

L'Assistance publique, l'armée, la guerre

Marc Dupont

Directeur d'hôpital, Direction des Affaires juridiques de l'AP-HP

Des blessés, par milliers, par dizaines de milliers, mais aussi des gazés, qui au fil des années de guerre sont acheminés vers les gares parisiennes. Des soldats originaires de toutes les régions de France, mais aussi des combattants de l'étranger et de l'outre-mer colonial, évacués depuis les hôpitaux du Nord et du Nord-Est et les *formations sanitaires* progressivement constituées, en grand nombre, sur le front et à l'arrière. Des soldats, de jeunes hommes le plus souvent, qu'il faut accueillir et soigner avant qu'ils ne retournent au front, ou bien qui doivent être transférés vers d'autres institutions, bien souvent brisés par la guerre, au physique comme au moral. Dont beaucoup, aussi, mourront à l'hôpital¹.

Telle est la situation à laquelle est confrontée l'Assistance publique de Paris entre 1914 et 1918. Elle doit faire face à des besoins sanitaires considérables, et à des pathologies inconnues jusqu'alors, car la guerre moderne expose les soldats pour la première fois aux gaz, mais surtout aux mortiers et aux mitrailleuses d'une artillerie devenue industrielle.

Tout d'abord, dans les premiers mois qui suivent la déclaration de la guerre le 3 août 1914, l'Assistance publique, comme tout le pays, est manifestement prise de cours par un conflit qu'elle n'a pas vu venir et surtout pas sous cette forme. De multiples décisions sont prises dans l'urgence, parfois contradictoires. Le ministère de la Guerre est omniprésent. Chacun doit alors s'adapter et il faut improviser dans tous les domaines, par la force des choses.

Puis, toute une organisation se construit, l'on s'adapte, des routines apparaissent, qui vont durer jusqu'à la fin du conflit. Les rapports, instructions et

1. Les procès-verbaux des séances du Conseil de surveillance cités dans cet article sont conservés aux Archives de l'AP-HP sous les cotes suivantes : 1L49 session de 1914, 1L50 session de 1914-1915, 1L51 session de 1915-1916, 1L52 session de 1916-1917, 1L53 session de 1917-1918.

circulaires s'espacent, leur ton se fait moins impératif. L'Assistance publique va en quelque sorte s'habituer à la guerre.

Pendant ce temps demeurent les besoins croissants d'une population parisienne appauvrie par les événements², les fermetures d'usines, le chômage et les désorganisations en tous genres, et par ailleurs lourdement affectée au plan médical par la tuberculose. Dans les premiers mois de 1918, se superposent deux nouvelles préoccupations, qui placent parfois les blessés au second plan. Tout d'abord, celle d'une épidémie d'une gravité et d'une ampleur terrifiantes : les hôpitaux de l'Assistance publique doivent accueillir, là encore sans y être préparés, des milliers de malades de la *grippe espagnole*³. Parallèlement ont lieu des bombardements à distance, meurtriers, et les premiers raids d'avions sur Paris. Certains hôpitaux connaissent des dommages importants. Des projets de tranchées-abris sont même envisagés pour les malades.

La pression des événements

L'Institution militaire aux commandes

Dans ce contexte, évoquer les relations de l'Assistance publique de Paris avec les autorités militaires pendant la Première Guerre mondiale, c'est tout d'abord décrire le rapprochement inédit, s'imposant à elles en quelques semaines, de deux administrations qui s'ignoraient jusqu'alors : d'une part, une grande institution parisienne, l'Assistance publique, dont la mission, principalement sociale, est de secourir les pauvres ; de l'autre, l'institution militaire, pressée par les événements à gérer *au pied levé* des effectifs considérables de blessés.

La première dispose de grands édifices propres à accueillir les victimes des combats, de salles de soins ainsi que de médecins, d'étudiants et d'infirmières expérimentés.

La seconde, organisée selon les hiérarchies qui la caractérisent, est pourvue d'une organisation médicale et hospitalière propre : un Service de santé dont les imperfections et l'impréparation initiales ont alors souvent été montrées du doigt, mais dont l'efficacité va finalement être remarquable. Jaloux de ses prérogatives et de ses compétences spécifiques, ce service est pourvu de l'appui d'un ministère de la Guerre devenu très puissant. Il relève à partir de 1915 d'un sous-secrétariat d'État⁴.

2. Lors de la séance du 13 août 1914 du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, il est rapporté que pour la Ville de Paris, « il y a actuellement cent mille femmes ou enfants de mobilisés, inscrits pour les secours à domicile ».

3. On mesure l'angoisse causée par la grippe à ces propos tenus lors de la séance du Conseil de surveillance du 17 octobre 1918 : « La situation est très grave, mais l'Assistance publique a fait tout son devoir. Ici encore, c'est l'Etat qui est fautif. Depuis de longs mois, on lui demande vainement de rappeler du front, où ils ne font rien, un grand nombre de médecins parisiens. Faudra-t-il, pour qu'il cède, que la moitié des habitants de la capitale soient morts de la grippe infectieuse ? »

4. Le sous-secrétaire d'Etat est, à partir de février 1918, le futur directeur de l'Assistance publique Louis Mourier... Il succédait à Justin Godart, futur fondateur de la Ligue contre le cancer.

L'armée prend alors les commandes. Comment pourrait-il en être autrement ? La guerre oriente en effet alors toute l'organisation du pays, avec en premier lieu la mobilisation des hommes et la production de guerre, qui réduisent ou enlèvent aux services de la vie courante leurs responsables, leurs ouvriers, leurs fonctionnaires, leurs employés.

Cette société en guerre, les autorités militaires entendent bien la diriger avec l'autorité requise. L'administration hospitalière n'est pas épargnée par l'atmosphère martiale. Le recueil des arrêtés et circulaires de l'Assistance publique (le «RAC⁵») devient en grande partie une suite d'instructions, dépourvues de toute aménité, du ministère de la Guerre, de sa 7^e division et du commandement du «Camp retranché de Paris⁶». Et les délibérations du Conseil de surveillance de l'Assistance publique laissent entrevoir des sentiments mitigés à l'égard de l'autoritarisme, du moins ressenti comme tel, et de certains choix des autorités militaires⁷. Pour autant, l'engagement patriotique est de mise⁸ et Gustave Mesureur, le directeur de l'Assistance publique (il le sera pendant toute la durée du conflit), affirme que «l'Assistance publique est un champ de bataille, elle y joue un rôle essentiel ; son premier devoir est de ne pas désertier».

Ceci explique, dans les tous premiers temps de la guerre, une certaine frustration des responsables de l'Assistance publique⁹. Gustave Mesureur peut bien annoncer que «l'Assistance publique est prête (à recevoir les blessés)¹⁰», les autorités militaires ne s'empressent pas d'y donner suite.

La décision d'ouvrir les hôpitaux civils parisiens aux corps armés est finalement prise peu après, en accord avec le médecin inspecteur général Février, directeur

5. Le recueil des arrêtés et circulaires (1914-1918) cité dans cet article est conservé aux Archives de l'AP-HP sous les cotes 1J14 à 1J16.

6. Une enceinte continue d'environ 32 kilomètres autour de Paris, prévue par une instruction sur la guerre de siège de 1909, comprenant toute une série de forts et d'ouvrages fortifiés.

7. Lors de la séance du 4 février 1915 du Conseil de surveillance, un administrateur, M. Aucoc, affirme savoir qu'au cours des dernières semaines, le blé vendu à l'Assistance publique par l'autorité militaire a été vendu plus cher qu'aux particuliers.

8. «Tous les établissements de l'Assistance publique de Paris sont prêts à apporter à la défense nationale le concours le plus complet, le plus dévoué et le plus désintéressé. Le Service de Santé du Ministère de la Guerre et l'administration de l'Assistance publique de Paris, dont l'entente est complète, prendront toutes les mesures nécessaires au jour et à l'heure qui conviendront» (circulaire du directeur de l'Assistance publique du 10 août 1914).

9. Ainsi, lors de la séance du 3 décembre 1914 du Conseil de surveillance, les administrateurs de l'Assistance publique protestent «à nouveau» contre le fait que la province est envahie de blessés, cependant qu'à Paris notamment, les hôpitaux de l'Assistance publique comptent de nombreux lits vides. Ils contestent «une situation avant tout préjudiciable aux soldats que l'on pourrait guérir et renvoyer rapidement sur le front, si le triage des blessés était mieux fait, et si les soins qu'on leur dispense étaient mieux appropriés». Ils déplorent, lors de la séance du 5 août 1915, que l'Assistance publique ne reçoive point davantage de blessés, alors qu'elle semble si bien préparée à les soigner et à les guérir, que le triage pourrait être opéré dans les gares d'évacuation, avec un peu plus de soin... et que les grands blessés gagneraient à être confiés à l'Assistance publique, mieux outillée que quiconque pour les opérer et les traiter.

10. Communication au Conseil de surveillance, lors de sa séance du 13 août 1914, par Gustave Mesureur.

du Service de santé du Camp retranché de Paris, au cours du mois de septembre 1914 et transmise au Conseil de surveillance lors de sa séance du 1^{er} octobre 1914.

L'Assistance publique sollicitée

La situation va donc rapidement changer. Tout d'abord parce que le front s'approche de Paris. La guerre a mal commencé pour les armées françaises qui, en moins d'un mois, ont perdu la bataille « des frontières ». La bataille de la Marne, qui se déroule du 6 au 13 septembre, se fractionne en fait en une série de combats distincts sur une ligne allant de Meaux aux Vosges. Puis, de la Somme à l'Artois et aux Flandres, des affrontements acharnés appelés « Course à la mer » s'enchaînent, sans succès décisif de part et d'autre. À la mi-novembre 1914, les deux armées, à bout de souffle, se font face sur un front allant du Pas-de-Calais à la frontière suisse.

Si les blessés sont évacués prioritairement sur les hôpitaux militaires et les hôpitaux de province, le Service de santé des armées demande en contrepartie la mise à disposition de lits de l'Assistance publique pour accueillir les militaires atteints de maladies contagieuses ou d'affections vénériennes.

Dès septembre 1914, 80 lits à l'hôpital Saint-Louis, 60 à l'hôpital Claude-Bernard, 100 à la Pitié, 80 à Saint-Antoine et à Cochin sont prêts à recevoir les soldats blessés ou malades. L'hôpital Lariboisière occupe également une place importante au sein du dispositif en raison de sa modernité et de sa situation géographique : comme on le sait, il se trouve à proximité des deux principales gares d'arrivée des trains venant du front : les gares du Nord et de l'Est¹¹. Le 24 septembre 1914, son directeur annonce que l'Assistance publique va recevoir environ 2000 blessés. À la fin de l'année, un hôpital autonome est aménagé à l'Hôtel-Dieu pour des soldats belges : il porte le nom d' « hôpital militaire Roi Albert¹² », prélude à quelques mises à disposition ultérieures de bâtiments aux troupes alliées¹³. [Fig.1]

Mais rapidement, l'insuffisance de lits se fait sentir. De nouvelles demandes d'ouverture de lits pour les blessés militaires sont formulées auprès de l'Assistance publique et en 1915, ce sont des services et des hôpitaux entiers qui se

11. E. Longuet, *Un hôpital pendant la Première Guerre mondiale (juillet 1914-février 1919) : l'hôpital Lariboisière dans la guerre*. Mémoire de maîtrise d'histoire contemporaine sous la direction de A. Fourcaut et C. Chevandier, Année 2003-2004.

