

Les infirmières dans la Grande Guerre

avant-propos

Une présence sur tous les fronts

2014-1914, il y a cent ans débutait la guerre 1914-1918, le premier conflit mondial, qui a marqué les mémoires à plus d'un titre. Par l'ampleur des pertes humaines d'abord : 74 millions d'hommes mobilisés, toutes nationalités confondues, dont dix millions périrent, mais pas seulement¹.

En effet, cette guerre a marqué un tournant dans les stratégies militaires mais aussi plus largement, dans l'organisation de nos sociétés.

■ **Si l'évocation de la Première Guerre mondiale renvoie le plus souvent aux valeureux poilus**, aux tranchées et à la mortalité élevée qu'elle a provoquée, il est peu question des infirmières et infirmiers qui, bénévoles ou salariés, civils ou militaires, qualifiés ou simplement sensibilisés, se sont mis au service des victimes de cette guerre.

■ **Ce dossier est consacré aux infirmières et infirmiers présents sur tous les fronts**, de part et d'autre des lignes, mais aussi à l'arrière auprès des populations civiles. Notre démarche a été de contacter l'ensemble des pays engagés dans cette Grande Guerre. Nous avons souhaité être le plus exhaustif possible. Ce dossier repose sur la volonté de partager la réalité de ce conflit mondial dans chaque contexte national au regard des moyens dévolus et de l'histoire propre au pays. La reconfiguration des frontières et la chute de certains régimes ont probablement rendu plus difficile la participation de quelques pays. La France, la Grande-Bretagne, les États-Unis, le Canada, l'Australie,



© Nini la Caillère SAS/Muséum JCG

la Belgique, l'Italie, mais aussi l'Allemagne ont répondu présents et leurs témoignages nous éclairent sur certains aspects méconnus de cette guerre.

■ **La mobilisation des équipes soignantes**, les évolutions technologiques, thérapeutiques et des pratiques de soins ont amélioré la prise

en charge des blessés de la Grande Guerre et réduit la mortalité.

■ **En France, la Grande Guerre a provoqué 1,5 million de morts**, avec leur lot de veuves et d'orphelins, mais aussi plus de 3 millions de blessés (dont un tiers d'invalides) et un déficit d'un million de naissances¹. Autant de pertes irréparables, à peine compensées, ensuite, par les progrès de la puériculture et de la pédiatrie. ■

¹ Héran F. *Génération sacrifiée : le bilan démographique de la Grande Guerre, Population & Sociétés* avril 2014;510.

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements au musée et au Service de santé des armées pour leur précieuse collaboration et la mise à disposition de documents et photos d'archives.

Yasmina Ouharzoune
Rédactrice en chef

Elsevier Masson, 62, rue Camille-Desmoulins,
92442 Issy-les-Moulineaux cedex, France

Adresse e-mail : Y.Ouharzoune@elsevier.com
(Y. Ouharzoune).

Dossier coordonné par
Yasmina Ouharzoune
et Christophe Debout

Éléments de bibliographie

La bibliographie suivante [1-56] complète le dossier intitulé "Les infirmières dans la Grande Guerre".

LIVRES

- [1] **Audoin-Rouzeau S.** Quelle histoire. Un récit de filiation (1914-2014). Paris: Seuil; 2013.
- [2] **Audoin-Rouzeau S.** Cinq deuils de guerre 1914-1918. Paris: Tallandier; 2013.
- [3] **Audoin-Rouzeau S, Prochasson C (dir).** Sortir de la Grande Guerre. Le monde et l'après-1918. Paris: Tallandier; 2008.
- [4] **Becker JJ.** La Première Guerre mondiale. Paris: Belin; 2003.
- [5] **Bourcier C.** Nos chers blessés : une infirmière dans la Grande guerre. Paris: Alain Sutton; 2005.
- [6] **Chevandier C.** Infirmières parisiennes - Emergence d'une profession (1900-1950). Paris: Presses universitaires de Paris-Sorbonne; 2011.
- [7] **Delahaye C.** La Grande Guerre et le combat féministe. Paris: L'Harmattan; 2009.
- [8] **Delaporte S.** Les Médecins dans la Grande Guerre 1914-1918. Paris: Bayard; 2003.
- [9] **De Launoy J.** Infirmières de guerre en service commandé front de 14 à 18. Bruxelles: Desclée de Brouwer; 1937.
- [10] **Diebolt E.** Devenir infirmière en France, une histoire atlantique? (1854-1938). Paris: Publibook; 2011.
- [11] **Duroselle JB.** La Grande Guerre des Français : 1914-1918. Paris: Perrin; 1994.
- [12] **Humann S.** Infirmière pendant la Première Guerre mondiale: Journal de Geneviève Darfeuil, Houlgate-Paris, 1914-1918. Paris: Gallimard jeunesse; 2012.
- [13] **Joiris A.** De la vocation à la reconnaissance : les infirmières hospitalières en Belgique 1789-1970. Bruxelles: Socrate éditions; 2009.
- [14] **King M.** L'infirmière oubliée. L'histoire inconnue d'Augusta Chiyw, héroïne de la bataille des Ardennes. Racine Lano; 2012.
- [15] **Lambert C.** Le langage des poilus. Petit dictionnaire des tranchées. Bordeaux: Imprimerie du Midi; 1915.
- [16] **Lafon A.** Aimer et travailler. Léonie Bonnet, une infirmière militaire dans la Grande Guerre. Bordeaux: Éditions d'Albret; 2008.
- [17] **Laporte A.** Infirmière : image ou réalité ? Époque 1900-1925. Courlay: AL Éditions; 1999.
- [18] **Larcan A, Ferrandis JJ.** Le service de santé aux armées pendant la Première Guerre mondiale. Paris: LBM; 2008.
- [19] **Lavy P.** Ma Grande Guerre, 1914-1918. Journal d'un poilu. Paris: Larousse; 2014.
- [20] **Le Bras J.** La Croix Rouge fut leur flambeau : de Solfério à Sadi Carnot. Londres: Celtic Chadern; 2002.
- [21] **Loodts P.** La Grande Guerre des soignants : Médecins, infirmières et brancardiers en 1914-1918. Paris: Mémoires Éditions de la Mémoire; 2009.
- [22] **Monestier M.** Les gueules cassées. Les médecins de l'impossible 1914-1918. Paris: Le Cherche midi; 2009.
- [23] **Olier F.** Hôpitaux militaires dans la guerre 1914-1918. T1, T2, T3, T4. Louviers: Éditions Ysec; 2014.

- [24] **Olier F.** Infirmier militaire de l'armée de terre (1708-1940). Médecine et armées 1994; 22(7); 567-80.
- [25] **Olier F, Quenec'hdu JL.** Hôpitaux militaires dans la Guerre 1914-1918. Répertoire général [des 10 000 hôpitaux militaires de la Grande Guerre], marques postales sanitaires, indice de rareté. Louviers: Éditions Ysec; 2008-[2015] : 5 volumes.
- [26] **Pottecher J.** Lettres d'un fils 1914-1918. Un infirmier en première ligne à Verdun et sur l'Aisne. Louviers: Éditions Ysec; 2007.
- [27] **Tatu L.** La folie au front : la grande bataille des névroses de guerre (1914-1918). Paris: Éditions Imago; 2012.

ARTICLES

- [28] **Antier C.** Résister, espionner : nouvelle fonction pour la femme en 1914-1918. Guerr Mond Conflits Contemp. 2008; 232:143-54.
- [29] **Bonnes MN.** Les Anglaises et l'effort de guerre de 1914 à 1918. Guerr Mond Conflits Contemp. 2000;198:79-98.
- [30] **Fellmann A.** Katia Ouvrard : entre la caserne et l'hôpital. Rev Infirm. 2003;87:14-6.
- [31] **Gonguet B.** 1914-1918 : les soldats fous. Santé mentale 2011;154:12-3.
- [32] **Guillemand J.** Nelly Martyl Scott (1884-1953). Rev Infirm. 2010;163:49-50.
- [33] **Harang CE.** Solder la dette? Les Américains à Rouen (1917-1919). Études normandes 2012;2:141-8.
- [34] **Knibiehler Y.** Les anges blancs : naissance difficile d'une profession féministe. In: Combats de femmes 1914-1918. Autrement 2004 :47-63.
- [35] **Larcan A.** Le service de santé français pendant la guerre de 1914-1918. Rev. Prat. 2012; 2:288-93.
- [36] **Long FX.** Les blessés de la face durant la Grande Guerre : les origines de la chirurgie maxillo-faciale. Histoires des sciences médicales. 2002;36:175-83.
- [37] **Malterre-Barthe A.** Nos anges gardiens. In: Pour une histoire des soins et des professions soignantes. Cahiers de l'Amieci 1988;10:124-39.
- [38] **Marc B.** Les infirmières dans les premiers temps de la guerre de 1914-1918. Hist Sci Med. 2002;4:409-21.
- [39] **Marc B.** Les infirmières pendant la Première guerre mondiale : une vision moderne des soins et la reconnaissance des sacrifices. Soins 2001;657:18-20.
- [40] **Marc B.** Les infirmières pendant la première guerre mondiale : le nécessaire passage du bénévolat au professionnalisme. Soins 2001;655:22-4.
- [41] **Marc B.** Les infirmières pendant la Première guerre mondiale : le renfort salvateur du bénévolat infirmier. Soins 2001;652:22-3.

- [42] **Marc B.** Les infirmières pendant la Première guerre mondiale : Le désastre sanitaire des premiers temps du conflit. Soins 2001;650:24-6.
- [43] **Mauran L.** Troubles nerveux et pithiastisme chez les soldats français pendant la Grande Guerre. Histoire des sciences médicales. 1995; 29:63-69.
- [44] **Olier F.** Paramédicaux dans les armées. Trois siècles pour parvenir au statut des militaires infirmiers techniciens des hôpitaux des armées (1708-2008). Méd. Armées 2008;5:497-506.
- [45] **Piercy HD.** Une unité médicale de Cleveland à Rouen pendant la Première guerre mondiale. Études normandes 2010;3:39-58.
- [46] **Semlali I.** Centenaire de la Grande guerre : la commémoration participative aux archives départementales de Seine-Maritime. Études normandes 2013;2:141-6.
- [47] **Stickney-Beck C.** A Mayo Nurse's Moment in World War I France. Mayo Clin Proc. 1999;11:1060.
- [48] **Tridon D.** Qualités et devoirs des infirmières dans les hôpitaux militaires en temps de guerre (1). Infirm. Franç. 1940;1:12-8.
- [49] **Tridon D.** Qualités et devoirs des infirmières dans les hôpitaux militaires en temps de guerre (2). Infirm. Franç. 1940;2:34-43.
- [50] **Tridon D.** Qualités et devoirs des infirmières dans les hôpitaux militaires en temps de guerre (3). Infirm. Franç. 1940;3:61-8.

DOCUMENTS EN LIGNE

- [51] **Collectif.** Nos infirmières. La Baillonnette 21 octobre 1915 n°16, http://collections.citebd.org/labaionnette/revues_pdf/
- [52] **Edith Cavell**, <http://www.edithcavell.org.uk/>
- [53] **Kern-Coquillat F.** Les femmes dans le service de santé pendant la guerre de 1914-1918 en France. Montpellier : 2013. Université de Montpellier 3 : thèse de doctorat, Histoire contemporaine, <http://www.biu-montpellier.fr/florabium/jsp/nnt.jsp?nnt=2013MON30008>.
- [54] **La Grande Guerre photographiée par un infirmier militaire**, http://archives.gironde.fr/bibliotheque/docs/exposition_eylaud31758.pdf
- [55] **Morin-Pelletier M.** Des oiseaux bleus chez les Poilus : Les infirmières des hôpitaux militaires canadiens-français postés en France, 1915-1919. Bulletin d'histoire politique ; 2, <http://www.bulletinhistoire-politique.org/le-bulletin/numeros-precédents/volume-17-numero-2/des-oiseaux-bleus-chez-les-poilus1-les-infirmieres-des-hopitaux-militaires-canadiens-francais-postes-en-france-1915-1919/>
- [56] **Olier F.** Histoire des hôpitaux militaires et du service de santé durant la Grande Guerre : <http://hopitauxmilitairesguerre1418.overblog.com>

Liliane Régent
Documentaliste

ERFPS, CHU de Rouen, 76042 Rouen cedex 1, France
Adresse e-mail : Liliane.Regent@chu-rouen.fr
(L. Régent).

mise au point

Soigner les soldats de la Grande Guerre, la contribution des infirmières

CHRISTOPHE DEBOUT
Infirmier, PhD, Directeur
du département des sciences
infirmières et paramédicales

EHESP – DSIP, Site de Broussais,
Boîte postale n°8, Pavillon
Leriché, Porte 11, 5^e étage,
96 rue Didot 75014 Paris,
France

■ La notion d'infirmière de la Grande Guerre est très hétérogène ■ Il est important de souligner les capacités d'adaptation dont elles ont fait preuve ■ Pendant les quatre années de conflit, elles ont su accompagner les multiples évolutions des modalités de prise en charge des victimes.

© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS

Mots clés – Croix-Rouge française ; infirmière ; infirmière bénévole ; infirmière militaire ; Première Guerre mondiale ; soin infirmier

Caring for the soldiers of the Great War, the nurses' contribution. The notion of the nurse serving in the Great War is very heterogeneous. It is important to emphasise the capacity to adapt which these nurses demonstrated. During the four years of conflict, they were able to keep up with the many changes made to the way casualties were treated.

© 2014 Published by Elsevier Masson SAS

Keywords – First World War; French Red Cross; military nurse; nurse; nursing; volunteer nurse

NOTES

¹ Cet article est plus spécifiquement centré sur les infirmières ayant souhaité s'impliquer dans cette guerre au sein de l'institution militaire ou comme bénévole dans une organisation dédiée. La contribution des infirmiers y est abordée plus brièvement. De même, pour des raisons d'accès aux sources, la condition des infirmières des pays réunis initialement sous l'appellation de triple entente et rejoints au printemps 1917 par les États-Unis, est plus particulièrement développée.

Adresse e-mail :
debout@aol.com
(C. Debout).

A lors que débutent les commémorations du centenaire de la Grande Guerre, il est intéressant d'explorer la nature des soins infirmiers apportés aux soldats des différents pays impliqués dans le conflit mondial. Il est également important de mieux cerner les caractéristiques des soignants qualifiés d'infirmières et d'infirmiers dans les services de santé en place à cette période¹. Héritières d'une tradition, ces infirmières "modernes" marchent sur les traces de Florence Nightingale qui avait, au siècle précédent, reconfiguré les soins infirmiers en situation de guerre, soulignant ainsi leur caractère indispensable [1].

■ **Plus encore, il apparaît nécessaire d'identifier les caractéristiques de ces soignantes** et de mieux saisir leur quotidien dans les environnements variés dans lesquels elles donnaient des soins. Dans le contexte de ce premier conflit mondial, marqué par la rudesse des combats mais aussi par leur durée, on peut s'interroger sur les stratégies d'adaptation mises en œuvre par ces infirmières pour "tenir" afin de mener à bien leur mission, alors qu'elles sont confrontées aux conséquences horribles des armes de guerre, sur les corps mais aussi sur la santé mentale des soldats qu'elles soignent. De plus, leurs environnements de travail et de vie sont loin d'être favorables.

■ **Plusieurs qualificatifs sont employés pour décrire la Première Guerre mondiale.** C'est une guerre "moderne" : les sciences et les techniques sont mobilisées pour produire des armes de guerre d'une puissance destructrice et meurtrière jusqu'alors non égalée. C'est une guerre longue qui dure plus de quatre ans alors qu'à son déclenchement, chacun s'accorde pour l'imaginer brève. C'est aussi une guerre dans laquelle les combats sont menés en plusieurs dimensions : sur terre, dans les airs, sur les mers mais aussi sous les mers et sous terre. C'est également une guerre coûteuse, notamment en vies humaines. C'est enfin une guerre qui provoque de profonds changements sociaux et politiques : des empires disparaissent, de nouveaux États sont créés, de nouveaux régimes politiques se mettent en place et les équilibres mondiaux s'en trouvent fortement modifiés.

■ **Si les sciences et les techniques fournissent aux militaires de nouvelles armes,** la recherche dans le domaine de la santé est elle aussi très active durant ce conflit afin de relever les nouveaux défis sanitaires. De nouveaux traitements, de nouvelles techniques de soins mais aussi de nouvelles organisations sanitaires sont développés. L'introduction de ces innovations impacte directement la pratique des soins infirmiers².

Les infirmières dans la Grande Guerre

Des traitements et des techniques de soins très limités

■ **Les antibiotiques ne sont pas disponibles,** l'asepsie et l'antisepsie sont les seules stratégies disponibles pour prévenir et traiter l'infection des plaies.

■ **Les techniques anesthésiques sont encore limitées.**

■ **La transfusion sanguine n'est pas une thérapeutique** disponible au début de la guerre¹.

■ **Peu de perfusions intraveineuses sont réalisées,** les injections parentérales et intrarectales sont de pratique plus courante.

■ **Seule la mesure de la température, du pouls et de la pression artérielle à l'aide d'un**

sphygmomanomètre manuel est disponible mais cette dernière pratique est encore peu courante.

■ **Les techniques d'intubation et de ventilation artificielle** ne sont pas disponibles.

■ **Le matériel à usage unique n'existe pas,** instruments et "consommables" (compresses, pansements, drains, champs, gants...) doivent être stérilisés par l'infirmière. La stérilisation est encore artisanale (Poupinel® et petits autoclaves).

■ **La machine à laver le linge n'existe pas :** draps, uniformes, etc., doivent être lavés à la main ou en employant une "lessiveuse".

NOTES

² Explorer ces différents aspects a nécessité de consulter des sources multiples: journaux personnels d'infirmières, ouvrages historiques, manuels infirmiers de l'époque, archives des sociétés Croix-Rouge ou des corps infirmiers militaires des pays impliqués ou encore les revues professionnelles contemporaines de ce conflit.

DES BESOINS NOUVEAUX LIÉS À UNE GUERRE MODERNE

■ **L'idée que l'on se fait de la guerre à la veille de son déclenchement** est très éloignée de ce qui sera vécu par ses protagonistes durant plus de quatre ans [2]. Cet écart entre la guerre imaginée et la guerre vécue s'observe non seulement au niveau des états-majors militaires mais également au niveau des professionnels de santé. Les premiers prévoient une guerre de courte durée reposant sur l'offensive, les seconds, confiant aux hôpitaux situés loin du front la mission de traiter les blessés et s'attendent à être confrontés à des plaies "aseptiques" provoquées par des balles. Malheureusement, dès les premières semaines de combat, la guerre qui fait rage a un caractère "moderne". De nouvelles armes sont employées, notamment l'artillerie. Elles provoquent des blessures bien différentes de celles auxquelles s'attendaient les professionnels de santé. Face à ces constats et à la forte mortalité observée, les services de santé des armées des pays impliqués doivent concevoir de nouvelles organisations et développer de nouvelles stratégies thérapeutiques. Les blessés sont porteurs de plaies étendues et profondes. Ils sont souvent atteints de traumatismes multiples (fractures, lésions des parties molles, etc.) touchant plusieurs parties du corps (membres, abdomen, thorax, rachis, boîte crânienne, face). De plus, les techniques de réanimation de l'époque sont encore très sommaires, ce qui accroît encore davantage la mortalité des blessés. Rapidement, les plaies des blessés s'infectent sous l'effet des bactéries telluriques contenues dans la terre des champs de bataille. La gangrène gazeuse devient un ennemi redoutable dont la

prévention et le traitement font l'objet de nombreux travaux de recherche. Le tétanos fait également son apparition, l'emploi systématique de sérum antitétanique permet rapidement de juguler ce risque [3].

■ **Comme ce fut le cas dans les guerres du passé, les professionnels de santé n'ont pas uniquement à prendre en charge des blessés de guerre.**

Nombre de pathologies médicales émergent, notamment les maladies infectieuses [4]. Ce phénomène épidémiologique est multifactoriel. La concentration de troupes et, plus largement, les mouvements de population favorisent la transmission de maladies infectieuses. Les conditions d'hygiène qui ne cessent de se détériorer dans les tranchées (pullulation de rats, eaux polluées, présence de cadavres, parasites, etc.), l'environnement climatique (hivers rigoureux, pluies, etc.) ainsi que l'état nutritionnel médiocre des soldats et de la population sont à l'origine d'épidémies et de pandémies (tuberculose, méningite, typhoïde, grippe espagnole, etc.). Mais parallèlement aux affections somatiques qui touchent les troupes, sont observés rapidement chez certains soldats des troubles du comportement liés au caractère particulièrement traumatisant des combats. D'abord assimilées à de la simulation, ces manifestations cliniques sont ensuite identifiées par les psychiatres comme des signes évocateurs d'une pathologie qualifiée alors de *shell shock* [5], nommée syndrome de stress post-traumatique dans les conflits ultérieurs.

DES THÉÂTRES D'OPÉRATION MULTIPLES

■ **La guerre prend rapidement une extension mondiale.** Ce phénomène s'explique, d'une part, par l'existence de vastes empires coloniaux



Figure 1. Les différents fronts de la Première Guerre mondiale.

(britannique, belge, allemand et français) qui portent cette guerre dans de nombreuses régions du monde, et d'autre part, par l'implication d'un nombre croissant de pays dans le conflit (Italie, Roumanie, etc.). Les combats se déroulent sur une multitude de théâtres d'opérations aux caractéristiques variées (figure 1) [6,7] :

- en Europe occidentale (de la mer du Nord à la Suisse) ;
- dans les Balkans (Serbie, Gallipoli, etc.) ;
- en Europe orientale (Prusse orientale, etc.) ;
- au Moyen orient alors largement sous l'influence de l'Empire ottoman (Mésopotamie, etc.) ;
- en Afrique (Afrique de l'Est, Togo, Cameroun, Afrique australe) ;
- en Mélanésie où l'empire allemand dispose alors de colonies (Papouasie- Nouvelle Guinée, archipel Bismarck, etc.).

■ **Même si la Première Guerre mondiale n'a pas connu de grandes batailles navales** en dehors de celle du Jutland, la navigation maritime n'est pas sans danger. Les sous-marins allemands (*U-boat*) torpillent nombre de navires civils ou militaires. Ainsi, le torpillage du paquebot *Lusitania* a marqué les esprits notamment aux États-Unis alors non impliqués dans le conflit. Ces théâtres d'opération renvoient à des réalités différentes (géographie, climat, population, etc.). Là où sont les troupes combattantes se trouvent des professionnels de santé. Les caractéristiques de

ces environnements impactent nécessairement l'organisation de la chaîne sanitaire.

STRATÉGIE MILITAIRE ET IMPACT SUR LES SERVICES SANITAIRES

■ Stratégies et tactiques militaires influent sur le fonctionnement des services sanitaires.

Ainsi, tout au long de la Première Guerre mondiale, et selon les théâtres d'opération, différentes phases se distinguent dans ce conflit. Sur le front de l'Ouest, à la guerre de mouvement succède, dès la fin de l'année 1914, une longue période de guerre de position, émaillée de batailles et d'offensives célèbres (Verdun, bataille de la Somme, Passchendaele, etc.). L'offensive allemande du printemps 1918 impose à nouveau une guerre de mouvement qui bouleverse le fonctionnement des structures sanitaires alliées [8].

■ **La succession de ces différentes phases** et la nécessité de rapprocher les structures de soins des champs de bataille modifient profondément la conception du rôle de la femme soignante. Au début de la guerre, il apparaît inconcevable de positionner une femme à proximité des zones de combat [9]. Sa place ne peut être imaginée qu'à l'arrière. Le raisonnement rationnel qui sous-tend cette position repose autant sur une volonté d'éviter de confronter une femme aux dangers du front que sur des stéréotypes jugeant

Les infirmières dans la Grande Guerre

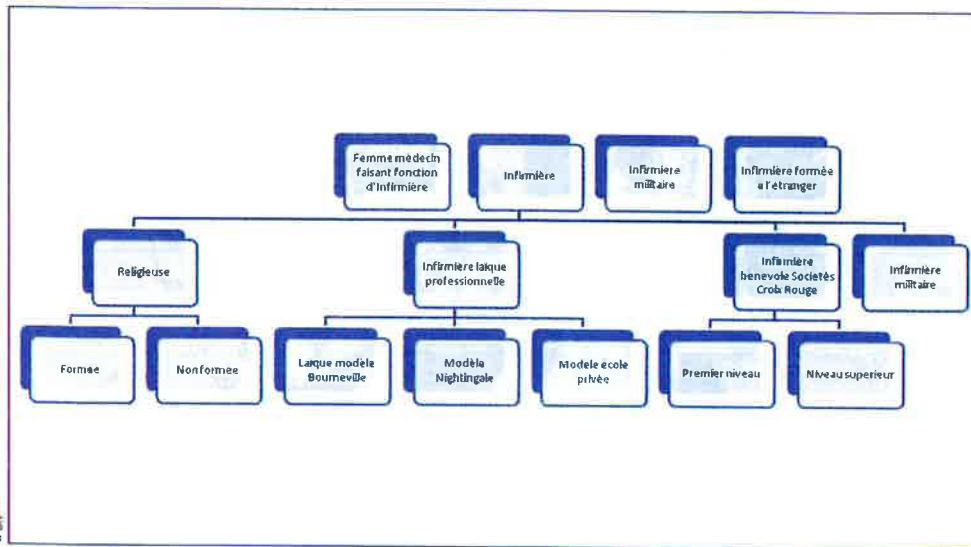


Figure 2. Infirmières et infirmiers français durant la Première Guerre mondiale.

celle-ci incapable de faire face à un environnement hostile. La stabilisation du front et l'installation d'une guerre de position, le besoin de disposer de soins infirmiers professionnels au plus près des zones de combat et la nécessité de ne pas employer des hommes dans des fonctions non combattantes sont autant de facteurs qui font évoluer cette position initiale [10]. Peu à peu, les femmes soignantes sont placées plus près du front. Les bénéfices dégagés par ces nouvelles dispositions ainsi que le comportement exemplaire des infirmières affectées dans les hôpitaux de l'avant mettent en évidence le fait que les craintes initiales reposaient sur des représentations inexacts.

INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE LA GRANDE GUERRE : UN CONCEPT MULTIFORME

Tentons de mieux cerner les acteurs qui sont chargés de donner des soins aux combattants de la Grande Guerre.

■ **Il existe une grande hétérogénéité au sein de ce groupe.** À titre d'exemple, la typologie des infirmières et infirmiers impliqués dans le premier conflit mondial sous la bannière française comprend une grande diversité de statuts (figure 2). Coexistent infirmières professionnelles et bénévoles, infirmières et infirmiers, infirmières laïques et religieuses, etc. De plus, les professionnelles ont souvent été formées selon des modèles différents. Quant aux infirmières bénévoles, elles

appartiennent à des organisations multiples et parfois concurrentes avant-guerre.

■ **Cette hétérogénéité est multifactorielle.** Elle est d'abord liée au sexe. Rares sont les pays, notamment anglo-saxons³, qui donnent alors aux hommes l'appellation d'infirmier. Ceux chargés de dispenser les premiers soins au cœur même des champs de bataille sont le plus souvent qualifiés d'auxiliaires⁴. La France fait exception dans ce domaine puisque durant cette guerre, sont qualifiés indistinctement d'infirmier et d'infirmière des soignants qui présentent pourtant des caractéristiques très différentes, notamment en matière de formation. Majoritairement et d'une manière de plus en plus marquée au fil du temps, le profil de l'infirmière va s'imposer sur celui de l'infirmier, excepté en première ligne. Ce phénomène s'explique notamment par la mortalité importante qui touche les soldats, rendant nécessaire de positionner les hommes dans un rôle de combattant plutôt que dans des fonctions de support [11].

■ **Quant aux origines sociales de l'infirmière de la Grande Guerre,** l'hétérogénéité prévaut à nouveau. Aristocrates, voire têtes couronnées, bourgeoises et femmes issues de la classe moyenne et parfois même du prolétariat se côtoient. Les premières attirent toutefois plus l'attention de leurs contemporains et laissent souvent des écrits relatant leurs expériences.

■ **Le niveau de formation en soins infirmiers est lui aussi très variable.** Il est souvent inversement proportionnel au statut social. Ainsi, les classes sociales aisées optent souvent pour des formations

NOTES

³ Aux États-Unis par exemple, il faudra attendre la guerre du Vietnam pour que des hommes soient autorisés à intégrer les corps infirmiers des trois armes.

⁴ Le terme *orderly* est le plus communément employé pour les désigner dans la langue anglaise.



Hôpital complémentaire n°45 Saint-André-de-Cubzac.



Tente d'évacuation de type Bessonneau.

courtes (Au Royaume-Uni, le VAD – Voluntary Aid Detachment ou détachement d'aide volontaire, formation de base des trois sociétés Croix-Rouge en France). À l'inverse, les infirmières qui exercent cette profession de manière salariée sont davantage issues de la classe moyenne voire des classes laborieuses pour le cas de la France⁵ [12-14]. Cette catégorie d'infirmières a bénéficié d'une formation professionnelle théorique et clinique au sein des hôpitaux, complétée par des années d'expérience soit à l'hôpital ou à domicile. Si la France ne dispose jusqu'en 1916 que d'un nombre très limité d'infirmières militaires formées [15], la plupart des territoires de l'Empire britannique (Royaume-Uni, Canada, Australie,

Nouvelle-Zélande, etc.) sont dotés de corps d'infirmières militaires. L'accès à ce corps s'opère au terme d'une sélection très stricte des candidates (Queen Alexandra's Imperial Military Nursing Service – QAIMNS, etc.) vérifiant à la fois leurs qualifications, leur expérience professionnelle, leur morale mais aussi l'aptitude physique à exercer ce type d'activité [16-18]. Il faut d'ailleurs souligner que l'expérience professionnelle des infirmières qualifiées est très variée et les prépare parfois peu au quotidien qui les attend durant ce conflit. Ainsi, nombre d'infirmières formées selon le modèle Nightingale, que ce soit au Royaume-Uni, au sein de l'empire britannique ou aux États-Unis, acquièrent une expérience hospitalière durant leur formation, puis une fois diplômées, s'orientent vers les soins à domicile en étant engagées au service de familles aisées [19]. Certaines de ces infirmières retrouveront donc un mode d'exercice hospitalier à l'occasion de cette guerre. D'autres, formées dans des cursus plus courts, découvriront l'organisation hospitalière dans le contexte particulier de cette guerre.

■ **Quel que soit leur niveau de formation ou l'expérience acquise dans les fonctions de soignante**, les infirmières de la Grande Guerre doivent faire face à une réalité à laquelle rien ne les a préparées. Leurs capacités d'adaptation sont mises à rude épreuve afin de contribuer au mieux à l'effort de guerre. À ces capacités d'adaptation s'ajoute souvent un esprit créatif qui permet notamment de surseoir aux difficultés d'approvisionnement en matériel. Par ailleurs, les infirmières actualisent leurs pratiques en lien avec les évolutions intervenues dans les traitements et les techniques de soins à la suite des travaux de recherche menés activement durant le conflit.

■ **Les statuts des infirmières sont multiples.** Certaines sont bénévoles (comme, par exemple, en France, les infirmières appartenant aux trois sociétés Croix-Rouge : Société de secours aux blessés militaires – SSBM, Association des dames françaises – ADF, Union des femmes de France – UFF), d'autres sont issues d'organisations féminines⁶ [20,21] ou encore possèdent un statut particulier ou une fonction militaire. Par exemple, l'armée canadienne est la première à attribuer aux infirmières un statut d'officier avec les droits et les devoirs attachés à ce grade [18]. Quelle que soit leur position, les infirmières de la Grande Guerre ont bénéficié d'une formation militaire, souvent très perfectible excepté peut-être pour celles engagées avant la guerre dans la réserve militaire. Il faut cependant souligner que certaines infirmières de l'Empire britannique connaissent déjà l'épreuve du

Les infirmières dans la Grande Guerre

feu, ayant servi lors de la Seconde Guerre des Boers en Afrique du Sud au début du XX^e siècle. Certaines infirmières de la Croix-Rouge russe ont également participé au conflit russo-japonais de 1904/1905. Toutefois, pour celles qui découvrent à l'occasion de ce conflit la discipline stricte imposée classiquement dans l'environnement militaire, ces règles ne leur sont pas entièrement étrangères notamment lorsqu'elles ont bénéficié d'une formation reposant sur le modèle Nightingale. La discipline est, en effet, un maître-mot dans les hôpitaux et les écoles. Le quotidien y est régi par des règles strictes tant dans les aspects professionnels que personnels de la vie de l'infirmière. Le système repose sur une hiérarchie très structurée, avec à sa tête la matrone⁷.

■ **Enfin, concernant les motivations qui poussent les infirmières à se porter volontaires**, les objectifs qui les animent sont variés. Certaines considèrent le rôle de soignante comme l'expression féminine de la ferveur patriotique. Alors que leurs frères ou leurs maris servent sous les drapeaux, elles considèrent que leur place ne peut être ailleurs, qu'elles doivent être partie prenante de cette priorité nationale. Pour d'autres, notamment au Royaume-Uni, le déclenchement de la Première Guerre mondiale intervient alors qu'elles luttent depuis des années dans le but d'obtenir des droits civiques à l'égal des hommes. Ce conflit leur donne alors la possibilité de contribuer, à l'instar des hommes, à l'effort de guerre. Cet engagement leur donne l'opportunité de montrer à la société de l'époque que ses représentations à l'égard des femmes nécessitent d'être actualisées. Pour elles, contribuer à cette guerre peut potentiellement servir de levier à leur désir d'émancipation. D'autres encore ressentent un besoin d'échapper à un quotidien qu'elles trouvent monotone. Le rôle social attribué aux jeunes filles et aux femmes des classes moyennes et supérieures se limite, au début du siècle, aux rôles d'épouse, de mère et de maîtresse de maison. Certaines se sentent à l'étroit dans ces rôles d'autant que nombre de ces femmes ont de plus en plus accès à l'éducation secondaire voire supérieure. Toutefois, peu d'activités professionnelles sont reconnues comme moralement acceptables pour elles. Ce conflit leur donne donc l'opportunité d'échapper à cet avenir déjà tracé. Il leur offre la possibilité de se réaliser ou de vivre un quotidien aventureux tout en ne mettant pas en péril leur respectabilité. Les motivations des infirmières bénévoles issues des classes sociales supérieures ont souvent été questionnées voire raillées, notamment au début de la guerre. Il semble en effet que le port de la tenue d'infirmière ait été très prisé à ce moment. Dans un discours prononcé lors de la remise des diplômes d'infirmières



Figure 3. Intérieur d'une ambulance à Belleville (54).

de la Société de secours aux blessés militaires de la Croix-Rouge à une nouvelle promotion, Marie-Léonie Génin souligne la nécessité pour une infirmière de se dépouiller de sa personnalité, de son indépendance ou de ses prérogatives mondaines [22]. Elle insiste également sur le port d'un uniforme sobre, correct et sévère, et précise la nature des rapports devant être entretenus avec les autorités militaires (médecin, etc.) : abdiquer toutes prérogatives sociales, faire preuve de respect, d'obéissance, s'abstenir de toute relation en dehors du service (thé, bridge, etc.) et de toute frivolité lors des périodes de repos (plage, restaurants, cafés, etc.). Il s'agit pour ces femmes, jeunes pour la plupart, d'opérer des changements importants dans leur quotidien. Pour nombre d'entre elles, exercer la fonction d'infirmière auxiliaire les conduit à effectuer des tâches qu'elles ont jusqu'alors toujours laissées à leurs domestiques. Pour les plus jeunes, l'exercice infirmier les confronte pour la première fois à une proximité et à une intimité avec le corps de l'homme qui leur était jusqu'alors inconnu.

■ **Les infirmières de la Première Guerre mondiale forment donc une entité marquée par la diversité.** Bénévoles ou salariées, civiles ou militaires, laïques ou religieuses, formées de façon sommaire ou qualifiées, elles forment une "union sacrée" des soignants au service de la grande guerre.

DES PATIENTS AUX CARACTÉRISTIQUES VARIÉES

■ **La société d'alors est très stratifiée.** Paysannerie, prolétariat, classe moyenne, bourgeoisie, haute

NOTES

⁵ Le modèle instauré par le docteur Désiré Bourneville au sein de l'assistance publique de Paris dans la dernière partie du XIX^e siècle repose sur le principe de la promotion sociale. Les laïcs qui dispensent des soins dans les hôpitaux sont incités à suivre une formation d'infirmier ou d'infirmière.

⁶ On peut citer quelques organisations féminines emblématiques telles que la Yeomanry ou encore l'équipe exclusivement féminine du Women Scottish Hospital installé dans l'Abbaye de Royaumont, au sud de l'Oise, qui apporte son concours à l'armée française durant toute la guerre.

⁷ La matrone est l'infirmière en chef responsable des sœurs, c'est-à-dire des infirmières militaires qualifiées, qui dirigent elles-mêmes les autres infirmières et l'ensemble du personnel soignant.



© Musée SSA Val-de-Grâce

Brancard-hamac des tranchées en cas de fracture.



© Musée SSA Val-de-Grâce

Poste de secours à Moulin de l'étang.

bourgeoisie et aristocratie constituent les principales classes sociales de l'époque. La guerre fait se côtoyer les représentants de ces différents groupes sociaux. Toutefois, la stratification de la société se retrouve dans la hiérarchie militaire [23] et, par voie de conséquence, dans l'organisation des soins aux victimes. Hommes de troupes et officiers sont ainsi séparés dans des espaces différents au sein des établissements de soins. Mais ce brassage social et culturel ne se limite pas au territoire métropolitain. En intégrant aux combats les hommes issus de l'ensemble des empires coloniaux, notamment au sein des forces françaises et britanniques, les infirmières

rencontrent alors des patients issus d'ethnies et de cultures très variées. Une infirmière britannique affectée dans un train sanitaire évoque, dans son journal, la difficulté à faire se côtoyer des blessés hindous et musulmans [24] mais aussi ses tentatives visant à acquérir quelques rudiments de leur langue afin d'entrer plus facilement en contact avec eux. Soldats du Maghreb, d'Afrique subsaharienne, Hindous, Indiens musulmans, Sikhs, Gurkha népalais bénéficient des services sanitaires des armées engagées. Sans oublier les ouvriers chinois amenés dans le nord de la France pour contribuer à creuser des tranchées ou pour assurer des fonctions supports aux armées libérant ainsi des hommes pour le combat.

■ **Il faut aussi évoquer les prisonniers**, qui, en vertu des conventions de Genève [25], doivent bénéficier de soins attentionnés. Ces situations sont parfois complexes à gérer dans la mesure où certaines infirmières polyglottes sont quelquefois les seules à pouvoir communiquer directement dans la langue de ces prisonniers. Ces situations peuvent les rendre suspects d'autant que la guerre avançant, la rancœur nationale se renforce à l'égard des ennemis.

■ **Bien que leur activité principale soit centrée sur les soins aux combattants blessés ou malades**, dans certaines situations, les infirmières prodiguent des soins aux civils de tous âges, notamment ceux qui se retrouvent brutalement dans une zone de combat au gré d'une offensive ennemie. Cette expérience est vécue de manière différente par les soignants, en fonction de leur histoire de vie mais aussi et surtout de la classe sociale dont ils sont issus.

DIFFÉRENTS ENVIRONNEMENTS DE PRATIQUE

■ **Les infirmières participent à la quasi-totalité des étapes de la chaîne de secours et de soins** durant la Première Guerre mondiale. Si, au fur et à mesure du temps, elles se rapprochent du champ de bataille, elles ne se retrouvent jamais, de manière volontaire, en première ligne, les soins dans ces zones de contact avec l'ennemi étant réalisés par les auxiliaires sanitaires masculins des régiments, assistés de brancardiers⁸. Les postes qui les accueillent sont très variés et souvent sommaires. Certaines exercent dans des écoles, des églises, des grands hôtels ou encore dans des châteaux reconvertis en "ambulance". Ces structures sont créées de toutes pièces pour répondre aux besoins et peuvent être déplacées

Les infirmières dans la Grande Guerre

très rapidement en fonction des objectifs militaires du moment où des offensives sont engagées. Monter et démonter une "ambulance" implique une forte contribution des infirmières et, plus largement, de l'ensemble des personnels affectés à ce type de structure (figure 3, 4).

■ **D'autres travaillent sous des tentes** ou sont affectées dans des infirmeries de gare. Elles apportent leur aide aux blessés des trains sanitaires convoyés vers des lieux de soins de l'arrière ou vers les ports. La plupart travaillent en unité d'hospitalisation ou exercent au bloc opératoire, en radiologie ou parfois dans un laboratoire. Ces deux derniers services médico-techniques occupent d'ailleurs une place grandissante dans les nouvelles méthodes thérapeutiques développées durant la guerre. Mais nombre d'infirmières sont aussi amenées à soigner dans des structures en mouvement : ambulances automobiles, trains sanitaires, barges, navires et bateaux hôpitaux convoyant les blessés des corps expéditionnaires (britanniques, américains, etc.).

SOINS AUX BLESSÉS

Les soins aux blessés peuvent être classés en deux catégories : les soins directs et indirects.

■ **Dans la catégorie des soins directs**, se trouvent les soins de base : ceux d'hygiène et de confort, qui promeuvent une alimentation saine et un sommeil réparateur. Ces soins sont primordiaux dans la mesure où ils redonnent au soldat malade ou blessé une impression de retour à une vie "normale" après les conditions de vie très rudes subies dans les tranchées. Quant aux soins techniques, ils connaissent des évolutions majeures durant ce conflit, devenant de plus en plus efficaces mais aussi complexes : pansements (figure 5), irrigation de Dakin-Carrel, lavements, prélèvements bactériologiques, etc.

■ **Les soins relationnels et éducatifs jouent un rôle majeur dans l'atteinte de résultats positifs pour les patients.** Ils prennent plusieurs formes, comme celles de l'écoute et du soutien. La présence de l'infirmière normalise l'entourage social du soldat qui jusqu'alors avait été immergé pendant de longues périodes dans un environnement exclusivement masculin. Mais sauver la vie d'un patient impose des interventions très mutilantes laissant présager une réinsertion sociale difficile. Il appartient donc aux infirmières d'accompagner l'adaptation des patients diminués physiquement à l'abri des murs de l'hôpital. Le blessé observe souvent les réactions de l'infirmière, la première à



Intérieur d'un poste de secours près de la ligne de front.



Figure 4. Inspection de l'ambulance automobile chirurgicale par le médecin inspecteur général Mignon à Sainte-Menehould.

être confrontée à son corps mutilé. Elles lui laissent présager quelle pourront être celles de sa famille. L'infirmière lui permet également de maintenir le lien avec ses proches notamment par l'intermédiaire du courrier. Elle s'emploie à recréer une atmosphère chaleureuse autour du patient dans la salle d'hospitalisation : fleurs, éléments de décoration, gramophone, etc. Elle s'investit dans des activités d'animation notamment lors des fêtes de fin d'année ou des grandes fêtes nationales. Là encore, la notion de retour à la normalité est privilégiée.

■ **Les soins indirects font partie intégrante de l'activité infirmière.** Ils contribuent à la coordination des parcours de soins des patients. La gestion

NOTES

⁸ Les brancardiers sont le plus souvent des musiciens affectés à la musique des régiments.

Leur travail est particulièrement périlleux car le relevage des blessés n'implique pas nécessairement une trêve.

⁹ À titre d'exemple, Maud Mac Carthy est la matrone en chef du corps expéditionnaire britannique en Europe occidentale. Quant à Magareth Mac Donald, elle assure cette fonction pour le corps des infirmières canadiennes.

¹⁰ Le plus connu en France est situé à Reims (51). Il a été érigé « à la gloire des infirmières françaises et alliées victimes de leur dévouement ».

des flux représente une priorité en temps de guerre afin d'éviter d'engorger les structures d'amont. Il s'agit aussi d'orchestrer les activités des différents soignants aux qualifications éparses (garçons de salle, VAD, etc.). La documentation constitue également une activité de soins indirects. Ces tâches se trouvent souvent amplifiées par la lourdeur administrative observée dans le cadre militaire de l'époque.

■ **Par ailleurs, la Première Guerre mondiale permet l'émergence d'une pratique infirmière spécialisée.** L'infirmière est amenée à "donner l'anesthésie" et le corps expéditionnaire américain met même sur pied une formation dédiée. Le développement de l'expertise dans les rôles d'infirmière circulante et d'aide opératoire est privilégié au bloc opératoire. Marie Curie lance la première formation d'infirmières de radiologie afin de faciliter la localisation des éclats d'obus et d'explorer plus adéquatement les plaies. Des infirmières sont aussi formées aux techniques de laboratoire afin d'accompagner l'introduction de la bactériologie dans le traitement des plaies septiques. Enfin, face au volume sans cesse croissant de blessés atteints de fractures et d'amputation de membres, la fonction d'infirmière masseuse se développe dans les centres de rééducation.

DES DILEMMES ÉTHIQUES SINGULIERS

Exercer des fonctions d'infirmière auprès des victimes de la Première Guerre mondiale confronte les soignantes à de nombreux dilemmes éthiques souvent spécifiques à la situation de conflit.

■ **La première difficulté réside dans la gestion des conséquences du triage.** Les infirmières doivent centrer leur attention sur les patients susceptibles d'être sauvés. Il faut donc administrer de la morphine à ceux dont l'état est désespéré et les laisser reposer derrière un paravent en attendant que la mort survienne. Les techniques de réanimation étant encore très limitées, les blessés de l'abdomen souffrent souvent d'une déshydratation intense. Les infirmières entendent donc les appels des patients assoiffés sans pouvoir y répondre adéquatement [26]. Le nombre élevé de patients amputés laisse imaginer la prévalence des douleurs du membre fantôme chez ces blessés, à une époque où les douleurs neurogènes ne sont pas encore traitées. "Revalider" ou évacuer vers l'arrière pose régulièrement des dilemmes aux infirmières, les poussant parfois à engager un plaidoyer auprès des médecins afin qu'une convalescence

plus longue soit accordée au patient. Plus le conflit avance, plus certains soignants questionnent le sens même de leur action. En effet, nombre de soldats sont blessés à plusieurs reprises.

■ **Parfois, lors d'une offensive, les infirmières sont confrontées à la nécessité d'évacuer rapidement une ambulance.** Dans ces moments intenses, la question du devenir des blessés intransportables génère des dilemmes difficiles à régler. Il arrive également que l'infirmière constate une plaie issue d'une automutilation ou qu'elle ait à soigner un blessé chez qui ce diagnostic a été posé. Ces comportements ne font qu'augmenter au fur et à mesure de la guerre. L'infirmière doit alors ajuster sa posture dans un environnement qui réprime ce type de geste.

■ **Soigner l'ennemi représente également une autre difficulté** pour l'infirmière surtout si celui-ci reste très véhément en affirmant son patriotisme envers la nation ennemie. L'infirmière confrontée aux ravages que les attaques de l'ennemi provoquent peut éprouver des difficultés à rester investie. Cette situation se complique encore si elle a elle-même perdu un être cher dans ce conflit, ce qui est très courant durant cette guerre meurtrière.

SOIGNER EN ÉQUIPE, ORGANISATION DE SOINS ET ENCADREMENT

■ **Le quotidien de l'infirmière implique nécessairement un travail d'équipe** au sein d'une organisation pensée dans le but de répondre au mieux aux besoins des patients. La composition des équipes soignantes des structures sanitaires fait coexister des infirmières qualifiées et expérimentées, d'autres simplement sensibilisées à la fonction (VAD) et des garçons formés "sur le tas". L'équipe doit gérer les flux de patients afin d'éviter tout engorgement mais aussi anticiper les afflux massifs de blessés lorsqu'une offensive d'envergure est planifiée. Elle doit aussi être en capacité de tolérer l'incertitude inhérente à un futur qui ne peut s'imaginer qu'à court terme.

■ **Cette organisation, pensée en temps de paix, est éprouvée en temps de guerre.** La rigidité du temps de paix fait souvent place à une flexibilité et à un assouplissement en situation d'exception. Cet assouplissement est notamment observable dans les activités de soins accomplies par les membres de l'équipe. Lors des afflux massifs de blessés, des glissements de tâches s'opèrent inmanquablement du médecin vers l'infirmière et de l'infirmière vers les personnels auxiliaires.

Les infirmières dans la Grande Guerre

■ **L'organisation des unités de soins repose sur une hiérarchie** qui souvent renvoie aux différents modèles nationaux alors observables dans le civil. Le modèle Nightingale adopté par la Grande-Bretagne et par ses dominions s'inspire du foyer domestique. La *sister*⁷ est la maîtresse de maison pleinement responsable de son service, qui inclut l'environnement physique, les personnels affectés dans l'équipe et bien entendu les soins aux patients. Les *sisters* sont sous l'autorité de la matrone qui dirige la structure. Cette dernière réalise l'interface avec les officiers du service de santé. Elle est également garante de la morale au sein de la structure, et préserve la respectabilité des infirmières et des *sisters* qui y sont affectées. Les matrones dépendent, à leur tour, de la matrone en chef du théâtre d'opération sur lequel elles sont déployées [27]⁹. Ainsi, le personnel infirmier féminin est sous la responsabilité directe de cadres féminins tout en dépendant également des officiers masculins en charge de l'encadrement du service de santé. Au sein même de l'Empire britannique, des influences culturelles sont observables dans l'organisation des soins : les infirmières australiennes observent, par exemple, que les *sisters* britanniques réalisent moins de soins directs qu'elles [28] mais adoptent en revanche une position de supervision des soins dispensés par les soignants moins qualifiés.

■ **Une version moins structurée est observable dans les sociétés de Croix-Rouge françaises.** Celle-ci prévoit dans l'organigramme une fonction d'infirmière majeure requérant l'obtention d'une qualification supplémentaire. Ces organisations imposent le plus souvent que les hommes affectés aux équipes (garçons de salles) soient placés sur les ordres des femmes (*sisters*, matrones), marquant une rupture avec l'organisation "genrée" de la société de cette époque. Certains hôpitaux auxiliaires sont dirigés par des femmes qui en assurent le mécénat.

DES CONDITIONS DE VIE DIFFICILES

■ **Si les conditions de travail sont le plus souvent difficiles dans les zones proches des théâtres d'opération**, il en va bien entendu de même pour les conditions de vie et d'hébergement des infirmières. Plusieurs solutions d'hébergement sont possibles : sous la tente, dans des cabanes en bois spécialement dédiées à cet effet, chez l'habitant ou à l'hôtel. Les infirmières doivent parfois se contenter d'abris de fortune. Lorsqu'elles sont affectées dans des trains sanitaires ou encore



© Musée SSaval de Grèce

Figure 5. Salle de pansement à Bar-le-Duc, HOE n°20.

à bord de navires-hôpitaux, elles disposent d'une zone de vie au sein même de la structure et composent souvent avec une certaine promiscuité. Les infirmières britanniques peuvent bénéficier, lorsqu'elles disposent d'un hébergement collectif, des services d'une *home sister*. Cette dernière s'efforce de rendre les conditions de vie les meilleures possibles tant en matière d'hébergement que de repas. Les infirmières russes de la Croix-Rouge utilisent également ce concept [26].

■ **Le maintien de l'hygiène corporelle représente une difficulté majeure dans les structures proches du front**, sur les théâtres d'opération du Moyen-Orient ou dans les trains sanitaires. L'eau est souvent précieuse et se laver est un luxe [29]. Cette situation n'est pas sans poser problème car à cette époque les femmes portent nécessairement les cheveux longs. Entretenir son uniforme devient également difficile, tout comme garder une tenue propre et un voile blanc et empesé. Par ailleurs, les effets personnels des infirmières tardent parfois à leur être acheminés. Ainsi, au début de la guerre, alors que les armées allemandes avancent sur le nord de la France et menacent Paris, certaines infirmières se trouvent privées de leurs bagages pendant des semaines au gré des replis successifs [24]. Certaines abordent le rude hiver 1914 avec les mêmes vêtements que ceux qu'elles portaient lors de leur mobilisation au mois d'août.

■ **Trouver le repos est difficile, surtout près du front.** L'infirmière doit dormir, selon ses affectations et la saison, dans des environnements froids

RÉFÉRENCES

- [1] Nightingale F Notes on nursing: What it is, and what it is not. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1992.
- [2] Cazals R, Loez A. 14-18, vivre et mourir dans les tranchées. Paris: Tallandier; 2012.
- [3] Wever PC, van Bergen L. Prevention of tetanus during the First World War. *Med Humanit.* 2012;38(2):78-82.
- [4] Abel-Smith B. A history of the nursing profession. London: Heinemann; 1960.
- [5] Jones E, Fear NT, Wessely S. Shell shock and mild traumatic brain injury: a historical review. *Am J Psychiatry.* 2007;164(11):1641-45.
- [6] Becker JJ, Krumeich G. La Grande Guerre. Paris: Presses universitaires de France; 2004.
- [7] Porte R. La conquête des colonies allemandes: naissance et mort d'un rêve impérial. Paris: Soteka; 2006. 433 p.
- [8] Porte R. Chronologie commentée de la Première Guerre mondiale. Paris: Perrin; 2011.

RÉFÉRENCES

[9] Powell A. Women in the warzone. Stroud: Sutton; 2008.
 [10] Darrow MH. French Women and the First World War: War Stories of the Home Front. Oxford: Berg; 2000.
 [11] Duroselle JB. La Grande guerre des français, 1914-1918: l'incompréhensible. Paris: Perrin; 2002.
 [12] Poisson M. Origines républicaines d'un modèle infirmier, (1870-1900): histoire de la profession infirmière en France. Vincennes (France): Éditions hospitalières; 1998.
 [13] Magnion R. ScienceDirect (Online service). Les infirmières identité, spécificité et soins infirmiers [Internet]. Paris: Masson; 2001.
 [14] Guillermand J. Histoire des infirmières: de la naissance de la Croix-Rouge à l'institution de la profession, v.2 Paris: France-sélection; 1991.
 [15] Nutting MA, Lloyd Dock L. A History of Nursing. Charleston: BiblioBazaar; 2010.
 [16] Great Britain, Army, Queen Alexandra's Royal Army Nursing Corps, Gruber von Arni E. Sub Cruce Candida: a celebration of one hundred years of army nursing, 1902-2002. Great Britain: QARANC Association; 2002.
 [17] Rees P. The other Anzacs: nurses at war, 1914-18. Crows Nest, NSW: Allen & Unwin; 2008.
 [18] Mann S. Morin-Pelletier M. Briser les ailes de l'ange. Les infirmières militaires canadiennes (1914-1918). Montréal: Athéna éditions; 2006.
 [19] Dingwall R, Rafferty AM, Webster C. An introduction to the social history of nursing. Londres: Routledge; 1988.
 [20] Lee J. War Girls: The First Aid Nursing Yeomanry in the Great War. Manchester: Manchester University Press; 2005.
 [21] Crofton E. The Women of Royaumont: A Scottish Women's Hospital on the Western Front. Tuckwell Press; 1997.
 [22] Genin ML. Les devoirs d'une infirmière à l'ambulance. Société de secours aux blessés militaires (SBM) Croix Rouge; 1916.
 [23] Mariot N. Tous unis dans la tranchée? 1914-1918, les intellectuels rencontrent le peuple. Paris: Seuil; 2013.

ou, au contraire, très chauds, dans le bruit, lorsque l'artillerie lourde pilonne les positions ennemies. Les longues heures de travail qui s'enchaînent provoquent toutefois une telle fatigue que même ces conditions de vie très sommaires ne les empêchent pas de s'abandonner pour quelques heures à un sommeil réparateur.

■ **Pour les infirmières bénévoles affectées dans les hôpitaux situés en dehors des zones de guerre**, les conditions de vie sont très différentes. Ainsi nombre d'entre elles peuvent continuer à vivre à leur domicile et à prendre le chemin de l'hôpital auxiliaire voisin tous les matins [30].

DES RISQUES NOMBREUX

Les risques auxquels sont confrontées les infirmières sont nombreux et variés : certains sont liés à l'environnement, d'autres à la nature même de leur activité.

■ **L'environnement recèle de nombreux dangers.** Le premier d'entre eux vient des combats qui touchent les postes sanitaires, qu'ils soient fixes ou mobiles, même lorsqu'ils arborent l'emblème de la Croix Rouge. Les tirs d'artillerie, les attaques aux gaz de combat, le torpillage par U-boat ou les bombardements aériens font des victimes dans les rangs des soignants. De plus, les infirmières courent le risque d'être faites prisonnières, pour ne pas avoir voulu abandonner des patients qui ne pouvaient être évacués.

■ **Près des zones de guerre, elles évoluent dans un environnement naturel hostile.** En fonction des saisons et des latitudes, elles font face au froid (gelure des pieds, etc.), au vent, à la chaleur, à l'humidité, à la poussière, ou encore au sable du désert. Les affectations sur les fronts qualifiés de périphériques (Grèce, Egypte, par exemple) les exposent aux insectes de toutes sortes : moustiques, mouches ou cafards [21]. Les théâtres européens sont envahis par les poux. Les soldats des tranchées en sont infestés et le manque d'eau en favorise la transmission. Le bruit est un autre facteur avec lequel il faut composer.

■ **Les activités dévolues à l'infirmière sont par nature risquées.** Les durées de travail interminables qu'elle assure et la pénibilité de ses activités sont potentiellement source d'épuisement physique et psychologique. Craindre une situation pire accroît encore le caractère pénible de leur quotidien. Il n'est toutefois pas fait état d'infirmières ayant développé un syndrome de stress post-traumatique comme ce sera le cas pour les conflits suivants.

■ **Les risques professionnels liés à la mise en**

œuvre des soins sont multiples : la contagion (tuberculose, méningite, etc.) n'est pas rare, une piqûre lors de la réalisation d'un pansement, d'une intervention chirurgicale ou de la décontamination des instruments peut rapidement devenir septique. L'utilisation des anesthésiques volatiles, des radiations ionisantes et des antiseptiques parfois très agressifs n'est pas sans risque. À ces conditions de travail difficiles s'ajoute le port d'un uniforme peu adapté aux caractéristiques de leur quotidien : jupe longue, voile et corset.

STRATÉGIES D'ADAPTATION DÉVELOPPÉES PAR LES INFIRMÈRES

Plusieurs stratégies peuvent être détaillées.

■ **Le courrier échangé avec les familles joue un rôle crucial.** Il permet de rompre l'isolement et de faire état d'un quotidien parfois difficile tout en prenant garde aux dispositifs de censure en place. Certaines tiennent un journal, qui constitue aujourd'hui une source précieuse pour les historiens. Nombre d'entre elles l'ont publié à la fin de la guerre. D'autres puisent dans la pratique religieuse un moyen de trouver l'énergie nécessaire pour tenir.

■ **Apporter des améliorations à leur vie quotidienne peut aussi procurer un sentiment de bien-être.** Ainsi une infirmière britannique affectée à un train sanitaire souligne le caractère bénéfique pour son moral de pouvoir prendre un bain chaud et de prendre soin de son corps quand son train fait escale dans une grande ville, ou lorsqu'une collègue affectée sur un navire-hôpital lui propose de disposer de sa cabine pour un moment [24]. Au fur et à mesure de l'avancée de la guerre, des maisons de repos dédiées sont ouvertes afin de procurer aux infirmières un environnement propice à la récupération.

■ **Les infirmières bénéficient de permissions.** Toutefois, elles ne sont pas toutes logées à la même enseigne. En effet, servir dans son pays ou dans un pays voisin laisse la possibilité de retourner dans sa famille pour quelques jours. Il n'est pas de même pour les infirmières issues de l'Empire britannique qui doivent vivre en terre étrangère pour une longue période sans revoir les leurs. Certaines en profitent pour effectuer des visites touristiques (pyramides de Gizeh, Paris, Nice, etc.) [31].

■ **La mise en œuvre d'une rotation des infirmières entre les zones de l'avant et de l'arrière** a été mise en place assez rapidement afin d'éviter

Les infirmières dans la Grande Guerre

l'épuisement des infirmières postées au plus près du front. Toutefois, il faut noter une certaine ambiguïté quant à la manière dont cette rotation était vécue par les infirmières. Les postes situés à proximité du front ont généré une plus grande attractivité auprès de nombre d'infirmières même si la pénibilité du travail et la rudesse des conditions de vie qui y étaient associées étaient plus importantes dans ce type d'affectation.

DÉMobilISATION ET COMMÉMORATIONS

■ **La fin des hostilités en novembre 1918 est à l'origine de sentiments ambigus chez nombre d'infirmières.** La démobilisation et le retour à la vie civile sont souvent vécus difficilement. Certes, l'arrêt des combats ne provoque plus chez elles de poussées d'adrénaline mais plus encore elles se trouvent face à la nécessité de se réinsérer dans une structure sociale que la guerre avait mise entre parenthèses. Ce phénomène est encore plus marqué chez les infirmières non professionnelles.

■ **Les infirmières bénévoles retournent dans leur foyer** et retrouvent une position sociale dans laquelle elles se trouvent souvent à l'étroit. La guerre a changé certains éléments de leur personnalité. De plus, la reconnaissance sociale dont elles faisaient l'objet leur manque. Toutefois, pour celles qui font le choix de poursuivre une carrière professionnelle dans ce champ, elles retrouvent des organisations de soins très stratifiées dans lesquelles les compétences acquises en zone de conflit ne sont plus d'aucune utilité, voire même jugées menaçantes par leur hiérarchie infirmière ou par les médecins.

■ **Bien que nombre d'infirmières aient été décorées durant cette guerre, peu sont assimilées à des anciens combattants.** Ce statut reste

pour longtemps encore une affaire d'hommes. De même jusqu'à une période encore très récente, peu de monuments commémoratifs leur ont été spécifiquement dédiés¹⁰.

CONCLUSION

Les infirmières ayant apporté leur contribution lors du premier conflit mondial ont construit leur réalité durant ces années de guerre en s'appuyant à la fois sur leurs caractéristiques personnelles et sur celles de leur groupe professionnel d'avant-guerre. Elles ont fait preuve de capacité d'adaptation et de créativité afin d'intégrer les spécificités d'une guerre moderne. Que ces quatre années soient considérées par certains comme un levier à la reconnaissance sociale des infirmières ou par d'autres comme un frein à leur désir de professionnalisation, la plus-value apportée par les infirmières, quel que soit leur niveau de qualification, aux victimes et aux organisations sanitaires ne peut être niée.

Les infirmières ont individuellement dû composer avec un paradoxe : bien que confrontées aux atrocités que cette guerre engendrait, elle permettait à nombre d'entre elles de se réaliser et de repousser leurs limites. Cette période troublée a ouvert pour elles une parenthèse dans l'organisation sociale leur permettant de sortir du cadre qui leur était jusqu'alors imposé.

La "der des der", comme elle a été qualifiée dans l'immédiat après-guerre, n'a pas tenu ses promesses. D'autres conflits ont émaillé l'histoire mondiale nécessitant la mobilisation d'infirmières qui ont marché ainsi sur les traces de celles qui les ont précédées et qui ont apporté leur brique à l'édification des savoirs nécessaires à la pratique des soins infirmiers en zone de guerre. ■

RÉFÉRENCES

- [24] Anonymous. Diary of a nursing sister on the western front, 1914-1915. General Books; 2010.
- [25] Convention de Genève du 22 août 1864 pour l'amélioration du sort des militaires blessés dans les armées en campagne. Genève, 22 août 1864, <http://www.icrc.org/dih/INTRO/120?OpenDocument>
- [26] Farmborough F. With the armies of the tsar: a nurse at the Russian front, 1914-18. New York: Stein and Day; 1975.
- [27] Marin S, Margaret Macdonald: imperial daughter. Montreal: McGill-Queen's University Press; 2005.
- [28] Harris K. More Than Bombs and Bandages: Australian Army Nurses at Work in World War I. Newport: Big Sky Publishing; 2011.
- [29] Thomas L. Lemnos nurses 2015. Aust Nurs J July 1993, mai 2012;19(10):21.
- [30] Bourcier C, Bourcier Yapp C. Nos chers blessés: une infirmière dans la Grande Guerre. Saint-Cyr-sur-Loire: Éditions Alan Sutton; 2002.
- [31] Wigle SL. Pride of America, we're with you: the letters of Grace Anderson, US Army Nurse Corps, World War I. Rockville, MD: Seaboard Press; 2007.

Remerciements

L'auteur tient à remercier le département des archives de la Croix-Rouge française, l'association Queen Alexandra's Imperial Military Nursing Service (QAIMNS) ainsi que l'Australian War Memorial pour avoir facilité l'accès aux sources de la période concernée.

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Les points à retenir

- Pendant la Première Guerre mondiale, la nature des besoins et les techniques thérapeutiques développées ont mis en évidence la nécessité de disposer d'infirmières qualifiées au plus près des champs de bataille.
- Les infirmières impliquées avaient des caractéristiques, des niveaux de formation et d'expérience très hétérogènes.
- Elles ont déployé leurs compétences et leurs qualités personnelles, notamment leur créativité, pour permettre le rétablissement des soldats blessés ou malades qui leur étaient confiés.

pratique soignante

Les problèmes de santé des combattants durant la Première Guerre mondiale

HUGUES LEFORT^{*a}
Médecin urgentiste

JEAN-JACQUES FERRANDIS^b
Ancien président de la Société française d'histoire de la médecine, conservateur honoraire

XAVIER TABBAGH^b
Conservateur

LAURENT DOMANSKI^a
Médecin chef de la Brigade de sapeurs-pompiers de Paris

JEAN-PIERRE TOURTIER^a
Professeur agrégé du Val-de-Grâce en médecine d'urgence et anesthésie-réanimation

^aService médical d'urgence, Brigade de sapeurs-pompiers de Paris, 3, rue Darmesteter, 75013, Paris, France

^bMusée du Service de santé des armées, Val-de-Grâce, 1, place Alphonse-Laveran, 75005 Paris, France

■ La Grande Guerre, par l'utilisation d'armes nouvelles, cause plus de 3 500 000 blessés (dont 500 000 de la face), plus nombreux que ceux liés aux maladies (tuberculose, grippe, typhoïde) ou aux conditions climatiques ■ La prise en charge chirurgicale de la plaie de guerre connaît alors une évolution majeure par l'usage de l'asepsie et des antiseptiques ■ La mortalité baisse, ouvrant la voie à la réhabilitation physique et psychologique du blessé de guerre.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – antiseptique ; plaie ; Première Guerre mondiale ; réhabilitation ; service de santé des armées

Health problems of combatants during the First World War. The First World War because of the use of new weapons, injured more than 3 500 000 people (500 000 in the face), more than diseases (tuberculosis, typhoid fever, etc.) or even weather circumstances. The healing of the war wounds through surgery undertook a significant evolution thanks to the use of asepsis and antiseptics. Mortality goes down, opening the way to the physical and psychological rehabilitation of those injured by the war.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – antiseptic; history; medical care; military health service; rehabilitation; wound; World War

La guerre de 1914-1918 a été la cause, dans les armées françaises, de 1 527 040 morts au 1^{er} juin 1919, sur 7 932 000 Français mobilisés. Mais elle est aussi à l'origine de 3 595 000 blessés : 500 000 au visage et 1 100 000 devenus invalides permanents, parmi lesquels 56 000 ont subi une amputation et 65 000 ont gardé un déficit fonctionnel. Durant la Grande Guerre, le combattant doit déjouer d'une part, les blessures des armes conventionnelles et des nouvelles armes, et d'autre part, les risques infectieux courants ou liés aux conditions de vie dégradées majorées par le climat froid et humide de la guerre de tranchée, parfois sur un mode épidémique. Rescapé, marqué dans son corps durablement, il tente de vivre et de survivre avec la mémoire de cette guerre effroyable pour tenter de retourner au monde des vivants¹.

