

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2007

N°66

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine Générale

par

Nicolas PREZELIN

Né le 18 avril 1974 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 21 décembre 2007

L'HOPITAL MILITAIRE BAUR À NANTES

Président : Monsieur le Professeur F. RESCHE

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur J. GUENEL

SOMMAIRE

Introduction	5
PREMIERE PARTIE : L'hôpital militaire Baur, un hôpital de circonstance	6
I- La Guerre de 1914-1918 en France, une époque tourmentée	7
II- Le Service de Santé français face à une nouvelle forme de guerre	11
III- L'échelon local nantais, une myriade d'hôpitaux	19
IV- La création de l'Hôpital Baur	22
DEUXIEME PARTIE : L'activité médico-chirurgicale	28
I- Les patients de l'Hôpital Baur	29
II- La chirurgie	35
III- Pathologies médicales	39
IV- La psychiatrie.....	43
V- La radiologie	49
VI- La rééducation fonctionnelle	52
TROISIEME PARTIE : Un centre de santé militaire au sein d'un hôpital civil	64
I- Un personnel mixte.....	65
II- Eléments de la vie quotidienne à Baur	68
III- Une autonomie limitée	70
Conclusion.....	75
Annexes	76

INTRODUCTION

L'une des conséquences de la Guerre de 1914-1918, conflit d'une violence extrême, est l'implication sans précédent du monde médical, tant son personnel que les établissements hospitaliers. Ces derniers se sont vite révélés insuffisants pour accueillir le nombre très élevé de blessés. La création de nouveaux hôpitaux s'est rapidement imposée comme une absolue nécessité en début de guerre.

Il en fut ainsi pour l'Hôpital militaire Baur, du nom d'un médecin militaire tué au combat. Cet établissement a été en service pendant les quatre années de guerre et au-delà, en étroite relation avec l'Hôpital Saint-Jacques de Nantes dans lequel il a été construit.

Si l'on tente de reconstituer l'histoire de l'Hôpital Baur, il faut au préalable s'intéresser au Service de Santé des Armées dans son ensemble. L'agencement du dispositif sanitaire ne s'est pas fait au hasard, bien que la violence et l'ampleur des combats ont considérablement modifié son fonctionnement.

A l'échelon local, l'Hôpital Baur fait partie d'un ensemble de formations sanitaires militaires interdépendantes, dont le commandement est centralisé sur Nantes. Baur se distingue des autres hôpitaux par ses multiples activités médicales et chirurgicales et par sa localisation au sein d'un établissement civil.

La Première Guerre Mondiale constitue donc un chapitre particulier de l'histoire de l'Hôpital Saint-Jacques, confronté à la présence permanente et prolongée de militaires dans son enceinte.

Les documents ayant permis la réalisation de ce travail, sont pour la plupart de nature militaire. Il s'agit de comptes-rendus, de notes de pratique hospitalière, de registres de statistiques et de rares témoignages. Ils nous éclairent sur une période historique partiellement reconstituée mais riche en enseignements.

PREMIERE PARTIE

L'HOPITAL MILITAIRE BAUR, UN HOPITAL DE CIRCONSTANCE

La connaissance du contexte historique de l'Hôpital militaire complémentaire Baur est un préalable nécessaire. En effet, son fonctionnement, son organisation et son existence même sont étroitement liés aux événements de la Première Guerre Mondiale, à une échelle certes modeste, mais révélatrice d'un Système de Santé des Armées qui a réussi à s'adapter aux différentes phases du conflit.

I LA GUERRE DE 1914-1918 EN FRANCE, UNE EPOQUE TOURMENTEE

A LES DIFFERENTES PHASES DE LA GRANDE GUERRE

Ce conflit sans précédent, de par l'étendue des champs de bataille et le nombre de nations concernées, découle des prétentions territoriales de chacun des belligérants, en particulier, pour la France, l'humiliante perte de l'Alsace-Lorraine lors de la guerre de 1870. Un jeu subtil des alliances diplomatiques aboutit à la création de deux blocs : la Triple Alliance (Allemagne, Empire austro-hongrois, Italie) opposée à la Triple Entente (France, Grande-Bretagne, Russie) à la fin du XIXème siècle.

La guerre semble inévitable et le prétexte qui « met le feu aux poudres » coïncide avec l'assassinat de l'archiduc François Ferdinand, héritier du trône de l'Autriche-Hongrie, à Sarajevo le 28 juin 1914. A partir de cet événement, l'escalade des tensions se poursuit et la France entre en guerre le 3 août, après avoir décrété la mobilisation générale dans un contexte de quasi-unanimité politique.

1) 1914, les premières offensives

Les états-majors respectifs avaient soigneusement planifié les opérations militaires et compté sur une guerre courte et efficace. L'Allemagne prend l'avantage lors des premiers jours de campagne, par un débordement des armées françaises consistant en une invasion imprévue par la Belgique et non par l'Est. Les premières pertes sont considérables et le désastre semble imminent, puisque les troupes allemandes arrivent début septembre à proximité de Paris.

Début alors en septembre la contre-offensive des armées françaises et anglaises, la bataille de la Marne, conduite par le Commandant en Chef des Armées françaises, le Général Joffre. Elle aboutit à la stabilisation du front grâce à l'envoi massif de troupes par les « taxis de la Marne ».

L'année 1914 s'achève par « la Course à la mer », une tentative mutuelle de débordement de l'adversaire, en remontant rapidement vers la Manche.

2) 1915, le début de la guerre de position

Un vaste front s'est donc constitué des côtes de Belgique jusqu'aux Vosges sur plus de 600 kilomètres. Chaque armée a établi un réseau dense de tranchées dans lesquelles les combattants se font face, parfois à quelques dizaines de mètres de distance. Cette conformation du front inaugure la guerre de position qui perdurera presque jusqu'à la fin du conflit.

Le quotidien des Poilus se traduit par des conditions de vie très difficiles : climat rude, conditions d'hygiène déplorables, tirs d'artillerie fréquents avec risque permanent de mort ou de blessure grave.

Quelques offensives vont cependant avoir lieu pour percer les lignes allemandes et reconquérir des régions peuplées et riches sur un plan économique. Il s'agit des batailles de Champagne en mai et d'Artois du 25 septembre au 6 octobre, qui se soldent par des pertes effroyables avec 349.000 morts pour le seul camp français, pour quelques kilomètres de terrain âprement gagnés.

3) 1916, « l'enfer de Verdun »

Cette année est marquée par l'emblématique bataille de Verdun déclenchée sur ordre du général en chef des armées allemandes, le général Von Falkenhayn le 21 février 1916. Cette bataille se manifeste au préalable par le recul des soldats français. Puis de terribles combats permettent de sauver le secteur de Verdun, grâce à l'impulsion du général Pétain. Les opérations ne s'achèvent que fin décembre.

Dans un autre secteur du front, débute en juillet la bataille de la Somme conjointement décidée par les Alliés franco-britanniques. Cette offensive aboutit à un effroyable carnage pour un maigre résultat stratégique, soit la perte de 900.000 hommes dans les deux camps.

4) 1917, la désillusion

Le général Nivelle récemment nommé à la tête des armées françaises entreprend de briser l'étau allemand par une offensive qu'il croit déterminante. Elle a lieu en avril dans le secteur du Chemin des Dames (Aisne et Champagne) mais aboutit à un grave échec.

La désillusion après deux années d'offensives inutiles sape le moral des troupes et des mutineries se déclenchent. Nivelle est remplacé par Pétain et peu à peu la confiance réintègre le camp français, d'autant que les Etats-Unis sont à leur tour entrés en guerre aux côtés des Alliés.

5) 1918, de la reprise de la guerre de mouvement à l'Armistice

Sur le plan politique, la crise de l'année 1917 est à l'origine du retour de Georges Clemenceau comme Président du Conseil et son arrivée au pouvoir permettra de conduire la France et ses alliés à la victoire.

Cependant, grâce à l'effondrement du front russe, les armées allemandes récupèrent des divisions qui sont affectées au front franco-belge. Le 21 mars 1918, le général allemand Ludendorff déclenche une offensive efficace sur un vaste territoire. Une brèche est ainsi créée dans les lignes alliées permettant l'avancée rapide des troupes allemandes jusqu'aux portes de Paris.

Le nouveau général en chef Foch obtient le commandement unique des armées conjointes, y compris américaine (jusqu'à deux millions de soldats américains fin 1918). Il peut ainsi enrayer la progression allemande. Bénéficiant de la supériorité numérique, d'armes nouvelles (les chars notamment) et d'un approvisionnement continu en carburant, les Alliés repoussent les troupes allemandes et l'Armistice est signé dans la clairière de Rethondes le 11 novembre 1918.

6) Un bilan dramatique

Sur le plan démographique, les pertes sont considérables : les français ont perdu 1.400.000 des leurs (tués au combat et disparus). On recense 3 millions de blessés dont 750.000 invalides et 200.000 mutilés¹. Cette guerre laissera des traces durables dans la pyramide des âges puisque 1,7 millions de naissances n'auront pas lieu².

Aucune couche sociale n'a été épargnée mais ce sont les populations rurales qui ont été les plus éprouvées. On déplore également un lourd tribut intellectuel : la moitié des instituteurs mobilisés ont été tués au combat.

Le bouleversement moral est d'envergure : les femmes connaissent un début d'émancipation en assumant les responsabilités tant familiales que professionnelles de leurs maris mobilisés.

Sur le plan géopolitique enfin, les décisions des vainqueurs sont vouées à l'échec. Tout en souhaitant que cette guerre soit la « Der des Der », mais en imposant de sévères sanctions à l'Allemagne, elles conduiront en partie à semer les germes du conflit suivant.

¹ Ce chiffre est très difficile à établir puisque les données statistiques varient considérablement suivant la source. Le nombre de mutilés varie entre 200.000 et 2.000.000.

² G.DUBY, Histoire de la France des origines à nos jours, Larousse Bordas, 1997, p.820.

B NANTES PENDANT LA GUERRE

Bien que très éloignée du front, Nantes va vivre à l'heure du conflit dès la mobilisation générale, dans un esprit d'enthousiasme mesuré. On assiste à une véritable fourmilière de soldats provenant des unités de la région et transitant par Nantes et son réseau ferré.

La ville va accueillir également de nombreux réfugiés tant français qu'étrangers³ qu'il faut nourrir et loger, ainsi que des troupes alliées d'abord anglaises, russes puis américaines à partir de 1917.

Devant cet afflux de blessés du front et de réfugiés, la solidarité s'organise et se traduit par de multiples œuvres de bienfaisance et d'offres de locaux.

Tandis que l'économie locale se reconvertit en économie de guerre en fournissant du matériel militaire, les conditions de vie des civils se dégradent avec une raréfaction des moyens de chauffage et une flambée des prix des denrées usuelles. Les approvisionnements sont devenus difficiles par voie maritime, l'Allemagne ayant en effet conduit une guerre sous-marine à outrance. Aussi la municipalité utilise des moyens appropriés pour répondre à la pénurie, en employant des mesures de rationnement et en stockant bois, farine et aliments.

A mesure que les années passent avec leur lot d'offensives stériles, on assiste à une évolution de l'état d'esprit des civils. Le doute s'est installé, relayé par les rumeurs de désertions voire de mutineries. Les clivages politiques réapparaissent, mettant fin à l'Union Sacrée du début de la guerre⁴.

L'arrivée des Américains, facilitée par l'organisation portuaire de la Basse Loire s'accompagne d'une adaptation des infrastructures nantaises et de ses environs : bases pour accueillir les troupes, amélioration du réseau ferré et du port, mise à disposition d'entrepôts pour stocker le matériel militaire, aménagement d'hôpitaux spécifiquement américains comme l'hôpital auxiliaire n°3 au Grand Séminaire. Moins nombreux qu'à Saint-Nazaire, les soldats américains atteignent le nombre de 6 000 en 1918 et 9 000 en 1919.⁵

Les derniers soubresauts de la guerre sont proches avec l'Armistice du 11 novembre mais l'épreuve de la grippe espagnole atteint la population nantaise. On déplore 472 décès jusqu'en 1919.

³ 61.000 ont été pris en charge par les services de la Préfecture de la Loire Inférieure dont 30.000 ont résidé à Nantes.

⁴ LEROUX Emilienne, *Histoire d'une ville et de ses habitants, Nantes de 1914 à 1939*, Editions ACL, 1984.

⁵ NOUAILHAT Yves-Henri, *Les Américains à Nantes et Saint-Nazaire, 1917-1919*, Ed Les Belles Lettres, Paris, 1972.

II LE SERVICE DE SANTE FRANÇAIS FACE A UNE NOUVELLE FORME DE GUERRE

L'hôpital militaire Baur appartient à un vaste dispositif couvrant l'ensemble du territoire français, afin d'accueillir, soigner puis si possible réhabiliter le nombre considérable de soldats blessés. Cependant, le conflit que l'on espérait court et efficace, engendre un tel afflux d'hommes à soigner, que le service de santé a été rapidement saturé en ce début de guerre.

A EVOLUTION GENERALE DU SERVICE DE SANTE

Lors du précédent conflit, la guerre franco prussienne de 1870, il n'y avait aucune structure capable d'assurer à grande échelle la prise en charge des blessés ; le corps médical voyait ses capacités entravées par la pesanteur administrative. C'est alors que deux décrets publiés en 1892 et 1910 ont abouti à une meilleure répartition du personnel soignant et à la création de moyens d'évacuation principaux, les ambulances. La formation médicale s'améliore avec la création à Lyon d'une Ecole de Santé des Armées et un meilleur encadrement des médecins conscrits⁶.

1) Les premières offensives (1914-1915)

La guerre débute alors que le Service de Santé des Armées est en pleine restructuration. Le matériel promis n'est pas encore disponible et les médecins, en particulier les chirurgiens, n'ont pas été répartis de manière efficace et équitable sur la zone du front.

La guerre idéologique décidée dans les états-majors mène à une grave désillusion quant à l'attitude à adopter vis-à-vis des blessés. En effet, le mot d'ordre général en ce début de campagne est l'évacuation rapide et massive des soldats sans évaluation préalable de la gravité de la blessure. On croit en effet, et heureusement de manière transitoire, à la théorie de « la balle humanitaire ». La guerre moderne, selon certains, se manifesterait par une volonté de neutraliser l'adversaire, sans le tuer, en visant efficacement. La balle ainsi tirée n'occasionnerait que peu de dommages, juste assez pour mettre hors de combat le soldat.

On pensait également que la vélocité du projectile réduisait le risque de contamination de la lésion. On pouvait donc s'autoriser à ne faire qu'un pansement provisoire avant d'envoyer le blessé à l'arrière. « Emballer et évacuer » sont les instructions laissées aux brancardiers et médecins des premières lignes.

⁶ FOURNIER Jean-Pierre, *Histoire du Service de Santé militaire français pendant la Guerre 1914-1918*, thèse d'Histoire, Montpellier, 1996.

Contrairement aux guerres précédentes, la prépondérance de l'artillerie révèle le caractère particulièrement pénétrant des éclats d'obus et la multiple localisation des plaies. La part des blessures liée aux éclats d'obus représente 55,91% contre 11,65% pour celles par balles, lors de la guerre de position. La proportion reste sensiblement la même lors des phases de guerre de mouvement : 53,96% pour les plaies par éclats d'obus et 14,70% pour celles par balles.⁷ L'artillerie reste très dangereuse pour les soldats en mouvement ou pour ceux qui sont retranchés. On notera la part importante de pathologies diverses non liées à des blessures. Elles représentent entre 21 et 24% des causes d'évacuation du front. Ces pathologies sont représentées à l'Hôpital Baur comme nous le verrons plus tard.

Quant à l'évacuation proprement dite, elle se fait dans des conditions éprouvantes. Les blessés sont difficilement localisés sur le champ de bataille. La pénurie des moyens de transport se fait cruellement sentir. On improvise des trains sanitaires inadaptés dont les suspensions déficientes augmentent encore les souffrances ; le chauffage quand il fonctionne est mal régulé ; l'éclairage insuffisant ne permet pas de juger efficacement de l'évolution de l'état de santé. Les médecins y sont en nombre insuffisant ; d'ailleurs, la surveillance incombe souvent à un infirmier en charge d'un nombre important de malades. Enfin, la lenteur des convois de l'ordre de 30 à 40 kilomètres/heure allonge le temps d'acheminement des blessés de plusieurs jours lorsqu'ils sont transportés loin de la zone de combat.

Par ailleurs, il faut souligner le déficit de renseignements adressés au service de santé : les offensives sont connues tardivement et toute décision relève du commandement militaire privant ainsi le personnel soignant d'autonomie et de prise d'initiative.

Le nombre de 10 490 médecins au début de la guerre, dont 1 495 appartiennent au cadre actif et 8 995 au cadre auxiliaire, sera vite jugé insuffisant.

Concernant les hôpitaux disponibles, le Service de Santé prévoyait un potentiel national de 300.000 lits en période de guerre. La réalité sera autre avec un nombre de 260.102 lits disponibles pour 1 987 hôpitaux le 2 août à la veille de l'entrée en guerre. La situation s'aggrave par la suite avec la perte des territoires envahis par les troupes allemandes, d'où un abandon de 64.298 lits lors des premiers mois du conflit.⁸

Tous ces facteurs humains, techniques, idéologiques ont contribué à alourdir significativement les pertes en vies humaines.

⁷ Médecin Général Inspecteur TOUBERT, *Etude et statistiques des pertes subies par les français pendant la Guerre de 14-18*, Editions Lavauzelle, Paris, 1920.

⁸ OLIER François, *Répertoire général des formations hospitalières de la zone de l'intérieur (1914-1918)*, Brest, 2003, p.4 et 5.

2) La stabilisation du front (1916-1917)

Avec la guerre de position, la répartition en formations sanitaires s'organise mieux et permet de faire face, sauf lors des grandes batailles comme celle de Verdun, où l'implacable puissance de feu adverse augmente considérablement le nombre de blessés. De plus, en dépit de l'aménagement d'hôpitaux de campagne, les **H.O.E. (Hôpitaux, Opération, Evacuation)**⁹, proches de la zone du front, le triage insuffisant des blessés provoque régulièrement un embouteillage de la chaîne d'évacuation.

Cette période se caractérise cependant par de notables progrès techniques. De petites unités radiologiques automobiles, grâce notamment au dévouement de Marie Curie, permettent la localisation des projectiles non loin du front. Des unités mobiles chirurgicales appelées **ambulances chirurgicales automobiles** permettent de traiter au plus proche les blessés lourds.

A l'arrière, dès le début de la guerre, les zones sanitaires se sont organisées en utilisant les établissements militaires déjà existants, et en affectant à l'armée une part des lits des autres hôpitaux. Sous l'impulsion des sociétés civiles de bienfaisance et de la solidarité générale, divers locaux comme les écoles sont mis à la disposition des troupes. On atteint le 31 juillet 1915 le chiffre de 505.367 lits pour 5 018 hôpitaux.¹⁰

3) La fin des hostilités (1917-1918)

D'ores et déjà, une réelle amélioration est à noter dans la communication entre le Service de Santé et les différents états-majors des corps d'armées, notamment grâce à la création de l'inspectorat de l'armée. Ainsi, des médecins régulateurs sont appelés à participer à l'organisation des différents moyens d'évacuation des blessés en prévision et au cours des offensives.

Le progrès le plus marquant réside dans le triage efficace des blessés en amont de la chaîne d'évacuation. Les cas les plus sérieux sont opérés non loin du front dans les ambulances chirurgicales de l'Avant, à contre-courant de la doctrine de l'évacuation généralisée du début de guerre. Quant aux soldats transportables, ils sont évacués jusqu'aux H.O.E. puis dans des hôpitaux secondaires éloignés du front pour leur convalescence.

De plus, le Service de Santé ne connaît pas de débordement cette fois-ci, lors des dernières offensives allemandes ; les HOE ont été sagement doublés et davantage de trains sanitaires ont été mis à la disposition des troupes.

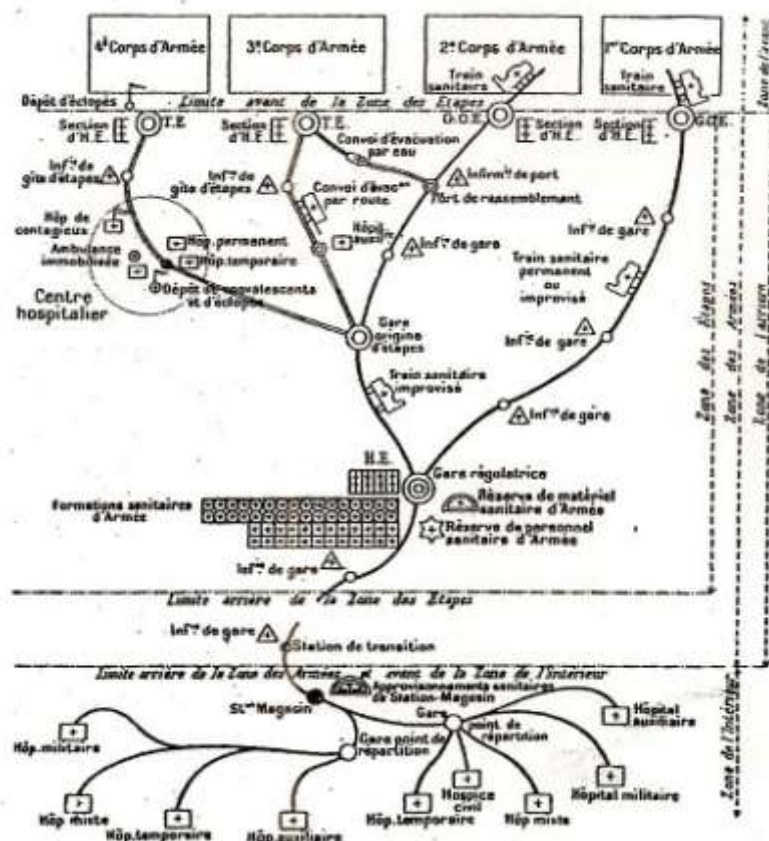
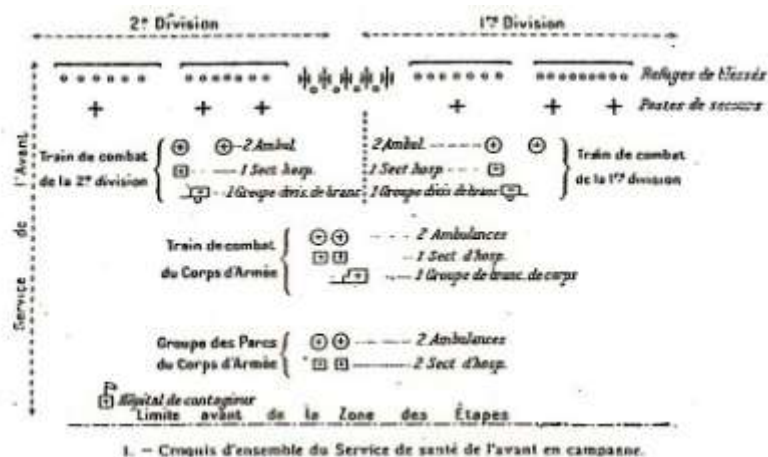
Parallèlement, les hôpitaux de l'arrière s'organisent efficacement voire se spécialisent pour certains : centres de dermatologie vénérologie, de traitement des gazés, de psychiatrie comme nous le verrons pour l'Hôpital Baur, de restauration faciale pour les nombreux blessés de la face qu'on appellera sobrement les « Gueules Cassées ».

⁹ Egalement appelés Hôpitaux d'origine d'étapes

¹⁰ OLIER François, *Répertoire général des formations hospitalières de la zone de l'intérieur (1914-1918)*, Brest, 2003, p.16.

