1914 : de l'offensive à outrance au désastre sanitaire

R. Wey

Introduction

Les statistiques sur les pertes subies par l'Armée française au cours des premières semaines de la Grande Guerre sont incertaines. Le Médecin inspecteur général Toubert écrivait en 1918 : « Pendant la période d'août à décembre 1914, aucune série ne précise le nombre de blessés hospitalisés par les armées et dans la zone des armées » (1). Quoi qu'il en soit un constat s'impose : cette période du conflit, calamiteuse pour les Armées, fut aussi un désastre sanitaire. Très vite, les armées allemandes avaient saisi plus de 60 000 lits prévus dans des hôpitaux auxiliaires à proximité des frontières. À la fin du mois d'août 1914, 140 000 Français étaient déjà tombés au cours des premiers combats malheureux. Cette faillite est amplement illustrée par le contraste saisissant entre les images de soldats enthousiastes, joyeux, confiants en une victoire rapide, embarquant à bord des trains qui les transportent vers les combats et de celles qui suivront, de mise à bord de trains sanitaires improvisés de blessés hâtivement pansés, étendus sur des litières, partant pour un transport de plusieurs jours vers les hôpitaux du sud de la France où beaucoup arriveront pour mourir.

Les raisons de cette catastrophe sont multiples. Elle trouve son origine dans la conjonction des choix stratégiques du commandement et donc des facteurs doctrinaux adoptés par le Service de santé, de l'inadaptation des moyens humains aux missions de guerre et de l'impréparation des matériels nouveaux, certes initialement prévus mais qui ne purent être mis en place à temps avant le déclenchement du conflit (2).

Cependant, la prise de conscience immédiate de la situation par la hiérarchie médicale et l'émotion générale que suscitera le sacrifice indu de tant de soldats furent à l'origine d'une remise en question et d'une adaptation particulièrement rapides des moyens et des modalités de l'engagement du Service de santé qui apparaîtront *in fine* comme une véritable révolution.

R. WEY, médecin général inspecteur (2s).
Correspondance : Monsieur le médecin général inspecteur R. WEY, 5 rue Eugène Renault – 94700 Maisons Alfort.
E-mail : weyraymond@orange.fr

La stratégie de « l'offensive à outrance » et la doctrine de son soutien sanitaire

La « passion de l'offensive »

Elle animait le Commandement jusqu'à son plus haut niveau et imposait dans tous les esprits l'idée d'une rapide guerre de mouvement. Les unités combattantes n'avaient pas à s'encombrer d'*impedimenta* au-delà du strict nécessaire afin de préserver au maximum leur liberté d'action (3).

Ces choix stratégiques, dans le contexte de l'époque, paraissaient logiques. Leur valeur avait été vérifiée au cours des guerres balkaniques en 1912 et 1913. Serbes et Grecs s'inspiraient alors de l'organisation militaire française. Pour leur part, les Turcs étaient équipés et instruits par les Allemands. Ce conflit semblait donc pouvoir constituer une répétition en vraie grandeur de ce qu'il adviendrait éventuellement à nos frontières. L'infanterie serait le fer de lance de l'offensive à outrance, l'artillerie n'effectuant que les préparations des attaques et la destruction d'objectifs. L'arme principale devrait donc être le fusil tirant des balles en laiton de petit calibre. Ainsi, par volonté de privilégier l'offensive, seul procédé permettant des gains territoriaux, on minimisa la capacité meurtrière des armements nouveaux, mitrailleuses et obus à fragmentation en particulier, dont tout le bénéfice allait aux troupes placées en défensive. On oublia que « le feu tue ». De Gaulle, évoquant les fantassins ayant survécu aux offensives, dira d'eux « qu'ils se rappellent avec tristesse et amertume ces terrains d'attaque lamentables où chaque jour de nouveaux cadavres s'entassaient dans la boue immonde » (4).

La doctrine de soutien sanitaire

Pour le Service de santé ces principes stratégiques impliquaient de dégager le plus rapidement possible le champ de bataille des blessés en privilégiant, sur toute autre forme de prise en charge, l'évacuation systématique de tous les blessés transportables. Dès lors, il serait possible d'alléger les moyens de l'avant en appliquant une stricte limitation des actes chirurgicaux. Les évacuations devaient, quant à elles, toujours favoriser les destinations éloignées de la zone

des Armées, afin de soigner au mieux les blessés dans les hôpitaux de l'Arrière.