LE RISQUE INFECTIEUX INDIVIDUEL ET COLLECTIF

■ Pendant la guerre, les militaires présentant des pathologies médicales sont traités à l'infirmerie des régiments, drainant les patients orientés par les postes des secours. En cas de nécessité d'évacuation, les ambulances, les hôpitaux d'évacuation

appelés hôpitaux origine d'étapes (HOE) et les centres médicaux prennent la suite des soins. Certains sont spécialisés en maladies infectieuses ou neuropsychiatriques [1]. Les malades se pressent et les soignants sont peu nombreux, à l'image des traitements utilisés. Ainsi, selon le docteur Jean-Baptiste Octave Lancry, « Dix médicaments, c'est encore trop ! ». Il ajoute un peu plus loin, malicieusement : « Je les ai tous en poche ! Aspirine pour névralgies, fièvre, rhumatismes ; sulfate de magnésie pour les embarras gastriques ; opium, comprimés d'extrait thébaïque pour coliques et bronchites ; capsules de goudron pour la fin des bronchites ; teinture d'iode pour les rhumes et pour l'antiseptie générale ; chlorate de potasse pour angines ; bicarbonates de soude pour gastralgies ; c'est fou et pas assez ! », résumant ainsi les pathologies courantes traitées [1]. Pour la première fois dans un conflit, les vaccinations permettent de contenir l'extension des maladies contagieuses. Sur le front, le blessé reçoit une injection antitétanique dès son arrivée au poste de secours. La crainte d'être traité de "tire-au-flanc" par les camarades retarde l'accès aux soins pour les maladies infectieuses : fièvres éruptives (rougeoles, scarlatines), oreillons, méningites à méningocoques, dysenteries bacillaires, typhoïdes ou paratyphoïdes [2].

NOTE

¹ Cet article a été réalisé à partir des nombreuses sources manuscrites du Centre de documentation du Musée du Service de santé des armées au Val-de-Grâce, Paris (75).

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail :
hdlefort@gmail.com
(H. Lefort).

Les infirmières dans la Grande Guerre

■ **En novembre 1914**, des épidémies de typhoïde deviennent préoccupantes en Argonne (101 820 cas dont 11 406 décès) [1], favorisées par la promiscuité et la mauvaise hygiène, notamment alimentaire, dans les tranchées en pleine installation. Elles menacent de décimer les troupes françaises non vaccinées, la loi Labbé du 28 mars 1914, rendant obligatoire la vaccination contre la typhoïde dans l'armée française, n'étant point appliquée. La vaccination à l'éther d'Hyacinthe Vincent, professeur au Val-de-Grâce, est alors généralisée et conduit à l'éradication de la maladie, dès la fin de l'année 1915 [3]. Hyacinthe Vincent est ainsi décoré de la médaille militaire, réservée habituellement aux généraux, commandants en chef et victorieux devant l'ennemi (*figure 1*).

Des pathologies infectieuses spécifiques des tranchées sont individualisées, associant fièvres et troubles digestifs. Les anciens tuberculeux, même considérés comme "stabilisés", sont réformés. Non spécifique aux armées, la guerre donne lieu à une augmentation de l'incidence de la tuberculose, plus souvent chez les patients gazés. Principal acteur dans l'éradication de cette maladie, le professeur Louis Landouzy, neurologue et membre de l'Académie de médecine, évoque les « *blessés de la tuberculose* », soit 150 000 cas avérés pris en charge par 45 formations sanitaires dédiées : 40 000 d'entre eux en périssent [1].

■ **Parmi les pandémies de la Grande Guerre, la plus meurtrière est celle de la grippe espagnole** (plus encore que la guerre elle-même), en 1918-1919, qui cause environ 50 millions de morts dans le monde dont 400 000 aux États-Unis et 1 500 000 en Inde. La grippe touche 402 000 militaires français avec 30 200 décès (surtout pendant la seconde vague, de septembre à novembre 1918). Elle occasionne parallèlement 250 000 décès civils. Dans les armées françaises, la sévérité des atteintes semble avoir eu la même incidence que dans la population civile, malgré le rassemblement des troupes avec une grande promiscuité.

■ **Les pathologies dites "des tranchées" sont liées aux conditions de promiscuité**, d'hygiène, dégradée par le climat souvent froid des fronts de l'Est français. Les diarrhées sont courantes par salmonelloses et toxi-infections alimentaires ou syndrome de malabsorption favorisée par le froid et l'humidité. À l'opposé, le séjour prolongé immobile dans les tranchées glacées, l'alimentation à base de fruits secs et de riz exposent le soldat à la constipation [4]. Le "pied de tranchées" décrit par le chirurgien militaire de la Grande Armée, Dominique Larrey, à la bataille d'Eylau

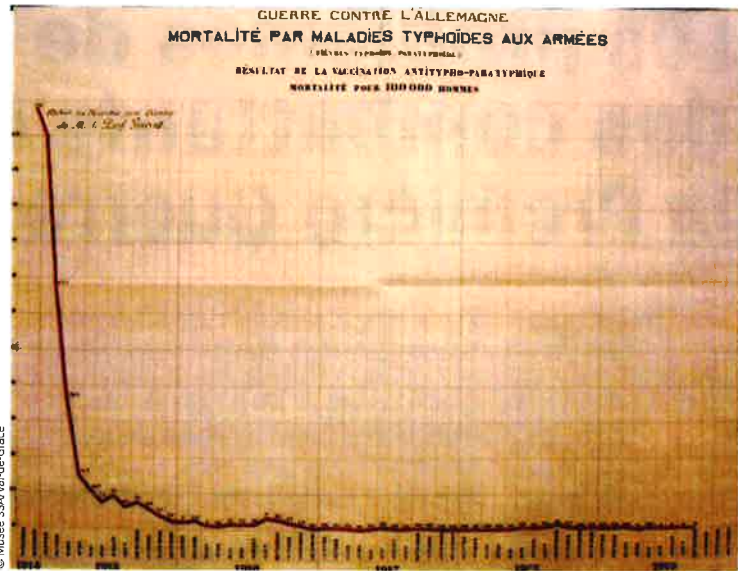


Figure 1. Travail du docteur Hyacinthe Vincent. Courbe de mortalité par maladies typhoïdes aux Armées.



Figure 2. Gelure du pied ayant nécessité l'amputation.

(1807) et durant la guerre de Crimée (1854) est un vrai fléau alors que les "mains de tranchées" sont plus rares (*figure 2*). Le tableau de macération par manque d'hygiène et l'impossibilité de renouveler bandes et chaussures est complété par la contamination fongique. Les recherches étiologiques ont été nombreuses : le froid des tranchées, entre 6 et 10°, l'humidité, la boue, la position statique, les pieds entourés des fameuses



© Musée Soins de Guerre

Figure 3. Préparation de la solution de Dakin. Hôpital complémentaire n°21 à Compiègne (60).

bandes molletières tentant d'imperméabiliser les chaussures mais au prix d'une constriction défavorable et majorant l'ischémie. Le pied des tranchées touche 1 % [1] des effectifs. La circulaire du 11 octobre 1915 ordonne des mesures de prévention : lavage, séchage, graissage à l'aide d'huile de baleine ou de pommade à la lanoline. Les soldats touchés sont le plus souvent évacués, traités dans les ambulances avec le repos couché, le soin des plaies, l'évitement des points de compression, le lavage au savon de potasse et au borate de soude avec potions salicylée et opiacée. À l'arrière, l'activité musculaire par gymnastique passive puis active est prescrite avec friction camphrée ou goménolée, bains de vapeur, héliothérapie et poursuite des soins avec déterision voire amputation partielle si nécessaire [5].

LA PLAIE ET L'ESSOR DE LA CHIRURGIE DE GUERRE

Il convient de différencier les infections décrites ci-dessus de celles résultant des blessures balistiques, souillées par des débris telluriques ou vestimentaires, qui ont été majoritaires tout au long du conflit. Avec l'émergence des armes nouvelles, au lieu des balles prévues de petits calibres, l'immense majorité des blessures est causée par les balles de mitrailleuses, les shrapnels (obus à balles) et les éclats d'obus. Par ailleurs, les gaz de combat sont employés pour la première fois à grande échelle (encadré 1).

Malheureusement, les progrès de la médecine sont souvent rythmés par les conflits.

La guerre de 1914-1918 en est une illustration significative. La médecine entre alors dans son ère moderne, en ce qui concerne les disciplines chirurgicales, par une meilleure prise en compte des phénomènes infectieux. De nombreux auteurs étudient ainsi la dévitalisation, l'infection et la bactériologie des plaies de guerre. Faisant suite aux travaux du biologiste Albert Policard [6], ils confirment l'infection constante de la plaie dès la douzième heure, aboutissant inéluctablement à la redoutable gangrène et à la mort. D'octobre 1914 à juillet 1915, les idées sur les plaies de guerre évoluent rapidement. Leur stérilisation est permise à la suite de nombreux travaux [1] : alcool iodé (Paul Michaux, chirurgien) association d'antiseptiques (Henri Judet, chirurgien), eau de Javel (hypochlorite de soude du docteur Jean-Baptiste Octave Landry et du chimiste Léon Jacomet), mélange formolé du docteur Hippolyte Morestin (formol, alcool, glycérine). Les docteurs français, Hyacinthe Vincent, Auguste Lumière, et britannique, James

ENCADRE 1

Les nouvelles armes de guerre, exemple des gaz de combat

Dès juillet 1915, après la découverte d'un tampon imbibé d'hyposulfite chez un prisonnier allemand, la compresse type C2 est utilisée, imbibée d'hyposulfite neutralisant le chlore. Puis, au fur et à mesure de l'apparition de nouveaux gaz de combat, des masques de protection de plus en plus perfectionnés sont mis au point avec l'aide des professeurs de l'École supérieure de pharmacie de Paris. Une centaine de formations "Z" spécialisées dans la prise en charge spécifique de ces blessés et des centres médico-légaux sont ouverts dans la zone des armées, près du front. À Paris, 5 000 lits spécifiques

sont créés. Le progrès des moyens de protection peut être illustré en distinguant les divers appareils filtrants : moyens de fortune de type compresse, loupes et lunettes, puis cagoules et tampons et enfin masques. Le masque M2, formé d'une seule pièce, à visière transparente, protégeant les yeux et les voies respiratoires, est adopté à la fin de l'année 1915¹.

¹ Larcen A, Ferrandis JJ. *Le service de santé aux armées pendant la Première Guerre mondiale*. Paris : Éditions LBM; 2008.

Les infirmières dans la Grande Guerre

Lorrain-Smith utilisent un mélange de chlorure de chaux et d'acide borique assez proche de la formule de Dakin (poudre dite de Vincent) (figure 3). Mais la méthode la plus employée est celle résultant des travaux dirigés par Alexis Carrel, chirurgien, [7] à l'hôpital spécialisé temporaire n°21, à Compiègne (60). Il introduit en irrigation continue, la solution mise au point par son collaborateur le médecin anglais Henri D. Dakin. Dès lors, le traitement des plaies de guerre connaît une révolution spectaculaire. Rappelons que la sérothérapie antigangréneuse n'est employée qu'à partir de 1917 [8].

■ **L'environnement du chirurgien se modifie.**

Celui-ci bénéficie d'une meilleure hygiène (asepsie et antiseptisme), de l'anesthésie, du traitement du choc, de l'hémostase et des débuts de la transfusion sanguine. Il profite surtout de l'essor de deux disciplines : d'une part, la radiologie qui est un apport majeur pour le diagnostic des fractures (particulièrement fréquentes) et le repérage des éclats métalliques de balles ou d'obus (figures 4 et 5) ; d'autre part, le laboratoire, installé près du front, qui permet d'observer l'évolution microbienne des plaies. Ainsi, dans les plaies de l'abdomen, considérées comme systématiquement mortelles en août 1914, la Société de chirurgie [1] préconise l'intervention au plus près des lignes de feu et l'ouverture précoce de l'abdomen, en faveur de 53 % de survie à court et moyen terme en 1918. Des plaies pulmonaires sont aussi opérées avec succès. La mortalité est réduite, passant de 60 à 20 %, après suture primitive, dans les blessures crânio-cérébrales après esquillectomie et exérèse limitée. Pour les grands blessés des membres, leur prise en charge continue, depuis le front jusqu'à l'intérieur du pays, avec les nouvelles et nombreuses techniques de contention, diminue la mortalité de 50 %.

■ **Les progrès sont plus spectaculaires dans les plaies articulaires [1].**

En 1914, 35 % de celles-ci devaient subir une amputation. En 1917, de très bons résultats sont obtenus dans 95 % des cas après la stérilisation de la plaie, une chirurgie aseptique et des traitements conservateurs (résections primitives ou secondaires). La communication et l'enseignement favorisent la diffusion des connaissances, notamment lors du congrès interallié de chirurgie, en 1917. Le chirurgien Abram [1] écrit alors : « Un blessé ayant reçu un éclat d'obus dans le genou avait de fortes chances, en 1914, de mourir de gangrène à Bordeaux ou à Nice ; en 1915, on lui eut coupé la cuisse dans une ambulance de l'Avant et il s'en fut tiré à ce prix ; en 1916, on lui réséquait son



Figure 4. Radiologie dans une autochir.



Figure 5. Service de fracture de l'hôpital de Château-Thierry.

articulation et il eut sans doute guéri en ankylose avec sa jambe raide à jamais ; enfin, en 1918, on lui conservait sa jambe et sa cuisse et l'intégrité presque absolue de la flexion de celle-ci sur celle-là ».

LA RÉHABILITATION FACIALE DES "GUEULES CASSÉES"

■ **Les filières de rééducation et de réadaptation s'organisent** afin de permettre une réinsertion professionnelle et sociale des mutilés de guerre [9] en particulier pour les défigurés du conflit. Ces "faciaux", "baveux", ces "gueules cassées" au lendemain de la guerre sont de respectables

RÉFÉRENCES

- [1] Larcen A, Ferrandis JJ, Le service de santé aux armées pendant la Première Guerre mondiale. Paris: Éditions LBM; 2008.
- [2] Lemoine GH, Les Services d'hygiène 1914-1918. Paris: Éditions Alcan; 1922.
- [3] Vincent H, Muratet L, La fièvre typhoïde et les fièvres paratyphoïdes. Paris: Éditions Masson; 1916.
- [4] Coll, Larousse Médial illustré de guerre. Paris: Éditions Larousse; 1920.
- [5] Régnier C, Plaga Magna, blessures, médecins, blessés sur le front occidental de la Première Guerre mondiale. [DEA d'histoire contemporaine]. Éditions Histoires Sciences Médicales; 2003.
- [6] Policard A, L'évolution de la plaie de guerre. Paris: Éditions Masson; 1918.
- [7] Carrel A, Les principes de la technique de stérilisation des plaies. Arch Med Pharm Mil. 1916; 489-98.
- [8] Carrel A, Dehelly G. Le traitement des plaies infectées. Paris: Éditions Masson; 1917.
- [9] Monsy E, La rééducation professionnelle et la réadaptation au travail des estropiés et des mutilés de guerre. Bull men Acad Nat Med. 1951;54:458-72.
- [10] Delaporte S, Gueules Cassées. Les blessés de la face de la Grande Guerre. Paris: Éditions Noesis; 2001.
- [11] Ferret-Dussart K, La Chirurgie maxillo-faciale à travers l'histoire. A propos des collections du Service de santé des armées au Val-de-Grâce. Paris: Éditions Glyphe et Biotem; 2004.
- [12] Long FX, Les blessés de la face durant la Grande Guerre : les origines de la chirurgie maxillo-faciale. Histoires des sciences médicales 2002;36:175-83.
- [13] Chavigny P, Diagnostic des simulations. Paris: Éditions Baillière; 1921.
- [14] Mauran L, Troubles nerveux et pithiastisme chez les soldats français pendant la Grande Guerre. Histoire des sciences médicales 1995;29:63-9.



Figure 6. Chirurgie maxillo-faciale, musée du Val-de-Grâce.

rescapés, la population civile ne sachant pas bien comment les accueillir. La défiguration évidente renvoie trop vivement l'écho de ces années de guerre où chacun y a laissé des siens. Être une "gueule cassée", c'est garder les stigmates parfois monstrueux de blessures trop apparentes malgré la chirurgie, c'est perdre son identité et cesser de vivre socialement.

■ La Grande Guerre est ainsi responsable de près de 500 000 blessés au visage. Les blessures résultent plutôt des obus, des tirs de mitrailleuses et surtout de tireurs d'élite allemands atteignant les soldats français dont la tête seule dépasse de la tranchée. L'adaptation aux conditions du conflit et les multiples innovations aboutissent à l'essor spectaculaire d'une nouvelle spécialité, la chirurgie maxillo-faciale [10,11] (figure 6). Dès début août, les blessés sont traités à Paris, au Val-de-Grâce et à l'hôpital Lariboisière avec le collègue Chaptal (réquisitionné), puis dans cinq hôpitaux bénévoles mis sur pied par la Croix-Rouge (l'ambulance américaine de Neuilly, l'hôpital Canadien de Saint-Cloud, le lycée Michelet à Vanves, l'École normale supérieure et

le collègue Rollin, avenue Trudaine) [1]. À partir du 10 novembre 1914, trois centres sont officialisés à Paris, Lyon et Bordeaux. Puis des centres interrégionaux sont ouverts dès 1915 ; 17 sont comptés en 1918. Une équipe maxillo-faciale mobile existe dans chacune des armées en mars 1918 [10].

La réparation des pertes de substances tégumentaires est l'une des plus grandes épopées de la chirurgie durant le conflit. Par exemple, au Val-de-Grâce, à Paris, le docteur Hippolyte Moresstin multiplie ses recherches sur les sutures ou les greffes ostéo-cartilagineuses. Les chirurgiens Pierre Sébilleau et Léon Dufourmentel comblent les plaies du menton avec les lambeaux de peau du cuir chevelu. Malgré la cicatrisation des plaies, le chirurgien doit poursuivre son œuvre, quelquefois pendant plusieurs années.

Parallèlement au traitement chirurgical, les blessés maxillo-faciaux bénéficient d'un traitement prothétique visant à restaurer les fonctions détruites lors du traumatisme. Dans la mesure du possible, il faut en même temps tenter de réparer le préjudice esthétique. Comme l'écrivent les

Les infirmières dans la Grande Guerre

chirurgiens maxillo-faciaux actuels, les grands principes de la chirurgie réparatrice d'aujourd'hui sont nés durant la Grande Guerre [1,11,12].

NAISSANCE DE LA PSYCHIATRIE DE GUERRE

■ **Certains soldats cherchent absolument à retourner à l'arrière pour fuir cet enfer.** De nombreuses affections simulées sont décrites au front, notamment neuropsychiques ou digestives, faisant parfois passer par les armes les démasqués [13]. Rares sont les publications qui ont traité de ce sujet et décrivent les différents stratagèmes : ingestion de comprimés d'acide picrique pro-ictérique, dermatoses auto-induites, fièvres provoquées, bronchites (cigarettes à l'huile, quinine...) ou par l'aide de porteur sain de bacilles diphtériques, abcès (essence de térébenthine, pétrole, crachats purulents auto-injectés...) [1].

■ **La Grande Guerre a marqué un tournant dans la psychiatrie de guerre,** ainsi que dans la connaissance de la névrose hystérique. Les troubles psychiques de guerre sont peu connus au début de la guerre. La doctrine de la Société de neurologie de Paris, sous la présidence du docteur Joseph Babinski, est appliquée, prônant l'absence de lésion anatomique et niant le rôle de l'émotion. À l'issue, des premiers combats, le docteur G. Milian évoque le premier l'« *hypnose des batailles* » puis le syndrome du vent de l'obus, en écho au vent du boulet décrit sous l'Empire et ses guerres par le chirurgien Nicolas Heurteloup. La « *simulation inconsciente* », la « *commotion émotionnelle* » puis l'« *émotion choc* » deviennent les « *psychoses et névroses de guerre* », synonyme de

pithiatisme décrit par le docteur Joseph Babinski [1,14]. L'attitude thérapeutique est alors volontiers répressive.

En décembre 1916, devant l'augmentation alarmante du nombre de soldats atteints, Justin Godart, sous-secrétaire d'État chargé du service de Santé, crée une commission de neurologie avec les docteurs Achille Souques, Henri Claude et Jules Froment. Elle distingue la névrose traumatique, le trouble hystérique suggestif et les simulations, et insiste sur la nécessité d'un traitement immédiat au lieu d'évacuer le malade loin vers l'arrière où la pathologie devient moins réversible [15]. En 1917, la commission préconise un dépistage précoce par le triage, l'isolement afin d'éviter la contagion, l'absence de gratification et le traitement ferme. De nombreux essais thérapeutiques ont été codifiés (techniques persuasives par la chirurgie ou l'électrothérapie et techniques compréhensives par l'hypnose ou la psychanalyse). Le psychiatre américain Thomas Salmon rattache ainsi un psychiatre à chaque division américaine, afin de catégoriser les patients, traiter les cas légers près des lignes et décider de l'évacuation des autres. Trois hôpitaux spécialisés, installés près du front, renvoient les hommes dans leur régiment après un traitement. Les psychiatres français adoptent ces méthodes. En novembre 1917, il existe 28 centres spécialisés [1].

CONCLUSION

Les pandémies sont favorisées par les conditions de promiscuité, l'hygiène déficiente et la rudesse climatique. Le manque de moyens et de personnels oblige le Service de santé des armées françaises à pratiquer une médecine et une chirurgie raisonnées et raisonnables aidées par la vaccination, l'asepsie, l'antisepsie et la radiographie. Il s'agit de sauver le plus de soldats possible, et de chercher à maintenir l'aptitude au combat. La prise en charge du blessé de guerre s'organise, tant sur le plan du triage et de la prise en charge au plus près du front, que sur celui des soins eux-mêmes après la chirurgie. La diminution de la mortalité est significative, favorisant une organisation ainsi qu'un essor des filières de réhabilitation physiques et psychologiques des survivants de la Grande Guerre. La médecine militaire et la chirurgie connaissent alors une révolution spectaculaire. ■

Les points à retenir

- **La Grande Guerre a été marquée par plusieurs épidémies,** dont celle de la typhoïde éradiquée en moins de deux ans par le vaccin à l'éther du professeur Vincent. Les soldats souffrent également de pathologies liées à la vie dans les tranchées et de plaies diverses.
- **L'antisepsie et l'asepsie ainsi que la radiographie ont permis une révolution spectaculaire de la chirurgie.** Les grands principes de la chirurgie réparatrice actuels sont nés durant Grande Guerre.
- **La Première Guerre mondiale a été un tournant dans la psychiatrie de guerre,** notamment dans la connaissance de la névrose hystérique.

RÉFÉRENCES

[15] Lestrade C, Gayral C. Les psychonévroses de guerre pendant le conflit de 1914-1918. L'apport du docteur Paul Voivenel : le concept de « peur morbide acquise ». Histoire des sciences médicales 2000;34:343-8.

Déclaration d'intérêts
Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

pratique soignante

Les infirmières face aux épidémies de la Grande Guerre

STÉPHANE HENRY
Docteur en histoire contemporaine
Laboratoire CIRTAL-IDEES, UMR 6266 CNRS, Université du Havre, UFR Lettres et sciences humaines, 25, rue Philippe Lebon, 76086 Le Havre cedex, France

■ En 1914, l'infirmière est encore considérée comme une bénévoles ■ En 1918, formée de manière plus efficace, elle a acquis une légitimité auprès du peuple français ■ Ses compétences et son professionnalisme sont à présent valorisés et reconnus, notamment grâce à son rôle déterminant dans la lutte contre les épidémies de tuberculose et de grippe espagnole.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – dispensaire ; Grande Guerre ; grippe espagnole ; hôpital ; infirmière française ; tuberculose

Nurses in the face of the Great War's epidemics. In 1914, nurses were still considered as volunteers. By 1918, given more efficient training, they had acquired legitimacy among the French public. Their skills and their professionalism were appreciated and recognised, notably thanks to the crucial role they played in the fight against the tuberculosis and Spanish flu epidemics.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – dispensary; French nurse; Great War; hospital; Spanish flu; tuberculosis

Héros, sauveurs de la patrie, patriotes sont autant de termes qui désignent communément les poilus de la Grande Guerre. Mis au féminin, ils peuvent aussi faire référence à d'autres catégories de "combattants" moins valorisées dans les études *a posteriori*, à l'arrière comme sur le front, dans les tranchées, les usines ou les hôpitaux ; les infirmières en font partie. La profession infirmière n'est certes pas née avec la Première Guerre mondiale mais elle s'y est grandement épanouie [1]. Comment ne pas s'émouvoir devant ces déesses blanches se portant volontaires pour intégrer les services hospitaliers français et demeurant jour et nuit au chevet des soldats revenus blessés, mutilés ou malades du front ?

La Grande Guerre révolutionne la profession et plus généralement la perception du travail des femmes dans une société française encore dominée exclusivement par l'homme, plus encore au sein du corps médical [2,3]. Et, à l'heure des commémorations du centenaire de cet événement tragique, reconnaissons que les infirmières disposent d'une place centrale dans l'émergence des politiques sanitaires destinées à lutter contre les épidémies naissantes, et plus particulièrement, celles qui ont marqué l'inconscient collectif, la tuberculose et la grippe espagnole. Pour quelles raisons épousent-elles cette vocation ? Comment s'organisent-elles pour prendre en charge et suivre les nombreux malades ? Quelles techniques leur sont inculquées pour soulager les souffrances

et annihiler les phénomènes de contagion ? Quel regard la société porte-t-elle sur leurs actions ? Autant d'interrogations qui méritent réflexion.

LA DÉSORGANISATION HOSPITALIÈRE

■ **L'arrivée massive des infirmières dans les hôpitaux est concomitante aux premiers combats**[4]. Entre soins du corps et de cœur, ces citoyennes, pour la plupart bénévoles, pénètrent aisément au sein du système sanitaire français à l'archaïsme inquiétant. Les structures hospitalières sont vieillissantes, les systèmes préventifs rarement mis en exergue et les autorités médicales dépassées par l'ampleur des soins à administrer. Autant dire que le besoin d'une main d'œuvre féminine, même peu formée, se révèle indispensable pour les médecins. La fierté de participer, à leur échelle, à l'effort de guerre les anime.

■ **Au début de la Grande Guerre**, les "gueules cassées" sont les principaux patients pris en charge par les infirmières, preuve de la sévérité des combats. Mais, outre les terribles blessures et mutilations de guerre, les premiers relevés sanitaires font également état d'une recrudescence des maladies : la tuberculose, les fièvres typhoïdes, la grippe, la diphtérie et la dysenterie marquent durablement les corps en cette période [5]. Entre le dernier trimestre 1914 et le premier trimestre 1915, le nombre de malades recensés au sein des

Adresse e-mail :
steph.henry76@gmail.com
(S. Henry).

Les infirmières dans la Grande Guerre

troupes françaises dans les hôpitaux augmente de près de 50 %. L'urgence d'une prise en charge de cette population amplifie la désorganisation sanitaire. De fait, les hôpitaux sont surpeuplés, les remèdes incertains, la contagion redoutée et la mortalité omniprésente.

■ De premières réformes sont prononcées pour annihiler le processus de contamination. Rien que pour la tuberculose, on en compte plus de 65 000 lors de la première année du conflit [6]. Mais la question du suivi des malades reste entière. Le rôle de l'infirmière bascule dès lors. Frappée par la sévérité des épidémies et conscientes de l'apport moral plus que physique qu'elles peuvent procurer aux malades, certaines femmes s'arguent de développer la fonction sociale de l'infirmière. L'accompagnement social rejoint le "prendre soin". Les autorités françaises et le corps médical les y incitent, tandis que les Américains les forment à ces nouvelles tâches.

UN RÔLE SUR MESURE POUR L'INFIRMIÈRE

■ La guerre engendre un nouveau mode d'existence et aux morts dus aux blessures de guerre s'ajoutent ceux qui décèdent de diverses maladies. À ce titre, les faits concernant la tuberculose sont terrifiants. La maladie passe en quelques mois d'un caractère endémique à une véritable épidémie. Sur toute la période du conflit (1914-1918), est constatée une progression spectaculaire de la mortalité tuberculeuse d'environ 30 % [7]. En outre, l'hospitalisation de ce type de malades est source de polémiques. D'une part, leur séjour, souvent long, est perçu comme un problème financier qui pourrait grever le budget de l'État. D'autre part, certains jugent que les tuberculeux ont moins de soins à recevoir dans l'immédiat que les blessés de guerre, nécessitant un suivi médical plus strict. La direction du Service de santé de l'armée insiste pourtant dès le 12 avril 1915 sur « la nécessité rigoureuse de dépister les cas de tuberculose [...] et que les ouverts doivent être hospitalisés dans des salles spéciales [...] et qu'il y aurait intérêt à grouper les ouverts dans des centres hospitaliers qui leur seraient en totalité ou en partie affectés » [6]. Une circulaire du ministère de l'Intérieur, datée du 27 septembre 1916, réclame également un service spécial pour militaires tuberculeux. Face à ces griefs, des salles d'isolement sont créées dans les hôpitaux qui peuvent en aménager. D'anciens châteaux parfois délabrés (de Saint-Étienne du Rouvray en Seine-Inférieure, de Touvent dans



Figure 1. Représentations de l'infirmière au chevet du blessé et du malade durant la Grande Guerre.

Sources : Musée Flaubert et d'histoire de la médecine de Rouen (76), (Affiche Courage et dévouement) ; Archives départementales de Seine-Maritime, série 169FI/630, Guerre 1914-1918 (Affiche Les blessés de la tuberculose).

l'Indre, de la Meynardie en Dordogne, etc.) sont également réquisitionnés et deviennent des stations sanitaires [8]. Celles-ci ont pour fonction d'accueillir les malades en milieu fermé. On en

NOTE

¹ La loi "Léon Bourgeois" votée en 1916 permet le développement de dispensaires antituberculeux et améliore le dépistage et la prévention.

RÉFÉRENCES

- [1] Thébaud F. La femme au temps de la guerre de 14. Paris: Payot; 2013.
- [2] Antier C. Les femmes dans la Grande Guerre. Paris: Soteca; 2011.
- [3] Morin-Rotureau E. 1914-1918, combats de femmes. Les femmes, pilier de l'effort de guerre. Paris: Autrement; 2004.
- [4] Knibiehler Y. (dir.). Cornettes et blouses blanches : les infirmières dans la société française, 1880-1980. Paris: Hachette; 1984.
- [5] Delaporte S. Le discours médical sur les blessures et les maladies pendant la Première Guerre mondiale, thèse de doctorat, 3 vol. Université d'Amiens; 1999.
- [6] Lavergne V. Le service de santé militaire et la lutte antituberculeuse pendant la guerre. Revue d'hygiène 1922;44:875-906.
- [7] Henry S. Vaincre la tuberculose (1879-1939). La Normandie en proie à la peste blanche. Rouen: Presses Universitaires de Rouen et du Havre; 2013.
- [8] Darmon P. Le Grande Guerre des soldats tuberculeux. Hôpitaux et stations sanitaires. Annales de démographie historique 2002 ;1:35-50.
- [9] Creminitzer JB. Architecture et santé. Le temps du sanatorium en France et en Europe. Paris: Picard; 2005.
- [10] Murald L, Zylberman P. L'autre guerre (1914-1918) : la santé publique en France sous l'œil de l'Amérique. Revue historique 1986;276:257-81.
- [11] Becker JJ. La grippe espagnole. L'histoire 1981;40:82-3.
- [12] Lahais O. L'épidémie de grippe dite « espagnole » et sa perception par l'armée française (1918-1919). Revue historique des armées 2011 ; 262:102-9.
- [13] Dedet JP. Les épidémies. De la peste noire à la grippe A/H1N1. Paris: Dunod; 2010.



© Musée SSVAir de Gdca

Ambulance chirurgicale à Aubigny, Pas-de-Calais.

compte environ une trentaine sur le territoire français durant tout le conflit. Les militaires tuberculeux, pour y être admis, doivent prendre l'engagement d'y faire un séjour de trois mois au minimum et de se soumettre complètement à la discipline du corps médical. En clair, il leur est suggéré de se reposer, de bien s'alimenter et de respirer au grand air afin d'éteindre les lésions tuberculeuses. Des infirmières sont dépêchées des hôpitaux et prennent leurs fonctions dans ces établissements de fortune sous le patronage de médecins spécialisés. Toutefois, le concept hygiénique peine à trouver des réponses adéquates sur le plan thérapeutique. Les femmes ont, en effet, bien peu d'autorité sur cette population d'anciens militaires qui perçoivent ces établissements de villégiature comme des lieux de distraction. L'infirmière n'est pas acceptée, pas plus que le médecin d'ailleurs, car ces deux catégories représentent des figures d'autorité incompatibles avec l'appel à la liberté et à la débauche véhiculé par ces stations sanitaires.

■ **Outre ces établissements**, la France se couvre progressivement de dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse où l'ancien militaire "poitrinaire" est suivi périodiquement. Des infirmières dites "visiteuses" peuplent ces

centres préventifs, avec pour fonction de dispenser toutes sortes de conseils d'hygiène aux malades et à leurs familles pour éviter la propagation du bacille tuberculeux, en se rendant au cœur même du foyer familial. Pour la première fois, les infirmières sortent de l'hôpital et deviennent par la même occasion des travailleuses itinérantes. Elles sont au contact direct du peuple qui l'écoute avec déférence et elles forcent le respect à chacune de leurs interventions.

■ **En avril 1917**, la Mission Rockefeller et sa propagande hygiéniste prend ses quartiers en France ; accueillie en grande pompe par Raymond Poincaré, cette élite américaine perçoit la France comme la patrie des bacilles [9] et autres microbes. Très vite, la Mission Rockefeller se charge de former plus efficacement ces infirmières encore bénévoles [10]. La tuberculose et les moyens de s'en prémunir ne doivent plus avoir de secret pour elles. Des bourses sont distribuées aux élèves les plus méritantes. Des nurses américaines diplômées et professionnelles sont également chargées de soulager les tâches des infirmières françaises, tout en leur inculquant les méthodes venues d'outre-Atlantique. Enfin, des campagnes d'affichage sont conduites pour encourager les vocations. L'image de l'infirmière

Les infirmières dans la Grande Guerre

évolue, même si le caractère religieux hérité du XIX^e siècle demeure encore extrêmement présent sur les représentations (*figure 1*). Si bien qu'en 1918, le travail de l'infirmière visiteuse de la tuberculose est reconnu jusque dans les textes (Loi Bourgeois de 1916¹) ; elle devient la cheville ouvrière des dispensaires et la figure de proue des luttes contre la tuberculose et la mortalité infantile durant l'entre-deux-guerres [7].

■ **Si la tuberculose ravage les poumons des soldats durant toute la guerre**, la grippe espagnole connaît une poussée épidémique en Europe et fait ses premières victimes au printemps 1918. Les déplacements massifs d'hommes d'un continent à un autre favorisent nettement sa propagation ; la grippe espagnole revêt alors un caractère pandémique [11]. À la fin de la guerre, sont comptés jusqu'à 22 000 décès dans les rangs de l'armée française. Le 4 octobre 1918, le sous-secrétaire d'État à l'Intérieur, Albert Fabre, envoie des instructions aux préfets pour coordonner la lutte contre l'épidémie et réussir à endiguer sa propagation notamment au gré de campagnes de désinfection [12]. Dans les hôpitaux, les mesures sont drastiques malgré le manque de médicaments et d'équipements permettant de combattre efficacement la maladie [13]. L'isolement est préconisé mais délicat à mettre en œuvre. L'hygiène est valorisée. Les infirmières ont pour ordre de se laver les mains régulièrement, se parent de masques imprégnés de désinfectant, de blouses et de gants en caoutchouc. Elles apparaissent en première ligne, une nouvelle fois. Alors que les tuberculeux sont affectés dans des centres spécialisés (stations sanitaires, sanatoriums, dispensaires), les porteurs de la grippe espagnole trouvent refuge dans les hôpitaux mais aussi dans des écoles ou musées aménagés pour l'occasion. Les autorités sont totalement dépassées par l'ampleur du phénomène, la virulence de cette grippe rappelant les pestes de l'Ancien Régime. Face au manque de

moyens thérapeutiques, les infirmières payent un lourd tribut à la maladie puisque nombre d'entre elles sont emportées par la grippe en quelques jours du fait de leur proximité avec les porteurs de la pathologie [14]. Les risques sont pourtant assumés et la fonction valorisée de fait.

CONCLUSION

L'héroïsme n'est pas l'apanage des poilus. Les infirmières au contact des blessés et des malades contagieux marquent de leur empreinte cette période, souvent au péril de leur vie. Elles répondent aux nombreux besoins en termes de main-d'œuvre mais aussi en termes de capacité professionnelle. Car, si les autorités politiques et médicales encouragent vivement les femmes à épouser le métier d'infirmière en 1914, elles ne se doutent certainement pas qu'en 1918, ces mêmes femmes auront acquis une véritable légitimité que ce soit dans le cadre du "prendre soin" comme dans celui de l'accompagnement social des patients. Les luttes ciblées contre les épidémies permettent aux infirmières de sortir du domaine hospitalier pour aller à la rencontre des malades dans leurs propres foyers. Le processus de professionnalisation est enclenché et consacré quelques années après la fin de guerre, lorsque paraît le décret du 27 juin 1922 [15] qui valide officiellement le caractère professionnel de l'infirmière en distinguant trois catégories : l'infirmière hospitalière, l'infirmière visiteuse de la tuberculose et l'infirmière visiteuse de l'enfance. Ce décret résulte directement de l'efficacité des actions entreprises par ces femmes entre 1914 et 1918, montrant que leurs sacrifices n'ont pas été vains. ■

RÉFÉRENCES

[14] Delahaye C, Ricard S. La Grande Guerre et la combat féministe. Paris: l'Harmattan, 2009.

[15] Décret du 27 juin 1922 portant institution du brevet de capacité d'infirmières professionnelles, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT0000030373&categorieLien=cid>

Les points à retenir

- **La contribution des infirmières lors du premier conflit mondial** ne s'est pas limitée aux soins aux soldats victimes de la guerre.
- **Leur rôle a été tout aussi essentiel dans la prévention des maladies infectieuses**, notamment la tuberculose.
- **Des organisations étrangères, comme la fonction Rockefeller, ont apporté une aide** non négligeable au dispositif français de lutte contre ces fléaux.

Déclaration d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

pratique soignante

Progrès thérapeutiques et pratiques infirmières en 1914-1918

CHRISTOPHE DEBOUT
Infirmier, PhD, directeur
du département des sciences
infirmières
et paramédicales

EHESP – DSIP, Site de Broussais,
Boîte postale n°8, Pavillon
Lerliche, Porte 11, 5^e étage,
96 rue Didot 75014 Paris,
France

■ La production et le transfert de connaissances dans le domaine de la santé ont été des facteurs clés ayant permis de lutter efficacement contre la morbidité et la mortalité de la Première Guerre mondiale ■ Les savoirs utilisés avant la guerre dans la formation des infirmières se sont rapidement trouvés obsolètes et ont dû être actualisés ■ Des savoir-faire et des savoir-être ont été développés afin de répondre au mieux aux besoins spécifiques des patients dans le contexte particulier de cette guerre.

© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS

Mots clés – Première Guerre mondiale ; pratique infirmière ; soin infirmier ; transfert de connaissances

Therapeutic advances and nursing practices, 1914-1918. The production and transfer of knowledge in the healthcare field were key factors which enabled the fight against morbidity and mortality during the First World War to be carried out efficiently. The knowledge used to train nurses before the war soon became obsolete and had to be updated. Knowledge and practices were developed in order to meet as best as possible the specific needs of patients in the particular context of this war.

© 2014 Published by Elsevier Masson SAS

Keywords – First World War; knowledge transfer; nursing; nursing practice

L'évocation de la Grande Guerre est souvent associée aux rudesses endurées au quotidien par les poilus dans les tranchées ou aux batailles sanglantes de Verdun et de la Somme. Cette guerre a été très coûteuse en vies humaines. Elle a aussi touché dans leur chair nombre de soldats victimes de graves blessures et dont les projets de vie ont dû être totalement reconsidérés. Si l'image d'Épinal de l'infirmière, ange blanc au chevet des blessés, est très populaire, que sait-on de la nature des soins qu'elle prodiguait aux victimes de cette guerre ?

Un adage souligne que, fréquemment, "on se prépare à la guerre précédente". Ce fut le cas lors de cette guerre. De nombreuses conceptions erronées prévalent au début du conflit : on se prépare à une guerre courte, on s'attend à traiter des plaies par balles aseptiques, on privilégie l'évacuation des blessés en dehors des zones de guerre en limitant les interventions réalisées près du front... Ces éléments constituent le cadre de référence à partir duquel l'organisation des services de santé est pensée et sert de base à la formation des professionnels de santé médicaux et infirmiers. L'écart important rapidement observé entre cette guerre imaginée et les conséquences du conflit vécu est à l'origine d'une forte mortalité et d'une morbidité importante dès les premiers mois de la guerre. Ce constat a pour effet de repenser les

organisations, le génie sanitaire et de porter un effort particulier dans le domaine de la recherche clinique dans le but de développer des thérapeutiques médicales, chirurgicales mais aussi psychiatriques plus efficaces.

■ **Face à ce changement de paradigme** qui a marqué les pratiques thérapeutiques, il convient de s'interroger sur l'impact que ces changements ont eu sur la pratique infirmière. « *On n'est jamais préparé à ça !* » [1], tel a souvent été le constat des infirmières après leur première confrontation avec la réalité de leur fonction en situation de guerre. La nature de la formation reçue afin de les préparer à servir en temps de guerre ne leur semble pas adéquate. Ce phénomène est amplifié alors que l'accroissement des besoins en infirmières a pour effet de réduire drastiquement la durée des formations. Préparées avant la guerre à exercer dans des structures sanitaires de l'arrière, elles doivent s'adapter à l'évolution progressive de leur positionnement dans la chaîne de secours les conduisant à être placées dans la zone des armées.

■ **Ainsi, aborder l'évolution des pratiques infirmières durant la Première Guerre mondiale** impose d'aborder sa dimension clinique et organisationnelle mais aussi, bien entendu, de s'interroger sur les vecteurs ayant conduit à l'actualisation des pratiques. Cette actualisation des connais-

Adresse e-mail :
debout@aol.com
(C. Debout).

Les infirmières dans la Grande Guerre

sances et des pratiques a porté ses fruits. Comme le souligne Violetta Thurstan, infirmière qui a servi près du front, « *Combien de vies ont été sauvées, combien de membres ont été conservés grâce à l'inventivité des infirmières et à leur dextérité* » [1]. Cette phrase souligne l'importance des soins infirmiers alors que l'arsenal thérapeutique médical était encore très peu développé¹.

SE PRÉPARER À LA GUERRE EN TEMPS DE PAIX

■ **La formation des infirmières avant 1914 se caractérise par sa diversité.** Il n'existe pas à cette époque d'harmonisations des programmes. Plusieurs modèles coexistent, qu'il s'agisse de programmes longs destinés à préparer des professionnelles², ou courts, tels que ceux proposés par les sociétés Croix-Rouge³. Ces dernières sont emblématiques dans la mesure où leur finalité réside dans la préparation en temps de paix d'un nombre suffisant de soignantes susceptibles de servir en temps de guerre ou encore d'apporter leur aide en cas de catastrophe⁴.

■ **L'exploration du contenu des enseignements dispensés en 1914,** dans le cadre du certificat

initial proposé par la Société de secours aux blessés militaires (SSBM), permet d'identifier les thématiques centrales de ce programme [2] :

- **préparation des pansements et du matériel** nécessaire à leur réalisation ;
- **instruments de médecine et de chirurgie** ;
- **procédés de stérilisation** ;
- **activités infirmières périopératoires** ;
- **préparation des médicaments,** des antiseptiques et de solutés stériles ;
- **bandages et appareils d'immobilisation** ;
- **pansement de différents types** réalisés dans un contexte septique ou aseptique ;
- **chirurgie d'urgence** (fractures, hémorragies, entorses) ;
- **visites à domicile** des malades opérés au dispensaire ;
- **soins infirmiers** au bloc opératoire ;
- **soins médicaux** ;
- **vaccination** ;
- **premiers soins aux blessés.**

Cette formation théorique, complétée par des exercices pratiques, vise à donner aux stagiaires les bases de l'activité soignante. Toutefois, l'absence de réels stages cliniques reste le point faible de cette formation accélérée.

NOTES

¹ L'exploration de cette thématique a nécessité la consultation des sources multiples : manuels de formation destinés aux infirmières publiés avant 1914, manuels rédigés durant le premier conflit mondial, revues professionnelles infirmières et médicales, thèses de médecine de l'époque, ainsi que les journaux personnels d'infirmières publiés pendant ou après la fin du conflit.

² Les infirmières professionnelles sont formées à cette époque selon le modèle Bourneville que l'on tente d'étendre au niveau national, mais aussi selon le modèle Nightingale ou selon des modèles propres aux écoles d'infirmières privées comme, par exemple, celle de la rue Amyot.

³ On compte à cette période trois sociétés de la Croix-Rouge distinctes en France : la Société de secours aux blessés militaires (SSBM), l'Union des femmes de France (UFF) et l'Association des dames françaises (ADF).

ENCADRÉ 1

Le modèle de Florence Nightingale¹

Nombre d'infirmières professionnelles ayant apporté leur contribution lors du premier conflit mondial bénéficièrent d'une formation inspirée du modèle de Florence Nightingale et ont exercé dans des établissements organisés selon ses principes. C'est notamment le cas en Grande-Bretagne et au sein de son Empire, aux États-Unis, en Belgique mais aussi en France dans la mouvance de l'école Florence Nightingale de Bordeaux (20).

Aussi est-il nécessaire de rappeler les grandes lignes de ce modèle afin de mieux saisir le cadre de référence utilisé par ces professionnelles pour structurer leur activité.

■ **La conception des soins infirmiers élaborée par Florence Nightingale** est souvent présentée comme le premier modèle conceptuel en soins infirmiers explicite. Il faut replacer ses écrits dans leur contexte : Florence Nightingale a développé sa vision des soins infirmiers en Europe occidentale dans la seconde moitié du XIX^e siècle. Par ailleurs, elle considère le soin comme une prérogative féminine. La formation venait renforcer les dispositions naturelles de la femme en renforçant notamment les capacités d'observation, la posture professionnelle et le processus de prise de décision. L'activité de l'infirmière s'articule avec celle du médecin au service du patient.

■ **Elle conçoit la maladie comme un processus réparateur** qui survient lorsqu'une personne ne prête pas attention à sa santé. Les

activités de l'infirmière favorisent le processus naturel. L'environnement constitue le concept central autour duquel s'articule le modèle.

■ L'infirmière doit :

- **aérer la chambre du patient** ou son domicile ;
- **veiller à maintenir une température ambiante adaptée** et surveiller la température corporelle du patient ;
- **favoriser l'exposition du patient** aux rayons du soleil, laisser le soleil pénétrer dans les pièces ;
- **maintenir l'environnement du patient le plus propre possible** afin de limiter le risque d'infection à l'hôpital mais aussi au domicile, maintenir l'hygiène corporelle du patient propre notamment en réalisant sa toilette quotidiennement. S'assurer que l'uniforme de l'infirmière demeure le plus propre possible et qu'elle se lave fréquemment les mains ;
- **veiller à ce que l'environnement du patient demeure calme** ;
- **porter une attention particulière aux besoins nutritionnels du patient**, surveiller ses prises alimentaires et observer son état nutritionnel ;
- **être responsable du patient et de son environnement** (filtrer les visites, superviser les autres catégories de personnels, etc.) à tout moment ;
- **être garante du respect de la morale.**

¹ Nightingale F. *Notes on nursing: What it is, and what it is not.* Lippincott Williams & Wilkins; 1992.

NOTES

* Comme, par exemple, lors de la crue historique de la Seine survenue en 1910.

■ **Dès les premières batailles qui suivent la déclaration de guerre**, les infirmières mobilisées doivent s'adapter et compléter ces compétences de base afin de faire face aux spécificités de cette guerre moderne.

DE LA GUERRE IMAGINÉE À LA GUERRE VÉCUE : LA RECHERCHE AU SERVICE DES VICTIMES

■ **Dès les premiers jours de la guerre, un constat s'impose** : les nouvelles armes provoquent des lésions inattendues. Ce constat ne cesse d'être d'actualité tout au long du conflit tant la productivité des scientifiques et des ingénieurs mobilisés dans l'effort militaire déployé par les pays belligérants est grande. Sciences et technologies mettent à disposition des militaires de nouvelles armes (canons à longue portée, avions, etc.), de nouveaux projectiles ou encore de nouveaux gaz de combat. Il en résulte de lourdes pertes mais aussi une forte morbidité chez les victimes. La guerre représente un facteur de progrès médical mais aussi un champ d'investigation pour la recherche [3].

■ **Les progrès accomplis durant la grande guerre sont réparables dans trois domaines** qui intéressent la santé des combattants : l'organisation des services de santé (réduction des durées de prise en charge, positionnement d'équipes qualifiées près du front, développement de moyens d'évacuation sanitaire vers l'arrière, etc.), le génie sanitaire (hygiène corporelle des soldats, assainissement, purification de l'eau, etc.) et les innovations cliniques qu'elles soient de nature diagnostique ou thérapeutique (*tableau 1*).

■ **Des changements de paradigme** affectent les cadres de référence théoriques utilisés par les cliniciens se déclinant dans les bonnes pratiques médicales et chirurgicales recommandées à cette période. Les conférences chirurgicales interalliées de 1917 permettent de mettre en commun les résultats relatifs aux modalités de traitement des plaies de guerre et ainsi de promouvoir l'actualisation des pratiques [4].

LA RÉALITÉ DES SOINS INFIRMIERS DURANT LE CONFLIT

L'analyse des manuels de soins infirmiers publiés en 1917 permet d'appréhender la réalité de l'exercice infirmier à cette période et d'apprécier le retentissement des approches thérapeutiques innovantes sur la pratique.



Étapes du traitement d'une vaste plaie de la face. Aquarelle de Weismann.

■ **Les soins de base** sont le reflet des principes de base du modèle de Florence Nightingale (*encadré 1*) adaptés aux spécificités de ce conflit. Le maintien de l'hygiène corporelle, de la température corporelle, de l'hydratation et de l'alimentation constituent des objectifs centraux qui guident l'administration de soins de base. L'accueil du blessé, au terme de l'étape de triage, est un moment crucial de la prise en charge. Le passage de l'univers de la tranchée à celui de la structure

Les infirmières dans la Grande Guerre

TABLEAU 1. Problèmes de santé et innovations cliniques au cours de la Première Guerre mondiale.

Problèmes de santé observés au début du conflit	Innovations cliniques au cours de la guerre
<ul style="list-style-type: none"> • La guerre de tranchée favorise l'infection des plaies par des bacilles telluriques. • Les armes modernes infligent des blessures variées (membres, abdomen, tête, face, thorax, colonne vertébrale). • Le recours à l'amputation est fréquent dans le but de sauver la vie des patients atteints de gangrène. Les patients amputés développent des douleurs du membre fantôme qu'on ne peut alors traiter efficacement¹. • Les plaies de l'abdomen sont fréquentes. La doctrine en vigueur en début de conflit impose l'abstention chirurgicale et l'évacuation vers l'arrière. • Les blessés de la face sont nombreux, appelés "gueules cassées". 	<ul style="list-style-type: none"> • Une exploration chirurgicale soignée est réalisée précocement à l'aide de techniques radiologiques (radiolocalisation, électro-aimant)². • Les plaies potentiellement septiques ne sont plus suturées systématiquement en première intention³. • L'antisepsie devient la seule arme permettant de juguler l'infection. • L'alliance de l'antiseptique développé par Henry Dakin et d'une méthode d'irrigation continue des plaies mise au point par Alexis Carrel constitue une avancée notoire dans le traitement des plaies septiques. • La chirurgie "radicale" (amputations) est réservée aux seules indications dans lesquelles elle est absolument nécessaire. • La gangrène gazeuse est plus rapidement détectée à l'aide de prélèvements bactériologiques et grâce aux clichés radiologiques. Une sérothérapie anti-gangréneuse est mise au point dès 1917⁴. • Des innovations sont introduites en matière de prise en charge des fractures : attelles d'immobilisation initiale et dispositifs de tractions-suspensions⁵. • L'abstentionnisme chirurgical à l'égard des plaies de l'abdomen est abandonné¹. • Les progrès de la chirurgie maxillo-faciale sont nombreux : greffes osseuses et cutanées (lambeaux, ...), chirurgie plastique et art prothétique. Des hôpitaux spécialisés se mettent en place⁶. • Des innovations sont introduites dans les soins des brûlures comme notamment la pulvérisation de paraffine⁵.
<ul style="list-style-type: none"> • De nombreux cas de tétanos sont observés durant les premiers mois du conflit. 	<ul style="list-style-type: none"> • La sérothérapie antitétanique est administrée de manière systématique chez tous les blessés admis dans les structures sanitaires².
<ul style="list-style-type: none"> • Les techniques anesthésiques et de réanimation disponibles à l'époque sont sommaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • La transfusion sanguine est introduite en 1917. L'adjonction de citrate en facilite l'utilisation en permettant de conserver le sang^{1,3}. • Le traitement de l'état de choc hypovolémique évolue : introduction des premiers solutés de remplissage (sérum physiologique, cristalloïdes, premiers colloïdes)¹.
<ul style="list-style-type: none"> • L'emploi des gaz de combat est à l'origine de lésions cutanées, oculaires mais aussi pulmonaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Des masques à gaz sans cesse plus performants sont développés. • Des techniques de décontamination précoce des soldats gazés sont introduites. • Des unités dédiées sont créées afin de mettre en œuvre des protocoles thérapeutiques^{2,6}.
<ul style="list-style-type: none"> • La vie dans les tranchées provoque une recrudescence de pathologies médicales. Les épidémies, et même les pandémies, trouvent là un environnement propice. Grippe, choléra, typhus, tétanos sont redoutés. De plus, on assiste à l'apparition de pathologies propres à la guerre de tranchée (pyrexie des tranchées, pied de tranchées) ou encore à la zone géographique (paludisme). 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu de vaccins sont disponibles durant ce conflit. Celui contre la fièvre typhoïde est rendu obligatoire pour tous les combattants dès le début de la guerre². En revanche, la sérothérapie est largement utilisée (antitétanique, antidiphthérique, etc.).
<ul style="list-style-type: none"> • Comme souvent dans les périodes de guerre, les maladies sexuellement transmissibles sont une forte recrudescence. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les médecins disposent d'un traitement contre la syphilis : le salvarsan².
<ul style="list-style-type: none"> • La guerre altère la santé mentale des soldats. Des troubles du comportement sont identifiés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les psychiatres identifient une nouvelle forme de pathologie psychiatrique : l'obusite ou <i>shell shock</i>, précurseur du syndrome de stress post-traumatique (SSPT)⁷. Des thérapeutiques sont testées : le torpillage faradique de Vincent² mais aussi l'hypnose. Un repérage des soldats à risque est proposé à la fin du conflit.

¹ Delaporte S. Les médecins dans la Grande Guerre: 1914-1918. Paris: Bayard Jeunesse; 2003.

² Loodts P. La Grande Guerre des soignants: médecins, infirmières et brancardiers en 1914-1918. Bruxelles: Mémogrames; 2008.

³ Bennett J. Medical advances consequent to the Great War 1914-1918. J R Soc Med. 1990;83(11):738

⁴ Crofton E. The Women of Royaumont: A Scottish Women's Hospital on the Western Front. Luckwell Press; 1997.

⁵ Bundy ER. Surgical nursing in war. Philadelphia: Blakiston's Son & Co; 1917.

⁶ Larcen A. Le service de santé aux armées pendant la Première Guerre mondiale. Paris: Éditions LBM; 2008. 596 p.

⁷ Rae R. An historical account of shell shock during the First World War and reforms in mental health in Australia 1914-1939. Int J Ment Health Nurs. août 2007;16(4):266-273.

ENCADRE 2

Profil du soldat en besoin de soins, le fantassin français sur le front occidental¹⁻³

■ Le quotidien du soldat, avant la survenue de son problème de santé, consistait à :

- combattre pendant des mois, des années ;
- vivre dans la peur : chaque jour présente un risque élevé d'être le dernier ;
- tolérer l'incertitude ;
- développer des stratégies d'adaptation, certaines se manifestant par une consommation parfois élevée d'alcool ;
- vivre dans la boue des tranchées ;
- lutter contre les rats et les poux au quotidien ;
- manquer de sommeil ou ne parvenir à trouver qu'un mauvais sommeil ;
- s'acclimater au froid, à la neige et à l'humidité ;
- n'avoir pour horizon que la monotonie d'un paysage dévasté ;
- s'alimenter et boire en fonction des approvisionnements (café froid, rations, etc.) ;
- supporter le bruit des combats ;
- s'adapter à la promiscuité et à l'absence d'intimité ;
- ne pas avoir pu fréquemment bénéficier d'une permission pour retourner dans son foyer ;
- être parfois sans nouvelles de ses proches situés dans les zones occupées ;
- vivre à côté de corps de soldats morts en cours de décomposition ;

- ne pas être maître de ses décisions ;
- voir ses camarades de combat être blessés et tués ;
- entendre les gémissements de soldats blessés restés dans le *no man's land* faute de n'avoir pu être relevés ;
- évoluer dans un environnement exclusivement masculin ;
- tenir sous le regard des autres, ne pas craquer ;
- supporter l'absence d'hygiène corporelle, se laver au couteau, porter les mêmes vêtements pendant des semaines ;
- ne disposer la nuit que d'une très faible luminosité.

■ Les motifs du recours aux soins sont les suivants : pathologie médicale, blessure par arme de guerre, intoxication par des gaz de combat, traumatisme/polytraumatisme, pathologie chirurgicale ou psychiatrique.

■ Rejoindre le poste de soins, en cas de blessure au combat, demande de supporter un relevage souvent long (*no man's land*) et un transport chaotique, source de douleur (à dos d'homme, en hamac, etc.). Le blessé arrive souvent douloureux, déshydraté et parfois en état de choc.

¹ Cazals R, Loez A. 14-18, vivre et mourir dans les tranchées. Paris: Tullandier ; 2012.

² Laby L. Les carnets de l'aspirant Laby, médecin dans les tranchées: 28 juillet 1914-14 juillet 1919. Paris: Bayard; 2001. 345 p.

³ Pottecher J, Suarès A. Lettres d'un fils 1914-1918. Émile-Paul; 1926.

sanitaire représente pour le soldat une transition entre deux mondes (*encadré 2*). L'infirmière joue un rôle majeur à cette étape en réalisant la première toilette du patient. Celle-ci est précédée d'une mesure des constantes du blessé (pouls, température, etc.) et sa douleur est prise en compte. Ce soin est pourvoyeur de bien-être pour le patient. Il permet également à l'infirmière de réaliser une inspection minutieuse de toutes les parties du corps et des blessures jusqu'alors ignorées peuvent parfois être identifiées lors de ce soin.

■ Violetta Thurstan conseille à l'infirmière de réchauffer préalablement le lit à l'aide de bouillottes et de protéger la literie à l'aide d'une alèse de caoutchouc. Elisabeth Bundy, quant à elle, préconise également pour garder la chaleur d'insérer du papier journal entre le matelas et le montant du lit [5]. Elle incite également l'infirmière à prendre des mesures visant à limiter les risques d'infestation par les parasites du blessé. Cette première toilette du blessé peut être difficile à réaliser dans des environnements où l'eau est fortement rationnée. Il incombe également à l'infirmière, assistée d'un garçon de salle où

d'une auxiliaire, d'évacuer les vêtements souillés du patient. Il lui est parfois difficile de trouver des vêtements de rechange lorsqu'elle doit organiser le transfert ou la sortie du patient [6]. Au terme de cette étape de la prise en charge, le patient retrouve le contact agréable du linge propre et apprécie de reposer dans des draps lavés, un luxe qu'il n'a souvent pas connu depuis des semaines. Une soupe ou encore un chocolat chaud lui sont ensuite proposés. Violetta Thurstan souligne que fréquemment, dès la fin de réalisation de la toilette, le patient s'endort tant il a accumulé une "dette de sommeil" importante.

■ Les pratiques soignantes de l'époque ont tendance à confiner les patients au lit. En outre, ceux atteints de fractures des membres inférieurs, souvent traités par traction, sont immobilisés sur une longue période. Ils doivent donc bénéficier de mesures visant à prévenir les escarres. Il s'agissait d'une responsabilité incombant à l'infirmière. L'absence d'antibiotiques et l'usage parfois limité des antipyrétiques (aspirine) conduisent les infirmières à mettre en œuvre des mesures non pharmacologiques pour lutter contre la fièvre (glacage, application d'eau

Les infirmières dans la Grande Guerre

fraîche à l'aide d'une éponge, etc.) souvent très chronophages.

■ **Les soins techniques** connaissent de nombreuses évolutions durant ce conflit qui leur donnent souvent un caractère de plus en plus complexe. Très diversifiés, ils peuvent être classés en plusieurs catégories :

• **soins génériques** : injections, lavements, cataplasmes, soins des plaies, etc. ;

• **soins spécialisés** : soins en période périopératoire, soins de réanimation, soins aux patients gazés, etc.

Les injections sous-cutanées et intra-musculaires sont fréquemment réalisées à cette époque. L'injection intraveineuse se développe mais reste moins usitée. Les antalgiques, les sédatifs, les "stimulants" en cas d'état de choc (camphre, strychnine, adrénaline) ou encore les sérothérapies sont ainsi administrés au patient par voie parentérale. Les seringues en verre et les aiguilles doivent être préalablement stérilisés par l'infirmière. La voie intrarectale est utilisée de manière extensive dans des objectifs variés. Les lavements sont d'usage courant. Des solutions de réhydratation du patient ou même des solutions nutritives (lait, œufs, glucose, eau) sont également administrées par cette voie. L'application de ventouses scarifiées ou encore parfois de sangsues revient à l'infirmière. Elle a aussi la responsabilité de préparer et d'appliquer des cataplasmes à la composition variée (pain, moutarde, amidon, etc.)

■ **Violetta Thurstan recense une large gamme de stratégies de cicatrisation dirigée** qu'elle qualifie de « *traitements modernes des plaies* » : plaie laissée à l'air, recouverte d'un plâtre ou encore exposées aux rayons du soleil. L'utilisation de sérum salé hypertonique ou encore d'eau de mer stérilisée et lyophilisée est observable. L'infirmière doit relever deux défis : gérer des volumes importants de patients nécessitant une réfection de leur(s) pansement(s) mais aussi maîtriser la complexité de certains pansements. Elle met en exergue la place grandissante occupée par la bactériologie dans les pratiques de soins. L'infirmière réalise des prélèvements bactériologiques au niveau de la plaie un jour sur deux. La diminution du nombre de bactéries pathogènes signe l'efficacité du traitement. Elle souligne que la stérilisation d'une plaie septique peut prendre de six à vingt-cinq jours. Une fois que ce résultat est atteint, la plaie peut être suturée.

■ **Violetta Thurstan aborde la méthode d'irrigation drainage de Dakin-Carrel** selon une perspective infirmière. Elle précise ainsi que la

préparation de la solution incombe à l'infirmière et met en garde les soignants quant au pouvoir corrosif du Dakin : il rigidifie les alèzes de caoutchouc, entraîne l'altération des fils de suture en soie et impose aux infirmières le port de blouses blanches car les uniformes de couleurs se retrouvent rapidement maculés de taches décolorées⁵. Elle souligne que le caractère agressif de la solution nécessite que de la vaseline soit appliquée sur les berges de la plaie afin de les protéger. Elle incite l'infirmière à respecter le débit prescrit en précisant que différentes modalités sont observables. Elle met également en garde l'infirmière quant au caractère douloureux de l'irrigation pour le patient. L'application de cette technique est très chronophage car elle impose un renouvellement de l'irrigation toutes les deux heures. De plus, un drainage trop abondant peut nécessiter des changes fréquents de l'alèze même si un réceptacle est disposé sous la jambe traitée. En outre, l'équipement utilisé requiert une décontamination et une stérilisation soignée.

■ **La préparation préopératoire incombe à l'infirmière** : classiquement elle consiste à donner un bain de lit au futur opéré, à lui administrer un laxatif ou un lavement, à le laisser à jeun six heures avant l'intervention et à réaliser une préparation locale du site opératoire (rasage, détersion, application d'un antiseptique). Cette préparation classique est irréalisable dans les structures situées près du front qui accueillent les urgences chirurgicales. Violetta Thurstan souligne que, dans ces situations, l'équipe doit gérer les risques inhérents à l'anesthésie sur estomac plein. Rappelons qu'à cette période l'anesthésie est pratiquée sans intubation endotrachéale. Elle souligne également que la préparation locale est simplifiée.

