Les évacuations sanitaires

J.-P. Capel, P.-J. Linon

Introduction

Pour traiter la question des évacuations sanitaires au cours de la guerre 1914-1918, il convient de rappeler quelques données essentielles : 9 millions d'hommes seront mobilisés, les effectifs présents sur le front français se situeront à 2 700 000, le nombre de morts atteindra 1 397 000 et celui des blessés 3 595 000. Le nombre d'évacuations approchera les cinq millions (4 988 663 selon les statistiques Mignon et Toubert).

L'importance numérique, considérable, des évacuations permet de prendre la mesure des problèmes rencontrés par le Service de santé pour assurer sa mission dans l'organisation et le fonctionnement des évacuations.

Vue d'ensemble :

– 5 millions d'évacuations, 60 % de blessés, 40 % de malades ;

– 2 800 000 évacuations sur la zone de l'Intérieur et 2 200 000 sur la zone des Armées ;

– 2 pics très élevés : 1 600 000 évacués en 1915 et 1 500 000 en 1916. Près d'un million en 1918 ;

– importance des évacuations de malades : 2 millions :

– en 1915, 708 190 malades sur 1 600 000 (44 %),

– en 1916, 629 047 malades sur 1 500 000 (42 %) ;

– plus de 3 millions de blessés (3 025 613) dont environ 30 % du total de la guerre en 1915 et 1916 et 18 % en 1918.

Ces chiffres ne dépassent-ils pas l'imagination ? En tout cas, les concepteurs de l'organisation et des moyens du Service de santé en campagne, en 1910 et 1913, n'avaient pas imaginé de tels sommets.

Évolutions

Les évacuations sanitaires au début du conflit

On ne peut aborder cette première vision de ce que furent les évacuations auxquelles prit part le Service de santé français pendant la Première Guerre mondiale sans avoir très rapidement évoqué le contexte de la doctrine y afférent : le Règlement d'emploi du Service de santé en campagne du 26 avril 1910 (1). Parmi les lacunes de ce règlement, le MGI Forissier relève l'absence d'officiers du Service de santé dans les états-majors opérationnels ainsi que l'absence d'un officier général ou supérieur du Service de santé au niveau des arrières (2).

La mobilisation d'août 1914 s'est déroulée conformément au règlement de 1910 complété, pour les moyens d'évacuation par véhicules automobiles, par une instruction du 17 avril 1913 de l'État-major de l'armée de Terre. Les préconisations étaient alors de ne pas recourir au traitement chirurgical à l'avant, sauf extrême urgence, mais d'évacuer vers l'arrière et les hôpitaux de l'infrastructure où devaient opérer les chirurgiens qualifiés dans les meilleures conditions. Dans le cadre spécifique de l'évacuation sanitaire, les maîtres mots ont donc été : « emballer, étiqueter, expédier », ainsi que l'avait préconisé le MIG Delorme (3).

Dans ces conditions, l'évacuation sanitaire a consisté, après le ramassage initial des blessés par les brancardiers régimentaires ou par les groupes de brancardiers divisionnaires et de corps d'armées, au passage par le poste de secours, au transfert vers l'ambulance puis vers l'Hôpital d'évacuation (HOE) et au départ, pour la zone de l'Intérieur, par train sanitaire, voire en péniche par voie fluviale.

Le poste de secours a eu pour mission de recevoir les blessés qui y sont pansés et y attendent leur transfert vers l'ambulance par le soin des brancardiers divisionnaires qui les transportent le plus généralement à bord de voitures hippomobiles spécifiques ou de réquisition, à deux ou quatre roues.

L'ambulance, qui peut être médicale ou chirurgicale, permet le tri des blessés et la réalisation sur ceux déclarés intransportables, des gestes chirurgicaux indispensables.