12. Cet hôpital occupait tout le front nord de l'Hôtel-Dieu (Conseil de surveillance, séance du 19 novembre 1914). Il était entièrement distinct et séparé des autres services de malades, mais avait « l'avantage de bénéficier des services généraux, toujours si difficiles et si coûteux à installer dans un petit établissement : pharmacie, cuisine, blanchissage, chauffage, bains, radiographie, électrothérapie, laboratoires, chapelle et aumôneries (et d') une entrée spéciale, rue d'Arcole ».

13. Les besoins sanitaires des troupes alliées étaient en effet également importants sur le sol français. Les archives conservent des témoignages de l'hospitalisation de soldats britanniques dans les hôpitaux parisiens. En novembre 1917 et jusqu'à la fin de la guerre, l'AP mettra à la disposition du Service de santé militaire américain son hôpital Saint-Joseph de Pontourny, à Beaumont-en-Véron (Indre-et-Loire).

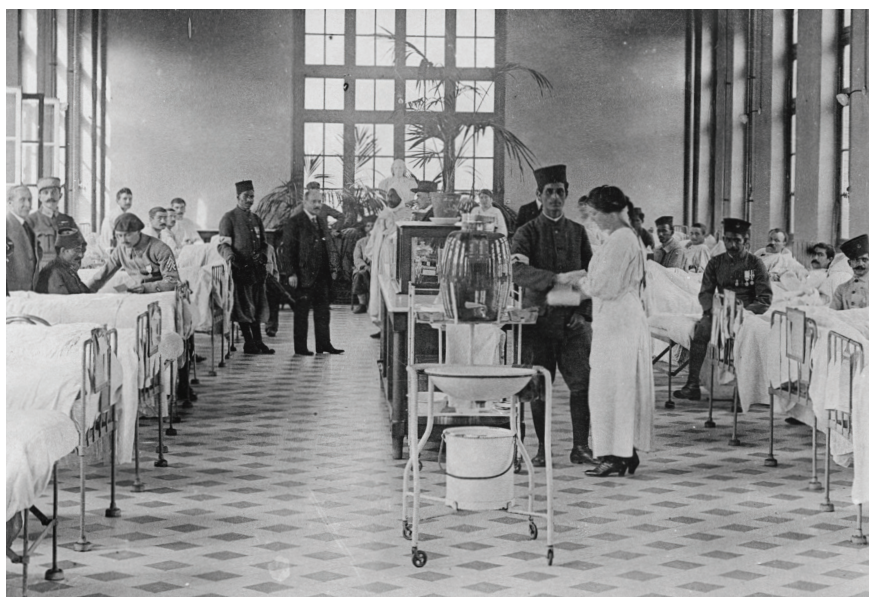


Fig. 1 : salle de malades à l'hôpital Cochin, s.d.
Archives AP-HP (3Fi3-48 Guerre 14-18 Cochin 15).

remplissent de blessés. Les combats livrés en Champagne et en Artois obligent à évacuer nombre de victimes sur Paris. La Salpêtrière se spécialise dans l'accueil des militaires atteints d'affections et traumatismes nerveux. L'hôpital Andral¹⁴ voit ses 180 lits réquisitionnés pour les militaires atteints de maladies contagieuses. Le service du docteur Sebileau à Lariboisière opère les «gueules cassées».

En 1916, tous les hôpitaux de l'Assistance publique reçoivent leur contingent de blessés ; en décembre de cette année, on y dénombre 2 234 blessés militaires.

Les formations sanitaires du front disposaient en réalité d'un moindre matériel par rapport aux hôpitaux parisiens. Ceux-ci apparaissent au fur et à mesure comme des centres médicaux capables de recueillir dans de meilleures conditions des militaires nécessitant des soins lourds. Les blessés relevant de la petite chirurgie seront alors davantage pris en charge par les hôpitaux militaires, les ambulances ou les hôpitaux auxiliaires du Service de santé.

TABLEAU
des lits mis à la disposition de l'Autorité militaire, sur réquisition, et destinés au traitement des militaires blessés ou malades dans divers établissements de l'Assistance publique de Paris.

ÉTABLISSEMENTS	TOTAUX DES LITS POUR		OBSERVATIONS
	BLESSÉS	MALADES	
Hôtel-Dieu	105	100	Ophthalmologie. 50 Typhiques. 20 Maladies diverses. 30
Hôpital Belge Albert 1 ^{er} (annexe de l'Hôtel-Dieu)	105	75	
Hôpital de la Pitié.	150	90	Nerveux (D ^r Babinski). 25 Maladies diverses. 65
Hôpital de la Charité.	60	40	Maladies diverses.
Hôpital Saint-Antoine.	120	100	Maladies diverses. 80 Larynx, nez, oreilles. 20
Hôpital Necker.	150	25	Lits non réquisitionnés.
Hôpital Cochin (plus spécialement aux Africains).	190	104	Typhiques et divers (D ^r Vidal). 44 Divers (D ^r Etlinger). 20 Vénériens (D ^r Fournier). 40
Hôpital Beaujon.	90	70	Maladies diverses.
Hôpital Lariboisière.	150	25	Maladies diverses.
Hôpital Tenon.	80	82	Maladies diverses.
Hôpital Laënnec.	90	120	Tuberculeux. 26 — 10 Maladies diverses. 84
Hôpital Saint-Louis.	330	160	Maladies vénériennes.
Hôpital Broca.	50	25	Maladies vénériennes.
Hôpital Trousseau.	30	»	»
Hôpital Bretonneau.	25	»	»
Hôpital Boucicaut.	60	»	»
Hôpital Broussais.	»	28	Typhiques. Maladies nerveuses consécutives aux blessures : D ^r Déjerine. 272 D ^r Pierre Marie. 152
Hospice de la Salpêtrière.	100	424	Contagieux divers. 86 Typhiques. 28 Maladies diverses. 219
Hospice des Ménages (Issy-les-Moulineaux).	184	333	Maladies contagieuses diverses et typhiques.
Hôpital Claude-Bernard et Bâton 29.	»	200	Maladies contagieuses diverses.
Hôpital Andral.	»	180	Maladies contagieuses diverses.
Hospice Bigottini, à Aulnay-sous-Bois.	»	160	Malades ou petits blessés.
TOTAL.	2.069	2341	

Tableau des lits réquisitionnés, Conseil de surveillance du 22 avril 1915. Archives AP-HP (1L50).

14. Cet hôpital de l'Assistance publique se trouvait boulevard Macdonald, dans le 19^e arrondissement.

Établissements situés en province et réquisitionnés par l'autorité militaire.

ÉTABLISSEMENTS	TOTALS DES LITS	OBSERVATIONS
Hôpital maritime de Berck-Plage. — Armée du Nord.	408	Lits pour blessés.
Établissement de Pontouray, à Beaumont-en-Véron (Indre-et- Loire). — 9 ^e région.	60	Lits pour malades ou blessés.
Hospice de Saint-Firmin-Vincuil (Oise). — État-major général.	150	Lits de casernement.
Sanatorium d'Angicourt, par Lian- court (Oise).	140	Établissement réquisitionné mais non occupé.
École d'Alembert, à Montévrain (Seine-et-Marne). — Hôpital mi- litaire de la 5 ^e armée).	300	
TOTAL.	1.058	

RÉCAPITULATION GÉNÉRALE

A. — Établissements de Paris.	{ Blessés. 2.069	{ Malades. 2.341	} 4.410 lits.
B — Établissements situés en Province (divers).			1.058 —
TOTAL GÉNÉRAL			5.468 lits.

Le Conseil donne acte à M. le Directeur de sa communication.

L'économie de guerre

La guerre, surtout dans ses commencements, est le temps de la réquisition : bâtiments, hommes, matériel, vivres et pondérables, moyens de transport aussi. Les hôpitaux devront y apporter leur contribution, notamment par des salles et des lits mis à disposition. Des parties entières de nombreux hôpitaux de l'Assistance publique, notamment le quartier réservé à la tuberculose à Brévannes, le sanatorium Villemin et en partie les salles du quartier spécial à Laennec, sont très vite affectées aux malades et blessés militaires¹⁵.

L'économie de guerre a un lourd impact sur le fonctionnement hospitalier et la vie quotidienne. Les délibérations du Conseil de surveillance y sont en grande partie consacrées. Le pays est envahi jusqu'aux abords de Paris ; la France a perdu ses meilleures terres à blé, ses charbons du Nord et une partie importante de sa capacité industrielle.

Les prix s'envolent, conséquence des pénuries et des besoins de la guerre : sont immédiatement concernés les ustensiles en zinc, en tôle, les bouteilles et flacons en verre, etc. L'indisponibilité soudaine des moyens de transport crée de multiples difficultés. La grande majorité des chevaux et camions dont disposaient

15. Conseil de surveillance de l'Assistance publique, séance du 24 décembre 1914.

les hôpitaux a été réquisitionnée¹⁶, pour n'être remplacée que tardivement par des chevaux appartenant à des industriels ayant suspendu leurs activités du fait de la guerre. Dès les premières semaines, pour suppléer au charbon de terre qui ne peut plus être expédié par la Compagnie du chemin de fer du Nord, l'Assistance publique parvient à s'approvisionner en coke, puis auprès de péniches de charbon venant d'Angleterre. Elle demande en août 1914 aux autorités militaires que l'on lui rende le libre usage du téléphone avec ses hôpitaux, ce qui n'est pas une formalité¹⁷. Le directeur de l'hôpital de Berck-sur-Mer, qui en temps normal, reçoit de la boucherie centrale des hôpitaux de Paris ses approvisionnements en viande, doit acheter dans le commerce local, avec l'aide d'un vétérinaire, le bétail nécessaire aux besoins de l'hôpital... Dès août 1914, le moulin de la boulangerie centrale de l'Assistance publique est réquisitionné par l'autorité militaire, qui fournit désormais directement la farine. Entre autres exemples.

Flux et reflux de malades et de personnels

La réquisition d'une partie des hôpitaux parisiens par les autorités militaires n'est naturellement pas sans répercussions sur les malades et pensionnaires de maisons de retraite. Nombre d'entre eux sont évacués, souvent dans l'urgence, dans des circonstances parfois très difficiles. Plusieurs maisons de retraite et autres structures alors gérées par l'Assistance publique sont désaffectées pour recevoir des blessés de guerre : c'est le cas des hospices de Vineuil-Saint-Firmin (Oise), Lenoir-Jusserand à Saint-Mandé et Bigottini à Sevran, dont les pensionnaires les plus âgés sont évacués en train vers la province. Il en est de même de certains hôpitaux d'enfants dont la fondation Davaine de Garches, l'hospice de La Roche-Guyon, l'asile de convalescence de Forges-les-Bains. Les enfants sont le plus souvent renvoyés dans leurs foyers. Pour le reste, les évacués sont acheminés vers de multiples destinations, vers les hôpitaux parisiens ou en province, en Bretagne, en Touraine, dans le Centre de la France, en Aveyron...