Le règlement sur le Service de santé en campagne du 26 avril 1910 allait ériger en doctrine ces principes fondamentaux en s'appuyant sur les enseignements que l'on avait voulu retenir des guerres russo-japonaises de 1905 et dans les Balkans de 1912 et 1913.

Ainsi en est-il des réflexions relatives aux effets sur l'homme des munitions de petit calibre et à grande vitesse initiale. L'opinion dominante, y compris chez les chirurgiens civils, est que ces balles ne seraient à l'origine que de blessures nettes, propres qui n'impliquaient plus forcément un acte chirurgical lourd lorsqu'elles ne concernent pas un organe essentiel. Ces plaies « guérissent très vite » !

À contre-pied, l'inspirateur du règlement de 1910, le Médecin général Delorme lui-même, exprimera deux années plus tard à la suite de la campagne bulgaro-turque de 1912, ses doutes sur ces conceptions trop optimistes et soulignera la gravité des lésions des tirs d'infanterie à courte et moyenne portée (5). Dans le même temps, le professeur Weiss, chirurgien à Nancy et officier de réserve, perçoit et décrit avec une acuité exemplaire le changement profond de nature des blessures provoquées par les munitions de l'artillerie moderne, le risque accru d'infections gangréneuse et les conséquences graves de la systématisation à l'immense majorité des blessés des évacuations à longue distance (6).

Pour autant, occultant l'importance des lésions graves qui seront la règle dès le début du conflit, on en reste à considérer comme licite d'insister sur l'importance du pansement individuel et sur la fonction du poste de secours : « cet atelier d'emballage aseptique et ce bureau d'expédition vers l'arrière » et qu'au-delà, les évacuations sans traitement important préalable, peuvent être privilégiées sans difficulté, le chirurgien en zone avant devant se limiter « à discerner le cas ayant besoin d'être pansé de ceux ayant besoin d'être opérés ». L'essentiel des blessés peut être « rapidement » évacué vers un hôpital très éloigné du front. Chirurgiens militaires comme civils s'accordent pour estimer que la chirurgie moderne ne peut être effectuée dans la précarité des structures hospitalières de l'Avant. Elle ne peut être pratiquée que dans les hôpitaux bien équipés de l'Intérieur. Seuls les blessés les plus graves, en petit nombre, devraient être traités à l'avant.

Logiquement, le règlement sur le Service de santé en campagne de 1910 va donc profondément modifier celui de 1892.

Le règlement du 26 avril 1910 (7)

Les postes de secours de régiment et de bataillon sont limités dans leurs actes techniques mais complétés par des « relais de blessés » permettant de rassembler au plus près de la ligne de front les blessés relevés par les brancardiers et d'appliquer les premiers pansements. Les régiments disposeront au total et en théorie de 7 médecins, 1 pharmacien aide-major et 1 dentiste auxiliaire, 1 sous-officier, 15 infirmiers et 48 brancardiers. Le médecin major du régiment pouvait compter en outre sur la musique régimentaire pour compléter les moyens de portage. Dans chaque bataillon, le matériel était réparti dans des paniers d'osier transportés dans la voiture médicale. Les paniers étaient spécifiques à chaque type de matériel : objets et instruments pour interventions simples, paquets de pansements, appareils d'immobilisation, médicaments. Ce matériel comportait encore 8 brancards, 2 brouettes porte-brancard, le matériel d'éclairage et 1 tonnelet d'eau.

Décision majeure, le nouveau règlement supprimait les hôpitaux de campagne et allégeait considérablement les ambulances divisionnaires et de corps d'armée considérées comme trop encombrantes avec, en particulier, leur voiture chirurgicale de 1 850 kilos. Elles furent remplacées par un nouveau modèle d'ambulances légères et interchangeables. Elles devaient être aussi mobiles que les troupes et pouvoir être remplacées afin de permettre de les immobiliser le temps du traitement des quelques blessés graves arrêtés à leur niveau et opérés à l'avant. Elles furent considérées au début des opérations comme le rouage essentiel du Service de santé de l'avant. Des sections d'hospitalisations étaient prévues. Quatre ambulances et trois sections d'hospitalisations étaient affectées à chaque division. Le « Groupe de brancardier divisionnaire » était composé de 6 médecins, 2 officiers d'administration et 132 brancardiers. Il disposait de 6 voitures hippomobiles avec une capacité de transport théorique de 200 blessés, limitée dans les faits à 62 blessés couchés et 32 assis.

