

Zeitschrift: Zivilschutz = Protection civile = Protezione civile
Herausgeber: Schweizerischer Zivilschutzverband
Band: 24 (1977)
Heft: 10

Rubrik: L'OFPC communique

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 06.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

L'engagement de chiens de catastrophe dans la protection civile

Ernst Locher, Sous-directeur OFPC

Nous avons appris que les chiens de catastrophe avaient rendu de grands services en retrouvant des victimes des tremblements de terre au Frioul et en Roumanie. C'est dans ces circonstances qu'il a été possible d'établir pour la première fois comment ces amis de l'homme au caractère fidèle et actif réagissent lorsqu'ils étaient engagés dans de vraies catastrophes. On a notamment constaté qu'en fouillant dans les décombres, ils se blessaient aux pattes et qu'ils avaient de la peine à respirer à cause de l'énorme quantité de poussière qui s'en dégageait. Par conséquent, il a fallu les relayer fréquemment. On peut en déduire qu'il faudrait disposer d'un grand nombre de chiens pour fouiller dans les décombres lors de véritables catastrophes, si l'on voulait obtenir des résultats rapides.

A la suite des informations provenant des contrées frappées par des catastrophes, on nous a demandé pourquoi la protection civile ne travaillait pas avec des chiens de catastrophe, alors que des organisations de secours civiles et les troupes de protection aérienne le faisaient.

Pour nous prononcer sur ce problème, nous devons faire la distinction entre la catastrophe qui se produit en temps de paix et celle qui a lieu en temps de service actif.

En temps de paix, il incombe aux autorités de procéder à des actions de sauvetage. Elles engagent à cet effet tous les moyens appropriés dont elles disposent, notamment les sapeurs-pompiers et la police. Lors de tremblements de terre ou d'autres événements entraînant des décombres, les autorités ont si possible recours aux chiens de catastrophe des sociétés cynologiques pour repérer l'endroit où des personnes sont ensevelies. Elles engagent des équipes entraînées d'entreprises de construction pour sortir les personnes des décombres à l'aide de machines de construction. A la seconde étape, il est possible de faire intervenir des parties des organisations locales de protection civile équipées à cette fin. Elles peuvent compléter, partiellement soulager ou relayer les équipes déjà engagées.

En temps de service actif, la protection civile est tenue d'assurer la protection et, en cas de nécessité, le sauvetage des habitants de notre pays. Au centre de sa conception, nous trou-

vons l'occupation des abris à titre préventif. Il est en effet essentiel d'éviter que la population soit exposée aux effets d'armes modernes dont la puissance de destruction est énorme. Les abris sont conçus de manière à éviter les décombres. Ainsi, la partie de la dalle qui se trouve au-dessus de l'axe pivotant des portes blindées est renforcée et les sorties de secours conçues pour résister aux chocs. Si un éboulement devait néanmoins se produire, le service compétent pourrait situer l'emplacement exact des issues de l'abri sur la base du plan de construction dont il dispose. Les occupants de l'abri peuvent être libérés sans appareils spéciaux de repérage et, à l'exception des appareils dont dispose l'organisation locale de protection civile, sans machines lourdes de construction.

La situation se présenterait tout à fait différemment s'il se produisait un événement inattendu provoquant des décombres alors que la population se trouverait dans les appartements et à son lieu de travail. La plupart des membres des sapeurs-pompiers du temps de paix et les employés des entreprises civiles de construction se trouveraient sous les armes et le sauvetage incomberait alors entièrement à la protection civile. Celle-ci ne disposerait pas des machines lourdes et des appareils nécessaires pour dégager à temps le grand nombre de personnes ensevelies sous les décombres. Du reste, elle ne disposerait pas non plus du personnel qualifié capable d'utiliser ces machines, le temps d'instruction dans la protection civile n'y suffisant pas. Dans ces cas-là, la protection civile devrait en tout cas être renforcée par des troupes de protection aérienne entraînées et équipées pour des actions de sauvetage présentant de grandes difficultés. En effet, les troupes de protection aérienne possèdent le matériel lourd et les moyens de repérage nécessaires. Elles disposent en particulier de chiens de catastrophe. Il est rationnel d'affecter tous ces chiens aux troupes de protection aérienne. Cela permet de les dresser selon les mêmes normes et de les soumettre à un entraînement systématique. Cette solution présente encore un avantage: il est ainsi possible de concentrer très rapidement les efforts en vue de venir en aide à la région frappée par la catastrophe et de

sauver ainsi autant de personnes que possible. C'est là le but qu'il importe d'atteindre.