B LE SERVICE DE SANTE EN CAMPAGNE

Avant de parvenir aux hôpitaux de l'Arrière, le blessé doit effectuer un long parcours depuis le champ de bataille jusqu'au lieu de soins et de convalescence. Ce parcours n'est pas systématique mais permet de comprendre l'organisation des différentes zones militaires qui sont au nombre de trois : la zone de l'Avant, la zone des Etapes et la zone de l'Intérieur.



Le service de santé des Armées en campagne¹¹

¹¹ GALTIER-BOISSIERE Emile, *Larousse médical illustré de guerre*, Paris, 1917.

1) La zone de l'Avant

Cette première zone s'étend du champ de bataille jusqu'à plusieurs kilomètres en arrière, où elle est délimitée par une ligne virtuelle qui annonce la zone des Etapes.

De nombreuses œuvres littéraires ont dépeint le **front**, cet ample terrain où s'affrontent directement les belligérants, ne ressemblant plus au paysage originel, car sans cesse remodelé par les tirs d'artillerie, réorganisé en un dense réseau de galeries et de tranchées communicant entre elles. Elles sont séparées du champ de bataille par plusieurs lignes de barbelés. Clément DESBOS, médecin auxiliaire envoyé au front, en fait cette description à sa famille en 1915 : « *...aspect de désolation du terrain situé entre les deux tranchées française et allemande. Les arbres sont nus, déchiquetés, le terrain est labouré par les obus et l'on ne voit qu'un chaos de fils de fer barbelés tordus par les balles et les obus. A 100 mètres, on voit une vague traînée blanchâtre...c'est la tranchée allemande.* »¹²

C'est là qu'intervient le premier maillon de la chaîne d'évacuation : le **refuge**. Il s'agit le plus souvent d'un abri, conçu souvent de façon rudimentaire suivant la conformation du terrain ou de la tranchée dont il dépend, et proche d'une centaine de mètres de la ligne de front. Y sont affectés des brancardiers, un infirmier et parfois un médecin. Les blessés qui peuvent se déplacer y affluent en portant quelque fois un camarade. Les brancardiers vont chercher les soldats qui ne peuvent bouger sur le terrain, lors des courtes accalmies dans les échanges d'artillerie. Les premiers soins sont donnés avec asepsie des plaies au moyen du badigeonnage par la teinture d'iode, confection de pansements, voire immobilisation d'une fracture.

Il existe ensuite un **poste de secours régimentaire** à 1000 ou 2000 mètres des premières tranchées. De taille plus importante, il est dirigé par un médecin major qui effectue un premier triage, au moyen d'une fiche médicale préalablement remplie et fixée au poignet du malade. Cette sélection des blessés est nécessaire car elle permet l'évacuation des blessés jugés sérieux.

Des **postes chirurgicaux avancés** en petit nombre permettent aux chirurgiens d'opérer non loin de la ligne de feu dans des abris aménagés solidement.

Les **ambulances** regroupées dans les sections sanitaires automobiles, permettent alors de vérifier les pansements ou de les faire en cas d'afflux massif, voire d'opérer sur place pour les cas les plus sérieux quand elles sont équipées en la matière. C'est le cas de l'auto-chirurgie Marcille du nom de son inventeur à partir de 1916. Constituée de plusieurs baraques démontables, elle autorise la pratique d'interventions d'extrême urgence comme les amputations, ligatures de gros vaisseaux...Aux salles d'opération, on ajoute une salle de stérilisation et de radiologie. Bien que mobiles dans la zone des Armées, elles ne servent pas directement au transport des blessés. Ceux-ci sont évacués vers les hôpitaux de campagne par les **automobiles**.

¹² FOURNEL Claire et MUZELLE Stéphane, *Un Médecin au Front de 1914 à 1918 ou l'incroyable destin*, Editions Alan Sutton, 2000, p.33.

Il existe au niveau de la zone de l'Avant, des **HOE de 1ère catégorie**, constructions provisoires constituées de baraques et tentes. Ils peuvent recevoir 200 blessés assis ou 84 couchés. Tout malade est examiné soigneusement et son état est consigné sur une carte d'observation qui sera mise à jour régulièrement et qui l'accompagnera dans tous ses déplacements. Cette disposition permet un tri plus efficace car basé sur des critères médicaux précis. Les blessés les plus graves y sont opérés ; les balles lorsqu'elles sont facilement repérables y sont extraites. Les plaies sont explorées et pansées et le malade reçoit une injection de sérum antitétanique. Les autres soldats sont évacués en aval.

2) La zone des Etapes

Il s'agit d'un vaste carrefour regroupant des **HOE de 2ème catégorie** pouvant servir d'hôpitaux de débordement en cas d'afflux considérable de blessés, voire d'hôpitaux de proximité en cas de recul de la ligne de front. Dans cette zone, on trouve également des sections sanitaires plus modestes comme les **dépôts d'éclopés et de convalescents** où sont dispensés des soins pour les cas bénins. Il existe aussi des hôpitaux plus spécialisés comme les **hôpitaux de contagieux** pour limiter le risque infectieux.

Tous les moyens de transport disponibles pour compléter la chaîne d'évacuation sont employés : convois d'évacuation par route et quelquefois par eau. Le train est cependant le mode principal de déplacement. On distingue des **trains sanitaires provisoires et permanents** pouvant emporter 400 à 800 soldats. Les trains permanents sont la forme la plus aboutie alliant confort et efficacité, avec intercirculation entre les wagons permettant la surveillance des malades. Ils sont également dotés de salles d'opération et de pansement.¹³

Les convois partent de la **gare d'origine d'étapes** pour aboutir à une **gare régulatrice** servant à répartir les blessés en fonction des différentes régions militaires. Le trajet étant très variable, entre quelques dizaines et plusieurs centaines de kilomètres, et en raison de la lenteur des convois, le train sanitaire peut s'arrêter en route dans des **infirmières de gare** où sont déposés certains blessés graves et instables.

Cette zone des Etapes n'a pas de limites géographiques clairement définies et peut être très variable en superficie. La zone de l'Avant et la zone des Etapes se dénomment également zone des Armées.

Au-delà, commence la zone de l'Intérieur.

¹³ FOURNIER JP, *Histoire du Service de Santé militaire français pendant la Guerre 1914-1918*, thèse d'histoire, Montpellier, 1996.

3) La zone de l'Intérieur

Appelée également zone de l'Arrière, elle couvre l'ensemble du territoire français en dehors de la zone de l'Avant et de la zone des Etapes et débute au-delà de la gare régulatrice. Arrivé à destination, le train sanitaire dépose les nombreux blessés dans la **gare point de répartition** qui sera nécessaire au tri vers les différents hôpitaux urbains disponibles.

Le nombre d'hôpitaux est fonction de la taille de la ville d'arrivée. On distingue ¹⁴:

- **Hôpitaux permanents** pouvant être militaires exclusivement, civils ou mixtes.
- **Hôpitaux temporaires** qui n'ont été créés que pour les besoins de la guerre. Dans cette catégorie, on retient la classification suivante :
 - **Hôpitaux complémentaires** de nature militaire donc administrés par des militaires. C'est le cas de l'Hôpital Baur.
 - **Hôpitaux auxiliaires** : ils sont gérés par les sociétés civiles d'assistance de la Croix Rouge Française : la Société de Secours aux Blessés Militaires, l'Union des Femmes de France et l'Association des Dames françaises.
 - **Hôpitaux bénévoles** administrés grâce à des initiatives privées.
 - **Dépôts de convalescents** appelés aussi **hôpitaux-dépôts** qui reçoivent systématiquement tous les militaires sortant des formations sanitaires. Ils ont plusieurs fonctions : diriger vers leurs unités les soldats susceptibles de reprendre du service, administrer des soins spéciaux, proposer des congés de convalescence de longue durée, proposer pour la réforme ou la retraite les soldats définitivement inaptes, jusqu'en mars 1916 où des **centres spéciaux de réforme** les ont supplantés¹⁵.

¹⁴OLIER François, *Répertoire général des formations hospitalières de la zone de l'intérieur (1914-1918)*, Brest, 2003

¹⁵ Ibidem, p.11.

Le temps de parcours est variable en fonction de la destination, mais peut prendre au moins deux jours, voire beaucoup plus, en cas d'embouteillage des voies de chemin de fer. Concernant la ville de Nantes, quelques chiffres établis en août 1918, juste après l'offensive allemande, font état du temps d'acheminement des blessés. Sur 1 634 évacués, 30,84% sont parvenus en moins de 3 jours sur Nantes, 35,62% le sont en moins de 4 jours et 33,54% en 4 jours et plus¹⁶. Moins d'un tiers des soldats évacués sont parvenus rapidement à leur destination malgré une infrastructure efficace en cette fin de guerre.

Cette chaîne d'évacuation complexe fonctionne de la sorte idéalement quand les conditions militaires s'y prêtent. Elle rend compte des grandes difficultés de convoyage tant dans le sens du front vers l'Arrière pour les blessés, qu'inversement pour faire « remonter » les unités disponibles vers la zone de l'Avant.

Nous prendrons l'exemple authentique du soldat N appartenant au 29^e Régiment d'Infanterie de l'Armée de Terre. Il est blessé à Domfront dans l'Oise le 10 juin 1918 lors d'une attaque allemande avec emploi de gaz moutarde. Il présente un tableau clinique de bronchite et conjonctivite appelé aussi Ypérite¹⁷. Il est évacué probablement en plusieurs temps vers la gare d'origine d'étapes, peut-être Compiègne la plus proche ou Beauvais. Nous ne savons pas dans quels hôpitaux il aura transité mais on peut reconstituer son trajet.

En région parisienne, le train arrive au Bourget à la gare régulatrice de la 11^{ème} région militaire celle de Nantes.¹⁸

Par la suite, il est transporté jusqu'à la ligne de chemin de fer Paris Orléans pour être transféré dans un train sanitaire jusqu'à Nantes à la gare point de répartition (ancienne gare d'Orléans). De là, une ambulance conduit le soldat N à l'Hôpital Baur où il est admis le 13 juin. Il en sortira le 9 juillet 1918 pour un congé de convalescence d'un mois. Il lui aura donc fallu parcourir près de 500 kilomètres en trois jours.

¹⁶ Archives de l'Hôpital militaire du Val de Grâce, Carton 17.

¹⁷ L'Ypérite désigne conjointement le nom du gaz moutarde et par extension l'affection dont il est responsable.

¹⁸ Archives du Service Historique de l'Armée de Terre, Série 16N2691 : Cahier n°9, 7.

III L'ECHELON LOCAL NANTAIS, UNE MYRIADE D'HOPITAUX.

Nantes, comme de nombreuses villes françaises à distance du front, a accueilli un nombre considérable de blessés pendant les quatre années de conflit et au-delà. Elle dispose au début de la guerre d'un potentiel de 1 000 lits concentrés sur deux hôpitaux civils, l'Hôtel-Dieu et l'hôpital Saint-Jacques, ainsi qu'un tout nouvel hôpital militaire, l'Hôpital des Armées Broussais. Ces capacités d'accueil seront vite dépassées et il faudra créer dans les mois de la guerre jusqu'à 17 hôpitaux supplémentaires.

A ORGANISATION REGIONALE

Sur le plan militaire, la France était divisée en 21 régions de corps d'armées. Le Service de Santé respecte cette subdivision. Dépendant à l'origine du Ministère de la Guerre, il acquiert une plus grande autonomie avec le sous-secrétariat du service de santé créé en 1915 et dont Justin GODART fut le principal représentant. Ce sous-secrétariat a pour tâche d'organiser le service de santé à l'échelon régional.



Organisation militaire de la France en 1914

Nantes était le chef-lieu de la 11^{ème} région regroupant la Loire Inférieure, la Vendée, le Morbihan, le Finistère. Dans chaque département, les nombreux hôpitaux dépendaient de la direction régionale située à Nantes.

Le directeur régional, souvent un médecin inspecteur et chirurgien de formation, devait créer des zones hospitalières dirigées pour chacune par un chirurgien chef de service. Il était habilité à la réquisition d'hôtels, écoles, établissements divers et devait tenir informé Paris du nombre de lits disponibles tous les cinq jours au début de la guerre. Il nommait les médecins des commissions statuant sur les congés de convalescence et celles chargées de la réforme. Le directeur et le plus souvent son adjoint effectuaient aussi de nombreuses visites des formations sanitaires qu'ils inspectaient. On y réglait les problèmes d'ordre administratif et on pouvait aussi procéder aux interventions chirurgicales délicates.

B L'HOPITAL DES ARMEES BROUSSAIS, LA PIECE CENTRALE DU DISPOSITIF



Le 10 septembre 1874, est signée une convention entre l'administration militaire et la ville de Nantes, qui précise que les Hospices civils sont tenus de mettre à la disposition des armées un nombre de lits égal à 5% de l'effectif des troupes (3 500 hommes à l'époque).¹⁹ Des salles doivent être cédées aux militaires de la garnison ou à d'autres soldats, évacués dans la région. Le chauffage, la nourriture et le matériel nécessaire aux soins étaient fournis par les hospices avec comme contre partie un remboursement des frais. Le personnel était militaire.

Plusieurs événements vont modifier ces dispositions. En 1908, le rattachement à la ville de Nantes de deux communes, Chantenay et Doulon a pour conséquence une augmentation de 30.000 habitants, susceptibles d'être hospitalisés aux Hospices civils. De plus, la création en 1909 d'un régiment d'artillerie porte à plus de 200 le nombre de lits à mettre à disposition des armées.

La Commission administrative des Hospices dénonce alors la précédente convention. Après de multiples discussions, la ville de Nantes propose à l'Armée d'acquérir l'ancien Pensionnat des Frères de Ploërmel, vendu en 1906 et situé Rue de la Gare à Doulon: « *cette propriété sera cédée à l'autorité militaire dans l'état où elle se trouve et elle sera affectée à la construction d'un hôpital militaire de manière que l'Hôtel-Dieu et les hôpitaux civils soient complètement dégagés de toute obligation se référant aux malades militaires.* »²⁰

¹⁹ GUILLET N., *Du Pensionnat des Frères de Ploërmel à l'Hôpital Broussais – Un lieu de Doulon*, les Portes, 1994.

²⁰ **Archives municipales** : dossier Hôpital Broussais H2, carton 17.

Commencés en 1911, les travaux se prolongent jusqu'en 1914 et l'inauguration de l'Hôpital Broussais a lieu le 1^{er} juillet, un peu plus d'un mois avant la déclaration de guerre. On y trouve un service de chirurgie avec plusieurs salles d'opérations, un service de médecine générale, un service de spécialités médicales, un service de radiologie, une pharmacie, un laboratoire de bactériologie. Sa capacité d'accueil varie entre 320 et 500 lits mais la construction d'une vingtaine de baraquements porte le nombre à 1 550 lits lors d'afflux importants de blessés.

De nombreux chirurgiens et médecins militaires y ont exercé leur talent. Certains d'entre eux ont été par la suite affectés à Baur comme le Médecin Major de 2^{nde} classe CHEVRIER, chirurgien ou le Médecin Aide-Major de 2^{nde} classe LOISELEUR, radiologue (se reporter à l'annexe 2 pour connaître l'équivalence des grades entre Armée de Terre et Service de Santé).

L'Hôpital des Armées Broussais occupait donc une place importante dans le dispositif nantais, de par le nombre de lits disponibles, la qualité de ses médecins et la présence de services de spécialités médicales. Son activité a continué bien au-delà de la Guerre de 1914-18, jusqu'en 1984, date de sa fermeture après 70 années de fonctionnement.

C LES AUTRES HOPITAUX NANTAIS

Nous aborderons brièvement la liste des autres formations sanitaires que l'on pourrait qualifier de second ordre. Chacune de ces formations correspond en fait à un ou plusieurs bâtiments, situés dans différents quartiers nantais et administrés par du personnel militaire ou civil. Y sont rattachées des formations annexes situées à Nantes et dans d'autres villes du département mais dépendantes sur le plan administratif. Ces hôpitaux se sont ouverts progressivement en fonction des besoins des armées.

Il est difficile de connaître avec précision le nombre de lits d'hôpitaux sur la ville de Nantes, on l'estime entre 5 000 et 6 000 répartis en 11 hôpitaux complémentaires dont 3 hôpitaux-dépôts de convalescents, 6 hôpitaux auxiliaires²¹. (On peut se référer à l'annexe 1 pour connaître la liste complète). Les formations sanitaires devaient contenir au moins 20 lits sous peine d'être fermées par la suite.

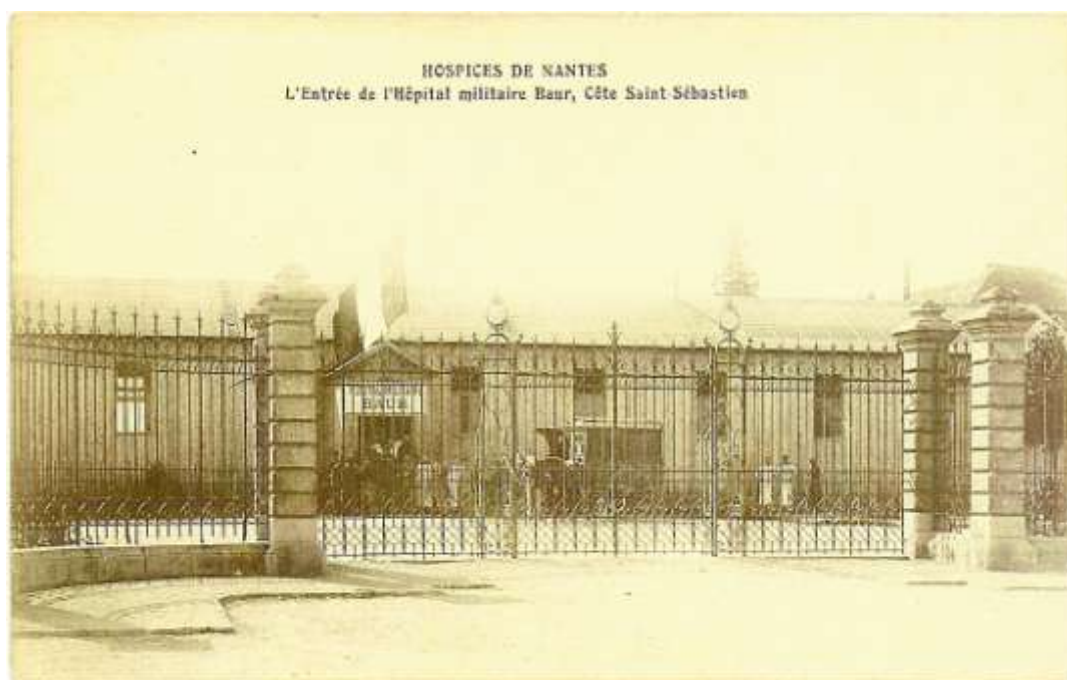
Un certain degré de spécialisation s'observe pour certains hôpitaux. Par exemple, l'Hôpital complémentaire 31 situé au 2, rue St Clément dans le bâtiment « La Philosophie » était le centre de référence pour le traitement de la syphilis. L'Hôpital-Dépôt de convalescents n°1 situé au 10, rue Leloup dans les salons Mauduit, spécialisé dans la réhabilitation des militaires mutilés est devenu le Centre principal pour la Réforme et le Centre prothétique de la 11^{ème} région. Les soldats blessés pouvaient passer d'un hôpital à l'autre en fonction de la nature et de la durée des soins et de la convalescence.

Certains hôpitaux nantais et leurs annexes ont été maintenus en service quelques mois après la fin de la guerre comme nous le verrons par la suite pour l'Hôpital Baur. D'autres ont été créés tels le Château de la Placelière et ses dépendances à Château-Thébaud, converti en 1919 en centre de rééducation professionnelle agricole pour les soldats gazés et tuberculeux.

²¹ Archives de l'Hôpital militaire du Val de Grâce : cartons 182 et 184.

IV LA CREATION DE L'HOPITAL BAUR

La construction d'un hôpital militaire complémentaire dans le parc de l'hôpital Saint-Jacques n'était sans doute pas prévue à la veille de la déclaration de guerre. Malgré l'ouverture de l'Hôpital Broussais et la mise à disposition de nombreux lits civils, l'hécatombe des mois d'août et septembre 1914 imposait une réorganisation des formations sanitaires pour faire face à l'ampleur du désastre.



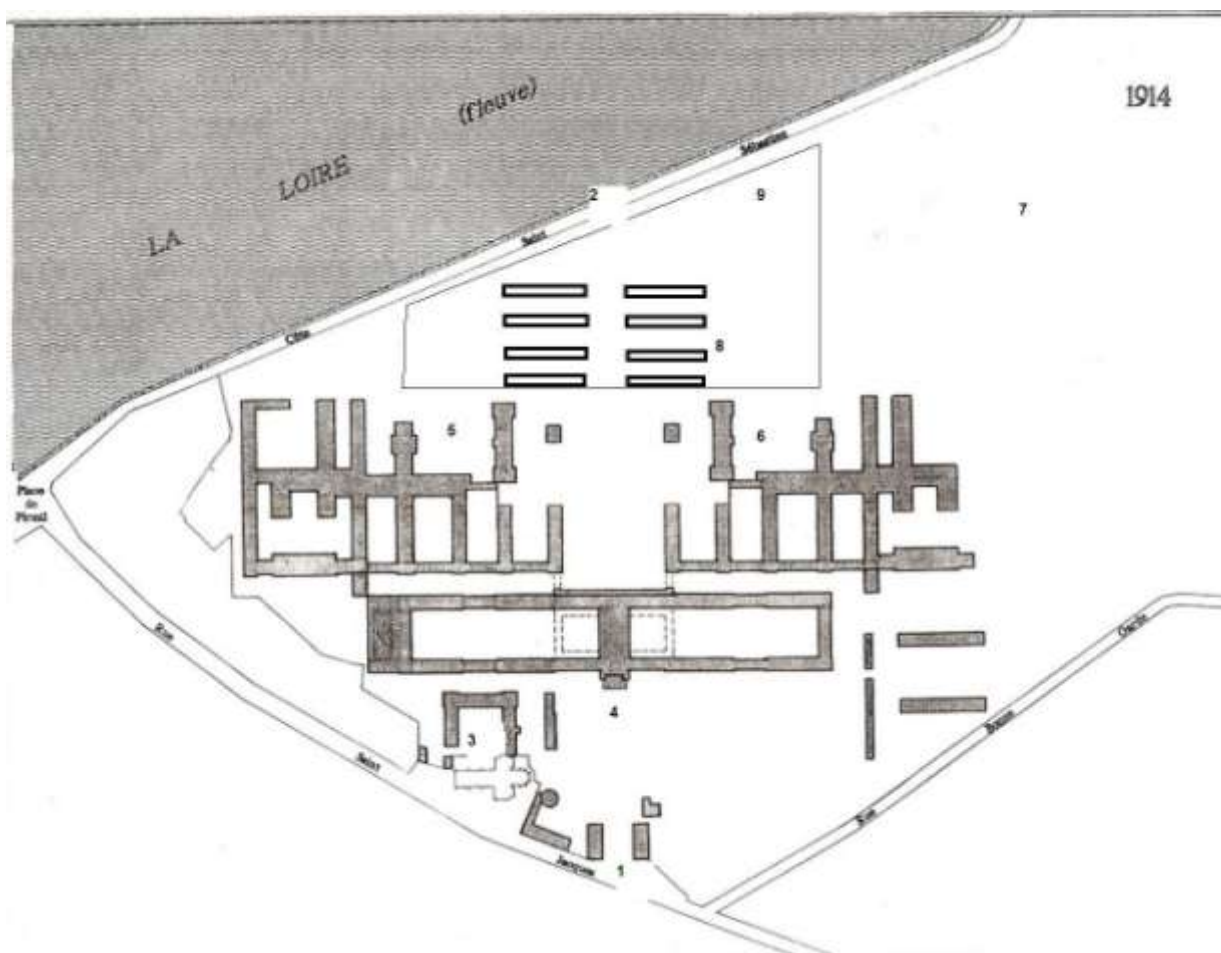
A DE DEBUT AOUT A FIN OCTOBRE 1914, LA CONSTRUCTION D'UN HOPITAL MILITAIRE

Si l'on se réfère aux archives des délibérations de la Commission Administrative des Hospices civils nantais (les hospices regroupent l'Hôtel-Dieu, l'Hôpital Saint-Jacques et l'Hôpital de Chantenay), on peut remarquer la prévoyance des administrateurs, puisqu'à la date du 12 août, est proposée à l'Autorité militaire une réserve de 220 lits à l'Hôtel-Dieu et environ 400 à l'Hôpital Saint-Jacques, avec la possibilité d'édifier des baraquements sur les terrains disponibles.

