



PUBLICATIONS DE LA SORBONNE



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

1914-18 : GUERRE, CHIRURGIE, IMAGE. LE SERVICE DE SANTÉ ET SES REPRÉSENTATIONS DANS LA SOCIÉTÉ MILITAIRE

[Christine Debue-Barazer](#), [Sébastien Perrolat](#)

Éditions de la Sorbonne | « [Sociétés & Représentations](#) »

2008/1 n° 25 | pages 233 à 253

ISSN 1262-2966

ISBN 9782847363500

DOI 10.3917/sr.025.0233

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-societes-et-representations-2008-1-page-233.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Éditions de la Sorbonne.

© Éditions de la Sorbonne. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Cet article est disponible en ligne à l'adresse :

http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=SR&ID_NUMPUBLIE=SR_025&ID_ARTICLE=SR_025_0233

1914-18 : guerre, chirurgie, image. Le Service de Santé et ses représentations dans la société militaire

par Christine DEBUE-BARAZER et Sébastien PERROLAT

| Nouveau Monde éditions | Sociétés & Représentations

2008/1 - n° 25

ISSN 1262-2966 | ISBN 2-84736-350-0 | pages 233 à 253

Pour citer cet article :

— Debue-Barazer C. et Perrolat S., 1914-18 : guerre, chirurgie, image. Le Service de Santé et ses représentations dans la société militaire, *Sociétés & Représentations* 2008/1, n° 25, p. 233-253.

Distribution électronique Cairn pour Nouveau Monde éditions.

© Nouveau Monde éditions. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

1914-18 : GUERRE, CHIRURGIE, IMAGE. LE SERVICE DE SANTÉ ET SES REPRÉSENTATIONS DANS LA SOCIÉTÉ MILITAIRE

235

Christine Debue-Barazer et Sébastien Perrolat

La durée, la spécificité géographique ainsi que l'extrême violence et la brutalité des combats suffisent à singulariser la Grande Guerre que l'historien qualifie de premier conflit moderne¹. Pour rendre compte de cette guerre, la photographie, associée au cinéma, vient seconder puis supplanter la peinture et le dessin dans la représentation par l'image. Les archives du musée du Service de Santé militaire du Val-de-Grâce détiennent un fonds photographique dont les clichés mettent en évidence des moments spécifiques du fonctionnement du Service de Santé militaire. L'étude d'un échantillon d'environ quatre cents images permet de donner un éclairage sur ce fonctionnement d'après les connaissances historiques acquises par ailleurs sur le sujet. Les exemples retenus ici viennent illustrer les principales problématiques auxquelles l'État-major de l'Armée est confronté pendant les quatre années de guerre. Ces photographies, classées, pour la plupart par régions militaires, ne sont pas datées, elles sont souvent légendées mais leur utilisation nécessite une interprétation rendue possible par une analyse approfondie et une confrontation systématique aux archives écrites. Dès lors, cet échantillon devient un objet historique exploitable dont le contenu reflète l'intention des autorités militaires de montrer telle ou telle pratique médicale.

La guerre de 1914-18 s'inscrit dans un registre nouveau, tant du point de vue de la stratégie militaire, que de l'armement utilisé, ce qui impose au

1. Voir Stéphane Audouin-Rouzeau et Jean-Jacques Becker (dir.), *Encyclopédie de la Grande guerre, 1914-1918*, Paris, Bayard, 2004, 1342 p.

Service de Santé d'appréhender et de concevoir une médecine de guerre nouvelle et différente. Trois moments de cette adaptation sont abordés ici et illustrés par quelques clichés représentatifs. Tout d'abord, l'Armée analyse les défauts d'organisation structurelle dont est victime le Service de Santé militaire et évalue la façon d'apporter des améliorations techniques et fonctionnelles dans les formations sanitaires de l'Avant. Ensuite, confrontée au manque de compétence du personnel médical et au manque de moyens matériels en matière de techniques de soin, l'Armée organise une meilleure formation et une répartition plus équilibrée du personnel du Service de Santé. Ces améliorations techniques et fonctionnelles servent de ressort au déploiement de nouvelles pratiques de soin innovantes et adaptées aux pathologies et aux blessures de guerre.

AMÉLIORATIONS TECHNIQUES ET FONCTIONNELLES

La stratégie de « l'offensive à outrance », telle qu'elle se dessine dès la stabilisation du front, en octobre 1914, déverse des flots de blessés dont la prise en charge immédiate, à proximité de la zone des combats, se révèle impossible. L'évacuation massive et rapide vers l'Arrière semble être la seule solution pour désengorger les structures de l'Avant. Les vagues de blessés se succèdent quotidiennement sans qu'aucun diagnostic individuel, aussi sommaire soit-il, puisse être posé en vue d'évaluer la gravité des cas et d'amorcer un tri de blessés dans l'urgence. Ainsi, quelle que soit l'importance des traumatismes, les soldats sont-ils éloignés de la ligne de front dans de très mauvaises conditions sanitaires. Soit ils sont privés d'un geste médical d'urgence (arrêt d'une hémorragie, traitement d'un état de choc), soit ils sont pris en charge tardivement dans des convois sanitaires dont la lenteur provoque l'aggravation de leur état. Une simple blessure, par complication septique, peut, en quelques heures, compromettre le pronostic vital d'un blessé. Les bactériologistes² militaires et civils définissent « la période critique » comme le temps durant lequel tout blessé grave est susceptible de faire une complication septique (de 5 à 12 heures et jusqu'au cinquième jour après la blessure).