NOTES

⁵ Les infirmières britanniques portaient un uniforme gris clair, les canadiennes étaient vêtues de bleu.

ENCADRE 3

Le matériel nécessaire à l'anesthésie¹

- Un masque
- Un verre mesure
- Un flacon de chloroforme/d'éther
- Un stéthoscope
- Une serviette en cas de vomissements
- Des compresses pour nettoyer la bouche
- Une pince destinée à opérer une traction sur la langue
- Des médicaments d'urgence : caféine, strychnine, camphre, extraits hypophysaires
- De l'oxygène
- Une couverture pour la période de réveil

¹ Thurstan V. *A text book of war nursing*, G.P. Putnam's sons; 1917.

NOTES

⁴ Des formations spécialisées sont développées à l'intention des infirmières américaines et australiennes.

■ **Les techniques anesthésiques décrites sont variées** : anesthésie locale, rachi-anesthésie (plus rare) et surtout anesthésie générale. Cette dernière est administrée par l'infirmière⁶ et repose essentiellement sur l'anesthésie par inhalation (protoxyde d'azote, chloroforme, éther) administrée à l'aide d'un masque spécifique. La surveillance clinique est sommaire : couleur des téguments, fréquence respiratoire, pouls, surveillance pupillaire. La perméabilité des voies aériennes doit être maintenue mais celles-ci ne sont pas protégées. L'infirmière a à sa disposition une pince spécifique destinée à éviter la chute de la langue en arrière. En cas de dépression respiratoire, de l'oxygène peut être administré conjointement à l'injection d'extraits hypophysaires (*encadré 3*).

■ **L'infirmière de bloc opératoire doit nécessairement porter une sur blouse par-dessus son uniforme**. Le port du masque semble être de plus en plus fréquent. Les gants chirurgicaux en caoutchouc re-stérilisables sont, quant à eux, d'un usage courant. Il appartient à l'infirmière de repérer les gants percés, de les réparer à l'aide de rustines et de les talquer. Certaines situations (isolement, afflux massif de blessés) la conduisent parfois à recourir à des procédés de stérilisation d'urgence, notamment par flambage. Les sutures doivent également être préalablement stérilisées.

■ **Violetta Thurstan souligne que la technique aseptique doit être un objectif** mais que dans certaines situations, il est difficile de la garantir. Les antiseptiques sont donc largement utilisés. La préparation extemporanée des antiseptiques est parfois très compliquée ; les patients et les infirmières peuvent être exposés à certains effets secondaires en lien avec leur toxicité élevée.

■ **Les soins de réanimation sont également décrits par Violetta Thurstan**. Ils reposent sur un réchauffement à l'aide de bouillottes, d'injections parentérales de camphre, de strychnine ou d'éther, d'administration de café ou de brandy par voie rectale. Un remplissage à base de sérum physiologique peut être entrepris par voie rectale, sous cutanée ou encore par voie intraveineuse. Dans ce dernier cas, l'accès veineux est mis en place par le médecin qui procède à une dénudation veineuse.

■ **Les soins postopératoires mis en œuvre auprès des patients opérés de l'abdomen** confrontent l'infirmière à de nombreuses difficultés. La morphine est employée avec parcimonie car son effet sur le transit intestinal retarde la reprise des gaz. Le recours à une sonde rectale est

fréquent. La sensation de soif est souvent ressentie par les patients en phase postopératoire ne pouvant bénéficier d'une réhydratation parentérale adéquate.

■ **Violetta Thurstan décrit également les soins spécifiques requis par les patients gazés**. Leur prise en charge par l'infirmière impose parfois la réalisation de saignées ou de ventouses scarifiées. Elle consiste également en l'administration de cataplasme. Les soins des yeux y occupent également une place importante. Les patients porteurs d'atteintes pulmonaires graves, très dyspnéiques, bénéficient parfois d'une oxygénothérapie. Lorsqu'elle n'est pas disponible, il est conseillé à l'infirmière de placer le patient dans un lieu où il pourra bénéficier d'un courant d'air frais.

■ **Les soins relationnels et éducatifs occupent une place tout aussi importante dans l'activité infirmière**. Leur mise en œuvre repose, avant tout, sur la capacité des soignants à recréer un environnement qui procure au patient un sentiment de sécurité et lui donne presque l'impression de se sentir à la maison. Les salles communes sont souvent agrémentées de fleurs et décorées lors des fêtes traditionnelles. Ces dernières donnent également lieu à des animations organisées par les soignants afin de divertir les patients. Certaines salles sont même dotées d'un gramophone. Mais les soins relationnels ne se limitent pas à ces activités. La présence de l'infirmière, le soutien qu'elle propose accompagnent le processus d'adaptation du patient victime d'une blessure mutilante ou invalidante. L'infirmière assure fréquemment le lien avec les familles notamment par le courrier. De plus, elle soutient les patients mourants. Des soins infirmiers spécifiques doivent être mis en œuvre chez les patients présentant un *shell shock*. Selon Violetta Thurstan, en plus des calmants, il est important de leur procurer un "repos mental" avant de les transférer vers des structures spécialisées de l'arrière.

■ **Les soins indirects représentent également une partie importante de l'activité infirmière**. Certains ne sont pas spécifiques à la situation de conflit : coordination, gestion des stocks, confection d'attelles et de pansements, stérilisation et activités administratives. D'autres, en revanche, sont directement liés aux conditions particulières liées à la guerre. Violetta Thurstan insiste notamment sur les spécificités liées à l'exercice dans un service constitué de tentes (chauffage hasardeux, imperméabilité de la toile de tente, tension des cordages, etc.). La gestion du dispositif de chauffage est toujours une préoccupation (approvision-

Les infirmières dans la Grande Guerre

nement en bois, évacuation des fumées, etc.) tout comme celle de la lumière. Le maintien de la sécurité du personnel et des malades pendant les bombardements doit être une priorité constante. La gestion des pénuries de matériel, d'eau, de linge nécessite de faire preuve de créativité.

ÉVOLUTION DES PRATIQUES INFIRMIÈRES DURANT LE PREMIER CONFLIT MONDIAL

■ **L'analyse des sources bibliographiques** montre une perméabilité des ouvrages de référence en soins infirmiers publiés pendant la guerre aux évolutions intervenues dans les pratiques médicales ou encore dans les organisations sanitaires. Il convient toutefois de préciser qu'à cette période, la pratique infirmière se pense le plus souvent sur conseil ou sur prescription du médecin ou du chirurgien. Comme le souligne Violetta Thurstan, les pratiques infirmières doivent se conformer strictement aux habitudes du médecin ou du chirurgien. Elle précise d'ailleurs qu'il n'appartient pas à l'infirmière de juger ou critiquer les pratiques de ces derniers. Pour elle, toute dysharmonie entre l'infirmière et le médecin est potentiellement néfaste pour le patient si celui-ci en fait le constat. Cette précision laisse à penser que l'expérience des infirmières leur permet d'observer que certaines stratégies thérapeutiques sont plus efficaces que d'autres. Leur fonction et les différentes affectations dans lesquelles elles servent, les amènent à identifier que les recommandations de pratiques sont parfois appliquées à des degrés divers.

■ **L'évolution des techniques ne remet pas en cause la volonté de personnalisation des soins infirmiers.** Violetta Thurstan incite les infirmières

à toujours considérer la personne dans toute sa singularité plutôt que le cas clinique. Si les nouvelles compétences acquises par les infirmières se centrent surtout en matière de soins, il faut tout de même souligner que la multiplication des rencontres interculturelles au cœur des soins les conduit parfois à acquérir les rudiments de la langue des pays où elles stationnent. La pratique de soins leur impose également de se familiariser avec différents systèmes de poids et mesures.

■ **La Première Guerre mondiale ébauche également les profils d'infirmières spécialisées dans des domaines variés :** radiographie, massages, bactériologie, bloc opératoire ou encore anesthésie. Nombre d'infirmières apportent directement leur contribution au développement de la recherche médicale durant cette guerre. Citons notamment le rôle joué par les infirmières de l'hôpital temporaire n°21 basé à Compiègne dans le développement de la méthode Dakin-Carrel [7]. En outre, si les infirmières bénéficient de formations afin d'actualiser leurs pratiques, elles sont chargées dans nombreux services de santé (Royaume-Uni, États-Unis, etc.) de former les personnels notamment les infirmières auxiliaires et les garçons de salle.

CONCLUSION

Le transfert de connaissances est assez performant durant la Première Guerre mondiale. L'obtention de résultats immédiatement observables motive les soignants à faire évoluer leurs pratiques. Toutefois, l'infirmière doit souvent composer avec les choix des praticiens dont certains ne sont pas nécessairement prônes à modifier leurs cadres de référence et à introduire des innovations dans leurs pratiques quotidiennes. Il faut souligner que les évolutions médicales sont très présentes dans les manuels infirmiers rédigés durant la guerre et que les interventions sont souvent accompagnées de leur sens rationnel.

Les thérapeutiques et des techniques de soins développées ont certes été à l'origine de résultats de soins favorables, mais la complexité inhérente à leur mise en œuvre a énormément majoré la charge de travail des infirmières déjà lourde du fait du volume élevé de patients à traiter. Dans ce contexte, on ne peut que souligner les capacités d'adaptation, l'ingéniosité et la grande tolérance à l'incertitude dont ont fait preuve les infirmières quelle que soit leur qualification ou leur expérience. ■

RÉFÉRENCES

- [1] Thurstan V. A text book of war nursing. G.P. Putnam's sons; 1917.
- [2] Nightingale F. Notes on nursing: What it is, and what it is not. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1992.
- [3] Olier F. Les autochirs (1914-1918): Genèse d'une épopée. Médecine Armées. 2002;30(3):299-320.
- [4] Delaporte S. Les médecins dans la Grande Guerre: 1914-1918. Paris: Bayard Jeunesse; 2003.
- [5] Bundy ER. Surgical nursing in war. Blakiston's Son & Co; 1917.
- [6] Crofton E. The Women of Royaumont: A Scottish Women's Hospital on the Western Front. East Linton, East Lothian: Tuckwell Press; 1997.
- [7] I ondris P. La Grande Guerre des soignants: médecins, infirmières et brancardiers en 1914-1918. Bruxelles: Memogrammes; 2008.

Les points à retenir

- **Nombre d'infirmières professionnelles engagées dans le conflit** bénéficient d'une formation inspirée du modèle de Florence Nightingale.
- **L'écart important observé entre la guerre imaginée et les conséquences du conflit vécu (forte mortalité et une morbidité importante) pousse à repenser les organisations,** le génie sanitaire et à porter un effort particulier dans le domaine de la recherche clinique.
- **La guerre ébauche les profils d'infirmières spécialisées dans des domaines variés :** radiographie, massages, bactériologie, bloc opératoire ou anesthésie.

*Déclaration d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.*

organisation

La révolution spectaculaire du Service de santé aux armées

HUGUES LEFORT^{a,*}
Médecin urgentiste

JEAN-JACQUES FERRANDIS^b
Ancien président de
la Société française d'histoire
de la médecine,
conservateur honoraire

XAVIER TABBAGH^b
Conservateur

VINCENT LANOË^a
IDE

JEAN-PIERRE TOURTIER^a
Professeur agrégé du
Val-de-Grâce en anesthésie-
réanimation

^aService médical d'urgence,
Brigade de sapeurs-pompiers
de Paris, 3, rue Darmesteter,
75013, Paris, France

^bMusée du Service de santé
des armées, Val-de-Grâce,
1, place Alphonse-Laveran,
75005 Paris, France

■ Après le désastre sanitaire des premiers mois du conflit de la Grande Guerre, le Service de santé aux armées françaises a connu une véritable révolution pour devenir, en 1918, le plus efficace des armées en présence ■ Fin 1914, par l'échelonnement des hôpitaux d'évacuation dans la zone des armées, les équipes médicales les plus performantes sont affectées au plus près du front ■ La catégorisation des blessés a lieu à chacun des échelons de la chaîne d'évacuation ■ Les progrès techniques, notamment en chirurgie de guerre, font entrer la médecine dans l'ère moderne.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – carte sanitaire ; histoire ; Première Guerre mondiale ; réorganisation ; Service de santé des armées

A spectacular revolution: Evolution of French military health service. After the sanitary disaster caused by the first months of the conflict, the Health service of the French armies undertook a true revolution. By 1918, it had become the most efficient of all the opposing armies. At the end of 1914, through the spacing out of the evacuating hospitals within the zone of the armies, the most efficient teams were placed as close as possible to the front. Injured soldiers were categorized at every step of the chain. Technical progress, especially in war surgery, pushed medicine into the moderne era.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – First World War; health system; history; military health service; reorganisation

La guerre de 1914-1918 a été un conflit d'une grande intensité, différente des guerres précédentes, et imposant un devoir de mémoire à plusieurs titres. Presque 20 % des effectifs mobilisés y ont trouvé la mort et 45 % des survivants ont été blessés avec, pour 14 % de ces derniers, une invalidité permanente. L'ampleur des pertes humaines et fonctionnelles explique cette définition de Grande Guerre : sur une durée importante et dans un contexte de fronts étendus, polymorphes et particulièrement mouvants. Par ailleurs, le conflit a été innovant par l'emploi de nouvelles technologies autorisant des combats sur terre, en mer ou dans les airs, usant d'armes aux cadences de tirs plus élevées, de l'artillerie et des blindés ou encore des gaz de combats [1]. Le Service de santé aux armées françaises n'y était pas préparé, ce qui explique, en partie, le désastre sanitaire constaté au cours des premiers mois. Les offensives se sont multipliées et ont rapidement rempli les lits d'hôpitaux de l'avant et de l'arrière, avec des personnels médicaux et paramédicaux en sous-effectif. Le Service de santé des armées françaises a connu une révolution spectaculaire [2] pour devenir, au cours du conflit, le plus efficace au monde¹.

UN SERVICE DE SANTÉ PRIS SUR LE VIF : ÉTAT DES LIEUX AVANT-GUERRE

■ La guerre de 1914-1918 est responsable, dans les armées françaises, de 1 527 040 morts au 1^{er} juin 1919, sur 7 932 000 Français mobilisés. Mais elle est également à l'origine de 3 595 000 blessés : 500 000 le sont au visage, 1 100 000 deviennent invalides permanents, parmi lesquels 56 000 subissent une amputation et 65 000 sont des mutilés fonctionnels. La Grande Guerre a lieu 24 heures sur 24 [2]. Il n'existe guère de trêve permettant le relèvement des blessés, comme dans les conflits antérieurs. Ainsi, dès la stabilisation du front, le relèvement est interdit hors des tranchées, entre le lever et le coucher du soleil. Le blessé doit attendre parfois plus de 24 heures avant d'être relevé. Schématiquement [1,2] :

- le Service de santé régimentaire rassemble les blessés pouvant marcher ou cherche sur le champ de bataille ceux immobilisés. Il les prépare à l'évacuation ;
- le Service de santé de division charge les blessés venant des régiments dans des voitures sanitaires du groupement de brancardiers divisionnaires ou des sections automobiles sanitaires ;

NOTE

¹ Cet article a été réalisé à partir des nombreuses sources manuscrites du Centre de documentation du Musée du Service de santé des armées au Val-de-Grâce, Paris (75).

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail :
hdefort@gmail.com
(H. Lefort).

Les infirmières dans la Grande Guerre



© Musée S.S. Val-de-Grâce

Figure 1. Embarquement de blessés dans un train de marchandises.

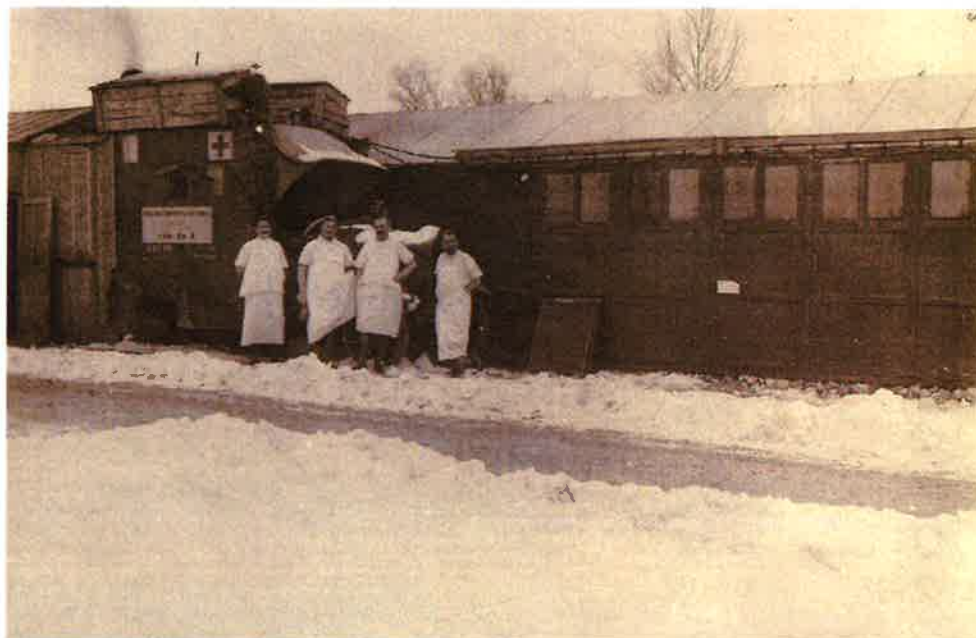
• le Service de santé de corps d'armée contrôle les évacuations et retient près de lui dans ses formations de traitement, c'est-à-dire ses ambulances, les "intransportables" d'une part et les "très petits blessés" d'autre part ;

• les évacuations s'effectuent ensuite dans la zone des étapes, soit vers des hôpitaux situés à l'arrière de la zone des armées, soit vers l'intérieur du pays. Ces évacuations sont contrôlées en principe par l'armée concernée et, pour l'essentiel, réalisées à l'aide de trains sanitaires [3].

■ **Durant les deux premiers mois de la Grande Guerre, l'Armée française a connu un désastre sanitaire majeur.** Fin septembre 1914, il ne reste que 180 000 lits sur les 244 214 prévus. Les raisons sont multiples. "L'offensive à outrance" conduit le commandement à alléger le Service de santé à l'avant et à privilégier l'évacuation ferroviaire pour ne pas encombrer le champ de bataille, puisque la guerre, privilégiant le mouvement, doit être rapide et courte. Cette stratégie permet d'éviter la prise par l'ennemi des moyens lourds et encombrants du Service de santé. Lors de la retraite après l'échec aux frontières, les 60 000 lits des hôpitaux auxiliaires, établis par la Croix-Rouge près des frontières, sont occupés [2,4]. Sont comptés lors de la Bataille des frontières, 108 010 disparus et 74 665 blessés et, en septembre 1914, 21 465 tués, 85 249

disparus (dont certains prisonniers) et 125 456 blessés. D'août 1914 à fin 1915, sur 855 254 blessés évacués vers la zone de l'intérieur, sont répertoriés 75 % de blessures par éclats d'obus et de grenades contre 23 % par balles et 2 % par autres agents (y compris accidents et affections chirurgicales) [5].

■ **Au-delà de ces faits militaires,** d'autres raisons sont liées aux difficultés de la mise en place du règlement de 1910 sur le Service de santé aux armées. À la déclaration de guerre, celui-ci est essentiellement composé de personnels de réserve non formés (10 490 médecins) se répartissant en 1 495 médecins réalisant déjà des temps de réserve pour le Service de Santé aux Armées et 8 995 médecins civils mobilisés. Afin d'éviter les périodes d'instruction, trop nombreuses à leurs yeux, ces médecins mobilisés préfèrent rester sous-officiers ou médecins auxiliaires. Des professeurs de chirurgie ou des médecins hospitaliers commencent donc la guerre comme sous-officiers ou sont affectés dans des emplois différents de leur qualification [2]. Entre le 17 août et le 31 octobre 1914, tous les médecins non mobilisés sont rappelés, portant l'ensemble à 15 353. Au début de 1914, compte tenu de l'hypothèse improbable d'une guerre, les matériels prévus par le règlement ne sont pas fabriqués ni affectés. Les traitements chirurgicaux à l'avant doivent être limités et il est prévu d'évacuer,



© Musée SSV Val-de-Grâce

Figure 2. Vadelaincourt (55) à proximité de Verdun (Meuse). Personnel devant l'autochir.

par le train vers l'intérieur, 85 % des blessés, dont les plaies seront seulement badigeonnées à la teinture d'iode et emballées dans un pansement [6] (figure 1). Mais l'évacuation des blessés vers les hôpitaux à l'intérieur du pays est difficile. En effet, le Service de santé est le seul dont le fonctionnement des évacuations s'étend depuis le front jusqu'à l'intérieur du pays. Malheureusement, il existe deux zones bien distinctes, celle des armées sous la responsabilité exclusive du général commandant en chef, et celle de l'intérieur dépendant de la 7^e sous-direction du ministère de la Guerre. L'organisation des évacuations ferroviaires doit aussi tenir compte de trois règlements : celui du Service de santé en campagne, celui de l'arrière aux armées et celui des transports stratégiques par chemin de fer. L'évacuation s'effectue donc dans les plus mauvaises conditions et l'arrivée tardive dans les hôpitaux de l'intérieur, de blessés dont les plaies sont infectées et souvent gangrenées, ne fait qu'augmenter le nombre des pertes [1,2].

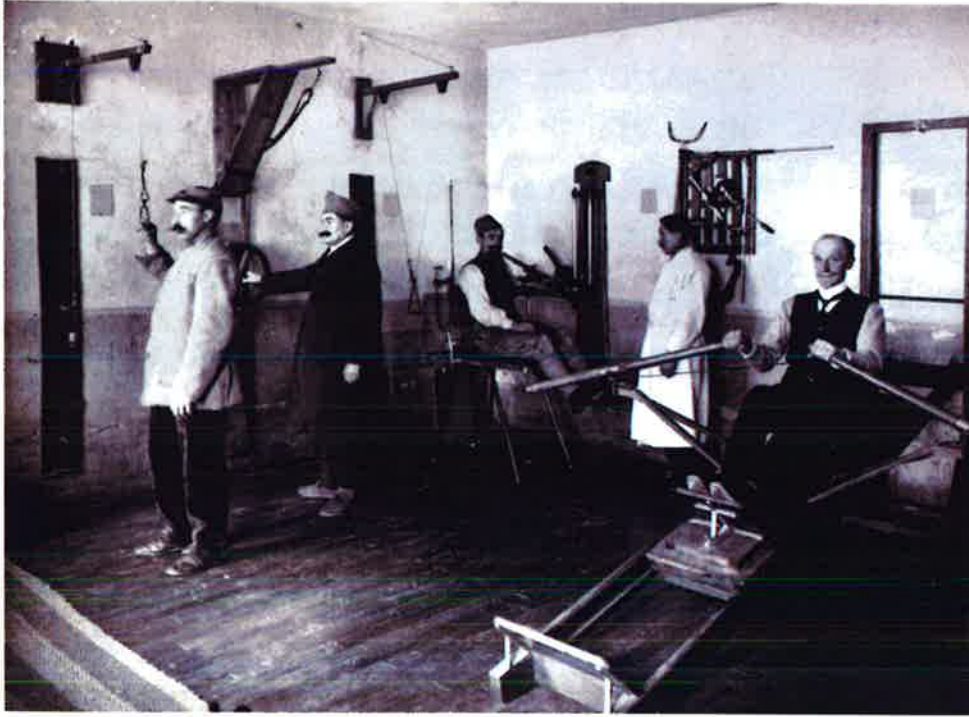
MÉDICALISATION DE L'AVANT ET ORGANISATION DE LA CHAÎNE D'ÉVACUATION SANITAIRE

■ **Devant ce désastre**, les critiques de Maurice Barrès, d'Adolphe Messimy ou de Georges Clemenceau relaient l'opinion publique et aboutissent rapidement à la recherche de solutions. Dès le

22 septembre 1914, le chirurgien Edmond Delorme reconnaît ses erreurs et déclare à l'Académie des Sciences [2] : « *La règle de l'abstention systématique, excellente lorsqu'il s'agit de balles de fusil, ne saurait s'appliquer aux balles des shrapnells et aux éclats d'obus. C'est la règle inverse qu'il faut suivre. On avait jusqu'ici des raisons de reporter à l'Arrière la chirurgie active ; les circonstances obligent à la concentrer en partie et résolument à l'Avant. À situations nouvelles, dispositifs nouveaux* ».

■ **Le 15 octobre 1914, une direction générale du Service de santé est créée** au Grand Quartier général (médecin inspecteur général Paul Chavasse, ancien professeur agrégé de chirurgie du Val-de-Grâce). Le professeur Théodore-Marin Tuffier, président de la Société de chirurgie (l'actuelle Académie nationale de chirurgie) est nommé chirurgien consultant auprès du directeur général du Service de santé. Des organismes de contrôle sont créés. Le 28 octobre 1914, les spécialistes reçoivent une affectation et un grade conformes à leurs qualifications. Le 26 novembre 1914, les chirurgiens les plus confirmés sont affectés au plus près du front. Le fonctionnement du Service de santé s'adapte rapidement, par une accélération de la relève des blessés, leur évacuation et la réorganisation des hospitalisations. Une nouvelle disposition des hôpitaux de l'avant (ou hôpitaux d'origine d'étapes – HOE), évolutive au cours du conflit, les échelonne selon trois types installés de 15 à 200 km des lignes de feu. Cette restructuration totale est facilitée dès

Les infirmières dans la Grande Guerre



© Musée SSA/Vel de Grâce

Figure 3. Salle de mécanothérapie au Grand Palais à Paris.

novembre 1914, par la stabilisation du front. Un effort particulier est consacré à l'approvisionnement du front en matériels médico-chirurgicaux performants. Les ambulances chirurgicales de première ligne se spécialisent (figure 2), des ambulances automobiles chirurgicales, appelées "autochir", sont mises sur pied et dotées des personnels et des matériels les plus performants permettant une chirurgie de pointe au plus près du front [7]. Afin de confronter les méthodes, des enseignements sont multipliés et dispensés dans les hôpitaux de l'avant (comme à Bouleuse, près de Reims – 51). Des formations spécialisées traitent les atteintes par les gaz, les manifestations psychiatriques, les fractures ostéoarticulaires ou enseignent la réparation après la blessure. Surtout, le triage des blessés à tous les échelons de la chaîne d'évacuation est l'une des grandes innovations du conflit [3].

■ **Le 1^{er} juillet 1915, l'avocat lyonnais Justin Godart devient sous-secrétariat d'État au Service de santé.** Il est le véritable artisan de la restructuration spectaculaire du Service. Le 5 février 1918, après la défaite du Chemin des Dames, Louis Mourier succède à Justin Godart et fait décider par le gouvernement une autorité technique au Service de santé [2] : « *Le devoir d'organiser, à côté de l'Armée qui se bat une véritable armée qui soigne et qui*

opère, sous la haute autorité du Commandant en chef, mais indépendamment de tous les autres services [...] et la nécessité pour cette armée d'avoir un chef d'état-major sanitaire, conseiller technique du gouvernement, agent de liaison nécessaire entre ce dernier et la Zone des armées ». Après le désastre sanitaire du début de la guerre, le Service de santé français aux armées devient, en 1918, de très loin, le plus performant de toutes les armées en conflit. Il paie malheureusement un lourd tribut puisque ses pertes le classent en seconde position derrière l'Infanterie, loin devant l'Artillerie et les autres services [2].

LA RÉPARATION APRÈS LA BLESSURE, RÉHABILITATION DU BLESSÉ DE GUERRE

■ **Avant la guerre, il n'existe pas de service spécialisé en rééducation fonctionnelle [8].** Devant l'afflux de blessés, des services de physiothérapie sont créés le 24 octobre 1914. Parmi les centres importants, celui du Grand Palais traite chaque jour 3 000 blessés. Il est pourvu de services de massage, de rééducation individuelle et collective, d'électrothérapie, d'hydrothérapie, de thermothérapie, de radiumthérapie ou de mécanothérapie (figures 3 et 4). Malgré les progrès de la chirurgie, de nombreux blessés subissent une amputation ou présentent des

RÉFÉRENCES

- [1] Lefebvre P, et al. Histoire de la médecine aux Armées. Tome 3. De 1914 à nos jours. Panazol: Éditions Lavauzelle; 1987.
- [2] Larcan A, Ferrandis JJ. Le service de santé aux armées pendant la Première Guerre mondiale. Paris: Éditions LBM; 2008.
- [3] Ferrandis JJ, Lefort H, Tabbagh X, Pons F. Le triage des blessés pendant la Grande Guerre. Soins 2014;786:41-5.
- [4] Olier F. Histoire des hôpitaux militaires et du service de santé durant la Grande Guerre, <http://hopitauxmilitairesguerre1418.overblog.com>
- [5] Toubert J. Étude statistique des pertes subies par les Français pendant la guerre 1914-1918. Progrès accomplis dans le fonctionnement du service de santé pendant la guerre. Panazol: Éditions Lavauzelle; 1940.
- [6] Lefort H, Olier F, Ferrandis JJ, Domanski L. Les soins des plaies au quotidien durant la Première Guerre mondiale. Soins 2014;786:55-60.
- [7] Olier F. Les autochirs, 1914-1918. Genèse d'une épopée. Médecine et armées 2002;20:299-320.
- [8] Camus J, Bourillon, Nyns, Terrien F et al. Rééducation fonctionnelle et rééducation professionnelle des blessés. Préface de Godart J. Paris: Éditions Baillière et fils; 1917.



© Musée de la Ville de Paris

Figure 4. Hôpital temporaire du Grand Palais à Paris, salle de rééducation.

RÉFÉRENCES

- [9] Mosny E. La rééducation professionnelle et la réadaptation au travail des estropiés et des mutilés de guerre. *Bull men Acad Nat Med*. 1951;54:458-72.
- [10] Broca A, Ducroquet. La Prothèse des amputés en chirurgie de guerre. Col Horizon, précis de médecine et de chirurgie de guerre. Paris: Éditions Masson; 1917.
- [11] Bitar AL. Les Ecoles de blessés (pensions, prothèses, apprentissages, placement. Paris: Éditions Lacan; 1916.
- [12] Ministère des Anciens combattants. L'appareillage des invalides de guerre (prothèses et orthopédie), principes et techniques. Imp Nat; 1940.
- [13] Montès JF. 1915-1939, (re) travailler ou le retour du mutilé : une histoire de l'entre-deux-guerres, rapport de recherche doctorale en sciences sociales à l'Institut d'études économiques et sociales. Paris: Éditions Office national des Anciens Combattants et victimes de guerre; 1991.

Déclaration d'intérêts
Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

séquelles à type de déformations anatomiques ou d'impotences fonctionnelles [2,9].

■ **Les blessés rassemblés dans les centres d'orthopédie** doivent attendre la confection relativement lente de leurs appareils prothétiques. L'hôpital central de la Maison-Blanche reçoit, dans un cadre agréable de la région parisienne, les mutilés ne trouvant pas de place dans les centres régionaux. L'industrie des prothèses étant peu développée en 1914, le Service de santé réquisitionne toutes les productions des fabricants d'orthopédie et ouvre des ateliers militaires [10]. Dès sa nomination, Justin Godart crée, avec le concours de chirurgiens spécialisés, une commission d'études de l'orthopédie qu'il préside souvent. Cette commission est chargée de diriger la fabrication de modèles types particulièrement performants et dont la qualité s'améliore au cours des années

Les points à retenir

- **Les premiers mois de la guerre ont été un désastre pour les combattants** du fait d'offensives à outrance. Le Service de santé des armées françaises n'y était pas préparé.
- **Les trois quarts des blessures ont été infligées par des éclats d'obus** ou de grenades particulièrement mutilants et source d'infection.
- **Devant les difficultés d'évacuation et de traitement chirurgical précoce des lésions**, les chirurgiens ont été positionnés au plus près d'un front relativement stabilisé fin 1914.
- **Justin Godard a créé, organisé et développé les filières de rééducation**, de réhabilitation et de réinsertion des blessés pendant puis après la guerre.

[2,8]. En juin 1916, les centres d'orthopédie sont remplacés par les centres d'appareillage et de rééducation des mutilés de guerre, permettant de réaliser en un même lieu, la rééducation fonctionnelle et l'appareillage des mutilés. Une commission de contrôle veille à la bonne réalisation des prothèses et les réceptionne. Dès leur arrivée au centre d'appareillage, les mutilés reçoivent une prothèse simplifiée de manière à leur faire attendre dans de bonnes conditions, la réalisation de leur prothèse définitive en cuir ou en bois avec éventuelle adaptation du modèle type [10]. La patrie reconnaissante ne néglige pas la composante psychologique. Un livret d'appareillage est donné au mutilé qui peut remplacer sa prothèse, aux frais de l'État, tout au long de sa vie.

■ **La rééducation fonctionnelle est initiée à Copenhague avant le conflit.** En 1916, Justin Godart crée des écoles de rééducation fonctionnelle dans tous les départements démunis. Les écoles de Lyon, fondées par Édouard Herriot, sont les premières [11]. Justin Godart organise du 8 au 13 mai 1916, au Grand Palais à Paris, une conférence interalliée pour l'étude de la rééducation professionnelle des invalides de guerre. Cette conférence établit les méthodes de rééducation, notamment le choix des appareils communs ou spéciaux, adaptés aux divers types de travaux et facilitant une réinsertion ou une rééducation professionnelle. Le travail agricole est ainsi généralisé, des comités départementaux sont fondés. La loi relative à la rééducation professionnelle et l'Office national des mutilés et réformés de la guerre est promulguée le 3 janvier 1918 [12,13]. « *La France ne croira jamais avoir accompli toute sa tâche envers les mutilés de guerre. Il est beau de constater que les mutilés de la guerre ne croient pas non plus avoir accompli toute leur tâche envers la France. Ils savent que les travailleurs manqueront au lendemain de la guerre dans un grand nombre de professions décimées. Ils veulent remplacer ces travailleurs : après avoir donné à la France leur héroïsme de soldat prêt pour tous les périls, ils lui apportent l'héroïsme quotidien du labeur volontaire de la paix* », déclare Justin Godart en 1917 [8].

CONCLUSION

Alors que le Service de santé aux armées françaises n'était pas du tout préparé à cette guerre, en quelques mois, il a su s'organiser en se remettant profondément en question. Ainsi, avec les progrès spectaculaires de la chirurgie, résultant de l'adaptation particulièrement rapide du Service de santé, aux conditions nouvelles présentées par le conflit, les 3 500 000 blessés de la Grande Guerre ont pu bénéficier de l'assurance de ne pas être abandonnés, dès la signature de l'armistice [13]. ■

stratégie soignante

Le triage des blessés pendant la Grande Guerre

■ Avec les "hôpitaux de l'avant", le triage des blessés est l'une des principales innovations de la Grande Guerre ■ Il est progressivement réalisé et codifié à tous les échelons de la chaîne des évacuations avec des variantes selon les phases de combat, comme à Verdun ou dans la Somme ■ À partir de 1917, des centres de triage spécifiques, animés par des personnels expérimentés, sont mis sur pied dans les hôpitaux d'évacuation.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – blessé ; évacuation ; Première Guerre mondiale ; Service de santé des armées ; triage

War casualty triage during the First World War. Along with the front hospitals (HOE), the action of sorting out the injured was one of the most important innovations of the Great War. Progressively, it was implemented and codified on each level of the evacuating chain, with variations due to the different phases of the conflict, such as in Verdun or in the Somme. From 1917 onwards, specific sorting centers, managed by experimented soldiers, were set up in the evacuating hospitals.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – Wound; evacuation; triage; military health service; First World War

Le triage peut être défini comme un acte technique visant à décider du degré d'urgence des soins à pratiquer (en tenant compte de la possibilité de transporter le blessé), des délais et du confort du transport, etc. Les règlements précédant la Première Guerre mondiale, en particulier celui de 1910, ont établi une distinction essentielle entre « blessés transportables » et « non-transportables », ou encore dits « *inévacuables* », c'est-à-dire soit « *morituri* », soit blessés à traiter sur place avec des moyens limités [1]. La Grande Guerre, par sa durée, son intensité ainsi que l'usage de nouvelles armes, a rapidement imposé un profond remodelage des concepts de triage¹.

VERS LES FORMATIONS SPÉCIALISÉES DE TRIAGE

■ **Le triage est réalisé dès le poste de secours et dans les ambulances de l'avant.** Les "intransportables" reconnus comme tels d'emblée sont munis d'une "carte blanche", les "blessés graves" et à partir de 1915, les "intoxiqués" par les gaz, sont groupés dans une même voiture pour être évacués vers l'ambulance chirurgicale ou l'ambulance Z (ambulance spécialisée pour les intoxiqués aux gaz) la plus proche [2,3]. La véritable catégorisation des blessés qui s'est peu à peu imposée, se déroule soit dans un hôpital d'évacuation

appelé hôpital origine d'étapes (HOE) (*figure 1*), soit dans une formation spécialisée se situant près des ambulances (de tri). Il existe aussi un triage chirurgical dit triage "vrai" à l'entrée des formations chirurgicales. Dans les HOE 1 (primaires) situés près de la ligne de feu (entre 15 et 25 km), le triage fonctionne à l'entrée de l'établissement idéalement sur deux "baraquements". Les couchés sont disposés d'un côté, les assis de l'autre. Une équipe de trois médecins fonctionne de chaque côté. La décision après examen individuel est consignée sur une fiche (*figure 2*).

■ **Dès lors, il existe trois possibilités :** évacuation sur une formation sanitaire spécialisée de la zone des armées HOE 2 (secondaire : entre 50 et 100 km des lignes), évacuation sur la zone de l'intérieur ou hospitalisation et traitement d'urgence sur place [4]. Cette formule est appliquée en particulier en 1916, à Verdun et dans la Somme. La formation spécialisée de triage proprement dite n'apparaît qu'en 1917. Animée par un personnel de choix, elle est devenue le pivot de l'organisation du Service de santé, dont le principe s'est pérennisé de nos jours [1].

LA CHIRURGICALISATION DE L'AVANT

■ **Les possibilités de traitements chirurgicaux évoluent durant le conflit.** Dans les

JEAN-JACQUES FERRANDIS^a
Ancien président de la Société française d'histoire de la médecine, conservateur honoraire
HUGUES LEFORT^{b,*}
Médecin urgentiste
XAVIER TABBAGH^a
Conservateur
FRANÇOIS PONS^a
Professeur agrégé du Val-de-Grâce, directeur de l'École du Val-de-Grâce

^aMusée du Service de santé des armées, Val-de-Grâce, 1, place Alphonse-Laveran, 75005 Paris, France

^bService médical d'urgence, Brigade de sapeurs-pompiers de Paris, 3, rue Darmesteter, 75013, Paris, France

NOTE

¹Cet article a été réalisé à partir des nombreuses sources manuscrites du Centre de documentation du Musée du Service de santé des armées au Val-de-Grâce, Paris (75).

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail :
hdefort@gmail.com
(H. Lefort).



© Musée SSU Val de Grâce

Figure 1. Centre de triage de l'hôpital d'évacuation n°7.

ambulances chirurgicales, les autochirs (ambulances militaires) et les hôpitaux, le chirurgien Joseph-Henri-Raymond Toubert estime qu'une équipe chirurgicale fonctionnant en continu (par alternance) est en mesure de réaliser la prise en charge chirurgicale de 20 à 25 grands blessés par 24 heures, 40 à 50 blessés moyens ou 80 à 100 petits blessés. Le chirurgien Henri Rouvillois considère ainsi que le chirurgien, dans ce contexte, est dans l'obligation de « limiter son action à de gestes utiles et sans grandeur, au détriment des tentatives héroïques, longues et incertaines, qui sont la récompense de son effort et l'orgueil de la profession » [1].

■ **Par la suite, les progrès du traitement rigoureux et précoce de la plaie de guerre [5]**, le souci de conservation des effectifs, associés à la stabilisation du front permettent de traiter l'essentiel des blessés dans la zone des armées. Seuls ceux qui, après traitement initial, ne peuvent être réintégrés rapidement dans les unités combattantes ou

TABLEAU 1. Nombre de blessés réintégrés dans les unités combattantes de 1915 à 1918.

Année	Nombre de blessés réintégrés dans les unités combattantes
1915	30 000
1916	71 000
1917	70 000
1918	86 000

Source : Larcq A, Ferrandis JJ. Le service de santé aux armées pendant la Première Guerre mondiale. Paris : Éditions LBM; 2008.

aider à la logistique de l'avant, sont envoyés vers l'intérieur, au-delà de la zone des étapes, c'est-à-dire après les HOE (tableau 1). Ainsi, les formations chirurgicales de traitement se trouvent à l'avant, et même parfois très à l'avant (autochirs, ambulances, groupement d'ambulances divisionnaires et de corps d'armée) [1,6].

■ **Certains trains ou convois automobiles emportent de "petits blessés" non opérés et surtout des blessés opérés.** Avant de se rendre vers l'intérieur, ces moyens d'évacuation doivent obligatoirement passer par des gares régulatrices (figure 3), à la limite arrière de la zone des étapes où une vérification est assurée par un nouveau triage. Certains blessés sont descendus et adressés pour traitement à un hôpital proche de la gare régulatrice [7]. Ce triage n'est pas toujours aussi bien organisé, notamment dans les postes de secours comme en témoigne Élie Chamard, brancardier au Château d'Esnes : « Dans les caves consolidées par le génie et éclairées à l'acétylène, s'empressent deux majors en blouse blanche et un aumônier militaire tenant un crucifix [...]. Son pansement terminé, le blessé est porté dans une auto d'ambulance, laquelle, dès son chargement complet, regagne à toute vitesse l'Arrière. Quand son état est jugé grave et pour ainsi dire désespéré, le blessé est remonté dans la cour et laissé à même le sol ou sur son brancard. Et ce triage redoutable, les majors, faute de place, faute de temps, sont obligés de l'exécuter dans ces conditions tragiques. Chaque blessé soulève un cas d'espèce qu'il faut résoudre en toute conscience et presque instantanément [...]. Place à d'autres qui seront moins grièvement blessés et qu'on pourra sauver ! Dans la cour d'honneur s'allongent deux files de brancards : la file des blessés que les brancardiers ont, toute la nuit, arrachés, au péril de leur vie, à l'enfer du champ de bataille et qui attendent, chacun leur tour, qu'une place soit libre en bas, [...] puis la file des blessés dont l'état a été jugé désespéré et qui vont mourir là sans même un abri contre la mitraille. Au près d'eux se tiennent quelques infirmiers armés de bâtons. Détail atroce, ils ont pour mission de chasser les rats qui pullulent et s'attaquent aux agonisants. » [1].

1918, LES CONCEPTS DE TRIAGE MODERNE VOIENT LE JOUR

■ **Trier par manque de moyen au regard de l'afflux de blessés.** Lors des offensives allemandes de 1918, la grande proximité des HOE conduit à la perte de nombreux lits. Il faut donc réaliser le tri dans les ambulances réactivées en évacuant vers les HOE 2 [2], devenus HOE 1, et surtout vers les hôpitaux de l'intérieur rendus plus proches et

Les infirmières dans la Grande Guerre

jouant le rôle d'HOE 2 ou, souvent d'HOE 1. Ils sont rejoints par des trains rapides, dits "trains rouges", en comptant en heures de trajet et non en kilomètres [1].

■ **Trier pour évacuer rapidement les blessés.**

Lors de la reprise des offensives françaises de 1918, les ambulances divisionnaires sont le plus souvent réduites à un poste de secours à grand rendement. Les soins s'affranchissent de tout geste chirurgical. Les ambulances de corps d'armée sont dotées d'une formation chirurgicale légère pouvant être une autochir. Certains HOE sont allégés, susceptibles d'être rendus mobiles, et portés en avant [2,3,6,7]. Le triage passe alors de l'échelon "corps d'armée" (ambulances) à celui de l'armée (HOE 1 allégé, mis sous tente et porté en avant). Il est habituel de distinguer progressivement :

- un **tri dégrossisseur** réalisé à l'avant, au poste de secours de bataillon ou de régiment, aboutissant à la rédaction de la fiche médicale de l'avant ;
- un **tri technique** réalisé dans le cadre des ambulances de division et de corps d'armée, et parfois dans une ambulance uniquement spécialisée dans l'activité de triage ;
- un **tri chirurgical vrai** réalisé dans l'autochir ou l'HOE 1 et considéré comme seul tri digne de ce nom. Les blessés amenés par les sections automobiles, venues des postes de regroupement situés assez près des lignes ou des ambulances sont alors évacués de cet HOE vers d'autres hôpitaux, HOE 2, centres spécialisés ou formations de l'intérieur ;
- le **triage vérificateur et de sécurité**, quatrième et dernier triage, réalisé à la gare régulatrice. Ainsi, le triage réalisé à l'organe initial incombe aussi aux centres successifs échelonnés.

■ **Trier pour sauver le plus grand nombre : la priorisation des soins.** Il faut ajouter le triage opératoire qui désigne l'ordre dans lequel les blessés d'une journée doivent être opérés. Le chirurgien Joseph Okinczyc s'est arrêté à l'organisation suivante : blessés en état d'hémorragie active, ceux avec un garrot, du membre inférieur, du membre supérieur, de l'abdomen, du crâne, du thorax, mais ceux-ci méritent discussion car pour d'autres, il s'agit d'urgences absolues : ligatures, trépanations, fermetures d'un thorax. Le chirurgien Quentin Moreau, notamment, introduit la notion de triage des choqués, en fonction des données cliniques et surtout tensionnelles. Le professeur Théodore-Marin Tuffier, président de la Société de chirurgie (l'actuelle Académie nationale de chirurgie) a souligné le caractère d'urgence



Figure 2. Fiche d'évacuation rouge. Recto et verso.

opératoire de l'état de choc, considéré par d'autres comme une contre-indication [8-10].

■ **À Verdun (figure 4), le triage est recommandé par Alfred Mignon, médecin inspecteur général**, ancien directeur de l'École du Val-de Grâce et médecin chef de la troisième armée, à tous les échelons de l'organisation sanitaire : postes centraux de groupes de brancardiers, groupements avancés d'ambulances (Brocourt – 80, Baleyecourt – 55, Dugny – 93), hôpitaux HOE 1 de première ligne (Queue-de-Mala – 55, Froidos – 55, Fleury-sur-Aire – 55), HOE 2 de seconde ligne (Bar-le-Duc – 55, Revigny – 39), HOE de troisième ligne à la gare régulatrice (Saint-Dizier – 52). Aux postes centraux de groupes de brancardiers divisionnaires (GBD) qui servent plutôt "d'aiguillage",

TABIEAU 2. Catégorisation des blessés et échelon cible de traitement.

Catégorie de blessés	Proportion	Cible de traitement (échelon)
Intransportables absolus ou moribonds	1 %	Division
Intransportables	4 %	Corps d'armée
Inévacuables à longue distance	17 %	Armée
Évacuables	60 %	Arrière
Récupérables à bref délai	18 %	Éclapés

Source : Larcen A, Ferrandis JJ. *Le service de santé aux armées pendant la Première Guerre mondiale*. Paris: Éditions LBM; 2008.



Figure 3. Triage à la gare de La Chapelle, Paris, 1914-1918, par Paul Prévôt.

sont mis de côté les grands blessés à traiter immédiatement sur place (6 à 7 %) et les évacués sont distingués entre ceux qui doivent être transportés couchés et ceux pouvant faire la route à pied et gagner la station des camions automobiles qui les emmènent vers les HOE 2, à 60 km des lignes, où ils sont à nouveau triés [1].

DES MOYENS DÉDIÉS POUR UNE SPÉCIALITÉ MÉDICALE NÉCESSAIRE : LE TRIAGE

Le triage est effectué par l'examen d'ensemble de l'arrivant, la lecture de la fiche de l'avant et l'examen direct des plaies à pansement ouvert. Il représente donc un organe à part, tant dans des groupements d'ambulances que dans les HOE. Il est constitué par une ou deux équipes de médecins chargés qui, par expérience, acquièrent une compétence de plus en plus grande [3].

■ **En 1917, le triage devient le pivot de l'organisation du Service de santé de l'avant** (Alfred Mignon), et des formations spéciales lui sont affectées [10]. Il est un organisme à part, avec

cependant des schémas d'organisation différents, selon les armées, et surtout en fonction de la tactique des opérations. Des instructions particulières sont rédigées, un personnel choisi y est affecté. Par exemple, dans les Flandres, en août 1917, à la 1^{re} armée, un poste de triage situé à sept kilomètres du front, est attribué à chaque division, en retrait des postes régimentaires [1]. Le triage s'effectue pour l'essentiel à ce seul niveau, mais en octobre 1917, à Malmaison, les effectifs engagés sont plus importants et il faut affecter un triage à chaque centre sanitaire, à chaque barrage, échelon-division, échelon-corps d'armée, HOE 1 (tableau 2).

- le 1^{er} échelon participe au déchoquage, établit le tri des blessés de spécialités, met à part les "récupérables" ;
- le 2^e échelon traite les "intransportables", mais également traite et retient les petits blessés ;
- à l'HOE 1, le triage vrai distingue les "intransportables" des "récupérables" et "évacuables", par train ou camion.

■ **En 1918, le triage chirurgical se modifie, justifiant la nécessité d'une grande souplesse d'adaptation du dispositif** [2,8]. La critique du triage à l'avant, dans les ambulances divisionnaires, aboutit à un vœu émis par la Société de chirurgie, et transmis à la commission consultative. Il existe, en effet, dans ces ambulances qui doivent retenir les "intransportables" et les "petits blessés" et "éclapés" d'une part, évacuer les grands et les moyens blessés d'autre part, un risque d'encombrement de la formation. Sont constatées également l'absence fréquente de moyens et de personnel qualifié, pour opérer les "intransportables", en principe les plus graves, et la tendance aussi à opérer des blessés "transportables" avec de mauvais résultats [3,11]. Les ambulances divisionnaires étriquées et matériellement insuffisantes sont remplacées par un organe de corps d'armée, bien outillé, doté de chirurgiens, renforcé par l'adjonction d'autres ambulances ; c'est là que sont réalisés le triage, dit technique, méthodique et rapide des grands, moyens et petits blessés, et le traitement des "intransportables". L'utilisation des ressources est maximale [1,2].

■ **Petit à petit, le triage est considéré comme un acte médical majeur** de caractère diagnostique [1,8,9]. Joseph-Henri-Raymond Toubert, chirurgien et futur directeur du Service de santé des armées en 1920, déclare : « *L'organisation chirurgicale de guerre sera clinique ou elle n'existera pas* ». Un supplice pour le chirurgien devant

Les infirmières dans la Grande Guerre



© Musée SSA Val-de-Grâce

Figure 4. Triage des blessés à Verdun.

délaisser les instruments pour la clinique afin de réaliser un classement déterminant le degré d'urgence, l'indication opératoire et de ce fait la priorité de l'évacuation et du traitement. Le triage est aussi thérapeutique, associé à des gestes de mise en condition de survie et de transport, et *in fine* à des interventions chirurgicales à réaliser selon le degré de l'urgence. Il doit être adapté aux circonstances, se définir par rapport à la tactique du combat ; il demeure un état d'esprit et un moyen ; il n'est pas un but, une fin en soi ; il est dynamique, évolutif, réalisé par différents person-

nels, à différentes étapes ; enfin, il ne doit jamais être retardant [1].

CONCLUSION

Alfred Mignon définit le triage comme un « *acte technique visant à placer un blessé dans la formation à sa juste convenance, ou visant à décider du degré d'urgence de l'opération à pratiquer* », ce qui revient à donner une destination au blessé. Avec les hôpitaux de l'avant (HOE), le triage a été, sans conteste, l'une des principales innovations de la Grande Guerre. Posséder des structures et des personnels dédiés était fondamental. Les bases de la prise en charge moderne de victimes multiples en situation de guerre [12] ou en médecine de catastrophe ont ainsi été posées. ■

Les points à retenir

- **Le triage est un impératif opérationnel** lorsqu'il existe une inadéquation entre les moyens (soignants et matériels) et le nombre de blessés. Il est mis en œuvre ainsi en tant de guerre ou lors de catastrophes.
- **L'objectif du triage** est de catégoriser les soins aux blessés pouvant être sauvés.
- **Le triage a été l'une des innovations majeures** de la Première Guerre mondiale.
- **Les formations de triage spécialisées**, pivot de la chaîne de prise en charge du service de santé français, sont apparues en 1917.

RÉFÉRENCES

- [1] Larcan A, Ferrandis JJ. Le service de santé aux armées pendant la Première Guerre mondiale. Paris : Éditions LBM; 2008.
- [2] Champassin P. D'ambulance de triage et d'évacuation. Presse Med. 1919;annexe:37-51
- [3] Rouquette. La récupération des blessés dans une formation de triage. Bull Med Paris 1916;30:185-7.
- [4] Lefort H, Ferrandis JJ, Tabbagh X, Lanoë V, Tourtier JP. La révolution spectaculaire du Service de santé aux armées. Soins 2014;786:36-40.
- [5] Lefort H, Ferrandis JJ, Tabbagh X, Domanski L, Tourtier JP. Les problèmes de santé des combattants durant la Première Guerre mondiale. Soins 2014;786:18-23.
- [6] Olier F. Les autochirs, 1914-1918. Genèse d'une épopée. Médecine et armées 2002;20:299-320.
- [7] Olier F. Histoire des hôpitaux militaires et du service de santé durant la Grande Guerre, <http://hopitauxmilitairesguerre1418.overblog.com>
- [8] Larcan A. Historique du triage militaire. Médecine et Armées 1994;22:673-94.
- [9] Moreau, Benhamou. Contribution à l'étude du diagnostic, du pronostic et du traitement du choc. Bull Mem Soc Chir. 1918;44:1396-402.
- [10] Du triage : son importance dans la chirurgie de guerre. Bull Mem Soc Chir. 1918;44:1928-30, 1500-6.
- [11] Sergent E, Delamare G. Les enseignements cliniques d'un centre de triage de militaires suspects de tuberculose. Bull Nat Med. 1916;55:329-34.
- [12] Rigal S, Pons F. Triage of mass casualties in war conditions: realities and lessons learned. Int Orthop. 2013;37:1433-8.

Déclaration d'intérêts
Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

organisation

Le Service de santé des armées et ses infirmières dans la Grande Guerre

LIEUTENANT-COLONEL

RÉMY PORTE

Docteur habilité en histoire,
chef d'organisme de la
Direction centrale du Service
de santé des armées

Fort Neuf de Vincennes, Cours
des Maréchaux, 75614 Paris
Cedex 12, France

■ Le premier conflit mondial se caractérise par la multitude des théâtres d'opération ainsi que par une alternance de phases offensives et de période de guerre de position ■ La réalité des combats, très éloignée des prévisions initiales, a de fortes répercussions sur l'organisation des services de santé ■ L'infirmière joue un rôle central dans l'offre de soins proposée durant ce conflit.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – histoire ; infirmière ; Première Guerre mondiale ; Service de santé des armées

The armed forces health service and its nurses in the Great War. The First World War was characterised by the multitude of battlefields as well as by the alternating cycles of offensive phases followed by periods of trench warfare. The reality of the fighting, far removed from initial expectations, had major repercussions on the organisation of healthcare services. Nurses played a central role in the healthcare provided during this conflict.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – armed forces health service; First World War; history; nurse

Objet de longs débats et parfois de vives critiques avant le début de la Première Guerre mondiale, en particulier à l'occasion des grandes manœuvres de 1912 et de 1913, le Service de santé des armées entre en campagne avec la conviction, partagée par tous les responsables politiques, militaires et économiques, que la guerre sera courte. Son organisation ou plutôt ses déficits et ses carences sont donc adaptés à cette certitude initiale.

1914-1918, REPÈRES HISTORIQUES

■ **Au cours de la guerre, le Service de santé s'adapte naturellement aux grandes phases des opérations.** Sur le front occidental, la guerre de mouvement ne dure que quelques mois (août-novembre 1914), avant que les lignes ne se stabilisent sur près de 800 kilomètres de la frontière suisse à la mer du Nord. À partir de décembre 1914 et jusqu'en mars 1918, la stabilisation des lignes et la guerre de position permettent une installation plus stable des formations du Service de santé qui, à partir de l'arrière immédiat de premières lignes qui ne bougent que fort peu, peut déployer ses unités au plus près des poilus. Enfin, de la fin du mois de mars au 11 novembre 1918, la guerre de position en deux temps est de

retour : de fin mars à début juillet, les Allemands conservent l'initiative stratégique et repoussent les Alliés sur les lignes de 1914, puis à partir du 18 juillet, la contre-attaque générale de l'Entente se développe de façon de plus en plus large et puis-sante jusqu'à l'armistice, avec l'exigence d'une mobilité accrue rendue possible par la motorisation des formations sanitaires.

■ **Pendant la guerre elle-même,** des unités ont été déployées sur d'autres fronts, dits "périphériques", parallèlement à l'ouverture de nouvelles zones de combats : le Cameroun entre 1914 et 1916, les Dardanelles en 1915, Salonique et les Balkans à partir de novembre de la même année et jusqu'à la fin de la guerre, le Hedjaz et le Moyen-Orient à partir de 1916. Sur ces théâtres d'opérations plus "exotiques", un renforcement de moyens sanitaires est constaté, justifié par les conditions particulières d'engagement (météorologie, sous-équipement des territoires, risques d'épidémies, etc.).

PREMIERS COMBATS : LES LIMITES DE L'ORGANISATION DU SERVICE DE SANTÉ

■ **Lors de la mobilisation,** la montée en puissance du Service s'effectue dans des conditions

Adresse e-mail :
remy-porte@orange.fr
(R. Porte).

Les infirmières dans la Grande Guerre

satisfaisantes pour les 10 500 médecins (auxquels il faut ajouter les pharmaciens, les vétérinaires, les officiers d'administration, et des dizaines de milliers d'infirmiers, de brancardiers et d'infirmières) rappelés. Mais les premiers combats du mois d'août 1914 apportent bientôt la preuve que le concept même de soutien sanitaire tel qu'il était prévu n'est pas efficient. Dans un article célèbre du 17 septembre, dans son journal *L'Homme libre*, qui lui vaut l'interdiction provisoire de parution par la censure, Georges Clemenceau raconte : « Tombé sur le champ de bataille, il nous revient, parmi d'autres camarades, blessé, après un terrible voyage de trois ou quatre jours et d'autant de nuits, dans la fièvre, dans la souffrance, roidi contre le mal, en son pansement hâtif, couvert de sang, souillé de boue, appelant, de tous ses vœux, la paix de l'hôpital ». L'évacuation des blessés vers l'intérieur, déjà difficile au regard des moyens de transport disponibles, est compliquée par l'afflux d'un nombre beaucoup plus important que prévu de soldats. Le parlement s'émeut, la presse s'indigne.

■ **De très nombreuses initiatives privées, caritatives et/ou confessionnelles volent aussitôt le jour**, les hôpitaux et centres de santé les plus divers se multiplient dans tout l'hexagone, en renfort et en appui des trois associations ancêtres de la Croix-Rouge française mobilisées dès le premier jour : la Société de secours aux blessés militaires, l'Association des dames de France et l'Union des femmes de France.

LA CHAÎNE DE SECOURS

■ **Selon un schéma théorique**, dans la zone des armées, à partir de la ligne des contacts, un blessé grave doit être transporté par les brancardiers régimentaires jusqu'au poste de secours (*figure 1*), puis acheminé par voiture hippomobile par le groupe de brancardiers divisionnaire jusqu'à une « ambulance » (deux par division, l'une médicale, l'autre chirurgicale) où un nouveau tri est effectué. Puis, il rejoint en véhicule automobile (plus ou moins spécialisé, voire simplement de réquisition) l'hôpital d'évacuation situé dans la zone de l'arrière des armées, afin d'emprunter un train (théoriquement) sanitaire à destination des établissements de la zone de l'intérieur.

■ **Le nombre de blessés et l'encombrement des réseaux ferroviaires rend souvent inapplicable de schéma théorique** : « Les conditions de transport sont extrêmement rudes. Les vrais trains sanitaires permanents, chauffés et dans lesquels le personnel sanitaire peut circuler entre les voitures, construits après



Figure 1. Poste de secours installé dans les ruines d'Herbécourt.

la guerre de 1870, ne sont que cinq, et, la plupart du temps ce sont des wagons ordinaires (« 40 hommes, 8 chevaux ») qui sont utilisés... C'est au terme de cette odyssee de plusieurs jours que les survivants vont arriver dans un hôpital de l'arrière pour y recevoir de façon très tardive des soins dans un environnement plus serein » [1].

UNE ORGANISATION REVISITÉE

■ **Devant le tollé provoqué par les souffrances des soldats blessés durant leur transport**, le Service de santé des armées commence sa réorganisation dès l'automne 1914 et modifie radicalement sa doctrine d'emploi. Le nombre de médecins affecté dans des formations de l'avant est sensiblement augmenté et l'objectif est désormais d'apporter les premiers soins le plus précocement possible et de trier rapidement ceux qui doivent impérativement être rapatriés vers l'intérieur. La création d'un sous-secrétariat d'État spécialisé le 1^{er} juillet 1915, confié à Justin Godart¹, marque une évolution majeure, puisque désormais les questions de personnel, budgétaires ou d'équipement sont centralisées et traitées par une autorité compétente.

■ **Dès lors, les innovations qui témoignent de l'adaptation du Service aux formes nouvelles de la guerre industrielle de masse sont bien connues**. Les techniques les plus modernes sont mises au service des blessés et, des dentistes aux psychiatres, de nouvelles spécialités se développent. Parmi les matériels utilisés, peuvent être mentionnées la généralisation des autoclaves pour la stérilisation des instruments, les « voitures

NOTE

¹ Exemple unique dans l'histoire politique et gouvernementale de la guerre, il conserve ce portefeuille ministériel jusqu'en 1918.



Les infirmières dans la Grande Guerre

RÉFÉRENCES

- [1] Morillon M, Falabrègues JF. Le Service de santé, 1914-1918. Paris: Bernard Giovanangeli Éditeur; 2014, p. 79.
 [2] Morillon M, Falabrègues JF. Le Service de santé, 1914-1918. Paris: Bernard Giovanangeli Éditeur; 2014, p. 142.

ambulances”, les véhicules radiologiques et stomatologiques, ainsi que, pour la chirurgie de l’avant, les salles d’opération installées dans des camions. Ces “autochirs” permettent de traiter les blessés au plus près de la ligne de front afin d’éviter un long et douloureux transport et sont constituées par un ensemble de cinq véhicules, dont trois plates-formes techniques spécialisées.

■ **Parallèlement à la médecine de guerre** (chirurgie maxillo-faciale, reconstruction, appareillage et rééducation, traumatisme psychique), de grandes campagnes d’hygiène et de lutte contre les épidémies sont lancées, afin de faire diminuer la mortalité causée par les désastreuses conditions de (sur)vie. La fièvre typhoïde sur le front occidental et le paludisme dans les rangs de l’armée de Salonique sont sévèrement combattus à partir de 1916, au point que la mortalité est, en 1917, vingt fois inférieure à ce qu’elle était l’année précédente. Sur ce même front d’Orient d’ailleurs, le nombre de malades gravement atteints exige l’utilisation de navires-hôpitaux, paquebots réquisitionnés et aménagés comptant parfois plusieurs milliers de lits, qui évacueront au total de l’ordre de 200 000 hommes vers des lieux plus cléments.

CONTRIBUTION DES INFIRMIÈRES

■ **Dans ce contexte, le rôle des infirmières est essentiel.** Leur statut (“volontaires militarisées”) reste mal défini durant tout le conflit, « *les fonctions assurées étant aussi bien celles d’infirmières, d’aide-infirmières, d’auxiliaire ou de garde-malade* » [2]. Elles sont présentes dans toute la totalité du dispositif sanitaire, des postes de la zone des armées aux centres de rééducation ou de convalescence les plus éloignés du front, et elles relèvent de structures très variables.

■ **Traditionnellement,** l’accompagnement des blessés était resté une œuvre caritative en grande partie financée par les généreuses contributions de riches familles, et les membres bénévoles des

associations comme la Société de secours aux blessés militaires appartenait fréquemment à la haute bourgeoisie, voire à l’aristocratie. Les femmes des familles royales belge et britannique ou de membres des gouvernements donnent ainsi l’exemple de l’engagement non seulement en finançant des structures hospitalières, mais aussi en servant elles-mêmes pendant quelques mois dans des installations parfois bien sommaires, jusqu’aux premières lignes de Monastir. Devant l’importance des besoins, le corps embryonnaire des infirmières militaires (quelques centaines en 1914) est progressivement développé à partir de 1916, et elles seront plus de 5 000 à la fin de la guerre. Les religieuses, enfin, sont extrêmement nombreuses parmi ces infirmières. Selon les évaluations, leur nombre peut être estimé à 12 000 environ.

DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES MODIFIÉES

Outre leur indispensable rôle dans le domaine médical à proprement parler, ces dizaines de milliers de femmes ont laissé, bien longtemps après la guerre, un souvenir ému aux poilus, *tommies* et *sammies* dont elles ont partagé avec compassion et douceur les souffrances. De très nombreuses cartes postales populaires et d’innombrables témoignages (courriers privés, journaux personnels, etc.) insistent sur leur capacité d’écoute et leur importance dans l’accompagnement des blessés. Parce qu’elles étaient parfois les seules femmes dans un univers masculin, au milieu des gazés et des amputés, une conception exceptionnellement forte de leur devoir était nécessaire pour supporter les drames qui se déroulaient sous leurs yeux, dans un contexte de tensions permanentes et, souvent, de pénuries. Présentes du front de l’Yser, de Verdun ou de Champagne, aux maisons de repos d’Hendaye et de la Côte d’Azur, les infirmières ont été pour de nombreux soldats le symbole de l’humanité dans un environnement mortifère, et elles restent, en considération de ce qu’étaient l’intensité des combats comme les conditions de vie et de soins il y a un siècle, à tous égards exemplaires. ■

Les points à retenir

- **En 1914, les premiers mois de guerre** ont mis en évidence l’inadéquation des dispositifs sanitaires envisagés.
- **Les infirmières ont occupé un rôle essentiel** dans les organisations modifiées.
- **Leur rôle durant la guerre a contribué à l’évolution des représentations sociales** de la profession.

