Hôpitaux militaires dans la zone de l'Intérieur (1914-1918). D'une guerre à l'autre

F. Olier

En guise d'introduction

Il serait vain de présenter en quelques pages l'hospitalisation militaire durant le premier conflit mondial ; l'Histoire des hôpitaux militaires est aussi ancienne que l'Histoire des Armées. Aux temps anciens, le soldat blessé ou malade confié à la charité publique s'entassait, aux côtés des civils, dans les hôtels-Dieu de rencontre (1). Il fallut attendre le XVIII[e] siècle pour que le Service sanitaire des armées en campagne disposât d'un réseau d'hôpitaux d'infrastructure dédiés « au compte du roi » qui s'appuyait sur une ceinture défensive d'enceintes fortifiées (2). Dans l'Hexagone, cette évolution perdura et se développa tout au long du XIX[e] siècle. Mais plus l'on avançait dans le siècle, plus cette organisation, constituée de bric et de broc, rencontrait les plus grandes difficultés pour relever les défis d'une médecine en constante évolution dans laquelle l'aménagement des pratiques et des prophylaxies comptait dorénavant plus que la mise à disposition d'un couchage. Nous nous proposons de décrire à grands traits cette hospitalisation militaire en abordant ses mutations successives qui conduisirent, du point de vue organisationnel et fonctionnel, à la transformation d'un soutien hospitalier archaïque, héritier du XIX[e] siècle, en une fonction de soutien, souple et moderne, tendant vers une standardisation, mise à la disposition des logisticiens lors d'un conflit au cours duquel tous les moyens sanitaires de la Nation furent mobilisés.

Une myriade d'hôpitaux militaires

D'une guerre à l'autre (1870-1914)

Organisé par le règlement provisoire de 1865 (3), placé sous la subordination de l'Intendance militaire, le Service de santé aux armées sur les « Arrières », hormis ses infrastructures du temps de paix, ne disposait, lors de la guerre de 1870-1871 que d'hôpitaux improvisés appelés « hôpitaux temporaires », installés dans des bâtiments publics ; lesquels devaient être « convenablement appropriés ». Dans la réalité il en fut fait tout autrement. Le Service de santé militaire en sous-effectif permanent ne disposait pas de la ressource nécessaire à la constitution de ces hôpitaux improvisés, ressource qui était réduite aux effectifs de l'active. Ainsi à Metz, en 1870, durant un siège de 72 jours, près de 60 hôpitaux temporaires installés dans les casernes, lycées, écoles, sous tentes et baraques furent formés « en régie » par la municipalité messine pour le compte de l'Intendance militaire (4). Durant le siège de Paris ce sont plus de 1 920 « ambulances » qui furent immatriculées par la ville de Paris et les sociétés de secours (5).

Totalement sous équipé à l'approche de la guerre, le Service de santé militaire de la fin du Second Empire bénéficia de l'appoint bienvenu de la société de secours aux blessés militaires en charge au niveau français des accords internationaux relatifs à l'application de la Convention de Genève de 1864. Cette nouvelle organisation, fournissant à l'armée française un complément « civil » de formations sanitaires, appelées « ambulances volontaires volantes » fut mise en place auprès des armées engagées contre les Prussiens : à Gravelotte (20 août 1870), aux combats de Mouzon et de Bazeilles, etc. Le Gouvernement provisoire sollicita les particuliers pour endiguer le flot des blessés, des malades et convalescents qui envahissaient les arrières du front ; il mit en avant les stipulations tronquées de l'article 5 de la Convention : «… tout blessé recueilli et soigné dans une maison y servira de sauvegarde ». Ce rappel eut pour effet immédiat de pavoiser villes et villages d'emblèmes de la Croix-Rouge et de multiplier le nombre des ambulances fixes ou privées d'un à cinq lits (6, 7) (fig. 1).

Au lendemain de la défaite il restait à reconstituer un Service de santé en campagne sur la base de l'expérience de la guerre passée et à la lumière des lois d'autonomie du service, de 1882 et 1889. Il ne pouvait être question d'intégrer au service de l'Arrière des « dilettantes » mi civils mi militaires comme en 1870-1871 (6). L'accès du futur champ de bataille serait interdit aux ambulances volantes des sociétés civiles de secours. Cet état de fait fut entériné par le nouveau décret du 25 août 1884 qui

F. OLIER, major (ER) du Service de santé de l'armée de Terre.
Correspondance : Monsieur le major (ER) F. OLIER, 5 rue Donatello, – 29200 Brest.
E-mail : olier.francois@hotmail.fr
http://hopitauxmilitairesguerre1418.overblog.com



