La restructuration du Service de santé aux armées françaises de 1915 à 1918

J.-J. Ferrandis

Pour le Service de santé français aux armées, la Grande Guerre commença par un désastre sanitaire majeur. Nous ne reviendrons pas sur les causes de ce désastre, bien décrites dans un autre article de cette revue par R. Wey. Nous savons que les progrès de la Médecine sont malheureusement trop souvent rythmés par les conflits. La Grande Guerre en est un exemple significatif car pour la majorité des auteurs, ces progrès dans tous les domaines ont fait entrer la Médecine dans son ère moderne. Notre propos a pour but de rappeler la restructuration totale du Service de 1915 jusqu'à l'Armistice. Les progrès techniques proprement dits, l'organisation du Service de santé aux Dardanelles et en Macédoine ainsi que la réparation fonctionnelle et juridique après la blessure, font l'objet d'articles spécifiques dans cette revue (1).

À l'entrée en guerre, la doctrine du Service de santé aux armées prévoyait que les plaies majoritairement bénignes seraient seulement désinfectées à la teinture d'iode et « emballées » avec des pansements rapides, 85 % des blessés seraient évacués rapidement vers les hôpitaux éloignés du front où un traitement idéal serait réalisé. Contrairement aux prévisions, les plaies dues essentiellement aux obus et aux mitrailleuses, furent le plus souvent graves et le conflit s'installa dans la durée nécessitant une adaptation de la médecine de guerre. Le Service allait être totalement restructuré à partir du 15 octobre 1914 et la création d'une Direction générale du Service de santé au Grand quartier général (GQG). Les missions des divers échelons de la chaîne de soins furent redéfinies et adaptées, d'abord avec une accélération du relèvement des blessés, ensuite une réorganisation des plans de triage, d'hospitalisation et d'évacuation.

La restructuration fut grandement facilitée par la stabilisation du front sur 750 km à partir de novembre (2). Le 26 novembre 1914, les chirurgiens les plus confirmés furent affectés au plus près des lignes de feu et traitèrent désormais les blessés dans des conditions de plus en plus performantes. Le 1er juillet 1915, la 7e sous-direction du ministère de la Guerre devenait le Sous-secrétariat d'État au Service de santé, dirigé par l'avocat lyonnais J. Godart, député du Rhône (fig. 1).



Figure 1. Justin Godart et ses collaborateurs au Sous-secrétariat d'État au Service de santé. © Musée du Service de santé des Armées, Paris.

Malgré ses relations souvent conflictuelles avec le général commandant en chef, celui-ci fut le principal artisan de la réorganisation structurelle et fonctionnelle du service. Pourtant, le 17 janvier 1917, nouvel avatar : après le remplacement de Joffre par Nivelle, la Direction générale du Service de santé au GQG fut supprimée et remplacée par une section dirigée par un capitaine d'infanterie qui seul, décidait de l'organisation des évacuations sanitaires. Le fiasco de l'offensive du Chemin des Dames, notamment sanitaire, entraîna la démission du général Nivelle. Le 10 juin 1917, le général Pétain, nouveau commandant en chef, créa au GQG une Inspection du Service de santé et désigna le Médecin inspecteur général (MIG) C. Sieur pour la diriger. Le 5 février 1918, le Docteur L. Mourier, député puis sénateur du Gard, succéda à J. Godart et fit décider : « le devoir d'organiser, à côté de l'Armée qui se bat, une véritable Armée qui soigne et qui opère, sous la haute autorité du commandant en chef, mais indépendamment de tous les autres services… et la nécessité pour cette armée d'avoir un chef d'état-major sanitaire, conseiller technique du gouvernement, agent de liaison nécessaire entre ce dernier et la zone des Armées ». Le 11 février 1918, le MIG J. Toubert fut nommé aide-major général

J.-J. FERRANDIS, médecin en chef (cr).
Correspondance : Monsieur J.-J. FERRANDIS, 6 place du puits, Le Sauzay – 44190 Clisson.
E-mail : jj.ferrandis@orange.fr

du Service de santé au GQG. Il reçut délégation de signature du général commandant en chef avec mission « de centraliser tout ce qui concernait la préparation, l'organisation et l'exécution du Service de santé aux armées, tout en conservant les liaisons nécessaires avec les autres services » (3). Définie depuis 1882, l'autorité technique du Service de santé était enfin réalisée.

Qu'elles furent les mesures les plus significatives mises en œuvre ?