*Déclaration d’intérêts
L’auteur déclare ne pas
avoir de conflits d’intérêts
en relation avec cet article.*

exercice professionnel

Les infirmiers militaires français dans la guerre 1914-1918

■ En 1914, héritiers des soldats d'ambulance de l'Empire, les infirmiers militaires professionnels se trouvent noyés dans la masse des besoins des armées en paramédicaux. ■ Partagés entre l'exigence du commandement à lever des "combattants" et un devoir d'assistant du médecin imposé par le service de santé, ils cèdent le pas, en 1918, devant une nouvelle venue, l'infirmière militarisée.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – histoire ; infirmier ; Première Guerre mondiale ; Service de santé des armées

French military nurses during the First World War (1914-1918). In 1914, being the heirs of the ambulance soldiers who had been created during the time of the Empire, the military male-nurses were overwhelmed by the armies huge needs in paramedics. Facing both the callings of commandment which demanded the recruitment of soldiers and the necessity – which had been set up as a duty by the health service – to attend the doctors, the military male-nurse gave way, in 1918 to a new comer: the female military nurse.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – history; military health service; nurse; paramedic; Word War

Militarisés dès 1809 par décret de l'empereur Napoléon I^{er} [1], organisés en bataillon, compagnies puis sections à partir de 1862, les infirmiers de l'armée de terre sont, aux côtés des combattants, de toutes les guerres du XIX^e siècle [2]. Leur état presque exclusivement militaire s'estompe à l'approche du premier conflit mondial, cédant le pas à une fonction plus technique et plus professionnelle. De combattant, l'infirmier militaire titulaire d'un certificat technique, le caducée, s'impose comme un véritable assistant du médecin et est reconnu comme tel. Le dimanche 2 août 1914, premier jour de la mobilisation se lève une armée sanitaire de plusieurs dizaines de milliers d'hommes. Dans cette masse, aux côtés des praticiens, se pressent 108 870 infirmiers militaires [3-4].

L'INFIRMIER MILITAIRE DE 1914

■ Avec la Convention de Genève, le caractère de combattant de l'infirmier militaire de 1914 s'est partiellement effacé. Bien qu'héritiers des soldats d'ambulance du siècle précédent, ils n'accompagnent plus, armés jusqu'aux dents, les convois d'évacuation sanitaire comme en Calabre (1806),

en Espagne (1809) ou plus tardivement au Mexique (1861), risquant à tout moment d'être égorgés, mais marchent à la suite des troupes. De même, en matière d'instruction professionnelle, ils ne forment pas un ensemble homogène. Les soignants, dans toute l'acception du terme, sont très largement minoritaires. Les militaires professionnels de santé appelés "infirmiers de visite" constituent, depuis 1867, une élite formée au "caducée" qui s'impose, en matière de soins infirmiers, comme la seule admise au chevet du militaire malade [2]. La défaite de 1870-1871 met en évidence la faillite de l'armée semi-professionnelle du Second Empire, trop peu nombreuse, qui s'efface devant l'armée de la Revanche.

■ Cette nouvelle armée fait un large appel aux contingents de soldats-citoyens. Elle présente en matière de soins infirmiers un grand déficit en raison du peu d'effectifs masculins civils formés en écoles d'infirmières susceptibles d'être appelés au service militaire. En 1913, les effectifs du service de santé militaire comptent 8870 infirmiers pour trois classes du contingent sous les drapeaux, cadres d'active des sections d'infirmiers militaires inclus [4]. En 1914, 48 % de l'effectif "guerre" des infirmiers est dépourvu de toute

JULIEN GARCIA^a
IDE sur ambulance
de réanimation

HUGUES LEFORT^a
Médecin urgentiste

CHRISTOPHE LAMACHE^a
infirmier major

XAVIER TABBAGH^b
Conservateur

FRANÇOIS OLIER^{b,*}
Secrétaire, ancien adjoint
au conservateur

^aService médical d'urgence,
Brigade de sapeurs-pompiers
de Paris, 3, rue Darmesteter,
75013, Paris, France

^bMusée du Service de santé
des armées, Val-de-Grâce,
1, place Alphonse-Laveran,
75005 Paris, France

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail :
olier.francois@hotmail.fr
(F. Olier).

NOTES

¹ Localisation des sections d'infirmiers militaires (SIM) en 1914 : (1^{re}) Lille – (2^e) Amiens – (3^e) Vernon – (4^e) Le Mans – (5^e) Paris-Vincennes – (6^e) Camp de Châlons – (7^e) Dôle – (8^e) Dijon – (9^e) Châteauroux – (10^e) Rennes – (11^e) Nantes – (12^e) Limoges – (13^e) Vichy – (14^e) Lyon – (15^e) Marseille – (16^e) Perpignan – (17^e) Toulouse – (18^e) Bordeaux – (19^e) Alger – (20^e) Oran – (21^e) Constantine – (22^e) Paris-Val-de-Grâce – (23^e) Troyes – (24^e) Paris-Versailles – (25^e) Tunis. (Annuaire du service de santé militaire, 1914)

instruction paramédicale [3]. Les 108 870 infirmiers de 1914 sont mobilisés par les 25 sections d'infirmiers militaires du territoire métropolitain et d'Afrique du Nord [4]¹.

■ **Parmi ces soldats**, les phalanges les plus homogènes proviennent des 9 323 ecclésiastiques contraints à l'exil par les lois anti-congréganistes et qui rentrent en France à l'appel de leurs classes ; ils ont été les premiers des 12 800 ecclésiastiques affectés au service de santé militaire en qualité d'infirmiers (près de 11,5 % de l'ensemble) en vertu de la loi du 14 juillet 1889, modifiée en 1905 [4]. Ainsi le docteur Georges Veaux rapporte : « *Rennes, 4 août 1914 – La mobilisation de la 10^e section d'infirmiers [militaires] se poursuit aussi avec activité. Les prêtres arrivent de partout, leur soutane noire est vite remplacée par l'uniforme. On remarque l'entrée sensationnelle de cinquante capucins qui reviennent volontairement d'Espagne s'engager au service de la Patrie* » [5]. Les jeunes séminaristes, au contraire de leurs aînés, ne bénéficient pas des dispositions de la loi de 1889 ; ils rejoignent directement les unités combattantes où ils trouvent à s'employer comme infirmiers et brancardiers régimentaires à l'instar des étudiants en médecine, de même que des soldats du train des équipages militaires en charge de la conduite des milliers d'attelages hippomobiles des formations sanitaires de campagne mobilisées (2 100 formations, en juillet 1918) [6]. Tous ces soldats de complément n'appartiennent pas "en propre" au service de santé militaire mais aux armes combattantes. Sans les 839 personnels civils d'exploitation et les 108 infirmières permanentes laïques employées dans les hôpitaux militaires de métropole et d'Afrique du Nord à la mobilisation [4], cette liste, déjà longue, ne serait pas complète.

■ **Depuis 1909, le service de santé militaire ne dispose que d'une centaine d'infirmières professionnelles.** Pour le temps de guerre, il compte sur les personnels des trois sociétés d'assistance aux blessés (Société de secours aux blessés militaires, Union des femmes françaises et Association des dames françaises) dont les personnels bénévoles se mobilisent pour équiper et faire fonctionner les milliers d'hôpitaux auxiliaires et temporaires de la zone de l'intérieur, soit 1987 hôpitaux et 235 102 lits à la mobilisation, pour 3 909 hôpitaux et 508 258 lits au 6 mai 1915 [7]. Au 2 août 1914, près de 23 000 infirmières de la Croix-Rouge diplômées par ces trois associations sont mobilisées ; ce nombre est porté, en 1918, à 40 150 infirmières diplômées et auxiliaires [8].

INFIRMIER COMBATTANT OU COMBATTANT INFIRMIER ?

■ **Aux armées, se positionne un infirmier dès le niveau de la compagnie.** Il appartient au service du bataillon comme trois de ses camarades et seize brancardiers qui rejoignent le médecin, jeune médecin auxiliaire (adjudant) ou aide-major (sous-lieutenant ou lieutenant) quand celui-ci installe son poste de secours à proximité des combats. Plus haut dans l'organigramme régimentaire, se rassemblent autour du médecin-major (capitaine ou commandant), le sergent, chef de détachement de brancardiers, la musique régimentaire qui fournit 38 brancardiers ainsi que les maîtres ouvriers, cordonniers, tailleurs, bottiers, etc.

■ **Dans cet univers exclusivement masculin, les actes techniques restent limités.** Le poste de secours est en réalité un atelier de pansements où l'on ne doit pas s'attarder. À chaque étape du service de santé de l'avant se tiennent des infirmiers. Mais, comme au XIX^e siècle, les actes techniques subalternes sont confiés à des médecins auxiliaires, étudiants en médecine ou infirmiers soignants porteurs du caducée.

La majeure partie du personnel "Troupe" a, quant à lui, la charge du ramassage, du brancardage et du transport des blessés. Il occupe également des emplois d'agents d'exploitation (cuisiniers, magasiniers, secrétaires), tous nécessaires au bon fonctionnement des formations sanitaires [2]. L'ambulancier Charles Leleux [9] décrit les postes d'infirmiers qu'il appelle « *ambulanciers* » dans le fonctionnement d'une ambulance d'infanterie au tout début de la guerre (Suippes, septembre 1914) : « *Entrez dans notre grande ambulance de Suippes et regardez ce défilé de gens boueux et minables... Avant de les panser, il nous faut d'abord, enlever la glaise, couper les hardes humides et repoussantes. Là encore, nos dévoués infirmiers se montrent admirables ; et c'est plaisir que de les voir travailler, avec un ordre absolu désormais, et chacun à son poste : un arrivant est étendu sur la table de pansement ; pendant que les aides du major préparent les instruments et découvrent la plaie, un écrivain s'approche du soldat, cherche sa médaille d'identité, le questionne sur son régiment, sa compagnie, son grade et note tout cela sur le carnet des entrées. Puis, quand le pauvre gars a été nettoyé, soigné, enveloppé de linge blanc, un autre scribouillard - comme disent les troupiers - lui épingle sur la poitrine une fiche de diagnostic, qui réglera le mode de son évacuation. Après quoi deux porteurs déploient un brancard, puis méthodiquement l'y placent et l'emmenent. Et dans ces*

Les infirmières dans la Grande Guerre

TABLEAU 1. État des pertes en infirmiers (sections d'infirmiers militaires et corps de troupe), au 1^{er} juillet 1920¹.

	Tués	Décédés à la suite de blessures ou de maladies	Disparus	Total des "Morts pour la France"	Blessés
Section d'infirmiers militaires	1 123	4 228	306	5 657	3 909
Infirmiers et brancardiers des corps de troupe	3 664	1 425	1 598	6 687	8 947
Totaux	4 787	5 653	1 904	12 344	12 856

¹ Anonyme. Ministère de la Guerre, 7^e direction (Service de santé). Service du Personnel. Historique de la section A-3/7, sections : Troupe, main-d'œuvre civile et infirmières, en date du 1^{er} juillet 1920, 50 pp., 4 annexes. [BCSSA Val-de-Grâce, Paris].

TABLEAU 2. Pertes totales en infirmiers militaires et infirmières militarisées, au 1^{er} juillet 1920¹.

	Tués à l'ennemi	Morts des suites de blessures ou de maladies aux armées	Total
Infirmiers militaires	6 691 (54,2 %)	5 653 (45,8 %)	12 344
Infirmières militarisées (permanentes, temporaires et Croix-Rouge militarisée)	8 (11,1 %)	64 (88,9 %)	72

¹ Anonyme. Ministère de la Guerre, 7^e direction (Service de santé). Service du Personnel. Historique de la section A-3/7, sections : Troupe, main-d'œuvre civile et infirmières, en date du 1^{er} juillet 1920, 50 pp., 4 annexes. [BCSSA Val-de-Grâce, Paris].

TABLEAU 3. Effectif des sections d'infirmiers militaires (1914-1919), y compris les infirmiers militaires indigènes¹.

	Sous-officiers et Troupe
1 ^{er} août 1914	8 870
1 ^{er} avril 1915	141 184
1 ^{er} janvier 1916	180 143
1 ^{er} octobre 1916	197 960
1 ^{er} mars 1917	192 855
1 ^{er} janvier 1918	155 561
1 ^{er} janvier 1919	139 170
1 ^{er} novembre 1919	21 479

¹ Anonyme. Ministère de la Guerre, 7^e direction (Service de santé). Service du Personnel. Historique de la section A-3/7, sections : Troupe, main-d'œuvre civile et infirmières, en date du 1^{er} juillet 1920, 50 pp., 4 annexes. [BCSSA Val-de-Grâce, Paris].

salles, ainsi remplies peu à peu, d'autres ambulanciers circulent encore, celui-ci classant les armes et les munitions des arrivants, celui-là distribuant les portions, un troisième donnant à boire, tandis que, agenouillé près

des blessés, un aumônier écrit quelque lettre, sèche des larmes, parle d'espoir ».

La présence en nombre des infirmiers et brancardiers au front est rythmée par les grandes offensives qui "consomment" les effectifs (tableaux 1 à 3)². Mais aussi par la législation de guerre qui tente en permanence de répondre au commandement en lui accordant les effectifs qu'il réclame à grands cris, en triant dans les classes d'âge les hommes susceptibles d'être "des sanitaires" ou des combattants. Mais cette mission du parlement n'est pas dénuée d'arrière-pensées politiciennes en dépit de l'Union sacrée (nom du mouvement ayant fédéré les Français lors du déclenchement de la Première Guerre mondiale, terme utilisé pour la première fois par le Président de la République, Raymond Poincaré, le 4 août 1914).

■ **Les législateurs ont à cœur de "chasser l'embusqué" ou celui considéré comme planqué et de l'envoyer au front.** Sur cette chasse aux embusqués, transformée en "chasse aux curés", le sénateur Charles Debierre, dans un rapport sénatorial confidentiel, précise, entre autres exemples : « Dans les hôpitaux temporaires n° 43, 47,

NOTES

² Le docteur Pierre Bouloumié donne 9 213 (75 %) tués, décédés et disparus (Bouloumié P. La Santé et la Guerre, Paris: Éditions Lavauzelle; 1922); chiffres qui seront repris par le chirurgien Joseph-Henri-Raymond Toubert et ses successeurs (Toubert, J. Le Service de santé militaire au Grand quartier général français, 1918-1919, Paris: Éditions Lavauzelle; 1934). La différence s'explique selon nous par la qualité de la source utilisée (registres des contrôles des effectifs des dépôts des sections d'infirmiers militaires et corps de troupe) qui prend en compte les versements dans les armes combattantes des 3 131 (25 %) infirmiers inscrits aux dépôts des corps et mentionnant leur décès, soit un total des pertes de 12 344 infirmiers.



Figure 1. Infirmières militaires du groupe de brancardiers divisionnaires (G.B.D.), de la 63^e division d'infanterie, vers 1915.



Figure 2. Infirmières militaires du groupe de brancardiers divisionnaires de la 63^e division d'infanterie, vers 1915.

[...] de Berck-Plage, il y a une centaine d'ecclésiastiques de 20 à 30 ans. Ils n'apparaissent qu'aux heures des repas » [10]. Victor Dalbiez (1876-1954), député des Pyrénées Orientales, patriote intransigeant, fait voter, le 17 août 1915, une loi éponyme visant à une « juste répartition des hommes mobilisés ou mobilisables ». Ainsi, en mars 1916, en pleine offensive allemande sur Verdun, les infirmiers des jeunes classes, bien que servant déjà au front, sont versés dans les armes combattantes et remplacés par des « inaptes » [4]. À compter de septembre 1916, ce versement est effectué d'office, à l'exception des spécialistes, pour les infirmiers de 19 à 34 ans (classes 1902 à 1917). Cette gestion des ressources

humaines souvent incohérente est un combat qui a pour sempiternel objectif de récupérer le maximum d'effectifs pour l'infanterie grande dévouée d'hommes. Ainsi, sont repoussés dans les tranchées tous les « sanitaires » récemment rapatriés des camps d'Allemagne (dès 1915), les derniers ecclésiastiques non-aumôniers considérés comme « embusqués », tous les infirmiers et brancardiers classés « bon pour le service », etc. [4] (figures 1 et 2).

■ **Le 10 août 1917, la loi Mourier³ généralise le versement aux armes combattantes de tous les infirmiers des sections d'infirmiers militaires du front** excepté, pour les infirmiers et les assistants du médecin : étudiants en médecine, en pharmacie et dentistes et quelques atypiques (bibliothécaires, archivistes, etc.) employés par l'administration centrale. Plusieurs articles ont été écrits sur ces archivistes et bibliothécaires affectés en qualité de militaires spécialistes au sein du service de santé militaire ou donnés comme embusqués [11]. Cette loi impose la refonte complète des filières d'approvisionnement de l'avant en effectifs sanitaires des armées. Les 25 dépôts des sections d'infirmiers militaires (SIM) des régions de l'intérieur étant exsangues, ceux-ci sont supprimés, à l'exception de celui de Paris maintenu pour le front du nord-est et de celui de Marseille pour l'armée d'Orient.

■ **En décembre 1917, dans la zone des armées, est constituée une réserve générale du personnel sanitaire** à la disposition du commandant en chef (figure 3). Située à Connantre, dans la Marne, cette réserve reçoit de la zone de l'intérieur plus de 500 hommes de renfort par mois durant le premier semestre de 1918 et moins de 100 personnels par mois jusqu'au 11 novembre. Il ne reste plus de réserves disponibles. Les unités combattantes et les formations sanitaires de campagne avalent toute la ressource masculine, classe d'âge après classe d'âge. Il faut donc rapidement trouver de nouveaux renforts sanitaires.

L'INFIRMIER MILITAIRE, ASSISTANT DU MÉDECIN

■ **La loi Mourier ne laisse au service de santé de l'avant que les assistants directs du médecin**, c'est-à-dire, hormis les étudiants, les infirmiers soignants anciennement dits de « visite », titulaires du Caducée. Ils restent les seuls représentants des sections d'infirmiers de 1914, tous les autres devant être versés en unités combattantes. Pour faire face à l'érosion des effectifs, le service

Les infirmières dans la Grande Guerre



© Musée SSV/Val-de-Grâce

Figure 3. Le personnel de l'ambulance n°14/1 à Jonchery-sur-Vesle (Marne), vers 1915.

de santé de la dernière année de guerre doit recourir à des expédients et vider la zone de l'intérieur de la majeure partie des infirmiers militaires, fussent-ils de vieilles classes et chargés de famille, pour les envoyer au front. Leur sont substitués à l'intérieur :

- des infirmiers allemands prisonniers de guerre ;
- des contingents tunisiens, indochinois et malgaches qui sont plus de 8 000 infirmiers coloniaux à l'Armistice ;
- du personnel civil, dont un projet d'extension prévoit de le porter de 50 à 80 % des besoins en personnels d'exploitation des hôpitaux (44 292 personnels civils dans le service de santé au 1^{er} novembre 1918) [4].

■ **Pour le sous-secrétaire d'État au service de santé militaire Justin Godart**³, la situation est angoissante d'autant qu'il faut toujours plus d'effectifs sanitaires pour compenser les pertes ou en raison de la création de nouvelles spécialités techniques (1 000 manipulateurs-radiographes, autant de panseurs d'équipes chirurgicales, etc.), sans compter les relèves des infirmiers de l'armée d'Orient, sévèrement touchés par le paludisme. Toutefois, l'épée de Damoclès de la loi Mourier menace le Service de santé. Le grand quartier général (GQG), assurant le commandement de l'ensemble du corps de bataille français (d'août 1914 à 1919), insiste quotidiennement pour recevoir sa part de personnels sanitaires déclassés. Il s'ensuit, entre le service et le commandement, un jeu malsain dont la "récompense" est de permettre à des infirmiers soignants professionnels de rester en poste dans les formations sanitaires

de l'avant et ainsi d'échapper au versement dans l'infanterie. À titre d'exemple, le service de santé perd la partie face au GQG dans l'utilisation des infirmiers de retour du front d'Orient. Quelle n'est pas la surprise de ces hommes, usés par une campagne de 18 mois de séjour continu sans aucune permission, d'être versés dans les armes combattantes à leur descente du bateau ! Autre subtilité de langage : par décret du 11 janvier 1918, les groupes de brancardiers divisionnaires (GBD) qui renforcent depuis 1914 les services sanitaires régimentaires sont rayés des "unités combattantes", devenant "unités de première ligne" ; les "sanitaires" libérés des camps de prisonniers de guerre peuvent de nouveau être affectés à ces "nouvelles" entités sans crainte de représailles allemandes dans le cas de nouvelle capture... Cette situation ne peut durer plus longtemps et les autorités militaires jusque-là réticentes à l'affectation des femmes aux armées actives, font entreprendre courant 1918 une étude sur la "mobilisation féminine" dans la zone des armées [4].

■ **Cette mobilisation féminine à proprement parler n'est pas nouvelle**, y compris aux armées du Nord-Est. En 1914, près de 23 000 "infirmières Croix-Rouge" et 108 infirmières laïques des hôpitaux militaires ont été mobilisées [2,8]. Ces personnels féminins sont, dès la stabilisation du front, affectés pour le plus grand nombre dans la zone de l'intérieur. Le GQG, par principe, limite l'accès de la zone de l'avant à quelques personnalités féminines ou déléguées de la Croix-Rouge munies de laissez-passer spéciaux telles que Marie Curie, les Princesses de Grèce, du Danemark et

NOTES

³ Loi du 10 août 1917 fixant les affectations aux unités combattantes des mobilisés, officiers, sous-officiers et soldats appartenant à l'armée active et à la réserve de l'armée active. Elle porte le nom du docteur Louis Mourier (1873-1960), député du Gard, qui succéda à l'avocat Justin Godart (1871-1956) comme sous-secrétaire au service de santé militaire (1918-1920).

RÉFÉRENCES

[1] Olier F. Compagnies de soldats d'ambulance du Premier Empire (1809-1815). Médecine et armées 1997;25:551-8.
 [2] Olier F. Paramédicaux dans les armées. Trois siècles pour parvenir au statut des militaires infirmiers techniciens des hôpitaux des armées (1708-2008). Médecine et armées 2008;36:497-505.
 [3] Troussaint, AFC. Une page de l'Histoire du service de santé militaire. Paris: Éditions Lavauzelle; 1919.
 [4] Anonyme. Ministère de la Guerre, 7^e direction (Service de santé). Service du Personnel. Historique de la section A-3/7, sections : Troupe, main-d'œuvre civile et infirmières, en date du 1^{er} juillet 1920, 50 pp., 4 annexes. [DCSSA Val-de-Grâce, Paris].
 [5] Veaux G. En suivant nos soldats de l'ouest. Rennes: Éditions Oberthur; 1917.
 [6] Anonyme. Organisation du Service de santé au Grand Quartier Général des armées du Nord et du Nord-est Etat-Major. Service de Santé, note n° 2071/S du 1^{er} mai 1919 : 44 pp. [BCSSA Val-de-Grâce, Paris].
 [7] Strauss P. Commission de l'armée. Rapport confidentiel adopté le 7 décembre 1915. Paris: Archives du Sénat; 69S 115.
 [8] Bouloumié P. La Santé et la Guerre. Paris: Éditions Lavauzelle; 1922.
 [9] Leleux C. Feuilles de route d'un ambulancier : Alsace, Vosges, Marne, Aisne, Artois, Belgique. Paris: Éditions Berger-Levrault; 1915.
 [10] Debierre C. Commission de l'armée. Rapport confidentiel adopté le 9 juillet 1915. Paris: Archives du Sénat; 69S 113.
 [11] Olier F. Histoire des hôpitaux militaires et du service de santé durant la Grande Guerre, <http://hopitauxmilitairesguerre1418.overblog.com>
 [12] Journal officiel de la république française, 1^{er} juillet 1922;176:6880-1.

Déclaration d'intérêts
 Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

autres altesses royales, etc. Cette situation évolue au fur et à mesure du versement des infirmiers masculins aux unités combattantes [6]. Au lendemain de la promulgation de la loi Dalbiez, lors de l'offensive allemande devant Verdun (mars 1916), le commandement accepte l'envoi, au compte-gouttes, d'équipes féminines de la Croix-Rouge dans les formations hospitalières fixes de la zone arrière du front.

Cet accès est progressivement étendu, en 1917, aux formations d'armée – hôpitaux d'évacuation (HOE) et ambulances d'armée stabilisées – puis en 1918 aux ambulances spécialisées à la disposition des chirurgiens consultants de corps d'armée. Pour des raisons de maîtrise de sa gestion des ressources humaines aux armées, le GQG est très réticent à l'utilisation des "équipes Croix-Rouge" à l'avant, d'autant qu'elles sont constituées en toute indépendance par les trois sociétés d'assistance aux blessés. Ces équipes d'infirmières d'origine sociale souvent différentes sont unies cependant dans les soins aux blessés même si elles ne partagent pas toujours les mêmes pratiques tant en matière d'organisation, de fonctionnement que de subordination. C'est pour cette raison que le GQG décide que les infirmières "Croix-Rouge" soient employées, pour éviter toutes frictions, par groupements associatifs homogènes (Société de secours aux blessés militaires – SSBM, Union des femmes de France – UFF et Association des dames françaises – ADF) [6].

Le 8 mars 1916, le Service de santé lance une campagne de recrutement d'infirmières diplômées sous un nouveau statut, celui du "corps des infirmières temporaires des hôpitaux militaires", appelé parfois improprement corps des "infirmières militaires temporaires" en complément de celui des "infirmières laïques permanentes des hôpitaux militaires" du statut du 22 juillet 1909. Ce nouveau corps totalement "dans la main" des autorités militaires est constitué d'infirmières

civiles contractuelles – ou contractuelles militarisées – salariées et administrées par le ministère de la Guerre. Celles-ci s'engagent pour la durée de la guerre plus six mois. De 2 000 infirmières recrutées en 1916, ce corps atteint 5 160 personnels à l'Armistice. Associé à 5 000 "infirmières Croix-Rouge" bénévoles, détachées dans les formations du service de santé militaire, il remplace les infirmiers militaires versés dans les unités combattantes. En avril 1919, les infirmières du statut des "temporaires" de 1916 sont intégrées, après concours, dans le cadre permanent, dans la limite de 620 postes budgétaires [4].

CONCLUSION

La fin de la Grande Guerre trouve la population paramédicale, à l'instar du reste de la société française, totalement bouleversée. Les infirmiers militaires de 1914, ceux des jeunes classes de l'active et de sa réserve, ont depuis longtemps disparu, happés, par dizaines de milliers, par un monde combattant où plus de 3 000 d'entre eux, originaires des SIM, décèdent les armes à la main ou de maladie. Ces infirmiers devenus "combattants" ont été remplacés par du "tout-venant" des vieilles classes et des "coloniaux". Seuls les infirmiers catégorisés "assistants de médecin" ont échappé à l'infanterie, ainsi que les nouveaux techniciens sanitaires nés du conflit (manipulateurs-radio-graphes, stérilisateurs, panseurs, aides-anesthésistes, etc.). Ces personnels, associés aux infirmières militarisées, occupent dorénavant une place éminente et enviée. Cette évolution vers la féminisation de la population paramédicale, héritage de la Grande Guerre, est entérinée par un décret du 27 juin 1922 [12] qui crée un brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre "d'infirmière diplômée de l'État français". Ce diplôme national est également attribué, par mesure dérogatoire, aux personnels déjà certifiés (art. 5) ainsi qu'aux personnels masculins (art. 6) dont les infirmiers militaires certifiés. ■

Les points à retenir

- **En août 1914,** le Service de santé des armées possède moins de 9 000 infirmiers militaires.
- **La pièce de tissu portée au collet de l'uniforme** distinguant l'infirmier militaire "certifié" des autres soldats du service de santé durant la première guerre mondiale est le "caducée".
- **Les infirmiers non titulaires du "caducée"** sont versés aux unités combattantes et décimés, imposant, en mars 1916, la création du corps des infirmières temporaires des hôpitaux militaires.

stratégie soignante

Les soins des plaies au quotidien durant la Première Guerre mondiale

■ Après le désastre sanitaire des premiers mois de la Première Guerre mondiale, le Service de santé des armées s'organise ■ Un triage des blessés efficace, chirurgical, permet de prodiguer les soins nécessaires à la stabilisation avant l'évacuation ■ Le pronostic fonctionnel du blessé de guerre ainsi que sa survie sont améliorés significativement ■ Des témoignages de soignants relatent des situations difficiles, particulièrement concernant des soins de plaies.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – histoire ; infirmier ; plaie ; Première Guerre mondiale ; Service de santé des armées ; témoignage

Wound care during the First World War. Following the sanitary disaster which occurred during the first months of First World War, the French Military Health System has structured itself. Focus was made on effective surgical sorting for stabilization aids before evacuation. The functional prognosis of the war injured individual as his survival has been significantly improved. We report nurses' testimonies, for some unpublished yet: challenging aids, especially wounds.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – First World War; history; military; military health service; nurse; testimony; wound care

La Grande Guerre a été source de nombreuses avancées majeures dans la prise en charge des blessés de guerre, opérant une révolution spectaculaire du Service de santé des armées : antiseptiques, vaccination, radiographie et laboratoire au plus proche des lignes. Le chirurgien est projeté à l'avant, épaulé par de nouvelles techniques d'anesthésie, un triage des blessés précoce et professionnalisé, une organisation rationnelle de la chaîne d'évacuation, et enfin de nouvelles techniques de reconstruction (maxillo-faciale) et de réhabilitation [1,2].

Cependant, pour le soignant au front, il s'agit d'une guerre longue et atroce, se déroulant 24 heures sur 24. L'afflux de blessés, les nouveaux agents vulnérants (projectiles), le climat, la logistique parfois insuffisante rendent pénible, à l'avant, la pratique de soins le plus souvent élémentaires [1]. Les évacuations sont parfois difficiles. Ces différents facteurs contraignent les soignants à rejoindre l'aphorisme de l'historienne Françoise Thébaud [3] : « Lave, panse, console et aide à mourir ». Avec des images simples et parfois jamais publiées, ce vécu auprès du blessé de guerre est restitué à travers des témoignages de soignants, qu'ils soient dans

les tranchées, dans un hôpital d'étape ou encore dans un hôpital bénévole de l'arrière.

PRISE EN CHARGE DES PLAIES DE GUERRE ET ÉVACUATION DES BLESSÉS

■ Au début de la guerre, les plaies sans traitement spécifique évoluent vers la suppuration et la gangrène, conduisant à l'amputation pour sauver la vie du blessé. Mieux connaître la chronologie de l'infection de la plaie de guerre permet alors une meilleure prise en charge, non par la simplification des gestes à réaliser : « panser propre », à l'eau claire, et évacuer rapidement jusqu'au chirurgien. Bernard Desplas, médecin de bataillon de la légion étrangère [4] et chirurgien, évoque « une entreprise absolument déraisonnable, dangereuse et folle » quand il rapporte la réalisation d'un pansement sur la ligne de feu : « C'est une duperie si l'on se contente d'un pansement de parade, militaire, non médical ». Il voit ainsi un soignant « bondir, de secteur en secteur, vers tous les blessés qui lui sont signalés », augmentant ainsi ses chances de disparaître dans les mêmes proportions que le nombre d'infections premières des

HUGUES LEFORT^{a,*}
Médecin urgentisteFRANÇOIS OLIER^b
Secrétaire, ancien adjoint au conservateurJEAN-JACQUES FERRANDIS^b
Ancien président de la Société française d'histoire de la médecine,conservateur honoraire
LAURENT DOMANSKI^a
Médecin chef de la Brigade de sapeurs-pompiers de Paris^aService médical d'urgence, Brigade de sapeurs-pompiers de Paris, 3, rue Darmesteter, 75013, Paris, France^bMusée du Service de santé des armées, Val-de-Grâce, 1, place Alphonse-Laveran, 75005 Paris, France*Auteur correspondant.
Adresse e-mail :
hdlfort@gmail.com
(H. Lefort).

plaies qu'il est censé prendre en charge. Devant l'inutilité de ces pansements de l'avant, il est conseillé d'attendre l'arrivée du soignant. Il devient rapidement fondamental de demander l'évacuation rapide des blessés vers le poste de secours primaire puis vers celui où ils peuvent recevoir des soins médicaux et paramédicaux suffisants en vue de l'évacuation [4]. « *En matière de blessure de guerre, ce qui compte essentiellement, c'est que le blessé soit transporté rapidement dans une formation chirurgicale fixe, tranquille, bien dotée en matériel, d'instruments et de personnel, armée de la radiographie, pour que, dans le minimum de temps, la plaie soit débridée, réséquée, nettoyée, le corps étranger enlevé, pour que la guérison soit rapidement obtenue, sans complications, et que le blessé soit vite récupérable* ». Certains blessés passent ainsi plusieurs fois dans les mains des mêmes personnels soignants durant les quatre années du conflit.

■ **La chronologie du risque infectieux au sein d'une plaie par agent vulnérant** est connue depuis les travaux des docteurs Louis Pasteur, Joseph Lister puis Albert Policard, rejoints au milieu de la guerre par le chirurgien Bernard Desplas au laboratoire de la VI^e armée [1]. Le terrain expérimental et ces malheureuses cohortes de blessés apportent matière à confirmer, voire à codifier les grandes phases de l'infection non traitée, souvent par éclat :

- **jusqu'à la 5^e heure (H5)** : sidération locale, pas de développement microbien ;
- **de H5 à H8** : début de réaction inflammatoire superficielle par les staphylocoques et streptocoques ;
- **dès H8** : développement de la flore anaérobie malodorante et purulente ;
- **dès H10** : début de l'infection avec pullulation et phase suppurative franche ;
- **à partir de H12** : septicémie évidente et d'évolution péjorative et quasi-certaine vers la gangrène.

■ **Le poste de secours est organisé le plus simplement possible** afin d'être évacué rapidement [4] : une salle de pansements, des bancs, des brancards sur tréteaux, une table-pharmacie où s'alignent les nécessaires à panser, teinture d'iode, rasoirs, sérum antitétanique (en 1915, aucun blessé ne quitte un hôpital origine d'étapes – HOE – sans une injection antitétanique) et sérum antigangréneux de Leclainche et Vallée (appelé plus généralement "sérothérapie") [1]. L'afflux de blessés, de mourants ou de morts limite les soins. Les infirmiers préparent le blessé, lavent puis pansent après l'avis du médecin, immobilisent après avoir doublé

les pansements et les avoir fixés soigneusement en vue de l'évacuation. Le docteur Bernard Desplas [4] reprend : « *Est-ce qu'on pouvait faire autre chose ? À ce point de vue, avec la plus grande force, je dis : Non ! On ne pouvait pas faire autre chose, dans les postes de secours de Bataillon. On devait se contenter de faire un pansement. Pendant un an [...] je n'ai jamais fait une opération, à part une ligature de vaisseaux. [...] L'art, en réalité, était de faire des pansements propres, avec des mains non pas sales, mais relativement propres, de bonnes immobilisations ; d'évacuer le plus tôt possible* ». « *Certains ont essayé de faire la chirurgie, dans les postes de secours. Ce sont des fous !! [...] Quelle gloire ! C'était magnifique !... c'était scandaleux !!! Pour un blessé, qui profitait de ces témérités, dix, vingt, trente, tous étaient inévitablement voués aux infections les plus redoutables et les plus tragiques !* ». Initialement, les évacuations ont lieu dans des délais longs avec le désastre sanitaire très bien décrit des premiers mois [5]. Par la suite, les délais se raccourcissent par l'organisation des filières et l'arrivée des chirurgiens au plus près du front [1,6]. Localement, c'est « *tout l'effort du médecin de bataillon : améliorer les conditions d'évacuation* » [7].

ASEPSIE ET ANTISEPSIE

■ **Les règles d'hygiène, aussi bien chez les personnels soignants que chez le soldat, évoluent fortement** durant la Guerre [1,8]. En 1914, la salle d'opération n'est pas dédiée, elle comprend une table recouverte d'un drap sous une fenêtre comme scialytique, le chirurgien mettant une blouse blanche sur son uniforme avant de pratiquer son art. À partir de 1915, la salle d'opération est désinfectée à la chaux ou à l'hypochlorite de soude. Les tenues de bloc sont au moins propres (au mieux bouillies à 115° et traitées au formol), et dédiées à la prise en charge d'un seul patient. Les mesures d'hygiène des personnels soignants sont instaurées, comme le lavage des mains jusqu'aux coudes. Les gants sont souvent réparés s'ils sont déchirés, et utilisés pour plusieurs patients, protégeant surtout les mains du chirurgien ou de ses aides des instruments chirurgicaux et du contact répété de la teinture antiseptique d'alcool iodé [1].

■ **La teinture d'iode est la solution antiseptique la plus connue et donc la plus utilisée.** D'autres antiseptiques sont utilisés et testés durant la guerre. Le docteur Bernard Desplas [4] livre ses réflexions : « *Pour lutter contre l'infection, on n'a rien trouvé de mieux que de faire pénétrer dans les plaies des substances antiseptiques. J'en ai vu de toutes*

Les infirmières dans la Grande Guerre

Des infirmières auprès des blessés de guerre

■ Il existe alors trois catégories d'infirmières soignantes¹ :

les professionnelles, salariées, peu nombreuses au début du conflit et présentes dans les hôpitaux publics, renforcées par des infirmières temporaires (salariées aussi) des hôpitaux militaires – dont le statut a été créé par le décret du 8 mars 1916 – ne pouvant pas se permettre de s'engager dans les rangs de la Croix-Rouge faute de ressources. Enfin, les plus nombreuses sont les infirmières bénévoles des trois sociétés de Croix-Rouge, le plus souvent volontaires et bénéficiant de formations accélérées : Société de secours aux blessés militaires (SSBM), Associations des dames françaises (ADF), Union des femmes de France (UFF). S'ajoutent les religieuses et infirmières Croix-Rouge des pays alliés et neutres.

■ **Autant de castes dont l'aide-major Paul Martin, notamment, décrit avec humour les qualités :** grâce, douceur, bonté, dévouement, et les défauts tels qu'amour-propre exagéré, exclusivisme dans le dévouement, jalousie. Le chirurgien Georges Duhamel² évoque le rôle fondamental de ces infirmières pour les chirurgiens³ après l'intervention : « L'apparition des femmes dans notre vie ne laissait pas d'introduire

certaines difficultés d'ordre sentimental ou sexuel, on s'en doute, et de modifier, à mon sens, ce qui n'était pas simplificateur, des rivalités et querelles ; mais que seraient ces inconvénients, au prix des services rendus ? La vie d'un blessé, d'un grand malade, quand les médecins ont pris les mesures d'urgence, est suspendue aux menus soins dont la pratique exige des vertus d'exécution et de ténacité pour lesquelles, ordinairement, les hommes sont moins doués. Gosset, avec raison, disait parfois en s'adressant à l'une de ces excellentes infirmières : "Le plus gros du travail est fait, Mon homme est opéré. A vous maintenant de le sauver" »

¹ Larcan A, Ferrandis JJ. *Le service de santé aux armées pendant la Première Guerre mondiale*. Paris: Éditions LBM, 2008.

² Georges Duhamel (1884-1966) fut un médecin écrivain prolifique. Biologiste avant la guerre, il exerce la chirurgie au plus proche des lignes. Il reçoit le prix Goncourt en 1918 avec son livre *Civilisations* et devient secrétaire perpétuel de l'Académie française en 1942. Pour l'anecdote, il est l'inventeur de l'expression "société de consommation".

³ Duhamel G. *La pesée des âmes (1914-1919)*. Paris: Mercure de France, 1949.

les couleurs ; il y en avait des bleues, il y en avait des rouges, il y en avait des violettes, il y avait des liquides, des mixtures embaumantes... Il y avait des poudres qu'on pulvérisait dans les plaies. La meilleure, peut-être, était la poudre de Vincent [ou formule de Dakin] ». Avec l'épouse du professeur Alexis Carrel – alors chirurgien chef de l'hôpital n°21 installé à Compiègne –, Hyacinthe Vincent travaille au laboratoire de bactériologie avec Henri Drysdale Dakin et le pharmacien Maurice Daufresne au laboratoire de chimie [1]. Bernard Desplas poursuit ses observations [4] sur un versant très pratique : « Ces poudres auraient été efficaces si elles étaient restées peu de temps au contact des blessures ; au bout d'un certain nombre d'heures, elles ajoutaient une action corrosive à la blessure existante. Par conséquent, rien ne prévalait contre le débridement et le nettoyage aseptique précoce des plaies, l'extraction des projectiles ». Ainsi résume-t-il la nouvelle pratique de l'antiscptic : un usage logique mais encore peu adapté à la prise en charge "sur le terrain" qui ne doit en aucun cas faire l'impasse sur le nettoyage et le parage de la plaie avec extraction de tout corps étranger. Les méthodes de Dominique Larrey (1766-1842), chirurgien de la Grande Armée, ont encore de beaux jours devant elles pour les soins au plus proche de la tourmente : de l'eau claire, en quantité, si possible bouillie ; nettoyer, débrider et panser proprement. Les nouvelles méthodes antiseptiques, parfois par irrigation continue ou intermittente des plaies, prennent donc du temps. Elles ne peuvent trouver de véri-

table place que dans des soins quotidiens à distance du front et donc, idéalement, dans des structures hospitalières stabilisées. Le blessé de guerre y retrouve alors ces « demoiselles du pans'ment, vois com'elles vous dakinent ! » (figures 1 et 2).

DE LA THÉORIE AU QUOTIDIEN
DES SOINS À L'AVANT

Rares sont les témoignages des infirmiers, voire des blessés, sur le rôle joué par les infirmiers. Quelques-uns illustrent le courage, l'abnégation et toujours cet humour parfois caustique, caractéristique des infirmiers. Nombres d'entre eux ont été félicités à l'issue de la Guerre (figure 3).

■ Ainsi Jean Pottecher, infirmier engagé réglementaire [1], s'en prend aux recommandations des médecins de l'arrière, notamment de Hyacinthe Vincent, professeur au Val-de-Grâce, au sujet de la prévention des pieds de tranchées. Jean Pottecher mène un dialogue factice dans une lettre du 29 novembre 1917, quelques semaines avant sa mort [9]. Hyacinthe Vincent demandant de desserrer les bandes molletières et d'éviter les compressions, il réplique : « On est au contraire forcé de les serrer. Il ne se doute pas, ce médecin, de l'ennui que peuvent causer les bandes qui se défont, lorsque la cheville disparaît dans la boue. » Hyacinthe Vincent demande à sécher, graisser et talquer les pieds s'ils sont mouillés ; l'infirmier griffonne : « Si les pieds sont mouillés, comme si la question se

Les infirmières dans la Grande Guerre

Air : de "La Colonne Vendôme" - Les Demeiselles du pans'ment.
 Tri-Annuelle hommage -

Les Demeiselles du pans'ment

Il étoit 1871 tel
 Vite me l'homme s'ennuie
 Tu n'as mis pas à l'eau d'indole
 Mais de Staline et au Marseillais.
 Sur une place tout fleurissante
 Les Demeiselles du pans'ment
 Et font voir avec un air d'indolence
 C'est un véritable enchantement.

© Famille Picheral

-II-

Il n'est pas sans une certaine
 Et nous toujours s'ennuie
 De ceux-ci nous en la souffrance
 Tu ne peut pas faire autrement -
 Tu ne se lasse pas d'indole,
 Tu se l'aise tu s'ennuie
 Plus de pour avoir un p'tit s'ennuie
 Plus de s'ennuie à n'plus de s'ennuie -

-III-

Certaines fois on la s'ennuie
 Que de pans'ment, c'est un s'ennuie,
 Mais je trouve la s'ennuie est certaine
 Que c'est un vrai moment d'indolence.
 "Compresses Douces", deux mots s'ennuie
 Et s'ennuie avec un p'pouille s'ennuie
 Le liquide s'ennuie sur les mains quel
 Et l'y s'ennuie le pans'ment.

© Famille Picheral

-II-

Les s'ennuies à une s'ennuie s'ennuie,
 Et pans'ment c'est un s'ennuie s'ennuie
 C'est donc, c'est s'ennuie, s'ennuie s'ennuie
 Les Demeiselles du pans'ment,
 Toujours nous s'ennuie et s'ennuie
 Tout ça s'ennuie s'ennuie s'ennuie
 Et pans'ment le temps de s'ennuie
 Et l'on s'ennuie le pans'ment.

-I-

Les s'ennuies du pans'ment, les s'ennuies s'ennuie
 Quand la s'ennuie s'ennuie s'ennuie
 Et de la s'ennuie s'ennuie s'ennuie
 Mais s'ennuie s'ennuie s'ennuie
 Demeiselles s'ennuie s'ennuie s'ennuie
 Et s'ennuie s'ennuie s'ennuie s'ennuie
 Et s'ennuie s'ennuie s'ennuie s'ennuie
 Et s'ennuie s'ennuie s'ennuie s'ennuie

© Famille Picheral

-VI-

C'est s'ennuie s'ennuie s'ennuie
 Et s'ennuie s'ennuie s'ennuie
 Et s'ennuie s'ennuie s'ennuie
 Et s'ennuie s'ennuie s'ennuie
 Et s'ennuie s'ennuie s'ennuie
 Et s'ennuie s'ennuie s'ennuie
 Et s'ennuie s'ennuie s'ennuie
 Et s'ennuie s'ennuie s'ennuie
 Et s'ennuie s'ennuie s'ennuie

Mars 1919
 M. Picheral

© Famille Picheral

Figure 1. Les demoiselles du pans'ment, hommage à chanter sur l'air de La colonne Vendôme.

Les infirmières dans la Grande Guerre



Figure 2. Aquarelle d'un patient à l'attention de l'infirmière Marcèle Delaly, née Picheral, soignant un blessé à l'hôpital de Nîmes.

posait ! Il y a plus de quinze hommes à la compagnie dont les orteils passent à travers les souliers. Pour moi, depuis le 6 novembre, je n'ai eu les pieds séchés que deux fois ! ». Hyacinthe Vincent poursuit au sujet d'autres mesures préventives comme éviter la position accroupie et de s'imposer dans les tranchées de bouger souvent pieds et orteils ; Jean Pottecher rétorque : « Voici le plus énorme ! Croit-on que ce soit pour le plaisir qu'on reste douze heures de jour accroupi jusqu'à ce que les crampes vous fassent pleurer de douleur ; le désespoir vous prend. Je vous assure, quand on voit d'une façon si nette que ceux qui nous mènent ne savent rien de ce qui se passe, comment peuvent-ils nous mener ? Ici, je peux faire déchausser la plupart des hommes pendant un instant et graisser leurs pieds, mais ils remettent forcément leurs chaussettes trempées quand il leur reste une apparence de chaussettes et leurs souliers boueux à l'intérieur comme au-dehors. [...] Enfin, nous qui sommes chargées comme nous le sommes, comment veulent-ils que nous portions la quantité suffisante de graisse, de talc additionné de tanin, de camphre et d'alcool camphré ? »

■ **Les carnets de route de Lucien Laby, médecin de bataillon [7]**, écrits dans "l'instant" du conflit, ont été ensuite complétés par l'auteur à l'issue de la Guerre. Témoignage d'une rare intensité du vécu physique et moral d'un médecin durant tout le conflit, ils rapportent l'impossibilité de traiter réellement les plaies pour ne réaliser que de

simples pansements. « On panse les plaies avec les doigts pleins de boue, pour juger de leur place, de leur étendue, dans une nuit noire ». En 1916, son poste de secours est ainsi privé de lumière.

■ **Une infirmière sur HOE [1], écrit en 1920, au sujet de l'arrivée des blessés par train en décembre 1914** : « Affluence de blessés ce matin. Rude journée en perspective ; les salles et couloirs sont remplis de tas de boue saignants et geignants ; les vêtements souillés s'entassent dans les coins. Un train est arrivé à minuit et depuis, les infirmiers et les gardes de nuit s'efforcent maladroitement de déshabiller ces formes engluées. Quand ils n'y parviennent pas, la plaie, le sang, le drap, les godillots ne forment qu'un amalgame : ils les laissent sur les brancards. Ce sera pour nous tout à l'heure ». Le déshabillage constitue ainsi le premier temps du parage. Cette même infirmière [1] évoque ensuite ces gestes presque chirurgicaux : « Je me hâte vers la salle de pansements. Je gagne ma table, et vérifie mes boîtes de gaz, mes bandes de toiles, mes écharpes et mes instruments [...] et c'est le navrant défilé des plaies hideuses, des délabrements atroces, de la bouillie de chair, d'os et d'esquilles ; c'est le décollage douloureux des vêtements, la recherche des morceaux de capote au fond des plaies par la pince de Kocher qui se trompe et ramène des lambeaux de chair. »

En octobre 1917, nommé dans une "autochir", le jeune médecin auxiliaire Lucien Laby déclare [7] : « Au point de vue médical, je vais pouvoir retra-

RÉFÉRENCES

- [1] Larcan A, Ferrandis JJ. Le service de santé aux armées pendant la Première Guerre mondiale. Paris: Éditions LBM; 2008.
- [2] Lefort H, Ferrandis JJ, Tabbagh X, Domanski L, Tourtier JP. Les problèmes de santé des combattants durant la Première Guerre mondiale. Soins 2014;786:18-23.
- [3] Thébaud F. La Femme au Temps de la Guerre de 14. Paris: Éditions Stock; 1986.
- [4] Desplas B. La vie dans le Poste de secours de Bataillon. Conférence du 17 février 1930. Panazol: Éditions Lavauzelle; 1930.
- [5] Lefort H, Ferrandis JJ, Tabbagh X, Lanoë V, Tourtier JP. La révolution spectaculaire du Service de santé aux armées. Soins 2014;786:36-40.
- [6] Ferrandis JJ, Lefort H, Tabbagh X, Pons F. Le triage des blessés pendant la Grande Guerre. Soins 2014;786:41-5.
- [7] Laby L. Les carnets de l'aspirant Laby, médecins dans les tranchées. Paris: Éditions Bayard; 2001.
- [8] Régnier C. Plaga Magna, blessures, médecins, blessés sur le front occidental de la Première Guerre mondiale. DEA d'histoire contemporaine. Éditions Histoire sciences médicales; 2003.
- [9] Pottecher J. Lettres d'un fils. 1914-1918. Un infirmier de chasseurs à pied à Verdun et sur l'Aisne. Louviers: Ysec Éditions; 2003.
- [10] Olier F. Les autochirs, 1914-1918. Genèse d'une épopée. Médecine et armées 2002;20:299-320.

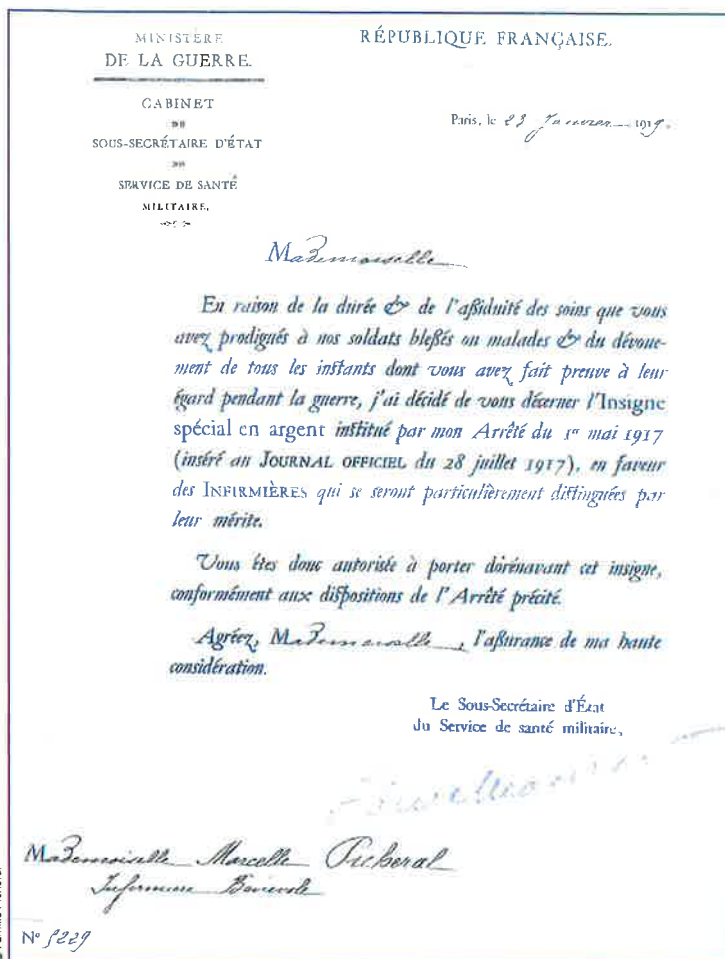


Figure 3. Lettre d'attribution de l'insigne spécial par le ministère de la Guerre pour service en temps de guerre des infirmières bénévoles. Ce dernier se déclinait en palme de bronze pour une année de service bénévole, d'argent comme ici pour 2 années, ou d'or (plus de 3 années). Créée en mai 1917, cette palme s'agrafait à la médaille nationale de la Croix-Rouge.

Les points à retenir

- Pendant la Première Guerre mondiale, le principal problème pour le médecin de l'avant était l'évacuation du blessé.
- Les infirmiers de l'avant utilisaient peu l'antisepsie, trop chronophage et encore mal maîtrisée.
- Il est alors très bien admis que l'antisepsie n'a d'intérêt que sur une plaie débridée et parée préalablement.
- Une injection de sérum antitétanique est réalisée à tout blessé quittant un hôpital d'évacuation.

Déclaration d'intérêts
Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.



© Musée SSV de Grèce

Figure 4. Repérage radioscopique d'un éclat métallique.

« vailler ». Le chirurgien n'est alors pas très loin du front et les évacuations sont mieux organisées. Dans ces ambulances, il est question d'anesthésie, d'utilisation de la radiographie pour repérer les projectiles et faciliter leur extraction, de débridements et de parages [10], bien loin des soins de l'avant (figure 4).

CONCLUSION

Bernard Desplas conclut une conférence médicale, en 1930, dans un hommage pouvant être ouvert à l'ensemble des soignants [4]: « Je crois qu'à la guerre il faut tuer et ne pas être tué [...]. Ces médecins dont vous évoquiez si éloquemment la mémoire, je crois tout de même que, s'ils sont morts magnifiquement, ils auraient vécu encore plus magnifiquement, et c'est justement du fait de cette saignée anémiant de qualités idéalistes et généreuses que notre France est actuellement dans la situation dont nous souffrons tous ». Le Service de santé a été l'arme qui a perdu le plus de personnels après l'Infanterie. Cette générosité était présente au cœur de tout soignant, qu'il ait donné sa vie dans les tranchées ou son temps et ses compétences tout au long de la chaîne de sauvetage de ces blessés de guerre. ■

troubles mentaux

La prise en charge des soldats "shockés" à l'asile

■ La durée et l'intensité des combats, les conditions de vie difficiles des soldats au quotidien et le grand nombre d'hommes impliqués dans le premier conflit mondial sont à l'origine de l'apparition de troubles mentaux spécifiques chez certains soldats ■ D'abord considérés comme des simulateurs, ceux-ci ont pu, par la suite, être diagnostiqués et traités grâce à l'attention particulière que leur ont portée des psychiatres.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – hôpital psychiatrique ; infirmière ; Première Guerre mondiale ; psychiatrie de guerre ; soldat "shocké" ; syndrome de stress post-traumatique

AGNÈS BERTOMEU
Psychologue hospitalière,
écrivain, présidente
de la Société d'études
et de recherches historiques
en psychiatrie (SERHEP)

EPS de Ville-Evrard,
202 avenue Jean Jaurès 93332
Neuilly-sur-Marne cedex, France

Treating shell-shocked soldiers in asylums. The duration and intensity of the fighting, the soldiers' difficult daily living conditions and the high number of men involved in the First World War resulted in the appearance of specific mental disorders for some soldiers. At first considered to be faking their symptoms, they were later able to be diagnosed and treated thanks to psychiatrists' interest in the condition.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – First World War; nurse; post-traumatic stress disorder; psychiatric hospital; shell-shocked soldier; war psychiatry

En août 1914, c'est la fleur au fusil, en chantant et sous les vivats des populations, que la jeunesse part pour la guerre. La perte de l'Alsace et de la Lorraine fait pleurer les Français depuis 1871. On y va avec des pantalons rouges, parfois sabre au côté, avec des voitures à chevaux, et des casoars à plumes. Voilà les campagnes dépeuplées, mais partis comme on est, ça ne va pas durer longtemps. On les aura !

Fiers de partir avec les nouvelles machines nées des progrès de l'industrie, les soldats alliés ont placé en elles et en l'industrie française, leur confiance et leur fierté. Les expositions universelles n'avaient-elles pas montré toutes les merveilles qu'on pouvait attendre d'une industrie en plein essor ? Mais, l'ennemi lui aussi participe à l'essor industriel, et l'élan patriotique et la fierté française n'en ont pas vraiment mesuré les forces.

PREMIERS COMBATS

■ **Aux premiers assauts, cruelle surprise** : cette guerre est un mélange de l'ancienne guerre de front et d'un nouveau conflit qui emploie des armes industrielles. Dès les premiers combats, le nombre de morts et de blessés est d'une importance inhabituelle. Il faut installer des hôpitaux partout où l'on peut trouver de la place, dans les hôtels, les églises, les casinos, les opéras, les écoles et les asiles d'aliénés.

■ **Les troupes confrontées aux blessés et aux morts en masse le sont aussi à la transformation des paysages** :

cratères formés par les trous d'obus, souvent remplis d'eau et de fonds boueux engloutissant celui qui a le malheur d'y tomber, arbres défoliés, paysages en miettes, minéralisés, déshumanisés (figure 1). Vient ensuite ce drôle de front sinueux où l'on s'enterre et d'où on sort pour l'attaque : les tranchées. Certains ont parlé de guerre mécanique ; la guerre industrielle a produit de la mort industrielle : mécanique, chimie, véhicules à moteurs, avions, zeppelins, innombrables obus, voilà ce qui tue. La mort est toujours présente.

UN CONFLIT MÉDIATISÉ

En même temps, cette guerre est la première à être "médiatisée". C'est le règne du "bobard", du "bourrage de crânes". Dès le 3 août 1914, un bureau de la presse exerce sa censure sur les journaux, les articles et les photos. Rien ne doit passer qui pourrait affaiblir le moral des troupes et des populations. Il y a bien de temps à autre, des personnes qui témoignent de la dureté du conflit, comme le dessinateur Théophile Steinlen, qui, recruté pour dessiner la guerre, réalise un tableau terrible¹ où corps, boue et terre forment un mélange indescriptible. Celui-ci a bien senti et traduit dans son tableau une des hantises quotidiennes du soldat :

Adresse e-mail :
serhep.ve@epsve.fr
(A. Bertomeu).

Les infirmières dans la Grande Guerre



Figure 1. 16 avril 1916 Soldat isolé Déclenchement du Chemin des dames.
Source : Adam F. Ce que j'ai vu de la Grande Guerre, Paris: Éditions La Découverte; 2013.

NOTES

- ¹ Théophile Alexandre Steinlen 1859-1923. Quelques-unes de ses gravures sur la misère de la Guerre sont visibles au Musée d'histoire vivante de Montreuil (93).
- ² Se reporter également aux Annales médico-psychologiques (AMP) et aux articles de W. de Kobor de l'École du Val-de-Grâce.
- ³ Musée d'art et d'histoire de la folie et de la psychiatrie de la Société d'études et de recherches historiques en psychiatrie (Serhep), Ville-Evrard (93).
- ⁴ Donné au musée de la Serhep grâce aux soins de Michel Caire, historien de la psychiatrie, par l'établissement public de santé (EPS) de Maison-Blanche. Lors du déménagement de Maison-Blanche, de Neuilly-sur-Marne à Paris, il a veillé à ce qu'aucun élément important pour l'histoire ne disparaisse et que l'ensemble soit déposé au musée de la Serhep, avec l'accord de la direction de Maison-Blanche
- ⁵ Grappe M, et al. Héros méconnus de la Grande Guerre. Naissance du traumatisme. Cahiers d'histoire de la Société d'études et de recherches historiques en psychiatrie (Serhep), à paraître en novembre 2014. Avec Agnès Bertoneu, Michel Caire, Jean Garraabé Michel Gourevitch, Michel Grappe, Véronique Fau, Eric Lafon, Jean-Yves Le Naour, Caroline Mangin-Lazarus Michel Grappe, articles sur les enfants et les guerres. Éditions Érès, de 2006 à 2013.

sa disparition, par engouffrement, noyade dans un trou d'obus ou d'explosion.

L'INFIRMIÈRE AU CHEVET DES BLESSÉS

La profession infirmière est une des reines de la médiatisation officielle. Elle incarne et représente, dans la presse de propagande, les images, les cartes postales, la réponse de la douceur et de la féminité à la cruauté ; elle apporte réconfort et soins au soldat blessé. Marqué par cette radieuse, voire angélique (mais efficace) figure du soin, le métier d'infirmière est ainsi définitivement écarté de ce qui le rattachait encore à la domesticité. D'une manière générale, en 14-18, l'organisation des soins se modernise et acquiert une grande mobilité. Terminée l'ambulance à chevaux, voici les trains sanitaires, ambulances à moteur, voitures, train radiologique salué notamment par Marie Curie. La chirurgie au front devient ainsi de plus en plus experte. Selon une théorie qui circule largement, mieux vaut soigner le soldat le plus près possible du front pour ne pas le sortir des conditions du combat. L'en éloigner pourrait "démoraliser" son ardeur militaire, et rendre plus difficile son retour au front.

LES PREMIERS "SHOCKÉS"

Il existe cependant des blessés plus difficiles à soigner et à comprendre : sans lésions apparentes, mais pourtant incapables de quoi que ce soit, figés, répétant toujours les mêmes gestes, avec des difficultés à parler, à agir, ils sont, comme on dit à l'époque, "shockés". Les officiers, les médecins du

régiment les envoient au Val-de-Grâce, parfois pour confirmer un premier diagnostic (certains voyagent ainsi dans le train avec une étiquette "mélancolique matricule XX" épinglée sur leur capote de soldat). Au Val-de-Grâce, si l'expertise confirme l'état dit d'aliénation, ils sont adressés aux asiles habilités à recevoir des militaires blessés et, en particulier, lorsqu'il s'agit de "shockés", pour lesquels il y a très peu d'espoir de guérison, à l'asile de Ville-Evrard.

L'HÔPITAL DE VILLE-EVRARD

■ Dès les débuts de la guerre, ordre avait été donné par la préfecture au directeur de l'asile de Ville-Evrard de "mettre à l'abri les registres et évacuer les malades". Quelle évacuation ! La Société d'histoire des chemins de fer déclare ne pas avoir gardé d'archives. Pourtant, imaginez : plus de mille personnes sortant des asiles de Maison-Blanche et de Ville-Evrard, avec leurs ballots, leurs soignants, entassées dans des tramways, voitures à chevaux, tout ce qui roule, et amenées en gare de Nogent, pour prendre place dans des trains qui leur font traverser la France. Le voyage est long : plusieurs jours. Dans un de ces trains, Camille Claudel s'éloigne de la Maison de santé de Ville-Evrard pour se rendre à l'asile de Montdevergues à Montfavet, près d'Avignon, où elle finit sa vie en 1943.

■ Après le départ des pensionnaires et des malades de l'asile et de la Maison de santé, Ville-Evrard se trouve rapidement en difficulté : les militaires blessés ou ceux dont les régiments cantonnent à la ferme de l'asile, relèvent d'un "prix de journée" bien inférieur à celui des malades habituels, en tous les cas, bien inférieur aux tarifs très élevés de la Maison de santé. De plus, l'exploitation agricole du grand domaine de l'asile est entravée, à la fois par les départs et les mobilisations des personnels hommes et des malades travailleurs, et par la présence d'un régiment d'artillerie qui cantonne à la ferme. Bref, devant l'imminence d'une catastrophe économique, le directeur prévient les autorités et demande le retour de ses malades, ce qui lui est finalement accordé. En 1915, Ville-Evrard redevient hôpital civil, sous condition cependant de continuer à recevoir les soldats irrécupérables, ceux que sans doute personne n'est très empressé d'accueillir : les "shockés".

LES TROUBLES ET LES PREMIERS TRAITEMENTS

■ Quand ces troubles apparaissent, les "aliénistes" discutent, émettent des thèses. En font foi

Les infirmières dans la Grande Guerre

de nombreux articles dans leurs revues. La première idée, fidèle au climat patriotique, est celle de la simulation. Certains articles médicaux savants [1,2]² déclarent que « la psychose étant constitutionnelle, elle ne peut survenir à cause d'un événement extérieur », façon de dire que, faisant partie de la constitution d'un individu, elle pré-existe ; façon aussi d'évacuer l'hypothèse d'une psychose déclarée au cours du combat, et, par suite, la délicate question de la pension, qui pourrait être discutable si la maladie est étrangère au service. Ces états sont également expliqués par la théorie du "shock" : le "vent du boulet" a secoué le cerveau dans la calotte crânienne.

Lorsque les troubles surviennent pendant le service, le problème est alors celui des effets du combat sur leur genèse. Chez un "prédisposé", une psychose dite constitutive ou constitutionnelle peut se déclencher au cours des circonstances de la guerre. S'agissant des névroses non constitutionnelles, celles "émotionnelles" sont très souvent évoquées comme l'effet d'une surcharge émotionnelle provoquée par les conditions du combat. Celle-ci agit sur l'organisme et les neurones comme une intoxication émotionnelle, provoquant surtout des états de confusion pronostiqués, de courte durée et curables, grâce à une mise au repos. Ces malades sont, la plupart du temps, renvoyés au front après rétablissement.