Figure 1. Salle de l'hôpital mixte de Montluçon (Allier). Crédits : Collection des Archives et Documents de Guerre – © Musée du Service de santé des armées, Paris.

ne conserva que les « ambulances locales » (8) dans la zone de l'Arrière. Cette situation fut confortée par le nouveau décret du 31 octobre 1892 qui ne maintînt dans le règlement que deux types de formations : les hôpitaux temporaires mis sur pied par le Service de santé militaire et les hôpitaux auxiliaires relevant des sociétés d'assistance qui ne cessaient de se développer. Par le même décret, l'opportunité de pouvoir lever, pour les sociétés de secours, des hôpitaux dits « auxiliaires de campagne », donc mobiles à la suite des armées actives, était gommé du règlement. Dorénavant la Charité publique ne trouverait à s'exprimer que sur les arrières du champ de bataille.

En contrepartie, le règlement de 1892 modifié par l'instruction ministérielle du 5 mai 1899 sur l'Utilisation en temps de guerre des ressources du territoire national pour l'hospitalisation des malades et blessés de l'armée, prévoyait de façon précise la contribution des sociétés d'assistance. Cet apport prévu dès le temps de paix devait être non seulement planifié à la mobilisation mais sa réalisation devait être effective : le personnel devait être désigné, le matériel emmagasiné. Le Service de santé tentait ainsi de se prémunir des errements fantaisistes du précédent conflit.

À la mobilisation de 1914, le « plan hospitalier guerre » n'était pas totalement opérationnel. Les dossiers des hôpitaux qui devaient être mis sur pied à la mobilisation laissaient beaucoup à désirer. Les études entreprises dataient du premier recensement de la ressource hospitalière militaire de 1899 (9). Cette méconnaissance des disponibilités était aggravée par la diffusion d'une nouvelle instruction datée du 21 mai 1913 qui abrogeait celle de 1899, laquelle, n'était pas encore appliquée par l'ensemble des régions militaires. Cette sensation d'inachevé était accentuée par l'attitude de certains directeurs du service « imbus de pacifisme [qui] avaient fait passer au second plan les préoccupations de la mobilisation » (10, 11).

Dans le cadre du plan hospitalier les établissements retenus devaient contenir au moins 20 lits et être installés dans des localités desservies par le chemin de fer (art. 10). Le choix des établissements faisait l'objet d'un rapport précis établi par un médecin militaire (12) secondé par un officier du génie en charge de l'estimation des travaux d'adaptation à réaliser à la mobilisation (art. 22). Les renseignements collectés étaient regroupés dans un document standardisé appelé : Journal de mobilisation (art. 6). Ce document servait de *vade-mecum* au médecin-chef de la formation mobilisée. Un défaut ou l'absence d'informations fiables contenues dans ce document de base pouvaient compliquer les opérations de mise sur pied des hôpitaux mobilisés qui s'échelonnaient sur plusieurs jours. Les exemples en août 1914 furent nombreux (13) Dans toute la France, la réalité de l'état des infrastructures prévalait sur les études prospectives (fig. 2). Cette planification tentaculaire de près de quinze années (1899-1914), bien imparfaite, s'appuyait sur une chaîne sanitaire tributaire des choix stratégiques de l'État-major général.



Figure 2. Salle Noëlas, annexe de l'hôpital complémentaire n°26, lycée de garçons de Roanne (Loire). Crédits : Collection des Archives et Documents de Guerre – © Musée du Service de santé des armées, Paris.

Une chaîne hospitalière au service du blessé

Le Service de santé militaire abordait le conflit mondial en s'appuyant sur le choix doctrinal offensif mis en œuvre par le plan XVII de l'État-major général. Cette posture imposa au Service de santé la notion de dégagement du champ de bataille et de report des traitements – hormis d'urgences – en dehors de la zone des Armées. Cette doctrine fut mise en application au travers du décret du 26 octobre 1910 qui refondit le règlement sur le service en campagne de 1892, devenu obsolète.

Ainsi l'action du Service de santé militaire en 1914 se partageait entre une zone des Armées et une zone de l'Intérieur. La première, celle des soutiens du combattant était placée sous le commandement du général en chef. Les services logistiques, dont le Service de santé étaient sous la tutelle pointilleuse d'une toute-puissante Direction de l'Arrière (DA) au Grand quartier général (GQG) à laquelle l'on rattacha le 9 octobre 1914 une Direction générale du Service de santé des armées en opérations qui devînt un « organisme de coordination et de surveillance technique » pour les armées engagées sur le front du nord-est (14).