Modestes abris précaires constitués à la hâte dès la fin de l'été 1914, les premiers postes de secours avancés n'ont pas vocation à soigner les blessés et les malades³. Tout au plus protègent-ils les soldats souffrants des intem-

2. Albert Policard, Sir Almroth Writh, William Watson Cheyne et M. Wienberg, entre autres.

3. Ces structures sanitaires prévoient la présence d'un médecin entouré d'une vingtaine de personnes (brancardiers et infirmiers principalement). Bien que prévues au règlement du Service de Santé militaire de 1910, elles se révèlent rapidement insuffisantes en matériel humain et médical.

péries avant l'organisation d'une évacuation vers l'Arrière. Simples stations de regroupement, elles s'engorgent très vite ; leur inutilité, voire leur dangerosité pour l'avenir des blessés, sont rapidement dénoncées par un grand nombre de médecins. Le pasteurien, médecin-major de première classe Claudius Régaud⁴, rédige un rapport dans lequel il établit qu'un défaut d'organisation structurelle dans les formations sanitaires de l'Avant ainsi qu'une déficience dans la qualité des premiers soins prodigués aux soldats, sont préjudiciables à sa santé⁵. Cette expertise rend compte également du fonctionnement des évacuations sanitaires et conclut à un dysfonctionnement profond du Service de Santé militaire français. Le nombre insuffisant de formations sanitaires, d'une part, et le manque de personnel compétent, d'autre part, contraignent aux évacuations massives et anarchiques des soldats vers l'Arrière.

Les nouvelles conditions de guerre imposent donc une organisation différente dans la gestion des postes de secours avancés. D'après le rapport de Claudius Régaud, leur nombre doit être accru, leur capacité d'accueil augmentée et la qualité des premiers soins prodigués améliorée. Dès lors, il faut concevoir un véritable secours d'urgence à l'Avant où le soldat doit être relevé et transporté rapidement au poste de secours. Il est dirigé après les premiers soins vers une formation hospitalière de première ligne où sont concentrées les ambulances de l'Avant. Au ministère de la Guerre, le sous-secrétaire d'État du Service de Santé militaire, Justin Godart, est rapidement alerté par ces manquements graves. Rapports, échanges de courrier, inspections des formations sanitaires, tout concourt à dénoncer l'insuffisance dans toutes les structures. Quelle place la photographie prend-elle ici ? Quelles nouveautés apporte-t-elle ?

La photographie administre la preuve et offre un argumentaire de choix pour étayer les rapports des médecins. Si les postes de secours sont saisis par l'objectif sur la ligne de front, ce n'est pas pour inscrire ces clichés à la gloire de l'Armée. L'examen de l'image d'« Herbécourt. Poste de secours avancé installé dans les ruines » est, à ce titre, édifiante [ill.1]⁶ : un poste de

4. Nommé Professeur à l'Institut Pasteur en 1913, puis médecin-chef d'un hôpital d'évacuation en 1914, Claudius Régaud est chargé de la réforme du Service de Santé par le Sous-secrétaire d'État du Service de Santé Justin Godart. Au cours de cette mission, il met en place des équipes chirurgicales et des ambulances automobiles et installe à Bouleuse le Groupement des services chirurgicaux et scientifiques destinés à former les médecins au traitement chirurgical des plaies de guerre.

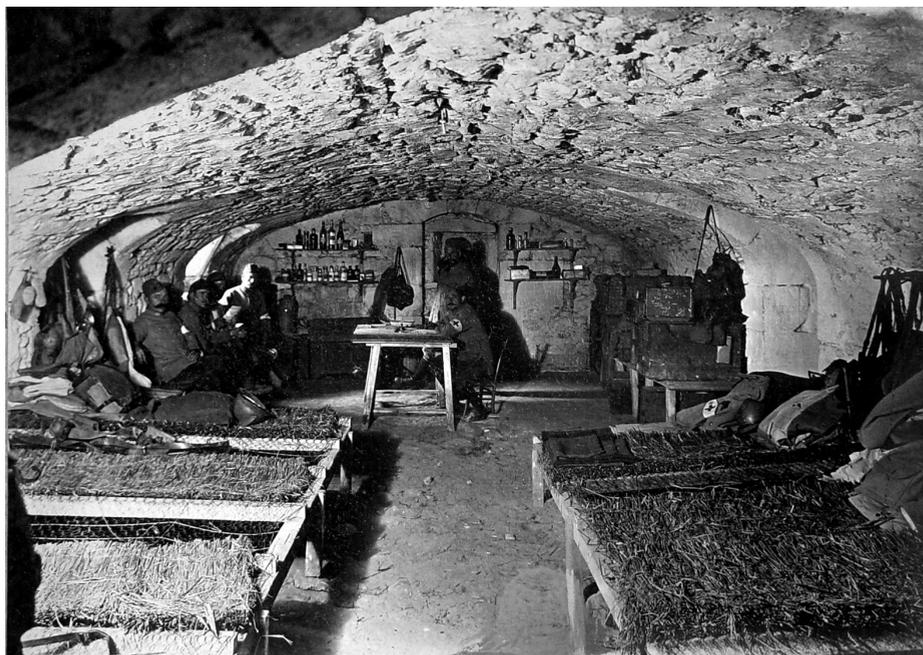
5. Archives du musée du Service de Santé militaire. Rapport du médecin-major de 1^{re} classe Régaud, daté du 22 août 1915.