Les véhicules sanitaires automobiles (fig. 1) sont normalement en charge du transport vers la formation hospitalière, élément suivant de la chaîne d'évacuation. Ces matériels n'avaient pas été explicités dans le règlement d'emploi du Service de santé en campagne de 1910. Des sections sanitaires automobiles furent bien prévues par une instruction du 17 avril 1913, mais au moment de la mise en œuvre des réquisitions, on eut le plus grand mal à trouver des véhicules susceptibles d'être transformés en voitures sanitaires, et l'on dut avoir recours à l'achat de châssis-moteurs américains (de marque Ford) ou italiens (Fiat) à équiper ensuite,

J.-P. CAPEL, colonel (H) du CTASSA, P.-J. LINON, colonel (R) du CTASSA.
Correspondance : Monsieur le colonel (H) J.-P. CAPEL, 3 rue Cernuschi – 75017 Paris. ou Monsieur le colonel (R) P.-J. LINON, 36 rue des fontaines – 92310 Sèvres.
E-mail : jean-pierre.capel@neuf.fr ou E-mail : pierre-jean.linon@club-internet.fr



Figure 1. Voitures sanitaires automobiles.

ce qui retarda l'utilisation rationnelle de ces moyens modernes (2). Seules 25 Sections sanitaires automobiles (SSA), de 20 voitures chacune, seront opérationnelles au début du conflit.

L'Hôpital d'évacuation (HOE) « assure l'hospitalisation transitoire de ceux qui ne peuvent être transférés plus loin et l'évacuation des autres vers les hôpitaux ou centres hospitaliers de l'Arrière, ou vers l'Intérieur » (1). Il est installé près d'une gare régulatrice d'où partent les trains sanitaires se rendant, directement ou non, vers la zone de l'Intérieur. À cet effet, l'hôpital d'évacuation se situe à la limite arrière de la zone des Étapes, d'où son appellation initiale d'« Hôpital d'origine des Étapes » (HOE).

Les trains sanitaires (fig. 2) ont été classés en trois catégories par le règlement de 1910 :



Figure 2. Chargement dans un train sanitaire. © Musée du Service de santé des Armées, Paris.

– les trains sanitaires **permanents** pour malades et blessés couchés ;

– les trains sanitaires **improvisés** pour malades et blessés couchés ;

– les voitures à voyageurs, comprises dans les trains ordinaires ou constituant des trains complets pour les malades et blessés assis (dits « **trains ordinaires** »).

Au début des hostilités, les trains sanitaires permanents sont au nombre de 5, les trains improvisés au nombre de 115 et les trains ordinaires au nombre de 30.

Si les cinq trains sanitaires permanents, composés de matériels spécialement adaptés, formés de véhicules à intercirculation pour les blessés couchés, peuvent être regardés comme des « hôpitaux roulants », pour 128 à 256 blessés selon le train, les 115 trains sanitaires improvisés sont théoriquement composés de wagons couverts, sans intercirculation, sans chauffage ni éclairage, et sont équipés de 12 brancards par wagon, sur deux niveaux, avec appareils de suspension, soit 396 blessés par train.

Les trains ordinaires, pour leur part, sont constitués de voitures à voyageurs d'un modèle ancien (4), sans intercirculation, et pour 1 200 à 1 500 blessés assis par train.

Les évacuations par voie ferrée réalisées dans les premières semaines de la guerre, et plus spécialement à la suite de la retraite initiale des armées, ont pu à juste titre être qualifiées de désastreuses, pour plusieurs raisons :

– certaines, liées au contenu même de la doctrine d'emploi, qui visait à « remplir par le fond », c'est-à-dire à envoyer vers les zones géographiques les plus éloignées, des blessés dont on a vu qu'ils avaient été seulement pansés et dont les blessures allaient, du fait des délais, s'aggraver en route et entraîner fréquemment des gangrènes sur des plaies non parées (3) ;

– du fait de la tournure prise par les opérations militaires : on eut recours à des trains « de fortune » composés de wagons ayant servi à transporter vers le front hommes, animaux, matériel et munitions et qui repartaient vers la zone de l'Intérieur avec des blessés couchés sans accompagnement ni brancards, allongés sur du fourrage le plus souvent non désinfecté, et pour des trajets extrêmement longs ;

– du fait enfin de l'absence de tout représentant du Service de santé à la Direction des Arrières des armées du Nord et du Nord-Est pouvant contribuer à mettre en œuvre les évacuations sanitaires par voie ferrée, la décision de mise en route de celles-ci relevant du seul Commandement (5). Le Directeur de l'Arrière, devant le mauvais fonctionnement des évacuations par voie ferrée, avouera son impuissance et l'attribuera à l'absence de tout conseiller médical…

Le parcours du train sanitaire dans la zone de l'Intérieur, selon le règlement de 1910, devait s'opérer de la manière suivante : après avoir transité par une ou plusieurs « stations de transition » pourvues d'une infirmerie de gare où les blessés dont l'état s'était aggravé peuvent être débarqués et dirigés vers une formation hospitalière voisine, le train se dirige vers

une « gare point de répartition » où sont débarqués les blessés destinés aux hôpitaux temporaires, mixtes, auxiliaires, hospices civils…

Après recomplètement en matériel et désinfection, le train repartait à vide vers la gare qui lui avait été désignée.

