précarité des structures hospitalières en Afrique ne permettent pas de compter sur un soutien chirurgical local fiable. Le soutien chirurgical d'une telle opération aurait donc dû être assuré par une A.C.P (58)

Cette prise de conscience et les réflexions menées après l'opération Bonite ont conduit à la création d'une Commission de Modernisation des Antennes Chirurgicales (58).

Mais cela mettra du temps à se mettre en place, lors de l'opération « EPAULARD », le médecin d'unité est seul. La hiérarchie du SSA est totalement absente ; on ne retrouve pas encore de culture de l'intervention extérieure. Comme pour l'opération « BONITE », le détachement « GUEPARD » est envoyé sans Antenne Chirurgicale, il n'y a qu'un médecin pour l'ensemble du détachement (61).

A son arrivée, le médecin du détachement ne dispose d'aucune directive quant à la conduite à tenir en cas de problème grave (malade ou blessé), ni sur les possibilités d'EVASAN, ni sur les possibilités d'hospitalisation d'éventuels blessés.

L'effectif de l'équipe médical réduit pour soutenir 14000 hommes

Malgré tout la prise en charge médicale à forte dominante humanitaire, lors des opérations « BONITE » et « EPAULARD » dans un contexte où les installations médicales préexistantes étaient diminuées, a été adaptée et bien conduite.

En ex-Yougoslavie, la prise en charge médicale, effectuée par l'équipe régimentaire renforcée par un « détachement Air » est retracée dans le rapport de fin de mission. Elle se rapproche fortement de la médecine de guerre actuelle, et les gestes réalisés ont nécessité une bonne technicité.

Elle consistait en :

« - L'arrêt des hémorragies graves est réalisée par des pansements ou des points de compression, aucun garrot n'est posé en six mois.

- Les solutés de perfusion les plus employés sont le Plasmion™, le Ringer-lactate™ et le Lomol™.

- L'analgésie est réalisée principalement avec la morphine IV en titration mais aussi par le Pro Dafalgan™. Des anesthésies locorégionales seront réalisées sur toutes les blessures et les fractures de membres.

- La sédation, quand elle est nécessaire, est obtenue d'abord au Valium™ puis à l'Hypnovel™ dès que ce produit est disponible sur place.

- L'oxygénothérapie au masque ou par sonde nasale, complète le déchocage. Quelques blessés devront être intubés et placés sous respirateur de transport.

- Le pantalon antichoc est utilisé à deux reprises.

- Un drainage thoracique est pratiqué sur deux patients.

- Antibiothérapie associant pénicilline et Flagyl™ IV est administrée systématiquement.»



Figure 63: Prise en charge d'un blessé à l'intérieur d'un VAB San à Sarajevo

Il est important de mettre en évidence l'absence d'utilisation du garrot lors de la mission FORPRONU, en effet à l'heure actuelle, la pose du garrot tactique est enseignée à tous les combattants et son efficacité n'est plus à discuter (69) (77).

En Afghanistan, la médicalisation de l'avant s'est renforcée, la formation des combattants au SC1, et l'apparition des formations SC2 et 3 ont permis une standardisation des pratiques par la méthode « SAFE MARCHE RYAN » (Figure 64) , une meilleure prise en charge de l'hémostase primaire avec l'utilisation du garrot tourniquet, des pansements hémostatiques.

De plus l'abord veineux difficile dans certains cas n'est plus un problème avec la généralisation de l'usage du cathétérisme intra osseux. Les solutés de perfusion type hydroxyéthylamidons très en vogue dans les années 90 et début des années 2000 ont laissé leur place au sérum salé hypertonique (64) (69). Allant dans le sens du concept de « small volume resuscitation ».

Lors de « PAMIR XXIII », 9 garrots tactiques ont été posés sur 6 blessés : 7 aux membres inférieurs, 2 aux membres supérieurs. Ils ont été mis en place sous le feu en situation de combat, par un médecin un auxiliaire sanitaire, un combattant ou encore par le blessé lui-même (69).

Lors de l'opération « SERVAL », la difficulté d'évacuation des blessés, l'absence de ravitaillement sanitaire ont été un poids pour l'équipe médicale. En effet, au fur et à mesure

des évacuations, les réserves de solutés s'amenuisaient, nécessitant une gestion optimale, une bonne communication entre les soignants dispersés dans la compagnie pour une mutualisation des moyens.