La seconde, la zone de l'Intérieur était constituée des départements du territoire national qui n'étaient pas intégrés dans la zone des Armées ; c'était le « territoire restant sous l'autorité du ministre pour l'administration de la guerre et du gouvernement, pour l'ensemble des services ministériels » (15). Son importance fluctuait au gré des combats et des découpages de la zone de l'Avant. Son Service de santé était placé entre les mains d'un directeur du Service de santé dont les services constituaient, en 1914, la 7e Direction du ministère de la Guerre. Cette administration s'appuyait sur un quadrillage de régions militaires dont le Service sanitaire était confié à des directeurs du Service de santé qui exerçaient, en août 1914, leur autorité sur les 1987 hôpitaux accueillant 235 102 lits (10).

Le soldat blessé au combat, pour trouver refuge dans un lit d'hôpital, à Nancy ou Bayonne, prenait place dans une chaîne d'évacuations dans laquelle, chaque étape était prise en compte. Le soldat blessé, relevé, brancardé, recevait les premiers soins au poste de secours avant d'être acheminé vers une ambulance de triage où il était catégorisé puis éventuellement traité sur place (zone des Étapes) ou évacué par train sanitaire jusqu'aux limites de la zone des Armées. Un nouveau triage opéré dans un Hôpital d'évacuation (HoE) réorientait localement le blessé suivant le degré d'urgence de sa blessure ou, dans le cas contraire, il était dirigé – toujours par train sanitaire – vers une gare de répartition régionale de la zone de l'Intérieur en charge de lui trouver un lit hospitalier (16).

Essai de typologie des hôpitaux militaires (1914)

La Grande Guerre a vu l'éclosion d'une multitude de formations hospitalières que l'on estime, d'après nos travaux, à près de 10 000 avec leurs annexes et filiales (17). À ce niveau de l'étude il est nécessaire de présenter les différents types d'hôpitaux susceptibles d'être rencontrés (13). D'une manière théorique ils sont classés en deux grands ensembles : le premier regroupe les hôpitaux dits « permanents » ; le second, les hôpitaux « temporaires ».

Les hôpitaux militaires permanents comprenaient : les hôpitaux militaires y compris les stations thermales militaires, les infirmeries-hôpitaux du temps de paix et les hôpitaux militaires de places-fortes emmagasinés (Maubeuge, Montmédy, Givet-Charlemont, etc.) ; les hôpitaux civils : hôtels-Dieu, hôpitaux généraux, asiles d'aliénés et hôpitaux mixtes. Ces hôpitaux civils étaient installés dans des villes, dont l'effectif de la garnison était supérieur à 300 hommes, tenus par la loi du 7 juillet 1877 et le décret du 1er août 1879, d'ouvrir des salles spéciales pour les malades militaires de la garnison. Ces salles ou bâtiments particuliers, séparés des structures civiles, étaient appelés « pavillons militaires ». Au 1er août 1914, l'ensemble de ces hôpitaux militaires permanents totalisait 108 750 lits distribués dans 893 hôpitaux.

Les hôpitaux militaires temporaires qui totalisaient, en 1914, 1 094 hôpitaux pour 126 352 lits, comprenaient : les hôpitaux complémentaires qui furent appelés initialement « temporaires » ou « temporaires du territoire » étaient créés, à la mobilisation, à partir des études d'implantation réalisées par les corps d'armées territoriaux (régions militaires) ; ils étaient administrés par le Service de santé militaire et totalisaient, au 1er août 1914, 609 hôpitaux avec 98 143 lits. Aux hôpitaux gérés par le Service de santé militaire s'ajoutaient les hôpitaux auxiliaires ou « auxiliaires du territoire » mis sur pied de manière autonome et administrés par les trois sociétés d'assistance aux blessés militaires : la Société de secours aux blessés militaires (SSBM), l'Union des femmes de France (UFF) et l'Association des dames françaises (ADF). Ces sociétés comptaient, au 1er août 1914, au plan hospitalier national pour 485 formations et 28 209 lits (fig. 3).



Figure 3. Hôpital bénévole n° 126bis de Viviers (Ardèche). Ancien évêché. La « salle italienne » transformée en réfectoire (ca. 1914-1915). Crédits : Collection des Archives et Documents de Guerre – © Musée du Service de santé des armées, Paris.