Les évacuations après la stabilisation du front (1915-1916)

Si le principe général de l'évacuation sanitaire n'est pas modifié dans ses différentes composantes, l'étude détaillée de celles-ci montre cependant des évolutions importantes et s'inscrit dans une perspective nouvelle de la doctrine chirurgicale : on cherche désormais à traiter les blessés au plus près de la ligne des combats, et surtout les blessés les plus graves, ce qui nécessite un tri pour diriger les plus gravement atteints vers les formations adaptées les plus proches et les cas jugés moins graves vers les formations plus éloignées. Les évacuations par voie ferrée ou par voie fluviale vers l'Intérieur concernent alors des blessés déjà opérés.

Le poste de secours permettait le tri initial qui aboutira à l'identification du blessé par la fiche médicale de l'avant.

Les brancardiers divisionnaires avaient été renforcés en nombre et en matériel. Les sections sanitaires automobiles s'étaient accrues au fur et à mesure de la livraison des voitures (chaque section automobile divisionnaire en compte 22, pour 80 couchés/120 assis (6). On en dénombrait 120 sections en 1916.

Les ambulances avaient connu dès 1915 de fortes modifications : les ambulances chirurgicales automobiles avaient été créées (22 entre mars et juillet) pour obtenir un service chirurgical à fort rendement, destiné aux grands blessés. D'abord accolées aux ambulances de corps d'armée, pouvant hospitaliser et conserver les blessés après mouvement de l'ambulance chirurgicale automobile, elles furent ensuite placées auprès des HOE. Des groupes complémentaires de chirurgie avaient été également créés, apportant aux ambulances de l'Avant du matériel opératoire supplémentaire. C'est à l'ambulance, ou au groupement d'ambulances qu'est rédigée la fiche d'évacuation.

Les hôpitaux d'évacuation ont vécu également de profondes modifications. Ils ont été classifiés en :

– HOE 1 ou « HOE de première ligne » ou « HOE primaire », où arrivent les blessés venus des ambulances ou groupements d'ambulances. On y effectue un nouveau tri, la révision des pansements et un éventuel complément de traitement (500 lits) ;

– HOE 2, accessibles depuis l'HOE 1 pour le traitement médico-chirurgical des blessés, puis des gazés après les premières attaques au gaz d'avril 1915 (3 500 lits, voire 5 000 en 1916) ;

– HOE 3, proche d'une gare régulatrice, pour un nouveau tri, le contrôle avant évacuation vers la zone de l'Intérieur, où sont aussi réalisées, si nécessaire, des interventions chirurgicales.

S'ajoutent les centres spécialisés, vers lesquels sont dirigés depuis l'HOE 1 les éclopés et les convalescents. Courant 1915, ces centres ont été séparés car « après la bataille de Champagne, il apparut qu'il y avait des inconvénients d'ordre moral à mélanger les blessés de guerre légers avec les éclopés » (7).

Les trains sanitaires ont, eux aussi, très sérieusement évolué : dès octobre 1914, un nouveau type de train sanitaire est mis en œuvre : le train sanitaire semi-permanent, formé de voitures à intercirculation pour blessés couchés et assis (dits « mixtes ») de 35 à 37 véhicules avec chauffage, éclairage et tisanerie. Au nombre de 55 à l'origine, ils peuvent emporter 150 à 300 blessés couchés et 400 à 500 blessés assis, selon la composition. Les trains sanitaires improvisés, eux, sont améliorés par la présence d'un fourgon-tisanerie et d'une voiture d'accompagnement pour le personnel, et limités autant que possible aux parcours HOE1-gare régulatrice.

En août 1915 on compte 6 Trains sanitaires permanents (TSP), 167 Trains sanitaires semi-permanents (TSSP) et 52 Trains sanitaires improvisés (TSI) qui correspondent approximativement à une capacité de 900 blessés couchés pour les TSP, 14 500 blessés couchés et 47 000 blessés assis pour les TSSP, 9 000 blessés couchés et 12 000 blessés assis pour les TSI.