D'ailleurs, la Commission écrit au Préfet le 22 août qu'elle pourrait « *sur les terrains de l'Hospice Général (Saint-Jacques) autoriser l'établissement de baraquements où nous pourrions assurer, moyennant un prix de journée à fixer, la nourriture, le blanchissage et l'éclairage des contagieux militaires ; l'Autorité Militaire se chargeant de pourvoir au service médical infirmier et de garde. La construction de ces baraquements que l'Autorité*

*militaire aurait à exécuter elle-même, pouvant demander un certain temps, il y aurait lieu de s'en préoccuper dès maintenant. »*²²

L'offensive allemande de la Marne précipite les projets et chaque directeur régional est instamment prié, le 8 septembre, de prévoir l'extension des établissements hospitaliers à l'aide de baraques, à faire construire sur place ou de procéder à la réquisition de locaux à proximité.



- 1 : Entrée rue Saint-Jacques
- 2 : Entrée Côte Saint-Sébastien
- 3 : Bâtiment La Providence
- 4 : Hôpital Saint-Jacques initial et chapelle
- 5 : Quartier psychiatrique des femmes
- 6 : Quartier psychiatrique des hommes
- 7 : Emplacement de la ferme
- 8 : Baraques Adrian de l'Hôpital Baur
- 9 : Emplacement des locaux de rééducation fonctionnelle

Plan de l'Hôpital Saint-Jacques en 1914

²² Archives départementales : série H, dépôt 3, H 66.

La construction de l'Hôpital Baur va durer environ un mois et demi, dans le parc de Saint-Jacques sur le site de la Côte Saint-Sébastien, situé entre la grille d'entrée face à la Loire et les bâtiments hospitaliers de l'époque.

Les travaux sont confiés au Génie sous la direction du Lieutenant-Colonel KAUFFMANN, chef du Génie et 3 entrepreneurs nantais, OUVRARD, BEUCHET et PERDIEL.

L'inauguration de l'Hôpital militaire complémentaire numéro 57, baptisé Hôpital Baur, a lieu le jeudi 29 octobre 1914 en présence du Général GOESTCHY commandant la 11^{ème} région militaire, du Préfet de Loire Inférieure, du maire Paul BELLAMY, du directeur du Service de Santé de la 11^{ème} région le Médecin Inspecteur FOURNIER et de M. FOUCAULT, président de la Commission Administrative des Hospices Civils. Le *Télégramme des Provinces de l'Ouest* nous relate l'évènement : « Jeudi à 15 heures a eu lieu l'inauguration de l'Hôpital militaire Baur, construit à l'Hospice Général Saint-Jacques. Cet hôpital très bien aménagé est destiné à recevoir nos blessés. Il se compose de baraquements en bois formant huit grands pavillons. Rien ne manque à cet hôpital installé avec tout le confort moderne. Nous avons admiré les deux salles d'opération, la salle de pansement, de stérilisation et les vastes cuisines. La salle de pharmacie a droit à une mention spéciale. L'hôpital contient 320 lits complets et fait le plus grand honneur aux personnes dévouées qui l'ont construit. »²³

Deux jours plus tard, les 8 premiers blessés arrivent à l'Hôpital Baur. Le lendemain, l'activité débute réellement avec 62 nouveaux blessés.

B LA VIE DU MEDECIN PRINCIPAL VICTOR BAUR

François, Xavier, Victor BAUR est né le 10 septembre 1857 à Berrwiller dans le Haut-Rhin.²⁴ Il se destine à une carrière médicale en intégrant la faculté de médecine de Nancy. Il entre à l'Ecole du Service de Santé du Val de Grâce en 1878 où il obtient le grade de Médecin Aide-Major de 2^{nde} classe.

Après avoir servi dans différents hôpitaux de la région parisienne (Versailles, Rambouillet), Victor BAUR va effectuer une grande partie de sa carrière militaire dans les colonies françaises : Tunisie de 1883 à 1886, Tonkin de 1891 à 1894, Algérie de 1897 à 1900, Maroc de 1912 à 1914 où on lui confie la direction de l'hôpital de Casablanca.

Lorsque la guerre éclate en Europe, il est Médecin Principal de 1^{ère} classe (l'équivalent de Colonel) avec de nombreuses décorations militaires à son actif : Chevalier puis Officier de la Légion d'Honneur, médailles coloniales du Tonkin.

²³ **Archives municipales** : périodiques : *Le Télégramme des Provinces de l'Ouest*, du 30/10/14.

²⁴ MARTY Pierre, Notice biographique de Victor BAUR.



Victor BAUR est nommé médecin divisionnaire de la 1^{ère} Division de Marche du Maroc. Peu de temps avant la bataille de la Marne, il est blessé à la cuisse le 28 août 1914 mais conserve ses fonctions pour pouvoir organiser l'évacuation des blessés. Le 6 septembre, à Mondement au sud des marais de Saint-Gond, il est mortellement blessé par un éclat d'obus quelques jours avant d'atteindre l'âge de 57 ans. Après l'Armistice, il fut inhumé à Colmar. Il laisse une épouse et un fils qui deviendra lui aussi Médecin Principal de 1^{ère} classe.

Au Journal Officiel du 13 avril 1918, une citation sur Victor BAUR est publiée :
*« Médecin-Chef de service divisionnaire d'une haute valeur morale. A donné à tous le plus bel exemple d'énergie, de courage, de dévouement dans l'accomplissement de son devoir, refusant de se laisser évacuer pour organiser personnellement malgré sa blessure les évacuations des hommes de sa division. Tombé au Champ d'Honneur le 6 septembre 1914 au Combat de Mondement. »*²⁵

On pourrait s'étonner du choix du nom de Victor BAUR, pour une formation sanitaire complémentaire de moindre importance. Médecin alsacien ayant effectué l'essentiel de sa carrière dans les colonies françaises, il n'avait pas à notre connaissance de rapport avec Nantes. Bien que nous n'ayons pas retrouvé de documents pour répondre à cette question, on peut formuler plusieurs hypothèses.

Sur le plan administratif, il fallait pouvoir distinguer l'Hôpital Saint-Jacques de cet hôpital militaire accueilli dans son enceinte. L'appellation « d'hôpital complémentaire 57 » n'était pas d'un usage aisé. De plus, en ce début de guerre où l'issue aurait pu être fatale à l'Armée française, l'utilisation du nom d'un officier prestigieux et médecin de surcroît, tué au combat avait une valeur symbolique forte. Pour finir, si l'on examine le dossier militaire du Médecin-chef de l'hôpital Baur, le docteur HAUEUR, on remarque qu'il a également servi longtemps dans les troupes coloniales et notamment au Tonkin en même temps que Victor BAUR.²⁶ HAUEUR a peut-être joué un rôle dans l'attribution du nom d'un éventuel collègue militaire.

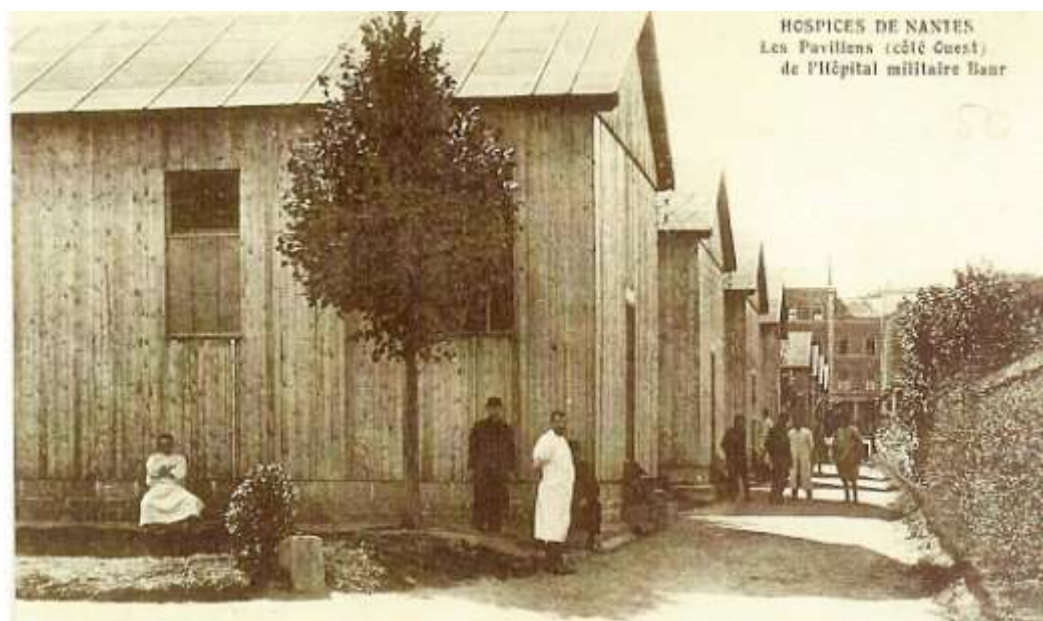
²⁵ *Le Livre d'Or des Médecins morts pour la Patrie*, Hommage du corps médical français, Ed Masson et Cie, Paris.

²⁶ **Archives du Service Historique de l'Armée de Terre** : dossiers militaires de Victor BAUR et Jean-Baptiste HAUEUR.

C DESCRIPTION DU SITE DE LA COTE SAINT SEBASTIEN

A la demande du sous-secrétariat du Service de Santé (circulaire datée du 19 juillet 1916), un rapport d'activité est demandé à chacune des formations sanitaires de Nantes. Concernant l'hôpital Baur, le Médecin Chef HAUEUR nous en fait la description suivante.²⁷

«L'établissement se compose d'un ensemble de huit pavillons identiquement semblables, divisés chacun en deux compartiments égaux constituant les salles de malades et reliées entre eux par un couloir central unique qui les traverse. Au centre, entre les pavillons n°5 et 6, les services généraux ont été installés comprenant des salles pour les opérations, pour les pansements, l'examen des malades, les bains, un dépôt pour la lingerie, un petit magasin pour les vêtements et le réfectoire des infirmiers.



Toutes les constructions qu'on a dû surélever proportionnellement à la déclivité du sol sont en bois de sapin : doubles parois, cloisons, plafonds, planchers, toiture. Cette dernière, primitivement recouverte de papier goudronné sablé, a dû être remplacée par une couverture en ardoises. De nombreuses fenêtres munies de stores à l'américaine distribuent la lumière. L'aération et la ventilation sont assurées par des vasistas s'ouvrant à bascule, surmontant les fenêtres ainsi que les portes ménagées à l'extrémité de chaque salle.

On accède aux salles par le couloir central...à l'extrémité de chaque salle, côté cour est réservé un compartiment...pouvant contenir 4 lits servant de casernement pour les infirmiers.

En principe, les 4 premiers pavillons n°1 à n°4 sont destinés aux blessés, les 4 derniers le sont pour les fiévreux. »

Ces pavillons correspondent en fait aux baraques *Adrian*, modèle économique et standardisé de baraquement hospitalier.

²⁷ Archives de l'Hôpital militaire du Val de Grâce, Carton 182.

Le nombre maximum de lits est fixé à 52 par pavillon. Ces capacités d'accueil sont vite dépassées au printemps 1918 avec la reprise des offensives. Il faudra donc installer 3 tentes *Bessonneau* de 12 mètres sur 6, à proximité du pavillon n°8, pouvant recevoir chacune 20 blessés et quelques tentes *Tortoise*.

Concernant le matériel et l'équipement des salles, le rapport précise : « *le mobilier des salles de malades comprend des lits en bois, des tables de nuit, des chaises en paille. Les lits de forme pliante sont à fond de toile, garnis d'un traversin et d'un matelas de varech, de deux couvertures laine et coton. Les salles d'opération au nombre de deux sont pourvues du matériel et de l'appareil instrumental nécessaires pour pouvoir entreprendre les grandes interventions. Elles prennent le jour par des fenêtres à vasistas analogues à celles des salles et par une large baie vitrée fixe occupant toute la largeur du panneau extérieur. L'éclairage artificiel est produit à la fois par l'électricité et par le gaz. Le chauffage a lieu à l'aide de radiateurs à gaz. Le sol cimenté a une pente ménagée vers une bouche d'égout pour l'écoulement des liquides. Une salle de stérilisation avec l'outillage nécessaire habituel se trouve placée entre les deux salles d'opération.* »



A ces baraquements, il fallait ajouter un pavillon de 35 lits de l'Hôpital Saint-Jacques situé dans la section des aliénés hommes et réservé aux soldats ayant une pathologie psychiatrique. Au total, l'hôpital Baur pouvait accueillir jusqu'à 500 blessés ou malades en cas d'afflux massif.

Ainsi, en quelques mois, grâce à de remarquables facultés d'anticipation et d'adaptation, les hôpitaux nantais militaires et civils étaient prêts à faire face à l'impitoyable tragédie de ces quatre années de guerre. Un vaste dispositif sanitaire s'est progressivement constitué au sein duquel l'Hôpital Baur a eu un rôle de premier ordre en tant qu'établissement moderne et polyvalent.

DEUXIEME PARTIE

L'ACTIVITE MEDICO-CHIRURGICALE

Moins de deux mois après la déclaration de guerre, l'Hôpital Baur accueille ses premiers malades et blessés. Son activité a évolué à mesure que la guerre se prolongeait. D'abord hôpital de garnison à vocation principalement chirurgicale, la direction régionale du Service de Santé lui a confié par la suite d'autres missions plus spécifiques : la psychiatrie et la rééducation fonctionnelle.

I LES PATIENTS DE L'HOPITAL BAUR

Dès la déclaration de guerre, Raymond Poincaré, le Président de la République en décrétant l'état de siège, impose l'interdiction de publier des informations autres que celles communiquées par les états-majors, dont notamment l'effectif des blessés, tués ou prisonniers.²⁸ Ces données ont été classifiées par l'Autorité militaire et ont été longtemps tenues au secret.

Actuellement, nous avons à notre disposition deux documents pour étudier la population de l'Hôpital Baur. Le premier document est le rapport du Médecin-chef HAUEUR sur l'activité médicochirurgicale de la période allant de novembre 1914 à septembre 1916. Il contient plusieurs tableaux précis sur le mouvement général mensuel des patients, les entrées et les sorties. Ces deux années de guerre sont assez représentatives de l'ensemble du conflit.

Bien que moins détaillé, le Registre de la Statistique²⁹, fait état des nombreuses pathologies de l'époque au moyen d'un compte-rendu quotidien des entrées et sorties des malades de 1914 à 1919.



Un groupe de blessés militaires

²⁸ TROCHU X., 1914- 1918, *La Grande Guerre*, Collection Les Dossiers de la Mémoire, Editions CMD, Montreuil- Bellay, 1999.

²⁹ Archives du Service des Archives Médicales Hospitalières des Armées.

A PROVENANCE DES MALADES ET BLESSES

En tant qu'hôpital de garnison, l'Hôpital Baur a pour fonction de soigner tous les soldats de la place de Nantes et de ses environs. Le registre établi de 1914 à 1919 par les médecins de Baur reçoit l'inscription successive de tous les malades et blessés, dans leur ordre d'admission, avec précision de leur corps d'affectation, de leur grade et de la durée du séjour hospitalier.³⁰

On retrouve des blessés venant des unités diverses affectées à Nantes : des unités de l'Armée d'Active comme le 65^{ème} régiment d'Infanterie (RI), le 51^{ème} d'Artillerie, le 3^{ème} Dragon, le 11^{ème} Train des Equipages..., des régiments de l'Armée de Réserve comme le 265^{ème} RI, le 91^{ème} RI et des unités de l'Armée Territoriale comme le 81^{ème} RI.

Des troupes coloniales y ont séjourné lorsque les autres hôpitaux étaient saturés : soldats tirailleurs sénégalais et marocains. Des prisonniers allemands ont également été hospitalisés dans le quartier des malades mentaux.

L'Hôpital Baur n'a accueilli que des soldats ou des sous-officiers.

Ainsi, on dénombre 13.442 entrées en 4 ans et 9 mois d'activité. Le premier soldat est le caporal R du 86^{ème} régiment d'infanterie entré le 31 octobre 1914. Le dernier patient est un soldat allemand, le soldat S du 474^{ème} régiment d'infanterie de Réserve Allemande qui sortira de Baur le 31 juillet 1919.

B ANALYSE DES ENTREES

Le premier tableau de HAUEUR permet de connaître la provenance des militaires évacués : front, autres hôpitaux ou dépôts de convalescents.

De plus, on distingue trois catégories de soldats évacués : les blessés, les malades et les contagieux. Dans la catégorie «malades» se trouvent tous les militaires souffrant d'une autre pathologie que la blessure de guerre ou la pathologie infectieuse.

Ainsi sur 6 322 entrées du 1^{er} novembre 1914 au 31 août 1916, la provenance est la suivante :

- **dépôts** : 87,12 % (5 508 soldats)
- **front** : 7 % (443 soldats)
- **autres hôpitaux** : 5,87 % (371 soldats)

Quant à la répartition en fonction du motif d'hospitalisation, on distingue :

- **blessés** : 41,51% des évacués,

³⁰ Archives départementales : série H dépôt 3, F234 à 236.

- **malades** : 56,15%,
- **contagieux** : 2,34%.

On peut en tirer plusieurs enseignements.

La part de soldats venant directement du front semble faible car à partir d'avril 1915 et jusqu'en septembre 1916, on n'enregistre plus d'entrées de militaires évacués directement du champ de bataille. Cependant, ce nombre ne tient pas compte des militaires qui ont été initialement adressés dans d'autres hôpitaux puis dans les dépôts de convalescents, avant d'être transférés à Baur pour des soins plus spécifiques. L'influence du champ de bataille est très minimisée dans ces statistiques.

Au moins jusqu'en 1916, un grand nombre des patients viennent des dépôts. Il s'agit pour la plupart de soldats de la garnison qui nécessitent des soins médicaux et/ou chirurgicaux nécessaires qu'on ne peut donner ailleurs. Les autres sont des militaires évacués du front et hospitalisés secondairement sur Baur.

Il est intéressant de remarquer qu'il y a peu de pathologies infectieuses jusqu'en septembre 1916. Nous verrons par la suite que cette situation a évolué avec plusieurs épidémies comme la grippe espagnole ou la fièvre typhoïde.

La part de blessés est importante. En dehors des lésions dues aux combats, les blessures proviennent surtout d'accidents de travail dans les nombreuses usines militaires de la région et d'accidents liés aux déplacements pour les soldats de la garnison ou les soldats en permission (on déplorait notamment de nombreux accidents de tramway à l'époque).

C ANALYSE DES SORTIES

Dans ce tableau, HAUEUR distingue cinq situations différentes pour les 6 107 sorties recensées pendant deux ans.

- la **guérison** : 74,06%
- l'**évacuation** : 10,31%
- le **congé** : 5,53%
- la **réforme** : 8,55%
- le **décès** : 1,54%

La guérison semble évidente, il s'agit des soldats qui sont réaffectés dans leur unité. L'évacuation concerne les militaires nécessitant une convalescence dans un hôpital spécifique. Le congé est donné aux permissionnaires ou aux malades pouvant effectuer leur convalescence dans leur famille. Enfin, la réforme est attribuée aux militaires qui ne peuvent plus servir sous les drapeaux du fait de leur état. Nous aborderons plus spécifiquement les décès par la suite.

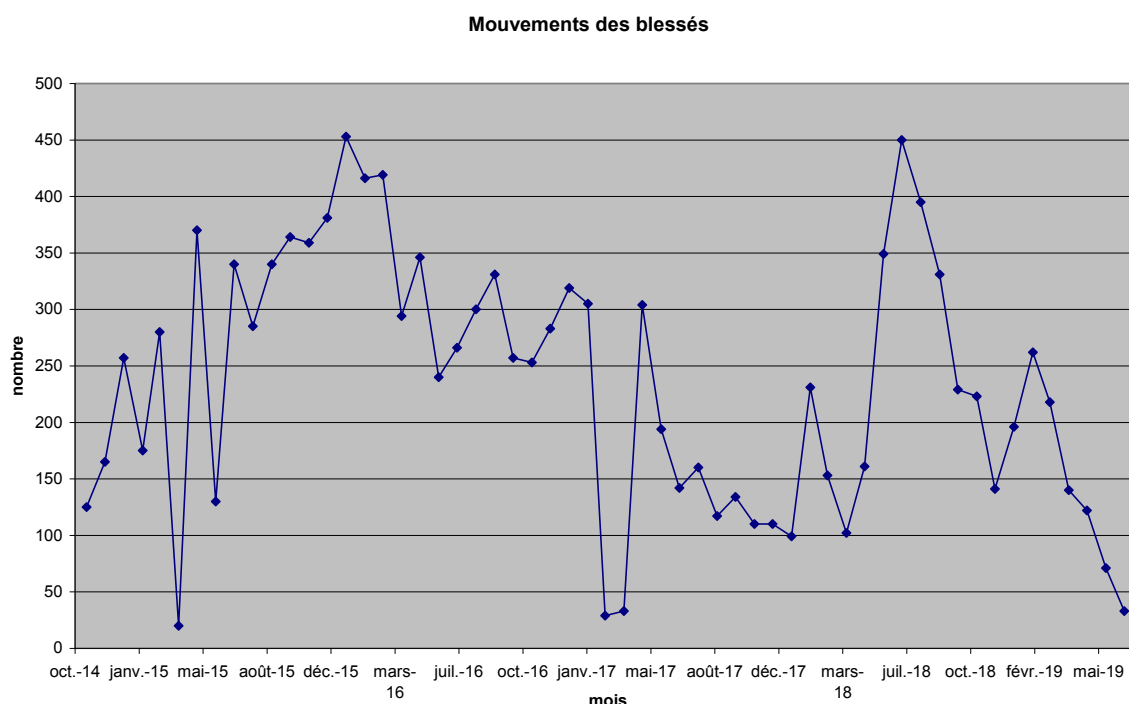
Finalement, les trois quarts des soldats quittent Baur pour rejoindre leur unité. Les autres ne le font que plus tard, après une période plus ou moins prolongée de soins, sauf quand ils ont été définitivement réformés.

D MOUVEMENTS DES BLESSES

En recoupant les données des deux documents de travail cités ci-dessus, on peut établir le graphique suivant qui traduit la grande variation des mouvements de soldats hospitalisés. On utilise le cumul mensuel, plus représentatif comme unité de valeur, bien que les mouvements journaliers soient très fluctuants. On pouvait accueillir par exemple jusqu'à 114 blessés le même jour en juin 1918.

Le mouvement des blessés ne tient pas compte du motif d'hospitalisation, pouvant être de nature chirurgicale, médicale ou psychiatrique.

Bien que de nombreux soldats soignés à Baur servaient dans la région, le cours de la guerre a très sensiblement affecté les statistiques. Nous allons nous servir de la chronologie pour tenter d'interpréter le graphique suivant.



1) Première phase : de novembre 1914 à décembre 1916

On s'aperçoit que l'activité est « en dents de scie » pendant presque 6 mois. Pour expliquer les creux du graphique, on peut avancer les explications suivantes. Au début de la guerre, il manquait certainement des formations sanitaires de convalescence.