Les conditions d'évacuation sont précaires et sévères. Ainsi, un convoi de 800 personnes conduit des hospitalisés d'Ivry-sur-Seine à Alençon. Le trajet en train dure deux nuits complètes. Du fait des réquisitions militaires, aucun ravitaillement n'a été prévu et les évacués ne peuvent compter que sur la générosité de la population civile de Châteaudun pour prendre un repas chaud pendant le voyage. Deux vieillards succombent durant le trajet. Le personnel est totalement épuisé et les infirmières elles-mêmes doivent recevoir des soins¹⁸. Drames de la guerre, rapidement oubliés dans le flot incessant des mauvaises nouvelles.

On ajoutera que les évolutions de la position du front vont modifier à plusieurs

16. Les voitures de livraison de l'Assistance publique «ont été enlevées dès le premier jour de la mobilisation. L'Assistance publique a réclamé au nom des malades. Elle s'est vu opposer la fin de non-recevoir la plus absolue» (Conseil de surveillance de l'Assistance publique, séance du 13 août 1914).

17. Conseil de surveillance de l'Assistance publique, séance du 13 août 1914.

18. N. Rollin, *Les Hôpitaux dans la guerre*, ONAC, éd. du Cherche-Midi, 2008.

reprises l'usage fait par les militaires des hôpitaux les plus exposés. L'hôpital de Berck-sur-Mer est affecté puis désaffecté à plusieurs reprises, les enfants ayant été transférés notamment sur un site dont l'Assistance publique dispose à Antony, annexe de l'hôpital des Enfants-Assistés¹⁹. Et les autorités militaires mettent parfois à disposition, en échange en quelque sorte, d'autres hôpitaux pour les besoins non militaires de l'Assistance publique : il en est ainsi, en 1918, de deux établissements à Juan-les-Pins et à Cannes, d'une capacité respective de 250 et 375 lits...

Mais surtout, la mobilisation induite par la guerre prive brutalement l'Assistance publique d'une partie importante de son personnel²⁰. Au sein de cette grande institution sociale (il ne faut surtout pas se prêter à l'anachronisme qui réduirait l'Assistance publique à ses hôpitaux et maisons de retraite), le personnel des bureaux de bienfaisance est appelé massivement sous les drapeaux. L'Assistance publique doit embaucher 488 employés supplémentaires pour répondre au manque de personnel administratif. Le personnel infirmier est également mobilisé sur le front en grand nombre (4 800 agents sont concernés). Il faut les remplacer par des volontaires : c'est ainsi que 1 600 hommes et femmes sont recrutés à titre provisoire pour la durée de la guerre. Quant au personnel ouvrier, 600 agents mobilisés sont remplacés par 400 auxiliaires dont une centaine d'agents d'usine (mécaniciens et chauffeurs), une quarantaine de travailleurs du bâtiment et, pour le reste, par des ouvriers afin de remplir les fonctions de cuisiniers, bouchers, boulangers, buandiers, jardiniers et hommes de service²¹.

Pour pallier le départ des hommes et leur perte parfois définitive²², le personnel hospitalier se féminise encore davantage tout au long du conflit. Depuis la guerre, les congés de toute sorte ont été supprimés ou interrompus dans toutes les administrations. Une situation particulièrement pénible pour le personnel hospitalier qui est à la peine pendant de longs mois.

Médecins et chirurgiens

La plupart des médecins chefs de service, malgré leur mobilisation, restent à Paris. Certains partagent leurs activités entre l'hôpital militaire où ils sont affectés et leurs propres services, dont ils continuent d'assurer la direction. Ils se chargent

19. Soit le futur hôpital Saint-Vincent-de-Paul, dans le 14^e arrondissement.

20. Lors de la séance du Conseil de surveillance du 13 août 1914, un administrateur, M. Rotillon, expose qu'à l'hôpital Lariboisière, « il y a eu un moment de panique bien naturelle, puisque la plus grande partie du personnel masculin s'est trouvée tout à coup mobilisée. Mais l'ordre et le bon fonctionnement ont été vite rétablis ; à l'heure actuelle, toutes les vacances du personnel sont comblées. L'hôpital est prêt à remplir ses missions ».

21. N. Rollin, *op. cit.*

22. Rappelons le nombre (604 au total) d'agents du personnel de l'Assistance publique morts au champ d'honneur ou disparus pendant le conflit :

- Personnel administratif : 35 morts, 9 disparus ;
- Personnel médical : 71 morts, 1 disparu ;
- Personnel hospitalier : 324 morts, 73 disparus ;
- Personnel ouvrier : 84 morts, 7 disparus.

d'assurer personnellement les urgences de jour comme de nuit. Quelques-uns, atteints par la limite d'âge, continuent leur service. En pratique, la pénurie de personnel médical se fait surtout sentir dans les rangs des internes et des externes, dont la plupart ont rejoint les hôpitaux et formations sanitaires du Service de santé. La situation est grave, tout particulièrement, en chirurgie.

En effet, le conflit et la multiplication à une échelle inouïe des blessures de guerre mettent alors en évidence les pénuries de chirurgiens, devenus indispensables à tous les échelons de la prise en charge, au front comme à l'arrière. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : sur près de 1500 médecins militaires du service actif, c'est-à-dire de carrière, il y a à peine 150 chirurgiens au début du conflit. Or, le front s'étend sur 700 km... et les besoins chirurgicaux, souvent très lourds, concernent sur la durée de la guerre des centaines de milliers de victimes. Le Service de santé est très démuni au moment des offensives françaises ou allemandes des années 1914, 1915 et 1916²³ et il subit lui-même des pertes importantes parmi ses effectifs²⁴.

Le Service de santé militaire intègre ainsi à marche forcée les chirurgiens, les médecins, les pharmaciens et tous les spécialistes du *cadre complémentaire* constitué des réservistes, dont une part non négligeable exerce à l'hôpital. La 7^e direction du ministère de la Guerre se voit obligée de faire entrer dans les cadres du service actif ou complémentaire les médecins aptes à faire du service. Tous les médecins non mobilisés le 2 août 1914 le sont aussitôt. Les étudiants en médecine demeurés en dehors du Service de santé sont nommés aides-majors ou médecins auxiliaires. Les docteurs en médecine appartenant à la réserve de l'armée active ou à l'armée territoriale, classés dans les services auxiliaires ou réformés, sont présentés à des commissions de réforme et examinés au point de vue de leur aptitude au service armé.

Bientôt, sur les 280 internes et 1034 externes de l'Assistance publique, seuls 60 internes et 210 externes sont encore présents dans les hôpitaux. Sur proposition des chefs de service, un grand nombre d'externes sont désignés pour tenir les fonctions d'internes. Des élèves en médecine demeurés à Paris prennent progressivement à leur tour le relais des internes et des externes mobilisés tout au long de la guerre.

Aux propos alarmistes tenus dans les hôpitaux d'évacuation de la zone des combats sur les pénuries médicales répondent ceux des hôpitaux de l'Assistance publique. Lors du Conseil de surveillance du 7 juin 1917, un administrateur, M. Rochard, souligne :

«Le nombre de chirurgiens dans les hôpitaux de Paris devient chaque jour plus insuffisant. Actuellement, il n'y a plus de chirurgiens ni à la Maison de

23. A. Mignon, *Le Service de santé pendant la guerre 1914-1918*, Masson, 1926.

24. On estime à 1800 le nombre de médecins français morts de faits de guerre durant ce conflit.

Santé²⁵, ni à l'hôpital Bichat, ni à l'hôpital Boucicaut. À l'hôpital Lariboisière, [...] il ne reste qu'un chirurgien.

On a bien essayé de faire face aux difficultés, en utilisant des étrangers mais au fur et à mesure que la guerre devient universelle, ceux-ci regagnent leurs patries. On doit donc prévoir le triste moment où, en cas de catastrophe, les blessés parisiens ne pourront plus recevoir les soins nécessaires. Pour parer à ce danger, il n'existe qu'un moyen : le rappel d'un petit nombre de chirurgiens mobilisés. Le gouvernement a jusqu'à présent opposé un refus aux démarches faites en ce sens [...].»

Le Conseil de surveillance envisage alors de rencontrer en délégation les autorités. Il réclame auprès du sous-secrétaire d'État au Service de santé le retour d'au moins un interne par service de chirurgie²⁶. Il se permet de critiquer « l'aménagement général d'après lequel on appelle d'abord tous les chirurgiens dans la zone des armées, quitte ensuite à ne plus en trouver du tout, quand on évacue des blessés vers les villes de l'intérieur ».

Dans les derniers temps de la guerre, en avril 1918, un accord est trouvé avec les autorités militaires²⁷ : 12 services de chirurgie de l'Assistance publique sont affectés au traitement des blessés arrivant immédiatement du front. Les combats redoublant de vigueur et de nombreux hôpitaux militaires devant être désaffectés, le gouvernement demande alors à l'Assistance publique « de mettre, dans la plus large mesure possible, à sa disposition, toutes ses ressources chirurgicales (personnel médical, personnel hospitalier, salles d'opération, objets de pansement, etc.) ».

L'accord prévoit ceci :

« 1. une équipe militaire chirurgicale composée de : un chirurgien, un assistant et trois infirmiers sera mise à la disposition des chirurgiens qui en exprimeront le désir,

2. une voiture sera attachée à chaque hôpital, à l'effet d'aller chercher de jour et de nuit les chirurgiens, dès l'arrivée des blessés dans l'établissement²⁸,

3. chaque service de chirurgie devra être pourvu d'une installation radio-chirurgicale et d'un radiographe ou d'un préparateur expérimenté, qui sera attaché de façon permanente.

[...]

Les chirurgiens seront répartis en trois catégories :

- chirurgiens s'engageant à assurer leurs services avec leurs ressources propres, sans adjonction d'équipe militaire chirurgicale,

25. L'actuel hôpital Fernand-Widal.

26. Conseil de surveillance de l'Assistance publique, séance du 11 avril 1918.

27. Conseil de surveillance de l'Assistance publique, séance du 11 avril 1918.

28. Le procès-verbal de la séance du Conseil de surveillance précise que la dépense, « assez considérable », sera prise en charge par l'Assistance publique.

- chirurgiens demandant qu'une équipe militaire chirurgicale soit adjointe,
- chirurgiens qui, pour des raisons diverses (âge, fatigue, installation insuffisante), ne viendraient qu'en cas de nécessité absolue».

Dans la zone des combats, les médecins militaires de carrière finissent par ne constituer qu'un dixième de l'effectif total des médecins affectés à la zone des armées. Les médecins hospitaliers trouvent sur le front des responsabilités nouvelles et, dans ces circonstances si difficiles, vont acquérir une expérience professionnelle incomparable.