En avril 1916, leur nombre est passé à 6 pour les TSP, 128 TSSP, 35 TSI. Le nombre de TSSP variait régulièrement comme leur composition (8).

Le programme de circulation du train sanitaire comprend toujours le passage par la gare régulatrice sanitaire avant l'entrée dans la zone de l'Arrière et l'acheminement vers une gare de répartition d'où sont progressivement transférés les blessés évacués vers des formations hospitalières. La gare de répartition destinatrice du convoi est relativement proche pour les trains de blessés graves et plus lointaine pour les blessés qualifiés de légers et susceptibles de pouvoir supporter un voyage plus long. Le principe du remplissage « par le fond » évoqué au début du conflit n'est plus en vigueur.

La régulation des évacuations a fait l'objet d'améliorations sensibles puisque des médecins régulateurs ont été inclus dans le dispositif mis en place par le commandement : à partir de 1916, les gares régulatrices sanitaires font connaître le nombre de malades et blessés à évacuer et les régions de l'intérieur font connaître leurs disponibilités, permettant un choix plus raisonné des gares de répartition à désigner.

Les évacuations fluviales, dont l'utilisation est sans rapport avec le rendement des évacuations par voie ferrée ont été néanmoins utilisées dans quelques circonstances ponctuelles à partir de 1915, utilisant des bateaux à vapeur ou des péniches sur la Somme, le canal de la Marne au Rhin ou encore l'Aisne. Cette même année 1915, un essai d'évacuation de blessés gravement atteints est tenté entre Bar le Duc et Dijon. Les 335 kilomètres ayant été parcourus en 16 jours, ce mode de transport ne fut pas privilégié (6).

Les évacuations avant les grandes offensives de 1917

L'hôpital d'évacuation (HOE) type qui fut mis en œuvre compte tenu des constatations faites lors

des attaques de Champagne, comprend un centre de réception et de triage, un quartier d'hospitalisation (500 à 900 couchés), un quartier d'attente d'évacuation (400 à 800 couchés, 500 à 1 000 assis) et un dépôt d'éclopés (9). Placée près d'une grande gare, cette structure précède l'évacuation par voie ferrée.

Les trains sanitaires ont été estimés en nombre suffisant pour assurer ces évacuations, et les trains sanitaires improvisés qui existaient encore furent en grande partie supprimés ou mis en réserve pour le cas d'afflux inattendu.

Toutefois, on a constaté, et on ne peut que le regretter car cela aura de graves conséquences en avril 1917, que le contrôle des évacuations ne put toujours pas être exercé par un représentant du Service de santé au-delà des gares régulatrices, la circulation des trains dans la zone des Armées ne relevant toujours que du seul Commandement (10).

La nouvelle crise des évacuations lors de l'offensive d'avril 1917

L'offensive du Chemin des Dames (16 au 24 avril 1917) a été l'occasion d'une crise majeure de l'évacuation sanitaire et l'origine d'une évolution qui allait permettre des améliorations sensibles qui produiront leurs effets jusqu'à la fin du conflit.

On s'accorde pour valider le chiffre de 80 000 blessés (3) annoncé par J. Godart, sous-secrétaire d'État du Service de santé, lors de l'offensive pour laquelle le mécanisme des évacuations avait été réglé spécialement par une notice du Grand Quartier général (5).

Les structures hospitalières, dès le début des opérations, ont été débordées en raison de l'affluence de petits blessés qui n'avaient pu être « filtrés » par les formations de l'Avant. Si l'on ajoute le fait que ces hôpitaux de 3 500 places n'étaient, pour certains, pas encore totalement réalisés, que leur nombre avait été sous-estimé (les prévisions avaient été faites sur la base d'une avance rapide des troupes entraînant les ambulances à leur suite et l'installation de formations sanitaires dans les zones reconquises), on ne s'étonnera pas de ce que les trains sanitaires aient été pris d'assaut par des blessés valides, et que l'on ait pu constater que dans un HOE des blessés gravement atteints aient été abandonnés pendant plusieurs jours dans des baraquements d'hôpitaux destinés au casernement des troupes, sans soins ni suivi.