LE "TORPILLAGE" DU MALADE

Dans les services de neurologie militaire, les officiers de santé n'hésitent pas à employer des médecines radicales pour ramener à lui le soldat "shocké" : l'une d'elles est le "torpillage" ou la "faradisation". Il faut lire à ce propos l'excellent ouvrage de Jean-Yves Le Naour [3], et en particulier l'histoire du malheureux zouave Deschamps. Le torpillage consiste à envoyer une secousse électrique dans l'un des membres du soldat, assortie d'objurgations : « Tu vois bien que tu peux bouger. Allez, encore un effort et tu rejoindras tes camarades qui ont besoin de toi au front ! ». La Société d'études et de recherches historiques en psychiatrie (Serhep)³ présente dans son musée à Ville-Evrard, une de ces machines à "torpiller"⁴. Celle-ci n'a visiblement pas servi mais elle est la preuve que cet asile en possédait une, alors même que, hôpital militaire pendant toute la guerre, Maison-Blanche ne recevait que des malades curables ou réadaptables : confus, gazés, "glorieux mutilés" (figure 2).

Les soldats qui sont placés à Ville-Evrard ont été diagnostiqués incurables, tout au moins à

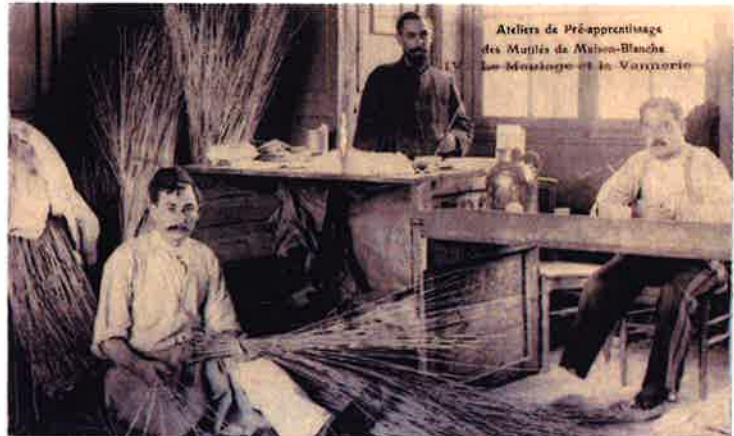


Figure 2. Soldats mutilés accueillis à l'hôpital militaire de Maison-Blanche.

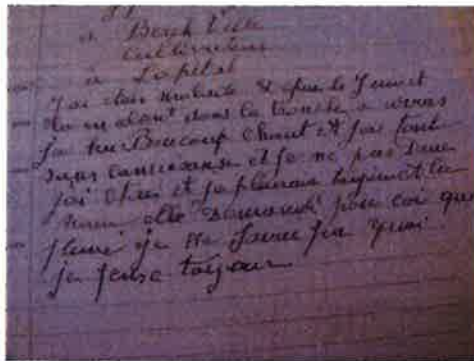


Figure 3. Mars 1916, lettre d'un soldat placé à l'asile de Ville-Evrard (archives Ville-Evrard).

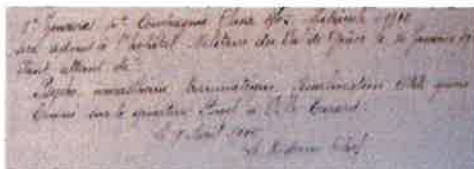


Figure 4. Diagnostic d'un médecin chef de psycho-neurasthénie traumatique.

moyen terme. Les médecins qui les reçoivent ont un programme de questions toutes prêtes qu'ils leur soumettent. La simulation, la psychose constitutive, toutes les hypothèses savantes s'effondrent devant les réponses de ces malheureux. Car ce qui en ressort, d'une manière bouleversante, est l'intensité d'une détresse à laquelle nul ne peut rester insensible. Il apparaît aussi que 75 % des Français étant d'origine rurale et ayant peu fréquenté l'école, n'ont pas eu un grand usage de l'écrit. S'ils connaissent leur alphabet, beaucoup écrivent en phonétique, ce qui donne une écriture encore plus expressive, une langue du chaos (figure 3) [4-10].

RÉFÉRENCES

- [1] Dumas G. Troubles mentaux et troubles nerveux de guerre. Paris: Félix Alcan; 1919. p. 8, 19.
- [2] Becker A. Annales. Histoire, Sciences Sociales; 55(1): 135-151
- [3] Le Naour JY. Les soldats de la Honte. Coll. Tempus. Paris: Perrin; 2013.
- [4] Loi n° 11696 qui rend l'Enseignement primaire obligatoire du 28 Mars 1882, <http://www.assemblee-nationale.fr/histoire/loiferry/sommaire.asp>
- [5] Dupaquier J. Histoire de la population française. Paris: PUF; 1988.
- [6] Braudel F, Labrosse E. Histoire économique et sociale de la France. Tome IV. Paris: PUF; 1979, p. 104 à 107
- [7] Pinol JL. Le Monde des Villes au XIXe siècle. Paris: Hachette supérieur; 1991.
- [8] Chevallier L. Classes laborieuses et classes dangereuses. Paris: Hachette, Pluriel; 1994
- [9] Nadaud M. Mémoires de Léonard, ancien garçon maçon, Duboueix. Bourgneuf; 1895
- [10] Tugault Y. Croissance urbaine et peuplement. In: Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Population. Institut national d'études démographiques. La population de France 1974-207-38
- [11] Société américaine de psychiatrie. DSM IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Masson; 1994.



Lit d'un soldat à Ville Evrard (93)

RÉFÉRENCES

- [12] Bieser H et al. Vies Tranchées. Les Soldats Fous de la Grande Guerre. Paris: Delcourt; 2010.
- [13] Barrois C. Les Névroses traumatiques. Coll. Psychismes. Paris: Dunod; 1998.
- [14] Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. Paris: Odile Jacob; 1999.
- [15] Crocq L. 16 leçons sur le trauma. Paris: Odile Jacob; 2012.

Déclaration d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

VERS DE NOUVEAUX DIAGNOSTICS

■ **Les médecins les écoutent, les accueillent, dans les conditions d'alors à l'asile de Ville-Evrard** : les bains, le travail, l'occupation, etc. Bientôt, ils diagnostiquent des psychoses émotionnelles et sensorielles. La thèse est celle d'un état émotionnel ou sensitif devenu immaîtrisable par le sujet, qui y est resté "pris". On commence à comprendre qu'il est resté comme figé, prisonnier du moment où il a ressenti cette peur intense : il y est toujours, il ne s'en dégage pas. Il continue de trembler, d'avoir chaud, d'avoir froid, ou de pleurer, ou de répéter le même mouvement. Ces psychoses émotionnelles, ou sensorielles, voire même traumatiques, les médecins, ainsi ceux du Val-de-Grace, parviennent à les déclarer comme consécutives aux événements du combat (*figure 4*). Le soldat devenu invalide peut alors toucher une pension, ou la faire verser à sa famille s'il ne survit pas.

Les points à retenir

- **Les premiers patients présentant des troubles du comportement** associés à la guerre étaient considérés comme des simulateurs
- **Les psychiatres** sont parvenus à identifier dans ces comportements les signes d'une nouvelle affection psychiatrique alors nommée "shellshock".
- **Certaines thérapies initialement testées étaient très radicales**, à base de décharges électriques, avant que ce syndrome de stress post-traumatique soit mieux pris en charge et reconnu.

■ **Les médecins de Ville-Evrard font preuve d'une grande gentillesse**, d'écoute et d'accueil. Ils sont pourtant dans une situation inconfortable : dans l'ambiance "cocorico", leur travail et leurs malades détonnent. La folie n'a pas bonne presse, et la folie du soldat, encore moins. Le mutilé, lui est "glorieux". Côté de si près la détresse de ces hommes revenus d'outre-terre, semble avoir rendu ces médecins extrêmement respectueux. Selon les dossiers d'archives, certains tentent de défendre un soldat contre une accusation de désertion en temps de guerre. Celui-ci, dans un épisode délirant, a quitté son régiment pour aller confier au chef des armées un procédé de son invention permettant d'éliminer l'ennemi grâce à un système d'ondes qu'il a mis au point. Le médecin échange avec le médecin des armées. Ils font abandonner les poursuites. Il faut savoir que le soldat interné à Ville-Evrard, ou ailleurs, est sous la coupe de deux tutelles : celle de l'armée et celle de la Préfecture : s'il s'évade, il peut être saisi, à la fois par la gendarmerie et par les autorités militaires.

DU "SHOCKÉ" AU STRESS POST-TRAUMATIQUE

L'hypothèse du traumatisme est à présent entrée dans nos représentations familières. Les malheureux soldats envoyés à l'asile en 14-18 en sont les initiateurs. Il existait déjà dans l'armée de Napoléon, la Grande Armée, des troubles similaires, mais pas en si grand nombre. Il a fallu du temps, des guerres et des catastrophes, l'Algérie, le Vietnam, les attentats terroristes, etc. Mais la question était déjà là, en germe, dans cette psychose dite "émotionnelle" que les médecins s'efforçaient de décrire.

Le traumatisme est entré au Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV) [11] en 1996 sous le nom de PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder* – pathologies du traumatisme, et en particulier du traumatisme de guerre, d'accident, ou de catastrophe). Sa gravité et son mauvais pronostic sont proportionnels à la lenteur de la mise en place d'une intervention appropriée. C'est pourquoi des services de crise ou d'urgence psychologique (cellules d'urgence médico-psychologique – CUMP) ont été développés. Ils se déplacent sur le lieu de l'accident, de la catastrophe ou du conflit avec des modalités d'intervention spécifiques⁵ [12-15]. ■

Croix-Rouge

Figures d'infirmières dans la Grande Guerre

■ Les trois sociétés Croix-Rouge ont beaucoup œuvré en France avant la Première Guerre mondiale afin de préparer des soignantes susceptibles de servir en temps de guerre ■ Lorsque le conflit débute, celles-ci ont répondu présentes ■ Elles ont accompagné toutes les phases de cette guerre et fait preuve d'une grande créativité pour surmonter les conditions difficiles liées aux combats.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – Croix-Rouge ; infirmière française ; Première Guerre mondiale

Nursing figures in the Great War. The three Red Cross associations worked hard in France before the First World War to prepare nurses to serve during a war. When war broke out, these nurses stepped up to the plate. They supported every phase of the war and demonstrated their high levels of creativity to overcome the difficult conditions related to the fighting.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – First World War; French nurse; Red Cross

Lorsque le 2 août 1914 débute l'épouvantable Première Guerre mondiale, personne n'imagine les souffrances qu'elle engendrera, jusqu'au 11 novembre 1918. Pendant plus de quatre longues années, des millions de blessés et de malades sont traités dans la zone des armées et dans les formations sanitaires de l'arrière, collection hétéroclite de couvents, de lycées, de châteaux, de musées, d'hôtels, d'usines même, transformés en hôpitaux temporaires. Ces hôpitaux sont ceux où œuvrent dès 1914 les infirmières bénévoles des trois sociétés de la Croix-Rouge en France : la Société française de secours aux blessés militaires (SSBM), l'Union des femmes de France (UFF) et l'Association des dames françaises (ADF).

En ne considérant que les blessés hospitalisés à l'intérieur du territoire, tels que les décrit l'étude de statistique chirurgicale de la Guerre de 1914-1918, ils sont 2 052 984 à être soignés jusqu'à l'Armistice, dont 67 755 blessés de la face et du crâne et 127 769 gazés ; 48 981 y sont morts [1]. Les premiers temps du conflit sont les plus désastreux : en 8 mois, 671 792 blessés sont accueillis dans ces formations et 20 742 y décèdent [1]. Il ne faut pas non plus oublier tous les malades, notamment ceux de la typhoïde qui fait des ravages : du début de la guerre au 30 avril 1915, le recensement dans les hôpitaux militaires de tous types, y compris hôpitaux temporaires et institutions rattachées, indique que 1 064 110 blessés ont été admis en même temps que 799 039 malades,

proportion qui n'a cessé d'augmenter pendant tout le conflit [1,2].

LES DÉBUTS DU CONFLIT : SIDÉRATION, DÉSORDRE ET HÉROÏSME

■ La Grande Guerre débute sans un véritable service de santé et la direction générale du Service de



Figure 1. Infirmières volontaires dans un hôpital temporaire.

BERNARD MARC
Médecin des hôpitaux, chef de service, historien des sciences
CH de Marne-la-Vallée
2-4 Cours de la Gondoire,
77600 Jossigny, France

Adresse e-mail :
bmarc@ch-marnelavallee.fr
(B. Marc).

Les infirmières dans la Grande Guerre



Figure 2. Infirmières et chirurgiens d'un hôpital temporaire dans une salle d'opération.

NOTE

¹ Les baraques Adrien sont des bâtiments préfabriqués, en bois, avec un toit goudronné, pouvant être montées et démontées selon les besoins, pour former des "ambulances" ou des hôpitaux d'évacuation de taille adaptée aux besoins, selon les offensives en cours, par exemple. Elles peuvent être isolées ou assemblées, devenant soit des salles d'hospitalisation, soit des blocs opératoires ou des salles de radiologie.



Figure 3. Première page du programme des cours de soins aux malades de l'Union des Femmes de France (UFF).

santé aux armées n'est créée que le 9 octobre 1914, après les batailles de la Marne. L'armée n'a pas pensé au désastre sanitaire que présente le journaliste et homme politique Maurice Barrès dans *L'Echo de Paris* du 23 septembre 1914 [3] sous le titre *Les blessés sont faits pour être guéris*. Ce ne sont presque que des soignantes bénévoles qui s'occupent des blessés dans les premiers temps de la

guerre, lorsque les hôpitaux temporaires se replient ou sont laissés à l'ennemi. Les trois sociétés de la Croix-Rouge en France répondent à l'afflux ininterrompu de blessés et de malades (figures 1 et 2). Pour renforcer les infirmières volontaires, un effort de formation sans précédent est réalisé par toutes ces sociétés pour répondre aux immenses besoins (figure 3). L'UFF, par exemple, attribue en 1914 et 1915, 10 021 diplômes et certificats dont 3 159 diplômes d'infirmières, après six mois de formation, et 2 607 diplômes d'infirmières auxiliaires [4].

■ **Tout manque aux blessés à la fin 1914** : infirmières, médecins, moyens d'évacuation, lits pour les malades et bien sûr, structures pour organiser les soins. Les sociétés de la Croix-Rouge apportent médecins et chirurgiens, dispensés du fait de leur âge ou de leur état de santé d'un service actif aux armées, infirmiers et soignants nécessaires, mais aussi structures hospitalières indispensables, réparties sur l'ensemble du territoire national.

■ **Dans ce désordre total, les actes d'héroïsme apparaissent chez les volontaires** comme chez Pauline Louazil, au tout début de septembre 1914, dont la conduite est reportée dans *Le Journal* du lundi 27 août 1917 [5]. Inscrite à l'UFF, cette infirmière volontaire de Ménilmontant, alors que ses trois frères sont mobilisés, rejoint un hôpital auxiliaire dans l'Oise et doit aussitôt l'évacuer devant l'avancée de l'armée allemande (figure 4). La retraite du 30 août 1914 mêle troupes en déroute, qui font bientôt face, et réfugiés des départements du Nord fuyant vers Paris, sous un soleil de plomb. Les blessés sont évacués vers Senlis puis vers les gares régulatrices de la banlieue de Paris. Pour remonter vers le front, Pauline Louazil, en marchant à travers la forêt, rejoint Louvres où l'ambulance du 354^e régiment d'infanterie l'accueille aussitôt. Elle suit ce régiment qu'elle perd au hasard des mouvements et de la nuit, alors que celui-ci marche vers Soissons. À bord de la voiture d'un officier, elle est mitraillée par une avant-garde allemande et devient ainsi une blessée de guerre. Devenue infirmière militaire, elle est décorée de la Croix de guerre, comme un de ses frères, qui la recevra, comme tant d'autres, à titre posthume.

VERDUN, 1916 : LES INFIRMIÈRES DANS LA FOURNAISE

■ **En 1916, le Service de santé des armées, qui s'est organisé depuis 1914, décide de créer le corps des infirmières temporaires** (figure 5),

Les infirmières dans la Grande Guerre

Figure 4. Pauline Louazil, dans *Le Journal* du 27 août 1917.

allant vers la professionnalisation. Les femmes doivent avoir au moins vingt-six ans, justifier d'aptitudes et de connaissances professionnelles et s'engager à servir pendant la durée de la guerre augmentée de six mois. Les infirmières de la Croix-Rouge volontaires qui ont servi dans les hôpitaux militaires, peuvent alors être affectées à des formations sanitaires militaires (figure 6). Mais avant que cette création n'ait d'effet, survient l'immense bataille de Verdun.

Encore une fois, les infirmières volontaires jouent un rôle essentiel et parmi elles, Yolande de Baye [6] qui, dès mars 1915, constitue une équipe de 14 infirmières et rassemble du matériel chirurgical utile. Elle débute avec son équipe à Vitry-le-François, en Champagne, dans des baraquements que le médecin général inspecteur Albert Bécharde lui a cédés. Le 4 mars 1916, son renfort est jugé utile par le commandement de l'armée de Verdun et elle rejoint l'ambulance chirurgicale de Deuxnouds-devant-Beauzée [7].



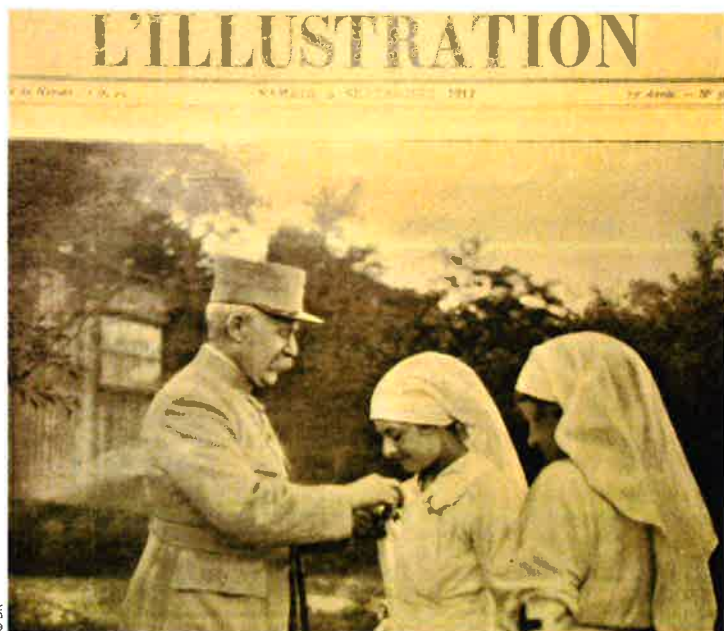
Figure 5. L'infirmière bénévole vue par Gus Bofa, dessinateur humoriste (Chez les toubibs - Croquis d'hôpital. Paris: La Renaissance du livre, 1917).

Figure 6. Les infirmières du front portent le casque (extrait de *L'illustration*, 1917).



© DR

Figure 7. Yolande de Baye dans la formation de Deuxnouds (Excelsior, mai 1917)



© DR

Figure 8. Les infirmières de Verdun sont décorées (L'illustration, septembre 1917).

Le grand quartier général lui donne, le 31 mars 1916, une autorisation exceptionnelle car cette formation se situe dans la zone des armées.

■ **Le 11 avril 1916, à Deuxnouds, Yolande de Baye arrive avec une équipe de 12 infirmières,**

dotant l'ambulance d'une salle de préparation entière à proximité de la salle d'opérations installée dans le salon du château et d'une installation radiographique complète. La formation où elle travaille reçoit les blessés graves orientés par l'hôpital origine d'étape (HOE) de Queue-de-Mala, qui lui envoie 12 à 15 blessés par jour [7]. Sous l'impulsion du médecin-major Bert, la formation de l'ambulance 10/5 prend de l'ampleur, avec 240 lits dans 10 tentes d'hospitalisation et deux grandes baraques Adrian I, l'ensemble s'inscrivant dans une formation que le médecin général inspecteur Alfred Mignon qualifie d'exemplaire : « Heureux les blessés qui franchissaient le seuil de Deux-Nouds ! Ils y trouvaient bons chirurgiens, bonnes infirmières et secours moral » [7] (figure 7).

Néanmoins, avec 600 blessés reçus du 15 avril au 15 juin 1916, cette ambulance exemplaire est bien loin de répondre aux besoins des 50 000 blessés venant de l'HOE de Queue-de-Mala aux conditions difficiles. Voici ce qu'en dit le journal l'Excelsior le 11 mai 1917 [8] : « Aujourd'hui Mlle de Baye est sur un autre point, très exposé du front. Là encore, elle a offert des salles d'opération, du matériel, etc. Les blessés l'adorent : ils l'appellent l'ange. Elle passe presque toutes les nuits près des mourants jusqu'à leur dernière minute. Elle les conduit au cimetière et écrit aux parents les suprêmes recommandations du pauvre mort ».

Deuxnouds fonctionne jusqu'au milieu de l'été 1917 et Yolande de Baye veut encore s'approcher de l'avant. Elle profite de la préparation de l'offensive française du 20 août 1917 dans le secteur de Verdun pour obtenir une place avec le personnel de sa formation à Dugny (où se met en place un nouvel hôpital d'évacuation [7]). Dugny est bombardé à peu près quotidiennement, alors que l'hôpital d'évacuation se prépare, à distance de canon de l'ennemi. Le 18 août 1917, sous un bombardement intense, les infirmières à l'abri dans une tranchée creusée entre les baraques reçoivent un obus : trois d'entre elles sont tuées et cinq autres, dont Yolande de Baye, grièvement blessées.

Tout le personnel de la formation de Dugny est cité à l'ordre de la direction du service de santé de la deuxième armée (figure 8). Yolande de Baye, qui n'a pas encore trente ans, reçoit la Légion d'honneur des mains du général Philippe Pétain qui commande dans le secteur de Verdun. Le

Les infirmières dans la Grande Guerre



Figure 9. L'infirmière vue par la réclame de l'année 1917 (publicité de L'illustration, 1917).

8 septembre 1917, elle est récompensée pour son courage lors du bombardement de sa formation sanitaire à Dugny plus encore que pour son action depuis le début de la guerre.

SOIGNANTES PENDANT TOUTE LA GUERRE

■ **Carmen Guettat, née le 2 juin 1893 à Paris, est infirmière Croix-Rouge à la SSBM** quand débute le premier conflit mondial et reste infirmière bénévole jusqu'en juin 1919. Pendant la guerre, elle gravit les différents échelons : infirmière, infirmière panseuse, infirmière major, infirmière principale, surveillante générale puis chef d'équipe. Sur 59 mois de service volontaire, elle en passe 39 dans des services de contagieux car les malades ne sont pas moins nombreux que les blessés, et contracte trois maladies en service, refusant d'ailleurs les convalescences qui lui sont proposées pour rester au service de ses malades. Au cours de cette période, l'infirmière devient un mythe que la réclame reprend (figure 9).

■ **Infirmière dans une formation parisienne depuis août 1914**, elle remplit les fonctions d'infirmière-panseuse dans le service de chirurgie de l'hôpital temporaire de l'École polytechnique, de juin 1915 à février 1916. On y reconnaît des « aptitudes et une compétence très réelles pour les pansements les plus difficiles ». Elle est ensuite infirmière-major

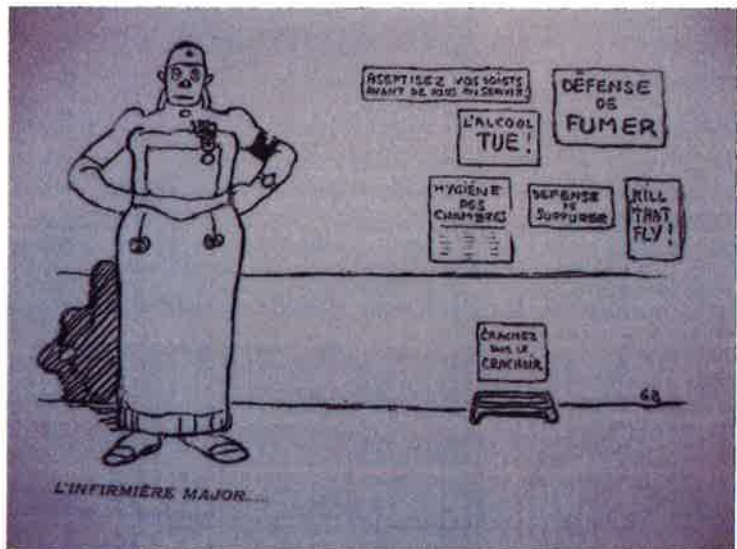


Figure 10. Une infirmière-major vue par Gus Bofa (Chez les toubibs - Croquis d'hôpital. Paris: La Renaissance du livre; 1917).

(figure 10) à l'hôpital du Val-de-Grâce : « Elle joint à la qualité de compétence un esprit d'organisation remarquable et une bonne tenue qui la font apprécier de ses chefs, de ses sous-ordres et de ses patients » [6]. Elle reçoit, en décembre 1917, une nouvelle promotion puisqu'elle est nommée infirmière principale à l'hôpital C/41 à Grenoble où elle se montre « active, zélée, ferme et indépendante, donnant à ses subordonnées l'exemple de l'exactitude, du dévouement, de la correction, et de la bonne tenue ».

■ **La guerre de mouvement étant revenue en 1918**, avec offensives et contre-offensives, cette infirmière de bloc opératoire rejoint une formation de l'avant « où elle rendra les plus signalés services », l'HOE du Mont-Frenet, en Champagne, s'occupant de l'aile des blessés graves intransportables. Elle passe ensuite dans l'une des formations chirurgicales mobiles de l'avant, une "auto-chir", l'ambulance 3/65 que commande le médecin-chef Jean Bouchon, aidé, selon ses termes, par une « équipe d'infirmière d'élite » dont Carmen Guettat est le fleuron. Elle y mérite la Croix de guerre qu'elle reçoit en avril 1919 : « Mlle Guettat Carmen, infirmière-chef d'équipe à l'ambulance d'armée 3/65 s'est signalée par son activité énergique et inlassable dans les salles d'opérations et les salles de grands blessés de l'HOE du Mont-Frenet, au cours du fonctionnement intensif pendant l'offensive de Champagne d'octobre et de novembre 1918 ; comme infirmière major a rendu des services précieux (...) au moment des bombardements par avion (21 octobre 1918) en particulier » [6].

RÉFÉRENCES

[1] Ministère de la Guerre. Direction du service de santé, Étude de statistique chirurgicale. Guerre de 1914-1918, Les blessés hospitalisés à l'intérieur du territoire, L'évolution de leurs blessures, Paris: Imprimerie nationale; 1924.

[2] Marc B. Les infirmières dans les premiers temps de la guerre de 1914-1918, Revue d'histoire des sciences médicales 2002;36(4):409-21.

[3] Barres M. Les blessés sont faits pour être guéris, L'Écho de Paris, 23 septembre 2014.

[4] Marc B. Le désastre sanitaire des premiers temps du conflit, Soins 2000;650: 24-6.

[5] Barjean R. Héroïsme de femme : trois années passées auprès des blessés, Le Journal, lundi 27 août 1917.

[6] Kern-Coquillat F. La femme dans le service de santé pendant la guerre de 1914-1918 en France. Thèse d'histoire, Montpellier: Université Montpellier III-Paul Valéry ; 2013.

[7] Mignon A. Ambulance de Deux-Nouds devant Beauzée, Surintendance de Mlle de Baye, (chapitre XVIII), In: Le service de santé pendant la guerre 1914-1918, Paris: Masson; 1927. pp 294-308.

[8] Anonyme. Un vrai « soldat », L'Excelsior, 11 mai 1917

[9] Jagielski J.F. Le choix de l'inconnu et les cérémonies parisiennes, In: Le soldat inconnu, Invention et postérité d'un symbole, Paris: Imago; 2005, p. 91-124.

[10] Marc B, Rivière M. Le fracas des hommes, Paris: Calmann-Lévy; 2011.



Train sanitaire stationnant à Petit-Monthairons.

■ Elle finit le conflit à Charleville, à l'hôpital temporaire 138, dans une zone reconquise où elle contracte une angine diphtérique, dont on imagine la gravité à l'époque. C'est sa troisième infection depuis le début du conflit. Elle obtient deux médailles des épidémies, l'une en argent en juin 1915, l'autre en vermeil en novembre 1917 pour son dévouement auprès des malades contagieux.

DES LAURIERS TRESSÉS APRÈS LA GUERRE

Après 1 697 800 morts dont 300 000 civils, après 4 266 000 blessés, la France tente de panser ses blessures, dans un monde qui déplore presque

Les points à retenir

- Les trois sociétés qui constituaient la Croix-Rouge en France ont formé en temps de paix un nombre important d'infirmières qui ont pu être mobilisées dès le déclenchement de la Première Guerre mondiale.
- Ces infirmières ont su s'adapter aux réalités nouvelles de ce conflit sans précédent.
- Les décorations qu'elles ont reçues traduisent la plus-value apportée au sein du service de santé.

19 millions de morts dont plus de 8 millions et demi de civils et plus de 21 millions de blessés.

■ En 1920, la commission Fayolle attribue à Carmen Guetat la Légion d'honneur, alors qu'elle a seulement 27 ans, ce qui fait d'elle la plus jeune femme décorée, avec un compliment du même ton pour cette infirmière qui n'a pas failli, même sous les attaques au gaz : « Infirmière pendant toute la guerre, envoyée au front sur sa demande, a toujours fait preuve des qualités professionnelles et morales les plus brillantes, redonnant ses soins dévoués aux grands blessés, les réconfortant au moment des bombardements par son calme et son courage ; a été gravement intoxiquée » [6].

■ Yolande de Baye, titulaire de la Croix de Guerre avec trois citations, a reçu la Légion d'honneur sur son lit d'hôpital en septembre 1917. Mais c'est le 11 novembre 1920 qu'elle a l'honneur le plus insigne [9], celui de conduire le cortège de blessés et de soldats de la Grande Guerre qui mène le corps du soldat inconnu du Panthéon à l'Arc de triomphe, traduisant ainsi symboliquement tout ce qu'ont réalisé des milliers d'infirmières [10] pour les blessés et les mourants de cette hécatombe guerrière. ■

Déclaration d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

profession

Les infirmières des hôpitaux parisiens durant la Première Guerre mondiale

■ L'image d'Épinal de l'infirmière qui soigne les soldats de la Première Guerre mondiale représente une bénévole de la Croix-Rouge au chevet d'un blessé dans une ambulance ■ En réalité, le rôle joué par les infirmières et les infirmiers exerçant au sein des hôpitaux a été tout aussi essentiel ■ Cette contribution massive d'infirmières bénévoles a influé sur le processus de professionnalisation des infirmiers en France.

© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS

Mots clés – Assistance publique ; hôpital ; infirmière ; Première Guerre mondiale ; professionnalisation

Parisian hospital nurses during the First World War. The stereotypical image of the nurse caring for First World War soldiers is of a Red Cross volunteer tending to a wounded soldier in a field hospital. In reality, the role played by nurses in hospitals far behind the frontline was just as crucial. This massive contribution of volunteer nurses influenced the process of the professionalisation of nurses in France.

© 2014 Published by Elsevier Masson SAS

Keywords – First World War; hospital; nurse; professionalisation; public hospital system

CHRISTIAN CHEVANDIER
Professeur des universités,
histoire et civilisations
contemporaines

Université du Havre, 25 rue
Philippe Lebon, BP 1123, 76063
Le Havre Cedex, France

Que de fois n'a-t-on pas lu ou entendu que le décret du 27 juin 1922 [1], qui porte notamment sur la formation d'infirmière et sa certification, et institue trois brevets de capacité donnant le titre d'infirmière diplômée de l'État français, a été octroyé aux infirmières en remerciement de leur attitude pendant la Grande Guerre ? Un tel certresens, qui laisse penser qu'une qualification certifiée pourrait être mise en place pour des raisons extérieures à son utilité dans la société ou l'économie, vient tout simplement d'une méconnaissance du contexte.

Au sortir de la Grande Guerre, les différentes autorités n'ont de cesse de tout renvoyer au conflit qui vient de saigner le pays. En réalité, une telle mesure était prévue dès la circulaire du 28 octobre 1902 [2] par laquelle le Président du conseil, Emile Combes, incitait les préfets à ouvrir dans leur département des écoles d'infirmières. Ce texte initial avait été suivi à Paris par la création en 1907 de l'école des infirmières de la Salpêtrière, qui donnait une formation professionnelle d'un haut niveau à du personnel non médical appelé à travailler auprès des malades. Mais, si le conflit n'est pour rien dans l'institution du diplôme, il n'en bouleverse pas moins la vie quotidienne des infirmières des hôpitaux, notamment de celles de la capitale.

SOINS HOSPITALIERS PENDANT LA GUERRE

■ Très vite, dès l'été 1914, une partie des lits des hôpitaux parisiens, Saint-Louis et Claude-Bernard notamment, est réquisitionnée par le Service de santé des armées pour les soldats meurtris. Les combats, intenses dès le début, amènent de forts contingents de blessés dans les établissements de la grande ville. Pendant les années de guerre, les poilus sont soignés par milliers dans les hôpitaux de l'Assistance publique de Paris. Entre les gares qui desservent le front, celles du Nord et de l'Est, l'hôpital Lariboisière doit réserver aux militaires le tiers de ses lits lors des pires moments des combats et l'administration fait abattre la plupart des arbres du parc pour y construire des baraquements afin d'accueillir encore plus de victimes de la guerre. D'autres blessés sont admis à l'Hôtel-Dieu, à Cochin (où l'on soigne les soldats des troupes coloniales, auxquels est proposé un café maure), Boucicaut, Laënnec, la Charité, à Broca, Tenon, la Pitié (bien distincte alors de la Salpêtrière), Beaujon, Saint-Antoine, Necker. Comme les civils y sont encore admis, à de nombreuses reprises, dans la plupart des établissements de la capitale, l'on glisse des

Adresse e-mail :
Christian.chevandier@gmail.com
(C. Chevandier)

brancards entre les lits dans les salles communes. Mais les locaux hospitaliers parisiens habituels se révèlent vite insuffisants et le Grand Palais, construit pour l'exposition de 1900, est aménagé afin d'accueillir des blessés.

■ **Les progrès des techniques de guerre et l'importance nouvelle de l'artillerie, à l'origine de plus de la moitié des blessures, puis dès 1915 les gaz de combat, ne font qu'aggraver la situation** et placent le personnel, les infirmières surtout, dans des situations auxquelles personne n'avait pas été véritablement préparé. En revanche, les épidémies, autrefois principal fléau des années de guerre, n'ont pas eu l'ampleur attendue. La tuberculose, dont la guerre contribue à la propagation, est certes à l'origine d'hospitalisations qui augmentent de 50 % à Paris entre 1915 et 1918 [3], mais la typhoïde fait moins de victimes que ce qui avait été envisagé par les autorités sanitaires. Paris est aussi, comme d'autres villes situées à proximité du front (telles Reims, Laon ou Amiens) touchée régulièrement par des bombardements, et des blessés affluent alors dans les hôpitaux.

■ **L'étude des archives permet de comprendre** que c'est lors des combats les plus meurtriers (pendant la bataille de la Marne au début de la guerre, puis celles de Champagne à l'automne 1915, de la Somme à l'été 1916, du Chemin des Dames au printemps 1917) que les blessés arrivent en masse dans les hôpitaux de l'Assistance publique de Paris (APP). En effet, le front n'est

pas très éloigné, Paris est bien équipé et le personnel y est (relativement) nombreux et compétent. Contrairement à ceux de province, ces établissements fonctionnent un peu comme un sas entre les hôpitaux militaires et ceux de l'arrière, et là est sans doute la raison de la relative brièveté des séjours des patients militaires dans les établissements civils parisiens, d'autant que les autorités veillent à ce que des lits demeurent libres en nombre pour accueillir de nouvelles victimes. Lorsque les derniers patients militaires quittent Lariboisière en février 1919, plus de 106 000 soldats auront été hospitalisés dans les établissements de l'AP [4].

DE VÉRITABLES PROFESSIONNELLES

■ **Au XIX^e siècle**, alors que la médecine était encore bien impuissante face à de nombreux fléaux, les hôpitaux étaient avant tout réservés aux plus pauvres (et, théoriquement, ils le resteront jusqu'aux années 1940) et les infirmières et infirmiers qui s'en occupaient (car le métier était mixte), n'avaient pas la moindre qualification. Il faut attendre les années 1880 pour qu'une première formation soit mise en place, à Paris. Les progrès de la médecine et l'amélioration des conditions de vie se conjuguent pour sensibiliser à la condition des personnes hospitalisées tandis que se manifeste une attention plus soutenue des pouvoirs publics, aussi bien de l'État (le ministère de l'Intérieur, dont dépendent alors les hôpitaux,



© Collection Christian Chevandier/DR

Pendant la Grande Guerre, Francisque Poulbot, célèbre pour ses dessins de gosses de Montmartre, a croqué de petits garçons déguisés en poilus et de petites filles déguisées en infirmières.

Les infirmières dans la Grande Guerre

contribue largement à régler les pratiques hospitalières) que des municipalités qui, depuis la Révolution française, ont la responsabilité d'une solidarité qui se manifeste à l'échelle de la commune. Celle de la ville de Paris manifeste un intérêt particulier pour les établissements de l'Assistance publique et cela explique en partie leur caractère précurseur, notamment dans la mise en place d'une politique de formation. Dès lors, le personnel (qui à Paris ne compte presque plus de religieuses, à peine 0,6 % des effectifs [5]) se sent particulièrement concerné, notamment les hommes et les femmes qui exercent auprès des malades.

■ Dès les premières semaines de la guerre, comme la plupart des hommes en âge d'aller se battre (ceux qui ont moins de 47 ans, externes et internes comme ouvriers et infirmiers) sont au front, ne demeurent dans les services de soins que des femmes ainsi que quelques hommes, plus âgés et, pour beaucoup, pas vraiment qualifiés. Mais, parce qu'elles sont véritablement formées et qu'elles ont éprouvé un savoir-faire étayé par des connaissances rigoureuses, les soignantes professionnelles se révèlent d'une indéniable efficacité. Celles qui, pendant la guerre, sortent de l'École de la Salpêtrière sont nombreuses à être immédiatement volontaires pour un hôpital militaire, voire une ambulance proche des lignes du front. Les médecins et les chirurgiens apprécient fortement ces infirmières plus compétentes que les dames et demoiselles des beaux quartiers, d'une indéniable bonne volonté mais souvent sans qualification et d'une efficacité très discutée lorsqu'il s'agit de pratiquer des soins, et qui sont des milliers à s'être proposées pour aller porter secours aux blessés. Dès janvier 1915, les autorités militaires manifestent leur préférence pour les infirmières diplômées de l'Assistance publique, contribuant à légitimer en France un modèle de soignante compétente. L'incompétence caractérise également certains militaires employés comme soignants ou secouristes. De plus, des blessés sont reconvertis en infirmiers, non sans rappeler les pratiques de certains hôpitaux au siècle précédent. Ce serait ne pas prendre en compte une évolution considérable : les personnes qui demandent des soins sont de plus en plus exigeantes, à tel point qu'en février 1918, le sous-secrétaire d'État au Service de santé militaire, Justin Godart, doit céder sa place face au mécontentement.

■ Si les infirmières militaires, enrôlées pour la durée des hostilités, sont assez proches par leurs



Infirmière de la Croix-Rouge offrant des rafraîchissements.

compétences et leurs origines sociales des femmes soignantes des hôpitaux civils, les trois-quarts des 100 000 femmes dans les différentes institutions qui interviennent auprès des malades sont des bénévoles à la qualification très incertaine (sauf sans doute celles qui sont formées par la Croix-Rouge). Les agents hospitaliers ne sont alors, auprès des malades des hôpitaux civils, en effectifs bien moindres, à peine 30 000 dans l'ensemble du pays à la fin de la guerre, dont 5 600 à l'Assistance publique de Paris [5]. Entre les soignantes de ces établissements, les femmes qui exercent leur métier et celles qui s'engagent pour la guerre, les bénévoles surtout, les différences ne sont pas minces. Mais la guerre ne remet pas en cause les préjugés misogynes ; ni dans les hôpitaux ni, plus largement, dans le monde médical. Certaines femmes médecins exercent dans les hôpitaux civils et peuvent même avoir des responsabilités au sein du groupe social des médecins hospitaliers, mais les autorités les empêchent d'aller soigner les blessés au front et elles doivent s'engager comme infirmières lorsque, comme le docteur Madeleine Pelletier, elles ne s'habillent pas en homme.

RÉFÉRENCES

- [1] Décret du 27 juin 1922 portant institution du brevet de capacité d'infirmières professionnelles, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000303738&categorieLien=cid>
- [2] Circulaire n° 7043 du 28 octobre 1902 relative à l'application de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite et la création d'écoles d'infirmières, JO du 30 octobre 1902.
- [3] Chevandier C. L'hôpital dans la France du xx^e siècle. Paris: Éditions Perrin; 2009.
- [4] Chassaniol A (dir.). Les hôpitaux dans la guerre. Paris: Le Cherche Midi; 2008.
- [5] Chevandier C. Infirmières parisiennes (1900-1950). Emergence d'une profession. Paris: Publications de la Sorbonne; 2011.
- [6] Prost A. Compter les vivants et les morts : l'évaluation des pertes françaises de 1914-1918. Le Mouvement Social, mars 2008; 41-60.



Anesthésie au moyen du masque D'Ombredanne, mis au point en 1908.

UN AUTRE MONDE

■ **C'est un autre monde qui s'annonce lorsque sonne en novembre 1918 le clairon de l'armistice.** Les hôpitaux également sont concernés par ces bouleversements. Il y a d'abord les effets démographiques : lorsque 1 400 000 hommes ont été tués (soit 16,5 % des soldats français mobilisés) [6], cela modifie considérablement le marché matrimonial et concerne largement les soignantes des hôpitaux où les religieuses, peu intéressées par ce phénomène, ne sont plus vraiment aussi nombreuses qu'elles l'étaient. Le marché du travail est également considérablement modifié, la population active masculine ayant été décimée. Parmi le personnel, médical et non-médical – c'est-à-dire les ouvriers et les infirmiers – de l'Assistance publique de Paris, plus de 600 hommes ont disparu ou ont été tués lors des combats. Devant la pénurie de main-d'œuvre, le

Les points à retenir

- **La contribution des infirmières lors de la Première Guerre mondiale** est souvent associée à l'action des infirmières bénévoles, notamment celles formées par les sociétés Croix-Rouge.
- **Les infirmières professionnelles qui exerçaient dans les hôpitaux** avant la guerre ont également apporté une contribution importante dans ce conflit.
- **L'après-guerre marque une nouvelle ère** dans l'histoire des infirmières.

*Déclaration d'intérêts
L'auteur déclare ne pas
avoir de conflits d'intérêts
en relation avec cet article.*

patronat de l'industrie propose de meilleurs salaires et conditions de travail, incitant les hommes à délaisser les services de soins aux conditions de travail pénibles et aux salaires moindres. Ce phénomène est amplifié par la réduction du temps de travail, qui passe en 1919 de 12 heures à 8 heures quotidiennes et nécessite logiquement une augmentation de 50 % des effectifs. La féminisation du personnel des services de soins est le produit du bouleverse-

ment du marché du travail qu'a opéré la Grande Guerre et non le résultat d'une hypothétique "nature" qui rendrait les femmes plus aptes à dispenser des soins que les hommes. Elle s'accompagne également de tentatives, qui échouent, de mise en place d'une organisation du travail pouvant évoquer le taylorisme.

■ **Un autre élément joue, qui prépare les réformes qui seront mises en œuvre un quart de siècle plus tard, après la Libération.** En organisant des activités hospitalières au niveau national et non plus urbain, l'échelle de la solidarité est bouleversée. De même, alors que l'hôpital avait jusque-là pour fonction d'accueillir les plus pauvres, il ne s'adresse plus ces années-là aux seuls indigents. Mais, pour le personnel des hôpitaux – particulièrement à Paris parce que c'est dans les établissements de la capitale que, depuis le début du XIX^e siècle, la sensibilité au progrès, médical et social, était la plus forte –, la Grande Guerre a marqué une accélération plutôt qu'un tournant, celle d'une dynamique déjà perceptible lors de la première décennie du XX^e siècle. Dès lors, la réduction du temps de travail, donc une fréquentation plus commune de la ville et de la vie environnantes, une professionnalisation qui s'inscrit désormais dans les textes réglementaires, la médicalisation des pratiques hospitalières, tout cela contribue à faire modifier la pratique des métiers dans les services de soins au sein d'un hôpital qui change, et qui continuera à se transformer considérablement tout au long du siècle. ■

figures d'exception

Infirmières et espionnes au cours de la Première Guerre mondiale

■ Pendant la Première Guerre mondiale, certaines infirmières se sont illustrées en jouant un rôle important dans les réseaux d'espionnage, tout en utilisant leur activité comme une couverture ■ Elles ont participé activement à la mise en place de filières d'évasion des soldats alliés prisonniers et à la collecte de renseignements sur les positions des troupes allemandes, en particulier en Belgique et dans le Nord de la France ■ Parmi elles, Edith Cavell, Gabrielle Petit, Louise de Bettignies, Marie-Léonie Vanhoutte, Marthe Cocknaert et Émilienne-Rose Ducimetière sont considérées comme des héroïnes.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – espionne ; infirmière ; Première Guerre mondiale ; renseignement

Nurses and spies during the First World War. During the First World War, some nurses distinguished themselves by playing a significant role in spy networks, using their activity as a cover. They took an active part in the setting up of escape routes for allied prisoners of war and the gathering of intelligence on the positions of German troops, in particular in Belgium and northern France. Among them Edith Cavell, Gabrielle Petit, Louise de Bettignies, Marie-Léonie Vanhoutte, Marthe Cocknaert and Émilienne-Rose Ducimetière are considered as heroines.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – First World War; intelligence; nurse; spy

Après l'assassinat de l'archiduc héritier d'Autriche, François-Ferdinand, le 28 juin 1914 à Sarajevo, l'Europe a été plongée dans une guerre au cours de laquelle se sont affrontées les grandes puissances européennes. Dans tous les pays, les femmes répondent aussitôt à l'appel patriotique et se mobilisent pour soigner des blessés dans les hôpitaux de la Croix-Rouge, animer des cantines dans les gares, nourrir des réfugiés et travailler dans les usines. Les infirmières, surnommées les "anges blancs", sont restées dans l'imaginaire collectif comme les héroïnes de ce conflit long et meurtrier, en raison de leur dévouement et de leur compassion lors des soins qu'elles ont prodigués aux blessés.

En dehors de cette fonction de soignante, certaines infirmières se sont illustrées en jouant un rôle important dans les réseaux d'espionnage, ce qui constitue un bouleversement important car le monde du Renseignement considère alors que les femmes n'ont pas les mêmes capacités ni les mêmes qualités que les hommes. Très rapidement, l'Intelligence Service et le War Office comprennent

l'intérêt que peuvent présenter les infirmières dans les réseaux de résistance active mis en place en Belgique et dans le Nord de la France, régions soumises à un régime d'occupation particulièrement répressif. Certaines sont envoyées à Londres ou à Folkestone pour un stage de formation rapide (huit à dix jours) afin d'apprendre les rudiments de l'espionnage. Les infirmières ont l'avantage d'être dévouées, intelligentes, polyglottes, indépendantes, courageuses et surtout, elles disposent d'une excellente couverture leur permettant d'être au-dessous de tout soupçon. Qui peut en effet suspecter que ces jeunes femmes "bien élevées", issues de familles riches ou de grandes familles catholiques "bien éduquées", puissent se livrer à des missions d'espionnage ? Elles jouent un rôle actif dans la mise en place de filières d'évasion des soldats alliés prisonniers et de jeunes volontaires belges et dans la collecte de précieux renseignements pour les armées alliées sur les positions des troupes allemandes en Belgique et dans le nord de la France [1]. Dans le cadre de l'exercice de leur profession, elles peuvent aisément

BRUNO HALIOUA
Dermatologue-vénérologue
Institut Alfred Fournier, 25, bd
Saint Jacques, 75014 Paris,
France

Adresse e-mail :
haliouab@yahoo.fr
(B. Halioua).



© DRP

Figure 1. Edith Cavell.

recueillir de nombreux renseignements auprès des blessés allemands mais aussi français et belges, et auprès de la population. Ces infirmières agissent par amour de leur patrie et par haine pour les troupes allemandes qui oppriment leur pays.

EDITH CAVELL, L'HEROÏNE BRITANNIQUE

■ **Edith Cavell (figure 1), fille de pasteur, naît le 4 décembre 1865 à Swardeston (Angleterre)** [2]. À l'âge de 30 ans, elle commence ses études d'infirmière au London Hospital après avoir été la gouvernante des enfants d'un juriste bruxellois. Très rapidement, elle se fait remarquer par son dévouement à l'égard des malades. En 1907, elle est engagée par un chirurgien bruxellois, Antoine Depage, pour assurer la direction de l'équipe d'infirmières laïques de l'Institut médico-chirurgical Berkandael, situé dans la banlieue de Bruxelles. Avec l'aide de l'épouse de celui-ci, Marie Depage, Edith Cavell met en place une école d'infirmière originale et novatrice dont la réputation dépasse rapidement les frontières de la Belgique, qui accueille des élèves venues de toute l'Europe [3].

■ **Elle rejoint Bruxelles le 3 août 1914**, jour de l'entrée en guerre de son pays alors qu'elle se trouve en vacances dans sa famille à Swardeston. Elle s'occupe alors sans relâche des soldats blessés

soignés dans l'institut transformé en hôpital militaire. Parallèlement à cette activité de soignante, elle assure les fonctions d'agent du Secret Intelligence Service britannique (également connu sous la dénomination de MI6). Elle met en place une filière d'évasion avec l'architecte bruxellois Philippe Bancq, qui permet à de des centaines de soldats alliés et à des civils de passer de la Belgique occupée vers les Pays-Bas neutres.

■ **Elle est arrêtée le 5 août 1915 après la dénonciation d'un agent allemand infiltré qui se prétend aviateur** et qui l'avait contactée en juin 1915 afin qu'elle l'aide à franchir la frontière belgo-hollandaise. Après son incarcération à la prison militaire Saint-Gilles, elle est jugée avec neuf autres accusés les 7 et 8 octobre 1915. Edith Cavell admet les actes qui lui sont reprochés. Défendue par un avocat d'origine autrichienne, M^e Kirschen, elle n'a pas la possibilité de donner son point de vue. Elle est condamnée à mort pour « *trahison en bande organisée* » comme cinq autres accusés, dont Philippe Bancq, le 11 octobre 1915. Le révérend anglican Stirling Gahan, autorisé à venir la voir dans sa cellule la veille de son exécution, recueille ses dernières paroles : « *Je n'éprouve ni crainte ni appréhension ; j'ai vu la mort si souvent qu'elle ne m'est pas étrangère ni effrayante... Étant en face de Dieu et de l'éternité, je me rends compte qu'aimer sa patrie n'est pas suffisant. Je ne dois avoir de haine ni de rancune envers personne.* » [4]. La phrase suivante est aujourd'hui gravée sur le mémorial de St. Martin's Place, près de Trafalgar Square, à Londres : « *Le patriotisme n'est pas assez, je ne dois avoir ni haine ni amertume envers quiconque* » [2].

■ **La condamnation à mort d'Edith Cavell suscite des protestations internationales** conduites par Brand Whitlock et le marquis de Villalobar, qui ne lui permettent pas de bénéficier de la grâce des autorités allemandes. Le 12 octobre 1915, elle est fusillée par un peloton de 8 soldats allemands à 2 heures au Tir national. Son exécution soulève une grande indignation dans le monde et une intense émotion en Grande-Bretagne où un service funèbre est organisé le 29 octobre à la cathédrale Saint-Paul, en présence de la Reine et d'une importante délégation d'infirmières.

■ **Après la guerre**, son corps est exhumé et ramené au Royaume-Uni. Après un service mémorial à l'abbaye de Westminster conduit par le roi George V, le corps d'Edith Cavell est conduit par train spécial pour être inhumé à Life's Green, à l'extrémité est de la cathédrale de Norwich. Edith Cavell est considérée comme une héroïne

Les infirmières dans la Grande Guerre

Soigner et espionner

■ **Au cours de la Première Guerre mondiale**, la représentation de l'espion a été transformée. Auparavant, il s'agissait d'un être vil et méprisant qui ne respectait pas les lois de la guerre. Le 7 novembre 1914, la revue *Lectures pour tous* rappelait les *a priori* à recourir à l'espionnage: « *C'est l'honneur du caractère français qu'il répugne de toutes ses forces à l'emploi de la trahison et de la perfidie. N'oublions pas toutefois à quelques terribles mécomptes nous exposent notre confiance excessive et notre crédulité vis-à-vis des étrangers installés chez nous pour y accomplir de louches besognes !* »¹. Dans ce contexte, utiliser comme couverture la profession d'infirmière a été considéré par certains, au début du conflit, comme une infamie.

■ **Depuis la première Convention de Genève de 1864**², initiée par Henry Dunant à la suite de son engagement sur le champ de bataille de Solferino en 1859, le droit international humanitaire stipulait que les blessés et les malades devaient être soignés et protégés et que le personnel médical et sanitaire,

militaire et civil, devait être respecté et protégé.

Comment peut-on à la fois soigner et espionner ?

Comment peut-on soulager des blessés allemands tout en informant les alliés sur les positions à bombarder ?

■ **Aucun témoignage n'existe sur les questions que les infirmières espionnes ont pu se poser.**

En revanche, la propagande alliée a largement valorisé la grandeur d'âme de ces infirmières espionnes qui ont été fusillées par l'occupant pour avoir contribué à la défense de leur nation. Très vite, la connotation négative des infirmières espionnes qui se protégeaient derrière la Convention de Genève a laissé place à une admiration pour ces femmes héroïques qui ont utilisé leur profession à des fins patriotiques.

¹Antier C. *Espionnage et espionnes de la Grande Guerre. Revue historique des armées* 2007;247:42-51.

²<http://www.icrc.org/dih/INTRO/120?OpenDocument>

nationale et une martyre en Grande-Bretagne. Le révérend Stirling Gahan a déclaré à son propos : « *Elle a professé sa foi chrétienne et, en cela, elle était heureuse de mourir pour son pays... Elle est morte comme une héroïne* » [4].

GABRIELLE PETIT, LA JEANNE D'ARC BELGE

■ **Gabrielle Petit est née le 20 février 1893 à Tournai** (Belgique). Après la mort de sa mère, elle fait ses études à Mons, chez les Dames du Sacré-Cœur, puis au couvent des Sœurs de l'Enfant-Jésus de Bubelette. Après l'entrée en guerre de son pays, alors âgée de 21 ans, elle décide de devenir infirmière après le départ de son fiancé Maurice Gobert au front. Elle se réfugie ensuite en France où elle est recrutée par les services d'espionnage britanniques. Après avoir suivi un stage de formation en Angleterre, elle est envoyée à Bruxelles en juillet 1915. Elle réussit à collecter de nombreux renseignements précieux sur les positions et les mouvements des troupes ennemies dans le secteur de Maubeuge et de Lille tout en poursuivant son activité de soignante, comme elle le relate plus tard, en prison, dans une lettre écrite à sa sœur : « *Officiellement, j'étais toujours la Gabrielle Petit que tu connais et je travaillais comme infirmière mais dans le plus grand secret, j'essayais*

d'extorquer des informations stratégiques importants aux soldats allemands : le mouvement des troupes, les déplacements en train... Personne ne savait que j'étais une espionne, je changeais souvent d'identité. C'était dur, mais je savais que je le faisais pour ma patrie ».

■ **Gabrielle Petit est arrêtée une première fois puis relâchée faute de preuve.** Elle continue à espionner mais est de nouveau arrêtée, en janvier 1916, et incarcérée à la prison de Saint-Gilles. Elle refuse de donner le nom de ses complices : « *Je puis être libre, oui, mais en dénonçant mes aides. Cela, jamais! Je préfère mourir!* ». Elle est condamnée à mort le 3 mars 1916, puis fusillée le 1^{er} avril 1916, au Tir National de Bruxelles.

■ **Gabrielle Petit reste stoïque jusqu'à la fin**, refusant qu'on lui bande les yeux. Au moment où l'officier allemand commande à ses soldats de faire feu, elle crie : « *Vive la Belgique !* ». Son pays lui est reconnaissant de l'action qu'elle a menée. Mgr Keesen a déclaré devant le Sénat belge, le 2 juillet 1919 : « *La France a Jeanne d'Arc, la Belgique a Gabrielle Petit. La partie est égale, ne jalousons pas nos voisins.* » [1].

LOUISE DE BETTIGNIES, CHEF DU RÉSEAU DE RENSEIGNEMENT

■ **Louise de Bettignies naît le 15 juillet 1880 à Saint-Amand les Eaux, dans une famille aisée.**

Après des études secondaires à Valenciennes chez les Sœurs du Sacré-Cœur, elle poursuit ses études supérieures en Grande-Bretagne, au collège d'Upton, puis à Wimbledon et à Oxford, puis à la Faculté des Lettres de l'Université de Lille (59). Elle travaille comme préceptrice en France, en Italie et en Galicie.

■ **Lorsque la guerre est déclarée, elle s'engage comme infirmière pour soigner les soldats blessés.** Après l'occupation de Lille, elle rejoint clandestinement la France avec trois cents lettres recopiées à l'encre invisible sur ses vêtements. Après son arrivée en France, elle est engagée par l'Intelligence Service anglais qui la renvoie à Lille après une formation aux techniques de renseignements. Elle met en place un réseau d'environ quatre-vingt personnes qui recueillent des informations très précieuses sur les mouvements des troupes allemandes dans la région de Lille, de février à octobre 1915. Elle prévient les Anglais de l'imminence d'une attaque à Armentières [5]. Elle leur fournit également des renseignements sur la situation exacte des différentes positions des batteries allemandes autour de Lille. Elle précise le lieu, la voie et l'heure de l'arrivée du train du Kaiser à Lille, qui est bombardé par les troupes britanniques.

■ **Louise de Bettignies est arrêtée à Froyennes le 20 octobre 1915, puis transférée à la prison Saint-Gilles à Bruxelles.** À l'issue de son procès, qui a lieu à Bruxelles le 16 mars 1916, elle est condamnée à mort par le conseil de guerre présidé par le général Sauberzweig assisté du conseiller Stoëber. Le gouverneur de Belgique, le général von Bissing, qui assiste au procès, commue la peine en travaux forcés à perpétuité. Elle est transférée à la prison des femmes de la forteresse de Siegburg, près de Cologne. Elle décède à l'hôpital de Cologne, des suites d'une pneumonie, le 27 septembre 1918.

■ **Louise de Bettignies reçoit à titre posthume la Croix de guerre avec palme et la Légion d'honneur.** Le 20 avril 1916, le général en chef, futur Maréchal Joffre a écrit dans une citation à l'ordre de l'armée : « *Mademoiselle Louise de Bettignies s'est volontairement dévouée pendant plusieurs mois, animée uniquement par le sentiment patriotique le plus élevé, pour rendre à son pays un service des plus importants pour la défense nationale. A affronté avec un courage inflexible, toutes les difficultés périlleuses de sa tâche patriotique. A surmonté pendant longtemps ces difficultés, grâce à ses capacités et à son dévouement, risquant sa vie en plusieurs occasions, assumant les plus graves responsabilités, déployant en un mot un héroïsme qui a été rarement surpassé* » [5].

MARIE-LÉONIE VANHOUTTE, L'ADJOINTE DE LOUISE DE BETTIGNIES

■ **Marie-Léonie Vanhoutte naît à Roubaix (59) le 13 janvier 1888.** Au mois d'août 1914, cette infirmière participe à la mise en place d'ambulances de la Croix-Rouge, rue Pellart. Lors de l'invasion allemande, elle quitte son travail tout en conservant son brassard et sa carte d'infirmière, qui l'aident pour lui assurer une couverture dans son travail d'espionnage. Elle est engagée en février 1915 par Louise de Bettignies (alias Alice Dubois), qui fait d'elle son lieutenant et qui lui donne le nom de code de Charlotte Lameron [5]. Elles mettent en place une filière d'évasion de la Belgique vers la Hollande et surtout, collectent des renseignements qu'elles écrivent sur "papier Japon" et qu'elles cachent dans l'ourlet d'une veste, dans des tubes de peinture, dans des talons de chaussure ou dans les trous d'un harmonica.

■ **Le 24 septembre 1915, Marie-Léonie Vanhoutte est arrêtée dans sa chambre** de la pension de famille de Mme Pandelaers, rue des Aduatiques à Bruxelles, quelques jours avant Louise de Bettignies. Elles sont incarcérées toutes les deux à la prison Saint-Gilles de Bruxelles puis jugées par le tribunal militaire le 15 mars 1916. Marie-Léonie Vanhoutte est condamnée à mort. Sa peine est commuée par le général Von Bissing, gouverneur de la Belgique, à quinze ans de travaux forcés. Elle est envoyée avec Gabrielle Petit à la prison de Siegburg, en Allemagne, puis libérée le 8 octobre 1918.

■ **Cette héroïne obtient la Croix de guerre**, mais aussi la Médaille militaire anglaise, la croix de Chevalier de l'ordre de l'Empire britannique ainsi que la Croix civique belge. Le 27 février 1927, elle reçoit la croix de Chevalier de la Légion d'honneur. Elle décède le 4 mai 1967 à l'âge de 79 ans.

MARTHE COCKNAERT, L'INFIRMIÈRE QUE CHURCHILL ADMIRAIT

■ **Marthe Cocknaert naît le 28 octobre 1892 à Westrozebeke, en Belgique, dans une famille d'agriculteurs.** Après l'invasion de son pays par les troupes allemandes, elle interrompt ses études à la faculté de médecine de Gand pour s'engager en tant qu'infirmière dans un hôpital militaire allemand à Westrozebeke, puis à l'hôpital de campagne de Roulers en 1915. Elle est alors recrutée par Lucelle Deldonck, qui travaille pour les services secrets britanniques, qui lui donne le nom de code "Laura".

Les infirmières dans la Grande Guerre

■ **Marthe Cnockaert utilise sa couverture d'infirmière pour recueillir des informations auprès des militaires allemands.** Après avoir été chargée de connaître l'heure d'arrivée du train de Guillaume II pour le faire bombarder, elle séduit un officier allemand, comme elle le rappelle dans ses Mémoires : « *Cet étranger, cet Allemand, m'avait-il réellement promis que je passerais quatre jours avec lui à Bruxelles ? Étais-je folle ? M'étais-je compromise ? Pourquoi avais-je fait cela ? Par intérêt pour la Belgique violée.* » [6]. Elle est arrêtée alors qu'elle prépare une action de sabotage visant à faire sauter un dépôt de munitions de l'armée allemande. Un tribunal la condamne à mort en novembre 1916 pour espionnage. Sa peine est commuée en détention à perpétuité en raison de la Croix de fer qu'elle obtient pour avoir soigné et guéri un grand nombre de soldats allemands à l'hôpital militaire.

■ **Après la guerre, elle obtient le 8 novembre 1918 la Citation militaire britannique et la Légion d'honneur pour sa contribution à l'effort de guerre.** Elle publie *Souvenirs d'une espionne* en 1932, avec un avant-propos de Winston Churchill qui écrit : « *Sa vie pendant la guerre est un invraisemblable roman. Derrière les lignes allemandes en Belgique, sous le feu des canons alliés, elle jouait un double rôle des plus dangereux (infirmière et espionne). Son rôle d'espionne : renseigner les autorités britanniques, signaler les mouvements de troupes, les dépôts et convois de munitions, aider à l'évasion des prisonniers anglais, se montrer une auxiliaire précieuse de l'aviation alliée pour les bombardements de jour et de nuit. Les résultats obtenus, grâce à son intelligence et à son énergie, sont incroyables.* ». Son histoire fait l'objet d'un film réalisé en 1933 par Victor Saville, dans laquelle elle est incarnée par Madeleine Carroll.

Les points à retenir

- Parmi les héros de la Première Guerre mondiale, figurent de nombreuses infirmières, dont certaines ont mené à bien des missions d'espionnage dans le plus grand secret.
- Leur activité leur a permis notamment de collecter des renseignements auprès des Allemands et d'organiser l'évasion de prisonniers alliés.
- Nombre d'entre elles ont été arrêtées, puis fusillées ou emprisonnées à vie.
- Elles sont considérées comme des héroïnes de la guerre au même titre que les soldats.

ÉMILIE-ROSE DUCIMETIÈRE, L'INFIRMIÈRE AU SERVICE DE L'ALLEMAGNE

Émilienne-Rose Ducimetière choisit de se mettre au service de l'Allemagne. Pour assurer sa mission d'espionnage, elle se fait embaucher comme infirmière à l'ambulance de Marie Lannelongue, la femme du célèbre professeur de médecine. Elle profite de son activité de soignante pour recueillir auprès des blessés le numéro de leurs régiments et de leurs unités qu'elle transmet à Walter, un espion en Suisse. Cette stratégie permet à l'état-major de l'armée allemande de connaître la répartition des unités en France. Son action d'espionnage lui vaut d'être condamnée à mort le 24 avril 1917. Sa peine est commuée en travaux forcés à perpétuité.

DES HÉROÏNES

■ **Malgré la conscience des risques auxquels elles s'exposaient,** des infirmières ont décidé de participer à la guerre à l'égal des hommes engagés dans les durs combats des tranchées. C'est cet état d'esprit qui a conduit Marthe Cnockaert à agir : « *J'étais un agent du Service secret, pas une ridicule jeune fille !* » [6]. « *J'étais comme un soldat fier de combattre pour son drapeau.* » [1]. Gabrielle Petit a déclaré « *Je remplis la mission la plus belle que puisse rêver une femme en temps de guerre. Si je meurs en service, ce sera comme le soldat, la pensée au drapeau.* » [1].