6. L'ensemble des clichés provient de la Photothèque des Archives du Musée du Service de Santé militaire du Val-de-Grâce de Paris.

secours « à ciel ouvert » installé dans les ruines à Herbécourt est photographié au moment où les blessés sont relevés sur le champ de bataille et brancardés. Quelle que soit la date de prise de vue, le manque d'organisation est flagrant, les soldats sont agglutinés autour des brancards posés sur le sol et il ne semble pas que le personnel médical soit opérationnel. Cette image caractérise non seulement le manque d'organisation mais encore les mauvaises conditions sanitaires et d'hygiène dans lesquelles les soldats, même légèrement blessés, attendent avant d'être transportés dans des structures hospitalières. L'image instruit sur la difficulté du Service de Santé à donner le premier soin d'urgence. En revanche, la vision de la seconde illustration [ill. 2] vient corriger le tableau précédent. Cette photographie n'est pas un instantané ; la mise en scène est évidente. Ce poste de secours souterrain est l'archétype de la formation sanitaire de première ligne telle que l'État-major souhaite qu'il en soit implanté sur le front. Des flaconnages, des pansements, des couchages sommaires sont bien mis en évidence. La photographie est une preuve des améliorations que le Service de Santé tente d'apporter.



Ill.1. Herbécourt. Poste de secours avancé installé dans les ruines



III. 2. Poste de secours souterrain

Le perfectionnement global de la prise en charge médicale du soldat passe par un meilleur triage réalisé en tête de ligne des évacuations. Ce triage assure une catégorisation des pathologies et permet d'orienter les évacués vers une destination précise. Cette opération est confiée à des médecins dont le diagnostic doit être rapide et sûr. Un soldat jugé trop faible pour supporter un long voyage doit impérativement être hospitalisé le plus près possible des lignes de front. Un travail actif de régulation du transport ferroviaire s'effectue dans les gares où les médecins responsables organisent des « convois-express sanitaires » qui dirigent les blessés graves directement vers la gare de répartition régionale. Les trains omnibus déposent en route les blessés légers, les éclopés et les convalescents. Il faut attendre 1917 pour que des instructions précises émanant du ministère de la Guerre, règlent le fonctionnement du triage dont la responsabilité est assumée par un chirurgien.

Le triage doit être fait ou surveillé par des chirurgiens de carrière qui prendront la responsabilité de s'opposer au transport et à l'évacuation des blessés jugés intransportables ou inévacuables⁷.

7. Archives du musée du Service de Santé militaire. Vœux émis par la direction générale du Service de Santé.



Ill. 3. Soldats triés et porteurs d'une fiche d'évacuation, prêts à être évacués.

Le triage devient, dès lors, une spécialité médicale à part entière. Il permet d'organiser rationnellement les évacuations vers des structures sanitaires adaptées aux pathologies des blessés et des malades.

Les évacués arrivent souvent à destination sans les papiers administratifs et médicaux qui consignent leur passé médical (billet d'hôpital, fiches d'observation clinique, feuilles de température, épreuves radiographiques, *etc.*). Cette lacune peut être partiellement comblée si la fiche d'évacuation attachée aux vêtements est correctement remplie. Ce document fait office de passeport pour l'Arrière pourvu que la mention « évacuable » y soit apposée. Outre l'état civil du soldat, ce document comprend une description sommaire de la blessure ou de la maladie, les injections de sérum antitétanique reçues et les observations médicales que le ou les médecins jugent bon de faire figurer. À partir de 1917, ces fiches sont progressivement normalisées et des couleurs les différencient : rouges pour les porteurs de garrot, bleues pour les blessés à opérer d'urgence, blanches pour les blessés légers à évacuer et jaunes pour les contagieux. Elles sont très souvent repérables sur les clichés qui mettent en scène des soldats [ill. 3]. Pour le Service de Santé militaire, il est important de montrer qu'ils portent les stigmates de leur passage dans les formations sanitaires. Ces fiches sont le témoin de cette prise en charge médicale. Les trois soldats représentés sur cette image sont sur pied. Ils ne sont donc pas gravement atteints mais ils sont tous les



Ill. 4. Évacuation d'un blessé dans un wagon de marchandises en gare de Clermont-en-Argonne.

trois porteurs de cette fiche d'évacuation qui atteste sans équivoque qu'ils ont été examinés et traités le cas échéant. De cette façon, le Service de Santé offre une image de sérieux, de rigueur et d'efficacité.

Les évacuations s'effectuent, d'une part, depuis les formations sanitaires de première ligne vers les structures chirurgicales de la zone de l'Avant et, d'autre part, de la zone de l'Avant vers les hôpitaux de l'Arrière. Dans le premier cas ce sont des ambulances hippomobiles puis automobiles qui assurent le transport des blessés. Dans le second cas, c'est à partir des hôpitaux d'origine d'étape ou H.O.E. que les trains et parfois des péniches prennent le relais⁸. Les premiers trains d'évacuation sont mal équipés pour transporter blessés et malades, la France ne disposant en 1914 que de cinq trains sanitaires permanents⁹. L'État-major réquisitionne des voitures de voyageurs et des wagons de marchandises [ill. 4]. Ils ne sont photographiés

8. Les H.O.E. sont créés et mis en place dès 1914 et évoluent tout au long de la guerre.

9. L'Autriche en possède 33, l'Allemagne 40 et la Russie 32.



Ill. 5. Train sanitaire avec appareil porte-brancards suspendu dans un wagon de troisième classe.

que de l'extérieur, l'objectif ne pénètre le plus souvent que dans les trains aménagés spécialement pour le transport sanitaire. L'Armée sélectionne judicieusement les clichés qui sont un instrument d'administration de la preuve, témoins des améliorations consenties par le Service de Santé militaire au transport des soldats. Entre autres exemples, les wagons sanitaires sont équipés de porte-brancards à partir de 1915. Ils amortissent les vibrations et permettent de surélever le brancard qui ne repose plus sur une couche de paille souillée à même le sol [ill. 5]. Même s'il faut attendre la fin de 1916 pour que les convois soient réellement au point, l'Armée s'enorgueillit de posséder 190 trains sanitaires en 1918 et d'évacuer près de 5 millions de blessés en l'espace de quatre ans. Elle n'hésite plus à photographier l'intérieur de ces wagons équipés et à montrer que les soldats y voyagent dans des conditions hygiéniques plus favorables.