Les conditions climatiques et le relief chaotique ont rendu les phases de brancardage extrêmement lentes et laborieuses, parfois même très proches de l'ennemi alors dissimulé dans les fissures des imposants rochers et impossibles à détecter.

La déshydratation et les coups de chaleur ont été des paramètres nouveaux, il fut difficile de prendre en charge les soldats en ayant aucun véhicule santé dédié, ni même parfois aucun moyen de mettre le soldat à l'ombre.

La prise en charge des blessés des combats repose, comme en Afghanistan, sur la méthode « SAFE MARCHE RYAN ». Acronyme désignant la méthode standardisée de prise en charge des blessés de guerre par les équipes médicales françaises.

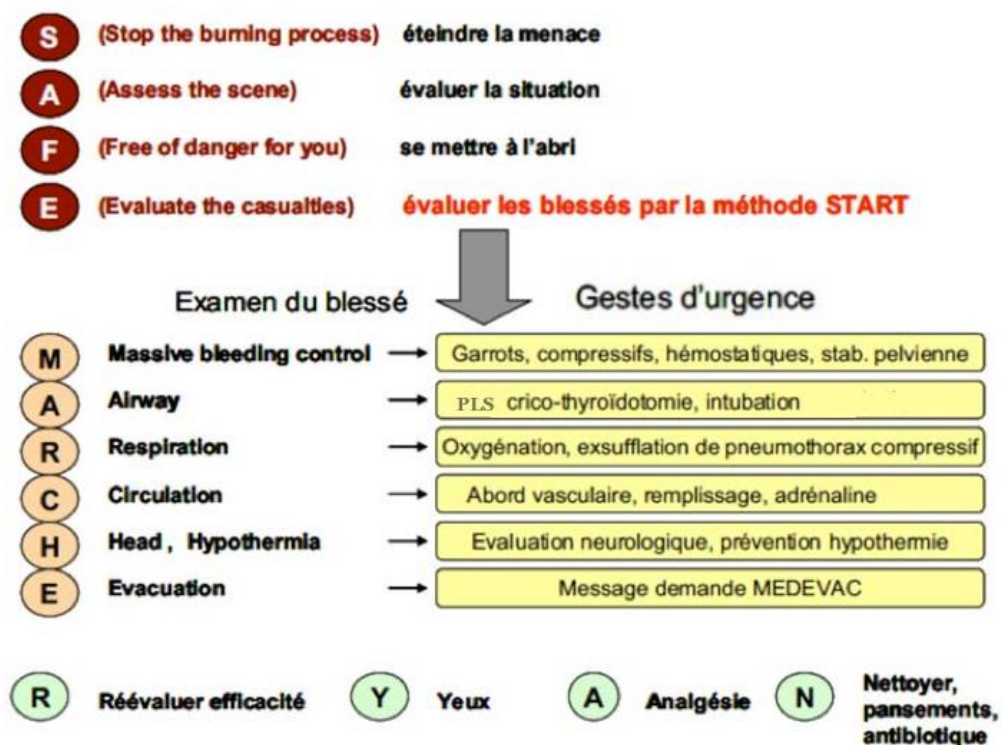


Figure 64: Méthode SAFE MARCHE RYAN

Cette méthode a l'énorme avantage de donner un cadre aux intervenants santé dans cet environnement de combat. Il permet à chaque acteur de santé, à tout moment de protocoliser sa prise en charge et diminue ainsi le risque d'oublier une étape importante de la prise en charge. Il donne en outre un langage commun pour tous les acteurs de la chaîne d'évacuation dont on a vu qu'elle pouvait être dans ce contexte militaire longue et aléatoire (89).

Conclusion :

Depuis maintenant 67 ans, les équipes médicales de la légion étrangère parachutiste se sont succédées au côté des combattants, souvent, au plus près des combats. Pour obtenir une prise en charge optimale des blessés de guerre mais aussi des malades, le soutien sanitaire se doit d'être ubiquitaire et adapté à la pathologie.

En tout temps, ces équipes ont été servies par des personnels motivés, cherchant à améliorer leurs pratiques au fil des conflits, se maintenant au meilleur niveau de la pratique de la médecine d'urgence.