Les opérés devaient donc prolonger leur séjour à l'Hôpital Baur diminuant de ce fait le nombre de lits disponibles. De plus, le nombre de blessés a certainement décru avec la guerre de position.

A partir de septembre 1915, se dessine le premier pic d'activité avec un maximum de 453 lits en janvier 1916. L'offensive en Artois en septembre a probablement contribué à cette augmentation des entrées. Comme l'évacuation massive et immédiate des blessés n'était plus de mise, on peut supposer qu'il y avait un temps de latence entre l'offensive proprement dite et l'arrivée des blessés à l'Arrière. En effet, il s'agissait pour la grande majorité des cas, de complications de blessures dont la chirurgie pouvait être différée.

Un rapport sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Baur précise début 1916 que 100 lits doivent être réservés aux blessés de guerre³¹. 249 lits seront effectivement occupés au cours du mois de février probablement en raison de la reprise des offensives à Verdun. L'activité se maintient globalement jusqu'en décembre 1916 sans doute en raison de la bataille de la Somme avec l'arrivée de nombreux blessés par éclats d'obus.

2) Deuxième phase : de janvier 1917 à janvier 1918

Avec le retour à la guerre de position, le nombre de patients chute brutalement à partir de février puis mars. A ce stade, l'Hôpital Baur voit son activité chirurgicale mise en sommeil pendant plus d'un an, d'autant que la pénurie en charbon de l'hiver 1917 ne permet pas de maintenir les blessés dans de bonnes conditions. Devant la rareté des interventions, le service de chirurgie est confié à l'Hôpital Complémentaire 25 situé à Livet.³²

Cette période coïncide avec une réorientation vers la psychiatrie et la rééducation dont les services respectifs sont renforcés en terme de lits. On assiste à l'arrivée régulière par trains sanitaires de contingents de soldats ayant tous la même pathologie.

3) Troisième phase : de février 1918 à juillet 1919

L'année commence pour Baur par un ralentissement de l'activité globale tandis que les offensives allemandes se préparent pour déborder la ligne de front.

Le deuxième pic couvre les mois de mai à octobre et culmine à 450 blessés en juin. Les opérations militaires de 1918 sont particulièrement coûteuses en hommes et le Service de Santé s'adapte à la gravité de la situation. Pour accueillir cet afflux considérable de blessés, le directeur régional de la 11^{ème} Région déclare en août : « *les hôpitaux des régions éloignées sont devenues les hôpitaux de la zone des Armées sur le plan chirurgical.* »³³ On évacue donc massivement vers l'Arrière. L'Hôpital Baur rouvre son service de chirurgie. Conjointement, le service de médecine est également saturé par des soldats gazés et des soldats atteints par la grippe. Par exemple, le 10 juin 1918, 90 militaires grippés de l'HOE 37 arrivent à Baur pour limiter le risque infectieux à l'Avant.

³¹ Archives de l'Hôpital militaire du Val de Grâce, Carton 17.

³² Ibidem

³³ Ibidem

Par la suite, de nombreux soldats sont hospitalisés pour des complications de blessures. Quelques interventions sont pratiquées ; les patients sont pour la plupart rééduqués.

La période qui précède puis suit l'Armistice est calme avec un dernier pic en mars 1919 correspondant probablement à la fermeture de certains hôpitaux nantais et au rapatriement des derniers blessés.

E LES DECES

De quoi mouraient les soldats à l'Hôpital Baur ?

Sur 13.442 blessés accueillis, 136 décès sont à déplorer pendant les quatre années d'activité. Les causes sont très variables et sont les mêmes que celles affectant la population générale. Cependant, certaines pathologies notamment infectieuses sont plus fréquentes pour des hommes usés après plusieurs mois de conflit.

Les étiologies les plus fréquentes sont : tuberculose, méningite, fièvre typhoïde, pneumopathies et néoplasies. Certains militaires sont décédés à la suite de pathologies psychiatriques comme la mélancolie. L'annexe 3 présente la liste exhaustive des causes de décès à l'Hôpital Baur. Concernant les causes liées à la guerre, la part représentée par les blessures est très faible car les soldats dont l'état était critique ne parvenaient pas jusqu'à Baur.

Après un décès, une autopsie est systématiquement pratiquée bien souvent dans un but diagnostique. Nous prendrons l'exemple d'un militaire décédé dans des conditions incertaines. Le Médecin Principal de 1^{ère} Classe VILLEDARY écrit le 14 août 1916 au Directeur du Service de Santé de la 11^{ème} région³⁴ :

« Un militaire, le 11 août, vers 6h45 du matin, a été trouvé sur un banc de la salle des pas perdus de la gare Paris-Orléans dans un état comateux. Recueilli d'abord par l'infirmerie de gare, cet homme a ensuite été dirigé sur l'hôpital de garnison, Hôpital Baur. Incapable de fournir aucun renseignement, ce militaire ne portait sur lui-même aucun papier, aucun signe distinctif permettant de l'identifier...quelques médailles de piété qu'il portait au poignet conduisent à penser qu'on est en présence d'un ecclésiastique. La doublure d'une pièce de son uniforme porte les lettres 11 SIM (11^{ème} Section d'Infirmiers Militaires).

Le malade est arrivé à l'Hôpital Baur vers 10 heures du matin le 11 août dans le coma complet. Tous les moyens immédiatement mis en œuvre sont demeurés impuissants et il a succombé le même jour à 18 heures sans avoir repris connaissance.

L'autopsie pratiquée 16 heures après la mort, a révélé l'existence d'une hémorragie méningée à laquelle doit être attribuée la mort, en même temps d'ailleurs que des foyers de bronchopneumonie dans les deux poumons, qui témoignent d'un état morbide préexistant. On ne constate aucune fracture du crâne à l'extérieur ni à sa base, aucune autre blessure ni lésion, à l'exception d'une légère tuméfaction molle dans les régions temporale et occipitale gauche où siège un hématome.

³⁴ Archives du Service des Archives Médicales Hospitalières des Armées : répertoire des décès de l'Hôpital Baur.

Celui-ci semble s'être produit dans une chute du corps après l'hémorragie méningée. Il n'existe aucune atteinte du cuir chevelu, coupure ou excoriation. Ces diverses circonstances semblent nettement de nature à éloigner l'idée de violences. »

Par la suite, une tentative d'identification de cet infirmier ecclésiastique est entreprise auprès de toutes les formations sanitaires de la région grâce à l'envoi d'un descriptif complet et d'une photo du corps. Il va s'écouler ainsi quelques jours avant de pouvoir connaître l'identité et l'unité de ce soldat.

II LA CHIRURGIE

Les interventions pratiquées à l'Hôpital Baur ont été très diverses mais peu d'entre elles étaient en rapport avec des blessures liées au combat.

A ETAT D'ESPRIT DES CHIRURGIENS DE 1914 A 1918

La réalité des champs de bataille a considérablement modifié la pratique des chirurgiens militaires.

1) La zone des Armées

Un chirurgien était reconnu par ses pairs quand il faisait preuve d'innovation dans sa pratique opératoire. L'ampleur du désastre humanitaire a laissé peu de place à des occasions de briller sur une table d'opération. Il fallait choisir, parmi les blessés, ceux qui étaient susceptibles de survivre et les opérer dans des conditions éprouvantes avec le matériel disponible. Au cours du conflit, des progrès incontestables ont été enregistrés notamment dans le domaine du traitement des plaies et de la chirurgie orthopédique. Cependant, les comptes-rendus d'activité étaient rares et présentés sous une forme difficilement exploitable pour les autres chirurgiens.

2) La zone de l'Intérieur

A l'opposé, les chirurgiens de l'arrière éprouvaient de la lassitude et de la frustration face à un « imaginaire de guerre »³⁵ qui leur échappe. L'activité des chirurgiens de l'Avant qu'ils se représentent est bien différente de leur pratique quotidienne. Ils sont cantonnés à de la chirurgie de seconde main et n'ont que trop rarement l'occasion de faire progresser les techniques chirurgicales. En effet, les blessés les plus graves notamment ceux qui sont atteints à l'abdomen sont opérés non loin du front quand ils ont la chance de pouvoir survivre. Très souvent, les interventions concernent des complications de blessures, des reprises d'amputations ou des extractions de projectiles dont le prestige à retirer est faible.

³⁵ DELAPORTE Sophie, *Les Médecins dans la Grande Guerre*, Editions Bayard, 2003.

En dehors des offensives importantes et pour limiter l'inactivité des chirurgiens des hôpitaux annexes, les directions régionales du Service de Santé préféraient regrouper les unités et fermer les services de chirurgie sous-employés.

B LA CHIRURGIE DE GUERRE

En se référant aux tableaux du rapport du Médecin Chef HAUEUR, du 1^{er} novembre 1914 au 31 août 1916, la part d'interventions de chirurgie de guerre est faible : 214 interventions sur 975 soit 21% de l'activité chirurgicale qui est liée au conflit.



1) Les interventions courantes

Il s'agit principalement d'extractions de projectiles (148 références) au niveau thoracique, des membres et plus rarement au niveau du crâne. Les chirurgiens faisaient appel aux radiologues pour localiser les balles ou éclats d'obus. On suppose bien évidemment que les blessures n'étaient pas souillées, auquel cas il fallait différer l'extraction.

L'autre pan de la chirurgie de guerre à l'Hôpital Baur consiste en l'ablation de nombreux névromes, esquilles osseuses et quelques ostéomes, ainsi que la reprise chirurgicale de plaies.

Jusqu'en 1917, les chirurgiens doivent souvent pratiquer une nouvelle exploration des plaies car la suture initiale dite primitive se faisait très rapidement après la blessure, après une désinfection sommaire. Les surinfections sont donc fréquentes. Par la suite, la technique de la suture primo-retardée a eu de meilleurs résultats. Il s'agit dans un premier temps de nettoyer soigneusement la plaie, de la désinfecter avec de l'éther puis de l'envelopper dans un large pansement absorbant régulièrement changé.

Elle reste ouverte pendant quelques heures ou parfois plus pendant l'évacuation. Secondairement et si les prélèvements bactériologiques sont stériles, les chirurgiens se consacrent à la suture proprement dite³⁶.

2) Les interventions exceptionnelles

Il s'agit de trépanations pour les fractures du crâne. Ce sont les blessures parmi les plus fréquentes bien qu'elles soient moins nombreuses à la suite de l'utilisation du casque Adrian à partir de 1915.

Pour parvenir jusqu'à Baur, il faut évidemment que la fracture soit minime et tangentielle. En effet, les fractures étendues ne permettent pas la survie du blessé. De même, lorsque la balle traverse de part en part le crâne, la probabilité de survie est infime.

La radiographie est utilisée pour localiser les projectiles, les embarrures et les esquilles osseuses. On pratique de manière systématique la trépanation au moyen d'une incision semi-circulaire. Elle permet d'extraire les fragments d'os et les corps étrangers, et de réduire l'hypertension intracrânienne. Afin de combler la brèche ostéoméningée, on peut mettre en place un lambeau ostéopériostique ou une prothèse métallique³⁷.

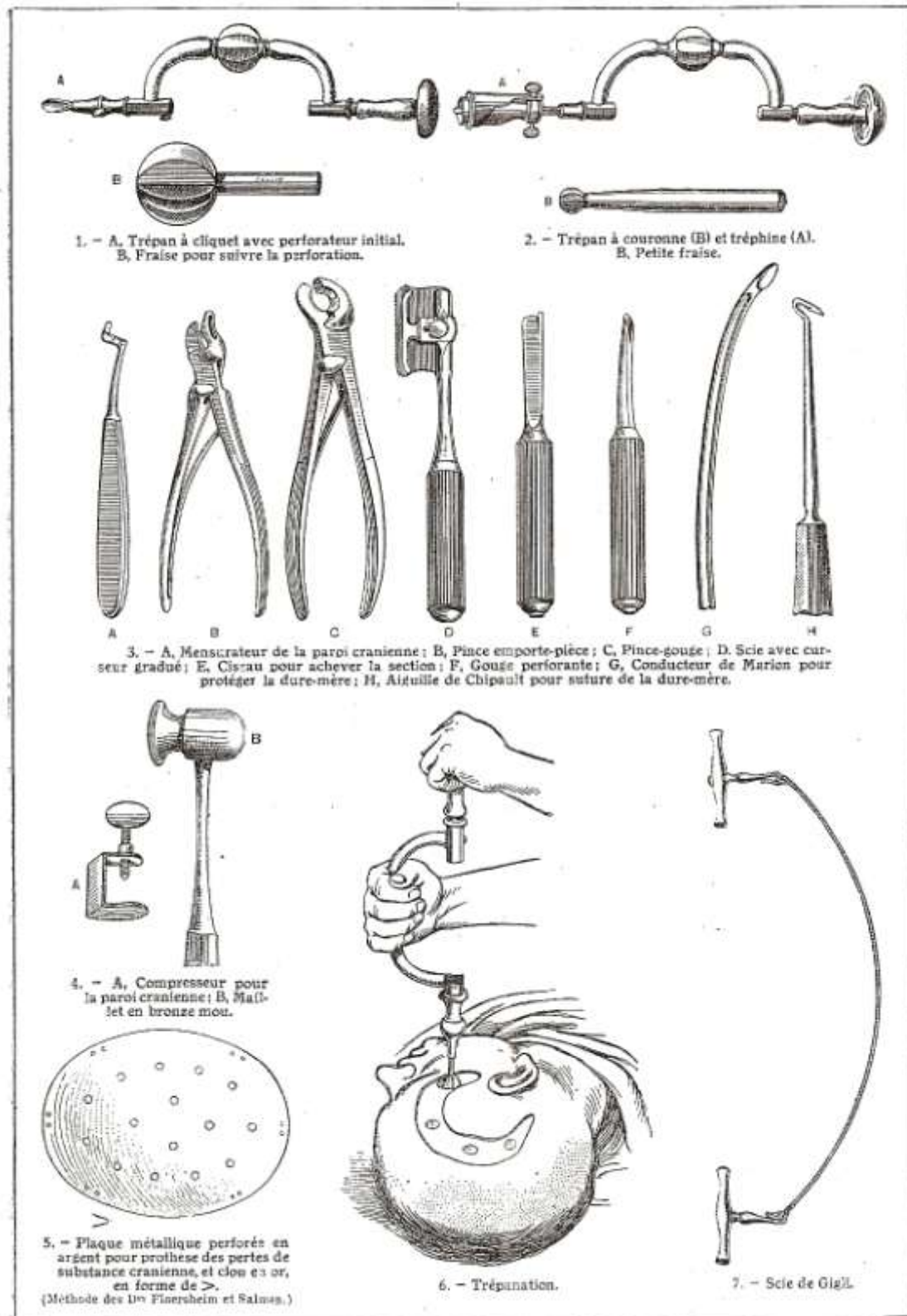
Les complications sont fréquentes et graves : méningo-encéphalites, abcès, hernie cérébrale. D'ailleurs, à Baur, un décès sur les 4 trépanations pratiquées est à déplorer.

Au moins jusqu'en 1916, rares sont les interventions qui concernent les complications de fractures de guerre. Une vaine tentative de désarticulation de la hanche suite à une fracture extra articulaire surinfectée n'a pas permis de sauver le blessé. C'est la seule intervention de ce genre.

Seulement deux amputations au niveau des membres inférieurs ont été pratiquées, à la différence de la zone des Armées où l'amputation était très fréquente. On estime en effet au maximum à 2 millions le nombre d'amputés sur les 8 millions de combattants de la Première Guerre Mondiale. Nous ne connaissons pas la technique employée.

³⁶ FOURNIER Jean-Pierre, *Histoire du Service de Santé militaire français pendant la Guerre 1914-1918*, thèse d'histoire, Montpellier, 1996.

³⁷ DONATI Georges et GRIMAL Michel, *Médecine et Chirurgie pendant la Première Guerre Mondiale*, thèse universitaire de Médecine Générale, Université Paul Sabatier, Toulouse III, 1993.



Trépanation et instruments pour cette opération.

Instruments chirurgicaux de trépanation³⁸³⁸ GALTIER-BOISSIERE Emile, *Larousse médical illustré de guerre*, Paris, 1917.

C CHIRURGIE GENERALE

Elle ne diffère pas de la chirurgie en temps de paix.

1) La « petite chirurgie »

Il s'agit d'interventions courantes représentant la plus grande part de l'activité chirurgicale.

On peut citer pour les plus fréquentes: ablations de kyste et abcès de diverses localisations, traitement des ongles incarnés, phlegmons, panaris, fistules osseuses et ostéomyélites post-traumatiques.

2) La chirurgie abdominopelvienne

Les interventions régulièrement pratiquées sont les suivantes : 337 cures de hernie inguinale, 15 appendicectomies, 37 cautérisations de fistules anales, 68 cures d'hémorroïdes, 48 interventions pour hydrocèle et varicocèle.

On peut supposer qu'après la « mise en sommeil » du service de chirurgie et la reprise des hostilités en 1918, la chirurgie pratiquée n'a pas sensiblement changé sur le plan de la chirurgie générale. Par contre, avec l'arrivée massive et rapide de blessés du front, les chirurgiens ont vraisemblablement dû affronter des situations variées et complexes.

Nous n'avons pas de données concernant l'anesthésie et les techniques utilisées. On suppose que les anesthésistes utilisaient la technique la plus courante : un mélange combiné chloroforme-éther.

III PATHOLOGIES MEDICALES

Nous n'aborderons dans cette partie que deux pathologies emblématiques de la Première Guerre Mondiale : les gaz et la grippe espagnole. Les autres affections non chirurgicales sont dominées essentiellement par les causes infectieuses. Les données médicales concernant l'Hôpital Baur sont lacunaires et ne traitent que du nombre de blessés. On peut imaginer que la prise en charge thérapeutique ne différait pas de celle préconisée dans les autres hôpitaux français.



A LES GAZ

Cette terrible innovation vient s'ajouter au cortège de pathologies et de blessures. Des gaz de diverses natures (à base de chlore, brome, dérivés nitrés chlorés et bromés³⁹) sont employés pour la première fois par les troupes allemandes lors d'une attaque dans la région d'Ypres en Belgique en avril 1915. Le gaz appelé Ypérite ou « gaz moutarde » est utilisé à partir de 1917. Les deux camps ont eu recours à ces armes dévastatrices.

Les gaz sont responsables, dans les cas les plus bénins, de troubles digestifs : vomissements, diarrhée, ictère. Sur le plan respiratoire, ils provoquent bronchite, bronchopneumonie et au maximum œdème aigu du poumon de nature lésionnelle avec détresse respiratoire. Des cécités leur sont dues.

Les traitements sont très limités et consistent en saignées, administration d'Ipéca qui est une substance émétisante et oxygénothérapie.

Les attaques sont plus fréquentes en 1918 et à l'origine de nombreuses évacuations. Malgré l'utilisation d'équipement de protection, essentiellement des masques, le nombre considérable de gazés est à l'origine de la création des ambulances Z, spécialisées dans le traitement des pathologies liées aux gaz.

Les soldats hospitalisés sur Nantes sont répartis dans les différents hôpitaux. A Baur, arrivent régulièrement des convois de gazés ou « intoxiqués », terme employé à l'époque. Par exemple, le 13 juin 1918 sont admis 75 blessés souffrant d'Ypérite. A noter qu'un service spécialisé de 175 lits est créé à l'Hôtel-Dieu.⁴⁰

³⁹ DONATI Georges et GRIMAL Michel, *Médecine et Chirurgie pendant la Première Guerre Mondiale*, thèse universitaire de Médecine Générale, Université Paul Sabatier, Toulouse III, 1993.

⁴⁰ Archives de la Commission Administrative Hospitalière des Hospices Civils de Nantes.

B LA GRIPPE ESPAGNOLE

1) Généralités

Cette affection n'est pas liée directement à la guerre mais les nombreuses privations ont contribué à l'émergence de cette pandémie dont l'origine varie selon les auteurs : virus porcin de souche H1N1 ou virus de souche aviaire ou éventuellement virus chimérique associant les deux souches.⁴¹

Elle est responsable de 20 à 40 millions de décès dans le monde entre avril 1918 et février 1919. En France, le nombre de décès varie entre 165.000 et 250.000. Sur Nantes, on comptabilise 472 décès. Par contre aucun n'a eu lieu à Baur, malgré l'envoi régulier de grippés provenant du front.

On distingue trois phases d'évolution. Une première, « la phase de printemps » était bénigne et peu meurtrière. Puis, de fin août à décembre 1918, « la phase d'automne » fit un grand nombre de victimes. Une dernière résurgence au printemps 1919 fut à l'origine d'un nombre plus faible de décès. Il y eut probablement plusieurs foyers épidémiques dans le monde. Celui identifié avec le plus de certitude est américain. Les premiers cas se sont déclarés dans une base militaire du Kansas, Fort Riley. L'épidémie s'est rapidement propagée sur la Côte Est avant d'être répandue en Europe et notamment en France, avec l'arrivée du contingent américain dans les différents ports de l'Atlantique. Il existait probablement une autre source de contamination, extrême-orientale, importée sans doute par les troupes coloniales et les ouvriers chinois employés dans les usines françaises. Le virus s'est donc principalement propagé dans le monde entier lors des déplacements de soldats.

Cette épidémie fut longtemps dissimulée à la population ou banalisée dans les journaux, en raison de la censure imposée notamment par les dirigeants français. Cependant, ce ne fut pas le cas en Espagne où la presse révéla la virulence de l'épidémie. On crût alors qu'elle provenait de ce pays, d'où son nom impropre de « grippe espagnole ».⁴²

Sur le plan clinique, après une première phase peu intense et d'évolution rapidement favorable, une rechute appelée aussi « réinfection » apparaît au bout de quelques jours, associant signes généraux marqués, dyspnée et toux importantes. Puis, c'est le stade de la détresse respiratoire avec collapsus et décès. Les traitements à disposition sont d'une faible efficacité : antiseptiques externes et injectables, immunothérapie, traitements symptomatiques et isolement des malades, cette précaution étant finalement la mesure la plus efficace.⁴³

⁴¹GUENEL Jean, *La Grippe espagnole à Nantes en 1918 et 1919*, Histoire des Sciences Médicales, tome XXXVIII, n°2, 2004.

⁴²Ibidem

⁴³MORDANT Pierre, *La Grippe Espagnole, 1918-1919, la plus grande pandémie du XXème siècle*, Revue Info Respiration, Société de Pneumologie en Langue Française, numéro 69, octobre 2005.

2) Dans les hôpitaux nantais

A travers plusieurs témoignages et compte rendus de médecins, on peut reconstituer la progression de l'épidémie.

Une première phase peu virulente se déroule au cours du printemps 1918. En mai, on peut lire ce compte rendu d'un médecin militaire nantais : « *peu après l'arrivée de ces blessés du front dans mon hôpital, le personnel puis les autres malades ont été pris d'accidents fébriles se caractérisant par des céphalalgies intenses, avec courbatures et rachialgies, parfois un peu d'angine, et évoluant en 3 jours.* »⁴⁴

A l'Hôpital Baur, de nombreux soldats grippés provenant du front sont traités, surtout courant juin, avant la phase pandémique qui suit.

Plus tard, en août 1918, le Médecin Chef WEILL, attaché à la direction régionale du Service de Santé, établit un rapport détaillé sur l'affection qui connaît une recrudescence. La grippe semble toucher plus volontiers les soldats déjà atteints d'une ou plusieurs pathologies chroniques. Il nous décrit la forme pulmonaire la plus fréquente et semble très préoccupé par la rapidité de l'évolution:

« La grippe actuelle se présente sous forme pulmonaire et n'offre comme particularité que la fréquence de son extrême gravité. Le début se fait par un point de côté, un frisson, de la fièvre à 39-40°, de la courbature. On constate un foyer pneumonique, une expectoration visqueuse, rouillée ou purulente, de la toux... au bout de quelques jours, la fièvre s'abaisse, les signes généraux s'amendent et tout rentre dans l'ordre... mais souvent, l'état pulmonaire est plus grave : un second bloc de condensation pneumonique apparaît. Le cœur cède tout à coup, l'urine baisse, l'albumine augmente, la dyspnée s'installe, le malade a les lèvres cyanosées, quelquefois le nez, les oreilles, les mains deviennent bleuâtres et la mort survient dans un laps de temps très court, le 4^{ème} ou 5^{ème} jour. »

Sur 26 cas observés probablement à l'Hôpital Broussais, 6 malades décèdent.