À la déclaration de guerre, le Service de santé militaire (département de la guerre) disposait, à l'intérieur du territoire, de 235 102 lits pour le soutien hospitalier d'une armée de 3 700 000 hommes mobilisés, dont 800 000 d'active (18). Moins d'un lit pour seize hommes. Ce n'était pas le chiffre attendu par l'État-major qui se situait à 300 000 lits. Mais il est vrai que des adaptations s'étaient révélées nécessaires en raison des bouleversements capacitaires occasionnés par « la loi sur les congrégations, qui priva le Service de santé de la ressource escomptée de nombreux et importants établissements […] et qui, classés comme hôpitaux temporaires ou auxiliaires en vue de la guerre, avaient cessé d'être disponibles (10) ». Ce déficit hospitalier de la zone de l'Intérieur ne présageait rien de bon, car tous ces lits allaient manquer pour accueillir les blessés. La théorie de dégagement du champ de bataille, associée à une prise en charge chirurgicale tardive voulue quant à elle par le Service de santé militaire, avait été élaborée sur la base des enseignements de la guerre russo-japonaise de 1905, en passe d'être démentis par les retours d'expériences des récentes guerres balkaniques (1912-1913) (19), lesquels mettaient en exergue la nécessaire précocité du

geste chirurgical et l'importance d'évacuations sanitaires rapides. Mais il était trop tard pour bouleverser derechef l'organisation et le fonctionnement du Service de santé refondus en 1910.

La guerre était là !

La mobilisation nationale de l'hospitalisation militaire

La Patrie « sanitaire » en danger (1914-1915)

Le déficit global en lits hospitaliers constaté à l'Intérieur, dès avant la mobilisation allait s'accentuer lors de la bataille des Frontières (17-24 août 1914) puis l'avancée des Allemands sur la Marne. Durant la phase de concentration des troupes, le soutien hospitalier de proximité, en l'absence d'hôpitaux permanents, fut confié à des hôpitaux temporaires de couverture, constitués pour la circonstance qui sacrifièrent bien souvent leur liberté dans l'attente du déploiement des formations sanitaires des grandes unités. Le territoire national était envahi. Dans la zone des combats les hôpitaux militaires se repliaient ou furent faits prisonniers (Lille, Maubeuge, Montmédy, Sedan, etc.). Près de 64 298 lits furent abandonnés ainsi que plusieurs milliers de blessés. Le potentiel hospitalier tombait à moins de la moitié des besoins initiaux des armées. Partout les évacuations sanitaires par voie ferrée étaient conduites dans des conditions effroyables, au plus vite, au plus loin (20). Les « Conseils aux chirurgiens » sur l'abstention chirurgicale du médecin général inspecteur E. Delorme (1847-1929) lancés le 10 août 1914 à la tribune de la tribune de l'Académie des Sciences, bien qu'imprudents et trop catégoriques furent exécutés à la lettre ; l'on évacuait les grands blessés non opérés, vers l'arrière, dans des périples démentiels de cinq à six jours vers Brest ou Nice. Le démenti d'E. Delorme du 28 septembre 1914 resta quant à lui sans écho. Le mal était fait (19).

À ce stade, les événements militaires imposèrent de rechercher toutes les ressources utilisables : par l'extension, à l'aide de baraques, des hôpitaux existants ; par la réquisition de grands hôtels et par l'appel aux bonnes volontés, en privilégiant, le placement de malades et blessés légers chez des particuliers « sous réserve que leur surveillance fût possible et assurée ». La situation était critique ; on ne pouvait plus s'embarrasser d'aucun « formalisme » et l'on devait, au milieu de cette situation pathétique où des milliers d'évacués sanitaires erraient de gare en gare, « user de la plus large initiative au mieux des intérêts militaires de l'assistance hospitalière » (10).

Cet appel sanitaire à la Nation fut entendu. Dans toutes les régions se constituèrent des groupements privés qui prirent, en octobre 1914, la dénomination d'Hôpitaux bénévoles (HB) ainsi que des centres d'accueil de convalescents isolés apport bienvenu de milliers de lits essaimés dans des centaines de communes de l'Hexagone. Cette mobilisation de la Charité privée en marge des sociétés d'assistance peut être plus finement analysée pour les cinq départements bretons des 10e et 11e régions militaires (21). Ainsi dans la 11e région militaire de Nantes, conformément à l'appel pressant de la 7e Direction, 174 (94 %) des 186 hôpitaux bénévoles créés furent constitués dès septembre 1914 (fig. 4).