Non sans murmures et jalousies. Un décret du 4 janvier 1916 autorise ainsi la promotion d'emblée au grade de médecin-major de 1^{ère} classe, dans le cadre des officiers de réserve, des professeurs titulaires des facultés de médecine et des pharmaciens professeurs dans les écoles de pharmacie ou dans les facultés mixtes, ainsi que des professeurs agrégés en médecine ou en pharmacie parvenus au terme de leurs neuf années d'agrégation. Certains médecins militaires de carrière ne font pas mystère de leur ressentiment que «l'on éleva d'un seul coup le nombre de galons de un à quatre».

Les hôpitaux de l'Assistance publique dans l'offre de soins militaire

Ainsi formulée dans des termes qui nous sont familiers, la place de l'Assistance publique n'est pas forcément celle que l'on imagine.

L'Assistance publique, malgré ses hôpitaux renommés au cœur de la capitale, n'est en effet pendant ces années, assez modestement, qu'un maillon d'une offre sanitaire démultipliée, qui se compose et se recompose au gré des lieux de combat et des besoins médicaux. Les années qui passent, compte tenu de la gravité des blessures, font se cumuler les effectifs de victimes nécessitant des soins au long cours. Près de dix mille hôpitaux et structures de soins militaires seront constitués sur l'ensemble du territoire pour répondre aux besoins²⁹. Il ne s'agit pas seulement d'hôpitaux militaires ou réquisitionnés comme peuvent l'être, outre les hôpitaux parisiens, les centres hospitaliers particulièrement exposés de Verdun, Clermont-en-Argonne, Troyes, Sézanne, Sainte-Menehould, Bar-le-Duc, Clairvaux, Saint-Dizier, entre autres exemples, mais également d'hôpitaux «auxiliaires» implantés dans des immeubles, de campements de tentes et de baraques, de maisons particulières, de villas et petits châteaux isolés situés en dehors des villages, de casernes, neuves ou vieilles³⁰... sans compter les «dépôts d'éclopes d'armée».

Le Service de santé militaire finit même, pendant la période dite «de stabilisation», par construire «des hôpitaux d'évacuation majestueux dont personne n'aurait eu l'idée si le stationnement des armées n'avait pas été si prolongé».

29. On se reportera utilement sur ce point à F. Olier, J.-L. Quénech'hdu, *Hôpitaux militaires dans la guerre 1914-1918* (5 tomes), 2008-2014.

30. A. Mignon, *op. cit.*, t. I, p. 639 et suivantes.

Mais globalement, l'essentiel repose sur les hôpitaux d'évacuation, les «HOE» ou «achoé» dans le langage des poilus, ou encore, plus près du front, sur des ambulances faisant fonction d'«HOE» : les stations d'évacuations sanitaires avancées.

Et cette organisation s'articule aussi avec un réseau de gares d'évacuation et de régulation, où se succèdent les tâches de réception, de triage, de pansements et les attentes. En somme, les hôpitaux de l'Assistance publique ont constitué un élément, en aval et en amont à la fois, d'un système hospitalier singulier et considérable.

Paris

Si les hôpitaux parisiens n'ont pas été immédiatement requis par les autorités militaires, c'est d'abord parce que la situation militaire est très incertaine au cours des premiers mois de guerre. Le Gouvernement a d'ailleurs quitté Paris dès le 2 septembre 1914 pour s'établir à Bordeaux et ne revenir que le 8 décembre. Le président du Conseil de surveillance de l'Assistance publique peut dire que «c'est au nom d'une prudence respectable que Paris a été jusqu'à présent tenu à l'écart, en ce qui concerne les blessés».

Mais Paris devient rapidement un point d'acheminement majeur des blessés. Du fait de la proximité du front, Paris s'est trouvé aux confins des champs de bataille pendant de longs mois et le nord de la France est pendant toutes ces années l'un des théâtres majeurs du conflit mondial. Il faut tenir compte également du réseau en étoile des routes et voies ferrées, ou encore de la fixation des positions, qui fait s'estomper la crainte d'une évacuation de la capitale.

Le Gouvernement militaire de Paris (G.M.P.) est ainsi institué centre d'évacuation secondaire au moment des offensives allemandes, et il garde ce rôle jusqu'à la fin de la guerre. Il est relié à tous les secteurs du front par des voies ferrées qui peuvent lui amener les blessés ou gazés en une dizaine d'heures au plus.

Le point de vue des militaires change alors³¹. L'Assistance publique s'entend dire à présent que «le nombre des hôpitaux de Paris, la diversité de ses ressources, la science technique des maîtres de la chirurgie ou de la médecine qui avaient gardé la haute direction de leurs services offraient aux évacués des garanties de traitement irréalisables en tout autre centre hospitalier». Des hôpitaux comme l'hôpital Lariboisière possédaient dès le début du conflit un matériel technique moderne encore rare : un système de radiographie³². Ils pouvaient accueillir les cas les plus graves, nécessitant une intervention chirurgicale lourde. [Fig. 2]

En dehors même des hôpitaux de l'Assistance publique, de multiples lieux sont

31. «L'armée n'étant qu'à 250 ou 300 kilomètres de Paris, c'était dans ce grand centre chirurgical, où tout était réuni, le confort et le nombre des formations, l'activité et la science chirurgicale, qu'il fallait envoyer nos grands blessés.» (A. Mignon, *op. cit.*, t. III, p. 659).

32. Technique de diagnostic encore toute récente. Rappelons que Röntgen découvre les rayons X en 1895. Un programme accéléré d'équipement des hôpitaux de l'Assistance publique, mis en œuvre avec l'autorité militaire, permet d'équiper dix nouveaux hôpitaux en 1918 (Conseil de surveillance, séance du 11 avril 1918).

organisés à Paris pour accueillir et soigner les blessés : le Grand Palais, le Cirque d'hiver, l'École normale supérieure pour ne citer que quelques exemples. Des photographies, dont celles, remarquables, de Charles Lansiaux³³, en témoignent : images de larges espaces saturés de lits, et de femmes, infirmières et soignantes, toutes de blanc vêtues, qui déambulent en tous sens.

Ces installations de la capitale ne sont souvent que des lieux de passage, avant une convalescence dans des hôpitaux de 2^e et de 3^e catégories³⁴ ou dans des centres spécialisés : les tuberculeux sont dirigés à partir de 1915 vers le sanatorium de Bligny, les blessés orthopédiques vers Saint-Maurice, les amputés vers l'asile de Maison-Blanche, les gazés vers le Val-de-Grâce, les aveugles vers les Quinze-Vingts, les officiers vers le Mont-aux-Oiseaux à Hyères...

Chaque hôpital est rattaché à un centre particulier : les guéris et convalescents doivent dans un premier temps être envoyés à l'un des deux dépôts de convalescents assignés par le Service de santé militaire, à savoir le dépôt de Lourcine (caserne du boulevard de Port-Royal) pour les hôpitaux de la rive gauche et le dépôt de Clignancourt (caserne du boulevard Ney) pour les hôpitaux de rive droite³⁵. De manière générale, un objectif était d'évacuer le plus vite possible les militaires hospitalisés dans des centres en province, plus éloignés du front et des combats, notamment à la fin de la guerre lorsque Paris fut bombardé, afin de limiter tout encombrement des locaux et permettre l'hospitalisation de nouveaux militaires.

L'évacuation

Les conditions dans lesquelles les blessés sont évacués du front et accueillis à Paris est une préoccupation constante. Les documents militaires comme ceux de l'Assistance publique reviennent souvent sur cette question. C'est souvent au travers des images de la descente des trains que l'arrière prend concrètement conscience de la tragédie des combats.

Le volume des blessés acheminés sur Paris est considérable : à titre d'exemple, on sait que les gares régulatrices ont envoyé 91 469 blessés en huit mois à Paris entre le mois de mars et le mois de novembre 1918. Les armées ont compté dans le même temps 339 180 blessés. Paris a ainsi reçu dans cette période 26,9% des blessés des armées³⁶.

Les blessés et les malades militaires arrivent dans la capitale après un long et pénible trajet en train, principalement par les gares du Nord, de l'Est et de La Chapelle, où des médecins les auscultent et les classent³⁷. Initialement dans un certain désordre. Le 21 janvier 1915, le Conseil de surveillance demande à Gustave

33. Ch. Lansiaux, *Catalogue de l'exposition « Paris 14/18, la guerre au quotidien »* - Galerie des bibliothèques de la Ville de Paris, 2014.

34. Recueil des arrêtés et circulaires, circulaire du 22 mai 1915.

35. Modifications du 15 novembre 1914 de la circulaire du directeur de l'AP du 10 novembre 1914.

36. A. Mignon, *op. cit.*, t. III, p. 661-662.

37. Conseil de surveillance de l'Assistance publique, séance du 4 février 1915.



Fig. 2 : salle de détente des blessés à l'hôpital Saint-Louis, 28 février 1916.
Archives AP-HP (3Fi3-32 Saint-Louis 176).

Mesureur d'intervenir auprès des autorités militaires pour améliorer leur évacuation. Les soins se déroulent en deux moments principaux. Au front, le médecin doit réaliser les premiers secours, dans l'urgence, et préparer le blessé à supporter une longue évacuation vers l'arrière. Progressivement, le Service de santé s'organise pour opérer au plus tôt sur le front. Le règlement militaire est modifié et impose d'envoyer le plus grand nombre de blessés se faire opérer « à l'intérieur », n'autorisant le maintien dans la zone des armées que des blessés incapables de supporter l'évacuation : pour ceux-ci, le principe de l'opération immédiate des blessures se généralise³⁸.

Le transport s'effectue aux premiers temps dans des trains de fortune, de vieux wagons à marchandises, puis par la suite dans des trains permanents comprenant 100, 120, 140 couchettes³⁹, avec éclairage et chauffage central⁴⁰. À partir de 1916, l'évacuation semble avoir gagné en efficacité. Dans un style qui fleure bon l'autorité militaire, une dépêche du Grand Quartier Général du 30 mars 1916, signée de son commandant en chef, prévoit, avec effet immédiat, que « Primo, tous les jours ou au moins tous les deux jours, vous expédiez sur le gouvernement militaire de Paris un train de blessés, à partir du 31 mars. Secundo, les trains sanitaires employés à cet effet seront des trains permanents ou analogues⁴¹ ».

L'organisation des transports, placée sous la responsabilité des militaires, mais effectuée par les cheminots eux-mêmes, semble finalement avoir été un succès : plus de 7 000 trains réquisitionnés firent la navette entre le front et l'arrière.

La répartition des soldats dans les différents hôpitaux parisiens est réalisée à partir d'un état des disponibilités de chaque hôpital qui est remis au chef de service sanitaire de la gare. Il n'appartient pas à l'Assistance publique « de désigner les établissements ou les services dans lesquels sont envoyés les blessés, les réquisitions de l'autorité militaire indiquant elles-mêmes ces établissements⁴² ». Il n'appartient pas davantage aux directeurs des hôpitaux de renseigner directement le Service de santé. De multiples rappels et notes complémentaires insistent sur l'obligation de transmettre ces informations à la Direction générale, laquelle doit se charger de les centraliser avant de les adresser aux autorités militaires. Il semble à la fois que ces informations ne montrent pas toujours la précision voulue et que les autorités militaires ne tiennent pas toujours compte des affectations déjà réalisées et amènent, sans avertissement, de nouveaux blessés aux hôpitaux déjà bien chargés.

Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique émet le vœu que le triage des blessés dans les gares parisiennes soit opéré par les chirurgiens des Hôpitaux de Paris. Vœu suivi d'effet : un nouveau système de triage des blessés militaires est mis en

38. A. Mignon, *op. cit.*, t. IV, p. 6.

39. A. Mignon, *op. cit.*, t. II, p. 290-291.

40. A. Mignon, *op. cit.*, t. IV, p. 489.

41. A. Mignon, *op. cit.*, t. II, p. 294.

42. Communication de G. Mesureur au Conseil de surveillance, le 1^{er} octobre 1914. Il ajoutait qu'« il ne saurait être donné satisfaction, pour le moment du moins, aux médecins et chirurgiens qui demandent des blessés dans leurs services, notamment au personnel médical de l'hôpital Broussais ».

place à la gare de La Chapelle-Marchandises en février 1915. Dix médecins civils sont dès lors chargés de visiter, d'assister et de classer les blessés débarqués des trains sanitaires.

Des documents dont nous disposons ressortent bien des incompréhensions et des aigreurs : les « hospitaliers » se plaignant d'être tenus systématiquement dans l'ignorance du trajet des trains d'évacuations et de leurs arrivées⁴³, ce sur quoi le Service de santé s'était pourtant engagé ; les militaires relevant que les trains permanents partent le soir, avant ou après le dîner, et arrivent à Paris entre 6 et 7 h le lendemain, mais que la réception des victimes laisse à désirer à la gare de La Chapelle à cette heure trop matinale, « le nombreux personnel, médecins, infirmières, infirmiers, automobilistes, qui venait au devant des blessés, n'étant pas habitué à se lever grand matin »...

La gestion de ces « arrivées » était manifestement un point sensible dans les relations entre les deux administrations. Ceci dès les premières semaines de la guerre et Gustave Mesureur est amené à affirmer son autorité, en ces termes :

« Vous voudrez bien prendre note que :

1. les hôpitaux militaires ne doivent pas évacuer de blessés ni de malades dans nos établissements sans que j'en aie été avisé au préalable et sans que j'aie désigné les établissements sur lesquels ces évacuations sont possibles,
2. même observations en ce qui concerne les gares régulatrices d'Aubervilliers, La Courneuve, Pantin, Noisy-le-Sec, etc. et les forts de la périphérie. À toute communication venant de ces provenances, vous devez répondre que c'est ici, à la Direction générale, téléphone : Archives 48-76, que doivent être adressées les demandes. Il y est immédiatement répondu, quelle que soit l'heure du jour et de la nuit⁴⁴ ».

Militaires et civils : accueillir et soigner ensemble ?

La convention « hospitalo-militaire »

Les relations entre les autorités militaires et l'Assistance publique sont manifestement crispées au cours des premiers mois de la guerre.

Il faut bien s'entendre pourtant. Lors du Conseil de surveillance du 3 septembre 1914, Gustave Mesureur expose qu'« une entente est intervenue entre l'Assistance publique et M. le général Février. Elle porte que les hôpitaux militarisés conserveront leur cadre administratif, médical et hospitalier. Toutefois, il a été convenu qu'un contrôle rigoureux serait exercé par des médecins militaires, afin d'éviter que des blessés, complètement ou incomplètement guéris, ne parviennent

43. A. Mignon, *op. cit.*, t. II, p. 116.

44. Circulaire du directeur de l'Assistance publique du 20 septembre 1914.

à quitter la formation sanitaire pour aller en ville, pour rejoindre leurs corps ou leurs dépôts sans ordres précis». Avec l'onction préfectorale, si l'on peut dire : le préfet de la Seine, M. Delanney, souligne ainsi dans une lettre du 4 décembre 1914 que «le concours le plus entier [doit être] prêté à l'autorité militaire pour l'accomplissement de sa mission, et particulièrement pour l'exécution de toutes les mesures intéressant la défense nationale⁴⁵».

Il faut s'entendre en premier lieu sur les tarifs. Au Conseil de surveillance du 22 octobre 1914, il est annoncé que «le chiffre de 2Fr.50, celui que l'Assistance publique, dans un accord complet avec l'autorité militaire, a consenti», est retenu comme prix de journée pour les militaires accueillis. Nous sommes loin des raffinements de la T2A⁴⁶...

Un modèle de convention «temporaire» est alors adopté en février 1915, entre le directeur de l'Assistance publique et le directeur du Service de santé du Gouvernement militaire de Paris, agissant au nom et pour le compte du département de la Guerre.

Elle prévoit, en quelques courts articles, que :

- l'Assistance publique s'engage à recevoir dans ses hôpitaux et hospices les militaires malades ou blessés de toutes provenances jusqu'à concurrence d'un nombre de lits fixé après accord préalable entre les deux administrations⁴⁷.

- les dépenses afférentes au traitement des militaires admis dans lesdits hôpitaux et hospices incombent entièrement à l'Assistance publique, à l'exception des dépenses d'inhumation et de sépulture, remboursées à l'Assistance publique, pour les hommes de troupe, à hauteur de 18Fr.25.

En revanche, la fourniture des appareils prothétiques aux militaires en traitement dans les hôpitaux de l'Assistance publique incombe au Service de santé, ces appareils n'étant délivrés aux intéressés qu'après l'accomplissement des formalités réglementaires.

- l'Assistance publique est donc couverte de ses dépenses par le paiement des journées de traitement fixées au prix uniforme pour tous les militaires, officiers ou hommes de troupe, de 2Fr.50. Moyennant ce prix, les militaires doivent être traités par catégories, conformément au règlement sur le Service de santé à l'intérieur.

- l'Assistance publique assure elle-même, contre remboursement trimestriel

45. Archives de l'AP-HP, lettre se trouvant dans le dossier 603 FOSS 119.

46. La Tarification à l'activité (T2A) est le mode de financement des établissements de santé mis en place en France depuis 2004.

47. Lors de la séance du Conseil de surveillance de l'Assistance publique du 4 février 1915, le rapporteur précise que le projet a été modifié «sur un point de l'article 1^{er} en indiquant que les réquisitions devraient être prises après entente préalable avec l'Assistance publique ainsi, du reste, que cela s'est produit dans la pratique».

par les autorités militaires, le versement des traitements et soldes des militaires, sur le vu d'une série de pièces justificatives.

Des hôpitaux «militarisés»

Les salles des hôpitaux de l'Assistance publique affectées aux blessés vont ainsi adopter le fonctionnement de l'hôpital militaire. La réquisition, devenue «conventionnelle», induit qu'elles sont «mises à disposition» des autorités militaires, tout en conservant une gestion civile. Les praticiens sont selon le cas des médecins de carrière ou des médecins «de service complémentaire», autrement dit des civils mobilisés pour le temps de la guerre. Situation hybride source de bien des tensions.

Le plus souvent, les hôpitaux concernés sont mixtes, accueillant simultanément, de façon distincte, militaires et civils. L'hôpital de Berck comprend jusqu'à 300 blessés militaires, mais les autres locaux demeurent entièrement occupés par des enfants assistés⁴⁸. [Fig. 3] En tout état de cause, il faut faire de la place. Lors de la séance du Conseil de surveillance du 4 février 1915, un administrateur, M. Barth, évoque l'encombrement de certaines salles de l'hôpital Necker : le service des voies urinaires a en effet été complètement évacué et les grands malades hommes, qu'il abritait en temps de paix, ont été transportés et entassés dans deux salles réservées ordinairement aux femmes.

La coexistence ne va pas de soi. Un grave incident révélé au directeur de l'Assistance publique dans une note du 17 avril 1915 témoigne du choc des cultures et de certaines attitudes militaires. Les excès d'un médecin chef de service du Service de santé secouent l'hôpital Saint-Louis : «la situation toute particulière créée par les circonstances [...] lui paraissait donner, à la faveur de son poste militaire, la suprématie, tant sur l'Administration civile que sur ses confrères, ceux de l'hôpital Saint-Louis. Dès les premiers jours de la mobilisation, il ne cessait de fulminer contre tout ce qui ne portait pas l'uniforme, sans considération des fonctions. Combien de personnes de son entourage n'ont-elles pas entendu des propos de ce genre [...] : la population se divise en deux catégories, les militaires qui sont tout et les civils qui ne sont rien». S'ensuit toute une série de récriminations contre ce médecin militaire, dont les initiatives scandalisent : visite d'office de tous les services de l'hôpital, réquisitions écrites au directeur, demande expresse de disposer immédiatement de nouvelles salles, ordre fait publiquement au directeur, en présence de l'inspecteur principal du Service de santé, de quitter immédiatement les salles de l'hôpital réservées aux militaires...

Rien ne dit cependant que cet épisode reflète des comportements usuels ou généralisés, mais la note laisse entrevoir tout un état d'esprit.

Les militaires veillent en tout cas à ce que les honneurs militaires soient rendus comme il le faut. À plusieurs reprises est fustigée une certaine désinvolture des

48. Conseil de surveillance de l'Assistance publique, séance du 2 mars 1916.

administrateurs (civils) des hôpitaux quand il s'agit d'attribuer ou de remettre les décorations militaires. Des médailles ayant été délivrées aux soldats sans aucune espèce de cérémonie ou de solennité, des instructions fermes viennent rappeler les principes, en distinguant tout particulièrement les mutilés, les amputés et les blessés les plus graves (les décorations sont en effet attribuées selon des critères précis : perte d'un œil ou de la vision d'un œil, amputation du bras au-dessus ou au-dessous du coude, de la jambe au-dessus ou au-dessous du genou...). [Fig. 4]

L'Assistance publique, auxiliaire du Service de santé

Les autorités militaires entendent garder la main sur l'hospitalisation de leurs soldats. L'organisation des soins est leur affaire⁴⁹. Une circulaire générale du 10 novembre 1914, légèrement modifiée par la suite, fixe le cadre général d'une sorte de cogestion.

Une première préoccupation est la tenue et la transmission systématique de relevés statistiques journaliers des blessés et malades, nécessaires aux médecins militaires chargés du triage dans les gares d'arrivée. Ces états distinguent en trois catégories distinctes les militaires métropolitains, les soldats des colonies, puis ceux de la Marine. Pour en assurer la maîtrise, Gustave Mesureur demande qu'ils soient établis sous la responsabilité de l'Assistance publique⁵⁰.