■ **La contribution des infirmières espionnes est relativement peu connue en France** contrairement à la Grande-Bretagne où la figure héroïque d'Edith Cavell lui a valu l'attribution de nombreuses rues, d'écoles et d'hôpitaux. La statue de Louise De Bettignies à Lille, qui représente un poilu lui baisant la main, est le seul monument honorant la mémoire d'une espionne. Devant ce monument, sa sœur a établi un parallèle avec le Soldat inconnu : « *C'est la gloire de Louise et de toutes les femmes héroïques de la guerre qu'elle symbolise ici, comme celle de nos héros morts est évoquée sous l'Arc de triomphe, devant le tombeau du soldat sans nom.* » [7]. Selon l'historienne Chantal Antier, l'absence de reconnaissance des actes d'espionnage par ces infirmières s'explique par le fait que leurs actions ont longtemps été considérées comme contraires à la morale et au code de bonne conduite : « *L'histoire de la mort de Miss Cavell transformée en meurtre fut le symbole de la souffrance de la Belgique et de la France occupées. Martyre, on oublia qu'elle était une espionne.* » [8]. ■

RÉFÉRENCES

- [1] Antier C. Résister, espionner : nouvelle fonction pour la femme en 1914-1918. *Guerres mondiales et conflits contemporains*, 2008/4;232:143-54.
- [2] Wall R, Rafferty AM. Nurse Edith Cavell. *Med Humanit*. 2009 Dec;35(2):127-8.
- [3] Guillemand J, Edith Cavell (1865-1915). *Rev Infirm*. 2009 Nov;(155):45-6.
- [4] Arthur T. The life and death of Edith Cavell, English emergency nurse known as "the other Nightingale". *J Emerg Nurs*. 2006 Feb;32(1):30-5.
- [5] Redier A. La Guerre des femmes, histoire de Louise de Bettignies et de ses compagnes. Paris: Éditions de la Vraie France; 1924.
- [6] Mc Kenna-Cnockaert M. Souvenirs d'une espionne. Paris: Payot; 1933, p. 189-190.
- [7] d'Argœuvres H. *Annales politiques et littéraires*; 1938, p. 13.
- [8] Darrow HM. *French Women and the First World War: War stories of the Home Front*. New York: New York University Press; 2001.

Déclaration d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

organisme

L'Ordre de Malte pendant la Première Guerre mondiale

LAURE PEUREUX^{*a}
IDE, service d'accueil des
urgences Hôpital Saint-Antoine
OLIVIER DUBOURG^b
Médecin urgentiste, SMPR

FRA EMMANUEL ROUSSEAU^c
Conservateur des archives et
de la bibliothèque magistrale
de l'Ordre de Malte
HUGUES LEFORT^d
Médecin urgentiste

^aHôpital Saint-Antoine, 184,
rue du Faubourg Saint-Antoine,
75012 Paris, France

^bElsevier Masson, 62, rue
Camille-Desmoulins, 92442
Issy-les-Moulineaux cedex,
France

^cOrdre Souverain de Malte,
Archives et Bibliothèque
Magistrales, Via dei Condotti,
68 - 00187 Rome, Italie

^dService médical d'urgence,
Brigade de sapeurs-pompiers
de Paris, 3, rue Darmesteter,
75013, Paris, France

■ L'Ordre souverain militaire et hospitalier de Malte est l'un des plus anciens organismes à vocation humanitaire ■ La Première Guerre mondiale a été l'occasion de montrer sa grande connaissance de la médecine d'urgence en situation d'exception ■ De part et d'autre des fronts européens, il a ainsi pris en charge plus de 800 000 victimes de la guerre.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – histoire ; médecine humanitaire ; Ordre de Malte ; Première Guerre mondiale

Order of Malta during First World War. The sovereign Military Order of Malta is one of the oldest humanitarian organizations still existing today. The First World War gave it the opportunity to prove its large knowledge of emergency medicine, under exceptional circumstances, from the front to the hospitals at the back of the front. On all parts of the European conflict the Order took care of more than 800 000 victims of the war.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – First World War; history; humanitarian medicine; medical care; Order of Malta

L'Ordre souverain militaire hospitalier de Saint-Jean-de-Jérusalem de Rhodes et de Malte, plus communément appelé Ordre de Malte, existe depuis plus de neuf siècles. Par sa vocation humanitaire affirmée, il est l'organisme caritatif le plus ancien au monde et reste l'un des plus actifs [1,2].

L'ORDRE DE MALTE, 900 ANS D'HISTOIRE

■ Né dans la seconde moitié du XI^e siècle, l'Ordre de Saint-Jean-de-Jérusalem a porté assistance aux pèlerins en Terre sainte, ainsi qu'à toute autre personne, quelle que soit sa culture ou sa religion. En 1291, après la chute de Saint-Jean-d'Acre, l'Ordre s'installe en 1310 à Rhodes, puis en 1530 sur l'île de Malte. Dans chacune de ces îles, les chevaliers de l'Ordre créent des hôpitaux, des écoles de médecine et de pharmacie. Précurseurs en médecine de catastrophe, ils mettent en place la première expédition humanitaire mondiale en 1783, à la suite d'un grand tremblement de terre en Sicile et Calabre. En 1798, l'Ordre, devenu État souverain, est contraint d'abandonner l'île et s'installe définitivement à Rome en 1834 [3].

■ Entre 1865 et 1899, présent dans la plupart des pays d'Europe, il crée des associations nationales afin de faciliter l'organisation de ses actions humanitaires, médicales et sociales [4]. Sept associations sont alors formées : rhénano-westphalienne, silésienne,

britannique, italienne, espagnole, française et portugaise. Se révélant particulièrement efficaces, ces associations gagnent en reconnaissance au fil des années. Ainsi, en février 1884, une convention est signée entre le ministère de la guerre italien et l'association italienne, ce qui permet à cette dernière de coopérer avec le service de santé des armées en cas de conflit, tout en conservant une neutralité absolue [1].

L'OMBRE DE LA GUERRE

■ Dans la seconde moitié du XIX^e siècle, l'Ordre est présent en Europe sur les champs de bataille afin de porter secours à toute personne blessée ou malade. Dès 1877, face aux impératifs de prise en charge collective, il met en place des moyens permettant d'évacuer un grand nombre de blessés vers ses propres hôpitaux, grâce à des trains-hôpitaux, des hôpitaux de campagne (ou le bateau-hôpital, *Regina Margherita*, qui navigue jusqu'en 1914). Ainsi, lorsque la Première Guerre mondiale éclate, l'Ordre de Malte est à pied d'œuvre dès les premiers jours, de part et d'autre du front, grâce à une organisation sanitaire opérationnelle et des moyens importants et organisés [5]. Fidèle à son principe de neutralité, l'Ordre engage ses moyens sur tous les fronts, sans notions d'alliés ou d'ennemis. Les associations nationales font appel à l'ensemble de leurs moyens humains

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail :
laurepeureux@yahoo.fr
(L.Peureux).

Les infirmières dans la Grande Guerre



Poste médico-chirurgical avancé de l'Ordre de Malte.

disponibles, chevaliers, médecins, infirmières et infirmiers, religieuses souvent elles-mêmes infirmières, aumôniers et personnels administratifs [1-4]. C'est ainsi que, selon le comte Thierry Michel de Pierredon, bailli de l'Ordre de Malte, « l'association des chevaliers italiens mobilisa [...] quarante chevaliers, en qualité de directeurs et sous-directeurs des unités hospitalières, quarante officiers médecins, vingt-cinq officiers d'administration, vingt aumôniers, cinquante religieuses – infirmières de Saint-Vincent-de-Paul, six cents infirmiers, gradés et soldats » ; concernant l'association rhénano-westphalienne, elle « fournit [...] sept mille six cent quatre-vingt-douze infirmières, huit cent cinquante infirmiers et trois cent cinquante aumôniers » [5].

AU CŒUR DE LA BATAILLE

■ **Au début de la Première Guerre mondiale**, par ses statuts et son organisation, l'Ordre de Malte est à même de mettre en place des filières de prise en charge des victimes de guerre, civiles ou militaires. Celles-ci permettent de soulager les hôpitaux d'infrastructures ou mobiles à proximité, débordés par l'afflux saturant de blessés. Les hôpitaux et infirmeries de campagne se trouvent au plus près du front, dans des pays comme l'Allemagne ou l'Autriche. Dans d'autres pays, ou en fonction de l'évolution de la guerre, ce sont des postes de secours plus mobiles ou positionnés dans les stations de chemin de fer, comme en Italie. Y sont soignées toutes les personnes blessées à peine évacuées du champ de bataille et ayant transité par les postes de secours des tranchées [3].

■ **En fonction des priorités d'évacuation**, les blessés sont transférés par les trains des hôpitaux de l'Ordre, d'une capacité de 150 à 300 personnes. Ainsi, l'association italienne détient quatre trains hôpitaux d'une capacité de plus de 300 places constitués de onze voitures. L'une de ces voitures est



Hôpital auxiliaire n°41 des "chevaliers de Malte".

aménagée en bloc opératoire. Ces trains réalisent 641 voyages, en transportant 148 016 blessés pendant toute la durée de la guerre. En Bohême-Autriche, l'Ordre possède huit trains-hôpitaux de 150 places chacun, qui comptabilisent 1 351 voyages. L'association rhénano-westphalienne dispose d'un train-hôpital qui effectue 105 voyages, transportant au total 24 948 victimes de la guerre. En Silésie, un autre train-hôpital permet l'évacuation de plus de 20 000 blessés ou malades [4,5].

■ **Les blessés sont acheminés à l'arrière vers les hôpitaux de l'Ordre**, le plus souvent situés loin du front. Les blessés peuvent, par ailleurs, poursuivre la consolidation de leurs blessures physiques et psychiques dans les maisons de convalescence de l'Ordre, dans l'espérance d'une réinsertion sociale. Nombre de ces maisons ferment quelques années après la fin de la guerre.

■ **En 1910, le président de l'Association française décide de mettre en place une unité sanitaire** dotée de matériel chirurgical de pointe, capable de soigner un nombre important de blessés en cas de conflit. Cette unité sanitaire est affiliée, le 24 juin 1911, à la Société française de secours aux blessés militaires (SSBM), l'une des trois associations principales de la Croix-Rouge [6]. Ainsi, en 1914, dès les premiers jours de la mobilisation, l'Ordre dispose du matériel et du personnel nécessaires pour installer l'hôpital auxiliaire n°41 près de Verdun [7]. D'une capacité de 50 à 60 lits, il prend en charge pendant toute la durée de la guerre 1235 personnes blessées. Cet hôpital est plusieurs fois évacué et transféré. Installé initialement à Ancemont (55) au château des Monthairons

NOTE

¹ Actuellement Châlons-en-Champagne, préfecture de la Marne.

RÉFÉRENCES

- [1] Lambert des Cilleuls J. L'Ordre souverain de Malte et son œuvre humanitaire. Congrès international de la neutralité de la médecine en temps de guerre, avril 1959 [BCSSA Val-de-Grâce, Paris].
- [2] Gallimard-Flavigny B. Les chevaliers de Malte. Paris: Gallimard; 1998.
- [3] Jardin P, Guyard P. Les chevaliers de Malte. Paris: Perrin; 1974.
- [4] Taillermite JP. Les activités médico-sociales de l'Ordre souverain de Malte. Thèse de doctorat en médecine soutenue le 17 septembre 1975 [BCSSA Val-de-Grâce, Paris].
- [5] Michel de Pierredon T, Michel de Pierredon G. Histoire politique de l'ordre Souverain de Saint Jean de Jérusalem, de 1789 à 1955, tome III, 2^e édition. Éditions Cultura; 1956-1990.
- [6] Garcia J, Lefort H, Lamache C, Tabbagh X, Olier F. Les infirmiers militaires français dans la guerre 1914-1918. Soins 2014;786:49-54.
- [7] Hôpitaux auxiliaires SSBM de la 6^e région militaire. Bulletin de la société de secours aux blessés militaires. 1917;6:115-6.

RÉFÉRENCES

[8] Ferrandis JJ, Pons F, Lefort H, Tabbagh X. Le triage des blessés durant pendant la Grande Guerre. Soins 2014;786:41-5.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Site internet de l'Ordre souverain de Malte, <http://www.orderofmalta.int>
- Site internet de l'Ordre de Malte France, <http://www.ordredemaltefrance.org/fr>
- Olier F, Quéneec'hdu JL. Les hôpitaux militaires dans la Guerre 1914-1918, Tome 1, France nord-ouest, Louviers. Louviers: Ysec Éditions; 2008.
- Olier F, Quéneec'hdu JL. Les hôpitaux militaires dans la Guerre 1914-1918, Tome 2, Paris - France centre-est. Louviers: Ysec Éditions; 2010.
- Olier F, Quéneec'hdu JL. Les hôpitaux militaires dans la Guerre 1914-1918, Tome 3, France sud-ouest, Louviers. Louviers: Ysec Éditions; 2011.
- Olier F, Quéneec'hdu JL. Les hôpitaux militaires dans la Guerre 1914-1918, Tome 4, France sud-est, Louviers. Louviers: Ysec Éditions; 2014.
- Olier F, Quéneec'hdu JL. Les hôpitaux militaires dans la Guerre 1914-1918, Tome 5, Zone des armées du nord-ouest et armée d'Orient, Louviers. Louviers: Ysec Éditions (à paraître)



Train-hôpital de l'Ordre de Malte.

dans la Meuse (du 2 au 27 août 1914), il se replie à Châlons-sur-Marne¹ dans le couvent des Dames de la Congrégation (du 27 août au 3 septembre 1914). Lors de l'occupation allemande de Châlons-sur-Marne, l'Hôpital des chevaliers de Malte est transféré dans le couvent de la Visitation à Moulins (03), du 3 septembre 1914 au 15 juin 1915, avant de revenir à Châlons-sur-Marne, toujours au couvent des Dames de la Congrégation à partir de 26 juillet 1915 [3,7]. Là, il subit toutes les nuits des bombardements d'avions ennemis, causant des pertes très lourdes de personnels et de blessés [5].

■ **À la lecture de la littérature**, il semble qu'il n'existe aucun train-hôpital de l'Ordre sur le sol français durant la Grande Guerre. En France, le concept du train avec traitement à bord n'a pas été retenu, et l'Ordre n'est pas aussi organisé et développé qu'en Italie ou en Autriche. Pourtant, la SSBM réalise des essais après la guerre de 1870. En France, le principe retenu après les déboires de l'année 1914, est de transporter massivement en privilégiant la rapidité d'évacuation vers le chirurgien plutôt que le traitement à bord. Les "trains-rouges" sont ainsi remplis de blessés à opérer, à

destination des grands hôpitaux d'origine d'étapes (HOE), dits secondaires en 1918 [6,8].

CONCLUSION

Particulièrement impliqué dans les soins depuis des siècles, l'Ordre de Malte est prêt, dès le début du conflit, à prendre en charge globalement le blessé de guerre : du relevage à l'avant jusqu'à la réhabilitation au plus loin du front. À ce titre, il est un précurseur dans la médecine d'urgence collective en situation d'exception. Une médicalisation au plus près permet un triage efficace grâce aux postes de soins sur les fronts. L'Ordre est pionnier dans la création de moyen d'évacuation de masse, notamment par l'intermédiaire de ses trains-hôpitaux, tout en apportant une médicalisation possible durant l'évacuation. Son action est particulièrement efficace et permet la prise en charge de plus de 800 000 personnes civiles et militaires, blessées ou malades [2]. Présent sur tous les fronts, il reste par ailleurs fidèle à son principe de neutralité absolue. Les activités incessantes de l'Ordre après 1918 lui permettent d'être encore mieux organisé au début de la Seconde Guerre mondiale et capable d'activer, dans un court délai, hôpitaux de campagne et trains-hôpitaux. ■

Les points à retenir

- **L'Ordre de Malte est l'organisme caritatif le plus ancien au monde.**
- **Son action a été capitale pendant la Première Guerre mondiale** et il est un pionnier dans la médecine d'urgence.
- **Les trains-hôpitaux ont été particulièrement efficaces** dans l'acheminement des blessés à l'arrière permettant la poursuite des soins à bord.

*Déclaration d'intérêts.
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.*

international

Beatrice Allsop, une infirmière sur le front occidental

■ Beatrice Allsop est l'une des premières infirmières à recevoir la médaille militaire pour sa bravoure ■ Blessée à Béthune, lorsque son hôpital d'évacuation est bombardé, elle continue à travailler jusqu'à ce que tous les patients soient évacués et l'équipe des infirmières, transférée ■ Elle est emblématique des milliers d'infirmières qui se sont engagées de manière volontaire dans l'armée au début de la Grande Guerre ■ Son exemple révèle l'esprit qui animait ces femmes qui ont servi sur le front de l'ouest.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – Alexandra's Imperial Military Nursing Service (QAIMNS) ; Béatrice Allsop ; Première Guerre mondiale ; soin infirmier militaire

Beatrice Allsop, a nurse on the Western Front. Beatrice Allsop was one of the first nurses to receive a military medal for her bravery. Wounded in Béthune, when her casualty clearing station was shelled, she continued working until all her patients had been evacuated and the team of nurses transferred. She is emblematic of the thousands of nurses who volunteered for military service at the beginning of the Great War. Her example testifies to the spirit which drove these women serving on the Western Front.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – Alexandra's Imperial Military Nursing Service (QAIMNS); army nursing; First World War

En 1914, environ 300 infirmières constituent le Alexandra's Imperial Military Nursing Service (QAIMNS). À cet effectif, s'ajoutent environ 8 140 infirmières de la Territorial Force Nursing Service (TFNS) pour servir sur le sol britannique. À la fin de l'année 1914, 2 200 infirmières rejoignent le Queen Alexandra's Imperial Nursing Service Reserve (QAIMNSR) afin de servir outre-mer. Ce chiffre atteint plus de 12 000 à la fin de la guerre [1-4].

De plus, de nombreuses femmes qui ne sont pas formées se portent volontaires afin d'assister ces infirmières qualifiées dans les soins aux blessés et aux malades. Elles se rassemblent au sein des Voluntary Aid Detachments (VADs) mis sur pied par la Croix-Rouge britannique. Sont comptés 23 000 VAD à la fin de la guerre [1-3], souvent confondues avec des infirmières qualifiées [5].

Les motivations qui poussent ces femmes à s'engager dans l'armée en qualité d'infirmière ne sont pas connues. Une campagne active de recrutement a été lancée dans plusieurs organisations de bénévoles : VADs, The First Aid Nursing Yeomanry (FANY) et la Women's Auxiliary Army Corps (WAAC). De nombreuses infirmières qui

travaillent dans des hôpitaux civils au début de la guerre font déjà partie de la réserve, et décident de rejoindre le TFNS ou le QAIMNSR. Leurs collègues sont les témoins de leur mobilisation. Il existe de nombreux écrits relatifs à aux femmes qui se portent alors volontaires pour aider en qualité d'infirmière mais qui ne possèdent pas la qualification requise. Cet engagement est considéré à l'époque comme la seule possibilité pour une femme de servir son pays et d'apporter sa contribution à cette guerre [6]. Les infirmières qualifiées qui s'engagent dans l'armée éprouvent sans doute le même sentiment tout en répondant aux besoins pour soigner les soldats malades et blessés. Malheureusement, peu d'entre elles ont laissé des traces écrites de leur expérience [7].

BEATRICE ALLSOP

■ **Beatrice Allsop rejoint le QAIMNSR en août 1914 [8]**, peu de temps après l'entrée en guerre de la Grande-Bretagne. Elle est emblématique des infirmières qui s'engagent pour soutenir le corps expéditionnaire britannique (British Expeditionary Force – BEF) envoyé en Belgique. Née en

LIEUTENANT-COLONEL
KEIRON SPIRES^{a,*}
QVRM TD,
maître de conférences
COLONEL DAVID BATES^b
Directeur de l'Army Nursing
Services
ARRC QHN L / QARANC

^aLondon South Bank University,
103 Borough Rd, London SE1
0AA, Royaume-Uni

^bC/o Revue Soins, Elsevier
Masson, 62 rue C. Desmoulins
92442 Issy-les-Moulineaux
cedex



Source : Leslie J.H. An Historical roll with Portraits of those women of the British Empire to whom the Military Medal has been awarded during the Great War, 1914-1918, for Bravery and Devotion under Fire. Sheffield: WC Leng; 1920

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail :
keiron.spires@lsbu.ac.uk
(K. Spires).

NOTE

¹ La matrone est l'infirmière en chef responsable des sœurs, c'est-à-dire des infirmières militaires qualifiées, qui dirigent elles-mêmes les autres infirmières et l'ensemble du personnel soignant.

1882 à Wandsworth dans le Surrey (aujourd'hui, un quartier de Londres), elle est la fille d'un libraire qui possède une boutique sur High Street [9]. Elle bénéficie d'une éducation au Stockwell College à Lambeth. Après une courte période durant laquelle elle participe aux activités du foyer familial, elle entre à la Nightingale School of Nursing du St Thomas' Hospital en 1906 [8,10].

■ **En septembre 1914, l'infirmière Beatrice Allsop est mobilisée** et affectée à l'hôpital général n°7 installé dans un premier temps à Amiens puis à Saint-Omer [8]. Les infirmières ne bénéficient d'aucun entraînement avant leur déploiement. Si elles ne font pas partie de la réserve, l'environnement militaire est totalement nouveau pour elles. Pour la première fois, des infirmières militaires britanniques servent aux côtés des Français, et ce ne sera pas la dernière. Des infirmières britanniques et françaises ont travaillé de concert pendant la Seconde Guerre mondiale, la Guerre du Golfe ainsi que lors de la guerre en Yougoslavie (figure 1).

britannique. En juin 1916, Béatrice Allsop est affectée à l'hôpital d'évacuation n°33 installé à Béthune [8]. Le nombre très élevé de blessés relevé durant la Grande Guerre met en évidence le besoin de disposer d'infirmières qualifiées et positionnées de plus en plus près du front, alors que cette proximité n'était pas imaginable dans les plans établis avant le conflit. Un hôpital d'évacuation dans cette zone peut accueillir jusqu'à 1 000 patients. La réalisation d'interventions chirurgicales précoces permet de réduire sensiblement les taux de mortalité mais rend nécessaire la présence d'infirmières expertes [11]. Le nombre de blessés accueillis dans ce type de structures est très variable, et parfois les infirmières sont débordées. Le premier jour de la bataille de la Somme, sont dénombrés 58 000 blessés. Durant les quatre premiers jours de l'offensive, les trains sanitaires transportent 33 392 blessés des hôpitaux d'évacuation vers l'arrière [12] (figure 2).

L'ÉVACUATION DES BLESSÉS

Pendant la Grande Guerre, les hôpitaux généraux font partie de la chaîne d'évacuation des blessés qui part de la ligne de front pour se terminer dans les hôpitaux militaires situés sur le territoire

L'INCIDENT DE BÉTHUNE

■ **Le registre de l'hôpital d'évacuation n°33 révèle que le 7 août 1916**, la structure est victime d'un tir d'artillerie lors du bombardement de la ville de Béthune [13]. Ce matin-là, l'hôpital est très actif. Des patients sont transférés sur les

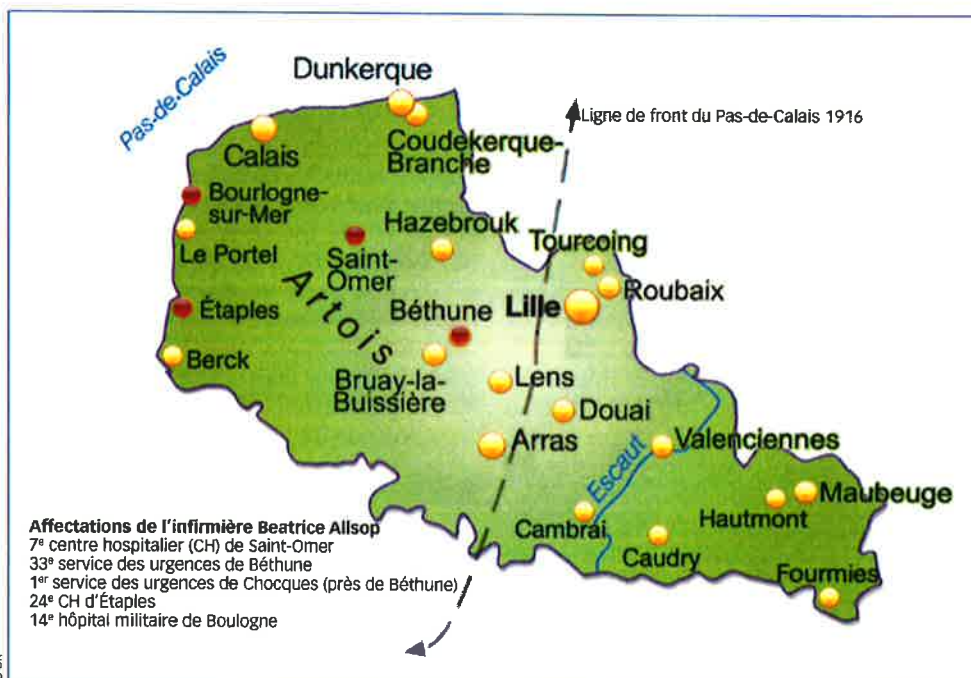


Figure 1. Carte des lieux où fut affectée Beatrice Allsop.

Les infirmières dans la Grande Guerre

barges d'un canal situé à proximité – certaines sont converties en "barge hôpital", des ouvertures étant pratiquées par le toit. Elles peuvent accueillir un service de 30 lits ainsi qu'un quartier de vie destiné aux infirmières QAIMNS [14]. Juste avant le déjeuner, la ville de Béthune est bombardée par l'artillerie. Des obus tombent près de l'hôpital. À 12 h 30, l'équipe termine d'évacuer les patients transportables et les barges sont prêtes à naviguer. À ce moment, il est décidé de placer les patients restants et l'équipe dans les caves du bâtiment qui abrite l'hôpital (figure 3). Vers 13h, un obus de gros calibre touche l'angle ouest du toit de la chapelle et explose juste au-dessus des véhicules sanitaires. Des camions ainsi que deux ambulances prennent immédiatement feu. Le personnel de l'hôpital s'emploie alors à sauver les autres ambulances, bien qu'elles soient déjà fortement endommagées. Ils parviennent à maîtriser l'incendie. L'unité reçoit alors la visite du directeur des services médicaux (Director of Medical Services – DMS) de la 1^{re} armée. Face à la persistance du bombardement, celui-ci donne l'ordre de transférer tous les patients vers l'hôpital d'évacuation n°1 situé à Choques. Ce transfert est réalisé en deux ou trois heures. La plupart du personnel part avec les patients mais les infirmières sont, quant à elles, temporairement dirigées vers l'hôpital général n°10 basé à Saint-Omer. L'officier qui commande l'hôpital d'évacuation 33 déplore 7 victimes de ce bombardement parmi les membres de l'équipe. Il note également que 6 médecins officiers, 4 infirmières et 5 autres personnels ont été blessés mais sont restés à leur poste.

■ **Béatrice Allsop est blessée alors qu'elle est au bloc opératoire** mais continue à travailler. Les infirmières, Norah Easeby et Jean Whyte, sont touchées par des morceaux de verre et des débris projetés. Quant à Ethel Hutchinson, infirmière également, elle perd connaissance après avoir été projetée violemment au sol. Cependant, les infirmières apportent leur aide afin que les patients soient mis en sécurité à la cave dans un premier temps, puis transférés vers Choques. Elles continuent ensuite à travailler malgré le bombardement qui se poursuit. Le dossier militaire de Béatrice Allsop [8] mentionne qu'elle est arrivée à l'hôpital général n°10 en tant que patiente et qu'elle a pu sortir le jour suivant.

■ **Les infirmières sont de retour à Béthune lors de la réouverture de l'hôpital d'évacuation.** Cinq de ces infirmières seront citées pour leur bravoure durant cette journée :

• **la matrone¹ Mabel Mary Tunley, RRC** QAIMNS ;

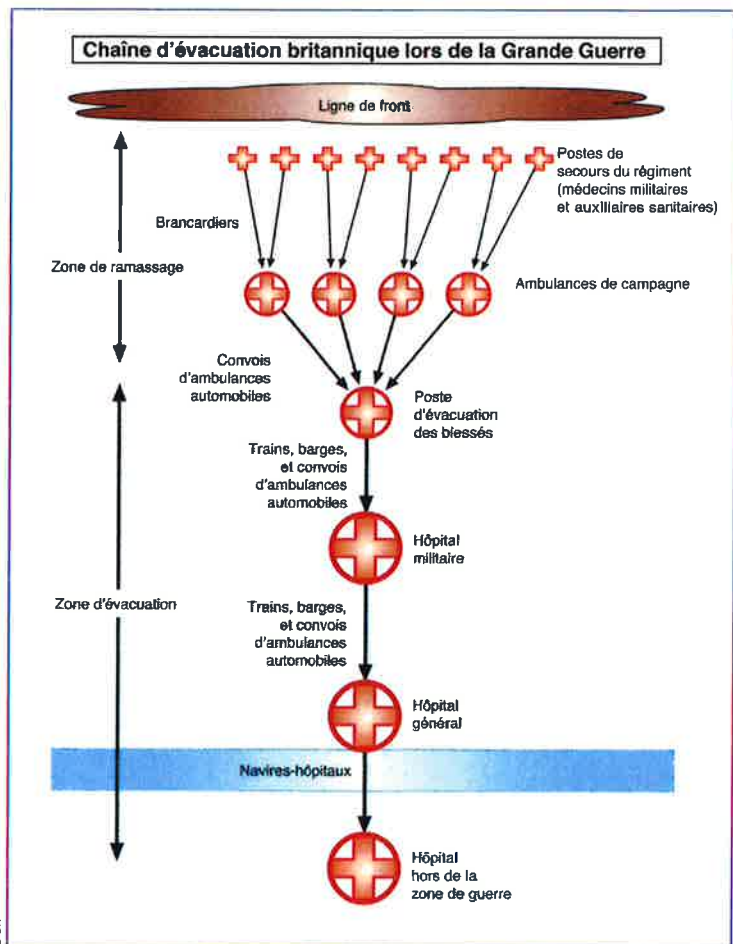


Figure 2. Diagramme de la chaîne des évacuations.

- **Beatrice Alice Allsop, QAIMNSR**, faisant fonction de *sister* ;
- **sister Norah Easeby, QAIMNSR** ;
- **l'infirmière Ethel Hutchinson, QAIMNSR** ;
- **l'infirmière Jean Strachan Whyte, TFNS** ;

LA MÉDAILLE MILITAIRE

■ **La médaille militaire est remise à ces cinq infirmières [15].** En effet, le 21 juin 1916, un amendement est introduit dans le Royal Warrant permettant, pour la première fois, que la médaille militaire soit décernée à une femme [16]. À la fin de la grande guerre, 555 infirmières, appartenant aux trois organisations QAIMNS, QAIMNSR et TFNS, sont décorées de la médaille militaire pour des actes de courage et de dévotion dans leur travail sous le feu de l'ennemi.

REFERENCES

[1] Leslie JH. An Historical roll with Portraits of those women of the British Empire to whom the Military Medal has been awarded during the Great War, 1914-1918, for Bravery and Devotion under Fire. Sheffield: WC Leng; 1920

[2] Hay I. One hundred years of army nursing. London: Cassell & Company, 1953

[3] Taylor E. Wartime Nurse: One Hundred years from the Crimea to Korea 1854-1954. London: Robert Hale; 2001.

[4] Summers A. Angels and Citizens: British Women as Military Nurses 1854-1914. London: Routledge & Keagan Paul; 1988.

[5] Bingham S. Ministering Angels. London: Osprey; 1979

[6] Darrow MH. French volunteer nursing and the myth of war experience in World War 1. The American Historical Review. 1996;101(1):80-106.

[7] Hallett CL. The personal writings of First World War nurses: a study of the interplay of authorial intention and scholarly interpretation. Nursing Inquiry. 2007;14(4):320-29.

[8] The National Archives, War Office, Records of Beatrice Allsop, WO 399 98.

[9] London Metropolitan Archives, Battersea St. Paul's, Register of Baptism, p70/PAU, item 1

[10] Editorial. Nursing and the War. The British Journal of Nursing. September 9, 1916:208.

[11] Santy J. Nurses in War. Journal of Orthopaedic Nursing. 2008;12:50-3.

[12] Butler J. Very busy in Bosches Alley. One day of the Somme in Sister Kit McNaughton's Diary. Health and History. 2004;6(2):18-32.

[13] The National Archives War Office, 33 Casualty Clearing Station War Diary, WO 95/412

[14] Moore, M. Barging the wounded through France. Sea Classics. 2012;45(9):59-60.

[15] London Gazette, 1^{er} septembre 1916, p. 8653.

[16] London Gazette, 27 juin 1916, p. 3643.

[17] The National Archives, War Office, The War Diary of the Matron-in-Chief, British Expeditionary Force, WO95 3988-91.



Figure 3. Infirmières anglaises sur une barge-hôpital. Source: Library of Congress.

La matrone en chef du corps expéditionnaire britannique, Maud Mc Carthy, raconte dans son journal de bord daté au 8 août 1916 [17] : « *À mon arrivée à Saint-Omer, je suis allée au mess afin de rencontrer Mademoiselle Tunley ainsi que deux sœurs qui avaient été victimes du bombardement de Bethune. Elles avaient apparemment agi avec une grande bravoure : 204 patients ont été transportés dans les caves, deux opérations ont été conduites durant le bombardement. Le bombardement a duré trois heures, les obus tombaient sur la ville à dix minutes d'intervalle. Deux des sœurs ont été blessées par des éclats de verre provenant des fenêtres. La chapelle située dans la cour a été en grande partie détruite. Nombre de camions ainsi que leurs chauffeurs ont été soufflés par l'impact. Le chirurgien général a souligné qu'aucune récompense ne sera suffisante pour remercier ces hommes et ces femmes qui ont gardé leur calme et continué à travailler. Aucune confusion ne s'est installée* ». Le roi George V décore Beatrice Allsop de la Médaille militaire à Buckingham Palace, le 5 février 1917 [8].

LES ÉTATS DE SERVICE DE BEATRICE ALLSOP

Beatrice Allsop est ensuite affectée à l'hôpital d'évacuation n°1. En septembre 1917, elle rejoint

le 24^e hôpital général installé à Etaples. Les changements d'affectation des infirmières sont alors fréquents, la matrone en chef du corps expéditionnaire britannique s'efforce de répondre à l'évolution des besoins du front occidental. Des infirmières sont envoyées en France, d'autres reçoivent des promotions, d'autres encore vont répondre ailleurs aux besoins [17].

Dans un bref rapport destiné à recommander Béatrice Allsop dans sa nouvelle affectation, la sœur responsable de l'hôpital d'évacuation n°1 écrit [8] : « *La sœur BA Allsop a été parmi nous depuis le 12 septembre 1916. Durant cette période, elle a pratiquement toujours été responsable de la salle d'opération. Elle a géré le bloc d'une manière adaptée. Elle est excellente dans les fonctions d'aide opératoire ainsi que d'infirmière circulante. Rapide et très compétente, elle maintient toujours tout en bon ordre. Elle a encadré d'une manière admirable les garçons de salle ainsi que les autres personnels* ». Alors qu'elle est affectée à l'hôpital général n°24, elle se pique le doigt avec une épingle. La plaie s'infecte et elle doit être rapatriée en Angleterre en juin 1918 afin de bénéficier d'une intervention chirurgicale à l'hôpital militaire de Millbank à Londres. La partie distale de son pouce devra être amputée [8].

Les infirmières dans la Grande Guerre

I Après sa convalescence, elle reprend du service en France. Elle est affectée à l'hôpital d'évacuation n°4 installé à Solesmes. Elle y exerce la fonction de surveillante de nuit comme l'indique le rapport suivant [8] : « *La sœur BA Allsop a été surveillante de nuit depuis son affectation dans l'unité, elle est très consciencieuse et fait régner la discipline. Elle entretient de bonnes relations avec ses collègues* ». Ces rapports revêtent une grande importance pour les infirmières appartenant aux organisations QAIMNSR et TFNS. En effet, à la fin de la guerre, les excellentes relations dans l'armée leur permettent de décrocher des emplois intéressants après leur démobilisation.

I Beatrice Allsop est affectée dans deux autres structures (l'hôpital d'évacuation n°58 installé à Tincourt et l'hôpital n°14 situé à Boulogne) avant de rentrer au Royaume-Uni et être démobilisée. Elle trouve un poste de matrone assistante au Royal Sea-Bathing Hospital de Margate avant de devenir matrone du sanatorium anti-tuberculeux du Northamptonshire County à Rusden [18].

LA GUERRE VUE PAR LES INFIRMIÈRES

Les infirmières ayant servi pendant la Grande Guerre ont dû contenir leurs émotions afin de pouvoir exercer et prendre soin de leurs patients [19]. Elles ont laissé des témoignages écrits relatant leur rôle durant la guerre. Sans être des héroïnes, elles ont constitué un élément crucial dans la vaste organisation destinée à soigner des hommes tellement abîmés que leur condition humaine s'en trouvait menacée. Elles ont parfois été elles-mêmes affectées par cette expérience de soignante surtout lorsqu'elles étaient basées dans un hôpital près du front [20] : « *Elles ont découvert rapidement que la guerre pour*

une infirmière n'avait rien de glamour ni d'héroïque. Les soins aux patients porteurs de plaies multiples absolument horribles, de tissus humains dévitalisés, de faces emportées par des projectiles ou encore d'estomac sorti de la cavité abdominale étaient la routine. Les soins aux patients porteurs de maladies infectieuses qui ravageaient les troupes aussi efficacement qu'une balle pouvaient paraître plus aisés. Certaines, au terme de la guerre, furent amenées à réfléchir sur les paradoxes relatifs à leur rôle pendant le conflit. Elles représentaient la maternité et pourtant elles envoyaient des hommes tuer les fils d'autres femmes. Les soins attentifs qu'elles prodiguaient aux patients maximisaient leurs chances de retourner au front pour s'y faire tuer » [21].

CONCLUSION

Bien que Beatrice Allsop n'ait pas laissé de journal ou de lettres qui auraient permis de mieux saisir sa perception de la vie d'une infirmière sur le front occidental, son dossier militaire ainsi que d'autres documents illustrent combien elle est emblématique des milliers d'infirmières qui se sont engagées volontairement dans l'armée et qui ont servi sur le front occidental. Ses blessures ainsi que la médaille militaire qu'elle a reçue montrent qu'à l'instar de nombreuses autres infirmières, elle a servi suffisamment près du front pour avoir été exposée à ses dangers et qu'elle y a prodigué des soins aux soldats blessés et malades dans des circonstances très difficiles.

Les infirmières militaires contemporaines qui font désormais partie du Queen Alexandra's Royal Army Nursing Corps (QARANC) doivent faire preuve des mêmes caractéristiques qui ont été observées chez Beatrice Allsop : délivrer des soins infirmiers attentifs, d'une qualité optimale, tout en faisant preuve de capacités d'adaptation. ■

Les points à retenir

- **Les soignantes britanniques se sont engagées dans diverses organisations civiles et militaires** durant la Première Guerre mondiale, avec des niveaux de qualification variés.
- **La plus-value de leurs activités ainsi que les dangers auxquels elles ont été exposées ont été largement reconnus.** Les nombreuses décorations qui leur ont été attribuées témoignent de cette reconnaissance sociale.
- **Parmi elles, Beatrice Allsop** a été l'une des premières infirmières à recevoir la médaille militaire.

REFERENCES

- [18] Editorial. Appointments British Journal of Nursing. April 30, 1921;195:252.
 [19] Hallett CL. Containing Trauma: Nursing Work in the First World War. Manchester: Manchester University Press; 2009.
 [20] Storm Jameson M. No time like the present. London: Cassell and Company, 1933.
 [21] D'Antonio P. Nurses in War. The Lancet. 2002;360:17-8.

*Déclaration d'intérêts
 Les auteurs déclarent
 ne pas avoir de conflits
 d'intérêts en relation avec
 cet article.*

international

Les infirmières militaires canadiennes de la Grande Guerre

MÉLANIE MORIN-PELLETIER
Historienne
Musée canadien de la guerre,
1 Place Vimy, Ottawa, ON K1A
0M8, Canada

■ Lors de la Grande Guerre, le Canada a déployé des infirmières militaires, à l'instar des autres dominions de l'Empire britannique ■ Les *blue birds* sont les premières infirmières à qui est octroyé le statut d'officier ■ Peu préparées aux situations de guerre, elles se sont adaptées pour mener à bien les missions qui leur étaient confiées.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – blue birds ; infirmière militaire canadienne ; Première Guerre mondiale ; soins infirmiers

The Canadian military nurses of the Great War. During the Great War, Canada deployed military nurses, like the other dominions of the British Empire. The "bluebirds" were the first nurses awarded the status of officer. Underprepared for war, they were able to adapt themselves in order to carry out the missions entrusted to them.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – bluebirds; Canadian military nurses; First World War; nursing

En août 1914, lorsque l'Angleterre entre en guerre contre l'Allemagne, le Dominion du Canada est entraîné dans un conflit d'une amplitude sans précédent. Petit pays de 8 millions d'habitants, il compte alors une force permanente d'à peine 3 000 militaires, dont cinq infirmières. Bien que le pays soit peu préparé à s'engager dans une guerre moderne, nombreux sont les Canadiens qui veulent participer. En quelques semaines seulement, un premier contingent de 30 000 militaires, dont 101 infirmières, est rassemblé à Valcartier au Québec, et traverse l'Atlantique en octobre 1914 [1].

RECRECITER

■ Le mandat de recruter le premier groupe d'infirmières militaires est confié à l'infirmière-chef du service infirmier du Canadian Army Medical Corps (CAMC), la Major Margaret Clotilde Macdonald¹. La préférence est accordée aux 24 membres de la Réserve d'infirmières, qui ont suivi une formation de quatre à six semaines dans un hôpital de garnison. Les autres candidates sont choisies à partir des milliers d'offres de service présentées par des infirmières canadiennes diplômées d'écoles de formation du Canada et des États-Unis.

Dans les semaines qui suivent la levée du premier contingent, le Canada s'engage à fournir davantage d'hôpitaux pour soutenir l'effort de guerre et les possibilités de recrutement se multiplient pour les infirmières. « *If only I could go* » (« *Si seulement je pouvais partir* ») : le sentiment exprimé par l'infirmière Elsie Dorothy Collis au début de l'année 1915 semble généralisé au sein de la communauté des infirmières civiles [2].

■ Au total, ce sont quelque 2 500 infirmières canadiennes qui servent outre-mer comme membres du CAMC pendant la Grande Guerre. Ce nombre est d'autant plus impressionnant si l'on considère que quinze années plus tôt, douze infirmières canadiennes avaient accompagné les Canadiens en Afrique du Sud. Bien que peu nombreuses, elles se sont forgé une solide réputation : elles ont impressionné par leur sang-froid et par la qualité des soins prodigués aux soldats. Elles sont d'ailleurs devenues les premières femmes de l'Empire britannique à détenir un rang d'officier². Les infirmières militaires canadiennes de la Grande Guerre ont profité de la réputation d'excellence établie par leurs prédécesseurs. Invoquant leur diplôme comme gage de compétence, elles ont lutté avec succès pour garder les infirmières auxiliaires et les bénévoles à l'extérieur des hôpitaux militaires canadiens [3].

Adresse e-mail :
mmpellet@civilisations.ca
(M. Morin-Pelletier).

Les infirmières dans la Grande Guerre

CARACTÉRISTIQUES DES BLUE BIRDS

■ **Surnommées les blue birds (oiseaux bleus), compte tenu de leur uniforme bleu royal et de leur voile blanc**, les infirmières canadiennes recrutées par le CAMC sont habituellement âgées d'environ 25 ans ou plus. Elles ont des origines sociales diverses. Les milieux "petits-bourgeois" sont certes bien représentés, mais les filles d'agriculteurs sont présentes en nombre significatif, tout comme celles de la classe ouvrière [4,5]. L'armée exige qu'elles soient célibataires, diplômées d'une école en soins infirmiers reconnue par le Collège des médecins et chirurgiens, qu'elles soumettent des références qui témoignent de leurs bonnes mœurs et qu'elles passent avec succès un examen médical [6].

■ **Il faut admettre qu'une relation influente dans le milieu politique ou militaire sert aussi au moment de l'enrôlement.** L'infirmière Marion Lavell, par exemple, croyait bien que son tour n'allait jamais venir, mais le destin est intervenu en sa faveur. En 1916, elle accompagne en Angleterre une patiente dont le père occupe un poste de direction au sein du CAMC. Il remet à Marion Lavell une carte qu'elle présente à l'infirmière-chef Margaret Macdonald et elle est recrutée sur-le-champ [7].

UNE RÉALITÉ À LAQUELLE ELLES N'ÉTAIENT PAS PRÉPARÉES

Formées dans les écoles en soins infirmiers du Canada et des États-Unis au début du XX^e siècle, les infirmières sont habituées à une hiérarchie très stricte et à des règles draconiennes. La discipline militaire n'est pas une nouveauté pour elles. Toutefois, elles avouent dans leurs journaux personnels, leurs lettres et leurs Mémoires, que le travail dans les hôpitaux militaires est très différent de celui qu'elles avaient accompli dans les hôpitaux civils. En fait, rien dans les conflits précédents ne laissait présager l'ampleur qu'allait prendre la Première Guerre mondiale. Pas étonnant donc que plusieurs admettent qu'elles ne savaient pas ce qui les attendait lorsqu'elles se sont enrôlées. L'infirmière Katharine Wilson écrit après la guerre que son imagination ne pouvait pas rivaliser avec les dures réalités qu'elle s'appretait à voir, à entendre et à sentir [8]. En effet, les premiers contacts avec les corps criblés de blessures leur font prendre conscience de l'ampleur de la mission dans laquelle elles se sont engagées. Avec le temps, les infirmières militaires apprennent

tant bien que mal à composer avec l'horreur. Aucune ne semble regretter de s'être enrôlée, considérant les soins infirmiers militaires comme l'apothéose du service féminin de guerre.

RÔLES ET ACTIVITÉS

■ **La grande majorité des 2 500 infirmières militaires canadiennes du Corps expéditionnaire canadien servent en France et en Angleterre**, dans les seize hôpitaux généraux et les dix hôpitaux stationnaires levés par le Canada. Elles composent, entre autres, avec les blessures par balles, de shrapnels (obus à balles) et de fragments d'obus, la gangrène gazeuse, le "pied de tranchées" (pathologie due aux conditions de vie dans les tranchées), les effets terrifiants des gaz toxiques et le *shell shock* (syndrome de stress post-traumatique). Le carnage causé par cette guerre industrielle sans précédent fait rapidement des infirmières des actrices de premier plan des hôpitaux militaires et des travailleuses indispensables. À mesure que le conflit se prolonge et qu'elles apprennent à s'adapter aux conditions particulières de la guerre, elles deviennent aussi une main-d'œuvre extrêmement polyvalente au sein du système de santé militaire.

■ **À l'ère pré-antibiotique et compte tenu du nombre limité de médecins militaires**, les infirmières deviennent les spécialistes de la désinfection, du drainage et du pansement des plaies. Le travail est très exigeant : « *Trois d'entre nous ont pansé les plaies de 237 soldats entre 7 h 30 et 16 heures* », écrit l'infirmière Harriet Drake à sa sœur en avril 1918. « *Après la guerre, l'une d'entre nous pourra panser toutes les plaies des patients des hôpitaux de Montréal en moins d'une journée* », plaisante-t-elle³. La Canadienne Laura Gamble confirme que les médecins de l'hôpital britannique de Rouen, où elle est postée pendant l'été et l'automne 1915, sont si occupés à opérer que les infirmières réalisent la plupart des pansements. Elle admet qu'elle n'avait jamais vu de telles blessures. « *Les patients étaient gravement malades et j'étais seule dans mon unité alors j'arrivais à peine à faire leurs pansements* » [9]. Pour s'adapter aux besoins de la guerre, l'infirmière Katharine Wilson précise qu'elle a dû apprendre à employer de nouvelles techniques pour désinfecter des plaies gangreneuses, incluant la méthode Murphy, qui consistait à préparer puis à verser une solution saline ou d'Eusol (*Edinburgh University Solution of Lime*, solution d'hypochlorite de calcium et d'acide borique) sur la chair vive du patient amputé, à l'aide d'un tube de caoutchouc attaché à un récipient [10].

NOTES

¹ Margaret Macdonald a servi pendant la guerre d'Afrique du Sud, entre 1899 et 1902. Elle a aussi proposé ses services aux États-Unis en 1903 et travaillé dans la zone du canal de Panama. En 1906, elle est l'une des deux infirmières membres de la force permanente canadienne. En 1911, elle se rend en Angleterre pendant six mois pour étudier le système de soins infirmiers militaires anglais. Pour en savoir davantage sur cette pionnière des soins infirmiers au Canada, voir sa biographie : Mann S. Margaret Macdonald : Imperial Daughter, Montréal-Kingston: McGill-Queen's University Press; 2005.

² Leurs formulaires d'enrôlement témoignent d'un âge moyen de 24 ans, mais des recherches plus poussées montrent que les plus âgées falsifiaient souvent leur âge pour augmenter leurs chances d'être recrutées, l'âge limite étant fixé à 39 ans.

³ McKenna ME. World War I Letters and Newspaper Clipping of Nursing Sister Harriet Drake, 2007, p. 20. Document non publié.

⁴ Nursing Sister Helen L. Fowlds, War Diary # 1, 15 septembre 1915. Trent University Archives.

⁵ Journal d'Emma Griffis, le 16 avril 1917. Glenbow Museum, Harold Wigmore McGill and Emma Griffis McGill Fonds.

⁶ Nursing Sister Helen L. Fowlds, Lettre à sa mère, 15 février 1916. Trent University Archives.



© Musée canadien de la guerre

Des infirmières du poste d'évacuation canadien n°3, en Belgique, prennent le thé, MCG 19920044-132
Collection d'archives George-Metcalf

RÉFÉRENCES

- [1] Nicholson GWL. Canada's Nursing Sisters. Toronto: Samuel Stevens Hakkert & Company; 1975, p. 45-50.
- [2] Pearson A. Excerpts from Nursing Sister Elsie Collis' First World War Diary. Victoria: Anne Pearson; 1999.
- [3] Miller C. Painting the Map Red. Canada and the South African War 1899-1902. Ottawa: Canadian War Museum; 1993.
- [4] Morin-Pelletier M. Héritières de la Grande Guerre: Les infirmières militaires canadiennes durant l'entre-deux-guerres, Thèse doctorale, Université d'Ottawa, 2010, p. 47-8.
- [5] Morin-Pelletier M. Des oiseaux bleus chez les poilus. Les infirmières des hôpitaux militaires canadiens-français postés en France, 1915-1919. Bulletin d'histoire politique 2009;17(2):57-74.
- [6] Morin-Pelletier M. Briser les ailes de l'ange. Les infirmières militaires canadiennes (1914-1918). Outremont: Athéna Éditions; 2006, p. 47, 130-133.
- [7] Lavell MF. Canadian Nursing Sisters of World War I Oral History Program, Bibliothèque et Archives Canada (BAC) 1973, A1 2006-10-0024.
- [8] Wilson-Sirmmie KM. Lights Out: The Memoir of Nursing Sister Katharine Wilson, Canadian Army Medical Corps, 1915-1917. Ottawa: CEF Books; 2003, p. 2

RAPPROCHER LES INFIRMIÈRES DU FRONT

■ Initialement, les dirigeants du Corps expéditionnaire canadien ont tenté à tout prix d'éloigner les infirmières du feu de l'ennemi.

Cependant, il n'a pas toujours été possible de les protéger : trois infirmières de l'Hôpital général canadien N° 1 posté à Étaples et trois infirmières de l'Hôpital stationnaire canadien N° 3 posté à Doullens périssent à la suite du bombardement de leurs hôpitaux respectifs en mai 1918. Quatorze infirmières décèdent le 27 juin 1918, lorsque le *Llandoverly Castle* est torpillé au large des côtes de l'Irlande. Des dizaines d'autres ont succombé à la maladie, notamment à la dysenterie, à la tuberculose ainsi qu'à la grippe, particulièrement pendant l'épidémie de 1918 ("grippe espagnole") [11].

■ **Sur le front de l'Ouest**, la multiplication des chirurgies urgentes, qui nécessitent du personnel hautement qualifié à proximité du front, amène aussi plusieurs dizaines d'infirmières près des lignes de feu. Les postes de secours au front et les ambulances de campagne continuent d'être pourvus de personnel masculin uniquement, mais des infirmières sont appelées à assister les chirurgiens dans les quatre postes d'évacuation sanitaires canadiens qui sont situés à une dizaine de kilomètres du front.

■ **Les infirmières sélectionnées pour travailler dans les postes d'évacuation sanitaires** sont perçues, par leurs consœurs et par le système médical militaire comme étant les plus robustes, les plus fiables et efficaces. L'infirmière militaire Isabel Davies, membre de l'Hôpital général canadien

N° 3, compte parmi les élues. À l'automne 1917, elle est déployée au poste d'évacuation sanitaire canadien N° 2 à Lijssenthoek en Belgique. Entre les mois d'août et de novembre 1917, elle assiste le chirurgien qui pratique 870 opérations sur des blessés de la bataille de Passchendaele. Au moment des offensives, l'équipe chirurgicale, composée d'un médecin, d'une infirmière et de deux auxiliaires, est en poste seize heures par jour, pratiquant jusqu'à vingt-six opérations. Le commandant du poste d'évacuation dit de son équipe, à la fin de leur mandat : « *Leur dévouement à la tâche durant cette campagne, de concert avec leur efficacité, mérite d'être souligné* » [12].

■ **Les Regulations for the Canadian Medical Service**, qui régissent le travail des infirmières du CAMC, sont à la fois strictes et flexibles. Les infirmières ont pour mission « *de prodiguer les soins appropriés aux patients de leurs pavillons et de s'assurer de la propreté et du maintien de l'ordre* ». Cependant, en l'absence d'un médecin, il est attendu des infirmières qu'elles s'occupent des blessés « au mieux de leurs connaissances ». Parfois, les besoins de la guerre contraignent le Service de santé à déroger aux règlements. Compte tenu du nombre limité de médecins, une vingtaine d'infirmières militaires canadiennes sont formées comme anesthésistes en 1918 et réalisent des actes généralement réservés aux médecins et aux étudiants en médecine au Canada [13].

DES CONDITIONS DE VIE DIFFICILES

■ **Bien que la majorité des infirmières canadiennes aient servi sur le front de l'Ouest pendant la Grande Guerre**, il importe de souligner le travail remarquable de celles qui ont accompagné les cinq unités du CAMC déployées dans l'Est de la Méditerranée. Le personnel de ces hôpitaux, appelé à soigner les troupes alliées postées à Gallipoli et à Salonique, a vécu dans des conditions qui sont reconnues comme parmi les pires de toute la guerre.

■ **Postée à Lemnos, en Grèce**, avec l'Hôpital stationnaire canadien N° 1 en août 1915, l'infirmière Helen Fowlds écrit que cette île n'est rien de plus qu'un amas de sable et de pierre et qu'ils n'ont même pas d'eau potable⁴. Mabel Clint évoque une île inhospitalière, aux conditions sanitaires épouvantables et la nourriture rare et mauvaise. La chaleur torride, l'humidité, le manque d'installations sanitaires et d'eau potable, les parasites : les conditions sont propices à la propagation de maladies graves telles que la

Les infirmières dans la Grande Guerre

dysenterie, l'entérite, la malaria, la fièvre typhoïde et la fièvre méditerranéenne. En 1934, Mabel Clint confie que les infirmières sont révoltées devant le gaspillage de vies humaines et le manque de ressources matérielles, ajoutant que cette situation à Lemnos montre l'indifférence du gouvernement, dont les soldats sont les principales victimes. Ces derniers ne sont pas les seuls à en souffrir cependant. Mabel Clint affirme qu'après un certain temps, l'Hôpital stationnaire canadien N°1 ne compte que trois infirmières en service sur 35 [14].

CRÉER UN ENVIRONNEMENT THÉRAPEUTIQUE

■ **Autant sur le front méditerranéen que sur celui de l'Ouest**, veiller au moral des troupes est une tâche importante à laquelle s'affairent les infirmières. Seule présence féminine dite "respectable" à proximité des soldats, elles font de leur mieux pour les reconforter et les soutenir moralement. Plusieurs se donnent pour mission de faire du séjour des malades et des blessés à l'hôpital un répit, un court moment de bien-être physique et mental.

■ **Les fêtes célébrées en famille au Canada sont l'occasion de festivités et de rassemblements dans les hôpitaux militaires.** Clare Gass, en service dans un hôpital militaire canadien à Boulogne, décrit les préparatifs pour la fête de Noël : elles ornent un arbre, décorent les pavillons médicaux et préparent un souper spécial pour les patients [15]. Pour les infirmières postées en Méditerranée, les ressources sont beaucoup plus limitées. Elsie Collis écrit néanmoins en décembre 1916 que grâce à l'assistance de la Croix-Rouge, elle peut préparer des sacs de Noël à remettre aux patients, qui contiennent du savon, du dentifrice, des serviettes, des sucreries, des oranges, des noix et des cigarettes [16].

Les points à retenir

- Lors de la Première Guerre mondiale, le Canada a déployé des infirmières militaires, ayant le statut d'officiers et surnommées *blue birds* ("oiseaux bleus"), conjointement aux forces armées.
- Leurs activités ont évolué afin de s'adapter aux spécificités de cette guerre moderne.
- Le bilan de leur contribution s'évalue en termes de vies sauvées, au prix toutefois d'un fort investissement et de risques importants.

DES BÉNÉFICES SECONDAIRES

■ **L'expérience de guerre des infirmières n'est pas marquée seulement par l'horreur et les difficultés.** Les nombreuses activités auxquelles elles ont participé, les fêtes et les pièces de théâtre organisées, les visites effectuées, les journaux personnels rédigés, ont été tout autant de moyens pour elles de se divertir. Les liens d'amitié qu'elles ont tissés avec les membres du personnel des hôpitaux militaires ont joué un rôle marquant dans leur processus d'adaptation et certaines de ces amitiés ont persisté pendant des décennies.

■ **La guerre a également donné l'occasion à quelques milliers de Canadiennes de vivre des expériences inoubliables** et de visiter des lieux qu'elles croyaient inaccessibles. En Angleterre, en avril 1917, l'infirmière Emma Griffis « a visité des rues et des endroits dont elle avait entendu parler depuis des années, mais qu'elle ne pensait jamais voir de ses propres yeux »⁵. En attente au Caire pendant que leur hôpital de Salonique est en construction, Helen Fowlds et trois collègues découvrent ainsi les pyramides et le Sphinx⁶.

■ **Plus encore, le contexte de guerre permet aux infirmières d'acquérir des droits longtemps réclamés.** Avec l'adoption de la loi des électeurs militaires, les infirmières font partie du premier groupe de femmes appelées aux urnes aux élections fédérales canadiennes de 1917. Après avoir voté, Ella Mae Bongard prend conscience de son importance en tant que femme [17].

LE RETOUR À LA VIE CIVILE

Si elles désirent ardemment être recrutées en 1914, la plupart des infirmières canadiennes expriment de la joie et du soulagement à la signature de l'Armistice en novembre 1918. Elles sont conscientes d'avoir participé à un événement historique, elles en sont fières, mais elles sont aussi impatientes de revoir leur pays, leur famille et leurs amis. Constatant l'apogée du patriotisme féminin, le travail réalisé par les infirmières militaires canadiennes n'a pas suscité la même admiration que celui des soldats quotidiennement assujettis au feu de l'ennemi. Pourtant, les infirmières ont travaillé sans relâche et contribué à sauver des milliers de vies. Elles ont sans cesse été la proie de maladies et la précarité de leurs conditions de travail et de vie a rendu leur sacrifice bien réel. C'est en partie grâce aux soins prodigués par cette armée de soignantes que nombre de combattants ont survécu à cette guerre et qu'ils ont pu regagner leur foyer. ■

RÉFÉRENCES

- [9] Laura A. Gamble fonds, BAC, R2699-0-4-E, p. 21
- [10] Wilson-Simmie KM. Lights Out: The Memoir of Nursing Sister Katharine Wilson, Canadian Army Medical Corps, 1915-1917. Ottawa: CEF Books; 2003, p. 22.
- [11] Nicholson GWL. Canada's Nursing Sisters. Toronto: Samuel Stevens Hakkert & Company; 1975, p. 93-5.
- [12] Fetherstonhaugh RC. No 3 Canadian General Hospital (McGill) 1914-1919. Montréal: The Gazette Printing Company; 1928, p. 109, 137-9.
- [13] Ministère canadien de la Milice et de la Défense. Regulations for the Canadian Medical Service. Ottawa: Government printing bureau; 1915, p. 29.
- [14] Clint M. Our Bit. Memories of War Service by A Canadian Nursing Sister. Montréal: Barwick; 1934, p. 72.
- [15] Mann S. The War Diary of Clare Gass 1915-1918. Montréal et Kingston: McGill-Queen's University Press; 2000, p. 152-153.
- [16] Pearson A. Excerpts from Nursing Sister Elsie Collis' First World War Diary. Victoria: Anne Pearson; 1999, p. 24.
- [17] Scott E. Nobody Ever Wins a War: the World War I diaries of Ella Mae Bongard. Ottawa: Janeric Enterprises; 1997, p. 24.

Déclaration d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

international

Les infirmières australiennes en France pendant la Grande Guerre

LIEUTENANT-COLONEL

NEIL SMITH
Historien militaire

C/o Elsevier Masson,
62, rue Camille-Desmoulins,
92442 Issy-les-Moulineaux
cedex, France

■ L'Australie se trouve entraînée dans le premier conflit mondial par son statut de dominion de l'Empire britannique ■ Nombre d'infirmières, civiles ou militaires, apportent leur contribution durant ce conflit, notamment en France, reflétant l'élan de soutien des Australiens pour le pays.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – France ; infirmière australienne ; Première Guerre mondiale

The Australian nurses in France during the Great War. Australia was dragged into the First World War due to its status as a dominion of the British Empire. High numbers of nurses, both civilian and military, served during this conflict, notably in France, reflecting the surge of support and sympathy felt by Australians for the country.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – Australian nurse; First World War; France

La plupart des infirmières connaissent les bienfaits que procurent aux nouveau-nés le contact peau à peau avec leur mère, surtout s'ils sont prématurés. Cette pratique, qui est aussi appelée "soins kangourous", s'inspire du comportement de ces animaux qui vivent en Australie. Des recherches¹ suggèrent que, durant la Première Guerre mondiale, il existait chez les Australiens un élan de sympathie et de soutien à l'égard de la population française. Les Français luttèrent pour repousser l'attaque allemande qui avait déferlé sur leur sol. Fidèles à l'approche prônée dans les soins kangourous, les infirmières australiennes ainsi que d'autres professionnels de santé ont alors apporté leur aide et leur soutien à la France.

Le 4 août 1914, la Grande-Bretagne déclare la guerre à l'Allemagne. L'Australie s'engage immédiatement dans le conflit, avec une contribution importante des soins infirmiers et médicaux à l'effort de guerre en France. À la suite de la déclaration, les Australiens répondent à l'appel à l'aide des pays d'Europe avec un enthousiasme surprenant. Cinq millions d'Australiens s'engagent, soit près de 10 % de la population. Les jeunes rejoignent l'armée australienne, la marine ou encore l'armée de l'air afin de combattre ce que beaucoup considèrent comme étant "la guerre des autres" faisant rage à plus de 10 000 miles de leur

foyer. Des milliers choisissent de servir au sein des forces alliées. À l'issue de la guerre, c'est plus de 60 000 hommes et femmes d'Australie qui, ayant fait le sacrifice suprême de leur vie, reposent désormais dans la terre de France, des Flandres, de Gallipoli, de Palestine, du sud de la Perse, du nord de la Russie, en Nouvelle-Guinée ou encore au fond de la mer du Nord.

L'ENGAGEMENT DES PREMIÈRES INFIRMIÈRES AUSTRALIENNES BÉNÉVOLES

Les premiers Australiens déployés en France ne sont pas des combattants. Il s'agit en fait de professionnels de santé patriotes qui, pour la plupart, résidaient à Londres avant la guerre. Durant la première semaine qui suit la déclaration de guerre, médecins et infirmières nés en Australie forment un hôpital bénévole australien qu'ils mettent à disposition du service de santé de l'armée britannique. À leur arrivée dans le port du Havre, le 28 août 1914, les Australiens établissent un camp et, rapidement, sont contraints de le déplacer face à la menace de l'avance allemande. Saint-Nazaire est leur destination suivante, ils y établissent un service pouvant accueillir 199 soldats et 20 officiers. Presque immédiatement, les malades ainsi que les blessés français et britanniques affluent après la retraite de Mons en Belgique, en trains,

NOTES

¹ Se reporter au journal de l'époque, comme le *Moree Gwydir Examiner and General Advertiser* du 21 juillet 1916 qui examine la sympathie et la générosité des Australiens envers la France pendant la Première Guerre mondiale. Voir également *The Argus*, *The Mercury* et le *Sydney Morning Herald*.

Adresse e-mail :
milhis@alphalink.com.au
(N. Smith).

Les infirmières dans la Grande Guerre

en ambulances automobiles ou hippomobiles, sur des brancards ou encore à pied. La *sister*² Annie Reay, originaire de Coleraine dans l'État de Victoria, relate dans ses écrits la situation dont la gravité croissante exige de se replier à nouveau dans le but d'éviter la horde des "Huns".

LA DURE RÉALITÉ DE LA GUERRE

■ **Les équipements et les consommables sont insuffisants.** Les lits de camps de seconde main rendent la dispensation de soins infirmiers peu pratique et très difficile. La nourriture reste disponible en quantité limitée. Il faut passer quatre jours et quatre nuits sans dormir en ne bénéficiant que d'une quantité d'eau limitée pour maintenir l'hygiène corporelle. L'équipe ne dispose pas de ses effets personnels qui n'ont pas suivi. L'hôpital et ses blessés sont évacués à nouveau et s'installent finalement à Étaples. En reconnaissance des services accomplis, Annie Reay recevra l'Ordre royal de la Croix-Rouge.