La reconnaissance des compétences et la spécialisation des soins

Rappelons que le Service de santé était constitué en majorité de médecins civils mobilisés. Dès le 28 octobre 1914, on procéda à un recensement exhaustif de toutes les compétences et les spécialistes, notamment en chirurgie, anesthésie et radiologie, reçurent enfin une affectation correspondant à leur qualification. Le 4 janvier 1915, les professeurs de faculté, les chirurgiens, médecins, pharmaciens des hôpitaux avec 10 ans d'ancienneté, furent nommés major de 1re classe. Ceux ayant moins de 10 ans, major de 2e classe. Le Service de santé manqua de personnels chirurgicaux spécialisés, notamment en 1915 et 1916, l'instruction du 25 janvier 1917 institua des « équipes chirurgicales mobiles » permettant de concentrer un grand nombre de chirurgiens sur le lieu des combats (498 équipes le 20 février 1918).

La spécialité la plus répandue aux armées a été la stomatologie. Dès le 21 décembre 1914, furent généralisées les prescriptions de prothèses dentaires. Pour ce qui concerne les blessures des membres, rappelons qu'elles étaient particulièrement fréquentes (67,4 % des blessures dont 56 000 amputés). Entre 1916 et 1918, sur 300 000 soldats réformés, 120 000 l'ont été pour infirmités graves consécutives à des fractures. Des services spécifiques furent officialisés le 30 mars 1917 et la circulaire du 2 avril 1917 créa officiellement des services spécialisés dans le traitement des fractures et des blessures des grandes articulations, afin qu'un blessé puisse recevoir un traitement continu depuis l'Avant jusqu'aux grands services d'orthopédie de l'Arrière. En fait, ce type de service existait dès le début de 1915, dû à des initiatives individuelles à Châlons-sur-Marne (Alquier), Compiègne (Carrel), Château-Thierry, Épernay, Amiens ou Zuytcoote. En effet, la note n° 30 105 C/7 du 21 avril 1915, créa le premier service spécialisé réservé aux blessés présentant des fistules osseuses : « réunis pour chaque région dans un ou plusieurs services hospitaliers dotés d'un personnel chirurgical qualifié et de l'instrumentation nécessaire au traitement des fistules osseuses ». D'abord ouverts dans la zone de l'Arrière, comme celui du Pr Judet à Marseille, ils furent installés dans la zone des Armées au début de 1916. Ces services étaient coordonnés entre eux et les échanges d'informations et surtout de personnels devinrent la règle. Un enseignement spécifique au traitement des fractures fut créé en février 1918. De la même manière, des services spécialisés en ophtalmologie et en ORL furent rapidement ouverts. Les centres médico-légaux et d'atteinte par les gaz furent créés le 1er novembre 1915 et réorganisés le 4 juin 1917, dans chaque armée du Nord et de l'Est. Devant le spectre grandissant de la syphilis, la Grande Guerre a donné le coup d'envoi d'une démarche prophylactique qui n'allait plus cesser ; le 5 mars 1916, des dispensaires de dermatovénérologie ouvrirent dans les dépôts d'éclopés (18 en 1918) (2).

La création des chirurgiens, médecins et spécialistes consultants

Sous l'impulsion des membres éminents de la Société de chirurgie de Paris (l'actuelle Académie nationale de chirurgie), le professeur Tuffier, président de cette société fut nommé, le 21 octobre 1914, chirurgien consultant auprès de la 7e sous-direction. Le 8 octobre 1916, J. Godart désigna cinq chirurgiens consultants de l'Administration centrale aux armées. Pour chacune des armées, les chirurgiens consultants ne furent désignés que le 19 décembre 1917, parmi les chirurgiens les plus renommés, notamment les médecins chefs des ambulances automobiles chirurgicales. Ils intervinrent dans le choix de l'emplacement et de l'aménagement des formations chirurgicales, contrôlèrent la capacité technique des équipes chirurgicales et de leur groupement en nombre. Les médecins consultants d'armée étaient chargés quant à eux du contrôle technique des services de médecine, de la surveillance de l'hygiène des troupes et de la direction technique des services des gazés. L'inspection pharmaceutique fut créée le 27 juin 1916. Enfin, chaque armée disposait d'un inspecteur administratif.

L'éducation chirurgicale dans les armées

En 1914 et 1915, il y avait seulement 150 chirurgiens de carrière. Le 15 décembre 1915, J. Godart décida l'ouverture d'un centre d'instruction dans chaque armée. En avril 1917, Cl. Regaud ouvrit le Groupement des services chirurgicaux et scientifiques (GSCS), à l'Hôpitaux d'origine d'étapes (HOE) de Prouilly (fig.2), puis à l'HOE de Bouleuse (5 juin 1917-29 juin



Figure 2. Hôpital d'origine d'étapes de Bouleuse, héliothérapie, pansements faits au soleil. © Musée du Service de santé des Armées, Paris.