Dans le cadre de la révision des lois sur la protection civile, de nouvelles dispositions devraient permettre l'engagement de troupes de protection aérienne en dehors des communes auxquelles elles sont affectées, si cela s'avère nécessaire. Il sera dorénavant possible d'adapter aux circonstances l'engagement du moyen le plus lourd et le plus mobile dont la protection civile dispose. Les troupes de PA sont en effet spécialement qualifiées pour engager des actions de sauvetage dans les zones frappées, où qu'elles se trouvent.

C'est la raison pour laquelle l'Office fédéral a décidé de renoncer à introduire le chien de catastrophe dans la protection civile et de le laisser à la protection antiaérienne. Cette décision est aussi motivée par le fait que les chiens aptes sont rares.

Conformément à cette décision, il ne sera pas possible de verser des subventions fédérales sur les frais résultant de l'engagement de chiens lors de cours et d'exercices de la protection civile (indemnités, assurance, etc.). Il serait cependant erroné de déduire de ce qui précède que la protection civile renoncerait lors d'engagements en temps de service actif aux services des chiens de catastrophe dont elle apprécie les qualités.

Note de la rédaction

Cette prise de position de l'OFPC met en évidence qu'un seul groupement s'occupe de la tâche en question: les troupes de protection aérienne.

C'est une solution réaliste et rationnelle qui tient également compte des effets de la récession. En son temps, quand il s'est agi de garantir aux hommes astreints à la protection civile des prestations d'assurance appropriées, l'on a, avec raison, renoncé à conclure une assurance PC et l'on a inclus la protection civile dans l'assurance militaire fédérale; cette procédure a fait jusqu'ici ses preuves.

Par cette prise de position nous répondons aussi aux nombreuses demandes qui nous sont faites au sujet des interventions des chiens de catastrophe.

Considérations sur l'exploitation des postes sanitaires de secours

Par le Dr J. L. Bircher, PD, OFPC

La grandeur du type normal d'un poste sanitaire de secours, qui dispose de 128 lits pour patients, correspond à celle d'un hôpital de district. Les tâches que le poste sanitaire de secours doit remplir dans le cadre du dispositif sanitaire de la protection civile ne sont, eu égard à la dotation en personnel et en matériel, cependant pas les mêmes que celles d'un hôpital, mais consistent, comme le dit le nom de poste sanitaire de secours, à prendre en charge les patients.

Tâche pendant la phase de préattaque: instruction, cabinet médical protégé

Dans la phase de préattaque, le poste sanitaire de secours est exploité en tant que cabinet médical protégé tout comme le poste sanitaire (po san), le centre opératoire protégé (COP) et l'hôpital de secours (HS). En outre, il accueille les patients des abris, qui ont besoin de soins, qu'il serait difficile de soigner dans les abris et dont l'état requiert la présence permanente d'un médecin. Il décharge en même temps les COP et les HS en s'occupant des patients qui n'ont pas ou plus besoin de soins dans un hôpital de traitement définitif. Il peut s'agir de malades ou de convalescents qui ont subi une opération.

Le traitement et les soins prodigués chaque jour aux patients alités qui, dans cette phase, devraient occuper un tiers ou tout au plus la moitié des lits à disposition, ainsi que le traitement ambulatoire des patients contribuent à compléter l'instruction du personnel des détachements des postes sanitaires de secours. L'application des mesures thérapeutiques et de soins ainsi que le déroulement des travaux nécessaires peuvent ainsi être exercés, et l'on trouvera des solutions judicieuses à tous les problèmes et difficultés pouvant se présenter. Les médicaments seront achetés autant que possible dans les pharmacies. Les réserves de médicaments des postes sanitaires de secours ne seront mises à contribution que si les livraisons aux pharmacies font défaut, c'est-à-dire le

patient traité ambulairement reçoit une ordonnance et achète ses médicaments lui-même comme en temps de paix. Le matériel utilisé pour le traitement et les soins (matériel de suture, bandes plâtrées, médicaments destinés aux patients alités) est également toujours remplacé de la même manière. Les groupes et sections du détachement du poste sanitaire de secours peuvent se familiariser avec leur tâche quotidienne sans souffrir du manque de temps. Ils peuvent former des équipes de travail et la routine qui en résulte contribue à préparer le personnel à fournir des prestations record. Suivant l'état atteint de l'instruction et le nombre du personnel, une partie de ce dernier peut être libérée et mise de piquet. Il faut tâcher d'organiser une relève régulière des équipes dont la composition reste toujours la même afin qu'elles puissent former des groupes de travail homogènes.