■ **D'autres déplacements suivent et finalement, en octobre 1914, l'hôpital et son personnel arrivent en train à Boulogne.** Une ligne de chemin de fer privée est utilisée pour relier l'hôtel du golf à la petite ville de Wimereux située 8 kilomètres plus au nord. L'hôtel spacieux est converti en hôpital. Des douzaines de tentes destinées à loger le personnel sont érigées. La première bataille d'Ypres en Belgique qui fait rage oblige les équipes à travailler jour et nuit pour absorber le flux énorme de blessés. Les ambulances de l'hôpital transportent plus de 1000 soldats rien que pour le premier jour de la bataille. Pour accroître les difficultés, le blizzard fait rage le 11 novembre 1914, endommageant les tentes du personnel. Ces conditions de vie et de travail difficiles provoquent maladie et épuisement chez les soignants. À Wimereux, la *sister* Martha Burns, qui faisait office de dentiste, doit être rapatriée en Angleterre pour maladie. D'autres infirmières sont envoyées dans une maison de repos d'Hardelot afin de retrouver des forces. Les mois passent. L'hôpital reste stationné à Wimereux et acquiert une excellente réputation. En juillet 1916, il perd son qualificatif d'hôpital australien et devient le 32^e *stationary hospital*, ne conservant que très peu des Australiens qui formaient son personnel à l'origine. L'hôpital continue son activité et comptabilise plus de 74 000 cas au 1^{er} mai 1919.

■ **L'hôpital bénévole australien est le dernier à fermer ses portes dans la région de Boulogne**

à la fin de la guerre. L'influence britannique et australienne persistera à Wimereux pendant des années, cette petite ville devenant une station balnéaire populaire. Cet hôpital prend pour modèle les hôpitaux généraux britanniques. Plus tard, des hôpitaux généraux australiens, qui initialement avaient été envoyés au Moyen-Orient, adopteront également les normes britanniques en matière de personnel et d'équipements tels que les appareils de radiologie employés lors d'actes chirurgicaux. Outre les infirmières, les *sisters*, la *matron*² et les chirurgiens, le personnel comprend une large gamme de métiers : cuisinier, chauffeur, aides-soignantes bénévoles (Voluntary Aid Detachment – VAD), personnels chargés de l'entretien, garçons de salle militaires (*orderly*) aidant à la réalisation des pansements ou à brancarder les patients, secrétaires, magasiniers, un prêtre et un interprète français.

L'ARRIVÉE DES INFIRMIÈRES MILITAIRES AUSTRALIENNES

■ **Les infirmières appartenant au service infirmier de l'armée australienne arrivent en France à partir d'avril 1916.** Elles sont affectées au premier, second et troisième hôpital général australien implantés respectivement à Rouen, Boulogne et Abbeville. D'autres infirmières sont affectées dans des *casualty clearing stations* qui constituent l'élément le plus basique d'un hôpital de campagne déployé à proximité de la ligne de front. Ces structures réalisent les interventions chirurgicales urgentes ainsi que des mesures de réanimation. Par exemple, l'infirmière chef *sister* Constance Keys, originaire du Queensland, est en charge de la 2nd *Australian Casualty Clearing Station*. Sa dévotion sans faille lui vaut de recevoir la médaille française des épidémies. Même à l'arrière, le danger est présent sous la forme de raids aériens ou encore de bombardements réalisés à l'aide de canons à longue portée.

■ **Rachel Pratt, une femme brune de haute taille avec une expression curieusement mélancolique, est originaire d'Heywood dans l'état de Victoria.** Elle est l'une des infirmières blessées en mission par les fragments d'un projectile largué d'un avion ennemi près de Bailleul. La blessure est grave, des fragments de bombe ayant atteint un de ses poumons. Après une période d'hospitalisation en Angleterre, elle reprend son service au sein de l'hôpital des convalescents de Weymouth et y demeure plusieurs mois après la

NOTES

² La *matron* est l'infirmière en chef responsable des *sisters*, c'est-à-dire des infirmières militaires qualifiées, qui dirigent elles-mêmes les autres infirmières et l'ensemble du personnel soignant.

Les infirmières dans la Grande Guerre

fin de la guerre. Toute sa vie, elle vivra avec une bronchite chronique séquelle de sa blessure de guerre.

■ **Le courage et la sollicitude dont a fait preuve la sœur Mc Loughron durant les bombardements lui vaudront une décoration.** Durant l'année 1917, la *casualty clearing station* dans laquelle elle est affectée est implantée à Trois Arbres près d'Armentières. Cette structure est l'objet d'intenses raids aériens. En faisant preuve d'une abnégation totale, la sœur Mc Loughron ainsi que d'autres infirmières australiennes font tout ce qu'elles peuvent pour évacuer les blessés et pour protéger ceux qui ne peuvent être déplacés.

■ **Dorothy Cawood, originaire de Sydney, est également présente.** Elle s'est engagée comme infirmière et a auparavant servi en Égypte. Comme beaucoup de ses collègues, elle est promue sœur après une année de service en qualité d'infirmière. Elle est affectée en France au cours de l'année 1916. Sœur Cawood reçoit la médaille militaire britannique pour sa bravoure lorsque Trois-Arbres est la cible d'une attaque aérienne par un avion de type Taube. En dépit d'une maladie grave, elle survit à cette guerre et retourne chez elle en juillet 1919.

CARACTÉRISTIQUES DES INFIRMIÈRES MILITAIRES AUSTRALIENNES

■ **En 1914, toutes les infirmières militaires sont des femmes.** Elles ont à surmonter des obstacles importants avant d'être acceptées en service actif. Ces soignantes sont qualifiées au terme d'une formation de trois ans, âgées de 21 à 45 ans et célibataires. Elles assument leurs missions dans des environnements au confort très sommaire et dans des services de soins dont les sols sont sales, infestés d'insectes, poussiéreux et soumis à des températures extrêmes. De plus, elles doivent faire face à un afflux constant de blessés graves et de malades. Facilement identifiables grâce à la cape rouge qu'elles portent, leur longue jupe de serge grise balaie le sol sans cesse. Elles portent une coiffe, probablement très inconfortable, un corsage boutonné très haut et des bottines lacées, ce qui rend leur travail difficile.

■ **La maladie est courante pour ces infirmières.** Les accidents et autres blessures sont très fréquents. Sur les 2400 infirmières australiennes qui servent à l'étranger, 21 décéderont et plus de 400 se verront décerner une décoration pour le service rendu. La quasi-totalité de ces infirmières

(90 %) sont des citoyennes australiennes même si certaines portent un nom à consonance française, comme Janey Lempière, née près de Melbourne en 1872. Elle fait partie du petit groupe d'infirmières australiennes ayant servi durant la guerre des Boers qui fit rage en Afrique du Sud au début du XX^e siècle, à nouveau engagées en 1914 et affectées en France.

S'ENGAGER POUR AIDER LA FRANCE

■ **Bien qu'aucune Française résidant en Australie n'ait été dénombrée** parmi les infirmières australiennes ayant servi en France durant la Première Guerre mondiale, de nombreux Français sont comptés : environ 200, nés en France et résidant en Australie, se sont engagés dans les rangs de l'armée australienne. La plupart servent dans la marine. D'autres décident de rentrer dans leur patrie et s'engagent dans l'armée française ou dans l'armée de l'air naissante. Par exemple, la famille Playoust qui réside à Sydney en Nouvelle-Galles du Sud, envoie ses fils en France pour combattre dans les rangs de l'armée française alors que la famille Pelletier compte quant à elle trois soldats.

■ **Quelques infirmières qualifiées souhaitent tout particulièrement aider la France.** Les raisons qui les empêchent d'être intégrées à l'armée australienne restent inexplorées. Sœur Jessie Hutchinson s'engage afin de servir en France en juin 1916, alors qu'elle est âgée de 32 ans. Elle s'embarque le même mois et œuvre sous l'égide de la Croix-Rouge jusqu'à son retour à Melbourne en juin 1919. Elle témoigne ensuite avoir été membre du groupe d'infirmières envoyé en France sous les auspices de la Croix-Rouge australienne. Ce groupe, constitué de vingt infirmières et d'un interprète, voyage depuis Sydney sur le bateau-hôpital *Kanowna* dans l'objectif de soigner les soldats français. Leur uniforme de couleur bleue les rend facilement identifiables et leur valut le surnom de *Blue birds* ("oiseaux bleus"). Ces infirmières ont le soutien de la communauté française d'Australie comme en témoigne le nécessaire de voyage en cuir qui est remis à chacune d'elle par la French-Australian League of Help. Elles sont tout d'abord affectées dans le 23^e hôpital français implanté à Rodez puis, plus tard, elles rejoignent le 46^e hôpital basé à Béziers. Mary Hungerford choisit quant à elle une autre option. Elle s'engage au sein du corps d'infirmières britanniques Queen Alexandra's Imperial Military Nursing Service (QAIMNS). Dès son arrivée en

Les infirmières dans la Grande Guerre

Angleterre, elle demande à être transférée dans la Croix-Rouge française où elle sert durant toute la durée du conflit. Elle revient en Australie à bord du transport de troupes *Zealandia* en novembre 1918. De nombreuses *Blue birds* sont connues pour avoir servi dans l'hôpital mobile de M^e Borden Turner, une riche Américaine qui fonde l'hôpital chirurgical mobile n°1 installé à Bevereau, près de Dunkerque.

■ **D'autres Australiens contribuent à l'aide apportée aux malades et aux blessés sur le front français.** Besie Davidson, une artiste originaire d'Australie méridionale, étudie à Adelaïde et à Paris. Pendant la guerre, elle abandonne la peinture pour soigner les soldats français. Plus tard, elle est nommée artiste associée du salon des beaux-arts. Tout aussi connu, le docteur Owen Paget exerce en Australie occidentale avant la guerre. Lors du déclenchement des hostilités, il se porte volontaire et est affecté dans le 37^e hôpital militaire situé à Dieppe, dans lequel il exerce les fonctions de médecin major. Fort heureusement, il parle couramment le français ainsi que l'allemand. Plus tard, il est transféré au sein de l'Australian Imperial Force et revient en France. Autre médecin, le docteur Rope Cope de Sydney travaille dans différents hôpitaux pour convalescents. Son épouse, qui l'accompagne, passe le plus clair de son temps à distraire les patients français et belges qui séjournent à Saint-Malo. À l'inverse de nombreux australiens lettrés du siècle dernier, Rope Cope ne parle pratiquement pas français et, au grand amusement des patients, persévère pendant plusieurs mois à prendre des cours de langue.

D'AUTRES FAÇONS D'AIDER

■ **Les Australiens qui ne peuvent servir outre-mer ont toujours la possibilité de se battre**

Les points à retenir

- **Le déclenchement de la Première Guerre mondiale a suscité un élan de soutien** des Australiens à l'égard de la France.
- **Des infirmières se sont mises au service des victimes de ce conflit** en intégrant différentes organisations : Croix-Rouge, armée australienne, armée britannique, etc.
- **La population australienne a également apporté une contribution financière** permettant de soutenir l'effort des professionnels de santé.

pour la France depuis l'Australie. Des "Journées Croix-Rouge française" sont organisées le 14 juillet au bénéfice des soldats français. Ces initiatives ont lieu dans les grandes villes telles que Sydney et Melbourne dans lesquelles les bénévoles donnent, en échange de quelques *pennies* ou d'une pièce d'argent, un drapeau français à épingle au revers de la veste. La Croix-Rouge australienne apporte également son aide dans de nombreux états australiens. Toutes les stratégies de levée de fonds sont utilisées. Dans le théâtre de Melbourne, un spectacle est organisé en français en juillet 1917, *Le Voyage de Monsieur Perichon*, en faveur des orphelins de guerre. Fait curieux, il existe des rapports rédigés en 1917 qui évoquent que 800 soldats français placés sous le commandement du capitaine Picard ont été célébrés à Melbourne à leur départ pour le front. Ces soldats étaient probablement originaires de Nouvelle-Calédonie.

■ **Très précocement durant la guerre, la vicomtesse de la Panouse, femme de l'ambassadeur de France, souligne la fraternité** qui existe entre l'Australie et la France, les fils de ces deux nations joignant leurs forces au service du combat pour la liberté. Lynette Crozier exprime cette fraternité en décrivant l'attaque aux gaz de septembre 1917 qui est suivie d'un afflux massif de blessés français au sein de son hôpital. « *Après ces moments difficiles que nous avons traversés, j'ai donné des soins à un jeune homme de 19 ans. Il en paraissait 15, il était si petit et si doux. Il me répétait sans cesse "Pourquoi avons-nous été si bons ?" comme seul un Français peut le faire. Après tout, ce n'était pas notre place* »³.

CONCLUSION

De nombreux Australiens ont cru que les champs de bataille français de la première guerre mondiale étaient le lieu où ils devaient être. Ils pensaient qu'il était de leur devoir d'aider personnellement la population française, même si cela devait leur coûter la vie. Les "infirmières kangourous" d'Australie ont fait partie de ceux-là. ■

NOTES

³ Lettre de Lynette Crozier publiée dans *The Argus*.

*Déclaration d'intérêts
L'auteur déclare ne pas
avoir de conflit d'intérêts
en relation avec cet article.*

international

Les infirmières allemandes pendant la Première Guerre mondiale

FRANZ WAGNER
Directeur général, Association
des infirmières d'Allemagne
Deutscher Berufsverband
für Pflegeberufe
(DBfK) - Bundesverband e.V.
Alt-Moabit 91, 10559 Berlin,
Allemagne

■ Des infirmières de plusieurs organisations allemandes ont participé à la Première Guerre mondiale. Généralement, elles n'ont pas exercé sur la ligne de front mais à l'arrière, dans des trains sanitaires, des hôpitaux ou des camps de réfugiés. ■ Elles ont soigné les soldats blessés et fait face aux épidémies de maladies infectieuses. ■ Le journal de l'association nationale des infirmières, qui continue à être publié pendant la guerre, donne une image de leurs préoccupations et de leurs questionnements sur la profession et son évolution.

© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS

Mots clés – infirmière allemande ; journal professionnel ; Première Guerre mondiale ; professionnalisation

German nurses during the First World War. Nurses from several German organisations participated in the First World War. For the most part, they did not work on the frontline but at the rear, in hospital trains, hospitals or refugee camps. They cared for wounded soldiers and faced epidemics of infectious diseases. The journal of the national association of nurses, which continued to be published during the war, provides a snapshot of their concerns and their questioning regarding the profession and its evolution.

© 2014 Published by Elsevier Masson SAS

Keywords – First World War; German nurse; professionalisation; professional journal

100 ans après le début de la Première Guerre mondiale [1], des controverses persistent quant aux causes de son déclenchement ou encore quant à la question de savoir si elle aurait pu être évitée¹. Il est difficile de comprendre la vie de l'époque alors que l'Europe occidentale connaît une période de paix depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Durant la Grande Guerre, presque 10 millions de soldats ont été tués et 20 millions blessés.

SE PRÉPARER EN TEMPS DE PAIX

■ **L'expérience des terribles conditions dans lesquelles les soldats ont été soignés** au cours des guerres du XVIII^e siècle a été à l'origine d'initiatives diverses : la Croix-Rouge est fondée par Henry Dunant ; Florence Nightingale réforme les hôpitaux militaires britanniques durant la guerre de Crimée. Dans les états allemands indépendants jusqu'en 1871, un grand nombre de reines, de duchesses et princesses crée des associations (Vaterlaendische Frauenvereine) qui proposent des formations aux

jeunes femmes dans les domaines sanitaire et social. Ces initiatives complètent l'action des ordres religieux et contribuent à la professionnalisation des soins infirmiers en Allemagne

■ **Les infirmières des ordres religieux et celles de la Croix-Rouge sont organisées en associations féminines** et vivent dans des maisons mères dont l'organisation reproduit celle de la structure familiale. Les infirmières indépendantes ne sont pas acceptées par ces organisations reconnues : elles ne sont pas considérées comme respectables car elles travaillent en échange d'un salaire et vivent dans leur propre logement. L'éducation des infirmières à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle se développe. La Prusse introduit, en 1906, un examen d'état au terme d'un an d'études. Dans les années qui suivent, la plupart des autres états allemands (*Laender*) suivent cet exemple.

RÉAGIR À LA GUERRE

■ **La guerre entraîne un assouplissement des exigences en matière de qualification en soins**

NOTES

¹ Il faut comparer le livre de Christopher Clark (2013) *The Sleepwalkers: How Europe Went to War in 1914* avec le débat controversé qu'il a déclenché.

Adresse e-mail :
wagner@dbfk.de
(F. Wagner).

Les infirmières dans la Grande Guerre

infirmiers. Début 1915, en raison de la pénurie d'infirmières, la durée de la formation est réduite à six mois (trois mois de théorie et trois mois de pratique) avec un "examen d'urgence" final [2]. Cette nouvelle réglementation d'abord vivement critiquée finit par être abolie. Elle est remplacée par un dispositif qui qualifie les assistantes infirmières au terme d'un an de service dans un hôpital militaire. En 1925, lors de la conférence du Conseil international des infirmières (CII) à Helsinki, Agnes Karll, présidente de l'association des infirmières d'Allemagne, déclare que la guerre et ses conséquences ont eu pour effet de détruire les soins infirmiers allemands [3]².

■ **Des plans d'action détaillés sont élaborés afin de mobiliser les infirmières en cas de guerre.** L'organisation professionnelle des infirmières (BOKD – Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands³) réalise une enquête statistique annuelle auprès de ses membres. La volonté et la capacité des infirmières à servir au cours d'une action militaire y sont explorées. Les associations professionnelles et la Croix-Rouge réalisent probablement une enquête similaire. Peu après la déclaration de guerre, les infirmières – et les aides-soignantes ayant bénéficié de deux à six semaines de formation – se portent volontaires. De nombreux médecins rejoignent les forces armées, ce qui oblige certains hôpitaux à fermer. Les infirmières ne faisant pas partie d'associations se retrouvent alors sans emploi [4]. Le gouvernement est réticent à accepter ces professionnelles et il semble, par conséquent, qu'il existe alors un surplus d'infirmières. Au début de la guerre, les bénévoles travaillent gratuitement car servir l'empereur et la nation est considéré comme une obligation nationale. En quelques semaines, il devient clair que les infirmières qualifiées ne sont pas en nombre suffisant et, dès septembre 1914, les militaires décident de verser à chaque infirmière un salaire de 30 *Mark*. En octobre 1915, la BOKD écrit au ministère de la Guerre allemand pour demander une augmentation, l'attribution de congés payés et une couverture sociale en cas de maladie. Le ministère refuse le premier point en affirmant que les infirmières sont mieux payées que leurs homologues masculins. Les deux autres demandes sont acceptées. En outre, le ministère offre le nettoyage gratuit des uniformes des infirmières.

■ **Dans le journal de la BOKD (*Unterm Lazaruskreuz : Sous la croix de Saint-Lazare*),** il est rappelé aux membres souhaitant s'engager de

s'assurer que leur contrat est rempli et que la continuité des soins est assurée [5]. De plus, il est demandé aux infirmières de ne pas se porter volontaires si elles ne sont pas capables de subvenir à leurs besoins. Un document leur fournit des détails spécifiques en matière de formation, d'expérience et de compétences. Chacune doit emporter son propre matériel (uniforme et draps) et s'engager pour au moins 3 mois de service. Elles doivent fournir des informations sur le lieu où elles sont envoyées afin de pouvoir suivre leurs faits et gestes.

DES INFIRMIÈRES ISSUES D'ORGANISATIONS MULTIPLES

■ **Les chiffres concernant le nombre d'infirmières en service durant la guerre sont contradictoires [6].** Selon un article du journal de la BOKD, début 1915, 13 872 infirmières issues des ordres catholiques (1 307 moines et 12 565 religieuses dont 1 054 près du front) et 7 169 infirmières diaconesses protestantes (dont 1 944 près du front) servent durant la guerre. Le nombre d'infirmières de la Croix-Rouge est évidemment beaucoup plus important⁴ mais aucun chiffre fiable n'est disponible. Des infirmières venant d'institutions juives se portent également volontaires.

■ **La BOKD propose la contribution de ses infirmières à la Croix-Rouge.** Cette offre est rejetée⁵. La présidente de la BOKD, Agnes Karll, se tourne alors vers l'Empire austro-hongrois et se trouve rapidement dépassée par l'ampleur de la demande : 1 700 infirmières de la BOKD servent pour la prévention des maladies infectieuses dans les camps de réfugiés avec un total de 30 000 lits et dans de grands camps militaires de tuberculeux en différents lieux de l'Empire austro-hongrois [7]. Agnes Karll souligne qu'en Autriche, contrairement à l'organisation militaire en place en Allemagne, les infirmières dirigent les institutions.

CONDITIONS D'EXERCICE

■ **Les infirmières engagées dans le conflit répondent à une double ligne de commandement.** Leurs supérieurs sont, d'une part, le chef des services médicaux militaires (chef des Feldsanitätswesens) et d'autre part, le commissaire impérial et intendant en chef militaire, tous deux égaux en droits. Cette double ligne de commandement se reflète à tous les niveaux de la hiérarchie [8]. De plus, les matrones des associations infirmières gardent une autorité mais leur influence officielle est moindre.

NOTES

² En 1913 des programmes d'études de deux ans destinés aux infirmières en chef commencèrent à la Frauenhochschule (École de femmes) à Leipzig. Ils se sont poursuivis jusqu'en 1921 lorsque l'institution dut être fermée au cours de la crise économique mondiale.

³ Le prédécesseur de l'Association allemande actuelle des personnels infirmiers (Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe, DBfK).

⁴ Une publication de 1936 fournit le chiffre de 19 800 qui, selon B. Panke-Kochinke, ne peut pas être corroboré.

⁵ Le contexte en est l'opposition de la Croix-Rouge et des associations religieuses à une relativement nouvelle organisation d'infirmières indépendantes considérées comme non respectables.

NOTES

⁶ Panke-Kochinke B, Schaidhammer-Placke M. Frontschwester und Friedensengel: *Kriegskrankenpflege im Ersten ; Zweiten Weltkrieg*. Les deux livres sont toujours en cours d'impression, uniquement en allemand.

RÉFÉRENCES

- [1] HG Wells. *The War That Will End War*. London: F. and C. Palmer, 1914.
- [2] *Unterm Lazaruskreuz* (UL) 1915;11:97-8.
- [3] *UL* 1925;20: 125-6.
- [4] Helene Blunck in: Lungershausen M, Massing T. *Agnes Karll – ihr Leben, Werk und Erbe*. Hannover: Erwin Staudé; 1964.
- [5] *UL* 1914;16:1.
- [6] Panke-Kochinke B. *Unterwegs und doch daheim: (Über-)Lebensstrategien von Kriegskrankenschwestern im Ersten Weltkrieg in der Etappe*. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag; 2004, p.23
- [7] Agnes Karll, lettre personnelle citée d'après Lungershausen M/ Massing T (1964) *Agnes Karll – ihr Leben, Werk und Erbe*. Hannover; 1964
- [8] Panke-Kochinke B. *Unterwegs und doch daheim: (Über-)Lebensstrategien von Kriegskrankenschwestern im Ersten Weltkrieg in der Etappe*. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag; 2004., p.35
- [9] *UL* (1914) ;16:189
- [10] Schmidbauer M. *Vom Lazaruskreuz zu Pflege aktuell*. Königstein/Taunus: Ulrike Helmer Verlag; 2002, p.99
- [11] *UL* 1918;1:1.
- [12] Panke-Kochinke B. *Unterwegs und doch daheim: (Über-)Lebensstrategien von Kriegskrankenschwestern im Ersten Weltkrieg in der Etappe*. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag; 2004.

Déclaration d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

■ **Les infirmières gardent sur elles leur carte d'identité** et un carnet contenant leur affiliation ainsi que des informations sur leurs vaccinations et leur rémunération. Elles doivent porter leur uniforme et un brassard avec une croix rouge sur la partie supérieure de leur bras indiquant leur statut de neutralité que leur confère la Convention de Genève de la Croix-Rouge.

■ **Les infirmières n'exercent pas directement sur la ligne de front** (*Etappe*). Elles soignent à l'arrière les blessés en provenance du front dans des trains sanitaires, des hôpitaux militaires, des hôpitaux réservés aux patients atteints de maladies contagieuses ou encore dans des camps de réfugiés. Elles travaillent avec des garçons de salle militaires (*Samilaeter*), des assistantes-infirmières et des "serviteurs". Le travail sur le front russe est différent de celui du front occidental. La guerre de position, matérialisée par les réseaux de tranchées, facilite le déplacement des soldats blessés depuis le front et leur transport vers des hôpitaux militaires ou en train vers leur domicile. À l'inverse, en Russie, le front se modifie très rapidement, ce qui rend difficile l'organisation du transport des blessés et des premiers secours.

LE JOURNAL UNTERM LAZARUSKREUZ

■ **En 1914, le journal bi-hebdomadaire de la BOKD**, publié tout au long de la guerre, reflète l'enthousiasme national de l'époque. Agnes Karll appelle à s'unir et à défendre la mère patrie [9]. Elle y voit une opportunité de prouver la valeur des infirmières qualifiées. Les articles de 1914 et 1915 débattent fréquemment des réglementations spécifiques liées au service de l'armée, des prestations sociales et de l'effet que la guerre aurait sur celles-ci. Le conflit est très présent dans le journal avec des appels à s'engager, la publication de lettres d'infirmières ou encore des rapports d'hôpitaux militaires [10]. En 1915, les

Les points à retenir

- **Au début de la Grande Guerre**, plusieurs organisations ont fourni des infirmières allemandes aux autorités militaires allemandes.
- **Certaines ont dû s'engager dans les forces austro-hongroises.**
- **Leurs conditions d'exercice étaient différentes** sur le front de l'Ouest et sur celui de l'Est.
- **La guerre a eu un rôle destructeur** sur les soins infirmiers en Allemagne.

articles portant sur les problèmes d'hygiène sont fréquents. Des conseils sont donnés pour « *fournir un repas lorsque la nourriture se fait rare* », et des rapports font état des effets du rationnement de la nourriture et des autres marchandises. Dès juin 1915, un long rapport relatif à une conférence de soutien aux veuves et aux orphelins de la guerre est publié. En 1915, Agnes Karll exprime pour la première fois son désir de paix et sa déception quant à l'absence d'effet positif de cette guerre sur le développement des soins infirmiers en Allemagne. Cependant, en 1917 et 1918, les articles liés à la guerre deviennent moins fréquents. Des questions professionnelles sont à nouveau plus présentes concernant, par exemple, de nouvelles formes d'exercice comme infirmière de santé au travail ou infirmière scolaire. La protection et la respectabilité des infirmières que leur confèrent leur uniforme et leur insigne, sont expliquées et débattues. La discussion sur l'image des soins infirmiers et le rôle futur des infirmières se poursuit. Les controverses portant sur le fait d'être ou non une infirmière professionnelle et sur la légitimité de l'usage du titre se prolonge, notamment au sein des associations de la Croix-Rouge.

■ **Jusqu'en 1918, le public allemand dispose de peu d'informations sur la situation réelle au front.** Dans la première édition du journal de 1918, Agnes Karll aborde son espérance de paix (après la révolution russe de 1917, un traité de paix séparé a été signé). Elle se demande comment des personnes, qui avaient parlé avec tant d'enthousiasme de la paix éternelle et d'une humanité composée de frères et de sœurs, ont pu être à l'origine d'un tel bain de sang. Elle déplore que le bénévolat et la gentillesse humaine ainsi que la véritable chrétienté fassent défaut [11].

■ **La fin de la guerre n'est pas directement mentionnée dans le journal.** Agnes Karll mentionne simplement le Noël le plus sombre jamais connu. Fin 1918, début 1919, dans le contexte de la nouvelle république allemande, le récent droit de vote attribué aux femmes est d'actualité.

CONCLUSION

Birgit Panke-Kochinke a écrit un excellent ouvrage sur les expériences des infirmières durant le conflit [12]. Elle donne un aperçu de la guerre, dresse le portrait des infirmières indépendantes et aborde largement leurs expériences. Elle a publié dans un second livre avec Monika Schaidhammer-Placke, des lettres et des photographies d'infirmières lors des deux guerres mondiales⁶. ■

international

Contribution de l'US Army Nurse Corps à la Première Guerre mondiale

■ De nombreuses infirmières américaines ont, à titre individuel, apporté leur aide aux pays européens dès la déclaration de guerre, en 1914. ■ En 1917, lorsque les États-Unis sont entrés en guerre, les infirmières de l'armée américaine sont arrivées sur le continent européen avant les troupes. ■ Elles ont apporté une contribution majeure dans ce conflit, comme en témoignent les nombreuses décorations qui leur ont été décernées.

© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS

Mots clés – infirmière militaire ; Première Guerre mondiale ; US Army Nurse corps

Contribution of the US Army Nurse Corps to the First World War. A number of American nurses, on an individual basis, gave their assistance to European countries as soon as war was declared, in 1914. In 1917, when the United States entered the war, nurses from the American army arrived on the European continent before the troops. They made a major contribution to the conflict, as testified by the numerous medals they were awarded.

© 2014 Published by Elsevier Masson SAS

Keywords – First World War; military nurses; US Army Nurse corps

L'Army Nurse Corps (ANC)¹, créé en 1901, a donc 17 ans d'existence lorsque les États-Unis entrent dans la Première Guerre mondiale, le 16 avril 1917. Ce corps est de petite taille (403 infirmières en service actif et 170 infirmières réservistes). Au même moment, 8 000 infirmières constituent le service de réserve de la Croix-Rouge américaine [1].

De 1914 à 1916, les infirmières civiles américaines se portent volontaires pour intégrer le service d'ambulance américaine organisé à Paris, ainsi qu'un hôpital de l'armée française installé en Belgique. D'autres infirmières américaines traversent l'Atlantique en 1915 dans le cadre de l'expédition *Mercy Ship* lancée à l'initiative de la Croix-Rouge américaine. Certaines d'entre elles retourneront ensuite en France sous l'égide de la Croix-Rouge ou de l'ANC, de 1917 à 1918, lorsque les États-Unis entrent officiellement dans la Première Guerre mondiale. Ces personnels œuvraient déjà activement en France depuis 3 ans, accueillant entre 900 et 1 000 patients par hôpital [2].

■ **Vashti Barlett s'embarque vers la France en mars 1915**, sous l'égide de la Croix-Rouge, juste après le déclenchement de la Première Guerre mondiale. Elle travaille, dans un premier temps,

à Pau, au pied des Pyrénées, en qualité d'infirmière-chef. Elle décrit la finalité de son activité : traiter les soldats blessés (*figure 1*) afin de leur permettre de retourner au front. Elle écrit : « *S'ils ne sont pas trop gravement blessés, nous les guérissons et les renvoyons au front jusqu'à leur agonie mais il s'agit là de l'expression de la bravoure du Français ordinaire* » [3]. Le concept de triage, développé durant la guerre civile américaine, impose aux infirmières de conserver les forces vives de l'armée en traitant prioritairement ceux qui pourraient ensuite poursuivre le combat. Cette doctrine va à l'encontre des principes qui leur ont été inculqués dans les écoles d'infirmières.

■ **Des unités hospitalières américaines de réserve sont mises sur pied dans le pays** durant l'année 1916 en rattachant des hôpitaux civils à l'armée. Les infirmières de la Croix-Rouge, les médecins et les auxiliaires de santé de l'armée travaillent ensemble. Ils sont volontaires pour être déployés outre-mer dans l'éventualité d'une guerre [4]. Dès le mois de mai 1917, le département de la guerre demande à la Croix-Rouge de mobiliser six de ces hôpitaux pour soutenir la France et se mettre au service du corps expéditionnaire britannique. Ainsi, les infirmières militaires

COLONEL ELIZABETH

A. P. VANE^{a,*}

Infirmière (RN) de bloc opératoire certifiée (CNOR), historienne de l'Army Nurse Corps

SANDERS MARBLE^b

PhD, Historien senior, US Army Office of Medical History

^aC/o Elsevier Masson, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex, France

^b2050 Worth Road, Attn: MCSC-MH, Fort Sam Houston, TX 78234 États-Unis

NOTE

¹ Le point de vue exprimé dans cet article est celui des auteurs et ne représente pas nécessairement la position officielle du département de la Défense, de l'US Army ou encore du département médical de l'US Army.

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail :

Elizabeth.a.vane.mil@mail.mil (E. Vane).

Les infirmières dans la Grande Guerre



Figure 1. Des soldats blessés en action bénéficient d'un traitement médical dans une église ravagée par la guerre (Neuilly, Meuse).



Figure 2. L'ambulance N°2 à l'entraînement à Auteuil près de Paris le 1^{er} juillet 1918. Médecins, infirmières et hommes du rang devaient être formés à l'utilisation des équipements avant de partir en mission.

Seules des femmes sont admises dans ce corps. Elles doivent être célibataires, âgées de 25 à 35 ans, être blanches et titulaires d'un diplôme délivré par une école d'infirmières dispensant une formation à la fois théorique et pratique [4]. Lorsque la guerre éclate, quelques-uns de ces critères sont assouplis. Avant et pendant la guerre, les infirmières font partie intégrante de l'armée mais ne sont considérées ni comme des personnels militaires mobilisés ni comme des militaires engagés. Elles ne bénéficient pas d'une formation militaire (figure 2). Elles sont recrutées par le *surgeon general* avec l'approbation du secrétariat à la guerre [2]. À cette période, les infirmières ne sont dotées d'aucun grade [7]. Des écrits de l'époque relatent que les hommes de troupe ont rapidement apprécié ces femmes non gradées. Ils exécutent leurs ordres en matière de soins aux patients, particulièrement lorsque ces femmes font preuve de cran ou lorsqu'elles résolvent des problèmes de manière créative tout en gardant le sens de l'humour, alors qu'elles endurent les mêmes privations liées à la guerre. Les gouvernements français et britanniques avaient demandé que seules des infirmières qualifiées soient envoyées outre-mer, ne souhaitant pas que soient affectés des aides-soignants ne réunissant pas ces critères professionnels [2]. Toutes les candidatures sont examinées individuellement en prêtant une attention particulière à la condition physique [2]. Aucun membre de l'ANC, qu'il soit d'active ou de réserve, n'est envoyé outre-mer contre son gré [2].

■ **Six mois après l'entrée en guerre des États-Unis**, près de 1 100 infirmières servent outre-mer dans 9 hôpitaux de base [4]. Un an après, près de 2000 infirmières de l'armée et 10 186 infirmières de réserve sont en service actif dans 198 affectations de par le monde [1]. À la fin de la guerre, les rangs de l'ANC comptent 21 480 infirmières dont 10 000 ayant servi outre-mer, ce qui représente une augmentation de 3 800 % de l'effectif présent avant-guerre [5-8].

DOMAINE DE COMPÉTENCES

■ **Les infirmières sont censées travailler à l'arrière et non près du front.** Toutefois, cette organisation initiale devient rapidement caduque dès que de nouvelles équipes médicales sont créées. Spécialisées en chirurgie ou dans le traitement des soldats gazés, ces équipes apportent des soins hautement spécialisés au plus près des patients. Les infirmières représentent des éléments clés au sein de ces équipes [2]. Elles remettent en cause les représentations communes de l'époque quant

et celles de la Croix-Rouge arrivent en France avant les troupes combattantes américaines qui composent le corps expéditionnaire américain [2,5,6].

QUALIFICATION DES INFIRMIÈRES

■ **Initialement, les infirmières qui servent au sein de l'US Army sont des citoyennes américaines [1].**

Les infirmières dans la Grande Guerre

au fait que les femmes soient à proximité des champs de bataille, ainsi que les idées reçues relatives à la manière dont la femme peut faire face aux dangers [9].

■ **Deux structures américaines dispensent des soins médicaux en France durant la Première Guerre mondiale.** La Croix-Rouge américaine est à pied d'œuvre dès 1914. Elle poursuit ses activités après l'entrée en guerre des États-Unis. Initialement, il est prévu que seule l'armée soit responsable des soins dispensés aux patients dans les zones de l'avant. Mais à de nombreuses occasions, les hôpitaux de la Croix-Rouge sont aussi amenés à travailler près du front. L'armée ainsi que la Croix-Rouge dispensent des soins aux patients à l'arrière. Certains hôpitaux sont équipés par la Croix-Rouge mais sont contrôlés par l'armée. D'autres, placés sous son contrôle, apportent des soins aux blessés des armées alliées. Quelques infirmières américaines sont affectées dans des hôpitaux français. D'autres apportent des soins aux civils dans les zones de guerre [1]. Ces deux organisations procurent aux infirmiers une certaine flexibilité. Pendant la guerre, Julia Stimson combine les fonctions d'infirmière en chef de la Croix-Rouge en France (à partir d'avril 1918) et de directrice des services infirmiers du corps expéditionnaire américain (à partir de novembre 1918). Elle écrit : « *Les fonctions d'infirmière en chef de la Croix-Rouge américaine mais aussi de l'ANC procurent une liberté qui permet de fonctionner de manière duale. On peut faire face aux urgences en utilisant le personnel de la Croix-Rouge mais aussi celui de l'ANC. Cela évitait de perdre du temps et de dupliquer les efforts* » [2]. « *Les détachements d'urgence [composés d'infirmières] étaient autorisés à se déplacer avec des papiers militaires français procurés par la Croix-Rouge, cela augmentait l'efficacité du service. Si nous avions dû attendre d'obtenir une autorisation par les voies militaires pour qu'elles puissent se déplacer, nous aurions pris beaucoup de retard* » [2].

■ **À terme, des infirmières américaines sont affectées** au sein d'équipes chirurgicales, dans des trains sanitaires, dans les bateaux-hôpitaux mais aussi dans les structures hospitalières (hôpital de campagne, unités mobiles, hôpitaux d'évacuation, hôpitaux des camps et hôpitaux de convalescents [5,6,9]). La dotation en infirmières requise en temps de guerre est restée inchangée depuis la guerre d'indépendance américaine : une infirmière pour dix lits d'hospitalisation [8]. Au début, l'armée avait estimé que 10 000 infirmières seraient nécessaires, mais dès la fin du mois de mars 1918, le *surgeon general* porte ce chiffre à 40 000 [5].



Figure 3. Les infirmières ont apporté une contribution essentielle en salle d'opération, notamment en administrant l'anesthésie. Cette équipe travaille au sein de l'unité hospitalière N°116 à Aulnois-sous-Vertuzey (près de Commercy, Meuse), le 15 juin 1918.



Figure 4. Irrigation des plaies des patients dans le but de prévenir les infections dans un hôpital.

■ **Les premières infirmières de l'armée américaine qui arrivent en France sont mises à la disposition des six hôpitaux du corps expéditionnaire britannique.** Dans les six mois qui suivent l'entrée en guerre des États-Unis, neuf hôpitaux de base sont déployés en France. Être affecté au sein des forces britanniques présente quelques difficultés pour les infirmières américaines. Elles doivent à la fois s'acclimater à l'organisation des soins en vigueur au sein de l'armée américaine mais aussi à celle de l'armée britannique.



Figure 5. Un service de l'hôpital d'évacuation N°20. Cadres Balkans en bois et dispositif nécessaire à l'utilisation de la méthode Carrel-Dakin.

RÉFÉRENCES

- [1] Sarnecky T. M. A History of the U.S. Army Nurse Corps. Philadelphia PA: University of Pennsylvania Press; 1999.
- [2] Stimson C. J. The Medical Department of the United States Army in the World War. Volume XIII, Part Two, The Army Nurse Corps. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1927.
- [3] http://nursing.jhu.edu/news-events/news/archives/2003/Vashti_Bartlett.html
- [4] <http://www.womensmemorial.org>
- [5] <http://www.womensmemorial.org/H%26C/History/www%28nurses%29.html>
- [6] Feller M. C, and Cox R. D. Highlights in the History of the Army Nurse Corps. Washington, DC: U.S. Army Center of Military History; 2000.
- [7] <http://www.wisvetsmuseum.com>
- [8] <http://www.armyheritage.org>
- [9] Budreau M. L., Prior M. R. Answering the Call, The U.S. Army Nurse Corps, 1917- 1919, A Commemorative Tribute to Military Nursing in World War I. Falls Church, VA: Office of Medical History, Office of the Surgeon General, United States Army; 2008.

Elles assimilent deux cultures (concernant la monnaie dans laquelle elles perçoivent leur solde, les missions attribuées à leur poste, les alertes aériennes, nature des blessures et des maladies). En dépit de cette organisation des soins médicaux, au cours de l'été 1918, le nombre de blessés alliés augmente de manière importante. Ce phénomène provoque une pénurie d'infirmières. En effet, les bateaux sont utilisés prioritairement pour convoier des hommes de troupe plutôt que du personnel médical. Il n'y a toutefois jamais de pénurie de bénévoles.

■ **Dans un hôpital, soixante-dix infirmières prennent en charge 5 000 patients [1].** Il est habituel pour les infirmières travaillant dans le corps expéditionnaire américain de travailler pendant 14 à 18 heures par jour, des semaines durant. Les hôpitaux de base sont conçus pour accueillir 500 lits. Ils couvrent l'intégralité du parcours de soins des patients à partir de leur transport depuis les zones de combat et les hôpitaux d'évacuation. Ce type d'hôpital est initialement doté d'un effectif de 46 infirmières [1]. Toutefois, l'hôpital n°10 reçoit 1400 patients durant ses premières semaines de fonctionnement, la plupart d'entre eux étant des patients chirurgicaux et des patients gazés au gaz moutarde [1]. Emma Elisabeth Weaver, affectée à l'hôpital de base n°20, souligne : « Le nombre maximum de patients dans cet hôpital a atteint à un moment 2275 [dans un hôpital équipé en personnel pour en accueillir 500]... le nombre

le plus important de patients admis dans cet hôpital fut 8 703 » [8].

■ **L'expérience et les compétences des infirmières dans l'administration de l'anesthésie (figure 3), des soins psychiatriques et des soins orthopédiques** s'avèrent tout particulièrement nécessaires [2]. La pratique de l'anesthésie est rapidement identifiée comme une plus-value lorsque l'armée réalise qu'il ne lui serait pas possible d'affecter davantage de médecins dans cette spécialité. Elle devient alors l'un des premiers domaines proposé aux infirmières souhaitant élargir leur champ d'activité [1]. Les infirmières américaines sont également affectées dans les premières salles de déchoquage créées, auprès des patients gazés, en orthopédie, dans les spécialités chirurgicales (incluant la neurochirurgie et la chirurgie maxillo-faciale). Des équipes spécialisées dans le traitement des patients gazés sont également envoyées au plus près du front [9].

■ **Les armes chimiques sont introduites durant la Première Guerre mondiale.** Au sein du corps expéditionnaire américain, 31,49 % des blessures sont attribuables à l'exposition aux gaz de combat [8]. De nombreuses interventions infirmières sont communément mises en œuvre dans le but de traiter les symptômes induits par les gaz, qu'il s'agisse de gaz moutarde, de phosgène ou de chlore. Les interventions infirmières incluent la limitation de l'activité du patient, l'administration d'oxygène au masque, la conservation

Les infirmières dans la Grande Guerre

d'un environnement exempt de poussière ou de fumées, la mise en place d'un régime liquide, le maintien de la température corporelle et la protection des zones de peau intactes de tout exsudat contaminé, notamment issus de la rupture de cloques. Elles irriguent les yeux des patients et les protègent de la lumière. Les équipes spécialisées dans le traitement des gazés intervenant près du front administrent des soins de support aux blessés (repos, oxygène, morphine, stimulants). Des vomitifs sont employés afin de drainer les exsudats des poumons. Des tentes diffusent des vapeurs de benzion, qui limitent la toux et ont un rôle préventif vis-à-vis de la pneumonie [1,9].

Les plaies de guerre demandent des soins laborieux à une époque où les antibiotiques n'existent pas. Un débridement extensif des plaies ainsi que des irrigations sont nécessaires. Les plaies de guerre sont inévitablement contaminées par la terre des champs fertilisés par le fumier, la terre contenant du *clostridium*, des bacilles gazeux et le tétanos. L'antitoxine tétanique est administrée de manière systématique à tous les patients [1]. Pour prévenir l'infection des plaies, des tubes de caoutchouc sont implantés dans la plaie afin de réaliser une irrigation avec une solution de Dakin (hypochlorite de sodium) dans le cadre de la méthode de Carrel-Dakin (figures 4 et 5). Enna Weaver témoigne : « Toute la journée du matin jusqu'à la tombée de la nuit, je passe d'un lit à un autre pour refaire les pansements. J'ai un garçon de salle qui m'assiste... Ces journées sont harassantes. Nos patients nous ont été expédiés directement du front. Je crains toujours d'ôter les bandages car j'ai peur des hémorragies. Je ne sais jamais ce que je vais trouver : parfois il manque un membre au patient, parfois je trouve des blessures horriblement profondes » (figure 6). La solution de Carrel-Dakin joue un rôle très important dans le traitement de ces cas. Les résultats sont excellents : une plaie cicatrise en 3 semaines, soit beaucoup plus rapidement qu'avec les autres traitements. Le chirurgien français Alexis Carrel et le chimiste anglais Henry Drysdale Dakin découvrent cette solution d'hypochlorite de soude qui est capable de détruire les microbes et les bacilles présents dans les plaies. Ces dernières doivent rester humidifiées avec cette solution. Alexis Carrel développe un système ingénieux constitué de tubes qui pénètrent dans la plaie, relié à un récipient suspendu au-dessus du lit du patient qui contient la solution. Toutes les deux heures, une infirmière fait le tour des patients du service afin d'administrer la solution dans les plaies par l'intermédiaire des tubes insérés au contact des tissus [8].



Figure 6. Réfection d'un pansement par des infirmières à l'hôpital N°52, Rimaucourt, Haute-Marne.



Figure 7. Les dispositifs de bois employés pour mettre les membres en traction dans un service d'orthopédie. Il s'agit d'un service de traumatologie de l'hôpital de base N°155 installé à Vichy.

Les fractures traitées en orthopédie (figure 7) nécessitent que le lit soit équipé d'un cadre de Bradford permettant l'installation de membres en traction. Julia Stimson, infirmière en chef dans l'hôpital de base n°21 raconte : « Notre cabane de chirurgie ressemble à l'atelier d'un charpentier. Nous avons environ dix lits équipés de cadres en bois qui forment une sorte de plafond, destinés à soutenir les membres fracturés des patients. Lorsqu'une jambe est fracturée à de multiples endroits et que cette fracture est



Figure 8. Fréquemment, les infirmières doivent laver elles-mêmes leur uniforme en plus de leurs activités de soins. Ici des infirmières d'un hôpital profitent du beau temps pour faire une lessive.



Figure 9. Un service de l'ambulance N°2 touché par un tir d'artillerie dans la nuit du 17 ou 18 juillet 1918 à Bussy-le-Château. L'infirmière en chef de l'hôpital a été décorée en raison de sa bravoure durant cet épisode en assurant la sécurité du personnel de l'hôpital.

associée de nombreuses plaies béantes et infectées, c'est un vrai travail de charpentier que de réaliser ces appareils de traction en bois. Ils soulagent le pauvre soldat : la traction appliquée prévient la contracture du membre lésé et permet de réaliser une irrigation des plaies... » [1].

LA VIE QUOTIDIENNE DES INFIRMIÈRES

■ **En France, des facteurs environnementaux et logistiques rendent la vie des infirmières militaires difficile.** Le froid, le temps humide, la boue, la suppuration des plaies, le sang, la faible quantité d'eau propre et chaude disponible,



Figure 10. Julia Stimson décorée par la France, la Grande-Bretagne, les États-Unis et la Croix-Rouge internationale. Ses médailles et le grade qui lui ont été attribués dans l'armée sont des symboles de la reconnaissance de l'institution militaire envers la contribution et la plus-value des infirmières. Elle est décorée de l'US Distinguished Service Medal par le Général Pershing à Tours le 5 juin 1919.

l'absence d'installations de blanchisserie suffisantes rendent peu pratique le port de l'uniforme de coton amidonné (figure 8). Les infirmières optent, dans un premier temps, pour une robe de crêpe grise puis enfin pour une robe de jersey grise qui leur tient plus chaud et leur permet de porter un uniforme qui dure plus longtemps. L'éclairage pose aussi problème tant pour travailler que pour les périodes de loisirs, et cette difficulté est encore amplifiée lorsque des périodes de black-out sont nécessaires [1,2]. Au cours de l'été 1918, les membres de l'ANC sont autorisés à porter des distinctions sur leur uniforme (attribuées en regard des services rendus ou en cas de blessure) à l'instar des officiers, des secrétaires envoyés au front et des militaires du rang [2].

■ **Aucune infirmière n'est tuée dans les combats contre l'ennemi mais trois sont blessées par des tirs d'artillerie (figure 9).** En revanche, 271 décès sont liés à la maladie (principalement la tuberculose, mais aussi la grippe et les pneumonies) [6,8]. Les membres de l'ANC qui périssent durant leur service sont inhumés avec les honneurs militaires [2].

Les infirmières dans la Grande Guerre

L'IMPACT DES INFIRMIÈRES

■ **Les infirmières américaines qui ont servi durant la Première Guerre mondiale** ont prouvé qu'elles pouvaient sauver des vies et apporter des soins au plus près du front. Elles ont mis en évidence l'intérêt pour le patient de bénéficier de soins infirmiers attentifs : elles ont contribué à réduire la morbidité et la mortalité. Ces femmes ont dû endurer des conditions difficiles mais leur présence était absolument nécessaire. L'armée a reconnu leur contribution en leur attribuant des décorations et un grade. Après la guerre, Julia Stimson a été l'une des premières femmes à recevoir la médaille militaire en reconnaissance des soins infirmiers qu'elle avait dispensés en zone de guerre. La France a décerné la Croix de guerre à 28 infirmières américaines en récompense des services accomplis durant la Première Guerre mondiale [1,4,8]. La Grande-Bretagne a décerné la médaille de la Croix-Rouge britannique à 69 infirmières américaines et la médaille militaire à 2 d'entre elles [1,4]. Les États-Unis ont décerné la *Distinguished Service Cross* (la seconde médaille dans l'ordre de prestige des décorations) à 3 infirmières et la *Distinguished Service Medal* (décoration la plus élevée que l'on puisse attribuer à un non-combattant) à plus de 23 infirmières [1,4,8].

■ **Julia Stimson (figure 10) résume la pugnacité des infirmières dans ses observations:** « *Les infirmières au front vivent des moments intenses. Elles travaillent dur, dorment en portant un casque sur leur visage et une bassine en émail pour protéger leur abdomen, elles se lavent avec la réserve d'eau qu'elles transportent et accumulent jusqu'à 14 heures de travail. Elles consomment de grandes quantités de thé car il n'y a pas de café ou d'autres boissons disponibles. Elles doivent porter des chaussettes d'homme sous leurs bas afin d'essayer de garder les pieds au sec dans les salles d'opération glaciales. Elles assistent et participent à des interventions chirurgicales qu'elles n'auraient jamais pu imaginer dans leurs rêves les plus fous. Mais elles ne s'effraient pas et restent insensibles aux obus qui sifflent et explosent*

Les points à retenir

- Des infirmières américaines ont soigné les victimes de la Première Guerre mondiale bien avant que leur pays n'entre en guerre en 1917.
- Après que les États-Unis déclarent la guerre à la Triplice, les infirmières de l'armée américaine ont précédé les soldats américains sur le sol français
- Les soins qu'elles ont dispensés étaient variés et souvent très spécialisés.



Figure 11. Des infirmières de corvée d'eau à l'hôpital 21 de Rouen. Cette unité aidait le corps expéditionnaire britannique.



Figure 12. Des infirmières décorent le service de médecine pour Noël à l'hôpital 33 de Brest.

autour d'elles. Oh, comme elles sont excellentes ! Désormais, personne ne pourra plus dire que les femmes ne peuvent pas faire la même chose, faire preuve d'autant de résistance et de bravoure que les hommes » [9] (figure 11). Ainsi, les femmes qui ont servi dans l'Army Nurse Corps « ont rendu des services au-delà des attentes » à une période où les femmes n'étaient même pas autorisées à voter aux États-Unis [8] (figure 12). ■

*Déclaration d'intérêts
Les auteurs déclarent
ne pas avoir de conflits
d'intérêts en relation avec
cet article.*

international

Les infirmières sur le front de l'Yser en 1914-1918

FRANÇOISE HIRAUX
Archiviste
Archives de l'Université
catholique de Louvain, 3, Place
Montesquieu, Boîte L2.06.03,
B- 1348 Louvain-la-Neuve,
Belgique

■ Pendant la Première Guerre mondiale, deux cents infirmières ont servi à l'Ambulance de l'Océan, hôpital de guerre établi à La Panne, en Belgique, près du front de l'Yser ■ L'organisation très novatrice de l'hôpital, la spécialisation des services et le travail accompli ont favorisé la reconnaissance de l'infirmière en tant que collaboratrice essentielle au fonctionnement médical.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – Belgique ; front de l'Yser ; infirmière ; organisation hospitalière ; Première Guerre mondiale

The nurses on the Yser front, 1914-1918. During the First World War, two hundred nurses served in the Ambulance de l'Océan, a military hospital located in La Panne, in Belgium, near the Yser front. The innovative organisation of the hospital, the specialisation of the services and the work accomplished there led to nurses being recognised as essential partners in the provision of medical care.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – Belgium; First World War; hospital organisation; nurses' status; Yser front

Derniers jours d'octobre 1914. Le front Ouest s'immobilise et s'enterre dans la boue de la plaine des Flandres. Il sépare la presque totalité de la Belgique, désormais occupée par les forces allemandes, et un tout petit territoire national compris entre la boucle du modeste fleuve côtier de l'Yser et la frontière française. Le Service de santé de l'armée met en place l'évacuation et organise les soins des blessés vers la France, vers quelques hôpitaux anglais et crée également ses propres structures médico-chirurgicales en territoire belge [1].

Au cours de cette période, le roi Albert confie à Antoine Depage la mission d'organiser un hôpital dans la petite station balnéaire de la Panne. Antoine Depage a alors 62 ans. Il est chef de service de chirurgie à l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles et professeur à l'Université libre de Bruxelles. S'il doit accepter d'être militarisé, il est assuré d'avoir une pleine liberté pour organiser et diriger l'hôpital. Un établissement de villégiature, l'Hôtel de l'Océan, est disponible en front de mer. En six semaines, il est transformé en un hôpital opérationnel dès le 21 décembre, sous le nom de "Ambulance de l'Océan" [2] (ambulance étant un terme qui désigne alors un hôpital de guerre).

L'AMBULANCE DE L'Océan

■ **La capacité initiale de l'Ambulance, qui s'élève à 250 lits d'hospitalisation, est portée à 1200** (et 2 000 lors des urgences) par l'occupation

des villas avoisinantes et la construction de grands pavillons en matériaux légers financés grâce à des souscriptions britanniques et américaines. Six salles d'opération, dotées de trois ou quatre tables, permettent de mener simultanément dix-huit ou vingt interventions (*figure 1*). Un pavillon de réception trie et prépare les blessés. D'autres abritent les différentes unités de soins, la pharmacie, un laboratoire, un magasin central, des ateliers de production et de réparation des instruments chirurgicaux mais également de fabrication de prothèses orthopédiques et dentaires. Des chambres, des réfectoires et des salles de repos destinées aux personnels, des cuisines, une boucherie, une boulangerie et un local pour stocker les immenses vaisselles, un service de désinfection, une buanderie et un atelier de repassage, une chapelle catholique et une protestante, une bibliothèque scientifique et quelques bureaux de direction et d'administration complètent le tout. Soixante-cinq véhicules assurent le transport des blessés et des camions servent à l'approvisionnement.

■ **Les blessés en provenance du front – ainsi que les victimes civiles du secteur – sont pris en charge** dans des services spécialisés, dirigés par des chefs de service qui jouissent de la liberté thérapeutique. Ils se retrouvent chaque jour pour communiquer leur rapport et partager leurs expériences. Une trentaine de médecins couvrent les différents services. Ils sont tous spécialistes,

Adresse e-mail :
francoise.hiriaux@uclouvain.be
(F. Hiriaux).

Les infirmières dans la Grande Guerre

et choisis par Antoine Depage. Les plus jeunes sont détachés des unités combattantes dans lesquelles ils ont été incorporés.

LE TRAVAIL DES INFIRMIÈRES DE L'Océan

■ Deux cents infirmières environ travaillent à l'Océan. Une centaine d'entre elles, d'origine américaine, anglaise, canadienne, danoise, norvégienne, suisse... sont engagées par la Croix-Rouge. L'autre moitié est belge mais se constitue très progressivement à partir d'un centre de formation créé à Londres. En 1914, en effet, la Belgique compte très peu d'infirmières diplômées et seules deux d'entre elles participent à l'ouverture de l'Ambulance.

■ Le professionnalisme est une nécessité dans l'hôpital qui reçoit les blessés en provenance directe du front. À la réception, les infirmières nettoient les entrants emprisonnés dans leur uniforme souillé par le sang et la boue et leur administrent un sérum antitétanique. Trois équipes assistent les chirurgiens. Le travail de fond consiste à prodiguer des soins. La charge de travail est lourde du fait des pathologies et des suites chirurgicales des blessés opérés en urgence. Les pansements sont souvent longs car certaines plaies sont extrêmement difficiles à soigner. Quelques infirmières apportent aussi leur concours en radiologie, en orthopédie et en kinésithérapie et elles organisent les évacuations. Il leur revient enfin la tâche d'ensevelir les morts.

■ Le corps infirmier est soumis au modèle de fonctionnement des hôpitaux britanniques, sous la direction de *matrons* qui ont chacune la responsabilité d'une salle. Les ordres sont donnés et les rapports rédigés en anglais. La sévérité¹ des règlements et les procédures importées des hôpitaux anglais répondent sans doute à la nécessité de prévenir ce que l'affolement, la surprise, l'accablement auraient pu dicter d'inapproprié [3]. Les infirmières de l'Océan ont effectivement à faire face, à certains moments, à plus de quatre-vingts entrées simultanées et le spectacle des membres et des visages arrachés, des thorax et des abdomens béants et de brûlures extrêmes ont de quoi les jeter dans l'effroi. Il faut aussi être capable de soigner en l'absence de médecin dans les cas de grande urgence, comme les hémorragies foudroyantes, et agir immédiatement lorsque l'hôpital est bombardé et soumis aux gaz toxiques.

■ Un petit nombre d'infirmières meurent sous le feu ; mais le lot de toutes, *matronsy* compris, est



Figure 1. Salle d'opération du pavillon de réception avec trois interventions simultanées.

© Louvain-la-Neuve, Archives de l'UCL, Album Suzanne Mansion

la fatigue extrême, l'infection et la maladie, dont la grippe espagnole qui sévit à partir de l'été 1918.

LE TÉMOIGNAGE DE JANE DE LAUNOY

■ Jane De Launoy² sert à l'Océan du premier au dernier jour, de décembre 1914 à février 1919. Elle tient un journal qui compte six cents feuillets. Ses carnets donnent vie à une réalité qui reste souvent très désincarnée lorsqu'on ne l'a pas vécue. Elle relate ainsi les épreuves qu'il faut surmonter pour gagner le front puis pour être acceptée dans l'hôpital d'Antoine Depage – car elle est catholique et lui un militant laïc. D'août à décembre 1914, elle fait l'expérience de l'extrême désorganisation qui règne dans la prise en charge et l'évacuation des soldats belges blessés ainsi que de l'inefficacité de l'intervention des infirmières improvisées – femmes d'officiers, aristocrates et grandes bourgeoises. Son journal constitue aussi une chronique des événements tragiques survenus tels que les bombardements et la propagation des gaz de combat au-dessus de La Panne. Très concret et détaillé, il permet de mesurer ce que signifie prendre en charge des dizaines et même des centaines (fin septembre 1918) d'entrants les jours d'offensives.

■ Les notes de Jane de Launoy témoignent également de son cheminement intérieur et de l'intégration des valeurs de l'Océan qui s'opère en elle. Elles font état de la découverte de la douleur, de la peur et de l'apprentissage de la responsabilité. Il faut faire ses preuves et accepter, pour commencer, les tâches rebutantes et les reproches les plus

NOTES

¹ « Nous n'avons pas le droit de rester dans nos services pendant nos heures de liberté ni d'entrer dans le service des autres, ni de s'asseoir sur un lit, ni de parler aux blessés en les appelant autrement que par un numéro. [...] Les heures sont strictes à une minute près et les ordres parfois impossibles à exécuter tant il faut se dépêcher. » (De Launoy J, *Infirmières de guerre en service commandé*. Bruxelles: L'Édition universelle; 1938, p. 66.)

² Née à Bruxelles en 1881 dans une famille bourgeoise, Jane De Launoy est diplômée mais elle n'exerce aucune profession jusqu'en 1914.



Les infirmières dans la Grande Guerre

RÉFÉRENCES

- [1] Mellis L. Contribution à l'histoire du Service de santé pendant la guerre 14-18. Bruxelles: Institut cartographique militaire; 1932.
- [2] Depage A, Dustin AP, Debaisieux G. Ambulance de L'Océan. Paris: Masson; 1917.
- [3] Keegan J. Anatomie de la bataille. Paris: Perrin; 2013, pp. 42-43. (Édition originale 1976).
- [4] De Launoy J. Infirmières de guerre en service commandé. Bruxelles: L'Édition universelle; 1938, p. 68.
- [5] De Launoy J. Infirmières de guerre en service commandé. Bruxelles: L'Édition universelle; 1938, p. 95.

injustes. Mais, pour sa plus grande satisfaction, Jane de Launoy travaille ensuite en chirurgie et au service de réception. Elle a la responsabilité de la salle des trépanés et participe, avec quelques médecins et infirmières, à la prise en charge des milliers de blessés qui entrent en soixante-douze heures les 28, 29 et 30 septembre 1918.

■ **L'écriture, qui prend en quelque sorte son pouls quotidien, retranscrit la dureté du travail et la fatigue extrême qui s'abat parfois.** Elle fait émerger les moments où l'horreur des blessures et des souffrances fait déborder le cœur. Mais elle capte aussi les sentiments heureux : travailler avec tel ou tel médecin, recevoir des responsabilités, apprécier la collaboration des brancardiers. Les nouvelles techniques telles que la transfusion sanguine, la radiologie stéréoscopique et les greffes l'enthousiasment.

■ **Jane De Launoy consigne des éléments peu évoqués comme la suspicion que rencontrent les infirmières :** celle de n'être là que par coquetterie ou encore pour trouver un mari. Elle évoque que la discipline imposée par les *matrons* s'étend à tout le champ moral : l'infirmière est une nonne laïque, ce qui n'empêche pas les écarts. Une autre valeur du journal est, en effet, de révéler le quotidien et les conduites qui se sont installées au fil de ces quatre années. Dans un monde aussi circonscrit qu'un hôpital, les comportements révèlent les qualités et les limites de chacun. Les observations de Jane De Launoy se concentrent sur la sphère des infirmières, comme si elle ne pouvait pas surmonter certaines blessures, même si les relations s'améliorent dans la deuxième moitié de la guerre. « *La matron est ici un grand personnage [...]. Tout va bien quand elle se trouve avec des nurses de son école mais si une intendante en chef ou la matron issue d'une autre grande école est envoyée à la Panne, les choses changent. De même les VAD [volontaires britanniques]*

dont certaines ne doutent de rien, ne se gênent pas pour refuser pas mal de choses. Les Américaines ont, dirait-on, le haut du pavé » [4].

■ **Enfin, se retrouve sous la plume de Jane de Launoy l'amertume** que de nombreux combattants ont décrite dans leurs propres mémoires devant les comportements de certains, qu'ils découvrent en permission, et devant la liesse un peu lâche de novembre 1918. Ce sentiment, bien qu'étayé par des faits objectifs, livre avant tout une expérience existentielle : la difficulté d'échanger sur son vécu et la souffrance qu'il y a à clore définitivement un moment intense de sa vie, même douloureux.

CONCLUSION

Le modèle anglais qui confère la responsabilité des salles à une seule infirmière est une nouveauté absolue en Belgique en 1914. En dépit de la discipline qu'il impose durement, il détermine une place nouvelle des infirmières dans l'organisation de l'hôpital, dans la dispensation des soins mais aussi dans les esprits. En acquérant les connaissances techniques que la médecine de guerre développe, les infirmières de l'Océan accèdent *de facto* au rang, sinon au titre, de collaboratrices des médecins, non sans la persistance d'un certain sexisme.

Les chemins sont souvent difficiles et le journal de Jane de Launoy trahit maints découragements, mais aussi un sentiment neuf : « *Que voudrions-nous faire d'autre que de pouvoir faire ce que nous voulons faire comme travail et ce pourquoi nous nous sentons douées ?* » [5]. L'immense écart qui sépare mentalement les médecins et les infirmières se réduit alors : « *Nous [les infirmières] avons un peu l'impression des universitaires en stage !* » [5]. ■

Les points à retenir

- En 1914, après l'invasion allemande, le territoire belge est limité à une étroite bande de terre adossée à la frontière française et à la Mer du Nord.
- Dans ce territoire, Antoine Depage a installé un hôpital dans un ancien hôtel dont l'équipe est constituée d'infirmières issues des différents pays alliés et de Belgique.
- Ces années de guerre modifient la place de l'infirmière qui est reconnue au sein de l'équipe hospitalière.

Déclaration d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

international

Le Service de santé des armées italien durant la Grande Guerre

■ La Grande Guerre a eu un très fort impact sur la société italienne ■ L'organisation du Service de santé des armées a rencontré des difficultés extrêmes du fait de l'importance des pertes de vies humaines d'une guerre presque exclusivement terrestre ■ Dans ce contexte, le rôle du personnel médical et du personnel soignant a été primordial, à l'exemple des infirmières volontaires de la Croix-Rouge ■ Toutefois ce conflit a révélé la nécessité d'améliorer la formation du personnel infirmier, à l'image de celle des pays anglo-saxons.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – infirmier ; Italie ; Première Guerre mondiale ; Service de santé des armées

The Italian armed forces health service during the Great War. The Great War had a huge impact on Italian society. The organisation of the armed forces health service faced extreme difficulties due to the extensive loss of life of an almost exclusively terrestrial war. In this context, the role of the medical staff and nursing staff was essential, as the example of the volunteer Red Cross nurses testified. However, this conflict revealed the need to improve the training of the nursing staff, as was the case in Anglo-Saxon countries.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – armed forces health service; First World War; Italy; nurse

Lors du déclenchement de la Première Guerre mondiale en 1914, l'Italie se déclare neutre conformément aux termes du pacte¹ qui l'unit à l'Allemagne et à l'Autriche (Empire austro-hongrois). Ce pacte stipule l'obligation d'aide réciproque, uniquement en cas d'agression de la part de deux grandes puissances. Par la suite, cédant aux pressions diplomatiques du Royaume-Uni et de la France, l'Italie signe secrètement le Pacte de Londres le 25 avril 1915 à l'insu de l'Autriche-Hongrie, par lequel elle s'engage à entrer en guerre dans le mois suivant la signature, en échange de conquêtes territoriales² qu'elle obtiendra à la fin de la guerre. Le 23 mai 1915, l'Italie déclare la guerre à l'Empire austro-hongrois, entrant ainsi dans le conflit mondial. Cette guerre se déroule principalement dans le nord de l'Italie au contact des frontières austro-hongroises. Le général Luigi Cadorna est nommé commandant des Forces armées.