Structures hospitalières intermédiaires entre l'Avant et l'Arrière, les H.O.E. ont une triple fonction : recueillir tous les blessés et malades arrivant du front et préalablement triés, opérer les soldats intransportables et préparer les évacuations par trains [ill. 6]. Le nombre et la capacité d'accueil des H.O.E. ne cessent d'augmenter au cours du conflit (plusieurs milliers de lits pour certains). Ces clichés sont souvent des mises en scène plu-



Ill. 6. Attente des blessés à l'H.O.E. n °7 pour triage avant évacuation ferroviaire.

tôt flatteuses. La proximité de la gare de triage est toujours matérialisée par un wagon ; les tentes ou les baraquements sont de structures solides ; les personnes qui y figurent sont des autorités militaires en uniforme et le médecin est en blouse blanche très propre, sourire aux lèvres. La propreté du lieu est irréprochable, on note même l'entretien particulier des végétaux qui démontre que ces baraquements ne sont pas précaires. Ces photos rassurent et témoignent des efforts du Service de Santé militaire à assurer une prise en charge rapide et efficace des soldats dans la zone de l'Avant.

MOYENS HUMAINS

L'augmentation du nombre de formations sanitaires à l'Avant, ainsi que l'organisation méthodique des évacuations et du transport sanitaire ne pouvaient se concevoir sans une augmentation des effectifs du personnel médical. Or, le Service de Santé militaire accuse un déficit préoccupant en médecins militaires et surtout en chirurgiens. À l'heure de la mobilisation, il s'avère que de nombreux médecins s'étaient soustraits aux obligations imposées par le règlement du Service de Santé militaire. Ainsi ont-ils échappé aux périodes d'instruction complémentaires qui leur auraient

pourtant permis d'accéder au grade d'Aide-major et d'acquérir les principes essentiels de médecine de guerre¹⁰. En août 1914, le Service de Santé aux Armées dispose de 10 490 médecins dont 1 445 du cadre actif et 8 995 du cadre auxiliaire. Une circulaire impose alors aux Directeurs généraux du Service de Santé de dresser une liste des chirurgiens de carrière de l'active, de la réserve et de la territoriale. 1 335 chirurgiens sont ainsi recensés. Par ailleurs, des internes en chirurgie et des internes en médecine ayant des aptitudes chirurgicales sont recrutés. Un an plus tard, en août 1915, le Service de Santé compte 15 363 médecins dans ses rangs.

L'une des préoccupations du Service de Santé est d'assurer une judicieuse affectation des médecins militaires et civils en fonction de leur compétence et de la spécialité médicale qu'ils exercent. En 1915 une nouvelle répartition du personnel médico-chirurgical est mise en place et attribuée à chaque région militaire un quota de chirurgiens savamment évalués en fonction des besoins sanitaires locaux. L'Armée, consciente de l'intérêt de bien gérer ce personnel médical, jongle en permanence entre le maintien d'un effectif efficace sur le front et les besoins réclamés par les structures sanitaires de l'Arrière. Aucune solution entièrement satisfaisante n'est trouvée, car le nombre de médecins reste insuffisant par rapport à la charge de travail.

Si la médecine de guerre n'est pas récente, son enseignement reste limité en temps de paix. De plus, en 1914, l'Armée ne dispose pas de spécialistes formés à la médecine d'une guerre aussi singulière : une guerre de position avec utilisation massive de l'artillerie lourde et d'armes nouvelles (gaz, tanks, lance-flammes, etc.). L'expérience des conflits du XIX^e et début du XX^e siècle, fait admettre de façon dogmatique que les blessures de guerre, surtout dues aux balles de fusil, occasionnent des lésions peu délabrantes et peu infectées, voire aseptiques¹¹. On parle même avec une certaine bonne conscience de « balles humanitaires ». En vertu de tels principes, il est admis que la chirurgie des blessures de guerre occasionnées par ces « balles humanitaires » doit être peu fréquente, pratiquée loin du front par conséquent retardée et conservatrice¹². Poser une indication chirurgicale

10. De 1882 à 1912, sur 27 965 docteurs en médecine, 13 387 seulement, soit moins de 50%, participent aux stages organisés par le Service de Santé militaire. Ils sont par conséquent une minorité en août 1914, à être muni du grade d'aide-major.

11. Voir, en particulier, l'ouvrage d'Albert Policard, *Évolution de la plaie de guerre*, Paris, Masson, 1918, 191 p.

12. C'est le médecin Inspecteur général Delorme (1847-1929) qui perpétue cette doctrine en faisant diffuser ses « conseils aux chirurgiens » (Edmond Delorme, *Blessures de guerre, conseils aux chirurgiens*, Paris, Impr. Gauthier-Villars, 1914, 8 p.) Cette brochure prône une chirurgie retardée et conservatrice qui s'inspire de conceptions chirurgicales dépassées.

aux blessures de guerre sur le front semble infondée pour la direction du Service de Santé. En d'autres termes, les médecins ne sont préparés, ni dans les mentalités ni dans les infrastructures à faire une chirurgie de guerre au début du conflit de 1914-18. Consciente de cette lacune, la direction du Service de Santé inaugure un cycle de réunions médico-chirurgicales placées sous le haut patronage de la Société de chirurgie de Paris. De nouvelles techniques sont présentées et les comptes-rendus de ces réunions sont diffusés dans les armées. Les chirurgiens de carrière peuvent bénéficier de stages dans les services de médecins de renom : les docteurs Carrel à Compiègne, Leriche ou Lemaître à Bouleuse. À partir de 1917, les médecins Aides-majors sont formés directement au sein des équipes chirurgicales, ce qui doit les conduire à prendre plus rapidement « l'initiative du bistouri¹³ ».