1918) jusqu'à l'incendie de celui-ci lors de l'offensive allemande en Champagne. Ce centre de Bouleuse, dans le secteur de la V[e] armée, près de Reims, fut une véritable faculté de guerre avec des stages théoriques et pratiques par des enseignants particulièrement renommés (Roux-Berger, Lemaitre, Guillain, Leriche, P. Masson, Nogier, Policard). En juillet 1917, la Faculté de médecine de Paris demanda au ministre de faire coïncider l'enseignement médico-militaire avec les programmes de l'université. J. Godart présida une commission composée de professeurs et d'agrégés de l'Université qui proposa de réaliser des stages dans les villes proches des Armées à Besançon, Nancy et Amiens (2). La majorité des médecins et surtout des chirurgiens dans la zone des armées, purent ainsi mettre à jour leurs connaissances et leurs pratiques. La diffusion de l'enseignement chirurgical s'est faite également très largement à l'Intérieur et notamment à Paris, lors de réunions scientifiques comme par exemple le congrès interalliés de chirurgie (mars 1917). Les conclusions étaient largement publiées dans les très nombreux périodiques médicaux dont les thèmes étaient essentiellement la médecine de guerre.

La répartition des personnels médicaux entre l'Intérieur et la zone des Armées

Dès la fin de 1915, les hôpitaux de l'Intérieur étaient débordés par l'afflux des blessés et des malades évacués. Le 22 mars 1916, J. Godart exigea pour cette zone 1 000 médecins, 60 chirurgiens, 50 pharmaciens, 100 officiers d'administration, sans toutefois toucher à l'Armée de Verdun. En 1917, la zone des Armées disposait ainsi d'environ 9 000 médecins dont 500 équipes chirurgicales et l'Intérieur de 6 700 médecins dont 350 équipes chirurgicales. Or, le nombre des blessés et des malades traités était d'environ 20 000 aux Armées pour 230 000 à l'Intérieur. En janvier 1918, J. Godart prononça près de 20 000 mutations afin d'établir la zone des Armées aux environs des deux tiers de l'ensemble des effectifs.

Les progrès de l'hygiène

La vie dans les tranchées était particulièrement difficile. Toutes les nuisances dues au défaut d'hygiène retentissaient gravement non seulement sur la santé physique des soldats mais également sur leur santé mentale. Une commission permanente de prophylaxie aux armées, composée de médecins, d'officiers d'administration et d'architectes, fut créée le 9 octobre 1914. Dès 1915, des mesures furent prises dans de nombreux domaines de l'hygiène et à partir de 1916, furent mises sur pied des voitures automobiles d'incinération, de désinfection-douches, de déverminisation ou encore de blanchisserie. L'épuration de l'eau fut un problème majeur. Divers procédés furent employés dont la décontamination bactériologique par divers moyens chimiques : hypochlorites (javellisation), permanganate de potassium, iode surtout et aussi chlorure de calcium, sulfate ferreux, eau oxygénée. Le Service de santé décida la généralisation de la javellisation de l'eau, d'abord par le chlore neutralisé par l'hyposulfite, puis à partir de 1916, par la « verdunisation » mise au point par l'ingénieur polytechnicien Bunau Varilla : « Comme ce décimilligramme de chlore, introduit dans la bouteille d'essai de un litre, risquait d'être absorbé rapidement par la matière organique de l'eau, dans la partie voisine du point d'introduction et de ne pas laisser de chlore pour le reste de la bouteille, je prescrivis une agitation violente pendant deux à trois minutes, pour distribuer le chlore dans toute la masse de l'eau… Cette infime quantité de chlore avait non seulement réduit, comme je l'espérais, le nombre de colibacilles, mais elle les avait intégralement détruits… Ce fulgurant résultat annonçait dans le deuxième semestre de 1916, la découverte du phénomène jusque-là inconnu que j'ai baptisé « verdunisation » en raison du lieu illustre de sa manifestation première » (2).

La restructuration de la chaîne de secours

Les hospitalisations dans la zone des Armées furent totalement réorganisées. Pour chaque régiment sur la ligne de feu, transporté au poste de secours par les brancardiers, le blessé était examiné par un médecin qui pratiquait les premiers pansements, les immobilisations, l'injection antitétanique et rédigeait la fiche médicale de l'Avant. Cette fiche joua un rôle majeur en permettant la poursuite des soins tout au long de la chaîne d'évacuation. Si au début du conflit, les postes de secours s'implantèrent dans des refuges de fortune, ils devinrent fixes et bien balisés, le plus souvent enterrés pendant la période des tranchées.