Les corps d'armée avaient en réserve dans les gares régulatrices de leurs zones de responsabilité, 8 ambulances et 6 sections d'hospitalisation, sans moyen de transport. Venait compléter ces moyens un groupe de brancardiers de corps d'armée auquel était rattachée une section d'hygiène et de prophylaxie disposant des matériels d'examens chimiques et bactériologiques ainsi que de désinfection et de désinsectisation.

L'échelon arrière était composé d'hôpitaux d'évacuation ou « Hôpitaux d'origine d'étapes » (les HOE) comportant chacun 2 ambulances et 2 sections d'hospitalisation mais dont le rôle était limité au contrôle et à la réalisation des évacuations à longue distance. Des équipes chirurgicales mobiles, des équipages radiologiques mobiles ainsi qu'une réserve sanitaire d'armée venaient compléter ce dispositif général.

Ainsi, à la déclaration de la guerre, le Service de santé mettait en œuvre dans la zone des Armées 472 ambulances de type « infanterie » et 10 de type « cavalerie », 350 sections d'hospitalisation et 30 hôpitaux d'évacuation. Par ailleurs, 25 sections sanitaires automobiles de corps d'armée, alignant 450 véhicules au total, purent être mises sur pied à la mobilisation. À l'intérieur du territoire, en août 1914, un potentiel théorique de 281 000 lits était offert dans 893 hôpitaux permanents.

La réalité

Pourtant, la mise en œuvre de cette importante réforme était loin d'être achevée lorsque les combats s'engagèrent et malheureusement, dès août 1914, la réalité vint infirmer toutes les prévisions. Les mitrailleuses et les

schrapnells provoquaient des lésions multiples ; les obus comme les grenades entraînaient de gros délabrements. Les plaies souillées par les débris s'infectaient et évoluaient vers le tétanos et la gangrène. Les médecins furent dépassés par le grand nombre des blessés et par la gravité des blessures. Isolés, ils revenaient aux pratiques d'avant la guerre d'un traitement complet d'emblée. La chaîne des évacuations s'engorgeait d'autant plus. La retraite des armées françaises interdit la stabilité nécessaire à l'établissement des structures de recueil et de traitement des blessés. Déployées, de nombreuses formations furent saisies par les Allemands avec le personnel soignant et les blessés qui y avaient été admis et qui n'avaient pu être évacués. L'importance des pertes prit le commandement de court. Une estimation fait état de 200 000 blessés environ pour les deux mois d'août et de septembre 1914. Entre le début de la guerre et décembre 1914 il y aurait eu 310 000 morts. Les blessés acheminés vers la zone des Étapes devaient être transportés en masse. On eut recours aux trains sanitaires le plus souvent improvisés, composés de wagons de marchandises, lorsqu'il ne s'agissait pas tout simplement de wagons à bestiaux. La décision d'utiliser d'abord pour le recueil de ces blessés les formations hospitalières des régions de l'Intérieur les plus éloignées du front aggravera la situation (8).

La discontinuité de la chaîne de commandement

Mais, pour être efficace, encore eut-il fallu que la chaîne des évacuations puisse s'appuyer sur une articulation homogène du commandement technique depuis la ligne de front jusqu'aux hôpitaux les plus éloignés à l'Intérieur. Or, le règlement ne prévoyait pas une telle possibilité et le commandement avait exclu une telle continuité décisionnelle. En comparaison, un représentant du service de santé allemand participait aux décisions à chaque échelon de commandement opérationnel.

Un tel retard conceptuel témoignait des difficultés rencontrées depuis la réorganisation imposée par la défaite de 1870. Le Service de santé avait certes acquis une autonomie relative avec les lois de 1882 et de 1889. Il était dirigé et administré par le corps médical et donc soustrait de la tutelle de l'Intendance. Mais, en réalité, rien n'est abouti dans ce domaine et le Service de santé, en 1914, n'avait pas encore réussi à gagner la confiance des États-Majors et, partant, à trouver toute sa place dans la chaîne du commandement. En particulier, dans le domaine opérationnel, la chaîne complexe de responsabilité technique des autorités du service, quoique calquée sur l'échelonnement du commandement du front jusque dans la profondeur du territoire, était compartimentée d'une part et, d'autre part, restait totalement écartée des décisions tactiques.