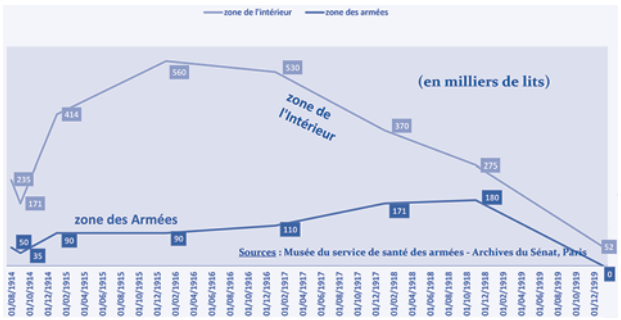


Figure 4. Une salle commune de l'hôpital bénévole n°95bis, Grand Hôtel de Biarritz, dite Formation Poliakoff (Pyrénées-Atlantiques).
Crédits : Collection des Archives et Documents de Guerre – © Musée du Service de santé des armées, Paris.

De « l'Âge d'or » à l'effacement (1915-1918)

En 1915, le pari de l'administration centrale du ministère de la Guerre de compenser les pertes en lits du premier mois de la guerre était tenu. Dès novembre 1914, le plan hospitalier avait presque doublé, en dépit des pertes du nord-est, passant de 171 000 lits à 362 510 lits, pour 3 968 hôpitaux (tab. I). L'effort portait sur l'ensemble du parc hospitalier initial en hôpitaux permanents et temporaires, sans omettre les nouveaux venus, créations de la Guerre : hôpitaux bénévoles, hôpitaux-dépôts de convalescents et établissements de convalescents. Mais la tâche fut malaisée car rapidement se posa le problème récurrent des établissements d'enseignement occupés par le Service de santé militaire – de 50 à 70 % des infrastructures suivant les régions – et de la poursuite de l'activité scolaire. Il s'ensuivit de longs marchandages passionnés entre tenants des enseignements publics et privés. On en était venu à se disputer pour une école, un étage, une classe, un couloir (22).

Tableau I. Capacités hospitalières des zones des Armées et de l'Intérieur (1914-1920).



Une période « d'accalmie » militaire, dans le courant de 1916-1917, en dépit des offensives de Verdun et de la Somme, permit de régulariser la situation des infrastructures dispendieuses qui, compte tenu des nécessités pressantes du moment, avaient été réquisitionnées (hôtels, palaces, casinos). Par souci d'économie, toute nouvelle réquisition fut interdite et l'on recouru, après entente avec les bailleurs et les municipalités, à des conventions établies sur des bases forfaitaires (23). Parallèlement l'on étudia l'installation ou l'extension d'hôpitaux sanitaires baraqués. Par ailleurs le « ménage » fut fait très tôt (15 octobre 1915) dans les structures hospitalières de moins de 20 lits qui furent supprimées ou regroupées. Autant 1914 et 1915 avaient été des années de forte augmentation du plan hospitalier de la zone de l'Intérieur qui culmina avec 560 000 lits en novembre 1915 (22) ; autant l'année 1916 et les suivantes se caractérisèrent par la restitution ou la mise en sommeil d'une partie des infrastructures, compensées par la montée en puissance des ressources propres d'une zone des Armées stabilisée (tab. I), à base d'immenses Hôpitaux d'évacuation (HoE) de plusieurs milliers de lits qui avaient le mérite d'éviter les évacuations sanitaires sur de longues distances. Pour le commandement primait la récupération des effectifs, d'où la nécessité d'hospitaliser les blessés dans les régions militaires limitrophes du front. Dans la zone de l'Intérieur une véritable « chasse » aux hospitalisations indues était conduite par les directions régionales. Ainsi le médecin général inspecteur A. Clarac (1854-1934), directeur du Service de santé de la 18e région de Bordeaux, précédemment en mission dans les régions de Tours et de Limoges observait : « […] je comprends que mon rôle doit consister surtout à ne pas laisser dans les hôpitaux les hommes en état de servir sur le front » (24).

L'hospitalisation dans la zone de l'Intérieur n'était plus une barrière infranchissable relevant du ministre de la Guerre, elle devenait une variable d'ajustement essentielle aux médecins régulateurs des armées qui s'appuyaient sur un plan d'hospitalisation et d'évacuation rigoureux qui devait maintenir à niveau les disponibilités demandées pour les armées actives à hauteur de 400 000 lits. Le plus bel exemple de cette « collaboration » entre Armée et Intérieur fut la transformation de Paris en un gigantesque Hôpital d'évacuation secondaire (HoE2) qui acceptait des trains de « blessés à opérer », appelés « trains rouges » (25). Soixante puis 94 hôpitaux parisiens furent ainsi appelés à fonctionner comme HoE2 avec près de 24 000 lits qui accueillirent, du 1er janvier au 11 novembre 1918, 119 137 blessés et malades, dont 53 000 blessés de guerre non opérés (26). Ce système d'évacuation « express » qui permettait à un blessé de rejoindre un hôpital parisien en douze ou quatorze heures fonctionna jusqu'au 13 novembre 1918.