Les ambulances (fig.3)

Le blessé était ensuite transporté par les brancardiers divisionnaires jusqu'à l'ambulance chirurgicale ou au groupement d'ambulances pour un premier triage sommaire. Il existait deux ambulances par division et jusqu'à douze ambulances pour le Corps d'armée (CA). L'orientation spécialisée des ambulances se fit dès 1914. L'ambulance chirurgicale de division, chauffée



Figure 3. Vadelaincourt (près Verdun - Meuse). Automobile chirurgicale (1916). © Musée du Service de santé des Armées, Paris.

et éclairée, comportait des salles d'opération et un équipement radiologique mais elle fut supprimée en 1918. L'ambulance, dite médicale était destinée aux malades puis aux gazés (ambulance Z). Les ambulances du corps d'armée (et parfois d'armée) groupées de trois à six, constituaient souvent un « groupement avancé d'ambulances » créé en 1916 dans la bataille de la Somme et officialisé en 1917. Ce groupement était installé à une douzaine de kilomètres de la ligne de feu. Sa composition comprenait généralement un hangar du type Bessonneau (100 lits), 1 ou 2 groupes de radiologie et de stérilisation, 6 tentes dont 4 pour l'hospitalisation. La capacité hospitalière pouvait atteindre 1 000 lits. Ces formations s'allégèrent en 1918, lors de la reprise de la guerre de mouvement (30 à 40 lits et 2 à 3 équipes chirurgicales) et se réduisirent à quelques tentes, une baraque opératoire, un camion de radiologie et de stérilisation.

Les premiers postes chirurgicaux avancés fonctionnèrent de manière expérimentale en Argonne, en juillet 1915. Ils étaient installés à proximité immédiate des lignes (800 mètres). Ce terme de poste chirurgical avancé fut étendu à partir de 1917 à des sections d'ambulances plus avancées que les autres. C'étaient des antennes de l'ambulance chirurgicale et parfois des ambulances complètes, « enterrées » à 3 km des lignes dans des galeries souterraines. Après le congrès de chirurgie de mars 1917, on retint l'urgence du transport des blessés dans l'un des hôpitaux du front, situés de 10 à 15 km des lignes. Chacun de ces hôpitaux devait avoir sous sa dépendance, une ou plusieurs annexes plus rapprochées de la ligne de feu et destinées à recevoir certains blessés graves (« shockés » ou atteints d'hémorragies graves, thorax, abdomen) (4).

Les ambulances chirurgicales automobiles furent mises sur pied en juillet 1915 et modifiées en 1917 (Gosset). Elles permirent d'amener des équipes chirurgicales performantes au plus près du front. Trois camions transportaient les matériels des salles d'opération, de radiologie, de laboratoire et d'anesthésie. On comptait douze autochirs au front, en août 1915 et 23 en 1917. Elles furent allégées en 1918 (5).

Les HOE ou Hôpitaux d'origine d'étapes ou d'évacuation dans la zone des Armées

En fait, les ambulances ou groupes d'ambulances divisionnaires ou de corps d'armée furent le plus souvent court-circuitées au profit des Hôpitaux d'origine d'étapes (HOE). En effet, au-delà des ambulances, l'évacuation se poursuivait vers des centres hospitaliers déployés dans la zone des Étapes, à l'Arrière des armées où l'on traitait le maximum de blessés. Seuls étaient envoyés vers l'Intérieur, les blessés qui ne pouvaient être récupérés rapidement après un traitement initial. Ces HOE, appelés aussi hôpitaux d'évacuation ou encore des premières lignes, étaient formés de deux ambulances divisionnaires accolées à des sections d'hospitalisation ou à des automobiles chirurgicales. Leur double fonction d'hospitalisation et d'évacuation les échelonna de manière très évolutive au cours du conflit par rapport à la ligne de feu.

Au début de 1915, furent mis sur pied trois types d'HOE. Les HOE 1 ou HOE primaires ou hôpitaux de première ligne étaient d'abord regroupés autour des gares. Trop vulnérables, ils furent ensuite placés au plus près des divisions, entre 15 et 25 kilomètres de la ligne de feu. Installés dans des établissements réquisitionnés, leur capacité était augmentée par l'adjonction de tentes ou de baraques pour coucher les intransportables. Les HOE 2 ou HOE secondaires ou hôpitaux de deuxième ligne étaient situés dans les gares importantes de la zone des Étapes de chacune des armées, entre 50 et 150 km des lignes. Ils assuraient le traitement et l'évacuation des blessés, préalablement triés dans les HOE 1. Ils formaient également une réserve de personnels sanitaires, des centres d'instruction et de perfectionnement technique pour les officiers du Service de santé. Ils purent ensuite traiter les contagieux et les gazés. À la fin de 1915, la capacité de ces HOE augmenta jusqu'à près de 3 000 lits, ce qui les rendit très vulnérables lors de la reprise de la guerre de mouvement.