L'organisation du commandement

Le territoire français était divisé en deux grandes entités : la zone des Armées, dépendant du Grand Quartier Général et la zone de l'Intérieur qui, étant sous l'autorité du ministre de la Guerre, relevait pour son domaine de compétence technique de la Direction du Service de santé au ministère de la Guerre, la 7e Direction du ministère, dont le rôle fut sensiblement réduit dès le début de la guerre à l'approvisionnement sanitaire et à l'affectation du personnel.

La zone des Armées était subdivisée en une « zone de l'Avant » qui comprenait toutes les structures sanitaires de régiments, de divisions et de corps d'armée et une « zone de l'Arrière » commune à toutes les armées opérant sur un même théâtre d'opérations. Elle incluait dans son champ de responsabilité la « zone des Étapes », essentielle dans la chaîne des évacuations et du ravitaillement sanitaire car spécifique à chaque armée et en contact direct avec la zone de l'avant.

La zone de l'arrière était sous les ordres d'un « Directeur de l'arrière ». Dans les premiers mois de la guerre cette Direction, pourtant chargée des missions essentielles du ravitaillement en matériels et en personnel pour le Service de santé en campagne et d'organisation des évacuations des blessés, ne comportait aucun médecin. Un officier d'État-major y assurait le traitement des besoins « santé ». Cette organisation était délibérée : au Service de s'occuper des soins aux blessés et à la Direction de l'Arrière d'organiser leurs transports. C'est devant le constat de carence de l'organisation générale de ces évacuations (mauvaise qualité des moyens utilisés, chargement sans discernement des blessés, absence de possibilité de soins et de triage des blessés, incapacité du Directeur de l'Arrière à surveiller la mise en œuvre du soutien sanitaire qui lui incombait) que fut créée une direction générale du Service de santé de l'Arrière en octobre 1914. Elle relevait du général en chef du groupe d'armées. Cette subordination du Service de santé au commandement se retrouvait naturellement à chaque niveau, armée, corps d'armée, division, régiment, bataillon. Pour l'Armée, un médecin d'armée exerçait son action au sein de la Direction des étapes et des services, à la fois au profit de la zone des Étapes et à celui de la zone Avant de son armée. Mais, le règlement ne prévoyait pas la présence d'un médecin au sein du premier groupe de commandement du Grand Quartier Général, là où se prenaient les décisions tactiques importantes. Aussi, le médecin d'armée n'avait aucune action opérationnelle directe dans l'État-major du commandant en chef : il n'était pas informé des actions à venir et il ne participait pas à leur préparation. Il en allait de même à tous les niveaux (9).

Les conséquences

Ainsi, coupés des pôles décisionnels, simples agents d'exécution d'ordres décidés sans être consultés, les autorités du Service de santé étaient dans l'incapacité de faire valoir leur point de vue dans l'intérêt des blessés qui seraient pris en charge dans leur zone de compétence. Avec une chaîne décisionnaire aussi cloisonnée et faisant intervenir des acteurs n'ayant pas de compétences médicales, le fonctionnement de la chaîne des évacuations ne pouvaient qu'être difficile. Lorsque Clemenceau relaiera l'émotion provoquée par les dysfonctionnements des évacuations au cours