Un sentiment d'impuissance est ressenti quant à la conduite à tenir sur le plan thérapeutique. Dans les formes graves, le Dr WEILL utilise une variante d'immunothérapie appelée l'*hématothérapie*. Elle consiste en une injection sous-cutanée de 60cc de sang citraté recueilli chez des grippés graves convalescents. Il semble convaincu de l'efficacité de cette méthode, utilisée cependant de rares fois pour des cas sévères.

Des mesures d'isolement sont activement employées et les visites aux malades et aux blessés sont interdites le 25 octobre 1918 jusqu'à mars 1919 par la Commission Administrative des Hospices⁴⁵.

On cherchera en vain à identifier le germe responsable, y compris à Nantes où des spirilles ou spirochètes à l'origine de surinfections sont découverts. Ce n'est qu'en 1933 que SMITH, ANDREWS et LAIDLOW isoleront le virus de la Grippe humaine de type A.⁴⁶

⁴⁴ Archives de l'Hôpital militaire du Val de Grâce, Cartons 17 et 52.

⁴⁵ SAVARIAU Maurice, *Un Hôpital oublié, l'Hôpital militaire Baur*, l'Hospitalier nantais, juin 1991.

⁴⁶ GUENEL Jean, *La Grippe espagnole à Nantes en 1918 et 1919*, Histoire des Sciences Médicales, tome XXXVIII, n°2, 2004.

IV LA PSYCHIATRIE

Cette mission découle naturellement de la proximité de l'Hôpital Saint Jacques, grâce à l'attribution d'un pavillon fermé de 35 lits avec cour, pour les soldats qui doivent être isolés et surveillés. Par la suite, à partir de 1917, l'Hôpital Baur devient le centre psychiatrique principal de la région avec comme annexe, le château de la Colinière situé à Doulon. Il regroupe les fonctions d'admission, de triage, de répartition des malades ainsi que la réalisation d'expertises médicales militaires. C'est le Docteur BENON qui en assure la direction sous le grade de Médecin Aide-Major de 1^{ère} classe pendant toute la durée du conflit.

Pour argumenter cette étude, nous avons à notre disposition un rapport de statistiques générales, un essai de classification des maladies mentales et une fiche d'observation.

A CONTEXTE HISTORIQUE

Lorsque la guerre éclate, il existe une pénurie de centres et de médecins spécialisés dans la neuropsychiatrie car l'enseignement est très inégal d'une faculté à l'autre.

On retrouve le choc de deux conceptions entre les médecins du Front et ceux restés à l'Arrière. Les premiers prônent un retour rapide au champ de bataille. Certains rapports établissent que la grande majorité des névroses sont des manifestations hystériques ; les soldats atteints doivent donc être renvoyés au plus vite dans leur unité.⁴⁷

De plus, de nombreuses questions font débat quant à la conduite à tenir pour certaines pathologies d'ordre psychiatrique.

1) La question de la prédisposition

L'existence de facteurs de prédisposition divise les neuropsychiatres. La guerre ne fait-elle que révéler des pathologies préexistantes ? Quels sont les terrains ou les personnalités favorisant ?

2) La question de la névrose traumatique

La névrose traumatique, concept identifié dès 1884 par OPPENHEIM, a été sous utilisée dans l'étude diagnostique des troubles mentaux de 1914 à 1918. Deux courants d'idées s'affrontent.

D'une part, les organicistes défendent l'origine organique de la névrose traumatique, également nommé syndrome contusionnel (« shell-shock » des Anglo-saxons).

⁴⁷ LESTRADE Cécile et GAYRAL L.F., *Les psychonévroses de guerre pendant le conflit 1914-1918*, Revue Histoire des Sciences Médicales, tome XXXIV, n°4, 2000.

Ce syndrome est lié à des lésions cérébrales, dues aux ondes de pression des multiples explosions. D'autre part, les tenants de l'étiologie psychologique soutiennent la responsabilité d'une très forte émotion, en particulier la peur morbide lors des combats.⁴⁸ D'autres envisagent la coexistence des deux causes.

La description de la névrose traumatique dans les écrits médicaux de guerre est très variée. Si on fait référence à l'actuelle entité du DSM IV, l'état de stress post-traumatique qui lui correspond globalement, on constate que la névrose traumatique pouvait prendre des formes très diverses : confusion mentale, neurasthénie, dépression, hystérie...

3) La question de la simulation

La part de la simulation chez ces blessés dits « blessés nerveux de guerre sans blessure apparente » est âprement discutée. Au début de la guerre, la théorie « pithiatique » de BABINSKI, couramment admise, stipule que les manifestations hystériques, symptômes non organiques, susceptibles d'être reproduits volontairement et résultant de la suggestion, doivent se guérir par la persuasion. Une conséquence de cette théorie est que la résistance aux traitements est le fait de malades simulateurs. D'où une grande suspicion qui règne dans les commissions de réforme.

Cette notion évolue grâce aux travaux de nombreux auteurs comme Angelo HESNARD et Antoine POROT pour qui *« la nier totalement est une opinion trop exclusive et contraire à la réalité des faits, tout aussi loin de la vérité que la facilité avec laquelle des gens de compétence psychiatrique insuffisante voient dans tout anormal, resté lucide ou trop maniéré, un simulateur. Elle est une extrême exception dans les unités ordinaires de l'armée ; la guerre ne l'y a pas accrue. »*⁴⁹

Tous les auteurs soulignent la grande difficulté pour distinguer les véritables malades souffrant d'une pathologie psychiatrique, d'individus cherchant à être éloignés du champ de bataille, voire à être réformés. L'expertise médicale militaire prend ainsi tout son sens, l'enjeu étant de réintégrer au mieux les soldats en état de se battre.

B STATISTIQUES GENERALES

Le Docteur BENON présente, comme son collègue HAUEUR, un rapport en septembre 1916, dans lequel figure l'activité de son service du 29 novembre 1914 au 31 août 1916.

1) Les entrées

474 soldats ont été traités pendant cette période. Ils proviennent :

- du **front** : 10 soldats soit 2,11% du total
- des **dépôts** : 182 soldats soit 38,39%

⁴⁸ CALICHIAMA Bertrand, *La vie et l'œuvre du Docteur Angelo Hesnard*, thèse de l'Ecole du Service de Santé des Armées, Bordeaux, 2004.

⁴⁹ POROT Antoine et HESNARD Angelo, *L'Expertise mentale militaire*, Ed Masson, 1918, p.113.

- d'un **autre hôpital** : 244 soldats soit 51,48%
- de **convalescence** : 23 soldats soit 4,85%
- de **permission** : 15 soldats soit 3,16%

Nous constatons que la part de soldats venant du front est très faible. Cependant, comme nous l'avons déjà vu, le parcours d'un malade est loin d'être simple et peut comprendre plusieurs étapes avant d'arriver au lieu de soins final. Certains troubles peuvent également se révéler tardivement après une sommation de traumatismes psychologiques répétés. Ils ne figurent donc pas dans ce rapport établi à mi-chemin de la guerre.

La période qui suit septembre 1916 est dépourvue de statistiques. On suppose que l'activité était importante puisque le registre des entrées et sorties fait mention de contingents nombreux et réguliers de malades psychiatriques, surtout à partir de 1917, à l'exception des grandes offensives de 1918 où ils étaient supplantés par les blessés du front.

2) Les sorties

BENON présente 10 modes différents pour quitter l'Hôpital Baur.

- la **guérison** et la réaffectation dans l'unité militaire concernent 70 soldats soit 14,77%.
- L'**évacuation sur un autre hôpital** : 28 soldats soit 5,91%.
- Le **congé de convalescence** : 125 soldats soit 26,37%.
- Le **classement dans les services auxiliaires** : 21 soldats soit 4,43%.
- La **réforme temporaire n°1** : 49 soldats soit 10,33%. Il s'agit de blessures ou maladies imputables au service, qui autorisent une réintégration ultérieure.
- La **réforme temporaire n°2** : 2 soldats soit 0,42%. Il s'agit là de blessures ou maladies non imputables qui éloignent provisoirement du service.
- La **réforme définitive n°1** : 34 soldats soit 7,17%. Elle correspond aux infirmités définitives en rapport avec le service. Elle peut ouvrir droit à une indemnisation.
- La **réforme définitive n°2** : 105 soldats soit 22,15%. Il s'agit des infirmités sans rapport avec le service.
- Le **placement en asile d'aliénés** : 36 soldats soit 7,59%.
- Le **décès** pour 4 soldats soit 0,84%.

En cumulant guérison, transfert, convalescence et réforme temporaire, on remarque que la majorité des militaires (62,23%) sont potentiellement réintégrables à plus ou moins long terme dans leur unité.

3) Les pathologies

Elles sont énumérées comme suit :

- manie		9 cas
- mélancolie	24	
- psychose maniaco-dépressive		12
- confusion mentale aiguë		9
- démence précoce		57
- psychose systématique aiguë		21
- psychose systématique chronique		14
- paralysie générale		13
- dégénérescence mentale		12
- débilité mentale		14
- alcoolisme aigu		7
- alcoolisme chronique		17
- épilepsie essentielle		32
- épilepsie traumatique		8
- hystérie		20
- neurasthénie, épuisement nerveux		52
- psychasthénie		12
- névrose traumatique		83
- autres maladies		46
- simulation		5
- malades en observation (examen négatif)		7

Ce tableau suggère plusieurs commentaires.

1) Les cas d'épilepsie sont considérés comme une pathologie psychiatrique à l'époque. L'électroencéphalographe n'est effectivement inventé qu'en 1929 par H.BERGER. De plus, les travaux de J.H.JACKSON sur le mécanisme de la décharge neuronale et la description de la progression de certaines crises permettent de sortir par la suite l'épilepsie du champ de la psychiatrie.

2) De nombreux cas de névroses traumatiques ont été observés pendant deux années. Si on y ajoute les cas de neurasthénie et psychasthénie, on retrouve 147 psychonévroses probablement liées directement ou indirectement à la guerre. Elles représentent 31% des pathologies traitées à Baur.

3) Quelques cas de simulation sont répertoriés. Nous ne connaissons pas le sort de ces soldats. Ils ont vraisemblablement été traduits devant un tribunal militaire.

C ESSAI DE CLASSEMENT DES MALADIES MENTALES

A la demande de la direction régionale du service de santé, BENON qui a été nommé médecin militaire expert près du Conseil de Guerre, signe le 5 mars 1915 un rapport sur ses activités. Y est joint un essai de classification des troubles psychiatriques qu'il a pu constater principalement à Baur, à Broussais et à la prison militaire.

1) Critères retenus

BENON a participé à l'examen de 125 soldats. Il distingue les militaires en fonction de leur provenance : Front ou Arrière. Dans chaque groupe, il décrit 3 cas de figure⁵⁰:

- *La maladie se développe à l'occasion de la guerre. A la suite des émotions qu'elle engendre et du surmenage qu'elle impose, elle est la cause occasionnelle sinon déterminante de l'affection.*
- *La maladie se développe pendant la guerre mais elle ne paraît pas être en relation avec celle-ci.*
- *La maladie existait avant la guerre, latente ou manifeste.*

Les observations des soldats restés à l'Arrière sont plus nombreuses pour les raisons évoquées plus haut. Cependant, l'imputabilité de la guerre dans l'apparition des troubles est importante puisque 43,2% des pathologies diagnostiquées relèvent du premier cas de figure, quelle que soit l'origine des soldats. Si on s'intéresse à l'affectation militaire, on remarque que les maladies mentales liées au fait de guerre concernent 21,9% des soldats restés à l'Arrière et 83,7% des soldats provenant du front.

2) Considérations générales

Après cette présentation chiffrée, BENON fait quelques commentaires :

« 1°) *La guerre, en tant que facteur étiologique des maladies mentales, agit par les émotions variées qu'elle suscite et le surmenage du système nerveux qu'elle engendre. Les phénomènes d'hyperthymie et parathymie⁵¹ anxieuse ainsi que les phénomènes de la mélancolie, la neurasthénie et la démence précoce sont ceux qui paraissent le plus directement en relation avec la guerre.*

2°) *Les psycho-névroses, qui éclatent sur le front sous l'influence de traumatismes physiques, ne se rattachent qu'indirectement à la guerre mais elles se compliquent de manifestations émotionnelles et délirantes dues à cette dernière.*

3°) *La guerre met en évidence des maladies mentales restées jusque là latentes, soit parce que celles-ci revêtaient une forme légère, soit parce que dans le milieu familial, elles ne donnaient lieu à aucune réaction dangereuse.*

⁵⁰ Archives de l'Hôpital militaire du Val de Grâce, Carton 75.

⁵¹ Parathymie : discordance entre pensées et émotion.

4°) *La simulation des maladies mentales est rare en temps de guerre. Il nous paraît utile et important de rappeler que la démence précoce est très difficile à différencier de la simulation et qu'une observation prolongée, quotidienne, intime est nécessaire pour apporter un diagnostic précis et définitif.*

5°) *En temps de guerre comme en temps de paix, il serait nécessaire d'avoir à sa disposition, dans les grands hôpitaux urbains, de pavillons spécialement organisés pour l'observation et le traitement des malades mentaux agités. »*

Ce rapport est intéressant par sa précocité. En effet, il ne s'est écoulé que sept mois de guerre lorsqu'il est adressé à la direction régionale du Service de Santé.

Par ailleurs, on retrouve les problématiques de la prédisposition et l'évaluation de la simulation qui vont être largement débattues pendant ces quatre années de guerre.

Par la suite, BENON continue à expertiser les cas litigieux. D'octobre 1914 à septembre 1918, 300 rapports médicaux près du Conseil de Guerre de la 11^{ème} Région ont été établis. Un peu moins de la moitié des cas ont été jugés irresponsables et donc définitivement réformés.

D EXEMPLE D'UNE OBSERVATION DE MALADE

Le soldat D, 32 ans, originaire de Vannes est adressé le 24 janvier 1917 à l'Hôpital Baur pour syndrome psycho-névropathique.

Cet homme est mobilisé le 3 août 1914 dans le 51^è régiment d'artillerie à Nantes. Le 13 juin 1916, en pleine bataille de Verdun, il est blessé près du fort de Vaux. On note une commotion cérébrale avec plaies multiples superficielles de la face et du cuir chevelu et un coma pendant 5 jours.

Il est successivement hospitalisé à Vienne et St Jean de Bournay dans l'Isère puis dans plusieurs hôpitaux de Lyon. Il est ensuite transféré dans son dépôt puis à Baur après plus de 7 mois d'hospitalisation.

A son admission, les symptômes sont les suivants : amnésie antérograde partielle de fixation et d'évocation, amnésie rétrograde post-traumatique portant sur une période de 12 jours, sentiments de diminution de la force musculaire, dyspepsie. L'examen clinique est pauvre avec un tremblement des mains et des réflexes rotuliens vifs. La ponction lombaire systématique est sans particularités.

Le soldat D sort le 15 mars 1917 avec le diagnostic de névrose traumatique. Il est évacué au Centre spécial de Réforme de Nantes où il est proposé pour les services auxiliaires.

Cette observation est évocatrice du parcours suivi par un soldat atteint de névrose traumatique. La violence des combats rend compte des troubles des fonctions supérieures constatés. Près de 10 mois d'hospitalisation ont été nécessaires pour trouver une solution définitive à ce soldat. Malgré un éloignement des combats, il a vraisemblablement gardé des séquelles de ses années de guerre.

L'accueil et le traitement des malades militaires psychiatriques à l'Hôpital Baur ont constitué une grande part de l'activité, surtout après la mise en sommeil de la chirurgie en 1917. Cependant, la psychiatrie n'était pas appréciée de tous les soignants comme peut en témoigner le Médecin Chef HAUEUR pour qui, parmi ces soldats, on trouve des « *déchets venant s'échouer en grand nombre en vue de la réforme.* »⁵²

V LA RADIOLOGIE

Complément indispensable de la chirurgie, l'utilisation des rayons X, découverts en 1895 par RÖNTGEN, s'est vite imposée comme méthode diagnostique essentielle, bien qu'elle dépendait d'un matériel encore peu répandu à l'époque. L'Hôpital Baur comme quelques autres hôpitaux nantais ont rapidement adopté la radiologie.

A LA RADIOLOGIE PENDANT LA GUERRE

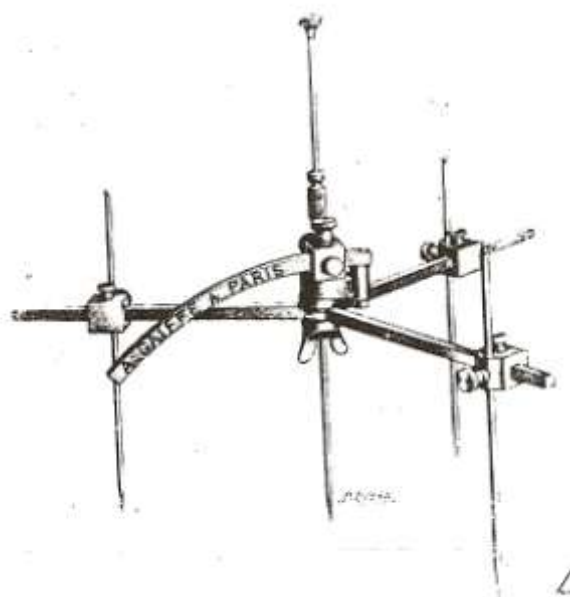
Le conflit de 1914-1918 a été à l'origine de l'essor considérable de la radiologie, plutôt en terme d'organisation que de progrès technique. Grâce aux efforts et à l'activisme de personnalités comme Marie Curie, les hôpitaux s'équipent rapidement en matériel. Des ambulances spécialisées, les **équipages radiologiques** voient le jour dès 1914. Elles peuvent aider les chirurgiens à localiser les nombreux projectiles et à les extraire au plus près du front. Ainsi, en 1914, on comptabilise 21 postes de radiologie fixes et transportables. Fin 1918, plus de 500 installations fixes et semi-fixes ainsi que 300 postes mobiles existent dans les divers hôpitaux et près du front.⁵³

La radioscopie est préférée à la simple radiographie car elle permet de visualiser directement le corps du blessé. La salle d'opérations est plongée dans le noir au moyen de grands rideaux et le radiologue peut alors intervenir et localiser les corps étrangers, en marquant au crayon sur une plaque de verre l'emplacement exact. Il peut guider la pince du chirurgien jusqu'à l'extraction.

La présence prolongée du radiologue pendant l'opération est toutefois dispendieuse en temps très précieux pour un spécialiste extrêmement sollicité. Il est alors possible de faire la localisation en préopératoire et d'indiquer la position de l'éclat d'obus ou de la balle au moyen d'un compas comme celui de Hirtz. Ce compas localisateur est laissé en place sur le blessé, le radiologue peut alors retourner à son activité.

⁵² Archives de l'Hôpital militaire du Val de Grâce : Carton 182.

⁵³ CURIE Marie, *La Radiologie et la Guerre*, Librairie Félix Alcan, Paris, 1921.



Compas de Hirtz⁵⁴

De très nombreux radiologues et manipulateurs sont formés au cours de la guerre. Leur tâche est écrasante tant les blessures par éclats d'obus sont fréquentes. Nombre d'entre eux ont fait preuve d'innovation pour la localisation des projectiles. On comptabilise d'ailleurs près de 70 méthodes différentes dans ce domaine.

Les premières notions de radioprotection sont établies au cours de la Guerre de 1914-1918. L'activité est très intense avec près de 1.100.000 actes radiologiques en 1917 et 1918. L'apparition de radiodermites chez les utilisateurs des rayons X nécessite des mesures de protection : temps d'exposition, distance par rapport à la source d'émission...

B LA RADIOLOGIE A L'HOPITAL BAUR

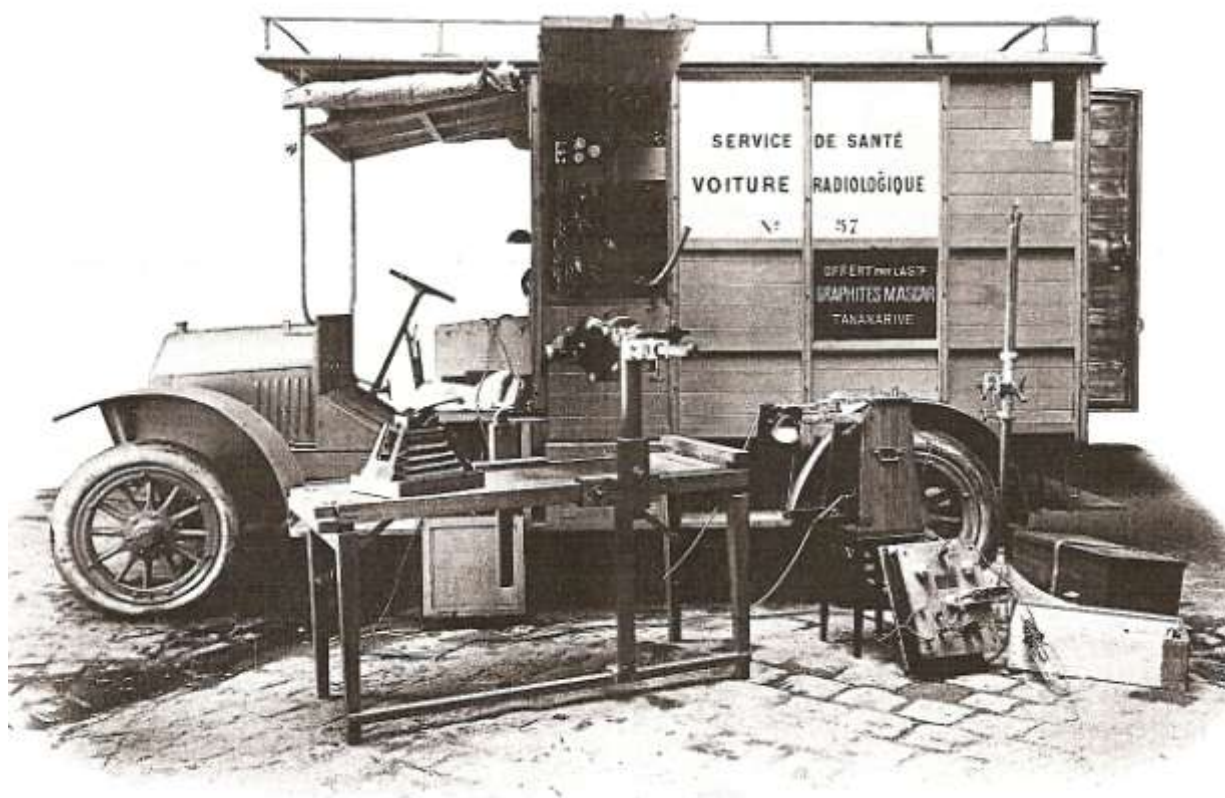
Bien que l'Hôpital Saint Jacques abrite depuis 1905 un service de radiothérapie pour le traitement des teignes tondantes chez les enfants, il n'existe pas de matériel à visée diagnostique.

Peu de temps après l'ouverture de l'Hôpital Baur, une chambre noire y est affectée en novembre 1914. Par la suite, d'autres appareils vont être disponibles pour l'extraction des projectiles : inducteur et interrupteur intensif de Gaiffe, pied grand modèle, radiosopes et ampoules (pour une valeur de 500 francs)⁵⁵. On suppose que ce matériel se trouvait non loin des salles d'opération.