L'acquisition d'un complément de compétence, allée à une meilleure répartition des médecins, contribue à améliorer le fonctionnement de la médecine militaire. À la Direction du Service de Santé, l'idée de la mise en place d'une structure de contrôle sanitaire s'impose dès le mois d'octobre 1914 avec la nomination des premiers médecins consultants¹⁴. Leur mission consiste à visiter les formations sanitaires du front et à éclairer leurs confrères de leurs conseils. À partir du 15 septembre 1915, ils contrôlent et inspectent non seulement les chirurgiens, mais également l'ensemble des formations sanitaires. Leur attention doit se porter sur tous les problèmes techniques relatifs à la chirurgie, à l'appareillage, à l'instrumentation, aux méthodes chirurgicales et à leurs résultats, ainsi que sur les compétences et la bonne utilisation du personnel. À partir de novembre 1917, leur autorité se renforce un peu plus encore, puisqu'ils sont autorisés à noter les équipes chirurgicales. La présence de ces hommes est controversée au début de la guerre mais leur travail est, cependant, reconnu utile et les conseils prodigués aux personnels jugés profitables à la médecine de guerre. Ils réussissent à compléter l'instruction et à organiser des services entiers dans les armées. De nombreuses photographies, qui constituent le fond conservé aux Archives du musée du Service de Santé du Val de Grâce, sont prises au cours des déplacements de ces médecins consultants. Certaines d'entre elles apportent la preuve d'une déficience du Service de Santé militaire et dénoncent des anomalies lourdes de conséquences. D'autres, au contraire, mettent l'accent sur le changement opéré par l'Armée pour améliorer une

13. Alfred Mignon, *Le Service de Santé pendant la guerre de 1914-1918*, t. 4, Paris, Masson, 1927, 831 p.

14. Le premier médecin consultant est le Professeur Tuffier. Il est rapidement rejoint par les Professeurs Delorme, Chaput, Soullignoux, Rémond et Delbet.

situation peu glorieuse. Il n'est pas douteux alors qu'une mise en scène soit orchestrée pour les prises de vue. Aussi bien voit-on très peu de clichés « instantanés », ce qui corrobore cette hypothèse. La photographie devient, dans ce cas, un moyen d'information et peut-être un instrument de propagande suivant le support dans lequel elle est diffusée.

NOUVELLES PRATIQUES DE SOIN

Nous avons abordé l'utilisation de l'image photographique comme représentation de l'organisation structurelle du Service de Santé militaire, voyons comment celle-ci est traitée pour rendre compte des nouvelles pratiques de soin.

L'émergence de nouvelles armes ainsi que les conditions sanitaires et hygiéniques très particulières imposées par cette guerre aux soldats, entraînent l'apparition d'un type nouveau de blessures. Par ailleurs, la plupart des maladies rencontrées, même si elles ne sont pas nouvelles, présentent des signes cliniques déroutants parfois, spectaculaires souvent, laissant le médecin démuni car impuissant. Le corps médical, pour qui l'échec thérapeutique est de l'ordre de l'intolérable, se voit donc conduit à adapter les actes médicaux habituels, à revoir, à préciser et quelquefois à improviser des actes chirurgicaux, en un mot à modifier les pratiques de soin institutionnelles. Des mesures prophylactiques sont proposées pour améliorer les conditions d'hygiène, des traitements innovants mis au point, la vaccinothérapie et la sérothérapie largement développées. Parallèlement, l'anesthésie ou la radiographie viennent seconder très efficacement les techniques de chirurgie de guerre qui deviennent de plus en plus performantes.

La prophylaxie est l'ensemble des mesures prises pour éviter la survenue d'une maladie, son extension et son aggravation. La prise de conscience des conditions sanitaires déplorables dans lesquelles les soldats évoluent dans les cantonnements et les tranchées provoque des réactions de la part des autorités sanitaires. Les rapports rédigés à partir de la fin de 1915, par les médecins-majors à la demande du sous-secrétaire d'État du Service de Santé, Justin Godart, révèlent la part de responsabilité de l'Armée dans le développement de pathologies aussi graves que le typhus, le choléra, les dysenteries diverses, les parasitoses mais aussi les infections des plaies de guerre (tétanos ou gangrène gazeuse¹⁵). L'acte médical lui-même, dispensé en l'absence de mesures d'hygiène élémentaires, devient hautement iatrogène. Les chefs d'ambulance et de cantonnement sont chargés, quant à eux,

15. Rapport du médecin Claudius Régaud en août 1915.



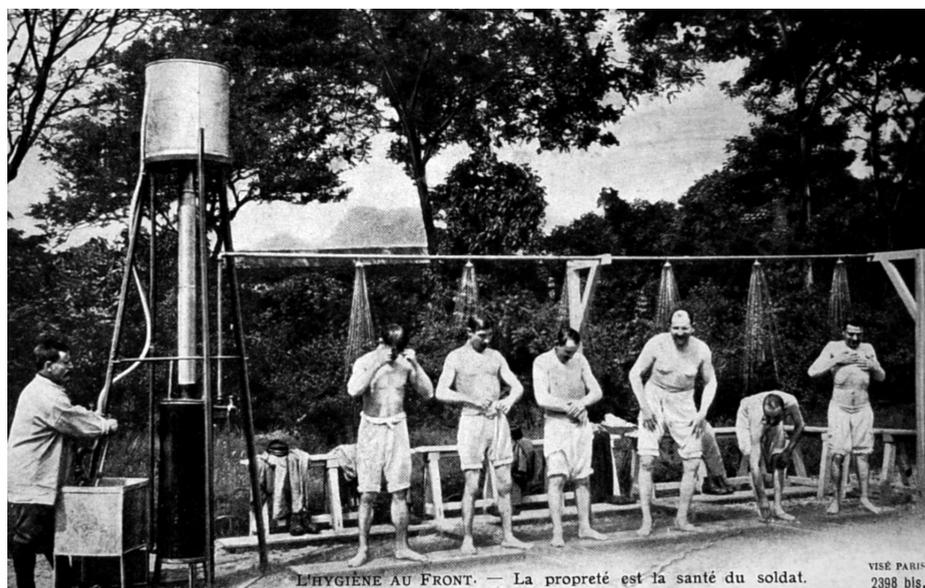
Ill. 7. Feuillées.