Les trains sanitaires, pourtant nombreux et prépositionnés (5), mais d'une utilisation difficile du fait de l'existence d'une unique voie ferrée sur le secteur concerné, ont été parfois expédiés vers l'Arrière sans catégorisation des blessés et avec des délais de transport inadaptés.

Le Commandement a reproché alors au Service de santé un triage insuffisant dans les formations de l'Avant des très nombreux petits blessés, souvent par le feu des mitrailleuses ennemies, ayant conduit à l'engorgement des hôpitaux d'évacuation.

En dépit de ses observations devant le Sénat et la Chambre des députés, et à la suite d'une note sévère pour le Service de santé adressée par une commission sénatoriale au Président du conseil, J. Godart, sous-secrétaire d'État du Service de santé met en cause la responsabilité du Grand Quartier Général qui a refusé d'associer le Service de santé à ses décisions et le tient dans l'ignorance des plans d'offensives et des effectifs engagés.

Au-delà de ces considérations, comment ne pas demeurer aujourd'hui frappé par la coupure entre ceux qui, jusqu'au sixième jour de la calamiteuse offensive ne changent rien aux instructions initiales, et les acteurs du combat, blessés arrivant à Paris par trains sanitaires, témoins réalistes de la terrible situation.

Les évacuations de mi-1917 à l'armistice de novembre 1918

À l'occasion des différentes offensives de la deuxième partie de l'année 1917, les grands principes régissant les évacuations sanitaires n'ont pas été modifiés. Toutefois, à la suite des désastreuses journées d'avril 1917, des textes nouveaux (11) ont enfin donné au service de santé dans les corps d'armée l'indépendance par rapport aux États-majors et ont fait de leur chef un adjoint du commandement « ayant délégation permanente sur les ordres à donner relatifs à l'exécution du service ». Dès lors, le Service de santé peut faire face à sa mission opérationnelle.

Les ambulances au plus près des lignes donnent les soins chirurgicaux urgents.

Les hôpitaux d'évacuation à 15 ou 20 kilomètres du front recueillent, hospitalisent, pratiquent des interventions, évacuent.

À l'arrière de la zone des Étapes et dans les régions limitrophes du territoire, des formations sanitaires reçoivent les blessés opérés ou à opérer.

En début 1918, la perspective d'une offensive massive ennemie a conduit à un repositionnement des hôpitaux d'évacuation, de manière à permettre le fonctionnement du Service de santé en cas de recul du front, par un échelonnement en profondeur et un allégement des formations de l'Avant.

Les trains sanitaires ont alors connu une évolution tant en nombre qu'en utilisation : on compte 6 TSP, 163 TSSP et 35 TSI en août 1917, mais en janvier 1918, tout en comptant sur les 6 TSP et les 147 TSSP, on voit apparaître des trains sanitaires improvisés à composition renforcée qui se répartissent notamment en trains pour blessés couchés avec intercirculation totale entre véhicules, trains pour blessés couchés à intercirculation partielle, trains pour blessés couchés et assis. Certains TSP ou TSSP peuvent utiliser pendant le trajet des « marches express » diminuant la durée du parcours.

En effet, les circonstances de cette nouvelle guerre de mouvement ont entraîné des évacuations massives qui ont pu renouer avec certaines méthodes du début du conflit mais dans des conditions de préparation, de transport et d'accompagnement heureusement bien

différentes qui ont permis l'évacuation de blessés non opérés vers des formations accessibles en 10 à 12 heures. En octobre 1918, le parc s'élèvera à 6 TSP, 142 TSSP et 36 TSI.

Les trains sanitaires ont transporté près de 5 millions de blessés ou malades pendant toute la guerre dont plus de 900 000 de mars à novembre 1918. L'emploi des trains sanitaires était assuré, sous le commandement de l'officier régulateur, par un médecin chef des services de chaque gare régulatrice (une par armée).

Les sections sanitaires automobiles, portées à 150 en janvier 1917, seront 206 en novembre 1918, totalisant 4 120 voitures.

Pour coordonner l'emploi des voitures sanitaires un médecin répartiteur fut placé auprès du chef supérieur du Service de santé de chaque armée à partir de novembre 1917. Ce médecin répartiteur répartissait les courants d'évacuations par automobiles. En mai 1918, ce dispositif fut amélioré par la désignation d'un officier du service automobile, régulateur des transports sanitaires automobiles, qui, en collaboration avec le médecin répartiteur, réglait le mouvement des véhicules d'après les besoins indiqués et d'après les destinations fixées.

