

Soigner et reconstruire

L'adaptation rapide du service de santé des armées aux conditions du conflit a permis des avancées médicales et chirurgicales considérables.

> PAR LE CAPITAINE XAVIER TABBAGH, CONSERVATEUR DU MUSÉE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES AU VAL-DE-GRÂCE À PARIS

En août 1914, l'organisation du service de santé des armées n'a guère évolué depuis la défaite de 1870. Se fondant sur les résultats statistiques, les stratèges de l'état-major pensent que de 70 à 90 % de la totalité des blessures de la guerre à venir seront dues aux balles de fusil de petits calibres. En frappant le soldat de plein fouet, ces balles causeront, dans la plupart des cas, très peu d'infections. Le traitement chirurgical devra donc être très succinct à l'avant et seuls les blessés très graves (mais certainement peu nombreux) seront gardés sur le front. La majorité d'entre eux (85 %) seront évacués rapidement vers les hôpitaux situés loin du front, où un traitement chirurgical idéal sera réalisé par des équipes expérimentées et dotées des derniers progrès de la technique.

Une logistique repensée

Lorsque la guerre éclate, les médecins sont dépassés par le nombre et la gravité des blessures. Les ambulances chirurgicales de l'avant, situées au niveau des divisions et des corps d'armée, sont très légères, mobiles et interchangeables, mais elles ne sont prévues que pour la mise en condition des blessés à évacuer, en dehors de tout traitement. Contrairement aux prévisions, les plaies, souillées par les corps étrangers (débris vestimentaires ou telluriques, éclats d'obus, de mines, de grenades, etc.), évoluent dans leur grande majorité vers l'infection, compliquée par le tétanos et la redoutable gangrène. Elles surviennent chez des hommes vivant dans les tranchées creusées à la hâte et dont l'hygiène est déplorable.

Devant le désastre sanitaire des premiers mois de guerre, les réflexions critiques des chirurgiens aboutissent à une réorganisation totale du service de santé des armées, qui s'adapte rapidement aux conditions du conflit. D'abord par une accélération de la relève des blessés et de leur évacuation, l'automobile remplaçant les chevaux.

Ensuite par une réorganisation des hospitalisations. Une nouvelle disposition des hôpitaux de l'avant va rapidement être appliquée. Les chirurgiens les plus expérimentés doivent se trouver au plus près du front, afin de traiter le maximum de blessés, le plus vite possible, dans des structures hospitalières correctes.

Cette réorganisation est facilitée à partir de décembre 1914, lorsque la guerre de mouvement est remplacée par la guerre de position. Un effort particulier est consacré à l'approvisionnement du front en matériels médico-chirurgicaux performants. Les ambulances chirurgicales de première ligne se spécialisent. Elles opèrent les blessés présentant une extrême urgence et mettent les autres en condition d'évacuation. Les ambulances de corps d'armée sont installées à une distance de 13 à 30 kilomètres des premières lignes, de manière à former de véritables hôpitaux de 500 lits. On y adjoint des ambulances spécialisées très mobiles, les ambulances chirurgicales automobiles, appelées également « auto-chirs ».

De grands centres hospitaliers de 2 000 à 3 000 lits sont déployés à proximité du front, sous forme de baraquements ou en dur. Selon leur proximité avec le front, ces centres portent le nom d'hôpitaux d'évacuation primaire, d'hôpitaux d'évacuation secondaire ou d'hôpitaux d'évacuation de troisième ligne. Le triage des blessés est essentiel. Quatre groupes sont définis : les intransportables traités dans les hôpitaux de l'avant, les évacuables gardés dans les hôpitaux d'évacuation, les évacuables susceptibles de guérir sur la zone des étapes en quatre à cinq semaines, les évacuables sur l'intérieur dirigés, selon l'urgence, vers des hôpitaux plus ou moins éloignés.