de rendre des rapports sur l'état sanitaire et sur l'hygiène de leur formation que les médecins consultants inspectent sans complaisance. L'hygiène est un domaine dans lequel la photographie trouve toute sa place. La boue, les détritux, la putréfaction cadavérique, le péril fécal et urinaire sont responsables de la propagation de maladies et de certains de leurs vecteurs (insectes piqueurs, rongeurs). Aussi l'Armée multiplie-t-elle les clichés qui, pour les uns, dénoncent le manque flagrant d'hygiène [ill. 7] et pour d'autres, tentent de réhabiliter

le Service de Santé qui s'emploie à développer un savoir-faire et du matériel mis au point par le Génie. Pourtant, les représentations que l'État-major donne de l'état sanitaire des tranchées [ill. 8] sont loin de refléter cette



Ill. 8. Vue idéale de l'hygiène dans les tranchées.

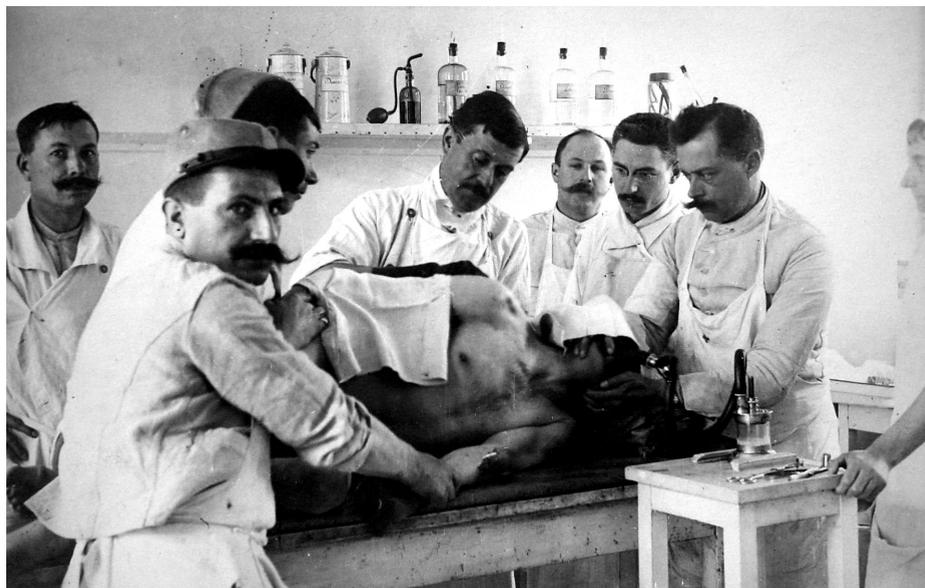


Ill. 9. Carte postale utilisée par le Service de Santé.

réalité et la photographie est utilisée ici comme moyen de propagande évident, utilisé même sur des supports de carte postale [ill. 9].

L'une des questions les plus préoccupantes de cette période de guerre concerne l'asepsie et/ou l'antisepsie. L'asepsie est une méthode qui consiste à prévenir les maladies infectieuses – ou l'infection de quelque nature qu'elle soit – en empêchant l'introduction de microbes dans l'organisme par des moyens appropriés. Les agents thérapeutiques ne sont pas employés directement sur les malades. L'antisepsie, en revanche, consiste à combattre ou à prévenir les maladies septiques ou infectieuses, d'origine médicale aussi bien que chirurgicale en détruisant systématiquement les microorganismes qui en sont responsables, à l'aide de diverses substances chimiques médicamenteuses appelées antiseptiques. L'antisepsie embrasse à la fois la désinfection et la lutte contre l'infection. Ces deux notions d'asepsie et d'antisepsie concernent la sphère médicale (maladies infectieuses internes, infections des plaies de guerre), le domaine chirurgical (désinfection du matériel, mais surtout désinfection de la peau et de la plaie chirurgicale) et l'hygiène (alimentation, conditions de vie, désinfection des cantonnements). « Asepsie ou antisepsie ? » la question est débattue au sein du corps médical. Si, après les découvertes de Pasteur, l'asepsie prévaut largement, le monde médical revient aux méthodes antiseptiques prônées par le

Britannique Lister¹⁶. 1915 et 1916 consacrent l'utilisation d'antiseptiques comme l'éther, l'alcool, l'iode sous diverses formes (teinture d'iode, iodoforme) et les hypochlorites. À partir de 1917, la chirurgie aseptique est à nouveau préconisée. Ce mouvement d'oscillation met en exergue les lacunes importantes dans les connaissances microbiologiques et la faiblesse des méthodes proposées. Dans le groupe des antiseptiques les plus utilisés, le liquide de Dakin et l'iode occupent une place de choix. Cette question, qui est au cœur des préoccupations des spécialistes de l'hygiène militaire, est mise en image à travers les blocs opératoires. Il faut tenter d'analyser les précautions prises : champs opératoires nombreux, port de gants ou de masques pour les opérateurs, isolement de la table d'opération dans une salle appropriée. Ces détails sont discrets et ne peuvent être remarqués que par un œil averti. Dès lors, ces clichés prennent incontestablement une valeur pédagogique et leur exploitation ne peut se faire que dans le milieu médical ou au sein de l'École d'application du Service de Santé militaire [ill. 10].