des premières semaines de guerre, il fustigera le Service de santé désigné comme responsable de cette situation, omettant de souligner l'implication première dans ce désastre du commandement et des carences organisationnelles (10). En particulier, le Service dut assumer de violentes critiques sur la déplorable organisation des évacuations ferroviaires alors que ni les médecins de la zone des Armées, ni le Directeur du Service de santé au ministère de la Guerre n'avaient la moindre possibilité d'action sur les rotations de trains sanitaires, sur les matériels roulants utilisés ni même sur les conditions d'exécution des évacuations. Tout dans ce domaine relevait du Directeur des Arrières qui disposait d'un Directeur des chemins de fer, responsable des trajets, des acheminements et des arrêts des trains sanitaires. Pourtant, c'est bien là que, pour l'essentiel, le drame sanitaire se jouera. La flotte des trains utilisés en août et septembre 1914 était essentiellement composée de trains improvisés à partir de wagons à bestiaux ou au mieux de wagons de marchandises dans lesquels douze blessés sont installés sur des brancards. Ce « traitement ferroviaire » des blessés du début de la guerre, appliqué pour des raisons doctrinales et avec des moyens globalement inadaptés, se poursuivait jusque dans les hôpitaux de l'Intérieur les plus éloignés à la suite de cette décision calamiteuse de remplir d'abord les hôpitaux « par le fond » ! Fort heureusement cette pratique fut rapidement rectifiée devant les conséquences qu'elle entraînait. Certes, les insuffisances dans le convoyage médicalisé étaient critiquables, mais l'étaient encore plus les négligences coupables dans l'organisation des évacuations décidée par la direction de l'Arrière.

Le facteur limitant du personnel

Le Service de santé était-il en mesure d'affecter partout où cela eut été nécessaire des médecins en mesure de dialoguer avec les officiers d'État-major et de faire prévaloir la cohérence indispensable à la prise en charge des blessés ? De manière plus générale, le Service disposait-il au début de la guerre des moyens en personnels, qualitativement et quantitativement adaptés aux missions prévues ?

Les officiers du cadre de complément : 87,5 % des effectifs (2)

Août 1914 : après les opérations de mobilisation de 8 995 médecins du cadre de complément, le Service de santé d'active passe de 1 445 médecins à 10 440 praticiens. Pour le corps des pharmaciens la proportion de réservistes est encore plus importante : 126 sont du cadre d'active sur les 2 318 pharmaciens disponibles. Sur les 2 329 officiers d'administration, 319 seulement relèvent du cadre d'active.

Le Service de santé est donc massivement composé de personnel de réserve peu ou pas formé aux missions qui vont être les leurs. Certes, tous les officiers du cadre de complément étaient théoriquement astreints à suivre tous les deux ans une période d'instruction militaire. Malgré les rappels itératifs aux obligations de formation, en particulier au cours des années 1912 et 1913, des dispenses restaient largement accordées aux médecins, les autorités du Service de santé militaires n'osant guère les refuser aux praticiens titrés du corps professoral universitaire comme aux médecins des hôpitaux et même aux internes. La nécessité d'une telle instruction n'était pas comprise. De plus, les contraintes qu'entraînaient cette multiplicité des stages aux yeux des praticiens civils, incitaient ces derniers à conserver dans la réserve un grade de sous-officier ou de médecin auxiliaire qui ne les astreignait qu'à deux périodes de 41 jours pendant toute la durée de leur maintien au sein du corps complémentaire. Ainsi, au cours des trente années qui précédèrent la guerre, sur les 27 965 étudiants en médecine reçus docteurs, seuls 13 289 purent être nommés officiers du cadre complémentaire.

Cette ressource était insuffisante pour couvrir l'ensemble des besoins des Armées : il aurait fallu disposer d'environ 12 500 médecins, dont 7 000 pour les unités et les formations sanitaires de la zone des Armées, 5 000 pour le service de la zone de l'Intérieur et 500 pour l'Outre-Mer. De tels effectifs apparaissaient déjà comme pléthoriques à certains officiers d'État-major : « Encore des médecins ! Que va-t-on faire de tous ces médecins ? ». Ces remarques, trop souvent entendues, méconnaissaient la réalité des moyens humains nécessaires : il fut d'ailleurs très vite évident que le nombre indispensable de praticiens s'élevait en réalité à plus de 15 500 ! Aussi, à partir de la mi-août 1914, les décisions s'enchaînèrent pour procéder de toute urgence à une augmentation des effectifs. Tous les médecins en âge d'être appelés devinrent mobilisables ; les décisions de réforme furent révisées ainsi que celles de classement en service de réserve ; les étudiants en médecine titulaires de douze inscriptions furent aussitôt promus médecins auxiliaires, comme les candidats admissibles aux Écoles de santé et des étudiants de la classe 14 ; tous les docteurs en médecine et les internes ayant un an d'exercice et seize inscriptions furent nommés à titre temporaire au grade d'aide-major. Les praticiens mobilisés comme sous-officiers furent recensés, promus et réaffectés. Toutes ces mesures, ainsi que celles concernant les pharmaciens et les officiers d'administration, permirent un alignement progressif mais significatif des effectifs aux besoins (15 333 médecins le 31 octobre 1914).