Lors de chaque admission d'un soldat, son nom est inscrit à la fois sur le registre général des entrées et sur un registre spécial établi selon le modèle des services de santé militaire. Un bulletin d'admission est adressé au commandant du dépôt du corps armé auquel appartient le militaire⁵¹. Une fiche individuelle jaune est transmise à la direction du Service de santé militaire de Paris (boulevard Pasteur, dans le 15^e arrondissement) : y figurent le nom du militaire et ceux de l'hôpital ayant établi la fiche, de l'hôpital d'évacuation ou du territoire d'où vient le patient, ainsi que le numéro de la voiture l'ayant transporté⁵². Le parcours sanitaire du soldat malade ou blessé est donc extrêmement bien surveillé par les autorités militaires. Le système de double registre permet de faciliter les demandes de remboursement des frais par l'hôpital auprès des services concernés⁵³. L'hôpital est également chargé d'envoyer une « carte sanitaire » à la personne désignée par le patient, a priori à sa famille, « au moyen de laquelle elle était informée du jour d'entrée, du lieu de traitement, de l'état de santé et des désirs exprimés par le malade ou le blessé ». Une autre carte doit lui être envoyée chaque semaine pour

49. Un litige concernant l'autopsie d'un blessé montre que les autorités militaires s'estimaient seules légitimes pour en délivrer l'autorisation et non pas les médecins civils de l'hôpital Andral qui en avaient pris l'initiative.

50. « Chaque jour, une situation numérique des blessés ainsi qu'un relevé nominatif des décès doivent être adressés par vous en double exemplaire à l'administration centrale avant 15 heures, en vue de leur transmission à la direction du Service de santé » (circulaire du directeur de l'AP du 5 octobre 1914).

51. RAC 1914.

52. RAC 1915.

53. E. Longuet, *op. cit.*



Fig. 3 : soldats hospitalisés à l'hôpital maritime de Berck, s.d.,
Archives AP-HP (3Fi3-48 Guerre14-18 Berck 1).

la tenir informée de l'évolution de l'état de santé du soldat. Les valeurs et bijoux doivent être déposés auprès de l'économe de l'hôpital et inscrits sur le registre des dépôts, sauf pour les officiers qui ont le droit de les garder dans leur chambre. Les habits sont conservés en vestiaire après avoir été nettoyés, raccommodés et désinfectés par les services de l'Assistance publique. Quant aux armes, cartouches, objets de campement et de grand équipement, ils sont remis au major du campement de la circonscription.

Il en résulte tout un travail supplémentaire pour les hôpitaux, au moment où leurs effectifs sont exsangues. Le paiement de la solde des militaires hospitalisés s'y ajoute⁵⁴, ces opérations devant figurer dans les écritures des économes des hôpitaux⁵⁵.

Lors de la séance du Conseil de surveillance du 5 août 1915, Gustave Mesureur, faisant écho aux récriminations de ses directeurs et économes, indique que « l'Administration a réclamé auprès de l'autorité militaire [et que] celle-ci ne refusera pas de procurer à l'Assistance publique un personnel de commis et de secrétaires militarisés ». Il est entendu : un certain nombre de militaires sont détachés auprès des hôpitaux dès août 1915. À l'hôpital Lariboisière, les premiers « administratifs » militaires détachés sont employés à des travaux de secrétariat⁵⁶. L'un se charge des « statistiques médicales », l'autre est « au service du médecin principal ». Ils sont nourris et logés par l'hôpital et doivent répondre aux ordres du directeur⁵⁷.

Ceci contribue, s'il en est besoin, à la militarisation de l'organisation hospitalière. Assez mal vécue, semble-t-il. Les recueils des arrêtés et des circulaires en donnent des exemples concrets : ainsi de l'évaluation répétitive et souvent tatillon du travail des personnels soignants civils par les militaires ; de remarques, souvent négatives, incessantes, sur des abus et complaisances dans le maintien en hospitalisation des soldats⁵⁸ ; du manque de liberté d'expression sur les mesures d'organisation prises dans les salles militaires, les rapporteurs du Conseil de surveillance allant jusqu'à parler de « censure⁵⁹ ». On notera que le commandant d'armes avait le droit de sanctionner aussi bien le personnel militaire hospitalisé que le personnel hospitalier⁶⁰.

54. M. Rochard, un administrateur du Conseil, ne pourra s'empêcher ce commentaire : « (...) depuis le commencement de la guerre, l'autorité militaire paraît avoir compliqué à plaisir les formalités et paperasseries ».

55. Circulaire du 2 juillet 1915.

56. En 1917, le directeur de cet hôpital demande lui-même l'adjonction d'un secrétaire (militaire). Les premiers militaires détachés y arrivent en août 1915. Leur nombre ne cessa de s'accroître jusqu'en 1917 (Archives de l'AP-HP, 603FOSS76). D'abord au nombre de trois, ils atteignirent vite la dizaine en mai 1916. En décembre 1917, l'effectif atteignit un maximum de vingt-cinq (effectifs calculés par rapport aux états nominatifs des militaires détachés à l'hôpital Lariboisière, Archives de l'AP-HP, 603 FOSS 67-72).

57. Archives de l'AP-HP, plan de remplacement et correspondance avec l'autorité militaire entre mai 1916 et août 1917 (603 FOSS 76).

58. RAC 1915, circulaire du 30 avril 1915.

59. Conseil de surveillance 1914-1915.

60. Circulaire du directeur de l'Assistance publique du 10 juin 1916.



Fig. 4 : remise de décoration à l'hôpital Saint-Louis, s.d.
Archives AP-HP (3Fi3-32 Saint-Louis 248).

Si les archives mettent en exergue les crispations, tout n'est pas cependant source de difficulté anormale, dans un contexte où par la force des choses, les pénuries de toute sorte rendent difficile la vie matérielle⁶¹. Pour ces temps de guerre, faut-il s'attarder sur le manque chronique de linge et d'effets dont se plaignent les militaires, ou les récriminations sur la qualité de la nourriture? Ou sur les plaintes du Service de santé, pointant que la visite médicale journalière ait lieu d'une façon «des plus irrégulières» et que cette visite n'ait pas lieu chaque jour?

Hiérarchies et distinctions : les blessés militaires

Un «état statistique des militaires traités dans les établissements de l'Assistance publique de 1914 à 1920», établi le 1^{er} mars 1920, indique que 106 231 militaires ont été soignés pendant cette période dans les établissements de l'Assistance publique⁶². L'hôpital Saint-Louis est de loin l'hôpital le plus mis à contribution avec 13 911 militaires accueillis. Le nombre de lits occupés chaque mois par les militaires représente une proportion variable, mais qui peut être importante, de la capacité de chaque hôpital.

L'organisation prévoit une stricte séparation entre les deux groupes de patients, civils et militaires. Il faut préciser que parmi les militaires figurent également des blessés étrangers prisonniers de guerre (rigoureusement séparés des soldats français bien entendu), des ouvriers des usines d'armement ou des installations du front⁶³ (et progressivement, de plus en plus d'ouvrières⁶⁴), ou encore des femmes réfugiées des zones de combat ayant subi les violences sexuelles de soldats ennemis⁶⁵.

Cette séparation entre civils et militaires est sans doute liée à la nature et l'image de l'hôpital d'alors, institution refuge des personnes indigentes : une co-existence avec les soldats pouvait difficilement être envisagée. Interviennent sans aucun doute aussi des préoccupations d'hygiène et la volonté de prémunir les blessés des maladies contagieuses.

Ainsi, militaires et civils bénéficient-ils de leur propre service. Avec une rigidité certaine. L'hôpital Lariboisière, par exemple, est contraint de dédoubler

61. Le ton est donné par Gustave Mesureur dès le premier jour de la guerre : «Le moindre gaspillage serait, dans les circonstances actuelles, criminel» (circulaire du 3 août 1914).

62. Archives de l'AP-HP, état numérique des blessés et malades militaires (603 FOSS 118). L'hôpital des Ménages à Issy-les-Moulineaux en reçut 8 712, Saint-Antoine 7 342, la Salpêtrière 6 668, l'Hôtel-Dieu 6 463, la Pitié 6 052, ...

63. «Les ouvriers militaires blessés sont admis dans les mêmes conditions que les militaires» (circulaire du directeur de l'Assistance publique du 2 février 1916).

64. En 1917, on comptait 600 000 femmes travaillant dans ces usines, dans des conditions souvent dures et dangereuses. Les «munitionnettes» furent victimes de nombreux accidents. Des consultations spéciales furent ouvertes à leur intention, dès octobre 1916, dans les hôpitaux Lariboisière, Saint-Antoine, Saint-Louis, Boucicaut et Debrousse. Pour le seul mois de novembre 1916, ces consultations permettent d'accueillir quelque 1 279 malades (N. Rollin, *op. cit.*).

65. «Le Gouvernement s'est préoccupé de venir efficacement en aide aux femmes et jeunes filles des pays envahis qui ont été violentées par les Allemands et se trouvent enceintes de leurs œuvres» (Conseil de surveillance de l'Assistance publique, séance du 3 juin 1915).

l'ensemble de ses départements, créant notamment deux services pour les tuberculeux. Durant l'hiver 1917, qui fut particulièrement rigoureux, le nombre d'indigents hospitalisés augmente de manière importante. Des lits viennent à manquer dans la partie « civile » des hôpitaux, sans que les lits « militaires » disponibles puissent être utilisés.

Des principes de répartition proprement militaires s'y ajoutent, distinguant les simples soldats, parmi lesquels se trouvaient certains « indigènes », et les officiers qui doivent bénéficier de leur propre chambre et d'un régime alimentaire amélioré. Mais ne nous y trompons pas, les soldats du rang ont eux-mêmes droit à une meilleure nourriture que les malades civils : un rappel à l'ordre est effectué en août 1917 alors que les « suppléments alimentaires » ont été perdus de vue et que l'administration hospitalière applique aux militaires, pour cause d'économies, une interdiction de la consommation de viande certes décidée depuis quelques mois, mais pour les seuls civils hospitalisés⁶⁶.

Autre élément de distinction : le projet de soins, comme nous dirions en 2014. Le Service de santé militaire a pour ses soldats des ambitions générales de réhabilitation et d'hygiène individuelle, qui mêlent santé publique et ce que nous appellerions aujourd'hui éducation pour la santé et éducation thérapeutique.

De nombreuses circulaires, instructions, notices et livrets rédigés à l'intention des soldats⁶⁷ en témoignent. En septembre 1915, un livret est distribué à l'ensemble des hôpitaux accueillant des militaires, regroupant des « instructions sur le traitement et la prophylaxie des maladies vénériennes ». D'autres publications définissent des mesures prophylactiques contre le typhus : ainsi un livret de septembre 1916 sur la « vaccination contre les infections typhoïdiques et paratyphoïdiques ». Des recueils de « conseils d'hygiène aux malades (atteints d'affections des voies respiratoires) » sont diffusés.

Les archives conservent également un guide destiné aux « mutilés et estropiés de guerre », ainsi qu'un livret rassemblant les « instructions sur l'appareillage et la rééducation des mutilés de la guerre », datant de juillet 1917.

Sortir de l'hôpital

Une fois à l'hôpital, la question de la durée des soins et de la date de sortie est dans tous les esprits. À vrai dire, une fois plus ou moins rétablis, nombreux semblent avoir été les soldats qui ne montrent pas d'empressement à retourner au front⁶⁸.