⁵⁴ PALLARDY G et MJ, WACKENHEIM A., *Histoire illustrée de la Radiologie*, Editions Roger Dacosta, Paris, 1989.

⁵⁵ **Archives de l'Hôpital militaire du Val de Grâce**, Cartons 112,133.

En complément de ce poste fixe de radiologie, un équipage radiologique peut intervenir. Il s'agit d'une camionnette transportant un groupe électrogène, une chambre noire et tout le matériel radiologique : transformateur, résistance, table à examen, cupule, ampoules, soupapes, accessoires de localisation et de protection.⁵⁶ Trois personnes y sont affectées, le conducteur-mécanicien, le médecin-radiologiste, le manipulateur-radiographe-électricien.



Exemple de voiture radiologique⁵⁷

En juin 1915, l'équipage radiologique n°35 est de passage à Baur pour l'extraction de 5 projectiles. Le véhicule est de marque Brasier 12HP, double phaëton, roulant à 30 km/h, consommant 15 litres/100 kilomètres et pouvant effectuer 800 kilomètres par mois. Le matériel peut être monté très rapidement comme en témoigne le Médecin Aide-Major LOISELEUR, qui sera affecté par la suite à Baur : *« le 1^{er} avril 1915 à Ancenis, un chirurgien recherchait pour la seconde fois un éclat d'obus profondément situé au niveau du trou obturateur...sur sa demande, je fis venir la voiture radiologique...moins d'une demi-heure après, l'ampoule fonctionnait sur la table d'opération et presque aussitôt, le chirurgien nous montrait au bout de sa pince le corps du délit. »*⁵⁸

L'activité est importante comme par exemple, en septembre 1916, où on comptabilise 68 radioscopies et 10 radiographies.

⁵⁶ PALLARDY G et MJ, WACKENHEIM A., *Histoire illustrée de la Radiologie*, Editions Roger Dacosta, Paris, 1989.

⁵⁷ Ibidem

⁵⁸ Archives de l'Hôpital militaire du Val de Grâce, Cartons 112,133.

Une figure a marqué le domaine de la radiologie militaire nantaise, le Professeur Stéphane LEDUC (1853-1939), éminent médecin et homme de science. Il exerce la médecine générale à Nantes depuis 1883 et est également titulaire de la chaire de Physique Médicale de l'Ecole de Médecine de Nantes. Il est l'auteur de très nombreuses publications scientifiques dans trois domaines principalement : synthèse des phénomènes biologiques, introduction électrolytique des ions dans les tissus, actions physiques des courants électriques sur l'organisme.⁵⁹

Le Professeur LEDUC va diriger, de décembre 1915 à avril 1919, le service central de l'électro-radiologie de la 11^{ème} Région militaire, à titre bénévole. Il conserve un statut civil et est le conseiller du Médecin Inspecteur FOURNIER. Grâce à l'aide de nombreux collaborateurs dont Marie CURIE, il organise de nombreux services de radiologie et physiothérapie dont celui de l'Hôpital Baur.

VI LA REEDUCATION FONCTIONNELLE

Le nombre considérable de blessés de guerre, qu'il faut traiter puis réhabiliter sur le plan fonctionnel et professionnel, est à l'origine du développement de cette spécialité. Avant 1914, rares sont les hôpitaux équipés de service de physiothérapie. Rapidement, des techniques très variées se développent pour faire face aux blessures de guerre invalidantes. De plus, les difficultés liées à l'évacuation des blessés et les multiples transferts entre hôpitaux aggravent les lésions initiales des membres, par une immobilisation prolongée qui occasionne raideurs et ankyloses.

A LE SERVICE DE PHYSIOTHERAPIE DE L'HOPITAL BAUR

1) Présentation du Centre principal de physiothérapie

Le service fonctionne dès 1915 mais ne semble pas bénéficier de la qualité d'organisation des autres services. Le domaine de l'électrologie est couplé à la radiologie et Nantes possède d'excellents médecins en la matière. Par contre, il y a insuffisance de personnel compétent dans les autres branches de la physiothérapie.

Par ailleurs, concernant les blessés, on note que *«l'inexpérience pour des travaux auxquels ils n'ont pas été initiés et le désir d'éviter la fatigue surtout pour des travaux non rétribués paraissent être des obstacles...les blessés de physiothérapie comme les convalescents des hôpitaux-dépôts n'ont qu'un seul désir : rentrer dans leur foyer. C'est seulement lorsqu'ils se trouveront aux prises avec les difficultés matérielles de l'existence qu'ils se souviendront des conseils qui leur auront été prodigués. L'action exercée sur eux ne sera donc peut être pas inutile et mérite d'être continuée avec persévérance. »*.⁶⁰

⁵⁹ LEBEAUPIN Raymond, *Un savant nantais méconnu, le Professeur Stéphane LEDUC*, L'Hospitalier nantais, 53, 2006.

⁶⁰ Archives de l'Hôpital militaire du Val de Grâce, Carton 112.

L'année 1917 marque un tournant avec l'arrêt provisoire de l'activité chirurgicale. En avril, le service central de physiothérapie situé initialement à l'Hôpital Complémentaire 21 au Grand Lycée de Garçons est transféré à l'Hôpital Baur. En effet, la proximité de l'HC 21 avec la gare d'Orléans en fait un lieu idéal pour opérer les blessés évacués. Il y a donc un potentiel de 421 lits pour la physiothérapie et Baur devient le Centre principal de la 11^{ème} région. Les centres secondaires sont situés à Saint Laurent sur Sèvre, Sainte Anne d'Auray et Quimper.

Par la suite, de nouvelles baraques Adrian sont construites pour accueillir les locaux de l'électro-radiologie et de la mécanothérapie, le pavillon destiné à cette dernière se situant à proximité de la grille d'entrée. Lors des offensives de 1918, une partie de ces locaux doit être évacuée au profit des chirurgiens et réinstallée dans des tentes Tortoise. De l'Armistice jusqu'en 1919, une grande partie de l'activité de l'Hôpital Baur est liée à la physiothérapie.

De nombreux médecins ont été affectés au Centre principal de physiothérapie. Il y avait un médecin chef de service, le Docteur BADIN, puis le Professeur LEDUC à partir de janvier 1918, et trois médecins adjoints. De nombreux masseurs et infirmiers les ont secondés.

2) Exemple de rapport d'activité

Le chef de service de la physiothérapie devait rendre compte tous les mois de l'activité de son service en mentionnant :

- le nombre d'entrées et de sorties
- le mode de sortie (guérison, service auxiliaire, réforme, chirurgie, cure thermale...)
- le nombre d'actes pratiqués.

Nous prendrons l'exemple du mois de juillet 1918. Malgré une réduction du nombre de lits, la rééducation des blessés est importante comme l'atteste la répartition suivante des soins:

- Galvanisations :	785
- Electro-ionisations :	826
- Faradisations et courants de Leduc :	628
- Electro-diagnostics :	92
- Traitements statiques :	64
- Radiothérapies :	8
- Bains de lumière et air chaud :	1423
- Séances de mécanothérapie :	831
- Séances de massage :	1154
- Exercices d'ensemble :	500
- Traitements par les jeux en plein air :	1850

Cette classification des actes de rééducation va nous servir de fil conducteur pour aborder chacune des disciplines.

B L'ELECTROTHERAPIE

Domaine annexe des radiologues, cette technique utilise la propriété de courants électriques aux caractéristiques différentes.

1) Electro-ionisation

Appelée encore ionophorèse ou par la suite diélectrophorèse médicamenteuse, elle consiste en l'introduction dans les tissus lésés d'une substance chimique chargée négativement comme le salicylate de sodium, l'iodure de potassium...L'application d'un courant électrique permet la pénétration de la substance chargée.

Le Professeur LEDUC a d'ailleurs largement contribué à l'élaboration de cette technique.⁶¹Son efficacité est démontrée sur les cicatrices rétractiles, les ankyloses et sur certaines névralgies.

2) Galvanisation

Il s'agit de l'application d'un courant continu ou galvanique sur une lésion. Elle peut être couplée à l'électro-ionisation. Les paralysies, les parésies et les atrophies musculaires en sont les principales indications.

3) Faradisation

Cette technique correspond à l'application de courants induits à l'aide d'impulsions brèves. Ils sont responsables de contractilité musculaire.

4) Franklinisation

On applique de l'électricité statique sur la zone lésée.

5) Courants de Leduc

Expérimentés en 1902, ils consistent en l'application de courant continu avec une tension de 12 Volts, interrompu 150 à 200 fois par seconde. Ils sont utilisés pour certains troubles fonctionnels et certaines douleurs.

⁶¹ CREPON Francis, *Electrothérapie et rééducation fonctionnelle*, Editions Frison-Roche, 2002.

C LA MECANOTHERAPIE

Elle consiste en l'utilisation d'appareils mécaniques, les **arthromoteurs**, destinés à produire des mouvements analytiques. La mécanothérapie se caractérise par une atténuation de l'effort physique, liée à un fractionnement du mouvement. Un appareil existe pour chaque groupe musculaire.



3.- Hôpital 101, Saint-Stanislas, à Nantes. — Salle de mécanothérapie.

1) Mécanothérapie passive

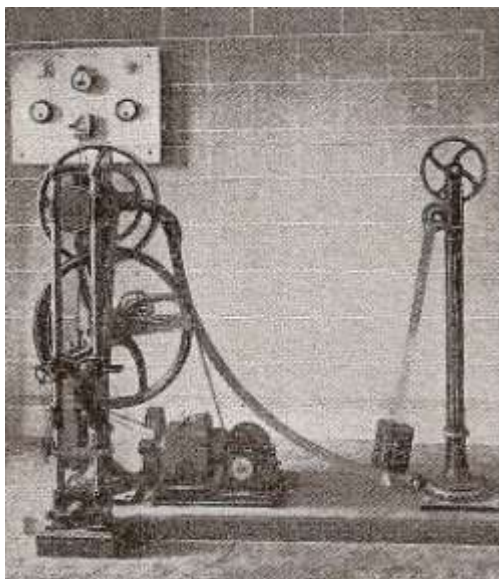
Les mouvements s'effectuent en dehors de la volonté du patient. Les appareils sont actionnés par un moteur.

2) Mécanothérapie active

Le malade effectue lui-même les mouvements contre une résistance, réglable par l'utilisateur.

Plusieurs appareils ont été créés comme par exemple l'arthromoteur universel du Docteur CHAMPTASIM qui permet de mobiliser toutes les articulations grâce à un moteur électrique. De nombreux réglages telles la vitesse, l'amplitude, la position angulaire sont possibles.⁶² Il est fort probable que l'Hôpital Baur en ait été équipé ou ait bénéficié d'un matériel semblable.

⁶² DONATI Georges et GRIMAL Michel, *Médecine et Chirurgie pendant la Première Guerre Mondiale*, thèse universitaire de Médecine Générale, Université Paul Sabatier, Toulouse III, 1993.



Arthromoteur universel du Dr CHAMPTASIM (type actif et passif)⁶³

Les indications thérapeutiques sont multiples : raideurs articulaires, rétractions musculaires et tendineuses, atrophies et parésies musculaires, troubles de la coordination et névralgies avec utilisation de vibrations mécaniques.⁶⁴

D L'AEROTHERMOTHERAPIE

Le 1^{er} janvier 1915, le service d'aérothermothérapie est créé dans 2 pavillons de l'Hôpital Baur sous la responsabilité du Médecin Aide-Major de 1^{ère} classe BENOIT.

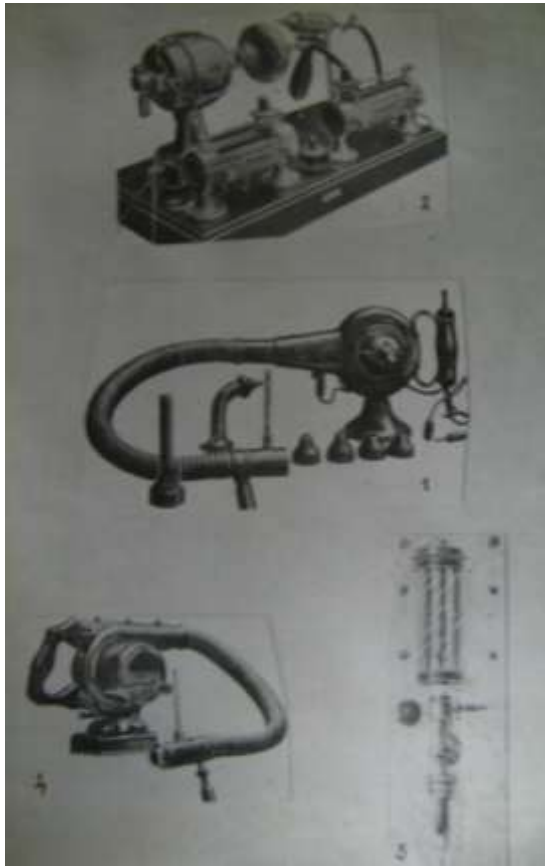
1) Principes

Il s'agit de projeter de l'air chaud sur une plaie à 15 centimètres de celle-ci. On augmente progressivement l'intensité de la chaleur de 80° jusqu'à 140° par « arrosages » successifs toutes les 5 à 10 minutes. On chauffe également les zones adjacentes pour augmenter le débit sanguin. Certaines applications à 300° nécessitent une anesthésie préalable. Puis des pansements secs sont appliqués, sauf si la plaie suppure, auquel cas on utilise de la teinture d'iode.⁶⁵ On peut également utiliser un mélange air/ozone pour stériliser les plaies.

⁶³ GALTIER-BOISSIERE Emile, *Larousse médical illustré de guerre*, Paris, 1917.

⁶⁴ ROBERT Dominique, *Contribution à l'histoire de la rééducation fonctionnelle. La mécanothérapie Zander et l'électrothérapie à l'Hôtel-Dieu du Creusot entre 1908 et 1914*, thèse de Médecine générale, Université de Dijon, 1997

⁶⁵ Archives de l'Hôpital militaire du Val de Grâce, Carton 133.



- 1- Electro-aéro-thermo portatif
- 2- Electro-aéro-thermo grand modèle
- 3- Ozonisateur
- 4- Appareil à alcool

Appareils utilisés à l'Hôpital Baur

2) Indications

Cette technique est employée pour les plaies à grande surface, les plaies à cavité anfractueuse, les brûlures, les gelures, la gangrène et l'anthrax.

3) Exemple d'observation

« Lit n°5 : plaie de l'avant-bras par arrachement des muscles fléchisseurs. La plaie part un peu au-dessous du pli du coude et va jusqu'au poignet. Longueur : 18 centimètres, largeur : toute la face antérieure de l'avant-bras. Une partie des tendons des fléchisseurs est détruite. La peau recroquevillée forme un bourrelet au poignet. La suppuration est très abondante, sanieuse et à chaque pansement, il y a des hémorragies abondantes.

Dès la première application d'air chaud, les hémorragies cessent. Au troisième jour, la suppuration a diminué des trois-quarts. Le malade ne ressent plus de douleurs. Après quinze jours, la plaie a diminué de moitié. La peau arrachée a été ramenée sur l'avant-bras. Elle est adhérente à la surface où elle a été fixée par des catguts entrelacés. »⁶⁶

⁶⁶ Archives de l'Hôpital militaire du Val de Grâce, Carton 133.

L'activité de ce service est prolongée jusqu'à la fin de la guerre. La chaleur est donc utilisée pour de multiples indications, avec des résultats thérapeutiques prouvés : effets antalgiques, décontractants, anti-inflammatoires.

E AUTRES TECHNIQUES PHYSIQUES

Pour compléter cette revue des disciplines de la rééducation fonctionnelle, on peut citer les techniques suivantes.

1) L'hydrothérapie

Appelée aussi balnéothérapie, elle fait appel à des bains d'eau chaude ou froide. L'hydrothérapie appartient également au domaine du thermalisme dans les régions concernées.

2) La luminothérapie

Elle consiste en l'utilisation de la lumière solaire ou électrique. Pour la lumière solaire, l'efficacité réside dans l'effet de chaleur. Elle est employée notamment pour améliorer l'état psychique des blessés.

3) La radiothérapie

Domaine réservé des radiologues, l'utilisation des rayons X est indiquée dans le traitement des cicatrices chéloïdes et rétractiles, des névrites, de certaines dermites. La radiothérapie comprend aussi l'utilisation du radium mais il est peu vraisemblable que l'Hôpital Baur en ait été doté.

F MASSAGES ET KINESITHERAPIE

Ces deux techniques sont proches et constituent l'apanage des masseurs et masseuses.

1) Massages

Ils sont utilisés dans le traitement des impotences fonctionnelles et des troubles circulatoires comme les oedèmes. Le matériel employé est des plus rudimentaires : lits, coussins. On se sert aussi de vaseline et du talc pour faciliter le geste du masseur qui se fait dans le sens des fibres musculaires et de la circulation veineuse.

Pression et friction permettent de réaliser des massages sédatifs tandis que pétrissage et percussion sont employés pour les massages stimulants.⁶⁷

2) Kinésithérapie

Elle est utilisée après la réalisation d'un bilan moteur précis, précurseur du testing musculaire actuel. Des instruments comme l'**arthrodynamomètre** permettent de mesurer les amplitudes des mouvements effectués ainsi que leur force, leur qualité...

Les principes en sont les suivants : « *on doit, avant de commencer à mobiliser une articulation, immobiliser le segment sus-jacent. Le masseur doit saisir ce dernier tout près de l'articulation mais sans gêner le mouvement. Le segment mobilisé, au contraire, doit être saisi aussi loin que possible de l'articulation sous-jacente. La main qui immobilise doit toujours reposer sur un support fixe.* »⁶⁸

Lorsque la kinésithérapie est passive, la mobilisation fait appel à un masseur. S'agissant de la kinésithérapie active, le patient mobilise lui-même un membre ou un segment de membre, à l'aide de divers instruments comme des appareils de traction utilisant un jeu de poulies par exemple.

3) Activités sportives et de plein air

Le sport n'est pas bien sûr uniquement réservé aux seuls blessés « fonctionnels » et se rapproche de la kinésithérapie. A l'hôpital Baur, la pratique de la gymnastique est courante, en groupe ou individuellement, avec de nombreux instruments : haltères, sandows, barres parallèles, rameurs, échelles...

Les marches en plein air sont fréquentes sous la direction d'un gradé et s'intègrent dans la discipline.

G APPAREILLAGE DES BLESSES

Le nombre d'amputés pendant la Guerre de 1914-1918 est difficile à évaluer. On pense qu'il se situe autour de deux millions. Il a fallu appareiller ces blessés à l'aide de prothèses afin de faciliter leur quotidien.

Avant le conflit, il n'existait que très peu de fabricants de prothèses. Par la suite, le sous-secrétaire d'état Justin GODART autorise la création en 1915 de centres spécialisés et habilités à l'appareillage des blessés. L'Hôpital-dépôt n°1 (voir annexe 1) est le centre prothétique de la 11^{ème} région.

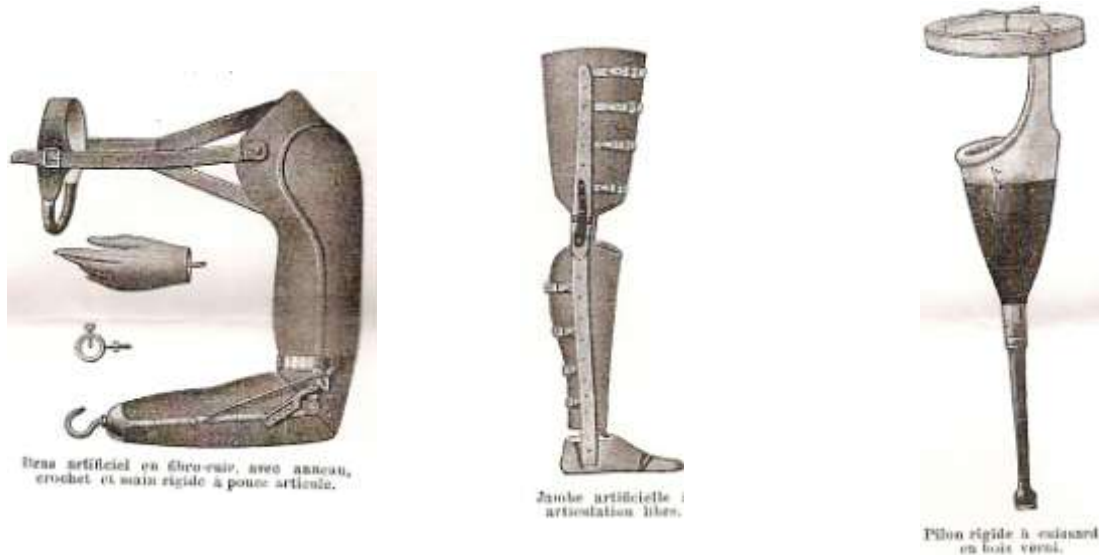
Les amputés traités à l'Hôpital Baur y ont probablement appris l'usage des prothèses ou orthèses.

⁶⁷ DONATI Georges et GRIMAL Michel, *Médecine et Chirurgie pendant la Première Guerre Mondiale*, thèse universitaire de Médecine Générale, Université Paul Sabatier, Toulouse III, 1993.

⁶⁸ Ibidem

1) Les prothèses

Ce sont des dispositifs permettant de compenser la perte d'un membre ou d'un segment de membre. L'attribution d'une prothèse suppose que la technique d'amputation a laissé un moignon fonctionnel et qu'elle date d'au moins 2 mois.



Quelques exemples de prothèses⁶⁹

Lorsque le malade arrive au centre d'appareillage, il est soigneusement examiné. Son dossier comprend l'observation clinique, une fiche de mensuration avec les amplitudes articulaires, la photographie du moignon et du membre controlatéral, la radiographie du moignon et enfin son moulage.

Une commission constituée d'un orthopédiste, d'un physiothérapeute et d'un prothésiste statue sur le cas examiné.

En attendant la prothèse définitive, le blessé utilise un pilon en bois pour se déplacer lorsqu'il a été amputé du membre inférieur.

Les prothèses des membres inférieurs sont constituées de trois parties : un cône d'emboîtement qui englobe le moignon, une pièce terminale qui restaure au mieux la forme et la fonction du membre amputé, un système de suspension. Elles autorisent la marche et permettent de réduire les douleurs de désafférentation ou douleurs du « membre fantôme »⁷⁰.

Les prothèses des membres supérieurs sont plus complexes sur le plan fonctionnel. Elles s'articulent autour d'un segment fixe sur lequel s'appliquent différentes extrémités : anneau, crochet, main artificielle, suivant la fonction souhaitée.⁷¹

⁶⁹ Larousse mensuel, septembre 1915.

⁷⁰ Le « membre fantôme » est une non-reconnaissance de la modification de la somatotopie. L'amputé croit reconnaître des sensations douloureuses ou non émanant de son membre absent.

⁷¹ DONATI Georges et GRIMAL Michel, *Médecine et Chirurgie pendant la Première Guerre Mondiale*, thèse universitaire de Médecine Générale, Université Paul Sabatier, Toulouse III, 1993.

2) Les orthèses

En cas de dénévation, ces appareils permettent de restaurer une position fonctionnelle. Par exemple, il existe un appareil pour corriger une paralysie radiale, un autre pour l'atteinte du nerf sciatique poplitée externe...

Ce matériel est bien sûr onéreux et son financement est tributaire des pensions d'invalidité et des dons des sociétés civiles de bienfaisance.

H REEDUCATION ET TRAVAIL

La rééducation par et pour le travail reflète une dimension morale particulière. Devant la crainte de voir les soldats mutilés s'enfoncer dans l'inactivité voire l'appauvrissement et la misère, l'Armée anticipe le retour à la vie civile de ces militaires par une adaptation à leur poste d'avant-guerre ou par un reclassement professionnel.

