

CHAPITRE 1

LES MÉDECINS DURANT LA GRANDE GUERRE

1. LES EFFECTIFS MÉDICAUX MILITAIRES

Au début du XX^e siècle, les études médicales se déroulaient déjà à travers un enseignement universitaire. Après l'obtention du baccalauréat, les étudiants en médecine suivaient un apprentissage théorique complet au sein des facultés françaises. Ce long parcours, entrecoupé de divers examens, était finalement clôturé par la soutenance de thèse, qui conférait le titre de *Docteur en médecine*.

La formation pratique hospitalière, elle, était complètement indépendante de la formation universitaire. Elle était accessible par les concours de l'externat et de l'internat, créés au début du XIX^e siècle afin d'éviter tout favoritisme dans la sélection. Dans les faits, ces deux épreuves étaient largement privilégiées par les étudiants au détriment des examens de faculté, réputés plus

faciles. Le concours de l'externat pouvait être passé en début de cursus, et il permettait d'obtenir un enseignement pratique de qualité. Le concours de l'internat, réservé aux anciens externes, était quant à lui hautement sélectif. Il permettait d'acquérir une formation d'excellence au contact des chefs de service hospitaliers, donnant accès au prestigieux titre d'*ancien interne des hôpitaux*. Les refusés des concours de l'externat et de l'internat, eux, avaient une formation très partielle, car ils pouvaient ne voir aucun patient durant l'ensemble de leurs études médicales ; ceci explique d'ailleurs pourquoi l'enseignement universitaire était si peu valorisé.

Lors du déclenchement du premier conflit mondial, les médecins et étudiants en médecine furent plongés comme tous les Français dans les vicissitudes de la Guerre. Conformément à l'ordre de mobilisation, tous les hommes de 20 à 40 ans devaient être enrôlés. Quelques courageux médecins âgés de plus de 40 ans furent également incorporés sur la base du volontariat. Parmi les troupes médicales, on distinguait les praticiens du cadre actif, ayant fait une carrière militaire complète au sein du Service de santé des armées, et ceux faisant partie du cadre complémentaire, qui étaient les médecins civils réservistes de l'armée. La majorité des effectifs médicaux mobilisés durant la Grande Guerre appartenait au cadre complémentaire, avec une proportion de neuf médecins réservistes pour un seul médecin du cadre actif environ.

Les praticiens du cadre actif étaient formés à l'École de santé militaire de Lyon, qui existe toujours aujourd'hui. Les étudiants qui souhaitaient faire carrière dans l'armée pouvaient y être admis sur concours durant leurs études de médecine. Ils avaient l'avantage non négligeable de bénéficier d'un apprentissage pratique dans les hôpitaux militaires, sans devoir passer par les concours de l'externat ou de l'internat. Après la soutenance de thèse, les élèves poursuivaient leur formation à l'École d'application du Val-de-Grâce (Paris) avant que ne fût décidée leur affectation définitive.

Les médecins ayant choisi une carrière civile devaient comme tous les Français réaliser leur service militaire, durant lequel ils avaient l'opportunité — sous conditions — d'obtenir le statut de sous-officier, ou même d'officier une fois leur thèse soutenue. Toutefois, les grades les plus élevés étaient réservés aux médecins du cadre actif, tandis que de nombreux réservistes

préféraient ne pas devenir officiers, par désintérêt de la chose militaire, mais également par peur d'être trop souvent mobilisés, ce qui pouvait perturber leur vie civile. Le manque de médecins induit par la Grande Guerre entraîna finalement l'automatisme de cette promotion dès les premiers mois de conflit.

2. LES UNIFORMES ET ÉQUIPEMENTS

Les uniformes des praticiens mobilisés connurent la même évolution que pour le reste des troupes. Ils étaient initialement très colorés, avec notamment un pantalon rouge *garance*. Le choix de ces tuniques pleines de couleurs peut surprendre aujourd'hui. En réalité, celles-ci étaient largement inspirées de celles utilisées lors des guerres napoléoniennes, période prestigieuse et fantasmée — surtout depuis la défaite humiliante de la guerre franco-prussienne de 1870. Les teintes vives des uniformes étaient alors un moyen de distinguer les troupes, car la poudre noire provoquait une fumée dense qui entravait la visibilité sur les champs de bataille.