66. Circulaire du directeur de l'AP du 1^{er} août 1917.

67. Archives de l'AP-HP, règlement, notice, instruction sur le fonctionnement interne des hôpitaux pendant la guerre (603 FOSS 24).

68. Quitte à se rendre volontairement malades... Il est ainsi rapporté que certains soldats ingèrent de l'acide picrique, cette substance les faisant paraître atteints d'ictère spontané. Les autorités administratives et militaires demandèrent aux médecins d'être méfiants et de signaler toute tentative de fraude recourant à ce genre d'artifice. À l'hôpital Lariboisière, un des militaires qui avait été mis à la disposition de l'établissement pour des travaux d'écriture militaires fut arrêté pour avoir organisé le commerce d'un produit qui, selon lui, « permettait d'être réformé » (cité par E. Longuet, *op. cit.*).

Les autorités militaires ont forcément un autre point de vue. Il faut en effet libérer des lits et, d'une manière générale, les hommes susceptibles de retourner combattre ne doivent se dérober, quitte à passer au préalable quelques jours auprès de leur famille.

Les sorties sont aussi l'objet d'une longue procédure administrative, étroitement contrôlée par les autorités militaires. Les soldats estimés guéris par le chef de service sont envoyés vers les dépôts de convalescence assignés par le Service de santé militaire. La veille de leur départ, leur nom doit être transmis à l'office gestionnaire du dépôt. Chaque sortant est muni de son billet d'hôpital portant la date et l'heure de la sortie, ainsi que de sa feuille de soins sous enveloppe. Le transfert s'effectue sous la responsabilité d'un plus gradé ou d'un plus vieux avec, parfois, la présence d'un surveillant de l'hôpital. Pour les patients n'ayant plus besoin d'intervention chirurgicale, mais non encore guéris, leur transfert ne s'effectue vers une formation sanitaire qu'en cas d'encombrement, et par des automobiles mises à disposition par le Service de santé militaire. Toute évacuation vers un autre hôpital du Camp retranché de Paris ne peut se faire sans une autorisation du ministère ou du directeur de santé du Gouvernement militaire de Paris⁶⁹.

Nombre de documents conservés aux Archives de l'AP-HP font état d'instructions du directeur du Service de santé⁷⁰ qui s'élèvent contre les indulgences civiles. Elles relatent tout autant des durées de séjour complaisantes, des permissions injustifiées que l'octroi anormal de pensions de réforme. Soit, dans le texte, entre autres :

« Pour pouvoir servir de justification à une admission à la réforme n° 1 ou à la retraite pour infirmité, il est nécessaire que le certificat dont il s'agit émane d'autorités suffisamment proches des lieux où la blessure a pu être reçue pour que leur attestation présente le minimum d'erreur » (28 octobre 1914).

« Il m'est rendu compte que beaucoup de blessés, complètement guéris, sont néanmoins conservés dans les formations sanitaires » (10 avril 1915).

« Il m'est rendu compte que certains médecins chefs des hôpitaux ont accordé à des malades des permissions de deux ou trois jours. En dehors de cas tout à fait exceptionnels qui doivent être soumis à mon appréciation, aucune permission ne doit être accordée aux militaires en traitement dans les hôpitaux » (13 avril 1915).

« J'estime qu'un militaire dont l'état de santé conduit le médecin à lui laisser interrompre son traitement pendant plusieurs jours doit être considéré comme n'ayant plus besoin de soins : il doit être fait sortant.

69. RAC 1915.

70. Relayées par le directeur de l'Assistance publique lui-même, qui interdit formellement « à tous les médecins ou administrateurs des formations sanitaires, quelles qu'elles soient, de délivrer une permission ou un congé de convalescence » (circulaire du 23 septembre 1915).

Les permissions ne peuvent être accordées aux militaires que pour événements graves dans leur famille, tels que décès, mariage, etc. par Monsieur le Général Commandant la Place, à condition d'en avoir obtenu l'autorisation du médecin chef de la formation, autorisation que j'aurais approuvée» (2 mars 1916).

«L'étude des dossiers de pensions et de gratifications renouvelables m'a démontré depuis quelque temps l'insuffisance marquée des descriptions cliniques des médecins experts chargés d'établir les certificats d'incurabilité d'examen et de vérification. Il serait facile de multiplier les exemples d'expertise aussi insuffisantes et qui seraient de nature à engager d'une façon sérieuse et définitive les finances de l'État» (3 mars 1916).

Et de rappeler que les soldats qui se rendent coupables d'absence illégale et non rentrés cinq jours après une fin de permission sont considérés comme déserteurs, avec toutes les conséquences qui en résultent (29 avril 1915).

Baraquements pour tuberculeux

Le manque d'hygiène au front favorise le développement de maladies infectieuses.

Début 1916, une préoccupation majeure est l'accueil de très nombreux soldats réformés pour la tuberculose. Il est envisagé de construire sur les espaces disponibles des hôpitaux des baraquements destinés à leur isolement et à leur traitement. Un programme est conçu, consistant à répartir dans 14 hôpitaux, tant à Paris que dans la banlieue, un certain nombre de pavillons isolés, de construction légère, pouvant hospitaliser environ 2 500 malades, placés par salles de 24 à 30 lits. Un budget conséquent de cinq millions de francs y est consacré. La Société des chirurgiens s'y oppose, arguant du caractère préjudiciable du projet pour les autres malades et blessés, et surtout en récusant un mode de traitement inadapté.

Lors du Conseil de surveillance du 3 février 1916, une passe d'armes, verbale bien entendu, entre plusieurs administrateurs, les fait longuement s'affronter sur le statut - et notamment le régime disciplinaire - devant s'appliquer aux militaires soignés dans ces baraquements et pour la plupart réformés : soldats malades ou malades soldats ? En voici quelques morceaux choisis :

«M. Landouzy : Pourquoi faudrait-il une discipline spéciale pour les futurs pensionnaires des baraquements ? Parce qu'ils ont été soldats ? Mais ils ne le sont déjà plus, puisqu'ils sont réformés. On peut, on doit les considérer comme des malades ordinaires.

M. Rochard : On doit estimer [...] que les réformés tuberculeux formeront, à n'en pas douter, un élément d'indiscipline d'abord, parce qu'ils garderont, malgré tout, des habitudes et un ton de caserne, ensuite, parce que la plupart d'entre eux seront des malades levés. Or, tout malade non alité est difficile à surveiller et à retenir. On pourrait en donner, pour exemple, les blessés et les

malades levés, d'origine militaire, actuellement nombreux à l'hôpital Saint-Louis, et qui donnent au directeur de cet établissement une peine véritable. M. Caron : À l'hôpital Tenon, dès qu'ils sont convalescents ou non alités, les blessés et malades militaires manifestent de même un grand esprit de liberté.»

Nous voici parvenus à un autre sujet qui donne lieu à moult rapports et instructions.

La discipline

Elle est comme l'on sait une vertu cardinale de la vie militaire. Le cadre hospitalier, les indulgences légitimement liées aux blessures et à la maladie, la présence inconstante des gradés contribuent naturellement à certaines libertés... et en retour à de fermes mises au point, concernant aussi bien les personnels hospitaliers et militaires que les soldats hospitalisés.

En témoigne cette circulaire du 29 janvier 1918 (« Personnel médical - Heures de présence des militaires détachés dans les établissements hospitaliers ») qui évoque des visites inopinées par le Service de l'inspection des effectifs mettant en évidence que le personnel détaché de la 22^e section d'infirmiers militaires n'accomplit pas son service des neuf heures... et que par ailleurs, un certain nombre d'élèves en médecine et en pharmacie sont absents lors des inspections. Il est à la suite vertement rappelé aux intéressés qu'ils s'exposent à des sanctions disciplinaires.

Les soldats ne sont pas considérés de la même manière que les autres malades. Ils ne sont pas démobilisés le temps de leur hospitalisation et continuent de relever du code militaire. Toute mesure les mettant en cause est du ressort des autorités militaires et doit être en principe contrôlée par elles.

Ceci s'inscrit dans un régime militaire sévère. Le droit de visite est ainsi très restreint et, malgré les circonstances, limite « au strict minimum le nombre de personnes rendant visite aux blessés ou malades⁷¹ ». [Fig. 5]

Il faut par ailleurs avoir à l'esprit qu'il s'agit d'hommes jeunes, turbulents quand ils sont en mesure de l'être, alors avides de s'amuser et d'oublier l'horreur du front, de découvrir la capitale. Ils sortent fréquemment, semble-t-il, « dans une tenue qui laisse beaucoup à désirer⁷² ».

Gustave Mesureur est ainsi conduit à signaler début 1915 au médecin inspecteur général Février de nombreux actes d'indiscipline commis journalièrement par des militaires, notamment au service des maladies nerveuses de la Salpêtrière. Autorisés à circuler « en demi-liberté » dans l'enceinte hospitalière, ils en abusent

71. Circulaire du 1^{er} juin 1915.

72. Des soldats forcément un peu dépenaillés, et qui donnent sans doute une image peu flatteuse des troupes, si l'on en croit les administrateurs du Conseil de surveillance, suggérant en 1916 que « l'autorité militaire ferait également bien de pourvoir à la chaussure des blessés et des malades guéris. La plupart d'entre eux courent le risque de regagner leurs dépôts, sinon pieds-nus, du moins avec des chaussures en mauvais état. Les comités de patronage et œuvres privées, qui ont entrepris de leur fournir des effets de dessous, ne peuvent pas aller jusqu'à les chausser ».



Fig. 5 : militaires convalescents et visiteurs, hôpital Cochin, s.d.
Archives AP-HP (3Fi3-48 Guerre14-18 Cochin 10).

et l'administration hospitalière est dépourvue de toute autorité : évasions momentanées, ivresses, insubordinations, rixes, « paroles ou gestes grossiers à l'égard de notre personnel féminin »... Des voies de fait et brutalités sont signalées dans la même période à l'hôpital Saint-Antoine. Les concierges des hôpitaux, impuissants, sont brocardés...

Faisant suite à des initiatives d'autres hôpitaux, le directeur de l'hôpital Cochin rend compte à Gustave Mesureur le 3 juin 1915 qu'il a organisé un service d'ordre intérieur « pour assurer la surveillance et la discipline des militaires en traitement » dans son hôpital. Il est constitué d'un capitaine, d'un sergent-major et de deux sergents, blessés, mais suffisamment valides. Ce service d'ordre, selon ses termes, ne peut pas « être confié, pour fonctionner utilement, à de simples soldats, parce que ceux-ci n'auraient aucune autorité sur nos militaires, notamment sur les indigènes africains, mais à des sous-officiers ».

