

IL Y A CENT ANS : UNE RÉVOLUTION DANS LA PRISE EN CHARGE DES BLESSÉS DE GUERRE

Par le Médecin général inspecteur (2S) Marc Morillon.

M Morillon est l'auteur d'un ouvrage : « Le Service de santé 1914- 1918 » (Bernard Giovanangeli éditeur), album contenant 400 illustrations et traitant du personnel du Service ainsi que de son action sur le front occidental ainsi que sur Mer et sur le front d'Orient.

Ce livre est en vente à la boutique du musée au prix de 35.00€.

L'article qui figure ci-dessous est un extrait de la conférence du 10 avril 2014.

La terrifiante comptabilité des morts de la Grande guerre (plus d'un million et demi), nous conduit souvent à oublier la foule plus considérable encore des blessés. Ils ont été trois fois plus nombreux : 4 266 000. Pour ceux ci, au-delà de la bataille, un deuxième combat s'engageait en effet contre la souffrance, pour la survie puis le retour à une vie sociale. Le devenir de ces soldats a considérablement évolué au cours de la guerre et si au cours des premiers mois leur sort fut à peine plus enviable que celui des soldats de Napoléon, la médecine militaire devait entrer dans l'ère moderne en quelques années seulement.

Le désastre sanitaire des premiers mois de guerre :

De la même façon que les états majors s'étaient trompés sur la guerre qu'ils allaient devoir mener et sur les plans de l'ennemi, les chefs du Service de santé, dont l'autonomie n'était encore que partielle, avaient fait des prévisions inadaptées. L'étude parfois incomplète des conflits les plus récents (guerre russo-japonaise, guerre des Boers, Balkans) les avait confortés dans l'idée que la plupart des blessures seraient dues à des balles modernes, pénétrantes, qu'elles s'infecteraient rarement d'où le dogme fou des « balles humanitaires ».

Tablant ainsi sur 80% de blessures par balles, le règlement de 1910, avait construit un dispositif de ramassage et de soins très succinct à l'avant, les blessures devant être rapidement « emballées » avant que le blessé soit évacué vers les formations de l'arrière où les moyens étaient concentrés. Le principe était même d'envoyer les premiers blessés le plus loin possible à l'intérieur du territoire, suivant le principe de « remplir par le fond » pour ne pas encombrer les formations proches du front.

Dès les premiers combats de la « bataille des frontières », les prévisions se sont avérées fausses avec une proportion effrayante (75 à 80%) de blessures par éclats d'obus. Les conséquences devaient se révéler très lourdes.

Le blessé était relevé par les brancardiers régimentaires et



transporté soit par un brancard soit à dos d'homme vers le poste de secours. La plupart du temps le pansement individuel s'était révélé insuffisant sur une grande plaie anfractueuse. Au poste de secours de bataillon, refuge sommaire pratiqué dans une cave, une carrière, ou sous une tente montée à l'abri du feu ennemi, les blessés étaient pansés sommairement. Ils étaient ensuite emmenés vers l'ambulance dans des voitures d'ambulance hippomobiles mais aussi parfois des chariots de paysans garnis de paille. Une ambulance était une formation sanitaire abritée dans un bâtiment une tente ou une baraque. Les blessés intransportables y étaient éventuellement opérés mais à cette époque il n'y avait pas de chirurgiens qualifiés dans ces formations de l'avant. Les instruments étaient rudimentaires et le seul moyen de stérilisation disponible était la bouilloire. On attendait la rotation qui allait les emmener vers l'hôpital d'évacuation (HoE), en fait à cette époque un centre d'expédition vers l'arrière placé à proximité d'une voie ferrée. A partir de là, l'odyssée allait se poursuivre parfois plusieurs jours dans différents trains avant que le blessé ne puisse atteindre un hôpital de l'arrière (dans la zone de l'intérieur). Pendant cette période toute la régulation était assurée par la Direction des étapes, échappant au Service de santé. Le transport très lent se faisait la plupart du temps dans des wagons ordinaires (« 40 hommes, 8 chevaux »), avec un peu de paille et les blessés ne pouvaient être assistés puisque la circulation

entre les voitures était impossible. Un blessé des Vosges pouvait ainsi se trouver après plusieurs jours de transport dans une villa de Biarritz improvisée en « hôpital bénévole » ou dans un Lycée de Marseille réquisitionné en « hôpital temporaire ». Les pansements n'avaient pas été changés et ceux qui n'étaient pas morts en route arrivent fréquemment souffrant de gangrène ou de septicémie. La mortalité était effrayante et les amputations très nombreuses. L'opinion publique réagissait à ce scandale sanitaire et après la bataille de la Marne, le Service de santé analysait ses erreurs et changeait complètement son organisation.

Evolutions et changements 1915-1918 :

La situation s'améliorait dès 1915 et les progrès allaient constants jusqu'à la fin de la guerre. On réorganisait les formations de l'avant, les ambulances et les HoE devenant réellement des hôpitaux de campagne dans lesquels opéraient des chirurgiens qualifiés.