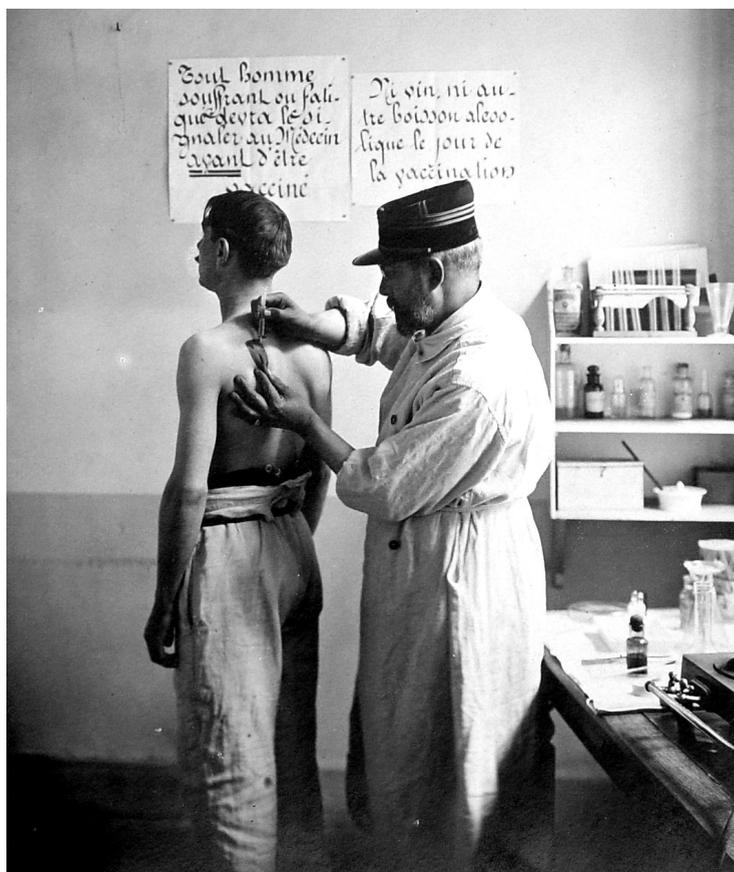
Ill. 10. Hôpital de Chanzy près de Sainte-Menehould. Extraction d'un projectile sous anesthésie générale (appareil à protoxyde d'azote). Noter les gants de l'opérateur.

16. Le baron Joseph Lister (1827-1912) fait ses études médicales à Londres. Il enseigne la chirurgie à Glasgow puis à Édimbourg avant d'être nommé au King's college Hospital de Londres en 1877. Son premier livre paraît en 1867, *Du principe d'antisepsie dans la pratique médicale* [...], où il prône la méthode antiseptique qui apparaît comme une conséquence pratique des expériences par lesquelles Pasteur avait démontré que la génération spontanée des microbes n'existait pas. Il pratique l'antisepsie avec de l'acide phénique.

Une des questions médicales âprement débattue entre 1914 et 1918 est celle du traitement des plaies de guerre et de leurs complications. D'après les statistiques de l'Armée, 82 % des blessés ne présentent pas de complication, alors que 18 % en développent¹⁷. La méthode Carrel-Dakin préconise l'utilisation d'un antiseptique dans le traitement des plaies de guerre. Le liquide de Dakin (antiseptique chloré) est employé en irrigation continue à l'aide de fines tubulures de caoutchouc qui pénètrent dans les anfractuosités de la blessure. Carrel met au point cette technique particulière de drainage en 1916 et le Service de Santé militaire la recommande immédiatement comme traitement adjuvant des plaies de guerre. Les résultats apparaissent très positifs, toutes les formations qui l'utilisent témoignent de son efficacité. Les complications infectieuses sont plus rares, les amputations pour infections graves moins nombreuses. La méthode n'est pourtant pas plébiscitée par l'ensemble du corps médical. Les clichés montrant des soldats en cours de traitement sont largement diffusés dans les armées. Une fois encore, l'État-major se sert de la photographie pour assurer la promotion de cette méthode. De la même façon, pour convaincre de l'efficacité des campagnes vaccinales, l'Armée utilise la photographie. La Première Guerre mondiale inaugure l'emploi à grande échelle de la vaccination antityphoïdique dans les Armées. Après des premiers essais peu concluants, la vaccination antitétanique est, elle aussi, largement employée. Quatre millions de doses de vaccin antityphoïdique sont fournies au Service de Santé français pendant la durée de la guerre. L'emploi généralisé de cette vaccination aurait ainsi épargné à la France plus d'un million de cas de typhoïde et entre cent cinquante mille et deux cent mille décès. Ainsi l'image présentée montre-t-elle un cabinet médical dans lequel une vaccination antityphoïdique est pratiquée ; le point d'inoculation est préalablement désinfecté à la teinture d'iode, l'explication placardée sur le mur a une vertu pédagogique et rassurante pour le soldat [ill. 11]. La photographie doit convaincre du bien fondé, de l'intérêt et de l'innocuité de l'acte médical.