Un Service de santé militaire « nationalisé » (1917-1919)

Nous avons vu plus haut comment le Service de santé militaire s'était relevé des déboires de 1914, en faisant le plus large appel à la Nation. Cette politique hospitalière centrale et quasi omnipotente, fut l'œuvre de J. Godart (1871-1956), sous-secrétaire d'État au Service de santé militaire (1er juillet 1915-5 février 1918). Un J. Godart, qui se plaisait à déclarer : « Je ne suis ni un militaire de profession, ni un fonctionnaire, ni un médecin, je suis le blessé (27) ». Un J. Godart qui consacra son énergie à améliorer la prise en charge des blessés de guerre et à combattre les fléaux sociaux, dont la tuberculose était l'un des plus virulents (28).

Dévoilé dès le début des hostilités, la tuberculose coûtait par réforme aux armées plus de 65 000 combattants, lesquels redevenus civils libéraient dans leurs foyers retrouvés « un formidable potentiel de contagiosité (29) ». Il s'ensuivit une mobilisation en faveur de la lutte antituberculeuse dans les armées en guerre. Mais face à cette volonté affichée, le caractère contagieux de la maladie avait de quoi rebuter les loueurs de biens et les riverains « effrayés par la perspective d'une promiscuité empoisonnée » (29). En 1916, pour faire face à cette menace persistante, le Service de santé militaire organisa 49 hôpitaux sanitaires avec 7 500 lits (30) où furent soignés les « tuberculeux évolutifs » (fig. 5). Le volet « prévention » quant à lui fut confié au ministère de l'Intérieur au travers de 29 stations sanitaires (5 550 lits) fréquentées par les militaires en attente de réforme. Dans une Nation où toutes les infrastructures étaient mobilisées pour l'effort de guerre, seuls les locaux insalubres ou décrépits restaient disponibles et aménageables à grands frais pour les tuberculeux : Oblats à Pontmain (Mayenne), Cordeliers près de Rougement (Doubs), etc. (29) En définitive, la politique antituberculeuse nationale fut mise en échec et ne fut pas poursuivie après-guerre. L'éclosion des hôpitaux sanitaires, à raison de deux ou trois par région militaire, liés étroitement à l'autoprotection de l'armée, si elle ne fut pas implantée sur une large échelle dans le monde civil, se développa au sein du Service de santé militaire. Ainsi dans l'après-guerre, quatre hôpitaux sanitaires héritiers de la Grande Guerre poursuivirent leur fonctionnement pour les besoins de l'armée (Vannes, Bordeaux-Le Becquet, Amélie-les-Bains, Briançon) (31).

Ce fut également le cas, lors de l'épidémie grippale de 1918-1919, quand le soldat malade, le « privilégié de la



Figure 5. Hôpital sanitaire n° 60, au château de Melleray, à Saint-Denis-en-Val (Loiret), ca. 1916. Crédits : carte postale ancienne – collection auteur.

Nation armée (28) », bénéficia de l'ouverture d'hôpitaux et de services spéciaux pour contagieux (32) ; tandis que les services civils d'hygiène, largement désorganisés par un déficit récurrent de personnels soignants mobilisés, accompagnaient de manière inégale les victimes civiles de la pandémie (28). Durant la longue période qui précéda la démobilisation, approximativement de novembre 1918 à janvier 1920, le Service de santé militaire apporta son aide aux structures d'hygiène des régions libérées. Le 22 novembre 1918, la « Santé » au Grand quartier général prescrivit « l'organisation de services de consultations, de tournées médicales, de soins à domicile pour les intransportables (31, 32) » ; de même le 30 novembre suivant, elle accréditait, auprès des préfets des départements du nord-est, des médecins militaires en charge de la coordination des secours médicaux aux populations civiles (fig. 6). Dans les villes libérées, des formations sanitaires dotées d'importants moyens d'abri investissaient les centres urbains pour se substituer aux hospices détruits (Bapaume, Laon, etc.). Toutefois cette collaboration tardive ne pouvait s'exécuter qu'à la marge puisque les armées renvoyaient quotidiennement dans leurs foyers les personnels sanitaires démobilisés. Il n'était plus question de fonctionner à coups d'expédients, d'autant que la Nation était pressée de tourner la page de la guerre. La reconstruction était en marche. L'on rétrocédait à tout va les infrastructures hospitalières « temporaires » organisées à grands frais. Les hôpitaux baraqués étaient partout démontés pour rendre à l'agriculture des espaces cultivables qui compenseraient les terres polluées par la Guerre. Les surplus sanitaires se vendaient à l'encan. Un maître-mot primait : démobilisation !