On retrouve au sein de l'infirmierie des régiments étrangers de parachutiste un engouement pour l'innovation, la recherche de nouveaux matériels et de nouvelles pratiques. En effet, à de nombreuses occasions, les propositions effectuées seront par la suite généralisées dans l'armée française. La trousse trinôme apparue dans les années 90 bien avant la trousse individuelle du combattant en est un exemple typique, mais aussi les brancards filets et ponchos.

Les lots de projection ont été à de nombreuses occasions améliorées par l'équipe du 2^{ème} REP forte de son expérience rarement égalée dans l'armée française.

A la lumière des retours d'expérience, il conviendrait de se demander si certains enseignements datant d'il y a maintenant plus de 50 ans ne devraient pas être mis en application comme l'utilisation de l'hélicoptère à l'échelon régimentaire qui, sur les opérations les plus récentes, fait parfois encore défaut. De plus, l'utilisation d'un moyen santé dédié ne devrait pas être une condition optionnelle mais bien un impératif opérationnel. L'effort entrepris dans la formation et l'entretien des acquis des personnels a permis lors de chaque opération, de chaque conflit une mise en œuvre adéquate de l'action santé. La comparaison des pertes entre chaque opération apparaît impossible, en effet les matériels, les moyens d'évacuation et la formation ont évolué au fil des années de même que l'armement, les capacités opérationnels des opposants et l'évolution des effets balistiques de protection.

La dynamique entreprise par le soutien médical au sein de la légion étrangère parachutiste depuis 1948 a été un atout majeur pour le commandement mais aussi pour le combattant.

Bibliographie

1. Quris, B. L'Aventure Légionnaire. Editions France-Empire, 1971. pp. 11-20.
2. Castello, R. Douze ans d'hospitalisation au Centre Médical des Armées de Calvi: étude rétrospective sur 2512 patients. 2013, Thèse Marseille. pp. 1-85.
3. ECPAD. Légionnaires parachutistes : 60 Ans au service de la France, 1948-2008. L'Esprit du Livre, 2008.
4. Sergeant, P. Camerone. Éditions Fayard, 1980.
5. Inspection de la Légion Etrangère. Rapport concernant les Bataillons de Parachutistes Etrangers destinés à l'Extrême Orient. SHD, 6/10/1948. 7U659.
6. Le service de santé des troupes aéroportées en Indochine de 1945 à 1954. Renault, J. 20, juin 2010, Bulletin de l'Association Nationale des Amis du Musée des Parachutistes.
7. Lemaire, M. Le service de Santé Militaire dans la Guerre d'Indochine. Recherches asiatiques, 1998.
8. Perthus, P. De quelques observations concernant le service médical dans un bataillon étranger de parachutistes en extrême-orient. Société de Médecine Militaire française. 1954, pp. 116-8.
9. Historique du 1er Bataillon Etranger de Parachutistes. SHD, 1957. 7U660.
10. Ordre de Bataille du 1er BEP. SHD, 20/06/1955. 7U659.
11. Journal de Marche et des Opérations du 2ème Bataillon Etranger de Parachutistes. SHD, 01/06 au 16/08/1954. 7U664.
12. Le 2ème Bataillon Etranger de Parachutistes. SHD, 1953. 7U664.
13. Castello, R. Douze ans d'hospitalisation au Centre Médical des Armées de Calvi: étude rétrospective sur 2512 patients. 2013. pp. 1-85.
14. Journal de Marches et Opérations du 3ème Régiment Etranger de Parachutistes. SHD, 1/11/1955-30/11/1955. 7U669.
15. Ordre de Bataille du 3ème Bataillon Etranger de Parachutistes. SHD, 01/01/1955. 7U669.
16. Direction du Service Santé FTNV. compte rendu Opération "DAVID". SHD, 30.06.1950. 10H2012.
17. Médecin Chef 1er RC. Compte rendu de l'opération « David ». SHD, 04/05/1950. 10H2687.
18. Médecin Chef de la Zone Delta Nord, . Quelques renseignements Médicaux à tirer de l'opération "David". SHD, 24/04/1950. 10H2687.