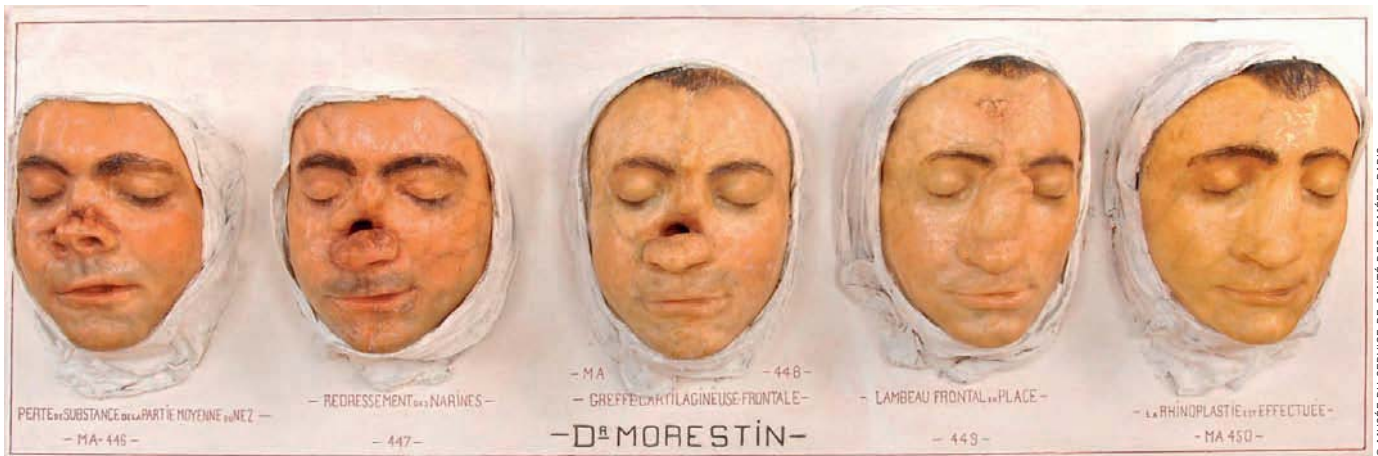
Les progrès de la médecine de guerre

Cette logistique nouvelle a permis les progrès considérables de la chirurgie de guerre durant le conflit. Afin de traiter les blessés au plus près du

Restaurer
les fonctions
détruites



© MUSÉE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, PARIS



© MUSÉE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, PARIS

front, le chirurgien n'est plus isolé, il doit être entouré d'équipes spécialisées, notamment en anesthésie, en radiologie, en bactériologie mais également en ophtalmologie, en oto-rhino-laryngologie ou en neurologie.

Les avancées spectaculaires dans des disciplines comme la radiologie, l'anesthésie, l'hygiène ou la transfusion sanguine permettent de traiter précocement et efficacement les plaies de guerre en les transformant en plaies chirurgicales pratiquement aseptiques. Le chirurgien peut ainsi réaliser des sutures primitives au plus près des combats ou mettre le blessé en bonne condition d'évacuation, de manière à permettre une suture retardée dans les hôpitaux de l'arrière.

En juin 1916, la création des centres d'appareillage et de rééducation des mutilés de guerre contribue à leur accompagnement dans le retour à la vie civile. On réalise ainsi, en un même lieu, l'appareillage et la rééducation fonctionnelle des mutilés. Dès leur arrivée, ils reçoivent une prothèse simplifiée de manière à leur permettre d'attendre dans de bonnes conditions la réalisation de leur prothèse définitive en cuir ou en bois. La patrie est reconnaissante et l'on ne néglige pas la composante psychologique. Un livret d'appareillage est donné au mutilé qui pourra remplacer sa prothèse, aux frais de l'État, tout au long de sa vie.

^ **Évacuer.** En fonction de la gravité des blessures, les soldats sont soignés à proximité du front ou évacués en ambulances puis en train.

^ **Reconstruire.** Masques en cire réalisés sur des « gueules cassées » afin d'élaborer des prothèses.

Le traitement des « gueules cassées »

Près de 500 000 blessés l'ont été au visage. L'absence de services spécialisés dans le traitement de ces blessures conduit à créer, dès novembre 1914, deux centres spécialisés à Paris (hôpital du Val-de-Grâce et hôpital Lariboisière). Entre novembre 1914 et 1918, vingt autres centres sont installés à Paris, Lyon, Bordeaux, Rouen, Rennes, Angers, Amiens, Le Mans, Limoges, Marseille, Montpellier et Toulouse ainsi qu'une équipe maxillo-faciale mobile au début de 1918.

Il s'agit d'abord, comme pour toute blessure, de sauver la vie. Il faut ensuite restaurer les fonctions détruites lors du traumatisme et enfin, autant que possible, réparer le préjudice esthétique afin de faire retrouver son identité et son statut social au blessé, notamment à l'aide de prothèses (nez, yeux, menton).

Les résultats spectaculaires obtenus témoignent de l'ardeur avec laquelle les chirurgiens de la face ont affronté l'immense problème de ces nouvelles blessures, peu souvent mortelles mais supprimant brutalement l'identité du blessé. ●

SAVOIR +

● FERRANDIS Jean-Jacques, LARCAN Alain.
Le Service de santé aux armées pendant la Première Guerre mondiale. Paris : Little Big Man, 2008.