Les HOE 3 ou hôpitaux d'évacuation de troisième ligne, appelés également hôpitaux d'évacuation des gares régulatrices, se situaient dans la zone de transition à la limite de la zone des Armées et de l'Intérieur. Les blessés ne pouvant poursuivre leur évacuation y étaient opérés. Ceux présentant une blessure relativement légère étaient renvoyés vers la zone des Armées des « dépôts d'éclopés » furent ouverts près des gares régulatrices, afin d'éviter l'évacuation hors de la zone des Armées des petits blessés capables de guérir dans un délai de quatre à six semaines.

À côté à ces HOE 3, les hôpitaux complémentaires étaient implantés à la limite de la zone des Armées, ce qui leur évitait d'être bombardés. Ils correspondaient à certaines spécialités : centres pour petits blessés, gazés, fracturés des membres, tête et cou, médecine, contagieux, dermato-vénéréologie, neurologie et psychiatrie. Souvent étiquetés « Temporaires », ils ont joué un grand rôle dès 1915, en facilitant le fonctionnement des HOE auxquels ils étaient annexés lors des afflux importants de blessés mais ils ont également traité de nombreux blessés de manière autonome, avant leur évacuation vers les hôpitaux de l'Intérieur. On comptera 69 hôpitaux de ce type en 1918 (6, 7).

Le Triage (fig. 4)

Autant que les HOE, la notion du triage (ou de catégorisation) des blessés fut l'une des innovations majeures de la Grande Guerre. Le triage de dégrossissage avait lieu au poste de secours du régiment avec la rédaction de la fiche médicale. Le triage technique se déroulait dans les formations d'ambulances divisionnaires et surtout du corps d'armée où pouvaient être opérés les intransportables. Le triage chirurgical proprement dit se faisait dans les HOE 1 où étaient retenus les blessés à opérer en urgence. Les autres blessés étaient ensuite évacués sur les HOE 2, les hôpitaux complémentaires spécialisés ou vers l'Intérieur. Enfin, le triage vérificateur avait lieu à la gare régulatrice de



Figure 4. Triage à la gare de la Chapelle, Paris 1916. ©Musée du Service de santé des Armées, Paris.

la zone des Étapes. En 1917, « le triage devint le pivot de l'organisation du Service de santé de l'Avant et des formations spéciales lui furent affectées ». Il devint un organisme à part entière variant selon les armées et surtout la tactique (8).

Les hospitalisations hors de la zone des Armées

Le Service de santé aux armées fut le seul organisme dont le fonctionnement se poursuivait depuis les premières lignes jusqu'aux établissements les plus éloignés. Les blessés évacués depuis les HOE de la zone des Armées entraient dans la zone de l'Intérieur (ou Intérieur), administrée par la 7e sous-direction du ministère de la Guerre. Elle comprenait tous les organismes militaires et civils réquisitionnés dans chacune des régions militaires. Chaque région recevait les blessés venant le plus souvent d'un même secteur du front. Les hôpitaux existant avant la guerre continuant d'accueillir les populations civiles, des Hôpitaux temporaires (HT) furent organisés dans de nombreuses localités, en respectant le cahier des charges imposé par le ministère. Les Hôpitaux complémentaires (HC) étaient gérés par le Service de santé militaire ; les Hôpitaux auxiliaires (HA) par les sociétés d'assistance ; les Hôpitaux bénévoles (HB) par des particuliers, des associations, des communautés ou des collectivités locales. Concernant les hôpitaux bénévoles, trois sociétés d'assistance de la Croix Rouge existaient en 1914 : la Société française de secours aux blessés militaires (SSBM), seule autorisée à intervenir dans la zone des armées, notamment pour le bon fonctionnement des trains sanitaire. Il existait également l'Union des femmes de France (UFF) et l'Association des dames françaises (ADF). Par ailleurs, l'Assistance aux convalescents militaires (ACM), créée en août 1914, était rattachée au ministère de la Guerre et gérait les Hôpitaux-dépôts de convalescents (HDC), de 20 à 30 lits, installés dans les régions au climat tempéré.

Le soutien des engagements majeurs

La bataille de Verdun (21 février — 19 décembre 1916)