Dans le même temps les conditions de combat avaient changé et c'était la guerre de positions, la guerre de tranchées. Beaucoup de soldats blessés lors des assauts étaient tombés dans le « no man's land », le « bled » comme disaient les poilus. Les brancardiers devaient souvent attendre la nuit pour aller les chercher. Ils leur fallait alors les ramener en enjambant les cadavres, en s'écorchant sur les fils de fer pour arriver au retour dans un réseau de boyaux et de tranchées gluants de boue. Nombreux furent les brancardiers tués ou blessés lors du relevage. Le blessé, qui n'avait reçu encore jusque là aucun soin, attendait son arrivée dans le poste de secours enterré. On le descendait alors dans un réduit obscur après être passé à travers le groupe des « petits blessés » qui se pressaient à l'entrée. A peine éclairé par une lampe à acétylène, un médecin aide major examinait les blessés et dirigeait son équipe d'infirmiers régimentaires. On découpait les vêtements pour découvrir les dégâts faits par l'acier dans la chair. Les soins étaient rudimentaires, prodigués souvent les mains pleines de sang et de boue. On faisait une injection de sérum antitétanique, une de camphre ou de caféine pour « soutenir le cœur » et on tentait d'immobiliser les fractures en attendant le passage de la noria des brancardiers divisionnaires qui allaient désengorger le poste de secours. Ces « petits médecins » comme on les appellera ensuite affectueusement étaient la plupart du temps de jeunes médecins généralistes mobilisés qui travaillaient dans des conditions héroïques, parfois sous le feu. Plusieurs seront cités et certains ont laissé des mémoires passionnantes. Les blessés étaient ensuite emmenés par les brancardiers divisionnaires vers la tête de ligne des « autos ». Ce trajet à travers les boyaux se faisait encore à bras ou à l'aide des poussettes porte brancards.

Cette évacuation en automobiles ou en camions dans laquelle les blessés plaçaient tous leurs espoirs étaient pourtant une étape encore pénible. Les chauffeurs qui roulaient jour et nuit étaient extenués et leurs voitures mettaient trois à quatre heures pour faire une dizaine de kilomètres. A l'issue de ce périple les blessés arrivaient

enfin dans un groupement d'ambulances (de 10 à 25 km du front) ou un hôpital d'évacuation (30 à 50 km), formations souvent très importantes (plusieurs centaines de lits) fonctionnant comme de véritables hôpitaux de campagne équipés de bloc opératoires, de services de stérilisation, de matériel radiologique et de laboratoires. Après le tri et la catégorisation, les équipes chirurgicales prenaient en charge les blessés, chaque équipe pouvant traiter 20 à 25 grands blessés par jour ou 40 à 50 blessés moyens, suivant un rythme que certains ont qualifié de « méthodes industrielles ». Certaines équipes étaient autonomes et motorisées (les fameuses « autochirs »), le bloc opératoire et ses annexes étant répartis dans une série de camions et déployables sur un nouveau théâtre en moins de 24 heures. Les interventions étaient des parages de plaies et des extractions de projectiles métalliques, des amputations (67% étaient des blessés des membres), trépanations, traitements des traumatismes abdominaux. La recherche des objets métalliques étaient facilités par la présence d'appareils de radiologie, science alors toute nouvelle. L'infection des plaies de guerre était bien entendu fréquente et de nouvelles méthodes de traitement s'appuyant sur l'irrigation par antiseptiques permirent de sauver grand nombre d'entre eux.

Dans un ouvrage publié en 1920, l'auteur résumait ainsi l'évolution de la chirurgie au cours de la guerre : « *Un blessé ayant reçu un éclat d'obus dans le genou avait de fortes chances en 1914 de mourir de gangrène à Bordeaux ou à Nice ; en 1915 on lui eut coupé la cuisse dans une ambulance de l'avant et le blessé s'en fut tiré à ce prix, en 1916 on eut réséqué l'articulation et il eut sans doute guéri en ankylose avec sa jambe raide à jamais. Enfin en 1918, on eut conservé sa jambe et sa cuisse et l'intégrité presque absolue de la flexion de celle-ci sur celle là.* »

Ce n'est qu'après plusieurs semaines d'hospitalisation dans les hôpitaux de la zone des armées que les blessés étaient évacués vers les hôpitaux de l'intérieur pour des traitements complémentaires, la convalescence et la rééducation. Les équipes étaient formées de médecins mobilisés et d'un fort contingent d'infirmières fournies par les sociétés de la Croix Rouge ainsi que de religieuses. Certains services s'étaient spécialisés notamment dans la prise en charge des blessés de la face, les célèbres « gueules cassées », des traumatismes psychiques de guerre ou dans l'appareillage des amputés.

Un des acteurs de cette transformation, Justin Godart, sous-secrétaire d'état au Service de santé pouvait dire : « *Les médecins sont les seuls à pouvoir faire bénéficier ceux qui vivront dans la paix de ce qu'ils ont appris dans la guerre.* »

Ces progrès devaient se poursuivre mais les bases essentielles de la prise en charge des blessés de guerre avaient été posées. La hiérarchisation des soins, les principes du triage et un grand nombre de gestes techniques de cette époque sont encore valables aujourd'hui.