Intervention maximum, fonction de réservoir

La transition à la phase d'attaque et à la phase de postattaque provoque un changement fondamental des activités du détachement du poste sanitaire de secours. Il se prépare au grand complet à l'intervention maximum. Tous les patients alités dont le traitement est encore possible d'une manière ou d'une autre dans l'abri sont transférés dans ce dernier ou prévus pour y être transférés afin qu'on ait à disposition assez de lits libres pour les victimes auxquelles il faut s'attendre à la suite des opérations de guerre.

Pendant la phase de préattaque, tous les patients qui avaient besoin d'un traitement hospitalier ont été affectés, en tant que malades exigeant des soins urgents, à un hôpital de traitement définitif, comme c'est le cas en temps de paix. Le rapport entre les blessés et les malades était de 1:1 environ. En raison des événements de guerre, cette situation change subitement et la part des blessés atteint 75 %. Quatre cinquièmes de ces blessés ont besoin d'interventions chirurgicales que les hôpitaux de traitement définitif ne peuvent pas assurer dans des délais très courts. Le traitement médical individuel du temps de paix est rem-

placé par le traitement collectif du temps de guerre (ou de catastrophe). Il ne s'agit plus de donner le meilleur traitement possible au patient présentant un cas urgent, mais il y va de sa survie. En triant les patients selon le degré de gravité de leur atteinte, on décide dans quel ordre ils quitteront le poste sanitaire de secours pour être affectés aux hôpitaux de traitement définitif. A noter que le nombre et la fréquence de ces transferts dépendent des tables d'opération dont on dispose et des chirurgiens qui les utilisent. Le poste sanitaire de secours doit fonctionner comme un réservoir, c'est-à-dire assurer la survie du patient jusqu'au moment où l'hôpital de traitement définitif dispose à nouveau de places libres.

Les principales tâches médicales

Pendant la phase de préattaque, le local de traitement et la salle d'opération du poste sanitaire de secours étaient destinés aux travaux de reposi-tion et d'immobilisation des fractures simples ainsi qu'au traitement de petites plaies et de lésions superficielles, tels que le médecin les pratique en temps de paix dans son cabinet médical ou dans les polycliniques. Dans les phases d'attaque et de postattaque, leur fonction change radicalement. Lorsque la vie du patient est menacée, ce dernier reçoit ici les premiers secours médicaux.

Ces secours consistent en premier lieu

- à dégager les voies respiratoires et à les maintenir en respiration (aspiration, intubation, coniotomie, respiration artificielle)
- à étancher les gros saignements (remplacer les garrots en clampant et en ligaturant des vaisseaux sanguins, appliquer des pansements compressifs)
- à combattre l'effet de choc par une perfusion (éventuellement par une dénudation veineuse)
- à traiter des lésions ouvertes ou fermées du thorax (ponction de pneumo- et hématothorax, drainage, fermeture de la paroi thoracique)

Ce n'est qu'après ce premier traitement que les patients peuvent être envoyés à l'hôpital de traitement définitif parce que ces blessures ne per-

mettent pas de les transporter avant cette intervention préliminaire.

En *deuxième* lieu, ces secours médicaux consistent

- à amputer des extrémités détériorées et dévitalisées
- à immobiliser des fractures ouvertes (traitement des plaies, plâtre, attelle de Thomas)
- à débrider de larges zones de tissus détériorés (enlever les tissus non viables, hémostase)
- à fermer des lésions articulaires
- à supprimer les rétentions d'urine, etc.

Ces mesures permettent d'assurer aux patients concernés la survie jusqu'au moment où, après des heures ou des jours, on peut les transporter dans les hôpitaux de traitement définitif, soit après que ces derniers aient pu finir de traiter les patients afflués en masse et ne pouvant être sauvés que par des interventions chirurgicales immédiates.

En *troisième* lieu, il faut s'occuper des patients blessés légèrement qui peuvent être traités définitivement dans le poste sanitaire de secours. Il s'agit dans ce cas également d'une mesure propre à empêcher que les hôpitaux de traitement définitif ne soient débordés et deviennent inefficaces par suite d'une surcharge de travail. Le chef du service sanitaire et le chef du détachement du poste sanitaire de secours ont l'importante tâche de veiller, en collaboration avec les deux médecins de détachement, à ce que ne soit amené dans les hôpitaux de traitement définitif que le nombre de patients qu'il est possible de soigner sur les tables d'opération disponibles (environ 25 patients par table d'opération et par jour). Les chances de survie d'un blessé gravement atteint confié à des médecins non spécialisés du poste sanitaire de secours sont sans doute plus grandes que s'il faut attendre, dans le centre d'accueil bondé d'un hôpital de traitement définitif, pendant des heures et des jours une place libre sur une table d'opération.