Une ressource mal formée, mal affectée

Qualitativement, la situation lors de l'engagement des forces n'était pas optimale. La cohésion et l'entraînement des formations mobilisées étaient insuffisants. Sans transition, chacun devait trouver sa place dans le tumulte de l'engagement opérationnel. Certaines affectations ne correspondaient nullement aux compétences ou aux qualifications individuelles. Compte tenu de la limitation drastique des traitements chirurgicaux à leur niveau, les ambulances ne disposaient que de peu de chirurgiens. Ils étaient mal préparés aux interventions difficiles sur les blessés intransportables qu'ils étaient autorisés à opérer dans des conditions matérielles précaires. En nombre, les équipes expérimentées, civiles et militaires, étaient concentrées dans les hôpitaux de l'infrastructure pour

pouvoir y bénéficier de tous les progrès et y pratiquer les meilleures techniques qu'ils comptaient appliquer à la guerre comme dans leur pratique du temps de paix.

De plus, la cohabitation des médecins d'active et des médecins du corps de complément n'alla pas toujours sans poser quelques difficultés. Des médecins titrés acceptaient mal d'être mis sous les ordres de praticiens moins qualifiés même s'ils étaient plus aguerris. Les affectations paraissaient à certains inégalement réparties entre la Zone des Armées et celle de l'Intérieur, alors que le nombre tellement majoritaire des officiers issus du corps complémentaire impliquait à l'évidence que tous les postes d'affectation soient ouverts à ceux-ci. Dans les corps de troupe, cette rivalité entre médecins d'active et de réserve fut nettement moins sensible. Le dévouement et l'efficacité des uns comme des autres ont été largement soulignés. Ils s'accordèrent d'ailleurs parfaitement dans leurs critiques de la hiérarchie technique, voire de leur opposition aux ordres donnés.

Une véritable différence entre cadre d'active et cadre de complément existait toutefois pour les fonctions de responsabilité militaire. Elles furent tenues plus volontiers par du personnel d'active en raison de l'absence de toute culture logistique dans le cadre de réserve, même si celle du cadre d'active était elle aussi des plus succinctes. La formation au commandement et à la direction du service en temps de guerre était totalement inexistante chez les officiers du corps complémentaire. Malgré cela, plus de la moitié des chefferies d'ambulances et de formations hospitalières furent confiées à des médecins de réserve. En revanche, les postes de médecins-majors régimentaires, de médecins chefs divisionnaires, de directeurs du Service de santé de corps d'armée, de médecins d'armée, de médecins-chefs des Étapes et de l'essentiel des médecins-chefs des hôpitaux d'évacuation furent tenus par le personnel d'active.

Cette absence de préparation des cadres du Service de santé à des fonctions logistiques et de direction, à l'exception notable d'une minorité d'entre eux qui purent bénéficier des mesures édictées en 1909 pour l'organisation de cours spécifiques, à l'instigation du Médecin inspecteur Troussaint, a indiscutablement contribué au climat de méfiance des États-majors envers le corps médical. « On ne peut considérer comme une préparation utile la présence de rares médecins à des manœuvres de cadres dont ils ne tirent aucun profit » soulignait Troussaint. Les officiers d'État-major ne connaissaient rien aux contraintes médicales, mais bien peu de médecins étaient en mesure de leur opposer des compétences en logistique militaire (11).

Le personnel paramédical

Autre faiblesse importante au moment du déclenchement des hostilités : l'insuffisance criante en personnel paramédical. La situation aurait pu être encore plus grave si la 7e Direction n'était pas parvenue à bloquer un projet de loi envisagé en 2012 qui prétendait limiter les emplois d'infirmiers militaires aux seuls astreints du service auxiliaire qui regroupait les exemptés. Avant la guerre, 25 « sections d'infirmiers » avaient pu être constituées, regroupant environ 6 000 hommes, dont la moitié relevait du service auxiliaire. Dès la mobilisation 4 infirmiers furent affectés par bataillon et 38 par ambulance. Parmi eux, seuls les infirmiers « de visite » avaient reçu des cours techniques qui leur avaient donné le droit au port du « caducée ».