Mais l'époque avait bien changé lorsque la Grande Guerre éclata. En effet, la poudre noire avait depuis la fin du XIX^e siècle laissé la place à des poudres ne provoquant pas de fumée. Les tuniques trop colorées devinrent alors très dangereuses, car elles permettaient à l'ennemi de repérer facilement leur cible. D'ailleurs, les armées étrangères — et notamment allemandes — l'avaient compris, en adoptant des couleurs vertes ou grises bien plus sobres. Heureusement, l'état-major français décida progressivement de rendre les uniformes plus discrets. Ainsi, le pantalon rouge *garance* disparut graduellement des formations avancées à la fin de l'année 1914. De même, presque tous les signes permettant de distinguer les officiers furent interdits. Finalement, la tunique *bleu horizon* fut généralisée en 1915 pour l'ensemble de l'armée française. Les médecins portaient eux aussi ce fameux uniforme, qui resta pratiquement identique jusqu'au terme de la Première Guerre mondiale.

L'armement des médecins du Service de santé des armées était minimaliste étant donné qu'ils n'étaient pas destinés à se battre. Ils disposaient de l'épée caractéristique des officiers, tandis que les praticiens affectés sur le front pouvaient avoir un petit revolver pour se défendre. Le célèbre casque *Adrian* remplaça les képis en 1915, ce qui fut commenté par le médecin

Frédéric Massonnet : « Les services rendus par le casque furent surprenants. Ce fut une vraie révélation¹. » Enfin, un brassard dit *de neutralité*, fait d'un tissu blanc sur lequel était apposée une croix rouge, permettait aux soignants de ne pas être — théoriquement — menacés. En contrepartie, ils devaient prendre en charge tous les blessés, y compris ceux issus des armées ennemies.

3. LES GRADES MÉDICAUX

Les médecins sous-officiers

Les sous-officiers du corps militaire médical avaient le grade de médecin auxiliaire, équivalent au grade d'adjudant. Une fois les études terminées, le statut d'officier leur était ouvert automatiquement. Le rang de sous-officier était donc un statut temporaire réservé aux étudiants qui terminaient leur formation. On distinguait :

- les médecins auxiliaires du cadre complémentaire (réservistes) : grade admissible sous conditions au cours du service militaire ;
- les médecins aspirants du cadre actif (élèves de l'école du Service de santé des armées de Lyon) : ils furent eux aussi renommés médecins auxiliaires à l'entrée en guerre.

Au cours du conflit, les conditions pour devenir médecin auxiliaire furent progressivement abaissées afin de pouvoir mobiliser un plus grand nombre de praticiens. Ceci explique pourquoi un nouveau grade de sous-officier fut créé en 1917 : celui de médecin sous-aide major, correspondant au grade d'adjudant-chef.

Les médecins officiers

Les médecins pouvaient tous acquérir le rang d'officier une fois la thèse soutenue. Ils obtenaient alors le grade d'aide-major de deuxième classe, puis ce grade évoluait tout au long de leurs carrières d'active ou de réserve. À chaque grade médical correspondait un grade dans les corps d'armée traditionnels

1. F. Massonnet, *Médecin-brancardier en 14-18*, Saintes, Le Croît Vif, 2014.

(tableau 1). Cependant, ces grades médicaux restaient relativement méconnus des militaires ne dépendant pas du Service de santé des armées.

Bien que tous les médecins officiers eussent les mêmes uniformes, la distinction entre les différents échelons pouvait être faite grâce aux insignes situés aux extrémités de chaque manche. La discrétion était de mise, car certains soldats allemands étaient spécialement entraînés à localiser et à éliminer les officiers, y compris les médecins.

Médecin militaire	Grade correspondant
Aide-major de 2 ^e classe	Sous-lieutenant
Aide-major de 1 ^{re} classe	Lieutenant
Major de 2 ^e classe	Capitaine
Major de 1 ^{re} classe	Commandant
Principal de 2 ^e classe	Lieutenant-colonel
Principal de 1 ^{re} classe	Colonel

Tableau 1: Grades des médecins militaires et correspondance dans les corps d'armée

Les praticiens du cadre actif montaient en grade bien plus rapidement que les réservistes, qui ne dépassaient que très rarement le rang de major de deuxième classe. De plus, à grade égal, un médecin du service actif était toujours chef au titre de son statut militaire permanent. Ceci pouvait parfois créer de nombreuses frictions entre les praticiens du cadre complémentaire et ceux du cadre actif, car certains réservistes de grande qualité pouvaient être irrités à l'idée d'être commandés par un médecin de l'active peu compétent.

Les médecins généraux

Le rôle des médecins généraux était de contrôler le fonctionnement et l'organisation des filières de soins militaires. Leur mission était donc surtout administrative. On distinguait :

- les médecins inspecteurs, grade équivalent à celui de général de brigade ;
- les médecins généraux inspecteurs, dont le rang équivalait à celui de général de division.

L'influence réelle de ces hauts gradés était toutefois modeste, car même si le Service de santé avait obtenu son autonomie du reste de l'armée, il demeurait en pratique complètement assujéti aux directives du commandement militaire.