L'implantation des hôpitaux dans la zone des Armées évolua au cours du conflit. Le doyen G. Pédroncini a écrit : « Il faut redire, sans que cela n'enlève rien aux autres batailles, que Verdun est le sommet, le tournant et le symbole de la Grande Guerre » (9). Le MIG Mignon, chirurgien militaire et ancien directeur de l'École du Val-de-Grâce, avait été particulièrement associé à la réalisation du plan d'hospitalisation et d'évacuation de la bataille. Il distingua les HOE d'évacuation et d'hospitalisation. Le triage des blessés fut réalisé à tous les niveaux de la chaîne d'évacuation, dès le poste de secours ou l'ambulance divisionnaire. « Tant de triages pourraient sembler un abus. Ils ont été plutôt la raison du bon ordre qui a existé et ils ont évité de faux aiguillages aux blessés » (Mignon) (5). Du 21 au 29 février, les HOE reçurent près de 2 500 blessés par jour. L'HOE de Baleycourt et son annexe de Vadelaincourt devinrent la clé de voûte du système destiné au « triage » des blessés des deux rives de la Meuse et au traitement des « intransportables ». L'HOE de Petit-Monthairons joua le rôle de relais d'évacuation. Les blessés étaient ensuite transportés par automobiles sanitaires vers Clermont-en-Argonne ou Chaumont sur Aire et par train sur voies étroites vers Bar-le-Duc (Le Decauville et le petit Meusien ou Varinot). Au début mars, fut adopté le principe de la sectorisation avec tous les postes de secours sur la ligne de feu et le transport des blessés en sanitaires à partir du poste évacuateur des lignes. L'évacuation des secteurs se faisait par groupements vers les HOE 1 et HOE 2 en direction radiaire, en branches d'éventail. L'essentiel du traitement chirurgical se faisait plus en arrière dans les groupements d'ambulances et surtout les HOE de la zone des Étapes, renforcés en lits. Lorsque le front fut stabilisé, on distingua la zone Occidentale, difficile d'accès et la zone Orientale avec évacuation directe sur Bar-le-Duc qui ne recevait que les petits blessés. S'ils étaient capables de marcher, ces blessés devaient se rendre à la sortie des tranchées, au poste de chargement des sections sanitaires automobiles. Ils étaient ensuite transportés par la noria des camions (un par minute), revenant à vide vers Bar-le-Duc, par la Voie Sacrée (fig. 5). Les autres blessés étaient évacués sur Revigny, Saint-Dizier et même Paris. Par la suite furent créés des ambulances-hôpitaux de corps d'armée (Froidos, Ville-sur-Cousances, Clairs Chênes, Lempire-Landrecourt, Brocourt) et un centre chirurgical d'armée avec triage et traitement des intransportables. L'utilisation d'un chemin de fer à large voie permit ensuite d'ouvrir l'HOE de Fleury-sur-Aire et tous les hôpitaux têtes de ligne des Étapes furent renforcés d'autochirs.

À la fin de la bataille, il existait 15 000 lits d'hospitalisation pour 18 divisions, soit approximativement, 1 lit pour 16 combattants. Rappelons que l'armée française, a déploré 50 000 tués et 216 000 blessés à Verdun dont 142 000 dans les premiers jours de l'attaque allemande (7).



Figure 5. Petit-Monthairons (Marne) Départ de blessés évacués par la Voie Sacrée vers Bar-le-Duc (Bataille de Verdun, 1916). © Musée du Service de santé des Armées, Paris.

La bataille de la Somme (1er juillet — 18 novembre 1916)

Il en fut tout autrement pendant la bataille de la Somme dont le plan d'hospitalisation n'était pas l'œuvre des médecins mais des officiers d'État-major logistique. Il n'y avait pas d'HOE de deuxième ligne, les blessés étaient retenus, triés et majoritairement traités dans la zone des Étapes, dans les Groupements d'ambulances de corps d'armée (GACA) pouvant atteindre plusieurs milliers de lits. Les HOE de première ligne ne recevaient que les blessés graves pour les traiter ou les évacuer vers l'Intérieur et secondairement les blessés déjà traités au GACA. À l'entrée de ces HOE, deux groupes de trois médecins triaient les blessés valides et couchés. Mais « Le triage a été si confus que l'on ne s'est guère aperçu de son efficacité » (Mignon). Cette concentration des moyens de traitement à proximité de la ligne de feu, donna satisfaction car le front était heureusement très stable. Il fut logiquement reconduit lors des offensives d'Arras (9 avril 1917), de l'Aisne (16 avril 1917) et du Chemin des Dames (10).

Le Chemin des Dames (16 avril — 24 octobre 1917)