Si, depuis la loi de décembre 1905 portant séparation de l'Église et de l'État, les religieuses infirmières avaient disparu des hôpitaux militaires, elles prirent néanmoins une place non négligeable dans les structures hospitalières complémentaires. Un décret avait bien ouvert en 1909 un corps d'infirmières civiles des hôpitaux militaires mais en août 1914, ce corps ne comportait que 96 infirmières qui n'avaient d'ailleurs pas de statut.

La seule lueur dans ce sombre tableau fut apportée par le décret du 2 mai 1913 qui permettait l'emploi des volontaires infirmières des trois sociétés de la Croix Rouge Française : la Société de secours aux blessés militaires (SSBM), l'Association des dames françaises (ADF) et l'Union des femmes de France (UFF). Ce personnel recevait une formation accélérée dans des écoles ou des hôpitaux portant pour l'essentiel sur l'hygiène des soins, les bandages, l'asepsie et l'antisepsie. Elles étaient, le plus souvent, affectées dans les hôpitaux complémentaires dans la zone des Armées, formations tenues au début de la guerre par ces sociétés caritatives. Malheureusement ces hôpitaux proches des frontières tombèrent rapidement aux mains de l'ennemi qui les utilisa à son profit. Nombre d'infirmières civiles bénévoles se dévouèrent auprès des blessés, justifiant les unes comme les autres ces propos d'un médecin à une infirmière rapportés par G. Duhamel : « Le plus gros du travail est fait. Mon homme est opéré. À vous maintenant de le sauver » (12).

Les brancardiers

Comment ne pas évoquer les brancardiers, même s'ils ne faisaient pas partie du personnel administré par la 7e Direction du ministère. Seules leur sélection et leur formation étaient de la responsabilité des médecins régimentaires et des groupes de brancardiers divisionnaires. Le choix qui leur incombait était difficile car de lui dépendrait la relève du blessé et même son sort définitif. Courageux, dévoué, robuste, le brancardier devait en plus être en mesure d'agir à son initiative. Cibles faciles, ils étaient autant exposés que les combattants eux-mêmes. Ils devaient apporter aux blessés les soins élémentaires qui lui permettraient d'attendre jusqu'au relais de blessés ou au poste de secours. Ils furent les plus humbles mais les plus héroïques auxiliaires des médecins au combat. Sans eux, combien de souffrances prolongées ? Combien de blessés abandonnés à leur sort sur le champ de bataille ? Combien de victimes à ajouter à l'immense litanie des morts ?

Les retards de l'équipement sanitaire

En toute logique, l'efficacité de l'application du règlement de 1910 était subordonnée à la mise en place des matériels que celui-ci avait déterminé. Bien entendu, il n'en fut rien : début août 1914, 34 corps d'armée

sont engagés ; seulement 12 d'entre eux sont équipés conformément au nouveau règlement. Le Médecin inspecteur Mignon écrira : « Nous sommes partis comme des touristes qui emportent avec eux des en-cas pour les accidents de la route » (9).

Retards dans l'approvisionnement : il faudra deux années pour que s'amorcent les transformations des dotations décidées en 1910 ; retards dans la diffusion des notices techniques d'emploi des matériels enfin réalisés qui ne seront publiées, pour les premières, qu'en 1913 ; insuffisances de dotations budgétaires disponibles pour cette opération de renouvellement alors que le soutien des troupes engagées au Maroc pèse sur les crédits. En 1914, peu nombreux sont ceux qui auront eu le temps de se familiariser ou de tester ces matériels, avec les conséquences inéluctables qu'une telle carence d'entraînement ne pouvait qu'impliquer.

Le soutien de l'engagement s'effectuera donc avec des chariots d'évacuation sanitaire hippomobiles dont certains ont connu la guerre de 1870. Les voitures médicales régimentaires d'infanterie et de cavalerie qui transportent tous les équipements techniques, cantines de médicaments, objets de pansement, matériels d'immobilisation, brancards et tonneaux d'eau, sont du modèle 1874. Les ambulances divisionnaires utilisent les voitures légères à deux roues transportant 2 blessés couchés et des voitures « omnibus » à quatre roues qui peuvent admettre 4 blessés couchés ou 2 blessés couchés et 5 assis ou encore 10 blessés assis. La voiture chirurgicale est équipée du matériel de première intention avec une table d'opération au plateau en bois. Deux tentes « tortoises », ainsi nommées en raison de leur forme basse de tortue, permettent un hébergement limité. En 1914, le parc des voitures sanitaires est largement complété par la réquisition. Les moyens automobiles ne sont réalisés qu'en petit nombre.