19. Direction du Service Santé Forces Terrestres du Vietnam Nord et zones opérationnelles du Tonkin. compte rendu Opération "DAVID". SHD, 30.06.1950. 10H2012.
20. Segretain, P. Rapport mensuel de situation du 1er BEP. SHD, avril 1950. 7U659.
21. Longeret, G. Les combats de la RC4. Indo éditions, 2004.
22. Commandement des troupes aéroportées en Indochine. Les unités aéroportées dans les combats de la RC4 et de That Khé. SHD, 1950. 10H1643.
23. Pedoussaut, P. Temoignage du docteur Pierre Pedoussaut. 02/2005.
24. Stien, L. Les soldats oubliés. Albin Michel, 1993. p. 45.
25. Journal des Marches et Opérations du 1er BEP. SHD, 1 octobre au 31 décembre 1950. 10H1643.
26. Pédoussaut, P. Un désastre sanitaire, le 1er BEP du Na-Khé à Coc-Xa.
27. Berthier, M et Chicheportiche, N. L'année 1950 en Indochine - Le désastre de Cao Bang. ECPAD, 2011.
28. Windrow, M, Braby, W et Lyles, K. French Foreign Legion Paratroops. Osprey Publishing, 1985.
29. Commandement des forces terrestres du Vietnam Nord et de la zone opérationnelle du Tonkin. Lettre de Service. SHD, 23/09/1950. 10H1645.
30. Gusic, S. Saut opérationnel sur SIN MA KAY. Remis par l'auteur, 02/2003.
31. Journal de Marche du 2ème BEP. SHD, 25/09 au 25/10/1950. 10H1645.
32. Formation aéroportées d'Indochine-BAPN. Compte rendu de saut opérationnel. SHD, 1950. 10H1645.
33. Commandant des Troupes aéroportées en Indochine. Opération aéroportée de Sin Ma Kay. SHD, octobre 1950. 10H1645.
34. Commandant du détachement du 2ème BEP. Compte rendu de l'opération de Sin Ma Kay. SHD, 07/10/1950. 10H1645.
35. Cabiro, B. Une vie de Guerre. Indo éditions, 2010.
36. Montagnon, P. Les parachutistes de la légion: 1948-1962. Pygmalion, 2005.
37. Raffalli, B. Opération "THERESE". SHD, 24/10/1951. 10H1644.
38. Commandant des Troupes Aéroportées Nord. Journal de Marche du groupement aéroporté du Nord-Ouest/opération de dégagement du bassin de Nghia Lo. SHD, 11/1951. 10H1644.
39. Longeret, G. Fraternité d'armes: les Légionnaires Parachutistes et les Médecins du Service de Santé. 1987, Vol. 4.
40. Terramorsi, A. Organisation du Service de Santé à Dien Bien Phu,. SHD, 23/04/1954. 10H2015.

41. Directeur du Service de Santé des FTNV. Le service de santé à Dien Bien Phu- 20/11/53-8/5/54. SHD, 1954. 10H2015.
42. Compte rendu de l'organisation du ravitaillement sanitaire à Dien Bien Phu. SHD, 14 mai 1954. 10H2015.
43. Gindrey, J. J'étais chirurgien à Dien Bien Phu. Bulletin de la FNAMAC. 2008.
44. Hantz, E et Cayre, R. Les antennes chirurgicales pendant la bataille de Dien Bien Phu. La Cohorte. nov 2002, 170.
45. Guyader, R. La Légion Etrangère à Dien Bien Phu. La légion étrangère en Indochine, 1946-1956: histoire, uniformes, insignes, fabrications locales. 2004.
46. Journal des Marches et Opérations 2ème REP. SHD, novembre à décembre 1956. 7U665.
47. 1er REP. Journal des Marches et Opérations. SHD, février 1958. 7U663.
48. Direction du Service santé du Corps d'Armée de Constantine. Journal des Marches et opérations. SHD, 1958. 1H4597.
49. 1er REP. Compte rendu d'opération. SHD, 20 février 1958. 7U663.
50. Jeanpierre, P. Exposé des combats livrés en Janvier-Février 1958 dans la région de Guelma. SHD, 01/04/1958. 7U663.
51. Journal des Marches et Opérations du 2ème REP. SHD, avril-mai 1958. 7U665.
52. Forissier, R. Journal de marches et opérations du service de santé régimentaire. SHD, février 1959. 7U663.
53. Lemans, C. L'opération Limousin (1969-1971) : première intervention française au Tchad depuis son indépendance. Juillet 2014.
54. Centre de doctrine d'emploi des forces. Répertoire typologique des opérations. 2003, Vol. 2, pp. 9-30.
55. Goya, M. L'intervention militaire française au Tchad (1969-1972). 2013, Vol. 6, pp. 1-5.
56. L'opération Limousin (1969-1971) : première intervention française au Tchad depuis son indépendance. Lemans, C. ECPAD, Juillet 2014.
57. Sergent, P. La Légion saute sur Kolwezi Opération Léopard. Presses de la cité, 1978.
58. Saut opérationnel sur Kolwezi. Képi blanc, mai 2008, Vol. 699.
59. Ferret, JN et Forissier, R. L'opération du 2ème REP sur Kolwezi au Zaïre et ses enseignements en matière de soutien médical initial d'un détachement aéroporté. Médecine et Armées. 1982, Vol. 10, pp. 249-58.
60. Pajaniradja, A. Les antennes chirurgicales parachutistes: historique, évolution et bilan depuis 1978, perspectives. Thèse Bordeaux, 1995.