1) L'ergothérapie

La rééducation par le travail fait le plus souvent appel à des pratiques artisanales adaptées au handicap du blessé. Un atelier de vannerie est ainsi créé à l'Hôpital Baur en février 1918. Des bottes d'osier sont trempées dans l'étang de la ferme située à proximité.⁷² Un atelier de menuiserie tenu par les militaires existe également et certains travaux d'entretien y sont effectués comme la réparation des lits.⁷³

En contrepartie de l'installation de certains locaux de rééducation en juin 1918 près de la ferme, la Commission administrative des Hospices civils demande la participation des soldats à certaines activités : jardinage, menuiserie, serrurerie, forgerie, maçonnerie.

2) La rééducation professionnelle

A l'occasion de la conférence de 1917 sur l'étude de la rééducation professionnelle, la déclaration suivante résume bien cette prise de conscience de l'importance de la réinsertion des soldats. « *La rééducation professionnelle doit avoir pour but de permettre au blessé soit de reprendre son ancien métier, soit d'apprendre un métier plus compatible avec son état. On ne doit surtout pas à un certain âge renoncer délibérément aux avantages de l'apprentissage antérieur. En conséquence, on devra s'efforcer de réagir contre la tendance des mutilés à choisir un autre métier que le leur, obéissant à un goût général de changement. Si un métier nouveau s'impose, il faut en chercher un analogue. Le charpentier deviendra menuisier, s'il est amputé d'une jambe et ne peut plus monter à l'échelle.* »⁷⁴

⁷² Cette ferme construite en 1844 se situait dans la zone entre l'actuelle école d'infirmières et l'école des cadres.

⁷³ Archives de la Commission Administrative Hospitalière des Hospices Civils de Nantes.

⁷⁴ DONATI Georges et GRIMAL Michel, *Médecine et Chirurgie pendant la Première Guerre Mondiale*, thèse universitaire de Médecine Générale, Université Paul Sabatier, Toulouse III, 1993.

De nombreuses associations voient le jour comme la Fédération nationale des mutilés de la guerre qui aide matériellement et financièrement les soldats mutilés. Des allocations viennent en complément des 1,70 francs par jour versés par l'Etat pendant toute la durée de la rééducation professionnelle.

Des ateliers-écoles sont créés dans différents départements. Ils ont pour but d'orienter les militaires mutilés vers les branches professionnelles propres à leur région. D'ailleurs, les orientations professionnelles préconisées sont les suivantes : pour les amputés des membres inférieurs, on recommande des emplois dans le secteur du commerce (comptabilité, dactylographie) et dans le secteur industriel (tailleurs, tourneurs, cordonnerie, serrurerie, menuiserie, ébénisterie, vannerie...) ; quant aux amputés des membres supérieurs, le secteur agricole semble plus adapté à leur handicap (viticulture, arboriculture, apiculture, bergers...)

Concernant les nombreux aveugles, conséquence tragique de l'utilisation des gaz de combat, des centres d'appareillage leur sont voués, notamment l'Hôpital Complémentaire n°3 à Nantes. Leur rééducation est plus spécialisée. Elle comprend l'apprentissage du braille et l'orientation vers un métier adapté à la cécité (brosserie, vannerie, rempaillage, matelasserie...).⁷⁵

I EXEMPLE DE PRISE EN CHARGE

Le soldat F, 29 ans, du 265^{ème} Régiment d'infanterie est blessé le 20 juillet 1916 à Estrées par un éclat d'obus dans le pied droit. Il est évacué à Viaucourt puis à Paris, à l'Hôpital Lariboisière, de juillet à octobre, où l'éclat d'obus est extrait. Il est ensuite transféré à Coulaincourt, hôpital 92, d'octobre 16 à janvier 17, puis à l'Hôpital Complémentaire 21 de Nantes, de janvier à mai 1917.

Il est admis le 28 mai 1917 à l'Hôpital Baur pour la prise en charge d'un trouble de la marche. A l'examen, on retrouve un œdème considérable de tout le pied droit et des cicatrices multiples. Les mouvements actifs de l'articulation tibio-tarsienne et des orteils sont à peine ébauchés tandis que les mouvements passifs sont conservés. Il existe une zone d'anesthésie des faces dorsale et plantaire du pied. Les réflexes achilléen et plantaire sont abolis.

L'électrodiagnostic révèle une paralysie des nerfs plantaires, liée à une section ou à des adhérences cicatricielles. Le nerf sciatique poplité externe est normal.

Des séances d'électrothérapie sont proposées. Elles comprennent des faradisations au tampon du sciatique poplité externe, des applications de courant galvanique sur le trajet des nerfs plantaires et des séances de luminothérapie.

Le traitement complémentaire consiste en massages du pied, mobilisation manuelle des orteils et de la tibio-tarsienne, séances de mécanothérapie.

⁷⁵ Larousse mensuel, septembre 1915.

A l'issue de cette prise en charge, le malade est très amélioré. Il persiste un léger œdème du pied droit qui n'apparaît qu'à la marche. Par contre, il persiste une raideur assez marquée de l'articulation tibio-tarsienne et la paralysie des orteils semble définitive.

Le soldat F est donc évacué le 18 juin 1917 sur l'Hôpital 62 à Ax-les-Thermes pour traitement ultérieur.

Cet exemple nous montre que les différentes disciplines de la rééducation fonctionnelle n'étaient pas aussi cloisonnées et que les blessés bénéficiaient en général de toutes ces techniques. La rééducation fonctionnelle naissante se révèle être une science médicale transversale, constituant bien souvent l'aboutissement thérapeutique de nombreux blessés de guerre.

TROISIEME PARTIE

UN CENTRE DE SANTE MILITAIRE AU SEIN D'UN HOPITAL CIVIL

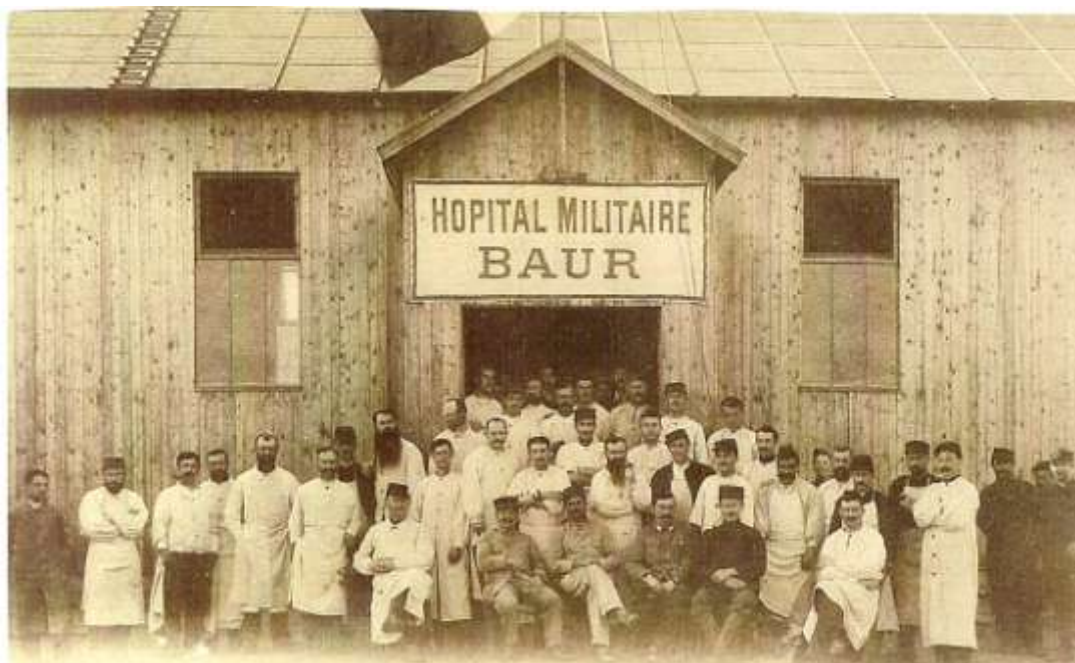
L'Hôpital Saint-Jacques, dont la construction s'achève en 1845, est un hôpital qui accueille malades psychiatriques, vieillards et orphelins. L'accroissement du nombre de malades est à l'origine d'agrandissements et d'extensions. Bien que la Première Guerre Mondiale n'a été qu'un épisode transitoire dans ces mutations, la création d'un centre militaire dans l'enceinte même de Saint-Jacques est à l'origine de modifications de fonctionnement dans plusieurs domaines : gestion du personnel, services techniques, administration...

I UN PERSONNEL MIXTE

La direction régionale du Service de Santé est responsable de la répartition du personnel militaire dans les différents centres. Cependant, devant l'ampleur de la tâche, il a fallu rapidement associer certains membres du personnel hospitalier civil existant.

A LES MILITAIRES

Une grande disparité dans la répartition des médecins militaires entre la zone de l'Avant et la zone de l'Intérieur a longtemps été de mise pendant le conflit. Bon nombre de médecins militaires de carrière étaient employés au front (dans la proportion de 87% en 1916).⁷⁶ Les hôpitaux de l'Arrière pouvaient faire appel à des médecins militaires en retraite et réintégrer des médecins civils ayant effectué leur service militaire. L'Hôpital Baur n'a pas échappé à cette règle.



⁷⁶ FOURNIER Jean-Pierre, *Histoire du Service de Santé militaire français pendant la Guerre 1914-1918*, thèse d'histoire, Montpellier, 1996.

Le Médecin-chef jusqu'en janvier 1917, le Médecin Principal HAUEUR, est en effet un militaire retraité qui est réaffecté dans le service actif en 1914. Il prend la direction de l'Hôpital Baur à l'âge de 59 ans. Il sera remplacé par DEBRAY puis BRITON.

Le Docteur BENON, psychiatre civil, est lui réintégré au grade de Médecin Aide-Major de 1^{ère} classe en décembre 1914 et est nommé Médecin Chef de la neuropsychiatrie de la 11^{ème} Région. Il est principalement attaché à Baur et conserve ses fonctions jusqu'à la fin du conflit.

Les affectations ne sont souvent pas définitives et un médecin militaire peut être envoyé provisoirement au front comme le Médecin Major de 2^{nde} classe PALAS, chirurgien de premier plan à Baur. Il exerce deux années à Nantes dès 1914. Puis, il est envoyé dans l'ambulance automobile chirurgicale 19 pendant quelques mois, avant de revenir dans la 11^{ème} Région.⁷⁷

Il n'y a pas eu d'officier gestionnaire ni d'officier pharmacien. Ces spécificités étaient exercées par des civils.

Le nombre d'infirmiers militaires ayant travaillé à Baur est difficile à établir. Plusieurs délibérations de la Commission administrative des Hospices civils font état du nombre total d'infirmiers sans distinction de leur provenance, militaire ou civile.

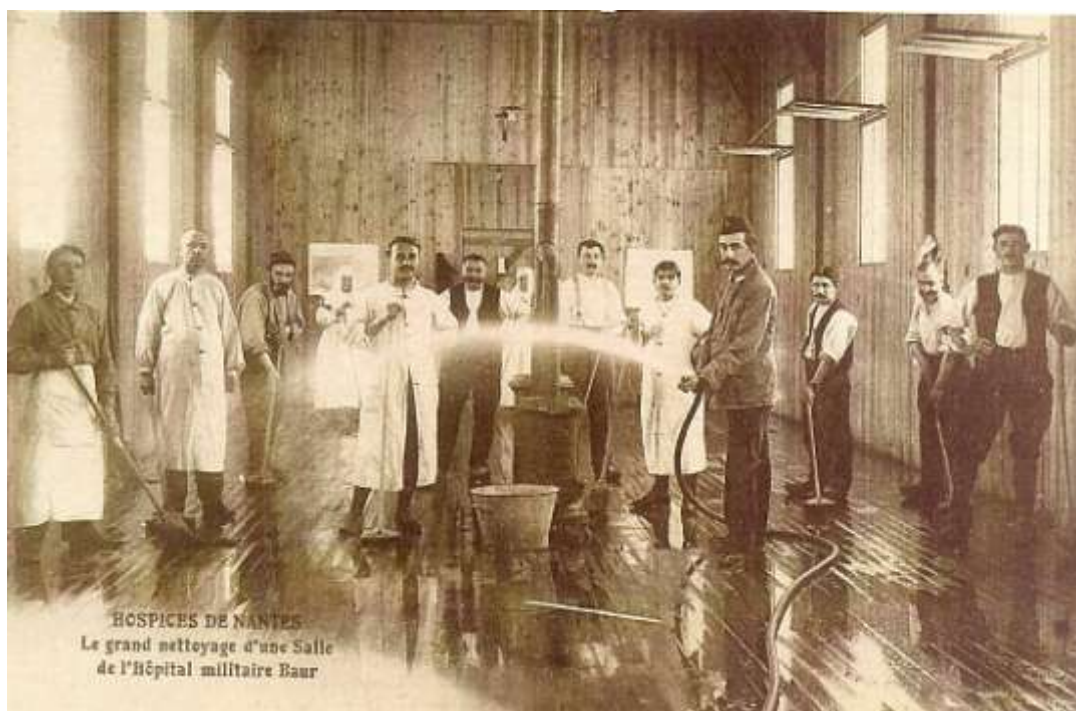
La règle établie stipule qu'il faut 1 infirmier pour 6 malades. Bien que ce ratio ait été fréquemment dépassé en raison d'une grande fluctuation des mouvements de blessés, il semble qu'il y ait souvent eu pénurie de personnel qualifié.

L'effectif insuffisant est un problème récurrent au cours de la guerre, justifiant les fréquentes demandes d'affectations de personnel civil pour l'aide aux soins très divers⁷⁸.

⁷⁷ Archives du Service Historique de l'Armée de Terre : dossiers militaires personnels.

⁷⁸ Archives de la Commission Administrative Hospitalière des Hospices Civils de Nantes.

B LES CIVILS



En début de guerre, une circulaire ministérielle autorise le recrutement de personnel féminin dans les services d'aliénés hommes. L'Hôpital Baur s'attribue donc les services d'infirmières déjà présentes à Saint-Jacques depuis 1808, les Sœurs de la Sagesse.

Cette communauté intègre le personnel infirmier de Baur dès 1914. Près d'une quinzaine de sœurs ont été affectées au cours du conflit. Elles ont pour tâche d'assister les médecins lors des soins et des interventions. Elles sont aussi chargées de réaliser des pansements, sont tenues d'entretenir le matériel et elles sont employées dans les cuisines.

Les Sœurs de la Sagesse obéissent à une double autorité, l'autorité du Médecin-chef ainsi que l'autorité de la Mère Supérieure qui vit dans la Maison Mère à Saint Laurent-sur-Sèvre.

Très rapidement, elles vont être confrontées aux terribles conséquences de la guerre avec l'arrivée des premiers blessés à l'Hôpital Baur. Ainsi, la Sœur Saint Augustin de Saint Jean qui dirige la communauté locale écrit à la Mère Supérieure dans une lettre datée du 1^{er} novembre 1914, deux jours après l'ouverture de l'hôpital militaire :

« Hier soir, nous avons reçu dix militaires avec la fièvre typhoïde, dont un est mourant aujourd'hui. A une heure et quart, cette nuit, on nous téléphone qu'un train de blessés est en gare, et de nous tenir prêts à les recevoir à 3 heures. Vite, je m'empresse de faire prévenir Monsieur l'économe et le Major en ville. A 4 heures, autos et voitures arrivaient avec 80 blessés plus ou moins. Plusieurs sont venus sur des brancards, bien malades avec des balles et encore des balles çà et là...un jeune homme de vingt ans a la

mâchoire mutilée, on le fait boire avec un biberon. C'est pitié : on nous annonce un autre convoi pour cette nuit. Ils sont noirs comme des charbonniers...des chemises et vêtements cousus avec des épingles de sûreté en loques. Ma bonne chère Mère, je ne sais pas comment je tiens et comment je vis. Jeudi et vendredi soir, point de chapelle. Ce matin, j'ai fait la Sainte Communion à 5 heures...car je pensais aux pansements à faire pendant la Grande Messe. »⁷⁹

Ce témoignage émouvant traduit l'horreur suscitée par la vision des corps mutilés et la grande souffrance qu'elle génère, d'autant que nous sommes en novembre 1914, période de débâcle pour le Service de Santé. Les blessés ont été évacués au plus vite, avec des soins rudimentaires et souvent laissés dans l'état physique et vestimentaire dans lequel ils ont été retrouvés sur le champ de bataille. De telles scènes ne se voient que lors des offensives de la guerre de mouvement. L'urgence de la situation justifie la perturbation de la vie religieuse des Sœurs de la Sagesse.

Pour aider les Sœurs, des soignants spécialisés interviennent dans certains domaines comme la rééducation fonctionnelle : masseurs et masseuses, manipulateurs d'appareils comme les arthromoteurs.

L'Hôpital Baur est aussi constitué du personnel habituel de Saint-Jacques : employés des services techniques, certes laïques, mais sous l'autorité de la Supérieure. Hommes et femmes doivent travailler séparément et théoriquement ne pas s'adresser la parole.

Finalement, l'Hôpital Baur a été le siège d'une double mixité, militaire et civile, religieuse et laïque.

II ELEMENTS DE LA VIE QUOTIDIENNE A BAUR

En dehors de la technicité des soins et de l'encadrement militaire, la vie à l'Hôpital Baur différerait peu de celle des malades civils.

Il nous semble intéressant de présenter quelques aspects du quotidien de ces militaires hospitalisés.

1) Les sorties

Elles sont autorisées en fin de journée de 17 à 21 heures pour les militaires en état de se déplacer. Lorsqu'une convalescence ou un congé a été décidé par la commission correspondante, les malades sont invités à rejoindre leurs familles au plus vite. Lorsqu'ils quittent définitivement l'Hôpital Baur, l'Administration des Hospices leur donne des jetons pour se rendre en tramway à la gare afin de s'assurer de leur départ effectif.⁸⁰

⁷⁹ Archives de la Communauté des Sœurs de la Sagesse, Saint Laurent-sur-Sèvre.

⁸⁰ Archives de la Commission Administrative Hospitalière des Hospices Civils de Nantes.

2) Exercices en plein air

Sous la direction d'un gradé, ils se déroulent dans les espaces encore disponibles entre la grille d'entrée et les pavillons. Ils ont lieu quotidiennement dans le but de maintenir la discipline et la cohésion du groupe.

3) Les fêtes

Tous les ans, un arbre de Noël est édifié dans chacun des hôpitaux. Des concerts ont lieu épisodiquement. En fin d'année 1915, un don du Conseil Général de 240 francs permet d'offrir un menu amélioré pour le jour de l'An.



4) Les cultes

Les offices catholiques se déroulent dans la chapelle de Saint-Jacques. Les militaires y ont accès ainsi que les malades civils.

5) La discipline

Elle est assurée par les officiers. Quelques incidents sont à déplorer avant 1917. Un aliéné allemand s'évade le 31 décembre 1915. Des tensions naissent entre les gardiens civils du quartier des malades mentaux et les gardiens militaires, surtout après des consommations répétées et excessives d'alcool.

1917 est une année de troubles internes dans les deux hôpitaux. Sur le plan du conflit, la désastreuse offensive du Chemin des Dames est probablement à l'origine de mécontentements et de mutineries. Cette situation peut expliquer le relâchement de discipline. Régulièrement, des soldats s'échappent de l'enceinte. Après avoir été dégradée, la grille d'entrée de l'Hôpital Baur doit être gardée en permanence par une sentinelle accompagnée d'un chien.

La Commission administrative demande en septembre au Médecin chef un rapport sur les incidents de fonctionnement constatés. Ce dernier conclut : *« un moment, la surveillance était incomplète, les malades en traitement étaient indisciplinés, l'entretien du linge laissait à désirer. Des punitions sévères ont été infligées, l'ordre règne maintenant. »*⁸¹

III UNE AUTONOMIE LIMITEE

En dehors de l'activité médico-chirurgicale, l'Hôpital Baur était étroitement lié à Saint-Jacques dans plusieurs domaines pour assurer son fonctionnement.

A LES SERVICES TECHNIQUES

HAUEUR en fait un descriptif dans son rapport de 1916 et énumère les différents locaux mis à disposition.

1) Pharmacie

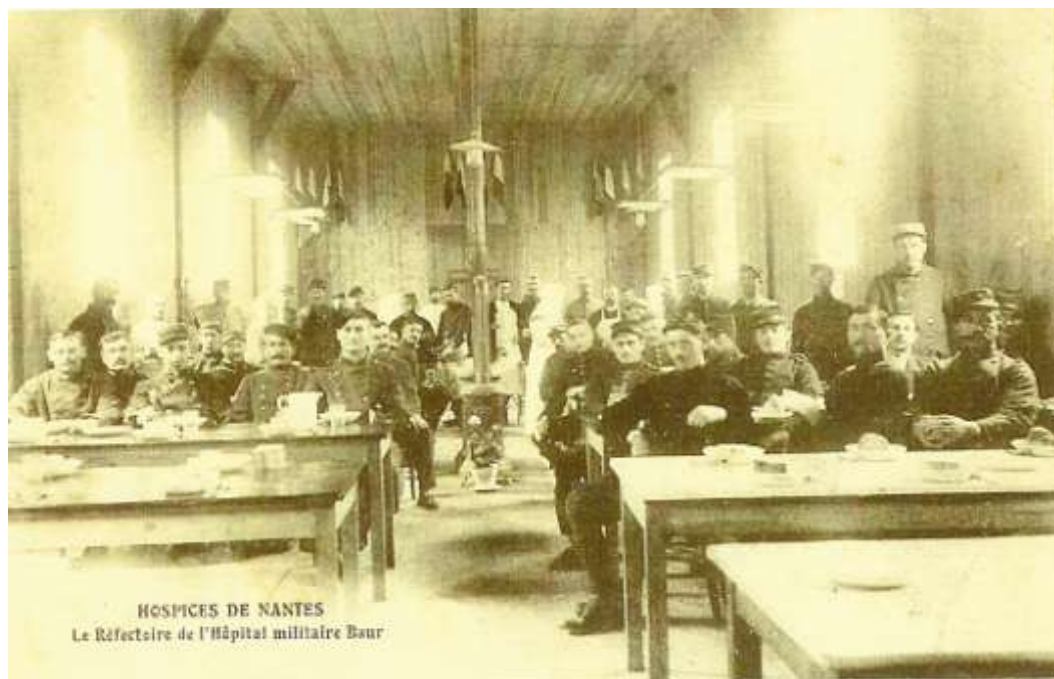
Médicaments et matériel pour les pansements sont fournis par le personnel de la pharmacie de Saint-Jacques. Pour le matériel plus spécialisé comme les appareils de radiologie, c'est l'Hôpital Broussais qui est chargé de l'approvisionnement.

2) Cuisine et lingerie

Selon HAUEUR, l'alimentation est saine, abondante et variée. Les plats sont préparés dans les vastes cuisines de Saint-Jacques, puis acheminés vers les baraquements au moyen de wagonnets, qui se déplacent le long de rails. Un cuisinier militaire seconde les Sœurs de la Sagesse.

⁸¹ Archives de la Commission Administrative Hospitalière des Hospices Civils de Nantes.

Le blanchissage et la désinfection du linge se font dans un autre service et utilisent également des wagonnets.



3) Autres sites utilisés

Les malades soignés à Baur sont tributaires des douches situées dans les pavillons des vieillards. A l'origine, ces douches ont été créées dans un but thérapeutique mais elles étaient très peu utilisées. L'accès leur en est autorisé aux soldats blessés malgré un surcroît de la consommation d'eau.⁸²

D'autres locaux sont régulièrement mis à la disposition des militaires : la salle d'autopsie, le dépôt mortuaire.