Les voitures automobiles ont transporté dans la zone des Armées plus de 10 millions de blessés et malades – certains étant transportés plusieurs fois – dont plus de 2,5 millions pendant la période de mars à novembre 1918.

À la fin de la guerre, le parc total de véhicules sanitaires de l'armée française comportait 5 427 véhicules (12).

Les évacuations par voie fluviale ont été mises en œuvre sur la Marne pendant cette période.

Analyse des évacuations

L'analyse des évacuations, notamment sous l'angle statistique, a remarquablement été étudiée par le Médecin Inspecteur Général Toubert (13, 14). Pour illustrer son propos, il s'attache au rythme des évacuations, à la catégorisation clinique des évacués, à la destination donnée aux trains d'évacués.

Rythme des évacuations

« Le chiffre maximum de blessés à évacuer au jour le plus chargé d'une bataille est d'une importance capitale à noter, afin de permettre de juger équitablement le fonctionnement du Service de santé, parce qu'il précise la grandeur des difficultés. Ainsi pour l'offensive de l'Aisne d'avril 1917, le bloc des trois armées engagées fournit le chiffre énorme de 13 000 évacuations pour les 18 et 19 avril 1917… Pour la même année 1917, l'offensive de Verdun donna un maximum de 4 000 blessés le 21 août, l'offensive de la Malmaison 3 000 environ le 24 octobre. Pour le recul de Montdidier d'avril 1918, le maximum fut autour de 3 500 le 7 avril. Pour les batailles autour de Mont Kemmel, ce fut moins de 2 000 le 26 avril 1918. Pour le recul de Château-Thierry, ce fut plus de 6 000 le 31 mai. Pour les offensives préparatoires à l'offensive générale, ce fut en juin un maximum de 5 000 pour deux armées réunies le 12 juin. Enfin, pour l'offensive générale, cinq armées réunies donnèrent à peine 10 000 comme maximum le 29 juillet 1918, trois armées réunies 5 000 environ le 30 septembre… ».

L'examen des graphiques avec les moyennes bimestrielles ou trimestrielles des évacuations pour l'ensemble de la guerre montre :

– en 1914, un sommet répondant aux évacuations d'août à octobre (400 000) ;

– en 1915, deux sommets voisins de 300 000 répondants aux opérations d'Artois et de Champagne ;

– en 1916, un sommet élevé (165 000) répondant à la bataille défensive de Verdun et un plateau plus bas (entre 90 000 et 100 000) répondant à la bataille de la Somme ;

– en 1917, un sommet (110 000) pour l'offensive du Chemin des Dames et la bataille des monts de Champagne ;

– en 1918, une pente ascendante s'élevant à 100 000 puis à 200 000 et traduisant la grande bataille terminale.

On peut observer qu'au cours des 17 premiers mois de la guerre, on évacuait beaucoup sur l'Intérieur par manque des très grands moyens d'hospitalisation, et au cours des 8 derniers mois de la guerre on évacuait beaucoup car il n'y avait plus assez de puissants moyens d'hospitalisation à proximité des troupes en raison de leur progression devant la retraite allemande.

Catégorisation clinique des évacués

La part représentée par les malades et gazés (ces derniers étant comptés séparément à partir de 1918) est de 39 % (1 million 963 050). L'importance des malades évacués est considérable : 708 190 en 1915 (44 % du total des évacués), 629 047 en 1916 (42 % du total des évacués).

En 1918, le pourcentage des évacués pour maladie a varié de 10 à 25 % du total des évacués dans la période antérieure à la grande épidémie de grippe, et a atteint 46 % pendant la période épidémique de l'automne.

En ce qui concerne la proportion des gazés, par rapport au total des évacués, tombée à 3 % dans la période terminale de la guerre, elle s'était élevée à 32 % pendant la bataille défensive de la Lys et des Flandres d'avril-mai 1918 et à 30 % pendant l'offensive sur Montdidier et sur Noyon de septembre 1918.