Ce fut un nouveau et grave désastre sanitaire, coup d'arrêt aux progrès réalisés jusque-là. L'offensive des IVe, Ve, VIe et Xe armées, décidée par le nouveau commandant en chef, le général Nivelle, sur un front limité de Soissons à Reims, fut rapidement stoppé par les Allemands et entraîna des pertes considérables. Le commandement avait prévu 10 000 blessés, il y en eut 80 000 dont plus de 50 % de petits blessés. Les évacuations sanitaires commencèrent seulement 36 h après le début de l'offensive et il n'exista pas de triage dégrossisseur. En fait, le triage fut plus administratif que technique et les HOE qui manquaient d'équipement chirurgical, furent encombrés de petits blessés qui n'avaient pas été « filtrés » par les dispositifs de l'Avant. Il était prévu seulement six HOE, chacun de 3 000 lits, mais outre leur nombre insuffisant, leurs renforts n'avaient pas tous rejoint. Le gel avait retardé l'achèvement des HOE montés par le Génie. Ainsi, celui de Prouilly ne comportait que seize baraques d'hospitalisation, sur les vingt-quatre prévues. Il n'était pas encore admis d'organiser les évacuations d'une armée sur l'autre. Les blessés furent très mal répartis : à Épernay, 230 pour une seule équipe chirurgicale alors que les hôpitaux avoisinants étaient vides et que les chirurgiens de Compiègne et Villers-Cotterêts ne furent pas déplacés vers la zone active ; l'HOE de Saint-Gilles reçut 5 400 blessés, du 16 au 21 avril mais il ne disposait que de six équipes chirurgicales au lieu des 137 prévues. Les blessés étaient entassés dans des trains sans tenir compte du degré d'urgence et les trains sanitaires ont été défaillants. Sur une voie unique, ils n'avaient pas la priorité par rapport aux convois de troupes et de munitions. Au comité secret de la Chambre (Rapport de L. Mourier du 29 juin 1917) et à la commission du Sénat (17 mai 1917) (10), les parlementaires critiquèrent la désorganisation coupable du Service de santé et blâmèrent J. Godart. Celui-ci endossa la responsabilité du désastre dont il n'était pourtant point entièrement responsable.

Dans les Flandres (août 1917)

Le fiasco du Chemin des Dames conduisit à de nouveaux concepts : les médecins furent enfin totalement impliqués dans l'élaboration et la réalisation des plans d'hospitalisation et d'évacuation. Après avoir recueilli les avis du consultant chirurgical d'armée P. Duval, le nouvel inspecteur du Service de santé au GQG, le MIG Sieur (11) préconisa un triage rigoureux des blessés, qui étaient, soit opérés sur place, soit évacués par trains spéciaux vers des centres spécifiques : grandes urgences à Linde et Rosebruge où opéraient Barnsby et Lenormant ; crânes, fractures, plaies articulaires à Zuydcoote où opérait seul P. Duval ; centres de sutures secondaires et petits blessés à Amiens et Abbeville. L'échelonnement du dispositif donna une grande souplesse et d'excellents résultats. Pour Abram, « la logique avait remplacé l'autorité ».

La reprise de la guerre de mouvement en 1918.

Les offensives allemandes puis françaises caractérisèrent la reprise de la guerre de mouvement en 1918. À la différence des batailles antérieures, il était désormais possible d'évacuer les blessés d'une armée vers l'autre. Lors de la Bataille de l'Oise à la Somme (Mars-Avril 1918), les ambulances et les formations hospitalières devaient être réparties en trois échelons mais les Anglais se replièrent rapidement et la IIIe armée dut s'engager plus tôt que prévu. Le 21 mars, il ne restait que deux HOE : Estrées-Saint-Denis pour les blessés, Villers-sur-Coudun pour les gazés. Beauvais devint le grand centre d'évacuation et de « débordement » avec 4 000 lits sur 15 000 initialement prévus. Dès le deux avril, en quatre jours, le Service se rétablit en totalité avec une ligne d'ambulances pour intransportables, regroupement des grands blessés à Royallieu et mise en

service d'une nouvelle ligne de formations sanitaires, renforcée par le sanatorium à Angicourt. Faute de trains, les évacuations se firent très correctement sur l'Oise, par péniches automotrices et bateaux-mouches. Deux mois plus tard, après que la prise de Soissons, de Wasseny, de Mont Notre-Dame eut privé la VIe armée de toutes ses disponibilités en lits et en matériels, le Service de santé de la IIIe armée, dûment réorganisé, pouvait déjà en sept jours recevoir, trier et opérer 10 186 blessés venant du front voisin débordé.

Durant les batailles de la Lys et des Flandres (avril-mai 1918), les ambulances divisionnaires françaises furent déployées comme formations de triage et les évacuations se firent vers les formations hospitalières anglaises installées « sous dur » dans les hôtels et sanatoriums de Zuydcoote, Rosendael, Paris-Plage, le Touquet et Berck.

Le 27 mai 1918, débuta par surprise la troisième offensive allemande de l'année 1918. Le Service de santé des batailles de l'Aisne et du Matz (mai-juin 1918) dut faire face à de nombreuses pertes humaines et matérielles. Le grand HOE de Bouleuse brûla le 29 juin. Sur le front de la VIe armée, 30 000 lits durent être abandonnés. Les Français incendièrent leurs HOE de Neuilly-Saint-Front et de Braine, sans avoir pu en évacuer les matériels. Le centre hospitalier de Mont Notre-Dame abandonna 700 blessés et la plupart de son personnel ; des ambulances furent capturées. Il en fut de même à la Ve armée au bord de la Marne ainsi qu'à la IIIe et à la Xe armée. Les formations repliées ne purent que réaliser des gestes d'extrême urgence et de mise en condition d'évacuation. La dérivation de nombreuses évacuations d'une armée à l'autre était maintenant bien au point, désormais on évacuait aussi directement vers les centres hospitaliers lourds (Sézanne, Senlis, Chantilly, Royallieu, Beauvais).