La mission de ce « cadre de discipline » est expressément d'assurer le bon ordre et la discipline, à l'extérieur des salles de malades (il n'intervient à l'intérieur que sur réquisition du médecin chef), de contrôler, à la sortie ou à la rentrée, les permissions de sortie autorisées par le médecin chef (les malades doivent toujours être rentrés à 17 h et il ne doit pas leur être accordé de permissions de 24 heures. Les titres sont visés par le chef du « cadre de discipline ») et de s'assurer de la bonne tenue des permissionnaires à la rentrée et à la sortie. Et de prononcer les sanctions disciplinaires nécessaires qui sont toutes soumises aux autorités supérieures, lesquelles les alourdiront en tant que de besoin⁷³.

En cette matière également, les officiers bénéficient d'un traitement de faveur. Ils peuvent sortir tous les jours, si leur état le permet, mais doivent être rentrés à 20 h 30 et tout à fait exceptionnellement à 22 h. Les officiers qui contreviennent à cette règle risquent, à titre de sanction, d'être transférés dans un hôpital de province proche de leur dépôt.

Toute punition de huit jours de prison et au-dessus peut entraîner, sur l'ordre du général commandant la Place, la perte du droit à la permission de huit jours à passer par le militaire dans sa famille, avant le retour au dépôt du corps⁷⁴.

Avis aux amateurs en quelque sorte : les autorités militaires réservent bientôt un hôpital, à La Croix-de-Berny, pour les militaires hospitalisés « en prévention de Conseil de Guerre ou condamnés, ou dont la présence dans les hôpitaux est cause de difficultés pour le maintien de la discipline⁷⁵ ».

73. Une circulaire du 22 septembre 1915, sur le constat que la première punition (la consigne), lorsqu'elle n'est subie par les soldats fautifs qu'à leur retour dans leur corps, après leur sortie de l'hôpital, n'est pas dissuasive, prévoit que « quand la santé des intéressés le permet, la punition doit être immédiate ».

74. Note de service du Gouvernement militaire de Paris du 29 mai 1915.

75. Circulaire du directeur de l'Assistance publique du 18 août 1915.

L'armée, la grande muette

Les manuels d'histoire soulignent aujourd'hui à quel point le silence fut la règle pendant la Grande Guerre. Les autorités militaires y veillent, afin que l'horreur des combats et les revers des troupes françaises soient ignorés à l'arrière. La quasi-censure des réalités militaires par l'état-major est constante (il semble que le courrier des soldats ait été lu systématiquement par exemple) et la population doit se contenter de ses communiqués officiels⁷⁶.

Tout ceci apparaît bien dans cette circulaire du directeur du Service de santé du 29 septembre 1915, adressée au directeur de l'Assistance publique et fustigeant les soldats qui ne tiennent pas leur langue :

« De nombreux militaires et notamment des officiers, soit verbalement au cours de leurs permissions, soit par écrit propagent de graves indiscrétions sur la situation dans leur secteur du front, sur les emplacements des corps de troupes, sur les opérations en cours ou qu'ils croient en projet, sur la valeur qu'ils pensent pouvoir attribuer à tel ou tel de leurs chefs, sur les pertes éprouvées, etc.

Chaque renseignement ainsi donné dans le désir de satisfaire la curiosité ou de faire montre d'une ample information, non seulement peut être utilisé par l'ennemi, mais encore, étant la plupart du temps dénaturé en se transmettant, influer sur le moral des populations.

Il importe que chacun soit bien convaincu de l'intérêt qui s'attache au respect du silence sur toutes les questions. Parler du passé peut déjà être dangereux, s'entretenir inconsidérément du présent et de l'avenir peut devenir criminel, car tel propos ou tel écrit jugé sans importance par son auteur peut devenir la cause initiale d'un insuccès ou de pertes de vies précieuses. »

Mais plus généralement, l'ouverture sur la société civile semble alors l'objet de tous les dangers. Cette crainte se manifeste en de multiples aspects.

Tout d'abord, sur un sujet qui nous est aujourd'hui familier, celui de l'accès au dossier médical par le malade, le contrôle exercé par les autorités militaires est complet et la règle simple : il ne doit pas être communiqué à la personne concernée⁷⁷ ; les radiographies et les feuilles d'observation clinique doivent être transmises sous pli cacheté et jamais entre les mains de l'intéressé. On conçoit que le dossier médical du soldat contient des informations sur les blessures (où et quand le soldat a été blessé, sur quel endroit du corps, quels tissus ont été lésés, quelles ont été les éventuelles complications ultérieures, quelles opérations ont été pratiquées) : le Service de santé s'en réserve donc le monopole ; il n'a pas lieu de satisfaire la curiosité des soldats, voire, pire, de tiers mal intentionnés⁷⁸.

76. M. Agulhon, A. Nouschi, A. Olivesi, R. Schor, *La France de 1848 à nos jours*, éd. A. Colin, 2008, p. 273-274.

77. RAC 1915.

78. RAC 1915, circulaire du 8 février 1915.

On comprend ainsi que les autorités militaires prendront connaissance avec une certaine stupeur que dans certaines formations sanitaires militaires, des vues cinématographiques aient été prises sans autorisation préalable, représentant des interventions chirurgicales, les divers modes de traitement des blessés de guerre ou des scènes de la vie d'hôpital. De surcroît, elles apprennent que ces films ont pu être présentés au public, vendus à des maisons d'édition ou envoyés à l'étranger, sans avoir été soumis à leur approbation. La règle ne tarde pas à être fixée :

« Aucun film cinématographique ne peut être pris dans les formations sanitaires, sous aucun prétexte et en aucun cas, hors de la présence d'un officier attaché à mon cabinet et porteur d'un ordre de mission spéciale. Toute infraction à cette règle sera sévèrement réprimée⁷⁹. »

Le directeur de l'Assistance publique n'est semble-t-il pas de reste, lorsqu'il s'agit de maintenir une atmosphère austère, commandée par les événements. Les distractions sont perçues avec méfiance, voire davantage. Des artistes de bonne volonté ne tardent pas à être éconduits :

« Des sociétés d'artistes ou des artistes individuellement m'ont demandé l'autorisation d'organiser des concerts en représentations pour les militaires blessés ou malades.

Les circonstances sont peu favorables aux distractions de ce genre ; ces représentations qui ne manqueraient pas de se multiplier ne peuvent d'ailleurs qu'apporter un certain trouble dans l'ordre intérieur des établissements. Vous écarterez donc les propositions qui vous seraient faites directement ou vous me les transmettez en indiquant à leurs auteurs le peu de chance de les voir accueillir⁸⁰. »

Persuadé, mais de façon prémonitoire, des vertus de la communication, un administrateur de l'Assistance publique, M. Rebeillard, s'efforcera en vain, en 1918, de promouvoir la transparence de l'information, alors que la population s'élève contre l'incapacité des hôpitaux de l'Assistance publique à accueillir davantage de malades de la grippe. Il demande « pourquoi l'Administration ne ferait pas connaître, soit par la voie des journaux, soit par le moyen d'affiches, les raisons pour lesquelles il lui est momentanément impossible de recevoir tous les malades. Le public se montrerait certainement moins impatient et moins mécontent s'il savait, par exemple, que 3500 lits qui manquent actuellement ont été occupés, depuis la guerre, par les blessés militaires⁸¹ ». L'Assistance publique reçoit en effet alors 3500 grippés sévèrement affectés, dont 800 enfants.

79. Circulaire du 9 juin 1916.

80. Circulaire du 18 novembre 1917.

81. Conseil de surveillance de l'Assistance publique, séance du 24 octobre 1918.

Soldats «indigènes»

Dans cette guerre, la France a entraîné ses colonies, et des soldats algériens, tunisiens, marocains, sénégalais.

De nombreux soldats «indigènes d'Afrique» ou «indigènes d'Afrique du Nord» ont notamment été soignés à l'hôpital Cochin. Transparaît de nombreuses reprises dans les archives hospitalières la gêne, pour ne pas dire davantage, éprouvée par les autorités militaires et hospitalières à leur égard. En raison d'une indiscipline réelle ou présumée comme nous l'avons vu.

Mais compte tenu également des risques supposés liés à leur confession musulmane. Rappelons le contexte : fin octobre 1914, Istanbul était entré en guerre contre la France et l'Angleterre et un appel au *jihād* avait été lancé à tous les musulmans contre ceux qui luttait contre le sultan calife, défenseur de l'Islam. Les autorités françaises avaient demandé aux responsables des confréries et aux notables du Maghreb et d'Afrique, sultan du Maroc et bey de Tunis en tête, de condamner la *fatwa* appelant au *jihād* et d'affirmer qu'ils priaient pour la victoire de la France et de ses alliés.

Mais au-delà, c'est une forme de choc culturel qui apparaît au travers de multiples circulaires. Elles évoquent la nécessité d'aviser immédiatement la place de Paris en cas de cérémonies religieuses (10 janvier 1915), la prohibition de livrets de propagande pro-islamique (23 février 1915), l'interdiction d'accès aux hôpitaux à toutes les personnes musulmanes dont le loyalisme n'offre pas toutes garanties (1^{er} juin 1915), l'«errement» qui a consisté à envoyer les blessés indigènes en congé de convalescence ou en permission dans des familles françaises, ces initiatives devant à présent être absolument interdites (16 septembre 1915), l'attachement des «indigènes» à l'intégrité du corps au moment de l'ensevelissement et la nécessité de «ne pratiquer les autopsies que dans des circonstances extrêmement rares», dont l'opportunité est soumise à la décision du gouverneur militaire de Paris (11 octobre 1915), la situation de certains «musulmans» égarés en ville, dans l'incapacité de donner des renseignements permettant de leur faire rejoindre leur hôpital : ils doivent désormais ne sortir qu'en groupe et sous la conduite d'un gradé, et à tout le moins, avec une fiche indiquant l'adresse de l'hôpital (15 novembre 1915).

Conclusion

Une suite de courriers de la direction du Service de santé, les 15, 18, 30 décembre 1918, énumérant de longues listes d'hôpitaux, d'hôtels, d'écoles, de pensionnats, etc., et adressés notamment au directeur de l'Assistance publique, enclenche la fermeture des formations sanitaires militaires qui y étaient implantées. La désaffectation est progressive. En mars 1920, la Pitié, la Salpêtrière, Cochin, Necker, Laennec conservent encore des sections militaires.

La guerre laisse derrière elle en France des centaines de milliers de blessés, de mutilés ou d'infirmités à vie. Une partie importante de ces soldats devenus invalides finiront leur vie à croupir dans des institutions ou auprès de leur famille.

Le présent article s'est appuyé sur des sources administratives : principalement des rapports du Service de santé militaire, instructions, circulaires et procès-verbaux de l'administration hospitalière. La vision qui en résulte est forcément fragmentaire. Dans ces circonstances très difficiles, où tant de soldats furent accueillis et soignés, il apparaît surtout que la cohabitation des civils et des militaires dans les hôpitaux parisiens fut elle-même difficile. Était-ce une réalité ou l'illusion donnée par un choix de documents qui met surtout en avant les postures administratives ? Tout un pan de cette histoire, pathétique et malheureuse, mériterait d'être écrit pour mieux le comprendre, pour autant qu'aient pu en témoigner les blessés et malades, leurs familles et les personnels qui l'ont vécue.