Les blessés représentent la grande majorité des évacués : 3 025 613 sur 4 988 613, soit 60 %. Pour la grande bataille de 1918, cette majorité a évolué de 75 % (bataille défensive) à 50 % (bataille offensive) et sur l'année 1918 elle est de 55 %, à la même hauteur qu'en 1915 et 1916. Pour l'année 1917 (577 829 évacuations), le taux des blessés est de 67,6 %.

Destination donnée aux trains d'évacués

Les trains sanitaires transportant les évacués ont pour destination l'une des deux zones, zone des Armées ou zone de l'Intérieur.

En 1915, les évacuations sur l'Intérieur l'emportent : 987 105 contre 613 657, sans doute en raison de l'insuffisance de l'hospitalisation aux armées. En 1916,

les proportions s'inversent : 999 713 évacuations sur la zone des Armées contre 487 424. En 1917, il y a presque égalité : 301 167 sur la zone des Armées contre 276 662. Pour le MIG Toubert, cela résulte du développement extraordinaire pris en 1916 et 1917 par les moyens d'hospitalisation de la zone des Armées dotée de grands HOE, de la stabilisation du front et du caractère local des offensives. En 1918, les évacuations sur l'Intérieur l'emportent largement : 689 512 contre 297 089.

En guise de conclusion

Notre propos était limité à exposer l'organisation et le fonctionnement des évacuations aux principales phases de la guerre et à présenter une analyse des évacuations. D'autres aspects auraient mérité un développement.

La responsabilité du Service de santé dans les dysfonctionnements des évacuations ne doit-elle pas être relativisée en raison de sa dépendance du Commandement ?

Au regard de la charge considérable représentée par cinq millions d'évacuations on ne peut, objectivement, que saluer l'action accomplie par le Service de santé et le dévouement de tous ceux qui ont participé à sa mission.

Les auteurs déclarent qu'il n'y a aucun conflit d'intérêt concernant les données présentées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Règlement du 26 avril 1910 sur le Service de santé en campagne, Paris : Ed. Lavauzelle ; 1911.
2. Forissier R. Libres propos sur une nouvelle lecture sur l'histoire de Service de santé en 1914-1918 et 1939-1945. Médecine et Armées, 1992 ;20,6:527-36.
3. Préconisations notamment formulées dans ses « Conseils aux chirurgiens », cité dans Ferrandis JJ, Larcan A. Le Service de santé aux armées pendant la première guerre mondiale. Paris : Ed. LBM ;2008.
4. Le couloir latéral et les compartiments des voitures récentes à boggies ne se prêtaient pas facilement au chargement des blessés. La suppression des compartiments eut nui à la solidité de la caisse selon les services techniques des compagnies de chemin de fer (Troussaint A-C. Une page de l'histoire du Service de santé militaire. Paris : Ed. Lavauzelle ; 1919 :53 où sont évoqués les essais effectués en février 1914 en gare des Batignolles à Paris).
5. Mignon A, Le Service de santé pendant la guerre 1914-1918. Paris : Ed. Masson ;1926-1927 :Tome III.
6. Les armées françaises pendant la grande guerre. Paris : Imprimerie nationale ; 1937, tome XI.
7. Instruction du 17 décembre 1914 sur l'organisation des dépôts de convalescents et éclopés. Séparation des blessés légers et des éclopés par Instruction du 11 octobre 1915 prescrivant la création d'hôpitaux spéciaux pour blessés et malades légers.
8. Circulaires de la direction de l'arrière des 21 décembre 1914 et 5 avril 1915. En décembre 1914, les TSSP jugés trop lourds furent scindés en deux TSSP distincts, et en avril 1915, les TSSP furent reclassés en « type mixte » et « type réduit ».
9. Instruction du 25 avril 1916.
10. Bouloumié P. La Santé et la Guerre. Paris : Ed. Lavauzelle ; 1922:110.
11. Instruction du 25 mai 1917 du Sous-secrétariat du Service de santé pour l'application du décret dit « Painlevé » du 11 mai 1917.
12. Forissier R, Les véhicules sanitaires tactiques au cours de la Première et Seconde Guerre mondiale. Médecine et Armées, 1990 :18,2:115-28.
13. Toubert J, Le langage des chiffres. Archives de Médecine et de Pharmacie militaire, 1923:79 :203-224
14. Le Service de santé militaire au GQF, 1918-1919. Paris : Ed. Lavauzelle ;1934.