Le 19 janvier 1920 le sous-secrétariat d'État au Service de santé militaire, véritable ministère de la Santé aux armées, était dissous et son administration centrale redevenait la sempiternelle 7e Direction du ministère de la Guerre. *A contrario*, les succès de la médecine militaire et l'expérience de la Grande Guerre avaient démontré les avantages d'un centralisme sanitaire ; d'autant que, corrélativement, la pandémie grippale avait mis en évidence l'impuissance des services civils spécialisés d'hygiène, relevant des ministères de l'Intérieur et du Travail, à gérer cette crise. Le 21 janvier 1920, soit deux jours après la fin de la « Santé Militaire », l'Assemblée nationale imposait, pour prolonger la dynamique médico-militaire, la création d'un ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la prévoyance. Ce petit ministère de la Santé publique se révéla être, en dépit des attentes, un trompe-l'œil, « une coquille vide sans moyens financiers, ni réelle volonté stratégique en matière de santé publique (28) ». Le déploiement des moyens sanitaires colossaux de la Grande Guerre avait engendré, en moins de cinq ans, une véritable révolution hospitalière des pratiques qui haussait d'une manière significative le niveau d'exigence des praticiens anciens combattants et des patients démobilisés, retournés au contact de structures provinciales devenues à leurs yeux désuètes.



Figure 6. Équipe itinérante du service médical des régions occupées, à Noyon (Oise), ca. 1918-1919. Crédits : Collection des Archives et Documents de Guerre – © Musée du Service de santé des armées, Paris.

En guise de conclusion : d'une guerre à l'autre (1918-1940)