En matière de pratiques de soin, l'anesthésie, qui n'est pas une discipline nouvelle, permet à la chirurgie d'intervenir de manière plus audacieuse qu'auparavant. L'éther, le chloroforme et le chlorure d'éthyle sont les principaux anesthésiques employés. En 1917, le Service de Santé américain fait découvrir le protoxyde d'azote au Service de Santé français qui l'adopte sans réserve. Ce produit s'impose comme l'anesthésique de choix pour les opérations proches du front, car il permet d'envisager des anesthésies

17. Ministère de la Guerre, Direction du Service de Santé, *Étude de statistiques chirurgicales, Guerre 1914-1918, Les blessés hospitalisés à l'intérieur du territoire. L'évolution de leur blessure*, Paris, Imprimerie Nationale, 1924, 2 t.



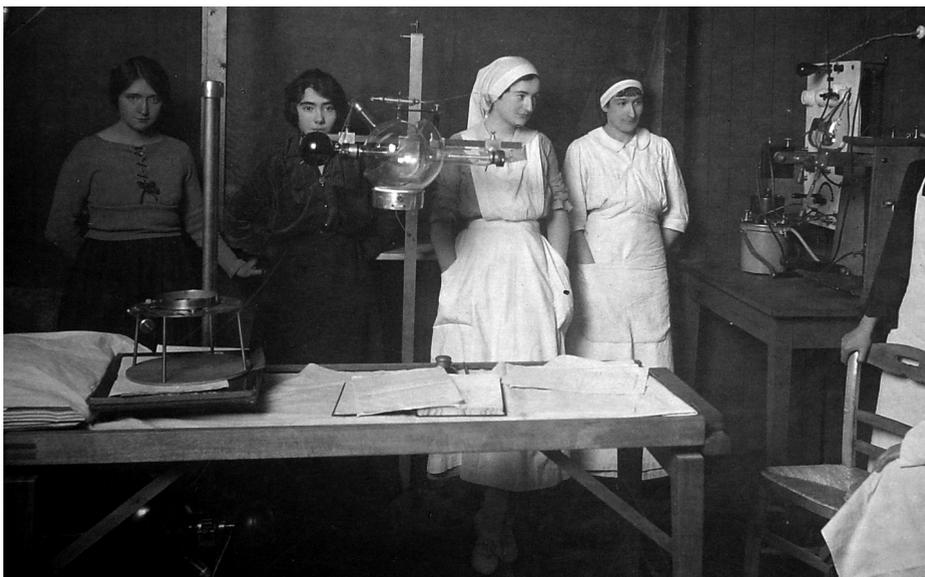
Ill. 11. Vaccination antityphoïdique.

simples, rapides et sûres. Anesthésies locales et régionales se développent également, les interventions chirurgicales des membres se font sous rachianesthésie avec utilisation d'anesthésiques locaux dont les plus récents sont la Novocaïne® et la Stovaïne®¹⁸. L'anesthésie est une discipline qui s'individualise peu à peu au sein de la médecine. Le nombre d'actes, la complexité et la haute technicité des méthodes ainsi que l'emploi de nombreuses drogues aux propriétés pharmacologiques complexes, amènent pro-

18. La Stovaïne® est l'anesthésique local mis au point par Ernest Fourneau et commercialisé en 1904 par Les Établissement Poulenc frères. La Novocaïne est le produit anesthésique local synthétisé en 1905 par l'Allemand Alfred Einhorn et commercialisé par les Laboratoires Höchst quelques mois plus tard.

gressivement les anesthésistes à se distinguer des autres médecins spécialistes. Le développement et la généralisation de l'anesthésie sont illustrés par les prises de vue de salles d'opération sur lesquels les masques d'Ombredanne sont de plus en plus présents¹⁹ [ill. 10].

Si les connaissances acquises dans le domaine de la radiographie depuis la fin du XIX^e siècle sont solides, en revanche les moyens dont dispose l'Armée sont encore très médiocres au début du conflit. Le Service de Santé militaire s'emploie donc à étendre puis à généraliser la radiographie qui hisse la médecine exploratrice au rang des disciplines médicales majeures. Bientôt chaque formation chirurgicale possède son unité radiologique, permettant un radiodiagnostic des fractures aussi rapide que précis et une localisation immédiate des projectiles. Dès l'automne 1914, à la demande du Service de Santé militaire, Marie Curie est chargée de rassembler du matériel radiologique. En 1916, elle est autorisée à ajouter un département de radiographie à l'école d'infirmière « Édith Cavell », où elle forme environ cent cinquante manipulatrices. Le repérage, la localisation, l'aide à l'extraction des projectiles et le diagnostic de fracture sont dorénavant effectués très rapidement. Cette opération précoce contribue à accélérer le triage



Ill. 12. Marie Curie (deuxième en partant de la droite) dans son école de formation de manipulatrices Édith Cavell.

19. Ce masque d'anesthésie est mis au point par Louis Ombredanne au milieu du XIX^e siècle.

qui se fait de manière rapide, sûre, donc plus efficace. Les clichés assurent une véritable promotion de cette technique médicale et Marie Curie, ici représentée, apporte une caution scientifique forte. [ill. 12].

La guerre de 1914-1918 fait comprendre combien un paradigme dominant en matière de soins peut engendrer des pratiques inadaptées donc délétères. Avec les premiers combats le Service de Santé réalise qu'une rapide adaptation de son mode de fonctionnement est nécessaire. Celle-ci engendre à la fois une meilleure prise en charge du blessé et de nouvelles techniques de soin dont l'Armée profite largement. Grâce à la photographie tous les instants de la pratique médico-chirurgicale sont connus et exploités. L'État-major orchestre leur diffusion tantôt à visée pédagogique pour le personnel sanitaire, tantôt pour servir une propagande rassurante et témoin de l'évolution qu'il entend apporter au fonctionnement du Service de Santé militaire. Ces images attestent une lente mais certaine pénétration de la pensée médicale dans l'Armée ainsi qu'une intervention des autorités militaires non médicales dans la médecine militaire. ■