Les services techniques permettent aussi la fourniture de matériel médical et chirurgical : instruments, tables d'opération, cuvettes...

B APPROVISIONNEMENT

Les difficultés matérielles rencontrées à Nantes pendant la guerre concernent aussi les deux hôpitaux imbriqués, en terme de matières premières et de denrées alimentaires.

⁸² SAVARIAU Maurice, *Un Hôpital oublié, l'Hôpital militaire Baur*, Revue l'Hospitalier nantais, juin 1991.

1) Restrictions alimentaires

Par mesure d'économie, les plats à base de viande sont remplacés par des pâtes. Dès 1917, les jardins et les pelouses sont ensemencés en pommes de terre.⁸³

2) Pénurie de charbon

Dès juillet 1916, en prévision de l'hiver, on constate que les stocks de charbon sont limités et ne suffiront pas. Les troupes allemandes occupent une grande partie des gisements de charbon dans le Nord de la France. Le prix de l'hectolitre de coke était à 1F20 avant la guerre, puis 1F70 en 1915 et 2F55 en 1916.⁸⁴ Cette flambée des prix s'accompagne de difficultés pour acheminer le précieux combustible.

L'hiver 1917 est très rude avec un record à -10°C le 30 janvier ; le port de Nantes est pris par les glaces. Le 23 février, la Commission administrative envisage de supprimer le chauffage dans les salles de malades. Une partie de l'Hôpital Baur est fermée d'autant que l'activité chirurgicale tourne au ralenti. Les malades sont donc regroupés entre les différents hôpitaux civils et militaires. Pour économiser également l'éclairage, les militaires ne sont levés que lorsqu'il fait jour et retournent dans leur lit au coucher du soleil.

Des solutions alternatives sont envisagées pour remplacer le charbon, comme l'utilisation de briquettes confectionnées avec du coaltar⁸⁵, de la sciure de bois et de la terre glaise, dont la fabrication a lieu à Guérande.

Il faut attendre le 15 juin pour voir arriver dans le port de Nantes un navire qui apporte 500 tonnes de charbon pour les Hospices civils.

C FINANCES

Il est difficile d'établir la part des frais pris en charge par l'administration des Hospices civils pendant les cinq années de l'Hôpital Baur.

Très régulièrement, les archives de la Commission administrative font état de dépenses que l'Armée s'engage à rembourser. C'est ainsi que le prix de revient d'une journée d'hospitalisation est prévu dès le début de la guerre. Le prix de journée est volontairement fixé à 2F50 en août 1914 à condition que l'autorité militaire s'engage à rembourser les hospices civils par mandats mensuels.⁸⁶

Malgré une augmentation régulière du prix de journée qui atteint 3F80 en 1918, des difficultés de trésorerie sont fréquemment évoquées. La pérennisation du conflit est vraisemblablement à l'origine du dépassement des budgets.

⁸³ Ibidem.

⁸⁴ **Archives départementales** : série H dépôt 3, H 68.

⁸⁵ **Coaltar** : goudron de houille.

⁸⁶ **Archives départementales** : série H dépôt 3, H 103.

D RELATIONS AVEC L'ADMINISTRATION HOSPITALIERE

La Commission administrative des Hospices civils est l'interlocuteur privilégié des médecins militaires pour l'obtention de matériel et de personnel. Toute décision de transformation des baraquements doit obtenir l'aval de l'Administration hospitalière ainsi que toute utilisation des services de Saint-Jacques. Elle accorde quelques privilèges au Médecin Chef comme l'attribution en 1916 d'un raccordement de Baur au poste téléphonique de Saint-Jacques.⁸⁷

La Commission intervient régulièrement sur le nombre et la répartition du personnel infirmier civil mais le nombre des infirmiers est souvent en inadéquation avec la réalité.

Au cours de l'année 1917, les relations sont plus difficiles, d'autant qu'un relâchement de discipline nuit aux deux établissements. Tout engagement de frais supplémentaires est refusé sauf si l'Armée le prend à son compte.

L'année 1919 confirme la tension qui règne entre les deux administrations. Les services du Génie proposent aux Hospices civils de racheter des baraques Adrian lorsque l'Hôpital Baur fermera ses portes. La Commission préfère le démantèlement des locaux et demande le remboursement de dégâts occasionnés dans un petit pavillon des femmes aliénées, qui servait au Médecin-chef.

Après la fermeture effective de l'Hôpital Baur, la direction de Saint-Jacques souhaite que les pavillons soient démontés au plus vite, afin de récupérer les terrains pour y faire pousser des plantes potagères. Le Génie missionne trois entrepreneurs nantais : ROLLAND, BEUCHET et PERDRIEL. Ces deux derniers étaient à l'origine de la construction en 1914. Les travaux de démolition tardent et l'échéance fixée au 3 janvier 1920 par l'Administration militaire est vite dépassée. En effet, à ce stade, il reste encore une baraque Adrian non démontée et le reste du chantier n'est pas évacué.

La Commission administrative évoque « *un grave préjudice pour les Hospices qui se trouvent dans l'impossibilité de faire procéder aux travaux de culture et plantation qui devraient être faits à cette époque de l'année.* »⁸⁸ Une procédure judiciaire auprès du Tribunal civil est engagée contre le Génie et les entrepreneurs nantais.

⁸⁷ Archives de la Commission Administrative Hospitalière des Hospices Civils de Nantes.

⁸⁸ Archives des hôpitaux nantais : série L139.

Un premier jugement est rendu le 27 juin 1922 puis confirmé par la Cour d'Appel de Rennes. Le Génie est condamné à verser 5 065,40 Francs de dommages et intérêts aux Hospices civils de Nantes. Cette somme n'est versée que le 22 mars 1924. Il aura fallu 5 années pour régler définitivement la question de l'occupation des jardins de l'Hôpital Saint-Jacques.



L'Hôpital Saint-Jacques vu de la Côte Saint-Sébastien

CONCLUSION

Tragédie humaine à grande échelle, la Première Guerre Mondiale a coûté la vie à près de 9 millions de personnes en Europe. Cependant, ce conflit meurtrier est à l'origine de progrès incontestables dans le domaine de la santé.

Le domaine de la chirurgie orthopédique, en particulier, en a bénéficié avec de nouvelles techniques d'immobilisation des fractures, des améliorations dans le traitement des blessures de guerre, de l'ostéosynthèse et de la greffe osseuse. Le domaine médical est marqué par le développement de la transfusion dans le traitement du choc hémorragique, la prévention des maladies infectieuses, notamment par la vaccination antitétanique et antityphoïdique, l'essor de la rééducation fonctionnelle comme l'histoire de l'Hôpital Baur le montre. Bien d'autres progrès ont été réalisés au cours de la guerre et d'autres restent à venir. Ainsi, le Docteur Alexander FLEMING, marqué par tant de pertes humaines, tente avec acharnement pendant et après la Guerre de 1914-1918, d'identifier la substance efficace dans la lutte contre les germes. Il déclare : « *Je dois trouver l'arme impitoyable qui anéantit les microbes. La guerre m'a appris trop de choses odieuses.* »⁸⁹. Il faudra attendre 1928 pour que FLEMING découvre de manière inopinée l'existence de la pénicilline.

L'étude de l'histoire de l'Hôpital Baur nous renseigne sur le vécu de ces quatre années de guerre par les soignants, les soignés et les témoins privilégiés qu'étaient les résidents habituels de Saint-Jacques. La singularité de cet établissement militaire tient davantage à ce caractère original « d'hôpital dans un hôpital », plutôt qu'à sa polyvalence et à son évolution en fonction des besoins des Armées.

Aucune trace physique ne subsiste à ce jour, les jardins ont remplacé le site supposé des baraques Adrian. L'Hôpital Baur a eu cependant une seconde existence, non à Nantes mais à Colmar. Ironie de l'Histoire, un hôpital militaire est construit en 1893 par l'administration militaire allemande. Il est rebaptisé en 1919 du nom de Victor BAUR dont la tombe est à Colmar. Cet hôpital aura une longévité importante puisqu'il ferme ses portes en 1994.

⁸⁹ FOURNIER Jean-Pierre, *Histoire du Service de Santé militaire français pendant la Guerre 1914-1918*, thèse d'histoire, Montpellier, 1996, p.612.

ANNEXE 1

Les hôpitaux nantais créés pendant la guerre sont au nombre de 20 en y ajoutant l'Hôpital Militaire Broussais et les Hospices civils. A chacun des hôpitaux étaient rattachées de nombreuses annexes au nombre de 84, sur Nantes et le plus souvent en dehors (nous ne citerons que les annexes situées en dehors de Nantes).

1) Les hôpitaux complémentaires (H.C.)

Ils sont gérés par des militaires.

- *Hôpital Complémentaire 2* : situé au Noviciat des Frères, rue du Balet, avec des annexes à Chantenay et Machecoul.
- *H.C. 3 : Ecole libre des Sœurs de Chavagnes*, rue Mondésir, avec des annexes à Blain, Carquefou, Vallet et Rocheservière.
- *H.C.6 : La Persagotière*, Institution départementale des sourds, muets et aveugles avec des annexes à Vertou et Château-Thébaud.
- *H.C.21 : Grand Lycée de Garçons* (futur Lycée Clemenceau), rue du Frère-Louis avec des annexes à Abbaretz, Chateaubriand, Guéméné-Penfao, Nort-sur-Erdre.
- *H.C.25 : Ecole Nationale Livet* à St Donatien avec des annexes au Loroux-Botttereau, Plessé et Vieilleville.
- *H.C.31 : Ancien Séminaire de la Philosophie*, centre de syphiligraphie de la 11^{ème} région, rue St Clément.
- *H.C.32 : Ecole Vial*, Ecole pratique de Commerce et d'Industrie, rue du 14 Juillet, avec des annexes au Pellerin.
- *H.C.36 : Villa Maria*, Ecole Normale d'Institutrices, rue de Rennes, avec des annexes à Orvault et Pornic.
- *Hôpitaux-Dépôts 1, Ibis, Iter: salons Mauduit*, rue Arsène Leloup avec des annexes au Château du Grand Blottereau, à Talence et au Clion. Ils englobent le Centre prothétique de la 11^{ème} région et le Centre spécial de Réforme.

2) Les hôpitaux auxiliaires (H.A.)

Ils sont gérés par les Sociétés d'assistance de la Croix Rouge.

- *Hôpital Auxiliaire 3 : Grand Séminaire*, rue de Bel Air avec des annexes à Saint Philbert de Grand-Lieu et probablement à Saint Etienne de Corcoué (Corcoué sur Logne actuellement), l'Hôpital Lejeune.
- *H.A.9 : Collège des Enfants Nantais*, rue Colbert.
- *H.A.10 : Hôtel Levesque*, rue des Dervallières.
- *H.A.15 : Ecole Saint Joseph*, rue du Chapeau Rouge.
- *H.A.101 bis : Collège Saint Stanislas*, rue St Stanislas, avec des annexes à Bourgneuf-en-Retz, Clisson et La Bernerie.
- *Ambulance municipale 103bis* : rue du Bocage.

Il y aurait eu également un hôpital musulman, au moins au début de la guerre.⁹⁰

3) Les hôpitaux étrangers

Il existait sur Nantes 4 hôpitaux pour les troupes britanniques : un *General Hospital* situé au parc du Grand Blottereau et 3 *RAMC* (Royal Army Medical Corps Stationary Hospital).

Les Américains possédaient 4 *Base Hospitals* dont une au Grand Blottereau et une au Grand Séminaire dans les locaux de l' H.A.3. Ils ont également été accueillis en 1917 dans le Grand Lycée de Garçons.

Quant aux prisonniers de guerre allemands, ils ont été hospitalisés au Séminaire des Couëts à Bouguenais, à l'H.C.25 et à Baur.

⁹⁰ **Archives municipales** : *Le Télégramme des Provinces de l'Ouest*, du 30/03/15.

ANNEXE 2

Equivalences des grades Médecins / Armée de Terre

MEDECINS

ARMEE DE TERRE

Médecin Aide-Major de 2nde classe

Sous-Lieutenant

Médecin Aide-Major de 1^{ère} classe

Lieutenant

Médecin Major de 2nde classe

Capitaine

Médecin Major de 1^{ère} classe

Major

Médecin Principal de 2nde classe

Lieutenant-Colonel

Médecin Principal de 1^{ère} classe

Colonel

Médecin Inspecteur

Général de Brigade

Médecin Inspecteur Général

Général de Division

ANNEXE 3

Liste exhaustive des causes de décès à l'Hôpital Baur

Elle est établie à l'aide du Registre de la Statistique (Archives du Service des Archives Médicales Hospitalières des Armées à Limoges).

A BLESSURES DE GUERRE

- fracture du crâne
- gangrène gazeuse à la suite d'une plaie par balle
- plaie par balle au niveau de l'épine iliaque antérosupérieure
- plaie par éclat d'obus au niveau de l'épaule
- méningite post-traumatique

B PATHOLOGIES INFECTIEUSES

- tuberculose pulmonaire
- tuberculose intestinale
- tuberculose laryngée
- ypérite et bronchopneumopathies liées aux gaz
- fièvre typhoïde
- anthrax
- septicémie
- arthrite mucocillaire de la hanche
- méningite bacillaire
- péritonite liée à une appendicite
- occlusion intestinale
- méningite cérébrospinale
- hépatite suppurée d'origine dysentérique
- ostéopériostite dorsolombaire
- arthrite gonococcique
- néphrite syphilitique
- phlegmon ischiorectal

C CAUSES TRAUMATIQUES

- fracture du crâne
- fracture de la colonne vertébrale
- contusion cérébrale

D NEOPLASIES

- cancer du côlon ascendant
- cancer du foie
- cancer des os
- cancer de l'estomac
- cancer du poumon
- tumeur du lobe frontal gauche
- tumeur abcédée de l'encéphale
- lymphadénome général
- cachexie cancéreuse

E AUTRES ETIOLOGIES

- embolie pulmonaire
- hémorragie méningée
- hernie étranglée
- œdème aigu du poumon
- péricardite chronique
- néphrite chronique
- cirrhose hépatique
- diabète bronzé
- paralysie générale
- paralysie générale progressive
- néphrite d'origine éthylique
- delirium tremens
- démence précoce
- mélancolie
- neurasthénie avec complications cardiorespiratoires

BIBLIOGRAPHIE

1)Ouvrages généraux

- CREPON Francis, *Electrothérapie et rééducation fonctionnelle*, Editions Frison-Roche, 2002.
- CURIE Marie, *La Radiologie et la Guerre*, Librairie Félix Alcan, Paris, 1921.
- DELAPORTE Sophie, *Les Médecins dans la Grande Guerre*, Editions Bayard, 2003.
- FOURNEL Claire et MUZELLE Stéphane, *Un Médecin au Front de 1914 à 1918 ou l'incroyable destin*, Editions Alan Sutton, 2000.
- GALTIER-BOISSIERE Emile, *Larousse médical illustré de guerre*, Paris, 1917.
- GRANDHOMME Jean-Noël, *La Première Guerre Mondiale en France*, Editions Ouest-France, 2002.
- GUILLET N., *Du Pensionnat des Frères de Ploërmel à l'Hôpital Broussais – Un lieu de Doulon*, les Portes, 1994.
- LABY Lucien, *Les carnets de l'Aspirant Laby, Médecin dans les tranchées*, Editions Bayard, 2001.
- LAURENT-DROAL M, *Il y a cent ans ou l'histoire de la Radiologie nantaise*.
- LEROUX Emilienne, *Histoire d'une ville et de ses habitants, Nantes de 1914 à 1939*, Editions ACL, 1984.
- MARTY Pierre, Notice biographique de Victor BAUR.
- NOUAILHAT Yves-Henri, *Les Américains à Nantes et Saint-Nazaire, 1917-1919*, Ed Les Belles Lettres, Paris, 1972.
- PALLARDY G et MJ, WACKENHEIM A., *Histoire illustrée de la Radiologie*, Editions Roger Dacosta, Paris, 1989.
- POROT Antoine et HESNARD Angelo, *L'Expertise mentale militaire*, Ed Masson, 1918.
- TOUBERT, Médecin Général Inspecteur, *Etude et statistiques des pertes subies par les français pendant la guerre de 1914-1918*, Editions Lavauzelle, Paris, 1920.
- TROCHU X., *1914- 1918, La Grande Guerre*, Collection Les Dossiers de la Mémoire, Editions CMD, Montreuil- Bellay, 1999.

- *Histoire de la France des origines à nos jours*, sous la direction de G.DUBY, Ed Larousse Bordas, Poitiers, 1997.
- *Le Livre d'Or des Médecins morts pour la Patrie*, Hommage du corps médical français, Ed Masson et Cie, Paris.
- *Les Hôpitaux militaires au XXè siècle*, sous la direction des Médecins généraux inspecteurs CRISTAU et WEY, Editions Le Cherche-Midi, 2006.
- Société d'Histoire des Hôpitaux de l'Ouest, *L'Hôpital Saint Jacques*, Ouvrage collectif, Collection Mémoire d'une Ville, Editions CMD, Montreuil- Bellay, 1999.

2)Travaux universitaires

- BARTHES Françoise., *Recherches sur le Service de Santé Militaire français pendant la Guerre 1914–1918*, Mémoire de Maîtrise d’histoire, Paris, 1970.
- CALICHIAMA Bertrand, *La vie et l’œuvre du Docteur Angelo Hesnard*, thèse de l’Ecole du Service de Santé des Armées, Bordeaux, 2004.
- DONATI Georges et GRIMAL Michel, *Médecine et Chirurgie pendant la Première Guerre Mondiale*, thèse de médecine générale, Université Paul Sabatier, Toulouse III, 1993.
- FOURNIER Jean-Pierre, *Histoire du Service de Santé militaire français pendant la Guerre 1914-1918*, thèse d’Histoire, Montpellier, 1996.
- OLIER François, *Répertoire général des formations hospitalières de la zone de l’intérieur (1914-1918)*, Brest, 2003.
- ROBERT Dominique, *Contribution à l’histoire de la rééducation fonctionnelle. La mécanothérapie Zander et l’électrothérapie à l’Hôtel-Dieu du Creusot entre 1908 et 1914*, thèse de médecine générale, Université de Dijon, 1997.

3)Revue

- GUENEL Jean, *La Grippe espagnole à Nantes en 1918 et 1919*, Histoire des Sciences Médicales, tome XXXVIII, n°2, 2004.
- LEBEAUPIN Raymond, *Un savant nantais méconnu, le Professeur Stéphane LEDUC*, L’Hospitalier nantais, 53, 2006.
- LESTRADE Cécile et GAYRAL L.F., *Les psychonévroses de guerre pendant le conflit 1914-1918*, Histoire des Sciences Médicales, tome XXXIV, n°4, 2000.
- MORDANT Pierre, *La Grippe Espagnole, 1918-1919, la plus grande pandémie du XXème siècle*, Info Respiration, Société de Pneumologie en Langue Française, numéro 69, octobre 2005.
- SAVARIAU Maurice, *Un Hôpital oublié, l’Hôpital militaire Baur*, L’Hospitalier nantais, juin 1991.
- *L’Hôpital des Armées de Nantes*, Médecine et Armées, Editions Arthus Bertrand, Tome 7, Mai 1979.
- Larousse mensuel, septembre 1915.

4)Archives

- **Archives de l'Hôpital Militaire du Val de Grâce**, Centre de documentation du Musée des Armées, cartons 17, 52, 75, 89, 112, 133, 182, 184, H484.
- **Archives du Service des Archives Médicales Hospitalières des Armées à Limoges** : bulletins 46A, registres de la statistique, registre des entrées, observations médicales.
- **Archives du Service Historique de l'Armée de Terre**, Série 16N2691 : Cahier n°9, 7 ; dossiers militaires personnels.
- **Archives départementales** : séries 8R37, 8R13, 10R788 ; série H, dépôt 3, H 66 à 69.
- **Archives municipales** : périodiques : *Le Télégramme des Provinces de l'Ouest*, du 30/10/14, *L'Express de l'Ouest* du 02/11/14.
- **Archives de la Commission Administrative Hospitalière des Hospices Civils de Nantes** : délibérations entre 1914 et 1919.
- **Archives des hôpitaux nantais**: série L139
- **Archives de la Communauté des Sœurs de la Sagesse**, Saint Laurent-sur-Sèvre.

TABLE DES MATIERES

Introduction	3
PREMIERE PARTIE l'Hôpital militaire Baur, un hôpital de circonstance.....	4
I La Guerre de 1914-1918 en France, une époque tourmentée.....	5
A Les différentes phases de la Grande Guerre	5
B Nantes pendant la guerre	8
II Le service de santé français face à une nouvelle forme de guerre	9
A Evolution générale du service de santé	9
B Le service de santé en campagne	12
III L'échelon local nantais, une myriade d'hôpitaux.	17
A Organisation régionale	17
B L'Hôpital des armées Broussais, la pièce centrale du dispositif.....	18
C Les autres hôpitaux nantais	19
IV La création de l'Hôpital Baur	20
A De début août à fin octobre 1914, la construction d'un hôpital militaire.....	20
B La vie du Médecin Principal Victor BAUR	22
C Description du site de la Côte Saint-Sébastien.....	24
DEUXIEME PARTIE l'activité médico-chirurgicale.....	26
I Les patients de l'hôpital Baur.....	27
A Provenance des malades et blessés.....	28
B Analyse des Entrées	28
C Analyse des Sorties	29
D Mouvements des blessés	30
E Les décès	32
II La chirurgie	33
A Etat d'esprit des chirurgiens de 1914 à 1918	33
B La chirurgie de guerre	34
C Chirurgie générale	37
III Pathologies médicales	37
A Les gaz.....	38
B La grippe espagnole	39
IV La psychiatrie	41
A Contexte historique	41
B Statistiques générales	42
C Essai de classement des maladies mentales	45

D	Exemple d'une observation de malade.....	46
V	La radiologie	47
A	La radiologie pendant la guerre.....	47
B	La radiologie à l'Hôpital Baur.....	48
VI	La rééducation fonctionnelle	50
A	Le service de physiothérapie de l'Hôpital Baur	50
B	L'électrothérapie	52
C	La mécanothérapie	53
D	L'aérothermothérapie	54
E	Autres techniques physiques	56
F	Massages et kinésithérapie	56
G	Appareillage des blessés.....	57
H	Rééducation et travail.....	59
I	Exemple de prise en charge.....	60
TROISIEME PARTIE un centre de santé militaire au sein d'un		62
hôpital civil.....		62
I	Un personnel mixte	63
A	Les militaires	63
B	Les civils	65
II	Eléments de la vie quotidienne à Baur	66
III	Une autonomie limitée	68
A	Les services techniques	68
B	Approvisionnement	69
C	Finances.....	70
D	Relations avec l'administration hospitalière	71
Conclusion.....		73
ANNEXES		74
BIBLIOGRAPHIE		83

L'HOPITAL MILITAIRE BAUR À NANTES

RESUME

La Première Guerre Mondiale est à l'origine de la création, à l'intérieur de l'Hôpital Saint-Jacques de Nantes, de l'Hôpital militaire Baur, du nom d'un des premiers médecins militaires tués au combat. Ce centre inauguré en octobre 1914 a été maintenu en service pendant près de cinq années, du fait d'une étroite relation avec l'Hôpital Saint Jacques. Il a occupé une place importante dans le vaste dispositif mis en place par les autorités militaires et civiles de Nantes. A l'origine simple hôpital de garnison pour les soldats de la région, il est devenu progressivement un centre polyvalent et autonome, associant activité chirurgicale, psychiatrie et rééducation fonctionnelle pour les nombreux blessés de guerre.

MOTS-CLES

Hôpital militaire – Première Guerre Mondiale – Victor BAUR – service de santé des armées – hôpital Saint-Jacques de Nantes – rééducation fonctionnelle – psychiatrie.