L'accueil des malades et blessés militaires durant le premier conflit mondial qui fit le plus large appel aux ressources de la Nation mobilisée – un demi-million de lits dans près de 10 000 hôpitaux et annexes répartis sur 3 200 communes – reste un modèle d'organisation sanitaire jamais atteint depuis lors. Cette maitrise hospitalière, construite sur les esquisses de la guerre de 1870-1871, devenue dogme intangible, fut mise en œuvre lors de la campagne de mai-juin 1940. Dans un mouvement national de grande ampleur, le Service de santé militaire associé au tout jeune ministère de la Santé publique aux ressources humaines, cette fois, partiellement mobilisées (34), déploya à l'intérieur de l'Hexagone les moyens hospitaliers de la Nation en guerre, organisés en de vastes centres hospitaliers de plusieurs milliers de lits. En 1940, il ne fut plus question de faire appel sur une large échelle, à la Croix-Rouge, à l'hospitalisation charitable chez des particuliers ; seules les infrastructures importantes connues depuis le précédent conflit furent utilisées (environ 1 550 établissements d'enseignement et casernes d'au moins 200 lits) (35). Mais la *blitzkrieg* décida tout autrement de leur usage et l'on vit, retournement de l'Histoire, l'omnipotent Service de santé militaire de la Grande Guerre balayé en 45 jours (10 mai-25 juin 1940), s'appuyer, pour assurer un traitement des blessés militaires, sur le maillage serré des infrastructures de la jeune Santé publique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Pétillot A. Patrimoine hospitalier. Paris : Scala ; 2004.
2. Prost P. La ville et la guerre, de Vauban à Napoléon Ier. In : Picon A ed. La ville et la guerre. Besançon : éditions de l'Imprimeur ; 1996.
3. Bulletin de la médecine et de la pharmacie militaires, notice 3 ; 1874, 6 : 625-6.
4. Delorme E. Traité de chirurgie de guerre. Paris : F. Alcan ; 1, 1888.
5. Brice R, Bottet M. Le corps de santé militaire en France, Son évolution, Ses campagnes, 1708-1882. Paris : Berger-Levrault, 1907.
6. Le Fort L. Œuvres de Léon Le Fort. Paris : F. Alcan ; II, 1896.
7. Boissier P, Histoire du comité international de la Croix-Rouge. De Solférino à Tsoushima. Paris : Plon ; I, 1963 et Haussonville J. Mon journal pendant la guerre (1870-1871). Paris : Calmann Lévy ; 1905.
8. Service de santé de l'armée, règlement sur le Service de santé en campagne. Paris : Baudoin ; II, 1884.
9. Service de santé. Instruction du 5 mai 1899 sur l'utilisation en temps de guerre des ressources du territoire national pour l'hospitalisation des malades et des blessés de l'armée. Paris : Charles Lavauzelle ; 1913.
10. Troussaint A. Une page de l'Histoire du service de santé militaire. Paris : Henri-Charles Lavauzelle ; 1919.
11. Service de santé. Bulletin officiel édition méthodique 83bis, Ressources du territoire national pour l'hospitalisation des malades et blessés de l'armée, au 21 mai 1913. Paris : Charles Lavauzelle ; 1914.
12. Service historique de la Défense, département Terre. Vincennes. Carton 9 NN 567 à 574 ; 1900-1912.
13. Olier F, Quénec'hdu JL. Hôpitaux militaires dans la guerre 1914-1918. Louviers : Ysec, I, 2008.
14. Olier F, Quénec'hdu JL. Hôpitaux militaires dans la guerre 1914-1918. Louviers : Ysec, III, 2011.
15. Cochet F, Porte R. Dictionnaire de la Grande Guerre 1914-1918. Paris : Robert Laffont ; coll. Bouquins, 2008.
16. Musée du Service de santé des armées. Paris, carton 182, 11e région militaire, rapport Fournier.
17. Olier F, Quénec'hdu JL. Hôpitaux militaires dans la guerre 1914-1918. Louviers : Ysec, 5 vol, 2008-2016.
18. Buffetaut Y. Atlas de la Première Guerre mondiale. Paris : Autrement ; 2005.
19. Larcan A, Ferrandis JJ. Le Service de santé aux armées pendant la Première Guerre mondiale. Paris : LBM, 2008.
20. Doyen E. Le Service de santé de notre armée, Les réformes urgentes, Observations présentées par le docteur Doyen, le 7 juillet 1915 à la Commission de l'Armée du Sénat (service de santé) et à la Commission d'hygiène de la Chambre des députés. Paris : Maretheux ; 1915.
21. Olier F. Les hôpitaux temporaires de Bretagne (1914-1918), Essai de recensement. Caen : Olier ; dact. 1990 : 297.
22. Archives du Sénat. Paris, 69 S125. Strauss P, rapport fait à la Commission de l'Armée sur le mouvement général de l'hospitalisation pendant le 4e trimestre de 1916 et les 3 premiers trimestres de 1917, adopté le 6 février 1918 ; 48 : 11.
23. Roques L. Réquisitions, achats directs, accidents et dommages au titre militaire. Paris-Liège : Béranger ; 1920.
24. Clarac A. Mémoires d'un médecin de la Marine et des Colonies, 1854-1934. Vincennes : Service historique Marine ; 1994.
25. Olier F, Quénec'hdu JL. Hôpitaux militaires dans la guerre 1914-1918. Louviers : Ysec, II, 2009.
26. Le Jars F. Un hôpital militaire à Paris pendant la Guerre. Paris : Masson ; 1923.
27. Viet V. Entre prévention et engagement politique, Le parti social de la santé publique (1929-1939). Actes du Colloque sur l'histoire de la protection sociale, AEHSS 2008 : 93-106.
28. Murard L, Zylberman P. L'hygiène dans la République. La santé publique en France, ou l'utopie contrariée, 1870-1918. Paris : Fayard ; 1996.
29. Darmon P. La Grande Guerre des soldats tuberculeux, Hôpitaux et stations sanitaires. Annales de démographie historique, 2002 ; 1 : 33-50.
30. Bernard L. La défense de la santé publique pendant la guerre. Paris : PUF ; New Heaven : Yale University Press ; 1929.
31. Toubert J. Le Service de santé militaire au Grand Quartier Général Français (1918-1919) suivi de documents de statistique concernant la Guerre Mondiale et l'après-guerre. Paris : Charles Lavauzelle ; 1934.
32. Musée du Service de santé des armées. Paris. Carton 3080, instruction n° 2071/S du 1er mai 1919.
33. Ducos H. Le Service de santé militaire en France, 13 septembre 1939-10 mai 1940. Paris : Charles Lavauzelle ; 1946.
34. Olier F. Journal de campagne du Service de santé (10 mai-25 juin 1940). Caen : Olier ; dact., 1992 : 744.