Les premières batailles auxquelles l'armée italienne prend part connaissent une issue catastrophique : les batailles de l'Isonzo engendrent, entre mai et décembre 1915, plus de 60 000 morts et 150 000 blessés, et la retraite de Caporetto, le

24 octobre 1917, fait céder le front mais pas la volonté de réagir [1]. La contre-offensive italienne ne se fait pas attendre et le 3 novembre 1918, à Padoue, l'Autriche-Hongrie signe l'armistice. L'armée italienne entre dans Trente et les Bersagliers³ débarquent à Trieste. Pendant les quatre années de guerre, les pertes italiennes sont impressionnantes [2] : 650 000 morts, environ 1 million de blessés, 643 000 grands invalides (tableau 1).

UNE GUERRE DES TRANCHÉES

■ **La Première Guerre mondiale, initialement pensée comme une "guerre éclair", se mue en une guerre de position longue et usante.** L'utilisation massive de l'artillerie oblige les soldats à se protéger dans des abris souterrains, les tranchées. Ces dernières deviennent alors la résidence permanente des détachements de première ligne, le symbole même de cette guerre. Avant même l'entrée en guerre, celles-ci sont déjà creusées profondément, reliées entre elles par des tranchées de communication. Elles forment un réseau doté de dépôts de nourritures et de munitions, de

WALTER DE CARO
Doctorant, étudiant en thèse,
université de L'Aquila, Italie

ANNA RITA MARUCCI
Doctorante, étudiante en thèse,
université de L'Aquila, Italie

JULITA SANSONI*
Infirmière, professeur du
département de santé publique
et des maladies infectieuses,
unité de recherches en soins
infirmiers, université de Rome,
La Sapienza, Italie

C/o Elsevier Masson, 62, rue
Camille-Desmoulins, 92442
Issy-les-Moulineaux cedex
France

NOTES

¹ La Triplice, contraction de "Triple alliance", unit l'Empire d'Allemagne, l'Empire d'Autriche-Hongrie et le royaume d'Italie.

² Principalement le Trentin, le bas Tyrol, la Vénétie julienne, l'Istrie sauf Fiume (Rijeka), une partie de la Dalmatie.

³ Corps d'infanterie de l'armée italienne.

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail :
Julita.sansoni@uniroma1.it
(J. Sansoni).

NOTES

⁴ En France, les soldats souffrant de troubles de stress post-traumatique étaient dits "victimes de l'obusite".

TABLEAU 1. Nombre de mobilisés, de militaires tués, de blessés et de civils tués.

Forces de l'Entente	Mobilisés	Militaires décédés	Militaires blessés	Civils décédés
Empire russe	12 000 000	1 800 000	4 950 000	2 000 000
Empire britannique	8 660 000	1 390 000	4 330 000	40 000
France	8 780 000	900 000	2 090 000	1 000
Italie	5 900 000	650 000	1 000 000	?
États-Unis	4 350 000	50 000	230 000	0
Autres : Serbie, Portugal, Roumanie, Japon	2 320 000	405 000	320 000	1 260 000
Empires centraux	Mobilisés	Militaires décédés	Militaires blessés	Civils décédés
Allemagne	13 400 000	2 040 000	5 690 000	700 000
Autriche-Hongrie	7 800 000	1 020 000	1 940 000	?
Empire ottoman	1 000 000	240 000	1 270 000	2 000 000
Bulgarie	1 200 000	80 000	150 000	275 000

zones de repos et de postes de premiers secours. Avec le temps, les soldats utilisent également des fossés improvisés au gré des circonstances dans le terrain boueux ou la roche. Se dessinent ainsi des zigzags changeant de direction en fonction des obstacles naturels rencontrés ou des offensives [3].

■ **La vie dans les tranchées est difficile et précaire** tant physiquement que psychologiquement. Le contact quotidien avec la mort, le froid, la boue, l'eau, les rats, les poux, l'absence totale d'abri et l'impossibilité de maintenir son hygiène corporelle, la promiscuité et les faibles possibilités de conservation des aliments facilitent la propagation des infections. Une simple blessure s'aggrave rapidement. La situation sanitaire se détériore ; des épidémies de typhus, de choléra et de dysenterie apparaissent. Les maladies respiratoires se transmettent rapidement notamment chez les soldats stationnés sur le Carso ou dans les Alpines ; ils interviennent à plus de 2 000 mètres d'altitude et vivent en permanence avec des vêtements trempés. Comme si la guerre ne suffisait pas, l'Europe est frappée par la terrible épidémie de la grippe espagnole qui décime la population militaire comme civile.

■ **Les atteintes psychiques des soldats sont toutes aussi importantes**, dues aux très longues périodes passées au front, dans les tranchées. Qui-conque se retrouve en première ligne peut trouver la mort à tout moment. Les bombardements

de l'artillerie ennemie sont incessants et les tireurs d'élite, toujours sur le qui-vive, tirent à vue [3]. Se lever peut coûter la vie et cette menace permanente est un vrai cauchemar pour de nombreux soldats. À cette période, pour beaucoup, partir à la guerre fait peur. Ceux qui en reviennent souffrent de traumatismes tellement profonds que le terme « *Scemo di guerra* » ("débile de guerre"⁴) apparaît, pour décrire tout soldat qui, pendant ou après la Grande Guerre, est frappé par une pathologie mentale induite par le conflit. Les électrochocs, initialement testés de manière expérimentale, deviennent le traitement de référence. Ils laissent des séquelles douloureuses et sont à l'origine de complications [4].

■ **Chaque soldat au front dispose d'une dotation sanitaire très sommaire** comprenant une trousse de premiers soins (en pratique, de la gaze accompagnée d'une petite fiole de teinture d'iode) ainsi qu'un masque à gaz. Un fascicule intitulé "Le décalogue du soldat blessé" (*encadré 1*) est également distribué, utile, sauf si l'on considère que la plus grande partie des soldats était analphabète.

LE PERSONNEL SOIGNANT AU DÉBUT DU XX^e SIÈCLE : LES INFIRMIERS

Les conditions d'exercice des infirmiers en Italie au début du XX^e siècle ne sont absolument pas comparables à celles en cours en Angleterre, qui bénéficient de l'aura de Florence Nightingale.

Les infirmières dans la Grande Guerre

ENCADRE 1

Décatalogue du soldat blessé du professeur Gustavo Lusena de Gênes

1. Ne jamais toucher la blessure ni avec les doigts ni avec un mouchoir ou avec aucun autre objet présent dans la trousse.
2. Couvrir au plus vite la blessure avec la gaze de la trousse, mais éviter absolument de toucher la partie de la gaze directement en contact avec la blessure.
3. Ne jamais laver la blessure ni avec de l'eau ni avec des solutions que vous croyez désinfectantes.
4. Si vous disposez de teinture d'iode, appliquez-la autour de la blessure.
5. Si vous êtes blessé au ventre, prenez soin de ne pas boire et de ne pas manger.
6. Si vous êtes blessé à la tête, même légèrement, après avoir réalisé un bandage avec le matériel de la trousse, allez immédiatement vous faire soigner au poste médical.
7. Si la blessure continue de saigner après avoir appliqué la gaze de la trousse, serrez bien le bandage pour comprimer la blessure.
8. S'il s'agit d'une blessure au bras ou à la jambe et que vous vous apercevez qu'après avoir posé le bandage, votre main ou votre pied enfle, cela signifie que le bandage est trop serré et qu'il faut le desserrer.
9. Si malgré le bandage compressif, le sang continue de couler, appliquez une compression avec la main sur le bandage contre la blessure. S'il s'agit d'une plaie du bras ou de la jambe, demandez à un compagnon de nouer très serré un mouchoir, une ceinture ou un lacet autour du bras ou de la cuisse, au-dessus de la blessure, de telle manière qu'elle ne saigne plus.
10. Rappelez-vous qu'après avoir été ainsi traité, vous devez vous rendre immédiatement au poste médical, car si vous gardez ce garrot autour du bras pendant plus de deux heures, vous courez le risque que votre main se gangrène et si le garrot est posé sur la cuisse, c'est votre pied qui court ce risque.

Extrait de *La Nazione*, Florence

■ **De fait, par "personnel infirmier", sont désignés tous ceux qui travaillent en salle commune**, depuis les femmes de ménage jusqu'à ceux qui interviennent auprès du malade, dans une grande promiscuité. Le recrutement est réalisé sans aucun critère d'éducation ou encore d'aptitude au travail si ce n'est la force physique et le caractère soumis. Les salaires sont parmi les plus faibles. « *Les mains des infirmiers sont rugueuses, calleuses, sales ; leurs ongles ne sont pas soignés. Et du reste [à force] de laver les sols, de nettoyer les lieux d'aisance, les escaliers, etc. [comment pourrait-il en être autrement] ?* » [3]. Cette organisation du travail majore les risques infectieux.

■ **À partir de 1908, les premières écoles d'infirmiers (Croix-Rouge) sont créées** malgré le désintérêt de la classe politique quant à cette question. Ces personnels apportent une assistance sans avoir bénéficié d'aucune formation théorique ou technique. Cette situation entretient la propagation des infections et conduit à l'échec des traitements médicaux. En vain, la fédération syndicale des infirmiers tente d'introduire des professionnels dans les hôpitaux militaires mais le choix des autorités est d'envoyer tous les hommes valides au front.

■ **La négligence des aspects sanitaires, déjà observée lors la guerre de Crimée, contribue, malgré toutes les bonnes volontés, à accroître**

la mortalité et la morbidité. Il faut reconnaître le rôle du Corps des infirmières volontaires de la Croix-Rouge durant ces années. Exercer leur activité d'accompagnement et d'assistance n'est pourtant pas simple pour ces femmes alors que règne un antiféminisme dominant. Pendant la Première Guerre mondiale, plus de dix mille infirmières de la Croix-Rouge (*crocerossine*) exercent leur activité de manière bénévole, d'abord uniquement affectées dans les hôpitaux de l'arrière, réputés plus sûrs mais toujours surchargés de blessés, puis ensuite dans les trains-hôpitaux qui évacuent les blessés du front vers l'arrière et plus tard dans les structures proches du front [4].

LE SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

■ **Le service de santé des armées italien doit gérer pendant les 41 mois de guerre, le transport, l'admission et les soins** de plus de deux millions et demi de blessés et de malades. Placé sous le commandement du Général Della Valle, il se compose de soldats et de marins du Corps de santé militaire, de médecins et d'infirmières volontaires de la Croix-Rouge italienne et de bénévoles appartenant à différentes associations d'entraide (Ordre des chevaliers de Malte, l'Ordre des saints-Maurice-et-Lazare, Jésuites).

■ **L'aide procurée par les Alliés est aussi**

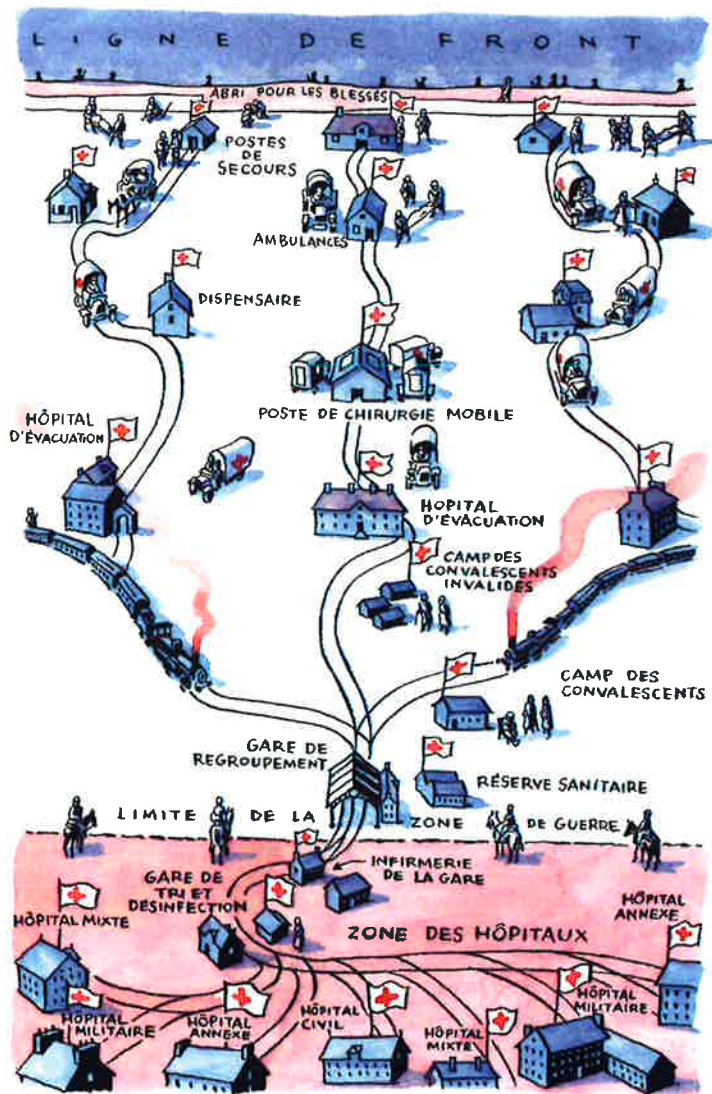


Figure 1. Schéma d'organisation de la Santé des Armées, reproduction d'un dessin de l'époque.

notable : en 1918, des centaines de militaires des services de santé britanniques et américains (ambulanciers, brancardiers, auxiliaires de santé) sont affectés sur le front italien [5]. Dès l'entrée en guerre, des dizaines de milliers de médecins et d'infirmiers sont mobilisés, au total 800 médecins et 3 000 infirmiers et aides-soignants. En 1918, sont comptés 18 000 personnels de santé en mobilisant les hommes jusqu'à l'âge de 48 ans [6].

■ **La Section de santé, positionnée au niveau du régiment, est dirigée par un capitaine chirurgien.** Elle est divisée en deux détachements rattachés au bataillon et commandés chacun par

un lieutenant chirurgien. Chaque détachement est composé d'un ou de deux aspirants officiers médicaux subalternes, d'un aumônier militaire, de deux sous-officiers et d'environ une trentaine d'infirmiers militaires. Des brancardiers (soldats du Service de santé des armées et fantassins provisoirement affectés) complètent le dispositif. Le détachement est divisé en pelotons de dix personnes dirigés par des sergents ou des caporaux-chefs auxiliaires de santé, au nombre de deux par bataillons, répartis entre les différentes compagnies. Les compagnies des Alpains, des Mitrailleurs et des Bersagliers cyclistes disposent en revanche de sections sanitaires autonomes afin de mieux s'adapter à la grande mobilité de ce type de détachement et d'intervenir dans des zones difficiles d'accès. Des détachements de santé hippomobiles sont créés pour évacuer les blessés à partir des premières lignes (figure 1).

■ **La dotation sanitaire d'un bataillon d'infanterie, des compagnies d'Alpains, des Mitrailleurs et des Bersagliers cyclistes** comprend quatre brancards, différentes malles et sacs contenant gazes, bandes, compresses hémostatiques, fils à suture, seringues, désinfectants (iode, alcool et eau), produits anesthésiques (éther, chloroforme), antiparasitaires ainsi que de la morphine [7]. À l'époque, les antibiotiques n'existent pas et les transfusions sanguines ne sont pas pratiquées.

SECOURS AUX BLESSÉS

■ **Les blessés tombés sur le champ de bataille** lors d'une attaque, d'une offensive ou d'une reconnaissance sont secourus de deux manières:

- **dans les situations de danger extrême**, le médecin, assisté d'infirmiers militaires, sort de la tranchée ou des positions abritées en arborant l'insigne de la Croix-Rouge afin de se rendre auprès des blessés et leur porter assistance ;
- **dans les autres cas**, les brancardiers ramassent les soldats blessés et les transportent jusqu'au poste médical avancé où ils reçoivent les premiers soins (figure 2).

Le blessé est d'abord transféré vers les sections de santé mobiles situées à quelques kilomètres (distance qui varie selon l'emplacement de la ligne de front) puis vers les hôpitaux de campagne situés à l'arrière.

■ **La triage des blessés est réalisé de la façon suivante :**

- **blessés très légers**, pour lesquels il suffit de donner les premiers soins adaptés à leurs lésions ;

Les infirmières dans la Grande Guerre



Figure 2. Poste médical.

- **blessés légers**, ayant besoin d'une période d'hospitalisation plus ou moins longue ; ils sont transférés vers des hôpitaux territoriaux situés à l'intérieur du pays ;
- **blessés graves mais transportables sur une longue distance**, vers les hôpitaux des armées ;
- **blessés graves, transportables uniquement sur une courte distance**, vers les hôpitaux de corps d'armée ;
- **blessures présentant une lésion des organes creux**, à transférer vers le centre chirurgical ;
- **blessés graves, intransportables** ;
- **blessés très graves, moribonds**.

■ **Les blessés sont gérés par des sections mobiles qui suivent les évolutions du front.**

Celles-ci sont souvent installées sous de grandes tentes ou dans des baraquements situés à proximité des postes chirurgicaux avancés équipés de laboratoires ou d'équipement radiologique. Les sections sont composées de médecins, d'infirmiers et de brancardiers. Cette équipe dispose d'un éventail assez large d'instruments chirurgicaux, de bandages, de médicaments, prêts à être chargés dans des caisses transportées à dos de mulets ou dans des véhicules selon la nature du terrain. Dans ces sections, les infirmiers s'occupent du changement des pansements, administrent les médicaments sous contrôle médical et, dans les cas les plus graves, collaborent avec le médecin à la réalisation d'actes chirurgicaux [8]. Chaque soldat blessé est doté d'une fiche indiquant son identité, le type de blessure, les soins déjà reçus et les éventuelles recommandations ou

prescriptions du médecin. La fiche portée par le soldat comporte deux parties, une rouge et une verte : si le médecin enlève les deux parties, la blessure est légère, s'il enlève la partie rouge, il s'agit d'un cas assez grave et s'il détache la partie verte, le blessé est intransportable et doit être opéré sur place.

■ **L'équipe chirurgicale de la section de santé opère les blessés les plus graves.**

De l'adrénaline est administrée aux patients présentant une hémorragie importante, de la morphine, aux blessés douloureux. On ne prolonge pas l'agonie de ceux pour lesquels toute intervention est inutile. Leurs bandages sont enlevés avant leur décès afin de les réutiliser, comblant ainsi la pénurie de gaze. Les blessés moins gravement touchés sont soignés sommairement, leurs blessures sont simplement désinfectées avant qu'ils ne soient évacués vers l'arrière. Les soldats légèrement touchés sont renvoyés au front après les soins, escortés par les carabiniers.

■ **Dans les lettres et les journaux personnels des soldats,**

les lieux de soins sont décrits comme malodorants. Dans ces environnements trônent des seaux remplis de sang, des scies, des bandages et des déchets. Les infirmiers y travaillent sous pression tant la charge de travail est importante. Ils deviennent peu à peu indifférents à la souffrance des blessés.

■ **Les hôpitaux de campagne** sont les structures sanitaires centrales. Il s'agit habituellement de structures mobiles, installées dans des bâtiments civils réquisitionnés (collèges, villas). Ils



© CIR

Figure 3. Train-hôpital.

NOTES

* Les hôpitaux d'étape en utilisant au maximum les ressources locales et sont utilisés pour l'admission et les soins des malades des troupes de passage.

accueillent les blessés évacués des sections nécessitant des périodes de traitement plus longues. Certains sont transférés, dans un second temps, dans d'autres hôpitaux pour leur convalescence [9].

■ **En réponse à l'augmentation alarmante des cas de maladies infectieuses**, à l'infestation de poux et au danger de contagion lié à la vie dans les tranchées mais aussi au passage dans les locaux hospitaliers, une commission d'inspection est instituée. En collaboration avec les médecins et les infirmiers, elle identifie les trois phases de la prophylaxie : déclaration, isolement et désinfection. Dans les zones où des foyers infectieux sont identifiés, les infirmiers militaires préparent des lieux de repos avant l'arrivée des troupes. Ils comportent des douches collectives, un service de barbiers, une unité de désinfection et une blanchisserie. Des traitements à base de calcium, d'acide phénique et de formaldéhyde sont pulvérisés. De l'acide cyanhydrique est utilisé également afin de lutter contre les parasites (poux, punaises de lit et moustiques). Les infirmiers sont tenus d'éliminer, souvent par incinération, tous les matériels utilisés : gazes, chiffons, mouchoirs. Des prélèvements bactériologiques sont réalisés chez les soldats. S'ils se révèlent négatifs, ils sont transférés en maison de convalescence.

■ **Les patients sont ensuite répartis entre les hôpitaux divisionnaires, les hôpitaux d'armée ou encore les hôpitaux territoriaux de la Croix-Rouge italienne.** L'ensemble du territoire situé

à l'arrière du front est occupé par ces grands hôpitaux situés le long des routes importantes ou de voies de chemin de fer. Ils sont installés dans des écoles, des hôpitaux civils ou encore des grandes villas de maîtres réquisitionnées. Ces grandes structures sanitaires (en 1917, 234 hôpitaux de 50 lits, 167 de 100 à 150 lits, 46 de 200 lits et 27 hôpitaux d'étape sont comptés en zone de guerre*) peuvent être complétées par des structures spécialisées (services de lutte contre les nuisibles, laboratoires de biochimie et de bactériologie, centres de quarantaine, cabinets de radiologie).

Pour désengorger le plus possible les structures hospitalières situées en zone de guerre, les blessés sont aussi admis dans un des neuf navires-hôpitaux italiens. De plus, 59 trains-hôpitaux comprenant 360 places rejoignent les gares situées à l'avant du front afin de récupérer les blessés qui sont ensuite répartis dans les structures de l'arrière proches des grandes gares (Mestre, Turin, Padoue, Vérone – figure 3).

■ **Le rôle des ambulances de transport de blessés est essentiel.** Les simples voitures hippomobiles dotées de caissons équipés de lits et de malles contenant du matériel médical sont rapidement remplacées par des camions automobiles dérivés des Fiat 15 Ter. Il en existe 954 en 1918, réparties en ambulances chirurgicales (transport de blessés), véhicules radiologiques, etc. (figure 4).

■ **En résumé, l'organisation sanitaire d'un corps d'armée articule** des postes de soins ou de secours sont établis proches des tranchées, en général, un par bataillon, où sont réalisés les premiers soins, complétés par de petites infirmeries dotées de 15 à 50 lits souvent situées dans des lieux abrités ou dans des cavernes creusées dans la roche [3]. Les blessés et les malades sont transférés par les sections de santé. Il s'agit de troupes spécialisées dans l'évacuation et équipées de charrettes ambulances (par la suite, par des ambulances motorisées), qui réalisent des allers retours jusqu'aux hôpitaux de campagne qui disposent de 50 à 100 lits. À partir des hôpitaux divisionnaires, malades, blessés et convalescents sont répartis vers les secteurs sanitaires d'étape (hôpitaux de taille importante, maisons de convalescence et centres pour maladies infectieuses) et vers les secteurs sanitaires territoriaux situés à l'intérieur du pays. À partir de ces structures, les convalescents repartent éventuellement vers le front.

CONCLUSION

Dans cette guerre majoritairement terrestre, les

Les infirmières dans la Grande Guerre



© DR

Figure 4. Ambulance militaire.

pertes en vies humaines sont particulièrement massives et le Service de santé de l'armée italien se trouve immédiatement en difficulté. Les premières batailles causent des milliers de morts et de blessés. Le personnel de santé, du fait de la diversité des tâches qu'il doit assumer et des types de blessures variés, se trouve rapidement débordé. De plus, le personnel mobilisé ne dispose ni des connaissances ni des compétences nécessaires pour agir de manière appropriée. Les équipements et les matériels sont certes insuffisants. Mais en substance, ces insuffisances ne sont pas liées à un problème d'organisation ou encore à l'amateurisme. L'expérience du service de santé de l'armée italienne est fondée sur les guerres du *Risorgimento*⁶ qui, au total, ont causé le même nombre de mort et de blessés que la première bataille de l'Isonzo (23 juin 1915). Aussi, les

Points à retenir

- **L'Italie est entrée dans la Première Guerre mondiale en 1915** à la demande du Royaume-Uni et de la France.
- **Les pertes humaines ont été très importantes** : 650 000 morts, environ 1 million de blessés, 643 000 grands invalides.
- **Plus de dix mille infirmières de la Croix-Rouge (crocerossine) ont exercé leur activité** de manière bénévole, dans les hôpitaux de l'arrière, dans les trains-hôpitaux et près du front.
- **Le conflit a mis en évidence un besoin de professionnalisation** et la formation des personnels infirmiers, inexistante au début de la guerre, s'est développée par la suite.

efforts des services de santé connaissent plus de réussites que d'échecs [6].

La Grande Guerre est le premier conflit qui met en évidence le besoin de disposer d'un corps d'infirmiers ayant bénéficié d'une formation professionnelle. Les infirmiers et les infirmières volontaires de la Croix-Rouge qui avaient commencé à être formés à partir de 1908 à Rome, à l'initiative de la reine Marguerite de Savoie, bénéficient d'une reconnaissance sociale ; leur image est même utilisée dans des campagnes de propagande comme un éclatant exemple d'amour de la patrie [10]. La présence des infirmières dans l'armée a posé de nombreux problèmes aux militaires préoccupés par la promiscuité dans laquelle vivaient les infirmières, le personnel de santé masculin et les patients. En revanche, les infirmières volontaires ont apporté du réconfort aux patients qui, grâce aux soins presque maternels des *crocerossine*, ont retrouvé un peu de sérénité mais aussi le courage de retourner au combat [11].

Par ailleurs, la mise en place des soins modulaires a tracé les contours du service de santé contemporain. Ces principes ont jeté les bases des formations à la médecine d'urgence. À partir de 1925, un cursus de formation du personnel infirmier est créé en Italie. Préparé après le certificat d'études primaires, il dure trois ans. L'histoire des infirmiers et du service de santé des armées a continué à évoluer dans les années qui ont suivi notamment lors des campagnes impérialistes du régime fasciste. Pendant la Seconde Guerre mondiale, les infirmiers se sont retrouvés dans le rude hiver de la campagne de Russie ou encore sous le soleil ardent du désert africain. ■

NOTES

⁶ Période historique de la seconde moitié du XIX^e siècle qui conduit à l'unité italienne.

RÉFÉRENCES

- [1] Tanci V. Storia dei mutilati della Grande Guerra in Italia (1915 – 1924) [Phd Thesis] Rome: Università di Roma La Sapienza; 2010
- [2] Marmo F. Iura V. L'uomo, il soldato, il medico"; paper presented at Premio Paragiano; 2013
- [3] Baccarani U. Infermieri e infermiere. Modena; 1909.
- [4] Pellegrini F. Per il centenario del Corpo Sanitario Militare Italiano 1833-1933 – Cenni storici. Giornale di Medicina Militare 1933;81.
- [5] Di Stefano E. Gli autoritratti, Una stagione all'inferno. Firenze: Art Dossier, Giunti; 2003.
- [6] Botti F. La logistica nell'esercito italiano. Roma: SME Ufficio Storico; 1991.
- [7] Isnenghi M. La Grande Guerra, Collana XX secolo. Firenze: Giunti Casterma; 1997
- [8] Mariani M. La Croce Rossa italiana. L'epopea di una grande istituzione. Milano: Mondadori; 2006.
- [9] Nataloni A, Bonetti O. La Sanità militare italiana durante la Grande Guerra: equipaggiamento, struttura e metodologie. Rivista Aquile in Guerra; 2004.
- [10] Urbano G, Urbano P. La sanità militare durante la Grande Guerra. Atti del XXXIV Congresso di Storia della Medicina. Firenze; 1998
- [11] P. Scandaletti, G. Variola. Le crocerossine nella Grande Guerra. Aristocratiche e borghesi nei diari e negli ospedali militari. Una via all'emancipazione femminile, Collana Rileggiamo la Grande Guerra, Udine: Gaspari; 2008.

Déclaration d'intérêts
Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

international

Le Conseil international des infirmières durant la Première Guerre mondiale

LINDSEY WILLIAMSON
Chargée de la communication
et des publications
Conseil international
des infirmières, 3, Place Jean
Marteau, 1201 Genève, Suisse

■ Le déclenchement de la Première Guerre mondiale et les quatre années de conflit ont bouleversé les activités du Conseil international des infirmières (CII) ■ Les résultats obtenus avant la guerre, notamment pour améliorer les conditions de travail des femmes, ont été remis en cause, et l'esprit international qui caractérise le CII s'est trouvé menacé ■ Au terme de la guerre, les infirmières sont toutefois considérées comme ayant un rôle central en matière de santé publique.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – Conseil international des infirmières ; histoire ; Première Guerre mondiale

The International Council of Nurses during the First World War. The outbreak of the First World War and the four years of conflict disrupted the activities of the International Council of Nurses (ICN). The results obtained before the war, notably with regard to the improvement of women's working conditions, were thrown into question, and the international spirit which characterised the ICN was threatened. After the war, nurses were nevertheless considered as having a key role to play in public healthcare.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – First World War; history; International Council of Nurses

L'année 2014 marque le centième anniversaire du déclenchement de la Première Guerre mondiale. À cette période, le Conseil international des infirmières (CII) vit ses premières années d'existence. Il ne compte que neuf pays membres (le Canada, le Danemark, la Finlande, l'Allemagne, la Grande-Bretagne, les Indes, les Pays-Bas, la Nouvelle Zélande et les États-Unis). Toutefois, durant ces premières années, des associations issues d'autres pays participent aux congrès du CII comme l'Australie, l'Italie, le Japon et l'Afrique de Sud. Son siège est alors installé à Londres. Bien que de nombreuses associations nationales souhaitent y adhérer, ce dernier est fortement influencé par les idées anglo-Vaméricaines.

UN MOUVEMENT POUR LES DROITS DES FEMMES

■ Avant le déclenchement de la Première Guerre mondiale, les activités du CII sont très liées au mouvement des suffragettes: « Le CII adresse ses félicitations les plus sincères et respectueuses aux femmes, et spécialement aux infirmières qualifiées,

dans les pays et les états dans lesquels on leur a reconnu les droits de citoyen. Ce conseil est convaincu qu'avoir le droit de vote donne aux femmes le pouvoir et la responsabilité, il en résultera une amélioration des normes qui encadrent le travail féminin et par voie de conséquence augmentera l'efficacité professionnelle des infirmières qualifiées »¹.

■ Une grande partie du travail accompli par le CII durant ses dix premières années d'existence est marquée par une volonté d'améliorer les conditions de travail des femmes et d'accroître leur influence politique tant au sein de chaque pays qu'à un niveau international [1]. Bien que nombre d'infirmières ne se considèrent pas comme des suffragettes, elles prennent conscience qu'en l'absence d'attribution d'une pleine citoyenneté et des droits qui y sont associés dans leur pays, elles continueront à se voir écartées des discussions relatives à l'amélioration des conditions de travail, qui seraient de facto confiées aux professionnels de santé de sexe masculin. Ainsi, le mouvement des femmes et celui visant à reformer l'exercice infirmier sont liés de manière inextricable.

■ Les premiers travaux du CII sont axés sur l'instauration d'un enregistrement obligatoire

Adresse e-mail :
media@icn.ch
(L. Williamson).

Les infirmières dans la Grande Guerre

pour les infirmières qualifiées ainsi que sur la formation. Cependant, à partir du congrès de Cologne organisé en 1912, le CII met l'accent sur la nécessité de « *construire une identité professionnelle partagée, une participation des femmes dans la politique et une formation professionnelle supérieure* » [1]. Agnes Karll, alors présidente de l'organisation, centre ses efforts en vue d'améliorer les conditions de travail et les salaires [2]. Le discours d'ouverture du Congrès de Cologne a pour thème "Les infirmières surmenées". De nos jours, le bien-être socio-économique des infirmières reste l'un des trois piliers du CII, et il s'agit d'un élément essentiel à l'amélioration des soins infirmiers mais aussi de la santé.

■ **Déjà en 1912**, des tensions politiques croissantes avaient empêché certains délégués de participer au congrès du CII organisé en Allemagne. Malgré cette situation, l'Américaine Annie Goodrich est élue quatrième présidente du CII (figure 1). En outre, des projets sont élaborés afin de préparer le congrès suivant qui se tient en 1915 à San Francisco.

LES ACTIVITÉS DU CII PERTURBÉES PAR LA GUERRE

■ **Lorsque la guerre éclate en Europe durant l'été 1914**, la présidente du CII Annie Goodrich est en visite à Londres. Alors qu'il était prévu qu'elle se rende dans d'autres pays d'Europe, elle est contrainte de retourner aux États-Unis. En novembre 1914, la secrétaire du CII, Lavinia Lloyd Dock, adresse une lettre aux présidentes des associations nationales infirmières. Elle insiste sur les effets de la guerre sur les infirmières et sur la pratiques des soins infirmiers tant en Europe qu'en Amérique du Nord. Peu de temps après, le CII commence à recevoir des lettres de ses membres et des associations infirmières affiliées, qui l'informent qu'en raison du conflit, il ne leur sera pas possible de participer au congrès de 1915 à San Francisco.

■ **C'est une épreuve pour cette organisation encore jeune** dont l'objectif essentiel vise à rassembler les infirmières du monde entier « *afin de procurer aux infirmières de toutes les nations un moyen de communiquer entre-elle et d'établir les conditions favorables à une hospitalité internationale* »². La guerre crée une partition des états dans deux camps opposés, et les infirmières se retrouvent ainsi des deux côtés du front. La position de neutralité adoptée par le CII [2] se trouve potentiellement menacée.



Figure 1. Annie Goodrich, Américaine présidente du CII (1912-1915).

■ **Des campagnes de recrutement massif d'infirmières sont lancées**, la plupart des recrutées sont bénévoles et non qualifiées. La guerre menace les travaux du CII dans le domaine de l'enregistrement des infirmières et de la formation. Les lois qui exigeaient l'enregistrement des infirmières qualifiées sont assouplies voire suspendues. Le mouvement transnational visant à promouvoir la professionnalisation se trouve considérablement affaibli [1]. Lavinia Dock déplore les effets négatifs de cette guerre sur les travaux acharnés menés par le CII depuis deux décennies et plus largement encore sur tous les acquis obtenus par le CII : « *Nous pouvons faire tout ce qui est en notre pouvoir pour sauvegarder notre union internationale face à cette folie destructrice stupide, face à la suspicion et à la haine qui touche la terre entière sous des appellations variées : patriotisme, honneur ; défense du pays. Nous n'avons pas renoncé à la neutralité, nous considérons chacun des belligérants comme responsable. Nous réitérons notre déclaration : nous avons désormais la preuve absolue que les hommes sont incapables de se gérer. Nous ne pouvons nourrir aucun espoir d'humanité excepté dans le réveil des femmes et dans le renforcement de l'idée internationale* » [3].

■ **Le congrès de 1915 qui devait se tenir à San Francisco est annulé et remplacé par une réunion de travail** destinée à élire la nouvelle présidente ainsi qu'un nouveau conseil d'administration du CII. Seules quatre déléguées étrangères peuvent participer à cette réunion :

NOTES

¹ Résolution du CII, 1909.

² Statuts du CII, 1900.

deux viennent de Grande-Bretagne, une des Pays-Bas et la dernière d'Australie.

■ **La Danoise Henny Tcherning est élue présidente lors du congrès de 1915.** Copenhague est la ville choisie pour accueillir le prochain congrès prévu en 1918. La formation infirmière est le sujet majeur de discussion lors du congrès. Ce thème ainsi que celui de la régulation de l'exercice, restent encore aujourd'hui des piliers essentiels de l'activité du CII. Comme le souligne la présidente Annie Goodrich à cette occasion : « *Nous ne devons pas prendre de repos tant que les institutions de formation et les établissements de soins n'auront pas ouvert leurs portes à nos membres* » [4].

DES PROFESSIONNELLES ENGAGÉES

■ **C'est également en 1915 qu'Edith Cavell est fusillée par les Allemands** après avoir aidé des prisonniers de guerre alliés à s'échapper. Infirmière britannique exerçant en Belgique, elle avait participé au congrès du CII de 1909 organisé à Londres. Elle y avait présenté le système de santé belge et la place des infirmières dans ce pays. Son exécution est largement médiatisée dans la presse et suscite une vague de sympathie qui souligne les dilemmes éthiques que continuent à affronter les infirmières encore aujourd'hui confrontées à des situations de guerre.

■ **Durant les deux années qui suivent, la guerre fait rage en Europe.** Les leaders du CII ne peuvent agir si ce n'est en apportant leur soutien à leurs collègues infirmières exerçant dans les pays ravagés par la guerre. En 1917, les États-Unis entrent en guerre et envoient 10 000 infirmières outre-Atlantique. La plupart d'entre elles sont bénévoles. De plus, 10 000 assistantes infirmières sont également recrutées. Lilian Wald, Annie Goodrich et Adelaide Nutting œuvrent afin d'accroître les compétences des infirmières bénévoles dans les écoles. Lorsque l'armée américaine ouvre sa propre école, des milliers de femmes posent leur candidature [5]. Cependant, la grande hétérogénéité de la formation infirmière dont elles ont bénéficié durant cette période de guerre suscite beaucoup de discussions au sein du CII. Le besoin de disposer d'une définition claire de l'infirmière se fait sentir, assortie de compétences explicites et d'un domaine de compétence. Ces préoccupations sont toujours d'actualité de nos jours alors que le rôle des infirmières ne cesse d'évoluer et de se modifier.

■ **Le congrès du CII qui devait se tenir en 1918 au Danemark est annulé.** Le mandat de présidence



Figure 2. Henny Tcherning, Danoise présidente du CII (1915-1922).

d'Henny Tcherning doit être prolongé. Alors que la guerre empêche le CII de mener à bien ses activités, les droits des femmes et le mouvement des suffragettes demeurent des questions essentielles pour nombre de leaders du CII à cette période. Comme le souligne I. avinia Dock, « *Sans le pouvoir que procure le droit de vote, l'inspiration de la conscience des femmes à nourrir le monde se trouve gâchée* » [6].

■ **La Première Guerre mondiale prend fin le 11 novembre 1918.** Les leaders du CII travaillent à rétablir les contacts avec les associations nationales infirmières et à faire renaître l'esprit de collaboration internationale entre tous les pays. Les relations entre l'Allemagne, la Grande-Bretagne et les États-Unis restent tendues. Nombreux sont ceux qui constatent alors que tout le travail accompli avant la guerre dans le but de rassembler l'ensemble de la communauté infirmière est à reprendre à son commencement. Les infirmières en Allemagne sont alors au chômage, connaissent la pauvreté et les privations. L'association allemande des infirmières accepte le soutien du CII [2].

■ **En 1920, l'association américaine des infirmières invite le comité exécutif du CII à se réunir à Atlanta.** Malheureusement, peu de délégués non américains peuvent assister à cette réunion. Seules trois Non-Américaines y participent : Jean Gunn, présidente de l'association des infirmières



Les infirmières dans la Grande Guerre

du Canada, Sophie Mannerheim, présidente de l'association des infirmières de Finlande et Charlotte Munck représentant le conseil des infirmières du Danemark (figure 2).

LA PROFESSION INFIRMIÈRE, UN ACTEUR CLÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE

■ **En 1918, une nouvelle tempête s'abat sur les infirmières** : l'épidémie de grippe espagnole, qui provoque la mort de plus de 20 millions de personnes dans le monde. De nombreuses infirmières sont victimes de cette épidémie qu'elles contractent en soignant les patients et qui sévit de 1918 à 1919. La dévastation qu'elle provoque crée un contexte qui met en exergue la contribution potentielle d'une force de travail infirmière à la résolution de problèmes de santé publique complexes. La guerre a aussi mis en évidence le caractère essentiel des infirmières au sein des services de santé militaires. Le conflit a entraîné une amélioration du statut des infirmières et généré une demande accrue en infirmières [7].

■ **En 1922, le CII est enfin en capacité de rassembler les infirmières dans le cadre d'une réunion du grand conseil du CII organisé à Copenhague.** Des représentantes issues de Belgique, du Danemark, de Finlande, de Grande-Bretagne, d'Irlande, d'Islande, des Indes, d'Italie, des Pays-Bas, de Norvège, d'Afrique du Sud et des États-Unis y participent. La baronne Sophie Mannerheim, de Finlande, est élue présidente. La Danoise Christiane Reinmann est, quant à elle, nommée secrétaire du CII. La migration des infirmières, les normes internationales encadrant la formation des infirmières ou la durée hebdomadaire du travail constituent les sujets qui alimentent les débats. Là aussi il s'agit de sujets qui figurent encore en tête de liste des ordres du jour des forums organisés par le CII dans le domaine des effectifs infirmiers.

Les points à retenir

- La Première Guerre mondiale a mis à mal les efforts déployés par le Conseil international des infirmières (CII) durant ses premières années d'existence.
- Si les congrès ont été annulés, les valeurs et les principes du CII ont toutefois été préservés pendant cette période difficile.
- L'après-guerre a donné au CII la possibilité d'œuvrer à nouveau pour défendre et promouvoir la profession infirmière.

■ **Un nuage noir continue toutefois de planer sur cette réunion.** Agnes Karll, présidente de l'association allemande des infirmières et ancienne présidente du CII, boycotte celle-ci pour protester contre les allégations proférées à l'encontre des infirmières allemandes accusées d'atrocités durant le conflit. Agnes Karll reste amère face à la situation de dévastation dans laquelle se trouvent son association nationale mais aussi son pays [1]. Le nationalisme demeure important, ce qui représente une menace pour l'unité des membres du CII.

■ **Cependant, les leaders du CII restent engagés dans la poursuite de l'idéal initial** : créer une "confédération de travailleurs œuvrant dans le but de procurer des soins plus efficaces aux malades et de garantir l'honneur et les intérêts de la profession infirmière" [2]. Henny Tscherning et Sophie Mannerheim avaient toutes deux travaillé sans répit durant la guerre pour maintenir vivant l'esprit international. La baronne Mannerheim « a prouvé qu'elle était un excellent leader capable de gérer la politique des infirmières dans la période d'après-guerre ». Elle a également assuré la pérennité du CII dans le champ de la santé au niveau international.

CONCLUSION

Alors que la Première Guerre mondiale a eu pour effet de remettre en cause les résultats obtenus par le CII avant le conflit, la dévastation qu'elle a provoquée a favorisé le développement des services de santé publique, plus spécifiquement dans le champ de la santé des enfants et dans le domaine de la tuberculose. Au décours de la guerre, les infirmières sont désormais perçues comme ayant un rôle central en matière de santé publique [2]. Au début des années trente, sept nouveaux pays rejoignent le CII : la Belgique, la Chine, les Indes, l'Italie, la Nouvelle-Zélande, la Norvège et l'Afrique du Sud.

À cette période, le CII se trouve sur le chemin qui le conduira à devenir ce qu'il est actuellement : l'organisation internationale de professionnels de santé la plus importante dans le monde, gérée par des infirmières et servant de guide pour les infirmières du monde entier. ■

RÉFÉRENCES

- [1] Soine AH. From Nursing Sisters to a Sisterhood of Nurses: German Nurses and Transnational Professionalization, 1836-1918. A dissertation submitted to the Faculty of the Graduate School of the University of Minnesota; 2009.
- [2] Boschma G, Stuart M. ICN During Wartimes : 1912-1947. *International Nursing Review* 1999;46:2.
- [3] Dock LL. Foreign Department: The International Congress. *American Journal of Nursing*;15(4):312.
- [4] Bridges DC. A History of the International Council of Nurses 1899-1964. Pitman Medical Publishing Company Ltd; 1967.
- [5] Cosner S. War Nurses. New York: Walker and Company; 1988, p.36
- [6] Le journal de Ethel Gordon Bedford Fenwick. In: Bridges DC. A History of the International Council of Nurses 1899-1964. London: Pitman Medical Publishing Company Ltd; 1967.
- [7] Thorne S. Where will we be at 100? Touchpoints, University of British Columbia; 2009.

Déclaration d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

profession

La Première Guerre mondiale et les infirmières françaises

MARGARET H. DARROW
Historienne
Dartmouth College, Hanover,
NH 03755, États-Unis

■ La Première Guerre mondiale a modifié la place des femmes dans la société française ■ Leur importante contribution ne peut être contestée dans de nombreux secteurs d'activité ■ Toutefois, le processus de professionnalisation n'est pas véritablement engagé et le niveau de formation apporté aux infirmières, pour la plupart bénévoles, est très sommaire ■ Les infirmières semblent encore davantage reconnues pour leur dévouement que pour leurs compétences.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – Croix-Rouge ; femme ; infirmière ; Première Guerre mondiale ; professionnalisation ; soin infirmier

The First World War and French nurses. The First World War changed the place of women in French society. The major contribution they made in numerous sectors of activity is indisputable. However, the process of professionalisation was not really undertaken and the level of training given to the nurses, most of whom were volunteers, was very sketchy. The nurses seemed to be appreciated as much for their dedication as for their skills.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – First World War; nurse; nursing; professionalisation; Red Cross; woman

« **Q**uand la nation tout entière est debout pour défendre le sol et le patrimoine de la France, les deux sexes ont un égal devoir avec des fonctions diverses; les hommes au combat, les femmes à l'ambulance. » [1] Telle est la déclaration d'un représentant de la Croix-Rouge en 1899. Il semble qu'en 1914, la nation tout entière se soit levée. Alors que les hommes reçoivent leur ordre de mobilisation, sont équipés de leurs uniformes et se mettent en marche, les femmes envahissent le ministère de la Guerre, le Service de santé des armées ainsi que les délégations de la Croix-Rouge dans le but d'exercer des fonctions d'infirmière.

Les femmes de France apportent leur contribution à la guerre de différentes manières : elles fabriquent des munitions, réalisent des activités de secrétariat dans les bureaux du ministère de la Guerre, organisent des collectes de fonds dans des œuvres de bienfaisance, et un nombre moins important risquent leur vie pour aider des soldats à éviter la capture par les Allemands. Mais c'est l'infirmière bénévole, telle qu'elle est représentée sur les affiches et les cartes postales, qui attire le plus l'attention du public. Comme l'écrit l'historien et militant Léon Abensour : « *Quiconque pense à la femme française de 1914 se représente une jeune infirmière drapée dans le voile blanc ou bleu, sémillante malgré la coiffe monastique où brille une croix de sang. La Croix-Rouge est, de l'activité immense des femmes*

françaises, l'aspect le plus connu, le plus populaire, disons mieux le seul populaire, le seul connu. » [2]

LE PRESTIGE DE L'INFIRMIÈRE DURANT LA GUERRE

■ **Ce prestige est nouveau, un produit de la guerre.** Avant celle-ci, les infirmières françaises luttent pour être reconnues comme des travailleurs qualifiés. Les soins infirmiers sont considérés comme une basse besogne ou une vocation religieuse, sans être intrinsèquement féminins. Les infirmiers des hôpitaux militaires sont des soldats recrutés au hasard. Alfred Mignon, chef du service de santé du secteur de Verdun pendant la guerre, déclare dans un rapport : « *Le service de santé avait oublié de constituer un corps robuste de sanitaires à joindre aux armées. Il s'était imaginé, avec son aveuglement volontaire des réalités, qu'un infirmier se créait sans apprentissage et grâce à une simple décision du commandant de recrutement* » [3]. En 1909, l'armée commence à former des infirmières afin de les affecter dans les hôpitaux militaires, toutefois on ne compte, en 1914, qu'une centaine de ces infirmières militaires.

■ **Dans les hôpitaux civils français, peu d'infirmières ont bénéficié d'une formation.** Certaines d'entre elles sont des religieuses, membre de congrégations telles que les Filles de la Charité

Adresse e-mail :
Margaret.h.darrow@dartmouth.edu
(M. H. Darrow).

Les infirmières dans la Grande Guerre



© Musée SSA Val-de-Grâce

Gare de triage de La Chapelle à Paris. Triage et soins aux blessés avant leur hospitalisation.

de Saint-Vincent-de-Paul, alors que d'autres sont issues de la classe ouvrière ou de la paysannerie. Ces deux catégories, religieuses et infirmières non formées, travaillent durant de longues heures et sont obligées, à l'instar des domestiques, de vivre au sein de l'hôpital sous une surveillance constante. Les infirmières laïques perçoivent un salaire très bas et quant aux religieuses, elles ne sont bien entendu pas rétribuées.

■ **La qualité des soins infirmiers en France devient de plus en plus préoccupante**, d'autant que la médecine progresse du fait de la découverte des germes. La décennie qui précède la guerre est marquée par l'émergence de la formation professionnelle infirmière à Paris au sein de l'Assistance Publique ainsi qu'à Bordeaux, dans l'école d'infirmière dirigée par Anna Hamilton. Ces deux institutions ont pour but d'introduire un nouveau profil d'infirmière hospitalière, formée, sensibilisée aux progrès scientifiques et dotée d'une solide expérience. Toutefois, ces efforts se heurtent à un concert d'oppositions venant, d'une part, des défenseurs des ordres religieux, et d'autre part, des médecins et des administrateurs hospitaliers. Ces derniers craignent que ces infirmières qualifiées ne défient l'autorité des médecins et refusent d'accomplir

des tâches subalternes telles que le nettoyage des locaux, la gestion des bassins ou les travaux de blanchisserie.

LES INFIRMIÈRES BÉNÉVOLES DE LA CROIX-ROUGE

■ **La Croix-Rouge joue un rôle ambigu en matière de professionnalisation des soins infirmiers.** D'un côté, elle n'assure pas la promotion des soins infirmiers en tant que carrière professionnelle et ne propose pas de verser des salaires. Les infirmières sont supposées être des dames de la bonne société réalisant du bénévolat afin d'exprimer leur patriotisme et non pour gagner leur vie. Par ailleurs, la Croix-Rouge insiste sur le fait que pour qu'un pays soit préparé à la guerre, il est nécessaire que les femmes soient formées à dispenser des soins infirmiers tout comme les hommes le sont au maniement des armes. Auguste Duchaussoy, fondateur de l'Association des dames françaises, tire un enseignement de la guerre de 1870 : « *On n'improvise pas plus les bonnes ambulancières que les bons soldats, et les inspirations du cœur ne suffisent pas pour remplacer les connaissances techniques.* » [4]. Dans leur manuel qui faisait la promotion de la formation proposée



© Musée SSVival-de-Grâce

Hôpital complémentaire n°21 à Compiègne (Oise). Traitement des plaies par méthode d'irrigation continue.

par la Croix-Rouge, les docteurs L. Arnaud et P. Bonnette, médecins-majors de l'Armée, distinguent à maintes reprises les infirmières des champs de bataille du passé (les cantinières), les sœurs de la Charité et les infirmières de la Croix-Rouge à présent nécessaires : « *charité préparée à l'avance par l'étude, par l'assistance aux pansements et aux opérations chirurgicales.* » [5]

■ **Afin de préparer les femmes à la défense nationale**, la Croix-Rouge met en œuvre des programmes de formation destinés à certifier des bénévoles afin de leur permettre de servir en cas de conflit. À en juger par les manuels publiés, cette formation comprend l'étude de l'anatomie, de la petite chirurgie, des pansements, de l'hygiène, de la pharmacologie ainsi que les soins aux malades. Malgré la fierté des Français vis-à-vis du travail de Louis Pasteur, la théorie des germes semble encore mal intégrée. Un manuel publié en 1906 à destination des ambulancières identifie les microbes comme des "agents infectieux" mais n'aborde pas les pratiques aseptiques ou encore antiseptiques. L'édition de 1914 d'un manuel destiné aux infirmières hospitalières consacre ses chapitres à l'hygiène, à l'aération et à l'alimentation adaptée plutôt qu'à la propreté [4,6]. En fait, avant la guerre, les médecins militaires s'attendent à ce que les blessures infligées par les armes modernes soient de petite taille et propres.

UNE MÉDIATISATION DE LA CONTRIBUTION INFIRMIÈRE

■ **Le déclenchement de la Première Guerre mondiale met immédiatement les infirmières sous les projecteurs.** La presse célèbre le courage et la dévotion des infirmières telles que sœur Gabrielle de Clermont en Argonne ou Madame Macherez de Soissons, qui restent au chevet des soldats blessés alors que des obus tombent autour d'elles, et font face calmement aux troupes allemandes d'invasion. La plus célèbre est certainement Julie de Gerbéviller, qui selon les journalistes, se serait interposée entre un soldat blessé et un officier allemand qui brandissait un pistolet et un poignard. Les articles de journaux présentent ces femmes comme des héroïnes témoignant de la force intérieure, de la charité et du patriotisme que l'on attend de tout Français. Plus encore, ces infirmières incarnent la civilisation française, dans la bataille, mais forte et assurée de sa victoire.

■ **Inspirées par ces histoires mais aussi par le désir ardent d'aider à la défense de leur pays**, les Françaises se précipitent au ministère de la Guerre et à la Croix-Rouge, proposant de transformer leur maison en service d'urgence, de dispenser les premiers soins sur les champs de bataille et de diriger et d'équiper des centres de convalescents pour



Les infirmières dans la Grande Guerre

accueillir les soldats blessés. Afin de répondre à ces demandes, émanant des femmes mais aussi de l'armée qui avait un besoin grandissant d'infirmières, la Croix-Rouge réduit la durée de ses cours à quelques semaines. Des centaines de nouvelles bénévoles reçoivent leur certificat. Peu formées, elles se trouvent ainsi plongées dans la pratique des soins infirmiers en temps de guerre.

LES SOINS INFIRMIERS EN SITUATION DE CONFLIT

■ **Ces nouvelles infirmières n'ont pas à soigner les petites blessures propres** sur lesquelles un pansement peut facilement être appliqué, comme on leur a enseigné, mais sont confrontées aux ravages des obus, à des blessures béantes et souillées, à la boue, au sang, aux infections et, au fur et mesure que la guerre avance, aux effets de la guerre de tranchées : "pied de tranchée" dû aux conditions de vie, (froid, humidité, manque d'hygiène...), gelures, dysenterie et typhus. Alfred Mignon donne cette description du travail quotidien des infirmières à Verdun : faire la toilette des patients, garder le service propre, distribuer le repas et les médicaments, préparer les instruments et les pansements pour les interventions chirurgicales, administrer l'anesthésie, superviser la cuisine, la lingerie et la blanchisserie. Plus important encore : « Elles [montent] des gardes de jour et de nuit. » [7]

■ **Le travail n'est pas moins intense dans les établissements situés en dehors de la zone des combats.** Une ancienne élève de l'école d'Anna Hamilton raconte à propos de son hôpital situé sur la Côte d'Azur : « Je fais toutes les anesthésies soit au chloroforme soit à l'éther. Nous avons eu jusqu'à vingt et une opérations; cela a été le record, par exemple, mais quinze à seize, c'est tout à fait courant. Nous faisons toute la stérilisation dans notre laboratoire, aussi combien de fois je suis encore debout à une heure du matin... Jamais je n'avais tant travaillé comme depuis la guerre. » [8]

UNE GUERRE USANTE

■ **Au début, le patriotisme, la compassion et le but visé animent les infirmières,** comme l'écrit Léonie Godfroy, titulaire d'un certificat de la Croix-Rouge obtenu avant la guerre : « J'avais souvent songé à la possibilité d'une guerre. Je m'étais préparée de mon mieux, avec toute l'assiduité voulue, à servir mon pays utilement dans cette redoutable conjoncture. J'avoue que, l'heure étant arrivée, j'allais au devoir avec une certaine allégresse. Une jeune fille, dans la vie

ordinaire, ce n'est rien, ou presque. Pour la première fois, j'allais être quelqu'un, j'allais avoir un rôle personnel à remplir, j'allais compter dans la société. » [9]

■ **Cependant, la guerre s'installant,** les semaines se transforment en mois et les mois en années, et la santé tant physique que mentale des infirmières se détériore. Jeanne Anthelme raconte : « On devait avoir l'âme solide ou encore une volonté de fer, pour ne pas fuir de pitié et d'horreur [...] À ce moment-là, il en mourrait plusieurs par jour [...] ça fend l'âme et de sentir son impuissance pour arrêter la destinée, c'est ça encore qui fait le plus mal. » [10]. Les journaux et les mémoires des infirmières révèlent des signes d'anxiété et de dépression mais aussi le doute concernant leur rôle dans cette guerre. Est-ce que leurs triomphes sur les blessures, les maladies et la mort conduiraient à la victoire ? Ou sauvent-elles leurs patients seulement pour les condamner à souffrir davantage par la suite ? Selon la fille de George Clemenceau : « Nous voyons souvent des hommes qui ont été blessés cinq et six fois ! Ah ! Éloigner, éloigner, l'affreuse vision qui voudrait s'imposer à moi... Ces chevaux de course espagnols, à terre dans le sang... Le valet de cirque s'approche, enfonce avec un bouchon de paille les entrailles échappées du flanc ouvert. Ah ! Les malheureuses bêtes ! Il les remet debout à coups de fourche pour les ramener au taureau dont il faut épuiser la fureur... Est-ce la même chose que nous faisons ? » [11]

■ **Dans la presse, des caricatures dépeignent les bénévoles de la Croix-Rouge** comme des dames de la haute société avides de loisirs et aimant se faire passer pour des anges de pitié, mais dédaignant les activités infirmières peu glorifiantes. Felix Lejars, médecin chef de l'hôpital militaire Villemin à Paris, critique âprement ces « élégantes de la première heure », dames de la haute société avec « leurs illusions mondaines » qui souhaitent être bénévoles dans son hôpital [12]. À l'instar de ceux qui, avant la guerre, s'opposaient à la formation professionnelle des infirmières, craignant que celle-ci ne les rende insoumises, Felix Lejars croit que ces femmes ne sont pas assez humbles, obéissantes et habituées au travail acharné pour faire des infirmières acceptables.

■ **À l'inverse, Alfred Mignon félicite la Croix-Rouge à Verdun.** Il trouve ses hôpitaux auxiliaires bien approvisionnés et bien gérés. Il qualifie les infirmières bénévoles avec lesquelles il travaille de diligentes, disciplinées et impliquées. Bien que leur formation soit perfectible, elles apprennent vite et leur courage ne faillit pas.

■ **Plus de 100 000 Françaises ont travaillé comme infirmières** dans les hôpitaux durant la guerre, la plupart à titre bénévole. Plus d'une

RÉFÉRENCES

- [1] Le Petit Parisien, 29 novembre 1899.
- [2] Abensour L. Les vaillantes; Héroïnes, martyres et remplaçantes. Paris: Librairie Chapelot; 1917, p. 85.
- [3] Mignon A. Le Service de santé pendant la guerre 1914-1918. 4 vols. Paris: Masson et cie.; 1926-27. I. 245.
- [4] Association des dames françaises (ADF), L'école des ambulancières et des garde-malades, 4th édition, Paris: ADF; 1906.
- [5] Amaid L, Bonnette P. Vaillance et dévouement: La femme sur le champ de bataille. Paris: Henri Charles-Lavauzelle; 1912, p. 71.
- [6] Union des Femmes de France, manuel de l'infirmière hospitalière 6^e édition (Paris: Masson et cie., 1914).
- [7] Mignon A. Le Service de santé pendant la guerre 1914-1918. 4 vol. Paris: Masson et cie.; 1926-27. IV, 206.
- [8] Hamilton A. Service des gardes-malades de la Maison de santé protestant de Bordeaux pendant la première année de la guerre. Revue philanthropique 1916: 370-1.
- [9] Godfroy L. Souvenirs d'ambulance et de captivité (Noyon à Holzminden). Paris: Librairie de "L'Éclair"; 1917, p. 149-50.
- [10] Antelme J. Avec l'armée d'orient. Notes d'une infirmière à Moudros. Paris: Emile-Paul frères; 1916, p. 15, 36.
- [11] Clemenceau Jacquemaire M. Les Hommes de bonne volonté. Paris: Calman-Lévy; 1919, p. 265-6.
- [12] Lejars F. Un Hôpital militaire à Paris pendant la guerre: Villemin, 1914-1919. Paris: Masson et cie.; 1923, p. 145.
- [13] Weiss L. Mémoires d'une européenne, 6 vol. Paris: Payot; 1968-80.
- [14] Knibiehler Y. Cornettes et blouses blanches; Les infirmières dans la société française. Paris: Hachette; 1984.
- [15] Schultheiss K. Bodies and Souls: Politics and the Professionalization of Nursing in France, 1880-1922. Harvard University Press; 2001.
- [16] Mignon A. Le Service de santé pendant la guerre 1914-1918. 4 vol. Paris: Masson et cie.; 1926-27. I. 299.

Déclaration d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

douzaine ont péri au front et plus de deux cent ont succombé aux maladies qu'elles ont contractées en service. Près d'un millier ont été décorées de la croix de guerre et plus de deux cents ont reçu les insignes de la Légion d'honneur.

RETOMBÉES APRÈS-GUERRE

Quel impact cette activité infirmière réalisée durant la guerre a-t-elle eu sur ces femmes et sur leur vie après la guerre ?

■ **Les infirmières exerçant dans les hôpitaux de l'arrière vivent le plus souvent à leur domicile avec leur famille.** Celles qui sont près du front, dont la plupart sont issues de la bourgeoisie, vivent leur première expérience de vie en dehors de leur famille. Les affectations dans les hôpitaux situés près du front ou dans les autochirs (unités chirurgicales mobiles) sont les plus exigeantes mais aussi les plus convoitées des postes infirmiers. Quelques infirmières accompagnent même le corps expéditionnaire français en Afrique du Nord, en Grèce ou encore sur le front de l'Est.

■ **Après la guerre, la plupart des bénévoles de la Croix-Rouge retournent à leur mode de vie bourgeois,** gérant leur maison et élevant leurs enfants. Leur service actif en temps de guerre fait partie de leur histoire familiale. Peu poursuivent une carrière d'infirmière professionnelle. Les infirmières militaires rémunérées, dès qu'elles sont démobilisées, trouvent souvent un emploi dans le domaine alors en pleine expansion de la santé publique, en qualité d'infirmière visiteuse.

■ **Mais d'autres femmes trouvent que leur expérience en temps de guerre** leur a procuré la confiance en soi nécessaire pour engager d'autres projets. Certaines, comme Léonie Godfroy et Jeanne Anthelme, publient leurs mémoires d'infirmière de guerre. D'autres, comme Louise Weiss, entrent dans la vie publique. Elle qui avait vingt et un ans en 1914 a été infirmière pendant toute la guerre puis a fait campagne pour la démocratie, la paix et le droit des femmes, se présentant même à la Chambre des Députés en 1936 [13].

Les points à retenir

- **Durant la Première Guerre mondiale,** les femmes ont vu leur rôle social se modifier.
- **La fonction de l'infirmière durant le conflit** a été valorisée par la société.
- **Toutefois, les caractéristiques de l'infirmière retenues par la population,** comme la dévotion, sont éloignées de celles d'une professionnelle qualifiée et compétente.

CONCLUSION

■ **Bien que la guerre ait donné à quelques femmes l'opportunité de s'épanouir et d'acquérir leur indépendance,** elle n'a pas permis d'élever le statut global de la profession infirmière. Le public acclame les infirmières de guerre pour leur patriotisme et leur dévotion, non pour leur expertise et leurs capacités. Les historiennes Yvonne Knibiehler et Katrin Schulteiss tirent la conclusion que la guerre a fait reculer les efforts visant à transformer les soins infirmiers en profession en France [14,15].

■ **Le flot de bénévoles** encourage la croyance selon laquelle une formation spécialisée n'est pas nécessaire et que dispenser des soins infirmiers renvoie simplement à un instinct féminin, redirigé du foyer familial vers la patrie. Quelques éloges des soins infirmiers en temps de guerre insinuent même qu'une formation fondée sur la science serait néfaste aux instincts féminins, produisant des infirmières froides et sans compassion. La contribution la plus marquée des infirmières, selon Alfred Mignon est : « *le baume infiniment consolant de leur cœur de femmes.* » [16]

■ **Malgré les espoirs et les plaidoyers tel que ceux d'Anna Hamilton,** la guerre n'a pas transformé les soins infirmiers en profession destinée aux femmes de la classe moyenne. Cependant, après la guerre, l'effet conjugué de l'épidémie de grippe espagnole, l'accroissement des cas de tuberculose, le nombre important d'anciens combattants en situation de handicap demandant des soins de longue durée ou la réduction du taux de natalité, conduisent les pouvoirs publics à faire de la santé une priorité et à renforcer la nécessité de disposer de personnel qualifié pour lutter contre ces fléaux. En 1922, la France crée enfin un diplôme d'État pour les infirmières. À première vue, le professionnalisme a triomphé, cependant le diplôme n'est pas encore obligatoire, même dans les hôpitaux publics, et posséder le diplôme n'est pas synonyme de promotion accélérée. D'ailleurs, le comité qui supervise le diplôme inclut des politiciens, des administrateurs d'hôpitaux et des médecins mais pas une seule infirmière.

■ **L'héritage ambigu de la Première Guerre mondiale aux soins infirmiers français** est gravé dans la pierre des monuments aux morts, comme celui de Charlieu, dans la Loire. Représentant une infirmière en uniforme qui tient dans ses bras un soldat mort, l'ensemble reproduit une *pietà*. Ce ne sont pas ses connaissances, ses capacités, son professionnalisme ni l'aide qu'elle a apportée à la défense nationale qui sont immortalisés, mais sa dévotion maternelle. ■