Les médecins généraux n'avaient pas toujours bonne presse, et les praticiens ne manquaient pas de leur reprocher leur caractère technocratique ou leur éloignement des réalités de la guerre. Leurs inspections étaient particulièrement redoutées. On peut l'imaginer à travers le témoignage du médecin auxiliaire Pierre Hillemand (1895-1979), futur membre de l'Académie nationale de médecine, qui avait pu décrire la visite de son ambulance par un général ayant une mauvaise réputation :

Il entre dans une salle. Un poêle fumait. Une engueulade¹ affreuse s'ensuit. Lévy-Bing, au garde à vous écoute avec respect et imperturbable lui répond avec le plus grand calme « ce poêle, monsieur le médecin inspecteur général, ne pouvait pas prévoir votre venue² ».

-
1. Les nombreuses citations de cet ouvrage peuvent contenir des propos familiers, voire injurieux; tous seront fidèlement retranscrits. De même, certaines citations comportent des fautes d'orthographe ou des tournures grammaticales impropres. Elles ne seront pas non plus modifiées afin de ne pas les dénaturer.
 2. P. Hillemand, *Journal d'un médecin sur les deux guerres mondiales. Tome 1 : La Grande Guerre*, Paris, Fiacre, 2013.

CHAPITRE 2

LES STRUCTURES SANITAIRES ET SCHÉMAS D'ÉVACUATION

1. LES POSTES DE SECOURS

Le poste de secours constituait le premier centre de soins disponible pour les soldats malades ou blessés. Il devait être accessible rapidement en étant le plus proche possible du front. Ce n'était donc pas vraiment un lieu serein, car il était souvent à portée de tir de l'artillerie ennemie.

Les postes de secours pouvaient être localisés dans des emplacements variés. Pendant la guerre de mouvement, ils devaient suivre rapidement les déplacements des troupes, et ils s'installaient partout où cela était envisageable : habitations vides, fermes, caves, ou plus simplement sous une toile de tente. Ils étaient généralement repérables grâce à un signalement spécifique, souvent par une pancarte ou un drapeau. Pendant la guerre de position, le poste de secours était fixe, devenant semblable à la plupart des abris situés

dans les tranchées. Leur structure était habituellement faite de matériaux de récupération : planches, rondins, sacs remplis de sable ou plaques de tôle par exemple. La plupart du temps, l'entrée était orientée vers l'arrière pour échapper au feu de l'ennemi.

À l'intérieur, l'aménagement était simpliste, avec généralement deux pièces différentes : l'une pouvant accueillir les malades — avec rarement plus de quelques brancards en toile — et l'autre servant de lieu de repos pour les docteurs et infirmiers. Comme il n'y avait pas d'aération, il y régnait une chaleur et une odeur insupportables. Louis Maufrais (1889-1977), qui fut mobilisé en tant que médecin auxiliaire de 1914 à 1917, fit par exemple une description d'un des postes de secours où il officia en 1915, pendant la bataille de l'Argonne : « Peu à peu, je vois par terre des blessés couchés presque les uns sur les autres. Dans le fond, certains sont assis... cela sent les matières, le sang et le vomi, tout ce qu'on peut imaginer¹. » Frédéric Massonnet fit une description similaire, en dépeignant un lieu vétuste où il devait pourtant résider jour et nuit, même pendant les rares périodes de repos. Il sembla particulièrement importuné par la puanteur qui régnait dans ces lieux, avec des odeurs de tabac froid, de sang séché, de selles ou d'urines, partiellement masquées par des senteurs plus nobles comme celle du café — lorsqu'il n'était pas en rupture de stock.

Concrètement, ce poste de secours constituait plus un refuge qu'un vrai centre médical. Les soins y étaient très simplistes, avec souvent de mauvaises conditions d'asepsie. Par exemple, le médecin aide-major de deuxième classe Babin avait listé dans son carnet les tâches des praticiens des postes de secours ; elles se résumaient essentiellement au badigeonnage des plaies à la teinture d'iode (un antiseptique), à la réalisation ou réfection des pansements, et à l'injection de sérum antitétanique — censé prévenir l'apparition du tétanos après une blessure. Si une hémorragie devait être maîtrisée, un garrot était réalisé en urgence, ou bien une pince était simplement abandonnée dans la plaie.

Les médecins des postes de secours avaient bien évidemment une activité médicale, en prenant en charge les soldats malades et en éloignant les contagieux. Ils devaient également identifier les patients qui requéraient

1. L. Maufrais, *J'étais médecin dans les tranchées*, Paris, Robert Laffont, 2008.