Les stocks de matériel médical et chirurgical sont insuffisants au début, même si la situation s'améliore assez rapidement. On manque de vaccin et de sérum antitétaniques. Malgré l'obligation légale de la vaccination anti-typhoïdique dans les armées, en octobre 1914 40 % des soldats ne sont pas encore vaccinés, faute de vaccins. Le mois suivant une épidémie de fièvres typhoïdes se déclarait.

Conclusion

Globalement, tout avait concouru pour que le soutien sanitaire soit désastreux au cours des premières semaines de guerre. De nombreuses voix s'élevèrent aussitôt pour demander une réforme immédiate de l'organisation du Service de santé afin de l'adapter aux réalités de la guerre, celles de chirurgiens militaires, A. Mignon, H. Rouvillois, R. Picqué, mais aussi celles de chirurgiens mobilisés ou de parlementaires comme M. Barrès (« Les blessés sont faits pour être soignés »), Messimy (« Nos malheureux blessés sont morts par milliers faute de soins immédiats ») et Clemenceau (« Je ne puis accepter que nos blessés souffrent d'impardonnables négligences qui… prendraient la proportion d'un attentat contre la Patrie »). Dès le 22 août 1914 le ministre de la Guerre décide de constituer un groupe de consultants mandatés pour effectuer des missions de contrôle dans les zones des Armées et de l'Intérieur et surtout de proposer des conduites diagnostiques et thérapeutiques uniformes. Ces consultants, à l'exemple du professeur Tuffier, dirigeaient de grands services cliniques à Paris ou à Lyon et leurs avis ne pouvaient qu'échapper à toute critique de la part des praticiens. Delorme reconnaît en septembre 1914 que, contrairement aux idées admises avant la guerre, en réalité, « le nombre de blessés graves est de 95 %… La chirurgie des premières lignes ne doit plus se contenter des actes opératoires qu'elle pratiquait jusque-là. Elle doit faire elle-même tout le nécessaire… On avait jusqu'ici des raisons de reporter à l'arrière la chirurgie active, les circonstances obligent à la concentrer en partie et résolument à l'avant. À situations nouvelles, dispositifs nouveaux » (13).

Le 15 octobre 1914, une Direction générale du Service de santé est créée au Grand-Quartier-Général. Elle est confiée au Médecin inspecteur général Chavasse. Sous son impulsion, une nouvelle logistique sanitaire allait se mettre en place. Elle fera l'admiration de tous à la fin de la guerre.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Toubert J. Rapport général, 11 février 1918.
2. Larcan A, Ferrandis JJ. Le Service de santé aux armées pendant la Première Guerre mondiale ; Ed. LBM, 2008.
3. Desmazes. Joffre, la victoire du caractère, Nouvelles éditions latines, 1955.
4. De Gaulle Ch. Lettres, notes et carnets, Tome 1, 1905-1918, Plon ; 1980.
5. Delorme E. Des enseignements de la guerre des Balkans, 1912.
6. Weiss Th. Les leçons sanitaires de la Guerre des Balkans, Berger – Levrault, Nancy, 1914.
7. Règlement du 26 avril 1910 sur le Service de santé en campagne, Paris, Ed. Lavauzelle, 1911.
8. Ferrandis JJ. Le Service de santé des armées dans la tourmente du début de la guerre 1914 – 1918, CERMA N° 5.
9. Mignon A. Le Service de santé pendant la guerre 1914 – 1918, Masson, 1926-1927.
10. Clemenceau G. Éditorial explications du Service de santé, L'Homme Libre, 1914.
11. Troussaint AH. Une page de l'histoire du Service de santé militaire, Ed. Lavauzelle, Paris, 1919.
12. Duhamel G. La pesée des âmes, Mercure de France, 1949.
13. Delorme E. Considérations générales sur le traitement des blessures de guerre, Communication lue lors de la séance du 28 septembre 1914 ; Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, Juillet – Décembre 1914 : 545.