Formes de l'aide supplémentaire venant de l'extérieur

C'est l'une des tâches du poste sanitaire de secours de maîtriser la situation décrite ci-dessus sans pouvoir compter sur une aide venant de l'extérieur. Dans des cas particuliers, on peut renforcer le poste sanitaire de secours

- en affectant à ce dernier un groupe de médecine interne avec un médecin et un groupe «soins» d'une construction moins surchargée des alentours.

En détachant un groupe de médecine interne et un groupe «soins» d'un poste sanitaire de secours pour les affecter à un autre, on doit parvenir, d'une part, à renforcer efficacement ce dernier et, d'autre part, à garantir la continuité du traitement et des soins donnés dans le premier qui sera ainsi réduit;

- en collaborant avec la section sanitaire d'un bataillon attribué de protection aérienne.

L'engagement d'une section sanitaire d'un bat PA doit être planifié en détail. On ne peut pas intégrer simplement la section sanitaire unitaire dans le poste sanitaire de secours de la protection civile parce qu'on n'augmenterait de cette manière nullement la capacité si nécessaire du poste sanitaire de secours. C'est encore une fois l'affaire de la direction locale de réserver à proximité du poste sanitaire de secours les locaux de fortune à prévoir à cet effet. Ensuite c'est au chef de détachement et au chef de section de régler la collaboration dans tous les détails. La réunion de certaines parties des traitements et des soins pourra éventuellement être avantageuse, ou l'on prendra même en considération un échange de personnel de sorte que la personne possédant la meilleure formation se chargera d'une tâche qui correspond à cette formation; le médecin possédant la plus grande expérience en chirurgie se chargera, par exemple, du centre opératoire, et un infirmier expérimenté des travaux de plâtrage dirigera le poste de plâtrage, etc. Cela signifie que le centre opératoire et le poste de plâtrage seront éventuellement exploités en commun par les deux partenaires (PA et PC), tandis qu'au reste du personnel de la section sanitaire PA sont confiés les lits supplémentaires dans des locaux de fortune. On réalise ainsi l'augmentation voulue de la capacité de traitement et de soins;

- en collaborant exceptionnellement avec un centre de secours de troupes combattantes de l'armée de campagne si un tel centre est installé pour un certain temps dans la même localité.

Cette collaboration possible avec des sections sanitaires de troupes combattantes stationnées dans la même localité doit être évaluée avec beaucoup de prudence, parce que la tâche première de ces sections sanitaires militaires consiste dans l'accueil et le transfert de tous les patients des troupes en question. Par suite de modifications intervenant dans le dispositif de l'armée de campagne, ces unités peuvent être obligées à se déplacer et à abandonner ainsi leur poste sanitaire de secours. L'engage-

ment de ce dernier et, partant, la collaboration avec un poste sanitaire de secours de la protection civile sont, de ce fait, subitement interrompus à un moment décisif.

Pendant la phase de préattaque, il est nécessaire de planifier soigneusement l'aide apportée de l'extérieur; cette tâche incombe à la direction locale. Les interventions d'éléments d'autres postes sanitaires de secours de la protection civile doivent être exercées au préalable.

Intervention temporaire en tant qu'hôpital de traitement définitif

L'utilisation provisoire d'un poste sanitaire de secours comme place de traitement définitif n'est possible que sous certaines conditions et exige l'affectation à ce poste sanitaire de secours d'équipes bien entraînées d'opération et de soins intensifs d'un COP ou d'un HS. Cette mesure n'entrera, cependant, en ligne de compte qu'exceptionnellement parce que le rendement de ces équipes est bien meilleur lorsqu'elles peuvent travailler dans leurs propres constructions qui possèdent les installations spéciales nécessaires.

Qu'attendons-nous du poste sanitaire de secours en cas de catastrophe?

Pendant la phase de préattaque et particulièrement aussi pendant les phases d'attaque et de postattaque, les postes sanitaires de secours ont à remplir une tâche de première importance. Ils auront accompli tout ce qu'on attend d'eux s'ils réussissent, lors d'une arrivée en masse de patients,

- à préparer les blessés les plus gravement atteints à supporter leur transport dans un hôpital de traitement définitif
- à traiter et à soigner les blessés graves jusqu'au moment où des tables d'opération sont disponibles pour eux
- à assurer un traitement définitif aux blessés légèrement atteints et à s'occuper des cas sans espoir

Coordination dans les cantons

L'affectation du personnel spécialisé peu nombreux aux postes sanitaires de secours doit être organisée au niveau des cantons, ceci de telle manière que de meilleur fonctionnement possible de toutes les installations du service sanitaire soit garanti. Si nous réussissons à atteindre ce but, un élément important du service sanitaire de la protection civile sera préparé correctement pour être à même d'intervenir efficacement en cas de guerre ou de catastrophe.