Lors de la dernière offensive allemande en Champagne (Juillet-Août 1918), la contre-attaque victorieuse française des VIe et Xe armées permit de dégager Château-Thierry et de réoccuper Soissons. Les formations divisionnaires et de corps d'armée assurèrent le triage et le traitement des intransportables. Les sections sanitaires furent réparties de telle sorte que chaque HOE était desservi par deux sections de voitures sanitaires. Les barrages de division ou de corps d'armée furent supprimés en rendant libre et direct l'accès aux HOE renforcés d'équipes chirurgicales qui assurèrent l'essentiel du traitement des blessés. On eut recourt aux centres plus éloignés, comme Troyes pour la Ve ou Paris pour la VIe armée, reliés par trains sanitaires directs et rapides.

Dans la Bataille de Picardie (6 août-10 septembre 1918) avec les opérations de rupture comportant une avance importante, l'ambulance divisionnaire unique fonctionna comme poste de secours à grand rendement. Les blessés intransportables étaient immédiatement traités au Groupement avancé d'ambulances de corps d'armée (GACA), installé sous tente, transportable rapidement par voie routière et plus mobile qu'en 1916. L'HOE 1 ou de première ligne prit l'appellation de « HOE primaire » installé de 25 à 40 km de la ligne de feu. Il était réservé au triage de tous les blessés et aux urgences avec le souci d'éviter l'engorgement en évacuant dès que possible. Le tri et le traitement des intransportables se faisaient dans les formations de corps d'armée réduites en lits. Le traitement primaire des blessés gazés et malades avait lieu dans les HOE 1 d'armée. L'évacuation massive des blessés, initialement traités et pouvant voyager sans danger, se faisait ensuite sur les HOE 2 ou de deuxième ligne ou « HOE secondaire », situé de 150 à 200 km des lignes. Ils pouvaient aussi recevoir un train complet de blessés à opérer tous les quatre jours. L'ensemble des locaux, établis sur le même plan, était judicieusement disposé à proximité des quais couverts. Plus de 4 000 voitures sanitaires automobiles assuraient les évacuations. Elles étaient associées à 200 trains sanitaires aménagés qui stationnaient sur des quais couverts en bordure de l'HOE.

Après le désastre sanitaire du début de la guerre et avec les progrès spectaculaires de la chirurgie, résultant de l'adaptation particulièrement rapide du Service de santé aux conditions nouvelles du conflit, les 3 500 000 blessés de la Grande Guerre ont pu bénéficier de soins de plus en plus efficaces. Ce Service était devenu en en 1918 le plus performant de toutes les armées en conflit. Il paya malheureusement un lourd tribut puisque ses pertes le classèrent proportionnellement au second rang derrière l'Infanterie, loin devant l'Artillerie, la Cavalerie et les autres services.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Centre de documentation du musée du Service de santé des armées, Val-de-Grâce, Paris, cartons relatifs au sujet.
2. Ferrandis JJ, Larcan A. Le Service de santé aux Armées pendant la Première Guerre mondiale, LBM, Paris ; 2008.
3. Toubert J. Le Service de santé militaire au GQF, 1918-1919, Lavauzelle, Paris ; 1934.
4. Instruction sur les évacuations et l'hospitalisation dans la Zone des armées des blessés et des malades, GQG, Imp. Nat. 1916.
5. Olier F., Les autochirs, 1914-1918. Genèse d'une épopée, Médecine et Armées 2002 ; 20, 3 : 299-320.
6. Le Moyne G, Dupuich H, Lardennois G. Formations chirurgicales d'armée et HOE, Arch. Med. Pharm. Mil., 1917, 67/2 : 672-93
7. Mignon A. (Médecin inspecteur général), Le Service de santé pendant la guerre 1914-1918, 4 t, Masson, Paris ; 1926-1927.
8. Rouquette. La récupération des blessés dans une formation de triage, Bull. Med. Paris 1916, 30 : 185-7.
9. Pédroncini G. L'émergence des armes nouvelles, actes du colloque du 25 octobre 1996 au Centre mondial de la Paix, Verdun, Economica, Paris ; 1997.
10. Comité secret du 29 juin 1917, Chambre des dép., intervention de L. Mourier. JO du 1er juillet 1922 : 407
11. Sieur C. (Médecin inspecteur général). Le Service de santé pendant la guerre 1914-1918, documents dactylographiés, Centre de documentation du musée du Service de santé des armées, Val-de-Grâce, Paris ; 1920.