61. Renault, J. Soutien Médical du détachement d'Intervention « Guepard ». Médecine et Armées. 1982, Vol. 10, pp. 241-4.
62. Centre de doctrine d'emploi des forces. Répertoire typologique des opérations. 2003, Vol. 1, pp. 9-17.
63. Becker, JM. Mission epaulard-Beyrouth 18 août - 18 septembre 1982. Remis par l'auteur.
64. Aigle, L et Martin, JM. «Happy shooting»...et des blessures malheureuses : Retour d'expérience à propos de 22 cas. 2013, Vol. 41, 4, pp. 299-309.
65. Alexis, C. Les forces françaises dans la guerre de Bosnie avril 1992 - décembre 1995 . ECPAD, 2012.
66. Kowalski, JJ & al. FORPRONU Poste de secours du bataillon français d'infanterie. 1995, Vol. 23, 4, pp. 291-5.
67. Belleoud, D. Un médecin de l'armée de l'air: aéroport de Sarajevo, Printemps 1993. . Remis par l'auteur.
68. Aigle, L. Rapport de fin de mission opération Licorne Guepard TAP 4ème Cie. 2ème REP, 2005.
69. Aigle, L. Journal de Marche Opérationnel Poste de secours 4ème Cie. 2005.
70. De Saint Victor, F. 45 ans d'opérations militaires françaises en République Centrafricaine. Lettre du RETEX. 2013, Vol. 8, pp. 1-8.
71. Samy, J, Lemarie, D et Chinelatto , M. Médicalisation de l'avant en Afghanistan: à propos de 22 blessés au combat par agent pénétrant pris en charge durant « Pamir XXIII » au sein de la Task Force « ALTOR ». médecine et armées 2011. 2011, Vol. 39, 4, pp. 293-302.
72. Armée de Terre. Référentiel de formation au sauvetage au combat de premier niveau. 2009.
73. Brodie S and al. Tourniquet use in combat trauma. 2007, Vol. 153, 4, pp. 310-13.
74. Ministère de la défense et des anciens combattants. texte de la citation à l'ordre de l'armée du 2ème REP. 2013.
75. <http://www.opex360.com/2013/01/28/le-2e-rep-a-saute-sur-tombouctou/>. [En ligne]
76. Notin, JC. La Guerre de la France au Mali. Tallandier, 2014.
77. Forissier, R. Le service de santé en Indochine. Revue Historique des Armées. 1989, 177, pp. 3-16.
78. Perthus, P. Quelques suggestions relatives à l'organisation du groupe sanitaire de bataillon. Société de médecine militaire française. 14 juin 1956, pp. 213-7.
79. Ecole du Val de Grâce. Enseignement du Sauvetage au Combat Dans le Service de santé des armées- Référentiel de formation. 2012, 0309 / EVDG / DPMO du 30 mars 2012.

80. Blackbourne, L & al. Military medical revolution: Prehospital combat casualty care. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. décembre 2012, Vol. 73, 6, pp. S372-7.
81. Tanguy, JM. Un médecin du 2ème REP en Afghanistan. *RAIDS*. mai 2011, 300, pp. 72-3.
82. Direction du service santé des Forces franco-vietnamiennes du sud. Rapport annuel- Considérations sur les évacuations. SHD, 1950. 10H1967.
83. FORPRONU Poste de secours du bataillon français d'infanterie. Kowalski, JJ, et al., et al. 4, 1995, *Médecine et Armées*, Vol. 23, pp. 291-5.
84. Infirmerie Hopital du 2ème REP. Rapport et considérations sur le fonctionnement technique et administratif de l'infirmerie hopital du 2ème REP. 1981.
85. Boucheau, P. Etude de la composition d'un lot de premier secours médicalisé. Chefferie médicale 14° Division d'infanterie, 1984. N°472/CHEFF/MED 14° DI 51° DMT.
86. Chippaux, F. Projet de réorganisation du service sanitaire de l'avant. SHD, 1953. 10H2002.
87. Delvoye, P. Le service de santé des armées en Algérie. L'officier de réserve (UNOR). 1960, N° spécial, pp. 22-34.
88. Forissier, R. Le soutien sanitaire des opérations militaires de mise hors de combat des détachements de l'ALN algérienne ayant franchi le barrage électrifié de la frontière Algéro-tunisienne en 1958-1959. *Revue internationale d'histoire militaire*. 1997, Vol. 76, pp. 199-209.

Serment Médical

Au moment d'être admis à exercer la médecine je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination. J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Evolution du soutien santé de la légion étrangère parachutiste de 1948 à nos jours

Objectifs : Les bataillons de légion étrangère parachutistes sont créés en 1948. Rapidement, le commandement de ces unités parachutistes en Indochine va prendre conscience de l'importance du soutien santé. Au combat, le médecin chef et la section sanitaire organisent le service médical

Matériels et méthodes : La majorité de la base de données provient des archives issues du Service Historique de la Défense. Afin de présenter au mieux l'évolution des unités de légion étrangère parachutiste et leur soutien, il a été décidé de la diviser selon 4 grandes périodes. Nous avons donc pris le parti de traiter pour chaque conflit entre 3 et 5 opérations représentatives des engagements des bataillons et régiments.

Résultats : Au fur et à mesure des opérations, l'effectif de l'équipe médical varie, le service médical est dépendant de son propre matériel mais aussi des moyens d'évacuation qui ont évolués au fil des conflits. Les pertes subies par ces bataillons et régiments par conflit sont à interpréter en fonction des contraintes militaires, tactiques et environnementales.

Conclusion: Depuis maintenant 67 ans, l'équipe médicale de la légion étrangère parachutiste est présente au côté des combattants, au plus près des combats. En tout temps, cette équipe a été servie par des personnels motivés, cherchant à améliorer leurs pratiques au fil des conflits. La dynamique instaurée par le soutien médicale au sein de la légion étrangère parachutiste depuis 1948 a été un atout majeur pour le commandement mais aussi pour le combattant.

Mots clé: Médecine militaire, Légion étrangère, Blessés au combat. Médicalisation de l'avant.

Evolution of the French Foreign Legion paratroop Health support from 1948 to the present time

Purpose: French foreign legion paratroopers battalions were created in 1948. In Indochina, the command of those paratroopers units quickly became aware of the Health support necessity. On battlefield, Health platoon led by a medical officer would organize medical service.

Materials and Methods: Most of the known databases is derived from Department of Defense archives. In order to present the most relevant facts of French foreign legion paratrooper units and their support, 4 main periods have been pointed out. Each conflicts have therefore been treated through 3 to 5 operations, each reflecting the engagements of battalions and regiments.

Results: Through the amount of operations, medical staff headcount varies. Over the conflicts, Medical staff has shown its dependency either on its own supports than on its evacuation methods. In conflict, Losses incurred to these battalions and regiments have to be interpreted according to military constraints, tactics and context.

Conclusion: For the past 67 years, French foreign legion paratrooper medical staff has been directly engaged alongside fighters. At all times, the Medical corps has been served by a self-improving and involved personnel. Since 1948, the dynamic established by the foreign legion paratrooper medical support has been a major asset for the command and for the combatant.

Key-words: Military medicine, French Foreign Legion, Combat casualties, Forward medical support.
